

Graviditet, förlossning och tiden efter

Nationellt kunskapsstöd för kontinuitet i vårdkedjan och vård på rätt nivå

Samlat stöd på webbplatsen

Sedan det här kunskapsstödet publicerades i december 2022 har Socialstyrelsen tagit fram ett samlat stöd till mödrahälsovården och förlossningsvården:

[Nationella riktlinjer: Graviditet, förlossning och tiden efter](#)

På webbplatsen har vi renodlat rekommendationerna, så det blir tydligt om de vänder sig till beslutsfattare eller personal som möter patienter. Vi har anpassat texterna till läsarna och gjort ett informationsurval med fokus på våra målgrupper:

- **Beslutsfattare** får ett översiktligt underlag för öppna och systematiska prioriteringar.
- **Personal** får anpassad information och instruktioner för mötet med patienter.

Flera rekommendationer är uppdaterade, och till beslutsfattare finns även en del nya rekommendationer. För den som behöver fördjupning länkar vi till kompletterande material, som till exempel det här kunskapsstödet.

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

Publikationen finns som pdf på Socialstyrelsens webbplats. Publikationen kan också
tas fram i alternativt format på begäran. Frågor om alternativa format skickas till
alternativaformat@socialstyrelsen.se

Artikelnummer 2022-12-8287
Publicerad www.socialstyrelsen.se, december 2022

Förord

I detta kunskapsstöd ger Socialstyrelsen rekommendationer som stöd för hela vårdkedjan under graviditet, förlossning och den första tiden efter.

Kunskapsstödet vänder sig i vissa delar till dig som arbetar inom mödrahälsovård, förlossnings- och eftervård, och i andra delar till dig som ansvarar för vårdens utformning.

Socialstyrelsen vill med kunskapsstödet och rekommendationerna lyfta fram betydelsen av individualiserad vård som utgår från den gravidas och den nyförlöstas behov och önskemål, och som präglas av kontinuitet, multiprofessionellt omhändertagande och vård på rätt nivå genom hela vårdkedjan. Socialstyrelsen vill samtidigt lyfta fram det väntade barnets behov, kvinnans psykiska och fysiska hälsa, hennes känsla av trygghet och delaktighet och en positiv förlossningsupplevelse. Kunskapsstödet bidrar till att nå främst mål 3 (hälsa och välbefinnande) men även mål 10 (minskad ojämlikhet) och mål 5 (jämskilldhet) i Agenda 2030.

Kunskapsstödet är en del av Socialstyrelsens arbete med att ta fram stöd för prioriteringar för graviditets- och förlossningsvården och tiden efter. Syftet är att erbjuda hälso- och sjukvården ett samlat, lättillgängligt, nationellt stöd där alla delar hänger ihop och bidrar till en helhet. Indikatorer och konsekvensanalyser för centrala rekommendationer i kunskapsstödet kommer att redovisas i samband med stödet för prioriteringar som läggs fram i december 2023.

Projektleader för kunskapsstödet har varit Bassam Michel El-Khoury. Anders Fejer och Anders Berg har varit ansvariga enhetschefer. Medarbetare har varit Susanne Åhlund, Inga-Maj Andersson, Emma Lindgren, och Emmelie Pettersén Uggla.

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

Olivia Wigzell
Generaldirektör

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	9
Kort om kunskapsstödet rekommendationer	9
Förlossningsvården är bra men den kan bli bättre	10
Viktigt att hela vårdkedjan fungerar	10
Individualiserad vård	10
Kontinuerligt lärande	11
Om Kunskapsstödet	12
Kunskapsstödet vänder sig till personal i förlossnings- och mödrahälsovården	12
Så här hittar du i kunskapsstödet	13
Om rekommendationerna	13
Fokus på kontinuitet	14
Behov av ett nationellt kunskapsstöd	14
Kunskapsstödet i relation till det pågående arbetet med nationella riktlinjer på Socialstyrelsen	15
Avgränsningar och förtydliganden	15
Dialog med intresseorganisationer och professionsföreträdare	16
Inga indikatorer för uppföljning eller konsekvensanalyser	16
Benämningarna kvinna och mamma	16
Flera aktörer har bidragit till kunskapsstödet	17
Kompletterande kunskapsstöd	18
WHO:s rekommendation om en positiv upplevelse	19
Nationell strategi för sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter	19
Kunskapsstödet bidrar till FN:s Agenda 2030 och barnkonventionen	19
Barnkonventionen stärker barns rättigheter	20
Om vården i Sverige under och efter graviditet	21
Mödrahälsovården inkluderar även barnet	21
Barnmorskan fångar upp medicinska och sociala risker	21
Förlossningsvården arbetar i team	22
Eftervården ser olika ut i landet	22
Regionala skillnader i Sveriges graviditets- och förlossningsvård	23
Färre förstagångsföräldrar deltar i föräldraskapsstöd	23
Individanpassad eftervård saknas i en del regioner	23
Tillgängligt amningsstöd varierar	23
Nationella insatser och satsningar	23
Strategier för kvinnors hälsa	24

Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet	24
Kunskap och kompetens	25
Lagar och författningar	25
Yrkesetik och värdegrund	26
Viktigt i mötet med blivande och nyblivna föräldrar	27
Våld i nära relationer under graviditeten	27
Hälso- och sjukvården har en viktig roll	28
Ett jämställdhetsperspektiv gynnar barn och föräldrar	28
Kunskapsstödet lyfter partnerns roll	29
Kunskap om olika könsidentiteter	29
Förbättra kunskapen för en mer jämlik vård	30
Särskilda behov hos ensamstående och samkönade par	30
Anpassa stöd och information efter behov	31
Rekommendationer	32
Så här hittar du i kapitlet	32
Kunskapsstödet vänder sig till personal i förlossnings- och mödrahälsovården	32
Rekommendationerna bygger på bästa tillgängliga kunskap	33
Olika typer av rekommendationer	33
Rekommendationerna kan medföra förändringar	33
Psykisk ohälsa och psykiska sjukdomstillstånd under graviditeten och efter förlossningen	34
Strukturerat anamnestagande för identifiering av tidigare eller pågående måttlig till allvarlig psykisk sjukdom	35
Strukturerad identifiering av trolig depression och ångesttillstånd	37
Psykosocial bedömning	43
Konsultation av psykolog och multiprofessionell samverkan inom mödrahälsovården	46
Specialistteam	48
Utbildning och fortbildning	52
Bakgrund och fördjupning	54
Förlossningsrädsla	62
Identifiering av oro hos gravida	63
Kartläggning av förlossningsrädsla hos gravida	66
Stöd och psykologisk behandling vid förlossningsrädsla	68
Fortbildning, konsultation och handledning till personal	70
Bakgrund och fördjupning	72
Traumatiska förlossningsupplevelser och posttraumatisk stress	76
Ingen rekommendation	77
Bakgrund och fördjupning	78
Förlossningsbristningar – diagnostik, information och uppföljning	81

Samtal och förlossningsplanering vid ökad risk	82
Samtal och förlossningsplanering för gravida med kvarstående besvär	83
Bedövning, diagnostik och suturering av förlossningsbristningar.....	84
Uppföljande undersökning första veckan efter förlossningen och tidigt samtal.....	86
Gynekologisk undersökning vid efterkontrollen	88
Hänvisning till rätt instans	89
Bakgrund och fördjupning	90
Amning och uppfödning	91
Reflekterande samtal	91
Hud-mot-hudkontakt	94
Amningsstöd.....	96
Tillmatning och alternativ uppfödning.....	98
Bakgrund och fördjupning	101
Vård efter graviditet och förlossning	105
Uppföljning och stöd efter förlossningen	105
En familjecentrerad vård på BB	107
Vårdtid på sjukhuset eller BB i samråd med föräldrarna	108
Samtal om förlossningsupplevelsen	109
Uppföljning och stöd efter hemgång från sjukhuset.....	111
Strukturerad första bedömning av vårdbehov	113
Bakgrund och fördjupning	114
Obesitas under graviditeten	117
Utökat stöd under graviditeten	118
Kostrådgivning	119
Bakgrund och fördjupning	120
Substansbruk hos gravida och nyförlösta	122
Rutinmässig identifiering av substansbruk och skadligt bruk hos gravida	122
Tidig specialistvård och stöd från ett multidisciplinärt samverkansteam	125
Bakgrund och fördjupning	128
Föräldraskapsstöd i grupp	132
Föräldraskapsstöd i mindre grupp	132
Utbildning, handledning och fortbildning till gruppledaren	137
Bakgrund och fördjupning	138
Kontinuerligt professionellt stöd under förlossningen.....	140
Kontinuerligt professionellt stöd under förlossningen	141
Bakgrund och fördjupning	144
Projektorganisation.....	146

Projektgrupp.....	146
Rekommendationsgrupp	147
Konsultation	149
Intern referensgrupp	149
Andra medverkande.....	149
Referenser	151
Bilaga 1. Tio steg som främjar amning	173
Bilaga 2. Våld I nära relationer och hedersrelaterat våld	175
Bilaga 3. Samverkansmodeller med specialistkompetens inom beroende i Sverige	177

Sammanfattning

Kunskapsstödet spannar över tiden från tidig graviditet till efter förlossning. Det ger rekommendationer till professionen och beslutsfattare i hälso- och sjukvården i nio utvalda områden: psykisk ohälsa och psykiska sjukdomstillstånd under graviditet och efter förlossning, förlossningsrädsla, förlossningsbristningar, amning och uppfödning, vård efter graviditet och förlossning, obesitas under graviditeten, substansbruk hos gravida och nyförlösta, föräldraskapsstöd i grupp och kontinuerligt professionellt stöd under förlossningen. Ytterligare ett område, traumatiska förlossningsupplevelser, avhandlas, dock utan att några rekommendationer ges.

Kort om kunskapsstödet rekommendationer

Sammanlagt ger Socialstyrelsen i kunskapsstödet 35 rekommendationer till hälso- och sjukvården. Flertalet handlar om identifiering av vårdbehov och hälsoproblem och eventuell remittering¹, samt stöd och behandling anpassat efter behov, till exempel i form av reflekterande eller rådgivande samtal mellan den gravida eller nyförlösta och vårdpersonalen².

Andra rekommendationer fokuserar på uppföljning³ och åtgärder som bidrar till ökad trygghet hos föräldrarna⁴.

Kunskapsstödet innehåller också rekommendationer som lyfter fram betydelsen av konsultation⁵ och multidisciplinär samverkan mellan olika professioner och verksamheter som ansvarar för vården av den gravida och det väntade barnet samt det nyförlösta och det nyfödda barnet⁶ inklusive den roll som specialistteam har i stöd och behandling av vissa tillstånd⁷.

En rekommendation adresserar särskilt kontinuitet och avser det stöd som ges under förlossningen.

I kunskapsstödet ger vi också rekommendationer om att säkerställa att rätt kompetens finns för vissa åtgärder. Hit hör rekommendationer om utbildning

¹ Förekommer i följande avsnitt: *Psykisk ohälsa och psykiska sjukdomstillstånd under graviditet och efter förlossning, Förlossningsrädsla, Förlossningsbristningar, Vård efter graviditet och förlossning samt Substansbruk hos gravida och nyförlösta.*

² Förekommer i följande avsnitt: *Förlossningsbristningar, Amning och uppfödning, Vård efter graviditet och förlossning samt Obesitas under graviditet.*

³ Förekommer i följande avsnitt: *Förlossningsbristningar, Vård efter förlossning samt Substansbruk hos gravida och nyförlösta.*

⁴ Förekommer i följande avsnitt: *Vård efter förlossning samt Föräldraskapsstöd i grupp.*

⁵ Förekommer i följande avsnitt: *Psykisk ohälsa och psykiska sjukdomstillstånd under graviditet och efter förlossning samt Förlossningsrädsla.*

⁶ Förekommer i följande avsnitt: *Psykisk ohälsa och psykiska sjukdomstillstånd under graviditet och efter förlossning samt Förlossningsbristningar.*

⁷ Förekommer i följande avsnitt: *Psykisk ohälsa och psykiska sjukdomstillstånd under graviditet och efter förlossning samt Substansbruk hos gravida och nyförlösta.*

av personal⁸ i frågor om identifiering och stöd vid psykisk ohälsa eller förlossningsrädsla, men även föräldraskapsstöd i grupp. Hit hör också rekommendationer om säkrare handläggning av förlossningsbristningar⁹.

Förlossningsvården är bra men den kan bli bättre

För de allra flesta som går igenom en graviditet och förlossning i Sverige är det en positiv upplevelse. Men även om 90 procent av alla som fött barn är nöjda med vården så anger cirka 10 procent att de önskat mer information och stöd, främst om det som rör den första tiden efter förlossningen (Graviditetsenkäten, 2021) [1]. Detta är i samklang med slutsatserna i Socialstyrelsens kartläggning *Vård efter förlossning* (2017) [2], som detta kunskapsstöd tar avstamp i. Där lyfts behovet av en förbättrad och mer jämlik vård efter förlossningen. Även förlossningsbristningar, obesitas och psykisk ohälsa hos gravida och nyförlösta lyfts fram som områden med förbättringspotential [3].

Viktigt att hela vårdkedjan fungerar

Att identifiera vårdbehov och risker hos den gravida så tidigt som möjligt för att kunna erbjuda rätt vård på rätt nivå är centralt. Lika viktigt är det att identifiera skydds- och riskfaktorer samt medicinska och psykosociala insatser. Tidiga insatser i vårdkedjan innefattar både hälso- och sjukvård och kommunens ansvarsområden. Med kontinuitet genom hela vårdkedjan, och en fungerande multiprofessionell samverkan som inger trygghet, kan hälso- och sjukvården bidra till att skapa en positiv upplevelse och till att föräldrar och barn med ökat behov får det stöd de behöver.

Vårdbehovet varierar mellan olika individer, och vården måste anpassas utifrån individens behov. För gravida och nyförlösta som till exempel lever i en utsatt social situation eller som har någon sjukdom, är det extra viktigt att få ett korrekt professionellt omhändertagande på rätt nivå med rätt kompetens. Här inkluderas även det väntade och nyfödda barnet. En trygg och säker vård av hög kvalitet ska erbjudas oavsett var i landet man bor. Förutsättningarna varierar mellan storstad och glesbygd, men strävan måste alltid vara att vården under graviditet, förlossning och tiden efter ska vara jämlik.

Individualiserad vård

En individualiserad vård som bygger på respekt för den gravidas situation och önskemål bidrar till att hon känner sig lyssnad på och sedd. För att hon ska uppleva vården som säker, effektiv och trygg för både henne själv och det väntade barnet, behöver mödrahälsovården, förlossningsvården, vården

⁸ Förekommer i följande avsnitt: *Psykisk ohälsa och psykiska sjukdomstillstånd under graviditet och efter förlossning, Förlossningsrädsla samt Föräldraskapsstöd i grupp.*

⁹ Förekommer i *Förlossningsbristningar*.

efter förlossning, neonatalvården och barnhälsovården fungera. Det krävs enhetlig information och enhetliga vårdprinciper genom hela vårdkedjan samt smidiga och tydliga övergångar mellan de olika verksamheterna. Verksamheterna behöver därmed ha en gemensam plan för vårdförloppet och de rutiner som gäller.

Att erbjuda en jämlik medicinsk och psykosocial vård av hög kvalitet är centralt. En strukturerad anamnes är grunden för att den vård som erbjuds i samband med graviditeten utgår från behoven och är kontinuerlig och sammanhängande. Rutiner för samverkan är också centrala. Dessa syftar till att säkerställa medicinsk kvalitet, god tillgänglighet och möjligheter att organisera riktat föräldraskapsstöd och specialsatsningar vid behov. För att vårdkedjan ska fungera behövs ett multidisciplinärt samarbete.

Genom tidig upptäckt kan gravida och nyförlösta med särskilda behov remitteras till vård på rätt nivå. Även en partner som ingår i en riskgrupp behöver identifieras och vid behov hänvisas eller remitteras till rätt kompetens eller verksamhet.

Kontinuerligt lärande

I alla delar av hälso- och sjukvården finns det strukturer för kontinuerligt och regelbundet lärande, utbildning och kunskapsutveckling. Arbetet är inte sällan långsiktigt och kräver såväl tid som resurser för att kunna utvecklas.

Ett långsiktigt, målmedvetet, systematiskt och vetenskapligt präglat arbetssätt är här viktigt: att sätta upp mål, genomföra uppgifter med hög kvalitet, följa upp resultat och lära sig av dem, förbättra olika processer och utvärdera systematiskt.

Uppföljning kan göras utifrån de uppgifter som mödrahälsovården och förlossningsvården rapporterar till det medicinska födelseregistret (MFR), Graviditetsregistret och BHV-Q, samt de uppgifter som rapporteras i Graviditetsenkäten. På så sätt kan patientgrupper följas över olika vårdområden, och vårdnivåer och vården kan därmed utvecklas.

Om Kunskapsstödet

Syftet med kunskapsstödet är att stödja med kunskap och rekommendationer om god graviditets-, förlossnings- och eftervård som innefattar

- jämlik vård på rätt nivå oavsett socioekonomisk bakgrund eller bostadsort
- proaktiv vård där fokus är på kontinuitet, samverkan och multidisciplinärt samarbete i hela vårdkedjan för graviditet, förlossning och eftervård
- individanpassad vård som bejakar föräldrarnas önskemål och behov samt det väntade barnets behov.

Målet med kunskapsstödet är att

- främja rätt omhändertagande av gravida och nyförlösta med särskilda behov: tidig identifiering och remittering till vård på rätt nivå som utförs av personer som har erforderlig kompetens
- främja individuell planering och utformning av förlossningsvården: såväl den gravida som berörd profession ska redan under graviditeten kunna förbereda sig, och vården under och efter förlossningen ska kunna planeras och utformas utifrån behov och önskemål
- gagna trygghetsskapande åtgärder i graviditets-, förlossnings- och eftervården: skapa större trygghet för den gravida, den födande och den nyförlösta, och erbjuda uppföljning efter förlossningen som är anpassad efter behov och önskemål. Barnets behov och rätt till bäst möjliga hälsa beaktas.

Kunskapsstödet vänder sig till personal i förlossnings- och mödrahälsovården

Kunskapsstödet vänder sig till dig som möter gravida och nyförlösta i någon del av vårdkedjan under graviditeten, förlossningen och den första tiden efter förlossningen. Främst riktar vi oss till barnmorskor, läkare och psykologer, men även andra yrkeskategorier som till exempel sjuksköterskor kan vara berörda.

Kunskapsstödet vänder sig också till dig som ansvarar för graviditets- och förlossningsvårdens utformning, och som därmed har ansvar att ta fram rutiner, vårdprogram eller motsvarande, i synnerhet vad gäller frågor som kan ha betydelse för vilken vård som bör erbjudas, hur vården kan organiseras och vilken kompetens som bör säkras.

Kunskapsstödet utgår primärt från myndighetens övergripande verksamhetsmål om att verka för en god hälsa och social välfärd samt omsorg och vård av hög kvalitet på lika villkor för hela befolkningen.

- ➔ **Läs mer** om hur kunskapsstödet bidrar till en helhet och kopplar till andra pågående arbeten i *Kunskapsstödet i relation till det pågående arbetet med nationella riktlinjer på Socialstyrelsen*.

Så här hittar du i kunskapsstödet

I de inledande kapitlen presenterar vi bakgrunden och kontexten som kunskapsstödet tagits fram utifrån. I kapitlet Rekommendationer finns information om 10 olika ämnesområden med tillhörande rekommendationer.

Varje avsnitt handlar om ett fristående ämne och kan läsas självständigt. Avsnitten inleds med en introduktion och därefter presenteras rekommendationerna i en gråtonad ruta. Till varje rekommendation finns en beskrivning av syfte och motivering och övrig information som sätter in rekommendationen i sitt sammanhang. Sist i avsnittet finns fördjupande information om det specifika ämnet eller tillståndet med hänvisningar till vetenskaplig litteratur, lagar, författningar och övrig relevant bakgrund.

Korsreferenser är flaggade med pilar i början av raden: ➔ **Läs mer.** De finns för att underlätta, men också för att ge tillfälle till fördjupning. Vi använder även denna markering för att hänvisa till Socialstyrelsens eller externa aktörers publikationer som vi har bedömt vara relevanta i sammanhanget.

Om rekommendationerna

Kunskapsstödet innehåller 35 rekommendationer uppdelade på 10 ämnesområden. Majoriteten (34) är starkt positiva och en är svagt positiv. Av de 35 rekommendationerna är 3 sammansatta.

Socialstyrelsen använder följande varianter av rekommendationer i detta kunskapsstöd:

- *Bör* (stark positiv)
- *Kan* (svag positiv)
- *Kan i undantagsfall* (svag negativ)
- *Bör inte* (stark negativ).

Vid formulering av rekommendationerna har Socialstyrelsen tagit hänsyn till bästa tillgängliga kunskap om önskade och oönskade effekter av åtgärden för den aktuella målgruppen. Andra bedömningar som också har vägts in:

- behovet av åtgärden utifrån hälsotillståndets svårighetsgrad
- huruvida åtgärden är acceptabel för gravida och nyförlösta kvinnor
- åtgärdens påverkan på jämlikhet i hälsa
- åtgärdens påverkan på möjligheten till självbestämmande och delaktighet.

➔ **Läs mer** i kapitlet *Rekommendationer*.

➔ **Läs mer:** En mer detaljerad beskrivning av hur rekommendationsarbetet har genomförts finns i bilagan *Metodbeskrivning och kunskapsunderlag*.

➔ **Läs mer** om planerade konsekvensanalyser och andra arbeten under rubriken *Avgränsningar och förtydliganden*.

Fokus på kontinuitet

I den problem- och behovsinventering som Socialstyrelsen gjorde i förstudien till detta kunskapsstöd framkom det att kontinuitet, ett välfungerande multidisciplinärt samarbete samt vård på rätt nivå var centrala i en fungerande vårdkedja. Därmed borde detta lyftas i ett kunskapsstöd för hela vårdkedjan.

Kontinuitet kan delas upp i 3 delar där varje del varierar beroende på i vilken kontext vården bedrivs [4]:

- **Information:** Dokumentation om det medicinska tillståndet och om patientens bakgrund, önskemål och behov. Denna kontinuitetsdel är viktig för att överbrygga separata vårdhändelser och säkerställa att patientens behov täcks.
- **Organisation:** När vård från flera professioner organiseras så att vården ges på ett kompletterande sätt i rätt tid. Denna kontinuitetsdel är viktig för att skapa trygghet hos patienten under pågående och inför framtida vård.
- **Relation:** Om förhållandet mellan vårdpersonalen och patienten: överbryggar det förflutna till nuvarande vård och länkar till framtida vård. Denna kontinuitetsdel är viktig för planering och för att skapa en känsla av sammanhang.

Utöver vinster för patienten så innebär kontinuitet även vinster för personalen, där en god arbetsmiljö sannolikt också främjas.

Behov av ett nationellt kunskapsstöd

I Socialstyrelsens kartläggning *Vård efter förlossning* [2] har det konstaterats att

- särskilt vården efter förlossningen behöver förbättras, både på sjukhuset och efter hemgången
- stöd till riskgrupper, och till kvinnor med psykisk ohälsa, behöver förbättras
- det finns specifika behov av stöd för identifiering, diagnostik, behandling och uppföljning av förlossningsbristningar.

Förstudien till föreliggande kunskapsstöd har bekräftat denna bild samt att det finns ett behov av ett sammanhållet kunskapsstöd till graviditets- och förlossningsvården [5]. I förstudien lades det också fram att ett sådant stöd bör beakta följande:¹⁰

- Kontinuitet, teamsamarbete och samverkan behövs för bättre vårdplanering och bättre vård, särskilt för gravida med psykisk ohälsa och andra riskgrupper.

¹⁰ Även neonatalvård, vilket inte berörs i detta kunskapsstöd, eftersom ett kunskapsstöd om neonatalvård har tagits fram av Socialstyrelsen under tiden arbetet med detta kunskapsstöd pågick [10].

- Ändamålsenlig identifiering av behov av vård hos vissa grupper behövs för att därmed möjliggöra en personcentrerad vård.
- Vård på rätt nivå och uppföljning: att hitta en balans mellan basprogram och riktade insatser utifrån den gravidas eller nyförlöstas behov behövs för att vården ska ge stöd och handläggning på rätt nivå.
- Kompetens och verktyg: personalen behöver verktyg och kompetens för att identifiera och erbjuda en tydlig vårdplan i en fungerande vårdkedja – vilka tillstånd som behöver remitteras vidare och vilka remitteringsvägar som finns.
- Mer kunskap om amning och tillmatning behövs.

Kunskapsstödet i relation till det pågående arbetet med nationella riktlinjer på Socialstyrelsen

Socialstyrelsen arbetar för närvarande med ett regeringsuppdrag om att skapa ett sammanhållet nationellt stöd för förlossningsvården. Inom ramen för uppdraget kommer Socialstyrelsen att ta fram stöd för prioriteringar i ett antal områden däribland dem som täcks av detta kunskapsstöd. Andra områden inkluderar prekonceptionell rådgivning, kejsarsnitt, basprogram för mödrahälsovård samt handläggning vid normalförlossning. Även stöd för uppföljning och utvärdering kommer att rymmas i detta arbete.

Målet är att nytt material tillsammans med redan tidigare publicerat material ska utgöra ett samlat, lättillgängligt, nationellt stöd där alla delar hänger ihop och bidrar till en helhet och som utvecklas kontinuerligt. Arbetet är planerat att redovisas i slutet av 2023 [6].

Avgränsningar och förtydliganden

Kunskapsstödet är avgränsat till att inkludera följande områden som avhandlas i var sitt avsnitt i kapitlet Rekommendationer:

- Psykisk ohälsa och psykiska sjukdomstillstånd under graviditet och efter förlossning
- Förlossningsrädsla
- Förlossningsbristningar – diagnostik, information och uppföljning
- Amning och uppfödning
- Vård efter graviditet och förlossning
- Obesitas under graviditet
- Substansbruk hos gravida och nyförlösta
- Föräldraskapsstöd i grupp
- Kontinuerligt professionellt stöd under förlossningen

Till varje ämnesområde i denna lista finns det rekommendationer. Därutöver avhandlas ytterligare ett ämnesområde, utan att vi ger några rekommendationer:

- Traumatiska förlossningsupplevelser.

Således ligger inte fokus i kunskapsstödet på medicinska interventioner och specifika medicinska behandlingsåtgärder. Vidare ingår inte heller

uttryckliga rekommendationer om hur vården ska organiseras inom mödrahälsovård, förlossningsvård och eftervård.

Dialog med intresseorganisationer och professionsföreträdare

I kunskapsstödet har ansträngningen även varit att förhålla sig till andra viktiga kunskapsstöd, vägledningar, kunskapssammanställningar och rekommendationer som har tagits fram av såväl Socialstyrelsen som professionsföreningar och andra aktörer och som tillsammans adresserar den totala mängden vårdåtgärder som ges inom förlossningsvården.

Flera problemställningar som avhandlas har sitt ursprung i befintliga kartläggningar, förstudien eller i dialoger med representanter från intresseorganisationer och professionsföreträdare. Vi har fokuserat på dessa i samråd med arbetsgruppens sakkunniga i de ovan listade områdena. Således är de väl förankrade hos såväl professionen som intresseorganisationerna. Det har inte hindrat att ett antal rekommendationer i kunskapsstödet kom att handla om åtgärder som redan erbjuds i mödrahälsovården i mindre eller större utsträckning i landet.

Syftet med dessa rekommendationer är då att bidra till jämlik vård över hela landet när det handlar om åtgärder som ges på vissa håll men inte andra, och att stärka praxis på de ställen där åtgärderna redan ges.

Inga indikatorer för uppföljning eller konsekvensanalyser

I kunskapsstödet presenterar vi inte några indikatorer för uppföljning och utvärdering eller konsekvensanalyser för rekommendationerna. Indikatorer och konsekvensanalyser kommer dock att tas fram för centrala rekommendationer inom ramen för det kommande arbetet med stöd för prioriteringar som är planerade att redovisas i slutet av 2023 [6].

Benämningarna kvinna och mamma

Vi använder i viss mån orden kvinna och mamma i rapporten, men vi är medvetna om att det finns gravida som inte identifierar sig som kvinnor, och att mönster av familjebildning med bland annat hbtqi¹¹-personer och relationer utvecklas och varierar.

Vi varierar orden kvinna och mamma med begrepp som gravida, födande, nyförlösta, ammande respektive blivande förälder och medförälder eller partner.

➔ **Läs mer** om att bli och vara förälder på RFSL:s webbplats: *Att bli och vara förälder – RFSL*

➔ **Läs mer** i *Rekommendationerna kan medföra förändringar*.

¹¹ Hbtqi är ett paraplybegrepp för homosexuella, bisexuella, transpersoner, personer med queera uttryck och identiteter och intersexpersoner.

- ➔ **Läs mer** om relationen mellan detta kunskapsstöd och det kommande nationella riktlinjearbetet i *Kunskapsstödet i relation till det pågående arbetet med nationella riktlinjer på Socialstyrelsen*.
- ➔ **Läs mer** om andra relevanta kunskapsstöd i *Kompletterande kunskapsstöd*.

Flera aktörer har bidragit till kunskapsstödet

Det nationella programområdet (NPO) Kvinnosjukdomar och förlossning med företrädare för sjukvårdshuvudmännen har konsulterats i ett tidigt stadium av arbetet i fråga om de områden som kunskapsstödet tar upp.

För att ta fram kunskapsstödet och rekommendationerna har Socialstyrelsen samarbetat med experter inom respektive område.

För att bedöma effekter av åtgärder baserat på beprövad erfarenhet när evidens saknas har vi nyttjat konsensuspaneler bestående av erfarna och yrkesverksamma kliniker: läkare, barnmorskor och psykologer. Panelmedlemmar rekryterades efter nomineringar som gjorts av NPO Kvinnosjukdomar och förlossning. Kompletterande rekrytering gjordes efter nominering av

- Föreningen Psykologer för mödrahälsovård och barnhälsovård
- Intresseföreningen Mödrahälsoöverläkargruppen inom SFOG
- Nätverket Samordningsbarnmorskor inom mödrahälsovården.

Experter till en rekommendationsgrupp som utvärderar förslag till rekommendationer, rekryterades efter nomineringar av NPO Kvinnosjukdomar och förlossning samt Psykologer för mödrahälsovård och barnhälsovård. I gruppen ingick läkare, barnmorskor och psykologer.

I valda delar av kunskapsstödet har Socialstyrelsen samarbetat med Statens Beredning för medicinsk utvärdering (SBU).

Kontinuerlig dialog har under arbetets gång förts med Sveriges Kommuner och Regioner (SKR).

I det inledande skedet av arbetet med kunskapsstödet har följande intresseorganisationer konsulterats:

- RFSL, Riksförbundet för homosexuella, bisexuella, transpersoners, queeras och intersexpersoners rättigheter
- Sveriges Kvinnolobby
- Födelsehuset (numera Birth Rights Sweden)
- Svenska prematurförbundet
- Femmis, Föreningen för frivilligt ensamstående föräldrar med donation
- Amningshjälpen
- Spädbarnsfonden
- Mamma till mamma.

Kompletterande kunskapsstöd

Socialstyrelsens nationella kunskapsstöd, riktlinjer och vägledningar för hälso- och sjukvård tas fram utifrån bästa tillgängliga kunskap med syftet att det ska leda till en god och jämlik vård över hela landet.

I detta kunskapsstöd ger Socialstyrelsen rekommendationer som stöd för hela vårdkedjan under graviditet, förlossning och den första tiden efter. Kunskapsstödet innehåller inte allt vad gäller områden av betydelse för förlossningsvården. Det finns även andra kunskapsstöd, från Socialstyrelsen och andra aktörer, som kan fungera som komplement och som vi refererar till i kommande kapitel. Här följer ett axplock av dessa dokument.

Kompletterande kunskapsstöd från Socialstyrelsen

- *Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor* [7]
- *Tio steg som främjar amning* [8]
- *Nationellt kunskapsstöd om intrauterin fosterdöd* [9]
- *Vårdkedjan för barn som behöver neonatalvård och deras familjer* [10]
- *Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom* [11].

Kompletterande kunskapsstöd från andra aktörer

- *Mödrahälsovård, Sexuell och Reproductiv Hälsa* [12]. En så kallad ARG-rapport utgiven av Svensk förening för Obstetrik och Gynekologi, SFOG. Rapporten är framtagen i samverkan med Svenska Barnmorskeförbundet och Mödra- och Barnhälsovårdspsykologerna. ARG-rapporten beskriver bland annat den svenska mödrahälsovårdens utveckling och innehåll, dess organisation samt innehåller medicinskt basprogram under graviditet, handläggning av psykisk ohälsa, amningsstöd och föräldraskapsstöd.
- *Hållbar livsstil - Barnmorskans samtal om levnadsvanor – en handledning* [13]. Ett kunskapsunderlag framtaget av Svenska Barnmorskeförbundet. Det innehåller rekommendationer om prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor samt ett kunskapsunderlag om metoden motiverande samtal, MI.
- *Förlossningsrädsla* [14]. En ARG-rapport utgiven av Svensk förening för Obstetrik och Gynekologi, SFOG – Arbets- och referensgruppen för psykosocial obstetrik och gynekologi. Rapporten tar upp definitioner och bakgrundsfaktorer till förlossningsrädsla och innehåller råd som kan anpassas till hela vårdkedjan under graviditet, förlossning och tiden efter förlossningen. Den beskriver även olika verksamheter som erbjuder omhändertagande av förlossningsrädda, exempelvis Auroraverksamhet.
- *Säker förlossningsvård*. Ett samarbetsprojekt där regionernas ömsesidiga försäkringsbolag (LÖF) samarbetade med Svensk förening för Obstetrik och Gynekologi SFOG, Svenska barnmorskeförbundet och Svenska Neonatalföreningen för att minska förlossningsskador på barn och födande kvinnor. Inom projektet har bland annat rekommendationer och råd tagits fram för att skapa en gemensam grund för rutiner inom förlossningsvården. Inom ramen för projektet har 3 webbutbildningar

tagits fram: CTG-utbildning [15], Neo-HLR utbildning [16] och Bäckebottenutbildning [17].

WHO:s rekommendation om en positiv upplevelse

Kunskapsstödet beaktar särskilt Världshälsoorganisationens, WHO, rekommendationer för en positiv graviditets- och förlossningsupplevelse [18].

De flesta kvinnor i Sverige som föder barn är friska och genomgår sin graviditet och förlossning utan komplikationer. Mödra- och barnadödligheten är bland de lägsta i världen.

En viktig utmaning som Sverige dock har handlar om hur upplevelsen av graviditeten och förlossningen hos varje enskild individ kan bli mer positiv när det gäller trygghet och nöjdhet med vården. Enligt en första sammanställning av resultat från Graviditetsenkäten¹² är det cirka 10 procent som upplever att deras behov i samband med graviditet och barnafödande inte har blivit tillgodosedda.

Nationell strategi för sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter

Kunskapsstödet tar fasta på det delmål i *Nationell strategi för sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter SRHR* (2019) som gäller reproduktion och reproduktiv hälsa och som lyder: ”Alla har rätt till en god reproduktiv hälsa och kan välja om, när, hur många och på vilket sätt de önskar få barn samt har rätt till en trygg och säker vård vid graviditet, förlossning och abort”.

➔ **Läs mer** om den nationella SHRH strategin i *Nationell strategi för sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter* (folkhalsomyndigheten.se).

Kunskapsstödet bidrar till FN:s Agenda 2030 och barnkonventionen

Socialstyrelsens arbete bidrar till att nå målen i Agenda 2030 [19], som är FN:s handlingsplan för människornas och planetens välbefinnande. Detta kunskapsstöd bidrar till att nå främst mål 3 (hälsa och välbefinnande) men även mål 10 (minskad ojämlikhet) och mål 5 (jämskilldhet). Mer detaljer om målen finns på regeringens webbplats.

¹² Graviditetsenkäten har utformats av Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) i samarbete med Graviditetsregistret, Svensk förening för Obstetrik och Gynekologi (SFOG) och Svenska Barnmorskeförbundet. Enkäten är en kontinuerlig och rikstäckande undersökning riktad till gravida kvinnor och nyblivna mammor. Enkäten består av tre delar och kan besvaras av kvinnor som är i cirka graviditetsvecka 25, fött barn för cirka åtta veckor sedan samt de som fött barn för cirka ett år sedan. Enkäten pågår mellan december 2020 och december 2022.

- ➔ **Läs mer** om målen på regeringens webbplats: Agenda 2030 och de globala målen för hållbar utveckling. (www.regeringen.se).

Barnkonventionen stärker barns rättigheter

Den 1 januari 2020 blev FN:s konvention om barnets rättigheter svensk lag¹³. Sverige ratificerade FN:s konvention om barnets rättigheter redan 1990 varför Sverige under lång tid redan har anpassat nationell lagstiftning efter konventionen. Genom att göra barnkonventionen till lag är tanken dock att den ska få ett större genomslag i praktiken. Prövningar i domstol och annan rättstillämpning efter införandet kan förtydliga hur barnkonventionen som nationell lag kan komplettera annan lagstiftning, och vilken betydelse det kan få för verksamheter inom vård och omsorg.

Lagen syftar till att skydda och främja barns rättigheter. I konventionen återfinns flera artiklar som lyfter barnets rätt till överlevnad, skydd från skada och bästa möjliga hälsa [20]. Där fastställs att barnet på grund av sin fysiska och psykiska omognad behöver särskilt skydd och särskild omvårdnad, inklusive lämpligt rättsligt skydd, såväl före som efter födelsen. FN:s barnrättskommitté¹⁴ uppmanar i en kommentar konventionsstaterna att

- vidta alla tänkbara åtgärder för att förbättra perinatal vård för mödrar och spädbarn (vården under fostertiden och nyföddhetsperioden)
- minska spädbarns- och barnadödligheten
- skapa förutsättningar som främjar alla små barns välfärd under denna kritiska fas i deras liv.

¹³ Lagen (2018:1197) om Förenta nationernas konvention om barnets rättigheter

¹⁴ Barnrättskommitténs allmänna kommentar nr 7: Genomförandet av barnets rättigheter under tidig barndom. Barnrättskommittén; 2014.

Om vården i Sverige under och efter graviditet

I det här kapitlet presenterar vi en schematisk bild av organisation och utveckling av den svenska mödrahälsovården, förlossnings- och eftervården. Sverige hör till de länder med lägst mödra- och barnadödlighet i världen. Historiskt sett är det flera medicinska banbrytande händelser som bidragit:

- utbildade barnmorskor började assistera vid förlossningar
- kunskap om och förståelse för aseptik
- upptäckt av antibiotika
- möjlighet till blodtransfusion
- förebyggande arbete genom en utbyggd mödrahälsovård [21].

Det finns fler faktorer som också bidragit till den låga dödligheten. Några exempel på detta är den förhöjda generella levnadsstandarden, den förbättrade folkhälsan och den ökade jämställdheten i samhället.

Trots den medicinska utvecklingen finns det utmaningar, främst för att öka upplevelsen av trygghet och delaktighet hos gravida och nyblivna föräldrar.

Mödrahälsovården inkluderar även barnet

Mödrahälsovård är av stor betydelse för kvinnors och barns hälsa. Den svenska vårdmodellen, där barnmorskan har en central roll och står för kontinuitet, infördes på 1930-talet. Då låg fokus på sociala aspekter och det nyfödda barnet, men under 1950-talet utvidgades barnmorskans ansvar till att även omfatta kontroller av kvinnans hälsa.

En central del av mödrahälsovårdens arbete i dag avser hälsovård under graviditeten, där insatsernas syfte är att främja dels den gravidas, dels det väntade barnets hälsa. Mödrahälsovården har därmed ett unikt uppdrag inom hälso- och sjukvården, då det väntade barnet är en patient som inte kan ge uttryck för sina behov.

Barnmorskan fångar upp medicinska och sociala risker

I dag följer mödrahälsovården ett medicinskt basprogram där barnmorskan gör de undersökningar som behövs för att övervaka att graviditetsutvecklingen är normal. Syftet är att betona det friska och normala hos en frisk person med okomplicerad graviditet samt att så tidigt som möjligt diagnostisera riskgraviditeter. I Sverige handlägger barnmorskan självständigt den normala graviditeten och den normala postpartumtiden. Vid interkurrenta sjukdomar, obstetriska risker och andra komplikationer arbetar barnmorska och läkare tillsammans, med läkaren som ytterst ansvarig. Läkaren kan vara obstetriker anställd av mödrahälsovården eller av

kvinnokliniken eller allmänläkare med intresse och erfarenhet inom mödrahälsovård.

Förutom screening och riktad provtagning för medicinska komplikationer, ingår i mödrahälsovårdens basprogram screening för, eller bedömning av, sociala risker. Bland dessa ingår användning av alkohol, droger och skadliga läkemedel samt pågående och tidigare våld, framför allt i nära relationer.

Förlossningsvården arbetar i team

De flesta förlossningar i Sverige sker vaginalt i fullgången graviditet. Drygt 17 procent av alla förlossningar sker med kejsarsnitt, antingen planerat eller akut [22].

Förlossningsläkaren är medicinskt ansvarig för förlossningen. Barnmorskan tar i normalfallet hand om och bistår mödrar under förlossningen och har rätt att leda spontanförlossningar. Barnmorskan övervakar fostrets tillstånd i livmodern och behöver kunna känna igen varningssignaler om onormala tillstånd hos en mor eller ett nyfött barn och rapportera till ansvarig läkare. Barnmorskan bistår förlossningsläkaren vid komplicerade eller onormala tillstånd under förlossningen (7 kap. 1 § HSLF-FS 2016:64).

Liksom i fallet mödrahälsovård tar ett team hand om den födande. Teamet består av barnmorska, obstetriker och, oftast, undersköterska. I teamarbetet är allas kompetens viktig för att den födande ska få den allra bästa vården [23].

➔ **Läs mer** om neonatalvård i Socialstyrelsens kunskapsstöd *Vårdkedjan för barn som behöver neonatalvård och deras familjer* (socialstyrelsen.se)

Eftervården ser olika ut i landet

Eftervården på sjukhus är oftast kort vid okomplicerade förlossningar. År 2019 var medelvårdtiden 1,7 dygn efter vaginal förlossning och 2,9 dygn efter kejsarsnitt. Medelvårdtiden hos förstföderskor är cirka ett dygn längre än hos omföderskor. Vårdtiden på sjukhus efter förlossning är föremål för förändring och individualisering på flera av landets kliniker.

Uppföljning i form av samtal efter förlossningen erbjuds vid landets förlossningskliniker, men färre erbjuder samtal till samtliga kvinnor med den barnmorska som bistod vid förlossningen.

En del kliniker erbjuder hembesök under barnets första levnadsvecka, eller återbesök till sjukhuset för uppföljande spädbarnsundersökning. Förlossningskliniken ansvarar för det nyfödda barnet tills det är inskrivet i barnhälsovården (BHV), vilket är 7 dagar – om möjligt tidigare. Barnhälsovården ansvarar därefter för den fortsatta uppföljningen av barnet.

Uppföljning, så kallad eftervårdsbesök, erbjuds 6–16 veckor efter förlossningen hos barnmorskan inom mödrahälsovården. Vid komplikationer kontaktas läkare, psykolog eller fysioterapeut.

Regionala skillnader i Sveriges graviditets- och förlossningsvård

Vården i samband med graviditet och förlossning har utvecklats snabbt de senaste decennierna, såväl den medicinska vården som omvårdanden och stödet till kvinnan. Sverige anses ligga i framkant, men det finns utrymme för förbättringar eftersom förutsättningarna varierar mellan och inom landets regioner. Detta framgår av Socialstyrelsen *Vård efter förlossning: en nationell kartläggning av vården till kvinnor efter förlossningen* [2], slutredovisningen av Socialstyrelsens kartläggning [3] samt *Förstudien till kunskapsstöd om förlossningsvård* [5].

Färre förstagångsföräldrar deltar i föräldraskapsstöd

De senaste åren har andelen förstagångsföräldrar som deltagit i föräldraskapsstöd i grupp minskat. Andel förstföderskor och deras partner som deltagit i mindre sammanhållna grupper varierar betydligt från 2–71 procent mellan olika regioner [24].

I Socialstyrelsens statistikdatabas för graviditeter, förlossningar och nyfödda visar uppgifter att det har varit en nedåtgående trend med en sjunkande andel allvarliga bristningar, men det finns fortfarande variation över landet [25].

Individanpassad eftervård saknas i en del regioner.

Uppföljning efter förlossningen ser olika ut i landets regioner, och utrymmet att ge en individanpassad eftervård saknas i en del regioner. Andelen oplanerade återinlägg efter förlossning ökat över tid i riket som helhet, samtidigt som den varierar stort mellan regioner med minst och störst andelar (från 1–4 procent) [26].

Tillgängligt amningsstöd varierar

Enligt Socialstyrelsens nationella statistik med uppföljning av amningen har andelen barn som helammas vid en veckas ålder minskat succesivt de senaste 20 åren. Statistiken för år 2019 visar att vid 4 månaders ålder var det 73 procent av barnen som ammades antingen enbart eller delvis, medan motsvarande siffra för 6 månaders ålder var 63 procent [25].

Tillgänglighet till amningsstöd varierar i landet och många kvinnor rapporterar att de vill ha mer stöd och rådgivning om amning [2, 27, 28]. Satsningar för ökad amning pågår i landet.

Nationella insatser och satsningar

Det pågår flera olika insatser på nationell nivå för att stärka kvinnors hälsa och förlossningsvården. Regeringens fleråriga nationella satsning på bättre hälsa och förlossningsvård och förbättrade insatser för kvinnors hälsa pågår

sedan 2015. Satsningen har resulterat i 3 överenskommelser¹⁵ mellan staten och Sveriges kommuner och regioner (SKR) [29].

Den senaste, perioden 2020–2022, benämns *Ökad tillgänglighet och jämlikhet i mödrahälso- och förlossningsvården samt förstärkta insatser för kvinnors hälsa*. I överenskommelsen står att det övergripande målet för vårdkedjan är att alla kvinnor och deras familjer ska känna trygghet och få en säker vård i rätt tid i samband med graviditet, förlossning och eftervård [30].

Strategier för kvinnors hälsa

SKR tog 2019 fram en plan, *Strategier för kvinnors hälsa* [31], för att underlätta för regionerna i deras arbete med en förbättrad förlossningsvård och insatser för kvinnohälsa. Planen innehåller konkretiserade mål och möjliga strategier för förbättringsarbete inom området. Målen i SKR:s strategiska plan för kvinnors hälsa 2019 fokuserar på en mer

- personcentrerad vård
- tillgänglig vård
- säker vård
- kunskapsbaserad vård
- jämlik vård.

Ett delmål i planen har varit ökad följsamhet till riktlinjer och rekommendationer.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har i sin utvärdering av överenskommelsen kopplat till stimulansmedlen kommit fram till 4 viktiga framgångsfaktorer för förbättringsarbete och lärande, som i sin tur kan minska omotiverade skillnader [32]:

- nationella kunskapsstöd
- gemensamma mål
- data för uppföljning
- strukturer för förbättringsarbete.

Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet

Socialstyrelsen publicerade 2020 en nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet som gäller under åren 2020–2024 [33]. Mottagare för handlingsplanen är huvudmännens beslutsfattare. Den nationella handlingsplanen ska stärka kommuner och regioner i det systematiska patientsäkerhetsarbetet och bidra till att förebygga vårdskador. Den ska också stödja och samordna arbetet med patientsäkerhet i Sverige.

Enligt den nationella handlingsplanen innebär god vård att vården särskilt ska vara av god kvalitet och med en god hygienisk standard. Den ska dessutom

- tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet

¹⁵ Samt två tilläggsöverenskommelser.

- bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet
- främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen
- vara lättillgänglig.

Detta gäller inte minst vård av gravida, födande och nyförlösta samt nyfödda barn.

Kunskap och kompetens

En av förutsättningarna för ökad patientsäkerhet är adekvat kunskap och kompetens hos den personal inom hälso- och sjukvården som utför sitt arbete, enligt den ovan nämnda nationella handlingsplanen. Rätt yrkeskompetens hos personalen ska täcka de krav som ställs för att bedriva en god och säker vård. Kunskap hos personalen ska vara grundad på evidens och beprövad erfarenhet. Utöver yrkeskompetensen är det viktigt att säkerställa kontinuerlig fortbildning inom specifika områden. I detta ingår både tekniska och icke-tekniska färdigheter som behöver regelbunden återkommande träning, både enskilt och i teamet. Introduktionsprogram för nyutexaminerade och nyanställda behöver också finnas för att erbjuda en vård av hög kvalitet [33].

Vårdpersonal behöver kontinuerligt delta i fortbildning för att få ökad ämnesspecifik kunskap samt ny kunskap inom omvårdnad och bemötande. Det kan handla om att presentera ny kunskap eller nya typer av vård för att uppmuntra bästa praxis och följsamhet till rutiner. Utbildningar och träning för att främja teamarbetet är också viktigt. Fortbildningens upplägg varierar från interaktiva workshoppar till traditionella föreläsningar. Vårdpersonal som erbjuds och deltar i fortbildning på sin arbetsplats är mer benägna att följa de metoder som rekommenderas vilket i förlängningen kan leda till förbättringar i patienternas hälsa [34].

Lagar och författningar

Både patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL, och hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, innehåller bestämmelser om god vård som är tillämpliga vid arbetet inom mödrahälsovården, förlossnings- och eftervården. Dessutom finns det föreskrifter och författningar som syftar till att patienter ska få god vård, både generellt för hälso- och sjukvården och mer specifikt för gravida, födande och nyförlösta. Exempel:

- Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2008:33) om information som avser uppfödning genom amning eller med modersmjölksersättning¹⁶
- förordningen (2001:708) om medicinskt födelseregister hos Socialstyrelsen.

¹⁶ Modersmjölksersättning används genomgående i kunskapsstödet när referenser görs till lagar och föreskrifter som använder begreppet i sina texter.

Målet med hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den patientgrupp som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska få företräde när olika gruppers behov ställs mot varandra (3 kap. 1 § HSL). Generellt har grupper med allvarigare hälsotillstånd ett större behov än de som har lindrigare tillstånd.

Det förebyggande arbetet inom mödrahälsovården ger möjlighet att upptäcka vilka blivande föräldrar som har behov av ytterligare stöd och eventuella vårdåtgärder. I arbetet ingår även att informera kvinnan så att hon kan fatta egna beslut som gynnar hennes integritet och trygghet.

I lagen om hälso- och sjukvård åt asylsökande med flera (2008:344) finns bestämmelser om regionernas skyldigheter att erbjuda hälso- och sjukvård åt asylsökande och vissa andra utlänningar. Utöver dessa skyldigheter ska respektive region bland annat erbjuda alla asylsökande och papperslösa ”vård som inte kan anstå”, mödrahälsovård och preventivmedelsrådgivning (lagen [2013:407] om hälso- och sjukvård till vissa utlänningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd).

Yrkesetik och värdegrund

Många professioner och verksamheter inom hälso- och sjukvården har tagit fram en etisk kod eller värdegrund för sin yrkesutövning och organisation. Innehållet kompletterar lagar och författningar samtidigt som det lyfter etiska frågeställningar som kan uppstå men som det inte går att lagstifta om.

Barnmorskornas etiska kod lyfter bland annat vikten av en professionell relation genom att ge stöd, rättvis vård och möjlighet till ett informerat beslut (SBF).

Läkarförbundets etiska regler säger bland annat att läkaren ska handla i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet och efter bästa förmåga utveckla och förmedla kunskap till gagn för patienter och hälso- och sjukvårdens utveckling, samt påtala brister i verksamheten (Sveriges läkarförbund).

Viktigt i mötet med blivande och nyblivna föräldrar

I detta kapitel lyfter vi ett antal frågor som det är viktigt att vara medveten om i mötet med blivande och nyblivna föräldrar. Det handlar om våld i nära relationer, ett jämställt föräldraskap, kunskap om olika könsidentiteter och särskilda behov hos ensamstående och samkönade par.

Våld i nära relationer under graviditeten

Våld i nära relationer förekommer i hög utsträckning och bland alla samhällsklasser och socioekonomiska grupper. Våldet mot kvinnor är generellt sett mycket grövre än våldet mot män, och det är 10 gånger vanligare att våldsutsatta kvinnor behöver uppsöka hälso- och sjukvården efter en våldshändelse än män. Våldet mot kvinnor är också ofta upprepat och systematiskt, och kvinnor är också mer utsatta för sexuellt våld jämfört med män [35, 36]¹⁷.

Våld i nära relationer kan förstås förekomma även under graviditeten. I en studie där 1 939 gravida följdes under ett och ett halvt år rapporterade 2,5 % våld. Våldet ökade i takt med att graviditeten fortskred. Ett och ett halvt år efter förlossningen uppgav 3,3 % att de var utsatta för våld [37].

Att vara våldsutsatt under graviditeten innebär allvarliga risker för såväl den gravida som barnet [38-41]. Komplikationer som kan uppstå omfattar följande tillstånd:

- missfall
- intrauterin fosterdöd
- inducerad abort
- förlossningskomplikationer
- perinatal depression och ångest
- PTSD
- för tidig födsel
- låg födelsevikt
- amningsproblem.

Så kallat hedersrelaterat våld, där ett kollektiv står bakom våldsutövandet, behöver också uppmärksammas av mödrahälsovården. När frågor om våld ska ställas till den gravida ska detta ske i enrum och varje barnmorskemottagning ska ha en handlingsplan vid upptäckt av pågående våld eller hot. Regelrätt screening är dock ovanlig i Sverige.

¹⁷ Denna text inkluderar inte området våldsutövare. Perspektivet våldsutövare tas upp i Socialstyrelsens utbildningsmaterial *Våld i nära relationer – ett utbildningsmaterial för hälso- och sjukvården* <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2021-11-7607.pdf>

Hälso- och sjukvården har en viktig roll

Våld i nära relationer har en stark koppling till ohälsa på både kort och lång sikt, vilket motiverar frågor om erfarenheter av våld som en del i anamnesen. Genom att frågan ställs inom hälso- och sjukvården uppmärksammas betydelsen av våldsutsatthet för hälsan och möjligheten att få hjälp. Vid upptäckt av våld kan vårdgivaren hänvisa till socialtjänsten och andra aktörer som kan ge stöd. Om det finns barn i hemmet ska man göra en orosanmälan, och även en polisanmälan kan behövas [42]. Att inte ställa frågor om våld kan innebära att grundorsaken till ohälsan aldrig kommer fram och att patienten fortsätter att söka vård för sin ohälsa [43].

Graviditetsregistret redovisar att 95 procent av alla gravida får frågan om våldsutsatthet av barnmorskan på mödrahälsovården [44]. Rutinfrågor inom mödrahälsovården ökar upptäckten av våld markant. I Socialstyrelsens handbok *Våld. Handbok om socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens arbete med våld i nära relationer* [42] rekommenderas att alla kvinnor som uppsöker mödrahälsovården tillfrågas om sin erfarenhet av våld. Socialstyrelsen rekommenderar också att hälso- och sjukvården erbjuder fortbildning om våld i nära relationer, i syfte att öka förutsättningarna att upptäcka våld [45].

Socialstyrelsen utreder vissa skador och dödsfall för att identifiera brister i samhällets skyddsnät och ge regeringen underlag för beslut om åtgärder. I den senaste rapporten från 2022 [46] har utredningarna identifierat ett trettiotal brister i samhällets insatser. En brist som lyftes var att varken hälso- och sjukvården eller socialtjänsten frågar om våldsutsatthet, trots att en person kan ha berättat om en konfliktfylld relation eller om att partnern var aggressiv. Utredningen rapporterar att både de utsatta och de som utsätter hade haft omfattande kontakter med socialtjänst och hälso- och sjukvården under året innan brottet, och ofta under månaden innan.

