

# Sammanfattning gapanalys med åtgärdsförslag

Socialstyrelsens Nationella riktlinjer  
Graviditet, förlossning och tiden efter  
Hösten 2025

Som ett led i införandet av nya nationella kunskapsstöd inom Region Örebro län genomförs en gapanalys. Gapanalys är en metod för att få en bild av nuläget i relation till kunskapsstödet rekommendationer.

**Tjänsteställe:** Utvecklingsenheten, Verksamhets- och ledningsstöd Hälsa- och sjukvårdsförvaltningen

**Utförare:** Medarbetare från VO Obstetrik och gynekologi, MHV och primärvården

**Metodstöd:** Anna Ståhl, Verksamhetsutvecklare, Utvecklingsenheten, Verksamhets- och ledningsstöd, Hälsa- och sjukvården

**Genomförd:** Hösten 2025

**Beslut RMKS 260327:** RMKS beslutar att tillstyrka verksamheternas beslut gällande gapanalys av Socialstyrelsens Nationella riktlinjer Graviditet, förlossning och tiden efter.

## Innehåll

<b>Bakgrund kunskapsstöd .....</b>	<b>3</b>
<b>Region Örebro län.....</b>	<b>4</b>
<b>Sammanfattning gapanalys.....</b>	<b>7</b>
<b>Gapanalys med åtgärdsförslag – Socialstyrelsens nationella riktlinjer Graviditet, förlossning och tiden efter .....</b>	<b>9</b>
<b>Deltagare.....</b>	<b>19</b>
<b>Personer som haft möjlighet att inkomma med synpunkter.....</b>	<b>19</b>
<b>Indikatorer .....</b>	<b>20</b>
<b>Riktlinjer och rutiner.....</b>	<b>24</b>
<b>Patientinformation och närståendeinformation.....</b>	<b>26</b>
<b>Konsekvensanalys och hälsoekonomisk analys.....</b>	<b>27</b>
<b>Referenser .....</b>	<b>27</b>

## Bakgrund kunskapsstöd

Nedan finns en kort sammanfattning av kunskapsstödet.

[Nationella riktlinjer 2025 – Graviditet, förlossning och tiden efter - Socialstyrelsen](#)

Riktlinjerna vänder sig framför allt till de som har ett ansvar för resursfördelning i hälso- och sjukvården, till exempel i rollen som tjänsteperson, verksamhetschef eller politiker. Rekommendationerna ger vägledning men är inte bindande. Riktlinjerna är inget heltäckande prioriteringsstöd, och de kompletteras av flera andra kunskapsstöd.

I Sverige föds cirka 100 000 barn per år. De flesta föds vaginalt på sjukhus efter en fullgången graviditet. Drygt 19 procent av alla förlossningar sker med planerat eller akut kejsarsnitt. Eftervården på sjukhus är oftast kort vid okomplicerade förlossningar. År 2023 var medelvårdtiden 1,7 dygn efter vaginal förlossning och 2,7 dygn efter kejsarsnitt.

Mödrahälsovården och förlossningsvården i Sverige är bra, men kan bli ännu bättre. Sverige har en utbyggd mödrahälsovård, som främjar de gravidas hälsa och fångar upp risker. Förlossningsvården är god och säker, de allra flesta som föder barn får en positiv upplevelse. Samtidigt finns fortfarande utmaningar, framför allt för att nå utsatta grupper bättre, förbättra eftervården och förbättra upplevelsen av trygghet och delaktighet hos gravida och nyblivna föräldrar.

Riktlinjerna innehåller 17 rekommendationer uppdelat i följande områden:

- graviditet • förlossning • eftervård • psykisk ohälsa.

### Utmaningar som beskrivs i de nationella riktlinjerna

#### Fokusera mer på dem som har störst behov

Säkerställ en organisation som möter behovet hos utsatta grupper. Till exempel att de som har *psykisk ohälsa under graviditet eller efter förlossning* får tillgång till relevanta kompetenser för multiprofessionell bedömning och behandling, och att det finns rutiner i mödrahälsovården för att samverka med psykiatrin, primärvården och barnhälsovården. En annan utsatt grupp är gravida och nyblivna föräldrar som använder *alkohol eller narkotika*. Kring dem bör samverkan ske med barnhälsovården, socialtjänsten och beroendevården. Stärkt vård och bemötande, bland annat genom kompetensutveckling, behövs för all personal som möter patienter som har *obesitas*.

#### Stärk vårdkedjan

Det är viktigt att gravida och de som nyligen har fött barn känner sig trygga genom hela vårdkedjan, från graviditet till förlossning och eftervård. Detta ska vara tydligt för alla patienter, oavsett förstaspråk, kulturell bakgrund, funktionssätt, psykosocial skörhet eller förlossningsrädsla.

#### Förbättra eftervården

Hälso- och sjukvården behöver bli bättre på att tidigt följa upp dem som har fött barn, bland annat när det gäller förlossningsbristningar, amning och fysiskt och psykiskt mående. Säkerställ att personer med bäckenbottenbesvär kan få multiprofessionell bedömning, behandling och rehabilitering. Det finns regionala skillnader i vården, till exempel varierar andelen som får behandling för psykisk ohälsa mycket. Eftervården fungerar också olika väl, och personer födda utanför Norden kommer mer sällan till eftervårdsbesöken än andra.

## Region Örebro län

### **Kvinnor i fertil ålder i länet**

Enligt Statistiska centralbyrån var medelåldern för förstföderskor i riket 30,6 år och i länet 29,7 år under 2024. För en kvinna i länet som födde sitt andra barn var den genomsnittliga åldern 31,5 år och för en kvinna som födde sitt tredje barn eller fler 34,3 år.

Enligt Graviditetsregistret genomfördes år 2025 2734 förlossningar vid Universitetssjukhuset Örebro.

### **Ansvariga verksamheter i Region Örebro län**

I Region Örebro län är kvinnosjukvården organiserad inom verksamhetsområde (VO) obstetrik- och gynekologi. Barnmorskemottagningarna hanteras inom primärvårdsuppdraget.

### **Verksamhetsområde Obstetrik och gynekologi**

Verksamhetsområdet Obstetrik och gynekologi är en länsklirik med verksamhet på Karlskoga lasarett och Universitetssjukhuset Örebro. Förlossningsvården och eftervården är koncentrerad till Universitetssjukhuset Örebro, som också erbjuder specialistmödravård.

