Region Stockholm

5
Yttrande över remiss – Graviditet, förlossning och tiden efter, Nationellt kunskapsstöd för kontinuitet i vårdkedjan och vård på rätt nivå från Socialstyrelsen VKN 2022-0097

Vårdens kunskapsstyrningsnämnd
Hälso- och sjukvårdsförvaltningen
Kunskapsstyrning och -stöd
Ameli Norling

TJÄNSTEUTLÅTANDE VKN 2022-0097
2022-05-24

Vårdens
kunskapsstyrningsnämnd

Yttrande över remiss – Graviditet, förlossning och tiden efter, Nationellt kunskapsstöd för kontinuitet i vårdkedjan och vård på rätt nivå från Socialstyrelsen

Ärendebeskrivning

Socialstyrelsen har tagit fram ett kunskapsstöd med rekommendationer om tiden från graviditet till efter förlossning. Kunskapsstödet vänder sig främst till personal som arbetar inom mödrahälsovård, förlossnings- eller eftervård, men kan även vara ett stöd för beslutsfattare och ansvariga för vårdens utformning. Kunskapsstödet är ett resultat av egeninitierat arbete hos Socialstyrelsen inom området förlossningsvård och kvinnors hälsa. I samband med framtagandet ges regionerna tillfälle att lämna synpunkter på kunskapsstödet.
Denna tjänsteskrivelse utgör Region Stockholms remissvar.

Beslutsunderlag

Hälso- och sjukvårdsdirektörens tjänsteutlåtande
Graviditet, förlossning och tiden efter, Nationellt kunskapsstöd för kontinuitet i vårdkedjan och vård på rätt nivå, remissversion från Socialstyrelsen

Förslag till beslut

Vårdens kunskapsstyrningsnämnd beslutar följande:

Vårdens kunskapsstyrningsnämnd antar hälso- och sjukvårdsdirektörens tjänsteutlåtande som nämndens yttrande och överlämnar det till Socialstyrelsen

Förvaltningens motivering till förslaget

Bakgrund
I Sverige föds ungefär 110 000–120 000 barn varje år. Så gott som alla gravida är inskrivna hos mödrahälsovården och har tillgång till kostnadsfri rådgivning och kontroller hos en barnmorska under graviditeten.

Inom mödrahälsovården finns även läkare som är medicinskt ansvariga och handlägger riskgraviditeter och eventuella komplikationer som tillstöter under graviditeten samt tar ställning till förlossningssätt. Socialstyrelsen har tagit fram ett kunskapsstöd för hela vårdkedjan under graviditet, förlossning och den första tiden då en tidigare kartläggning har visat på brister och stora variationer i graviditets-och förlossningsvården och vården tiden efter förlossning inom landet. Kunskapsstödet innehåller 36 rekommendationer till hälso- och sjukvården. Region Stockholms sakkunniga i området har deltagit i Socialstyrelsens rekommendationsgrupp.

Överväganden
Kunskapsstödet Graviditet, förlossning och tiden efter, Nationellt kunskapsstöd för kontinuitet i vårdkedjan och vård på rätt nivå har en god ansats att bidra till sammanhållen vårdkedja och individualiserad vård. Fler av rekommendationerna är redan införda i Region Stockholm, och andra är på väg att införas. Det är möjligt att följa rekommendationerna inom ramen för nuvarande vårdavtal och kräver inte förändrad organisation. En del rekommendationer kommer kunna kräva förändrade arbetssätt eller utökade resurser/tidsåtgång vid införande i någon mån, dessa listas nedan.

- Att erbjuda psykosocial bedömning till alla gravida under tidig graviditet
- Att 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
- Att erbjuda personal i mödrahälsovården möjlighet till regelbunden professionell konsultation av mödrahälsovårds-psykolog 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
- Att 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
- Att för frågor som berör identifiering av och stöd för förlossningsrädsla hos gravida erbjuda personal inom mödrahälsovården fortbildning och möjlighet till regelbunden konsultation och handledning.

- Att 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.
- Att erbjuda alla kvinnor som fött barn en bedömning av bäckenbotten och eventuell bristning vid efterkontrollen,6–16 veckor postpartum
- Att erbjuda samvård dygnet runt för den nyförlösta, partner eller medförälder och barn.
- Att erbjuda den 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
- Att erbjuda utökat och individanpassat stöd hos barnmorska till gravida med BMI >30 som önskar det
- Att hälso-och sjukvården bör erbjuda rådgivande samtal med en dietist till gravida med BMI >30 som har uttalat behov och önskar det
- Att erbjuda de barnmorskor som ska leda föräldraskapsstöd i grupp grundläggande utbildning, handledning och fortbildning i pedagogik och metodik för att leda verksamheten
- Att där förutsättningar finns, erbjuda kvinnor att samma barnmorska eller grupp av barnmorskor vid behov följer kvinnan genom graviditet, förlossning och den första tiden efter barnets födelse
- Att i tillägg till kvalificerad obstetrisk vård, erbjuda förutsättningar för kontinuerligt professionellt stöd under förlossningen till de kvinnor som önskar det

Svårigheter för införande för dessa är inte vara/icke-vara, utan omfattningen av de förväntade insatserna, och möjligheten till fullständig täckning där indikationen är en bedömningsfråga.

Ekonomiska konsekvenser
Det föreslagna beslutet om remissvar innebär inga ekonomiska konsekvenser. De ekonomiska konsekvenserna av ett införande av kunskapsstödet kan inte tydligt bedömas.

Konsekvenser för patientsäkerhet
Förslaget till beslut om remissvar bedöms inte få några konsekvenser för patientsäkerheten. En implementering av det remitterade kunskapsstödet bedöms kunna få positiva effekter för patientsäkerhet genom spridning av kunskap.

Konsekvenser för jämlik och jämställd vård
Förslaget till beslut om remissvar bedöms inte få några konsekvenser för jämlik och jämställd vård. En implementering av det remitterade kunskapsstödet bedöms kunna få positiva effekter genom större likvärdighet i vården av olika patienter.

Miljökonsekvenser
Vare sig förslaget till beslut om remissvar eller ett införande av det remitterade vårdprogrammet bedöms få några stora miljökonsekvenser.

Administrativa konsekvenser
Förslaget till beslut om remissvar bedöms inte få några administrativa konsekvenser.

Magnus Thyberg
Avdelningschef

Beslutet ska skickas till
Socialstyrelsen

Godkänd av Magnus Thyberg, 2022-05-24

Graviditet, förlossning och tiden efter

Nationellt kunskapsstöd för kontinuitet i vårdkedjan och vård på rätt nivå

Remissversion

Socialstyrelsen

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 2022-4-7808
Publicerad www.socialstyrelsen.se, april 2022

Förord

I detta kunskapsstöd ger Socialstyrelsen rekommendationer som stöd för hela vårdkedjan under graviditet, förlossning och den första tiden efter. Kunskapsstödet med dess rekommendationer vänder sig främst till personal som arbetar inom mödrahälsovård, förlossnings- eller eftervård, men kan även vara ett stöd för beslutsfattare och ansvariga för vårdens utformning.

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

Kunskapsstödet i sin nuvarande form är en remissversion. En slutlig version kommer att färdigställas efter inkomna synpunkter på de rekommendationer och slutsatser som nu finns i stödet, och i anslutning till nationella riktlinjer som Socialstyrelsen tar fram i området.

Socialstyrelsen har i remissversionen inte tagit fram indikatorer för att följa upp och utvärdera rekommendationerna eller en konsekvensanalys för dessa. Vidare ingår inte heller uttryckliga rekommendationer om hur vården ska organiseras inom mödrahälsovård, förlossningsvård och eftervård. Vissa rekommendationer om åtgärder kan komma att medföra utökad tidsåtgång, förändrad organisation eller utökad resursåtgång för att kunna följas. I utvalda delar kommer det därför inför lanseringen av slutversionen, att tas fram indikatorer och konsekvensanalyser inom ramen för det ovan nämnda nationella riktlinjearbetet samt efter inkomna remissynpunkter.

Projektledare för kunskapsstödet har varit Bassam Michel El-Khouri och ansvarig enhetschef Anders Fejer. Medarbetare har varit Inga-Maj Andersson, Emma Lindgren, Susanne Åhlund 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 11
Kort om kunskapsstödets rekommendationer 11
Förlossningsvården är bra men det kan bli ännu bättre 12
Viktigt att hela vårdkedjan fungerar 12
Individualiserad vård 12
Kontinuerligt lärande 13
Kunskapsstödet är en del av en helhet. 13
Om Kunskapsstödet 14
Behov av nationellt kunskapsstöd 14
Avgränsningar 15
Förlossningssätt 17
Benämningen kvinna 17
Kunskapsstödet i relation till pågående nationella riktlinjearbete på Socialstyrelsen 17
Om rekommendationerna 17
Rekommendationerna kan medföra förändringar 18
Kunskapsstöd för mödrahälsovården, förlossnings- och eftervården 19
Fokus på kontinuitet 19
Flera aktörer har bidragit till kunskapsstödet 19
Så här hittar du i kunskapsstödet 20
Kompletterande kunskapsstöd 21
Från Socialstyrelsen 21
Från andra aktörer 22
WHO:s rekommendation om en positiv upplevelse 23
Nationell strategi för sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter 24
Viktigt i mötet med blivande och nyblivna föräldrar 24
Våld i nära relationer och hedersrelaterat våld 24
Ett jämställdhetsperspektiv gynnar barn och föräldrar 26
Kunskap om olika könsidentiteter 27
Ta hänsyn till särskilda behov hos samkönade par och ensamstående 28
Anpassa stöd och information efter behov 28
Kunskapsstödet bidrar till FN:s Agenda 2030 och barnkonventionen 29
Barnkonventionen stärker barn rättigheter 29
Vården i Sverige under och efter graviditet 30
Mödrahälsovård 30

Förlossningsvård 30
Eftervård 31
Regionala skillnader i Sveriges förlossningsvård 31
Nationella insatser och satsningar 32
Strategier för kvinnors hälsa 32
Mödrahälsovård och eftervård i Norden 33
Andra vårdmodeller 33
Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet 34
Kunskap och kompetens 34
Lagar och författningar 35
Yrkesetik och värdegrund 35
Psykisk ohälsa och psykiska sjukdomstillstånd under graviditet 36
Inledning 36
Samsjuklighet 37
Förekomst 37
Riskfaktorer 37
Följder 38
Förebyggande insatser 39
Psykologisk behandling 39
Systematisk identifiering av depression och ångest 39
Förutsättningar för strukturerad identifiering 41
Specialistteam för allvarlig psykisk sjukdom under graviditet och post partum och för samspelssvårigheter med barnet 41
Rekommendationer 42
Strukturerat anamnestagande för identifiering av tidigare eller pågående måttlig till allvarlig psykisk sjukdom 42
Strukturerad identifiering av trolig depression och ångesttillstånd 44
Psykosocial bedömning 49
Konsultation av psykolog och multiprofessionell samverkan inom mödrahälsovården 52
Specialistteam 54
Utbildning och fortbildning 57
Förlossningsrädsla och traumatiska förlossningsupplevelser 60
Förlossningsrädsla - inledning 60
Konsekvenser av förlossningsrädsla 60
Sårbarhetsfaktorer och samsjuklighet 61
Identifiering och bedömning 61
Evidensläget gällande behandling av förlossningsrädsla 62
Identifiering och stöd i svensk kontext 62
Vilka tar del av stödet i dag? 63
Samverkan mellan yrkesgrupper och verksamheter 63

Traumatiska förlossningsupplevelser - inledning 64
Riskfaktorer för traumatiska förlossningsupplevelser 64
Traumatiska förlossningsupplevelser hos partners 65
Konsekvenser av traumatisk förlossningsupplevelse 65
Identifiering av traumatiska förlossningsupplevelser 65
Stöd och behandling vid traumatiska förlossningsupplevelser 66
Rekommendationer 67
Identifiering av oro hos gravida 67
Kartläggning av förlossningsrädsla hos förlossningsrädda gravida 69
Stöd och behandling vid förlossningsrädsla 71
Fortbildning, konsultation och handledning till personal 73
Förlossningsbristningar – diagnostik, information och uppföljning 75
Förekomst av förlossningsbristningar 75
Kvinnors hälsa i relation till förlossningsbristningar 75
Upplevelsen av en förlossningsbristning 76
Relevanta arbeten från andra aktörer 76
Rekommendationer 77
Samtal och förlossningsplanering vid ökad risk 77
Samtal och förlossningsplanering för gravida med kvarstående besvär 78
Bedövning, diagnostik och suturering av förlossningsbristningar 79
Uppföljande undersökning första veckan efter förlossningen och tidigt samtal 81
Gynekologisk undersökning vid efterkontrollen 84
Hänvisning till rätt instans 85
Amning och uppfödning 87
Stöd i arbetet med amning och uppfödning 87
Utvecklingen i Sverige 87
Bröstmjölk och bröstmjölksersättning 88
Bröstmjölkens skyddseffekter 88
Höga krav på informationen enligt Socialstyrelsens föreskrifter 89
Bröstmjölksersättning – bara när det verkligen behövs 89
Rekommendationer 90
Reflekterande samtal 90
Hud-mot-hudkontakt 92
Amningsstöd 94
Tillmatning och alternativ uppfödning 96
Vård efter graviditet och förlossning 101
Brister i vården efter förlossningen 101
Sverige har bland de kortaste vårdtiderna 101

Vanligt med fysiska och psykiska besvär samt oro bland nyblivna mammor 102
Postnatalperioden – anpassning och omställning 102
Betydelsen av en positiv upplevelse 102
Barnmorskans roll 103
Rekommendationer 103
Uppföljning och stöd efter förlossningen 103
En familjecentrerad vård på BB 105
Vårdtid på sjukhuset/BB i samråd med föräldrarna 106
Samtal om förlossningsupplevelsen 107
Uppföljning och stöd efter hemgång från sjukhuset 109
Strukturerad första bedömning av vårdbehov 111
Fetma under graviditet 113
Inledning 113
Konsekvenser av övervikt och fetma på kvinnan, fostret och barnet 113
Att förebygga övervikt och fetma innan graviditeten 114
Ökad vårdkonsumtion under graviditeten 114
Förlossningsutfall och komplikationer 115
Amningsperioden 115
Interventioner under graviditeten för att förebygga komplikationer 116
Gott bemötande 116
Graviditetsövervakning och kontroller 116
Multidisciplinärt team 116
Stöd via webben 117
Komplikationer som kan drabba gravida med fetma 117
Stötta genom att följa kvinnan genom graviditeten 118
Planera förlossningen i god tid 119
Rekommendationer 119
Utökat stöd under graviditeten 119
Kostrådgivning 122
Substansbruk hos gravida och nyförlösta 125
Inledning 125
Socialstyrelsens befintliga rekommendationer för substansbruk 126
Levnadsvanor 126
Allmänt om vård och behandling vid beroende 127
Läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende 127
Mödrahälsovårdens roll 127
Rekommendationer 128

Rutinmässig identifiering av substansbruk och skadligt bruk hos gravida ... 128
Tidig specialistvård och stöd från ett multidisciplinärt samverkansteam ... 131
Föräldraskapsstöd i grupp ... 136
Föräldraskapsstöd i samband med graviditet ... 136
Barnkonventionen ... 136
En nationell strategi för stärkt föräldraskapsstöd ... 136
Föräldrar känner sig dåligt förberedda ... 137
Föräldraskapsstöd inom mödrahälsovården ... 137
Rekommendationer ... 138
Föräldraskapsstöd i mindre grupp ... 138
Utbildning, handledning och fortbildning till gruppledaren ... 144
Kontinuitet för en positiv förlossningsupplevelse ... 145
Faktorer som påverkar förlossningsupplevelsen ... 145
En positiv förlossningsupplevelse ... 145
Relationen mellan barnmorskan och den gravida är central ... 146
Multiprofessionell kunskap och kompetens är viktig ... 147
Vården i Sverige under och efter graviditeten ... 147
Mödrahälsovård ... 147
Förlossningsvård ... 147
Eftervård ... 148
Kartläggningar pekar på brister i Sveriges förlossningsvård ... 148
Vårdformer för förlossningsvård – ett internationellt perspektiv ... 148
Differentierad vård ... 149
Vårdformer med kontinuitet ... 149
Alternativa vårdformer i Sverige ... 149
Rekommendationer ... 150
Känd barnmorska genom hela vårdkedjan ... 150
Kontinuerligt professionellt stöd ... 153
Projektorganisation ... 158
Projektgrupp ... 158
Rekommendationsgrupp ... 159
Intern referensgrupp ... 161
Andra medverkande ... 161
Referenser ... 162
Bilaga. Tio steg som främjar amning ... 185

Sammanfattning

Kunskapsstödet spänner över tiden från tidig graviditet till efter förlossning. Det ger rekommendationer till 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, fetma under graviditeten, substansbruk, föräldraskapsstöd i grupp och kontinuitet för en positiv förlossningsupplevelse. Ytterligare ett område, traumatiska förlossningsupplevelser, avhandlas i löptext dock utan att några rekommendationer ges.

Kort om kunskapsstödets rekommendationer

Sammanlagt ger Socialstyrelsen i kunskapsstödet 36 rekommendationer till hälso- och sjukvården. Flertalet adresserar identifiering av vårdbehov och hälsoproblem och eventuell remittering (psykisk ohälsa och psykiska sjukdomstillstånd under graviditet och efter förlossning, förlossningsrädsla, förlossningsbristningar, vård efter graviditet och förlossning och substansbruk hos gravida och nyförlösta), samt stöd och behandling anpassat efter behov, till exempel i form av reflekterande eller rådgivande samtal mellan kvinnan och vårdpersonalen (förlossningsbristningar, amning och uppfödning, vård efter graviditet och förlossning, fetma under graviditet).

Andra rekommendationer fokuserar på uppföljning (förlossningsbristningar, vård efter förlossning och substansbruk hos gravida och nyförlösta) och åtgärder som bidrar till ökad trygghet hos föräldrarna (vård efter förlossning och föräldraskapsstöd i gupp).

Kunskapsstödet innehåller också rekommendationer som lyfter fram betydelsen av konsultation (psykisk ohälsa och psykiska sjukdomstillstånd under graviditet och efter förlossning, förlossningsrädsla) och multidisciplinär samverkan mellan olika professioner som ansvarar för vården av den gravida och den nyförlösta (psykisk ohälsa och psykiska sjukdomstillstånd under graviditet och efter förlossning samt förlossningsbristningar) inklusive den roll som specialistteam har i stöd och behandling av vissa tillstånd (psykisk ohälsa och psykiska sjukdomstillstånd under graviditet och efter förlossning samt substansbruk).

Två rekommendationer adresserar särskilt kontinuitet: den ena avser hela vårdkedjan från graviditet till tiden efter förlossningen och den andra avser det stöd som ges under förlossningen (kontinuitet för en positiv förlossningsupplevelse).

I kunskapsstödet ger vi också rekommendationer om att säkerställa att rätt kompetens finns för vissa åtgärder. Här hör rekommendationer om utbildning av personal i frågor om identifiering och stöd vid psykisk ohälsa eller förlossningsrädsla, men även vad det gäller föräldraskapsstöd i grupp. Här hör också rekommendationer om säkrare handläggning av förlossningsbristningar.

Förlossningsvården är bra men det kan bli ännu bättre

I Sverige föds ungefär 110 000–120 000 barn varje år. Så gott som alla gravida är inskrivna hos mödrahälsovården och har tillgång till kostnadsfri rådgivning och kontroller hos en barnmorska under graviditeten. Inom mödrahälsovården finns även läkare som är medicinskt ansvariga och handlägger riskgraviditeter och eventuella komplikationer som tillstöter under graviditeten samt tar ställning till förlossningssätt.

Övervägande antalet förlossningar sker på sjukhus vid landets cirka 40 förlossningskliniker. Kortare vårdtider på sjukhuset efter förlossningen har medfört ändrade rutiner i många regioner. Rutiner för uppföljning och stöd till nyblivna föräldrar och deras barn kan numera ske via återbesök på sjukhuset, hembesök av barnmorska eller via telefonuppföljning.

För de allra flesta som går igenom en graviditet och förlossning i Sverige är det huvudsakligen 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 få mer information och stöd, främst om det som rör den första tiden efter förlossningen (Graviditetsenkäten[3], 2021). Detta är i samklang med slutsatserna i Socialstyrelsens kartläggning *Vård efter förlossning* (2017) [2] i vilken detta kunskapsstöd har tagit avstamp, och som lyfter fram behovet av en förbättrad och mer jämlik vård efter förlossningen. Även Förlossningsbristningar, fetma och psykisk ohälsa hos gravida och nyförlösta har lyfts fram som områden där det finns förbättringspotential (Socialstyrelsen, 2019).

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 central. 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 ett fint minne i samband med barnafödandet. En individualiserad vård som bygger på respekt för kvinnans situation och önskemål bidrar till att hon känner sig lyssnad på och sedd.

Vårdbehovet varierar mellan olika individer, och vården måste anpassas utifrån individens behov. För gravida och nyförlösta med särskilda behov som lever i en utsatt social situation, eller har någon sjukdom, är det extra viktigt att få ett korrekt professionellt omhändertagande på rätt nivå med rätt kompetens. 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

För att kvinnan ska uppleva vården som säker, effektiv och trygg, behöver mödrahälsovården, förlossningsvården och vården efter förlossning fungera. Det krävs information genom hela vårdkedjan och 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. Grunden för att kvalitetssäkra och individualisera stöd och vård för fysisk och psykisk hälsa under och efter graviditet och förlossning är att samla in kunskap om den gravidas hälsostatus och sociala situation. 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 för att säkerställa medicinsk kvalitet, god tillgänglighet och möjligheter att organisera riktat föräldrastöd och specialsatsningar vid behov, är också centrala. För att vårdkedjan ska fungera behövs ett multidisciplinärt samarbete. Genom tidig identifiering av sköra eller riskgrupper kan kvinnor med särskilda behov remitteras till vård på rätt nivå av personer med den kompetens som behövs.

Kontinuerligt lärande

I alla delar av hälso- och sjukvården finns strukturer för kontinuerligt och regelbundet lärande, utbildning och kunskapsutveckling, som hela tiden behöver utvecklas. Arbetet är långsiktigt och kräver tid och resurser på den enskilda arbetsplatsen och i verksamheterna. I arbetet ingår att hela tiden vidareutveckla ett professionellt och vetenskapligt förhållningssätt.

Ett långsiktigt, målmedvetet och systematiskt 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). På så sätt kan patientgrupper följas över olika vårdområden, och vårdnivåer och vården kan därmed utvecklas.

Kunskapsstödet är en del av en helhet

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 på lednings- och styrningsnivå i form av nationella riktlinjer, samt kompletterande kunskapsstöd till professionen. Även indikatorer för uppföljning och utvärdering kommer att tas fram. Kunskapsstöd, rekommendationer och indikatorer kommer att samordnas och blir tillsammans med redan tidigare publicerat material ett samlat och lättillgängligt nationellt stöd.

Ett centralt kunskapsstöd bland de som ska samordnas i ovannämnda arbete, är den slutversion av föreliggande remissversion av kunskapsstödet som färdigställs med ledning av inkomna remissvar. Samordningen mellan slutversionen och stödet för ledning och styrning görs för att alla delar ska hänga ihop och bidra till en helhet.

Om Kunskapsstödet

Detta kunskapsstöd vänder sig främst till personal som möter gravida och nyförlösta i någon del av vårdkedjan under graviditet, förlossning och den första tiden efter förlossningen. Främst handlar det om barnmorskor, läkare, och psykologer, men även andra yrkeskategorier kan vara berörda.

Syftet är att stödja professionen med kunskap och rekommendationer om god förlossningsvård 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.

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 förlossningsvården: skapa större trygghet för den gravida, den födande och den nyförlösta, och erbjuda uppföljning efter förlossningen som är anpassad efter behov och önskemål.

Andra mottagare av kunskapsstödet är beslutsfattare, tjänstemän, verksamhetschefer och andra med ansvar att ta fram rutiner, vårdprogram eller motsvarande, i synnerhet vad gäller frågor som kan ha betydelse för vilken vård som ska erbjudas, hur vården kan organiseras, vilken kompetens som bör säkras och hur resurser ska fördelas.

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 länkar till andra pågående arbete på Socialstyrelsen i avsnitt *Kunskapsstödet i relation till pågående nationella riktlinjearbete på Socialstyrelsen* längre fram i kapitlet**.**

Behov av nationellt kunskapsstöd

Socialstyrelsens kartläggningar har visat på brister och stora variationer i graviditets- och förlossningsvården och vården tiden efter förlossning [1, 2]. Bland annat har det konstaterats i *Vård efter förlossning* att

- särskilt vården efter förlossningen behöver förbättras, både på sjukhuset och efter hemgången

- stöd till utsatta grupper, och till kvinnor med psykisk ohälsa, behöver förbättras
- det finns specifika behov av stöd för identifiering, diagnostik, behandling och uppföljning av förlossningsbristningar.

Samma bild trädde fram i förstudien till detta kunskapsstöd, inklusive att det finns ett behov av ett sammanhållet kunskapsstöd [3]. I förstudien lades det också fram att ett sådant stöd bör beakta följande:[1]

- kontinuitet, teamsamarbete och samverkan för bättre vårdplanering och bättre vård, särskilt för gravida med psykisk ohälsa och andra riskgrupper
- ändamålsenlig identifiering av behov av vård hos vissa grupper för att därmed möjliggöra en personcentrerad vård
- vård på rätt nivå och uppföljning: att hitta en balans mellan basprogram och riktade insatser utifrån kvinnans behov för att vården ska ge stöd och handläggning på rätt nivå
- kompetens och verktyg: personalen behöver verktyg och kompetens för att kunna identifiera och erbjuda kvinnan en tydlig vårdplan i en fungerande vårdkedja – vilka tillstånd som behöver remitteras vidare och vilka remitteringsvägar som finns
- amning och tillmatning.

I detta kunskapsstöd har vi tagit fasta på ovanstående, så att stödet kom att inkludera följande områden där rekommendationer ges och avhandlas separat i olika kapitel:

- Psykisk ohälsa och psykiska sjukdomstillstånd under graviditet och efter förlossning
- Förlossningsrädsla och traumatiska förlossningsupplevelser
- Förlossningsbristningar – diagnostik, information och uppföljning
- Amning och uppfödning
- Vård efter graviditet och förlossning
- Fetma under graviditet
- Substansbruk hos gravida och nyförlösta
- Föräldraskapsstöd i grupp.
- Kontinuitet för en positiv förlossningsupplevelse

Bilden av en fragmentiserad förlossningsvård från graviditet till eftervård har tydligt avtecknats under arbetet med förstudien. Bilden av ett fragmentiserat kunskapsläge likaså. En annan målsättning med detta kunskapsstöd är att motverka denna fragmentisering och erbjuda en kontext för en enhetlig vägledning där rekommendationerna länkar till varandra på ett naturligt sätt.

Avgränsningar

I kunskapsstödet ingår inte rekommendationer om medicinska interventioner och specifika medicinska behandlingsåtgärder. Vidare ingår inte heller uttryckliga re-

[1] Även neonatalvård, vilket inte berörs i detta kunskapsstöd, eftersom ett kunskapsstöd om neonatalvår har tagits fram av Socialstyrelsen under tiden arbetet med detta kunskapsstöd pågick [11].

kommendationer om hur vården ska organiseras inom mödrahälsovård, förlossningsvård och eftervård. Dock kan vissa rekommendationer om åtgärder komma att medföra utökad tidsåtgång, förändrad organisation och utökad resursåtgång för att kunna följas.

Ett kunskapsstöd till förlossningsvården behöver förhålla sig till andra viktiga kunskapsstöd, vägledningar, kunskapssammanställningar och rekommendationer som har tagits fram av så väl Socialstyrelsen som professionsföreningar och andra aktörer, och som bara tillsammans adresserar den totala mängden vårdåtgärder som ges inom förlossningsvården. Målet med detta stöd är att

- täcka vissa centrala delar i vården där behovet är stort och där det råder ojämlikhet i vården över landet
- erbjuda en ändamålsenlig förlossningsvård för så väl patienter med normal graviditet och förlossning som för patienter som får komplikationer
- fungera som en referens för hur en bättre och mer jämlik förlossningsvård med patienten i centrum bör bedrivas, oavsett bakgrund eller var patienten bor i landet.

Flera problemställningar 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 så väl 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 grad 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.

Socialstyrelsen har inte tagit fram indikatorer för uppföljning och utvärdering eller konsekvensanalyser för rekommendationerna i denna remissversion av kunskapsstödet. Vi gör dock bedömningen att ett antal rekommendationer kan komma att medföra utökad tidsåtgång, förändrad organisation och utökad resursåtgång för att kunna följas. Indikatorer och konsekvensanalyser för dessa rekommendationer kommer dock att tas fram inom ramen för det kommande prioriteringsarbete med nationella riktlinjer som är planerade att redovisas i slutet av 2022 [4], eller i samband med framtagningen av slutversionen av detta kunskapsstöd och efter inkomna remissynpunkter.

➔ **Läs mer** i det kommande avsnittet *Rekommendationerna kan medföra förändringar.*

➔ **Läs mer** om relationen mellan detta kunskapsstöd och det kommande nationella riktlinjearbete i det kommande avsnittet *Kunskapsstödet i relation till pågående nationella riktlinjearbete.*

➔ **Läs mer** om några andra relevanta kunskapsstöd i avsnittet *Kompletterande kunskapsstöd* lägre fram i detta kapitel.

Förlossningssätt

De rekommendationer som ges i kunskapsstödet är tänkta att generellt kunna användas oavsett förlossningssätt för den gravida: vaginal förlossning utan komplikationer eller med interventioner samt kejsarsnitt. Avsnittet om bristningar avser enbart vaginala förlossningar.

Benämningen kvinna

För att öka kunskapsstödets läsbarhet använder och varierar vi orden kvinna och kvinnor samt begreppen den gravida, den blivande föräldern och medföräldern. Vi är dock medvetna om att det finns gravida som inte identifierar sig som kvinnor, och att mönster av familjebildning med bland annat hbtqi[2]-personer och relationer utvecklas och varierar.

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

Kunskapsstödet i relation till pågående nationella riktlinjearbete 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 på lednings- och styrningsnivå i form av nationella riktlinjer, samt kompletterande kunskapsstöd till professionen. Även indikatorer för uppföljning och utvärdering kommer att tas fram. Kunskapsstöd, rekommendationer och indikatorer kommer att samordnas och blir tillsammans med redan tidigare publicerat material ett samlat, lättillgängligt, nationellt stöd.

Ett centralt kunskapsstöd bland de som ska samordnas i ovannämnda arbete är den slutversion av föreliggande remissversion av kunskapsstödet som färdigställs med ledning av inkomna remissvar. Samordningen mellan slutversionen och stödet för ledning och styrning görs för att alla delar ska hänga ihop och bidra till en helhet.

Om rekommendationerna

Följande är de varianter av rekommendationer som Socialstyrelsen använder:

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

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

Socialstyrelsen ger totalt 36 rekommendationer i detta kunskapsstöd. Majoriteten (34) är stark positiva medan 2 är svag positiva rekommendationer. Tre av rekommendationerna är sammansatta.

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/nyförlösta kvinnor
- åtgärdens påverkan på jämlikhet i hälsa
- åtgärdens påverkan på kvinnans möjlighet till självbestämmande och delaktighet.

Under rubriken *Motivering till rekommendationen* beskriver vi vad som varit avgörande för respektive rekommendation.

Rekommendationerna bygger på bästa tillgängliga kunskap. 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 gravida och nyförlösta i förhållande till de förväntade önskade effekterna.

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

Rekommendationerna kan medföra förändringar

Av prioriteringsplattformen kan det härledas att de grupper som har sviktande hälsa och större behov än andra bör prioriteras och få den vård de behöver med hänvisning till att de med störst behov ska få företräde. Därmed kan exempelvis planerade besök hos barnmorskan behöva längre och/eller fler besök än vad som är gängse rutin. Gravida som inte talar svenska kan behöva mer tid och stöd under och efter graviditeten.

För att erbjuda barnmorskekontinuitet 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 det tidigare avsnittet *Avgränsningar* i detta kapitel.

Kunskapsstöd för mödrahälsovården, förlossnings- och eftervården

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 tre delar där varje del varierar beroende på i vilken kontext vården bedrivs [5]:

- **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**: Detta handlar 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.

För barnmorskan som har en central roll i vårdkedjan innebär det att

- ge information som stärker kvinnans egen förmåga
- identifiera kvinnans vårdbehov, samverka med andra professioner och remittera till rätt instans
- samma barnmorska eller grupp av barnmorskor kan följa kvinnan genom hela vårdkedjan.

I så stor utsträckning som möjligt har vi lagt fokus på dessa aspekter av barnmorskans roll i alla delar av kunskapsstödet.