- ➔ **Läs mer** om förekomst av våld i nära relationer och hedersrelaterat våld och om socialstyrelsens arbete mot våld i Bilaga 2.
- ➔ **Läs mer** om utredningar av brott gällande grov misshandel eller död i rapporten *Socialstyrelsens utredningar av vissa skador och dödsfall 2018–2021*.
- ➔ **Läs mer** om våld i nära relationer på Kunskapsguiden under fliken *Våld och förtryck: Våld i nära relationer – Kunskapsguiden*

Ett jämställdhetsperspektiv gynnar barn och föräldrar

Ett jämställt föräldraskap gynnar barns hälsa, utveckling och välbefinnande. Det är också viktigt för föräldrarnas relation till barnet och till varandra. Forskningen ger inget stöd för att kvinnor och män skulle ha olika förmågor när det kommer till omsorg eller föräldraskap. Mödrahälso- och förlossningsvården samt barnhälsovården är verksamheter som möter de allra

flesta blivande och nyblivna föräldrar under en period då föräldraskapet formas. Detta gäller även andra verksamheter inom hälso och sjukvården, till exempel neonatalvård och psykiatri som möter föräldrar med särskilda behov.

Dessa verksamheter har därför möjlighet att bidra till att motverka traditionella förväntningar utifrån kön. Om medföräldern inte bemöts på ett respektfullt och likvärdigt sätt ökar risken för ett lägre ansvarstagande för hem- och omsorgsarbete. Dessutom riskerar vården att missa deras ohälsa, vilket i sin tur kan påverka familjens hälsa negativt.

Kunskapsstödet lyfter partners roll

I kunskapsstödet har vi arbetat för att inkludera och lyfta fram vad en partner kan göra för att stödja och ta en aktiv roll som blivande och nybliven förälder. Mödrahälsovården, förlossningsvården, eftervården och barnhälsovården har en viktig roll i att främja ett gott föräldraskap. Att skapa goda förutsättningar för detta kan ske både under graviditeten och under och efter förlossningen.

För en partner kan det till exempel handla om möjligheten att få vara delaktig. Att delta vid besök på barnmorskemottagningen, att närvara vid förlossning och att aktivt och emotionellt stödja den födande. Att en partner görs delaktig kan förstärka en positiv förlossningsupplevelse och öka den födandes känsla av trygghet. Andra exempel på delaktighet är att familjen ges möjlighet till samvård efter förlossningen och att partnern får tillgång till nödvändig information om barnet.

Inom barnhälsovården är båda föräldrarna välkomna på alla barnets besök enligt barnhälsovårdsprogrammet. Det ingår också ett erbjudande till alla föräldrar om ett individuellt besök.

Utvärderingar visar att ett genusmedvetet föräldraskapsstöd har goda effekter i form av minskade svårigheter hos barn, minskad stress och högre välbefinnande hos föräldrarna. Föräldraskapsstödet bör vara anpassat utifrån att familjer ser olika ut.

➔ **Läs mer** om jämställt föräldraskap i *SKR-faktablad-jamstallt-foraldraskap.pdf*.

Kunskap om olika könsidentiteter

Kunskap om att transmän och ickebinära¹⁸ genomgår graviditeter är viktig för en jämlik vård vid graviditet, förlossning och eftervård. År 2018 hade närmare 6 000 personer i Sverige en könsdysforidiagnos.

Antalet nya fall av diagnostiserad könsdysfori bland personer med kvinnligt födelsekönn i åldern 13 till 17 år har ökat kraftigt sedan 2008, enligt en kartläggning av Socialstyrelsen [47]. Att individer väljer könskorrigeringar utan att sterilisera sig kommer antagligen att leda till att fler transpersoner kommer att genomgå graviditet och behöva vård.

¹⁸ Ickebinära personer identifierar sig inte som kvinna eller man och vissa ser sin könstillhörighet som något mer flytande. Ickebinära ingår i paraplybegreppet transpersoner.

Tidigare fanns det ett steriliseringskrav för att byta juridiskt kön i Sverige, men denna lag togs bort 2013, vilket har möjliggjort graviditet hos transmän som ändrat juridiskt kön. Transmän är födda med kvinnliga reproduktionsorgan, men identifierar sin könsidentitet eller sitt könsuttryck som manligt. För dem som inte genomgått operation, hysterektomi eller genital rekonstruktion med vaginal ocklusion, kan en graviditet fortfarande vara möjlig [48].

Förbättra kunskapen för en mer jämlik vård

Vårdpersonal kan vara ovana vid att ta hand om transpersoner, inte minst de som är gravida. Enligt en statlig utredning finns beskrivningar som visar på diskriminering och bristande kunskap om transpersoner inom hälso- och sjukvården (SOU 2017:92 *Transpersoner i Sverige*). Medicinsk och psykosocial kunskap om gravida män och ickebinära behöver förbättras för att främja god och jämlik vård och gott bemötande.

Personal inom mödrahälsovård, förlossnings- och eftervård behöver vara lyhörda och använda ett inkluderande språk i mötet med alla personer. Det är bra om barnmorskan tidigt i graviditeten aktivt frågar om behov, önskemål och eventuella rädslor hos personer som identifierar sig med annan könsidentitet än kvinna.

Transmän och ickebinära som genomgår en graviditet kan ha en komplicerad relation till sin kropp kopplat till könsdysfori. Normer gör dessutom att en graviditet är starkt kopplad till att identifiera sig som kvinna, vilket ökar risken för att en gravid man eller ickebinär ska bli felaktigt identifierad som tillhörande det andra könet. Könsdysfori kan förstärkas under graviditeten då kroppen genomgår förändringar som gör att den uppfattas som mer feminin eller kvinnlig [49].

➔ **Läs mer** om ett inkluderande språk och ett hbtqi- kompetent bemötande på RFSL:s webbplats *RFSL-HBTQ-kompetens-för-dig-som-arbetar-med-blivande-eller-nyblivna-föräldrar-1-1.pdf*

Särskilda behov hos ensamstående och samkönade par

Ensamstående har inte alltid samma möjlighet som par att dela ansvar, vardagsbekymmer och glädjeämnen kring ett barn med någon annan. Det finns inte heller alltid någon att turas om med när barnet kräver extra mycket omsorg i samband med nattvak, sjukdom etcetera, varför ett stabilt nätverk är önskvärt [50]. Behoven hos någon som valt att bli singelförälder kan skilja sig från behoven hos den som blivit oplanerat gravid eller som är singel efter en separation.

I samband med graviditet och barnafödande kan samkönade par eller singlar uppleva processen att bilda familj genom assisterad befruktning som stressande. En del av stressen kan vara att de saknar känslomässigt stöd från vårdpersonalen. Heteronormativ information under och efter graviditeten förknippas med lägre upplevt föräldraskapsstöd och högre upplevd föräldrastress och minoritetsstress [51, 52].

Anpassa stöd och information efter behov

I samtal och möten med den gravida, den födande eller den nyförlösta ska informationen anpassas till mottagarens ålder, mognad, erfarenhet, språkliga bakgrund och andra individuella förutsättningar (3 kap. 6 § patientlagen (2014:821), PL). Så långt det är möjligt ska vårdpersonalen försäkra sig om att mottagaren har förstått informationen (3 kap. 7 § PL).

Rekommendationer

I det här kapitlet presenterar vi totalt 35 rekommendationer uppdelade på 10 ämnesområden. Majoriteten (34) är starkt positiva och en är svagt positiv. Av alla 35 rekommendationer är 3 sammansatta. *Traumatiska förlossningsupplevelser och posttraumatisk stress* har ett eget avsnitt, men vi ger inte några rekommendationer på detta område.

	Ämnesområde	Antal
1	Psykisk ohälsa och psykiska sjukdomstillstånd under graviditet och efter förlossning	7
2	Förlossningsrädsla	4
3	Traumatiska förlossningsupplevelser och posttraumatisk stress	0
4	Förlossningsbristningar – diagnostik, information och uppföljning	6
5	Amning och uppfödning	4
6	Vård efter graviditet och förlossning	6
7	Obesitas under graviditet	2
8	Substansbruk hos gravida och nyförlösta	3
9	Föräldraskapsstöd i grupp	2
10	Kontinuerligt professionellt stöd under förlossningen	1

Så här hittar du i kapitlet

Varje avsnitt handlar om ett fristående ämne och kan läsas självständigt. Avsnitten inleds med en introduktion och rekommendationerna presenteras i en gråtonad ruta. Till varje rekommendation finns en beskrivning av syfte och motivering. Mellan syfte och motivering finns varierande mängd text som sätter rekommendationen i sin kontext. Sist i avsnittet finns det bakgrund och fördjupande information om varje ämne.

Kunskapsstödet vänder sig till personal i förlossnings- och mödrahälsovården

Kunskapsstödet vänder sig till dig som möter gravida och nyförlösta i någon del av vårdkedjan under graviditeten, förlossningen och den första tiden efter förlossningen. Främst riktar vi oss till barnmorskor, läkare och psykologer, men även andra yrkeskategorier som till exempel sjuksköterskor kan vara berörda.

Kunskapsstödet vänder sig också till dig som ansvarar för graviditets- och förlossningsvårdens utformning, och som därmed har ansvar att ta fram rutiner, vårdprogram eller motsvarande, i synnerhet vad gäller frågor som kan ha betydelse för vilken vård som bör erbjudas, hur vården kan organiseras och vilken kompetens som bör säkras.

Rekommendationerna bygger på bästa tillgängliga kunskap

I varje avsnitt beskriver vi vad som varit avgörande för respektive rekommendation under rubriken *Motivering till rekommendationen*.

När det har funnits vetenskapliga studier har dessa använts som underlag. Majoriteten av rekommendationerna baseras dock på beprövad erfarenhet. Socialstyrelsen bedömer att de åtgärder som föreslås medför övervägande positiva effekter för gravida, nyförlösta och barnen, även om det vetenskapliga underlaget är otillräckligt och vi inte kan uttala oss om hur stora effekterna är. De eventuella oönskade effekter som en åtgärd kan medföra bedöms vara acceptabla för de flesta i förhållande till de förväntade önskade effekterna.

Vi har tagit hänsyn till bästa tillgängliga kunskap om önskade och oönskade effekter av åtgärden för den aktuella målgruppen när vi har formulerat rekommendationstexterna. Andra bedömningar som också har vägts in:

- behovet av åtgärden utifrån hälsotillståndets svårighetsgrad
- om åtgärden är acceptabel för gravida och nyförlösta
- åtgärdens påverkan på jämlikhet i hälsa
- åtgärdens påverkan på möjligheten till självbestämmande och delaktighet.

➔ **Läs mer:** En mer detaljerad beskrivning av hur rekommendationsarbetet har genomförts finns i bilagan *Metodbeskrivning och kunskapsunderlag*.

Olika typer av rekommendationer

Socialstyrelsen använder följande varianter av rekommendationer i detta kunskapsstöd:

- *Bör* (stark positiv)
- *Kan* (svag positiv)
- *Kan i undantagsfall* (svag negativ)
- *Bör inte* (stark negativ).

Rekommendationerna kan medföra förändringar

Grupper som har sviktande hälsa och större behov än andra ska prioriteras och få den vård de behöver med hänvisning till att de med störst behov ska få företräde, enligt prioriteringsplattformen.

Detta kan exempelvis innebära att planerade besök hos barnmorskan behöver längre eller fler besök än vad som är gängse rutin. Gravida som inte talar svenska kan behöva mer tid och stöd under och efter graviditeten, framför allt om de har migrantbakgrund och saknar förankring i Sverige.

För att bibehålla kontinuiteten och hög kvalitet i vårdkedjan krävs en översyn av befintliga resurser. Förändringar i arbetstidsmodeller och bemanning kan bli följden av en sådan förändring.

➔ **Läs mer** om planerade konsekvensanalyser och andra arbeten i *Avgränsningar och förtydliganden*.

Psykisk ohälsa och psykiska sjukdomstillstånd under graviditeten och efter förlossningen¹⁹

I detta avsnitt fokuserar vi på ett antal områden som rör mödrahälsovårdens ansvar för psykisk hälsa under graviditeten. Psykisk hälsa och ohälsa är ett stort fält och kapitlet har avgränsats till de områden där professionerna uttryckt att det finns oklarheter, stora regionala skillnader eller där viktiga delar av vårdkedjan saknas.

Det finns viktiga områden som samvarierar med depression hos kvinnor, som utsatthet för våld i nära relationer och substansbruk, som vi inte tar upp i detta avsnitt²⁰. Den psykiska hälsan hos kvinnans partner eller medförälder är viktig för kvinnans psykiska hälsa, liksom för barnets och familjens välbefinnande, men berörs bara i begränsad utsträckning. Tyngdpunkten ligger på de psykiska ohälsotillstånd som är vanligast under en graviditet och efter förlossningen, nämligen depression och ångest.

Till psykisk ohälsa och psykiska sjukdomstillstånd hör 7 rekommendationer som är relaterade till varandra:

De 3 första fokuserar på att identifiera tidigare eller pågående psykisk sjukdom och risker:

- Strukturerat anamnestagande för att identifiera tidigare eller pågående måttlig till allvarlig psykisk sjukdom.
- Strukturerad identifiering av trolig depression och ångeststillstånd rör pågående lindriga till måttliga sjukdomstillstånd.
- Psykosocial bedömning för att identifiera gravida med risk för psykisk ohälsa och sjukdom.

De 4 sista ger viktiga förutsättningar för ett systematiskt samarbete med psykisk ohälsa eller sjukdom för att möjliggöra olika slag av insatser och behandling:

- Konsultation av psykolog inom mödrahälsovården
- Multiprofessionell samverkan inom mödrahälsovården
- Specialistteam
- Utbildning och fortbildning.

Vi börjar med att presentera rekommendationerna. Därefter följer fördjupande information om detta ämne.

¹⁹ Socialstyrelsen har inte gjort en hälsoekonomisk analys och inte heller en organisatorisk analys för de föreslagna rekommendationerna i detta avsnitt. Vi gör dock bedömningen att centrala rekommendationer kan komma att medföra utökad tidsåtgång, förändrad organisation och utökad resursåtgång för att kunna följas. Dessa rekommendationer kommer att bli föremål för kommande prioriteringsarbete inom ramen för de nationella riktlinjer som är planerade att redovisas i slutet av 2023 [6].

²⁰ Våld i nära relationer tas upp i *Viktigt i mötet med blivande och nyblivna föräldrar* och substansbruk tas upp i *Substansbruk hos gravida och nyförlösta*.

Strukturerat anamnestagande för identifiering av tidigare eller pågående måttlig till allvarlig psykisk sjukdom

Kvinnor med tidigare måttlig till allvarlig psykisk sjukdom har en ökad risk att återinsjukna i samband med förlossning och under den första tiden därefter. Det gäller till exempel bipolär sjukdom, psykosjukdom, depression och ångestsyndrom [53, 54]. Därför är det viktigt att tidigt under graviditeten, det vill säga under något av de första besöken i samband med inskrivning, identifiera dessa kvinnor. Det gör man genom att rutinmässigt ställa frågor på ett strukturerat sätt till alla gravida, så att en god beredskap och planering uppnås om kvinnan²¹ skulle insjukna under graviditeten eller post partum. Det är särskilt viktigt att identifiera kvinnor med bipolär sjukdom under graviditet på grund av den ökade risken för affektiv psykos efter förlossningen [55, 56]. I Sverige är suicid en av de vanligaste dödsorsakerna under graviditet och första året efter förlossningen, och förekomsten har visat sig vara relativt stabil under flera decennier: 3,7 per 100 000 förlossningar [57].

Gravida med en pågående måttlig till allvarlig psykisk sjukdom löper större risk att föda prematurt eller att barnet föds SGA (*small for gestational age*). Barn till kvinnor med obehandlad eller ofullständigt behandlad måttlig till allvarlig depression eller ångest under graviditeten löper ökad risk att drabbas av emotionella problem och beteendeproblem under uppväxten [58].

Rekommendation

Du som möter gravida bör

erbjuda strukturerat anamnestagande under tidig graviditet för att identifiera gravida som tidigare har haft eller har en pågående måttlig till allvarlig psykisk sjukdom.

Syftet med rekommendationen

Syftet med ett strukturerat anamnestagande är att bättre kunna planera insatser under graviditeten enligt det lokala vårdprogrammet, i samråd med psykiatri och eventuellt med andra verksamheter. Detta leder till bättre psykisk hälsa för kvinnan och i förlängningen även för familjen. På så sätt kan strukturerat anamnestagande ses som en förutsättning för ett adekvat omhändertagande av kvinnan vad gäller den vårdplanering, det stöd, den behandling och uppföljning som erbjuds henne och som på det sättet svarar mot hennes individuella behov.

²¹ Alla gravida och födande identifierar sig inte som kvinnor. När begreppet används i texten avser vi även personer som inte identifierar sig som kvinnor. Detta gäller all text i kunskapsstödet. Se även *Benämningarna kvinna och mamma*.

Strukturerad anamnes: Vad bör den innehålla?

En strukturerad anamnes som tas under tidig graviditet på kvinnor med tidigare eller pågående måttlig till allvarlig psykisk sjukdom innebär att barnmorskan ställer frågor i syfte att klargöra vilken typ och vilken svårighetsgrad av psykisk sjukdom som kvinnan har eller har haft. Därför ställer barnmorskan frågor om

- tidigare och aktuell psykisk sjukdom
- hereditet för psykisk sjukdom
- tidigare och pågående vårdkontakter och vårdnivå
- behandling i form av läkemedel och samtalsbehandling.

Exempel på frågor som du kan ställa (för en mer utförlig genomgång av frågor, se [12]):

- *Har du, eller har du haft, någon allvarlig psykisk sjukdom? (Till exempel psykos, bipolär sjukdom, svår depression, suicidförsök eller allvarliga självskador.)*
- *Behandlas du, eller har du behandlats, inom psykiatri? Öppenvård eller slutenvård?*
- *När var det? Vilken behandling fick du och hur länge pågick den?*

Frågor ställs också om det finns perinatal psykisk sjukdom i familjen hos modern och eventuella systrar. Omfödern får frågor om allvarlig psykisk sjukdom i samband med tidigare graviditet eller förlossning.

Anamnestagandet gör det lättare att efter samråd med mödrahälsovårdens läkare och psykolog planera stöd och andra insatser under graviditeten, förlossningen och BB-tiden. Till exempel tätare besöksprogram och planering inför förlossningen, BB-tiden och första tiden efter förlossningen. Särskild uppmärksamhet bör riktas mot omfödern som insjuknat för första gången i samband med barnafödande.

Det är också viktigt att undersöka om det finns psykologiska eller sociala faktorer som ökar risken för att insjukna i psykisk sjukdom. Kännedom om dessa riskfaktorer bidrar till ett adekvat omhändertagande, exempelvis genom att man erbjuder kvinnan eller paret insatser, stöd eller behandling inom hälso- och sjukvården, familjerådgivningen, eller socialtjänsten.

➔ **Läs mer** om riskfaktorer i *Psykosocial bedömning*.

Motivering till rekommendationen

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör du erbjuda strukturerad anamnestagande under tidig graviditet i syfte att identifiera gravida som har en pågående, eller tidigare har haft, måttlig till allvarlig psykisk sjukdom.

Det vetenskapliga underlaget för att bedöma effekten av strukturerad anamnestagande för identifiering av måttlig till allvarlig psykisk sjukdom är otillräckligt, men enligt beprövad erfarenhet bidrar åtgärden till att kvinnor med pågående måttlig till allvarlig psykisk sjukdom snabbare får adekvat vårdplanering och uppföljning, och till att kvinnor som tidigare har haft psykisk sjukdom till bättre beredskap och planering om kvinnan åter skulle insjukna/drabbas av sjukdom.

I Socialstyrelsens rekommendation har dessutom kartläggningen *Identifiering av kvinnor med möjliga depressions- och ångestsyndrom under graviditet – SBU bereder* [59], som återfinns i webbilagan *Metodbeskrivning och kunskapsunderlag* vägts in.

➔ **Läs mer** om hur vi har identifierat erfarenhetsbaserad kunskap för rekommendationen i webbilagan *Metodbeskrivning och kunskapsunderlag*.

Strukturerad identifiering av trolig depression och ångesttillstånd

Det ingår i MHV-barnmorskans uppdrag att ställa frågor till alla gravida kvinnor om deras psykisk hälsa och att vara observant på symtom på psykisk ohälsa [12]. Utan en rutinmässig struktur för detta finns en risk att man går till väga på olika sätt, både mellan regioner och inom en region.

Resurstillgång i form av tid, utbildning, konsultation, samverkan och stegvis vård är avgörande för om strukturerad identifiering kan bli framgångsrik och ge avsedd effekt, då enbart användandet av ett instrument, muntligt eller skriftligt, inte är tillräckligt [54].

Trots att många depressions- och ångesttillstånd under postpartumperioden debuterar under graviditeten eller tidigare [55], får färre kvinnor stöd och behandling under graviditeten än post partum [53]. Att identifiera kvinnor med tidigare, pågående eller debuterade depressions- eller ångestsyndrom kan möjliggöra förebyggande insatser och tidiga interventioner, inte minst genom en fördjupad diagnostisk bedömning av läkare eller psykolog. Syftet är att identifiera samsjuklighet och andra riskfaktorer som kan inverka negativt på föräldraskapet, och därigenom på barnet.

Påverkan på relationen mellan föräldrar och barn är störst om det samtidigt finns andra riskfaktorer, som konflikter i parrelationen, svåra eller traumatiska livserfarenheter, social utsatthet, eller samsjuklighet med andra tillstånd, till exempel intellektuella och neuropsykiatriska funktionsnedsättningar, eller personlighetssyndrom [54, 60]. Viktiga åtgärder i tidig graviditet är därför både ett strukturerat anamnestagande och en psykosocial bedömning.

När förutsättningar finns är det också möjligt att med strukturerade metoder identifiera kvinnor med trolig depression eller ångest som inte redan identifierats, och som har behov av fördjupad bedömning, stöd och behandling.

Rekommendation

Hälso- och sjukvården kan

erbjuda ett strukturerat identifieringsförfarande under tidig graviditet för att upptäcka gravida med trolig depression eller ångest – om det finns förutsättningar för ett sådant förfarande.

Syftet med rekommendationen

Eftersom så gott som alla gravida kvinnor besöker mödrahälsovården finns goda möjligheter att identifiera kvinnor med pågående troliga depressions- eller ångestsyndrom, oavsett om tillstånden relaterar till graviditeten eller inte. Kvinnor som visar sig ha ett troligt depressions- eller ångesttillstånd kan därefter få en diagnostisk bedömning där syndrom och svårighetsgrad fastställs. Detta blir vägledande för vilken behandling som bör erbjudas.

Depression och ångest samvarierar, men även samsjuklighet är vanligt mellan dessa tillstånd och andra tillstånd som till exempel åttörningar, tvångssyndrom, traumarelaterade tillstånd och stressrelaterade sjukdomar.

Vid misstanke om pågående depression är det särskilt viktigt att undersöka om det finns en historia av hypomaniska eller maniska symtom, eftersom behandlingen vid bipolär sjukdom skiljer sig från den för depression [53, 55].

Åtgärden kan förebygga långvariga och förvärrade tillstånd hos den gravida och därigenom minska negativa konsekvenser för föräldraförmågan. I ett vidare folkhälsoperspektiv kan åtgärden bidra till att förbättra den psykiska hälsan hos en hel population kvinnor i barnafödande ålder genom att de aktivt tillfrågas om sin psykiska hälsa och erbjuds hjälp att förbättra den [56].

Förutsättningar för en strukturerad identifiering

Strukturerat identifieringsförfarande inom mödrahälsovården förutsätter att

1. barnmorskan som genomför den strukturerade identifieringen har särskild utbildning för detta
2. det finns tillgång till konsultation i frågor som rör psykisk hälsa
3. en eventuell användning av ett screeninginstrument sker inom ramen för ett samtal och med tid avsatt för detta
4. möjlighet finns till snabb bedömning av tillstånd, eventuell differentialdiagnos och samsjuklighet, svårighetsgrad samt ställningstagande till insatser eller behandling
5. det finns en fungerande vårdkedja [61].

➔ **Läs mer** om särskild utbildning för barnmorskan i *Utbildning och fortbildning*.

➔ **Läs mer** om vårdkedjan i *Vårdkedjans olika steg*.

Om förutsättningar saknas

Rekommendationen villkoras av att förutsättningar finns på plats för att genomföra systematisk identifiering av depression och ångest av alla gravida. Det innebär att man avvaktar med åtgärden tills sådana förutsättningar finns. Barnmorskor bör även när dessa förutsättningar saknas vara observanta på symtom som kan tala för psykisk sjukdom eller ohälsa hos gravida och hänvisa till läkare eller psykolog för diagnostisk bedömning. När gravida ombeds att besvara frågor eller skattningsformulär om sin psykiska hälsa väcks förhoppningar om att få stöd, hjälp och behandling. De allra flesta gravida vill bli uppmärksammade, lyssnade till och få möjlighet att samtala med barnmorskan om hur de mår, sin livssituation och eventuella problem, även om besvären är lindriga eller subkliniska.

Det kan finnas både fördelar och nackdelar med att införa en strukturerad identifiering med hjälp av muntliga frågor eller skattningsformulär.

Fördelar med muntliga frågor eller skattningsformulär

En fördel är att om alla gravida kvinnor tillfrågas på liknande sätt ökar förutsättningarna för att uppnå en jämlik vård. Andra fördelar kan vara

- att minska stigma
- möjlighet att upptäcka kvinnor där tecken inte fångats på annat sätt
- att skapa ett tydligare utrymme för samtal om psykisk hälsa.

Nackdelar med muntliga frågor eller skattningsformulär

Negativa konsekvenser av att införa strukturerad identifiering behöver också beaktas:

- Det finns en risk att barnmorskan invaggas i en falsk trygghet när instrumentet inte ger utslag, trots att den gravida har depression, ångest eller andra sjukdomstillstånd.
- Det kan innebära mer skada än nytta om nödvändiga förutsättningar saknas för att använda metoden på avsett sätt. Resurser kan då tas i anspråk utan att fler kvinnor med depression och ångest identifieras och får tillgång till stöd och behandling [62, 63].

Vad bör en strukturerad identifiering innehålla?

Ett strukturerat identifieringsförfarande bör ske vid ett enskilt samtal hos barnmorskan vid ett av de två besöken i samband med inskrivningen. Den som genomför åtgärden behöver veta hur och till vem de kan remittera, eftersom ingen metod för strukturerad identifiering är effektiv utan en fungerande vårdkedja för fördjupad bedömning och intervention [64].

En strukturerad bedömning med hjälp av skattningsinstrument som görs av barnmorska får aldrig ersätta en bred psykosocial bedömning eller leda direkt till diagnos. Vid misstanke om psykisk ohälsa eller sjukdom görs en diagnostisk bedömning av läkare eller psykolog, vid behov i samverkan. En fördel för den gravida är om den efterföljande bedömningen och första stegen i en behandling kan ske så nära och lättillgängligt som möjligt, oftast inom mödrahälsovården eller primärvården. Vid komplex problematik eller misstanke om svåra eller allvarliga tillstånd bör barnmorskan och mödrahälsovårdsläkaren få hjälp av ett tvärprofessionellt specialistteam eller av en psykiaterkonsult med upparbetade rutiner för samverkan med mödrahälsovården.

➔ **Läs mer** om konsultation och samverkan i *Konsultation av psykolog och multiprofessionell samverkan inom mödrahälsovården*.

➔ **Läs mer** i *Specialistteam*.

Två möjliga metoder för en strukturerad identifiering

Möjliga metoder för strukturerad identifiering av depression eller ångest hos kvinnor i tidig graviditet inkluderar:

Metod 1: identifiering med muntliga strukturerade frågor, två frågor om depressionssymtom (Whooley questions) [65] och två frågor om ångestsymtom Generalized Anxiety Disorder Scale 2-item (GAD-2) [66] (se beskrivning av instrumenten nedan).

Vid utfall på något av dessa instrument, kan barnmorskan överväga att gå vidare med Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) [67, 68]. Genom detta förfarande kan barnmorskans bedömning bli säkrare inför konsultation och eventuell remiss.

Metod 2: identifiering med EPDS, ett självskattningsformulär med 10 påståenden och 4 svarsalternativ (0–3 poäng) för skattning av hur man mått under den senaste veckan (se en vidare beskrivning av instrumentet längre fram i texten).

➔ **Läs mer** om vikten av utbildning och övning i korrekt användning av skattningsinstrument EPDS i *Utbildning och fortbildning*.

Fördelarna med de olika metoderna

Fördelarna med metod 1, Identifiering med muntliga frågor (dvs Whooley-frågorna och GAD 2), är att tidsåtgången blir mindre för de flesta gravida jämfört med metod 2, att åtgärden kan följas upp med förnyade frågor längre fram under graviditeten, och att specifika frågor om ångest också kan inkluderas.

Fördelen med metod 2, Identifiering med enbart EPDS, är att frågorna i EPDS, vid korrekt användning, kan utgöra ett bättre underlag för ett samtal än Whooley-frågorna och GAD-2.

Kort om de olika instrumenten

Whooley-frågorna – Instrumentet består av två muntliga frågor om hur det har varit den senaste månaden, baserade på huvudkriterierna för en egentlig depression^{12,89}:

1. *Har du under den senaste månaden ofta känt dig nedstämd, deprimerad eller känt hopplöshet?*
2. *Har du under den senaste månaden ofta saknat intresse eller glädje för att göra saker?*

Svarsalternativen är Ja eller Nej. Svaret Ja på en av de två frågorna indikerar positivt utfall [65].

Generalized Anxiety Disorder scale (GAD-2) – Instrumentet, som består av två muntliga frågor är en kortversion [69] av en utförligare skala (GAD 7) [66] och används för bedömning av ångestsymtom under de senaste två veckorna.

1. *Har du de senaste två veckorna känt dig nervös, ängslig eller spänd?*
2. *Har du under de senaste två veckorna inte kunnat sluta att oroa dig eller inte kunnat kontrollera din oro?*

GAD-2 har använts kliniskt med svaren Ja eller Nej. Svaret ja på någon av frågorna anger ett positivt screeningutfall.

Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) – Instrumentet är ett självskattningsformulär med 10 påståenden och 4 svarsalternativ (0–3 poäng) för skattning av hur man mått under den senaste veckan [70]. Instrumentet utvecklades för att identifiera postpartumdepression hos nyförlösta kvinnor och har validerats i de flesta delar av världen och översatts till ett sextiototal språk [67].

När EPDS används under graviditeten fångar den upp symtom på en rad andra psykiska sjukdomstillstånd utöver depression, i första hand ångestillstånd [71], vilket understryker betydelsen av differentialdiagnostisk bedömning av läkare eller psykolog. EPDS ska alltid användas inom ramen för ett personcentrerat samtal, där barnmorskan har tid att följa upp svaren med fördjupande frågor, och vid behov göra en planering för uppföljande samtal. Vid osäkerhet bör EPDS erbjudas igen inom en till två veckor [67, 72] för att säkrare kunna bedöma om symtomen är övergående eller finns kvar, och i så fall i samråd med kvinnan avgöra hur man bör gå vidare. Validering av EPDS på olika språk, inklusive svenska [73] för användning under graviditet har undersökts i en systematisk översikt [59].

Diagnostisk tillförlitlighet av EPDS

SBU:s utvärdering av den diagnostiska tillförlitligheten av EPDS har visat att skalan, när den används under graviditeten, kan missa 1 av 4 eller 5 kvinnor med depression, samtidigt som endast 1 av 4 identifierade kvinnor har en egentlig depression [59]. Bland den stora gruppen kvinnor med falskt positiva utfall finns både de som har tillfälliga/övergående eller subkliniska besvär och de som har andra tillstånd än depression. Detta ställer höga krav på hur EPDS används i praktiken.

Att använda EPDS för identifiering av trolig depression under graviditet förutsätter att positiva utfall kan följas upp med samtal och/eller genom att erbjuda EPDS igen (se ovan under beskrivning av EPDS) [61, 72]. Det är också viktigt att vara medveten om risken för falskt negativa utfall som kan fördröja en förnyad undersökning och behandling. Även här är det uppföljande samtalet viktigt för att identifiera kvinnor som trots ett lågt resultat på EPDS kan ha depression eller något annat tillstånd som kräver fördjupad bedömning.

Diagnostisk tillförlitlighet av Whooley questions och GAD

För Whooley-frågorna och GAD 2 fanns vid SBU:s utvärdering enbart enstaka studier och resultaten av dessa var för osäkra för att kunna bedöma instrumentens diagnostiska tillförlitlighet [59]²². Det innebär att vi i dagsläget inte vetenskapligt kan slå fast effekten av att använda dem.

Vårdkedjans olika steg

Vårdkedjan inom ramen för strukturerad identifiering har 3 steg:

²² Att vetenskapligt stöd saknas innebär inte att användning av strukturerade muntliga frågor inte kan vara till hjälp för den enskilda kvinnan eller på gruppnivå.

Steg 1: Det första är barnmorskans samtal om hälsohistoria med den gravida. Det innefattar utforskande samtal där barnmorskan tar reda på

- hur länge den gravida haft besvär
- eventuella tidigare symtom eller sjukdomstillstånd
- vad den gravida själv tror är orsaken till nedstämdheten eller oron.

Barnmorskan bedömer, ofta efter konsultation med en psykolog, om kvinnan bör erbjudas stödsamtal eller remitteras till psykolog eller läkare.

Post partum har screening tillsammans med intervention i form av personcentrerade stödsamtal [74] eller samtal med kognitiv inriktning [75] visat positiv effekt när de erbjudits av hälsovårdens sjuksköterska. Liknande studier saknas för gravida kvinnor.

Steg 2: Det andra steget i vårdkedjan, för gravida med måttliga tillstånd, är i första hand psykologisk behandling av mödrahälsovårdspsykolog, när tillståndet är relaterat till graviditet och det kommande föräldraskapet, eller av vårdcentralens psykolog eller psykoterapeut.

För gravida med tidigare depression eller med långvarig depression bör alltid tidigare behandlande läkare, oftast allmänläkare eller psykiater, konsulteras för bedömning och behandling. Vid behov kan även fast läkarkontakt vara aktuell när det gäller att identifiera och kontakta berörda läkare. Samarbetet med vårdcentralens distriktsläkare och psykolog är särskilt viktigt, för snabb tillgång till behandling – särskilt om den gravida tidigare behandlats inom primärvården för psykiska sjukdomstillstånd. Även obstetrikern kan konsulteras vid behov angående medicinering.

➔ **Läs mer** i *Multiprofessionell samverkan och konsultation*.

Steg 3: Det tredje steget i vårdkedjan gäller bedömning och behandling av gravida med allvarligt psykiskt sjukdomstillstånd, som normalt sker inom psykiatri, eller i samverkan med psykiatri och andra verksamheter.

➔ **Läs mer** i *Specialistteam*.

Motivering till rekommendationen

Enligt Socialstyrelsens rekommendation kan hälso- och sjukvården erbjuda ett strukturerat identifieringsförfarande under tidig graviditet för att upptäcka gravida med trolig depression och/eller ångest, om förutsättningar för ett sådant förfarande finns.

Det vetenskapliga underlaget för att bedöma effekten av åtgärden är otillräckligt, men enligt beprövad erfarenhet kan åtgärden, när nödvändiga förutsättningar är uppfyllda, bidra till att dessa kvinnor snabbare får bedömning, stöd och/eller behandling, jämfört med att inte ha ett strukturerat identifieringsförfarande.

I Socialstyrelsens rekommendation har dessutom kartläggningen *Identifiering av kvinnor med möjliga depressions- och ångestsyndrom under graviditet – SBU bereder* [59], som återfinns i webbilagan *Metodbeskrivning och kunskapsunderlag* vägts in.

- ➔ **Läs mer** om hur vi har identifierat erfarenhetsbaserad kunskap för rekommendationen i webbilagan *Metodbeskrivning och kunskapsunderlag*.

Psykosocial bedömning

En bedömning av sociala och psykologiska faktorer gör det möjligt för barnmorskan att bedöma risker på ett strukturerat och bredare sätt och att identifiera olika verksamheter, även utanför hälso- och sjukvården, som kan erbjuda stöd till kvinnan och hennes familj under graviditeten och efter barnets födelse. Förebyggande insatser kan vara

- utökat stöd av barnmorskan
- kontakt med familjerådgivning, socialtjänst eller psykolog
- stöd i grupp eller med hjälp av internetbaserade program
- kontakt med barnhälsovården som etableras före barnets födelse.

Rekommendation

Du som möter gravida bör

erbjuda psykosocial bedömning till alla gravida under tidig graviditet.

Syftet med rekommendationen

En rad förhållanden i den gravidas liv kan påverka hälsa och mående under barnafödandets period och öka risken för psykisk ohälsa eller sjukdom under perioden. Syftet med åtgärden är att skapa förutsättning för adekvat identifiering och omhändertagande av gravida med risk för psykiska sjukdomstillstånd med olika svårighetsgrad, eller andra problem av betydelse för kvinnan och det väntade barnets hälsa. Detta uppnås genom kännedom om den gravida kvinnans och hennes familjs levnadsvillkor, om det föreligger riskfaktorer för psykisk ohälsa, men också om hon har tillgång till stöd och hjälp. Att också vara uppmärksam på hur den blivande pappan eller medföräldern mår, är angeläget, både för dennes förberedelse för att bli förälder och för kvinnans hälsa och barnets utveckling [76].

Psykosocial bedömning: Vad bör den innehålla?

En psykosocial bedömning görs av barnmorskan och innehåller frågor om den gravidas och familjens levnadsvillkor och om det finns risk för psykisk ohälsa, men också frågor om tillgång till stöd och hjälp. En kartläggning av den gravidas psykosociala bakgrund kan med fördel innehålla frågor om

- bostadssituation
- utbildning
- migration
- arbetssituation
- ekonomi

- livsstil
- drogbruk
- familjesituation
- olika former av familjebildning
- socialt nätverk
- ålder
- långvarig stress och stressfyllda livshändelser
- tillgång till stöd
- annat som bedöms relevant för att kunna göra en sammanvägd psykosocial bedömning.

Psykologiska faktorer som är av betydelse under graviditeten:

- kvinnans och hennes partners inställning till graviditeten
- erfarenheter av eventuella tidigare graviditeter och förlossningar, till exempel lång infertilitet, IVF, missfall, aborter, neonatala komplikationer eller perinatal förlust
- om det finns en ihållande ambivalens, ibland förnekande, under graviditeten
- om kvinnan har svårigheter att anpassa sin livsstil till graviditeten (rökning, alkohol, droger).

Nedan följer exempel på områden där man kan ställa frågor om social situation, familjesituation, stress och stöd. Frågorna handlar både om salutogena faktorer och riskfaktorer av betydelse för kvinnan och familjen. Förhållanden som utgör observandum är satta inom parentes [12].

Social situation

- yrke eller sysselsättning (långvarig arbetslöshet, påfrestande arbetssituation)
- skolgång (fullföljd skolgång)
- ekonomi (sjukbidrag, socialbidrag)
- boende (saknar fast bostad, flyttat ofta, bor isolerat)
- migration eller flyktingskap (språksvårigheter, kulturella faktorer av betydelse för graviditeten, förlossning och föräldrablivande).

Familjesituation

- sammanboende, särbo, eller ensamstående
- antal hemmavarande barn (i relation till antal födda barn)
- gemensamma barn eller styvbarn
- relation till barnafader eller partner (problem eller konflikt)
- relation till egna föräldrar eller till svärföräldrar (problem, eller konflikt).

Stress eller svåra livshändelser

- svåra livshändelser, förändringar eller förluster under det senaste året (till exempel dödsfall eller sjukdom i familjen, separation, arbetslöshet, olyckshändelse)
- pågående, långvarig psykisk stress (familjerelaterad, arbetsrelaterad, eller relaterad till social situation).

Ställ exempelvis dessa frågor:

- *Har det hänt dig något allvarligt, som påverkat dig negativt under senaste år?*
- *Har du en stress i vardagen som du tycker påverkar dig negativt? Händer det ofta att du är orolig? I den grad att det påverkar din hälsa?*

Tillgång till stöd

- stöd eller förväntat stöd från partner (bristande stöd från partner)
- stöd eller förväntat stöd från familj eller andra (egna föräldrar, syskon, eller vänner).

Ställ exempelvis dessa frågor:

- *Har du någon att vända dig till när du är orolig eller behöver stöd?*
- *Kommer du att få praktiskt stöd efter förlossningen?*

Psykosociala insatser

Psykosociala insatser är ett komplement till de medicinska och psykologiska basprogrammen, för föräldrar i behov av särskilt stöd. I möjligaste mån planeras insatserna i samråd med den gravida och medföräldern.

Multiprofessionell samverkan, som inkluderar psykolog, socionom eller läkare, är ofta lämpligt. Samverkan med socialtjänsten behövs när det finns en oro för det väntade barnet. En fördel är om det finns en länsgemensam handlingsplan för samverkan i dessa lägen. I många regioner finns redan länsgemensamma riktlinjer för samverkan och orosanmälan.

Ibland behöver den gravida eller paret extra besök hos barnmorskan för att uppmärksamma eventuella riskfaktorer och planera stöd. Kontinuitet i kontakten bidrar till att barnmorskan får ta del av händelser och omständigheter som gör det lättare att motivera och få samtycke till utökade insatser.

Psykologiska och sociala frågor kan behöva aktualiseras under hela graviditeten och det kan finnas behov av kontinuerlig konsultation och samverkan mellan barnmorska, läkare och psykolog. Att kontakt etableras med arnhälsovården redan före förlossningen är också viktigt.

➔ **Läs mer** i *Konsultation av psykolog och multiprofessionell samverkan inom mödrahälsovården*.

➔ **Läs mer** om våld i nära relationer i *Viktigt i mötet med blivande och nyblivna föräldrar*.

Motivering till rekommendationen

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör du erbjuda psykosocial bedömning till alla gravida under tidig graviditet.

Det vetenskapliga underlaget för att bedöma effekten av psykosocial bedömning är otillräckligt, men enligt beprövad erfarenhet bidrar åtgärden till bättre identifiering av kvinnor med ökad risk för att drabbas av psykiska sjukdomstillstånd av olika svårighetsgrad, än om en sådan bedömning inte

görs. Detta gäller särskilt depression eller ångestsyndrom. Barnmorskan kan bedöma psykosociala risker på ett mer strukturerat och bredare sätt, och kan identifiera olika verksamheter, även utanför hälso- och sjukvården, som kan erbjuda stöd till kvinnan och hennes familj under graviditeten och efter barnets födelse.

I Socialstyrelsens rekommendation har dessutom kartläggningen *Identifiering av kvinnor med möjliga depressions- och ångestsyndrom under graviditet – SBU bereder* [59], som återfinns i webbilagan *Metodbeskrivning och kunskapsunderlag* vägts in.

➔ **Läs mer** om hur vi har identifierat erfarenhetsbaserad kunskap för rekommendationen i webbilagan *Metodbeskrivning och kunskapsunderlag*.

Konsultation av psykolog och multiprofessionell samverkan inom mödrahälsovården

Under denna rubrik finns det 2 rekommendationer: En gäller konsultation av psykolog och en gäller multiprofessionell samverkan.

Mödrahälsovården erbjuder regelbundna besök för att övervaka den gravidas somatiska hälsa och fostrets utveckling, men också den psykiska hälsan. Eftersom både barnmorska och läkare arbetar i huvudsak i en medicinsk kontext, finns sedan länge psykologer för mödra- och barnhälsovård, verksamma inom samma organisation för konsultation och samverkan i frågor som rör psykisk ohälsa och psykiska sjukdomstillstånd före och efter förlossningen. Tillgången till psykologer inom mödrahälsovården är emellertid olika i landet.

Rekommendation

Hälso- och sjukvården bör

erbjuda personal i mödrahälsovården möjlighet till regelbunden professionell konsultation av psykolog för mödra- och barnhälsovård i frågor som rör identifiering, stöd och behandling av gravida och nyförlösta med risk för eller tecken på psykisk ohälsa och psykiska sjukdomstillstånd under graviditeten och den första postpartumtiden.

Rekommendation

Hälso- och sjukvården bör

ha upparbetade former för regelbunden samverkan mellan barnmorska, läkare och psykolog inom mödrahälsovården för identifiering, stöd och behandling av gravida och nyförlösta med psykisk ohälsa och psykiska sjukdomstillstånd under graviditeten och den första postpartumtiden.

Syftet med rekommendationerna

Syftet är att öka kvaliteten på identifiering, stöd och behandling av kvinnor med psykisk ohälsa och psykiska sjukdomstillstånd. Regelbunden konsultation och samverkan mellan barnmorska, läkare och psykolog inom mödrahälsovården kan bidra till att kvinnan snabbare får insatser på rätt vårdnivå.

Konsultation av psykolog

Konsultation till mödrahälsovårdens barnmorskor, ibland också läkare, rör universella och riktade insatser och innebär en diskussion om hur enskilda ärenden kan handläggas. Konsultation kan ske i grupp eller enskilt. För personalen bidrar konsultation till

- reflektion över det egna arbetet
- ökad kunskap och skicklighet
- att behålla ett professionellt arbetssätt.

Konsultation skapar utrymme för att reflektera över och fördjupa sig i frågor som rör psykisk hälsa och att förebygga psykisk ohälsa. I konsultationen diskuteras till exempel hur man kan behålla ett professionellt förhållningssätt i arbetet med svåra ärenden och hur man kan göra en hälsofrämjande insats även vid komplicerade omständigheter.

Regelbunden konsultation erbjuder dessutom en kontinuerlig fortbildning av mödrahälsovårdens personal, eftersom diskussioner runt enskilda ärenden eller typfall ofta innebär teoretiska förklaringar av psykologiska och psykosociala problemställningar. Där konsultationen organiseras i grupp sker också ett kollegialt kunskapsutbyte kring erfarenheter och gängse rutiner i verksamheten vid olika typer av problem. I konsultationen kommer man överens om vilka familjer som bör erbjudas kontakt med psykolog eller andra verksamheter utifrån aktuell problematik och möjliga alternativ. Faktorer som hindrar någon att ta emot stöd och behandling kan diskuteras. Det kan till exempel vara

- kvinnans förmåga eller möjlighet att delta i behandling
- hälsovårdspersonalens kompetens
- avsaknad av klara remissvägar och brist på resurser
- stigma och kulturella hinder [77].

➔ **Läs mer** om konsultation med psykolog på webbplatsen:
<https://www.psykologforbundet.se/mbhv-psykologerna>.

Samverkan med psykolog inom mödrahälsovården

I mer komplicerade fall kan en bedömning av psykolog behövas. I regel erbjuds ett första samtal där psykologen genom en klinisk bedömning avgör om problembilden är sådan att insatser bör erbjudas inom verksamheten, eller om andra alternativ är mer lämpliga. Många kvinnor har redan en vårdkontakt i en annan verksamhet och samverkan sker då med dessa, exempelvis allmänläkare, psykolog eller psykoterapeut på vårdcentralen, eller en vårdkontakt inom psykiatri.

När det gäller kvinnor eller par som haft insatser redan under graviditeten kan psykologen vid behov fortsätta kontakten även när barnet är fött. Psykologkontakten utgör då en viktig sammanhållande länk över till barnhälsovården.

Multiprofessionell samverkan

Multiprofessionell samverkan inom mödrahälsovården (läkare, barnmorska och psykolog) och mellan mödrahälsovården och primärvårdens personal, alltså så nära kvinnan som möjligt och på lägsta möjliga omhändertagandenivå, kan bidra till att stigma och hinder för behandling lättare undanröjs. En sådan samverkan kan innebära en bättre bedömning av vilken vårdnivå och vilka insatser kvinnan eller familjen behöver. Dessutom motiveras kvinnan eller paret att ta emot insatser på andra vårdnivåer, till exempel inom psykiatri, eller i andra verksamheter, som socialtjänsten. Samverkan med andra instanser kan ibland underlättas ytterligare om mödrahälsovård, barnhälsovård och socialtjänst är samlokaliserad i en så kallad familjecentral.

Motivering till rekommendationerna

Enligt Socialstyrelsens rekommendationer bör hälso- och sjukvården erbjuda personal i mödrahälsovården möjlighet till regelbunden professionell konsultation av psykolog för mödra- och barnhälsovård i frågor som rör identifiering, stöd och behandling av kvinnor med risk för eller tecken på psykisk ohälsa och psykiska sjukdomstillstånd under graviditeten och den första postpartumtiden.

Det vetenskapliga underlaget för att bedöma effekten av åtgärden är otillräckligt, men enligt beprövad erfarenhet bidrar åtgärden till ökad kvalitet på bedömningen av kvinnans tillstånd, bättre patientsäkerhet och att insatser ges på rätt vårdnivå, jämfört med att åtgärden inte ges.

Enligt Socialstyrelsens rekommendationer bör hälso- och sjukvården ha upparbetade former för regelbunden samverkan mellan barnmorska, läkare och psykolog inom mödrahälsovården för identifiering, stöd och behandling av kvinnor med psykisk ohälsa och psykiska sjukdomstillstånd under graviditeten och den första postpartumtiden.

Det vetenskapliga underlaget för att bedöma effekten av åtgärden är otillräckligt, men enligt beprövad erfarenhet bidrar åtgärden till ökad kvalitet på ökad kvalitet på identifiering och stöd och till att kvinnan snabbare får insatser på rätt vårdnivå, jämfört med att åtgärden inte görs.

I Socialstyrelsens rekommendationer har dessutom kartläggningen *Identifiering av kvinnor med möjliga depressions- och ångestsyndrom under graviditet – SBU bereder* [59], som återfinns i metodbilagan vägts in.

➔ **Läs mer** om hur vi har identifierat erfarenhetsbaserad kunskap för rekommendationen i webbilagan *Metodbeskrivning och kunskapsunderlag*.

Specialistteam

Vid bedömningen och behandlingen av gravida och nyblivna mammor med allvarlig psykisk sjukdom finns det behov av att integrera specialistkunskap

mellan olika professioner och med flera perspektiv: kvinnan, paret, det väntade och det nyfödda barnet och föräldrabarnrelationen. Ett team behövs för denna grupp, bestående av vuxenpsykiater och andra professioner, särskilt med kunskap om diagnostik och behandling av relationella störningar mellan föräldrar och barn. Där ett team av geografiska skäl inte är möjligt kan det ersättas av ett konsultteam med en strukturerad form för specialistsamverkan.

Rekommendation

Hälso- och sjukvården bör

erbjuda gravida och nyblivna mödrar med risk för, eller som har en allvarlig psykisk sjukdom bedömning och behandling inom ramen för ett tvärprofessionellt specialistteam knutet till psykiatrin.

Syftet med rekommendationen

Syftet är att kunna ge en gravid kvinna eller en nybliven mamma med allvarlig psykisk sjukdom adekvat bedömning och behandling i önskvärd takt och på rätt vårdnivå.

Förebyggande och tidiga insatser är viktiga

Insatser för kvinnor som har, eller som löper risk att drabbas av, allvarlig psykisk sjukdom kräver specifika kunskaper i perinatalpsykiatri, ett eget specialistområde i många länder [78]. Tiden efter förlossningen är den period i livet då risken för en psykos och inläggning på psykiatrisk klinik är störst för kvinnor [53]. Risken för suicid och utvidgad suicid är också förhöjd [57]. Förebyggande och tidiga insatser är därför särskilt viktiga, liksom gemensamma rutiner över verksamhetsgränser såsom rutiner för hur man kan brygga över till barnhälsovården och för uppföljning av vårdplaner efter förlossningen.

Det är viktigt att bedöma familjesituation och nätverk, familjens resurser och belastningsfaktorer. Vad gäller barnet och föräldra-barnrelationen så bör lika stor hänsyn tas till barnet som till kvinnans hälsa och välbefinnande, oavsett vilken behandlingsform kvinnan erbjuds. Behandling av relationsproblem mellan föräldrar och barn behöver kunna erbjudas, såvida det inte rör sig om våld i nära relation, som inte ska hanteras som ett relationsproblem. Om dessa aspekter inte beaktas finns det risk för att adekvat bedömning och behandling av en blivande eller nybliven mamma med allvarlig psykisk sjukdom inte sker i önskvärd takt och på rätt nivå.

➔ **Läs mer** om våld i nära relationer i *Viktigt i mötet med blivande och nyblivna föräldrar*.

Specialistteam med erfarenhet av perinatal psykisk sjukdom och familjefokus

Nedan beskrivs 2 modeller för Specialistteam beroende på geografiska förutsättningar och patientunderlag²³.

Team med bedömnings- och behandlingsansvar vid allvarlig psykisk sjukdom

Vid komplex problematik eller misstanke om svåra eller allvarliga psykiska sjukdomstillstånd bör den gravida kvinnan eller den nyblivna mamman få hjälp av ett tvärprofessionellt specialistteam för bedömning och behandling.

Ett sådant team kan bestå av psykiater, psykiatrisjuksköterska, psykolog, barnmorska, barnhälsovårdssjuksköterska (BHV-sjuksköterska), kurator eller socionom, med obstetrik och barnläkare knutna till sig.

Ätgärden förutsätter att teamet har kunskap och erfarenhet av perinatal psykisk sjukdom, och att det har ett barn- och familjeperspektiv. Det bör också ha nära samarbete med spä- och småbarnsteam eller liknande expertis för bedömning och behandling av samspelssvårigheter med spädbarnet. Stöd och insatser till hela familjen kan behövas.

I en sådan modell integreras de olika professionernas kunskap och perspektiv och interventionerna koordineras och anpassas till varje kvinna och familj utifrån deras specifika behov. Insatserna sätts in snabbt och på rätt nivå.

Att bedöma mammans relation till det väntade eller nyfödda barnet är en avgörande och specifik del i en klinisk undersökning. För en del kvinnor tar det tid att knyta emotionella band till barnet, och en liten minoritet lider av känslomässigt avvisande eller förnekande av barnet; detta är bland det allvarligaste inom detta område av psykiatri, tillsammans med psykoser och depressioner med suicidrisk [78].

Ett specialistteam kan förutom diagnostisering och behandling ge konsultation och stöd till öppenvård psykiatri och primärvården, och ta över behandlingen av allvarliga och svårbehandlade tillstånd. Vidare kan teamet erbjuda utbildning av personal med olika yrkesbakgrund, inklusive studenter, och samverka med socialtjänst, obstetrik och neonatalvård, barnhälsovård, samt primärvård [54]. Kvinnor med allvarlig psykisk sjukdom eller komplicerade psykiska sjukdomstillstånd och deras spädbarn riskerar att "falla mellan stolarna", eftersom de behöver insatser från flera verksamhetsområden inom hälso- och sjukvården, och ibland också socialtjänsten. Till antalet är detta en liten grupp, men med stort behov av en sammanhållen och föräldra- barn/familjefokuserad vård [79].

I Sverige saknas så gott som helt sådana specialistteam. Undantag finns, exempelvis ett multidisciplinärt samarbete mellan obstetrik och psykiatri vid Karolinska Universitetssjukhuset i Huddinge, i form av ett konsultteam som erbjuder bedömning och behandling. De utför också ett indirekt arbete genom att kommunicera med andra vårdgivare och stödinstitutioner [80].

²³ Hur man arbetar som personal i sådana team är en angelägen och viktig fråga, men den kommer inte att tas upp i detta kunskapsstöd.