### **Mödrahälsovårdsenheten**

Mödrahälsovårdsenheten (MHV-enheten) ingår i Hälso- och sjukvårdsstaben, Regionkansliet, och har i uppdrag att samordna mödrahälsovård och sexuell- och reproduktiv hälsa inom Region Örebro län. Enheten har en övergripande funktion för vårdcentralernas barnmorskemottagningar, både de regiondrivna och de privata mottagningarna. Enheten ansvarar för medicinska riktlinjer och vårdutveckling, utbildning och handledning ges regelbundet, inklusive möten med specialistmödravård, förlossning och eftervårdsavdelningarna för att förbättra vårdkedjan. Vid behov anordnas utbildning och fortbildning gemensamt för primärvårdens barnmorskor och barnmorskor från verksamhetsområde obstetrik- och gynekologi. MHV-enheten har också uppföljning och kvalitetssäkring av mödrahälsovård som sitt uppdrag.

### **Vårdcentralernas barnmorskemottagningar**

I Region Örebro län finns barnmorskemottagningar på 26 vårdcentraler. Barnmorskemottagningarna ingår i primärvårdens vårdval, bilaga 2 till Krav- och kvalitetsbok för Hälsoval Örebro län specificerar krav för mödrahälsovård. Dessa krav omfattar bemanning, tillgänglighet, kvalitetsövervakning och medicinsk övervakning, och följs upp kvartals- och halvårsvis.

Majoriteten av gravida kvinnor i länet genomför sina kontroller vid barnmorskemottagningar. Enligt graviditetsregistret 2023 sker inskrivning i genomsnitt i vecka 7,3 i regionen jämfört med vecka 7,9 nationellt. Eftervårdsbesök genomförs 4–16 veckor efter förlossningen och når målvärdet om  $\geq 90$  procent frekvens, med regionens 91 procent över det nationella snittet på 87 procent.

## Hänvisningskarta vid psykisk ohälsa

Många gravida och personer som nyss har fött barn lider av psykisk ohälsa. 10–15 procent insjuknar efter förlossning. Den psykiska ohälsan kan ha startat tidigare i livet eller ha utvecklats i samband med graviditet eller förlossning. Psykisk sjukdom hos gravida är lika vanligt som hos icke gravida. Det är av stor vikt att så tidigt som möjligt uppmärksamma och förebygga allvarlig psykisk ohälsa och social problematik som kan påverka den gravida, barnet och föräldrabilivandet. Barnmorskans roll är identifiera, lyssna och stötta men inte behandla. En hänvisningskarta vid psykisk ohälsa har tagits fram för att underlätta att hänvisa vidare till rätt insats.

## Hänvisningskarta vid psykisk ohälsa?



Bild 1. Hänvisningskarta vid psykisk ohälsa

## Revisionsrapport

Under våren 2025 genomförde företaget PwC en granskning av graviditet, förlossningsvården och tiden efter på uppdrag av de förtroendevalda revisorerna i Region Örebro län. Granskningens syfte var att bedöma om regionstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden utövar en ändamålsenlig styrning och ledning samt intern kontroll över vårdkedjan så att en tillgänglig och patientsäker vård kan erbjudas invånarna. Revisorernas samlade bedömning var att regionstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden inte helt utövar en ändamålsenlig styrning och intern kontroll över vårdkedjan.

Nedan redovisas rekommendationer från PwC samt svar från regionstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden som berör delar av denna gapanalys. För samtliga rekommendationer hänvisas till revisionsrapporten.

### 1. Övergripande vårdkedja

*Rekommendationer om att vidta åtgärder för att stärka vårdkedjan mellan förlossningsvården och barnmorskemottagningarna för att skapa bättre förutsättningar för samverkan, utveckling och kompetensförsörjning.*

En organisatoriskt sammanhängande styrning av hela den granskade vårdkedjan är inte möjlig i Region Örebro län. Detta beror på att en del av vårdkedjan (mödrahälsovård) ingår i vårdvalet för primärvård (Hälsoval), medan övriga delar inte gör det. Hälso- och sjukvårdsnämnden och regionstyrelsen bedömer att den samverkan som finns mellan de verksamheter som ingår i

vårdkedjan är tillräcklig för att säkerställa en ändamålsenlig styrning, och en tillgänglig och patientsäker vård. Det finns informationsutbyte och mötesstrukturer kring bland annat utveckling och kompetensförsörjning. Att förlossningsvård och mödrahälsovård sedan lång tid arbetat i det gemensamma journalsystemet Obstetrix är också en framgångsfaktor.

## **2. Implementering av nationella riktlinjer för graviditet, förlossning och tiden efter.**

*Rekommendationer om att följa upp arbetet med implementering av nationella riktlinjer för graviditet, förlossning och tiden efter.*

När gapanalysen är avslutad kommer berörda verksamheter att ta ställning till om förändringar behöver göras för att öka följsamheten till de nationella riktlinjerna. Därefter kan en bedömning göras om i vilken utsträckning en fortsatt uppföljning behöver göras, och hur den i så fall ska genomföras.

## **3. Kompetensförsörjning**

*Bedömning att kompetensförsörjningen inte är tillräcklig.*

Region Örebro läns kompetensförsörjningsplan innehåller en kompetensanalys över barnmorskemottagningarna och VO Obstetrik och gynekologi som visar planerade pensionsavgångar, intern och extern rörlighet, behov av kompetens på kort och lång sikt, tillgång till kompetens på kort och lång sikt samt balans mellan behov och tillgång. En av de faktorer som påverkar kompetensbehovet är antalet födselar, som under de senaste tio åren minskat i hela landet och även i Örebro län. Under 2025 visar utvecklingen i länet att antalet födselar har stabiliserats på en förhållandevis låg nivå.

För att säkerställa en tillräcklig kompetens när det gäller läkare inom vårdkedjan pågår en satsning med att anställa fler läkare under specialiseringsutbildning (ST-läkare) än tidigare. Detta är dock en mycket långsiktig satsning eftersom en specialiseringsutbildning tar minst fem år på heltid. Sjuksköterskor erbjuds studera vidare till barnmorskor med bibehållen lön under utbildning.

Det är enligt kompetensförsörjningsplanen en generellt låg personalomsättning gällande barnmorskor på barnmorskemottagningarna. Pensionsavgångar utgör största delen av avgångsorsakerna. Mottagningar i närheten av centralorter upplever mindre utmaningar i att rekrytera och behålla personal, med viss övertalighet. Landsbygdsområden står inför större utmaningar gällande personalrekrytering och att behålla medarbetare.

## Sammanfattning gapanalys

Den genomförda gapanalysen visar att Region Örebro län arbetar helt i enlighet med rekommendationerna i de nationella riktlinjerna i mer än hälften av rekommendationerna. Arbeta pågår i flera av övriga rekommendationer för att förbättra vården för gravida och nyförlösta.

Gap där arbetsgruppen har föreslagit förbättringsåtgärder finns framför allt inom vården av gravida eller personer som nyligen fått barn och som har en psykisk sjukdom eller har en misstänkt eller fastställd psykisk ohälsa där samverkan mellan olika verksamheter behöver förstärkas. Andra gap är brist på urogynekologer som leder till långa väntetider för bedömning och behandling och att det finns för få MBHV- psykologer (mödrahälsovård och barnhälsovård) utifrån nationella beräkningar.