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 som tas upp i kunskapsstödet.

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 homosexuellas, bisexuellas, transpersoners och queeras rättigheter
- Sveriges Kvinnolobby
- Födelsehuset (numera Birth Rights Sweden)
- Svenska prematurförbundet
- Femmis, Föreningen för frivilligt ensamstående föräldrar med donation
- Amningshjälpen
- Spädbarnsfonden
- Mamma till mamma

Så här hittar du i kunskapsstödet

Kunskapsstödet innehåller 10 kapitel, ett inledningskapitel och 9 ämneskapitel:

- Psykisk ohälsa och psykiska sjukdomstillstånd under graviditet och efter förlossning
- Förlossningsrädsla och traumatiska förlossningsupplevelser
- Förlossningsbristningar – diagnostik, information och uppföljning
- Amning och uppfödning
- Vård efter graviditet och förlossning
- Fetma under graviditet
- Substansbruk hos gravida och nyförlösta
- Föräldraskapsstöd i grupp.
- Kontinuitet för en positiv förlossningsupplevelse

I innehållsförteckningen är det lätt att hitta direkt till det kapitel som är av intresse.

Inledningskapitlet ger en orientering till, en bakgrund och en kontext i vilken kunskapsstödet tagits fram. Det innehåller också viktiga dimensioner som behöver beaktas i mötet med blivande och nyblivna föräldrar och som är särskild relevant för utsatta grupper eller grupper där särskild hänsyn behöver tas.

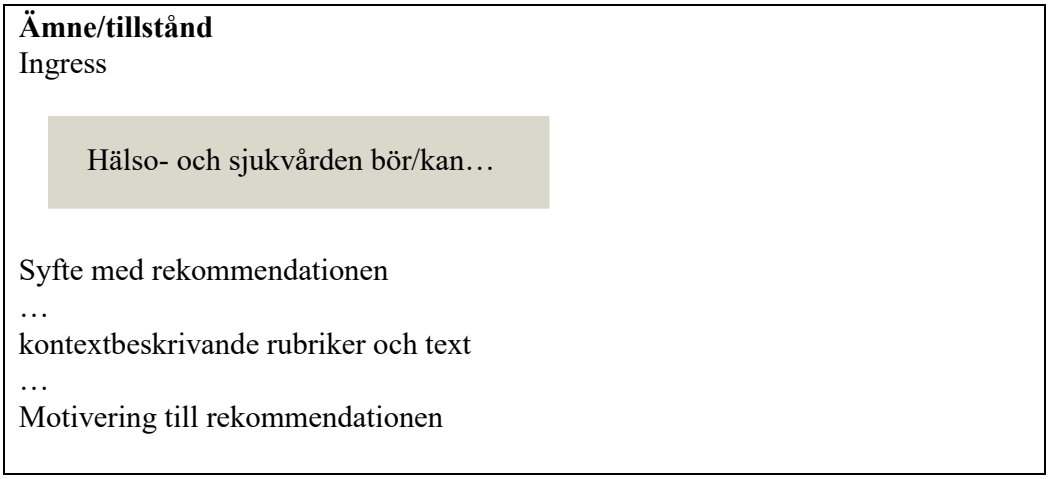
Ämneskapitlen är fristående och kan läsas självständigt. Korsreferenser mellan kapitlen inklusive inledningskapitlet finns dock för att underlätta för läsaren men också för att ge tillfälle till fördjupning. Korsreferenserna är flaggade med pilar i början av raden och med texten ”läs mer” (➔ **Läs mer**). Detta finns även där det är relevant för att hänvisa till andra publikationer från Socialstyrelsen eller andra

externa aktörers rapporter/publikationer som vi har bedömt vara relevanta för det som avhandlas i avsnittet.

Samtliga nio ämneskapitel har en likartad struktur. Varje kapitel inleds med löptext som behandlar det specifika ämnet/tillståndet med hänvisningar till vetenskaplig litteratur, lagar, författningar och övrig relevant bakgrund. Varje kapitel avslutas med ett större avsnitt med benämning Rekommendationer. Under detta avsnitt återfinns under separata rubriker de rekommendationer som Socialstyrelsen i föreliggande kunskapsstöd har tagit fram i ämnet.

Under rubriken för en rekommendation finns en kort ingress som följs av en färgmarkerad ruta som utgör själva rekommendationen. Till varje rekommendation finns beskrivet dels dess syfte och dels dess motivering. Mellan syfte och motivering återfinns varierande mängd rubriker och text som sätter rekommendationen i sin kontext (Figur 1).

Figur 1. Generell struktur på ett avsnitt om en rekommendation



Kompletterande kunskapsstöd

Socialstyrelens 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.

Från Socialstyrelsen

- *Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor* [6]. De nationella riktlinjerna ger rekommendationer om åtgärder vid ohälsosamma levnadsvanor och omfattar åtgärder för att stödja personer att förändra

sina levnadsvanor. Riktlinjerna har särskilt fokus på vuxna med sjukdom eller social sårbarhet och inkluderar även gravida.
- *Tio steg som främjar amning* [7]. Ett dokument som sammanfattar principer och rutiner för att främja amning och som utgår från WHO:s version 2018 *Ten steps to successful breast-feeding* [8]. De två första stegen tydliggör att det krävs rutiner på strategisk ledningsnivå för att främja amning. De övriga åtta stegen är tänkta att fungera som stöd för den vårdpersonal som möter och vårdar nyblivna mödrar och spädbarn.
- *Nationellt kunskapsstöd om intrauterin fosterdöd* [9]. Ett kunskapsstöd med syfte att identifiera risker för intrauterin fosterdöd och lyfta fram handläggning som kan bidra till att förebygga intrauterin fosterdöd. Det vänder sig till personal i förlossnings- och mödrahälsovården.
- *Vårdkedjan för barn som behöver neonatalvård och deras familjer* [10]. Ett nationellt kunskapsstöd med rekommendationer till beslutsfattare och ett praktiskt stöd för personal som möter barn som behöver neonatalvård och deras familjer. Rekommendationerna fokuserar på delaktighet och psykosocialt stöd till föräldrarna.
- *Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom* [11]. innehåller rekommendationer om vård vid depression och ångestsyndrom och vänder sig framför allt till beslutsfattare. Syftet med riktlinjerna är att ge vägledning om vilken vård som ska finnas tillgänglig för personer med depression eller ångestsyndrom.

Från andra aktörer

- *Mödrahälsovård, Sexuell och Reproduktiv 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 projekt som pågick år 2007–2011 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. Under en andra fas, år 2013–2017, inkluderades även riskgraviditeter och förlossningsskador på kvinnan i projektet. Inom projektet har bland annat rekommendationer och råd

tagits fram för att skapa en gemensam grund för rutiner inom förlossningsvården.

Inom ramen för projektet *Säker förlossningsvård* har tre webbutbildningar tagits fram:

- **CTG-utbildning**: En interaktiv utbildning och träning med kunskapskontroll i CTG- och fosterövervakning för läkare och barnmorskor vid Sveriges förlossningskliniker [15].

- **Neo-HLR:** En utbildning i hjärt-lungräddning av nyfödda barn, neonatal HLR som riktar sig till personal vid förlossningsenheter och nyföddhetsavdelningar [16].

- **Bäckenbottenutbildning**: Ett utbildningsprogram för läkare och barnmorskor inom förlossnings- och eftervård för att förebygga, hitta, behandla och följa upp förlossningsskador i bäckenbotten på kort och lång sikt [17].

WHO:s rekommendation om en positiv upplevelse

Kunskapsstödet beaktar särskilt Världshälsoorganisationens, WHO, rekommendationer för en positiv graviditets- och förlossningsupplevelse [18]. Kunskapsstödet tar upp områden och åtgärder där hälso- och sjukvården kan stärkas för att ge stöd under graviditet, förlossning och tiden efter förlossningen. Fokus är på vikten av kontinuitet och multiprofessionellt omhändertagande för att gagna en säker vård och en positiv upplevelse hos alla kvinnor.

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 den enskilda kvinnan kan bli mer positiv när det gäller trygghet och nöjdhet med vården. Enligt en första sammanställning av resultat från Graviditetsenkäten[3] är det cirka 10 procent av kvinnor som föder barn i Sverige som inte upplever att deras behov i samband med graviditet och barnafödande blivit tillgodosedda.

I några avsnitt tar kunskapsstödet specifikt upp hur individanpassat stöd kan ges under graviditet, förlossning och tiden efter förlossningen. Särskilt viktigt är det att identifiera behov och stödja kvinnor i utsatta grupper.

---

[3] 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. Enläten pågår mellan december 2020 och december 2022.

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.”. Mer specifikt handlar det om att

- skapa trygghet
- identifiera och förebygga/behandla komplikationer under graviditet och förlossning
- erbjuda stöd till blivande och nyblivna föräldrar
- vården ska vara inkluderande och tillgänglig för alla oavsett bakgrund och förutsättningar
- möjliggöra att gravida och nyblivna föräldrar upplever delaktighet i bemötandet.

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

Viktigt i mötet med blivande och nyblivna föräldrar

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 [19]. Våldet mot kvinnor är generellt sett mycket grövre än mot män och det är tio 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 [20, 21] [4].

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 beter 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 [22].

[4]Denna text inkluderar inte området våldsutövare. Perspektivet våldsutövare tas upp i Socialstyrelsens utbildning material. Våld i nära relationer – ett utbildningmaterial för hälso- och sjukvården https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2021-11-7607.pdf

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 [20, 21]. 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 [21]. Enligt NCK har var femte kvinna och var tjugonde man någon gång i sitt liv utsatts för sexuellt våld [20].

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 [20]. 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 missbruk och beroende. Mycket tyder på att också arbetslöshet och ekonomisk utsatthet medför en ökad risk att utsättas för våld i en nära relation [23].

Våld i nära relationer under graviditeten

Våld i nära relationer förekommer även under graviditet. I en studie där 1 939 gravida kvinnor 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 procent av kvinnorna att de var utsatta för våld [24].

Att vara våldsutsatt under graviditeten innebär allvarliga risker för såväl kvinnan som barnet [25-28]. Komplikationer som kan uppstå omfattar följande tillstånd:

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

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 barn finns i hemmet ska orosanmälan göras, även polisanmälan kan behöva göras [29]. 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 [30].

Graviditetsregistret redovisar att 95 procent av alla gravida får frågan om våldsutsatthet av barnmorskan på mödrahälsovården [31]. 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 [29] 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 [32].

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 [33] 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 utredningar av brott gällande grov misshandel eller död i rapporten *Socialstyrelsens utredningar av vissa skador och dödsfall 2018–2021*.

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.

➔ **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. Mödra- och förlossningsvården är verksamheter som möter alla blivande och nyblivna föräldrar under en period då föräldraskapet formas. Dessa verksamheter har därför möjlighet att bidra till att motverka traditionella förväntningar utifrån kön. Om pappor inte bemöts som en likvärdig förälder 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.

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 och eftervården 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 mödrahälsovården, 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 födande kvinnans känsla av trygghet. Andra exempel på delaktighet är att partnern ges möjlighet till samvård efter förlossningen och får tillgång till nödvändig information om barnet under den första tiden som nybliven förälder.

Utvärderingar visar att ett genusmedvetet föräldrastöd har goda effekter i form av minskade svårigheter hos barn, minskad stress och högre välbefinnande hos föräldrarna. En partner bör därför också ges möjlighet att delta i den föräldrautbildning som ges inom föräldraskapsstödet. De föräldraskapsstöd som ges bör vara anpassade utifrån att familjer ser olika ut.

I barnmorskans roll ingår att stärka, stödja och guida kvinnan på hennes egna villkor. En respektfull kommunikation baserad på respekt för kvinnans val och önskemål, samt individuella och kulturella aspekter, är en central dimension för vård med kvalitet i samband med graviditet och förlossning. Hos vårdpersonalen är kunskap, förståelse och lyhördhet för den enskilda kvinnans behov och önskemål alltid den viktigaste utgångspunkten, inte bara under graviditeten utan även inför och efter förlossningen.

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

Kunskap om olika könsidentiteter

Kunskap om att transmän och ickebinära[5] 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 födelsekön 13 till 17 år har ökat med närmare 1 500 procent sedan 2008, enligt en kartläggning av Socialstyrelsen [34]. Att individer gör könskorrigeringar utan att sterilisera sig kommer antagligen att leda till att fler transpersoner kommer att genomgå graviditet och behöva vård.

Tidigare fanns det ett steriliseringskrav för att byta juridiskt kön i Sverige, men denna lag togs bort 2013, vilket har möjliggjort graviditet hos transsexuella män som ändrat juridiskt kön. Transmaskulina individer är födda med kvinnliga reproduktionsorgan, men identifierar sin könsidentitet eller sitt könsuttryck som manligt. För dem som inte genomgått operation, såsom hysterektomi eller genital rekonstruktion med vaginal ocklusion, kan en graviditet fortfarande vara möjlig [35].

Vårdpersonal kan ofta vara ovana vid att ta hand om transpersoner, än mindre 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 social förståelse samt kunskap om gravida män och ickebinära transpersoner behöver förbättras för att främja god och jämlik vård och bemötande utifrån olika individers behov.

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

Personal inom mödrahälsovård, förlossnings- och eftervård bör vara uppmärksamma och skydda integriteten genom ett respektfullt bemötande, vara lyhörda och använda ett inkluderande språk i mötet med alla personer. Det är bra om barnmorskan tidigt i graviditeten aktivt frågar om behov inklusive rädslor hos personer som identifierar sig med annan könsidentitet än kvinna. Extra uppmärksamhet bör ägnas dem som inte kan formulera sina behov och bekymmer [36].

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 felkönad. Könsdysfori kan förstärkas under graviditeten då kroppen genomgår förändringar som gör att kroppen utifrån kodas som mer feminin eller kvinnlig [37].

➔ **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*

Ta hänsyn till särskilda behov hos samkönade par och ensamstående

Ensamstående har inte alltid samma möjlighet som par att dela ansvar, vardagsbekymmer och glädjeämnen kring ett eventuellt barn med någon annan. Det finns inte heller alltid någon att turas om med när barnet kräver extra mycket omsorg i samband med nattvak, förälders sjukdom etcetera. För ensamstående handlar den särskilda prövningen vid assisterad befruktning om förmågan att som ensam förälder tillgodose barnets behov. Den ensamstående behöver ett fungerande och stabilt nätverk, som vid behov kan ge stöd till familjen och bli barnets livssammanhang utöver föräldern [38].

I samband med graviditet och barnafödande kan lesbiska par 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 föräldrastöd och högre upplevd föräldrastress och minoritetsstress [39]. Att tillhöra en minoritetsgrupp innebär ökad utsatthet och risk för diskriminering, dåligt bemötande, trakasserier och kränkningar. Denna utsatthet och att ständigt ha en känsla av att inte passa in i normen kan leda till en förhöjd stressnivå som kallas minoritetsstress [40].

Anpassa stöd och information efter behov

I samtal och möten med den gravida, den födande eller den nyförlösta behöver 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). I samtal med gravida som har ett annat modersmål än svenska är det lämpligt att använda en auktoriserad tolk och att ev. skriftlig information ges på ett språk som mottagaren behärskar.

En sammanhållen och välfungerande vårdkedja med kontinuitet och multiprofessionellt omhändertagande är viktig, särskilt för personer med specifika behov. Utlandsfödda, ensamstående, personer med annan könsidentitet eller med någon

funktionsnedsättning kan behöva extra stöd under graviditet, förlossning och tiden efter. Enligt Socialstyrelsens föreskrifter ska barnmorskor ha rätt att bistå kvinnan under graviditet och förlossning samt ta hand om och övervaka kvinnans återhämtning efter förlossningen (HSLF-FS 2016:64). Vid avvikelser från det normala under graviditet och förlossning, som kräver kompetens utöver den som barnmorskan har, behövs rutiner för att remittera till läkare eller till annan profession som kan ge det stöd eller den behandling som behövs.

Föräldrarnas behov när de har sjuka barn behöver uppmärksammas och tas på största allvar.

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

Kunskapsstödet bidrar till FN:s Agenda 2030 och barnkonventionen

Socialstyrelsens arbete bidrar till att nå målen i Agenda 2030 [41], som är FN:s handlingsplan för människornas och planetens välstånd. Föreliggande kunskapsstöd bidrar till att nå främst mål 3 (hälsa och välbefinnande) men även mål 10 (minskad ojämlikhet) och mål 5 (jämställdhet). Mer detaljer om målen finns på regeringens webbplats.

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

Barnkonventionen stärker barn rättigheter

Den 1 januari 2020 blev FN:s konvention om barnets rättigheter svensk lag[6]. Det innebär ett förtydligande av att domstolar och rättstillämpare ska beakta de rättigheter som följer av barnkonventionen. Lagen syftar till att skydda och främja barns rättigheter. I offentlig verksamhet kan barnkonventionen användas för att skapa ett mer barnrättsbaserat synsätt. I konventionen återfinns flera artiklar som lyfter barnets rätt till överlevnad, skydd från skada och bästa möjliga hälsa [42]. 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 barnrättskommitté[7] 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.

[6] Lagen (2018:1197) om Förenta nationernas konvention om barnets rättigheter
[7] Barnrättskommitténs allmänna kommentar nr 7: Genomförandet av barnets rättigheter under tidig barndom. Barnrättskommittén; 2014.

Vården i Sverige under och efter graviditet

Följande avsnitt ger 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 och sist men inte minst förebyggande arbete genom en utbyggd mödrahälsovård [43]. Trots den medicinska utvecklingen finns utmaningar inom mödrahälsovård, förlossnings- och eftervård, främst för att öka upplevelsen av trygghet och delaktighet hos gravida och nyblivna föräldrar. Uppföljning och stöd den första tiden efter förlossningen är något som efterfrågas av nyblivna föräldrar idag.

Mödrahälsovård

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.

I dag följer mödrahälsovården ett medicinskt basprogram där barnmorskan gör de undersökningar som behövs för att övervaka att graviditetsutvecklingen är normal. Syftet är att så tidigt som möjligt kunna diagnostisera riskgraviditeter. Vid medicinska komplikationer under graviditeten krävs obstetrisk expertis – förlossningsläkare.

Det finns också ett psykosocialt eller psykologiskt grundprogram som syftar till att underlätta för barnmorskan att följa den psykologiska förändringen, stödja familjens anpassning till den nya situationen och identifiera behov av stöd.

En central del av mödrahälsovårdens arbete avser hälsovård i samband med graviditet, där insatsernas syfte är att främja dels kvinnan, dels det blivande barnets hälsa. För att uppnå detta syfte behöver mödrahälsovården erbjuda insatser till alla blivande föräldrar, hälsokontroller av både kvinnan och det ofödda barnet samt riktade förstärkta insatser till grupper av blivande föräldrar med särskilda behov [12].

Förlossningsvård

Varje år föds ungefär 110 000–120 000 barn i Sverige vid landets cirka 40 förlossningsavdelningar, där det också finns tillgång till neonatalvård. De flesta förlossningar sker vaginalt i fullgången graviditet. Drygt 17 procent av alla förlossningar sker med kejsarsnitt, antingen planerat eller akut [44].

Förlossningsläkaren är medicinskt ansvarig för förlossningen. Barnmorskan tar 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).

Eftervård

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 [47].

Uppföljning efter förlossningen i form av samtal erbjuds av en majoritet av 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. Den fortsatta uppföljningen av barnet sker därefter vid barnavårdscentralen där distriktssköterskor eller barnsjuksköterskor ombesörjer vården. Uppföljning, så kallad efterkontroll, erbjuds 8–16 veckor efter förlossningen hos barnmorskan inom mödrahälsovården.

Regionala skillnader i Sveriges 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 [45] samt *Förstudien till kunskapsstöd om förlossningsvård* [3].

Även Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har följt upp överenskommelserna mellan regeringen och SKR om en förbättrad förlossningsvård och insatser för kvinnors hälsa. Rapporten *Socioekonomiska faktorers* påverkan på kvinnors hälsa [1] visar på stora variationer mellan förlossningsutfall mellan gravida som tillhör olika socioekonomiska grupper.

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 [46]. I Socialstyrelsens statistikdatabas för graviditeter, förlossningar och nyfödda visar uppgifter att det har varit en nedåtgående trend med en sjunkande andel allvarliga bristningar, men fortsatt finns variation över landet [47].

Uppföljning efter förlossningen ser olika ut i landets regioner, och utrymmet att ge en individanpassad eftervård saknas i en del regioner. Samtidigt har andelen akuta inskrivningar efter förlossning ökat.

Enligt Socialstyrelsens nationella statistik med uppföljning av amningen har andelen barn som helammas vid en veckas ålder minskat succesivt de senaste tjugo åren. Statistiken för år 2019 visar att vid fyra månaders ålder var det 73 procent av barnen som ammades antingen enbart eller delvis, medan motsvarande siffra för sex månaders ålder var 63 procent [47]. Tillgänglighet till amningsstöd varierar i landet och kvinnor rapporterar att de önskat mer stöd och rådgivning om amning [2, 48, 49].

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 tre överenskommelser[8] mellan staten och Sveriges kommuner och regioner (SKR) [50]. Den senaste, vilken avser perioden 2020–2022, benämns *Ökad tillgänglighet och jämlikhet i mödrahälsovård- 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 [51].

Strategier för kvinnors hälsa

SKR tog 2019 fram en plan, *Strategier för kvinnors hälsa* [52], 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.

Mål i SKR:s strategiska plan för kvinnors hälsa 2019:

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

En mer kunskapsbaserad vård syftar till att vården ska vara tillgänglig och bygga på bästa möjliga kunskap. Ett delmål inom detta är att vården ska öka sin följsamhet till riktlinjer och rekommendationer.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har i sin utvärdering av överenskommelsen kopplat till stimulansmedlen kommit fram till att nationella kunskapsstöd, tillsammans med gemensamma mål, data för uppföljning och strukturer för förbättringsarbete, är viktiga framgångsfaktorer för förbättringsarbete och lärande, vilket i sin tur kan minska omotiverade skillnader [53].

[8] Samt två tilläggsöverenskommelser.

Mödrahälsovård och eftervård i Norden

Antalet besök hos mödrahälsovården är likartade i Danmark, Norge, Finland och Island, och kvinnor med riskgraviditeter erbjuds fler besök. Det visar en kartläggning av hur mödrahälsovård och förlossningsvård är tillgänglig för hela befolkningen i länderna, framtagen inom ramen för projektet De första 1000 dagarna i skandinaviska länder [54], ett treårigt nordiskt samarbetsprojekt som syftar till att stödja psykisk hälsa och välbefinnande under de första levnadsåren. Däremot visar rapporten att länderna skiljer sig åt vad gäller vårdkedjan och kontinuiteten:

- I **Danmark** och **Norge** är mödrahälsovården uppdelad mellan husläkare och barnmorska.
- I **Finland** bedrivs mödrahälsovården vanligtvis av sjuksköterskor. Två av besöken sker hos husläkaren.
- På **Island** (liksom i **Sverige)** ansvarar barnmorskan för vården i samband med graviditeten, förutsatt att det inte finns några komplikationer.

Vårdtiden på sjukhuset efter förlossningen och uppföljning efter hemgång skiljer sig också åt mellan länderna:

- I **Danmark** stannar förstföderskor på sjukhuset 48 timmar och omföderskor 4–6 timmar. Därefter erbjuds de hembesök av barnmorskan inom de första 24 timmarna efter hemgång. Omföderskor erbjuds uppföljning genom ett telefonsamtal, följt av ett hembesök av en barnmorska 2–3 dagar efter utskrivningen.
- På **Island** stannar förstföderskor vanligtvis 36 timmar och omföderskor 24 timmar på sjukhuset. Den nyblivna mamman erbjuds hembesök samma dag som de lämnat sjukhuset.
- I **Norge** stannar förstföderskor i genomsnitt 2,8 dagar. Norges nationella riktlinjer rekommenderar hembesök av en barnmorska inom 3 dagar efter utskrivningen ifrån sjukhuset.
- I **Finland** stannar förstföderskor 2–3 dagar och omföderskor 1–2 dagar.

Andra vårdmodeller

I en del länder (till exempel Australien och Norge) bedrivs differentierad förlossningsvård. Detta innebär att kvinnor som inte har några riskfaktorer kan välja att föda på sjukhus, på småskaliga enheter eller i hemmet, medan kvinnor som har högre risk för komplikationer föder inom mer specialiserad vård [55, 56].

I Sverige finns inte denna typ av differentiering utan så gott som alla förlossningar sker på förlossningsavdelningar på sjukhus. Kontinuitetsmodeller är kontextberoende vilket innebär att det behövs vissa förutsättningar för att de ska kunna bedrivas. De skillnader som finns i Sverige mellan storstadsregion och glesbygd kan vara ett hinder för att sådana vårdmodeller ska kunna genomföras fullt ut. Det behöver finnas tillräckligt antal barnmorskor i en struktur som fungerar schematekniskt så att det finns tillgänglig vård för gravida och födande kvinnor dygnet runt. Organisatoriskt stöd på strukturerad ledningsnivå är ytterligare en förutsättning för differentierad förlossningsvård.

Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet

Socialstyrelsen publicerade 2020 en nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet som gäller under åren 2020–2024 [57]. 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
- 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 kvinnor.

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 [57].

Utbildning i form av kurser, seminarier och workshoppar används ofta för vårdpersonal som en del av fortsatt medicinsk utbildning för att få ökad ämnesspecifik kunskap. Det kan handla om att presentera ny kunskap eller nya typer av vård för att uppmuntra bästa praxis och följsamhet till rutiner. 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. I förlängningen kan det leda till förbättringar i patienternas hälsa [58].

Regelbundet återkommande utbildning och fortbildning av vårdpersonal som möter gravida, födande och nyförlösta och deras barn är viktigt för att upprätthålla en säker och jämlik mödrahälsovård, förlossningsvård och eftervård. Fortbildningen kan exempelvis handla om bemötande och samtalsmetoder, men även mer ämnesspecifika områden som substansberoende, förlossningsbristningar och amning.

Lagar och författningar

Både patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL, och hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, innehåller principer som är relevanta som grund för en god och säker vård för arbetet inom mödrahälsovården, förlossnings- och eftervården. Dessutom finns det föreskrifter och författningar som grund för att patienter ska få god vård, både generellt för hälso- och sjukvården och mer specifikt för gravida, födande och nyförlösta kvinnor (t.ex. Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2008:33) om information som avser uppfödning genom amning eller med modersmjölksersättning och förordningen (2001:708) om medicinskt födelseregister hos Socialstyrelsen).

Den patientgrupp som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska enligt lagen få företräde när olika gruppers behov ställs mot varandra (3 kap. 1 § HSL). Generellt har grupper med allvarligare hälsotillstånd ett större behov än de som har lindrigare tillstånd. Behoven kan också vara kopplade till utsatthet och skörhet. Det förebyggande arbetet inom mödrahälsovården ger möjlighet att upptäcka vilka kvinnor 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 m.fl. (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 till kvinnan 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).

Psykisk ohälsa och psykiska sjukdomstillstånd under graviditet

Inledning

Detta kapitel fokuserar på ett antal områden som rör mödrahälsovårdens ansvar för psykisk hälsa under graviditeten. Psykisk hälsa 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. Viktiga områden som samvarierar med depression hos kvinna[9] som utsatthet för våld i nära relationer och missbruk behandlas inte här. Den psykiska hälsan hos kvinnans partner, som kan vara både skyddande och en riskfaktor för kvinnans psykiska hälsa, tas inte heller upp.

Graviditeten och tiden efter barnets födelse (perinatalperioden) 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 kvinnor går känslor av oro och stress över efter en tid, men en del kvinnor får mer uttalade psykiska hälsoproblem. De kan bero på svårigheter som man har med sig sedan tidigare, eller påfrestningar i samband med graviditeten och den första tiden efter förlossningen (post partum). 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.

Depression och ångest är de vanligaste tillstånden och innebär en ökad risk för kvinnans hälsa, barnets hälsa och utveckling och för hela familjens välbefinnande [59]. Psykisk ohälsa under detta livsskede omfattar, förutom depression och ångest, ett spektrum av olika sjukdomstillstånd med olika svårighetsgrad.

Allvarliga men ovanliga tillstånd, som en psykos post partum (1–2 per 1 000 födslar), är kända och beforskade sedan länge, medan andra sjukdomstillstånd under perinatalperioden har fått mindre uppmärksamhet. Till dessa hör bipolär sjukdom, ätstörningar, posttraumatiskt stressyndrom (PTSD), tvångssyndrom och personlighetssyndrom. De första tre månaderna efter en förlossning är risken 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 [60].

➔ **Läs mer** om våld i nära relationer i *Att ta hänsyn till och uppmärksamma våld i nära relationer* i inledningskapitlet.

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

[9] Alla gravida och födande identifierar sig inte som kvinnor. När begreppet används i texten avser vi även personer som inte identifierar sig som kvinna. Se avsnittet *Benämningar kvinnan och partner* i Introduktionskapitlet till detta kunskapsstöd.

Samsjuklighet

Det är viktigt att vara medveten om att kvinnor kan ha flera olika sjukdomstillstånd samtidigt under perinatalperioden. Särskilt samsjukligheten mellan depression och ångesttillstånd har visat sig vara hög. Många kvinnor 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 kvinnor kan i stället ha ett annat sjukdomstillstånd. Därför är det nödvändigt att göra en diagnostisk bedömning för att gravida kvinnor ska få rätt behandling.

I en isländsk undersökning, där tio procent av alla gravida kvinnor fick höga poäng på en självskattningsskala för depression, Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), var det cirka en tredjedel av dessa kvinnor (alltså med poäng över tröskelvärdet på EPDS), som 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 [61].

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

Förekomst

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 tre månaderna post partum [59]. Förekomsten av depression både under graviditeten och efter förlossningen brukar anges vara ungefär densamma som under andra livsperioder [62, 63]. 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 [63].

En svensk studie har rapporterat en förekomst av 7 procent för egentlig depression och 11 procent för ångesttillstånd [64]. Ångesttillstånd eller kombinerad depression och ångest har visat sig vara vanligare än enbart depression under graviditeten [61]. I en metaanalys uppskattades ca 7–9 procent av gravida kvinnor uppfylla kriterier för både depression och någon form av ångesttillstånd [65].

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 tre månaderna efter förlossningen [66]. Omkring en tredjedel av alla kvinnor som har en depression post partum är fortfarande deprimerade efter barnets första levnadsår [67].

Riskfaktorer

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 [59].

En svensk undersökning [68], som vände sig till ett stort representativt urval gravida kvinnor för hela landet (exklusive de som inte talar svenska), visade att 3 procent av kvinnorna hade långvariga depressionstecken, både i tidig graviditet, 2 månader och 1 år efter barnets födelse. Tre riskfaktorer kännetecknade denna grupp:

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

En slutsats som forskarna har dragit 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 förlossning[10].

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 [59].

Följder

Depression och ångesttillstånd under perinatalperioden kan påverka kvinnans välmående, relationer och livskvalitet på ett påtagligt sätt, vilket i sin tur kan påverka hela familjen. För barnets del finns det risk för negativa följder för dennes socioemotionella och kognitiva utveckling, i synnerhet om tillståndet fördjupas och blir långvarigt, eller då det finns samvarierande riskfaktorer som mer direkt påverkar kvinnans förmåga att vara förälder. Det kan vara våld i nära relationer, socioekonomisk belastning, livsstress, men även annan psykiatrisk sjuklighet [69].

Även om evidensen för en direkt koppling mellan depression och negativa effekter på barnet är begränsad, bör psykiska sjukdomstillstånd och i synnerhet allvarliga tillstånd hos den blivande mamman, ses som viktiga markörer för olika typer av negativa utfall för barnets utveckling och psykiska hälsa [70]. Dessa barn har oftare mödrar med flera olika psykiatriska, psykosociala och somatiska tillstånd och nyare studier pekar särskilt på samband med traumatisering och personlighetssyndrom hos modern [71].

En möjlig koppling mellan depression hos gravida kvinnor och fysiologisk påverkan på fostret har föreslagits, sannolikt via en genetisk sårbarhet för påverkan av omgivande faktorer hos vissa foster [70].

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 prematurfödsel [69].

[10] Direkt översättning

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 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 [64].Liknande enheter finns i många andra länder, men saknas så gott som helt i Sverige [72].

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 [73]. 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 så kallad *counselling* interventioner som utfördes av personal inom hälsovården, företrädesvis barnmorskor och sjuksköterskor.

Psykologisk behandling

I en metaanalys av psykoterapeutiska behandlingar för depression visade Cuijpers och medarbetare [74] att flera olika behandlingsmetoder som KBT, IPT och psykodynamisk terapi (PDT) är effektiva och att skillnaderna i effekt och acceptans är små.