Regioner med större patientunderlag har bättre förutsättningar för ett eller flera specialistteam som kan fungera som konsult åt öppenvårdspsykiatri och primärvård, och även ta över behandlingsansvar för allvarligt sjuka och svårbehandlade patienter. Ett upptagningsområde med 10 000 födselar per år har bedömts vara lämpligt för ett sådant team som kan vara knutet till en vuxenpsykiatrisk klinik eller en psykiatrisk öppenvårdsmottagning i samverkan med specialistmödrahälsovården.

Team med strukturerad samverkan utan behandlingsansvar vid allvarlig psykisk sjukdom

Regioner med ett mindre befolkningsunderlag och långa avstånd har av naturliga skäl sämre förutsättningar för att kunna forma specialistteam, och i synnerhet flera team med olika inriktningar. Där kan en strukturerad samverkansmodell vara ett alternativ: ett konsultteam med experter över specialistgränser.

Ett konsultteam kan ge råd och stöd till behandlingsansvariga för gravida kvinnor och nyblivna föräldrar, oavsett kön, med psykisk sjukdom och/eller beroendeproblematik och/eller där någon av föräldrarna utsatts för våld. Det är viktigt med ett barn- och familjeperspektiv så att fokus inte enbart är på den gravida kvinnan eller den nyblivna mamman, utan även på barnet, pappan eller medföräldern och på föräldra-barnrelationerna.

Ett konsultteam kan bestå av

- specialiserade överläkare inom psykiatri, kvinnosjukvård och barn- och ungdomsmedicin
- psykolog för mödrahälsovård och barnhälsovård
- barnmorska, med fördel inom specialistmödrahälsovård
- personal från specialiserade späd- och småbarnsverksamheter.

Ett sådant team kan göra en sammanvägd riskvärdering och ge konkreta råd till behandlande vårdenheter för att minimera risker för det väntade eller födda barnet. Ett exempel på en sådan samverkansmodell finns sedan 2019 i Dalarna och syftar till ett förbättrat omhändertagande i hela vårdkedjan vid psykosociala riskgraviditeter.

Motivering till rekommendationen

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården erbjuda gravida och nyblivna mödrar med risk för eller som har en allvarlig psykisk sjukdom bedömning och behandling inom ramen för ett tvärprofessionellt specialistteam knutet till psykiatrin.

Det vetenskapliga underlaget för att bedöma effekten av åtgärden är otillräckligt, men enligt beprövad erfarenhet bidrar åtgärden till ökad kvalitet på bedömning och behandling av gravida kvinnor och nyblivna mammor med risk för eller pågående allvarlig psykisk sjukdom, och till att kvinnan snabbare får insatser på rätt vårdnivå jämfört med att åtgärden inte erbjuds.

I Socialstyrelsens rekommendation har dessutom kartläggningen *Identifiering av kvinnor med möjliga depressions- och ångestsyndrom under graviditet – SBU bereder* [59], som återfinns i metodbilagan vägts in.

- ➔ **Läs mer** om hur vi har identifierat erfarenhetsbaserad kunskap för rekommendationen i webbilagan *Metodbeskrivning och kunskapsunderlag*.

Utbildning och fortbildning

Mödrahälsovårdens barnmorskor behöver utbildning och fortbildning i perinatal psykisk hälsa för att kunna identifiera och stödja gravida med psykisk ohälsa eller psykiska sjukdomstillstånd. För att de ska kunna utföra specifika arbetsuppgifter behöver de utbildning och fortbildning i

- anamnestagande
- psykosociala bedömningar
- personcentrerat och stödjande förhållningssätt
- systematisk identifiering av tecken på eller risk för psykiska sjukdomstillstånd
- korrekt användning av eventuella skattningsinstrument

Läkare och psykologer verksamma inom mödrahälsovården behöver kunskap för att kunna diagnostisera perinatal psykisk sjukdom och kunskap om hur behandlingar kan behöva anpassas under graviditeten.

Rekommendation

Hälso- och sjukvården bör

erbjuda utbildning och fortbildning till personal i mödrahälsovården om psykisk ohälsa och psykiska sjukdomstillstånd under perinatalperioden samt i frågor som rör identifiering av gravida med risk för, tecken på, eller pågående psykisk sjukdom eller psykiskt sjukdomstillstånd.

Syftet med rekommendationen

Psykisk hälsa under perinatalperioden, det vill säga under graviditeten och barnets första levnadsår, är ett eget kunskapsfält som i Sverige inte ges nämnvärt utrymme i berörda grundutbildningar. För arbetsuppgifter med fokus på psykisk hälsa och psykiska sjukdomstillstånd är därför utbildning och fortbildning för barnmorskor och läkare viktig. Även psykologer verksamma i mödrahälsovården behöver fördjupningsutbildning i fältet perinatal psykisk hälsa och konsultationsmetodik.

Syftet med utbildningen är att erbjuda

- kunskap om psykisk ohälsa och olika psykiska sjukdomstillstånd, särskilt depression och ångestsyndrom, och risken för påverkan dessa tillstånd medför på barnets utveckling och hälsa
- kunskap och övning i hur anamnestagande och psykosocial bedömning görs
- utbildning och övning i korrekt användning av skattningsinstrument (till exempel EPDS) inom ramen för ett samtal och ett personcentrerat förhållningssätt.

Återkommande fortbildning behövs för att ta del av ny kunskap och för att bibehålla och utveckla kvaliteten på de bedömningar som görs, vilket är viktigt ur ett patientsäkerhetsperspektiv.

Utbildning av nyanställda barnmorskor inom mödrahälsovården ges företrädesvis av den vårdutvecklingsansvariga psykologen och barnmorskan vid en central mödrahälsovårdsenhet eller, där centrala enheter inte finns, i samverkan mellan psykologverksamheten och samordningsbarnmorskan.

Utbildning och fortbildning: Exempel på relevant innehåll

Här följer en sammanställning av de delar som skulle kunna ingå under varje ämnesområde.

Kunskap och övning i fördjupat psykosocialt anamnestagande

Inkludera lämpligen kunskap om

- anamnesens inledande frågor
- lämpliga följdfrågor då risktecken identifieras
- övning i stödjande och personcentrerat förhållningssätt under anamnestagandet.

Kunskap om olika psykiska sjukdomstillstånd

Inkludera lämpligen kunskap om

- de vanligaste tillstånden ångest och depression
- förekomst, riskfaktorer och samvarierande faktorer
- hur normal oro och ledsenhet kan särskiljas från tillstånd som kan behöva fördjupad bedömning och behandling
- föreställningar om graviditet och psykisk hälsa och ohälsa i olika kulturella kontexter, och interkulturellt bemötande
- allvarigare tillstånd
- hur psykisk ohälsa och olika psykiska sjukdomstillstånd kan påverka barnets hälsa och utveckling.

Observera: Kunskap om allvarigare tillstånd är särskilt viktig under perinatalperioden på grund av den ökade risken för nyinsjuknande och återfall i allvarliga sjukdomstillstånd, som till exempel bipolära affektiva sjukdomar, svår depression och psykosjukdom. Det är därför avgörande att man inom mödrahälsovården har kunskap om tidiga tecken på allvarlig sjukdom för att kunna säkerställa snabb tillgång till vård på rätt nivå.

Utbildning och övning i användning av skattningsinstrument, till exempel EPDS

Personalen som ska använda skattningsinstrument för att kartlägga symtom på depression och ångest behöver kunskap om hur

- instrumentet kan integreras i ett samtal
- de kan använda klagande följdfrågor för att fördjupa samtalet
- utfallet av instrumentet kan värderas.

Observera: Kännedom om skattningsinstrumentens användning, känslighet och träffsäkerhet är viktig för att minska risken för feltolkning av utfallen – alltså andelen falskt positiva, falskt negativa och korrekt identifierade.

Utbildning i ett personcentrerat och stödjande förhållningssätt
Ett personcentrerat och stödjande förhållningsätt, som betonar lyssnande och dialog är viktigt bland annat när man tar en psykosocial anamnes och vid identifiering av pågående psykisk ohälsa och psykiska sjukdomstillstånd. Ett sådant förhållningssätt höjer kvaliteten på arbetet och främjar en fördjupad kontakt. Det finns annars risk för att dessa arbetsuppgifter genomförs som checklistor.

Kännedom om remiss- och kontaktvägar

Personalen behöver kontinuerligt uppdaterad kännedom om

- de regionala och lokala remissvägarna
- vårdkedjan
- förutsättningar för konsultation på olika vårdnivåer
- kontaktvägar för multiprofessionell samverkan.

Motivering till rekommendationen

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården erbjuda utbildning och fortbildning till personal i mödrahälsovården i frågor som rör psykisk ohälsa eller psykiska sjukdomstillstånd, samt i frågor som rör identifiering av gravida kvinnor med risk för tecken på, eller pågående psykisk sjukdom eller psykiskt sjukdomstillstånd.

Det vetenskapliga underlaget för att bedöma effekten av åtgärden är otillräckligt, men enligt beprövad erfarenhet bidrar åtgärden till ökad kvalitet vid bedömningen av och insatser till kvinnan, jämfört med om åtgärden inte erbjuds.

I Socialstyrelsens rekommendation har dessutom kartläggningen *Identifiering av kvinnor med möjliga depressions- och ångestsyndrom under graviditet – SBU bereder* [59], som återfinns i metodbilagan vägts in.

➔ **Läs mer** om hur vi har identifierat erfarenhetsbaserad kunskap för rekommendationen i webbilagan *Metodbeskrivning och kunskapsunderlag*.

Bakgrund och fördjupning

Graviditeten och den första tiden efter barnets födelse är en period som innebär stora förändringar i en kvinnas liv. Det är vanligt att uppleva ett brett spektrum av olika känslor under den här tiden. För många går känslor av oro och stress över efter några veckor eller månader, men en del får mer uttalade psykiska hälsoproblem. De kan bero på tidigare svårigheter eller påfrestningar i samband med graviditeten och den första tiden efter förlossningen.

De psykiska besvären eller symtomen är ofta normala och övergående reaktioner på en påfrestande livssituation, men symtomen kan också vara så omfattande att en diagnos kan ställas. Psykisk ohälsa under detta livsskede omfattar, förutom depression och ångest, ett spektrum av olika sjukdomstillstånd med olika svårighetsgrad. Depression och ångest är de vanligaste tillstånden och innebär en ökad risk för kvinnans hälsa, barnets hälsa och utveckling och för hela familjens välbefinnande [64].

Allvarliga men ovanliga tillstånd, som en psykos post partum, det vill säga efter förlossning (1–2 per 1 000 födslar) [54], är kända och beforskade sedan länge, medan andra tillstånd under barnafödandets period har fått mindre uppmärksamhet. Till dessa hör

- bipolär sjukdom
- ätstörningar
- posttraumatiskt stressyndrom (PTSD)
- tvångssyndrom
- personlighetssyndrom.

De första 3 månaderna efter en förlossning är risken för en förstföderska att bli inlagd på en psykiatrisk klinik 7 gånger högre än under andra livsperioder. Högst är risken under de första 10–19 dagarna post partum. Den ökade risken gäller både för kvinnor utan en psykiatrisk historia och med en sådan, även om risken är större för den senare gruppen [53]. Allvarlig psykisk sjukdom efter förlossningen är en av de vanligaste orsakerna till mödradödlighet [57].

➔ **Läs mer** om våld i nära relationer i *Viktigt i mötet med blivande och nyblivna föräldrar*.

➔ **Läs mer** om substansbruk i *Substansbruk hos gravida och nyförlösta*.

Samsjuklighet

Det är viktigt att vara medveten om att kvinnor kan ha flera olika sjukdomstillstånd samtidigt under perinatalperioden som, när det gäller psykisk hälsa definieras som med start under graviditeten och de första 3 månaderna [81] ibland upp till ett år efter barnets födelse [77]. Särskilt samsjukligheten mellan depression och ångesttillstånd har visat sig vara hög.

Många med höga poäng på en självskattningsskala för depression uppfyller inte kriterierna för egentlig depression vid en klinisk diagnostisk intervju. De kallas då för falskt positiva. Några av dessa kan i stället ha ett annat sjukdomstillstånd. Därför är det nödvändigt att en diagnostisk bedömning görs av professionella för att gravida ska få rätt behandling.

I en isländsk undersökning, där 10 procent av alla gravida fick höga poäng på en självskattningsskala för depression, Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) [70] var det cirka en tredjedel av dessa (alltså med poäng över tröskelvärdet på EPDS), som vid en diagnostisk intervju hade en egentlig depression, medan knappt två tredjedelar hade ett ångesttillstånd och de övriga hade något annat psykiskt sjukdomstillstånd. Samsjukligheten mellan depression och ångesttillstånd var stor [71].

Ätstörningar är relativt sällsynta under perinatalperioden men upp till 15 procent av de gravida har visat sig ha haft en ätstörning tidigare [82] och kan därför behöva stöd om symtomen börjar komma tillbaka under graviditet eller post partum [54].

Utbildning i att känna igen andra sjukdomar än depression och veta när man bör remittera till specialistpsykiatri för diagnostisk bedömning är därför angeläget för mödrahälsovårdens personal.

Förekomst av depression och ångesttillstånd

Egentlig depression under graviditeten har i västerländska länder uppskattats till mellan 3 och 5 procent, om subklinisk depression inkluderas till 11 procent – och med ungefär samma förekomst under de första 3 månaderna post partum [64]. Förekomsten av depression både under graviditeten och efter förlossningen brukar anges vara ungefär densamma som under andra livsperioder [83, 84].

Ångest är mindre studerat än depression under perinatalperioden. I en stor populationsbaserad studie från USA fann man att 13 procent av kvinnor som var gravida eller som nyligen fått barn hade haft en ångestsjukdom under det föregående året [84].

En svensk studie har rapporterat en förekomst av 7 procent för egentlig depression och 11 procent för ångesttillstånd [85]. Ångesttillstånd eller kombinerad depression och ångest har visat sig vara vanligare än enbart depression under graviditeten [71]. I en metaanalys uppskattades ca 7–9 procent av gravida kvinnor uppfylla kriterier för både depression och någon form av ångesttillstånd [86].

När det gäller startpunkten av depressionsepisoden för postpartumdeprimerade kvinnor, visade en studie från USA att för drygt 1 av 4 startade depressionen redan före graviditeten, för en tredjedel under graviditeten och för 40 procent under de första 3 månaderna efter förlossningen [55]. Omkring en tredjedel av alla kvinnor som har en depression post partum är fortfarande deprimerade efter barnets första levnadsår [87].

Riskfaktorer för depression och ångesttillstånd

De starkaste riskfaktorerna för att drabbas av en depression under graviditeten är om kvinnan utsätts för våld i nära relationer och om hon har en tidigare psykiatrisk historia. Andra riskfaktorer är ångest under graviditeten, låg socioekonomisk status, livsstress, negativa livshändelser och brist på stöd, både socialt och i parrelationen [64].

En särskild risk för kvinnans och därmed barnets fortsatta utveckling och hälsa utgör depression och ångesttillstånd som är långvariga och/eller djupa [58]. En stor svensk populationsbaserad undersökning [88], som vände sig till gravida kvinnor i så gott som hela landet, exklusive dem som inte talade svenska, visade att 3 procent av kvinnorna hade långvariga depressionstecken, både i tidig graviditet, 2 månader och 1 år efter barnets födelse. Denna grupp kännetecknades av 3 riskfaktorer:

- två eller flera påfrestande livshändelser under året före graviditeten
- annat modersmål än svenska
- arbetslöshet.

En slutsats som drogs var att inhämtande av information kring de gravidas psykosociala historik, inklusive faktorer relaterade till depressiva besvär, är ett första steg för att identifiera och erbjuda individualiserad vård för kvinnor med risk för ihållande eller återkommande depression under graviditet och efter förlossning⁶⁸. En särskild utmaning är att nå kvinnor med

invandrarbakgrund, som inte talar språket i sitt nya hemland, då de har en ökad risk för depression i samband med barnafödande [86].

Även om de flesta riskfaktorer inte är specifika för barnafödandets period, finns det stöd för att en liten undergrupp av de deprimerade kvinnorna har en särskild känslighet för hormonförändringar under reproduktionsfasen och har en egen historia med postnatal depression, eller i familjen [64].

Om parförhållandet är konfliktfyllt kan detta vara en bidragande riskfaktor för depression hos kvinnan. En stor engelsk undersökning har visat att konflikter i parrelationen till stor del förklarade kopplingen mellan depression post partum, både för mammor och pappor, och negativa effekter för barnet [89]. Psykiska sjukdomstillstånd hos båda föräldrarna och konflikter i parrelationen flaggar båda för en hög risk för negativa effekter för barnets del. Att inkludera pappan i samtal och vara uppmärksam på hur han mår är därför relevant och angeläget, och när problem i parrelationen uppmärksammas bör familjerådgivning rekommenderas.

För nyblivna mammor med depression fungerar den andra föräldern eller partnern i allmänhet som det första och viktigaste stödet. Om mamman är sjukskriven, kan partnern vara föräldraledig och dela, eller vid behov ta hela ansvaret för spädbarnet och ev. syskon. En medförälder kan genom ett lyhört föräldraskap fungera som buffert och skydda barnet mot negativa effekter av perinatal psykisk sjukdom [54]. När nätverket är svagt och stödinsatser behövs för barnets välmående, är socialtjänsten en viktig aktör.

Följder för gravida och barn

Depression och ångesttillstånd under perinatalperioden kan påverka kvinnans välmående, relationer och livskvalitet på ett påtagligt sätt, och i sin tur påverka hela familjen. För barnets del finns det risk för negativa följder för den sociala, emotionella och kognitiva utvecklingen under de första levnadsåren, problem som kan kvarstå längre upp i åldrarna. Detta gäller i synnerhet om kvinnans tillstånd fördjupas och blir långvarigt, eller då det finns samvarierande riskfaktorer som mer direkt påverkar hennes förmåga att vara förälder. Det kan vara våld i nära relationer, socioekonomisk belastning, livsstress, men även annan psykiatrisk sjuklighet [58]. Mekanismerna bakom hur perinatal depression, ångest och stress kan påverka barnet är komplexa och såväl genetiska som biologiska och miljömässiga faktorer inverkar på risken för negativa effekter på barnet [58].

Depression, ångest och stress kan påverka barnets utveckling. Hur olika typer av stress hos mamman under graviditeten kan påverka fostrets neurologiska utveckling är inte helt klarlagt. Det finns dock evidens för att stress påverkar den så kallade HPA axeln (samspel mellan hypothalamus, hypofys och binjure) och immunsystemet [90]. Depression, ångest och stress har visat sig kunna påverka kvinnans placentafunktion så att mer kortisol passerar igenom livmodern till fostret och förhöjd kortisolnivå hos mamman har visat sig vara kopplat till förändrad hjärnfunktion hos barnet [91, 92]. Stress och ångest under graviditeten var i en stor finsk prospektiv studie förknippat med ett brett spektrum av effekter på barnets neurofysiologiska utveckling, något som kan få negativa följder för barnets utveckling och hälsa [93].

Det är viktigt att påpeka att dessa fynd endast pekar mot en ökad risk för negativa effekter på barnet. De flesta barn påverkas inte och för dem som påverkas varierar effekten. Både barnets genetiska sårbarhet och vilket slags omvårdnad det får som spädbarn (postnalt) kan påverka hur utfallet blir [92].

Endast ett fåtal studier har undersökt effekterna av ångest under graviditeten på det växande fostret. Resultaten är inte entydiga, men har inte visat någon negativ effekt för andra utfall än för förlossningsrelaterad ångest och låg födelsevikt (så kallad SGA). Resultaten är emellertid svåra att tolka då ångest ofta samvarierar med depression och livsstress²⁴. Sammantaget är tidig födsel, låg födelsevikt och neonatala komplikationer vanligare hos barn till mödrar med psykiska sjukdomstillstånd under graviditeten [58].

Socialt och emotionellt stöd i förebyggande syfte

Om man genom olika interventioner kan bidra till att minska höga stressnivåer hos gravida, skulle neurologiska utvecklingsproblem för vissa barn sannolikt kunna förhindras. Detta vidgar synen på förebyggande insatser. Förutom att erbjuda behandling vid diagnostiserad psykisk ohälsa/sjukdom kan erbjudande om stöd innebära hjälp med relationsproblem till pappan eller partnern, med praktiska problem och att finna stödjande socialt nätverk [92, 94].

Post partum finns det endast begränsad evidens för ett direkt orsakssamband mellan depression och negativa effekter på barnet [54]. Den indirekta effekten av mammans depression, som kan försvåra hennes föräldraförmåga och dess kvalitet (till exempel minska lyhördheten för barnets signaler) och därigenom påverka barnets anknytning och kognitiva utveckling, är däremot väl belagd. Om depressionen inte blir långvarig eller svår och om det inte finns andra samtidiga svårigheter är effektstorlekarna emellertid små till måttliga. Modererande faktorer är föräldrarnas tillgång till stöd och socioekonomiska förhållanden [58]. En prospektiv studie, som följde 4500 föräldrar och barn, visade att om föräldrar med depressionssymtom post partum också hade låg utbildningsnivå, ökade risken för deras barn att drabbas av depression vid 18 års ålder [95]. Å andra sidan har socialt och emotionellt stöd, inkluderande stöd från partnern, visat sig minska kopplingen mellan postnatal depression och barnets tidiga kognitiva utveckling [96].

Psykiska sjukdomstillstånd och i synnerhet svåra tillstånd under perinatalperioden bör ses som viktiga markörer för olika typer av negativa utfall för barnets utveckling och psykiska hälsa [54]. Nyare studier pekar särskilt på samband med traumatisering och personlighetssyndrom hos modern snarare än depressionen i sig [60].

Specialistenheter för perinatal psykisk vård saknas i Sverige. De ekonomiska kostnaderna för perinatal psykisk sjuklighet och dödlighet är höga. I Storbritannien har kostnaderna för depression och ångesttillstånd sammanlagt beräknats till omkring 1,3 miljoner kronor per drabbad kvinna

²⁴ Engelska: *life stressors*

och livstid. Tre fjärdedelar av kostnaden utgjorde negativa effekter för barnen som en följd. Detta har bidragit till ett regeringsbeslut om att inrätta specialistenheter för perinatal psykisk vård för gravida kvinnor i hela Storbritannien [54]. Liknande enheter finns i många andra länder, men saknas så gott som helt i Sverige [78].

Förebyggande insatser

Olika interventionsprogram, individuellt eller i grupp, som bygger på principerna bakom kognitiv beteendeterapi (KBT) eller interpersonell psykoterapi (IPT), kan vara effektiva i att förebygga perinatal depression. Detta visar en systematisk översikt från USA [97]. Effekten gällde särskilt för kvinnor med en ökad risk att insjukna, det vill säga kvinnor med tidigare eller pågående depressiva symtom eller med låg inkomst, unga eller ensamstående. Evidensen för andra interventioner var svag. Det är viktigt att uppmärksamma att översikten inte gällde behandling, utan rörde interventioner som utfördes av personal inom hälsovården, företrädesvis barnmorskor och sjuksköterskor [97]. En särskild utmaning för hälsovården är att nå kvinnor med invandrabakgrund och där tolk behövs [86].

Psykologisk behandling

En metaanalys med fokus på depression under perinatalperioden, har visat att flera psykologiska interventioner är effektiva (måttlig effekt) för att behandla perinatal depression och att effekterna kvarstår ett år senare [98]. Man fann också betydande effekter på socialt stöd, ångest, funktionsförmåga, föräldrastress och stress i relationen till partnern.

Slutsatsen var att psykologisk behandling förtjänar sin plats som förstahandsval vid behandling av lindrig till måttlig perinatal depression. Behandling med olika typer av KBT har studerats mest och kan ges individuellt, i grupp, per telefon och i guidat självhjälsformat. Interventioner till kvinnor med subklinisk depression var också effektiva och kan förhindra att en egentlig depression utvecklas. Däremot var de mindre effektiva vid långvariga depressioner.

Identifiering av depression och ångest

Strukturerad identifiering av depressions- och ångestsyndrom innebär att det finns en tydlig struktur eller form för hur en sådan identifiering genomförs. Den kan innefatta både användning av olika instrument, muntliga frågor eller självskattningsskalor, och/eller andra tillvägagångssätt för strukturerad bedömning, som anamnes och psykosocial bedömning.

Psykosocial bedömning innebär i det här sammanhanget att identifiera faktorer i kvinnans aktuella situation eller tidigare i livet, som kan medföra ökad risk att inte kunna hantera sin graviditet eller det nyfödda barnet, eller för att utveckla psykisk ohälsa eller sjukdomstillstånd. En sådan bedömning gör det möjligt för hälso- och sjukvårdspersonalen att bedöma risken på ett strukturerat och bredare sätt. Bedömningen gör det också möjligt att identifiera olika verksamheter som kan aktiveras till stöd för kvinnan och hennes familj under graviditeten och efter barnets födelse. Dessa verksamheter finns inte alltid inom hälso- och sjukvården.

Oklart om effekterna av screening- eller identifieringsförfarandet
Det råder oklarhet både internationellt och i Sverige kring om, när och hur det är lämpligt att systematiskt identifiera gravida med möjliga eller troliga depressions- eller ångestsyndrom, med vilket eller vilka instrument och vid vilken tidpunkt det i så fall bör ske. Med systematisk identifiering avses här att alla gravida kvinnor erbjuds identifiering, och på ett liknande sätt.

Internationellt: Kunskapsunderlaget om effekterna av olika screening- eller identifieringsförfaranden är oklart, och förutsättningar och hälsovårdssystem skiljer sig åt mellan olika länder. Nationella riktlinjer i Storbritannien [68] och i Kanada [99] rekommenderar ett screeningförfarande i flera steg, där specifika muntliga frågor kan följas av självskattningsskalor. I USA [100] och Australien [101] rekommenderas att alla kvinnor erbjuds ett screeninginstrument för depression, Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) [70] under förutsättning att tillgång till diagnostisk bedömning, effektiv behandling och uppföljning finns på plats. I Australien rekommenderas dessutom ett instrument för psykosocial bedömning [102]. En ny systematisk översikt från Kanada har dock visat att effekten av depressionsscreening under graviditet och post partum, enbart med hjälp av ett instrument, är mycket osäker [103].

Sverige: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) genomförde 2021 ett arbete på uppdrag av Socialstyrelsen med syfte att undersöka effekten av olika metoder för att identifiera kvinnor med möjliga depressions- och ångestsyndrom under graviditeten [59]. SBU har dock i avsaknad av underlag inte kunnat uttala sig om för- eller nackdelar med någon särskild strategi för identifiering framför någon annan. Det berodde på att det inte fanns randomiserade kontrollerade studier över hälsorelaterade utfall för kvinnan, partnern eller barnet av olika metoder för identifiering under graviditeten.

I SBU-arbetet ingick också att undersöka den diagnostiska tillförlitligheten av olika instrument för att identifiera trolig depression och ångest under graviditeten.

Av de olika instrumenten som undersöktes var det endast EPDS som var tillräckligt studerat för att man skulle kunna göra en bedömning av den diagnostiska tillförlitligheten. Resultaten visade att användning av EPDS under graviditeten, bedömdes ha åtminstone låg tillförlitlighet för att identifiera en depression. SBU:s sammanvägning av studierna visade inte på något optimalt tröskelvärde för EPDS med tillfredsställande sensitivitet utan att majoriteten av de som identifieras är falskt positiva. Detta ställer höga krav på hur EPDS används i praktiken.

Viktigt att beakta vid identifiering: Bland den stora gruppen kvinnor med falskt positiva utfall finns både de som har tillfälliga eller subkliniska besvär, och de som har andra tillstånd än depression. Det är också viktigt att vara medveten om risken för falskt negativa utfall. De kan invagga hälsovårdens personal och individen i en falsk trygghet om att depression inte föreligger, och därmed fördröja en förnyad undersökning och behandling. Även här är

det uppföljande samtalet avgörande för att identifiera kvinnor som kräver fördjupad bedömning [61, 67], eftersom de, trots ett lågt resultat på EPDS, kan ha en depression eller något annat tillstånd.

Lika viktigt som att inte bagatellisera kvinnors depressions- eller ångestsymtom, som kan vara början på en nedgående spiral, är att inte sjukdomsförklara helt vanliga övergående problem som har att göra med omställningen till att bli förälder.

Socialstyrelsen betonar vikten av att identifiera postpartumdepression

I Sverige har Socialstyrelsen i sina Nationella riktlinjer för vård av depression och ångestsyndrom [11] rekommenderat att hälso- och sjukvården inte bör erbjuda screening för depression eller ångestsyndrom till vårdsökande personer utan kända riskfaktorer för psykisk sjukdom. Rekommendationen kom till följd av att det finns ett starkt vetenskapligt underlag för att åtgärden inte ger någon effekt på symtombördan. Socialstyrelsen gör dock ett undantag för nyförlösta personer när den rekommenderar att hälso- och sjukvården bör erbjuda identifiering av depression med EPDS hos denna grupp. I motiveringen konstaterar Socialstyrelsen att

- det är av särskild vikt att identifiera postpartumdepression hos nyförlösta eftersom en depression riskerar att även påverka barnet och de anhöriga
- EPDS är en effektiv åtgärd när den ingår som en del i ett systematiskt omhändertagande
- det finns klinisk erfarenhet av att åtgärden fungerar väl.

Förutsättningar för strukturerad identifiering

Implementering av strukturerad identifiering av depression och ångest hos gravida förutsätter att

- det finns tillräckligt med tid avsatt för samtal i samband med anamnestagande, identifiering och uppföljning
- det finns tillgång till stegvis vård: att vården finns att erbjuda på alla vårdnivåer
- den är lättillgänglig för hälsovårdens personal och för de gravida
- det finns tydliga remissvägar
- väntetiden för bedömning och behandling är kort.

Det är angeläget att barnmorskan redan i tidig graviditet, det vill säga under de två första besöken i samband med inskrivningen, bedömer om det finns behov av: stödsamtal och uppföljning, konsultation med psykolog, remiss för diagnostisk bedömning och/eller samverkan med annan instans [12].

Det är viktigt att skapa kontakt och förtroende för barnmorskan i början av graviditeten är viktigt. Samtal kan därför inte ersättas av checklistor eller skattningsskalor [67]. Dessa kan vara ett komplement och en hjälp vid barnmorskans vidare bedömning och vara en utgångspunkt för samtalen om psykisk hälsa.

Specialistteam för allvarlig psykisk sjukdom under graviditet och post partum och för samspelssvårigheter med barnet

Vid allvarlig psykisk sjukdom under graviditet och post partum behöver flera perspektiv beaktas: kvinnan, medföräldern, paret, barnet, samt föräldrabarnrelationen. Därmed, behöver bedömning och behandling ske integrerat mellan flera verksamheter med olika professioner, kunskapsområden och uppdrag. Verksamheter som berörs är mödrahälsovård, förlossnings- och neonatalvård, barnhälsovård, primärvård samt vuxenpsykiatri. Även specialistverksamheter med fokus på det späda barnets psykiska hälsa, såsom späd- och småbarnsteam inom barnpsykiatri, behöver involveras. Tillgången till späd- och småbarnsteam är mycket ojämnt fördelad i landet, och saknas helt i vissa regioner [104].

Olika vårdmodeller har utvecklats, och flera länder erbjuder specialiserad heldygnsvård, så kallade *mother-baby units*. I Sverige, där föräldraförsäkringen möjliggör för pappan eller medföräldern att ansvara för och ta hand om det nyfödda barnet när mamman är sjuk, finns inte samma behov av heldygnsvård tillsammans med barnet. Det finns däremot behov av mer individualiserad vård med ett familjeperspektiv där båda föräldrarna, vid behov även ett utvidgat nätverk, involveras.

Några länder har utvecklat specialiserade dag- och öppenvårdsenheter, multidisciplinära primärvårdsbaserade team eller konsultationspsykiatriska modeller. Vid en internationell kartläggning av utbyggnaden av olika länders perinatalpsykiatriska verksamheter fick Sverige en bottenplacering [78]. Det finns med andra ord ett stort behov av att utveckla specialiserad och multiprofessionell vård till denna målgrupp också i Sverige, med anpassning till vår svenska kontext. Utformningen kan behöva skilja sig åt mellan storstad och glesbygd. Viktigast är att det finns upparbetade rutiner för multiprofessionell teamsamverkan på specialistnivå.

Förlossningsrädsla²⁵

Att känna rädsla och oro inför en väntande förlossning är mycket vanligt. Graden av rädsla kan variera från ingen rädsla alls eller lätt oro till en mycket stark rädsla som medför emotionellt lidande.

Omkring 15–20 procent av de gravida i Sverige ger i forskning uttryck för påtaglig förlossningsrädsla, och prevalensen tycks ännu högre bland utrikesfödda [105, 106]. Förlossningsrädsla kan drabba både förstföderskor och omföderskor. Rädslan kan ha många olika orsaker och ta sig varierande uttryck.

Många beskriver rädsla för smärta eller för att de själva eller barnet ska skadas eller dö i samband med förlossningen. Den ovisshet som är förknippad med födande är för många en källa till oro, liksom rädslan för att

²⁵ Socialstyrelsen har inte gjort en hälsoekonomisk analys och inte heller en organisatorisk analys för de föreslagna rekommendationerna i detta avsnitt. Vi gör dock bedömningen att centrala rekommendationer kan komma att medföra utökad tidsåtgång, förändrad organisation och utökad resursåtgång för att kunna följas. Dessa rekommendationer kommer att bli föremål för kommande prioriteringsarbete inom ramen för de nationella riktlinjer som är planerade att redovisas i slutet av 2023 [6].

förlora kontrollen eller inte kunna hantera situationen. Det är också vanligt att uttrycka rädsla för exempelvis interventioner, för att inte bli involverad i beslut eller lyssnad på, och för att bli lämnad ensam eller inte få tillräckligt med stöd.

Till förlossningsrädsla hör 4 rekommendationer:

- Identifiering av oro hos gravida
- Kartläggning av förlossningsrädsla hos gravida
- Stöd och psykologisk behandling vid förlossningsrädsla
- Fortbildning, konsultation och handledning till personal.

Vi börjar med att presentera rekommendationerna. Därefter följer fördjupande information om detta ämne.

Identifiering av oro hos gravida

Att fråga om känslor inför förlossningen är en naturlig del i barnmorskans uppdrag inom mödrahälsovården. Det är ett första steg i identifieringen av förlossningsrädda, som följs upp av ytterligare åtgärder som syftar till att bekräfta förlossningsrädsla och bedöma den gravidas behov av stöd eller behandling.

Rekommendation

Du som möter gravida bör

i samband med de ordinarie besöken i den första, andra och tredje trimestern systematiskt undersöka förekomst av eventuell förlossningsrädsla. I denna första identifiering av möjlig förlossningsrädsla kan du med fördel använda självskattning med visuell analog skala (till exempel FOBS). Du bör följa upp med samtal utifrån den gravidas skattningar.

Syftet med rekommendationen

Genom att vid flera tillfällen under graviditeten fråga den gravida kvinnan hur hon känner inför förlossningen skapas bättre förutsättningar för att fånga upp gravida som kan visa sig lida av förlossningsrädsla, oavsett när rädslan först ger sig till känna. Ett systematiskt identifieringsförfarande kan troligen bidra till jämlikhet i vården.

Instrument för identifiering

I forskningsstudier har ett flertal olika självskattningsskalor använts för att identifiera förlossningsrädsla. Det råder oklarhet kring vilken eller vilka skalor som lämpar sig bäst i den kliniska verksamheten.

Det vanligaste instrumentet i forskningssammanhang är *Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire* (W-DEQ) [107], men med sina 33 items kan det anses onödigt långt för att använda i klinisk vardag. Det finns heller inte fritt tillgängligt för hälso- och sjukvården.

Baserat på SBU:s rapport [108] finns det visst stöd för användning av visuella analoga skalor (VAS), som instrumentet the Fear of Birth Scale (FOBS) [109, 110] eller andra VAS-skalar. Utifrån dagens kunskapsläge menar SBU att det saknas tydlig vägledning i hur dessa skalor bäst ska utformas eller vilka tröskelvärden som är kliniskt relevanta.

Studier där VAS-skalar ställts mot W-DEQ visar att skalorna är bättre på att identifiera personer med förlossningsrädsla (sensitivitet 85–98 procent) än på att utesluta personer utan förlossningsrädsla (specificitet 65–80 procent). För vidare bedömning behövs därför en fördjupad anamnes.

I FOBS ombeds den gravida att besvara följande fråga: "Hur känner du just nu inför förlossningen?" genom att markera sin upplevelse med ett X på 2 linjer (100 millimeter långa) med ändpunkterna *lugn/orolig* på den ena linjen och *ingen rädsla/stark rädsla* på den andra.

lugn _____ *orolig*
ingen rädsla _____ *stark orolig*

De 2 skattningarna för oro och rädsla (0–100) adderas och delas med 2 för att få fram ett medelvärde, som blir den gravidas totala skattning.

Ursprungligen föreslogs värdet 54 eller högre indikera förlossningsrädsla [111], men i senare studier har i stället värdet 60 eller högre använts för att minska andelen falskt positiva skattningar [106, 110].

FOBS har också översatts till ett flertal olika språk, och arbetet med att tillgängliggöra det på fler språk fortgår.

Varför upprepa skattningarna?

Kunskapen kring hur förlossningsrädsla utvecklas och förändras över tid är i dagsläget bristfällig. Erfarenheter från klinisk vardag tyder dock på att förloppet kan se mycket olika ut. Vissa gravida beskriver redan vid inskrivningssamtalet att de är rädda för att föda. De kan ha varit rädda under lång tid eller upptäckt det tidigt under graviditeten. För en del gravida växer medvetenheten om den egna rädslan först under graviditetens gång, för andra byggs tilliten till att våga anförtro sig till barnmorskan successivt längs vägen, och för vissa kan insikten att inte klara av sin oro på egen hand infinna sig mot slutet av graviditeten.

Dessa skillnader i förlopp gör det vanskligt att vid ett enskilt tillfälle tillförlitligt identifiera samtliga gravida med förlossningsrädsla. För att identifiera möjlig förlossningsrädsla i ett så tidigt skede som möjligt, utan att för den skull riskera att missa gravida med en senare rädslobebut, rekommenderas därför att screening genomförs vid flera tillfällen under graviditeten.

Skattningarna behöver kompletteras med samtal

Många gravida kan redan i tidig graviditet signalera till sin barnmorska om sin oro, men för de med svår rädsla kan känslan vara så stark och skambelagd att det leder till undvikanden och försök till att förneka rädslan så länge det går. För andra kan svår rädsla ta sig uttryck i somatisering och frekventa kontroller på grund av fysiska symtom, som prematura sammandragningar eller oklara smärtor utan påvisbar anledning. En del kanaliserar sin oro

genom att söka information. Forskning stödjer bilden av att en förstående och trygg barnmorska underlättar för den rädda att våga berätta om sina farhågor.

Oavsett om skattningar genomförs med FOBS eller någon annan VAS-skala ger de endast en indikation på möjlig förlossningsrädsla. En sådan skattning bör inte göras utan att också samtala med den gravida om skattningen. VAS-skalar (inklusive FOBS) för skattning av förlossningsrädsla är generellt bättre på att identifiera gravida med potentiell förlossningsrädsla, än de är på att utesluta gravida som inte är rädda, varför en fördjupad anamnes är nödvändig [108]. Skalorna kan på så sätt ses som en naturlig väg in i samtal om eventuell rädsla och oro inför att föda – oavsett skattning. Möjliga frågor att gå vidare med kan vara:

- *Skulle du vilja berätta varför du satte kryssen just där?*
- *Är det något speciellt som oroar dig eller gör dig rädd?*
- *Vad gör att du känner dig lugn, trygg och säker?*
- *Finns det något som du tror kan vara till hjälp för dig? Vad skulle det kunna vara?*

Det är av största vikt att identifieringssamtalet genomförs på ett respektfullt och inlättande sätt, och att den graviditas oro tas på allvar. I detta ingår att göra en bedömning av om den graviditas oro kan vara kopplad till eventuella risker eller medicinska komplikationer i graviditeten. Även om så inte är fallet är det viktigt att inte avfärda oron, utan visa förståelse för att det är naturligt att känna oro inför förlossningen – och att det är en del av vårdens uppdrag att stötta gravida som upplever förlossningsrädsla.

Identifiering kräver relevant kunskap

Identifiering av förlossningsrädsla kräver att den som genomför identifieringen har adekvata kunskaper om hur förlossningsrädsla kan komma till uttryck och vilket stöd som erbjuds hos aktuell vårdgivare. Den som genomför identifieringen behöver också vara väl förtrogen med de instrument som används, så att de administreras och tolkas på ett korrekt sätt, samt vägs samman med vad som framkommit i samtal med den gravida.

Motivering till rekommendationen

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör du i samband med ordinarie besök i den första, andra och tredje trimestern systematiskt undersöka förekomst av eventuell förlossningsrädsla. I denna första identifiering av möjlig förlossningsrädsla kan med fördel självskattning med visuell analog skala (till exempel FOBS) användas. Skattningen bör följas upp i samtalsform med ledning av den graviditas skattningar.

Det vetenskapliga underlaget för att bedöma effekten av åtgärden är otillräckligt, men enligt beprövad erfarenhet bidrar åtgärden till att identifiera och adekvat bedöma om förlossningsrädsla föreligger och om den gravida kan komma att behöva ytterligare insatser.

I Socialstyrelsens rekommendation har dessutom SBU:s rapport *Förlossningsrädsla, depression och ångest under graviditet – SBU utvärderar* [108] vägts in.

- ➔ **Läs mer** om hur vi har identifierat erfarenhetsbaserad kunskap för rekommendationen i webbilagan *Metodbeskrivning och kunskapsunderlag*.

Kartläggning av förlossningsrädsla hos gravida

Förlossningsrädsla kan beskrivas som ett samlingsbegrepp som rymmer en mängd olika former av oro och ångest relaterat till graviditet, förlossning och föräldrablivande. Rädslan kan ha olika fokus och uttryckas på olika sätt. Intensiteten varierar, liksom upplevelsen av att kunna hantera rädslan på egen hand. Förlossningsrädsla kan förekomma utan någon annan psykisk ohälsa, men också i kombination med psykiatriska tillstånd eller med subkliniska nivåer av psykiska symtom. Även tidigare erfarenheter av våld och övergrepp kan påverka, liksom andra traumatiska upplevelser, exempelvis i samband med födande eller annan hälso- och sjukvård.

Vid misstanke om förlossningsrädsla blir därför en kartläggning av de individuella omständigheterna av största betydelse för planering av fortsatt handläggning. Kartläggning eller fördjupad anamnes behövs också som komplement till skattningsskalor för att säkerställa att det verkligen handlar om förlossningsrädsla.

Rekommendation

Du som möter gravida bör

erbjuda en fördjupad anamnestagning vid misstanke om förlossningsrädsla. Kartlägg då den gravidas rädsla och behov av stöd och behandling.

Syftet med rekommendationen

Syftet är att kunna anpassa vård och behandling för den gravida. För att få en första indikation på om den gravida kvinnan har förlossningsrädsla eller inte används självskattningsskalor i kombination med samtal som förs mellan den gravida och barnmorskan. För de gravida som misstänks lida av förlossningsrädsla krävs dock vidare kartläggning för att säkerställa att den gravida faktiskt upplever förlossningsrädsla, bedöma eventuellt behov av extra insatser, samt för att få en detaljrik bakgrund så att stöd eller behandling kan skräddarsys utifrån kvinnans behov.

Fördjupad anamnes

Om en kvinna uttrycker möjlig förlossningsrädsla i samband med den systematiska identifieringen genomförs en fördjupad kartläggning av kvinnans rädsla och hennes behov av stöd. Kartläggningen initieras lämpligen av den barnmorska som identifierade kvinnan som potentiellt förlossningsrädd, och bygger vidare på det samtal de hade i samband med den första identifieringen. Vid behov kan kartläggningen efter remiss eller hänvisning fortsätta hos vårdpersonal inom annan enhet. Ur perspektivet förlossningsrädsla kan följande områden vara relevanta att kartlägga:

- Hur beskriver den gravida sin rädsla? Vilka rädslor finns?
- Hur påverkar rädslan vardagen? På vilka sätt? När är det som värst? När går det bättre? Om rädslan inte fanns – på vilket sätt skulle vardagen då se annorlunda ut?
- Hur har den gravida försökt hantera rädslan och hur har det fungerat?
- Vilket stöd kan den gravida få från partner eller andra närstående? (familjebild, nätverk) Är partnern också rädd, och hur påverkar det i så fall den gravida?
- Finns det praktiska frågor att ta hänsyn till? (till exempel lång resväg, ingen barnvakt till äldre barn, partner arbetar långt från hemmet, behov av tolk)
- Tillhör den gravida en sårbar grupp? (till exempel utrikesfödd, HBTQI-person, social utsatthet, psykisk ohälsa)
- Finns det några medicinska eller obstetriska risker att ta hänsyn till?
- Har den gravida själv några idéer kring rädslans ursprung? Det kan exempelvis vara värt att undersöka
 - påverkan från andras negativa förlossningserfarenheter, till exempel mamma, syskon, vänner, media
 - tidigare negativa erfarenheter i samband med förlossning, graviditet, reproduktion eller gynekologi i stort som påverkar rädslan
 - andra negativa erfarenheter från hälso- och sjukvård som kan vara av relevans, till exempel operationer, sprutor, blodprov, bemötandefrågor
 - eventuell psykiatrisk samsjuklighet eller generellt påverkad psykisk hälsa
 - eventuella tidigare erfarenheter av våld, hot, eller övergrepp
- Vilka önskemål om stöd eller andra insatser uttrycker den gravida och en eventuell partner?

Om den gravidas behov av stöd identifieras som större än vad som kan erbjudas inom mödrahälsovården skickas lämpligen en remiss för fortsatt bedömning och, vid behov, stöd eller behandling till annan relevant instans inom hälso- och sjukvården (exempelvis MBHV-psykolog, mottagning specialiserad på förlossningsrädsla, specialistmödravård eller psykiatrisk mottagning). Vart en sådan remiss ska skickas baseras på vilka insatser som finns tillgängliga lokalt och på mödrahälsovårdens initiala bedömning av den aktuella kvinnans behov. Det kan exempelvis handla om obstetrisk bedömning och beslut om förlossningssätt, förlossningsplanering, eller psykologisk eller psykiatrisk bedömning och behandling. Samverkan mellan involverade enheter är en förutsättning för lyckade stödinsatser.

➔ **Läs mer** om stöd och behandling i *Stöd och behandling vid förlossningsrädsla*.

➔ **Läs mer** om identifiering av psykisk ohälsa i *Psykisk ohälsa och psykisk sjukdom under graviditet och efter förlossning*.

Motivering till rekommendationen

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör du vid misstanke om förlossningsrädsla hos en gravid erbjuda en fördjupad anamnestagning där den gravidas rädsla och behov av stöd och behandling kartläggs.

Det vetenskapliga underlaget för att bedöma effekten av åtgärden är otillräcklig, men enligt beprövad erfarenhet bidrar åtgärden till en adekvat bedömning av förlossningsrädsan och till att den gravida snabbare och på rätt nivå kan få stöd och behandling som svarar mot hennes behov – jämfört med att ett detta inte görs.

I Socialstyrelsens rekommendation har dessutom SBU:s rapport *Förlossningsrädsla, depression och ångest under graviditet – SBU utvärderar* [108] vägts in.

➔ **Läs mer** om hur vi har identifierat erfarenhetsbaserad kunskap för rekommendationen i webbilagan *Metodbeskrivning och kunskapsunderlag*.

Stöd och psykologisk behandling vid förlossningsrädsla

Vissa gravida känner att de kan hantera sin rädsla på egen hand, medan andra uttrycker ett stort behov av hjälp och stöd. Eftersom rädslan kan ha många olika orsaker och ta sig många olika uttryck, behöver insatser anpassas efter den gravidas unika behov och önskemål.

Rekommendation

Hälso- och sjukvården bör

vid behov erbjuda den gravida med konstaterad förlossningsrädsla stöd eller psykologisk behandling anpassad efter den gravidas behov (inom mödrahälsovården eller via remiss till en enhet med annan specialistkompetens).

Syftet med rekommendationen

Syftet är att öka känslan av trygghet och minska lidande för gravida med konstaterad förlossningsrädsla, samt att förbereda kvinnan inför födandet och öka möjligheterna till en positiv förlossningsupplevelse oavsett förlossningssätt. Stödet bör vara anpassat till den gravidas och en eventuell partners specifika behov, utifrån den fördjupade kartläggning som genomförts.

Barnmorskan stöttar och ger råd

I ett första led kan barnmorskan inom mödrahälsovården erbjuda gravida eller par stöd vid förlossningsrädsla. All personal inom mödrahälsovården ska ha en grundläggande förståelse för förlossningsrädsla som fenomen. Barnmorskan kan på ett respektfullt sätt lyssna på den gravidas orostankar kring sin kommande förlossning och bekräfta att ett visst mått av oro är

vanligt, om än jobbigt att bära. Det ingår också i barnmorskans uppgift att stötta och ge information och råd kring förlossningen, hänvisa till bra informationskällor, samt ge tips på andra sätt att förbereda sig inför födseln. Barnmorskan kan också erbjuda gravida eller par extra tid eller besök för samtal om förlossningsrädsla.

Om verksamheten så tillåter kan vårdformer där samma barnmorska eller en grupp av barnmorskor följer kvinnan genom hela vårdkedjan bidra till en ökad tillfredsställelse med vården en mer positiv förlossningsupplevelse.

När det finns ett större behov av insatser

Om den gravida uttrycker orostankar som tyder på ett större behov av insatser än det barnmorskan kan erbjuda, utifrån sin egen bedömning av sin kompetens eller verksamhetens lokala rutiner, hänvisas den gravida eller paret vidare för ytterligare insatser. Vilken typ av insatser som föreslås, och inom vilken del av verksamheten dessa erbjuds, beror på den gravidas behov och hur verksamheten är organiserad lokalt.

Samtalsstöd, obstetrisk konsultation och förlossningsplanering
Ofta remitteras gravida som behöver extra insatser till specialiserade mottagningar för förlossningsrädsla, på många håll kallade Aurora-mottagningar. Vid dessa specialiserade enheter erbjuds samtalsstöd med fokus på födandet och förlossningsplanering. Där finns också obstetrisk specialistkompetens, som bidrar med obstetrisk bedömning vid beslut om förlossningssätt.

Psykologisk behandling

Gravida kan också få psykologisk behandling för sin förlossningsrädsla av psykologer kopplade till mödrahälsovården eller förlossningsvården. Sådana insatser kan fokusera på den kommande förlossningen, men också vidgas till kvinnans psykiska mående i ett vidare perspektiv. Insatserna anpassas utifrån kvinnans individuella behov, och bygger vanligen på väl beprövade tekniker för behandling av psykisk ohälsa, däribland kognitiv beteendeterapi.

Psykologisk kunskap om psykisk ohälsa och betydelsen av tidigare erfarenheter och kontextuella faktorer kan bidra till en bedömning av eventuell samsjuklighet och prioritering av insatser. Vid förekomst av allvarlig psykiatrisk samsjuklighet bör remittering till psykiatrik övervägas och fortsatt vårdplanering ske i tätt samarbete mellan mödrahälsovården, förlossningsvården och psykiatrik.

Ett optimalt omhändertagande förutsätter samverkan

Förlossningsrädsla är ett komplext fenomen, där många yrkesgruppers specialistkunskaper är av betydelse för att förstå den gravidas eller paret situation ur ett helhetsperspektiv. Beroende på den gravidas eller paret behov kan olika insatser behövas, och de olika insatserna kan med fördel kombineras. Ett optimalt omhändertagande av kvinnor med förlossningsrädsla gynnas därför av nära samverkan mellan olika yrkesgrupper och enheter.

Individens behov i fokus

Dagens kunskapsläge tyder på att förlossningsrädsla kan ha flera olika orsaker och ta sig många olika uttryck. Graden av rädsla kan också variera

från lindrig till mycket svår. Vissa gravida känner att de kan hantera sin rädsla på egen hand, medan andra är i stort behov av stöd eller psykologisk behandling. Andra uttrycker önskemål om specifika insatser, som kejsarsnitt. Det är därför viktigt att eventuella insatser baseras på en individuell bedömning av den gravidas situation, specifika sårbarhetsfaktorer, medicinska risker och behov. Detta innebär inte att den gravidas specifika önskemål alltid kommer att uppfyllas, utan vårdgivaren fattar beslut om insatser utifrån en samlad bedömning av den gravidas behov.

Även om dessa rekommendationer är begränsade till insatser för gravida med förlossningsrädsla, utesluter de inte att insatser även kan erbjudas till partners i de fall där det bedöms som befogat och verksamhetens förutsättningar så tillåter.

Förutsättningar för stöd och behandling

För att kunna bemöta gravida med förlossningsrädsla på ett trygghets- skapande sätt, är det viktigt att specialiserade samtalsmottagningar har en välfungerande struktur med avsatt tid för besök. Utbildning i samtalsmetodik och tillgång till professionell handledning bör vara ett minimikrav, och grundläggande psykoterapeutisk kompetens är önskvärd. En prestigelös samverkan mellan olika verksamheter och olika yrkesgrupper är en viktig förutsättning för ett bra stöd.

Motivering till rekommendationen

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården vid behov erbjuda den gravida med konstaterad förlossningsrädsla stöd eller psykologisk behandling anpassad efter den gravidas behov. Stödet eller behandlingen ges inom mödrahälsovården eller via remiss till en enhet med en lämplig specialistkompetens

Det vetenskapliga underlaget för att bedöma effekten av åtgärden är otillräckligt, men enligt beprövad erfarenhet bidrar åtgärden till ökat psykologiskt och emotionellt välbefinnande hos den gravida jämfört med att åtgärden inte görs.

I Socialstyrelsens rekommendation har dessutom SBU:s rapport *Förlossningsrädsla, depression och ångest under graviditet – SBU utvärderar* [108] vägts in.

➔ **Läs mer** om hur vi har identifierat erfarenhetsbaserad kunskap för rekommendationen i webbilagan *Metodbeskrivning och kunskapsunderlag*.

Fortbildning, konsultation och handledning till personal

Enligt det nationella basprogrammet för mödrahälsovården ingår det att fortlöpande bedöma den gravidas psykiska tillstånd. Vid eftervårdsbesöket ingår det också att samtala om kvinnans och partners förlossnings- upplevelse. För personalen kan detta vara utmanande och kräva god kunskap om förlossningsrädsla, traumatiska förlossningsupplevelser och annan psykisk ohälsa. Det är därför av vikt att personalen har möjlighet att få stöd i sitt arbete med förlossningsrädsla och relaterade frågor.

Rekommendation

Hälso- och sjukvården bör

i frågor som berör identifiering av och stöd för förlossningsrädsla erbjuda personal inom mödrahälsovården möjlighet till fortbildning, regelbunden konsultation och vid behov kontinuerlig handledning.

Syftet med rekommendationen

Syftet är att öka personalens förståelse för förlossningsrädsla och de följder som kan uppstå. Personalens praktiska färdigheter kan också öka om de får fortbildning om förlossningsrädsla och möjlighet till regelbunden konsultation och handledning för att lyfta frågor kring problematiken.

Adekvat kunskap, förståelse, färdigheter och möjlighet till konsultation kan underlätta personalens arbete med att identifiera gravida som är rädda, kartlägga deras individuella behov och avgöra vilket stöd den gravida och en eventuell partner kan ha mest hjälp av, samt vid behov underlätta remittering till annan instans.