Nedan presenteras de viktigaste identifierade gapen som framkommit i gapanalysen, med övergripande åtgärdsförslag, samt de beslut som fattats av berörda verksamhetschefer. För fullständig gapanalys, se nedan.

Beslutande chefer: Verksamhetschefer regionala och privata vårdcentraler, verksamhetschef VO Obstetrik och gynekologi, verksamhetschefer Område psykiatri.

1.	Identifierade gap	Beslut			Kommentar
		Ja	Av-vakta	Nej	
	<i>Id 12. För patienter som har bäckenbottenbesvär efter förlossningen och behöver vidare utredning och behandling. Erbjud multiprofessionell bedömning, behandling och rehabilitering. Defektläkt eller missad förlossningsskada behöver bedömning och eventuellt kirurgisk korrektion av urogynekolog. Brist på gynekologer och framför allt urogynekologer inom Region Örebro län leder till långa väntetider för bedömning och behandling</i>				<b>Kommentar</b>
	<b>VO Obstetrik och gynekologi - Behov gynekologer</b> Vi ser ett behov av: <ul style="list-style-type: none"> <li>Nyanställning av fler gynekologer</li> <li>Vidareutbildning av specialister inom urogynekologi</li> <li>Utökade operationsresurser för urogynekologi</li> </ul>	x			I den mån det finns personer att anställa. Vidareutbildning av medarbetare pågår. Operationsresurser saknas på övergripande nivå. Arbeta påbörjat – vad kan opereras på egen mottagning i stället.
	<i>Id 15. För de som är gravida eller nyligen har fött barn och har <b>psykisk sjukdom</b>, och behöver vård från flera instanser: Arbeta enligt rutiner för samverkan mellan mödrahälsovården och psykiatri, primärvården och barnhälsovården.</i>	Ja	Av-vakta	Nej	<b>Kommentar</b>
	<b>Psykosocial obstetrisk remissgrupp (PSOR)</b> Uppdrag att fortsätta förbättringsarbetet kring PSOR vilket innefattar: <ul style="list-style-type: none"> <li>klargöra syfte och uppdrag</li> <li>tydliggöra ansvarsfördelning</li> </ul>	x			Samtliga beslutande verksamheter säger ja.

	<ul style="list-style-type: none"> <li>se över sammansättning av deltagare</li> <li>skapa förutsättningar för PSOR att arbeta som ett team i större utsträckning</li> </ul> <p>För att komma vidare behöver frågan lyftas till verksamhetschefer/ områdeschefer för beslut.</p>				
	<p><b>VO Obstetrik och gynekologi, Förlossning - checklista</b></p> <p>Systematiskt använda den Checklista som finns framtagen vid hemgång från förlossningen</p>	x			
3.	<p><i>Id 16. För de som är gravida eller nyligen har fött barn och har misstänkt eller fastställd psykisk ohälsa: Säkerställ tillgång till relevanta kompetenser för multiprofessionell bedömning och behandling.</i></p>	Ja	Av-vakta	Nej	<b>Kommentar</b>
	<p><b>Mödrahälsovård</b></p> <p>Arbeta upp samverkan mellan Psykologmottagning för MBHV (hälsovård) och VC psykosocial resurs/MHV-läkare.</p>	x			<p><b>Organisatorisk nivå:</b></p> <p>- Förslag enhetschef samverkar regelbundet med samordnarna för psykosociala teamen inom primärvården.</p> <p>-Förslag strukturerad samverkan mellan enhetschef och mödrahälsovårdens vårdutvecklare.</p> <p><b>Individuell nivå:</b></p> <p>Samordning sker i de flesta fall via aktuell barnmorska alternativt tas en direkt kontakt med ansvarig läkare utifrån behov i det individuella ärendet.</p>
	<p><b>Psykologmottagningen för mödra- och barnhälsovård</b></p> <p>Vi ser ett utökat behov av psykologer på psykologmottagningen för MBHV.</p>			x	Ej aktuellt då verksamhetschef inte har mandat att fatta beslut om utökning av ramar och budget.
4.	<p><i>Id 17. För de som är gravida eller nyligen har fött barn och har misstänkt eller fastställd psykisk ohälsa: Erbjud personal i mödrahälsovården regelbunden konsultation av en psykolog med kompetens i perinatal psykisk hälsa (MBHV-psykolog).</i></p>	Ja	Av-vakta	Nej	<b>Kommentar</b>
	<p><b>MBHV - Kompetensförsörjning</b></p> <p>Kompetensförsörjning för MBHV psykolog bör ses över.</p>		x		<p>Konsultationer erbjuds som regel var 6:e vecka, för att säkerställa frekvensen följs detta upp via enkät under 2026.</p> <p>Det finns idag kompetens för detta i gruppen, kontinuerlig fortbildning sker inom ramen för utbildningsbudget. I samband med nyanställning görs individuell utvecklingsplan och mentor utses.</p>

## Gapanalys med åtgärdsförslag – Socialstyrelsens nationella riktlinjer Graviditet, förlossning och tiden efter

**Datum:** Genomförd hösten-25  
**Metodstöd:** Anna Ståhl, verksamhetsutvecklare, Utvecklingsenheten  
**Berörda verksamheter:** VO Obstetrik och gynekologi, Privata och regiondrivna vårdcentraler, Område psykiatri

■ Uppfyllt ■ Delvis uppfyllt ■ Något uppfyllt ■ Görs ej

Id	Rekommenderat läge kunskapsstöd	Prio	Nuläge	Gap	Gap – detta saknas	Föreslagna åtgärder	Beslut verksamhet	Kommentar beslut
<b>Mödrahälsovård</b>								
1	För alla gravida som skrivs in i mödrahälsovården: Utgå från Nationellt basprogram för graviditetsövervakning.	1	Eftersom Nationellt basprogram enbart beskriver VAD som ska göras, ej NÄR, HUR OFTA, PÅ VILKET SÄTT, GRÄNSVÅRDEN och ÅTGÄRDER används inte det Nationella basprogrammet. Men i princip allt finns redan med i våra regionala riktlinjer, "Basprogram Mödrahälsovård" 687723 R7.		Nationellt basprogram för graviditetsövervakning innehåller för lite stöd för att kunna utgå från.	Inga åtgärder i dagsläget.		
2	För gravida som använder alkohol, narkotika eller narkotikaklassade läkemedel, och behöver vård från flera instanser: Arbeta enligt rutiner för samverkan mellan mödrahälsovården, beroendevården, socialtjänsten och barnhälsovården.  Multiprofessionellt team	1	Uppskattningsvis 10–15 dokumenterade patienter/år.  Vården av gravida med skadligt bruk eller beroende sker på ordinarie barnmorskemottagning. Då de är få gravida med den problematiken, har barnmorskorna ingen specifik kompetens eller erfarenhet för just dessa gravida. Extra stöd för gravida saknas.  En projektplan för uppbyggnad av barnmorskemottagning för gravida med skadligt bruk eller beroende är framtagen av MHV-enheten. Den ska förankras och beslutas på övergripande nivå inom område nära vård, område psykiatri, Hälsoval samt verksamhetsområde Obstetrik och gynekologi, innan		Barnmorskemottagning för gravida med skadligt bruk/beroende. Centralisering av barnmorskeresurser till denna, kostnad för lokaler och utbildning. Bygga upp samarbete med beroendevården/psykiatri och socialtjänst. Inga stora kostnadsökningar, men kan innebära stora vinster för gravid och barn på lång sikt. Projektplan framtagen.	Projektplan uppbyggnad barnmorskemottagning för gravida med skadligt bruk eller beroende - förankring och beslut på övergripande nivå inom berörda verksamheter.  <b>Inga beslut kring detta inom ramen för denna gapanalys.</b>		