En annan metaanalys, med fokus på depression under perinatalperioden, har visat att psykologiska interventioner är effektiva (måttlig effekt) för att behandla perinatal depression och att effekterna kvarstår ett år senare [75]. 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 perinatal depression. Behandling med olika typer av KBT har studerats mest och kan ges individuellt, i grupp, per telefon och i guidat självhjälpsformat. 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.

Systematisk identifiering av depression och ångest

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 viken tidpunkt det i så fall bör ske. Kunskapsunderlaget om effekterna av olika screening- eller identifieringsförfaranden är oklart, och förutsättningar och hälsovårdssystem skiljer sig åt mellan olika länder. Nationella riktlinjer i Storbritannien [76] och i Kanada

(HHDT, 2018)[77] rekommenderar ett screeningförfarande i flera steg, där specifika muntliga frågor kan följas av självskattningsskalor. I USA [78] och Australien [79] rekommenderas att alla kvinnor erbjuds ett screeninginstrument för depression, Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) [80] under förutsättning att tillgång till diagnostisk bedömning, effektiv behandling och uppföljning finns på plats. I Australien rekommenderas dessutom ett instrument för psykosocial bedömning [81].

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.

Strukturerad identifiering av depressions- och ångestsyndrom kan innefatta både användning av olika diagnostiska instrument 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 hälsovårdspersonalen 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 är inte alltid inom hälso- och sjukvården.

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 [82]. 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. Enbart resultat gällande EPDS för att identifiera trolig egentlig depression bedömdes ha åtminstone låg tillförlitlighet. SBU:s sammanvägning av studierna visade inte på något optimalt tröskelvärde med tillfredsställande sensitivitet utan att majoriteten av de som identifieras är falskt positiva. Detta ställer höga krav på hur EPDS används i praktiken. Att använda EPDS för att identifiera depression under graviditet förutsätter att positiva utfall följs upp med samtal, och att EPDS erbjuds

igen om osäkerhet föreligger. Då har man bättre grund för att bedöma om utfallet var sant eller falskt, och utifrån det avgöra hur man bör gå vidare.

Bland den stora gruppen kvinnor med falskt positiva utfall finns både de som har tillfälliga eller subkliniska besvär, och de med 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 [83, 84], 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 till en nedgående spiral, är att inte sjukdomsförklara helt vanliga övergående problem som har att göra med omställningen till att bli förälder.

Förutsättningar för strukturerad identifiering

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

- 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.

Tillräckligt med tid avsatt för samtal i samband med anamnestagande, identifiering och uppföljning är andra nödvändiga förutsättningar [83]. För Mödrahälsovården finns det rekommendationer om antalet gravida per barnmorska och per psykolog. Dessa rekommendationer är beräknade av respektive yrkesförening [12] som ett minimum för att kunna utföra ett systematiskt arbete för att upptäcka och ta hand om psykisk ohälsa eller psykiskt sjukdomstillstånd hos gravida.

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

Vid bedömning och behandling av gravida kvinnor och nyblivna mammor med allvarlig psykisk sjukdom behöver kunskap integreras mellan olika professioner inom kvinno- och barnsjukvård, primärvård samt vuxen- och barnpsykiatri. Flera perspektiv behöver beaktas: kvinnan, paret, barnet, samt föräldra–barnrelationen.

Olika vårdmodeller har utvecklats, och flera länder erbjuder specialiserad heldygnsvård, så kallade *mother-baby units*. Andra 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[72]). 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.

Rekommendationer[11]

De rekommendationer som följer är på olika sätt relaterade till varandra. Några av dem, som utbildning och fortbildning, konsultation och multiprofessionell samverkan utgör viktiga förutsättningar för ett systematiskt arbete med psykisk ohälsa eller sjukdom. Den första rekommendationen avser anamnestagande för identifiering av tidigare eller pågående allvarlig psykisk sjukdom. Psykosocial bedömning avser att identifiera gravida med risk för psykisk ohälsa och sjukdom, medan rekommendationen strukturerad identifiering av depression och ångest rör pågående måttliga sjukdomstillstånd. Slutligen handlar rekommendationen multiprofessionell samverkan och specialistteam om samarbete för att möjliggöra olika slag av insatser och behandling.

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 åter insjukna i samband med graviditet, förlossning och under den första tiden därefter. Det gäller till exempel bipolär sjukdom, psykossjukdom, depression och ångestsyndrom, ätstörningar, tvångssyndrom och stressrelaterade tillstånd. Därför är det viktigt att tidigt under graviditeten identifiera dessa kvinnor så att en god beredskap och planering uppnås om kvinnan skulle insjukna.

Kvinnor med en pågående måttlig till allvarlig psykisk sjukdom löper större risk att föda prematurt eller att barnet föds SGA (small for gestational age). Allvarlig depression ökar risken för suicid, som är en av de vanligaste orsakerna till mödradödlighet.

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 barndomen.

Rekommendation

Hälso- och sjukvården bör

erbjuda strukturerat anamnestagande under tidig graviditet som görs i syfte att identifiera gravida som tidigare haft måttlig till allvarlig psykisk sjukdom 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 psykiatrin och

[11] Socialstyrelsen har inte gjort en hälsoekonomisk analys och inte heller en organisatorisk analys för de föreslagna rekommendationerna i detta kapitel. Vi gör dock bedömingen 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 2022[4].

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 kvinnan och som på det sättet svarar mot hennes individuella behov.

För kvinnor med bipolär affektiv sjukdom är detta särskilt viktigt då risken för insjuknande efter förlossningen är stor. Åtgärden kan förebygga långvariga och förvärrade tillstånd och att föräldraförmågan påverkas negativt.

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
- behandling i form av läkemedel och samtalsbehandling.

Exempel på frågor som kan ställas (hämtade från SFOG, ARG-rapport nr 59, 2016):

- *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 psykiatrin? Öppenvård eller slutenvård?*
- *När var det? Hur behandlades du och hur länge?*

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

Anamnestagandet gör det lättare att 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 omföderskor 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 avsnittet *Psykosocial bedömning* längre fram i detta kapitel.

Motivering till rekommendationen

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården erbjuda strukturerat anamnestagande under tidig graviditet som görs 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 strukturerat 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* [82], som återfinns i webbilagan *Metodbeskrivning och kunskapsunderlag* vägts in.

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

Strukturerad identifiering av trolig depression och ångesttillstånd

Kvinnor med lindrig till måttlig depression eller ångest under perinatalperioden riskerar att tillståndet blir långvarigt, att symtomtillstånd förvärras och att föräldraförmågan påverkas om det inte upptäcks och de får hjälp. Depression eller ångest under denna livsperiod kan också få negativa effekter för relationen till övriga barn i familjen och till partnern.

Trots att många depressions- och ångesttillstånd under postpartumperioden debuterar under graviditeten eller tidigare [66], får färre kvinnor stöd och behandling under graviditeten än post partum [60]. Att identifiera kvinnor med tidigare, pågående eller nya depressions- eller ångestsyndrom kan möjliggöra förebyggande insatser och tidiga interventioner, inte minst genom en fördjupad bedömning för att identifiera samsjuklighet och andra riskfaktorer som kan inverka negativt på föräldraskapet och därigenom 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 personlighetssyndrom [70, 71, 85]. 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 strukturerat identifieringsförfarande under tidig graviditet för att upptäcka gravida med trolig depression och/eller ångest om förutsättningar för ett sådant förfarande finns.

Syftet med rekommendationen

Inom mödrahälsovården finns en möjlighet att identifiera gravida 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 ofta, men även samsjuklighet med andra tillstånd är vanligt som till exempel ätstörningar, tvångssyndrom, traumarelaterade tillstånd och stressrelaterade sjukdomar. Vid misstanke om depression är det viktigt att undersöka om det finns en historia av hypomaniska eller maniska symtom, eftersom behandlingen av bipolär depressionssjukdom skiljer sig åt. Det är särskilt viktigt att identifiera detta under graviditet på grund av den ökade risken för affektiv psykos efter förlossningen [60, 66].

Förutsättningar för en strukturerad identifiering

Strukturerat identifieringsförfarande inom mödrahälsovården förutsätter följande:

1. Att barnmorskan som genomför den strukturerade identifieringen har särskild utbildning för detta.
2. Att det finns tillgång till konsultation i frågor som rör psykisk hälsa.
3. Att en eventuell användning av ett screeninginstrument sker inom ramen för ett samtal och med tid avsatt för detta.
4. Att möjlighet finns till snabb bedömning av tillstånd, eventuell differentialdiagnos och samsjuklighet, svårighetsgrad samt ställningstagande till insatser eller behandling.
5. Att det finns en fungerande vårdkedja [84, 86].

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

➔ **Läs mer** om vårdkedjan: Vårdkedjans olika steg

Om förutsättningar saknas

Om förutsättningar saknas för att genomföra systematisk identifiering av depression och ångest av alla gravida, bör man avvakta med åtgärden tills sådana förutsättningar finns.

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 mående, livssituation och eventuella problem, även om besvären är lindriga eller subkliniska.

Barnmorskor kan känna ökad stress och otillräcklighet om de åläggs ytterligare arbetsuppgifter utan tillskott av tid, eller om utbildning eller konsultationsstöd saknas. Det finns också en risk att man invaggas i en falsk trygghet när instrumentet inte ger utslag, trots att den gravida har depression, ångest eller andra sjukdomstillstånd.

Strukturerad identifiering av depression och ångest kan innebära mer skada än nytta om nödvändiga förutsättningar saknas. Dessutom tas resurser i anspråk utan att fler kvinnor med depression och ångest identifieras och får tillgång till stöd och behandling [87, 88].

Vad bör strukturerad identifiering innehålla?

Ett strukturerat identifieringsförfarande som inkluderar ett screeningformulär innebär också att den som genomför åtgärden vet hur och till vem de kan remittera, eftersom ingen metod för strukturerad identifiering är effektiv utan en fungerande vårdkedja för fördjupad bedömning och intervention. 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.

➔ **Läs mer**: Multiprofessionell samverkan.

En strukturerad bedömning med hjälp av skattningsinstrument får aldrig ersätta en bred psykosocial bedömning. 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**: Specialistteam

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

- **identifiering med 2 muntliga strukturerade frågor** om depressionssymtom (Whooley questions) och 2 frågor om ångestsymtom Generalized Anxiety Disorder Scale 2-item (GAD-2). Vid utfall på någon av dessa går man vidare med en utförligare självskattningsskala för depression, Edinburgh Postnatal Depression scale (EPDS) och/eller för ångest, till exempel GAD-7 [80, 89, 90].
- **identifiering enbart med EPDS.**

Kort om de olika instrumenten

Whooley questions

Instrumentet består av 2 muntliga frågor baserade på huvudkriterierna för en egentlig depression, och utifrån hur det har varit den senaste månaden[12]:

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 [89].

Generalized Anxiety Disorder scale (GAD-7)

Instrumentet används för screening av ångestsymtom. I GAD-7 efterfrågas hur ofta individen har upplevt 7 olika ångestsymtom under de senaste två veckorna. Svar ges utifrån 4 svarsalternativ (från *inte alls* till *nästan varje dag*).

GAD-2 är en kortversion av GAD-7. Frågorna tar upp

1. om individen känt sig nervös, ängslig eller spänd
2. om individen inte har kunnat få stopp på sin oro, eller inte kunnat kontrollera sin oro.

GAD-2 kan användas med svaren *Ja* eller *Nej.* Svaret *ja* på någon av frågorna anger ett positivt screeningutfall [90]

Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)

Instrumentet är ett självskattningsformulär med 10 påståenden och 4 svarsalternativ för skattning av hur man mått under den senaste veckan. När EPDS används under graviditeten fångar den upp en rad andra psykiska sjukdomstillstånd än depression, i första hand ångesttillstånd [61], vilket understryker betydelsen av differentialdiagnostisk bedömning. 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 eller remiss vidare [80].

Fördelarna med de olika metoderna

Fördelarna med metod 1, **Identifiering med muntliga frågor,** 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. Barnmorskan måste dock alltid ha tid avsatt för att gå vidare med ett utförligare screeningsinstrument som EPDS (tvåstegsförfarande).

Fördelen med metod 2, **Identifiering enbart med EPDS,** är att frågorna i EPDS, vid korrekt användning, kan utgöra ett bättre stöd för ett samtal än Whooley questions och GAD-2, under förutsättning att det finns tid för samtalet.

[12] Direkt översättning från NICE guidelines

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 [82]. 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 för att bedöma om utfallet var sant eller falskt, och utifrån det avgöra om man bör remittera vidare för en diagnostisk bedömning [84]. 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

Det saknas studier för att bedöma den diagnostiska tillförlitligheten av Whooley questions och GAD under graviditet [82].

Vårdkedjans olika steg

Vårdkedjan inom ramen för strukturerad identifiering har 3 steg:

Steg 1: Det första är barnmorskans utforskande samtal, där hon tar reda på

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

Barnmorskan bedömer, ofta efter konsultation med en psykolog, om kvinnan bör remitteras till kurator, psykolog, allmänläkare eller erbjudas stödsamtal, ibland tillsammans med partner eller nätverk. Genom att erbjuda uppföljande samtal kan barnmorskan följa kvinnan, ibland erbjuda EPDS igen och, om hon inte förbättras, remittera henne vidare för att förhindra att en lindrig depression eller ångest fördjupas eller blir långdragen.

Post partum har screening tillsammans med intervention (personcentrerade stödsamtal, så kallad *counselling*) av barnhälsovårdens sjuksköterska visat positiv effekt [91]. Likande studier saknas för gravida kvinnor.

Steg 2: Det andra steget i vårdkedjan, för kvinnor 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 kvinnor med tidigare depression eller med långvarig depression bör alltid allmänläkaren konsulteras för bedömning och behandling. Samarbetet med vårdcentralens distriktsläkare och psykolog är särskilt viktigt, för snabb tillgång till behandling – särskilt om kvinnan tidigare behandlats inom primärvården för psykiska sjukdomstillstånd.

➔ **Läs mer**: Rekommendationen Multiprofessionell samverkan och konsultation.

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

➔ **Läs mer**: Rekommendationen 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* [82], som återfinns i webbilagan *Metodbeskrivning och kunskapsunderlag* vägts in.

➔ **Läs mer** om hur vi har tagit fram 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.

Rekommendation

Hälso- och sjukvården bör

erbjuda psykosocial bedömning till alla gravida under tidig graviditet

Syftet med rekommendationen

En rad förhållanden i den gravida kvinnans liv kan påverka hennes hälsa och mående under barnafödandets period och öka risken för psykisk ohälsa eller sjukdom under denna period. 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 hälsan. 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.

Psykosocial bedömning: Vad bör den innehålla?

En psykosocial bedömning görs av barnmorskan och innehåller frågor om kvinnans och familjens levnadsvillkor och om det finns risk för psykisk ohälsa, men också frågor om tillgång till stöd och hjälp. En kartläggning av den gravida kvinnans psykosociala bakgrund kan med fördel innehålla frågor om hennes bostadssituation, utbildning, migration, arbetssituation, ekonomi, livsstil, drogbruk, familjesituation, olika former av familjebildning, socialt nätverk, ålder, långvarig stress och stressfyllda livshändelser, tillgång till stöd samt annat som bedöms relevant för att kunna göra en sammanvägd psykosocial bedömning.

Psykologiska faktorer av betydelse under graviditeten:

- kvinnans och hennes partners inställning till graviditeten
- erfarenheter av eventuellt tidigare graviditeter och förlossningar
- 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/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 planeras i samverkan med mödrahälsovårdspsykolog eller kurator, psykiatri, socialtjänst och eventuellt andra verksamheter. De bör integreras med det medicinska basprogrammet och görs i samråd med eller med deltagande av kvinnan, eller båda de blivande föräldrarna.

En fördel är om det finns en lokal handlingsplan för samverkan kring blivande föräldrar i behov av särskilt stöd. Ibland behöver kvinnan eller paret extra besök hos barnmorskan för att tid ska finnas för att uppmärksamma eventuella riskfaktorer och planera stöd. Kontinuitet i kontakten mellan barnmorskan och kvinnan bidrar till att barnmorskan får ta del av händelser och omständigheter av betydelse, och gör det lättare att motivera och få samtycke till utökade insatser.

Psykologiska och sociala frågor kan behöva aktualiseras under hela graviditeten och barnmorskor och läkare kan behöva kontinuerlig konsultation av psykolog.

➔ **Läs mer** om konsultation av psykolog i kommande avsnitt Konsultation av psykolog och multiprofessionell samverkan inom mödrahälsovården i detta kapitel

➔ **Läs mer** om våld i nära relationer i avsnitt *Att ta hänsyn till och uppmärksamma våld i nära relation* i inledningskapitlet

Motivering till rekommendationen

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården erbjuda psykosocial bedömning av 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, särskilt depression och/eller ångestsyndrom, än om en sådan bedömning inte görs. Barnmorskan kan bedöma psykosociala risker på ett 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* [82], som återfinns i webbilagan *Metodbeskrivning och kunskapsunderlag* vägts in.

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

Konsultation av psykolog och multiprofessionell samverkan inom mödrahälsovården

Mödrahälsovården erbjuder regelbundna besök för att övervaka den gravida kvinnans somatiska hälsa och fostrets utveckling, men också den gravida kvinnans psykiska hälsa. Eftersom både barnmorska och läkare arbetar i huvudsak i en medicinsk kontext, finns sedan länge psykologer anställda inom samma organisation för konsultation och samverkan i frågor som rör psykisk ohälsa och psykiska sjukdomstillstånd hos kvinnor före och efter. 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 MHV-psykolog 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 rekommendationen

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

Konsultation till personalen inom mödrahälsovården rör universella och riktade insatser och innebär en diskussion om hur enskilda ärenden kan handläggas. För personalen bidrar konsultation till

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

Konsultation skapar utrymme för barnmorskan och läkaren att reflektera över och fördjupa sig i frågor som gäller att främja psykisk hälsa och 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 sociala 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.

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

Samverkan med psykolog inom mödrahälsovården

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 psykiatrin.

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 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 psykiatrin, eller i andra verksamheter, som socialtjänsten.

Motivering till rekommendationerna

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården erbjuda personal i mödrahälsovården möjlighet till regelbunden professionell konsultation av MHV-psykolog 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 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 rekommendation 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 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* [82], som återfinns i metodbilagan vägts in.

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

Specialistteam

Vid bedömningen och behandlingen av gravida och nyblivna mammor[13] med allvarlig psykisk sjukdom finns det behov av att integrera specialistkunskap mellan olika professioner och med flera perspektiv: kvinnan, paret, barnet och föräldra–barnrelationen. Ett team bestående av vuxenpsykiater och andra professioner, särskilt med kunskap om diagnostik och behandling av relationella störningar mellan föräldrar och barn, behövs för denna grupp.

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.

[13] Det finns de som föder barn och som inte identifierar sig som mammor

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 nivå.

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 [72]. Tiden efter förlossningen är den period i livet då risken för en psykos och inläggning på psykiatrisk klinik är störst för kvinnor. Risken för suicid och utvidgad suicid är också stor. Förebyggande och tidiga insatser är därför särskilt viktiga.

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 relationella störningar mellan föräldrar och barn behöver kunna erbjudas. 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.

Specialistteam med erfarenhet av perinatal psykisk sjukdom och familjefokus

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. Det kan bestå av psykiater, psykiatrisjuksköterska, psykolog, barnmorska, kurator eller socionom, BHV-sjuksköterska, med obstetriker och barnläkare knutna till sig. Åtgärden förutsätter att teamet besitter kunskap och erfarenhet av perinatal psykisk sjukdom och samspelssvårigheter med spädbarnet, och att det har ett familjefokus. 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 psykiatrin, tillsammans med psykoser och depressioner med suicidrisk.

Ett specialistteam kan förutom diagnostisering och behandling ge konsultation och stöd till öppenvårdspsykiatrin 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, barnläkare och barnhälsovård, samt primärvård [70].

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 [92].

I Sverige saknas så gott som helt sådana specialistteam. Ett undantag är ett multidisciplinärt samarbete mellan obstetrik och psykiatri som finns vid Karolinska universitetssjukhuset i Huddinge. Ett konsultteam erbjuder där bedömning och behandling, och utför också ett indirekt arbete genom kommunikation med andra vårdgivare och stödinstanser [93].

Som en jämförelse kan nämnas ett specialistteam inom mödra- och barnhälsovården i Göteborg. Specialutbildade barnmorskor arbetar där med blivande och nyblivna mammor med beroendeproblematik under graviditeten och barnets första levnadsår. Teamet utgör ett kompetenscentrum som regionens mödravårdscentraler kan konsultera och samarbeta med. Ett psykiatriskt beroendeteam är upparbetat kring den enskilda patienten [94].

På liknande sätt skulle ett specialistteam för kvinnor med allvarlig psykisk sjukdom, pågående eller som insjuknat under graviditet eller post partum, kunna erbjuda specialistkompetens för bedömning och behandling av mamman och eventuella samspelsvårigheter med barnet och ge stöd och insatser till hela familjen.

I regioner med större patientunderlag är det väl motiverat med ett specialistteam [72]. Ett sådant team kan vara knutet till en vuxenpsykiatrisk klinik eller en psykiatrisk öppenvårdsmottagning i samverkan med specialistmödrahälsovården. Modellen kan dock organiseras i andra former i regioner med glesare patientunderlag, till exempel som ett nätverk eller ett konsultteam med tydlig struktur och upparbetade rutiner för samverkan.

Motivering till rekommendationen

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården erbjuda gravida och nyblivna mödrar med risk för eller 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* [82], som återfinns i metodbilagan vägts in.

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

Utbildning och fortbildning

Mödrahälsovårdens personal behöver utbildning och fortbildning i perinatal psykisk hälsa för att kunna identifiera och stödja gravida kvinnor 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 psykiska sjukdomstillstånd
- korrekt användning av eventuella skattningsinstrument

Den som ger behandling behöver kunskap om lämpliga metoder och anpassningar som kan behövas 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

Perinatal psykisk hälsa 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 viktigt. Även psykologer verksamma i mödrahälsovården behöver fördjupningsutbildning i fältet perinatal psykisk hälsa och konsultationsmetodik.

Utbildning av nyanställd personal 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 barnmorskan. Syftet med utbildningen är att erbjuda

- kunskap om psykisk ohälsa och olika psykiska sjukdomstillstånd, särskilt depression och ångestsyndrom
- 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 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

Följande delar kan lämpligen ingå: Kunskap om

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

Kunskap om olika psykiska sjukdomstillstånd

Följande delar kan lämpligen ingå: 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
- allvarligare tillstånd.

Observera: Kunskap om allvarligare 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 psykossjukdom. Det är avgörande att 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

För att personalen ska kunna använda skattningsinstrument för att kartlägga symtom på depression och ångest behöver de ha kunskap om hur

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

Observera: Kännedom om skattningsinstrumentens känslighet och träffsäkerhet (andel falskt positiva, falskt negativa och korrekt identifierade) är viktig för att minska risken för feltolkning av utfallen.

Utbildning i ett personcentrerat och stödjande förhållningssätt

Ett personcentrerat och stödjande förhållningsätt är viktigt bland annat när man gör en psykosocial anamnes och vid identifiering av pågående psykisk ohälsa och psykiska sjukdomstillstånd. Det finns annars risk för att dessa arbetsuppgifter genomförs som checklistor.

Kunskap om remiss- och kontaktvägar

Personalen behöver kontinuerligt uppdaterad kunskap 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 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* [82], som återfinns i metodbilagan vägts in.

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

Förlossningsrädsla och traumatiska förlossningsupplevelser

Förlossningsrädsla – inledning

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 gravida kvinnor[14] i Sverige ger i forskning uttryck för påtaglig förlossningsrädsla, och prevalensen tycks ännu högre bland utrikesfödda kvinnor [95, 96]. 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 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 för den gravida 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 förlängt värkarbete [97, 98], längre tid mellan graviditeter [98] samt påverkad bindning till barnet [99].

Det finns också indikationer på att det lidande förlossningsrädda gravida 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 [100]. Det finns också indikationer på att behandling av svår förlossningsrädsla skulle kunna kompensera för de ökade kostnaderna [101].

[14] Alla gravida och födande identifierar sig inte som kvinnor. När begreppet används i texten avser vi även personer som inte identifierar sig som kvinna. Se avsnittet *Benämningar kvinnan och partner* i Introduktionskapitlet till detta kunskapsstöd.

Sårbarhetsfaktorer och samsjuklighet

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 omföderskor 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 [102].

Forskning tyder på att gravida LHBTQ-personer[15] 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 [103].

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) [104], 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” [82]. Här hänvisar SBU både till en studie av Haines et al. [105] som använt the Fear or Birth Scale (FOBS) och en studie där skattning skett på en skala från 0 till 10 utan vidare beskrivning av siffrornas innebörd [106]. 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.

[15] Homosexuella, lesbiska, bisexuella, trans- och queerpersoner

Evidensläget gällande behandling av förlossningsrädsla

Under 2021 har både SBU och Cochrane Library utvärderat det vetenskapliga stödet för icke-farmakologisk behandling av förlossningsrädsla [107, 108]. 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. 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'Connel 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.

Identifiering och stöd i svensk kontext

Barnmorskan inom mödravården 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 stöd för sin förlossningsrädsla inom mödrahälsovården.

Vid behov kan barnmorskan inom mödravården remittera den gravida vidare för fortsatt bedömning eller stöd inom en annan relevant instans inom hälso- och sjukvården.

I Sverige finns i dag specialiserade enheter för förlossningsrädsla, ofta kallade Auroramottagningar, vid alla svenska förlossningsenheter. Inom dessa mottagningar erbjuds vanligen samtalsstöd till både förstföderskor och omföderskor med uttalad förlossningsrädsla. 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
- gå igenom eventuella tidigare förlossningsupplevelser.

Många gånger kopplas samtalsstödet till upprättande av en förlossningsplan, som ofta beskriver individuella trygghetsskapande faktorer för den födande. Ibland kan förlossningsplanen även innefatta ett förlossningskontrakt, där man förutom det psykologiska stödet kan planera ett försök till vaginal förlossning som den födande under vissa villkor kan avbryta. Förlossningskontraktet kan också innebära en planerad igångsättning i stället för planerat snitt, för att skapa hanterbarhet för den födande i en ansträngd situation. Ibland är ett planerat kejsarsnitt den mest lämpliga vägen att föda, när andra metoder har uteslutits.

Vetenskapliga utvärderingar av det stöd som erbjuds vid dessa specialiserade mottagningar har visat att de kvinnor som fått ta del av stödet oftast är nöjda [109, 110], även om det fortfarande är oklart om deras rädsla minskat.

Gravida med förlossningsrädsla kan också erbjudas psykologisk behandling av psykologer verksamma inom mödravården. Sådana insatser kan fokusera på den väntande förlossningen, men också vidgas till den gravidas psykiska mående i ett vidare perspektiv.

Vilka tar del av stödet 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 stödinsatserna i högre grad fördelats till gravida med hög utbildningsnivå. Båda dessa resultat gällde i första hand för omföderskor. Då den i dag befintliga forskningen tyder på att förekomsten av förlossningsrädsla är högre bland utrikesfödda än bland svenskfödda [96], antyder dessa mönster att nuvarande strategier för identifiering och fördelning av stöd kanske inte är tillräckliga för att ge alla förlossningsrädda samma möjligheter att få stöd för sin rädsla.

Samverkan mellan yrkesgrupper och verksamheter

Förlossningsrädsla är ett komplext fenomen, där samverkan mellan yrkesgrupper och vårdinstanser är av största betydelse. Barnmorskan inom mödravården har ofta en nyckelroll för samordning av insatserna och står i regel för en första bedömning av den gravidas behov av stöd. 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 – inledning

Trots att ett barns födelse i de flesta fall är en positiv händelse, kan ett förlossningsförlopp innebära flera mer eller mindre dramatiska händelser, som i sin tur kan upplevas på olika sätt av de inblandade. Enligt internationella studier upplever 9–64 procent av födande kvinnor sin förlossning psykiskt påfrestande, eller till och med traumatisk. Bland dessa kvinnor uppvisar många också symtom på akut stress.

Svenska studier tenderar att finna en betydligt lägre förekomst av negativa eller traumatiska förlossningsupplevelser än vad som ofta ses i internationella studier, troligtvis då andra sätt att identifiera sådana upplevelser använts. I Sverige skattar vanligen födande kvinnor 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 2016 skattade mellan 1,4 och 5,9 procent av födande kvinnor i Sverige sin förlossningsupplevelse som 3 eller lägre på denna skala (Graviditetsregistret, 2016).

För några individer kan en traumatisk förlossningsupplevelse bidra till att de utvecklar mer allvarliga psykiska tillstånd, såsom akut stressyndrom och posttraumatiskt stressyndrom (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 [111]. Förekomsten av förlossningsrelaterad PTSD ligger enligt metaanalyser omkring 3 till 4 procent [112, 113].

Riskfaktorer för traumatiska förlossningsupplevelser

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. Riskfaktorer kan vara relaterade till

- själva förlossningen, exempelvis akuta obstetriska ingrepp
- tidigare livshändelser, exempelvis tidigare traumatiska upplevelser eller psykisk ohälsa
- faktorer efter förlossningen som förstärker upplevelsen av förlossningen, som bristande socialt stöd
- ytterligare stressorer, exempelvis att barnet vårdas på neonatalavdelningen [111].

Traumatiska förlossningsupplevelser hos partners

Även partners 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 kvinnorna.

Konsekvenser av traumatisk förlossningsupplevelse

Traumatiska förlossningsupplevelser kan alltså bidra till att en person utvecklar förlossningsrelaterat akut stressyndrom eller PTSD. Förlossningsrelaterad PTSD kan vidare leda till ökad förekomst av andra psykiatriska diagnoser, däribland depression [111].

Enskilda studier tyder också på att traumatiska förlossningsupplevelser kan ha negativ inverkan på partnerrelationen, barnets socioemotionella utveckling och kvinnans[16] bindning till barnet i en efterföljande graviditet [114-116].

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 [117]. Fler uttrycker också förlossningsrädsla och önskan om kejsarsnitt vid efterföljande graviditet [118, 119].

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 fortfarande randomiserade kontrollerade studier som utvärderar effekter och eventuella risker av olika strategier för strukturerad identifiering av traumatiska förlossningsupplevelser [107].

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) [120] och The Birth Satisfaction Scale-Revised (BSS-R) [121].

Socialstyrelsen rekommenderar i kapitlet *Vård efter graviditet och förlossning* att alla nyblivna mammor 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.

➔ **Läs mer** om identifiering av traumatiska förlossningsupplevelser i SBU:s kartläggning *Identifiering av traumatiska förlossningsupplevelser – SBU Bereder* som återfinns i webbilagan *Metodbeskrivning och kunskapsunderlag*.

[16] Alla gravida och födande identifierar sig inte som kvinnor. Vi varierar därför benämningen i texten.

En etablerad vårdkedja ger förutsättningar för tidig identifiering och rätt stöd

Det är viktigt att vårdgivaren har en etablerad vårdkedja för att kunna identifiera traumatiska förlossningserfarenheter i ett tidigt skede och ta hand om patienterna på bästa sätt. Hälso- och sjukvården måste vara öppen för förekomsten av traumatiska erfarenheter och planera sin verksamhet för att på kunna hjälpa de individer som har behov av extra uppföljning, bedömning, stöd eller psykologisk behandling. Detta gäller vid alla bedömningar inom den kliniska verksamheten:

- under tiden på förlossning och BB
- vid postpartumsamtal
- vid telefonuppföljning andra veckan efter förlossningen
- vid efterkontroller.

Vid misstanke om utveckling av PTSD är det viktigt att i samråd med patienten skyndsamt remittera till psykolog eller psykoterapeut med traumakompetens. Självskattningsskalor 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 [122], som håller på att valideras för svenska förhållanden.

Stöd och behandling vid traumatiska förlossningsupplevelser

Traumafokuserade psykologiska interventioner för kvinnor som fött barn tycks vara effektiva i att reducera PTSD-symtom i upp till 6 månader [123], medan det fortfarande är ovisst om interventionerna kan underlätta återhämtning från kliniskt relevant PTSD. Vad gäller interventioner för att förebygga utvecklande av förlossningsrelaterad PTSD finns ett antal studier som beskriver interventioner efter förlossningen, men då studierna är olika sinsemellan saknas tillräckligt underlag för att avgöra interventionernas effekt [124].

Rekommendationer[17]

Identifiering av oro hos gravida

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

Rekommendation

Hälso- och sjukvården bör

i samband med ordinarie besök i den första, andra och tredje trimestern systematiskt fråga den gravida om eventuell förlossningsrädsla. I denna första identifiering av möjlig förlossningsrädsla används självskattning med visuell analog skala (till exempel FOBS), som följs upp i samtalsform med ledning av 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.