Fortbildning, konsultation och handledning behövs regelbundet, utifrån personalens och verksamhetens behov

Stöd till personalen kan erbjudas på flera olika sätt. Fortbildning innebär i detta sammanhang insatser av utbildande karaktär, såsom utbildningsdagar eller workshops. Konsultation avser i detta sammanhang möjlighet att konsultera kollegor eller andra specialister för att få råd gällande handläggning av ett konkret ärende. Handledning avser i detta sammanhang att få fortlöpande interprofessionellt stöd i sitt yrkesutövande. Fortbildning, konsultation och handledning bör planeras regelbundet, utifrån personalens behov. Former för genomförandet avgörs av vårdgivaren i samråd med personalen.

Utbildning, konsultation och handledning kring förlossningsrädsla och relaterade frågor kan också vara av relevans för personal inom andra delar av vårdkedjan. För personal inom förlossningsvården innebär arbetet ofta att möta och stötta födande och partners med olika grader av rädsla. Också för personal inom eftervården kan frågor relaterade till förlossningsrädsla väckas, inte minst genom dess samband med ökad risk för en negativ eller traumatisk förlossningsupplevelse. Verksamheterna kan därför överväga om utbildning, konsultation och handledning också ska erbjudas personal inom förlossningsvården och eftervården.

➔ **Läs mer** i *Utbildning och konsultation*.

Motivering till rekommendationen

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården erbjuda personal inom mödrahälsovården möjlighet till fortbildning, regelbunden

konsultation och vid behov kontinuerlig handledning, i frågor som berör identifiering av och stöd för förlossningsrädsla hos gravida.

Det vetenskapliga underlaget för att bedöma effekten av åtgärden är otillräckligt, men enligt beprövad erfarenhet bidrar åtgärden till bättre omhändertagande av kvinnan, till exempel när det gäller ökad kvalitet på stödet, och till att kvinnan snabbare får den hjälp hon behöver, jämfört med att åtgärden inte görs.

I Socialstyrelsens rekommendation har dessutom SBU:s rapport *Förlossningsrädsla, depression och ångest under graviditet – SBU utvärderar* [108] vägts in.

➔ **Läs mer** om hur vi har identifierat erfarenhetsbaserad kunskap för rekommendationen i webbilagan *Metodbeskrivning och kunskapsunderlag*.

Bakgrund och fördjupning

Den ovisshet som är förknippad med födande är för många en källa till oro, liksom rädslan för att förlora kontrollen eller inte kunna hantera situationen. Det är också vanligt att uttrycka rädsla för exempelvis interventioner, för att inte bli involverad i beslut eller lyssnad på, och för att bli lämnad ensam eller inte få tillräckligt med stöd.

Konsekvenser av förlossningsrädsla

Förutom att medföra ett emotionellt lidande och negativ inverkan på vardagen, har förlossningsrädsla koppling till ett flertal olika utfall i samband med en förlossning. Vissa gravida med förlossningsrädsla uttrycker starka önskemål om att föda med planerat kejsarsnitt, och förlossningsrädsla bidrar tydligt till att öka andelen kejsarsnitt utifrån moderns önskan.

Förlossningsrädsla ökar också risken för att uppfatta förlossningen som negativ eller traumatisk. Enstaka studier har visat ett samband med förlängd värkarbete [112, 113], längre tid mellan graviditeter [98], samt påverkad bindning till barnet [114].

Det finns också indikationer på att det lidande gravida som är förlossningsrädda upplever leder till större vårdkonsumtion jämfört med gravida som inte är rädda. Den högre vårdkonsumtionen är kopplad till ökat behov av sjukskrivning, flera besök för psykosocialt stöd, längre vistelse på sjukhuset i samband med förlossningen, större andel planerade kejsarsnitt och fler besök efter förlossningen till följd av förlossningsrelaterade komplikationer och negativa förlossningsupplevelser [115]. Det finns också indikationer på att behandling av svår förlossningsrädsla skulle kunna kompensera för de ökade kostnaderna [116].

Sårbarhetsfaktorer och kontextuella faktorer

Det finns en tydlig samvariation mellan förlossningsrädsla och annan psykisk ohälsa, och flera studier tyder på att tidigare erfarenheter av våld eller övergrepp medför en ökad risk för förlossningsrädsla. Bland de sårbarhetsfaktorer som återkommer återfinns också bristande socialt stöd eller partnerstöd, samt att vara utrikesfödd. Bland omfödernor tycks tidigare förlossningsupplevelser vara av särskilt stor betydelse. Här tyder resultaten

på att den subjektiva erfarenheten är av större betydelse än exempelvis huruvida komplikationer tillstött eller ej [117].

Forskning tyder på att gravida HBTQi-personer¹⁵ och partners, förutom att dela sådan rädsla och oro som förekommer i den allmänna populationen, även har en skörhet kopplad till den kroniskt förhöjda stressen av att höra till minoritetsgrupper som utsätts för diskriminering och marginalisering [118].

Även om det inom forskningen huvudsakligen studerats *individuella* sårbarhetsfaktorer för förlossningsrädsla, är såväl kulturella som kontextuella faktorer sannolikt av betydelse för individens upplevelse av rädsla. Internationella jämförelser tyder på att graden av rädsla varierar mellan olika länder [119, 120] och forskning om rädslans fokus har återkommande visat att rädsor för att mötas av kompetensbrist och bristande stöd under förlossningen är vanligt förekommande [121-123]. Därtill vittnar många gravida om att platsbrist, underbemanning och långa avstånd till närmaste förlossningsavdelning starkt bidrar till deras upplevelse av rädsla.

Identifiering och bedömning

I dagsläget saknas en enhetlig och tydlig definition av vad som bör betraktas som kliniskt relevant förlossningsrädsla. Det råder inte heller någon konsensus kring hur rädslan bäst bör identifieras eller mätas. I forskningssammanhang används internationellt ett flertal olika instrument för att identifiera och bestämma graden av förlossningsrädsla. Några av dessa instrument finns på svenska.

Det i forskning hittills mest förekommande instrumentet, Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire (W-DEQ) [107], har med sina 33 items goda psykometriska egenskaper, men är inte fritt tillgängligt och förhållandevis långt för att användas i klinisk vardag. När SBU 2021 utvärderade den diagnostiska tillförlitligheten hos andra instrument med W-DEQ som referensstandard, konstaterade de att ”självskattning med visuellt analoga skalor (VAS) kan användas för att identifiera gravida vars förlossningsrädsla behöver utredas vidare” [59]. Här hänvisar SBU både till en studie av Haines et al. [111] som använt the Fear of Birth Scale (FOBS) och en studie där skattning skett på en skala från 0 till 10 utan vidare beskrivning av siffrornas innebörd [124]. Med så få studier inkluderade bedömer SBU tillförlitligheten i resultaten som låg.

I sin slutsats tydliggör SBU vidare att skalorna är bättre på att identifiera personer som har förlossningsrädsla än på att utesluta personer som inte har det. Utifrån detta lyfter SBU fram ett tydligt behov av en fördjupad anamnes för de personer som identifierats för att säkerställa att det verkligen handlar om förlossningsrädsla. Detta behov kan ytterligare styrkas mot bakgrund av att förlossningsrädsla kan ha många olika orsaker och ta sig många olika uttryck. Det är därmed sannolikt att gravida med förlossningsrädsla kan behöva olika former av stöd och i olika omfattning.

Forskning har visat att även partners kan uppleva starka känslor av rädsla och oro för den gravidas och det väntade barnets hälsa inför en förlossning. Förlossningsrädsla bland partners är också viktigt att uppmärksamma, eftersom partnern ofta utgör det viktigaste stödet till den födande utanför sjukhuset, både under graviditeten och efter förlossningen.

Evidensläget gällande behandling av förlossningsrädsla

Under 2021 utvärderade både SBU och the Cochrane Library det vetenskapliga stödet för icke-farmakologisk behandling av förlossningsrädsla [125, 126]. Båda rapporterna fokuserar på randomiserade kontrollerade studier för att minska kliniskt relevant eller svår förlossningsrädsla. SBU inkluderade 8 publikationer från 3 projekt, efter att ha exkluderat studier som bedömts ha hög risk för bias. O'Connell et al. som gjorde översikten för the Cochrane Library, inkluderade 31 rapporter från 7 olika projekt.

SBU drar utifrån sitt material slutsatsen att effekten av behandling för förlossningsrädsla inte kan bedömas på grund av mycket låg tillförlitlighet hos det sammanvägda resultatet.

Även O'Connell et al. konkluderar att effekten av icke-farmakologiska interventioner för kvinnor med svår förlossningsrädsla är osäker. De menar att det är *sannolikt* att interventioner leder till en minskad andel kejsarsnitt och *möjligt* att det kan leda till minskningar i rädsla, men att det är oklart om en eventuell minskning av rädslan är tillräckligt stor för att vara kliniskt relevant.

Sammanfattningsvis är det vetenskapliga underlaget för att avgöra effekten av behandlingar för att minska förlossningsrädsla litet. Ett fåtal interventioner har utvärderats och variationen mellan dem är stor, vilket gör det svårt att dra några slutsatser på en övergripande nivå. Många studier har också metodologiska brister. Att tillräckligt vetenskapligt stöd saknas innebär inte nödvändigtvis att de insatser som har testats är dåliga eller att de inte kan vara till hjälp för enskilda individer eller grupper. Vad det innebär är att vi i dagsläget inte kan slå fast deras effektivitet vetenskapligt. Behovet av fortsatt utvärdering är därmed stort, både i forskning och i klinisk verksamhet. Bristen på specifika studier som utvärderar interventioner för förlossningsrädsla bör inte heller ses som en anledning att avstå insatser för denna målgrupp, då beprövad erfarenhet visar att insatser många gånger är hjälpsamma. Riktlinjer och rekommendationer för behandling av andra tillstånd, såsom specifik fobi, paniksyndrom, generaliserat ångestsyndrom, tvångssyndrom, posttraumatiskt stressyndrom och perinatal depression bör också tas i beaktande.

➔ **Läs mer** om behandling av psykiska tillstånd i *Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom* [11].

Identifiering och stöd i svensk kontext

Barnmorskan inom mödrahälsovården har en unik, långsiktig kontakt med den gravida och en eventuell partner eller medförälder, och har därför en nyckelroll i såväl identifiering som stöd vid förlossningsrädsla. Enligt det nationella basprogrammet ingår i mödrahälsovårdens uppdrag att identifiera känslor inför förlossningen, däribland känslor av rädsla och oro. Om sådana känslor identifieras ingår det i barnmorskans uppdrag att fråga vidare för att göra en första bedömning av den gravidas eventuella behov av stöd, behandling eller andra insatser. Barnmorskan kan också erbjuda den gravida utökat stöd för sin förlossningsrädsla inom mödrahälsovården. Vid behov kan barnmorskan inom

mödrahälsovården remittera den gravida vidare för fortsatt bedömning eller stöd inom en annan relevant instans inom hälso- och sjukvården.

I Sverige finns sedan 1980-talet specialiserade enheter för förlossningsrådsrå, ofta kallade Auroramottagningar. I dag finns dessa vid alla svenska förlossningsenheter. Inom dessa mottagningar samverkar oftast barnmorskor, obstetrikare och kuratorer, samt i vissa fall psykologer, men kompetenskraven för personalen har inte fastställts nationellt. Inom dessa mottagningar erbjuds vanligen samtalsstöd till både förstföderskor och omföderskor med uttalad förlossningsrådsrå. Stödet syftar till att förbereda den gravida inför födandet och öka möjligheterna till en positiv förlossningsupplevelse oavsett förlossningssätt. I syftet ingår också att ge ökad kunskap och en realistisk bild av hur en förlossning går till, öka den gravidas tilltro till sin förmåga att föda, samt att gå igenom eventuella tidigare förlossningsupplevelser. Vid behov av mer uttalad psykologisk eller psykoterapeutisk intervention bör sådan tillhandhållas av personal med adekvat utbildning och kompetens.

Enligt praxis kan stödet till den gravida också innefatta upprättande av en förlossningsplan, som beskriver individuella trygghetsskapande faktorer för den födande. Ibland kan förlossningsplanen även innefatta ett så kallat förlossningskontrakt, där man förutom det psykologiska stödet kan planera ett försök till vaginal förlossning som den födande under vissa villkor kan avbryta. Förlossningskontraktet kan ibland innebära en planerad igångsättning i stället för ett planerat kejsarsnitt, för att bidra till hanterbarhet för den födande i en ansträngd situation. För en del gravida kan ett planerat kejsarsnitt vara den mest lämpliga vägen att föda, när andra metoder har uteslutits.

Vid användning av förlossningsplan och förlossningskontrakt är det av yttersta vikt att tillvägagångssättet är förankrat i lokala rutiner hos vårdgivaren och respekteras genom hela vårdkedjan. I samband med planens upprättande och vid efterföljande kontakter med den gravida behöver personalen tydligt förmedla en realistisk och nyanserad bild av förlossningsförloppets oförutsäglighet och vårdgivarens behov av att i varje given situation väga samman medicinska bedömningar och respekt för patientens autonomi. En förlossningsplan eller ett förlossningskontrakt som inte följs, kan underminera tilliten till hela hälso- och sjukvården, om patienten inte möts med respekt och inte förstår sammanhanget i händelseförloppet. Det är därför av största vikt att så långt det är medicinskt och praktiskt möjligt respektera den plan eller det kontrakt som upprättats, och att eventuella nödvändiga avsteg görs med största respekt, och i alla lägen där det är möjligt i samråd med den födande och eventuell partner.

I den händelse medicinskt nödvändiga avsteg behöver göras utan den födandes samtycke, åligger det sjukvårdspersonalen att i efterhand beskriva det förlopp som ledde fram till avsteget, ge utrymme för frågor och validera känslomässiga reaktioner, samt vid behov erbjuda stöd för att hantera eventuella negativa följder av det inträffade.

Vetenskapliga utvärderingar av de insatser som erbjuds vid enheter specialiserade för förlossningsrådsrå ("Auroramottagningar") har visat att de kvinnor som fått ta del av stödet oftast är nöjda [127, 128], även om det fortfarande är oklart om deras rädsla minskat.

I många regioner kan gravida med förlossningsrädsla också erbjudas psykologisk behandling av psykologer verksamma inom mödrahälsovården eller på annat sätt knutna till verksamheten. Sådana insatser kan fokusera på den väntande förlossningen, men också vidgas till den gravidas psykiska mående i ett vidare perspektiv.

Vilka tar del av extra insatser för förlossningsrädsla i dag?

Enligt statistik från graviditetsregistret fick drygt 10 procent av alla gravida extra stöd för förlossningsrädsla under 2020.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys visade i en rapport från 2019 andelen gravida som fått extra stödåtgärder för förlossningsrädsla under 2017. Sammanställningen visade att gravida som var födda i Sverige oftare fick stöd än gravida som var födda i andra länder. Den visade också att insatserna i högre grad fördelats till gravida med hög utbildningsnivå. Båda dessa resultat gällde i första hand för omföderskor.

Då den i dag tillgängliga forskningen tyder på att förekomsten av förlossningsrädsla är högre bland utrikesfödda än bland svenskfödda [106], antyder dessa mönster att nuvarande strategier för identifiering och fördelning av stöd- och behandlingsinsatser kanske inte är tillräckliga för att ge alla förlossningsrädda samma möjligheter att få hjälp att hantera eller minska sin rädsla.

Samverkan mellan yrkesgrupper och verksamheter

Förlossningsrädsla är ett komplext fenomen, där samverkan mellan yrkesgrupper och vårdinstanser är av största betydelse. Barnmorskan inom mödrahälsovården har ofta en nyckelroll för samordning av insatserna och står i regel för en första bedömning av den gravidas behov av extra insatser. Detta kan vara en krävande roll, som sannolikt gynnas av möjligheten till konsultation med andra berörda instanser.

Väl fungerande kontaktvägar mellan olika aktörer samt tydlig och lättillgänglig dokumentation av insatser och beslut är av stor betydelse för ett smidigt vårdförlopp. Det är också av central betydelse att personal inom förlossningsvården tar del av en eventuell förlossningsplan och dokumentation av andra insatser som genomförts med fokus på förlossningsrädsla – oavsett var inom organisationen dessa insatser genomförts.

Traumatiska förlossningsupplevelser och posttraumatisk stress

Trots att ett barns födelse i de flesta fall är en positiv händelse, kan ett förlossningsförlopp innebära dramatiska händelser, som kan upplevas på olika sätt av de inblandade.

Vi börjar med att motivera varför det inte finns någon rekommendation inom detta ämnesområde, därefter följer bakgrund och fördjupande information.

Ingen rekommendation

I den aktuella versionen av kunskapsstödet finns det inga rekommendationer om identifiering av traumatiska förlossningsupplevelser.

Ingen rekommendation

Utifrån dagens kunskapsläge gör Socialstyrelsen bedömningen att det saknas tillräckligt underlag för att ge rekommendationer angående specifika metoder för att identifiera traumatiska förlossningsupplevelser hos nyblivna föräldrar.

Motivering till att inte ge rekommendationer

Enligt ett förarbete från SBU saknas randomiserade kontrollerade studier för att bedöma effekter och risker av strategier för strukturerad identifiering av traumatiska förlossningsupplevelser [126]. Socialstyrelsen gör också bedömningen att det i dagsläget saknas en samlad klinisk praxis för att rekommendera handläggning enligt beprövad erfarenhet.

Vidare gör Socialstyrelsen bedömningen att det saknas tillräckligt underlag för att ge specifika rekommendationer för behandling av traumatiska förlossningsupplevelser utifrån aktuellt kunskapsläge. Detta gäller även förlossningsrelaterat akut stressyndrom eller PTSD hos nyblivna föräldrar. Det saknas också underlag för att bedöma om traumafokuserade psykologiska interventioner kan underlätta återhämtning från kliniskt relevant PTSD [126, 129]. Underlag saknas också för att bedöma effekten av stödet för insatser avsedda att förebygga utvecklande av förlossningsrelaterad PTSD genom interventioner efter förlossningen [130].

Andra rekommendationer av relevans för området

Socialstyrelsen rekommenderar i kapitlet *Vård efter graviditet och förlossning* att alla nyförlösta erbjuds möjlighet till samtal om förlossningen och förlossningsupplevelsen med barnmorskan som medverkade vid förlossningen – eller en annan barnmorska i de fall kvinnan önskar det. I rekommendationen ingår att nyförlösta följs upp per telefon den andra veckan efter förlossningen för att fånga upp personer som mår psykiskt dåligt. Vid denna tidpunkt bör även förlossningsupplevelsen beröras för att få en helhetsbild av det psykiska måendet och för att kunna fånga upp indikationer på akuta stressymptom, och vid behov remittera vidare.

➔ **Läs mer** om Socialstyrelsens rekommendationer för uppföljning efter förlossningen i *Vård efter graviditet och förlossning*.

Socialstyrelsen rekommenderar i sina *Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom* att Hälso- och sjukvården bör erbjuda traumafokuserad KBT med exponering till vuxna med posttraumatiskt stressyndrom (*prioritet 3*), samt att Hälso- och sjukvården kan erbjuda behandling med antidepressiva läkemedel (*prioritet 5*) eller behandling med

EMDR (*prioritet 7*). Även om det saknas underlag för att avgöra om interventionerna kan underlätta återhämtning från kliniskt relevant PTSD, tyder befintlig forskning på att traumafokuserade psykologiska interventioner för den som fött barn kan vara effektiva i att reducera PTSD-symtom i upp till 6 månader [129, 131].

- ➔ **Läs mer** om behandling av akut stressyndrom och posttraumatiskt stressyndrom i den allmänna befolkningen i Socialstyrelsens *Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom* (2021-4-7339) [11].

Bakgrund och fördjupning

I den internationella litteraturen förekommer en mängd olika definitioner av negativa eller traumatiska förlossningsupplevelser, och den rapporterade prevalensen varierar därmed i hög grad mellan olika studier. Så många som 9–64 procent av födande har i internationella studier skattat sin förlossning som psykiskt påfrestande, eller till och med traumatisk [132-137]. Bland dessa uppvisar många också symtom på akut stress.

Olika metoder för att skatta förlossningsrädsla

Svenska studier tenderar att finna betydligt lägre förekomst av negativa eller traumatiska förlossningsupplevelser. Troligtvis beror det på att man använder andra metoder för att identifiera dessa. I Sverige skattar vanligen nyförlösta sin förlossningsupplevelse innan hemgång från förlossning eller BB, eller vid efterkontrollen inom mödrahälsovården. Skattningen görs utifrån en visuell analog skala (VAS) där 1 står för sämsta möjliga och 10 för bästa möjliga upplevelse. År 2021 skattade 3,4 procent av de kvinnor som fött barn i Sverige sin förlossningsupplevelse som 3 eller lägre direkt efter förlossningen, medan motsvarande andel var 3 procent 8 veckor efter förlossningen [135].

Även partner kan ge uttryck för traumatiska förlossningsupplevelser och posttraumatisk stress efter att ha bevittnat en dramatisk förlossning. Förekomsten tycks dock vara lägre än bland de födande [135, 138].

Konsekvenser av traumatisk förlossningsupplevelse

Traumatiska förlossningsupplevelser kan bidra till att en person utvecklar förlossningsrelaterat akut stressyndrom eller posttraumatiskt stressyndrom, PTSD. Förlossningsrelaterad PTSD kan vidare leda till ökad förekomst av andra psykiatriska diagnoser, däribland depression [139].

Enskilda studier tyder på att traumatiska förlossningsupplevelser också kan ha negativ inverkan på partnerrelationen, barnets socioemotionella utveckling och kvinnans¹⁶ bindning till barnet i en efterföljande graviditet [140-142].

Traumatiska förlossningsupplevelser kan också påverka kvinnans fortsatta reproduktiva bana. Det dröjer i genomsnitt längre tid innan kvinnor som skattat sin förlossningsupplevelse som mycket negativ föder barn igen. Sannolikheten att de blir gravida under en tioårsperiod är lägre än för kvinnor som skattat sin förlossningsupplevelse som positiv [143]. Fler uttrycker

också förlossningsrädsla och önskan om kejsarsnitt vid efterföljande graviditet [119, 144].

Identifiering av traumatiska förlossningsupplevelser

Syftet med att i ett tidigt skede identifiera traumatiska förlossningserfarenheter är att tidigt kunna erbjuda drabbade individer fortsatt bedömning och insatser för att förebygga eller behandla mer allvarlig psykisk ohälsa, som förlossningsrelaterad PTSD. I dagsläget saknas dock randomiserade kontrollerade studier som utvärderar effekter och eventuella risker av olika strategier för strukturerad identifiering av traumatiska förlossningsupplevelser [126].

I den kliniska vardagen använder många verksamheter en VAS-skala för skattning av förlossningsupplevelser. Därutöver finns en del instrument översatta till svenska, till exempel den reviderade versionen av The Childbirth Experience Questionnaire (CEQ2) [145] och The Birth Satisfaction Scale-Revised (BSS-R)[146].

- ➔ **Läs mer** om identifiering av traumatiska förlossningsupplevelser i SBU:s kartläggning *Identifiering av traumatiska förlossningsupplevelser – SBU bereder* som återfinns i webbilagan *Metodbeskrivning och kunskapsunderlag*.
- ➔ **Läs mer** om Socialstyrelsens rekommendationer för uppföljning efter förlossningen i *Vård efter graviditet och förlossning*.

Akut stressyndrom och PTSD

För några individer kan en traumatisk förlossningsupplevelse bidra till att de utvecklar mer allvarliga psykiska tillstånd, såsom akut stressyndrom och PTSD.

Båda dessa diagnoser förutsätter att en individ själv varit med om, bevittnat, eller underrättats om en händelse som inneburit exponering för faktisk död eller livsfara, allvarlig skada eller sexuellt våld [81]. Det är inte nödvändigtvis händelsens medicinska allvarlighetsgrad som är avgörande, utan hur individen uppfattat situationen.

I samband med en förlossning innebär det att en händelse kan förstås som traumatisk om den födande eller närstående som är med vid födseln uppfattar en risk för livsfara eller allvarlig skada för en födande eller barnet, oavsett hur situationen bedöms strikt medicinskt.

Efter en traumatisk händelse är det naturligt att reagera med symtom på akut stress. Reaktionerna kan se olika ut och variera i styrka, utan att för den skull vara tecken på psykopatologi. Man kan överväga diagnosen akut stressyndrom om symtomen kvarstår i flera dagar, och orsakar kliniskt signifikant lidande eller försämrad funktion socialt, i arbete eller inom andra viktiga funktionsområden [81].

Akut stressyndrom bygger på att den drabbade uppvisar under minst 3 dagar ett flertal symtom inom följande kategorier:

- påträngande symtom

- negativ sinnesstämning
- dissociation
- undvikande
- arousal.

Ofta klingar symtomen på akut stress av under den första månaden, och en bortre gräns för symtomens varaktighet är därför satt till en månad efter den traumatiska händelsen. Fortsätter symtomen längre tid än så bör istället diagnosen PTSD övervägas.

PTSD innebär att en naturlig återhämtning efter en överväldigande och hotfull upplevelse av någon anledning har hindrats. Därmed har symtomen blivit bestående. Diagnosen PTSD kan inte ställas förrän tidigast en månad efter den traumatiska händelsen, och förutsätter att samtliga symtom inom följande kategorier ska ha funnits kvar minst en månad:

- påträngande symtom
- undvikande
- negativa kognitiva förändringar
- negativt förändrad sinnesstämning

Förekomsten av förlossningsrelaterad PTSD ligger enligt internationella meta-analyser omkring 3 till 4 procent [147, 148].

Faktorer kopplade till PTSD

Den i dag mest använda modellen för att förstå uppkomsten av förlossningsrelaterad PTSD betonar interaktionen mellan individuella sårbarhetsfaktorer, händelser under förlossningen och vidmakthållandefaktorer efter födseln [139]. Händelser som ligger till grund för traumatiska förlossningsupplevelser kan vara allt ifrån rutinmässiga kontroller till akuta obstetriska händelser, där tolkningen av händelsen som hotfull blir avgörande för om den uppfattas som ett psykologiskt trauma.

Ett flertal sårbarhetsfaktorer för utvecklande av PTSD har identifierats, exempelvis tidigare traumatiska erfarenheter, samt förlossningsrädsla, depression, nedsatt hälsa eller komplikationer under graviditeten. Negativa förlossningsupplevelser (ofta kopplade till negativa emotionella reaktioner och upplevelser av kontrollförlust), operativ förlossning, bristande stöd från förlossningspersonalen, samt dissociation har visats vara riskfaktorer under själva förlossningen. Faktorer efter förlossningen som associerats med PTSD-symtom är framför allt depression, stress och bristande coping [139].

Identifiering av akut stressreaktion och förlossningsrelaterad PTSD

Det är viktigt att det finns en etablerad vårdkedja för att kunna identifiera traumatiska förlossningserfarenheter och akuta stressreaktioner i ett tidigt skede och ta hand om patienterna på bästa sätt. Hälso- och sjukvården måste vara öppen för förekomsten av traumatiska erfarenheter och akuta stressreaktioner, samt planera sin verksamhet för att på bästa möjliga sätt kunna hjälpa de individer som har behov av extra uppföljning, bedömning,

stöd eller psykologisk behandling. Detta gäller vid alla bedömningar inom den kliniska verksamheten.

Vid misstanke om utveckling av PTSD är det viktigt att i samråd med patienten, enligt lokala rutiner, remittera denna till psykolog eller psykoterapeut med kompetens för att bedöma och behandla trauman.

Självskattningsskalor och diagnostiska intervjuer som baseras på diagnoskriterier för PTSD kan vara till hjälp vid bedömning hos en psykolog eller psykoterapeut. Vanligen används skalor och diagnostiska intervjuer avsedda för den allmänna populationen. Det finns dock en förlossningsspecifik skala, the City Birth Trauma Scale [149], där valideringen för svenska förhållanden pågår [150].

Stöd och behandling vid traumatiska förlossningsupplevelser och PTSD

SBU gjorde 2021 en kartläggning av systematiska översiktsartiklar om behandling för kvinnor som lider av psykisk sjukdom efter förlossningen. En av de identifierade översikterna berörde traumafokuserade psykologiska interventioner för behandling av förlossningsrelaterad PTSD, och bedömdes ha en måttlig risk för bias. Enligt denna översikt av Furuta et al. [129] tycks traumafokuserade psykologiska interventioner för kvinnor som fött barn vara effektiva i att reducera PTSD-symtom i upp till 6 månader, medan författarna konstaterar att det fortfarande är ovisst om interventionerna kan underlätta återhämtning från kliniskt relevant PTSD.

Vad gäller interventioner för att förebygga utvecklande av förlossningsrelaterad PTSD finns det ett antal studier som beskriver interventioner efter förlossningen. Dessa studier är dock olika sinsemellan, och därför har man i en tidigare systematisk översikt konstaterat att det saknas tillräckligt underlag för att avgöra interventionernas effekt [130].

Förlossningsbristningar – diagnostik, information och uppföljning²⁶

Bristningar i bäckenbotten i samband med förlossningen är vanliga, särskilt hos förstföderskor. Det finns 4 grader av förlossningsbristning:

- **Grad 1:** Ytliga bristningar i slidans slemhinnor och underlivets hud
- **Grad 2:** Skada på mellangårdens muskler eller fästen, inklusive hud och slemhinna men inte ändtarmsmuskeln
- **Grad 3:** Skador på ändtarmsmuskeln, den yttre och eller den inre ändtarmsmuskeln har brustit i mindre eller större omfattning
- **Grad 4:** Skador på både ändtarmsmuskler och väggen i ändtarmen.

²⁶ Socialstyrelsen har inte gjort en hälsoekonomisk analys och inte heller en organisatorisk analys för de föreslagna rekommendationerna i detta avsnitt. Vi gör dock bedömningen att centrala rekommendationer kan komma att medföra utökad tidsåtgång, förändrad organisation och utökad resursåtgång för att kunna följas. Dessa rekommendationer kommer att bli föremål för kommande prioriteringsarbete inom ramen för de nationella riktlinjer som är planerade att redovisas i slutet av 2023 [6].

Det förekommer även skador på djupare liggande muskler i bäckenbotten runt slidan, så kallade levatorskador, som räknas till förlossningsbristning grad 2. Dessa skador har inte registrerats systematiskt, så det är oklart hur vanliga de är i Sverige. Från 2020 klassificeras grad 2-bristningar och levatorbristningar i flera undergrupper.

Klipp (perineotomi) innefattar vanligen samma muskler som grad 2 och utförs hos 10,3 procent av förstföderskor och hos 5,4 procent hos alla födande.

Andelen bristningar av grad 3 och 4 har haft en nedåtgående trend de senaste åren: i genomsnitt 2,5 procent av alla som föder drabbas. Andelarna varierar dock stort mellan klinikerna där den lägsta är 1,1 och den högsta 4,4 procent [22].

Till förlossningsbristningar hör 6 rekommendationer:

- Samtal och förlossningsplanering vid ökad risk
- Samtal och förlossningsplanering för gravida med kvarstående besvär
- Bedövning, diagnostik och suturering av förlossningsbristningar
- Uppföljande undersökning första veckan efter förlossningen och tidigt samtal
- Gynekologisk undersökning vid efterkontrollen
- Hänvisning till rätt instans.

Vi börjar med att presentera rekommendationerna. Därefter följer fördjupande information om detta ämne.

Samtal och förlossningsplanering vid ökad risk

Gravida med ökad risk för förlossningsbristning behöver, utöver förlossningsplanering, stöd i att hantera sin rädsla och oro.

Rekommendation

Du som möter gravida bör

erbjuda gravida med identifierade eller uttalade riskfaktorer för förlossningsbristningar, stödjande samtal och vid behov förlossningsplanering.

Syftet med rekommendationen

Genom samtalet och planeringen får den gravida kunskap om hur man arbetar förebyggande och vilka åtgärder som kommer att vidtas om det är möjligt med tanke på förlossningsförloppet. Den gravida får därmed en känsla av bättre kontroll över situationen, vilket troligtvis bidrar till ökad trygghet. Det är viktigt att anpassa samtalet och planeringen utifrån de behov och riskfaktorer som identifierats hos den gravida, och att medvetandegöra dessa på ett sätt som, om möjligt, inte skapar ytterligare oro.

- ➔ **Läs mer** om hur samtalet kan anpassas i *Anpassa stöd och information efter behov*.

Motivering till rekommendationen

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör du erbjuda stödjande samtal och förlossningsplanering inför kommande förlossning till kvinnor med identifierade eller uttalade riskfaktorer.

Det vetenskapliga underlaget för att bedöma effekten av åtgärden är otillräckligt, men enligt beprövad erfarenhet bidrar åtgärden till en ökad känsla av trygghet och delaktighet samt minskad rädsla och oro hos kvinnan, och till att förebygga förlossningsbristningar.

I Socialstyrelsens rekommendation har vi vägt in en genomgång av studier om förlossningsplanering, som återfinns i webbilagan *Metodbeskrivning och kunskapsunderlag*.

- ➔ **Läs mer** om hur vi har identifierat erfarenhetsbaserad kunskap för rekommendationen i webbilagan *Metodbeskrivning och kunskapsunderlag*.

Samtal och förlossningsplanering för gravida med kvarstående besvär

Gravida, som vid tidigare förlossningar drabbats av svåra förlossningsbristningar eller har kvarstående besvär, behöver stödjande samtal med barnmorska och förlossningsplanering med läkare.

Rekommendation

Du som möter gravida bör

erbjuda stödjande samtal och förlossningsplanering till gravida som har kvarstående besvär efter svåra förlossningsbristningar vid tidigare graviditeter.

Syftet med rekommendationen

Genom samtalet och planeringen får kvinnan kunskap om hur man arbetar förebyggande och vilka åtgärder som kommer att vidtas om det är möjligt med tanke på förlossningsförloppet. Hon får därmed en känsla av bättre kontroll över situationen vilket troligtvis bidrar till ökad trygghet.

Det är viktigt att anpassa samtalet och planeringen utifrån tidigare förlossningsbristning och kvarstående besvär, och att medvetandegöra dessa på ett sätt som, om möjligt, inte ökar oron. Åtgärden kan variera beroende på förlossningsbristning och vilka symtom kvinnan har. Förlossningsplanering kan ibland omfatta planerat kejsarsnitt, enligt läkarbedömning.

Anpassa samtal och planering efter tidigare besvär

En gravid omföderska som tidigare har haft en större förlossningsbristning har ofta ökad risk för att få en bristning igen, vilket kan vara drivande för hennes oro och rädsla.

- ➔ **Läs mer** om hur samtalet kan anpassas i *Anpassa stöd och information efter behov*.

Motivering till rekommendationen

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör du erbjuda gravida med kvarstående besvär efter svåra förlossningsbristning vid tidigare graviditeter stödjande samtal och förlossningsplanering.

Det vetenskapliga underlaget för att bedöma effekten av åtgärden är otillräckligt, men enligt beprövad erfarenhet bidrar åtgärden till en ökad känsla av trygghet och delaktighet samt minskad rädsla och oro hos kvinnan, och förlossningsplanering kan bidra till att förebygga bristningar.

I Socialstyrelsens rekommendation har vi vägt in en genomgång av studier om förlossningsplanering, som återfinns i webbilagan *Metodbeskrivning och kunskapsunderlag*.

- ➔ **Läs mer** om hur vi har identifierat erfarenhetsbaserad kunskap för rekommendationen i webbilagan *Metodbeskrivning och kunskapsunderlag*.

Bedövning, diagnostik och suturering av förlossningsbristningar

En oupptäckt bristning som förblir obehandlad, eller en feldiagnostiserad bristning, kan försvåra senare behandling och medföra stort lidande för kvinnan, både psykiskt och fysiskt. Noggrann diagnostik och suturering är därför nödvändig.

Behandling och uppföljning avgörs av vilken grad och omfattning av bristning det rör sig om. En undersökning i direkt anslutning till förlossningen är därför avgörande. Både den diagnostiska undersökningen och suturering kan försvåras av obehag och smärta hos kvinnan. God smärtlindring är därför viktig.

Rekommendation

Hälso- och sjukvården bör

vid den undersökning som sker direkt efter förlossningen erbjuda den nyförlösta

- adekvat bedövning, helst med yttre pudendusblockad (PDB)
- två som undersöker för att diagnostisera misstänkta bristningar
- två utförare som hjälps åt för att suturera bristningar grad 2, 3 och 4.

Syftet med rekommendationen

En väl fungerande smärtlindring vid såväl inspektion som suturering kan reducera risken för att kvinnan får en traumatisk smärtupplevelse, säkerställa att diagnostiken blir bättre så att en eventuell bristning inte missas och därmed öka möjligheten till korrekta åtgärder.

Det har varit rutin i förlossningsvården att bedöva inför suturering av bristningar, men inte alltid vid undersökningen direkt efter förlossningen.

En extra barnmorska eller läkare som bistår vid förlossning och undersökning

Många kliniker i Sverige uppmuntrar numera att ytterligare en barnmorska ska närvara under födseln utöver den barnmorska som ansvarar för förlossningen. Hon kan även bistå vid undersökningen efteråt för att underlätta både diagnostik och suturering [151].

När den nyförlösta undersöks av ytterligare en barnmorska eller läkare förbättras diagnostiken och 37–46 procent fler bristningar identifieras [151]. Om dessutom två barnmorskor eller läkare utför sutureringen tillsammans så ökar möjligheten till en korrekt och optimal suturering.

Det är viktigt att skadans omfattning och hur man suturerat dokumenteras detaljerat. För att öka möjligheten till bättre uppföljning är det också viktigt att skadan och sutureringen registreras i det bristningsregistret i Gynopregistret [152].

➔ **Läs mer:** Svensk förening för obstetrik och gynekologi (SFOG) och Svenska Barnmorskförbundet (SBF) har tillsammans tagit fram ett webbaserat utbildningsprogram för förlossningsskador i bäckenbotten [17] (www.backenbottenutbildning.se).

Motivering till rekommendationen

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården vid den undersökning som sker direkt efter förlossningen erbjuda den nyförlösta adekvat bedövning, helst med yttre pudendusblockad (PDB).

Det vetenskapliga underlaget för att bedöma effekten av åtgärden är otillräckligt, men enligt beprövad erfarenhet bidrar åtgärden till att reducera risken för en traumatisk smärtupplevelse hos kvinnan och ökar möjligheten till korrekt diagnostisering och behandling av bristningen.

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården vid den undersökning som sker direkt efter förlossningen erbjuda två undersökare för att diagnostisera bristningar. När den nyförlösta kvinnan undersöks av ytterligare en barnmorska eller läkare direkt efter förlossningen förbättras diagnostiken och fler bristningar identifieras [151], vilket bidrar till ett bättre behandlingsresultat. Det vetenskapliga underlaget för att bedöma effekten av åtgärden är otillräckligt, men enligt beprövad erfarenhet bidrar åtgärden till optimal suturering och bättre behandlingsresultat.

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården vid den undersökning som sker direkt efter förlossningen erbjuda två utförare som hjälps åt för att suturera eventuellt funna bristningar grad 2, 3 och 4. Det vetenskapliga underlaget för att bedöma effekten av åtgärden är otillräckligt,

men enligt beprövad erfarenhet bidrar åtgärden till optimal suturering och bättre behandlingsresultat.

I Socialstyrelsens rekommendationer om adekvat bedövning och två suturerare har vi dessutom vägt in en genomgång av studier om adekvat bedövning och två suturerare, som återfinns i webbilagan *Metodbeskrivning och kunskapsunderlag*.

I Socialstyrelsens rekommendation om två som ställer diagnos har dessutom SBU:s rapport *Förlossningsbristningar – Diagnostik samt erfarenheter av bemötande och information – SBU utvärderar* [151] vägts in.

➔ **Läs mer** om hur vi har identifierat erfarenhetsbaserad kunskap för rekommendationen i webbilagan *Metodbeskrivning och kunskapsunderlag*.

Uppföljande undersökning första veckan efter förlossningen och tidigt samtal

En kvinna med förlossningsbristning kan drabbas av oro och har ett betydande informationsbehov som inte alltid framkommer tydligt.

Rekommendation

Hälso- och sjukvården bör

erbjuda den nyförlösta med förlossningsbristningar grad 2, 3 och 4 eller med besvär en tidig kontroll innan utskrivningen eller under veckan efter förlossningen.

Vid kontrollen

- bör en bedömning ingå av läkningsprocessen av den suturering som gjorts
- bör individanpassad information om förväntat läkningsförlopp ges
- bör en uppföljning planeras både av läkningsprocessen och kvinnans välmående.

Syftet med rekommendationen

Syftet är att bidra till en ökad känsla av trygghet, delaktighet och kontroll med hjälp av bedömning, information om läkningsprocess och planerad uppföljning av läkningsprocessen och välmåendet. Rekommendationen utgör ett komplement till lokala medicinska vårdprogram om bristningar grad 3 och 4.

Uppföljning efter förlossningen

Efter den rutinmässiga undersökningen direkt efter förlossningen kan i första hand barnmorskan följa upp sutureringen av en förlossningsbristning. En uppföljning inom den första veckan efter förlossningen kan fylla viktiga funktioner:

- Barnmorskan kan upptäcka eventuella missade bristningar och komplikationer som sårruptur, infektion eller hematom och åtgärda dessa.
- Den nyförlösta får adekvat information kring bristningarna: vad hon kan förvänta sig om läkning och återhämtning, och vart hon ska vända sig vid kvarstående problem.

Samtal och individanpassad information stärker återhämtningen

Vården är skyldig att lämna information i flera avseenden. Exempelvis har kvinnan rätt att erhålla information om både sitt hälsotillstånd och eftervård, enligt 3 kap. 1 § patientlagen (2014:821), PL. Den information som bör lämnas enligt rekommendationen om förväntat läkningsförlopp utgör alltså information utöver den information som ska lämnas enligt lagstiftningen.

Det kan vara svårt för en kvinna att ta upp besvär i en intim sfär av kroppen. Besvär som rör blåsa eller tarm kan upplevas som genanta eller obekväma att lyfta. Frågor om genital smärta och funktion samt om blås- och tarmfunktion bör därför tas upp på initiativ av barnmorskan eller läkaren och kvinnan bör ges tillfälle att ställa sina frågor i den takt och i det format hon föredrar.

När några dagar har gått efter sutureringen kan kvinnan vilja veta hur läkningsprocessen fortgår och när bristningen kan förväntas vara läkt. En uppföljning kan ske genom telefonsamtal eller digitalt, exempelvis i ett videomöte. Kvinnan får då veta om en undersökning behövs eller inte.

Förutom ovannämnda positiva konsekvenser av undersökning och information, kommer behovet av att söka vård under de första veckorna efter förlossningen sannolikt minska [153, 154].

Sammanfattningsvis behöver en kvinna med förlossningsbristning, förutom noggrann diagnos och suturering, individanpassad information för att förväntningarna ska stämma överens med verkligheten. Stöd, information och ett strukturerat uppföljningssamtal på kvinnans villkor kan bidra till en ökad känsla av trygghet, delaktighet och kontroll. Att kvinnan får möjlighet att samtala om förlossningsbristningen och erbjuds adekvat och relevant information kan vara avgörande för en smidig återhämtning.

➔ **Läs mer** i *Anpassa stöd och information efter behov*.

Motivering till rekommendationen

Enligt Socialstyrelsens rekommendationer bör hälso- och sjukvården erbjuda den nyförlösta med förlossningsbristningar grad 2, 3 och 4, eller med besvär, en tidig kontroll innan utskrivningen eller under veckan efter förlossningen. I kontrollen ingår en bedömning av läkningsprocessen av den suturering som gjorts direkt efter förlossningen. Det vetenskapliga underlaget för att bedöma effekten av åtgärden är otillräckligt, men enligt beprövad erfarenhet bidrar åtgärden till en större grad av kontroll av läkningsprocessen och till tidig upptäckt av eventuella komplikationer.

Enligt Socialstyrelsens rekommendationer bör det ingå i den tidiga kontrollen att individanpassad information om förväntat läkningsförlopp ges till den nyförlösta.

Det vetenskapliga underlaget för att bedöma effekten av åtgärden individanpassad information är otillräckligt, men enligt beprövad erfarenhet bidrar åtgärden till att öka kvinnans välmående och livskvalitet, exempelvis när det gäller känslan av trygghet, delaktighet och kontroll samt positiv återhämtning.

Enligt Socialstyrelsens rekommendationer bör en uppföljning planeras både av läkningsprocessen och kvinnans välmående. Det vetenskapliga underlaget för att bedöma effekten av åtgärderna är otillräckligt, men enligt beprövad erfarenhet bidrar åtgärden till en ökad positiv psykisk och fysisk återhämtning efter en förlossningsbristning.

I Socialstyrelsens rekommendationer har vi dessutom vägt in en genomgång av studier om tidig undersökning eller inspektion av förlossningsbristningen och tidigt samtal, som återfinns i webbilagan *Metodbeskrivning och kunskapsunderlag*.

➔ **Läs mer** om hur vi har identifierat erfarenhetsbaserad kunskap för rekommendationen i webbilagan *Metodbeskrivning och kunskapsunderlag*.

Gynekologisk undersökning vid efterkontrollen

Efter förlossningen rekommenderas en efterkontroll på en barnmorskemottagning efter 6 till 16 veckor.

Rekommendation

Du som möter nyförlösta bör

vid eftervårdsbesöket, 6–16 veckor postpartum, erbjuda alla som fött barn en bedömning av bäckenbotten, och för vaginalförlösta även en bedömning av eventuella bristningar.

Syftet med rekommendationen

Syftet är att minska risken för oupptäckt bristning eller dysfunktion i kvinnans bäckenbotten. Rekommendationen utgör ett komplement till lokala medicinska vårdprogram avseende bristningar grad 3 och 4.

Individuellt anpassad rådgivning och vård

Uppföljningsrutiner kring förlossningsbristningar varierar nationellt och alla kvinnor blir inte alltid undersökta i samband med eftervårdsbesöket. Kvinnan bör erbjudas information om anledningen till att undersökningen är rekommenderad. Rådgivning vid besöket gäller framför allt bäckenbotten-träning, annan träning och det sexuella samlivet. Behovet av fortsatta undersökningar, utredningar eller behandlingar sker också, inklusive hänvisning till obstetriker, uroterapeut eller fysioterapeut.

➔ **Läs mer** i *Hänvisning till rätt instans*.

Motivering till rekommendationen

Enligt Socialstyrelsens rekommendationer bör du vid eftervårdsbesöket, 6–16 veckor postpartum, erbjuda alla som fött barn en bedömning av bäckenbotten, och för vaginalförlösta även en bedömning av eventuella bristningar.

Det vetenskapliga underlaget för att bedöma effekten av åtgärden är otillräckligt, men enligt beprövad erfarenhet kan åtgärden leda till minskad risk för, eller tidig upptäckt av, smärta, dysfunktion i bäckenbotten och andra komplikationer.

I Socialstyrelsens rekommendation har vi dessutom vägt in en genomgång av studier om gynekologisk undersökning, som återfinns i webbilagan *Metodbeskrivning och kunskapsunderlag*.

➔ **Läs mer** om hur vi har identifierat erfarenhetsbaserad kunskap för rekommendationen i webbilagan *Metodbeskrivning och kunskapsunderlag*.

Hänvisning till rätt instans

När besvär efter en förlossning uppstår behöver kvinnan följas upp och behandlas av personer med rätt kompetens på rätt vårdnivå. Enligt beprövad erfarenhet är osäkerhet om vart kvinnan ska vända sig ett betydande problem i vårdkedjan i många delar av Sverige. Även vårdpersonal kan uppleva osäkerhet angående vad som gäller inom aktuell organisation. Det är viktigt att varje verksamhet upprättar riktlinjer och en ”hänvisningskarta”, som även inkluderar besvär som kvarstår eller debuterar lång tid efter förlossningen.

Rekommendation

Du som möter nyförlösta bör

ge tydlig skriftlig anvisning med information om vart den nyförlösta med förlossningsbristningar eller andra besvär ska vända sig vid olika typer av besvär från underlivet, för att underlätta kontakter med vården.

Syftet med rekommendationen

Syftet är att kvinnan ska hänvisas till rätt instans beroende på symtom och tidsintervall efter förlossningen. Information om olika symtom efter en förlossning ger kvinnan ett konkret stöd och kan bidra till en god, tillgänglig och individanpassad vård.

Lättillgänglig information

För att underlätta omhändertagandet och behandlingen behöver kvinnan information om vanligt förekommande symtom och vart hon kan vända sig om dessa besvär uppstår.

Den skriftliga hänvisningen bör innehålla information om vad som kan betraktas som normalt och klinikens kontaktuppgifter. Informationen ska

vara lättillgänglig och kan med fördel finnas i digital form och översatt till de vanligaste språken.

➔ **Läs mer** i *Anpassa stöd och information efter behov*.

Motivering till rekommendationen

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör du erbjuda den nyförlösta med förlossningsbristningar eller andra besvär skriftlig hänvisning med information om vart hon ska vända sig vid olika typer av besvär från underlivet för att underlätta hennes kontakter med vården.

Det vetenskapliga underlaget för att bedöma effekten av åtgärden är otillräckligt, men enligt beprövad erfarenhet bidrar åtgärden till att underlätta kvinnans kontakter med vården, till att vård ges på rätt nivå och till en förbättrad uppföljning av kvinnans förlossningsbristningar jämfört med att åtgärden inte görs. Enligt beprövad erfarenhet har åtgärden dessutom positiv effekt på kvinnans välmående, till exempel med avseende på upplevelse av kontinuitet och känsla av trygghet och kontroll – jämfört med att åtgärden inte görs.

I Socialstyrelsens rekommendation har vi dessutom vägt in en genomgång av studier om hänvisningsschema som återfinns i webbilagan

Metodbeskrivning och kunskapsunderlag.

➔ **Läs mer** om hur vi har identifierat erfarenhetsbaserad kunskap för rekommendationen i webbilagan *Metodbeskrivning och kunskapsunderlag*.

Bakgrund och fördjupning

Förlossningsbristningar kan orsaka både kortvariga och långvariga besvär, som smärta, inkontinens, tarmtömningssvårigheter, framfall, smärttillstånd och sexuella problem. Dessa kan i sin tur påverka den fysiska och psykiska hälsan.

En strukturerad dokumenterad diagnostik är nödvändig för att hälso- och sjukvården ska kunna ge rätt behandling och uppföljning, och därmed minimera risken för långsiktiga komplikationer.

Kvinnors hälsa och upplevelse i relation till förlossningsbristningar

Den enskilda kvinnans upplevelse av att ha fått en förlossningsbristning varierar. Det beror på bristningens omfattning, men även på hennes förväntningar på förlossningen och återhämtningen därefter.

När kvinnan förväntar sig en snabb återhämtning efter förlossningen, och detta inte blir fallet, påverkas självförtroendet och en känsla av misslyckande kan uppstå [155, 156]. Förändringar i kroppsuppfattningen kan påverka den sexuella funktionen negativt. Kvinnor med besvär av bristningar upplever ofta svårigheter att hitta rätt inom sjukvården när de behöver hjälp, vilket i sig ökar deras frustration i en redan stressad situation.

Även bemötandet kvinnan får efter att ha fått en förlossningsbristning är av stor betydelse för hennes självkänsla och hennes upplevelse av bristningen. Ett professionellt bemötande innebär att kvinnan känner sig sedd

och att bristningen blir erkänd som det problem hon upplever att det är, vilket också konstaterats i SBU:s rapport [151].

Mer kunskap med webbaserat utbildningsprogram

Svensk förening för obstetrik och gynekologi (SFOG) och Svenska Barnmorskförbundet (SBF) har tillsammans tagit fram ett webbaserat utbildningsprogram för förlossningsskador i bäckenbotten [17]. Det riktar sig till läkare och barnmorskor som arbetar i svensk förlossningssjukvård och mödrahälsovård, eller med utbildning inom dessa områden. Målsättningen är att ge mer kunskap om förlossningens påverkan på bäckenbottens strukturer samt öka kunskapen om riskfaktorer, diagnostik och handläggning av bristningar.

➔ **Läs mer:** www.backenbottenutbildning.se

Amning och uppfödning²⁷

Den första tiden efter förlossningen är en känslig tid. Det är vanligt att nyförlösta drabbas av oro eller problem när amningen ska etableras. De behöver stöd, men flera kartläggningar har visat att det är otydligt vart de ska vända sig för stöd och vård den första tiden efter förlossningen.

Till amning och uppfödning hör 4 rekommendationer:

- Reflekterande samtal
- Hud-mot-hudkontakt
- Amningsstöd
- Tillmatning och alternativ uppfödning.

Vi börjar med att presentera rekommendationerna. Därefter följer fördjupande information om detta ämne.

Reflekterande samtal

Kommunikation kring amning och uppfödning under graviditeten är viktig för att föräldrarna ska kunna vara med i beslutsprocessen och aktivt ta ställning till om de önskar att barnet ska ammas. I kommunikationen ingår att möta föräldrarna med respekt, att barnmorskan lyssnar på dem och är medveten om olika barriärer för en god kommunikation, som till exempel språk- och kulturbarriärer [157].

²⁷ Socialstyrelsen har inte gjort en hälsoekonomisk analys och inte heller en organisatorisk analys för de föreslagna rekommendationerna i detta avsnitt. Vi gör dock bedömningen att centrala rekommendationer kan komma att medföra utökad tidsåtgång, förändrad organisation och utökad resursåtgång för att kunna följas. Dessa rekommendationer kommer att bli föremål för kommande prioriteringsarbete inom ramen för de nationella riktlinjer som är planerade att redovisas i slutet av 2023 [6].

Rekommendation

Du som möter gravida bör

erbjuda reflekterande samtal om erfarenheter, förväntningar och inställning till amning.

Syftet med samtalen

Syftet är att föräldrarna ska få möjlighet att göra ett informerat val. I samband med samtalet får föräldrarna information om hur amningens början kan underlättas och hur amnings- och bröstkomplikationer kan förebyggas.

Föräldraskapsstöd i grupp

Reflekterande samtal kan med fördel kombineras med föräldraskapsstöd i grupp, antingen i fysiska möten eller interaktivt via dator eller liknande plattformar [158, 159]. Det är viktigt att samtalen kring amning och uppfödning fortsätter även efter förlossningen för att ge de nyblivna föräldrarna det stöd de behöver.

➔ **Läs mer** i *Anpassa stöd och information efter behov*.

➔ **Läs mer** i *Föräldraskapsstöd i grupp*.

Dialog öppnar för reflektion

För att skydda, främja och stödja amning har WHO publicerat *Ten steps to successful breastfeeding* [160, 161]. De tio stegen sammanfattar principer och rutiner för att skydda, främja och stödja amning. De är översatta till svenska: *Tio steg som främjar amning* [8].

Steg 3 och 9 i *Tio steg som främjar amning* [8] handlar om dialog och samtal kring amning och uppfödning. Om kommunikationen sker i dialogform får föräldrarna möjlighet att själva börja reflektera och ställa frågor. I ett reflekterande samtal kan barnmorskan få kännedom om och förståelse för kvinnans önskemål och behov av stöd. Den dialog som utvecklas mellan barnmorskan, kvinnan och hennes eventuella partner gör det möjligt att ta del av förväntningar och utgå från eventuella tidigare erfarenheter av amning. Dialogen kan leda till reflekterande samtal där kvinnan kan känna sig fri att ställa frågor och diskutera med barnmorskan om amning.

Reflekterande samtal kan väcka nyfikenhet om amning, samtidigt som föräldrarna kan få kunskapsbaserad information utifrån sina behov [13]. Dialogen kan också stödja kvinnan och ge henne ökad självtillit inför att amma [162]. Detta i kombination med att kvinnan får en vilja att amma utgör viktiga hörnstenar i hennes val att amma och att amma länge.

Det är viktigt att kvinnan inte möts av en värderande attityd, utan att hon får möjlighet att formulera sina önskemål och behov av stöd. I de fall där det framkommer att kvinnan inte kommer att amma sitt barn är det viktigt att samtala om alternativ uppfödning.