			<p>uppbyggnad förhoppningsvis kan starta. Beslut är fattat, inom ramen för samsjuklighetsarbetet i länet, att avsätta personella resurser för att <i>ta fram en rutin för ett gemensamt omhändertagande av gravida med skadligt bruk eller beroende innehållande olika delar</i> (kartläggning/screening/remiss/samordning samt förankring av arbetsätt och rutiner). Rutinen behöver kompletteras med information från beroendevården och socialtjänsten.</p> <p>Viktigt att få med gruppen gravida med skadligt bruk/beroende i PSOR-förfarandet eller motsvarande. Det finns även behov av att klarlägga gränssnittet mellan primärvård och specialiserad vård (vårdnivå) i den övergripande överenskommelsen då det påverkar det samlade omhändertagandet av dessa båda grupper. Viktigt att det blir tydlig och så rätt som möjligt från början för att inte tappa tid.</p>				
3	För gravida med obesitas: Erbjud kompetensutveckling om obesitas till hälso- och sjukvårdspersonal.	2	Samtliga barnmorskor har genomgått kompetensutveckling i ämnet. Nyanställda barnmorskor erbjuds kompetensutveckling genom ett samarbete med överviktsenheten.	Inget gap finns.			
4	För gravida med obesitas: Erbjud kombinerad levnadsvanebehandling.	4	<p>Samtlig gravida får informationsblad utifrån ingångs-BMI. Uppföljning av viktutveckling och kost/motion genomförs fortlöpande under graviditeten.</p> <p>Samtlig gravida med obesitas erbjuds besök till dietist. De som tackar ja till dietistbesök får en individuell anpassning av kostråd</p>	Kombinerad levnadsvanebehandling saknas. Den forskning som finns visar endast en liten till måttlig effekt av den kombinerade levnadsvanebehandlingen.	Då den levnadsvanebehandling som Socialstyrelsen föreslår både är mycket kostsam och enbart har en liten till måttlig effekt föreslås ingen förändring.		

			med uppföljning samt individuellt stöd till beteendeförändringar.				
5	<i>För gravida som behöver utökat stöd:</i> Låt samma barnmorskeam följa den gravida genom vårdkedjan	FoU	Modellen används ej.		Finns ej.	Ej aktuellt i och med FoU-rekommendation.	
<b>Förlossningsvård</b>							
6	<i>För de som nyligen har fött barn vaginalt:</i> Låt två utförare diagnostisera misstänkta förlossningsbristningar.	1	Sedan våren 2022 diagnostiseras samtliga förlossningsbristningar av två utförare. Vid grad-2-bristningar sutureras bristningen av två utförare. Tydligt vårdprogram för perinealbristning finns reviderat sedan 2024. "Perinealbristningar, vårdprogram" 456896 R6. Fungerar väl i det kliniska.  Egenkontroll av riktlinje i form av journalgranskning, 82% av grad-2 bristningar har sambedomts.		Inget gap finns.		
7	<i>För gravida som är i förlossningens aktiva fas:</i> Erbjud kontinuerligt stöd av en barnmorska tills förlossningen är över.	2	Utökad grundbemanning (undersköterskor) och implementering av parvård sedan 2021. Målsättningen är att en personal alltid ska kunna erbjuda kontinuerligt stöd till de förlossningspatienter som så önskar.		Inget gap finns.		
8	<i>För friska gravida som har en okomplicerad singelgravitet med huvudbudning:</i> Erbjud en riskbedömning i graviditetsvecka 41+0 till 41+2, som ligger till grund för när igångsättning (induktion) kan erbjudas. Planera för igångsättning någon gång före vecka 42	1	Alla patienter erbjuds kontroll på SMVH i v.41+0.v.41+2 (om 41+0 infaller på helgdag). PM under revision: Förstföderska som önskar induktion. Vid normal kontroll rekommenderas induktion v.41+3 (då vår bedömning är att 1-föderska är en riskfaktor). <u>Förstföderska som önskar avvakta induktion</u>		Inget gap finns.		

	om inte förlossningen startar spontant.		<p>Vid normal kontroll vecka 41+0 och ingen annan riskfaktor, behöver ingen ytterligare kontroll göras.</p> <p>Induktion planeras senast vecka 41+5 med målsättning att kvinnan ska vara i värkarbete eller förlöst innan vecka 42+0.</p> <p><u>Omföderska som önskar induktion</u></p> <p>Vid normal kontroll vecka 41+0 och ingen annan riskfaktor, rekommenderar induktion i vecka 41+5.</p> <p><u>Omföderska som önskar avvakta induktion</u></p> <p>Individuell bedömning men rekommenderas vara förlöst vecka 42+0.</p> <p><i>Således planeras samtliga inductioner innan v.42 enligt PM.</i></p>				
9	<p>För friska gravida som har en okomplicerad singelgravitet med huvudbudning:</p> <p>Erbjud rutinmässig igångsättning (induktion) av förlossningen i graviditetsvecka 41+0 till 41+2.</p>	8	<p>Se punkt 8.</p> <p>Individuell bedömning av riskfaktorer vid kontroll v 41+0.</p> <p>Problem att Socialstyrelsen inte definierar frisk.</p>		Inget gap finns.		
10	<p>För gravida som har en okomplicerad singelgravitet med huvudbudning, har fött barn tidigare, har nått graviditetsvecka 37 och önskar föda hemma:</p> <p>Överväg planerad hemförlossning, där två barnmorskor assisterar den födande i samarbete med den sjukhusbaserade förlossningsvården.</p>	8	Erbjuds ej i region Örebro Län.		Erbjuds ej.	Ej aktuellt i och med rekommendation med prioritering 8.	