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 Expecancy/Experience Questionnaire* (W-DEQ) [104], 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 [125] finns det visst stöd för användning av visuella analoga skalor (VAS), som instrumentet the Fear of Birth Scale (FOBS) [126, 127] eller andra VAS-skalor. 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-skalor ställts mot W-DEQ visar att skalorna är bättre på att identifiera personer med förlossningsrädsla (sensitivitet 85–98 %) än på att utesluta personer utan förlossningsrädsla (specificitet 65–80 %). För vidare bedömning behövs därför en fördjupad anamnes.

[17] Socialstyrelsen har inte gjort en hälsoekonomisk analys och inte heller en organisatorisk analys för de föreslagna rekommendationerna i detta kapitel. Vi gör dock bedömingen 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 2022 [4].

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 två 100 millimeter långa linjer med ändpunkterna *lugn/orolig* på den ena linjen och *ingen rädsla/stark rädsla* på den andra.

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

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

Ursprungligen föreslogs värdet 54 eller högre indikera förlossningsrädsla [105], men i senare studier har i stället värdet 60 eller högre använts för att minska andelen falskt positiva skattningar [96, 127].

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 under 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 rädslodebut, 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. 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?*

Motivering till rekommendationen

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården i samband med ordinarie besök i den första, andra och tredje trimestern systematiskt fråga den gravida om eventuell förlossningsrädsla. I denna första identifiering av möjlig förlossningsrädsla används självskattning med visuell analog skala (till exempel FOBS), som följs upp i samtalsform med ledning av den gravidas 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 stöd.

I Socialstyrelsens rekommendation har dessutom SBU:s rapport *Förlossningsrädsla, depression och ångest under graviditet - SBU utvärderar* [125] vägts in.

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

Kartläggning av förlossningsrädsla hos förlossningsrädda 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 traumatiska upplevelser 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

Hälso- och sjukvården bör

vid misstanke om förlossningsrädsla hos den gravida erbjuda en fördjupad anamnestagning där den gravidas rädsla samt behov av stöd och behandling kartläggs.

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 kunna göra en bedömning om det faktiskt är förlossningsrädsla – och i så fall hur allvarlig den är. Men också 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 samtalet de hade i samband med den första identifieringen. Kartläggningen kan med fördel också kombineras med en psykosocial bedömning (Se avsnitt *”psykosocial bedömning”* i kapitlet *Psykisk sjukdom*). 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?
- 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)
- 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, övergrepp.

- Vilka önskemål om stöd eller andra insatser uttrycker den gravida och en eventuell partner?

Om kvinnans behov av stöd verkar vara 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 bör

baseras på vilka insatser som finns tillgängliga och på mödravårdens initiala bedömning av den aktuella kvinnans behov.

➔ **Läs mer** om stöd och behandling vid förlossningsrädsla i kommande avsnitt *stöd och behandling vid förlossningsrädsla* i detta kapitel

➔ **Läs mer** om identifiering vid psykisk ohälsa i kapitlet *Psykisk ohälsa och psykisk sjukdom*

Motivering till rekommendationen

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården 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 förlossningsrädslan 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* [125] vägts in.

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

Stöd och 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 och stöd anpassas efter den gravidas unika behov och önskemål.

Rekommendation

Hälso- och sjukvården bör

vid behov erbjuda den gravida med konstaterad förlossningsrädsla stöd eller behandling anpassad efter den gravidas behov (inom mödravården eller via remiss till 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 med ett respektfullt sätt validera och stötta gravida med orostankar kring sin kommande förlossning. Det ingår i barnmorskans uppgift att stötta och ge råd kring förlossningen. Barnmorskan kan också erbjuda gravida eller par extra tid eller besök för samtal om förlossningsrädsla.

När det finns ett större behov av stöd

Om den gravida uttrycker orostankar som tyder på ett större behov av stöd än det barnmorskan kan erbjuda, hänvisas den gravida eller paret till specialiserade samtalsmottagningar eller psykologisk behandling. Ofta erbjuds samtalsstöd av barnmorskor eller kuratorer vid specialiserade enheter, på många håll kallade Auroramottagningar.

Gravida kan också få psykologisk behandling för sin förlossningsrädsla av psykologer verksamma inom mödrahälsovården. Sådana insatser kan fokusera på den väntande 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. Ett optimalt omhändertagande av kvinnor med förlossningsrädsla gynnas därför sannolikt av nära samverkan mellan yrkesgrupper.

Vid förekomst av allvarligt psykiatrisk samsjuklighet bör remittering till psykiatrin övervägas.

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 på moderns begäran. Det är därför viktigt att eventuella insatser baseras på en individuell bedömning av den gravidas situation, specifika sårbarhetsfaktorer och behov.

Förutsättningar för stöd och behandling

För att kunna bemöta gravida med förlossningsrädsla på ett trygghetsskapande sätt, är det viktigt att specialiserade samtalsmottagningar har en välfungerande struktur med avsatt tid för besök. Utbildning i samtalsmetodik och 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 behandling anpassat efter den gravidas behov. Stödet eller behandlingen ges inom mödravården eller via remiss till en enhet med en annan specialistkompetens.

Det vetenskapliga underlaget för att bedöma effekten av åtgärden är otillräcklig, 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* [125] vägts in.

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

Fortbildning, konsultation och handledning till personal

Enligt det nationella basprogrammet för mödrahälsovården ingår det att göra bedömningar av den gravidas psykiska tillstånd. Vid eftervårdsbesöket ingår det att samtala om kvinnans och partnerns förlossningsupplevelse. För personalen kan detta vara utmanande och kräva gedigen kunskap om förlossningsrädsla, traumatiska förlossningsupplevelser och annan psykisk ohälsa. Arbetet kan för en del personal också väcka egna negativa tankar och känslor, som både kan påverka det egna måendet och den kliniska verksamheten.

Rekommendation

Hälso- och sjukvården bör

i frågor som berör identifiering av och stöd för förlossningsrädsla hos gravida erbjuda personal inom mödrahälsovården fortbildning och möjlighet till regelbunden konsultation och 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 de 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.

Regelbunden fortbildning, utbildning och konsultation utifrån personalens behov

Fortbildning, handledning och konsultation bör planeras regelbundet utifrån personalens behov.

➔ **Läs mer** om utbildning och konsultation i avsnittet *Utbildning och konsultation* i kapitlet *Psykisk ohälsa och sjukdomstillstånd*

Motivering till rekommendationen

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården erbjuda personal inom mödrahälsovården fortbildning och möjlighet till regelbunden konsultation och 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* [125] vägts in.

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

Förlossningsbristningar – diagnostik, information och uppföljning

Förekomst av förlossningsbristningar

Bristningar i bäckenbotten i samband med förlossningen är vanliga, särskilt hos förstföderskor. Det finns fyra grader av hur omfattande en förlossningsbristning är:

- **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.

Kvinnan[18] kan även få 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 eller perineotomi innefattar vanligen samma muskler som grad 2 och förkommer hos 10,3 procent av de kvinnor som föder sitt första barn och hos 5,4 procent hos alla födande [44].

Andelen grad 3 och 4 har haft en nedåtgående trend de senaste åren: i genomsnitt 2,5 procent av alla som föder drabbas. Av dessa är 4,5 procent förstföderskor och 1 procent omföderskor. Minskningen har skett i båda grupperna.

Det finns en viss variation över landet där den klinik som hade minst andel bristningar av grad 3–4 hade 1,1 procent, medan den med högsta andelen hade 4,4 procent [44].

Kvinnors hälsa i relation till förlossningsbristningar

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

De som fött sitt första barn och drabbats av grad 2-bristningar eller klipp har dubbelt så hög risk för att skatta sin hälsa negativt två månader efter förlossningen jämfört med kvinnor med en liten bristning eller ingen bristning alls. De som drabbas av sfinkterskada upplever en negativ inverkan på livskvaliteten och löper en högre risk att manifestera depressiva symtom [128].

[18] Alla gravida och födande identifierar sig inte som kvinnor. När begreppet används i texten avser vi även personer som inte identifierar sig som kvinna. Se avsnittet *Benämningar kvinnan och partner* i Introduktionskapitlet till detta kunskapsstöd.

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

Upplevelsen av en förlossningsbristning

Den enskilda kvinnans upplevelse av att ha fått en förlossningsbristning varierar. Det beror på skadans omfattning, men även på hennes förväntningar på en skadefri förlossning och återhämtning under tiden efter förlossningen.

När kvinnan förväntar sig en snabb återhämtning efter förlossningen, och detta inte blir fallet, påverkas självförtroendet och en känsla av misslyckande kan uppstå [128, 129]. 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 karaktären på det bemötande som kvinnan får efter att ha fått en förlossningsskada är av stor betydelse för hennes självkänsla och hennes upplevelse av förlossningsskadan. Ett bra bemötande innebär att kvinnan känner sig sedd och att skadan blir erkänd som det problem hon upplever att det är – i stället för den normalisering som många erfarit.

Relevanta arbeten från andra aktörer

Vad gäller diagnostik av förlossningsbristningar är det viktigt att nämna SBU:s slutsatser efter att vetenskapligt ha utvärderat vilka åtgärder som främjar diagnostik av bristningar vid vaginal förlossning. SBU sammanfattar med att både tydliga vårdprogram och att vara två undersökare är rimliga åtgärder för att höja kvaliteten i förlossningsvården idag men att det behövs mer kunskap om vilka undersökningsmetoder som kan användas rutinmässigt efter förlossning [128].

Även kvinnors erfarenheter och upplevelser av information och bemötande ifrån vården när de fått bristningar vid sina förlossningar har utvärderats i samma SBU rapport. Enligt slutsatserna i rapporten är det möjligt att [130]:

- Kvinnor med förlossningsbristningar upplever att det är genant att berätta om intima problem och önskar att vårdpersonalen ställer direkta och specifika frågor som underlättar att de tas upp.
- Kvinnor med förlossningsbristningar upplever att ett professionellt, kompetent och respektfullt bemötande från vårdpersonalen som innefattar individ- och situationsanpassad information underlättar och främjar deras fysiska och psykiska återhämtning.

Professionsföreningar har också varit engagerade i frågan. 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, eller med utbildning inom dessa områden, där målet är att ge barnmorskor och läkare på kvinnokliniker och inom mödrahälsovården mer kunskap om förlossningens påverkan på bäckenbottens strukturer.

Rekommendationer[19]

Samtal och förlossningsplanering vid ökad risk

Gravida med ökad risk för förlossningsbristning behöver stöd i att hantera den rädsla och oro som följer av vetskapen att de eventuellt kan drabbas av den under förlossningen.

Rekommendation

Hälso- och sjukvården bör

erbjuda gravida med identifierade/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 inget annat under förlossningen hindrar det. Den gravida får därmed en 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 inte skapar onödig oro. Det kan även bli fråga om ett planerat kejsarsnitt som alternativ till vaginal förlossning.

Identifiera risker för större bristningar

Det finns ett antal faktorer som kan identifiera gravida med risk för större bristningar, exempel på sådana är:

- att vara könsstympad[20]
- att tidigare vara förlöst med kejsarsnitt
- ökande ålder hos den gravida.

Det är viktigt att anpassa samtalet och planeringen utifrån de riskfaktorer som den gravida har, på ett sätt som skapar realistiska förväntningar utan att skapa oro hos den gravida.

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

[19] Socialstyrelsen har inte gjort en hälsoekonomisk analys och inte heller en organisatorisk analys för de föreslagna rekommendationerna i detta kapitel. Vi gör dock bedömingen 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 2022[4]

[20] Socialstyrelsens kunskapsstöd: Kvinnlig könsstympning – ett stöd för hälso- och sjukvårdens arbete (2016) Syftar till att stärka kompetensen kring könsstympning av flickor och kvinnor hos personal inom hälso- och sjukvården. www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/kunskapsstod/2016-6-59.pdf

Motivering till rekommendationen

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården erbjuda stödjande samtal och förlossningsplanering inför kommande förlossning till kvinnor med identifierade/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 tagit fram 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 och har kvarstående besvär kan behöva stödjande samtal och förlossningsplanering med ansvarig barnmorska eller läkare i ett tidigt skede under graviditeten, eller vid behov.

Rekommendation

Hälso- och sjukvården bör

erbjuda gravida med svåra förlossningsbristningar vid tidigare graviditet och som har kvarstående besvär, stödjande samtal och förlossningsplanering.

Syftet med rekommendationen

Genom samtalet och planeringen får kvinnan kunskap om hur man arbetar förebyggande och vilka åtgärder som kommer att vidtas om inget annat under förlossningen hindrar det. Hon får därmed en 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 inte skapar oro. Åtgärden kan variera beroende på förlossningsbristning och vilka symtom kvinnan har. Det kan även bli fråga om ett planerat kejsarsnitt som alternativ till vaginal förlossning.

Anpassa samtal och planering efter tidigare besvär

En gravid omföderska som tidigare har haft en större förlossningsbristning är särskilt utsatt för att få en bristning igen, vilket kan vara drivande för hennes oro och rädsla [129, 131, 132]. Oron kan antingen härstamma från rädslan att återigen få

uppleva de sekundära besvär som hon kan ha haft i samband med sin tidigare förlossning, eller vara kopplad till kvarstående besvär [130].

Exempel på sådana besvär är smärta, inkontinens, inåtbuktade slidväggar, vidhetskänsla, luft i vagina, tyngdkänsla, tarmtömningssvårigheter och sexuell dysfunktion [12].

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

Motivering till rekommendationen

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården erbjuda gravida med svåra förlossningsbristningar vid tidigare graviditet, och som har kvarstående besvär, stödjande samtal och förlossningsplanering inför kommande förlossning.

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 tagit fram erfarenhetsbaserad kunskap för rekommendationen i webbilagan *Metodbeskrivning och kunskapsunderlag*.

Bedövning, diagnostik och suturering av förlossningsbristningar

De flesta kvinnor upplever smärta i underlivet direkt efter en vaginal förlossning, oavsett om hon drabbats av en bristning eller om hon inte fått någon skada alls. I samband med den undersökning som görs för att upptäcka, diagnostisera och suturera en bristning, kan obehag och smärta hos kvinnan bli ännu mer påtagliga om smärtlindringen är otillräcklig.

Behandling och uppföljning av förlossningsbristningar avgörs av vilken typ av bristning det rör sig om, därför är en undersökning i direkt anslutning till förlossningen av avgörande betydelse.

Rekommendation

Hälso- och sjukvården bör

vid den undersökning som sker direkt efter förlossningen erbjuda den nyförlösta:

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

Syftet med rekommendationen

Det har varit rutin i förlossningsvården att bedöva inför suturering av bristningar, men inte vid undersökning av underlivet direkt efter förlossningen. 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. Behandling och uppföljning av förlossningsbristningar beror på vilken typ av bristning det rör sig om, därför är undersökningen i direkt anslutning till förlossningen av avgörande betydelse. En oupptäckt bristning som förblir obehandlad, eller en feldiagnostiserad bristning, läker sämre. Detta kan försvåra senare behandling och medföra stort lidande för kvinnan, både psykiskt och fysiskt. Noggrann diagnostik och suturering är därför nödvändig.

Korrekt behandling och uppföljning

När man inspekterar är det viktigt att palpera med ett finger i rektum och ett finger i vagina (bimanuell palpation) för att kunna identifiera och kartlägga en eventuell skada i vagina eller sfinktern. Att lägga en pudendusblockad (PDB) vid misstänkt bristning ökar möjligheten till korrekt diagnostisering och därmed en korrekt behandling av förlossningsskadan. Vid behov kan PDB förnyas, vilket ger bättre förutsättningar att suturera korrekt.

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. Denna barnmorska kan även bistå vid undersökningen efteråt för att förbättra både diagnostik och suturering [130].

När den nyförlösta undersöks av ytterligare en barnmorska eller läkare förbättras diagnostiken och 37–46 procent fler bristningar identifieras [130]. Om dessutom två barnmorskor eller läkare utför sutureringen tillsammans så ökar möjligheten till en korrekt och optimal suturering (backenbottenutbildning.se).

Det är viktigt att skadans omfattning och hur man suturerat anges på ett detaljerat sätt: vilka strukturer som sytts ihop och vilka suturmaterial som använts. För att öka möjligheten till bättre uppföljning är det också viktigt att skadan och sutureringen registreras i det nationella operationsregistret [133].

Undersökning med analt ultraljud

Analt ultraljud är en metod som används som tillägg till sedvanlig klinisk undersökning i direkt anslutning till förlossningen för att mäta, registrera och bedöma skadans omfattning vid bristningar av grad 3 och 4. Undersökningen minskar möjligen förekomsten av analinkontinens tre till tolv månader efter förlossningen [130].

Motivering till rekommendationen

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården vid den undersökning som sker direkt efter förlossningen erbjuda den nyförlösta 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 därmed en korrekt behandling av förlossningsskadan.

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården vid den undersökning som sker direkt efter förlossningen erbjuda två undersökare för att diagnostisera funna bristningar av grad 2, 3 eller 4. När den nyförlösta kvinnan undersöks av ytterligare en barnmorska eller läkare direkt efter förlossningen förbättras diagnostiken och fler bristningar identifieras [130], vilket bidrar till ett 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* [130] vägts in.

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

Uppföljande undersökning första veckan efter förlossningen och tidigt samtal

En kvinna med förlossningsbristningar 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 med bedömning, information om läkningsprocess och planerad uppföljning av kvinnans läkningsprocess och välmående bidra till en ökad känsla av trygghet, delaktighet och kontroll.

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 tre viktiga funktioner:

- Vid undersökningen av en utförd suturering kan barnmorskan upptäcka eventuella komplikationer som sårruptur, infektion eller hematom och åtgärda dessa.
- Uppföljningen bidrar till att kvinnan får adekvat information kring bristningarna: vad hon kan förvänta sig om läkning och återhämtning, och vart hon ska vända sig vid kvarstående problem.
- Uppföljningen ger förutsättningar för att kontrollera att man inte har missat några bristningar.

Vikten av ett empatiskt bemötande

En kvinna med förlossningsbristningar kan drabbas av oro och har ett betydande informationsbehov som inte alltid framkommer tydligt. Kvinnan kan känna sig negligerad och inte tagen på allvar när hon saknar adekvat information om hur skadan uppkommit, om hur läkningsprocessen ser ut och vilka förväntningar på återhämtning hon kan ha. Hur informationen ges har också betydelse. Här spelar ett gott bemötande en central roll i hur kvinnan uppfattar och upplever sin förlossningsskada: ett bra bemötande ger möjlighet till en bättre upplevelse.

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

Eftersom informationen berör vad som normalt upplevs som känsligt och privat kan det innebära ett hinder för kvinnan att ta första steget i samtalet. Det är därför viktigt att informationen sker på initiativ av barnmorskan eller läkaren och att kvinnan ges tillfälle att ställa sina frågor i den takt och i det format hon föredrar. Besvär som rör exempelvis blåsa eller tarm kan upplevas som känsliga, genanta och obekväma att prata om. Det kan vara en för stor utmaning för kvinnan att ta upp dem på eget initiativ. När barnmorskan eller läkaren ställer direkta frågor om olika besvär kan ett empatiskt förhållningssätt bidra till att avdramatisera frågorna, vilket får kvinnan att känna sig bekväm och trygg i dialogen.

Dialog och delaktighet skapar trygghet

Vad som kan ha föranlett en bristning och hur läkningsprocessen ser ut kan vara en självklarhet för barnmorskan och läkaren som har utbildning och möter tillståndet i sin yrkesutövning. För den nyförlösta kvinnan är en bristning oftast något nytt och kan skapa oro.

När några dagar har gått efter sutureringen kan kvinnan vara orolig och vilja veta hur läkningsprocessen fortgår och när skadan kan förväntas vara läkt. I en uppföljningssituation får kvinnan tillfälle att ställa sina frågor och få de svar hon behöver för att hantera sin situation. Detta bidrar till en känsla av bekräftelse och trygghet. En uppföljning kan ske genom telefonsamtal eller digitalt, exempelvis i ett videomöte. Kvinnan får då veta om en undersökning behövs eller inte.

I dialogen kan det vara fördelaktigt att även beröra frågan om hur kvinnans skada kan ha uppkommit. Det kan lämpligen ske genom att informera om den påverkan alla förlossningar har på bäckenbotten med fokus på hur hennes bristning troligen kommit till. Utöver detta behöver kvinnan veta vart hon ska vända sig om komplikationer uppstår. Detta bidrar till en ökad känsla av kontroll och delaktighet.

Förutom de ovan listade positiva konsekvenserna av att kvinnan får information om läkningsprocessen, eventuella komplikationer och förväntad läkningsprocess, kommer hon sannolikt att behöva söka vård färre gånger under de första veckorna efter förlossningen [134, 135].

Sammanfattningsvis behöver en kvinna med förlossningsbristningar 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 positiv återhämtning. En uppföljning tidigt efter en suturering bidrar till att undvika onödiga komplikationer och säkerställer att eventuella bristningar inte har missats. Kvinnan får också den individanpassade information hon behöver för att hantera sin bristning.

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

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 rekommendation bör det ingå i den tidiga kontrollen att individanpassad information om förväntat läkningsförlopp ges till den nyförlösta. Det är här viktigt att understryka att vården är skyldig att lämna information i flera avseenden. Exempelvis har kvinnan rätt enligt 3 kap. 1 § patientlagen (2014:821), PL, att erhålla information om både sitt hälsotillstånd och eftervård. Den information som bör lämnas enligt rekommendationen om förväntat läkningsförlopp utgör alltså information utöver den information som ska lämnas enligt lagstiftningen.

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 rekommendation 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 förlossningsbristning och tidigt samtal, som återfinns i webbilagan *Metodbeskrivning och kunskapsunderlag*.

➔ **Läs mer** om hur vi har tagit fram 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

Hälso- och sjukvården bör

erbjuda alla kvinnor som fött barn en bedömning av bäckenbotten och eventuell bristning vid efterkontrollen, 6–16 veckor postpartum.

Syftet med rekommendationen

Syftet med att erbjuda bedömningen är att minska risken för dysfunktion i kvinnans bäckenbotten.

Vad som ingår i efterkontrollen

Efter förlossningen rekommenderas en efterkontroll på barnmorskemottagningen efter 6 till 16 veckor. Vid detta besök ingår bland annat att

- identifiera fysisk och psykisk ohälsa
- göra en gynekologisk undersökning
- bedöma bäckenbotten och knipförmåga
- ge information om bäckenbottenträning för att förhindra urininkontinens och andra dysfunktioner i bäckenbotten [12, 136].
- ha uppföljningsrutiner vid problematiska förlossningsbristningar och förlossningsskador.

Individuellt anpassad rådgivning och vård

Uppföljningsrutiner kring förlossningsbristningar varierar nationellt och alla kvinnor blir inte alltid undersökta i samband med efterkontrollen. Kvinnan bör erbjudas information om anledningen till att undersökningen är rekommenderad. Rådgivning som ges utifrån undersökningens resultat möjliggör individuellt anpassade råd. Råden gäller framför allt bäckenbottenträning, annan träning och det sexuella samlivet, men även behov av fortsatta undersökningar, utredningar eller behandlingar. Om kvinnan har kraftigt nedsatt knipförmåga eller andra uttalade symtom och besvär bör hon remitteras vidare, antingen till specialistläkare inom obstetrik och gynekologi, uroterapeut eller fysioterapeut.

➔ **Läs mer** om hänvisning till rätt instans i kommande avsnitt *Hänvisning till rätt instans* i detta kapitel.

Motivering till rekommendationen

Enligt Socialstyrelsens rekommendationer bör hälso- och sjukvården erbjuda alla kvinnor som fött barn en bedömning av bäckenbotten och eventuell bristning vid efterkontrollen, 6–16 veckor postpartum. Det vetenskapliga underlaget för att bedöma effekten av åtgärden, är otillräckligt, men enligt beprövad erfarenhet kan åtgärden leda till minskad risken för dysfunktion i kvinnans bäckenbotten.

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 tagit fram erfarenhetsbaserad kunskap för rekommendationen i webbilagan *Metodbeskrivning och kunskapsunderlag*.

Hänvisning till rätt instans

När besvär efter en förlossningsbristning uppstår behöver kvinnan som drabbats följas upp och behandlas av personer med rätt kompetens på rätt vårdnivå.

Rekommendation

Hälso- och sjukvården bör

erbjuda kvinnan med förlossningsbristningar eller besvär från underlivet en tydlig skriftlig anvisning med information om vart hon ska vända sig vid olika typer av besvär för att underlätta kvinnans 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 tillgänglig och individanpassad vård. Hänvisningen kan dessutom ha betydelse för vårdkonsumtionen, genom att färre kvinnor besöker akutmottagningen för sina symtom [134, 135].

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.

➔ **Läs mer** om hur informationen kan anpassas i avsnittet *Anpassa stöd och information efter behov* i inledningskapitlet.

Motivering till rekommendationen

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården erbjuda kvinnan med förlossningsbristningar eller besvär i underlivet skriftlig hänvisning med information om vart hon ska vända sig vid olika typer av besvär för att underlätta kvinnans 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 tagit fram erfarenhetsbaserad kunskap för rekommendationen i webbilagan *Metodbeskrivning och kunskapsunderlag*.

Amning och uppfödning

Stöd i arbetet med amning och uppfödning

Socialstyrelsen har tagit fram föreskrifter och allmänna råd om information som avser uppfödning genom amning eller med modersmjölksersättning[21] (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* [137, 138]. De tio stegen sammanfattar principer och rutiner för att skydda, främja och stödja amning. De är översatta till svenska: *Tio steg som främjar amning* [7].

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

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 [139].

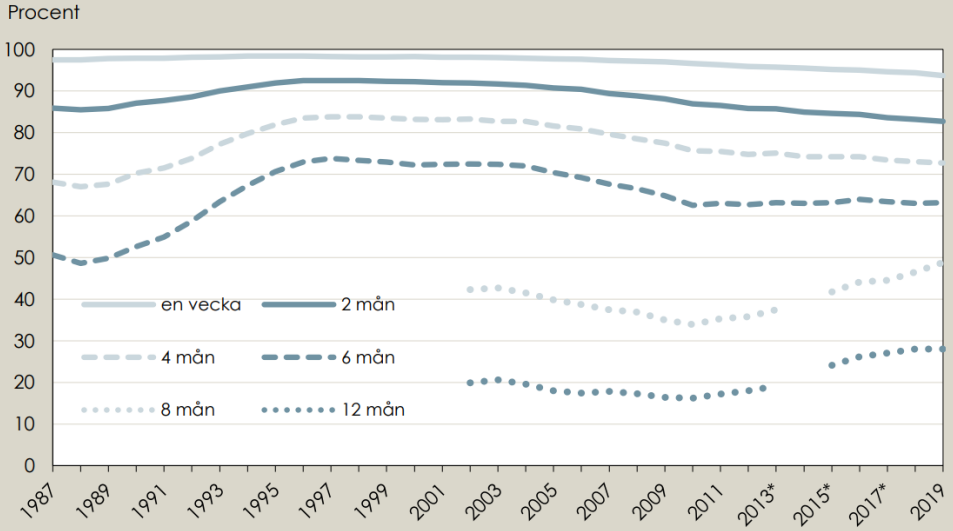
Förutom stödet från Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om information som avser uppfödning genom amning eller med modersmjölksersättning grundar sig innehållet i detta kapitel på *Tio steg som främjar amning* [7] samt en systematisk genomgång av vetenskaplig litteratur om amning.

Utvecklingen i Sverige

De senaste trettio åren har andelen barn som ammas i Sverige varierat. Under 1980-talet och första halvan av 1990-talet ökade amningen, och andelen var som högst under perioden 1995–2004 (figur 1). Andelen barn som helammas vid en veckas ålder har minskat succesivt de senaste tjugo åren: År 2000 helammades omkring 93 procent av barnen vid en veckas ålder och år 2019 var motsvarande siffra 73 procent. Vid fyra månaders ålder var det år 2019 73 procent av barnen som ammades antingen enbart eller delvis, medan motsvarande siffra för sex månaders ålder var 63 procent [49].

[21]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..

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[22] uttrycker att de önskar mer stöd och rådgivning om amning än vad som erbjuds av hälso- och sjukvården i dag [2, 49, 53].

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 efter förlossningen. 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 kapitlet *Vård efter graviditet och förlossning*.

Bröstmjölk och bröstmjölksersättning

Bröstmjölkens skyddseffekter

Med undantag för D-vitamin innehåller bröstmjölken de näringsämnen som barnet behöver för att växa och utvecklas under sina första sex levnadsmånader. Bröstmjölken ger ett viktigt skydd mot en rad risker som diarré, luftvägsinfektioner och öroninfektioner, plötslig spädbarnsdöd och nekrotiserande enteroklit [140]. De gynnsamma hälsoeffekterna för barnet kvarstår även efter att amningen avslutats; på lång sikt minskas risken för diabetes typ 2 och fetma [140-143]. Eftersom effekten är dosberoende stärks den om barnet helammas de första sex månaderna [140].

[22] Alla gravida och födande identifierar sig inte som kvinnor. När begreppet används i texten avser vi även personer som inte identifierar sig som kvinna. Se avsnittet *Benämningar kvinnan och partner* i Introduktionskapitlet till detta kunskapsstöd.

Amningen har gynnsamma effekter även för kvinnan eftersom den ger skydd mot en rad risker: bröstcancer [140] (12), äggstockscancer [144], livmodercancer, hypertoni, hjärt-kärlsjukdom och typ 2 diabetes [145]. Amningen kan också bidra till en normaliserad vikt [146].

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 modersmjölksersättningar som WHO:s generalförsamling antog år 1981 [147]. Enligt den ska samtliga medlemsstater i Världshälsoorganisationen vidta åtgärder för att främja amning och utöva tillsyn över marknadsföringen av modersmjölksersättningar. I Sverige är koden implementerad i SOSFS 2008:33, samt i lagen (2013:1054) om marknadsföring av modersmjölksersättning och tillskottsnäring.

Det finns bestämmelser om när modersmjölkersättningen 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 bröstmjölksersättningen. Det ger förutsättningar för att barnet lättare ska kunna amma. När bröstmjölksproduktionen ökar kan mängden bröstmjölksersättning trappas ned. Därmed kan amningen öka, och så småningom kan bröstmjölksersättningen helt fasas ut.

Enligt förskrifterna får modersmjölksersättning endast ges till ett spädbarn när man har bedömt att det finns ett sådant behov. 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 modersmjölksersättning

- vilka hälsorisker som är förknippade med olämplig föda och olämpliga uppfödningsmetoder
- och de hälsorisker som är förknippade med oriktig användning av modersmjölksersättning.

Rekommendationer[23]

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 [148].

Rekommendation

Hälso- och sjukvården bör

erbjuda reflekterande samtal mellan barnmorskan och den gravida om hennes erfarenheter av, förväntningar på och inställning till amning.

Syftet med samtalen

Syftet med reflekterande samtal 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. Reflekterande samtal kan med fördel kombineras med undervisning i grupp, antingen i fysiska möten eller interaktivt via dator eller liknande plattformar [149, 150]. 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** om hur stödet och informationen kan anpassas i avsnittet *Anpassa stöd och information efter behov* i inledningskapitlet.

➔ **Läs mer** om undervisning i grupp i kapitlet *Föräldraskapsstöd i grupp*.

Dialog öppnar för reflektion

Steg 3 och 9 i *Tio steg som främjar amning* [7] 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

[23] Socialstyrelsen har inte gjort en hälsoekonomisk analys och inte heller en organisatorisk analys för de föreslagna rekommendationerna i detta kapitel. Vi gör dock bedömingen 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 2022[4]

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 [151]. 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 bindningen mellan den födande och barnet kan stärkas, barnets behov samt praktiskt handhavande av modersmjölksersättning.

Användning av nappflaska och napp

Steg 9 i *Tio steg som främjar amning* [7] handlar om att samtala med föräldrar om användning av nappflaska och napp. I det ingår att tala om vikten av god hygien, att napp och nappflaskor hålls rena. Barnet kan ha olika sugteknik om det suger på bröstet i jämförelse med napp, men det är inte helt klarlagt att det påverkar amningen negativt [138, 152].

När barnet suger på bröstet stimuleras det fysiologiskt till att producera mjölk. Om amningstillfällena ofta ersätts av napp så minskar antalet gånger ett spädbarn stimulerar bröstet och då kan det leda till en minskning av mjölkproduktionen. Nappanvändning kan påverka föräldrarnas uppmärksamhet innan de har lärt sig att förstå barnets signaler när det vill amma.

Att föra ett samtal, en dialog, där föräldrarna är delaktiga och reflekterar ökar möjligheten för att de ska få 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 bröstmjölkens och bröstmjölksersättningens sammansättning
- amningens fysiologi
- effekter av bröststimulering
- effekter av hudkontakt
- variationer i amningsintervall
- bröstmjölkens och amningens hälsoeffekter
- faktorer som påverkar valet att amma
- faktorer som påverkar valet att ge modersmjölksersättning på flaska
- vad kvinnan själv kan göra för att uppmärksamma och förebygga komplikationer.