Även andra aspekter kan ingå i samtalet, som att oxytocin frigörs vid hud-mot-hudkontakt även hos dem som inte ammar. I de fall där amning inte är aktuell kan ett reflekterande samtal fokusera på hur samspelet mellan den födande och barnet kan stärkas, barnets behov samt praktiskt handhavande av bröstmjölksersättning.

Användning av nappflaska och napp

Steg 9 i *Tio steg som främjar amning* [8] handlar om att samtala med föräldrar om användning av nappflaska och napp. I en dialog kan de genom saklig information få kunskap om vad de behöver vara uppmärksamma på, som vikten av god hygien och barnets sugteknik.

När barnet suger stimuleras bröstet fysiologiskt att producera mjölk. Om amningstillfällena ofta ersätts av napp minskar antalet gånger spädbarnet stimulerar bröstet, vilket kan leda till minskad mjölkproduktion. Nappanvändning kan påverka föräldrarnas uppmärksamhet innan de har lärt sig förstå barnets signaler när det vill ammas [163].

Att föra ett samtal, en dialog där föräldrarna är delaktiga och reflekterar, ökar möjligheten att ge dem den information de önskar och bäst behöver. Korrekt vägledning och rådgivning till föräldrarna gör det möjligt för dem att fatta välgrundade beslut om amning, nappar och nappflaskor tills amningen är etablerad.

Samtalens innehåll

Följande kan lämpligen ligga till grund för samtalens utformning:

- föräldrarnas kunskap om bröstmjölksens och bröstmjölksersättningens sammansättning
- amningens fysiologi
- effekter av bröststimulering
- effekter av hud-mot-hudkontakt, oavsett amning eller uppfödning
- variationer i amningsintervall
- vikten av att vara lyhörd för barnets signaler
- bröstmjölksens och amningens hälsoeffekter
- faktorer som påverkar valet att amma
- faktorer som påverkar valet att ge bröstmjölksersättning på flaska
- vad kvinnan själv kan göra för att uppmärksamma och förebygga komplikationer.

Det kan vara aktuellt att upprepa samtalen under graviditeten, under initieringsfasen av amningen, efter förlossningen och hos barnhälsovården. Reflekterande samtal utförs av vårdpersonal med erfarenhet av hur kvinnans kunskap och självtillit kan stärkas.

Den information som ges om själva amningen ska stämma överens med de krav på information som uppställs i Socialstyrelsens föreskrifter om information som avser uppfödning genom amning eller med bröstmjölksersättning. Det är viktigt att barnmorskan och BHV-sjuksköterskan har kännedom om

- effekter av direkt oavbruten säker hud-mot-hudkontakt

- de 9 stadierna som det nyfödda barnet går igenom under hud-mot-hudkontakten och hur de kan påverka hela amningsförloppet
- *Tio steg som främjar amning* [8] samt SOSFS 2008:33.

Observera: Varje vårdgivare ansvarar för att det ledningssystem som ska inrättas, i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2005:12) om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården, överensstämmer med bestämmelserna i SOSFS 2008:33.

Motivering till rekommendationen

Enligt Socialstyrelsens rekommendationer bör du erbjuda reflekterande samtal med den gravida om hennes erfarenheter av, förväntningar på och inställning till amning.

Det vetenskapliga underlaget för att bedöma effekten av åtgärden är otillräckligt, men enligt beprövad erfarenhet leder åtgärden till att främja amning, till exempel avseende att initiera amning och amma helt eller delvis under en längre period, och till att stärka anknytningen samt bindningen till barnet när amning inte är aktuell.

I Socialstyrelsens rekommendation har vi dessutom vägt in en genomgång av studier om reflekterande samtal, som finns i webbilagan

Metodbeskrivning och kunskapsunderlag.

➔ **Läs mer** om hur vi har identifierat erfarenhetsbaserad kunskap för rekommendationen i webbilagan *Metodbeskrivning och kunskapsunderlag*.

Hud-mot-hudkontakt

Hud-mot-hudkontakt under den första levnadstimmen har betydelse för att främja amningen på både kort och lång sikt.

Rekommendation

Du som möter nyförlösta bör

möjliggöra oavbruten säker hud-mot-hudkontakt mellan den nyförlösta och barnet – oavsett amning eller flaskuppfödning, och oavsett förlossningssätt, tills barnet har sugit eller somnat.

Syftet med hudkontakt

Den tidiga hud-mot-hudkontakten ger en lugn och trygg situation för mamman och barnet och skapar förutsättning för en tidig och god amningsstart, vilket kan leda till färre interventioner med blodsockerkontroller och tillmatning [164]. Mamman får därmed bättre tillit till sin förmåga att amma [165].

Viktigt att informera om hudkontaktens effekter

Steg 4 i *Tio steg som främjar amning* [8] handlar om vikten av omedelbar och oavbruten hud-mot-hud kontakt efter att barnet är fött. En grundläggande

förutsättning för att uppnå gott resultat vad gäller amning är om blivande föräldrar redan under graviditeten, men även efter att barnet är fött, erbjuds samtal om den första hud-mot-hudkontakten. Det är barnmorskan som för samtalet med föräldrarna och tillsammans med dem diskuterar vilka fysiologiska och psykologiska effekter hud-mot-hudkontakt mellan den födande och barnet har. Det är en stor fördel om samtalet ramas in med en förståelse av hur hud-mot-hudkontakten är integrerad med det nyfödda barnets 9 utvecklingsstadier.

När grunden är lagd och barnet är fött är det viktigt för barnmorskan att skapa förutsättningar för att mamman och barnet så långt det är möjligt ska få vara ostörda tills barnet har sugit och/eller somnat. Om barnet inte suger under denna period eller om mamman och barnet separeras kan mamman informeras om att börja stimulera bröstet direkt och fortsätta tills barnet visar intresse för att ammas. Denna situation kan återskapas senare när mamman och barnet återförenas.

Det nyfödda barnets instinktiva stadier

Den första perioden kallas den sensitiva perioden och karaktäriseras av en speciell hormonell situation hos barnet och mamman. Hud-mot-hudkontakten stimulerar samspelet dem emellan. För att främja såväl barnets anknytning som samspel mellan mamman och barnet är det viktigt att skapa förutsättningar för att barnet ostört ska kunna gå igenom de 9 instinktiva stadierna (tabell 1) [166].

Tabell 1. Det nyfödda barnets 9 instinktiva stadier enligt Widström et al 2011

Det nyfödda barnets 9 instinktiva stadier	Barnets beteende	Tid i minuter median (kvartilavstånd)
1. Födelseskrik		0
2. Avslappning	Barnet vilar efter födelsen och har vanligen inga mun- eller handrörelser.	2 (2–4)
3. Uppvakning	Barnet börjar göra små rörelser med huvudet och axlarna, börjar blinka och öppnar så småningom ögonen.	2.5 (1–5)
4. Aktivitet	Barnet gör slick- och munrörelser samtidigt som sökrörelserna tilltar.	8 (4–12)
5. Vila	Barnet vilar mellan perioder av aktivitet*.	18 (13–26.5)
6. Kryp- eller glidrörelser	Barnet försöker närma sig bröstet med korta kryprörelser eller gör glidande rörelser, ofta baklänges.	36 (18–54)
7. Tillvänjning	Denna fas kan upplevas som långvarig. Förmedla till föräldrarna att tillvänjningen måste få ta den tid den tar.	43 (29–62)
8. Sugstadiet	Barnet börjar suga.	62 (43.5–90.3)
9. Sömn	Barnet somnar efter att ha tillfredsställt sitt naturliga behov av att amma.	70 (52.5–79)

*Vila inträffar mellan och inom stadierna

Motivering till rekommendationen

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör du möjliggöra hud-mot-hudkontakt mellan den nyförlösta och barnet – oavsett amning eller flaskuppfödning, och oavsett förlossningssätt – tills barnet har sugit eller somnat.

Hälso- och sjukvården bör erbjuda möjlighet till hud-mot-hudkontakt den första timmen bland annat för att främja amningen på både kort och lång sikt, samspelet, anknytningen och bindningen mellan mamman och barnet. Åtgärden skapar dessutom förutsättningar för att underlätta tidig amningsstart och minska andelen interventioner.

I Socialstyrelsens rekommendation har vi vägt in en kartläggning av studier om betydelsen av hud-mot-hudkontakt den första timmen efter förlossningen. Kartläggningen finns i webbilagan *Metodbeskrivning och kunskapsunderlag*.

Amningsstöd

Professionell individuell rådgivning och tidigt amningsstöd bidrar till ökad amning, både helamning och delvis amning.

Rekommendation

Hälso- och sjukvården bör

erbjuda amningsstöd efter förlossningen och hemgång från sjukhuset utifrån den nyförlöstas egna önskemål och barnets behov.

Syftet med amningsstöd

Syftet är att stärka rutiner och strukturer för att den nyförlösta ska få det stöd hon behöver från hela vårdkedjan såväl i den initiala amningsfasen som senare. Amningsstödet bör vara en dialog med en kombination av emotionellt, praktiskt och pedagogiskt stöd och där barnets perspektiv finns med.

Det viktigt att kvinnan får professionellt amningsstöd såväl innan barnet är fött som efter, eftersom hon kan påverkas av råd som underminerar självförtroendet och tilltron till den egna förmågan att amma. Tidigare erfarenheter av amning kan också spela in [167]. Dessutom kan parternas syn och släktingars erfarenheter ha inverkan på beslut om uppfödningssätt, vilket kan också ha betydelse för det nyfödda barnet.

Stöd före och efter förlossningen

Steg 10 i *Tio steg som främjar amning* [8] handlar om stöd i samband med och efter hemgång. Initialt, de första 2 veckorna efter förlossningen, kan med fördel den barnmorska eller de barnmorskor som kvinnan haft kontakt med under graviditet eller förlossning ansvara för amningsstödet. För att främja kontinuitet kan samma barnmorskemottagning eller barnmorska som kvinnan träffat under graviditeten ta kontakt med kvinnan även efter förlossningen [168, 169].

När BHV tar vid för att följa barnets hälsotillstånd fortsätter de att följa upp och ge stöd kring amningen. Familjecentralerna kan ha en positiv inverkan för att främja amning genom nära samverkan och kontinuitet mellan olika aktörer. Det viktiga är att det finns ett samordnat och strukturerat amningsstöd och väl förankrade rutiner på lokal nivå, så det är tydligt vem som ansvarar för amningsstöd den första tiden efter förlossningen.

Amningsinformation är effektivast om den ges både pre- och postnatalt [170, 171]. Hembesök både före och efter födelsen har visat sig vara en effektiv modell för att underlätta amningsstarten och för att ge kvinnan möjlighet att amma länge [171]. Hembesök erbjuds i nuläget i princip endast av BHV. Föräldraskapsstöd i grupp och veckovisa uppföljande telefonsamtal har också visat sig öka helamning de första 6 månaderna [172, 173].

➔ **Läs mer** i *Anpassa stöd och information efter behov*.

➔ **Läs mer** i *Uppföljning och stöd efter hemgång från sjukhuset*.

Balanserat amningsstöd

En förutsättning för ett konstruktivt amningsstöd är att det är balanserat vilket innebär ett positivt men realistiskt uppmuntrande och proaktivt förhållningssätt hos den som ger stödet. Amningsstöd ges lämpligen av en barnmorska med kunskap om hur amnings- och bröstkomplikationer kan förebyggas och lindras genom en bra amningsteknik och position.

För att undvika en känsla av misslyckande om amningen inte fungerar bör ett balanserat fokus vara på fördelarna med amning utan att skapa påtryckningar. Viktiga delar i amningsstödet är empati, detaljerad och realistisk information baserad på den ammandes behov samt bekräftelse [40]. Informativt stöd, som visar praktiskt hur den ammande kan göra, är en annan viktig faktor för amningsframgång.

En kombination av emotionellt, praktiskt och pedagogiskt stöd från yrkesverksamma, familj och vänner kan främja helamning. Det kan handla om att stödja och stärka kvinnan i att se konsekvenser och finna sitt eget sätt att hantera olika amningsproblem. Ett sådant stöd är särskilt framgångsrikt när amningen har initierats [173, 174].

Motivering till rekommendationen

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården erbjuda den nyförlösta amningsstöd efter förlossningen och hemgång från sjukhuset utifrån hennes önskemål och barnets behov. Amningsstödet bör vara en dialog med en kombination av emotionellt, praktiskt och pedagogiskt stöd.

Hälso- och sjukvården bör erbjuda alla nyförlösta amningsstöd efter förlossningen och hemgång från sjukhuset. Professionell individuell rådgivning och tidigt amningsstöd bidrar till att helamningen ökar, men även till att fler kvinnor ammar delvis. En kombination av emotionellt, praktiskt och pedagogiskt stöd är särskilt framgångsrikt när amningen har initierats.

I Socialstyrelsens rekommendation har vi vägt in en kartläggning av studier om amningsstöd efter förlossningen som finns i webbilagan *Metodbeskrivning och kunskapsunderlag*.

Tillmatning och alternativ uppfödning

När amning inte är aktuell behöver föräldrarna anpassat stöd för alternativ uppfödning.

Rekommendation

Hälso- och sjukvården bör

erbjuda anpassat stöd om tillmatning och alternativ uppfödning när amning inte är aktuell.

Syftet med tillmatning och alternativ uppfödning

Syftet är att ge praktisk och anpassad hjälp för tillmatning och alternativ uppfödning till nyblivna föräldrar när amning inte är aktuell. Det hjälper föräldrarna att i praktiken omsätta den information som de får om tillmatning, alternativ uppfödning och hur man stärker anknytningsprocessen mellan modern och barnet²⁸, och som lämnas bland annat enligt SOSFS 2008:33.

Tidig tillmatning – bara om det behövs

Tidig tillmatning med modersmjölksersättning får enbart ske om det finns ett behov av det, som framgår av SOSFS 2008:33.

Exempelvis om barnet

- har fötts för tidigt
- har haft låga Apgarpoäng
- är tillväxthämmat
- har eller riskerar att få för lågt blodsocker.

Sjukhusmiljön kan påverka om ett barn tillmatas, genom att bröstmjölksersättning finns lättillgänglig eller inte [167]. Det är viktigt att ha i åtanke att även om bröstmjölksersättning finns lätt tillgänglig så får tidig tillmatning enbart ske om det har gjorts en bedömning om att det finns medicinska skäl till det, vilket också anges av SOSFS 2008:33.

Bedömningen ska dokumenteras i spädbarnets patientjournal samt i moderns patientjournal, i förekommande fall.

Hellre tillmatning med råmjölk än bröstmjölksersättning

Det optimala för barnet är om mamman kan mjölka ur råmjölk och ge den direkt till barnet i stället för bröstmjölksersättning. De första dagarna efter att barnet är fött kan mamman mjölka ur för hand för att barnet ska få råmjölken. Stimulering av bröstet är också bra för att mjölkproduktionen snabbare ska komma i gång och underlätta övergången till helamning.

²⁸ Terminologin används i de angivna föreskrifterna.

Informera gravida med diabetes om råmjölkens fördelar

Det finns en risk att barn till mammor med diabetes får lågt blodsockervärde de första dagarna efter födelsen och därför tillmatas de med bröstmjölk-ersättning. Råmjölken är speciellt anpassad till barnet [175]. Den innehåller större mängder immunoglobuliner, proteiner, vitamin A, natrium, kalium och kalcium än den mogna mjölken [176]. Innehållet i råmjölken är koncentrerat i en liten mängd, bara några droppar, och anpassad till det nyfödda barnets magsäcksvolym.

Gravida med diabetes, och en i övrigt okomplicerad graviditet, behöver få vetskap om tekniker för bröststimulering och uppsamlande av råmjölk från och med vecka 36+0 fram till förlossningen. Denna information behöver ges av barnmorskan redan under graviditeten. Gravida kan stimulera bröstet för hand från vecka 36+0, spara den urmjölkade råmjölken och frysa ner den [177]. Sedan kan barnet få den upptinade råmjölken om mamman inte kan ge den färska råmjölken.

➔ **Läs mer** i *Anpassa stöd och information efter behov*.

➔ **Läs mer** om hur urmjölkning för hand och koppmatning går till i *Rikshandboken i barnhälsovård* [178]: *Handmjölkning och koppmatning* – *Rikshandboken i barnhälsovård (rikshandboken-bhv.se)*.

Bröstopererade behöver stöd

Kvinnor som genomgått en bröstoperation helammar i mindre utsträckning än kvinnor som inte genomgått sådan operation [179, 180]. Det kan bero på självaoperationen, även om den varit komplicerad, eller på bristande stöd och uppmuntran [181].

Bröstopererade nyblivna mammor behöver redan under graviditeten ha fått anpassade samtal och praktiskt stöd om amning och uppfödning för att ge dem ökad tillit till sin förmåga att amma. Det är viktigt att barnmorskan i samtalen med kvinnan tar reda på vad kvinnan tidigare har fått för information om vilka konsekvenser bröstoperationen kan få på amningen. Lyhördhet för om kvinnan har för avsikt amma eller inte är också viktig för att kvinnan ska uppleva att hon får det stöd som hon behöver.

Transpersoner och amning

Transpersoner som föder barn väljer ibland att amma, även om de tidigare har genomgått en bröstoperation. Andra väljer att inte amma på grund av fysiska, psykiska eller andra skäl. Lyhördhet för önskemål och kunskap om könsdysfori och könsöverskridande identiteter är viktigt för att bygga upp ett förtroende. I det ingår att tidigt i vårdrelationen visa en flexibel förståelse för kön och könsroller i spädbarnsuppfödning och föräldraskap [182].

När amning inte är aktuell

Orsakerna till alternativ uppfödning kan vara medicinska, som att kvinnan har behov av läkemedel som är oförenliga med amning. Andra medicinska tillstånd, såsom behov av oavbruten sömn relaterad till allvarlig psykisk sjukdom eller hiv-infektion, kan också vara skäl att avstå amning. Individuell läkarbedömning behövs ofta i det enskilda fallet.

Oavsett vilka skäl som ligger till grund för alternativ uppfödning ska hälso- och sjukvården bland annat informera om de hälsorisker som är förknippade med olämplig föda, olämpliga uppfödningssätt, och oriktig användning av modersmjölksersättning (6 § SOSFS 2008:33).

När amningen inte fungerar trots att kvinnan önskar och har intentionen att amma sitt barn, kan det bli aktuellt att avsluta amningen och att barnet istället får bröstmjölksersättning. Det är viktigt att kvinnan får professionell information, stöd och praktiska råd av vårdpersonalen om hur hon kan lägga ner amningen, hur hon kan minska spända bröst och lindra smärta. Tidvis behövs även läkemedelsbehandling.

I SOSFS 2008:33 finns bestämmelser om att modern eller någon annan som vårdar ett spädbarn ska informeras om hur modersmjölksersättning används på ett riktigt sätt. Barnets individuella behov ska styra matningen. Nyfödda barns magsäck är liten och behöver därför matas ofta med små mängder [182].

Enligt 6 § SOSFS 2008:33 ska information ges om hur anknytningsprocessen²⁹ mellan mor och barn kan stärkas även i de fall där amning inte är aktuell (6 § SOSFS 2008:33). Matningsstunden erbjuder möjlighet till närhet och kontakt med barnet. Nyfödda barn använder alla sina sinnen för att utforska personer i sin omgivning. Enligt anknytningsteorin riktas det lilla barnets anknytning endast emot ett fåtal personer – sådana som barnet också uppfattar som icke utbytbara [183].

Praktisk information om exempelvis barnets sugteknik, hur bröstmjölksersättning blandas, hur mycket och hur ofta barnet behöver äta och hygieniskt handhavande av flaskan ingår i samtal om alternativ uppfödning och finns att tillgå i Rikshandbok för barnhälsovården och på Livsmedelsverkets webbplats [183]. Det är viktigt att den som matar barnet lär sig att tolka signaler, exempelvis hur barnet visar hunger och i vilken takt det vill äta.

➔ **Läs mer** i *Användning av nappflaska och napp*.

Respektera föräldrarnas val

Känslor av skam, skuld, ånger och otillräcklighet kan förekomma hos föräldrar där amning inte är aktuell. Speciellt föräldrar som redan under graviditeten valt alternativ uppfödning kan uppleva fördömande från sin omgivning. Därför är ett respektfullt bemötande extra viktigt i mötet med dessa föräldrar oavsett vilken än orsaken är till att inte amma. I det ingår utöver de praktiska handhavande som gäller tillmatning att ge stöd för hur de kan främja god kontakt och samspel med barnet [184].

Kvinnor kan uppleva det som en känslomässig börda när de rekommenderas att inte amma av medicinska skäl. De behöver specifik rådgivning i hur de ska gå till väga och stöd för att minska emotionellt lidande och social isolering [185].

²⁹ Terminologin används i de angivna föreskrifterna.

Motivering till rekommendationen

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården erbjuda anpassat stöd om tillmatning och alternativ uppfödning när amning inte är aktuell.

Det vetenskapliga underlaget för att bedöma effekten av åtgärden är otillräckligt, men enligt beprövad erfarenhet bidrar åtgärden till att föräldrarna får möjlighet att uppleva samma närhet och kontakt med barnet som amning kan medföra.

I Socialstyrelsens rekommendation har vi dessutom vägt in en genomgång av studier om stöd vid tillmatning och alternativ uppfödning, som finns i webbilagan *Metodbeskrivning och kunskapsunderlag*.

➔ **Läs mer** om hur vi har identifierat erfarenhetsbaserad kunskap för rekommendationen i webbilagan *Metodbeskrivning och kunskapsunderlag*.

Bakgrund och fördjupning

Kunskap om och inställning till amning och uppfödning bland rådgivande personal inom hälso- och sjukvården har betydelse för adekvat rådgivning. Det har stor betydelse att information och utbildning ges rutinmässigt till all personal i hela vårdkedjan, och att den är strukturerad och anpassad till behoven [186].

Stöd i arbetet med amning och uppfödning

Socialstyrelsen har tagit fram föreskrifter och allmänna råd om information som avser uppfödning genom amning eller med modersmjölksersättning³⁰ (SOSFS 2008:33). Föreskrifterna uppdaterades 2017, och kravet på vårdgivarens ansvar att ha processer och rutiner för att säkerställa kraven i föreskriften förstärktes. I uppdateringen hänvisas till Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

För att skydda, främja och stödja amning har WHO publicerat *Ten steps to successful breastfeeding* [160, 161]. De tio stegen sammanfattar principer och rutiner för att skydda, främja och stödja amning. De är översatta till svenska: *Tio steg som främjar amning* [8].

Livsmedelsverket som myndighet för spädbarnsnutrition och amning har uppdrag inom och ansvar för att ge kostråd till gravida och ammande (ref 244).

Förutom stödet från Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om information som avser uppfödning genom amning eller med modersmjölksersättning grundar sig innehållet i detta avsnitt på *Tio steg som främjar amning* [8] samt en systematisk genomgång av vetenskaplig litteratur om amning.

³⁰ En annan benämning är bröstmjölksersättning. I Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd används dock begreppet modersmjölksersättning. I kunskapsstödet kommer vi därför att omväxlande använda båda benämningarna beroende på kontext..

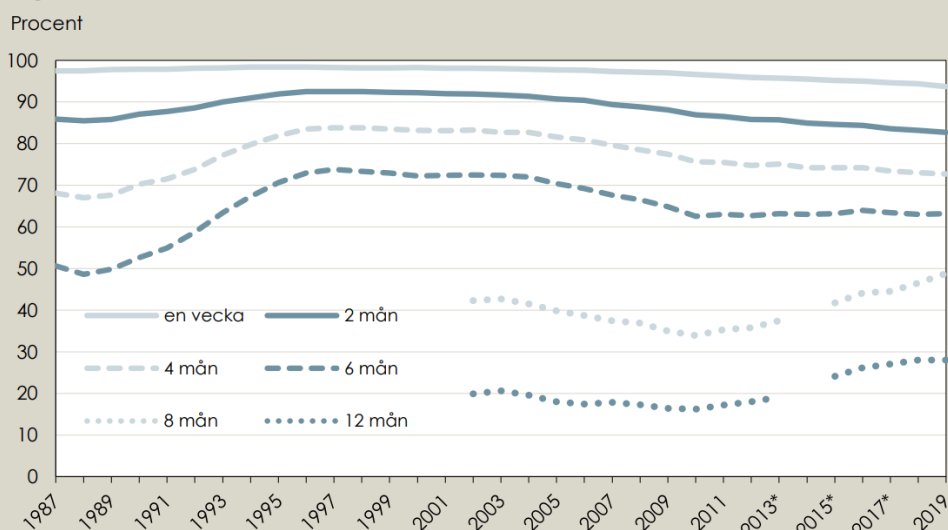
➔ **Läs mer** om hur amningsstöd kan erbjudas i Bilaga 1 *Tio steg som främjar amning*.

Utvecklingen i Sverige

De senaste 30 åren har andelen barn som ammas i Sverige varierat: Under 1980-talet och första halvan av 1990-talet ökade amningen. **1995–2004** (figur 1) var andelen som högst. Andelen barn som helammats vid en veckas ålder har minskat succesivt de senaste 20 åren:

- År **2000** helammades omkring **93** procent av barnen vid en veckas ålder.
- År **2019** helammades omkring **73** procent av barnen vid en veckas ålder. Vid 4 månaders ålder var samma år **73** procent av barnen som ammade antingen enbart eller delvis, medan motsvarande siffra för 5 månaders ålder var **63** procent [28].

Figur 1. Andel enbart eller delvis ammade barn födda 1987–2019



*Skattat värde för riket 2013-2018 p.g.a. att data saknas för vissa län. År 2014 presenteras inga nationella data för 8 och 12 månader p.g.a. kvalitetsbrister.

Not. Insamling av amningsuppgifter vid 8 och 12 mån startade år 2002.

Källa: statistik om amning, Socialstyrelsen

Tillgänglighet till amningsstöd varierar runt om i landet, och kvinnor uttrycker att de önskar mer stöd och rådgivning om amning än vad som erbjuds av hälso- och sjukvården i dag [2, 28, 32].

Den första tiden efter förlossningen, när amningen ska etableras, är en känslig tid. Det är vanligt att ammande kvinnor drabbas av oro eller problem under den första veckan. Den nyblivna mamman behöver ha tillgång till stöd, men flera kartläggningar har visat att det är otydligt vart de ska vända sig för stöd och vård den första tiden efter förlossningen.

➔ **Läs mer** om uppföljning och stöd i *Vård efter graviditet och förlossning*.

Bröstmjölakens skyddseffekter

Med undantag för D-vitamin innehåller bröstmjölken de näringsämnen som barnet behöver för att växa och utvecklas under sina första 5 levnads-månader. Bröstmjölken ger ett viktigt skydd mot en rad risker som diarré, luftvägsinfektioner och öroninfektioner, plötslig spädbarnsdöd och nekrotiserande enterokolit [187]. De gynnsamma hälsoeffekterna för barnet kvarstår även efter att amningen avslutats; på lång sikt minskas risken för diabetes typ 2 och obesitas [187-190]. Eftersom effekten är beroende av durationen stärks den om barnet helammas de första 5 månaderna [187].

Amningen har gynnsamma effekter även för kvinnan eftersom den ger skydd mot en rad risker: bröstcancer [187], äggstockscancer [191], livmodercancer, hypertoni, hjärt-kärlsjukdom och typ 2 diabetes [192]. Amningen kan också bidra till en normaliserad vikt [193].

Höga krav på informationen enligt Socialstyrelsens föreskrifter

Informationen om amning ska vara objektiv, entydig och anpassad till det enskilda barnets och moderns behov, enligt 4 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2008:33) om information som avser uppfödning genom amning eller med modersmjölksersättning. Föreskrifterna innehåller också bestämmelser om att tydlig information ska lämnas till modern eller en annan person som vårdar ett spädbarn om

- amningens fördelar jämfört med uppfödning med modersmjölksersättning
- den negativa inverkan på amningen som partiell uppfödning med modersmjölksersättning kan medföra
- ammande mödrars näringsbehov och hur de kan förbereda och upprätthålla amningen
- svårigheten att övergå till amning om modern har börjat med uppfödning med modersmjölksersättning.

Bröstmjölksersättning – bara när det verkligen behövs

Sverige som medlemsstat i WHO stöder den internationella koden om marknadsföring av bröstmjölksersättningar som WHO:s generalförsamling antog år 1981 [194]. Enligt den ska samtliga medlemsstater i Världshälsoorganisationen vidta åtgärder för att främja amning och utöva tillsyn över marknadsföringen av bröstmjölksersättningar. I Sverige är koden implementerad i SOSFS 2008:33, samt i lagen (2013:1054) om marknadsföring av bröstmjölksersättning och tillskottsnäring. Det finns bestämmelser om när modersmjölksersättningen kan ges och vilken information som ska lämnas till modern eller en annan person som vårdar ett spädbarn i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2008:33).

I de situationer när bröstmjölken ersätts helt eller delvis av bröstmjölksersättning är det en fördel att koppmata barnet med bröstmjölken eller ersättningen. Det ger förutsättningar för att barnet lättare ska kunna äta. När bröstmjölksproduktionen ökar kan mängden ersättning trappas ned. Därmed kan amningen öka, och så småningom kan ersättningen helt fasas ut.

Dokumentera bedömningen i journalerna

Enligt föreskrifterna får modersmjölksersättning endast ges till ett spädbarn efter det att det har gjorts en bedömning att ett sådant behov föreligger.

Bedömningen ska enligt 3 § SOSFS 2008:33 dokumenteras både i spädbarnets patientjournal och i moderns patientjournal, i förekommande fall. I föreskrifterna finns det också i 6 § bestämmelser om att information ska lämnas om

- hur ersättningen används på ett riktigt sätt
- hur man kan stärka anknytningsprocessen mellan modern och spädbarnet i samband med uppfödning med bröstmjölksersättning
- vilka hälsorisker som är förknippade med olämplig föda och olämpliga uppfödningssätt
- och de hälsorisker som är förknippade med oriktig användning av modersmjölksersättning.

Vård efter graviditet och förlossning³¹

Tiden efter förlossningen är en period av anpassning. De nyblivna föräldrarna behöver såväl praktiskt som emotionellt stöd från både vårdgivare, familjemedlemmar och vänner för att hantera omställningen.

Till vård efter graviditet och förlossning hör 6 rekommendationer:

- Uppföljning och stöd efter förlossning
- En familjecentrerad vård på BB
- Vårdtid på sjukhuset eller BB i samråd med föräldrarna
- Samtal om förlossningsupplevelsen
- Uppföljning och stöd efter hemgång från sjukhuset
- Strukturerad första bedömning av vårdbehov.

Vi börjar med att presentera rekommendationerna. Därefter följer fördjupande information om detta ämne.

Uppföljning och stöd efter förlossningen

Under den första tiden efter graviditeten och förlossningen finns det en ökad risk för hälsoproblem och känslomässiga utmaningar.

Rekommendation

Hälso- och sjukvården bör

erbjuda planering för uppföljning av den nyförlöstas fysiska och psykiska omställning efter förlossningen, inklusive amningsstöd.

Syftet med rekommendationen

Syftet är att skapa kontinuitet i planeringen av uppföljningen mellan graviditetsperioden och tiden efter förlossningen för att minska ”glappet” och stärka vårdkedjan, vilket gagnar så väl kvinnan som det väntade och det nyfödda barnet. Vid behov kan planeringen behöva uppdateras efter förlossningen.

Främja hälsan genom stöd till familjen

Den gravida behöver känna till de fysiska och känslomässiga utmaningar som ofta präglar den första tiden efter graviditet och förlossning. En viktig del av att vara förberedd är att känna till vilken vård som erbjuds och vart man ska vända sig för stöd och rådgivning, eller för vård och behandling om behov uppstår [2, 3, 27, 28, 195].

Under den första tiden efter graviditeten och förlossningen finns en ökad risk för hälsoproblem [154, 196-200]. Det är därför viktigt att upprätthålla

³¹ Socialstyrelsen har inte gjort en hälsoekonomisk analys och inte heller en organisatorisk analys för de föreslagna rekommendationerna i detta avsnitt. Vi gör dock bedömningen att centrala rekommendationer kan komma att medföra utökad tidsåtgång, förändrad organisation och utökad resursåtgång för att kunna följas. Dessa rekommendationer kommer att bli föremål för kommande prioriteringsarbete inom ramen för de nationella riktlinjer som är planerade att redovisas i slutet av 2023 [6].

och främja hälsan hos kvinnan och främja en miljö som erbjuder stöd till familjen.

Planering för uppföljning och vård efter hemgång från sjukhuset

Tillsammans med den gravida bör planeringen för vården efter förlossningen med fördel starta redan under graviditeten [168, 195, 201]. En viktig del av barnmorskans roll är att informera om och förbereda den gravida inför den första tiden efter förlossningen. Ett led i detta är att tydliggöra vilken uppföljning som erbjuds och vilka kontakter kvinnan bör ta om hon behöver hjälp med fysiska, psykiska eller amningsrelaterade frågor. Vetskapen kring detta kan ha stor betydelse för hur kvinnan upplever kontinuiteten i vårdkedjan [202].

Det första året efter förlossningen kan innebära ökade hälsoproblem. Ett led i det förberedande arbetet är att planera för att problem kan uppstå. I slutet av graviditeten tar barnmorskan i dialog med den gravida ställning till om de bör planera för tätare uppföljning eller om det krävs några andra åtgärder för att kvinnan ska få det stöd hon kan behöva. Att den gravida känner sig delaktig i det förberedande arbetet är viktigt och bidrar till en ökad känsla av trygghet, såväl inför förlossningen som efter förlossningen³².

Planeringen kan ses över, och vid behov uppdateras, efter förlossningen innan kvinnan lämnar sjukhuset. Behov som man inte kände till tidigare kan uppstå i samband med eller efter förlossningen. I planeringen bör det framgå vilken uppföljning som ska genomföras, vart hon ska vända sig om hon inte mår bra fysiskt eller psykiskt, eller om hon behöver amningsstöd.

Hälso- och sjukvårdens ska upprätta vissa planer

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

➔ **Läs mer** i *Anpassa stöd och information efter behov*.

Motivering till rekommendationen

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården erbjuda en planering av uppföljning av den fysiska och psykiska omställning samt amningsstöd som vid behov uppdateras efter förlossningen. Detta kan initieras under graviditeten och vid behov justeras direkt efter förlossningen. Notera dock att om patienten efter förlossningen behöver habilitering eller rehabilitering enligt 8 kap. 7 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) ska hälso- och sjukvården, i samverkan med patienten, upprätta en individuell vårdplan. I den aktuella rekommendationen är det dock fråga om en mer

³² Rekommendationer för förlossningsrädsla behandlas i *Förlossningsrädsla*.

framåtsyftande vårdplanering där ett eventuellt habiliterings- eller rehabiliteringsbehov ännu inte går att utröna.

Det vetenskapliga underlaget för att bedöma effekten av planering av uppföljning tiden efter förlossningen är otillräckligt. Men enligt beprövad erfarenhet bidrar åtgärden till ökad livskvalitet, en känsla av trygghet och en känsla av att vara förberedd för tiden efter graviditeten och förlossningen. Det kan exempelvis innebära att kvinnan känner till vilken uppföljning som erbjuds och vilka kontakter hon kan ta för att söka vård på rätt nivå.

I Socialstyrelsens rekommendation har vi dessutom vägt in en genomgång av studier om planering av uppföljning perioden efter förlossningen som finns i webbilagan *Metodbeskrivning och kunskapsunderlag*.

➔ **Läs mer** om hur vi har identifierat erfarenhetsbaserad kunskap för rekommendationen i webbilagan *Metodbeskrivning och kunskapsunderlag*.

En familjecentrerad vård på BB

Nyblivna föräldrar värdesätter att få vara tillsammans och dela den första tiden med barnet.

Rekommendation

Hälso- och sjukvården bör

erbjuda samvård dygnet runt för den nyförlösta, partner eller medförälder och det nyfödda barnet.

Syftet med rekommendationen

Syftet är att ge de nyblivna föräldrarna ökad trygghet och tilltro till den egna förmågan i rollen som förälder.

Skapa trygghet och främja amningen

Partners närvaro och stöd har i de flesta fallen stor betydelse för kvinnans upplevelse av trygghet [202-204]. De flesta företrädare för verksamheter och professioner ser också ett stort värde i att partnern eller medförälder stannar kvar på BB-avdelningen med kvinnan och det nyfödda barnet [27].

När Socialstyrelsen kartlade situationen 2017 kunde drygt var tredje sjukhus (37 procent) erbjuda familjerum till alla familjer där partner eller medförälder kunde stanna kvar även nattetid [2].

Myndigheten för vårdanalys utvärdering (2020) visade att var femte nybliven mamma uppgav att hennes partner inte hade fått möjlighet att stanna på sjukhuset. Samtidigt var det drygt 80 procent som värderade det som mycket viktigt att närstående får stanna på sjukhuset efter förlossningen. Närmare 80 procent värderade det som mycket viktigt att få ett eget rum [28]. Att dela rum med en eller flera andra familjer kan leda till ökad stress och minskad trygghet [3, 28].

Den psykiska stress som familjen utsätts för kan underlättas av att familjen är tillsammans. Att föräldrar och nyfödda barn är tillsammans dygnet runt, bidrar även till att främja och stödja amningen [8, 160].

Motivering till rekommendationen

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården erbjuda samvård dygnet runt för den nyförlösta, partner eller medförälder och det nyfödda barnet.

Socialstyrelsen rekommenderar samvård dygnet runt för den nyförlösta, partner eller medförälder och barn. Det vetenskapliga underlaget för att bedöma effekten av åtgärden är otillräckligt, men enligt beprövad erfarenhet leder åtgärden till en ökad känsla av trygghet, samt främjar amning och bindning till barnet.

I Socialstyrelsens rekommendation har vi dessutom vägt in en genomgång av studier om familjecentrerad vård som återfinns i webbilagan *Metodbeskrivning och kunskapsunderlag*.

- ➔ **Läs mer** om hur vi har identifierat erfarenhetsbaserad kunskap för rekommendationen i webbilagan *Metodbeskrivning och kunskapsunderlag*.

Vårdtid på sjukhuset eller BB i samråd med föräldrarna

Föräldrar som inte känner sig beredda att lämna sjukhuset behöver tid, stöd och information för att känna sig trygga.

Rekommendation

Hälso- och sjukvården bör

erbjuda den nyförlösta en vårdtid på sjukhuset eller BB efter förlossningen, som beslutas i samråd och anpassas utifrån den nyförlöstas och det nyfödda barnets behov.

Syftet med rekommendationen

Syftet är att göra föräldrarna delaktiga i beslutet om när de ska lämna sjukhuset, för att skapa trygghet och undvika den stress som föräldrar kan känna inför att åka hem med sitt nyfödda barn.

Trygghet främjar relationen mellan föräldrar och barn

Föräldrars upplevelse av att lämna sjukhuset eller BB och komma hem varierar. En del känner ett ökat lugn och större samhörighet med varandra inför utsikten att få vara i hemmiljön och tillsammans. Andra känner osäkerhet inför hemkomsten, eftersom de inte känner sig trygga med att de klarar av att ta hand om barnet eller oroar sig för amningen [203]. Trygghet är en viktig faktor som främjar relationen mellan föräldrarna och barnet

[201]. Det skapar också bättre förutsättningar i de fall kvinnan saknar insikt i sitt behov av vård.

Föräldrar som inte känner sig beredda att gå hem behöver få den tid som krävs för att tillägna sig den information som vårdpersonalen ger på BB. Tiden kan vårdpersonalen använda för att ytterligare stärka föräldrarna i den egna förmågan att ta hand om sitt barn [202].

För att undvika den stress det innebär att lämna sjukhuset för oförberedda föräldrar, behöver de vara delaktiga i beslutet om när de ska gå hem. Vårdtiden på sjukhuset eller BB behöver vara flexibel och anpassad för varje familj, i samråd med föräldrarna, utifrån både kvinnans och barnets medicinska och psykosociala behov. Ibland finns det fler än två föräldrar eller en ensamstående förälder med stödperson. Samvård för dessa familjer behöver eftersträvas under barnets första levnadstid, i så stor utsträckning som möjligt.

➔ **Läs mer** om flexibel vårdtid i *Anpassa stöd och information efter behov*.

Motivering till rekommendationen

Enligt Socialstyrelsens rekommendationer bör hälso- och sjukvården erbjuda den nyförlösta en vårdtid på sjukhuset eller BB efter förlossningen, som beslutas i samråd med den nyförlösta och anpassas utifrån hennes och det nyfödda barnets behov.

Det vetenskapliga underlaget för att bedöma effekten av åtgärden är otillräckligt, men enligt beprövad erfarenhet bidrar åtgärden till en ökad känsla av trygghet och minskad stress hos kvinnan.

I Socialstyrelsens rekommendation har vi dessutom vägt in en genomgång av studier om vårdtid på BB, som finns i webbilagan *Metodbeskrivning och kunskapsunderlag*.

➔ **Läs mer** om hur vi har identifierat erfarenhetsbaserad kunskap för rekommendationen i webbilagan *Metodbeskrivning och kunskapsunderlag*.

Samtal om förlossningsupplevelsen

Ett samtal med barnmorskan kan hjälpa den nyblivna mamman att bearbeta förlossningsupplevelsen.

Rekommendation

Du som möter nyförlösta bör

erbjuda möjlighet till samtal om förlossningen och förlossningsupplevelsen med dig som medverkade vid förlossningen, eller med en annan barnmorska om den nyförlösta önskar det. Tiden för samtalet anpassas efter den nyförlöstas önskemål.

Syftet med rekommendationen

Syftet är att genom samtal skapa förståelse för händelseförloppet under förlossningen och att ge den nyblivna mamman möjlighet att uttrycka och bearbeta sina känslor.

Viktigt att någon lyssnar

Att bli lyssnad till och att få berätta om förlossningen är viktigt för många som fött barn. Att få förståelse för händelseförloppet under förlossningen och uttrycka och bearbeta känslor kring sin förlossningsupplevelse bidrar till att kvinnan får det känslomässiga stöd [205, 206] hon behöver strax efter sin förlossning. Det bidrar också till kvinnans känsla av kontinuitet och en ökad tillfredsställelse med vården [207].

Ett samtal mellan barnmorskan och den nyförlösta fyller en sådan funktion. Det är ännu mer fördelaktigt om barnmorskan som varit delaktig under förlossningen håller i samtalet [207-209]. Under samtalet får kvinnan diskutera sina förlossningsupplevelser och berätta om sina känslor kring händelsen. Hon får också möjlighet att ställa frågor och få information från barnmorskan.

Ett samtal kan hållas de första dagarna upp till några veckor efter förlossningen med tidpunkten anpassad efter föräldrarnas önskemål och behov. Samtalet kan ske på plats innan föräldrarna har skrivits ut från sjukhuset eller BB, men även när föräldrarna har kommit hem. Samtalet kan också göras digitalt.

När en läkare varit närvarande vid förlossningen är det en fördel att denne medverkar i samtalet om kvinnan önskar det. I de fall kvinnan föredrar att ha samtalet med en annan barnmorska än den som var med vid förlossningen behöver möjlighet till detta finnas. Om kvinnan tar upp, eller om det finns misstanke om, en traumatisk förlossning rekommenderas att i samråd med kvinnan skyndsamt remittera till psykolog eller psykoterapeut med relevant kompetens³³. Berörd obstetriker behöver också kopplas in för medicinsk genomgång av förlossningen.

➔ **Läs mer i** *Anpassa stöd och information efter behov.*

Motivering till rekommendationen

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör du erbjuda de nyförlösta möjlighet till samtal om förlossningen och förlossningsupplevelsen med barnmorskan som medverkade vid förlossningen eller en annan barnmorska i de fall den nyförlösta önskar det. Tiden för samtalet anpassas efter den nyförlöstas önskemål.

Det vetenskapliga underlaget för att bedöma effekten av samtal om förlossningsupplevelsen är otillräckligt, men enligt beprövad erfarenhet bidrar åtgärden till kvinnans välmående. Till exempel kan det ge ökad tillfredsställelse samt en upplevelse av kontinuitet och känslomässigt stöd.

³³ Traumatisk förlossningsupplevelse avhandlas i *Traumatiska förlossningsupplevelser och posttraumatisk stress*.

I Socialstyrelsens rekommendation har vi dessutom vägt in en genomgång av studier om samtal om förlossningsupplevelsen, som återfinns i webbilagan *Metodbeskrivning och kunskapsunderlag*.

➔ **Läs mer** om hur vi har identifierat erfarenhetsbaserad kunskap för rekommendationen i webbilagan *Metodbeskrivning och kunskapsunderlag*.

Uppföljning och stöd efter hemgång från sjukhuset

Med en individanpassad uppföljning får föräldrarna svar på sina egna frågor när de kommit hem efter förlossningen.

Rekommendation

Hälso- och sjukvården bör

erbjuda de nyförlösta:

1. ett första tillfälle för uppföljning av barnmorska under barnets första levnadsvecka, efter att den nyförlösta kommit hem från sjukhuset.
2. ett andra tillfälle för uppföljning av barnmorska under barnets andra eller tredje levnadsvecka.

Syftet med rekommendationen

Syftet är att ge den nyblivna mamman stöd i övergången till moderskapet och föräldraskapet genom att hon får uppföljning utifrån sina behov i en trygg miljö i samtal med barnmorskan.

Fånga upp vårdbehoven tidigt

Korta vårdtider kombinerat med bristande kontinuitet och uppföljning medför en risk att hälso- och sjukvården missar att identifiera kvinnans behov av stöd för fysiska, psykiska eller amningsrelaterade svårigheter när föräldrar och barn har kommit hem från sjukhuset [2, 27, 210].

En hög andel nyförlösta i Sverige vet inte vart de ska vända sig om de inte mår bra fysiskt eller psykiskt efter förlossningen [3, 28]. Det kan leda till att kvinnan antingen inte alls söker vård eller stöd, eller att hon söker akut vård i den specialiserade vården på sjukhus för behov som hade kunnat fångas upp och hanteras tidigare, eller på en annan vårdnivå.

En svensk studie visar att den mest kritiska tidpunkten då nyförlösta söker akutvård efter förlossningen är 5 dagar efter hemgång från BB [154]. Detta är helt i linje med vad WHO [211] har konstaterat: tidig kontakt med kvinnan är viktig, och det behövs uppföljning även den andra veckan efter förlossningen.

Personcentrerat professionellt stöd

De nyblivna föräldrarna behöver tillgång till både professionellt stöd och stöd från vänner och sociala nätverk den första tiden efter graviditeten och

förlossningen. Åtskillig forskning har visat att ett sådant stöd hjälper föräldrarna att övervinna utmattning och fysisk, känslomässig och psykisk stress i början av postnatalperioden [203, 212].

När stödet ges professionellt är det viktigt med ett personcentrerat förhållningssätt: att föräldrarna ses som individer och att de får individanpassade svar på sina frågor. För mycket generell information bör undvikas, eftersom den kan vara svårt att hantera och lämnar föräldrarna med obesvarade frågor [203, 213]. Det är också viktigt att informationen är samstämmig. Detta underlättas om barnmorskekontinuitet tillämpas i vårdkedjan, det vill säga att ett minimum av olika barnmorskor följer kvinnan från graviditetens början genom förlossning och eftervård [210].

Det är en fördel om vårdpersonalen i sitt stöd har ett positivt förhållningssätt till framtida händelser. Om de kan lugna föräldrarna och skapa en trygg atmosfär kan det bidra till att föräldrarna känner mindre oro.

Barnmorskekontinuitet bidrar till ökad trygghet

Socialstyrelsen rekommenderar barnmorskekontinuitet i vårdkedjan graviditet – förlossning – eftervård. Det är alltså fördelaktigt om samma barnmorskemottagning eller barnmorska som kvinnan träffat under graviditeten tar kontakt även efter förlossningen. Detta har även visats i senare forskning [168, 169].

När barnmorskekontinuitet tillämpas i vården av den gravida kan frågor om amning, den fysiska, psykiska hälsan och föräldraskap som kvinnan tidigare diskuterat med barnmorskan återupptas och följas upp efter förlossningen. Hon slipper upprepa sin historia och sina önskemål för barnmorskor som hon inte har träffat tidigare [214]. Detta säkerställer kontinuiteten och ökar kvinnans känsla av trygghet. Uppföljningen efter förlossningen kan ske genom telefonsamtal, digitala möten, hembesök eller mottagningsbesök hos barnmorskan.

Hembesök upplevs positivt av kvinnor som fött barn

Hembesök kan ge den nyblivna mamman ett viktigt stöd i övergången till moderskapet genom att kvinnan i sitt samtal med barnmorskan får möjlighet att ställa frågor och få rådgivning utifrån sina behov i en trygg miljö. Uppföljningen kan initieras genom telefonsamtal och digitala möten, exempelvis i ett videomöte.

Studier visar att de kvinnor som erbjudits hembesök av barnmorska efter förlossningen har upplevt detta som mycket positivt och värdefullt [215]. Individualiserat hembesök av vårdpersonal efter förlossningen kan också förebygga depressiva symtom och minska risken att insjukna i depression efter förlossningen [216, 217]. Om det finns möjlighet till gemensamma hembesök med barnmorska och BHV-sjuksköterska kan deras respektive kompetens stärka olika perspektiv.

➔ **Läs mer** i *Anpassa stöd och information efter behov*.

Motivering till rekommendationen

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården erbjuda den nyförlösta två tillfällen för uppföljning av barnmorska. Det första under

barnets första levnadsvecka, efter att kvinnan kommit hem från sjukhuset och det andra under barnets andra eller tredje levnadsvecka. Det vetenskapliga underlaget för att bedöma effekten av åtgärden är otillräckligt, men enligt beprövad erfarenhet bidrar åtgärden till ökad trygghet hos den nyblivna mamman, till exempel genom att möta hennes eventuella behov av information och stöd och genom att eventuell remittering eller hänvisning till rätt instans sker i god tid.

Det vetenskapliga underlaget för att bedöma effekten av att erbjuda tillfällen för uppföljning av barnmorska under den första veckan efter förlossningen efter hemgång ifrån sjukhuset och under den andra eller tredje veckan efter hemgång ifrån sjukhuset är otillräckligt. Men enligt beprövad erfarenhet leder åtgärden till ökad trygghet hos den nyblivna mamman, till exempel genom att möta hennes eventuella behov av information och stöd, och genom att eventuell remittering till rätt instans sker i god tid.

I Socialstyrelsens rekommendation har vi dessutom vägt in en genomgång av studier om uppföljning efter förlossningen, som återfinns i webbilagan *Metodbeskrivning och kunskapsunderlag*.

➔ **Läs mer** om hur vi har identifierat erfarenhetsbaserad kunskap för rekommendationen i webbilagan *Metodbeskrivning och kunskapsunderlag*.

Strukturerad första bedömning av vårdbehov

Snabbt uppkomna fysiska och psykiska hälsoproblem som inte fångats upp av kontroller och uppföljningar de första veckorna efter förlossningen bidrar till otrygghet hos den nyförlösta kvinnan. Det kan även bidra till att hon inte får den hjälp och den vård hon eventuellt behöver i rätt tid och på rätt nivå.

Rekommendation

Hälso- och sjukvården bör

skyndsamt erbjuda en strukturerad första bedömning av vårdbehov till kvinnan med hälsoproblem de första 16 veckorna efter förlossningen, med möjlighet till hänvisning till annan vårdgivare.

Syftet med rekommendationen

Syftet är att mödrahälsovården skyndsamt ska fånga upp nyuppkomna och tidigare okända vårdbehov hos den nyförlösta för att snabbt kunna sätta in rätt åtgärder eller vid behov remittera till en annan vårdinstans på rätt nivå. Detta uppnår man genom en snabb strukturerad bedömning av de vårdbehov som kvinnan eventuellt kan ha.

Hälso- och sjukvårdsverksamhet ska bedrivas så att kraven på en god vård uppfylls. Det innebär att vården bland annat ska vara lätt tillgänglig (5 kap. 1 § 5 p HSL). Detta ankommer även på mödrahälsovården.

Erbjud snabbt en strukturerad första bedömning

Från den första tiden och upp till 16 veckor efter förlossningen kan mer bestående hälsoproblem uppstå som kräver behandling. Det kan exempelvis vara ihållande problem efter förlossningsbristning, urininkontinens, smärta från kejsarsnitt, ömma bröstvårtor, ryggont och hemorrojder [212, 218, 219]. Även ångest och depression kan förekomma³⁴. Övervikt och obesitas kan medföra långvariga sjukdomar efter förlossningen³⁵.

Om kvinnan inte får rätt behandling i tid och på rätt vårdnivå finns det risk för försämrad hälsa och längre sjukdomstillstånd [212]. Det är en fördel om den barnmorskan eller grupp av barnmorskor som kvinnan träffat under sin graviditet gör bedömningen och uppföljningen³⁶. En god kontinuitet behövs inom mödrahälsovården och i överföringen inom primärvården, specialistvården liksom till barnhälsovården. Det ger kvinnan ett konkret stöd och kan bidra till en tillgänglig och individanpassad vård och förbättrad hälsa över tid. En förutsättning för detta är att det finns rutiner om vart barnmorskan ska hänvisa kvinnan när det finns behov av en annan vårdgivare.

➔ **Läs mer** i *Anpassa stöd och information efter behov*.

Motivering till rekommendationen

Enligt Socialstyrelsens rekommendationer bör hälso- och sjukvården skyndsamt erbjuda en strukturerad första bedömning av vårdbehov till kvinnan med hälsoproblem de första 16 veckorna efter förlossningen, med möjlighet till hänvisning till annan vårdgivare.

Det saknas vetenskapligt underlag för att bedöma effekten av åtgärden, men enligt beprövad erfarenhet leder åtgärden till ökad möjlighet att bedöma hur allvarligt kvinnans tillstånd är, och att därmed kunna erbjuda rätt behandling i ett tidigt skede, vilket bidrar till god hälsa.

I Socialstyrelsens rekommendation har vi dessutom vägt in en genomgång av studier om hög tillgänglighet, uppföljning efter förlossningen och möjlighet till hänvisning inom primärvården samt specialistvården, som återfinns i webbilagan *Metodbeskrivning och kunskapsunderlag*.

➔ **Läs mer** om hur vi har identifierat erfarenhetsbaserad kunskap för rekommendationen i webbilagan *Metodbeskrivning och kunskapsunderlag*.

Bakgrund och fördjupning

Socialstyrelsens rapport *Vård efter förlossningen: en nationell kartläggning av vården till kvinnor efter förlossningen* (2017) [2] konstaterade att det brister i vårdkedjan efter förlossningen: på sjukhuset, efter hemgång och fram till efterkontrollen hos barnmorskan på mödrahälsovården. Det är oklart vart kvinnan ska vända sig med problem efter förlossningen efter en vecka

³⁴ Rekommendationer om psykisk ohälsa behandlas i *Psykisk ohälsa och psykiska sjukdomstillstånd under graviditeten och efter förlossningen*.

³⁵ Rekommendationer om övervikt och obesitas behandlas i *Obesitas under graviditeten*.

³⁶ Rekommendationer om kontinuitet behandlas i *Kontinuerligt professionellt stöd under förlossningen*.

när sjukhuset eller BB inte längre har ansvaret för vården, och innan hon har träffat barnmorskan på mödrahälsovården för uppföljning.