Eftervård. Mödrhälsovård och förlossningsvård

11	<p>För patienter med besvär efter förlossningen: Bedöm vårdbehovet i mödrhälsovården.</p>	1	<p><b>Mödrhälsovård</b> Frågor om såväl fysiska som psykiska besvär ställs både vid den tidiga uppföljning som vid eftervårdsbesöket.</p> <p>Rutiner finns för att säkerställa att den som fött barn känner till kontaktvägar vid behov av vård.</p>		Inget gap finns.			
12	<p>För patienter som har bäckenbottenbesvär efter förlossningen och behöver vidare utredning och behandling: Erbjud multiprofessionell bedömning, behandling och rehabilitering.</p>	1	<p>En samverkan har skett mellan MHV och VO Obstetrik och gynekologi, och tillsammans har en hänvisningskarta tagits fram.</p> <p>Patienter med bäckenbottenbesvär kan via MHV-barnmorska remitteras till bäckenbotten-barnmorska inom VO obstetrik och gynekologi. ”Komplikationer till perinealbristningar och annan bäckenbottendysfunktion första året post partum” 833368 R2. Patient kan själv skriva en vårdbegäran samt ringa för tidsbokning bäckenbotten-barnmorska inom VO obstetrik och gynekologi.</p> <p><b>Primärvård</b> Fysioterapeuter i primärvården har fått utbildning på grundnivå. Fem fysioterapeuter har utbildats ytterligare till vilka primärvårds-barnmorskorna kan remittera till.</p> <p><b>VO obstetrik och gynekologi</b> <i>Perinealbristning grad 2:</i></p>		Inget gap finns.			

			<p>GYN-OP registret skickar ut enkät till alla 8 veckor efter partus, alla patienter som anger att de har en komplikation blir kontaktade och bedöms av registeransvarig bäckenbotten-barnmorska.</p> <p>Komplicerade bristningar kan vid utskrivning från eftervårdsavdelning planeras för uppföljning av bäckenbotten-barnmorska.</p> <p><i>Perinealbristning grad 3 och 4:</i> Följs upp av fysioterapeut samt läkarbesök för de med total sfinkterruptur.</p> <p>Enkätsvar i GYN-op från patienter med Grad 3–4 bristningar följs upp och kontaktas av ansvarig läkare i bäckenbottenteamet.</p> <p>” Perinealbristningar, vårdprogram” 456893R6.</p>					
			<p><b>VO obstetrik och gynekologi</b> Defektläkt eller missad förlossningsskada behöver bedömning och eventuellt kirurgisk korrektion av urogynekolog.</p>		<p>Brist på gynekologer och framför allt urogynekologer vilket leder till långa väntetider för bedömning och behandling.</p>	<p>Vi ser ett behov av:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nyanställning av fler gynekologer</li> <li>• Vidareutbildning av specialister inom urogynekologi</li> </ul> <p>Utökade operationsresurser för urogynekologi</p>	Ja	<p>I den mån det finns personer att anställa. Vidareutbildning av medarbetare pågår. Operationsresurser saknas på övergripande nivå. Arbete påbörjat – vad kan opereras på egen mottagning i stället.</p>
13	<p>För patienter som nyligen har fött barn: Erbjud tidig uppföljning i mödrahälsovården: Följ upp förlossningen och hälsotillståndet hos den som fött barn strukturerat, under den första till andra</p>	2	<p><b>VO obstetrik och gynekologi</b> Bevakning till MHV-barnmorska för tidsbokning/uppföljning läggs alltid vid hemgång från eftervårdsavdelning/förlossning. Information om var patienten skall höra av sig vid besvär lämnas alltid innan hemgång.</p> <p><b>Mödrahälsovård</b></p>		<p>Inget gap finns.</p>			

	veckan efter hemgången från sjukhuset.		Mödrahälsovården har haft ett uppdrag sedan mer än 20 år, att ha en strukturerad tidig uppföljning under första veckan efter förlossningen.					
14	<i>För patienter som nyligen har fött barn och har förlossningsbristningar eller ett klipp i mellangården (episiotomi):</i> Låt en barnmorska eller en läkare kontrollera förlossningsbristningen eller klippet före hemgången från BB, eller vid återbesöket på sjukhuset.	4	Alla episiotomier sutureras av läkare enligt rutin. Samtliga grad 3–4 bristningar undersöks och inspekteras innan hemgång från eftervårdsavdelning. Samtliga grad 1–2 bristningar och episiotomier erbjuds och rekommenderas en undersökning innan hemgång. I de fall undersökning avböjs dokumenteras detta i journal.  Egenkontroll gjord – journalgranskning av grad 2-bristningar visar att 35% inte har undersökts. Utbildningsinsatser pågår och uppföljande journalgranskning planeras.			Utbildningsinsatser pågår och uppföljande journalgranskning planeras.		
<b>Psykisk ohälsa. Mödrahälsovård och förlossningsvård</b>								
15	<i>För de som är gravida eller nyligen har fött barn och har <b>psykisk sjukdom</b>, och behöver vård från flera instanser:</i> Arbeta enligt rutiner för samverkan mellan mödrahälsovården och psykiatrin, primärvården och barnhälsovården.	1	Det finns ett samverkans forum för gravida med psykisk sjukdom. <b>Psykosocial obstetrisk remissgrupp (PSOR)</b> Mödrahälsovården och VO obstetrik och gynekologi har ett multiprofessionellt samverkanssteam där mödrahälsovård, VOOG, psykiatri ingår. Antal remisser till PSOR ca 130-150/år. <b>PSOR</b> , träffas en gång per månad, utifrån remisser på gravida med psykisk sjukdom där samverkan behövs. Trots detta hamnar patienter mellan stolarna ibland. Inte samma syn inom regionen vilka patienter som ska få hjälp var - MHV, specialistvård, psykiatri.		Glapp i samverkan mellan mödravård, specialistvård och psykiatri. Ett samarbete med psykiatrin, rätt patient på rätt vårdnivå, saknas.  Uppdraget och syftet för det multiprofessionella teamet PSOR är inte tydligt.  Barnhälsovård inte representerade i PSOR. Kan även vara aktuellt att bjuda in representant från annan verksamhet, ex från beroendevården, vid behov.	<b>Psykosocial obstetrisk remissgrupp (PSOR)</b> Upparbeta tydliga och klara samarbetsvägar mellan mödravård, specialistvård, psykiatri.  Uppdrag att fortsätta förbättringsarbetet kring PSOR som skriftligen dokumenteras i en uppdragsbeskrivning: <ul style="list-style-type: none"> <li>klargöra syfte och uppdrag</li> <li>tydliggöra ansvarsfördelning</li> <li>se över sammansättning av deltagare</li> </ul>	Ja	Samtliga verksamheter (primärvård, VO obstetrik och gynekologi, område psykiatri) säger jag till fortsatt uppdrag