Det kan vara aktuellt att upprepa samtalen under graviditeten, och även efter förlossningen under initieringsfasen av amningen. Reflekterande samtal utförs av en barnmorska 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 modersmjölksersättning.

Det är viktigt att barnmorskan har kännedom om

- effekter av direkt oavbruten hud-mot-hudkontakt
- de nio stadierna som det nyfödda barnet går igenom under hudkontakten och hur de kan påverka hela amningsförloppet
- Tio steg som främjar amning [153] samt SOSFS 2008:33.

Motivering till rekommendationen

Enligt Socialstyrelsens rekommendationer bör hälso- och sjukvården erbjuda reflekterande samtal mellan barnmorskan och 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 bindningen mellan mor och barn 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 tagit fram 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

Hälso- och sjukvården bör

möjliggöra oavbruten hud-mot-hudkontakt mellan mamman och barnet tills barnet sugit och/eller somnat.

Syftet med hudkontakt

Den tidiga 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 [154]. Mamman får därmed bättre tillit till sin förmåga att amma [155].

Viktigt att informera om hudkontaktens effekter

Steg 4 i *Tio steg som främjar amning* [7] 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 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 nio 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 brösten direkt och fortsätta tills barnet visar intresse för att amma [31]. 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 samspel och bindningen mellan mamman och barnet är det viktigt att skapa förutsättningar för att barnet ostört ska kunna gå igenom de nio instinktiva stadierna (tabell 1) [156].

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

Det nyfödda barnets nio 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

Positioner som främjar hud-mot-hud

Oavsett vilken förlossningsställning mamman väljer är det lämpligt att låta henne vila i en bekväm position i förlossningssängen efter barnets födelse. Mamman kan förberedas så att hon kan ta emot barnet med sina händer och hålla barnet i famnen mot sin nakna bröstkorg. Hon kan med fördel uppmuntras att inte flytta på barnet,

men gärna ge stöd för att underlätta processen att komma till bröstet. När barnet ligger med överkroppen något högre än underkroppen underlättas barnets andning [154]. När huvudändan på barnet är något höjd när det ligger hud-mot-hud med mamman underlättar det även för barnet att instinktivt nå de nio stadierna.

Ansiktet ska inte täckas över då det kan förhindra att man kan se att barnet har fria luftvägar. Barnet läggs så, att dess ögon är strax ovanför mammans bröstvårtor med huvudet åt sidan, vilket underlättar fria luftvägar.

En tidig hud-mot-hudkontakt är central oavsett förlossningssätt. Efter kejsarsnitt kan barnet placeras snett över mammans bröstkorg. Denna position kräver extra uppmärksamhet av personalen vad gäller barnets andning och rörelser. Den tidiga hudkontakten bör inte avbrytas förrän barnet har hittat bröstet och sugit och/eller somnat.

Motivering till rekommendationen

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården möjliggöra hud-mot-hudkontakt mellan den födande och barnet efter förlossningen tills barnet har sugit och/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, och samspelet 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 den nyförlösta amningsstöd efter förlossningen och hemgång från sjukhuset utifrån hennes önskemål och behov. Amningsstödet bör vara en dialog med en kombination av emotionellt, praktiskt och pedagogiskt stöd.

Syftet med amningsstöd

Partnerns syn och släktingars erfarenheter är faktorer som har inverkan på beslut om uppfödningsmetod. På det individuella planet kan mamman påverkas av råd som underminerar självförtroendet och tilltro till den egna förmågan att amma. Tidigare erfarenheter av amning kan också spela in [157]. Därför är det viktigt att kvinnor får professionellt amningsstöd såväl innan barnet är fött som efter.

Det behöver finnas rutiner och strukturer så att kvinnan kan få det stöd hon behöver från hela vårdkedjan. Kvinnan behöver få möjlighet att förbereda sig, och hon behöver stöd såväl i den initiala amningsfasen som senare.

Stöd före och efter förlossningen

Steg 10 i *Tio steg som främjar amning* [7] handlar om stöd i samband med och efter hemgång. Initialt, de första två veckorna efter förlossningen, kan med fördel den eller de barnmorskor som kvinnan haft kontakt med under graviditet och/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 [158, 159].

När barnhälsovården, BHV, tar vid för att följa barnets hälsotillstånd är det lämpligt att de fortsätter att följa upp och ge stöd kring amningen. Det viktiga är att det finns ett samordnat och strukturerat amningsstöd och väl förankrade rutiner på lokal nivå för vem som ansvarar för amningsstöd den första tiden efter förlossningen.

Amningsinformation är effektivast om den ges både pre- och postnatalt [160, 161]. Hembesök både före och efter barnafödelsen har visat sig vara en effektiv modell för att underlätta amningsstarten och för att ge kvinnan möjlighet att amma länge [161]. Föräldrastöd i grupp och veckovisa uppföljande telefonsamtal har också visat sig öka helamning de första sex månaderna [162, 163].

➔ **Läs mer** om hur stödet kan anpassas i avsnittet *Anpassa stöd och information efter behov* i inledningskapitlet.

➔ **Läs mer om** uppföljning och stöd efter hemgång från sjukhuset i avsnittet *Uppföljning och stöd efter hemgång från sjukhuset* i kapitlet *Vård efter graviditet och förlossning*.

Balanserat amningsstöd

Det är viktigt för kvinnor att få stöd som kan underlätta amningen [157, 160]. Ett balanserat amningsstöd innebär ett positivt men ändå realistiskt, uppmuntrande och proaktivt förhållningssätt hos den som ger stöd och är en förutsättning för ett konstruktivt amningsstöd. 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 hos mamman 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 [163, 164].

Rådgivning i samband med ett amningstillfälle

De flesta amnings- och bröstkomplikationer kan undvikas om barnet har ett stort tag om bröstvårtan och vårtgården och inte suger enbart på bröstvårtan. För att underlätta amningsstarten och förebygga amnings- och bröstkomplikationer kan barnmorskan lämpligen erbjuda sig att medverka vid ett amningstillfälle. Den ammande görs då uppmärksam på barnets tag om bröstet, att barnet suger kraftfullt och rytmiskt, att det känns bra för den ammande och att bröstvårtan är opåverkad efter amningen.

Lämpliga åtgärder i samband med detta är att barnmorskan ger råd så att barnet hamnar i en bra position tätt intill mammans kropp med sin haka tätt in i mammans bröst, gärna hud-mot-hud. Det är bra om barnmorskan undviker att beröra brösten och barnet för att inte skapa obehag.

Om barnet suger enbart på bröstvårtan i stället för att ta stort tag om bröstvårtan och vårtgården är det bra om mamman görs uppmärksam på detta. Om det behövs kan barnmorskan använda hjälpmedel som en docka, ett artificiellt bröst, bilder och film.

Om föräldern avböjer att barnmorskan eller barnsjuksköterskan medverkar vid ett amningstillfälle kan ovanstående uppmärksammas vid ett annat tillfälle när barnet inte ammar [165].

Motivering till rekommendationen

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

Hälso- och sjukvården bör erbjuda amningsstöd efter förlossningen och hemgång från sjukhuset bland annat för att underlätta amning. 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 omsätta i praktik den information som de får om tillmatning, alternativ uppfödning och hur man stärker anknytningsprocessen mellan modern och barnet, och som regleras i de föreskrifter och bestämmelser som finns kring uppfödning med modersmjölksersättning.

Tidig tillmatning – bara om det behövs

Som framgår av SOSFS 2008:33 får tidig tillmatning med modersmjölksersättning enbart ske om det finns ett behov av det. 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 [157]. Det är viktigt att ha i åtanke att även om bröstmjölksersättning finns lätt tillgänglig så får tidig tillmatning enbart ske om det finns medicinska skäl till det. Enligt SOSFS 2008:33 får modersmjölksersättning endast ges till ett spädbarn när man har bedömt att det finns ett sådant behov.

Hellre tillmatning med råmjölk än bröstmjölksersättning

Det finns en risk att barn till mammor med diabetes får lågt blodsockervärde de första dagarna efter födelsen och därför tillmatas de med modersmjölksersättning. Råmjölken är speciellt anpassad till barnet [166]. Den innehåller större mängder immunoglobuliner, proteiner, vitamin A, natrium, kalium och kalcium än den mogna mjölken [167]. 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 kan lämpligen ges av barnmorskan under graviditeten. Gravida kan stimulera brösten för hand från vecka 36+0, spara den urmjölkade råmjölken och frysa ner den [168]. Sedan kan barnet få den upptinade råmjölken om mamman inte kan ge den färska råmjölken.

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

➔ **Läs mer** om hur stödet och informationen kan anpassas i avsnittet *Anpassa stöd och information efter behov* i inledningskapitlet.

➔ **Läs mer** om hur urmjölkning för hand och koppmatning går till i *Rikshandboken i barnhälsovård* [169]: *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 [170, 171]. Det kan bero på vilken metod som använts vid operationen eller andra faktorer, som låg tillit till sin amningsförmåga, rädsla att förstöra bröstens utseende, omgivningens attityder eller bristfälligt amningsstöd. Bristande stöd och uppmuntran kan också vara den primära orsaken till att kvinnor som genomgått bröstreduktion ibland inte ens initierar amningen [172].

Det finns medicinska orsaker till att en bröstoperation försvårar eller hindrar amningen:

- En operation för att förstora brösten kan störa innervation, förstöra bröstkörtelvävnad och mjölkgångar.
- Ett implantat eller operationen i sig kan genom sitt tryck orsaka skador [173, 174].
- En operation för att reducera brösten kan resultera i att helamingen väsentligt försvåras.
- Om bröstkörtelvävnaden delvis har tagits bort kan helamingen bli omöjlig.
- Postoperativa infektioner kan leda till att amning senare upplevs smärtsam [175-177].

Bröstopererade nyblivna mammor behöver 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 vilken information hon fått om vilka konsekvenser det kan få för 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. Vårdpersonalen behöver vara lyhörd för deras önskemål och visa en förståelse för könsdysfori och könsöverskridande identiteter för att bygga upp ett förtroende och ge transkompetent vård. I det ingår att tidigt i vårdrelationen visa en flexibel förståelse för kön och könsroller i spädbarnsuppfödning och föräldraskap [178].

När amning inte är aktuell

Orsakerna till alternativ uppfödning kan vara medicinska, som att kvinnan har en hiv-infektion eller använder vissa läkemedel. Av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd framgår att om personliga skäl ligger till grund för alternativ uppfödning bör hälso- och sjukvården säkerställa att beslutet om uppfödning bygger på ett informerat val (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 och stöd inför amningsnedläggning av vårdpersonalen. Praktiska råd om hur kvinnan succesivt kan lägga ner amningen, hur hon kan minska spända bröst och lindra smärta är viktiga delar i ett respektfullt bemötande.

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 [178]. I Rikshandbok för barnhälsovården och på Livsmedelsverkets webbplats finns information om hur modersmjölksersättning ska blandas och om hygien vid flaskmatning [179, 180].

Enligt 6 § SOSFS 2008:33 ska information ges om hur anknytningsprocessen 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 [181].

Steg 9 i *Tio steg som främjar amning* [7] handlar om att samtala om användning av nappflaskor och napp. I en dialog kan kvinnan/föräldrarna genom saklig information få kunskap om vad de behöver vara uppmärksamma på. Enligt WHO är hygien, barnets sugteknik viktiga aspekter att vara uppmärksam på. Nappanvändning kan försvåra förståelsen för barnets signaler av hunger. Praktisk information exempelvis om hur bröstmjölksersättning blandas, hur mycket och hur ofta barnet behöver äta och hygieniskt handhavande av flaskan ingår i samtal om alternativ uppfödning [181]. 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.

För att barnet ska känna att det vilar i en famn när det äter kan den som matar hålla barnet halvsittande med sin arm som stöd mot barnets nacke. Hur man matar med nappflaska finns beskrivet i Rikshandbok för barnhälsovården samt även information som rör smakprov [182, 183].

Ett respektfullt bemötande är extra viktigt i mötet med föräldrar där amning inte är aktuell, oavsett vilken orsaken är till att inte amma. Känslor av skam, skuld, ånger och otillräcklighet kan förekomma. För att hjälpa föräldrarna att bearbeta eventuella negativa känslor av skuld och skam kan samtal redan under graviditeten vara till stor nytta. Speciellt föräldrar som redan under graviditeten valt alternativ uppfödning kan uppleva fördömande från sin omgivning. Ibland får inte föräldrar den information och det stöd som de önskar från hälso- och sjukvården. De behöver få kännedom om hur de kan förbereda och ge bröstmjölksersättning på ett säkert sätt till sitt barn, samt hur de kan främja god kontakt och samspel med barnet även utan att amma [182].

Kvinnor som till exempel lever med hiv, eller kvinnor som behöver läkemedel som kan vara skadliga för barnet via bröstmjölken, kan uppleva det som en känslomässig börda när de rekommenderas att inte amma. De behöver specifik rådgivning i hur de ska gå till väga och stöd för att minska emotionellt lidande och social isolering [184].

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 tagit fram erfarenhetsbaserad kunskap för rekommendationen i webbilagan *Metodbeskrivning och kunskapsunderlag*.

Vård efter graviditet och förlossning

Brister i vården efter förlossningen

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[24] ska vända sig med problem efter förlossningen efter en vecka när sjukhuset eller BB inte längre har ansvaret för vården, och innan hon har träffat barnmorskan på mödrahälsovården för uppföljning.

Bristen på tillgänglighet har även uppmärksammats i kartläggningar och utvärderingar under perioden 2017–2020 av Sveriges Kommuner och Regioner [48], Socialstyrelsen [45] samt Myndigheten för vård- och omsorgsanalys [49].

Kvinnors missnöje med vården efter förlossningen har flera dimensioner:

- brist på konsekvent 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, 45, 49, 185].

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 [186]. Vårdtiden år 2020 var i genomsnitt 1,6 dygn efter vaginal förlossning och 2,7 dygn efter kejsarsnitt, med stor variation mellan regionerna [44]. 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 förlossningsklinikens BB-avdelning eller patienthotell [2].

I de flesta regioner ansvarar sjukhuset för den nyförlösta och barnets hälsa under den första veckan. Barnhälsovården (BHV) tar sedan över det medicinska ansvaret för barnet och för amningsstödet. 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 75,1 procent 2015, till 82,3 procent 2019. Det förekommer dock stora regionala skillnader. Ökningen har skett bland kvinnor födda utanför Sverige och med grundskoleutbildning [46].

[24] Alla gravida och födande identifierar sig inte som kvinnor. När begreppet används i texten avser vi även personer som inte identifierar sig som kvinna. Se avsnittet *Benämningar kvinnan och partner* i Introduktionskapitlet till detta kunskapsstöd.

Vanligt med fysiska och psykiska besvär samt oro bland nyblivna mammor

Den postnatala perioden refererar till en tidsperiod av sex veckor direkt efter förlossningen, och är den ungefärliga tid som krävs för ett fysiologiskt återställande till hur kroppen var innan graviditeten. Perioden betraktas som kritisk för kvinnans och barnets hälsa [187].

Kvinnan kan exempelvis få problem efter förlossningsbristningar, smärta från kejsarsnitt, ömma bröstvårtor, ryggont och hemorrojder [188-190]. Hon kan också uppleva postnatal trötthet, oro, ångest och depression [191]. Det är också vanligt att det till en början känns ovant, osäkert och mer utmanande att amma än vad kvinnan hade förväntat sig[25].

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 [191]. 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].

Kvinnan kan behöva information och möjlighet att förbereda sig redan under graviditeten [45]. Förberedelser som ger kunskap och realistiska förväntningar kan bidra till att stärka föräldrarnas egna resurser att hantera denna period[26] [135, 192-194].

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 [195].

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 [191]. När perioden efter förlossningen fungerar optimalt resulterar det i glädje, självförtroende och förbättrad förmåga att integrera en ny identitet [159].

Delaktighet i besluten om vård och behandling främjar en positiv upplevelse och erfarenhet av såväl bemötande som den vård man har fått [128, 191]. För att tillgodoses de nyförlösta kvinnornas behov av vård och stöd behöver de uppföljning under de första dagarna efter hemkomsten från sjukhuset, och därefter en hög tillgänglighet till vård [2, 185]. En ändamålsenlig uppföljning bidrar till att färre kvinnor söker vård på fel vårdnivå, som till exempel vård på akutmottagningen i stället för på förlossningskliniken eller mödrahälsovården. I uppföljningen ingår

[25] Rekommendationer för amning behandlas i ett annat kapitel i detta kunskapsstöd.

[26] Rekommendationer för föräldraskapsstöd i grupp behandlas i ett eget kapitel i detta kunskapsstöd.

att kvinnan får kännedom om relevanta uppföljningskontakter där hon kan få stöd. [134, 135].

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 [196].

Enligt den etiska koden för barnmorskor, *International Confederation of Midwives* [197], ska en barnmorska vara lyhörd för psykiska, fysiska och emotionella behov hos kvinnor som oavsett omständigheter söker vård. Barnmorskan ska delta i utveckling och genomförande av hälsoprogram och riktlinjer för att främja hälsan hos alla kvinnor och deras familjer [198].

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, bindning, interaktion och föräldraskap [199]. Barnmorskan arbetar tillsammans med, eller har möjlighet att konsultera, andra professioner inom vården, exempelvis obstetriker, allmänläkare, fysioterapeut, psykolog och socionom.

Rekommendationer[27]

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 en planering av uppföljning av den fysiska och psykiska omställning samt amningsstöd som vid behov uppdateras efter förlossningen.

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.

[27] Socialstyrelsen har inte gjort en hälsoekonomisk analys och inte heller en organisatorisk analys för de föreslagna rekommendationerna i detta kapitel. Vi gör dock bedömingen 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 2022[4]

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, 45, 48, 49, 192].

Under den första tiden efter graviditeten och förlossningen finns en ökad risk för hälsoproblem [135, 200-204]. Det är därför viktigt att upprätthålla och främja hälsan hos kvinnan och främja en miljö som erbjuder stöd till familjen.

Planering av uppföljning och vård efter hemgång från sjukhuset

Tillsammans med den gravida kan planeringen för vården efter förlossningen med fördel starta redan under graviditeten [158, 192, 205]. 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 [206].

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 förlossningen[28].

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

Det är i sammanhanget viktigt att skilja på den plan som här rekommenderas och de planer 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** om hur stödet och informationen kan anpassas i avsnittet *Anpassa stöd och information efter behov* i inledningskapitlet.

Motivering till rekommendationen

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården erbjuda en planering av uppföljning av den fysiska och psykiska omställning samt amningsstöd

[28] Rekommendationer för förlossningsrädsla behandlas i ett eget kapitel i detta kunskapsstöd

som vid behov uppdateras efter förlossningen. Detta kan initieras under graviditeten och vid behov justeras direkt efter förlossningen. Om patienten efter förlossningen behöver habilitering eller rehabilitering enligt 8 kap. 7 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) *ska* dock hälso- och sjukvården, i samverkan med patienten, upprätta en individuell vårdplan. I den aktuella rekommendationen är det dock fråga om en mer 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 tagit fram 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 barn.

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

Partnerns närvaro och stöd har stor betydelse för kvinnans upplevelse av trygghet [206-208]. 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 [48].

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 [49]. Att dela rum med en eller flera andra familjer kan leda till ökad stress och minskad trygghet [45, 49].

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 [7, 137].

Motivering till rekommendationen

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

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 tagit fram erfarenhetsbaserad kunskap för rekommendationen i webbilagan *Metodbeskrivning och kunskapsunderlag*.

Vårdtid på sjukhuset/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/BB efter förlossningen som beslutas i samråd och anpassas utifrån hennes 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 det kan innebära att åka hem.

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 [207]. Trygghet är en viktig faktor som främjar relationen mellan föräldrarna och barnet [205].

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 [206].

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 kvinnans önskemål och utifrån både hennes och barnets såväl medicinska som icke-medicinska behov.

➔ **Läs mer** om flexibel vårdtid i avsnittet *Anpassa stöd och information efter behov* i inledningskapitlet.

Motivering till rekommendationen

Enligt Socialstyrelsens rekommendationer bör hälso- och sjukvården erbjuda den nyförlösta en vårdtid på sjukhuset/BB efter förlossningen som beslutas i samråd och anpassas utifrån dennes 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 tagit fram 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

Hälso- och sjukvården bör

erbjuda den 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.

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 [209, 210] hon behöver strax efter sin förlossning. Det bidrar också till kvinnans känsla av kontinuitet och en ökad tillfredsställelse med vården [211].

Ett samtal mellan barnmorskan och den nyförlösta fyller en sådan funktion. Det är ännu mer fördelaktig om barnmorskan som varit delaktig under förlossningen håller i samtalet [211-213]. 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[29].

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

Motivering till rekommendationen

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården 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.

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 tagit fram erfarenhetsbaserad kunskap för rekommendationen i webbilagan *Metodbeskrivning och kunskapsunderlag*.

[29] Traumatisk förlossningsupplevelse behandlas i ett eget kapitel om förlossningsrädsla i kunskapsunderlaget

Uppföljning och stöd efter hemgång från sjukhuset

Med en personcentrerad uppföljning får föräldrarna individanpassade svar på sina 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, 48].

En hög andel nyförlösta i Sverige vet inte vart de ska vända sig om de inte mår bra fysiskt eller psykiskt efter förlossningen [45, 49]. 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 sex dagar efter hemgång från BB [135]. Detta är helt i linje med vad WHO [187] 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 [191, 207].

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 [207, 214]. 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 [215].

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 innebär att hälso- och sjukvården när förutsättningar finns kan erbjuda att samma barnmorska eller grupp av barnmorskor vid behov följer kvinnan genom graviditet, förlossning och den första tiden efter barnets födelse[30]. 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 [158, 159].

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 [216]. 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 [217]. Individualiserat hembesök av vårdpersonal efter förlossningen kan också förebygga depressiva symtom och minska risken att insjukna i depression efter förlossningen med ca 40 procent [218, 219].

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

Motivering till rekommendationen

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården erbjuda nyförlösta kvinnor 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 till rätt instans sker i god tid.

---

[30] Kontinuitet behandlas i ett eget kapitel samt i ett avsnitt om förlossningsrädsla i kunskapsunderlaget.

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 tagit fram 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 de kontroller och uppföljningar som görs de första två veckorna efter förlossning bidrar till otrygghet hos den nyförlösta kvinnan och till att hon eventuellt 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 sexton veckorna efter förlossningen, med möjlighet till hänvisning till annan vårdgivare.

Syftet med rekommendationen

Syftet är att erbjuda kvinnor som upplever fysiska eller psykiska problem som inte fångats av tidigare kontroller eller uppföljningar efter förlossningen, 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 bl.a. ska vara lätt tillgänglig (5 kap. 1 § 5 p HSL). Det här ankommer även på mödrahälsovården men rekommendationen syftar alltså till att mödrahälsovården bör skyndsamt 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.

Erbjud snabbt en strukturerad första bedömning

Från den första tiden och upp till sexton 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 [188, 189, 191]. Även ångest och depression kan förekomma[31]. Övervikt och fetma kan medföra långvariga sjukdomar efter förlossningen[32].

Om kvinnan inte får rätt behandling i tid och på rätt vårdnivå finns det risk för försämrad hälsa och längre sjukdomstillstånd. Det är en fördel om den barnmorskan eller grupp av barnmorskor som kvinnan träffat under sin graviditet gör bedömningen och uppföljningen[33]. 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. Det är bra om det finns rutiner om vart barnmorskan ska hänvisa kvinnan när det finns behov av en annan vårdgivare.

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

Motivering till rekommendationen

Enligt Socialstyrelsens rekommendationer bör hälso- och sjukvården skyndsamt erbjuda en strukturerad första bedömning av vårdbehov till kvinnan med hälsoproblem de första sexton veckorna efter förlossningen, med möjlighet till hänvisning inom mödrahälsovården, primärvården och specialistvården de första sexton veckorna efter förlossningen.

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 tagit fram erfarenhetsbaserad kunskap för rekommendationen i webbilagan *Metodbeskrivning och kunskapsunderlag*.

[31] Rekommendationer om psykisk ohälsa behandlas i ett eget kapitel i detta kunskapsstöd.
[32] Rekommendationer om övervikt och fetma behandlas i ett eget kapitel i detta kunskapsstöd.
[33] Rekommendationer om kontinuitet behandlas i ett eget kapitel i detta kunskapsstöd.

Fetma under graviditet

Inledning

Övervikt och fetma innebär en ökad risk att drabbas av ohälsa och är en av de främsta orsakerna till sjukdom och för tidig död. I Sverige är 51 procent av befolkningen överviktiga eller har fetma [220]. Fetma och övervikt hos kvinnor[34] i barnafödande ålder ökar i prevalens över hela världen [221, 222]. Socialstyrelsen har tidigare bekräftat bilden att övervikt och fetma även ökar bland gravida i Sverige[35], men att det finns regionala skillnader [46, 223, 224].

Konsekvenserna av fetma och övervikt för den som vill skaffa barn eller är gravid kan vara allvarliga, och riskerna är högre vid fetma än för enbart övervikt. Fetman kan minska fertiliteten och öka tiden det tar till att nå en graviditet[225]. Under graviditet kan fetmarelaterad samsjuklighet (som typ-2 diabetes och kronisk högt blodtryck) öka risken för oönskade graviditetsutfall för såväl den gravida som fostret och det nyfödda barnet. Till exempel löper kvinnor med fetma större risk för tidigt missfall, dödföddhet, medfödda fosterskador och att föda prematurt.

Högt BMI under graviditeten kan även innebära fördröjda hälsorisker för utvecklingsrelaterade funktionsnedsättningar hos barnet, till exempel neuropsykiatriska tillstånd som ADHD och autism [223, 226-229].

Gravida med fetma löper även större risker för sena graviditetskomplikationer, som till exempel graviditetsdiabetes och preeklampsi som båda kan medföra långvariga sjukdomar efter förlossningen [228].

Konsekvenser av övervikt och fetma på kvinnan, fostret och barnet

I Socialstyrelsens kartläggning *Övervikt och fetma hos gravida kvinnor – Utveckling över tid och komplikationer* [223] konstateras att diagnoserna graviditetsdiabetes, graviditetshypertoni och preeklampsi är betydligt vanligare bland gravida med fetma och övervikt än bland gravida med normal vikt. Till exempel förekommer graviditetsdiabetes hos 4,5 procent av gravida med fetma, hos 1,5 procent av gravida med övervikt och hos knappt 0,75 procent av normalviktiga gravida kvinnor.

Vidare konstateras i rapporten att kvinnor med övervikt eller fetma har en ökad risk att

- föda för tidigt eller att gå över tiden
- få upprepade missfall – risken är nästan fördubblad jämfört med normalviktiga

[34] Alla gravida och födande identifierar sig inte som kvinnor. När begreppet används i texten avser vi även personer som inte identifierar sig som kvinna. Se avsnittet *Benämningar kvinnan och partner* i Introduktionskapitlet till detta kunskapsstöd.

[35] Senare data visar att bland gravida som skrivs in i mödrahälsovården är andelen med fetma eller övervikt, det vill säga gravida med BMI35>25, 43,1 procent varav 27,4 procent är överviktiga och 15,7 procent har fetma. I nitton av Sveriges regioner hade fler än 40 procent av de gravida ett BMI ≥ 25, och i arton av regionerna var procentandelen kvinnor med fetma 15 procent eller högre (SOS, 2019).

- genomgå kejsarsnitt – och fler kejsarsnitt är akuta.

Kartläggningen [4] visade även på allvarliga konsekvenser för barnet i linje med andra internationella resultat. Jämfört med nyfödda barn till normalviktiga mödrar har de nyfödda barnen till mödrar som är överviktiga eller har fetma oftare

- makrosomi (födelsevikt ≥ 4 500 gram)
- andningsproblem
- lågt blodsocker
- låg Apgarpoäng (< 7 vid 5 minuter).

Risken för att barnet är dödfött är mer än dubbelt så hög hos gravida kvinnor med fetma jämfört med normalviktiga.

Det har noterats att flertalet påvisade risker för såväl kvinna som barn är högre ju högre BMI-klass [223, 224]. Detta talar för att en viktminskning från fetma till övervikt hos gravida skulle kunna vara positiv ur risksynpunkt, och att kvinnor med ett mycket högt BMI skulle kunna vinna på även en mindre viktnedgång.

Att förebygga övervikt och fetma innan graviditeten

Genom att förebygga eller motverka fetma innan graviditeten kan många av de problem som följer av övervikt och fetma helt eller delvis undvikas. Det är därför bra att förebygga övervikt redan vid planering för en graviditet. Kvinnor med fetma behöver stöd för att gå ner i vikt både innan de blir gravida och för att minimera sin viktökning under graviditeten [227].

Stöd inför en planerad graviditet ingår i konceptet prekonceptionell hälsa och rådgivning. Att påverka kost och livsstil innan en graviditet kan ses ur tre perspektiv:

- Det biologiska perspektivet har betydelse för embryots utveckling genom påverkan av till exempel alkohol, tobak och droger.
- Det individuella perspektivet, när kvinnan har en medveten avsikt att bli gravid.
- Folkhälsoperspektivet relaterar till en fas i livet, vanligtvis tonårsperioden, när hälsobeteenden och livsstil etableras [230].

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 bland unga. Det är även viktigt att informera om risker kopplade till fetma och de hälsovinster en viktnedgång innan graviditeten har, både för kvinnan och för det blivande barnet [231].

Ökad vårdkonsumtion under graviditeten

Vårdkonsumtionen under graviditeten är högre hos kvinnor med stigande BMI [232]. Fler ultraljud utförs i andra trimestern, ofta på grund av att organscreening är mer komplicerad hos kvinnor med en tjock bukvägg. Men även senare i graviditeteten på grund av svårigheter att uppskatta tillväxten hos barnet och ökad sjuklighet hos modern med ökande BMI.

Av graviditetsregistrets rapport 2018 framgår att gravida med övervikt eller fetma gjorde fler barnmorskebesök och träffade läkare i högre grad än normalviktiga under sin graviditet [233]. I rapporten förklaras denna ökning med att det möjligen kan bero på en ökande andel gravida med övervikt eller fetma, vilket är förenat med en större sjuklighet. Bland gravida kvinnor med övervikt eller fetma vad det också 2018 en högre andel som fått behandling för psykisk ohälsa jämfört med normalviktiga.

Även rökare är överrepresenterade bland överviktiga och kvinnor med fetma; dessa röker i större utsträckning än de med normal vikt, och i synnerhet gäller detta gravida med BMI ≥40 [233]. Rökning har en negativ inverkan på fostret under graviditeten [234] och är även en känd orsak till sjukdomar som kräver vård.

Förlossningsutfall och komplikationer

Kejsarsnitt och instrumentella förlossningar är vanligare ju högre BMI kvinnan har [227]. Detta har flera olika orsaker. Kvinnor med högt BMI har fler värkrubbningar under förlossningen, men framför allt finns det risk för att fostret är stort för tiden (makrosomi). Sätesbjudning ökar också vid fetma och påverkar andelen kejsarsnitt.

Komplikationer som preeklampsi och tillväxthämning ökar med ökande BMI, vilket även påverkar andel gravida som förlöses med kejsarsnitt. Stora blödningar i samband med förlossningen är vanligare hos kvinnor med fetma [235]. Risken för sfinkterskador minskar med ökande BMI [232].

Amningsperioden

Kvinnor med övervikt och fetma ammar i lägre utsträckning än normalviktiga kvinnor. Kvinnor med högt BMI har större risk för så kallad ”late onset”, det tar längre tid för mjölkproduktionen att komma i gång efter förlossningen. Amningsperioden är också kortare [236]. Orsakerna till detta är troligtvis multifaktoriell, men ökad andel fettväv kan vara en orsak till att östrogennivåerna sjunker långsammare och att prolaktinnivåerna tar längre tid att öka efter förlossningen.

Bröstmjölk anses vara den bästa maten för ett nyfött barn och exklusiv amning rekommenderas av WHO upp till 6 månaders ålder. Förutom att bröstmjölken skyddar barnet mot luft- och tarminfektioner så visar studier att amning förebygger framtida fetma hos barnet och minskar risken för typ 2 diabetes hos modern.

Information om amningens fördelar, varför det ibland tar längre tid för mjölken att rinna till med mera bör förmedlas under graviditeten på mödrahälsovården.

I samband med förlossningen är det mycket viktigt att mor och barn får vara hud-mot-hud den första timmen direkt efter förlossningen. Den nyblivna mamman behöver också stöd för att etablera amningen under den första tiden [7]. Efter förlossningen på BB kan kvinnor med övervikt och fetma behöva extra stöd för att amningen ska komma igång och för att de ska kunna amma i den utsträckning de önskar. Efter hemgång behöver man bland annat följa upp amningen under de första 1–2 dagarna och under den andra veckan.