Brister i vården efter förlossningen

Bristen på tillgänglighet har även uppmärksamrats i kartläggningar och utvärderingar under perioden 2017–2020 av Sveriges Kommuner och Regioner [27], Socialstyrelsen [3] samt Myndigheten för vård- och omsorgsanalys [28]. Kvinnors missnöje med vården efter förlossningen har flera dimensioner:

- inkonsekvent rådgivning
- avsaknad av individualiserad rådgivning
- upplevelse av en fragmentiserad vård
- att inte vara förberedd på eventuella fysiska eller psykosociala hälsoproblem
- avsaknad av uppföljning efter förlossning. [2, 3, 28, 220].

Sverige har bland de kortaste vårdtiderna

Omhändertagandet på sjukhuset eller BB efter förlossningen har genomgått flera radikala förändringar. I jämförelse med andra västländer har Sverige bland de kortaste vårdtiderna [221]. Vårdtiden år 2020 var i genomsnitt 1,6 dygn efter vaginal förlossning och 2,7 dygn efter kejsarsnitt, med stor variation mellan regionerna [22]. Vilka alternativ som erbjuds för vården efter förlossningen varierar också mellan regioner och mellan sjukhus. Det vanligaste är att mamman och barnet, eller båda föräldrarna och barnet, vårdas på sjukhusets eller förlossningskliniken BB-avdelning eller patienthotell [2].

I de flesta regioner ansvarar sjukhuset för den nyförlösta och barnets hälsa under den första veckan. Barnhälsovården (BHV) tar över det medicinska ansvaret för barnet och för amningsstödet först när barnet är inskrivet hos barnhälsovården, vilket sker vid hembesök eller vid behov som besök på BVC-mottagning. Rutiner kan behöva upprättas lokalt gällande överföring från förlossning och BB, både för kvinnan och barnet, till mödrahälsovård respektive barnhälsovård.

Med några få undantag är vården efter förlossningen begränsad till ett besök på barnmorskemottagningen först 6–12 veckor efter förlossningen [2]. Enligt graviditetsregistret har andelen kvinnor som kommer på eftervårdsbesök ökat något, från 75 procent 2015, till 82 procent 2019. Det förekommer dock stora regionala skillnader. Ökningen har skett bland kvinnor födda utanför Sverige och med grundskoleutbildning [24].

Vanligt med fysiska och psykiska besvär samt oro bland nyblivna mammor

Den postnatale perioden refererar till en tidsperiod av 6 veckor direkt efter förlossningen, och är den ungefärliga tid som krävs för ett fysiologiskt återställande till hur kroppen var innan graviditeten. Under denna period kan kvinnan exempelvis få problem efter förlossningsbristningar, smärta från kejsarsnitt, ömma bröstvårtor, ryggont och hemorrojder [218, 219, 222]. Hon

kan också uppleva postnatal trötthet, oro, ångest och depression [212]. Det är också vanligt att det till en början känns ovant, osäkert och mer utmanande att amma än vad kvinnan hade förväntat sig³⁷.

Postnatalperioden – anpassning och omställning

Kvinnor kan behöva emotionellt och psykologiskt stöd från både vårdgivare, familjemedlemmar och vänner för att hantera tiden efter förlossningen, en period av anpassning [212]. Tillgång till uppföljning och stöd är centralt. De nyblivna föräldrarna behöver veta vart de ska vända sig för stöd och rådgivning, eller för vård och behandling om behov uppstår [2].

Barnhälsovårdens program innehåller universellt föräldraskapsstöd vid samtliga hälsobesök samt, vid ökade behov, uppföljande besök eller hänvisning till annan verksamhet. EPDS-screening till nyförlösta ingår också i det nationella barnhälsovårdsprogrammet och erbjuds tillsammans med ett enskilt samtal vid besök hos barnhälsovården när barnet är 6–8 veckor [223]. Den förälder som inte har fött barnet erbjuds enskilt samtal när barnet är 3–5 månader.

Kvinnan och partnern behöver information och möjlighet att förbereda sig redan under graviditeten [3]. Förberedelser som ger kunskap och realistiska förväntningar kan bidra till att stärka föräldrarnas egna resurser att hantera denna period³⁸ [154, 195, 224, 225].

Betydelsen av en positiv upplevelse

En kvinna som utan större svårigheter kan anpassa sig till sin nya identitet som nybliven mamma får en positiv upplevelse av tiden efter graviditet och förlossning. Hon kan utveckla sin kompetens som förälder, anpassa sig till de nya familjerelationerna och navigera genom fysiska och känslomässiga utmaningar [226].

Socialt stöd från partner, familj och vänner och professionellt stöd från vårdgivare kan hjälpa kvinnor att övervinna utmattning och fysisk, känslomässig och psykisk stress i början av postnatalperioden [212]. När perioden efter förlossningen fungerar optimalt resulterar det i glädje, självförtroende och förbättrad förmåga att integrera en ny identitet [169].

Delaktighet i besluten om vård och behandling främjar en positiv upplevelse och erfarenhet av såväl bemötande som den vård man har fått [155, 212]. För att tillgodose de nyförlösta kvinnornas behov av vård och stöd behöver de uppföljning under de första dagarna efter förlossningen, och därefter en hög tillgänglighet till vård [2, 220]. En ändamålsenlig uppföljning bidrar till att färre kvinnor söker vård på fel vårdnivå. I uppföljningen ingår att kvinnan och hennes partner får kännedom om relevanta uppföljningskontakter där hon/de kan få stöd eller vård [153, 154].

Barnmorskans roll

Barnmorskan har en viktig uppgift i att förbereda och stödja kvinnan in i moderskapet. Ett stöd som genererar en positiv påverkan på kvinnan, hennes nyblivna familj och i förlängningen även samhället i stort [227].

³⁷ Rekommendationer för amning behandlas i *Amning och uppfödning*.

³⁸ Rekommendationer för föräldraskapsstöd behandlas i *Föräldraskapsstöd i grupp*.

Enligt den etiska koden för barnmorskor, *International Confederation of Midwives* [228], ska en barnmorska vara lyhörd för psykiska, fysiska och emotionella behov hos kvinnor som söker vård, oavsett omständigheter. Barnmorskan ska delta i utveckling och genomförande av hälsoprogram och riktlinjer för att främja hälsan hos alla kvinnor och deras familjer [229].

Svenska barnmorskeförbundets (2018) kompetensbeskrivning för legitimerade barnmorskor poängterar vikten av att tillgodose tillgänglig och kontinuerlig vård som är personcentrerad och jämlik. Men också att främja det normala i en graviditet, en förlossning och tiden efter en förlossning. Detta kan innefatta amning, anknytning och interaktion mellan föräldrar och barn samt föräldraskap [230]. Barnmorskan arbetar tillsammans med, eller har möjlighet att konsultera, andra professioner inom vården, exempelvis obstetiker, allmänläkare, fysioterapeut, psykolog och socionom.

Obesitas under graviditeten

Övervikt och obesitas innebär en ökad risk att drabbas av ohälsa och är en av de främsta orsakerna till sjukdom och för tidig död. I Sverige har 51 procent av befolkningen övervikt eller obesitas [231]. Prevalensen hos kvinnor i barnafödande ålder ökar över hela världen [232, 233]. Socialstyrelsen har tidigare bekräftat bilden att övervikt och obesitas även ökar bland gravida i Sverige³⁹, samt att det finns regionala skillnader [24, 234, 235].

Rekommendationerna⁴⁰ omfattar vård av gravida med obesitas (BMI >30). Flertalet av de risker som förekommer under graviditet och förlossning ökar med ökat BMI hos den gravida.

Till vård efter graviditet och förlossning hör 2 rekommendationer:

- Utökat stöd under graviditeten
- Kostrådgivning.

Vi börjar med att presentera rekommendationerna. Därefter följer fördjupande information om detta ämne.

➔ **Läs mer** om Socialstyrelsens rekommendation om *kombinerad levnadsvanebehandling* till gravida med obesitas i Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård vid obesitas:

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2022-4-7822.pdf>.

³⁹ Senare data visar att bland gravida som skrivs in i mödrahjälsvården är andelen med obesitas eller övervikt, det vill säga gravida med BMI >25, 43,1 % varav 27,4 % har övervikt och 15,7 % har obesitas. I 19 av Sveriges regioner hade fler än 40 % av de gravida ett BMI ≥25, och i 18 av regionerna var andelen kvinnor med obesitas 15 % eller högre (SOS, 2019).

⁴⁰ Socialstyrelsen har inte gjort en hälsoekonomisk analys och inte heller en organisatorisk analys för de föreslagna rekommendationerna i detta avsnitt. Vi gör dock bedömningen att ett antal rekommendationer kan komma att medföra utökad tidsåtgång, förändrad organisation och utökad resursåtgång för att kunna följas. Dessa rekommendationer kommer att bli föremål för kommande prioriteringsarbete inom ramen för de nationella riktlinjer som är planerade att redovisas i slutet av 2023 [6].

Utökat stöd under graviditeten

Enligt Socialstyrelsens rekommendationer bör hälso- och sjukvården erbjuda gravida kvinnor med BMI >30 utökat stöd hos barnmorska. Det kan vara aktuellt att redan vid inskrivningen erbjuda extrabesök utöver basprogram under hela graviditeten. Besöken kan med fördel inkludera vägning och motiverande samtal om levnadsvaneförändringar. Medicinska interventioner kan också ingå, i enlighet med lokala riktlinjer.

Rekommendation

Hälso- och sjukvården bör

erbjuda utökat och individanpassat stöd hos barnmorska till de gravida med BMI >30 som önskar det.

Syftet med rekommendationen

Syftet är att minska risken för kraftig viktuppgång och relaterade komplikationer för kvinnan och barnet i samband med graviditet och förlossning. Detta uppnås genom att kvinnan får utökat och individanpassat stöd hos barnmorskan under graviditeten.

Barnmorskans roll är central, ibland behövs samverkan

Tidigt i graviditeten dryftas bland annat levnadsvanor⁴¹ med samtliga gravida. Alla får också information om de ändringar som kan behövas för att begränsa risken för komplikationer under graviditeten och förlossningen. Barnmorskan har ett ansvar att samverka med andra professioner när det behövs kvalificerat rådgivande samtal om betydelsen av kost och fysisk aktivitet eller medicinska interventioner.

Rådgivande samtal för att stärka och motivera

Samtalen behöver vara individanpassade och kan kompletteras med olika verktyg och hjälpmedel. De kan uppgå till cirka 30 minuter. Samtalet kan kompletteras med återkommande kontakter som återbesök, telefonsamtal, brev eller mejl vid ett eller flera tillfällen. Denna strategi för rådgivande samtal har återkommande använts i *Socialstyrelsens nationella riktlinjer för prevention och behandling av ohälsosamma matvanor* [7] och har bedömts vara väl lämpad även i detta sammanhang.

Socialstyrelsen rekommenderar hälso- och sjukvården att erbjuda kvalificerat rådgivande samtal till personer som har ohälsosamma levnadsvanor och som är otillräckligt fysiskt aktiva [7]. Rekommendationen gäller således även gravida med obesitas samt ohälsosamma matvanor⁴² och otillräcklig fysisk aktivitet.

⁴¹ Enligt Socialstyrelsens *Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor* räknas följande till ohälsosamma levnadsvanor: tobaksbruk, riskbruk av alkohol, ohälsosamma matvanor och otillräcklig fysisk aktivitet.

⁴² Den definition som Socialstyrelsen har använt för ohälsosamma matvanor är följande: tobaksbruk, riskbruk av alkohol, ohälsosamma matvanor och otillräcklig fysisk aktivitet.

- ➔ **Läs mer** i *Anpassa stöd och information efter behov*.
- ➔ **Läs mer** om rådgivande samtal i *Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor* [7], (*socialstyrelsen.se*).

Motivering till rekommendationen

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården erbjuda utökat och individanpassat stöd hos barnmorskan till gravida med BMI >30 som önskar det.

Det vetenskapliga underlaget för att bedöma effekten av utökat stöd är otillräckligt, men enligt beprövad erfarenhet bidrar åtgärderna till ökad livskvalitet, bättre levnadsvanor och till att begränsa riskökningen för både lång- och kortsiktiga graviditets- och förlossningskomplikationer. Ett sådant stöd hjälper den gravida med BMI över 30 att hitta den kosthållning och fysiska aktivitet som passar henne för att begränsa viktuppgången.

I Socialstyrelsens rekommendation har vi dessutom vägt in en genomgång av studier om utökat och individanpassat stöd till gravida med BMI >30, som finns i webbilagan *Metodbeskrivning och kunskapsunderlag*.

- ➔ **Läs mer** om hur vi har identifierat erfarenhetsbaserad kunskap för rekommendationen i webbilagan *Metodbeskrivning och kunskapsunderlag*.

Kostrådgivning

Enligt Socialstyrelsens rekommendationer bör hälso- och sjukvården erbjuda gravida kvinnor med BMI över 30 kvalificerat rådgivande samtal med dietist om förbättrad kost. Detta kan vara aktuellt när kvinnan behöver mer avancerad kostrådgivning som kräver specialistkompetens inom nutrition och hälsa. Om barnmorskan ser att kvinnan har särskilda behov kan hon remittera eller hänvisa till en dietist, förutsatt att kvinnan är motiverad och önskar det.

Rekommendation

Hälso- och sjukvården bör

erbjuda rådgivande samtal med en dietist till gravida med BMI >30 som har uttalat behov och önskar det.

Syftet med rekommendationen

Syftet är att minska risken för kraftig viktuppgång och komplikationer i samband med graviditet och förlossning. Det uppnås genom att en dietist tillsammans med kvinnan kan hitta lämplig individanpassad kost som överensstämmer med den gravidas behov.

En dietist kan stödja till förbättring av hela familjens kostvanor

Att remittera den gravida till en dietist kan vara av stort värde. Detta gäller framför allt gravida med obesitas, eftersom det kan begränsa riskökningen för komplikationer.

Gravida kan behöva individuell hjälp hos dietisten under graviditeten. En dietist kan tillsammans med kvinnan skapa en individanpassad kost med ett energi- och näringsinnehåll som överensstämmer med den gravidas behov. Om det finns möjlighet till familjesamtal, kan dietisten bjuda in till ett möte där en eventuell partner kan närvara. Det kan medföra att båda de vuxna i relationen känner sig ansvariga och stöttar varandra att hitta bra kostvanor.

Fortsatt kontakt med dietisten kan bli aktuell när kvinnan behöver fortsatt stöd. Detta kan i förlängningen även påverka barnets och familjens kosthållning positivt. Förändrade levnadsvanor har betydelse för hela familjens livskvalitet och hälsa. För fortsatt stöd och specialistvård kan man även överväga att remittera kvinnan till en överviktsenhet eller liknande, där det finns samlad kompetens kring stöd och behandling av övervikt och obesitas.

➔ **Läs mer** i *Anpassa stöd och information efter behov*.

Motivering till rekommendationen

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården erbjuda rådgivande samtal med en dietist till gravida med BMI >30 som har ett uttalat behov och önskar det.

Det vetenskapliga underlaget för att bedöma effekten av rådgivande samtal med en dietist är otillräckligt, men enligt beprövad erfarenhet leder åtgärderna till att kvinnan kan hålla viktuppgången under graviditeten inom rekommenderat intervall. Det bidrar därmed till en begränsad riskökning för graviditets- och förlossningskomplikationer.

I Socialstyrelsens rekommendation har vi dessutom vägt in en genomgång av studier om rådgivande samtal med en dietist till gravida med BMI > 30, som finns i webbilagan *Metodbeskrivning och kunskapsunderlag*.

➔ **Läs mer** om hur vi har identifierat erfarenhetsbaserad kunskap för rekommendationen i webbilagan *Metodbeskrivning och kunskapsunderlag*.

Bakgrund och fördjupning

De medicinska konsekvenserna av obesitas för den som vill skaffa barn eller är gravid kan vara allvarliga:

- Obesitas kan minska fertiliteten och öka tiden det tar till att nå en graviditet [236].
- Under graviditet kan obesitasrelaterad samsjuklighet (som typ 2-diabetes och högt blodtryck) öka risken för oönskade graviditetsutfall, både på kort och lång sikt, för såväl den gravida som fostret och det nyfödda barnet.
- Kvinnor med övervikt och obesitas ammar i lägre utsträckning än normalviktiga kvinnor. Det finns troligen flera orsaker till detta.

Att förebygga övervikt och obesitas innan graviditeten

Genom att förebygga eller åtgärda obesitas innan graviditeten kan många relaterade problem helt eller delvis undvikas. Det är av stor betydelse att uppmuntra till reflektion över hur levnadsvanor påverkar en kommande

graviditet i arbetet med preventivmedelsrådgivning, fertilitetsrådgivning och frågor som rör sexuell och reproduktiv hälsa. Det är även viktigt att informera om risker kopplade till obesitas och de hälsovinster en viktnedgång innan graviditeten har, både för kvinnan och för det blivande barnet [237].

Kvinnor med obesitas behöver stöd för att gå ner i vikt både innan de blir gravida och för att minimera sin viktökning under graviditeten [238]. Det har visat sig att en modest viktuppgång under graviditeten hos kvinnor med BMI över 30 kan begränsa de medicinska riskerna [234, 235].

➔ **Läs mer** om hur amningsstöd kan anpassas i *Amning och uppfödning*.

Under graviditeten

Under graviditeten är det viktigt för alla kvinnor att äta näringsrik och varierad mat. Gravida rekommenderas utöva någon form av fysisk aktivitet under sammanlagt minst 150 minuter per vecka med måttlig intensitet [239]. Livsmedelsverket har publicerat råd avseende hälsosamma kostvanor till gravida [240].

Många kvinnor har hög motivation att ändra sina levnadsvanor när de ska bli föräldrar. Det är möjligt att även hälsan kan förbättras på lång sikt, för kvinnan, partnern och hela familjen, om hon får bra stöd under graviditeten. Därför är det av stor betydelse att kvinnan får vara en aktiv partner i dialogen med barnmorskan, och att hon får berätta om hur hon ser på sin situation och vilka förväntningar hon har på det stöd hon kan få.

Gott bemötande, god vård och samverkan

En del kvinnor med obesitas känner sig oroliga att sjukvårdspersonalen ska döma dem för deras övervikt. Tyvärr har många med övervikt dåliga erfarenheter sedan tidigare av kontakt med vården därför att de har känt sig illa bemötta på grund av sin vikt [241]. Ett professionellt bemötande, med fokus på hälsoaspekter, kan öka kvinnans mottaglighet för information och hennes motivation till levnadsvaneförändringar. Samtal om levnadsvanor sker med fördel enligt metodiken motiverande samtal (MI) [242]. Att inte stigmatisera och bedöma en person oavsett kroppsform, vikt eller BMI är grunden i ett gott bemötande och i tilltron till vården.

Det finns i dag inte någon konsensus kring hur man på bästa sätt kan hjälpa kvinnor med obesitas att hålla viktuppgången under graviditeten inom rekommenderat intervall. Antalet publicerade studier ökar, men mer forskning behövs för att få fram vad som hjälper just gravida med övervikt och obesitas [243, 244]. Många interventionsstudier visar dock att det är möjligt att förebygga hög viktuppgång under graviditeten med kostråd, information och hjälp med att öka den fysiska aktiviteten – eller helst både och. För att nå så många som möjligt behövs individanpassad information och stöd [245].

Huvuddelen av kostrådgivning och information om fysisk aktivitet ges vid rutinbesöken hos barnmorskan inom mödrahälsovården. För att kunna nå bra behandlingsresultat med kost och motion för personer med obesitas kan ett multidisciplinärt team med dietist, läkare, fysioterapeut och psykolog öka möjligheterna att lyckas [246].

Substansbruk hos gravida och nyförlösta⁴³

I Sverige räknas all konsumtion av alkohol och narkotika⁴⁴ hos gravida som skadligt för fostret och därmed som problematiskt. Detta gäller också vissa läkemedel, även i terapeutiska doser. Konsumtion av dessa substanser är också problematisk för nyförlösta.

Till substansbruk hos gravida och nyförlösta hör 3 rekommendationer:

- Rutinmässig identifiering av substansbruk och skadligt bruk hos gravida
- Tidig specialistvård och stöd från ett multidisciplinärt samverkansteam för gravida
- Tidig specialistvård och stöd från ett multidisciplinärt samverkansteam för nyblivna mammor.

Vi börjar med att presentera rekommendationerna. Därefter följer fördjupande information om detta ämne.

Rutinmässig identifiering av substansbruk och skadligt bruk hos gravida

Kartläggning av substansbruk och skadligt bruk bör ske så tidigt som möjligt under graviditeten. Kartläggningen är motiverad av flera skäl: substanserna som kan skada fostret är vanliga i det moderna levnadsmönstret, de negativa konsekvenserna vid användning överväger och interventioner är tillgängliga.

Rekommendation

Du som möter gravida bör

rutinmässigt identifiera substansbruk och fosterskadligt bruk hos gravida. Du bör identifiera detta vid det första inskrivningsbesöket på barnmorskemottagningen, inom en vecka efter att den gravida tagit kontakt med mottagningen.

Syftet med rekommendationen

Syftet är att minimera risken att fostret exponeras för substanser som kan leda till skador. Det förutsätter att alla gravida får saklig information om riskerna och att den gravida med problematiskt substansbruk eller med

⁴³ Socialstyrelsen har inte gjort en hälsoekonomisk analys och inte heller en organisatorisk analys för de föreslagna rekommendationerna i detta avsnitt. Vi gör dock bedömningen att centrala rekommendationer kan komma att medföra utökad tidsåtgång, förändrad organisation och utökad resursåtgång för att kunna följas. Dessa rekommendationer kommer att bli föremål för kommande prioriteringsarbete inom ramen för de nationella riktlinjer som är planerade att redovisas i slutet av 2023 [6]

⁴⁴ Vilka substanser som är narkotikaklassade framgår av Läkemedelsverkets föreskrifter (LVFS). Läkemedel kan också vara narkotikaklassade som t.ex. vissa sömnmedel, lugnande medel, smärtstillande och centralstimulerande läkemedel. Om sådana läkemedel används utan läkarrecept, eller i högre doser än vad som ordinerats, är det juridiskt att betrakta som narkotikaanvändning (CAN, 2021).

svårighet att avstå respektive substans erbjuds behandling och stöd till en substansfri graviditet. Ju tidigare identifikation desto större chans för fostret att utvecklas optimalt. Övriga levnadsvanor kan med fördel diskuteras vid andra inskrivningsbesöket.

Hinder och möjligheter för antenatal substansscreening

Graviditeten är en bra period för levnadsvaneförändringar eftersom den gravida ofta är mottaglig för hälsofrämjande information och motiverad till förändring. Barnmorskor i mödrahälsovården har därför en idealisk situation för att screena, inleda motiverande samtal och erbjuda andra interventioner [247], vilket också sker så gott som överallt i Sverige.

Internationellt har man systematiskt försökt identifiera de svårigheter och framgångsfaktorer som barnmorskan upplever i sitt arbete med screening av substansbruk hos gravida [248, 249]. Några slutsatser som kan vara värda att beakta i en svensk kontext:

- betydelsen av att använda validerade instrument
- återkommande träning
- tillgång till specialistvård
- en öppen, ärlig, icke-dömande dialog som kan leda till nödvändiga interventioner för förbättrat utfall.

Några faktorer som skapade svårigheter för barnmorskans arbete med screening:

- brist på validerade instrument
- otillräckligt stöd och träning
- avsaknad av en specialistenhet i regionen
- ökad arbetsbörda
- otillräcklig mottagningstid
- patienter som inte följer upp remissförslag
- patientens upplevelse av obehag vid screeningen
- patienters motvillighet att svara.

Några framgångsfaktorer som främjade barnmorskans arbete med screening:

- evidensen för substansbrukets skadepotential hos fostret
- ökande erfarenhet över tiden
- kontinuitet i vården och tillgång till multidisciplinärt team.

Samstämmighet om screening för substansbruk

Det finns i dag samstämmighet världen över att rekommendera screening för att identifiera ett problematiskt bruk av alkohol under graviditeten [250].

WHO och nationella riktlinjer från olika länder, bland annat Kanada, Storbritannien, USA, Frankrike och Danmark, förespråkar att den gravida avstår helt från alkohol, illegala droger och tobak, och rekommenderar identifiering av substansbruk under den antenatala vården [251-255].

Dessa riktlinjer baseras på beprövad erfarenhet och rekommendationer från expertkommittéer. Evidensen för dessa rekommendationer är god på grund av den kliniskt preventiva betydelsen.

Screeninginstrument för alkohol- och drogbruk

Alkoholbruk

AUDIT tillhör de screeninginstrument som har hög sensitivitet för identifiering av prenatalt riskabelt alkoholdrickande.

AUDIT identifierar 9 av 10 alkoholdrickare korrekt. Specificiteten är dock lägre, vilket innebär att en del gravida klassificeras med ett riskabelt alkoholkonsumtionsmönster utan att ha det. Det är viktigt att beakta att AUDIT speglar konsumtionsmönstret under senaste året, mönstret kan ha ändrats under perioden närmast före graviditeten. I jämförelse mellan olika instrument är specificiteten högst för AUDIT. AUDIT består av 10 frågor:

- **1–3:** alkoholvanor
- **4–6:** beroende
- **7–10:** alkoholskador.

För att beteckna olika standardiserade mängder av respektive alkoholsort används begreppet glas.

I Sverige är AUDIT implementerad som rutin i mödrahälsovården eftersom studier har visat att man identifierar långt fler fall med riskabla alkoholkonsumtionsmönster än vid antenatal vård utan denna screening [247]. AUDIT ingår i ovannämnda nationella, multiprofessionellt förankrade riktlinjer för mödrahälsovård [12]. Socialstyrelsen har också rekommenderat AUDIT som bedömningsinstrument för identifiering av alkoholproblem [256]. Målet är att alla gravida ska få information om alkohol under graviditeten och erbjudas bedömning med AUDIT vid det första, tidiga inskrivningssamtalet.

Den andel som screenas med AUDIT var 2020 enligt Graviditetsregistret 92,7 procent för hela riket. Målvärdet är satt till 95 procent eller högre. Målvärdet klaras av 4 regioner, medan 12 ligger i intervallet 90–95 procent och 4 regioner ligger under 90 procent [257].

Även *Timeline Followback* (TLFB) används, om än inte alltid rutinmässigt. TLFB gör det möjligt att mer systematiskt gå igenom den gravidas alkoholkonsumtion under graviditeten genom att dag för dag bakåt i tiden notera i formuläret när och hur mycket hon har druckit. Om fostret har utsatts för höga halter alkohol under graviditeten är det viktigt att den gravida erbjuds saklig och nyanserad information om de eventuella skador och negativa hälsoeffekter som kan ha uppstått.

Det finns också viss evidens för att själva screeningen med bedömningsinstrument för att identifiera alkoholbruk minskar alkoholkonsumtionen [258]. Det har också visat sig att fördelarna med att få information om riskerna med alkohol under graviditet består över längre tid än under den aktuella graviditeten [259, 260].

Biologiska tester (analys av blod, urin, hår) är däremot inte screening i detta sammanhang, men de kan utföras som komplement vid utvalda situationer. En systematisk genomgång visar att dessa tester har otillräcklig evidens som stöd för att bedöma prenatal alkoholexponering i kliniskt arbete [261, 262]. Däremot framstår några tester, som kolhydratfattigt transferrin (CDT) och fosfatidyletanol (PEth), som komplement till självrapporteringen

och kan förbättra noggrannheten vid diagnosen av alkoholbruk. Socialstyrelsen har rekommenderat mätning av CDT eller PEth i blodprov för att upptäcka långvarigt högt intag av alkohol hos individer i den stora populationen [256].

Drogbruk

Screeningsinstrumentet DUDIT har rekommenderats av Socialstyrelsen som bedömningsinstrument för att identifiera narkotikaproblem [256].

Screeninginstrument för identifikation av drogbruk är dock inte validerade fullt ut för gravida i nuläget. Enligt rekommendationen ovan och nationella mödrahälsovårdsriktlinjer [12], bör barnmorskan icke desto mindre fråga systematiskt efter användning av droger i tidig graviditet

➔ **Läs mer** om Socialstyrelsens rekommendationer i *Socialstyrelsens sedan tidigare befintliga rekommendationer för substansbruk*.

Motivering till rekommendationen

Enligt Socialstyrelsens rekommendationer bör du rutinmässigt identifiera substansbruk och fosterskadligt bruk hos gravida. Identifieringen bör du göra vid det första inskrivningsbesöket på barnmorskemottagningen, inom en vecka efter att den gravida tagit kontakt med mottagningen.

Det vetenskapliga underlaget för att bedöma effekten av rutinmässigt identifiera substansbruk och fosterskadligt bruk hos gravida är otillräckligt, men enligt beprövad erfarenhet leder åtgärden till att fler gravida med skadligt bruk kan få hjälp tidigt och därmed hjälp att minska risken för fostret att exponeras för substanser som kan leda till skador.

I Socialstyrelsens rekommendation har vi dessutom vägt in en genomgång av studier om identifiering av substansbruk hos gravida, som finns i webbilagan *Metodbeskrivning och kunskapsunderlag*.

➔ **Läs mer** om hur vi har identifierat erfarenhetsbaserad kunskap för rekommendationen i webbilagan *Metodbeskrivning och kunskapsunderlag*.

Tidig specialistvård och stöd från ett multidisciplinärt samverkansteam

Det finns en uttalad samstämmighet hos folkhälsomyndigheter världen över att gravida ska erbjudas screening för att identifiera substansbruk redan under den första kontakten med mödrahälsovården. Identifierar man ett problematiskt substansbruk bör detta leda till nästa steg: ändamålsenlig specialistvård och anpassat stöd så väl under graviditet som efter förlossning.

Här presenterar vi 2 rekommendationer för specialistvård och stöd. Den första gäller gravida och den andra gäller nyblivna mammor.

Rekommendation

Hälso- och sjukvården bör

så tidigt som möjligt erbjuda gravida med substansbruk, eller med svårighet att avstå skadliga substanser, specialistvård och anpassat stöd från ett multidisciplinärt samverkansteam. Där geografiska förhållanden försvårar bildande av samverkansteam bör befintliga verksamheter samverka för att erbjuda den gravida erforderlig specialistvård och stöd.

Rekommendation

Hälso- och sjukvården bör

så tidigt som möjligt erbjuda nyblivna mammor med substansbruk intensifierad kontakt i form av återkommande besök, utökat stöd och specialistvård inom ramen för ett samverkansteam.

Syftet med rekommendationerna

Syftet med en integrerad tvärprofessionell samverkansmodell är att ge gravida och nyblivna mammor med substansbruk specialistvård och stöd utifrån sina specifika fysiska, sociala och psykiska behov – alltid med så väl det väntade som det nyfödda barnets bästa i fokus. Har den gravida redan barn boende hos sig behöver deras situation och behov kartläggas utan dröjsmål. Notera att yrkesverksamma inom mödrahälsovården är skyldiga enligt 14 kap. 1 § socialtjänstlagen (2001:453) att genast anmäla till socialnämnden om de i sin verksamhet får kännedom om eller misstänker att ett barn far illa. Anmälningsplikten omfattar inte ofödda barn.

Svårigheter för kvinnor med substansbruk att få behövlig specialistvård

Vissa kända barriärer hindrar gravida och nyblivna mödrar med substansbruk från att få behandling. Det är vanligare med psykisk ohälsa, nedsatt socialt stöd och erfarenheter av våld och trauma hos kvinnor med ett problematiskt substansbruk än hos män med motsvarande problematik. Det kan även finnas andra negativa faktorer, exempelvis kan kvinnor känna rädsla gentemot sociala myndigheter eller hälso- och sjukvården. Rädslan kan gälla att förlora barnen, eller att barn de har eller väntar ska omhändertas. Detta kan få konsekvenser för om de väljer att berätta eller inte. Dessa faktorer är komplexa och har lett till olika specifika integrerande stöd- eller behandlingsprogram på flera håll i världen [263].

Tvärprofessionell samverkan behövs

Integrerade program kan beskrivas som samverkansmodeller mellan flera olika specialiteter inom hälso- och sjukvården där man samverkar kring patientens behov (tvärprofessionell vård). Ofta behövs samverkan även med

socialtjänsten. Modellen skapar de bästa förutsättningarna för att tillgodose både den gravidas och det väntade barnets behov. Prognosen för barnets utveckling, tillväxt och funktioner blir bättre.

I regioner med ett större patientunderlag är det realistiskt att samverkans-teamet är samlokaliserat. I regioner med ett mindre patientunderlag kan modellen dock byggas i andra former, exempelvis som ett nätverk med tydlig struktur.

Notera att mödrahälsovården utan hinder av sekretess kan lämna uppgifter till socialtjänsten om det behövs för att en enskild ska få nödvändig vård, behandling eller annat stöd under ett fortgående missbruk. Hälso- och sjukvårdsverksamheter kan också utan sekretess lämna och inhämta uppgifter om en gravid eller någon närstående till henne, sinsemellan eller till socialtjänsten, om uppgiften behöver lämnas för en nödvändig insats till skydd för det väntade barnet (25 kap. 12 § offentlighets- och sekretesslagen).

I sammanhanget bör det även uppmärksammas att när den enskilde har behov av insatser både från hälso- och sjukvården och från socialtjänsten ska regionen tillsammans med kommunen upprätta en individuell plan (16 kap. 4 § Hälso- och sjukvårdslagen).

Effektiviteten hos samverkansmodeller i en internationell kontext

Det kan vara svårt att jämföra insatser och vårdmodeller mellan länder med mycket varierande mödrahälsovård. I Sverige är det till exempel utomordentligt ovanligt att kvinnor som är medvetna om sin graviditet inte uppsöker mödrahälsovården. Några viktiga slutsatser kan dock dras från erfarenheter och studieresultat från andra länder som har samverkan som en arbetsmodell, och som kan vara viktiga att beakta i en svensk kontext: Till exempel har det konstaterats att integrerande tvärprofessionella samverkansmodeller erbjuder ändamålsenligt stöd och behandling till gravida med substansbruk [264]. Samtidigt har det visats i flera systematiska studier att integrerade program är effektiva för att minska substansbruket hos mödrarna [265] och även bidrar till en förbättring av mödrarnas psykiska hälsa [266].

Barnens utveckling, tillväxt och känslomässiga funktioner förbättras också om mödrarna får stöd och behandling via integrerade program [267]. Tvärprofessionella behandlingsmodeller som sätts in tidigt kan dessutom bidra till minskade sjukvårdsutgifter i det långa perspektivet [268].

Den icke dömande och stödjande attityden som vanligtvis präglar vården hos vårdgivaren i integrerade modeller kan bidra till att öka den substansbrukande gravidas trygghet och till större följsamhet till den antenatala vården [269-271].

➔ **Läs mer** om *Samverkansmodeller med specialistkompetens inom beroende i Sverige* i Bilaga 3.

Klinisk erfarenhet stödjer nyttan för barnet

Tillgängliga översiktsstudier kan inte prestera stark evidens för effekten av olika vård- och stödmodeller under och efter graviditet för kvinnor med substansbruk och skadligt bruk. Det finns dock omfattande klinisk erfarenhet

som talar för att barnen får en bättre utveckling (neurokognitivt och beteendemässigt). Det är, i frånvaro av stark evidens, relevant att stödja sig på beprövad erfarenhet samt på den försiktighetsprincip som styr många andra rekommendationer och åtgärder inom mödrahälsovården.

Motivering till rekommendationerna

Enligt Socialstyrelsens rekommendationer bör hälso- och sjukvården så tidigt som möjligt erbjuda gravida med substansbruk, eller med svårighet att avstå skadliga substanser, specialistvård och anpassat stöd från ett multidisciplinärt samverkansteam. Där geografiska förhållanden försvårar bildande av samverkansteam bör befintliga verksamheter samverka för att erbjuda den gravida erforderlig specialistvård och stöd.

Det vetenskapliga underlaget för att bedöma effekten av åtgärden är otillräckligt, men enligt beprövad erfarenhet minskar åtgärden risken för negativa utfall för barnet, både avseende barnets fysiska hälsa och den psykosociala miljön det sedan vistas i. Enligt beprövad erfarenhet bidrar åtgärden till positiva effekter på kvinnan, till exempel avseende minskat substansbruk, minskad psykisk ohälsa, positiva livsstilsförändringar, förbättrad självuppfattning, förhöjd egen tillit och bättre relation till det blivande barnet.

Enligt Socialstyrelsens rekommendationer bör hälso- och sjukvården så tidigt som möjligt erbjuda nyblivna mammor med substansbruk intensifierad kontakt i form av återkommande besök, utökat stöd och specialistvård inom ramen för ett samverkansteam.

Det vetenskapliga underlaget för att bedöma effekten av åtgärden är otillräckligt, men enligt beprövad erfarenhet leder den till bättre utveckling hos barnet, till exempel avseende barnets tillväxt, och barnets känslomässiga och kognitiva funktioner.

I Socialstyrelsens rekommendation har vi dessutom vägt in en genomgång av studier, som finns i webbilagan *Metodbeskrivning och kunskapsunderlag*.

➔ **Läs mer** om hur vi har identifierat erfarenhetsbaserad kunskap för rekommendationen i webbilagan *Metodbeskrivning och kunskapsunderlag*.

Bakgrund och fördjupning

I Sverige räknas all konsumtion av alkohol och narkotika⁴⁵ hos gravida som skadligt för fostret och därmed som problematiskt. Detta gäller också vissa läkemedel, även i terapeutiska doser. Konsumtion av dessa substanser kan också vara problematisk för nyförlösta.

Ett pågående substansbruk påverkar även den psykosociala miljön och bidrar i längden till negativa effekter på barnet. Berusning sätter ner föräldraförmågan. Rökning av tobak eller cannabis har dessutom direkt skadlig påverkan på barnets fysiska miljö.

⁴⁵ Vilka substanser som är narkotikaklassade framgår av Läkemedelsverkets föreskrifter (LVFS). Läkemedel kan också vara narkotikaklassade som t.ex. vissa sömnmedel, lugnande medel, smärtstillande och centralstimulerande läkemedel. Om sådana läkemedel används utan läkarrecept, eller i högre doser än vad som ordinerats, är det juridiskt att betrakta som narkotikaanvändning (CAN, 2021).

Risker med alkohol

Alkoholkonsumtion har ett direkt samband med fetalt alkoholsyndrom (FAS), den allvarligaste fetala alkoholskadan, bestående av typiska ansiktsavvikelser tillsammans med tillväxthämning och avvikelser i centrala nervsystemet. *Fetal alcohol spectrum disorder* (FASD), ett paraplybegrepp som inkluderar FAS, omfattar kognitiva och beteendeproblem av olika allvarlighetsgrad samt strukturella avvikelser. Det är känt att riskerna ökar för missfall, dödföddhet, prematur födsel och låg födelsevikt, i synnerhet vid hög konsumtion [272, 273].

Risker med narkotika och läkemedel

Substansbruk kan orsaka låg födelsevikt och hämmad utveckling hos barnet. Detta kan i sin tur leda till kognitiva funktionsstörningar och andra negativa effekter på olika födelseutfall [274-277].

Legalt och illegalt opioidintag ökar risken för ett antal allvarliga komplikationer. Abstinensepisoder under graviditeten kan leda till mekoniumaspiration. Andra komplikationer är moderkaksavlossning, tillväxthämning, intrauterin fosterdöd och förtidsbörd. Det nyfödda barnet riskerar neonatal abstinens och tillväxstörningar. Andra legalt och illegalt använda läkemedel, såsom bensodiazepiner, kan också leda till neonatal abstinens.

Risker med nikotin

För nikotin är det i första hand cigarettrökning som bör undvikas på grund av dess negativa effekter på graviditeten och på fostrets hälsa [278]. Rökare som vill sluta med cigaretter väljer ibland att gå över till ersättningsläkemedel (nikotinplåster eller nikotintuggummi). Fördelen är att man undviker inhalation av toxiska substanser, som exempelvis kolmonoxid, men exponering för nikotin blir ett kvarstående problem som kan ha långtgående negativa effekter. Nikotin som finns i dessa ersättningsmedel är inte godkänd för behandling under graviditeten. Snus under graviditet har också negativ effekt på fostret då det också innehåller nikotin, ibland med kontinuerlig exponering över dygnet.

Socialstyrelsens sedan tidigare befintliga rekommendationer för substansbruk

Intag av alkohol eller vissa läkemedel kan skada det väntade barnet, även om substanserna kanske inte är ett medicinskt problem för den som inte är gravid. Det brådskar om fostret ska skyddas från skadliga substanser, medan den som inte är gravid ofta har relativt gott om tid att reflektera över och välja att ändra ohälsosamma levnadsvanor.

Levnadsvanor som kan skada barnet

Inom ramen för Socialstyrelsen nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor⁴⁶ rekommenderas hälso- och sjukvården att erbjuda rådgivande samtal till

⁴⁶ Notera att riktlinjerna om levnadsvanor kommer att uppdateras 2024. Därefter ersätts den information som lämnas i denna text med den som finns i den uppdaterade versionen.

- gravida som röker
- snusar
- har ett bruk av alkohol [7].

Även kvalificerat rådgivande samtal⁴⁷, som är mer omfattande, rekommenderas vid rökning och vid bruk av alkohol.

Levnadsvanor för ammande och småbarnsföräldrar

För ammande och småbarnsföräldrar gäller samma rekommendationer i riktlinjerna för levnadsvanor som för övriga vuxna (vuxna generellt). Det gäller så väl alkoholkonsumtion som rökning och snusning. Det är viktigt att beakta att föräldrar inte bör vara påverkade av alkohol när de har barnen hos sig.

Upptäcks skadligt bruk av alkohol eller andra substanser först när barnet är fött och inte under graviditeten, behöver kvinnan kvalificerad vård och utökat stöd. Barnet som exponerats under graviditeten behöver bedömas av barnläkare, och en plan behöver läggas för uppföljning under längre tid. Dessutom behöver vårdpersonal som erfar oro att barnet kan fara illa anmäla till socialtjänsten utan dröjsmål. Medförälder med substansproblem kan behöva hänvisas till relevant verksamhet.

➔ **Läs mer:** *De nationella riktlinjerna för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor* innehåller 69 rekommendationer. En detaljerad tillstånds- och åtgärdslista finns att ladda ned från Socialstyrelsens webbplats. Där är det också möjligt att läsa samlad information om samtliga rekommendationer i bilagan *Kunskapsunderlag*. (www.socialstyrelsen.se).

Allmänt om vård och behandling vid beroende

I de populationer som studerades i de vetenskapliga studier som ligger till grund för riktlinjernas rekommendationer om levnadsvanor ingår inte personer med alkoholberoende, därför omfattas personer med alkoholberoende inte av rekommendationerna i dessa riktlinjer.

Rekommendationer om vård och behandling vid alkoholberoende finns i stället i Socialstyrelsens *Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende* [256]. Dessa innehåller rekommendationer om vård och stöd vid substansbruk och beroende och omfattar ett flertal områden, bland annat bedömningsinstrument och medicinska tester. Riktlinjerna innehåller dock inte några specifika rekommendationer för gravida.

Socialstyrelsen gör emellertid bedömningen att vissa medicinska tester påverkas av graviditeten, och vid läkemedelsbehandling behöver nyttan av behandlingen vägas mot risken för fostret. Socialstyrelsen ger inte heller några rekommendationer för psykologisk och psykosocial behandling till gravida med pågående substansbruk, eftersom det saknas vetenskapligt underlag för att rekommendera specifika metoder för gravida.

⁴⁷ Kvalificerat rådgivande samtal har enligt Socialstyrelsens bedömning samma effekt som rådgivande samtal vid dessa två tillstånd, men är mer omfattande.

- ➔ **Läs mer:** Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende – Socialstyrelsen (www.socialstyrelsen.se).

Läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende
Socialstyrelsen har tagit fram ett kunskapsstöd för läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende (LARO) med avsnitt om behandling vid opioidberoende under graviditeten. [279]. Det vanligaste är att kvinnor fortsätter med LARO under och efter graviditeten, för att förebygga komplikationer som hör samman med återfall i substansbruk. Nyfödda till kvinnor med LARO har dock risk för neonatal abstinens, liksom nyfödda som exponerats för opioider i andra former under graviditet.

- ➔ **Läs mer** om opioidberoende under graviditeten i Socialstyrelsens kunskapsstöd Läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende (LARO) – Socialstyrelsen (www.socialstyrelsen.se).
- ➔ **Läs mer** om samverkan, samordning och samarbete kring personer i behov av läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende i Socialstyrelsens kunskapsstöd Läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende (LARO) – Socialstyrelsen (www.socialstyrelsen.se).

Mödrahälsovårdens roll

Liksom all somatisk hälso- och sjukvård är mödrahälsovård frivillig. Mödrahälsovården har hög relevans och stort sett alla gravida förvårdas under sin graviditet.

Mödrahälsovården arbetar i enlighet med det nationella medicinska basprogrammet. Syftet är att förebygga och upptäcka komplikationer under graviditeten samt identifiera riskfaktorer som kan leda till komplikationer [12]. Basprogrammet ingår i nationella styrdokument, framtagna av professionsföreningarna för mödrahälsovårdsöverläkare, samordningsbarnmorskor och samordnande psykologer för mödrahälsovård.

För att snabbt identifiera intag av substanser med fosterskadande effekt, och kunna intervensera för att om möjligt skydda fostret, erbjuder mödrahälsovården ett första besök så tidigt som möjligt i graviditeten. Det gäller substanser som alkohol, tobak och droger samt beroendeframkallande och andra skadliga läkemedel.

Enligt det medicinska basprogrammet för mödrahälsovården ska gravida i tidig graviditet erbjudas följande:

- **Besök hos barnmorska inom en vecka** efter att kontakt tagits med barnmorskemottagning (BMM), inklusive samtal om bruk av alkohol, tobak och droger samt medicinering som kan ha en fosterskadande effekt.
- **Besök hos barnmorska senare** i första trimestern för fördjupad obstetrisk, medicinsk, psykiatrisk och social anamnes, diskussion av övriga levnadsvanor samt provtagning. Anamnesen och provsvaren ligger sedan till grund för bedömning om handläggning enligt basprogrammet, ett annat vårdprogram eller en individuell vårdplan.
- **Läkarbedömning** för gravida med sjukdomar, komplikationer eller risker.

Barnmorskan kan lämpligen föra samtalet i dialogform med hjälp av Motiverande samtal (MI). MI-metoden är en evidensbaserad samtalsmetod för att uppnå beteendeförändringar av levnadsvanor [242]. Under senare år har många barnmorskor utbildats i metoden

Föräldraskapsstöd i grupp⁴⁸

Graviditet, förlossning och att bli förälder är händelser som innebär en stor livsomställning. Händelser som för med sig tankar, funderingar och känslor inför förlossningen, det blivande barnet, amning och föräldraskap – i synnerhet för förstagångsföräldrar.

Till föräldraskapsstöd i grupp hör 2 rekommendationer:

- Föräldraskapsstöd i mindre grupp
- Utbildning, handledning och fortbildning till gruppledaren.

Vi börjar med att presentera rekommendationerna. Därefter följer fördjupande information om detta ämne.

Föräldraskapsstöd i mindre grupp

Föräldraskapsstöd i mindre grupper kan ge många positiva effekter. Bland annat kan det stärka föräldrarnas förmåga att möta barnets behov och underlätta omställningen efter graviditeten och förlossningen.

Rekommendation

Hälso- och sjukvården bör

erbjuda gravida och deras partner eller medförälder föräldraskapsstödjande insatser i mindre grupper tillsammans med andra blivande föräldrar.

Syftet med rekommendationen

Syftet är att öka de blivande föräldrarnas medvetenhet om sina egna resurser och förse dem med problemlösningstrategier som kan stärka deras förmåga att hantera den första tiden efter graviditet och förlossning och den första tiden som förälder [12].

Blivande föräldrars önskemål

Att vara lyhörd för de blivande föräldrarnas önskemål och behov av föräldraskapsstöd är centralt för att kunna anpassa stödets utformning. I det ingår att lyssna in på vilket sätt stödet efterfrågas och anpassa det efter föräldrarnas önskemål. Blivande föräldrar kan ha olika preferenser och

⁴⁸ Socialstyrelsen har inte gjort en hälsoekonomisk analys och inte heller en organisatorisk analys för de föreslagna rekommendationerna i detta avsnitt. Vi gör dock bedömningen att centrala rekommendationer kan komma att medföra utökad tidsåtgång, förändrad organisation och utökad resursåtgång för att kunna följas. Dessa rekommendationer kommer att bli föremål för kommande prioriteringsarbete inom ramen för de nationella riktlinjer som är planerade att redovisas i slutet av 2023 [6].

uppleva att formen inte passar dem. I dessa och liknande situationer kan det vara en fördel om alternativa former erbjuds, som till exempel digitala föreläsningar, interaktiva föreläsningar och digitalt utbildningsmaterial översatt till de vanligast förekommande språken.

Olika former av föräldragrupper inom mödrahälsovården

Vilka former av föräldragrupper som erbjuds förstagångsföräldrar varierar från region till region och kan även variera mellan olika barnmorskemottagningar inom en och samma region [157]. Några erbjuder de blivande föräldrarna möjlighet att delta i mindre sammanhållna grupper med samma deltagare vid ett flertal tillfällen, andra erbjuder storföreläsningar för ett stort antal deltagare eller andra former av föräldraskapsstöd. Även antalet tillfällen som erbjuds varierar, från ett tillfälle upp till 6 tillfällen [24]. Flera mottagningar erbjuder numera temaföreläsningar och flera hänvisar till enbart storgruppsföreläsningar än tidigare år. Föreläsningar i storgrupp erbjuds även på en del kvinnokliniker.

Andelen föräldrar som deltog i föräldragrupper under graviditeten under perioden 2015–2019 minskade, från 70 till 64 procent bland förstföderskor och från 64 till 57 procent hos deras partner [24].

Fördelar med mindre föräldragrupper

Föräldraskapsstöd i mindre grupp kan öka de blivande föräldrarnas medvetenhet om sina egna resurser och förse dem med problemlösningstrategier som kan stärka deras förmåga att hantera den första tiden efter graviditet och förlossning och den första tiden som förälder [12, 280, 281]. Det är ett uppskattat format för många föräldrar som därvid får möjlighet att lyfta egna frågor och eventuella problem och skapa sociala kontakter med andra blivande föräldrar, vilket därmed bidrar till en känsla av ökad trygghet [280, 282].

Det är en fördel om mödrahälsovård och barnhälsovård kan samverka till exempel genom att personal från barnhälsovården deltar vid något möte i grupperna hos mödrahälsovården, och tvärtom; grupperna på så vis skulle hålla samman hela vägen under graviditeten och efteråt när barnet går på BVC. Detta kan emellertid vara svårt i städer där det finns många barnmorskemottagningar och BVC att välja.

Små och sammanhållna föräldragrupper kan ge dessa och andra fördelar:

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

Kompetens och metodik för föräldraskapsstöd i grupp

Grupperna leds av barnmorskan som arbetar på mödrahälsovården. På de platser där mödrahälsovården ingår i familjecentraler underlättas samverkan

mellan olika professioner som kan ge synergieffekter i föräldraskapsstödet [12].

Att vara diskussionsledare är en dynamisk process där handledning och fortbildning är nödvändig. En förutsättning för att uppnå fördelar med gruppen är att det sker ett utbyte mellan föräldrarna och mellan föräldrarna och gruppledaren. Det är därför viktigt att föräldraskapsstöd i grupp ges av en barnmorska med ett pedagogiskt förhållningssätt som leder till reflekterande samtal och utvecklingsprocesser bland deltagarna [283, 284]. Föräldrarna blir mer nöjda med föräldragrupper när barnmorskan är engagerad i gruppdiskussionerna [283, 284].

Studier visar att barnmorskor efterfrågar en utökad pedagogisk kunskap för att kunna skapa en optimal och givande gruppverksamhet för de blivande föräldrarna. [284-286]. Barnmorskan behöver kontinuerlig fortbildning om metodik och pedagogik för att kunna arbeta normkritiskt, jämställt och med ett jämlikt förhållningssätt utifrån föräldrarnas önskemål och behov [12].

Det är vanligt att barnmorskor får handledning i gruppleaderskap av psykologer inom mödrahälsovård eller barnhälsovård.

Innehåll och upplägg för föräldraskapsstöd i grupp

Föräldragrupper ges med regelbundenhet och kan med fördel starta i mitten av graviditeten. En risk med att börja för sent är att den gravida och eventuell partner eller medförälder har en tendens att fokusera mer på förlossningen ju närmre i tid denna ligger. Det kan då vara svårare för de blivande föräldrarna att ta till sig information som rör tiden efter graviditet och förlossning.

Innehållet i föräldragrupperna styrs med fördel av föräldrarnas önskemål. Blivande föräldrar efterfrågar större fokus på föräldraskapet och tiden efter förlossningen som exempelvis barnavård [168, 225, 283, 286-288]. Föräldrar beskriver vikten av att föräldragrupperna diskuterar realistiska förväntningar om tiden efter barnets födelse [169, 285].

Socialstyrelsen (2019) visar att gravida vill ha ett mycket större fokus på förberedelser inför tiden efter förlossningen, och hur man återhämtar sig efter förlossningen. Det är också viktigt med tydlig information om uppföljning och stöd som erbjuds och vart man kan vända sig för vård eller stöd vid behov [2, 3, 28].

När blivande föräldrar har tillgång till förberedelser som ger kunskap och realistiska förväntningar inför förlossningen och den första tiden efter att barnet fötts, kan deras egna resurser att hantera denna period stärkas [289]. Att känna sig förberedd kan bidra till ökad trygghet och en känsla av ökad kontroll. Att föräldrar känner sig mer förberedda kan också ge en bättre start för hela familjen, stärka relationen mellan föräldrarna och mellan föräldrar och barn [169, 210, 224, 225, 284, 290, 291].

Tillgång till professionellt stöd och stöd från partner, medförälder, vänner och sociala nätverk är också betydelsefullt för blivande och nyblivna föräldrar, eftersom det bidrar till ökad trygghet. Genom att erbjuda möjlighet att delta i en föräldragrupp med andra blivande föräldrar skapas förutsättningar för att knyta sociala kontakter med andra i en liknande situation och stärka föräldrarnas sociala nätverk [203, 212, 224, 225, 284, 291].

Det kan också finnas ett värde i att blivande förstagångsföräldrar får ta del av erfarenheter från föräldrar som redan har gått igenom denna period. Exempelvis kan föräldrar med nyfödda barn komma till en föräldragrupp och dela med sig av sina erfarenheter [225, 283-285, 291].

Några förslag på teman att ta upp i föräldragruppen:

- Amning, inklusive svårigheter, amningskomplikationer och strategier för att hantera dessa
- Förlossningens olika faser, smärtlindring, andning och avslappning, stöd från vårdpersonal och partner
- Komplikationer under och efter förlossningen
- Vårdkedjan efter förlossningen: BB-tiden, uppföljning och stöd efter hemgång från BB, eftervårdsbesök, barnhälsovård, EPDS-screening
- Första tiden hemma
- Föräldraskap, omställning, oro, sömn, omhändertagande och skötsel av barnet, förändringar i parrelationen och samarbetsstrategier
- Läkningssprocessen och kroppens återhämtning efter en graviditet och förlossning
- Psykiskt mående, oro.

Riktade föräldragrupper för ett väl anpassat stöd

Blivande föräldrar är inte en homogen grupp. Den som arbetar med föräldraskapsstöd och förberedelser inför den första tiden efter graviditet och förlossning behöver mycket kunskap, men också medvetenhet om vikten av ett respektfullt bemötande. Det kan gälla människors olika syn på familjebildning och föräldraskap, föräldrarnas kulturella och socioekonomiska förutsättningar och olika former av familjebildning. Föräldraskapsstödet behöver anpassas efter föräldrarnas olika situation och behov.