		Ett förbättringsarbete är påbörjat från MHV och VOOG kring PSOR.			<ul style="list-style-type: none"> <li>skapa förutsättningar för PSOR att arbeta som ett team i större utsträckning</li> </ul> <p>För att komma vidare behöver frågan lyftas till verksamhetschefer/ områdeschefer för beslut.</p>		
		<p><b>Primärvård-Psykiatri</b> Riktlinje finns som inkluderar flera instanser. "Samverkan mellan primärvård och psykiatri med patienten i fokus" 420782R2. Här finns avsnitt som beskriver handhavandet av psykiatriska tillstånd under graviditet och postpartumperiod.</p> <p>Uppdatering av samverkansdokument "Samverkan mellan primärvård och psykiatri med patienten i fokus 420782 R2" behövs, med hänvisning till rätt dokument – har uppdaterats under hösten till R3.</p>		Vårdvägarna mellan VC psykosociala resurser och psykiatri behöver utvecklas. Krångliga vägar och svårt med tillgängligheten trots att gravida och nyförlösta skall prioriteras.	<b>Primärvård-Psykiatri</b> Dokumentet har blivit uppdaterat under senhösten, så ej aktuellt med vidare åtgärder i nuläget.		
		<p><b>Mödravård</b> En ny riktlinje, "Psykisk hälsa och social situation under graviditet" 1053301R3, från våren 2025 har implementerats med utbildning och stödmaterial, där anamnes på psykisk sjukdom efterfrågas och följs under graviditeten och efter förlossningen.</p> <p>"Hänvisningskarta vid psykisk ohälsa" finns framtagen</p>					
		<p><b>VO obstetrik och gynekologi</b> När en kvinna är ineliggande med känd psykisk sjukdom skrivs vid behov remiss till psykiatri för konsultation och planering gällande medicinering och behandling. Tidig uppföljning på MHV och BHV och</p>		<b>VO obstetrik och gynekologi</b> Checklista vid hemgång används inte på VO obstetrik och gynekologi	<b>VO obstetrik och gynekologi</b> Använda checklista vid hemgång	Ja	

			<p>kontakt med barnmorska i mödravården inför hemgång vid behov.</p> <p>Längre vårdtid och extra observans runt en patient med psykisk sjukdom och en planering utifrån behov. Checklista vid hemgång finns, men används nog inte. Att patienten vet vart de ska vända sig vid hemgång.</p>				
16	<p><i>För de som är gravida eller nyligen har fött barn och har misstänkt eller fastställd psykisk ohälsa:</i></p> <p>Säkerställ tillgång till relevanta kompetenser för multiprofessionell bedömning och behandling.</p>	4	<p><b>Mödrhälsovård</b></p> <p>En ny riktlinje, "Psykisk hälsa och social situation under graviditet" 1053301R3, från våren 2025 har implementerats med utbildning och stödmaterial, där anamnes på psykisk ohälsa efterfrågas och följs under graviditeten och efter förlossningen. Stöd till den gravida/nyförlösta kan ske på barnmorskemottagning, av barnmorska eller MHV-läkare, av BHV-sköterska på barnhälsovården, av psykolog på Psykologmottagning för mödra- och hälsovård, av psykosocial resurs på vårdcentral.</p> <p>Långa väntetider förekommer till vissa vårdcentraler till det psykosociala teamet. Graviditeten är en begränsad tid, med en ökad skörhet därmed påverkan på det kommande barnet.</p>	<p>Gravida med psykisk ohälsa får inte alltid ett adekvat stöd inom tid.</p> <p>Samarbetet mellan Psykologmottagning för MBHV (hälsovård) och VC psykosocial resurs/MHV-läkare är begränsat.</p>	<p><b>Mödrhälsovård</b></p> <p>Arbeta upp samverkan mellan Psykologmottagning för MBHV (hälsovård) och VC psykosocial resurs/MHV-läkare</p>	Ja	<p><i>Organisatorisk nivå:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Förslag enhetschef samverkar regelbundet med samordnarna för psykosociala teamen inom primärvården.</li> <li>-Förslag strukturerad samverkan mellan enhetschef och mödrhälsovårdens vårdutvecklare.</li> </ul> <p><i>Individuell nivå:</i></p> <p>Samordning sker i de flesta fall via aktuell barnmorska alternativt tas en direkt kontakt med ansvarig läkare utifrån behov i det individuella ärendet.</p>
			<p><b>VO obstetrik och gynekologi</b></p> <p>När en kvinna är ineliggande med känd psykisk ohälsa/sjukdom skrivs vid behov remiss till psykiatri för konsultation och planering gällande medicinering och behandling.</p> <p>Tidig uppföljning på MHV och BHV och kontakt med barnmorska i mödravården inför hemgång vid behov.</p>				

			Längre vårdtid och extra observans runt en patient med psykisk sjukdom och en planering utifrån behov. Checklista vid hemgång? Att patienterna vet vart de ska vända sig vid hemgång				
17	<i>För de som är gravida eller nyligen har fött barn och har misstänkt eller fastställd psykisk ohälsa:</i> Erbjud personal i mödrahälsovården regelbunden konsultation av en psykolog med kompetens i perinatal psykisk hälsa (MBHV-psykolog).	5	<b>Psykologmottagningen för mödra- och barnhälsovård</b> Psykologmottagningen för mödra- och barnhälsovård arbetar med hälsofrämjande, förebyggande och behandlande insatser i ett tidigt skede. Riktat sig till blivande föräldrar och familjer med barn i förskoleåldrarna.  Rutiner för regelbundna konsultationer till barnmorskor av psykologer finns på samtliga barnmorskemottagningar.	Inget gap finns kring arbetssättet.  Kompetensförsörjning av MBHV psykolog bör ses över.	<b>Psykologmottagningen för mödra- och barnhälsovård</b> Kompetensförsörjning av MBHV psykolog bör ses över.	Avvakta	Konsultationer erbjuds som regel var 6:e vecka, för att säkerställa frekvensen följs detta upp via enkät under 2026. Det finns idag kompetens för detta i gruppen, kontinuerlig fortbildning sker inom ramen för utbildningsbudget. I samband med nyanställning görs individuell utvecklingsplan och mentor utses.
				Det finns för få psykologer inom MBHV utifrån nationella beräkningar.	<b>Psykologmottagningen för mödra- och barnhälsovård</b> Utöka antalet psykologer på psykologmottagningen för MBHV.	Nej	Ej aktuellt då verksamhetschef inte har mandat att fatta beslut om utökning av ramar och budget.