Vid mer komplicerade amningsproblem behövs mottagningar med högre kompetens i dessa frågor för att kunna erbjuda längre uppföljning och stöd.

➔ **Läs mer** om hur amningsstöd kan anpassas i avsnittet *Amning och uppfödning*.

Interventioner under graviditeten för att förebygga komplikationer

Gott bemötande

Många kvinnor har hög motivation att ändra sina levnadsvanor när de ska bli föräldrar. Det är möjligt att detta gör att även hälsan kan förbättras på lång sikt, för kvinnan och hela familjen, om den gravida och hennes partner får bra stöd under graviditeten.

En del kvinnor med fetma känner sig ständigt oroliga att sjukvårdspersonalen ska döma dem för deras övervikt. Tyvärr har många överviktiga dåliga erfarenheter sedan tidigare av kontakt med vården därför att de har känt sig illa bemötta på grund av sin vikt [237]. Barnmorskan kan hjälpa kvinnan att öka hennes tilltro till vården under graviditeten.

Graviditetsövervakning och kontroller

Med en lägre viktuppgång för gravida med övervikt och fetma minskar risken för flera av graviditetskomplikationerna. Exempelvis stora barn, graviditetsdiabetes, havandeskapsförgiftning och graviditetshypertoni. För att förebygga och upptäcka eventuella komplikationer tidigt bör man på mödrahälsovården göra en planering av graviditetsövervakning och kontroller för gravida med framför allt fetma [226].

Även om det finns regionala riktlinjer för gravida med fetma i Sveriges regioner så skiljer sig åtgärder, handläggning och stöd för gravida med högt BMI åt mellan regionerna. Det kan handla om exempelvis

- rutiner för sockerbelastning (OGTT)
- extra tillväxtkontroller med ultraljud
- läkarbesök
- dietistbesök
- anestesibedömning.

Gravida med fetma behöver extra kontroller och uppmärksamhet under graviditet och förlossning. Det behövs för att om möjligt förebygga men också uppmärksamma komplikationer tidigt för att kunna behandla på bästa möjliga sätt. Den ökade risken för komplikationer hos gravida med fetma minskar om viktuppgången under graviditet hålls inom internationella rekommendationer om lämplig viktuppgång under graviditeten [228].

Det finns i dag inte någon konsensus kring hur man på bästa sätt kan hjälpa överviktiga att hålla viktuppgången under graviditeten inom rekommenderat intervall. Andel publicerade studier ökar, men mer forskning behövs för att få fram vad som hjälper just gravida med övervikt och fetma [238, 239].

Multidisciplinärt team

För att kunna nå bra behandlingsresultat med kost och motion för personer med fetma kan ett multidisciplinärt team med dietist, läkare, fysioterapeut och psykolog öka möjligheterna för att lyckas [240]. Detta för att patienterna ska kunna få den

hjälp de behöver eftersom orsakerna kan vara många till att de gått upp i vikt och inte lyckats att återta en normal vikt.

Huvuddelen av kostrådgivning och information om fysisk träning ges vid rutinbesöken hos barnmorskan inom mödrahälsovården. Gravida behöver utöva någon form av fysisk aktivitet under sammanlagt minst 150 minuter per vecka med måttlig intensitet [241]. Fysisk aktivitet under graviditeten ger ett ökat fysiskt välbefinnande och minskad risk för extremitetssvullnad, åderbråck och trötthet [242].

Fetma medför en högre risk för graviditetsdiabetes, men med råd om bra mat och fysisk aktivitet under graviditeten går det att till viss del förebygga [243]. Vid komplikationer under graviditeten, som till exempel smärta i bäcken och rygg, behövs tillgång till en fysioterapeut.

Under graviditeten är det viktigt för alla kvinnor att äta näringsrik och varierad mat. Vissa näringsämnen är speciellt viktiga under graviditeten, som omega 3-fettsyror, folat, järn, D-vitamin, kalcium och jod. En allsidig kost ger oftast ett tillräckligt näringsinnehåll. Det viktiga är att få i sig de näringsämnen som behövs under graviditeten utan att äta sådant som innehåller mycket kalorier [244].

Vid behov av kvalificerat rådgivande samtal om kostförändringar behövs möjlighet att remittera vidare till dietist för att utifrån kvinnans behov begränsa viktuppgången [6]. Det kan exempelvis vara vid dålig följsamhet, andra sjukdomar eller om den gravida har en mer extrem eller ensidig mathållning.

Stöd via webben

Befolkningen blir allt mer van vid att ta till sig information via internet. Gravida är liksom övriga befolkningen differentierad och har olika behov och önskningar. Förstföderskor och gravida som är överviktiga är de som oftast söker information och råd om viktökning under graviditeten. Internet är den dominerande källan till information, som särskilt förstföderskor med fetma använder för att ta reda på hur de ska äta och träna under graviditeten [245].

Webbaserad information och utbildning med varierande kvalitet för gravida ökar. Gravida med övervikt eller fetma kan behöva ett komplement till besöken hos barnmorska, läkare, dietist eller sjukgymnast. De söker korrekt och lättillgänglig information och utbildning via internet. Det är viktigt att professionen har websidor som de vet att de kan rekommendera till kvinnor eller lyfter vikten av källkritik.

Den verkliga effekten av webbaserade interventioner för viktminskning är fortfarande oklar, men interaktiva och skräddarsydda interventioner förefaller vara mer effektiva än att enbart få information via en webbplats [246].

Komplikationer som kan drabba gravida med fetma

Gravida kvinnor med fetma löper högre risker att drabbas av olika komplikationer under graviditeten, under förlossningen och efter förlossningen [226, 227]. Exempel på komplikationer:

- graviditetsdiabetes
- missfall, kongenitala missbildningar
- D-vitaminbrist, tromboembolism, preeklampsi

- dysfunktionellt värkarbete
- stora barn
- anestesikomplikationer, kejsarsnitt, maternell död
- postpartumblödning, sårinfektioner
- dödföddhet, neonatal död
- minskad amningsfrekvens.

Den gravida kvinnan med fetma kan behöva information och stöd från sin läkare och den ansvariga barnmorskan för att på bästa sätt själv kunna förbättra sin kosthållning och öka sin fysiska aktivitet, och på så vis minska risker för komplikationer [242].

Stötta genom att följa kvinnan genom graviditeten

Ett annat viktigt led i att stötta kvinnan är genom kontinuerlig monitorering av hennes tillstånd så att hon får den återkoppling hon behöver i sitt förbättringsarbete. Den ökade risken för komplikationer hos gravida med övervikt och fetma minskar om viktuppgången under graviditeten hålls inom internationella rekommendationer om lämplig viktuppgång under graviditet[36] [228].
Monitoreringen fyller också den centrala funktionen att eventuella komplikationer kan upptäckas tidigt, förebyggas och eventuellt planeras för, i synnerhet hos gravida med kraftig fetma motsvarande BMI >35.

Samtal och planering med en läkare under graviditeten kan framför allt bli aktuellt för kvinnor med BMI >35 och/eller med andra sjukdomar som kan medföra risk under graviditet och förlossning. Ett sådant samtal kan inkludera planering av screeningsaktiviteter, undersökningar och eventuellt behandlingar. Till exempel screening för graviditetsdiabetes och preeklampsi, samt screening för om det finns en ökad risk för tillväxthämning eller ökad tillväxt hos fostret.

Upprepade ultraljudsundersökningar görs för att följa fostrets tillväxt. Utifrån forskning löper gravida med fetma, som även har andra riskfaktorer exempelvis högt blodtryck, ökad risk att föda ett tillväxthämmat barn [247]. För dem utan andra riskfaktorer är det störst möjlighet att upptäcka avvikelser i fostrets tillväxt med ultraljud i slutet av graviditeten [248].

Annat som ingår i planeringen inkluderar eventuell trombosprofylaktisk behandling som ges utifrån tillgängliga behandlingsriktlinjer [249].

[36]Rekommendationerna baseras på kvinnans BMI vid inskrivningen på Mödrahälsovården:
- underviktiga kvinnor (BMI <18,5 kg/m^2) viktuppgång 12,5–18,0 kg
- normalviktiga kvinnor (BMI 18,5–24,9 kg/m^2) viktuppgång 11,5–16,0 kg
- överviktiga kvinnor (BMI 25,0–29,9 kg/m^2) viktuppgång 7,0–11,5 kg
- kvinnor med fetma (BMI ≥30,0 kg/m^2) viktuppgång 5,0–9,0 kg

Planera förlossningen i god tid

Det är bra att planera förlossningen i ett lugnt skede under graviditeten för den gravida med fetma. I samband med planeringen kan till exempel ett samtal föras mellan kvinnan och obstetrikern om förlossningssätt (kejsarsnitt eller vaginal förlossning); det kan vara viktigt för förberedelsearbetet eftersom komplikationer som preeklampsi och tillväxthämning kan inträffa innan graviditeten är fullgången. Även ett samtal med anestesiolog om lämplig smärtlindringsmetod kan vara angeläget [249]. Om en akut operation blir nödvändig i samband med en vaginal förlossning, är det bra om en anestesibedömning är redan gjord under graviditeten.

I förlossningsplaneringen ingår med fördel att säkerställa att utrustning, som till exempel en förlossningssäng för en individ med kraftig övervikt, finns tillgänglig där kvinnan ska föda [226, 249].

Rekommendationer

Rekommendationerna[37] omfattar vård av gravida med fetma (BMI >30), men noteras bör att det kan förekomma risker även i lägre BMI-klasser, redan vid övervikt (BMI >25). Flertalet av de risker som förekommer under graviditet och förlossning ökar med ökat BMI hos den gravida.

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 kvinnan redan vid inskrivningen erbjuds regelbundna träffar med barnmorskan under hela graviditeten.

Rekommendation

Hälso- och sjukvården bör

erbjuda utökat och individanpassat stöd hos barnmorska till gravida med BMI >30 som önskar det.

Syftet med rekommendationen

Syftet är att minska risken för kraftig viktuppgång och komplikationer i samband med graviditet och förlossning genom att kvinnan får utökat och individanpassat stöd hos barnmorskan under graviditeten.

Barnmorskans roll är central

Den svenska mödrahälsovården anses vara unik i världen av flera anledningar, inte minst till följd av den centrala roll som barnmorskan har i vården av den gravida.

[37] Socialstyrelsen har inte gjort en hälsoekonomisk analys och inte heller en organisatorisk analys för de föreslagna rekommendationerna i detta kapitel. Vi gör dock bedömingen 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 2022[4]

De allra flesta gravida blir registrerade inom mödrahälsovården och går på regelbundna kontroller hos en barnmorska. Barnmorskan har en viktig roll att informera om risker, stödja, vägleda och ge råd i alla frågor som berör graviditeten, förlossningen och tiden efter förlossningen. Inte minst kan frågorna gälla levnadsvanor[38] och de ändringar som kvinnan kan behöva göra i sin vardag för att minimera risker för onödiga komplikationer under graviditeten, vid förlossningen och efter födseln. I de fall där det behövs kvalificerat rådgivande samtal om betydelsen av kost och fysisk aktivitet har barnmorskan ett ansvar att samverka med andra professioner.

Gravida med fetma har ökade risker för komplikationer som till exempel graviditetsdiabetes och preeklampsi som båda kan medföra långvariga sjukdomar efter förlossningen. Därför kan barnmorskan behöva utöka det stödjande arbetet och anpassa det till kvinnans tillstånd, behov och önskemål. I detta ingår att avsätta tid utifrån kvinnans behov, genom fler eller längre barnmorskebesök och samtal.

Respektfull uppmuntran för att förbättra levnadsvanor

Centrala moment i barnmorskans stödjande arbete i kontakt med den gravida med fetma handlar om kostrådgivning och information om fysisk träning. Dessa moment ingår i barnmorskans sedvanliga kontakter med gravida, men omfattningen kan behöva utökas i samband med barnmorskans kontakter med en gravid med fetma allt efter behov och önskemål. Det kan ske genom extra stödsamtal, med MI (Motiverande samtal) [250], som initieras och planeras i början av graviditeten eller som sker i anslutning till de besök som den gravida normalt gör hos barnmorskan på mödrahälsovården.

Gravida med fetma kan behöva en utökad uppmärksamhet och uppmuntran att ändra sina levnadsvanor så att vikten bibehålls eller minskas allteftersom graviditeten fortskrider. Enligt internationella rekommendationer innebär det att överviktiga kvinnor (BMI 25–29) bör ha en viktuppgång under graviditeten med 7,0–11,5 kg. För kvinnor med fetma (BMI ≥30) är rekommendationen en viktuppgång med 5,0–9,0 kg under graviditeten [228].

Det är därför viktigt att tidigt få en bild av vilket stöd den gravida behöver för att hålla viktuppgången under graviditeten inom rekommenderat intervall, och därmed minimera risken för komplikationer.

Av betydelse för resultatet är om barnmorskan lyckas etablera en god relation till kvinnan och att stödet ges fortlöpande och på ett respektfullt sätt. Ett sätt som motiverar den gravida att förbättra sina matvanor och att sätta igång, bibehålla eller utöka den fysiska aktiviteten som hon kan behöva utföra i sin vardag [251]. För att stödja kvinnor med övervikt eller fetma behöver kvalificerat rådgivande samtal erbjudas som stöd hos person med god kunskap om kost vid graviditet och fetma, till exempel en dietist.

Det är lämpligt att barnmorskan hänvisar till fakta och evidens vad gäller de positiva effekterna på kvinnans hälsa som följsamheten till råden kan innebära. Barnmorskan kan till exempel göra kvinnan uppmärksam på att fysisk aktivitet under graviditeten ger ett ökat fysiskt välbefinnande och mindre trötthet samt minskad

[38] 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

risk för svullnad i extremiteter och åderbråck [242]. På så sätt ges den gravida stöd i rätt riktning.

Otillräcklig fysisk aktivitet hos vuxna definieras som mindre än 150 minuter fysisk aktivitet i veckan på en måttlig intensitetsnivå, alternativt mindre än 75 minuter per vecka på en hög intensitetsnivå. För gravida gäller samma rekommendation som för alla andra vuxna, men valet av aktivitet kan behöva anpassas till tillståndet [6]. Det är också av stor betydelse att barnmorskan upplyser kvinnan om att hon kan förebygga eventuell graviditetsdiabetes om hon är följsam till råd om bra mat och fysisk aktivitet under graviditeten[243].

Rådgivande samtal för att stärka och motivera

Många överviktiga kan känna sig utsatta och stigmatiserade i dagens samhälle. De kan ha haft en tidigare dålig erfarenhet av kontakt med vården där de känt sig illa bemötta på grund av sin vikt [252]. Gravida med fetma utgör inte något undantag och har i flertalet studier uppgett att de känt sig diskriminerade och avpersonifierade i kontakten med vården [237]. Därför är det av stor vikt att kvinnan får vara en aktiv partner i den dialog som förs mellan barnmorskan och kvinnan, och att hon får berätta om hur hon ser på sin situation och vilka förväntningar hon har på det stöd hon kan få.

En öppen dialog kan underlätta och öka chanserna till en god följsamhet till de råd som barnmorskan ger. Dialogen förs lämpligtvis inom ramen för rådgivande samtal som innebär att barnmorskan för en dialog med patienten och anpassar samtalet till den specifika individens ålder, hälsa, risknivåer, med mera.

Rådgivande samtal kan inkludera motiverande strategier, till exempel motiverande samtal (MI). Motiverande samtal är i sig självt snarare ett förhållningssätt för rådgivning [250]. Principerna för MI är att

- försöka förstå genom ett empatiskt och reflekterande lyssnande
- inte argumentera när klienten inte ser någon anledning att förändras utan i stället undersöka varför (engelska: roll with resistance)
- stärka klientens tro på sin förmåga och möjligheten till förändring.

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* [6] och har bedömts vara väl lämpad även i detta sammanhang.

Många interventionsstudier visar att det är möjligt att förebygga stora viktuppgångar 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[253].

Socialstyrelsen rekommenderar hälso- och sjukvården att erbjuda kvalificerat rådgivande samtal till personer som har ohälsosamma levnadsvanor och som är otillräckligt fysiskt aktiva [6]. Rekommendationen gäller även gravida med fetma som har ohälsosamma matvanor[39] och är otillräckligt fysiskt aktiva.

Det är därför angeläget att barnmorskan har kunskap om motiverande strategier och beteendetekniker samt god kunskap om mat och näring, eller under handledning av en sådan.

➔ **Läs mer** om hur stödet och informationen kan anpassas i avsnittet *Anpassa stöd och information efter behov* i inledningskapitlet.

➔ **Läs mer** om rådgivande samtal i Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor [6], *Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor (socialstyrelsen.se)*.

Motivering till rekommendationen

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården erbjuda vid önskemål 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 minska risken för graviditets- och förlossningskomplikationer till exempel graviditetsdiabetes. 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 tagit fram 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 henne vidare till en dietist, förutsatt att kvinnan är motiverad och önskar det.

[39] Den definition som Socialstyrelsen har använt för ohälsosamma matvanor är följande: tobaksbruk, riskbruk av alkohol, ohälsosamma matvanor och otillräcklig fysisk aktivitet.

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 en dietist tillsammans med kvinnan kan hitta lämplig individanpassad kost som överensstämmer med den gravidas behov och därmed minska risken för kraftig viktuppgång och komplikationer i samband med graviditet och förlossning.

Vikten av en väl sammansatt kost

Det totala energiinnehållet och ett flertal näringsämnen i maten under en graviditet är viktiga för hälsan, både för den gravida och för det väntade barnet. Hög konsumtion av fullkornsprodukter, grönsaker, baljväxter, frukt, nötter eller fisk är exempel på matvanor som minskar risken för att dö i förtid. Hög konsumtion av rött kött eller charkprodukter ökar däremot risken.

Hälsosamma matvanor under graviditeten minskar risken för kraftig viktuppgång. Det innebär dessutom en minskad risk för graviditetsdiabetes, havandeskapsförgiftning och förlossningskomplikationer. Under graviditeten är det därför viktigt för alla kvinnor att äta väl sammansatt och näringsrik mat.

En dietist kan stödja hela familjens kostvanor

Att remittera den gravida vidare till en dietist kan vara av stort värde. Detta gäller framför allt gravida med fetma, eftersom denna grupp har en ökad risk för komplikationer under graviditeten som minskar med mindre viktuppgång.

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 kan man även överväga att remittera kvinnan till en överviktsenhet eller liknande, där det finns samlad kompetens kring stöd och behandling av övervikt och fetma.

Råd och samtal hos dietisten bör ske enskilt men helst även vid något tillfälle tillsammans med en eventuell partner. Den gravida kvinnan kan skriva ned vad hon äter under en vecka som sedan får ligga till grund för råd till förbättring av näringsinnehållet i maten och måltidsordningen.

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

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 minskad risk 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 tagit fram erfarenhetsbaserad kunskap för rekommendationen i webbilagan *Metodbeskrivning och kunskapsunderlag*.

Substansbruk hos gravida och nyförlösta

Inledning

I Sverige räknas all konsumtion av alkohol och narkotika[40] 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.

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 [254, 255].

Konsumtion av illegala droger kan orsaka låg födelsevikt [256] och hämmad utveckling hos barnet. Detta kan i sin tur leda till kognitiva funktionsstörningar [257] och andra negativa effekter på olika födelseutfall [258, 259].

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 tillväxtstörningar. Andra legalt och illegalt använda läkemedel, såsom bensodiazepiner, kan också leda till neonatal abstinens.

För tobak är det i första hand cigarrettrökning som bör undvikas på grund av dess negativa effekter på graviditeten och på fostrets hälsa [260]. 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.

För nyblivna föräldrar påverkar ett pågående substansbruk 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.

---

[40] 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).

Socialstyrelsens befintliga rekommendationer för substansbruk

Levnadsvanor

Gravida

Generella rekommendationer avseende vissa levnadsvanor avser inte gravida. Intag av alkohol eller vissa läkemedel, som inte utgör ett medicinskt problem hos individer som inte är gravida, kan skada det väntade barnet om de konsumeras av gravida. 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.

Inom ramen för Socialstyrelsen nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor rekommenderas hälso- och sjukvården att erbjuda rådgivande samtal till gravida som röker, snusar eller har ett bruk av alkohol). Se Bild 2.

Även kvalificerat rådgivande samtal[41], som är mer omfattande, rekommenderas vid rökning (prioritet 2) och vid bruk av alkohol (prioritet 5).

Bild 2. Rekommendationer till gravida i Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor

Rekommendationer till gravida

Hälso- och sjukvården bör

- erbjuda rådgivande samtal till gravida som röker (prioritet 1)
- erbjuda rådgivande samtal till gravida som snusar (prioritet 3)
- erbjuda rådgivande samtal till gravida med bruk av alkohol (prioritet 2)



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. Starka rekommendationer lämnas i riktlinjerna vad gäller daglig rökning, men inte för snusning eller alkohol. Det är dock viktigt att beakta att föräldrar till små barn inte bör vara berusade när de har barnen hos sig.

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

[41] Kvalificerat rådgivande samtal har enligt Socialstyrelsens bedömning samma effekt som rådgivande samtal vid dessa två tillstånd men är mer omfattande.

att läsa samlad information om samtliga rekommendationer i bilagan *Kunskapsunderlag*.

Allmänt om vård och behandling vid beroende

I de vetenskapliga studier som ligger till grund för riktlinjernas rekommendationer om levnadsvanor ingår inte personer med alkoholberoende, därför omfattas de inte av rekommendationerna. Rekommendationer om vård och behandling vid alkoholberoende finns i stället i Socialstyrelsens *Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende* [261]. Dessa innehåller rekommendationer om vård och stöd vid missbruk 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 missbruksproblematik, eftersom det saknas vetenskapligt underlag för att rekommendera specifika metoder för gravida.

➔ **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. [262]. Det vanligaste är att kvinnor[42] 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**: *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.

[42] Alla gravida och födande identifierar sig inte som kvinnor. När begreppet används i texten avser vi även personer som inte identifierar sig som kvinna. Se avsnittet *Benämningar kvinnan och partner* i Introduktionskapitlet till detta kunskapsstöd.

För att snabbt identifiera intag av substanser med fosterskadande effekt, och kunna intervenera 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 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 [250]. Under senare år har många barnmorskor utbildats i metoden.

Rekommendationer[43]

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

Hälso- och sjukvården bör

rutinmässigt identifiera substansbruk och fosterskadligt bruk hos gravida. Identifieringen bör göras av barnmorskan vid första inskrivningsbesöket på barnmorskemottagning, som bör ske inom en vecka efter att den gravida tagit kontakt med mottagningen.

[43] Socialstyrelsen har inte gjort en hälsoekonomisk analys och inte heller en organisatorisk analys för de föreslagna rekommendationerna i detta kapitel. Vi gör dock bedömingen 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 2022[4]

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 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 [263], 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. I nedanstående tabell visas vad som framkommit i studier från Australien och Kanada [264, 265]. Några slutsatser som kan var 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:

- bristande 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 (Burns et al, 2010). 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 [266-270].

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 nio av tio 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 tio frågor:

- 1–3: alkoholvanor
- 4–6: beroende
- 7–10: alkoholskador.

Frågorna gäller det senaste året innan graviditeten. För att beteckna olika standardiserade mängder av respektive alkohosort 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 [263]. AUDIT ingår i ovannämnda nationella, multiprofessionellt förankrade riktlinjer för mödrahälsovård [12]. Socialstyrelsen har också rekommenderat AUDIT som bedömningsinstrument för identifiering av alkoholproblem [261]. 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. Fyra regioner klarar målvärdet, 12 ligger i intervallet 90–95 procent och fyra regioner ligger under 90 procent [271].

Även *Timeline Followback* (TLFB) används, om än inte alltid rutinmässigt. TFLB 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 [272]. 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 [273, 274].

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 [275, 276]. 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, men det är oklart om dessa prover påverkas av graviditeten [261].

Drogbruk

Screeningsinstrumentet DUDIT har rekommenderats av Socialstyrelsen som bedömningsinstrument för att identifiera narkotikaproblem [261]. 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 avsnitten *Levnadsvanor, Missbruk och beroende* och *Läkemedelassisterad behandling vid opioidberoende* tidigare i kapitlet.

Motivering till rekommendationen

Enligt Socialstyrelsens rekommendationer bör hälso- och sjukvården rutinmässigt identifiera substansbruk hos gravida. Identifieringen bör göras av barnmorskan tidigt i graviditeten, vid första inskrivningsbesöket på barnmorskemottagningen, som bör ske 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 drogbruk 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 tagit fram 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.

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[44].

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 [277].

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.

[44] 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.

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 samverkansteamet 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 bland 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 [278]. Samtidigt har det visats i flera systematiska studier att integrerade program är effektiva för att minska substansbruket hos mödrarna [279] och även bidrar till en förbättring av mödrarnas psykiska hälsa [280].

Barnens utveckling, tillväxt och känslomässiga funktioner förbättras också om mödrarna får stöd och behandling via integrerade program [281]. Tvärprofessionella behandlingsmodeller som sätts in tidigt kan dessutom bidra till minskade sjukvårdsutgifter i det långa perspektivet [282].

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 [283-285].

➔ **Läs mer** i Metodbilagan

Samverkansmodeller i Sverige

I Sverige finns det två enheter som erbjuder specialistvård för gravida med substansbruk eller skadligt bruk och deras barn:

- Haga mödra- och barnhälsovårdsteamet i Göteborg [286].
- Rosenlunds mödravårdsteam och Rosenlunds barnhälsovårdsteam [287].

Haga mödra- och barnhälsovårdsteamet

Haga mödra- och barnhälsovårdsteamet bemannas av barnmorska, obstetriker, beroendeläkare, barnläkare, socionomer och BHV-sjuksköterskor som 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 nätverksmöten, 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 föräldrastödet 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 sex månader. Barn som exponerats för substanser under graviditeten följs även upp medicinskt av barnläkare fram till sex års ålder.

Rosenlunds mödravårdsteam och Rosenlunds barnhälsovårdsteam

Rosenlunds mödravårdsteam och barnhälsovårdsteam tillhör den högspecialiserade öppenvården inom Beroendecentrum Stockholm. Enheterna är tvärprofessionella och i teamet för graviditet ingår barnmorskor, obstetriker, psykiater, psykologer samt kuratorer.

I teamet för barnhälsovård arbetar bhv-sjuksköterska, barnläkare, barnpsykolog och kurator. Enheterna vänder sig till gravida och blivande medförälder med tidigare eller pågående bruk av alkohol eller droger. Under graviditeten erbjuds ett anpassat mödravårdsprogram med täta medicinska kontroller, övervakade urinprov samt stödsamtal och social kartläggning hos kurator. Alla inskriva erbjuds tid hos barnläkare för information om risker med substansbruk under graviditeten, samt tid hos kurator eller barnmorska för ambivalenssamtal om så önskas. Samsjukligheten i denna patientgrupp är stor och vid sidan av beroendet finns ofta en neuropsykiatrisk diagnos. Alla gravida erbjuds tid hos psykiatriker för ställningstagande till neuropsykiatrisk utredning, och tid hos psykolog för fortsatt utredning och behandling om så önskas. Under graviditeten erbjuds föräldrautbildning individuellt eller i grupp samt återfallsprevention.

Rosenlunds barnhälsovårdsteam bedriver specialiserad barnhälsovård till barn som har blivit exponerade för fosterskadande substanser under fosterlivet eller som kommer att växa upp i en familj med en historik av beroende och samsjuklighet. Majoriteten av besöken sker i hemmet och utgår från det nationella barnhälsoprogrammet med ett utökat och anpassat vårdprogram under barnets tio första månader.

Samverkan med mödravården och socialtjänsten är central och under graviditeten planerar mödravården och barnhälsovårdsteamet för barnets födelse utifrån nödvändiga insatser av socialtjänsten i hemortskommunen där den gravida bor. Kunskapen om föräldrarnas bakgrund är en viktig del av arbetet och en förutsättning för att kunna ge ett gott stöd till familjerna. Efter tio månader sker en överföring av barnet till en bvc nära hemmet.

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 tagit fram erfarenhetsbaserad kunskap för rekommendationen i webbilagan *Metodbeskrivning och kunskapsunderlag*.

Föräldraskapsstöd i grupp

Föräldraskapsstöd i samband med graviditet

Graviditet, förlossning och att bli förälder är händelser som för individen innebär en stor livsomställning. Händelser som för med sig tankar, funderingar och känslor inför förlossning, det blivande barnet, amning och föräldraskap – i synnerhet om man är förstagångsförälder.

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 [288]. 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.

Barnkonventionen

Att stärka föräldraförmågan och relationen mellan barn och föräldrar är centralt när det gäller att främja det blivande barnets hälsa och utveckling. Barnkonventionen tar upp barns rätt att få sina grundläggande rättigheter och behov tillgodosedda. I föräldrarnas ansvar ingår att i alla sammanhang beakta barnets bästa.

År 2018 antog riksdagen Förenta nationernas (FN:s) konvention om barns rättigheter som svensk lag (lagen (2018:1197) om Förenta nationernas konvention om barnets rättigheter). I konventionen om barns rättigheter återfinns flera artiklar som lyfter barnets rätt till bästa möjliga hälsa. Konventionen bygger på deklarationen om barns rättigheter.[45] 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.”

En nationell strategi för stärkt föräldraskapsstöd

Att främja barns hälsa och utveckling är också det syfte som regeringen anger för föräldraraskaskapsstöd 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*

[45] FN:s Deklaration om barns rättigheter 1959.

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 bidrar till ett mer jämställt föräldraskap genom att bemöta föräldrars behov i sin relation till varandra och sin ambition att leva jämställt [289].

Föräldrar känner 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 [159, 194, 215, 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 [291, 292].

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 [291].

Grunden i mödrahälsovårdens arbete är att främja hälsa och utveckling, stärka föräldrarnas förmåga att möta det nyfödda barnet och att förbereda inför förlossningen[12].

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.

Föräldraskapsstöd erbjuds genom kontinuerliga enskilda möten, vanligen genom basprogram och i föräldragrupper som överlappar varandra [12].

Riktat föräldraskapsstöd: Mödrahälsovården erbjuder även *riktat stöd* till föräldrar med särskilda behov, exempelvis

- utländsk bakgrund
- språkliga hinder
- tvillingföräldrar
- socioekonomiskt utsatta grupper.

Förstärkt föräldraskapsstöd: Vid behov erbjuds ett *förstärkt stöd* till föräldrar med [148]

- missbruksproblematik
- ätstörning
- funktionsnedsättning
- våld inom familjen.

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. Målet är att erbjuda föräldrar möjlighet att inhämta stöd i föräldraskapet genom att skapa nätverk, ta del av information samt utbyta kunskaper och erfarenheter. Föräldraskapsstödet omfattar föräldraskap, amning, alternativ uppfödning, samspel, levnadsvanor, parrelationen och förlossningsförberedelse [12, 148].

Rekommendationer[46]

Föräldraskapsstöd i mindre grupp

Föräldraskapsstöd i mindre grupper kan ge många positiva effekter. Bland annat kan det stärka föräldrarnas förmåga att hantera barnet och underlätta omställningen efter graviditeten och förlossningen.

[46] Socialstyrelsen har inte gjort en hälsoekonomisk analys och inte heller en organisatorisk analys för de föreslagna rekommendationerna i detta kapitel. Vi gör dock bedömingen 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 2022[4]

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 med föräldraskapsstöd i mindre grupp är att öka de blivande föräldrarnas medvetenhet om sina egna resurser och förse dem med problemlösningsstrategier 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 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 föreställningar och digitalt utbildningsmaterial.

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 [148]. 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 sex tillfällen [46]. Flera mottagningar erbjuder numera temaföreläsningar och flera hänvisar till enbart storgruppsföreläsningar än tidigare år. Föreläsningar i storgrupp erbjuds även på kvinnokliniken.

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 [46].

Många blivande föräldrar uppskattar att delta i föräldragrupper där de erbjuds möjlighet att lyfta frågor och eventuella problem, samt möjlighet till sociala kontakter med andra blivande föräldrar. Gruppen kan vara en resurs som bidrar till föräldrarnas tilltro till sin egen förmåga och bidrar till en känsla av ökad trygghet [292, 293].

Fördelar med mindre föräldragrupper

Föräldraskapsstöd i mindre grupp kan öka de blivande föräldrarnas medvetenhet om sina egna resurser och förse dem med problemlösningsstrategier som kan stärka deras förmåga att hantera den första tiden efter graviditet och förlossning och den första tiden som förälder [12, 292, 294].

Föräldragrupper kan med fördel erbjudas mellan mödrahälsovården och barnhälsovården, eftersom det underlättar för blivande föräldrar att knyta sociala kontakter med andra blivande föräldrar. Kontakter som kan fortsätta även efter barnets födelse [194, 289].