Vissa föräldrar deltar i mindre omfattning i föräldragrupsverksamheten [157, 292]. Verksamheten kan därför behöva anpassas så att innehållet görs mer relevant även för de föräldrar som deltar i lägre utsträckning. Ett sätt kan vara att erbjuda riktade föräldragrupper, exempelvis för

- föräldrar med utländsk bakgrund, språkliga hinder
- socioekonomiskt utsatta föräldrar
- unga föräldrar
- blivande pappor, partners eller medföräldrar
- unga föräldrar
- hbtqi-föräldrar
- ensamstående föräldrar
- omfödelskor och deras partners.
- tvillingföräldrar.

Pappor, partners och medföräldrar: Det kan vara värdefullt för blivande pappor, partners och medföräldrar att delta i grupper som är särskilt riktade till dem. De värdesätter vägledning av erfarna pappor, partners eller medföräldrar, och att få delta i diskussionsgrupper där man kan fokusera på sina egna upplevelser och psykosociala behov. Detta kan vara ett sätt att förbereda sig inför föräldraskapet [225, 291, 293, 294].

Unga föräldrar: Unga vuxna kan känna sig hämmade i grupper där en majoritet av de deltagande kvinnorna skiljer sig från dem själva. Studier tyder på att ungdomar drar nytta av en kombination av individuellt stöd och föräldraskapsstöd i grupp. Stödet bör vara specifikt anpassat för unga vuxna och fortsätta efter födseln [291].

Hbtqi-personer: Allt fler barn blir folkbokförda i familjer med två kvinnor eller två män som är gifta eller har registrerat partnerskap. Enligt RFSL uttrycker många Hbtqi-personer behov av att träffa andra i liknande situation under graviditeten för att skapa gemenskap utifrån att man möter heteronormativitet [49]. Tilliten till sjukvården är ofta lägre bland hbtqi-personer på grund av risken för dåligt bemötande från vårdpersonal och på grund av tidigare negativa erfarenheter av andra människors fördomar och okunskap (MFOF 2022)⁴⁹.

”Regnbågsfamiljer i väntan” är ett nationellt projekt för att möta hbtqi-personers specifika behov under graviditet och tidigt föräldraskap. Syftet är att öka förutsättningarna för en mer inkluderande graviditetsvård. Inom projektet kommer RFSL att

- erbjuda olika former av barnmorskeledda föräldragrupper för hbtqi-personer under graviditeten
- ta fram filmer om att vänta barn och bli förälder som kan visas på föräldraförberedande utbildningar eller föreläsningar för blivande föräldrar oavsett familjekonstellation
- producera kunskapsstöd för yrkesverksamma i vårdkedjan kring graviditet och förlossning [295].

Ensamstående föräldrar: Det kan vara värdefullt för ensamstående blivande mammor att få möjlighet att träffa andra i en liknande situation för att stärka sitt sociala nätverk. Det är en signifikant högre andel ensamstående mammor som känner sig ganska eller mycket oroliga, både under graviditeten och efter förlossningen [3]. Detta talar för att ensamstående, blivande mammor kan behöva mer förberedelse. Det kan vara särskilt värdefullt för dem att få komma i kontakt med andra föräldrar i en liknande situation och stärka sitt sociala nätverk för att känna ökad trygghet. Gruppen är inte enhetlig. Kvinnor som frivilligt valt att bli singelmammor kan ha andra behov än de som blivit oplanerat gravida eller som varit med om separation eller förlust av partner.

Omföderskor, deras partners eller medföräldrar: Ett sätt att göra föräldragrupsverksamheten mer relevant även för omföderskor, deras partner eller medföräldrar är att erbjuda riktade föräldragrupper där innehåll och teman anpassas efter deras specifika situation och behov. Att få fler barn är en stor omställning för föräldrarna, men även för barn som finns i familjen sedan tidigare.

⁴⁹ Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd

Det kan vara både utvecklande och utmanande att bli fler i familjen. Omföderns, deras partners eller medföräldrar kan ha många funderingar inför att få fler barn, både kring det praktiska och det känslomässiga. Det kan handla om hur de ska få plats, hur det påverkar ekonomin, hur det äldre barnet ska reagera och hur det påverkar hur mycket tid de som föräldrar får för varje barn [284, 285, 291, 296].

Blivande föräldrars önskemål: Att vara lyhörd för de blivande föräldrarnas önskemål och behov av föräldraskapsstöd är centralt. I det ingår att lyssna in på vilket sätt stödet efterfrågas och därmed bör utformas. Det kan till exempel vara i grupp, enskilt, fysiskt eller digitalt, alternativt en kombination av dessa. Det viktiga är att fånga upp de behov och önskemål som finns hos de blivande föräldrarna. Pedagogiska verktyg som utvecklas kontinuerligt är till exempel digitala föreläsningar, interaktiva föreläsningar och digitala utbildningsmaterial.

➔ **Läs mer** i *Anpassa stöd och information efter behov*.

Motivering till rekommendationen

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården erbjuda gravida och deras partner eller medförälder föräldraskapsstödande insatser i mindre grupper tillsammans med andra blivande föräldrar.

Det vetenskapliga underlaget för att bedöma effekten av åtgärden är otillräcklig, men enligt beprövad erfarenhet bidrar åtgärden till positiva effekter för blivande föräldrar. Stödet kan till exempel stärka föräldrarnas förmåga och medvetenhet om de egna resurserna att möta barnets behov, underlätta omställningen efter graviditeten och förlossningen samt stärka föräldrarnas sociala nätverk med andra blivande föräldrar i gruppen. Stödet kan också främja amningen.

I Socialstyrelsens rekommendation har vi dessutom vägt in en genomgång av studier om föräldraskapsstödande insatser i grupp, som finns i rapporten *Metodbeskrivning och kunskapsunderlag*.

➔ **Läs mer** om hur vi har identifierat erfarenhetsbaserad kunskap för rekommendationen i webbilagan *Metodbeskrivning och kunskapsunderlag*.

Utbildning, handledning och fortbildning till gruppledaren

Studier visar att barnmorskor efterfrågar en utökad pedagogisk kunskap för att skapa en optimal och givande gruppverksamhet för de blivande föräldrarna.

Rekommendation

Hälso- och sjukvården bör

erbjuda hälso- och sjukvårdspersonal som ska leda föräldraskapsstöd i grupp grundläggande utbildning, handledning och fortbildning i pedagogik och metodik för att leda verksamheten.

Syftet med rekommendationen

Syftet är att ge barnmorskorna bättre möjligheter att anpassa verksamheten efter deltagarnas behov, skapa ett positivt klimat och underlätta delaktighet hos deltagarna.

Fortbildning behövs för att möta föräldrarnas behov

Grupperna leds av barnmorskan som arbetar inom mödrahälsovården, med stöd från arbetsledningen och mödrahälsovårdens enhet eller centrala team [12].

Att vara gruppleddare är en dynamisk process där handledning och fortbildning är nödvändig. Studier visar att barnmorskor efterfrågar en utökad pedagogisk kunskap för att skapa en optimal och givande gruppverksamhet för de blivande föräldrarna [284-286, 297]. Barnmorskan behöver i sitt arbete kunskap och fortbildning om hur hen metodiskt och pedagogiskt utvecklar arbetet utifrån de ämnen som tas upp utifrån föräldrarnas önskemål och behov [12].

Motivering till rekommendationen

Enligt Socialstyrelsens rekommendationer bör hälso- och sjukvården erbjuda hälso- och sjukvårdspersonal som ska leda föräldraskapsstöd i grupp grundläggande utbildning, handledning och fortbildning i pedagogik och metodik för att leda verksamheten.

Det vetenskapliga underlaget för att bedöma effekten av att erbjuda åtgärden är otillräckligt. Men enligt beprövad erfarenhet bidrar åtgärden till ökad kvalitet i stödet och en mer ändamålsenlig gruppverksamhet, till exempel för att bättre kunna anpassa verksamheten efter deltagarnas behov, skapa ett positivt klimat och underlätta delaktighet hos deltagarna.

I Socialstyrelsens rekommendation har vi dessutom vägt in en genomgång av studier som finns i rapporten *Metodbeskrivning och kunskapsunderlag*.

➔ **Läs mer** om hur vi har identifierat erfarenhetsbaserad kunskap för rekommendationen i webbilagan *Metodbeskrivning och kunskapsunderlag*.

Bakgrund och fördjupning

Övergången till föräldraskap beskrivs ofta som en transition, en övergång, som markerar allt som föräldraskapet innebär för livsförändringen, relationer och roller. Den för även med sig andra behov där individen behöver ta till sig ny kunskap och förändra sitt beteende [298]. Inför och under övergången kan många blivande föräldrar behöva stöd för att förbereda sig inför dessa

förändringar, men också inför eventuella förändringar i parrelationen, och den kommande relationen mellan föräldrar och barn.

➔ **Läs mer** om barns rättigheter i *Barnkonventionen stärker barns rättigheter*.

En nationell strategi för stärkt föräldraskapsstöd

Att främja barns hälsa och utveckling är också det syfte som regeringen anger för föräldraraskapsstöd i *En nationell strategi för ett stärkt föräldraskapsstöd* (2018). I denna definieras föräldraskapsstöd så här:

”Föräldraskapsstöd är insatser, aktiviteter och verksamheter riktade till föräldrar som stärker föräldraförmågan och relationen mellan förälder och barn. Det kan handla om att ge föräldrar kunskap om barnets rättigheter, hälsa och utveckling, att stärka föräldrars relation till varandra eller deras sociala nätverk.”

Strategins definition betonar att barns rättigheter ska stå i centrum, och att föräldraskapsstödet ska bidra till ett jämställt föräldraskap och jämlikhet i hälsa. Stödet ska utformas så att det på bästa sätt svarar mot den enskilda individens och familjens behov. Det ska samtidigt identifiera individer med behov av extra stöd. Föräldraskapsstödet kan bidra till ett mer jämställt föräldraskap genom att bemöta föräldrars behov i sin relation till varandra och sin ambition att leva jämställt [299].

Många föräldrar kan känna sig dåligt förberedda

Studier visar att det finns behov av att anpassa mödrahälsovårdens föräldraskapsstöd så att det bättre svarar mot de blivande föräldrarnas önskemål och behov. Upplevelsen av den första tiden som nyblivna föräldrar påverkas bland annat av den information och den förberedelse de fått under graviditeten. När blivande föräldrar får förberedelser som ger kunskap och realistiska förväntningar skapas förutsättningar för ökad trygghet [169, 210, 225, 290].

Genom ändamålsenligt föräldraskapsstöd kan föräldrarna få kunskap om utmaningar eller problem som kan uppstå. Det kan till exempel handla om problem med den egna fysiska eller psykiska hälsan, men också om andra svårigheter, exempelvis när det gäller att komma i gång med amningen. Den information som föräldrarna får kan med fördel innehålla delar som handlar om hur parrelationen kan förändras när man fått barn, något som också efterfrågas av föräldrar [280, 284].

Föräldraskapsstöd inom mödrahälsovården

Mödrahälsovården (MHV) möter så gott som alla föräldrar, vilket innebär unika möjligheter att erbjuda föräldraskapsstöd och fånga upp stödbehov och problem. I mödrahälsovårdens arbete ingår att främja barnets hälsa, inte minst när det gäller god och tidig anknytning till föräldrar eller vårdnadshavare. Genom att partners är delaktiga i samband med graviditet och förlossning skapas också förutsättningar för ett jämställt föräldraskap [284].

Grunden i mödrahälsovårdens arbete är att främja hälsa och utveckling, stärka föräldrarnas förmåga att möta det nyfödda barnet och att förbereda inför förlossningen [12]. I detta arbete ingår såväl generellt som riktat föräldraskapsstöd:

Generellt föräldraskapsstöd: Föräldraskapsstöd ingår i barnmorskans arbete och är en central del av mödrahälsovårdens uppdrag. I *generellt föräldraskapsstöd* ingår stöd i till alla blivande och nyblivna föräldrar:

- förlossningsförberedelse
- föräldraskap
- amning och alternativ uppfödning
- samspel
- levnadsvanor
- parrelationen.

Riktat föräldraskapsstöd: Mödrahälsovården erbjuder även, i varierande omfattning, *riktat stöd* till föräldrar med särskilda behov.

Låt föräldrarnas erfarenheter styra innehållet

Sedan drygt 40 år tillbaka har mödrahälsovården ett långtgående uppdrag från Socialdepartementet: att erbjuda generellt föräldraskapsstöd i föräldragrupper för att föräldrar ska få information och kunskap kring barnets födelse och barnets första levnadsår.

I föräldragrupperna ska föräldrarnas egna erfarenheter styra innehållet, och det är viktigt att de får kontakt med andra föräldrar. Arbetsmetoder och innehåll ska utgå från föräldrars aktiviteter, erfarenhet och deras gemensamma kunskaper (SOU 1978:5; SOU 1980:27).

Föräldraskapsstöd i mindre, sammanhållna grupper erbjuds framför allt förstagångsföräldrar.

➔ **Läs mer** i *Fördelar med mindre föräldragrupper*.

Kontinuerligt professionellt stöd under förlossningen⁵⁰

Kontinuerligt professionellt stöd under förlossningen ingår i den svenska förlossningsvården i dag. Dock har andelen gravida med riskgraviditeter och komplikationer ökat, liksom andelen inductioner. Denna utveckling medför en ökad arbetsbelastning för förlossningspersonalen. Socialstyrelsen vill genom denna rekommendation betona att förutsättningar för kontinuerligt professionellt stöd under förlossningen inte får minska.

⁵⁰ Socialstyrelsen har inte gjort en hälsoekonomisk analys och inte heller en organisatorisk analys för de föreslagna rekommendationerna i detta avsnitt. Vi gör dock bedömningen att centrala rekommendationer kan komma att medföra utökad tidsåtgång, förändrad organisation och utökad resursåtgång för att kunna följas. Dessa rekommendationer kommer att bli föremål för kommande prioriteringsarbete inom ramen för de nationella riktlinjer som är planerade att redovisas i slutet av 2023 [6].

Till kontinuerligt professionellt stöd under förlossningen hos gravida och nyförlösta hör 1 rekommendation:

- Kontinuerligt professionellt stöd

Vi börjar med att presentera rekommendationerna. Därefter följer fördjupande information om detta ämne.

Kontinuerligt professionellt stöd under förlossningen

Kontinuerligt professionellt stöd under förlossningen kan bidra till att öka trygghet och minska oro hos den födande vilket leder till en positiv förlossningsupplevelse på kort och på lång sikt. Det kan bidra till minskat behov av smärtlindring och ett kortare förlossningsförlopp.

Rekommendation

Hälso- och sjukvården bör

i tillägg till kvalificerad obstetrisk vård, så långt som möjligt skapa förutsättningar för kontinuerligt professionellt stöd under förlossningen till de kvinnor som önskar det.

Syftet med rekommendationen

Syftet är att öka känslan av trygghet och delaktighet i beslut hos den födande under förlossningen och bidra till en positiv förlossningsupplevelse.

Strukturerade förberedelser bidrar till en positiv förlossningsupplevelse

Redan under graviditeten bör kvinnan få information om det som kan vara viktigt för att förstå tidiga tecken på att förlossningen startat, förlossningsprocessen och vad hon själv kan göra för att kunna vara delaktig i de beslut som behöver tas inför och under förlossningen.

Strukturerade förberedelseprogram har visat sig bidra till en positiv förlossningsupplevelse i ett långsiktigt perspektiv. Strukturerade förberedelser kan ge en mer positiv förlossningsupplevelse än förberedelse utan sådant innehåll [300]. Förberedelserna kan bland annat innehålla

- information och diskussion kring förlossningens start och process
- en partner eller medförälders roll
- vanliga interventioner
- rädsla inför födseln, det nyfödda barnet och amning
- övergång till föräldraskap
- sexualliv
- konflikter och postnatal depression.

Förlossningsföberedelser med kännedom om interventioner och komplikationer samt stöd under förlossningen har visat sig vara de mest effektiva strategierna för att skapa en positiv förlossningsupplevelse för den födande [301].

I 5 kap. 1 § HSL finns bestämmelser om att all vård ska bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet. Att möta kvinnan med respekt, så att hon kan uppleva att barnmorskan lyssnar på henne, är viktigt i kvinnans förberedelse inför sin förlossning [302, 303]. Det är en stor fördel om förväntningar diskuteras med barnmorskan och dokumenteras vid besöken i mödrahälsovården.

Professionellt stöd under förlossningen

WHO rekommenderar att födande får möjlighet till stöd av hälso- och sjukvårdspersonal under förlossningen genom effektiv kommunikation mellan kvinnan och vårdpersonalen. Vidare rekommenderar WHO att förlossningsvården utformas så att en frisk mor och ett friskt barn uppnås med minsta möjliga ingrepp i förlossningens förlopp [304].

Kontinuerligt professionellt stöd under förlossningen ingår i den svenska förlossningsvården i dag. Dock har andelen gravida med riskgraviditeter och komplikationer ökat, liksom andelen induktioner.

Den enskilda individens önskemål ska uppmärksammas av personal som är empatisk och vänlig [305]. I det ingår att kvinnan möts med respekt och att barnmorskan dels lyssnar på henne, dels kan ge tydliga råd om vad kvinnan kan göra under sin förlossning [301, 302].

För att kvinnan ska kunna vara delaktig i de beslut som tas under förlossningen behöver hon få kontinuerlig information av barnmorskan. Barnmorskan behöver lyssna till kvinnan för att kunna stödja henne i att ta beslut. Delat beslutsfattande mellan kvinnan och barnmorskan kan även involvera kvinnans partner [306].

De flesta kvinnor önskar en förlossning utan interventioner, men varje förlossning är oförutsägbar och kan vara skrämmande. Om kvinnan behöver interventioner som induktion, amniotomi eller farmakologisk smärtlindring kan hon uppnå kontroll genom att vara delaktig i beslutsfattandet [307]. Detta förutsätter ett kontinuerligt stöd av barnmorskan som bygger på en god relation mellan henne och kvinnan i tillägg till den kvalificerade obstetriska vård som kvinnan kan behöva.

I förlossningssituationen kan händelser inträffa då kvinnan vill eller måste förändra de önskemål hon gjort under graviditeten eller i ett tidigare skede under förlossningen. Tillit till barnmorskan sänker tröskeln för att kvinnan ska ge uttryck för sina nya önskemål. Att uppleva kontroll är en viktig faktor som påverkar förlossningsupplevelsen positivt [308].

Smärtlindring under förlossningen

Smärtlindring erbjuds baserat på kvinnans behov och önskemål, efter saklig information.

Att föda barn är en smärtsam fysiologisk process som kvinnor hanterar på olika sätt, med eller utan smärtlindring. En del vill ta hjälp av läkemedel medan andra vill använda andra metoder för att få smärtlindring under sin förlossning [309]. Kvinnor behöver få information om olika smärtlindringsmetoders för- och nackdelar för att kunna göra ett val utifrån sina egna behov och värderingar [310]. Det är viktigt att den födande är förberedd så att inte förlossningssmärtan orsakar oro och rädsla.

Vårdpersonalen har en stark inverkan på den födande kvinnans behov av smärtlindring och vilka val hon gör under förlossningen [304]. Den som ordinerar ett läkemedel ska säkerställa att ordinationen är lämplig med utgångspunkt i patientens behov enligt 6 kap. 2 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:37) om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården.

Närvaro under förlossningen

Redan under graviditeten är det fördelaktigt att kvinnan får möjlighet att framföra önskemål om vilket sorts stöd hon behöver. Utöver det professionella stödet för kvinnan och hennes eventuella partner eller medförälder, kan en annan stödjande person närvara under hela förlossningen om kvinnan önskar det. Till exempel: personer som inte är anställda av sjukhuset och inte har en personlig relation med den födande, såsom doulor [311].

Det har betydelse vad stödpersonerna gör, vad stödet innehåller och vilka egenskaper stödpersonerna har för att det ska bidra till en positiv förlossningsupplevelse [311]. Här följer exempel på vad en stödperson kan göra för att ge kontinuerligt stöd:

- Stötta känslomässigt med kontinuerlig närvaro, bekräftelse och beröm.
- Informera om förlossningens progress.
- Uppmuntra kvinnan till rörelse och att äta och dricka för att må bra och få energi.
- Ge råd och delta aktivt med beröring och massage för att underlätta för kvinnan att hantera smärtor.

Kommunikationen mellan den födande och stödpersonen kräver en god interpersonell relation, ett fungerande samspel av behov, bekräftelse och återkoppling mellan alla inblandade [312]. Kontinuerligt stöd och närvaro under förlossningen bidrar till en mer positiv upplevelse, något som följer kvinnan under lång tid.

Motivering till rekommendationen

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården i tillägg till kvalificerad obstetrisk vård, så långt som möjligt skapa förutsättningar för kontinuerligt professionellt stöd under förlossningen till de kvinnor som önskar det.

Åtgärderna är av avgörande betydelse för att öka trygghet och minska oro hos kvinnan, vilket leder till en positiv förlossningsupplevelse på kort och på lång sikt. Kontinuerligt professionellt stöd under förlossningen kan bidra till minskat behov av smärtlindring och ett kortare förlossningsförlopp. Åtgärderna bidrar till att kvinnan upplever delaktighet i den vård som rör hennes graviditet och förlossning. Åtgärderna talar även för att de kan leda till en ökad andel av förlossningar utan komplikationer. Det finns inga oönskade effekter av stöd till kvinnan under förlossningen.

I Socialstyrelsens rekommendation har vi dessutom vägt in en kartläggning av studier om närvaro och professionellt stöd under förlossningen samt stöd i att hantera förlossningssmärta. Den återfinns i webbilagan *Metodbeskrivning och kunskapsunderlag*.

Bakgrund och fördjupning

Faktorer som kan påverka förlossningsupplevelsen

De aspekter som påverkar kvinnors förlossningsupplevelse ser olika ut i olika delar av världen. Oavsett internationella olikheter så finns det vissa gemensamma faktorer som är viktiga för kvinnors upplevelser:

- tillräckligt stöd
- kontroll och delaktighet
- tillräcklig information.

Att föda i en trygg och säker miljö, praktiskt och känslomässigt stöd från en medföljande person, kompetent och vänlig personal, en känsla av kontroll genom att vara delaktig i beslutsfattande, kontinuitet i vården och stödet och god kommunikation är bland faktorerna som bidrar till en positiv förlossningsupplevelse [307][10]. Uppfyllda förväntningar, att få en normal förlossning utan medicinska interventioner och att föda utan användning av farmakologiska smärtlindringsmetoder är faktorer som också kan bidra till en positiv förlossningsupplevelse [311, 313], liksom att lämna förlossningen frisk och med ett friskt barn.

En negativ förlossningsupplevelse kan däremot ha att göra med oväntade komplikationer eller ingrepp, upplevelse av ohanterlig smärta, känslan av att inte bli lyssnad till och känslan av att inte ha kontroll.

En medvetenhet hos vårdpersonalen om vilka faktorer som kan påverka förlossningsupplevelsen är en förutsättning för ett gott bemötande och förhållningssätt till kvinnan. Detta gäller även i vården av dem som föder via kejsarsnitt och de som genomgår interventioner under förlossningen.

Vikten av god kommunikation

En positiv förlossningsupplevelse handlar inte enbart om att kvinnan ska känna sig väl till mods under själva förlossningsprocessen. Det handlar också om att tidigt skapa förutsättningar för att hon ska kunna känna sig trygg, till exempel, genom att få möjlighet att uttrycka sina tankar kring och förväntningar på förlossningen [307]. Ett led i detta är att tidigt under graviditeten etablera en god kommunikation och att kvinnan får den information om förlossningsprocessen hon behöver för att kunna förbereda sig. Lyhördhet för kvinnans önskemål och behov är en central del av god kommunikation, inte bara under graviditeten utan även när det är tid för förlossning; i detta ingår att lyssna till kvinnan, bekräfta hennes signaler och upplevelser under förlossningen och ge tydliga råd om vad hon kan göra. Det är lika viktigt att kvinnan fått information om att det kan uppstå akuta situationer under en förlossning, som kan föranleda personalen att fokusera på hennes och det väntade barnets medicinska säkerhet.

Kontinuitet och teamarbete, för god vård

Att vänta och föda barn är en livsomvälvande händelse som innefattar många aspekter. Det är ett tillstånd där vanligen friska människor vårdas, med upprepade vårdkontakter och hälsokontroller, utan att vara sjuka.

Vårdkedjan mödrahälsovård–förlossningsvård–eftervård är en av de bäst sammanhållna inom hälso- och sjukvården. Inom svensk standardvård möter

kvinnan och medföräldern två team: 1) en barnmorska eller grupp av barnmorskor under graviditeten och efter hemkomst från förlossningskliniken och 2) en barnmorska eller grupp av barnmorskor under själva förlossningen och de första dagarna därefter. Både inom mödrahälsovården och inom förlossningsvården arbetar barnmorskor i team med eller i samverkan med andra professioner, enligt patientens behov.

Känd barnmorska genom hela vårdkedjan?

En vårdmodell, så kallad *caseload midwifery*, har varit föremål för intensiv debatt i Sverige. Förespråkarna pekar på den ökade trygghet som kan skapas av att kvinnan endast möter för henne kända personer under hela ”graviditetsresan”. Man har framhållit modellen som en möjlighet att skapa mer attraktiva arbetsförhållanden för barnmorskor, som önskar arbeta med *caseload midwifery*. Det har även diskuterats om modellen skulle minska risken för vissa obstetriska och neonatala komplikationer.

De som är tveksamma till modellen har uttryckt oro för försämrad kompetens och teamarbete inom mödrahälsovård respektive förlossningsvård, samt för undanträngningseffekter avseende mödrahälsovårdens övriga uppdrag. Svårigheten att införa modellen utanför storstäderna har framhållits. Det har också framkommit vid enkätundersökning att en minoritet av tillfrågade barnmorskor önskar arbeta enligt modellen.

Remissversionen av detta kunskapsstöd innehöll en svag rekommendation om att, där förutsättningar finns, erbjuda att samma barnmorska eller grupp av barnmorskor, vid behov, följer kvinnan genom graviditet, förlossning och den första tiden efter barnets födelse. En risk- och konsekvensanalys rekommenderades före eventuellt införande av vårdmodellen.

Sedan remissversionen publicerades har en HTA-analys gjorts på uppdrag av Region Västra Götaland och Region Skåne [314]. Slutsatserna blev att det vetenskapliga underlaget för *caseload midwifery* var svagt, att det sannolikt inte finns någon skillnad mellan modellen och svensk standardvård avseende obstetriska och neonatala komplikationer och att det sannolikt är kostnadsdrivande. Studier, helst randomiserade studier i ett svenskt kontext, efterlystes.

I avvaktan på välgjorda studier som jämför svensk standardvård med *caseload midwifery*, samt på att ändamålsenliga risk- och konsekvensanalyser är gjorda, har Socialstyrelsen beslutat att låta rekommendationen utgå.

Projektorganisation

Projektgrupp

Från Socialstyrelsen

Bassam Michel El-Khouri	Projektledare, Socialstyrelsen
Inga-Maj Andersson	Utredare, Socialstyrelsen
Susanne Åhlund	Utredare, Socialstyrelsen
Anders Fejer	Enhetschef, Socialstyrelsen
Anders Berg	Enhetschef, Socialstyrelsen
Emma Lindgren	Utredare, Socialstyrelsen
Emmelie Pettersén Ugglå	Jurist, Socialstyrelsen
Natalia Berg	Informationsspecialist, Socialstyrelsen

Externa

(i alfabetisk ordning)

Michael Algovik	MD, överläkare, Kvinnokliniken Västerviks sjukhus
Ove Axelsson	Seniorprofessor i obstetrik och gynekologi, Uppsala universitet, Uppsala samt överläkare vid kvinnokliniken, Mälarsjukhuset, Eskilstuna
Mia Barimani	Leg barnmorska, professor i reproduktiv, perinatal och sexuell hälsa. Institutionen för Hälsa, Medicin och Vård, Avdelningen för Omvårdnad och Reproductiv Hälsa, Linköpings Universitet
Ingegerd Hildingsson	Leg barnmorska, professor, forskare i reproduktiv hälsa, Uppsala universitet
Anna Hjelmstedt	Leg barnmorska, docent, anknuten till Institutionen för kvinnors och barns hälsa, Karolinska Institutet
Ingela Lundgren	Leg barnmorska, professor emerita i reproduktiv och perinatal hälsa, Göteborgs universitet.

Pamela Massoudi	PhD, leg psykolog, Adjungerad lektor, Psykologiska institutionen, Göteborgs universitet, klinisk lektor, FoU Kronoberg, Region Kronoberg
Katri Nieminen	Överläkare, PhD, Verksamhetschef, Kvinno- kliniken Vrinnevisjukhuset Norrköping, Region Östergötland
Eva Nissen	Professor emerita vid Karolinska Institutet, leg sjuksköterska, leg barnmorska
Ann Olsson	PhD, leg barnmorska
Elisabet Rondung	PhD, Leg. Psykolog, Universitetslektor Mittuniversitetet, Institutionen för psykologi och socialt arbete
Ihsan Sarman	M.D. Barnläkare
Elisabeth Storck Lindholm	Med Dr, mödrahälsovårdsöverläkare och sektionschef på Mödrahälsovårdsenheten Södersjukhuset
Kristin Svensson	PhD, universitetsbarnmorska specialitet amning, Enheten för Reproaktiv Hälsa, Kvinnor och barns hälsa, Karolinska Institutet
Birgitta Wickberg	Docent vid Psykologiska institutionen, Göteborgs universitet, Leg. psykolog

Rekommendationsgrupp

(i alfabetisk ordning efter sjukvårdsregion och efternamn)

Sjukvårdsregion Mellanesverige

Ylva-Li Lindahl	Samordnande barn- morska/vårdutvecklare, Vårdval Primärvård, Region Västmanland. Leg. Barnmorska och fil. magister Ledarskap och organisation
Birgitta Segeblad	Doktorand, Institutionen för kvinnors och PhD, Mödrahälsovårdsöverläkare Akademiska Sjukhuset, Region Uppsala.
Lisa Tångring Wolgast	Leg Psykolog, Specialist i klinisk psykologi, Vårdutvecklare MHV/BHV Region dalarna

Sjukvårdsregion Norra

Charlotta Hed	Samordningsbarnmorska/MHV barn- morska, Region Västernorrland
Anna Meschaks	Specialistläkare Obstetrik och Gynekologi, Mödrahälsovårdsöver- läkare i Region Jämtland Härjedalen
Annika Selberg Lundberg	Enhetschef, leg psykolog, Länsenheten Föräldra- och barnhälsan. Region Norrbotten

**Sjukvårdsregion
Söckholm-Gotland**

Mia Ahlberg

Legitimerad Barnmorska, Medicine
Doktor, Omvårdnadsansvarig barn-
morska på Karolinska
Universitetssjukhuset, Tema
Kvinnohälsa och Hälsoprofessioner.
Vårdsakkunnig för mödrahälsovård
och förlossningsvård i Region
Stockholm

Maja Berling

Leg psykolog för barnhälsovården
samt centrala barnhälsovården

Karin Pettersson

Docent, överläkare, Sektionschef
Graviditet och förlossning, Karolinska
Universitetssjukhuset Huddinge

Sjukvårdsregion Sydöstra

Helena Friede

Leg psykolog, Barnhälsovårdens
psykologienhet, Region Jönköpings
län

Valerie Ståhlberg

Läkarchef och överläkare i obstetrik
och gynekologi, Kvinnokliniken
Vrinnevisjukhuset i Norrköping

Maria Åkerlund

Samordningsbarnmorska,
Kvinnohälsan Norrköping, Region
Östergötland

Sjukvårdsregion Södra

Andreas Herbst

Docent, Överläkare, VO
Kvinnosjukvård, Skånes Universitets-
sjukhus

Gunilla Kristiansson

Barnmorska, BB-Hemma och
Amningsmottagningen,
Barnmorskemottagningen
Rosengård, Malmö

Amanda Wikerstål

Leg psykolog, Mödra- och barn-
hälsovårdens psykologienhet,
centrala bhv-teamet. Region
Kronoberg

Sjukvårdsregion Västra

Joy Ellis

Överläkare och medicinsk rådgivare,
f d mödrahälsovårdsöverläkare,
Regionhälsan, Götorg.

Kerstin Johannesson

Leg psykolog, Psykologienheten för
mödra- och barnhälsovård i Södra
Älvsborg, Västra Götalandsregionen

Veronica Wennberg

Förlossningsbarnmorska, BB Varberg
Hallands Sjukhus

Konsultation

Joy Ellis

Övertäkare och medicinsk rådgivare,
Regionhälsan, Västra Götaland

Kristin Lindblom

Barnhälsovårdsöverläkare Region
Dalarna,
Ordförande Nationell arbetsgrupp
barnhälsovård

Intern referensgrupp

Anastasia Nyman

Tf enhetschef, Socialstyrelsen

Johanna Jupiter

HBQ samordnare, utredare,
Socialstyrelsen

Martina Barnevik Olsson

Medicinskt sakkunnig,
Socialstyrelsen

Annika Höglund

Jurist, Socialstyrelsen

Birgitta Norstedt Wikner

Medicinskt sakkunnig, Socialstyrelsen

Karin Källén

Utredare, Socialstyrelsen

Emma Lindgren

Utredare, Socialstyrelsen

Helena Månsson

Utredare, Socialstyrelsen

Merike Hansson

Utredare, Socialstyrelsen

Andra medverkande

Gunilla Granbom

Redaktör, språkkonsult

Johanna Jupiter

HBQ samordnare, utredare,
Socialstyrelsen

Sara Dahlin

Jämställdhetssamordnare, utredare,
Socialstyrelsen

Maria Stormrud

Pressekreterare, Socialstyrelsen

Johanna Axelsson

Kommunikatör, Socialstyrelsen

Lisa Keskitalo

Informationsspecialist,
Socialstyrelsen

Iwa Wasberg

produktionsledare, Socialstyrelsen

Tiina Laukkanen

Produktionsledare, Socialstyrelsen

Maria Nylén

Produktionsledare, Socialstyrelsen

Mathias Wallin

Jurist, Socialstyrelsen

Sara Johansson

Tf enhetschef (2018), Socialstyrelsen

Referenser

1. Sveriges Kommuner och Regioner. Graviditetsenkäten Resultat per 1 december 2020 – 31 mars 2021. 2021. Hämtad från: <https://rapporter.skr.se/graviditetsenkaten.html>
2. Socialstyrelsen. Vård efter förlossning - en nationell kartläggning av vården till kvinnor efter förlossning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2017. Report No.: 9789175554204.
3. Socialstyrelsen. Stärk förlossningsvården och kvinnors hälsa : slutredovisning av regeringsuppdrag om förlossningsvården och hälso- och sjukvård som rör kvinnors hälsa: Socialstyrelsen; 2019.
4. Haggerty JL, Reid RJ, Freeman GK, Starfield BH, Adair CE, McKendry R. Continuity of care: a multidisciplinary review. Bmj. 2003; 327(7425):1219-21.
5. Socialstyrelsen. Förstudie till kunskapsstöd om förlossningsvård; 2018.
6. Regeringskansliet. Uppdrag till Socialstyrelsen att utarbeta nationella riktlinjer för förlossningsvården [Elektronisk resurs]; 2021.
7. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor : stöd för styrning och ledning. [Stockholm]: Socialstyrelsen; 2018.
8. Socialstyrelsen L, Folkhälsomyndigheten, Konsumentverket. Tio steg som främjar amning baserat på WHO:s Ten steps to successful breastfeeding. 2021. Hämtad 2022-01-18 från: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2021-10-7596.pdf>
9. Socialstyrelsen. Nationellt kunskapsstöd om intrauterin fosterdöd [Elektronisk resurs]; 2021.
10. Socialstyrelsen. Vårdkedjan för barn som behöver neonatalvård och deras familjer : nationella rekommendationer till beslutsfattare och stöd till personal. [Stockholm]: Socialstyrelsen; 2021.
11. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom : stöd för styrning och ledning. [Stockholm]: Socialstyrelsen; 2017.
12. Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi, Barnmorskeförbundet S. Mödrahälsovård, sexuell och reproduktiv hälsa, ARG-rapport, Nr 76. Uppdaterad version 2016. Hämtad från: <https://www.sfog.se/natupplaga/ARG76web4a328b70-0d76-474e-840e-31f70a89eae9.pdf>
13. Svenska Barnmorskeförbundet. Hållbar Livsstil - Barnmorskans samtal om levnadsvanor – en handledning 2021. Hämtad 2022-02-22 från: https://storage.googleapis.com/barnmorskeforbundet-se/uploads/2021/03/Hallbar-livsstil_Barnmorskans-samtal-om-levnadsvanor_2021_version-3.0-1.pdf
14. Björklund U. Förlossningsrädsla, ARG-rapport. Stockholm: Svensk förening för obstetrik och gynekologi; 2017.
15. Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi, Svenska Barnmorskeförbundet, Svenska Neonatalföreningen. CTG-utbildning.se. Hämtad från: <https://ctgutbildning.se/>
16. Svenska Neonatalföreningen, Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi, Svenska Barnmorskeförbundet, Svensk Förening för

- Anestesi och Intensivvård, Riksföreningen för Barnsjuksköterskor. Hjärt-lungräddning av nyfödda barn. Hämtad från: <https://neohlrutbildning.se/>
17. Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi, Svenska Barnmorskeförbundet, Svenska Neonatalföreningen. Bäckebottenutbildning.se. Hämtad från: <https://backebottenutbildning.se/>
 18. World Health Organization. WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience: World Health Organization; 2016. Report No.: 9241549912.
 19. Regeringskansliet. Agenda 2030 och de globala målen för hållbar utveckling. Hämtad 2021-12-29 från: <https://www.regeringen.se/regeringens-politik/globala-malen-och-agenda-2030/17-globala-mal-for-hallbar-utveckling/>
 20. Regeringskansliet. Barnkonventionen. 2020 2022-02-22. Hämtad från: <https://www.regeringen.se/49d199/globalassets/regeringen/dokument/socialdepartementet/barnets-rattigheter/konventionen-om-barnets-rattigheter-svenska-2018.pdf>
 21. Högborg U. Maternal mortality in Sweden: Umeå universitet; 1985.
 22. Socialstyrelsen. Statistik om graviditeter, förlossningar och nyfödda. Medicinska födelseregistret. 2020. Hämtad 2021-12-01 från: <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/statistik/statistikamnen/graviditeter-forlossningar-och-nyfodda/>
 23. Blomberg M. Avoiding the first cesarean section – results of structured organizational and cultural changes. Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica. 2016; 95(5):580-6.
 24. Graviditetsregistret. Graviditetsregistrets Årsrapport 2019. Hämtad 2022-01-25 från: https://www.medscinet.com/gr/uploads/hemsida/dokumentarkiv/Graviditetsregistrets%20%C3%85rsrapport%202019_2.0.pdf
 25. Socialstyrelsen. Statistikdatabas för graviditeter, förlossningar och nyfödda. 2019. Hämtad 2022-02-27 från: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/statistik/2019-9-6378.pdf>
 26. Socialstyrelsen. En indikatorbaserad uppföljning för säker vård : utifrån den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården - agera för säker vård. Stockholm: Socialstyrelsen; 2021.
 27. Sveriges Kommuner och Regioner. Trygg hela vägen. Kartläggning av vården före, under och efter graviditet. 2018. Hämtad 2022-02-01 från: <https://skr.se/skr/tjanster/rapporterochskrifter/publikationer/trygghelavagen.29830.html>
 28. Vårdanalys. Förlösande för kvinnohälsan? En uppföljning av satsningen på kvinnors hälsa. Hämtad 2022 från: <https://www.vardanalys.se/rapporter/forlosande-for-kvinnohalsan/>
 29. Sveriges Kommuner och Regioner. Överenskommelse för att främja kvinnors hälsa. 2022. Hämtad från: <https://skr.se/skr/halsasjukvard/vardochbehandling/forlossningsvardkvinnorshalsa/overenskommelseforattframjakvinnorshalsa.12718.html>
 30. Regeringskansliet. Ökad tillgänglighet och jämlikhet i mödrhälso- och förlossningsvården samt förstärkta insatser för kvinnors hälsa. 2019. Hämtad 2022-02-22 från: <https://www.regeringen.se/overenskommelser->

- och-avtal/2019/12/okad-tillganglighet-och-jamlikhet-i-modrahalso--och-forlossningsvarden-samt-forstarkta-insatser-for-kvinnors-halsa/
31. Sveriges Kommuner och Regioner. Strategier för kvinnors hälsa. 2019. Hämtad 22-02-22 från: <https://skr.se/skr/tjanster/rapporterochskrifter/publikationer/strategierfor-kvinnorshalsa.27659.html>
 32. Vårdanalys. Förlösande för kvinnohälsan? En uppföljning av satsningen på kvinnors hälsa. Rapport 2020:11 2020. Hämtad från: <https://www.vardanalys.se/rapporter/forlosande-for-kvinnohalsan/>
 33. Socialstyrelsen. Agera för säker vård : nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020-2024. Stockholm: Socialstyrelsen; 2020.
 34. Forsetlund L, O'Brien MA, Forsén L, Mwai L, Reinar LM, Okwen MP, et al. Continuing education meetings and workshops: effects on professional practice and healthcare outcomes. Cochrane database of systematic reviews. 2021; (9).
 35. Nationellt centrum för kvinnofrid (NCK). Våld och hälsa: en befolkningsundersökning om kvinnors och mäns våldsutsatthet samt kopplingen till hälsa. Uppsala: Nationellt centrum för kvinnofrid (NCK), Uppsala universitet; 2014.
 36. Gavell Frenzel A. Brott i nära relationer: en nationell kartläggning. Stockholm: Brottsförebyggande rådet (BRÅ); 2014.
 37. Finnbogadóttir H, Dykes A-K, Wann-Hansson C. Prevalence and incidence of domestic violence during pregnancy and associated risk factors: a longitudinal cohort study in the south of Sweden. BMC pregnancy and childbirth. 2016; 16(1):1-10.
 38. Wallenborn JT, Cha S, Masho SW. Association between intimate partner violence and breastfeeding duration: results from the 2004-2014 pregnancy risk assessment monitoring system. Journal of human lactation. 2018; 34(2):233-41.
 39. Capaldi DM, Knoble NB, Shortt JW, Kim HK. A systematic review of risk factors for intimate partner violence. Partner abuse. 2012; 3(2):231-80.
 40. Loeffen MJ, Lo Fo Wong SH, Wester FP, Laurant MG, Lagro-Janssen AL. Are gynaecological and pregnancy-associated conditions in family practice indicators of intimate partner violence? Family practice. 2016; 33(4):354-9.
 41. Pastor-Moreno G, Ruiz-Pérez I, Henares-Montiel J, Escibà-Agüir V, Higuera-Callejón C, Ricci-Cabello I. Intimate partner violence and perinatal health: a systematic review. BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology. 2020; 127(5):537-47.
 42. Socialstyrelsen. Våld: handbok om socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens arbete med våld i nära relationer. Stockholm: Socialstyrelsen; 2015.
 43. Nationellt centrum för kvinnofrid (NCK). Att fråga om våldsutsatthet som en del av anamnesen. Uppsala: Nationellt centrum för kvinnofrid, NCK; 2010.
 44. Socialstyrelsen. Våld: Handbok om socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens arbete med våld i nära relationer. Hämtad 2022-02-22 från: <https://www.medscinet.com/GR/uploads/hemsida/dokumentarkiv/GR%20Årsrapport%202020%203.0.pdf>

45. Socialstyrelsen. Att vilja se, vilja veta och att våga fråga : vägledning för att öka förutsättningarna att upptäcka våldsutsatthet. Stockholm: Socialstyrelsen; 2014.
46. Socialstyrelsen. Socialstyrelsens utredningar av vissa skador och dödsfall 2018–2021. Stockholm: Socialstyrelsen; 2022.
47. Socialstyrelsen. Utvecklingen av diagnosen könsdysfori – Förekomst, samtidiga psykiatriska diagnoser och dödlighet i suicid [Elektronisk resurs]; 2020.
48. Obedin-Maliver J, Makadon HJ. Transgender men and pregnancy. *Obstetric medicine*. 2016; 9(1):4-8.
49. Klittmark S, Nordqvist A, Sandin T, Andersson B. Att bli & vara förälder : ett föräldrastödande material för hbtqi-personer. [Stockholm]: RFSL; 2021.
50. Socialstyrelsen. Assisterad befruktning med donerade könsceller : nationellt kunskapsstöd. Stockholm: Socialstyrelsen; 2016.
51. Appelgren Engström H, Borneskog C, Loeb C, Häggström-Nordin E, Almqvist AL. Associations between heteronormative information, parental support and stress among same-sex mothers in Sweden—A web survey. *Nursing Open*. 2021.
52. Meyer IH. Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: conceptual issues and research evidence. *Psychological bulletin*. 2003; 129(5):674.
53. Munk-Olsen T, Maegbaek M, Johannsen B, Liu X, Howard LM, Di Florio A, et al. Perinatal psychiatric episodes: a population-based study on treatment incidence and prevalence. *Translational Psychiatry*. 2016; 6(10):e919-e.
54. Howard LM, Khalifeh H. Perinatal mental health: a review of progress and challenges. *World Psychiatry*. 2020; 19(3):313-27.
55. Wisner KL, Sit DK, McShea MC, Rizzo DM, Zoretich RA, Hughes CL, et al. Onset timing, thoughts of self-harm, and diagnoses in postpartum women with screen-positive depression findings. *JAMA psychiatry*. 2013; 70(5):490-8.
56. Wickberg B, Bendix M, Wetterholm MB, Skalkidou A. Perinatal mental health around the world: priorities for research and service development in Sweden. *BJPsych International*. 2020; 17(1):6-8.
57. Esscher A, Essen B, Innala E, Papadopoulos FC, Skalkidou A, Sundström-Poromaa I, et al. Suicides during pregnancy and 1 year postpartum in Sweden, 1980–2007. *The British Journal of Psychiatry*. 2016; 208(5):462-9.
58. Stein A, Pearson RM, Goodman SH, Rapa E, Rahman A, McCallum M, et al. Effects of perinatal mental disorders on the fetus and child. *The Lancet*. 2014; 384(9956):1800-19.
59. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. Identifiering av kvinnor med möjliga depressions- och ångestsyndrom under graviditet; 2021. Report No.: 331.
60. Galbally M, Watson SJ, van Ijzendoorn MH, Tharner A, Luijk M, Lewis AJ. Maternal trauma but not perinatal depression predicts infant-parent attachment. *Archives of women's mental health*. 2022; 25(1):215-25.
61. Cox J. Use and misuse of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS): a ten point 'survival analysis'. *Springer*; 2017. s. 789-90.
62. Murray L, Woolgar M, Cooper P. Detection and treatment of postpartum depression. *Community Practitioner*. 2004; 77(1):13.

63. Gilbody S, Sheldon T, House A. Screening and case-finding instruments for depression: a meta-analysis. *Cmaj*. 2008; 178(8):997-1003.
64. Howard LM, Molyneaux E, Dennis C-L, Rochat T, Stein A, Milgrom J. Non-psychotic mental disorders in the perinatal period. *The Lancet*. 2014; 384(9956):1775-88.
65. Whooley MA, Avins AL, Miranda J, Browner WS. Case-finding instruments for depression: Two questions are as good as many. *Journal of general internal medicine*. 1997; 12(7):439-45.
66. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB, Monahan PO, Löwe B. Anxiety disorders in primary care: prevalence, impairment, comorbidity, and detection. *Annals of internal medicine*. 2007; 146(5):317-25.
67. Cox JL, Holden J, Henshaw C. Perinatal mental health: the Edinburgh postnatal depression scale (EPDS) manual: RCPsych publications London; 2014.
68. National Institute for Health and Care Excellence. Antenatal and postnatal mental health. Clinical management and service guidance. National Clinical Guideline 2014 2020. Hämtad från: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg192>
69. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB, Löwe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Archives of internal medicine*. 2006; 166(10):1092-7.
70. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression: development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *The British journal of psychiatry*. 1987; 150(6):782-6.
71. Lydsdottir LB, Howard LM, Olafsdottir H, Thome M, Tyrfingsson P, Sigurdsson JF. The mental health characteristics of pregnant women with depressive symptoms identified by the Edinburgh Postnatal Depression Scale. *The Journal of clinical psychiatry*. 2014; 75(4):11633.
72. Matthey S, Ross-Hamid C. Repeat testing on the Edinburgh Depression Scale and the HADS-A in pregnancy: differentiating between transient and enduring distress. *Journal of affective disorders*. 2012; 141(2-3):213-21.
73. Rubertsson C, Börjesson K, Berglund A, Josefsson A, Sydsjö G. The Swedish validation of Edinburgh postnatal depression scale (EPDS) during pregnancy. *Nordic journal of psychiatry*. 2011; 65(6):414-8.
74. McCabe JE, Wickberg B, Deberg J, Davila RC, Segre LS. Listening Visits for maternal depression: a meta-analysis. *Archives of women's mental health*. 2021; 24(4):595-603.
75. Morrell CJ, Slade P, Warner R, Paley G, Dixon S, Walters SJ, et al. Clinical effectiveness of health visitor training in psychologically informed approaches for depression in postnatal women: pragmatic cluster randomised trial in primary care. *Bmj*. 2009; 338.
76. Bakermans-Kranenburg MJ, Lotz A, Alyousefi-van Dijk K, van IJendoorn M. Birth of a father: Fathering in the first 1,000 days. *Child Development Perspectives*. 2019; 13(4):247-53.
77. Webb R, Uddin N, Ford E, Easter A, Shakespeare J, Roberts N, et al. Barriers and facilitators to implementing perinatal mental health care in health and social care settings: a systematic review. *The lancet Psychiatry*. 2021; 8(6):521-34.
78. Brockington I, Butterworth R, Glangeaud-Freudenthal N. An international position paper on mother-infant (perinatal) mental health,

- with guidelines for clinical practice. *Archives of women's mental health*. 2017; 20(1):113-20.
79. Barnhuset SA. Det späda barnet som anhörig; 2010.
 80. Blomdahl Wetterholm M, Bendix M, Petterson K, Lindefors N. Bättre perinatalpsykiatrisk vård genom integrerat samarbete. *Läkartidningen*. 2018; 115.
 81. Black DW, Grant JE. DSM-5 guidebook : the essential companion to the Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2014.
 82. Micali N, Treasure J, Simonoff E. Eating disorders symptoms in pregnancy: a longitudinal study of women with recent and past eating disorders and obesity. *Journal of psychosomatic research*. 2007; 63(3):297-303.
 83. Gavin NI, Gaynes BN, Lohr KN, Meltzer-Brody S, Gartlehner G, Swinson T. Perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence. *Obstetrics & Gynecology*. 2005; 106(5 Part 1):1071-83.
 84. Vesga-Lopez O, Blanco C, Keyes K, Olfson M, Grant BF, Hasin DS. Psychiatric disorders in pregnant and postpartum women in the United States. *Archives of general psychiatry*. 2008; 65(7):805-15.
 85. 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 obstetrica et gynecologica Scandinavica*. 2006; 85(8):937-44.
 86. Falah-Hassani K, Shiri R, Dennis C-L. The prevalence of antenatal and postnatal co-morbid anxiety and depression: a meta-analysis. *Psychological medicine*. 2017; 47(12):204.
 87. Goodman JH. Postpartum depression beyond the early postpartum period. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*. 2004; 33(4):410-20.
 88. Rubertsson C, Waldenström U, Wickberg B, Rådestad I, Hildingsson I. Depressive mood in early pregnancy and postpartum: prevalence and women at risk in a national Swedish sample. *Journal of reproductive and infant psychology*. 2005; 23(2):155-66.
 89. Hanington L, Heron J, Stein A, Ramchandani P. Parental depression and child outcomes—is marital conflict the missing link? *Child: care, health and development*. 2012; 38(4):520-9.
 90. Osborne S, Biaggi A, Chua T, Du Preez A, Hazelgrove K, Nikkheslat N, et al. Antenatal depression programs cortisol stress reactivity in offspring through increased maternal inflammation and cortisol in pregnancy: The psychiatry research and motherhood–depression (PRAM-D) study. *Psychoneuroendocrinology*. 2018; 98:211-21.
 91. Glover V. Prenatal stress and its effects on the fetus and the child: possible underlying biological mechanisms. *Perinatal programming of neurodevelopment*: Springer; 2015. s. 269-83.
 92. Glover V. Prenatal mental health and the effects of stress on the foetus and the child. Should psychiatrists look beyond mental disorders? *World Psychiatry*. 2020; 19(3):331.
 93. Acosta H, Tuulari J, Kantojärvi K, Lewis J, Hashempour N, Scheinin N, et al. A variation in the infant oxytocin receptor gene modulates infant hippocampal volumes in association with sex and prenatal maternal anxiety. *Psychiatry Research: Neuroimaging*. 2021; 307:111207.