## Deltagare

Följande personer har deltagit i arbetet med gapanalysen

Deltagare	Profession/funktion	Verksamhet/enhet
Amanda Larsson	Överläkare	VO Obstetrik och gynekologi
Ann-Christine Nilsson	Mödrahälsovårdsöverläkare	Hälsoval MHV
Anneli Ringbäck	Barnmorska	Pilgårdens vårdcentral
Caroline Ulvmyr	Tf. Enhetschef	Barn- och ungdomsenheten mottagning nära vård
Cecilia Jinghede Nordvall	Barnmorska	VO Obstetrik och gynekologi
Malin Andersson	Enhetschef, barnmorska	Nora VC
Ulrika Granbom	MBHV-psykolog	Psykologmottagningen Mödrahälsovård och Barnhälsovård
Yvonne Skogsdahl	Samordningsbarnmorska	Hälsoval MHV
Anna Ståhl, metodstöd	Verksamhetsutvecklare	Utvecklingsenheten

## Personer som haft möjlighet att inkomma med synpunkter

Följande personer har inkommit med synpunkter på analysen:

Namn	Profession/funktion	Verksamhet/enhet	Rekommendation
Jenny Jansson	Verksamhetsutvecklare	Specialistpsykiatri	Id 2
Spyridon Kilaidakis	Överläkare	Specialistpsykiatri	Id 2
Maria Ruthgård	Överläkare	Allmänpsykiatri	Id 15

## Indikatorer

Följande indikatorer finns i kunskapsstödet. Länk till underlaget: [Indikatorer för graviditet, förlossning och tiden efter.](#)

För sex av tretton indikatorer finns data tillgänglig i olika register. För övriga sju indikatorer finns idag inga nationella datakällor och datainsamlingen vid Socialstyrelsens utvärderingstillfälle kommer därför ske via enkät.

Nr	Indikator	id	Mått	Målnivå	Datakälla	Datakällans status	Följs i RÖL?
1.1	Rutiner för samverkan mellan mödrahälsovården, beroendevården, socialtjänsten och barnhälsovården	2	Andel barnmorskemottagningar som har skriftliga rutiner för samverkan med beroendevård, socialtjänst och barnhälsovård.	Procent. En hög andel eftersträvas. Processmått.  Förutsättningar för nationell målnivå kommer att utredas.	Enkät till barnmorskemottagningar.	Skер vid Socialstyrelsens uppföljnings- och utvärderingstillfällen.	Går ej att följa. Enkät aktuellt.
1.2	Uppföljning i specialiserad vård för skadligt bruk och beroende av alkohol eller narkotika under graviditeten och tiden efter	2	Andel gravida eller personer som nyligen har fött barn med diagnostiserat skadligt bruk eller beroende av alkohol eller narkotika som följs upp inom specialistvård för skadligt bruk och beroende under graviditeten och tiden efter.	Procent. En hög andel eftersträvas. Resultatmått.  Förutsättningar för nationell målnivå kommer att utredas.	Medicinska födelseregistret och Patientregistret, Socialstyrelsen.	Nationell datakälla finns och kontinuerlig insamling sker.	Följs inte.
2	Kompetensutveckling om obesitas till hälso- och sjukvårdspersonal (NR Obesitas)	3	Andel personal inom hälso- och sjukvården som genomgått kompetenshöjande utbildning om obesitas de senaste 5 åren.	Procent. En hög andel eftersträvas. Strukturmått.	Enkät till exempelvis mödrahälsovård, specialiserad vård, kommunal hälso- och sjukvård samt socialtjänst.	Utvecklingsindikator där data hämtas via enkät till verksamheterna.	Går ej att följa. Enkät aktuellt.
3.1	Rutiner för två utförare vid diagnostisering av misstänkta förlossningsbristningar	6	Andel förlossningskliniker som har skriftliga rutiner för säkerställande att två personer (barnmorskor eller läkare) diagnostiserar	Procent. En hög andel eftersträvas. Processmått.  Förutsättningar för	Enkät till förlossningskliniker.	Skер vid Socialstyrelsens uppföljnings- och utvärderings-tillfällen.	Går ej att följa. Enkät aktuellt.

			misstänkta förlossningsbristningar.	nationell målnivå kommer att utredas.			
3.2	Bristningar vid förlossning bland förstföderskor (Måttet mäter inte utfall av rekommendationen Id 6 men kan ge en indikation på skillnader i diagnostisering av bristningar mellan regionerna)	6	Andel perinealbristningar av grad III och IV vid vaginal förlossning bland förstföderskor. (Indikatorn är hämtad från Socialstyrelsens rapport En indikatorbaserad uppföljning för säker vård.)	Procent. En låg andel eftersträvas. Centralt mått.  Nationell målnivå är inte aktuell.	Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen.	Nationell datakälla finns och kontinuerlig insamling ske.	Kvalitetsparametrar följs via graviditetsregistret. Enkät svar från patient följs upp och kontaktas då grad 3-4 bristningar föreligger.
4	Kontinuerligt stöd av en barnmorska under förlossningens aktiva fas	7	Andel förlossningar där kontinuerligt stöd av en barnmorska tillämpats under den aktiva fasen till dess att födseln är över.	Procent. En hög andel eftersträvas. Processmått.  Förutsättningar för nationell målnivå kommer att utredas.	Enkät till förlossningskliniker.	Skер vid Socialstyrelsens uppföljnings- och utvärderings-tillfällen.	Går ej att följa. Enkät aktuellt.
5	Förutsättningar för bedömning av vårdbehov efter förlossning i mödrahälsovården	11	Andel barnmorskemottagningar som har förutsättningar för bedömning av vårdbehov efter förlossning.	Procent. En hög andel eftersträvas. Processmått.  Nationell målnivå är inte aktuell.	Enkät till barnmorskemottagningar.	Skер vid Socialstyrelsens uppföljnings- och utvärderings-tillfällen.	Går ej att följa. Enkät aktuellt.
6.1	Tillgång till multiprofessionell bedömning, behandling och rehabilitering av bäckenbottenbesvär efter förlossning	12	Andel barnmorskemottagningar som har tillgång till multiprofessionellt team för bedömning, behandling och rehabilitering av bäckenbottenbesvär efter förlossning.	Procent. En hög andel eftersträvas. Processmått.  Nationell målnivå är inte aktuell.	Enkät till barnmorskemottagningar.	Skер vid Socialstyrelsens uppföljnings- och utvärderings-tillfällen.	Går ej att följa. Enkät aktuellt.
6.2	Patienter med bäckenbottenbesvär 18 månader efter förlossning	12	Andel personer med bäckenbottenbesvär 18 månader efter förlossning	Procent. Låg andel eftersträvas. Resultatmått.	Medicinska födelseregistret och Patientregistret, Socialstyrelsen.	Nationell datakälla finns och kontinuerlig insamling sker.	<i>Förlossning</i> GYN-op registret följs av läkare (grad 3–4 bristningar) och av