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 få 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, med stöd från arbetsledningen och mödrahälsovårdens enhet eller centrala team. På de platser där mödrahälsovården ingår i familjecentraler möjliggörs 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 [291, 295]. Föräldrarna blir mer nöjda med föräldragrupper när barnmorskan är engagerad i gruppdiskussionerna och strävar efter en god stämning [291, 295].

Studier visar att barnmorskor efterfrågar en utökad pedagogisk kunskap för att kunna skapa en optimal och givande gruppverksamhet för de blivande föräldrarna. [291, 296, 297]. 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].

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 [158, 194, 295, 297-299]. Föräldrar beskriver vikten av att föräldragrupperna diskuterar realistiska förväntningar om tiden efter barnets födelse [159, 296].

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, 45, 49].

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[300]. 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 [159, 193, 194, 215, 290, 291, 301].

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 [191, 193, 194, 207, 291, 301].

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 [194, 291, 295, 296, 301].

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
- Läkningsprocessen 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 föräldragruppsverksamheten, exempelvis utlandsfödda föräldrar, unga föräldrar, socioekonomiskt utsatta grupper, blivande pappor eller mammans partner [148, 302]. 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

- blivande pappor, partners eller medföräldrar
- unga föräldrar
- hbtqi-personer
- ensamstående föräldrar
- omföderskor och deras partners [148].

Pappor, partners eller medföräldrar: Det kan vara värdefullt för blivande pappor, partners eller 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 [194, 301, 303, 304].

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 tonåringar och fortsätta efter födseln [301].

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 [37]. 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)[47].

”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 [305].

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 [45]. Detta talar för att ensamstående, blivande mammor kan behöva mer

[47] Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd

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.

Omföderskor, deras partners eller medföräldrar: Ett sätt att göra föräldragruppsverksamheten 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.

Det kan vara både utvecklande och utmanande att bli fler i familjen. Omföderskor, 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. [291, 296, 301, 306].

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 föreställningar och digitala utbildningsmaterial.

➔ **Läs mer** om hur stödet och informationen kan anpassas i avsnitt *Anpassa stöd och information efter behov* i inledningskapitlet.

Motivering till rekommendationen

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården erbjuda gravida och deras partner eller medförälder föräldraskapsstödjande 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 hantera barnet, 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 förlädraskapsstödjande insatser i grupp, som finns i rapporten *Metodbeskrivning och kunskapsunderlag*.

➔ **Läs mer** om hur vi har tagit fram 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 de barnmorskor 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 på mödrahälsovården, med stöd från arbetsledningen och mödrahälsovårdens enhet eller centrala team [12].

Att vara gruppledare 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 [291, 296, 297, 307]. Barnmorskan behöver i sitt arbete kunskap och fortbildning om hur hon 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 de barnmorskor 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 tagit fram erfarenhetsbaserad kunskap för rekommendationen i webbilagan *Metodbeskrivning och kunskapsunderlag*.

Kontinuitet för en positiv förlossningsupplevelse

Faktorer som påverkar förlossningsupplevelsen

De aspekter som påverkar kvinnors[48] förlossningsupplevelse ser olika ut i olika delar av världen, och kvinnors rättigheter till en god och säker vård under förlossningen varierar. Oavsett internationella olikheter så finns det vissa gemensamma faktorer som är viktiga för kvinnors upplevelser:

- tillräckligt stöd
- kontroll och delaktighet
- tillräcklig information.

Upplevelserna kan ge både positiva och negativa minnen [308]. En viktig dimension i en positiv förlossningsupplevelse är att få föda i en trygg och säker miljö [309]. Praktiskt och känslomässigt stöd från en medföljande person samt kompetent och vänlig personal är också faktorer som påverkar förlossningsupplevelsen positivt. Kontroll genom att vara delaktig i beslutsfattande är också viktigt för en positiv upplevelse [309].

En negativ förlossningsupplevelse kan ha att göra med oväntade komplikationer eller ingrepp, upplevelse av ohanterlig smärta, känslan av att inte bli lyssnad på och förlust av kontroll.

En viktig förutsättning för ett gott bemötande och förhållningssätt till kvinnan är medvetenhet hos vårdpersonalen om vilka faktorer som kan påverka förlossningsupplevelsen, och hur de utifrån denna kunskap kan bidra till en positiv upplevelse. Detta gäller även i vården av dem som föder via kejsarsnitt och de som genomgår interventioner under förlossningen.

En positiv förlossningsupplevelse

En positiv förlossningsupplevelse har sin grund i att kvinnan kan använda sin fysiska och psykosociala förmåga och föda sitt barn i en säker miljö där hon får emotionellt och professionellt stöd. Kontinuitet där personalen är vänlig, har professionell kompetens och inger trygghet i situationen är av stor vikt för en positiv förlossningsupplevelse [309]. Stöd i att hantera förlossningens olika delar utifrån sina egna villkor och möjligheter har stor betydelse. Uppfyllda förväntningar, att få en normal förlossning utan medicinska interventioner samt att använda kognitiva smärtlindringsmetoder bidrar till en positiv förlossningsupplevelse [310, 311].

---

[48] Alla gravida och födande identifierar sig inte som kvinnor. När begreppet används i texten avser vi även personer som inte identifierar sig som kvinna. Se avsnittet *Benämningar kvinnan och partner* i Introduktionskapitlet till detta kunskapsstöd.

Bland de faktorer som kan orsaka en negativ förlossningsupplevelse finns att kvinnan upplever bristfälligt stöd, känner sig osynlig och utan kontroll under förlossningen [312]. Detta kan resultera i att kvinnan väljer bort framtida graviditeter, att hon begär kejsarsnitt utan medicinsk indikation, eller utvecklar förlossningsrädsla [313-315].

En positiv förlossningsupplevelse handlar inte enbart om att kvinnan ska känna sig väl till mods under själva förlossningsprocessen. Det handlar också om att skapa trygghet redan innan förlossningen och att kvinnan får möjlighet att uttrycka sina tankar kring och förväntningar på förlossningen [309]. Trygghet är av stor betydelse för upplevelsen under själva förlossningen och som nybliven förälder. Att efter förlossningen få berätta om sina förväntningar och upplevelser bidrar till att skapa en helhet av förlossningsupplevelsen [211].

Att vänta och föda barn är en livsomvälvande händelse som innefattar många aspekter. Det är ett av de ”tillstånd” där vanligen friska människor vårdas utan att egentligen vara sjuka. Tillståndet motiverar upprepade vårdkontakter och hälsokontroller, därför är kommunikationen av stor vikt. En respektfull kommunikation baserad på respekt för kvinnans val och önskemål, samt individuella och kulturella aspekter, är en central dimension för vård med kvalitet i samband med graviditet och förlossning [316].

Graviditet och barnafödande är processer som påverkar fysiska, känslomässiga och sociala aspekter av förlossningsupplevelsen och ger bestående minnen. Kunskap om vad som förstärker en positiv förlossningsupplevelse, och vad som kan orsaka en negativ, är därför viktig, främst hos den vårdpersonal som möter blivande föräldrar och födande kvinnor, men även hos dem som ansvarar för och utformar förlossningsvården.

Relationen mellan barnmorskan och den gravida är central

En relation mellan kvinnan och barnmorskan som bygger på närvaro, tillgänglighet, bekräftelse och delaktighet tar tid att utveckla, men är central för att förlossningsupplevelsen ska bli positiv. Det är viktigt att barnmorskan strävar efter att etablera en vårdrelation med kvinnan som är ömsesidig och individanpassad. Det handlar om att lära känna kvinnan, förstå hennes behov och kommunicera kring dem. Då känner kvinnan att hennes önskemål är lyssnade till och att just hennes situation är unik [317].

Tillit mellan kvinnan och barnmorskan behöver också utvecklas så att kvinnan lätt och otvunget kan förmedla sina önskemål, såväl under graviditeten som under förlossningen. När vårdrelationen mellan barnmorskan och kvinnan bygger på tillit, kan barnmorskans roll vara att stärka, stödja och guida kvinnan på hennes egna villkor. Detta ökar i sin tur möjligheten till att kvinnan kan känna stöd och vara närvarande i förlossningsprocessen [216, 318, 319]

Multiprofessionell kunskap och kompetens är viktig

För att möta behoven hos gravida med sammansatta problem behöver barnmorskan kunna konsultera ansvarig läkare, kurator och psykolog. Barnmorskan behöver även upparbetade samarbetskanaler med andra verksamheter, som vuxenpsykiatrin och kommunens individ- och familjeomsorg.

Under förlossningen och postnatalperioden samarbetar barnmorskan med andra professioner, exempelvis obstetriker och barnläkare, och barnmorskan identifierar avvikelser och komplikationer. Det kan handla om förlossningens progress eller akuta tillstånd och komplikationer som uppstår hos den födande, fostret eller hos det nyfödda barnet.

För att skapa en god relation med den födande är det viktigt att kombinera professionell kompetens med kunskap och förståelse för kvinnans behov. Ett led i detta är att tidigt under graviditeten etablera en god kommunikation så att kvinnan får den information om förlossningsprocessen hon behöver för att kunna förbereda sig. Lyhördhet för kvinnans önskemål och behov är viktig, inte bara under graviditeten utan även när det är tid för förlossning. Det är viktigt att lyssna till kvinnan, bekräfta hennes signaler och upplevelser under förlossningen och ge tydliga råd om vad hon kan göra.

En god kommunikation förutsätter att vården ges på ett respektfullt sätt av personal som är empatisk och vänlig, som ger trygghet och som aldrig är kränkande [316].

Vården i Sverige under och efter graviditeten

Mödrahälsovård

Under graviditeten träffar den gravida oftast en och samma barnmorska under sju till nio besök. Barnmorskan är den primära vårdgivaren under graviditeten och i normalfallet ingår inga läkarbesök. Utifrån det medicinska basprogrammet för mödrahälsovård syftar barnmorskebesöken till att upptäcka komplikationer under graviditeten och identifiera riskfaktorer som kan leda till komplikationer. Vid avvikande tillstånd från det normala ansvarar läkaren för medicinska och obstetriska åtgärder och beslut för fortsatt handläggning. Vanligtvis sker den fortsatta handläggningen inom mödrahälsovården av barnmorskan.

Förlossningsvård

Barnmorskan har det självständiga ansvaret för normala förlossningar, och i samarbete med förlossningsläkare vid riskgraviditeter och komplicerade förlossningar. Eftervården på sjukhus är oftast kort vid okomplicerade förlossningar. Det förekommer även att personal roterar mellan förlossning och eftervård/BB, men oftast träffar kvinnan ny personal i eftervården.

Eftervård

Uppföljning efter förlossningen i form av samtal erbjuds av en majoritet av 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. Den fortsatta uppföljningen av barnet sker därefter vid barnavårdscentralen där distriktssköterskor eller barnsjuksköterskor ombesörjer vården. Uppföljning, så kallad efterkontroll, erbjuds 6–16 veckor efter förlossningen hos barnmorskan inom mödrahälsovården.

Kartläggningar pekar på brister i Sveriges förlossningsvård

Kartläggningar som gjordes 2016–2018 av Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) pekar på att det finns brister och stora variationer i vården som rör graviditet, förlossning och tiden efter förlossningen [1, 2, 48]. I förstudien till detta kunskapsstöd framkom att kontinuiteten i en fungerande vårdkedja behöver stärkas och utformas utifrån kvinnans behov.

Uppföljning efter förlossningen ser olika ut i landets regioner och något fler än hälften av sjukhusen följer upp kvinnornas hälsa efter hemgång. En del av sjukhusen erbjuder telefonsamtal eller återbesök efter förlossningen, men det finns sjukhus som inte följer upp förlossningen alls. Ett fåtal erbjuder hembesök av en barnmorska. Individanpassad eftervård erbjuds i en del regioner där det finns medicinska eller psykologiska skäl för uppföljning [2].

Andelen akuta inskrivningar efter förlossning har ökat. En orsak kan vara att det saknas tydlig information om vart den som fött barn ska vända sig för stöd och vård efter förlossningen. Även om gravida oftast träffar en och samma barnmorska under graviditeten så saknas en kontinuitet i hela vårdkedjan. Det är ovanligt att den barnmorska den gravida träffat under sin graviditet också arbetar inom den slutna vården där förlossningsavdelningen och BB ingår.

➔ **Läs mer** om uppföljning och stöd efter förlossningen i avsnittet *Brister i vården efter förlossning* i kapitlet *Vård efter graviditet och förlossning*.

Vårdformer för förlossningsvård – ett internationellt perspektiv

Enligt Världshälsoorganisationen (WHO) bör förlossningsvården utformas så att det med minsta möjliga ingrepp i förlossningens förlopp går att uppnå en frisk mor och ett friskt barn samt en positiv upplevelse av förlossningen. Vården av gravida och födande ges av olika professioner och i olika vårdmodeller internationellt [320, 321]. Hur förlossningsvården är utformad och organiserad skiljer sig åt mellan olika länder.

Differentierad vård

En fördel med differentierad vård är att kvinnan kan ha möjlighet att välja typ av enhet för sin förlossning, allt ifrån att föda i hemmet till att föda på sjukhus. Differentierad förlossningsvård innebär att kvinnor som inte har några riskfaktorer kan välja att föda på sjukhus, på småskaliga enheter eller i hemmet, medan kvinnor med högre risk för komplikationer föder inom mer specialiserad vård. En förbättrad och mer effektiv användning av resurser kan ses när vården tillhandahålls av barnmorskor som är integrerade i ett välfungerande lagarbete med möjlighet att remittera vidare vid behov. Det finns indikationer på att barnmorskeledd vård för lågriskkvinnor och i ett tvärvetenskapligt team är ett mer kostnadseffektivt alternativ än högspecialiserad vård [316].

De personalkategorier som ger vård under förlossning är oftast barnmorskor eller förlossningsläkare, men även allmänläkare (*general practitioner*, *GP*) med obstetrisk kompetens och specialutbildade sjuksköterskor (*obstetric nurses*). Denna uppdelning av vårdnivåer saknas i Sverige.

Vårdformer med kontinuitet

Vårdformer som erbjuder barnmorskekontinuitet eller andra kontinuitetsmodeller har visat sig leda till en minskad förekomst av interventioner under förlossningen och att kvinnor upplever större tillfredsställelse med vården jämfört med standardvård [322].

Vårdformer med barnmorskekontinuitet benämns internationellt som *Caseload midwifery, Team midwifery* eller *Midwifery group practice*. Det finns även andra vårdformer där vården bedrivs på lågriskenheter, ofta kallade *birth centers*. Sådana enheter kan vara belägna inom eller utanför sjukhuslokaler.

I Australien, England, Holland, Danmark och Nya Zeeland finns vårdmodeller som är organiserade så att samma barnmorska eller liten grupp av barnmorskor tar hand om kvinnan genom samtliga vårdepisoder: graviditet, förlossning och den första tiden efter förlossningen. Vid komplikationer överförs kvinnan till en mer specialiserad vårdnivå.

I Australien ansvarar barnmorskor för postpartumvården vanligtvis under de första veckorna efter förlossningen. Forskning som har jämfört *caseload midwifery* med standardvård i Australien visade att kvinnor som lottats till *caseload midwifery* fick fler hembesök efter förlossningen och var mer nöjda än de kvinnor som fick standardvård. De var även mer nöjda med BB-vården och behövde kortare vårdtid på sjukhus [323].

Alternativa vårdformer i Sverige

I Sverige saknas liknande vårdformer som nämnts ovan i större skala. De har enbart bedrivits i projektform. Projektet *Barnmorska hela vägen* genomfördes 2017–2019 i Sollefteå, och innebar att barnmorskorna ansvarade för mödrahälsovården, var i beredskap för förlossning och ansvarade för eftervården [324, 325]. Olika modeller av beredskap resulterade i olika grad av kontinuitet. Det övergripande resultatet visade att kvinnor som fått vård av en känd barnmorska oftare hade en mycket positiv förlossningsupplevelse. Det

medicinska utfallet visade inga större skillnader [326]. Viktigt dock att påpeka att resultatet grundar sig på ett relativt litet urval; totalt 86 kvinnor fick vård av en känd barnmorska men endast 77 kvinnor av dem svarade på enkäten.

Ett annat svenskt projekt startades vid Karolinska Universitetssjukhuset 2018 i syfte att skapa en kontinuerlig vårdkedja kring gravida. Sedan hösten 2020 finns även möjlighet till hemförlossning inom ramen för projektet.

Rekommendationer[49]

Känd barnmorska genom hela vårdkedjan

När samma barnmorska eller grupp av barnmorskor följer kvinnan genom hela vårdkedjan bidrar det till att kvinnan kan uppleva en ökad tillfredsställelse med vården, och befrämjar en positiv förlossningsupplevelse. Dessutom gynnar det medicinska och psykologiska utfall genom hela den barnafödande perioden, inklusive perioden efter förlossningen.

Rekommendation

Hälso- och sjukvården kan

där förutsättningar finns erbjuda kvinnor att samma barnmorska eller grupp av barnmorskor vid behov följer kvinnan genom graviditet, förlossning och den första tiden efter barnets födelse.

Syftet med rekommendationen

Syftet är att öka känslan av trygghet hos gravida och födande genom att erbjuda en vårdrelation som följer kvinnan och bidrar till en positiv förlossningsupplevelse.

Kontinuitet ger trygghet och säkerhet

All vård ska tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet enligt 5 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, och i 6 kap 1 § patientlagen (2014:821), PL. Världshälsoorganisationen, WHO, rekommenderar att vården utgår från en vårdmodell som innebär barnmorskekontinuitet i miljöer och kontext där barnmorskor finns tillgängliga och där deras roller är väl fungerande [320, 321].

WHO:s rekommendation är kontextberoende vilket innebär att det behövs vissa förutsättningar för att den ska kunna följas till fullo: Att det finns

- välutbildade barnmorskor tillgängliga

[49] Socialstyrelsen har inte gjort en hälsoekonomisk analys och inte heller en organisatorisk analys för de föreslagna rekommendationerna i detta kapitel. Vi gör dock bedömingen 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 2022[4]

- barnmorskor i tillräckligt antal
- en utarbetad struktur för specifika vårdmodeller
- organisatoriskt stöd på strukturerad ledningsnivå.

I Sverige finns sedan 2018 en sådan vårdmodell i en storstadsregion [327]. I glesbygd ser kontexten annorlunda ut och kan därmed medföra svårigheter att få en kontinuitet genom hela vårdkedjan från graviditet till den första tiden efter förlossningen. Långa avstånd till förlossningskliniker medför svårighet för både födande och barnmorskor att upprätthålla barnmorskekontinuitet under hela vårdkedjan. Där det finns förutsättningar för att samma barnmorska eller grupp av barnmorskor kan följa kvinnan genom hela vårdkedjan kan det vara av stort värde för dem som har behov av det.

Mot bakgrund av att det tidigare saknats vårdmodeller med barnmorskekontinuitet i Sverige kan en omstrukturering till nya vårdmodeller få stora konsekvensen för den kliniska verksamheten. Därför är det önskvärt att en konsekvens- och riskanalys föregår en sådan förändring. När vården omstrukturerats till en vårdmodell med barnmorskekontinuitet behöver den utvärderas på kort och lång sikt. Man bör utvärdera

- födande kvinnors upplevelse
- hur förändringen har påverkat tillgången på barnmorskor
- hur förändringen har påverkat barnmorskors arbetssituation
- effekterna ur ett hälsoekonomiskt perspektiv
- effekterna ur patientsäkerhetsperspektiv.

Utifrån resultat från ett flertal nationella undersökningar [2, 48, 328] är det av stor vikt att eftersträva kontinuitet mellan graviditeten, förlossningen och den första tiden efter förlossningen. Det är en fördel att barnmorskan eller den grupp av barnmorskor som kvinnan träffat under sin graviditet gör bedömning och planering inför föräldraskap och uppföljning efter förlossningen. 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.

➔ **Läs mer** om betydelsen av en positiv upplevelse i avsnittet *Uppföljning och stöd efter hemgång från sjukhuset* i kapitlet *Vård efter graviditet och förlossning*.

Barnmorskans roll

Den svenska mödrahälsovården, där utbildade barnmorskor haft en central roll sedan 1950-talet, identifierar och minimerar risker och komplikationer under graviditeten. Både inom mödrahälsovården och inom förlossningsvården samverkar barnmorskan med andra professioner, främst mödrahälsovårdsläkare och förlossningsläkare, men även med andra yrkesgrupper. När något avviker från det normala, eller när den gravidas behov är utöver barnmorskans kompetens, konsulterar och samarbetar barnmorskan med andra professioner (Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd

(HSLF-FS 2016:64) om erkännande av yrkeskvalifikationer inom hälso- och sjukvården) [199]. Även om den enskilda kvinnan remitteras till andra professioner är det barnmorskan som ansvarar för fortsatt handläggning utifrån eventuella ordinationer eller vårdplaner.

Graviditeten

Barnmorskekontinuitet uppnås när en och samma barnmorska, eller en mindre grupp av barnmorskor, ombesörjer all vård under graviditet, förlossning och eftervård. När en mindre grupp barnmorskor står för kontinuiteten kan beredskapen för att bistå vid förlossningen delas mellan barnmorskorna. Detta gör att kvinnan känner sig trygg i de relationer som etablerats och bidrar därmed till att kvinnan får en positiv förlossningsupplevelse. Relationen behöver dock vara grundad i professionell kompetens med kunskap och förståelse för kvinnans behov och att kvinnan vågar ta upp frågor och önskemål med barnmorskan.

Förutom de graviditetskontroller som barnmorskan utför under graviditeteten ingår även att i dialog med kvinnan förbereda henne inför förlossningen och den första tiden efter förlossningen. Kvinnor har behov av att redan under graviditeten få information om hur man förbereder sig fysiologiskt och psykologiskt för att föda, till exempel genom andnings- och avslappningstekniker.

Förlossningen

Utvärdering av vård med barnmorskekontinuitet från flera länder (Australien, Storbritannien, Nya Zeeland, USA och Danmark) visar att den ömsesidiga relationen mellan kvinnan och barnmorskan som byggts upp under graviditeten är en god grund inför förlossningen. Relationen är navet där tilliten kan växa och önskemål tillgodoses, vilket upplevs stärkande av kvinnan. Vårdrelationen som redan finns etablerad gör att kvinnan slipper upprepa sin historia och sina önskemål för barnmorskor som hon inte träffat tidigare [216]. Den ömsesidiga relationen bygger på barnmorskans närvaro, bekräftelse och tillgänglighet [318]. Detta kan göra att kvinnan upplever trygghet eftersom hon vet vilken barnmorska som är med vid förlossningen [216].

Kontinuitetsmodeller i andra länder visar på positiva förlossningsutfall, exempelvis i form av fler spontana födslar och ett minskat behov av smärtlindring. Dessutom är det tydligt att en kvinna som har en känd barnmorska upplever högre grad av kontroll under födandet. Hon upplever förlossningssmärtan mer positivt, känner sig stolt och upplever bättre förmåga att klara av födandet både fysiskt och emotionellt. En kvinna som får vård med kontinuitet är mer nöjd och skattar förlossningsvården högre än kvinnor som fått standardvård [322].

Det sker färre interventioner, såsom amniotomi och instrumentell förlossning, bland de kvinnor som föder barn inom vårdformer med kontinuitet, jämfört med kvinnor som får vård som inte bygger på barnmorskekontinuitet. Spontan vaginal förlossning är vanligare bland kvinnor som känner den barnmorska som bistår vid förlossningen [216, 329].

Den första tiden efter

Efter förlossningen värderar kvinnor att få berätta och bli lyssnade till av förlossningsbarnmorskan. Det blir en helhet av förlossningsupplevelsen med ett sådant samtal. Debriefing efter förlossningen har inte visat sig förhindra traumatiska förlossningsupplevelser, men kvinnor har en stark önskan om att få berätta om sin förlossning, att kunna fråga och få information [315].

Eftervård med barnmorskekontinuitet innebär att en barnmorska som har varit med i kvinnans vård under graviditet och förlossning följer upp kvinnan och barnets hälsa den första tiden efter förlossningen. Uppföljningen kan med fördel ske utifrån kvinnans behov under upp till åtta veckor efter förlossningen. Även här är en redan etablerad relation med barnmorskan av stor betydelse för kvinnans förlossningsupplevelse, och för att hon ska känna sig trygg inför föräldraskapet. De frågor kring läkningsprocessen, föräldraskapet, amning och uppfödning som kvinnan tidigare diskuterat med barnmorskan kan återupptas och följas upp. Hembesök av barnmorskan är en form av uppföljning som tidigare inte varit gängse i Sverige, men som introducerats på några orter på senare år.

➔ **Läs mer** om postnatalperioden – anpassning och omställning i avsnittet *Vård efter graviditet och förlossning*.

Motivering till rekommendationen

Enligt Socialstyrelsens rekommendationer kan Hälso- och sjukvården, där förutsättningar finns, erbjuda kvinnor att samma barnmorska eller grupp av barnmorskor vid behov följer kvinnan genom graviditet, förlossning och den första tiden efter barnets födelse.

Åtgärden gynnar både medicinska och psykologiska utfall genom hela den barnafödande perioden inklusive perioden efter förlossningen, bidrar till att kvinnan kan uppleva en ökad tillfredsställelse med vården och befrämjar en positiv förlossningsupplevelse. Åtgärden talar även för att det kan minska risken för sena missfall och prematura födslar. Några oönskade effekter har inte påvisats. Avgörande för styrkan i rekommendationen är dock att åtgärden är kontextberoende och det krävs vissa förutsättningar vilket gör att den inte går att genomföra fullt ut överallt. Där det finns förutsättningar är det en fördel särskilt för dem med ökat vårdbehov att de erbjuds möjlighet till vård av samma barnmorska eller grupp av barnmorskor genom hela vårdkedjan.

I Socialstyrelsens rekommendation har vi vägt in en kartläggning av studier om vård av en känd barnmorska eller grupp av barnmorskor. Den återfinns i webbilagan *Metodbeskrivning och kunskapsunderlag*.

Kontinuerligt professionellt stöd

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, erbjuda 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 [329]. Förberedelserna kan bland annat innehålla

- information och diskussion kring förlossningens start och process
- en partner eller medförälders roll
- vanliga interventioner
- rädsla inför födelsen, det nyfödda barnet och amning
- övergång till föräldraskap
- sexualliv
- konflikter och postnatal depression.

Förlossningsföreberedelser 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 [330]. När gravida får ta ställning till olika procedurer, som dropp, övervakning av fostret, förlossningsställning, och skriva en födelseplan utifrån sitt ställningstagande kan det ge en bättre förlossningsupplevelse jämfört med om de inte fått den möjligheten [330].

I 5 kap. 1 § HSL finns bestämmelser om att all vård ska bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet [326]. Att möta kvinnan med respekt, så att hon kan uppleva att barnmorskan lyssnar på henne, är viktigt i kvinnans förberedelse inför sin förlossning [331, 332]. 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 att förlossningsvården utformas så att en frisk mor och ett friskt barn uppnås med minsta möjliga ingrepp i förlossningens förlopp [320].

Kontinuerligt professionellt stöd under förlossningen ingår i den svenska förlossningsvården idag. Dock har andelen gravida med riskgraviditeter och komplikationer har ökat liksom andelen induktioner. Denna utveckling medför en ökad arbetsbelastning för förlossningspersonalen och Socialstyrelsen vill genom denna rekommendation betona att förutsättningar för kontinuerligt professionellt stöd under förlossningen inte får minska.

Vården ska ges på ett respektfullt sätt av personal som ger trygghet och inte är kränkande. Den enskilda individens önskemål ska uppmärksammas av personal som är empatisk och vänlig [316]. 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 [330, 331].

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 [318].

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 [309]. 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 [333].

Stöd att hantera förlossningssmärta

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 [334]. Kvinnor behöver få information om olika smärtlindringsmetoders för- och nackdelar för att kunna göra ett val utifrån sina egna behov och värderingar [335].

Effekt och upplevelse av olika smärtlindringsmetoder kan vara både positiva och negativa. Farmakologiska metoder kan minska smärta men kan ha negativa sidoeffekter som dåsighet, blodtrycksfall och minskad krystkänsla [335]. Icke-farmakologiska metoder minskar inte smärtan på samma sätt som farmakologiska metoder, men kan ge kvinnan en större känsla av att själv kunna hantera smärtan [335], hit hör bland annat kognitiva smärtlindringsmetoder.

Vårdpersonalen har en stark inverkan på den födande kvinnans behov av smärtlindring och vilka val hon gör under förlossningen [320]. Den som ordinerar ett läkemedel ska säkerställa att ordinationen är lämplig med utgångspunkt i patientens behov (6 kap. 2 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:37) om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården).

Oavsett vilken attityd och vilka värderingar vårdpersonalen har till smärta och smärtlindring under förlossning är det viktigt att det stöd och den smärtlindring som de erbjuder kvinnan stämmer överens med kvinnans önskemål och val. I professionellt stöd ingår att ta hänsyn till och bedöma kvinnans emotionella och psykologiska behov, inklusive hennes önskan om smärtlindring [336]. Det inkluderar även att stödja kvinnan i att hantera sin smärta.

Det är viktigt att den födande är förberedd så att inte förlossningssmärtan orsakar oro och rädsla. Trygghet och lugn dämpar upplevelser av oro och rädsla och kan hjälpa kvinnan att slappna av. När den barnmorska som ska bistå vid förlossningen inte är känd sedan tidigare kan det hjälpa kvinnans hantering av förlossningssmärtan om hon ändå har träffat barnmorskan redan innan förlossningen.

En vård som bygger på kontinuitet och skapar en tillitsfull relation till personalen kan också vara till stor hjälp för kvinnan i att hantera smärtan [337]. Ohanterlig smärta, bristande stöd från barnmorskan och brister i kommunikation har visat sig påverka kvinnors förlossningsupplevelse negativt [331].

Närvaro under förlossningen

Redan under graviditeten är det fördelaktigt att kvinnan får möjlighet att framföra önskemål om vilket sorts stöd hon behöver och vilka stödpersoner hon vill ha med. Utöver det professionella stödet för kvinnan och hennes eventuella partner eller medförälder, kan en annan stödjande person närvara under hela förlossningen. Ett sådant stöd kan ges av förlossningspersonal eller personer som inte är anställda av sjukhuset och inte har en personlig relation med den födande, såsom doulor [310].

Det har betydelse vad stödpersonerna gör, vad stödet innehåller och vilka egenskaper stödpersonerna har för att det ska bidra till en positiv förlossningsupplevelse [310]. Exempel på kontinuerligt stöd från en stödperson:

- känslomässigt: kontinuerlig närvaro, bekräftelse och beröm
- information 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 i syfte 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 [338]. Kontinuerligt stöd och närvaro under förlossningen bidrar till en mer positiv upplevelse, något som följer kvinnan under lång tid. Det bidrar även till en högre andel förlossningar utan komplikationer [310].

Motivering till rekommendationen

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården i tillägg till kvalificerad obstetrisk vård, erbjuda förutsättningar för kontinuerligt professionellt stöd under förlossningen till de födande 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*.