94. Glover V. Maternal depression, anxiety and stress during pregnancy and child outcome; what needs to be done. Best practice & research Clinical obstetrics & gynaecology. 2014; 28(1):25-35.
95. Pearson RM, Evans J, Kounali D, Lewis G, Heron J, Ramchandani PG, et al. Maternal depression during pregnancy and the postnatal period: risks and possible mechanisms for offspring depression at age 18 years. JAMA psychiatry. 2013; 70(12):1312-9.
96. McManus BM, Poehlmann J. Parent–child interaction, maternal depressive symptoms and preterm infant cognitive function. Infant Behavior and Development. 2012; 35(3):489-98.
97. O'Connor E, Senger C, Henninger M, Coppola E, Gaynes B. Interventions to prevent perinatal depression: evidence report and systematic review for the US Preventive Services Task Force. Jama. 2019; 321(6):588-601.
98. Cuijpers P, Franco P, Ciharova M, Miguel C, Segre L, Quero S, et al. Psychological treatment of perinatal depression: a meta-analysis. Psychological Medicine. 2021:1-13.
99. Healthy Human Development Table. Perinatal mental health toolkit for Ontario public health units. Toronto, ON: Queen's Printer for Ontario; 2018.
100. Siu AL, Bibbins-Domingo K, Grossman DC, Baumann LC, Davidson KW, Ebell M, et al. Screening for depression in adults: US Preventive Services Task Force recommendation statement. Jama. 2016; 315(4):380-7.
101. Austin M, Highet N, Group EW. Mental health care in the perinatal period: Australian clinical practice guideline. Centre of Perinatal Excellence. 2017.
102. Austin M-P, Colton J, Priest S, Reilly N, Hadzi-Pavlovic D. The antenatal risk questionnaire (ANRQ): acceptability and use for psychosocial risk assessment in the maternity setting. Women and Birth. 2013; 26(1):17-25.
103. Beck A, Hamel C, Thuku M, Esmaeilisaraji L, Bennett A, Shaver N, et al. Screening for depression among the general adult population and in women during pregnancy or the first-year postpartum: two systematic reviews to inform a guideline of the Canadian Task Force on Preventive Health Care. Systematic reviews. 2022; 11(1):1-21.
104. Furmark C, Neander K. Späd-och småbarnsverksamheter/team i Sverige—en kartläggning. Kalmar: Nationellt kompetenscentrum anhöriga. 2018.
105. Nieminen K, Stephansson O, Ryding EL. Women's fear of childbirth and preference for cesarean section—a cross-sectional study at various stages of pregnancy in Sweden. Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica. 2009; 88(7):807-13.
106. Ternström E, Hildingsson I, Haines H, Rubertsson C. Higher prevalence of childbirth related fear in foreign born pregnant women—Findings from a community sample in Sweden. Midwifery. 2015; 31(4):445-50.
107. Wijma K, Wijma B, Zar M. Psychometric aspects of the W-DEQ; a new questionnaire for the measurement of fear of childbirth. Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology. 1998; 19(2):84-97.
108. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. Förlossningsrädsla, depression och ångest under graviditet: en systematisk översikt och utvärdering av medicinska, hälsoekonomiska,

- sociala och etiska aspekter SBU utvärderar 322 2021. Hämtad 2022-02-22 från: <https://www.sbu.se/322>.
109. Haines H, Pallant JF, Karlström A, Hildingsson I. Cross-cultural comparison of levels of childbirth-related fear in an Australian and Swedish sample. *Midwifery*. 2011; 27(4):560-7.
 110. Hildingsson I, Haines H, Karlström A, Nystedt A. Presence and process of fear of birth during pregnancy—Findings from a longitudinal cohort study. *Women and Birth*. 2017; 30(5):e242-e7.
 111. Haines H, Pallant J, Fenwick J, Gamble J, Creedy D, Toohill J, et al. Identifying women who are afraid of giving birth: a comparison of the fear of birth scale with the WDEQ-A in a large Australian cohort. *Sexual & Reproductive Healthcare*. 2015; 6(4):204-10.
 112. Adams S, Eberhard-Gran M, Eskild A. Fear of childbirth and duration of labour: a study of 2206 women with intended vaginal delivery. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 2012; 119(10):1238-46.
 113. Sydsjö G, Angerbjörn L, Palmquist S, Bladh M, Sydsjö A, Josefsson A. Secondary fear of childbirth prolongs the time to subsequent delivery. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. 2013; 92(2):210-4.
 114. Golmakani N, Gholami M, Shaghghi F, Safinejad H, Kamali Z, Mohebbi-Dehnavi Z. Relationship between fear of childbirth and the sense of cohesion with the attachment of pregnant mothers to the fetus. *Journal of Education and Health Promotion*. 2020; 9.
 115. Nieminen K, Wijma K, Johansson S, Kinberger EK, Ryding EL, Andersson G, et al. Severe fear of childbirth indicates high perinatal costs for Swedish women giving birth to their first child. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. 2017; 96(4):438-46.
 116. Rouhe H, Salmela-Aro K, Toivanen R, Tokola M, Halmesmöki E, Saisto T. Life satisfaction, general well-being and costs of treatment for severe fear of childbirth in nulliparous women by psychoeducative group or conventional care attendance. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*. 2015; 94(5):527-33.
 117. Størksen HT, Garthus-Niegel S, Vangen S, Eberhard-Gran M. The impact of previous birth experiences on maternal fear of childbirth. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*. 2013; 92(3):318-24.
 118. Malmquist A, Jonsson L, Wikström J, Nieminen K. Minority stress adds an additional layer to fear of childbirth in lesbian and bisexual women, and transgender people. *Midwifery*. 2019; 79:102551.
 119. Lukasse M, Schei B, Ryding EL, Group BS. Prevalence and associated factors of fear of childbirth in six European countries. *Sexual & Reproductive Healthcare*. 2014; 5(3):99-106.
 120. O'Connell MA, Leahy-Warren P, Khashan AS, Kenny LC, O'Neill SM. Worldwide prevalence of tocophobia in pregnant women: systematic review and meta-analysis. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*. 2017; 96(8):907-20.
 121. Matinnia N, Faisal I, Hanafiah Juni M, Herjar AR, Moeini B, Osman ZJ. Fears related to pregnancy and childbirth among primigravidae who requested caesarean versus vaginal delivery in Iran. *Maternal and child health journal*. 2015; 19(5):1121-30.
 122. Melender H-L. Experiences of fears associated with pregnancy and childbirth: a study of 329 pregnant women. *Birth: Issues in Perinatal Care*. 2002.

123. Sjögren B. Reasons for anxiety about childbirth in 100 pregnant women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*. 1997; 18(4):266-72.
124. Rouhe H, Salmela-Aro K, Gissler M, Halmesmöki E, Saisto T. Mental health problems common in women with fear of childbirth. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 2011; 118(9):1104-11.
125. O'Connell MA, Khashan AS, Leahy-Warren P, Stewart F, O'Neill SM. Interventions for fear of childbirth including tocophobia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2021; (7).
126. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. Identifiering av traumatiska förlossningsupplevelser. SBU bereder 332 2021. Hämtad 2022-02-22 från: <https://www.sbu.se/332>.
127. Larsson B, Karlström A, Rubertsson C, Hildingsson I. The effects of counseling on fear of childbirth. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*. 2015; 94(6):629-36.
128. Ryding EL, Persson A, Onell C, Kvist L. An evaluation of midwives' counseling of pregnant women in fear of childbirth. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*. 2003; 82(1):10-7.
129. Furuta M, Horsch A, Ng ES, Bick D, Spain D, Sin J. Effectiveness of trauma-focused psychological therapies for treating post-traumatic stress disorder symptoms in women following childbirth: a systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychiatry*. 2018:591.
130. de Graaff LF, Honig A, van Pampus MG, Stramrood CA. Preventing post-traumatic stress disorder following childbirth and traumatic birth experiences: a systematic review. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*. 2018; 97(6):648-56.
131. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. Behandling för kvinnor som lider av psykisk sjukdom efter förlossning [Elektronisk resurs]. SBU; 2021.
132. Alcorn K, O'Donovan A, Patrick J, Creedy D, Devilly G. A prospective longitudinal study of the prevalence of post-traumatic stress disorder resulting from childbirth events. *Psychological medicine*. 2010; 40(11):1849-59.
133. Creedy DK, Shochet IM, Horsfall J. Childbirth and the development of acute trauma symptoms: incidence and contributing factors. *Birth*. 2000; 27(2):104-11.
134. Schobinger E, Stuijzand S, Horsch A. Corrigendum: Acute and Post-traumatic Stress Disorder Symptoms in Mothers and Fathers Following Childbirth: A Prospective Cohort Study. *Frontiers in Psychiatry*. 2022; 13.
135. Schobinger E, Stuijzand S, Horsch A. Acute and post-traumatic stress disorder symptoms in mothers and fathers following childbirth: a prospective cohort study. *Frontiers in psychiatry*. 2020; 11:562054.
136. Soet JE, Brack GA, DiIorio C. Prevalence and predictors of women's experience of psychological trauma during childbirth. *Birth*. 2003; 30(1):36-46.
137. Stramrood CA, Paarlberg KM, Huis In't Veld EM, Berger LW, Vingerhoets AJ, Weijmar Schultz WC, et al. Posttraumatic stress following childbirth in homelike-and hospital settings. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*. 2011; 32(2):88-97.

138. Nystedt A, Hildingsson I. Women's and men's negative experience of child birth—A cross-sectional survey. *Women and Birth*. 2018; 31(2):103-9.
139. Ayers S, Bond R, Bertullies S, Wijma K. The aetiology of post-traumatic stress following childbirth: a meta-analysis and theoretical framework. *Psychological medicine*. 2016; 46(6):1121-34.
140. Delicate A, Ayers S, Easter A, McMullen S. The impact of childbirth-related post-traumatic stress on a couple's relationship: a systematic review and meta-synthesis. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*. 2018; 36(1):102-15.
141. Garthus-Niegel S, Ayers S, Martini J, von Soest T, Eberhard-Gran M. The impact of postpartum post-traumatic stress disorder symptoms on child development: a population-based, 2-year follow-up study. *Psychological medicine*. 2017; 47(1):161-70.
142. Garthus-Niegel S, Horsch A, von Soest T, Haga SM, Drozd F, Ayers S, et al. Posttraumatic stress symptoms following childbirth: associations with prenatal attachment in subsequent pregnancies. *Archives of women's mental health*. 2020; 23(4):547-55.
143. Gottvall K, Waldenström U. Does a traumatic birth experience have an impact on future reproduction? *BJOG: an international journal of obstetrics and gynaecology*. 2002; 109(3):254-60.
144. Ryding EL, Lukasse M, Kristjansdottir H, Steingrimsdottir T, Schei B, Group BS. Pregnant women's preference for cesarean section and subsequent mode of birth—a six-country cohort study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*. 2016; 37(3):75-83.
145. Dencker A, Bergqvist L, Berg M, Greenbrook JT, Nilsson C, Lundgren I. Measuring women's experiences of decision-making and aspects of midwifery support: a confirmatory factor analysis of the revised childbirth experience questionnaire. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2020; 20(1):1-8.
146. Martin CJH, Martin CR. Development and psychometric properties of the Birth Satisfaction Scale-Revised (BSS-R). *Midwifery*. 2014; 30(6):610-9.
147. Grekin R, O'Hara MW. Prevalence and risk factors of postpartum posttraumatic stress disorder: a meta-analysis. *Clinical psychology review*. 2014; 34(5):389-401.
148. Yildiz PD, Ayers S, Phillips L. The prevalence of posttraumatic stress disorder in pregnancy and after birth: A systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*. 2017; 208:634-45.
149. Ayers S, Wright DB, Thornton A. Development of a measure of postpartum PTSD: the city birth trauma scale. *Frontiers in psychiatry*. 2018:409.
150. Sten A, Malmquist, Nieminen, Grunström. Assessment of maternal PTSD following childbirth: Psychometric properties of the Swedish version of City Birth Trauma Scale 2022 Submitted; 2022.
151. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. Förlossningsbristningar Diagnostik samt erfarenheter av bemötande och information. 2021.
152. Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi. Gynop registret. Hämtad 2022-02-22 från: <https://www.sfog.se/start/kvalitet/kvalitetsregister/gynop-registret/>

153. Barimani M, Oxelmark L, Johansson SE, Langius-Eklöf A, Hylander I. Professional support and emergency visits during the first 2 weeks postpartum. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2014; 28(1):57-65.
154. Vikström A, Johansson SE, Barimani M. Postnatal ER visits within 30 days—Pattern, risk factors and implications for care. *Journal of clinical nursing*. 2018; 27(3-4):769-76.
155. Priddis H, Dahlen H, Schmied V. Women's experiences following severe perineal trauma: a meta-ethnographic synthesis. *Journal of advanced nursing*. 2013; 69(4):748-59.
156. Way S. A qualitative study exploring women's personal experiences of their perineum after childbirth: expectations, reality and returning to normality. *Midwifery*. 2012; 28(5):e712-e9.
157. Socialstyrelsen. Föräldrastöd inom hälso- och sjukvård. Stockholm: Socialstyrelsen; 2015.
158. Haroon S, Das JK, Salam RA, Imdad A, Bhutta ZA. Breastfeeding promotion interventions and breastfeeding practices: a systematic review. *BMC public health*. 2013; 13(3):1-18.
159. Lau Y, Htun TP, Tam WS, Klainin-Yobas P. Efficacy of e-technologies in improving breastfeeding outcomes among perinatal women: a meta-analysis. *Maternal & Child Nutrition*. 2016; 12(3):381-401.
160. World Health Organisation. Protecting, promoting and supporting breast-feeding : the special role of maternity services : a joint WHO/UNICEF statement. Geneva: WHO; 1989.
161. Organization WH. Protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services: the revised Baby-friendly Hospital initiative: 2018 implementation guidance: frequently asked questions. 2018.
162. Brockway M, Benzies K, Hayden KA. Interventions to improve breastfeeding self-efficacy and resultant breastfeeding rates: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Human Lactation*. 2017; 33(3):486-99.
163. Organization WH. Implementation guidance: protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services: the revised baby-friendly hospital initiative. 2018.
164. Moore ER, Bergman N, Anderson GC, Medley N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane database of systematic Reviews*. 2016; (11).
165. Aghdas K, Talat K, Sepideh B. Effect of immediate and continuous mother–infant skin-to-skin contact on breastfeeding self-efficacy of primiparous women: a randomised control trial. *Women and birth*. 2014; 27(1):37-40.
166. Widström AM, Lilja G, Aaltomaa-Michalias P, Dahllöf A, Lintula M, Nissen E. Newborn behaviour to locate the breast when skin-to-skin: a possible method for enabling early self-regulation. *Acta paediatrica*. 2011; 100(1):79-85.
167. Rollins NC, Bhandari N, Hajeebhoy N, Horton S, Lutter CK, Martines JC, et al. Breastfeeding 2: why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices. *Lancet*. 2016; 387(10017):491-504.
168. Barimani M, Vikström A. Improving postnatal care in Sweden - Midwives have a key role. *Sex Reprod Healthc*. 2018; 16:78-9.

169. Barimani M, Vikström A, Rosander M, Forslund Frykedal K, Berlin A. Facilitating and inhibiting factors in transition to parenthood—ways in which health professionals can support parents. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2017; 31(3):537-46.
170. Patnode CD, Henninger ML, Senger CA, Perdue LA, Whitlock EP. Primary care interventions to support breastfeeding: updated evidence report and systematic review for the US Preventive Services Task Force. *Jama*. 2016; 316(16):1694-705.
171. Cheng LY, Wang X, Mo PK-h. The effect of home-based intervention with professional support on promoting breastfeeding: a systematic review. *International Journal of Public Health*. 2019; 64(7):999-1014.
172. Lumbiganon P, Martis R, Laopaiboon M, Festin MR, Ho JJ, Hakimi M. Antenatal breastfeeding education for increasing breastfeeding duration. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2016; (12).
173. Kassianos AP, Ward E, Rojas-Garcia A, Kurti A, Mitchell FC, Nostikasari D, et al. A systematic review and meta-analysis of interventions incorporating behaviour change techniques to promote breastfeeding among postpartum women. *Health Psychology Review*. 2019; 13(3):344-72.
174. Shakya P, Kunieda MK, Koyama M, Rai SS, Miyaguchi M, Dhakal S, et al. Effectiveness of community-based peer support for mothers to improve their breastfeeding practices: A systematic review and meta-analysis. *PloS one*. 2017; 12(5):e0177434.
175. Pannaraj PS, Li F, Cerini C, Bender JM, Yang S, Rollie A, et al. Association between breast milk bacterial communities and establishment and development of the infant gut microbiome. *JAMA pediatrics*. 2017; 171(7):647-54.
176. Ballard O, Morrow AL. Human milk composition: nutrients and bioactive factors. *Pediatric Clinics*. 2013; 60(1):49-74.
177. Forster DA, Moorhead AM, Jacobs SE, Davis PG, Walker SP, McEgan KM, et al. Advising women with diabetes in pregnancy to express breastmilk in late pregnancy (Diabetes and Antenatal Milk Expressing [DAME]): a multicentre, unblinded, randomised controlled trial. *The Lancet*. 2017; 389(10085):2204-13.
178. Rikshandboken i barnhälsovård Handmjölkning och koppmatning. Hämtad 2022-01-21 från: <http://www.rikshandboken-bhv.se>
179. Schiff M, Algert CS, Ampt A, Sywak MS, Roberts CL. The impact of cosmetic breast implants on breastfeeding: a systematic review and meta-analysis. *International breastfeeding journal*. 2014; 9(1):1-8.
180. Cheng F, Dai S, Wang C, Zeng S, Chen J, Cen Y. Do breast implants influence breastfeeding? A meta-analysis of comparative studies. *Journal of Human Lactation*. 2018; 34(3):424-32.
181. Kraut RY, Brown E, Korownyk C, Katz LS, Vandermeer B, Babenko O, et al. The impact of breast reduction surgery on breastfeeding: Systematic review of observational studies. *PLoS One*. 2017; 12(10):e0186591.
182. MacDonald T, Noel-Weiss J, West D, Walks M, Biener M, Kibbe A, et al. Transmasculine individuals' experiences with lactation, chestfeeding, and gender identity: a qualitative study. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2016; 16(1):1-17.

183. Livsmedelsverket. Spädbarn. Hämtad 2022-01-21 från: <https://www.livsmedelsverket.se/matvanor-halsa--miljo/kostrad/barn-och-ungdomar/spadbarn#Modersmj%C3%B6lksers%C3%A4ttning>
184. Bowlby J, Wiking P, Risholm Mothander P. En trygg bas : kliniska tillämpningar av anknytningsteorin. Stockholm: Natur & kultur; 2010.
185. Rikshandboken i barnhälsovård. Matintroduktion. Hämtad 2022-01-22 från: www.riskhandboken-bhv.se
186. McFadden A, Gavine A, Renfrew MJ, Wade A, Buchanan P, Taylor JL, et al. Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2017; (2).
187. Victora CG, Bahl R, Barros AJ, França GV, Horton S, Krasevec J, et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. The lancet. 2016; 387(10017):475-90.
188. Horta BL, de Lima NP. Breastfeeding and type 2 diabetes: systematic review and meta-analysis. Current Diabetes Reports. 2019; 19(1):1-6.
189. Rito AI, Buoncristiano M, Spinelli A, Salanave B, Kunešová M, Hejgaard T, et al. Association between characteristics at birth, breastfeeding and obesity in 22 countries: The WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative–COSI 2015/2017. Obesity facts. 2019; 12(2):226-43.
190. Zheng M, Cameron AJ, Birken CS, Keown-Stoneman C, Laws R, Wen LM, et al. Early infant feeding and BMI trajectories in the first 5 years of life. Obesity. 2020; 28(2):339-46.
191. Luan N-N, Wu Q-J, Gong T-T, Vogtmann E, Wang Y-L, Lin B. Breastfeeding and ovarian cancer risk: a meta-analysis of epidemiologic studies. The American journal of clinical nutrition. 2013; 98(4):1020-31.
192. Tørris C, Bjørnnes AK. Duration of lactation and maternal risk of metabolic syndrome: a systematic review and meta-analysis. Nutrients. 2020; 12(9):2718.
193. Baker JL, Gamborg M, Heitmann BL, Lissner L, Sørensen TI, Rasmussen KM. Breastfeeding reduces postpartum weight retention. The American journal of clinical nutrition. 2008; 88(6):1543-51.
194. World Health Organization. International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes. Geneva; 1981.
195. Barimani M, Vikström A. Successful early postpartum support linked to management, informational, and relational continuity. Midwifery. 2015; 31(8):811-7.
196. Fahey JO, Shenassa E. Understanding and meeting the needs of women in the postpartum period: the perinatal maternal health promotion model. Journal of midwifery & women's health. 2013; 58(6):613-21.
197. Taylor J, Johnson M. The role of anxiety and other factors in predicting postnatal fatigue: from birth to 6 months. Midwifery. 2013; 29(5):526-34.
198. Dennis CL, Dowswell T. Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression. Cochrane Database Syst Rev. 2013; (2):Cd001134.
199. Webb DA, Bloch JR, Coyne JC, Chung EK, Bennett IM, Culhane JF. Postpartum physical symptoms in new mothers: Their relationship to functional limitations and emotional well-being. Birth. 2008; 35(3):179-87.
200. Woolhouse H, Gartland D, Perlen S, Donath S, Brown SJ. Physical health after childbirth and maternal depression in the first 12 months

- post partum: results of an Australian nulliparous pregnancy cohort study. *Midwifery*. 2014; 30(3):378-84.
201. Helsloot K, Walraevens M, Van Besauw S, Van Parys A-S, Devos H, Van Holsbeeck A, et al. A systematic approach towards the development of quality indicators for postnatal care after discharge in Flanders, Belgium. *Midwifery*. 2017; 48:60-8.
 202. Malouf R, Henderson J, Alderdice F. Expectations and experiences of hospital postnatal care in the UK: a systematic review of quantitative and qualitative studies. *BMJ open*. 2019; 9(7):e022212.
 203. Nilsson I, Danbjørg DB, Aagaard H, Strandberg-Larsen K, Clemensen J, Kronborg H. Parental experiences of early postnatal discharge: A meta-synthesis. *Midwifery*. 2015; 31(10):926-34.
 204. Waldenström U, Rudman A, Hildingsson I. Intrapartum and postpartum care in Sweden: women's opinions and risk factors for not being satisfied. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*. 2006; 85(5):551-60.
 205. Gamble J, Creedy D. Content and processes of postpartum counseling after a distressing birth experience: a review. *Birth*. 2004; 31(3):213-8.
 206. Rowan C, Bick D, Bastos MHdS. Postnatal debriefing interventions to prevent maternal mental health problems after birth: exploring the gap between the evidence and UK policy and practice. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*. 2007; 4(2):97-105.
 207. Baxter JD, McCourt C, Jarrett PM. What is current practice in offering debriefing services to post partum women and what are the perceptions of women in accessing these services: a critical review of the literature. *Midwifery*. 2014; 30(2):194-219.
 208. Simpson M, Catling C. Understanding psychological traumatic birth experiences: A literature review. *Women and Birth*. 2016; 29(3):203-7.
 209. Gamble J, Creedy D, Moyle W, Webster J, McAllister M, Dickson P. Effectiveness of a counseling intervention after a traumatic childbirth: a randomized controlled trial. *Birth*. 2005; 32(1):11-9.
 210. Wiklund I, Wiklund J, Pettersson V, Boström AM. New parents' experience of information and sense of security related to postnatal care: A systematic review. *Sex Reprod Healthc*. 2018; 17:35-42.
 211. World Health Organization. WHO technical consultation on postpartum and postnatal care: World Health Organization; 2010.
 212. Finlayson K, Crossland N, Bonet M, Downe S. What matters to women in the postnatal period: A meta-synthesis of qualitative studies. *PLoS One*. 2020; 15(4):e0231415.
 213. Walker SB, Rossi DM, Sander TM. Women's successful transition to motherhood during the early postnatal period: A qualitative systematic review of postnatal and midwifery home care literature. *Midwifery*. 2019; 79:102552.
 214. Perriman N, Davis DL, Ferguson S. What women value in the midwifery continuity of care model: a systematic review with meta-synthesis. *Midwifery*. 2018; 62:220-9.
 215. Yonemoto N, Dowswell T, Nagai S, Mori R. Schedules for home visits in the early postpartum period. *Evidence-based child health: a Cochrane review journal*. 2014; 9(1):5-99.
 216. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. Förebyggande av postpartumdepression – Psykosocial och psykologisk profylax mot

- depression efter förlossningen. 2014. Hämtad 2022-02-22 från: https://www.sbu.se/2020_04?pub=44261
217. Dennis CL, Dowswell T. Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression. Cochrane database of systematic reviews. 2013; (2).
 218. Poskus T, Buzinskienė D, Drasutienė G, Samalavicius N, Barkus A, Barisauskiene A, et al. Haemorrhoids and anal fissures during pregnancy and after childbirth: a prospective cohort study. BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology. 2014; 121(13):1666-71.
 219. Woolhouse H, Gartland D, Perlen S, Donath S, Brown SJ. Physical health after childbirth and maternal depression in the first 12 months post partum: results of an Australian nulliparous pregnancy cohort study. Midwifery. 2014; 30(3):378-84.
 220. Sveriges Kommuner och Regioner. Insatser för en stärkt eftervård. 2021. Hämtad 2022-01-22 från: <https://skr.se/skr/tjanster/rapporterochskrifter/publikationer/insatserforen-starktettervard.48759.html>
 221. The Organisation for Economic Co-operation and Development. Length of hospital stay 2020. Hämtad från: <https://data.oecd.org/healthcare/length-of-hospital-stay.htm#indicator-chart>
 222. Declercq ER, Sakala C, Corry MP, Applebaum S, Herrlich A. Major survey findings of Listening to MothersSM III: Pregnancy and Birth. The Journal of perinatal education. 2014; 23(1):9-16.
 223. **Rikshandboken i barnhälsovård** Screening med EPDS för depression hos nyblivna mammor. Hämtad från: <http://www.rikshandboken-bhv.se>
 224. Bäckström C. Professional and social support for first-time mothers and partners during childbearing: Jönköping University, School of Health and Welfare; 2018.
 225. Entsieh AA, Hallström IK. First-time parents' prenatal needs for early parenthood preparation-A systematic review and meta-synthesis of qualitative literature. Midwifery. 2016; 39:1-11.
 226. de Jonge A, de Vries R, Lagro-Janssen AL, Declercq E, Downe S, Hutton EK. The importance of evaluating primary midwifery care for improving the health of women and infants. Frontiers in medicine. 2015; 2:17.
 227. Berg M, Lundgren I. Att stödja och stärka : vårdande vid barnafödande. Lund: Studentlitteratur; 2010.
 228. International confederation of midwives. International code of ethics for midwives. 2014. Hämtad 2022-01-22 från: <https://www.internationalmidwives.org/our-work/policy-and-practice/international-code-of-ethics-for-midwives.html>
 229. Miller S, Abalos E, Chamillard M, Ciapponi A, Colaci D, Comandé D, et al. Beyond too little, too late and too much, too soon: a pathway towards evidence-based, respectful maternity care worldwide. The Lancet. 2016; 388(10056):2176-92.
 230. Svenska Barnmorskeförbundet. Kompetensbeskrivning för legitimerad barnmorska 2018. Hämtad 2022-02-22 från: <https://www.barnmorskeforbundet.se/aktuellt/forbundet/ny-kompetensbeskrivning-for-legitimerad-barnmorska-2/>
 231. Folkhälsomyndigheten. Övervikt och fetma. 2020. Hämtad 22-01-25 från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering->

- statistik/tolkad-rapportering/folkhalsans-utveckling/resultat/halsa/overvikt-och-fetma/.
232. NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC). Worldwide trends in body-mass index, underweight, over-weight, and obesity from 1975 to 2016: a pooled analysis of 2416 population-based measurement studies in 128.9 million children, adolescents, and adults.: Lancet Epub 2017.
 233. World Health Organization. Global Database on Body Mass. Hämtad 2022-01-25 från: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>.
 234. Socialstyrelsen. Övervikt och fetma hos gravida kvinnor [Elektronisk resurs]. 2018. Hämtad 2022-02-22 från: <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20944/2018-4-27.pdf>
 235. Socialstyrelsen. Risker med övervikt och fetma vid graviditet fokus på gravida med ett högt BMI. 2019. Hämtad 2022-02-22 från: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2019-12-6460.pdf>
 236. Cavalcante MB, Sarno M, Peixoto AB, Araujo Junior E, Barini R. Obesity and recurrent miscarriage: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*. 2019; 45(1):30-8.
 237. NICE, Recommendation G. Weight management before, during and after pregnancy 2010. Hämtad 22-01-25 från: <https://www.nice.org.uk/guidance/ph27/chapter/Recommendations#recommendation-1-preparing-for-pregnancy-women-with-a-bmi-of-30-or-more>
 238. Marchi J, Berg M, Dencker A, Olander E, Begley C. Risks associated with obesity in pregnancy, for the mother and baby: a systematic review of reviews. *Obesity Reviews*. 2015; 16(8):621-38.
 239. World Health Organization. Physical activity Hämtad 2022-01-25 från: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>
 240. Livsmedelsverket. Gravida – råd om bra mat. Hämtad 2022-01-25 från: <https://www.livsmedelsverket.se/matvanor-halsa--miljo/kostrad/gravida>
 241. Nyman VM, Prebensen ÅK, Flensner GE. Obese women's experiences of encounters with midwives and physicians during pregnancy and childbirth. *Midwifery*. 2010; 26(4):424-9.
 242. Socialstyrelsen. MI (Motiverande samtal). 2021. Hämtad 22-01-25 från: <https://www.socialstyrelsen.se/utveckla-verksamhet/evidensbaserad-praktik/metodguiden/mi-motiverande-samtal/> .
 243. Soltani H, Duxbury A, Arden MA, Dearden A, Furness PJ, Garland C. Maternal obesity management using mobile technology: a feasibility study to evaluate a text messaging based complex intervention during pregnancy. *Journal of obesity*. 2015; 2015.
 244. Al Wattar BH, Pidgeon C, Learner H, Zamora J, Thangaratinam S. Online health information on obesity in pregnancy: a systematic review. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 2016; 206:147-52.
 245. Muktabhant B, Lawrie TA, Lumbiganon P, Laopaiboon M. Diet or exercise, or both, for preventing excessive weight gain in pregnancy. *Cochrane database of systematic reviews*. 2015; (6).

246. Yumuk V, Frühbeck G, Oppert JM, Woodward E, Toplak H. An EASO position statement on multidisciplinary obesity management in adults. *Obesity facts*. 2014; 7(2):96-101.
247. Göransson M, Magnusson Å, Heilig M. Identifying hazardous alcohol consumption during pregnancy: implementing a research-based model in real life. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*. 2006; 85(6):657-62.
248. Oni HT, Buultjens M, Davis D, Abdel-latif M, Islam MM. Barriers and facilitators in antenatal settings to screening and referral of pregnant women who use alcohol or other drugs: A qualitative study of midwives' experience. *Midwifery*. 2020; 81:102595.
249. Ordean A, Forte M, Selby P, Grennell E. Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment for Prenatal Alcohol Use and Cigarette Smoking: A Survey of Academic and Community Health Care Providers. *Journal of Addiction Medicine*. 2020; 14(4):e76.
250. Burns E, Gray R, Smith LA. Brief screening questionnaires to identify problem drinking during pregnancy: a systematic review. *Addiction*. 2010; 105(4):601-14.
251. Graves L, Carson G, Poole N, Patel T, Bigalky J, Green CR, et al. Guideline No. 405: Screening and counselling for alcohol consumption during pregnancy. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*. 2020; 42(9):1158-73. e1.
252. Chang G. Screening for alcohol and drug use during pregnancy. *Obstetrics and Gynecology Clinics*. 2014; 41(2):205-12.
253. Obstetricians ACo, Gynecologists. At-risk drinking and illicit drug use: ethical issues in obstetric and gynecologic practice. ACOG Committee opinion no. 422. *Obstet Gynecol*. 2008; 112(6):1449-60.
254. Association BM. Alcohol and pregnancy: preventing and managing fetal alcohol spectrum disorders. 2016. Hämtad från: <https://www.bma.org.uk/media/2082/fetal-alcohol-spectrum-disorders-report-feb2016.pdf>
255. World Health Organization. Guidelines for the Identification and Management of Substance Use and Substance Use Disorders in Pregnancy. Geneva; 2014.
256. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende : stöd för styrning och ledning : 2019. Stockholm: Socialstyrelsen; 2019.
257. Petersson K SY, Conner P, Sengpiel V, Storck Lindholm E, Kloow M, Elvander L, Granfors M på uppdrag av Graviditetsregistret. Graviditetsregistrets Årsrapport 2021. . Hämtad 2022-09-22 från: graviditetsregistret.se
258. Sokol RJ, Martier SS, Ager JW. The T-ACE questions: practical prenatal detection of risk-drinking. *American journal of obstetrics and gynecology*. 1989; 160(4):863-70.
259. Manwell LB, Fleming MF, Mundt MP, Stauffacher EA, Barry KL. Treatment of problem alcohol use in women of childbearing age: results of a brief intervention trial. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. 2000; 24(10):1517-24.
260. Waterson E, Murray-Lyon IM. Preventing fetal alcohol effects; a trial of three methods of giving information in the antenatal clinic. *Health Education Research*. 1990; 5(1):53-61.

261. Howlett H, Abernethy S, Brown NW, Rankin J, Gray WK. How strong is the evidence for using blood biomarkers alone to screen for alcohol consumption during pregnancy? A systematic review. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 2017; 213:45-52.
262. McQuire C, Paranjothy S, Hurt L, Mann M, Farewell D, Kemp A. Objective measures of prenatal alcohol exposure: a systematic review. *Pediatrics*. 2016; 138(3).
263. Urbanoski K, Joordens C, Kolla G, Milligan K. Community networks of services for pregnant and parenting women with problematic substance use. *PLoS One*. 2018; 13(11):e0206671.
264. Center for Integrated Health Solutions. SBIRT: Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment 2019. Hämtad 2022-02-22 April, 2011. :[från: <https://www.integration.samhsa.gov/clinical-practice/sbirt>
265. Milligan K, Niccols A, Sword W, Thabane L, Henderson J, Smith A, et al. Maternal substance use and integrated treatment programs for women with substance abuse issues and their children: a meta-analysis. *Substance abuse treatment, prevention, and policy*. 2010; 5(1):1-14.
266. Niccols A, Milligan K, Sword W, Thabane L, Henderson J, Smith A, et al. Maternal mental health and integrated programs for mothers with substance abuse issues. *Psychology of Addictive Behaviors*. 2010; 24(3):466.
267. Niccols A, Milligan K, Smith A, Sword W, Thabane L, Henderson J. Integrated programs for mothers with substance abuse issues and their children: a systematic review of studies reporting on child outcomes. *Child abuse & neglect*. 2012; 36(4):308-22.
268. Metz V, Köchl B, Fischer G. Should pregnant women with substance use disorders be managed differently? *Neuropsychiatry*. 2012; 2(1):29.
269. Lefebvre L, Midmer D, Boyd JA, Ordean A, Graves L, Kahan M, et al. Participant perception of an integrated program for substance abuse in pregnancy. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*. 2010; 39(1):46-52.
270. Ordean A, Kahan M. Comprehensive treatment program for pregnant substance users in a family medicine clinic. *Canadian Family Physician*. 2011; 57(11):e430-e5.
271. Hubberstey C, Rutman D, Schmidt RA, Van Bibber M, Poole N. Multi-service programs for pregnant and parenting women with substance use concerns: women's perspectives on why they seek help and their significant changes. *International journal of environmental research and public health*. 2019; 16(18):3299.
272. Henderson J, Gray R, Brocklehurst P. Systematic review of effects of low-moderate prenatal alcohol exposure on pregnancy outcome. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 2007; 114(3):243-52.
273. Kelly Y, Iacovou M, Quigley M, Gray R, Wolke D, Kelly J, et al. Light drinking versus abstinence in pregnancy-behavioural and cognitive outcomes in 7-year-old children: a longitudinal cohort study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 2013; 120(11):1340-7.
274. Popova S, Lange S, Probst C, Gmel G, Rehm J. Estimation of national, regional, and global prevalence of alcohol use during pregnancy and

- fetal alcohol syndrome: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Global Health*. 2017; 5(3):e290-e9.
275. Calhoun S, Conner E, Miller M, Messina N. Improving the outcomes of children affected by parental substance abuse: a review of randomized controlled trials. *Substance abuse and rehabilitation*. 2015; 6:15.
 276. Gouin K, Murphy K, Shah PS. Effects of cocaine use during pregnancy on low birthweight and preterm birth: systematic review and metaanalyses. *American journal of obstetrics and gynecology*. 2011; 204(4):340. e1-. e12.
 277. Ladhani NNN, Shah PS, Murphy KE, Births KSGoDoPL. Prenatal amphetamine exposure and birth outcomes: a systematic review and metaanalysis. *American journal of obstetrics and gynecology*. 2011; 205(3):219. e1-. e7.
 278. Gould GS, Havard A, Lim LL, Kumar R. Exposure to tobacco, environmental tobacco smoke and nicotine in pregnancy: a pragmatic overview of reviews of maternal and child outcomes, effectiveness of interventions and barriers and facilitators to quitting. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2020; 17(6):2034.
 279. Socialstyrelsen. Läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende, Kunskapsstöd – i hälso- och sjukvård och socialtjänst, [Elektronisk resurs]; 2020.
 280. Koushede V, Brixval CS, Thygesen LC, Axelsen SF, Winkel P, Lindschou J, et al. Antenatal small-class education versus auditorium-based lectures to promote positive transitioning to parenthood–A randomised trial. *PloS one*. 2017; 12(5):e0176819.
 281. Gagnon AJ, Sandall J. Individual or group antenatal education for childbirth or parenthood, or both. *Cochrane database of systematic reviews*. 2007; (3).
 282. Svensson J, Barclay L, Cooke M. The concerns and interests of expectant and new parents: assessing learning needs. *The Journal of Perinatal Education*. 2006; 15(4):18.
 283. Berlin A, Törnkvist L, Barimani M. Content and presentation of content in parental education groups in Sweden. *The Journal of Perinatal Education*. 2016; 25(2):87.
 284. Forslund Frykedal K, Berlin A, Barimani M. Föräldragrupper inom mödra- och barnhälsovård forskning, tillämpning och metoder om ledarskap för välfungerande grupper. Linköping: Linköping University Electronic Press; 2021.
 285. Pålsson P. Antenatal preparation for the early parenthood period. Development and feasibility of an evidence-based programme for antenatal parental preparation: Lund University; 2020.
 286. Fabian HM, Rådestad IJ, Waldenström U. Childbirth and parenthood education classes in Sweden. Women's opinion and possible outcomes. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*. 2005; 84(5):436-43.
 287. Ingegerd Ahldén R, Siw Ahlehagen R, Dahlgren LO, Josefsson A. Parents' expectations about participating in antenatal parenthood education classes. *The Journal of perinatal education*. 2012; 21(1):11.
 288. Bergström M, Kieler H, Waldenström U. A randomised controlled multicentre trial of women's and men's satisfaction with two models of antenatal education. *Midwifery*. 2011; 27(6):e195-e200.

289. Brixval CS, Axelsen SF, Lauemøller SG, Andersen SK, Due P, Koushede V. The effect of antenatal education in small classes on obstetric and psycho-social outcomes-a systematic review. *Systematic reviews*. 2015; 4(1):1-9.
290. Meleis AI, Sawyer LM, Im E-O, Messias DKH, Schumacher K. Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *Advances in nursing science*. 2000; 23(1):12-28.
291. McMillan AS, Barlow J, Redshaw M. Birth and beyond: a review of the evidence about antenatal education: Department of Health; 2009.
292. Graviditetsregistret. Graviditetsregistrets Årsrapport 2017. Hämtad 2021-01-25 från: https://www.medscinet.com/gr/uploads/hemsida/dokumentarkiv/GR_%C3%85rsrapport_2017_4.0.pdf
293. Lau R, Hutchinson A. A narrative review of parental education in preparing expectant and new fathers for early parental skills. *Midwifery*. 2020; 84:102644.
294. Berlin A, Rosander M, Frykedal KF, Törnkvist L, Barimani M. Fatherhood group sessions: A descriptive and summative qualitative study. *Nursing & Health Sciences*. 2020; 22(4):1094-102.
295. RFSL. Regnbågsfamiljer i väntan. 2019. Hämtad 2022-02-22 från: <https://www.rfsl.se/verksamhet/regnbagsfamiljer-i-vantan/i-vantan/>
296. Forslund Frykedal K, Barimani M, Rosander M, Berlin A. Parents' reasons for not attending parental education groups in antenatal and child health care: A qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*. 2019; 28(17-18):3330-8.
297. Forslund Frykedal K, Berlin A, Barimani M. Föräldragrupper inom mödra-och barnhälsovård: Forskning, tillämpning och metoder om ledarskap för välfungerande grupper: Linköping University Electronic Press; 2021.
298. Raphael-Leff J. Psychological processes of childbearing [Elektronisk resurs]. Malmö: MTM; 2021.
299. Regeringskansliet. En nationell strategi för ett stärkt föräldraskapsstöd. 2018. Hämtad från: <https://www.regeringen.se/4a6017/globalassets/regeringen/dokument/socialdepartementet/barnets-rattigheter/en-nationell-strategi-for-ett-starkt-foraldraskapsstod-webb.pdf>
300. Maimburg RD, Væth M, Dahlen H. Women's experience of childbirth—A five year follow-up of the randomised controlled trial “Ready for Child Trial”. *Women and Birth*. 2016; 29(5):450-4.
301. Taheri M, Takian A, Taghizadeh Z, Jafari N, Sarafraz N. Creating a positive perception of childbirth experience: systematic review and meta-analysis of prenatal and intrapartum interventions. *Reproductive health*. 2018; 15(1):1-13.
302. Sarah Beake R, Associate R, Chang Y-S, Helen Cheyne R, Spiby H, RM JS, et al. Experiences of early labour management from perspectives of women, labour companions and health professionals: A systematic review of qualitative evidence. *Midwifery*. 2018; 57:69-84.
303. Coates R, Cupples G, Scamell A, McCourt C. Women's experiences of induction of labour: qualitative systematic review and thematic synthesis. *Midwifery*. 2019; 69:17-28.
304. World Health Organization. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience.; 2018.

305. Renfrew MJ, McFadden A, Bastos MH, Campbell J, Channon AA, Cheung NF, et al. Midwifery and quality care: findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care. *The Lancet*. 2014; 384(9948):1129-45.
306. Berg M, Ólafsdóttir ÓA, Lundgren I. A midwifery model of woman-centred childbirth care–In Swedish and Icelandic settings. *Sexual & Reproductive Healthcare*. 2012; 3(2):79-87.
307. Downe S, Finlayson K, Oladapo O, Bonet M, Gülmezoglu AM. What matters to women during childbirth: a systematic qualitative review. *PloS one*. 2018; 13(4):e0194906.
308. Haines HM, Hildingsson I, Pallant JF, Rubertsson C. The role of women's attitudinal profiles in satisfaction with the quality of their antenatal and intrapartum care. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*. 2013; 42(4):428-41.
309. Smith CA, Levett KM, Collins CT, Armour M, Dahlen HG, Suganuma M. Relaxation techniques for pain management in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2018; (3).
310. Thomson G, Feeley C, Moran VH, Downe S, Oladapo OT. Women's experiences of pharmacological and non-pharmacological pain relief methods for labour and childbirth: a qualitative systematic review. *Reproductive health*. 2019; 16(1):1-20.
311. Bohren MA, Hofmeyr GJ, Sakala C, Fukuzawa RK, Cuthbert A. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane database of systematic reviews*. 2017; (7).
312. Lunda P, Minnie CS, Benadé P. Women's experiences of continuous support during childbirth: a meta-synthesis. *BMC pregnancy and childbirth*. 2018; 18(1):1-11.
313. Ghanbari-Homayi S, Hasani S, Meedya S, Asghari Jafarabadi M, Mirghafourvand M. Nonpharmacological approaches to improve women's childbirth experiences: a systematic review and meta-analysis. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*. 2021; 34(3):479-91.
314. Västra Götalandsregionen - Region Skåne. Nytt och risker med caseload midwifery: samma barnmorsketeam genom graviditet, förlossning och eftervård. HTA-rapport 2022:S1 2022. Hämtad 2022-11-16 från: https://mellanarkiv-offentlig.vgregion.se/alfresco/s/archive/stream/public/v1/source/available/sofia/su4372-1728378332-573/surrogate/2022_S1%20HTA-rapport%20Caseload%20midwifery.pdf
315. Socialstyrelsen. Våld i nära relationer och hedersrelaterat våld : ett utbildningsmaterial för dig som arbetar inom hälso- och sjukvården och tandvården. [Stockholm]: Socialstyrelsen; 2021.
316. Hughes K, Bellis MA, Hardcastle KA, Sethi D, Butchart A, Mikton C, et al. The effect of multiple adverse childhood experiences on health: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Public Health*. 2017; 2(8):e356-e66.
317. Heimer GM. Våldsutsatta kvinnor : samhällets ansvar. Lund: Studentlitteratur; 2019.
318. Västra Götalands Region. Haga mödra- och barnhälsovårdsteamet. Hämtad 2022-02-22 från: https://www.vgregion.se/halsa-och-varld/barnmorskemottagning/hitta-mottagning/goteborg/goteborg-centrum/mbhv_haga/

319. Region Stockholm. Rosenlunds Mödravårdsteam, 2022-02-22. Hämtad från: <https://www.beroendecentrum.se/vard-hos-oss/barnhalsovard-och-modravard/>

Bilaga 1. Tio steg som främjar amning

Nedanstående är baserat på WHO:s revidering 2018.

Grundläggande principer och rutiner

- 1a. Följa den internationella koden om marknadsföring av bröstmjölksersättning och relevanta resolutioner från Världshälsoförsamlingen.
- 1b. Ha ett skriftligt handlingsprogram för spädbarnsnutrition som regelbundet förmedlas till personal och föräldrar.
- 1c. Etablera system för kontinuerlig uppföljning och datahantering.
2. Säkerställa att personalen har kunskap och kompetens samt färdigheter för att främja och stödja amning.

Verksamhetsnära åtgärder

3. Föra en dialog med gravida och deras familjer om hur amning går till samt dess fördelar och betydelse.
4. Främja omedelbar och oavbruten hud-mot-hud kontakt och stödja mödrar att initiera amning genom att följa barnets signaler att söka sig till bröstet efter födseln.
5. Stödja mödrar att initiera och upprätthålla amning och att hantera vanliga svårigheter.
6. Enbart ge bröstmjolk till nyfödda såvida det inte finns medicinska indikationer för annat.
7. Möjliggöra samvård så att föräldrar och deras spädbarn kan vara tillsammans dygnet runt.
8. Stödja föräldrar att känna igen och svara på spädbarnets amningssignaler.
9. Samtala med föräldrar om användning av nappflaska och napp.
10. Verka för att föräldrar och deras spädbarn får tillgång till kontinuerligt stöd och omvårdnad i samband med och efter hemgång.

Vägledning i hur Tio steg som främjar amning kan implementeras

Grundläggande rutiner och principer	Hälso- och sjukvårdens stödjer mödrar och främjar amning genom att	Därför att
1. Vårdgivarens rutiner	• inte uppmuntra till användning av modersmjölksersättning och nappflaskor • ange amning som förstahandsval • följa upp amningsstödet	Rutinerna säkerställer att alla föräldrar och spädbarn erhåller bästa vård
2. Personalens kompetens	utbilda personal som stödjer mödrar att amma utvärdera personalens kunskaper och färdigheter	Personal med god kompetens erbjuder bästa stöd för amning
Tio steg som främjar amning (reviderad 2018)	Tio steg som främjar amning (reviderad 2018)	Tio steg som främjar amning (reviderad 2018)
3. Vård under graviditet	samtala med de blivande föräldrarna om värdet av bröstmjolk och amning för mödrar och spädbarn förbereda modern för att amma sitt barn	De flesta kvinnor som fött barn kan amma med rätt stöd
4. Vård direkt efter födseln	uppmuntra säker och oavbruten hud-mot-hud kontakt direkt efter födseln uppmuntra att barnet själv får söka sig till bröstet och ta tag	Hud mot hud stimulerar barnets rooting-reflex och hjälper amningen att komma igång
5. Stödja till amning	utvärdera om barnet suger kraftfullt Voch rytmiskt med stort tag om bröstet stödja modern att övervinna vanliga amningssvårigheter	Amning är naturligt, men de flesta mödrar behöver stöd i början
6. Tillägg	endast ge bröstmjolk om det inte finns medicinska skäl till annat prioritera bröstmjolk från donatorer när tillägg behövs informera om hur tillägg till bröstmjolk ges på ett amningsfrämjande sätt	Att ge tillägg på BB kan påverka amningen och den egna mjölkproduktionen negativt
7. Samvård	låta föräldrar och spädbarn vara tillsammans dygnet runt se till att föräldrar till sjuka barn ges möjlighet att vara nära barnet	Föräldrar och närstående behöver känna igen och besvara barnets signaler att det vill ammas
8. Amning vid behov	hjälpa föräldrar att förstå när barnet vill ammas stödja till amning så ofta som barnet visar signaler på att vilja amma	Att amma när barnet vill är till fördel för både mor och barn
9. Nappflaskor och nappar	samtala om användning av nappflaskor och napp	Nappanvändning kan försvåra förståelsen för barnets signaler till amning
10. Utskrivning och överrapportering	säkerställa en vårdkedja mellan slutet och öppen vård informera om vart föräldrar kan vända sig för fortsatt stöd	Etablering av amning tar tid.

Källa: Unicef & World Health Organization, WHO. Implementation guidance Protecting, promoting and supporting Breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services: the revised Baby-Friendly Hospital Initiative.

Bilaga 2. Våld I nära relationer och hedersrelaterat våld

Våld i en nära relation, det vill säga våld i en relation där det finns en förväntan om förtroende, är ett allvarligt problem både för individer och samhälle. Våld i nära relationer kan innefatta fysiskt våld, psykiskt våld, sexuellt våld, latent våld, försummelse, digitalt våld, materiellt våld, våld mot den utsattas husdjur och ekonomiskt våld [315]. Våldet mot kvinnor är generellt sett mycket grövre än mot män och det är 10 gånger vanligare att våldsutsatta kvinnor behöver uppsöka hälso- och sjukvården efter en våldshändelse än män. Våldet mot kvinnor är också ofta upprepat och systematiskt, och kvinnor är också mer utsatta för sexuellt våld jämfört med män [35, 36]⁵¹. De barn som lever i en familj där det förekommer våld far illa. Barn som upplever våld utvecklar oftare posttraumatiskt stressyndrom än barn som utsätts för andra former av trauma [315].

Hedersrelaterat våld och förtryck uppstår för att bevara eller återupprätta en familjs eller släkts heder. Hedern anses vara beroende av att kvinnorna i en familj betar sig kyska och inte har sex innan äktenskapet. I sina uttryck kan hedersrelaterat våld många gånger liknar våld i nära relationer, skillnaden är dock att det i regel är ett kollektiv som står bakom våldsutövandet.

Erfarenheter av olika former av våld från en närstående har samband med psykisk och fysisk ohälsa. Ohälsan kan följa med under hela livet om inte våldet upptäcks och den utsatta får rätt vård och stöd [316].

Inte ovanligt med våld i nära relation

Våld i nära relationer förekommer i hög utsträckning. Drygt var femte person i befolkningen, har någon gång i livet varit utsatt för våld i en nära relation [35, 36]. Kvinnor är särskilt utsatta i jämförelse med män – drygt var fjärde kvinna jämfört med var sjätte man har någon gång i sitt liv utsatts för våld i nära relation [36]. Enligt NCK har var femte kvinna och var tjugonde man någon gång i sitt liv utsatts för sexuellt våld [35].

Våld i nära relationer förekommer i alla samhällsklasser, kulturer och åldrar. Också i samkönade relationer. Vanligast är dock att det är en kvinna som utsätts och att den som utövar våldet är en man [35]. Individer som är extra sårbara och löper större risk att utsättas för våld i en nära relation är exempelvis personer med funktionsnedsättning och personer med substansbruk och beroende. Mycket tyder på att också arbetslöshet och ekonomisk utsatthet medför en ökad risk att utsättas för våld i en nära relation [317].

⁵¹ Denna text inkluderar inte området våldsutövare. Perspektivet våldsutövare tas upp i Socialstyrelsens utbildning material. Våld i nära relationer – ett utbildningsmaterial för hälso- och sjukvården <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2021-11-7607.pdf>

Socialstyrelsens arbete mot våld

Den 1 oktober 2014 trädde Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2014:4) om våld i nära relationer i kraft. Inom ramen för Regeringens nationella strategi för att förebygga och bekämpa mäns våld mot kvinnor som pågår 2017–2026 har Socialstyrelsen flera publicerade och pågående uppdrag för att möjliggöra genomförandet av strategin. I november 2021 publicerades bland annat ett utbildningsmaterial om våld i nära relationer och hedersrelaterat våld och förtryck, samt en fördjupad utbildning om hedersrelaterat våld och förtryck. Myndigheten har även inventerat vilken vård som erbjuds flickor och kvinnor som utsatts för könsstympning samt analyserat i vilken utsträckning vården är jämlik i landet. Vidare publicerades en folder för upptäckt av hedersrelaterat våld och förtryck bland barn. I foldern finns information som ger stöd i att upptäcka utsatthet för hedersrelaterat våld och förtryck samt råd för handläggning i sådana fall. Dessa arbeten vänder sig till hälso- och sjukvården.

Bilaga 3. Samverkansmodeller med specialistkompetens inom beroende i Sverige

I landet finns 3 etablerade enheter för mödra- och barnhälsovård med specialistkompetens inom beroende:

- Malmö Spädbarnsteam/Ambulatoriet.
- Haga mödra- och barnhälsovårdsteam i Göteborg [318].
- Rosenlunds mödravårdsteam och Rosenlunds barnhälsovårdsteam i Stockholm [319].

Haga mödra- och barnhälsovårdsteam

Haga mödra- och barnhälsovårdsteam tillhör organisatoriskt mödrahälsovården inom Regionhälsan i Västra Götalandsregionen. Teamet bemannas av barnmorskor, hälso- och sjukvårdskuratorer, BHV-sjuksköterskor, teamassistent, obstetriker, beroendeläkare och barnläkare. Teamet arbetar samlokaliserat.

Varje gravid kvinna får saklig information så att hon kan fatta ett välgrundat beslut om att fullfölja eller avbryta graviditeten. Gravida som fullföljer graviditeten vårdas enligt en individuellt anpassad plan, där täta besök, övervakade drogprover och psykosocial kartläggning alltid ingår som tillägg till mödrahälsovårdens basprogram. Då den psykiatriska samsjukligheten är hög i målgruppen, behövs ofta psykiaterbedömning. Samverkan med socialtjänsten, med återkommande SIP- eller samverkansmöten, behövs i de flesta fall.

Många patienter lotsas till allmänpsykiatriska eller beroendemottagningar, för långsiktig uppföljning och återfallsprevention efter graviditeten.

Patienterna på Haga har kraftigt varierande situation och behov. Medan många har stor social utsatthet och mycket komplex problematik, finns även kvinnor som är självförsörjande och socialt väletablerade. En mindre grupp står på LARO. En annan mindre grupp har inga svårigheter att avstå skadliga substanser, men de har omedvetet exponerat sina väntade barn eftersom graviditeten upptäckts mycket sent.

Vården av de nyfödda och föräldraskapsstödet är också anpassade till varje individ, som tillägg till barnhälsovårdens basprogram. Hembesök och täta besök på mottagningen ingår alltid. Samverkan med Socialtjänsten fortsätter i vissa fall. Principen är att barnen ska övertas av ordinarie BVC efter cirka 6 månader. Barn som exponerats för substanser under graviditeten följs även upp medicinskt av barnläkare fram till 6 års ålder.

Rosenlunds mödravårdsteam och Rosenlunds barnhälsovårdsteam
Rosenlunds mödravårdsteam och Rosenlunds barnhälsovårdsteam tillhör Beroendecentrum i Region Stockholm och har ett länsövergripande uppdrag. Teamen är tvärprofessionella och samlokaliserade med gemensam ledning.

Rosenlunds mödravårdsteam följer ett specialiserat och utökat basprogram med täta uppföljningar i syfte att verka för en nykter och drogfri graviditet. I teamet arbetar barnmorska, kurator, obstetriker, beroendeläkare och psykolog. Rådgivande besök hos barnläkare från Rosenlunds barnhälsovårdsteam erbjuds för information om risker med substansbruk under graviditet. I patientgruppen är samsjukligheten med substansbrukssyndrom och övriga psykiatriska tillstånd vanlig förekommande och vårdprogrammet inkluderar psykiatrisk basutredning, fördjupad neuropsykiatrisk utredning och vid behov även behandlingsinsatser alternativt vidareremittering till psykiatri. Även blivande medförälder erbjuds besök till psykiater/beroendeläkare och vid behov remiss vidare till psykiatri eller annan beroendeenhet. Substitutionsbehandling med LARO under graviditet initieras i förekommande fall. Vid sidan av föräldrautbildning, individuellt eller i grupp, erbjuds även återfallsprevention och patient- och närstående utbildning samt samtal om föräldrablivandet med barnpsykolog från Rosenlunds barnhälsovårdsteam. En noggrann social kartläggning och nära samverkan med Socialtjänsten är ofta nödvändig för att säkerställa och trygga förutsättningarna för en god start i den nya familjen.

Rosenlunds barnhälsovårdsteam bedriver specialiserad barnhälsovård till nyfödda som har exponerats för fosterskadande substanser under fosterlivet alternativt förväntas växa upp i en familj med en historik av substansbruk, psykiatrisk samsjuklighet och social utsatthet hos föräldrarna. I teamet arbetar BHV-sjuksköterska, kurator, psykolog och barnläkare. Verksamheten har ett anpassat och utökat program med täta hembesök och uppföljningar som utgår från det nationella barnhälsovårdsgrammet. Kunskap om föräldrarnas bakgrund är en viktig del av arbetet och en förutsättning för att fortsatt kunna ge ett gott stöd till familjen och en nära samverkan med Socialtjänsten för en långsiktig planering är ofta nödvändigt. Vid 10 månaders ålder sker överföring till lokalt BVC där fortsatt uppföljning sker.