Projektorganisation

Projektgrupp

Från Socialstyrelsen

Bassam Michel El-Khouri	Projektledare, Socialstyrelsen
Inga-Maj Andersson	Utredare, Socialstyrelsen
Susanne Åhlund	Utredare, Socialstyrelsen
Anders Fejer	Enhetschef, Socialstyrelsen
Emma Lindgren	Utredare, Socialstyrelsen
Emmelie Pettersén Uggla	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 Reproduktiv 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, Karlinska 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, Kvinnokliniken 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 Reproduktiv Hälsa, Kvinnor och barns hälsa, Karolinska Institutet
Birgitta Wickberg	Docent, leg psykolog, Psykologiska institutionen, Göteborgs universitet, Göteborg

Rekommendationsgrupp

(i alfabetisk ordning efter sjukvårdregion och efternman)

Sjukvårdsregion Mellanesverige

Ylva-Li Lindahl	Samordnande barnmorska/vårdutvecklare, Vårdval Primärvård, Region Västmanland. Leg. Barnmorska och fil. magister Ledarskap och organisation Doktorand, Institutionen för kvinnors och barns hälsa, Uppsala Universitet
Birgitta Segeblad	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 barnmorska, Region Västernorrland
Anna Meschaks	Specialistläkare Obstetrik och Gynekologi, Mödrahälsovårdsöverläkare i Region Jämtland Härjedalen
Annika Selberg Lundberg	Enhetschef, leg psykolog, Länsenheten Föräldra- och Barnhälsan. Region Norrbotten

Sjukvårdsregion Sockholm-Gotland

Mia Ahlberg	Legitimerad Barnmorska, Medicine Doktor, Omvårdnadsansvarig barnmorska 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 psykologenhet, Region Jönköpings län
Valerie Stålberg	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 Universitetssjukhus
Gunilla Kristiansson	Barnmorska, BB-Hemma och Amningsmottagningen, Barnmorskemottagningen Rosengård, Malmö
Amanda Wikerstål	Leg psykolog, Mödra- och barnhälsovårdens psykologenhet, centrala bhv-teamet. Region Kronoberg

Sjukvårdsregion Västra

Joy Ellis	Överläkare och medicinsk rådgivare, f d mödrahälsovårdsöverläkare, Regionhälsan, Götegorg.
Kerstin Johannesson	Leg psykolog, Psykologenheten för mödra- och barnhälsovård i Södra Älvsborg, Västra Götalandsregionen
Veronica Wennberg	Förlossningsbarnmorska, BB Varberg Hallands Sjukhus

Intern referensgrupp

Anastasia Nyman	Tf enhetschef, Socialstyrelsen
Johanna Jupiter	HBTQ 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	HBTQ samordnare, utredare, Socialstyrelsen
Sara Dahlin	Jämställdhetssamordnare, utredare, Socialstyrelsen
Maria Stormrud	Pressekreterare
Johanna Axelsson	Kommunikatör
Lisa Keskitalo	Informationsspecialist, Socialstyrelsen
Iwa Wasberg	produktionsledare, Socialstyrelsen
Mathias Wallin	Jurist, Socialstyrelsen
Sara Johansson	Tf enhetschef (2018), Socialstyrelsen

Referenser

1. Socioekonomiska faktorers påverkan på kvinnors och barns hälsa efter förlossning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2016.
2. Lindgren E, Gottvall K, Linnarsson E, Raquette M, Billfalk S, Wigzell O. Vård efter förlossning : en nationell kartläggning av vården till kvinnor efter förlossning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2017.
3. Socialstyreslen. Förstudie till kunskapsstöd om förlossningsvård; 2018.
4. Uppdrag till Socialstyrelsen att utarbeta nationella riktlinjer för förlossningsvården [Elektronisk resurs]. 2021.
5. Haggerty JL, Reid RJ, Freeman GK, Starfield BH, Adair CE, McKendry R. Continuity of care: a multidisciplinary review. Bmj. 2003; 327(7425):1219-21.
6. Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor : stöd för styrning och ledning. [Stockholm]: Socialstyrelsen; 2018.
7. Socialstyrelsen, Livsmedelsverket, 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
8. WHO. Ten steps to successful breastfeeding. 2018. Hämtad 2021-09-17 från: https://www.who.int/nutrition/bfhi/
9. Nationellt kunskapsstöd om intrauterin fosterdöd – Remissversion [Elektronisk resurs]. 2021.
10. Vårdkedjan för barn som behöver neonatalvård och deras familjer : nationella rekommendationer till beslutsfattare och stöd till personal. [Stockholm]: Socialstyrelsen; 2021.
11. Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom : stöd för styrning och ledning. [Stockholm]: Socialstyrelsen; 2017.
12. ARG-rapport, Nr 59, SFOG, Barnmorskeförbundet S. Mödrahälsovård, sexuell och reproduktiv hälsa. 2008 uppdaterad webbversion 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. 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. Bäckenbottenutbildning.se. Hämtad från: https://backenbottenutbildning.se/
18. WHO. WHO recommendations on intrapartum care for a positive childbirth experience: World Health Organization; 2018. Report No.: 924155021X.
19. Våld i nära relationer och hedersrelaterat våld : ett utbildningsmaterial för dig som arbetar inom hälso- och sjukvården och tandvården. [Stockholm]: Socialstyrelsen; 2021.
20. Våld och hälsa : en befolkningsundersökning om kvinnors och mäns våldsutsatthet samt kopplingen till hälsa. Uppsala: Nationellt centrum för kvinnofrid (NCK), Uppsala universitet; 2014.
21. Gavell Frenzel A. Brott i nära relationer : en nationell kartläggning. Stockholm: Brottsförebyggande rådet (BRÅ); 2014.
22. 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.
23. Heimer GM. Våldsutsatta kvinnor : samhällets ansvar. Lund: Studentlitteratur; 2019.
24. 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.
25. 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.
26. 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.
27. 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.
28. Pastor-Moreno G, Ruiz-Pérez I, Henares-Montiel J, Escribà-Agüir V, Higueras-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.
29. Våld : handbok om socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens arbete med våld i nära relationer. Stockholm: Socialstyrelsen; 2015.
30. Att fråga om våldsutsatthet som en del av anamnesen. Uppsala: Nationellt centrum för kvinnofrid, NCK; 2010.
31. Socialstyreslen. 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

32. Att vilja se, vilja veta och att våga fråga : vägledning för att öka förutsättningarna att upptäcka våldsutsatthet. Stockholm: Socialstyrelsen; 2014.
33. Socialstyrelsens utredningar av vissa skador och dödsfall 2018–2021. Stockholm: Socialstyrelsen; 2022.
34. Utvecklingen av diagnosen könsdysfori – Förekomst, samtidiga psykiatriska diagnoser och dödlighet i suicid [Elektronisk resurs]. 2020.
35. Obedin-Maliver J, Makadon HJ. Transgender men and pregnancy. Obstetric medicine. 2016; 9(1):4-8.
36. Falck F, Frisén L, Dhejne C, Armuand G. Undergoing pregnancy and childbirth as trans masculine in Sweden: experiencing and dealing with structural discrimination, gender norms and microaggressions in antenatal care, delivery and gender clinics. International journal of transgender health. 2020; 22(1-2):42-53.
37. Klittmark S, Nordqvist A, Sandin T, Andersson B. Att bli & vara förälder : ett föräldrastödjande material för hbtqi-personer. [Stockholm]: RFSL; 2021.
38. Assisterad befruktning med donerade könsceller : nationellt kunskapsstöd. Stockholm: Socialstyrelsen; 2016.
39. 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.
40. 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.
41. Regeringen. 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/
42. Regeringen. 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
43. Högberg U. Maternal mortality in Sweden: Obstetrik och gynekologi; 1985.
44. 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/
45. Andersson I-M, Sundholm S, Wigzell O. Stärk förlossningsvården och kvinnors hälsa : slutredovisning av regeringsuppdrag om förlossningsvården och hälso- och sjukvård som rör kvinnors hälsa: Socialstyrelsen; 2019.
46. 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
47. 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

48. SKL. 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
49. Vårdanalys. Förlösande för kvinnohälsan? En uppföljning av satsningen på kvinnors hälsa. Hämtad från: https://www.vardanalys.se/rapporter/forlosande-for-kvinnohalsan/
50. SKR. Överenskommelse för att främja kvinnors hälsa. 2022. Hämtad från: https://skr.se/skr/halsasjukvard/vardochbehandling/forlossningsvardkvinnorshalsa/overenskommelseforattframjakvinnorshalsa.12718.html
51. Socialdepartementet, SKR. Ökad tillgänglighet och jämIikhet i mödrahälso- 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-jamiikhet-i-modrahalso--och-forlossningsvarden-samt-forstarkta-insatser-for-kvinnors-halsa/
52. SKR. Strategier för kvinnors hälsa. 2019. Hämtad 22-02-22 från: https://skr.se/skr/tjanster/rapporterochskrifter/publikationer/strategierforkvinnorshalsa.27659.html
53. Vårdanalys. Förlösande för kvinnohälsan? En uppföljning av satsningen på kvinnors hälsa. Rapport 2020:11 2020 2020. Hämtad från: https://www.vardanalys.se/rapporter/forlosande-for-kvinnohalsan/
54. ministerrådet N. The First 1000 Days in the Nordic Countries: A Situation Analysis. 2020. Hämtad från: https://www.norden.org/en/publication/first-1000-days-nordic-countries-situation-analysis
55. AIHW. Maternity care in Australia: first national report on models of care 2021:2021-12-29
56. Helse Norge. Födeplass og födetilbud slik får du det. 2021. Hämtad från: https://www.helsenorge.no/fodsel/fodested
57. Agera för säker vård : nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020-2024. [Stockholm]: Socialstyrelsen; 2020.
58. 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).
59. 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.
60. 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.
61. 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.
62. 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.

63. 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.
64. 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 obstetricia et gynecologica Scandinavica. 2006; 85(8):937-44.
65. 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):2041-53.
66. 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.
67. Goodman JH. Postpartum depression beyond the early postpartum period. Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing. 2004; 33(4):410-20.
68. 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.
69. 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.
70. Howard LM, Khalifeh H. Perinatal mental health: a review of progress and challenges. World Psychiatry. 2020; 19(3):313-27.
71. 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.
72. 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.
73. O'Connor E, Senger CA, Henninger ML, Coppola E, Gaynes BN. Interventions to prevent perinatal depression: evidence report and systematic review for the US Preventive Services Task Force. Jama. 2019; 321(6):588-601.
74. Cuijpers P, Quero S, Noma H, Ciharova M, Miguel C, Karyotaki E, et al. Psychotherapies for depression: a network meta-analysis covering efficacy, acceptability and long-term outcomes of all main treatment types. World Psychiatry. 2021; 20(2):283-93.
75. 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.
76. Guideline NNC. Clinical management and service guidance. Updated edition. Number 192. 2014.
77. Ontario QsPf. Healthy Human Development Table. Perinatal mental health toolkit for Ontario public health units. Toronto; 2018.
78. 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.

79. Austin M, Highet N, Group EW. Mental health care in the perinatal period: Australian clinical practice guideline. Centre of Perinatal Excellence. 2017.
80. 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.
81. 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.
82. SBU. Identifiering av kvinnor med möjliga depressions- och ångestsyndrom under graviditet; 2021. Report No.: 331.
83. Cox JL, Holden J, Henshaw C. Perinatal mental health: the Edinburgh postnatal depression scale (EPDS) manual: RCPsych publications London:; 2014.
84. Cox J. Use and misuse of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS): a ten point 'survival analysis'. Springer; 2017. s. 789-90.
85. Smith-Nielsen J, Egmose I, Wendelboe KI, Steinmejer P, Lange T, Vaever MS. Can the Edinburgh Postnatal Depression Scale-3A be used to screen for anxiety? BMC psychology. 2021; 9(1):1-11.
86. Milgrom J, Gemmill AW. Screening for perinatal depression. Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology. 2014; 28(1):13-23.
87. Murray L, Woolgar M, Cooper P. Detection and treatment of postpartum depression. Community Practitioner. 2004; 77(1):13.
88. Gilbody S, Sheldon T, House A. Screening and case-finding instruments for depression: a meta-analysis. Cmaj. 2008; 178(8):997-1003.
89. 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.
90. 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.
91. 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.
92. Barnhuset SA. Det späda barnet som anhörig; 2010.
93. Blomdahl C, Gunnarsson BA, Guregård S, Rusner M, Wijk H, Björklund A. Art therapy for patients with depression: expert opinions on its main aspects for clinical practice. Journal of Mental Health. 2016; 25(6):527-35.
94. Heimdahl K, Karlsson P. Samverkan kring gravida med missbruksproblem: En studie av Mödra-Barnhälsovårdsteamet i Haga. Nka Barn som anhöriga. 2016; 2016:2.
95. 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 obstetricia et gynecologica Scandinavica. 2009; 88(7):807-13.
96. 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.

97. 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.
98. Sydsjö G, Angerbjörn L, Palmquist S, Bladh M, Sydsjö A, Josefsson A. Secondary fear of childbirth prolongs the time to subsequent delivery. Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica. 2013; 92(2):210-4.
99. Golmakani N, Gholami M, Shaghaghi 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.
100. 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 Obstetricia et Gynecologica Scandinavica. 2017; 96(4):438-46.
101. Rouhe H, Salmela-Aro K, Toivanen R, Tokola M, Halmesmäki 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 obstetricia et gynecologica Scandinavica. 2015; 94(5):527-33.
102. Størksen HT, Garthus-Niegel S, Vangen S, Eberhard-Gran M. The impact of previous birth experiences on maternal fear of childbirth. Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica. 2013; 92(3):318-24.
103. 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.
104. 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.
105. 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.
106. Rouhe H, Salmela-Aro K, Gissler M, Halmesmäki 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.
107. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering S. Identifiering av traumatiska förlossningsupplevelser. SBU bereder 332 2021. Hämtad 2022-02-22 från: https://www.sbu.se/332.
108. O'Connell MA, Khashan AS, Leahy-Warren P. Women's experiences of interventions for fear of childbirth in the perinatal period: A meta-synthesis of qualitative research evidence. Women and Birth. 2021; 34(3):e309-e21.
109. Larsson B, Karlström A, Rubertsson C, Hildingsson I. The effects of counseling on fear of childbirth. Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica. 2015; 94(6):629-36.
110. Ryding EL, Persson A, Onell C, Kvist L. An evaluation of midwives' counseling of pregnant women in fear of childbirth. Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica. 2003; 82(1):10-7.

111. 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.
112. 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.
113. 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.
114. 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.
115. 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.
116. 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.
117. 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.
118. 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.
119. 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.
120. 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.
121. Martin CJH, Martin CR. Development and psychometric properties of the Birth Satisfaction Scale-Revised (BSS-R). Midwifery. 2014; 30(6):610-9.
122. Ayers S, Wright DB, Thornton A. Development of a measure of postpartum PTSD: the city birth trauma scale. Frontiers in psychiatry. 2018:409.
123. 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.
124. 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 obstetricia et gynecologica Scandinavica. 2018; 97(6):648-56.
125. SBU. 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.
126. 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.
127. 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.
128. 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.
129. 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.
130. SBU. Förlossningsbristningar [Elektronisk resurs]. 2021.
131. Whapples E. Do women who have encountered vaginal childbirth experience long term incontinence or perineal pain? British Journal of Midwifery. 2014; 22(10):706-15.
132. Williams A, Lavender T, Richmond DH, Tincello DG. Women's experiences after a third-degree obstetric anal sphincter tear: a qualitative study. Birth. 2005; 32(2):129-36.
133. SFOG. Gynop registret. Hämtad 2022-02-22 från: https://www.sfog.se/start/kvalitet/kvalitetsregister/gynop-registret/
134. 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.
135. 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.
136. WHO. Protecting, promoting and supporting breast-feeding: the special role of maternity services. Geneva: A joint WHO/UNICEF statement; 1989.
137. Protecting, promoting and supporting breast-feeding : the special role of maternity services : a joint WHO/UNICEF statement. Geneva: WHO; 1989.
138. 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.
139. 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).
140. 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.
141. Horta BL, de Lima NP. Breastfeeding and type 2 diabetes: systematic review and meta-analysis. Current Diabetes Reports. 2019; 19(1):1-6.
142. 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.
143. 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.
144. 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.
145. Tørris C, Bjørnnes AK. Duration of lactation and maternal risk of metabolic syndrome: a systematic review and meta-analysis. Nutrients. 2020; 12(9):2718.
146. 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.
147. WHO. International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes. Geneva; 1981.
148. Föräldrastöd inom hälso- och sjukvård. Stockholm: Socialstyrelsen; 2015.
149. 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.
150. 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.
151. 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.
152. SBU. Påverkan på amning av tidig nappanvändning. SBU:s upplysningstjänst. 2021. Hämtad 2022-01-21 från: https://www.sbu.se/ut202114
153. Socialstyrelsen, Livsmedelsverket, Folkhälsomyndigheten, Konsumentverket. Tio steg som främjar amning baserat på WHO:s Ten steps to successful breastfeeding (revised 2018). 2021. Hämtad 2022-01-18 från: https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2021-10-7596.pdf
154. 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).
155. 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.
156. 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.
157. 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.
158. Barimani M, Vikström A. Improving postnatal care in Sweden - Midwives have a key role. Sex Reprod Healthc. 2018; 16:78-9.

159. 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.
160. 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.
161. 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.
162. 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).
163. 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.
164. 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.
165. Nilsson IM, Strandberg-Larsen K, Knight CH, Hansen AV, Kronborg H. Focused breastfeeding counselling improves short-and long-term success in an early-discharge setting: A cluster-randomized study. Maternal & child nutrition. 2017; 13(4):e12432.
166. 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.
167. Ballard O, Morrow AL. Human milk composition: nutrients and bioactive factors. Pediatric Clinics. 2013; 60(1):49-74.
168. 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.
169. Rikshandboken i barnhälsovård Handmjölkning och koppmatning. Hämtad 2022-01-21 från: http://www.rikshandboken-bhv.se
170. 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.
171. 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.
172. 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.
173. Hurst NM. Lactation after augmentation mammoplasty. Obstetrics & Gynecology. 1996; 87(1):30-4.

174. Michalopoulos K. The effects of breast augmentation surgery on future ability to lactate. The Breast Journal. 2007; 13(1):62-7.
175. Acartürk S, Gencel E, Tuncer I. An uncommon complication of secondary augmentation mammoplasty: bilaterally massive engorgement of breasts after pregnancy attributable to postinfection and blockage of mammary ducts. Aesthetic plastic surgery. 2005; 29(4):274-9.
176. Deloach E, Lord SA, Ruf LE. Unilateral galactocele following augmentation mammoplasty. Annals of plastic surgery. 1994; 33(1):68-71.
177. Johnson PE, Hanson KD. Acute puerperal mastitis in the augmented breast. Plastic and reconstructive surgery. 1996; 98(4):723-5.
178. 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.
179. Spangler AK, Randenberg AL, Brenner MG, Howett M. Belly models as teaching tools: What is their utility? Journal of Human Lactation. 2008; 24(2):199-205.
180. Rikshandboken i barnhälsovård Blanda bröstmjölksersättning. Hämtad 2022-01-21 från: http://www.rikshandboken-bhv.se
181. Livsmedelsverket. Spädbarn. Hämtad 2022-01-21 från: https://www.livsmedelsverket.se/matvanor-halsa--miljo/kostrad/barn-och-ungdomar/spadbarn#Modersmj%C3%B6lksers%C3%A4ttning
182. Bowlby J, Wiking P, Risholm Mothander P. En trygg bas : kliniska tillämpningar av anknytningsteorin. Stockholm: Natur & kultur; 2010.
183. Rikshandboken i barnhälsovård. Barnets tag om bröstet och amningspositioner 2022. Hämtad 2022-01-21 från: https://www.rikshandboken-bhv.se/
184. Rikshandboken i barnhälsovård. Matintroduktion. Hämtad 2022-01-22 från: www.riskhandboken-bhv.se
185. SKR. Insatser för en stärkt eftervård. 2021. Hämtad 2022-01-22 från: https://skr.se/skr/tjanster/rapporterochskrifter/publikationer/insatserforenstarkteftervard.48759.html
186. OECD. Length of hospital stay 2020. Hämtad från: https://data.oecd.org/healthcare/length-of-hospital-stay.htm#indicator-chart
187. WHO. WHO technical consultation on postpartum and postnatal care: World Health Organization; 2010.
188. 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.
189. Poskus T, Buzinskienė D, Drasutiene 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.
190. 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.
191. 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.

192. Barimani M, Vikström A. Successful early postpartum support linked to management, informational, and relational continuity. Midwifery. 2015; 31(8):811-7.
193. Bäckström C. Professional and social support for first-time mothers and partners during childbearing: Jönköping University, School of Health and Welfare; 2018.
194. 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.
195. 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.
196. Berg M, Lundgren I. Att stödja och stärka : vårdande vid barnafödande. Lund: Studentlitteratur; 2010.
197. midwives IIco. 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
198. 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.
199. Svenska Barnmorskeförbundet. Kompetensbeskrivning för legitimerad barnmorska 2018. Hämtad 2022-02-22 från: https://www.barnmorskeforbundet.se/aktuellt/forbundet/ny-kompetensbeskrivning-for-legitimerad-barnmorska-2/
200. 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.
201. 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.
202. Dennis CL, Dowswell T. Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression. Cochrane Database Syst Rev. 2013; (2):Cd001134.
203. 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.
204. 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.
205. 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.
206. 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.

207. 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.
208. Waldenström U, Rudman A, Hildingsson I. Intrapartum and postpartum care in Sweden: women's opinions and risk factors for not being satisfied. Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica. 2006; 85(5):551-60.
209. Gamble J, Creedy D. Content and processes of postpartum counseling after a distressing birth experience: a review. Birth. 2004; 31(3):213-8.
210. 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.
211. 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.
212. Simpson M, Catling C. Understanding psychological traumatic birth experiences: A literature review. Women and Birth. 2016; 29(3):203-7.
213. 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.
214. 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.
215. 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.
216. 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.
217. 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.
218. SBU. 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
219. Dennis CL, Dowswell T. Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression. Cochrane database of systematic reviews. 2013; (2).
220. 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/.
221. NCD-RisC. Worldwide trends in body-mass index, underweight, overweight, 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.
222. WHO. Global Database on Body Mass. Hämtad 2022-01-25 från: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight.

223. 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
224. 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
225. 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.
226. Harper A. Reducing morbidity and mortality among pregnant obese. Best practice & research Clinical obstetrics & gynaecology. 2015; 29(3):427-37.
227. 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.
228. Johnson J, Clifton RG, Roberts JM, Myatt L, Hauth JC, Spong CY, et al. Pregnancy outcomes with weight gain above or below the 2009 Institute of Medicine guidelines. Obstetrics and gynecology. 2013; 121(5):969.
229. Edlow AG. Maternal obesity and neurodevelopmental and psychiatric disorders in offspring. Prenatal diagnosis. 2017; 37(1):95-110.
230. Stephenson J, Heslehurst N, Hall J, Schoenaker DA, Hutchinson J, Cade JE, et al. Before the beginning: nutrition and lifestyle in the preconception period and its importance for future health. The Lancet. 2018; 391(10132):1830-41.
231. 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
232. Lindholm E, Altman D. Risk of obstetric anal sphincter lacerations among obese women. BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology. 2013; 120(9):1110-5.
233. Graviditetsregistret. Graviditetsregistrets Årsrapport 2018. Hämtad 2022-01-25 från: https://www.medscinet.com/gr/uploads/hemsida/dokumentarkiv/2018%20GR%20%C3%A5rsrapport_2.0.pdf
234. Banderali G, Martelli A, Landi M, Moretti F, Betti F, Radaelli G, et al. Short and long term health effects of parental tobacco smoking during pregnancy and lactation: a descriptive review. Journal of translational medicine. 2015; 13(1):1-7.
235. Melchor I, Burgos J, Del Campo A, Aiartzaguena A, Gutiérrez J, Melchor JC. Effect of maternal obesity on pregnancy outcomes in women delivering singleton babies: a historical cohort study. Journal of perinatal medicine. 2019; 47(6):625-30.
236. Turcksin R, Bel S, Galjaard S, Devlieger R. Maternal obesity and breastfeeding intention, initiation, intensity and duration: a systematic review. Maternal & child nutrition. 2014; 10(2):166-83.

237. 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.
238. 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.
239. 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.
240. 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.
241. WHO. Physical activity Hämtad 2022-01-25 från: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity
242. Davies GA, Wolfe LA, Mottola MF, MacKinnon C. Joint SOGC/CSEP clinical practice guideline: exercise in pregnancy and the postpartum period. Canadian Journal of Applied Physiology. 2003; 28(3):329-41.
243. Artal R. The role of exercise in reducing the risks of gestational diabetes mellitus in obese women. Best practice & research Clinical obstetrics & gynaecology. 2015; 29(1):123-32.
244. Livsmedelsverket. Gravida – råd om bra mat. Hämtad 2022-01-25 från: https://www.livsmedelsverket.se/matvanor-halsa--miljo/kostrad/gravida
245. Willcox JC, Campbell KJ, McCarthy EA, Lappas M, Ball K, Crawford D, et al. Gestational weight gain information: seeking and sources among pregnant women. BMC pregnancy and childbirth. 2015; 15(1):1-10.
246. Sorgente A, Pietrabissa G, Manzoni GM, Re F, Simpson S, Perona S, et al. Web-based interventions for weight loss or weight loss maintenance in overweight and obese people: a systematic review of systematic reviews. Journal of medical Internet research. 2017; 19(6):e6972.
247. Harper LM, Jauk VC, Owen J, Biggio JR. The utility of ultrasound surveillance of fluid and growth in obese women. American journal of obstetrics and gynecology. 2014; 211(5):524. e1-. e8.
248. Dude AM, Davis B, Delaney K, Yee LM. Identifying fetal growth disorders using ultrasound in obese nulliparous women. The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine. 2021; 34(11):1768-73.
249. RCOG. Care of Women with Obesity in Pregnancy (Green-top Guideline No. 72). Hämtad 2022-01-25 från: https://www.rcog.org.uk/en/guidelines-research-services/guidelines/gtg72/.
250. Socialstyrelsen. MI (Motiverande samtal). 2021. Hämtad 22-01-25 från: https://www.socialstyrelsen.se/utveckla-verksamhet/evidensbaserad-praktik/metodguiden/mi-motiverande-samtal/ .
251. Carlson NS, Leslie SL, Dunn A. Antepartum care of women who are obese during pregnancy: systematic review of the current evidence. Journal of midwifery & women's health. 2018; 63(3):259-72.
252. Phelan SM, Burgess DJ, Yeazel MW, Hellerstedt WL, Griffin JM, van Ryn M. Impact of weight bias and stigma on quality of care and outcomes for patients with obesity. obesity reviews. 2015; 16(4):319-26.

253. 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).
254. 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.
255. 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.
256. 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.
257. 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.
258. 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.
259. 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.
260. 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.
261. Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende : stöd för styrning och ledning : 2019. Stockholm: Socialstyrelsen; 2019.
262. Läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende – Kunskapsstöd – i hälso- och sjukvård och socialtjänst [Elektronisk resurs]. 2020.
263. Göransson M, Magnusson Å, Heilig M. Identifying hazardous alcohol consumption during pregnancy: implementing a research-based model in real life. Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica. 2006; 85(6):657-62.
264. 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.
265. 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.
266. 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.
267. Chang G. Screening for alcohol and drug use during pregnancy. Obstetrics and Gynecology Clinics. 2014; 41(2):205-12.
268. 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.
269. 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
270. WHO. Guidelines for the Identification and Management of Substance Use and Substance Use Disorders in Pregnancy. Geneva; 2014.
271. Graviditetsregistret. Graviditetsregistret Årsrapport 2020. Hämtad 2022-03-01 från: https://www.medscinet.com/GR/uploads/hemsida/dokumentarkiv/GR%20%C3%85rsrapport%202020%203.0.pdf
272. 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.
273. 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.
274. 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.
275. 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.
276. 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).
277. 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.
278. 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
279. 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.
280. 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.
281. 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.
282. Metz V, Köchl B, Fischer G. Should pregnant women with substance use disorders be managed differently? Neuropsychiatry. 2012; 2(1):29.
283. 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.
284. Ordean A, Kahan M. Comprehensive treatment program for pregnant substance users in a family medicine clinic. Canadian Family Physician. 2011; 57(11):e430-e5.
285. 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.
286. Västra Götalands Regionen, VGR. Haga mödra- och barnhälsovårdsteamet. Hämtad 2022-02-22 från: https://www.vgregion.se/halsa-och-vard/barnmorskemottagning/hitta-mottagning/goteborg/goteborg-centrum/mbhvhaga/
287. Region Stockholm. Rosenlunds Mödravårdsteam, 2022-02-22. Hämtad från: https://www.beroendecentrum.se/vard-hos-oss/barnhalsovard-och-modravard/
288. Raphael-Leff J. Psychological processes of childbearing [Elektronisk resurs]. Malmö: MTM; 2021.
289. 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
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. 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.
292. 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.
293. 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.
294. Gagnon AJ, Sandall J. Individual or group antenatal education for childbirth or parenthood, or both. Cochrane database of systematic reviews. 2007; (3).
295. 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.

296. Pålsson P. Antenatal preparation for the early parenthood period. Development and feasibility of an evidence-based programme for antenatal parental preparation: Lund University; 2020.
297. Fabian HM, Rådestad IJ, Waldenström U. Childbirth and parenthood education classes in Sweden. Women's opinion and possible outcomes. Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica. 2005; 84(5):436-43.
298. 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.
299. 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.
300. 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.
301. McMillan AS, Barlow J, Redshaw M. Birth and beyond: a review of the evidence about antenatal education: Department of Health; 2009.
302. Graviditetsregistret. Graviditetsregistrets Årsrapport 2017. Hämtad 2021-01-25 från: https://www.medscinet.com/gr/uploads/hemsida/dokumentarkiv/GR_%C3%85rsrrapport_2017_4.0.pdf
303. Lau R, Hutchinson A. A narrative review of parental education in preparing expectant and new fathers for early parental skills. Midwifery. 2020; 84:102644.
304. 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.
305. RFSL. Regnbågsfamiljer i väntan. 2019. Hämtad 2022-02-22 från: https://www.rfsl.se/verksamhet/regnbagsfamiljer-i-vantan/i-vantan/#:~:text=Regnb%C3%A5gsfamiljer%20i%20v%C3%A4ntan%20%C3%A4r%20ett,f%C3%B6r%20en%20mer%20inkluderande%20graviditetsv%C3%A5rd.
306. 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.
307. 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.
308. Lundgren I, Karlsdottir SI, Bondas T. Long-term memories and experiences of childbirth in a Nordic context—a secondary analysis. International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being. 2009; 4(2):115-28.
309. 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.
310. Bohren MA, Hofmeyr GJ, Sakala C, Fukuzawa RK, Cuthbert A. Continuous support for women during childbirth. Cochrane database of systematic reviews. 2017; (7).

311. 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.
312. Elmir R, Schmied V, Wilkes L, Jackson D. Women's perceptions and experiences of a traumatic birth: A meta-ethnography. Journal of advanced nursing. 2010; 66(10):2142-53.
313. Hildingsson I, Rådestad I, Rubertsson C, Waldenström U. Few women wish to be delivered by caesarean section. BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology. 2002; 109(6):618-23.
314. Waldenström U, Hildingsson I, Rubertsson C, Rådestad I. A negative birth experience: prevalence and risk factors in a national sample. Birth. 2004; 31(1):17-27.
315. Dencker A, Nilsson C, Begley C, Jangsten E, Mollberg M, Patel H, et al. Causes and outcomes in studies of fear of childbirth: a systematic review. Women and Birth. 2019; 32(2):99-111.
316. 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.
317. Hauck Y, Fenwick J, Downie J, Butt J. The influence of childbirth expectations on Western Australian women's perceptions of their birth experience. Midwifery. 2007; 23(3):235-47.
318. 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.
319. Lou S, Hvidman L, Uldbjerg N, Neumann L, Jensen TF, Haben JG, et al. Women's experiences of postterm induction of labor: A systematic review of qualitative studies. Birth. 2019; 46(3):400-10.
320. World Health Organisation W. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience.; 2018.
321. WHO. WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience: World Health Organization; 2016. Report No.: 9241549912.
322. Sandall J, Soltani H, Gates S, Shennan A, Devane D. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. Cochrane database of systematic reviews. 2016; (4).
323. Forster DA, McLachlan HL, Davey M-A, Biro MA, Farrell T, Gold L, et al. Continuity of care by a primary midwife (caseload midwifery) increases women's satisfaction with antenatal, intrapartum and postpartum care: results from the COSMOS randomised controlled trial. BMC pregnancy and childbirth. 2016; 16(1):1-13.
324. Hildingsson I, Karlström A, Larsson B. A continuity of care project with two on-call schedules: Findings from a rural area in Sweden. Sexual & Reproductive Healthcare. 2020; 26:100551.
325. Hildingsson I, Karlström A, Rubertsson C, Larsson B. Birth outcome in a caseload study conducted in a rural area of Sweden-a register based study. Sexual & Reproductive Healthcare. 2020; 24:100509.
326. Hildingsson I, Karlström A, Larsson B. Childbirth experience in women participating in a continuity of midwifery care project. Women and Birth. 2021; 34(3):e255-e61.

327. Region Stockholm, Karolinska Sjukhuset. Min barnmorska sammanhållen graviditetsvård med ett barnmorsketeam. 2021. Hämtad 2022-01-14 från: https://www.karolinska.se/for-patienter/graviditet-och-forlossning/projektet-min-barnmorska/.
328. Socialstyrelsen. Gravida och nyförlösta kvinnors situation och behov. 2019. Hämtad 22-01-22 från: https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2019-11-6436.pdf
329. 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.
330. 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.
331. 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.
332. 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.
333. 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.
334. 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).
335. 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.
336. NICE, Guidance, Recommendation. Intrapartum care for healthy women and babies. 18 Pain relief in labour. Hämtad 2022-01-14 från: https://www.nice.org.uk/guidance/cg190/chapter/Recommendations#pain-relief-in-labour-nonregional
337. Van der Gucht N, Lewis K. Women′ s experiences of coping with pain during childbirth: a critical review of qualitative research. Midwifery. 2015; 31(3):349-58.
338. 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.

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 (WHA).
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 bröstmjölk 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 bröstmjölk 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 bröstmjölk om det inte finns medicinska skäl till annat • prioritera bröstmjölk från donatorer när tillägg behövs • informera om hur tillägg till bröstmjölk 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 sluten 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.