				Förutsättningar för nationell målnivå kommer att utredas.			barnmorska (resten)  <i>Mödrahälsovård</i> Går inte att följa då det inte finns någon uppföljning 18 månader efter förlossning i något register. Graviditetenkät med uppföljning efter 12 månader tar upp denna fråga.
7	Strukturerad tidig uppföljning i mödrahälsovården efter förlossning	13	Andel personer som nyligen har fött barn som erhållit strukturerad tidig uppföljning i mödrahälsovården tre veckor efter förlossning	Procent. En hög andel eftersträvas. Processmått.  Förutsättningar för nationell målnivå kommer att utredas.	Graviditetsregistret.	Nationell datakälla finns och kontinuerlig insamling sker.	Finns och följs inom regionen.
8	Besök på akutmottagning med anledning av besvär relaterade till förlossning och tiden efter	6 11 13 14	Andel besök på akutmottagning inom 30 dagar efter förlossningen med anledning av besvär relaterade till förlossning och tiden efter.	Procent. Låg andel eftersträvas. Resultatmått.  Nationell målnivå är inte aktuell.	Medicinska födelseregistret och Patientregistret, Socialstyrelsen.	Nationell datakälla finns och kontinuerlig insamling sker.	Ingen sådan uppföljning görs i dagsläget men går att ta fram data via uppföljningsportalen.
9.1	Rutiner för samverkan mellan mödrahälsovården, psykiatrin, primärvården och barnhälsovården	15	Andel barnmorskemottagningar som har skriftliga rutiner för samverkan med psykiatrin, primärvården och barnhälsovården	Procent. En hög andel eftersträvas. Processmått.  Förutsättningar för nationell målnivå kommer att utredas.	Enkät till barnmorskemottagningar.	Sker vid Socialstyrelsens uppföljnings- och utvärderings-tillfällen.	Går ej att följa. Enkät aktuellt.



9.2	Uppföljning i den specialiserade psykiatri under graviditeten och tiden efter	15	Andel gravida och personer som nyligen har fött barn, med psykiatriskt sjukdomstillstånd som följs upp inom den specialiserade psykiatri under graviditet och tiden efter	Procent. En hög andel eftersträvas. Resultatmått.  Nationell målnivå är inte aktuell.	Medicinska födelseregistret och Patientregistret, Socialstyrelsen.	Nationell datakälla finns och kontinuerlig insamling sker.	
-----	---	----	---	---	--	--	--

## Riktlinjer och rutiner

Sammanställning av riktlinjer och rutiner som finns i verksamheterna gällande aktuellt område. Tillgängliga via Platina och på regionens intranät.

Dokument	Giltigt datum	Platina ID	Verksamhet	Ägare	Fastställare	Kommentar
Psykisk hälsa och social situation under graviditet	250625	1053301 R3	Privata vårdcentraler, regiondrivna vårdcentraler, MHV, Psykologmottagningen för mödra-och barnhälsovård	Yvonne Skogsdal	Ann-Christine Nilsson	
Basprogram Mödrahälsovård	250625	687723 R7	Hälsoval MHV, Primärvård Norr, Primärvård Söder, Primärvård väster, Primärvård Örebro	Yvonne Skogsdal	Ann-Christine Nilsson	
Läkarbesök under graviditet	250702	309088 R14	Hälsoval MHV, Privata vårdcentraler, Primärvård Norr, Primärvård Örebro, Primärvård Söder, Primärvård väster, Område nära vård, Område specialiserad vård	Yvonne Skogsdal	Ann-Christine Nilsson	
Samverkan mellan primärvård och psykiatri med patienten i fokus	251106	420782 R3	Primärvård Norr, Primärvård Örebro, Primärvård Söder, Primärvård väster, Område psykiatri, Privata vårdcentraler, Hälso- och sjukvårdsförvaltningen, Staben Hälso- och sjukvård, Område nära vård, Område psykiatri	Madelene Johanson	Karin Haster	
Fysioterapi med inriktning bäckenbotten	250603		Privata vårdcentraler, Område nära vård, Staben Hälso- och sjukvård	Helena Bäck	Karolina Stridh	
Komplikationer till perinealbristningar och annan bäckenbottendysfunktion första året post partum	250617	833368 R2	VO obstetrik och gynekologi, Hälsoval MHV	Agneta Nyström	Gill Kullberg	
Perinealbristningar, vårdprogram	240124	456893 R6	VO obstetrik och gynekologi, Hälsoval MHV, Vårdcentraler	Agneta Nyström	Gill Kullberg	

			norra länsdelen, Vårdcentraler södra länsdelen, Vårdcentraler västra länsdelen, Vårdcentraler Örebro väster, Vårdcentraler Örebro öster, Privata vårdcentraler			
Eftervårdsbesök efter förlossning	250416	306021 R12	Hälsoval MHV, Privata vårdcentraler, Vårdcentraler norra länsdelen, Vårdcentraler södra länsdelen, Vårdcentraler Örebro väster, Vårdcentraler västra länsdelen, Vårdcentraler Örebro öster	Yvonne Skogsdal	Ann-Christine Nilsson	
Bristningsregistret grad 2, arbetsstruktur/rutin VO obstetrik och gynekologi	240516	1020327	VO obstetrik och gynekologi	Agneta Nyström	Gill Kullberg	
Bristningsregistret grad 3 - 4, arbetsstruktur/rutin VO obstetrik och gynekologi	240516	319703	VO obstetrik och gynekologi	Agneta Nyström	Gill Kullberg	
Induktion av förlossning	250128	530191	VO obstetrik och gynekologi	Agneta Nyström	Gill Kullberg	
Överburenhet vecka 42+0 och prolongerad graviditet v 41+0 - 41+6	230616	708455	VO obstetrik och gynekologi	Agneta Nyström	Gill Kullberg	
Vårdrutiner för nyfödda på förlossning, BB och eftervård - gemensamt för vårdkedjan i RÖL	241107	477968	Kvinnokliniken, Barn- och ungdomskliniken Universitetssjukhuset Örebro, Hälsoval BHV, Hälsoval MHV, Primärvård Norr, Primärvård Söder, Primärvård väster, Primärvård Örebro, Privata vårdcentraler, Område nära vård	Agneta Nyström	Gill Kullberg	
Psykisk ohälsa på BB	250117	79914R2	VO obstetrik och gynekologi	Agneta Nyström	Gill Kullberg	
MBHV-psykologer - kontaktorsaker inom mödrahälsovården	250507	308688	Hälsoval MHV, Primärvård Örebro, Primärvård Norr, Primärvård väster, Primärvård	Yvonne Skogsdal	Ann-Christine Nilsson	

			Söder, Privata vårdcentraler, Område nära vård			
Hänvisningskarta vid psykisk ohälsa						<a href="#">Mödrahälsovården</a>
Samverkan kring personer med riskbruk, missbruk och beroende	250610	565298 R3	Överenskommelse Region Örebro län och kommunerna i Örebro län	Ann-Louise Gustafsson	Ingmar Ångman	

## Patientinformation och närståendeinformation

Dokument	Giltigt datum	Platina ID	Gäller följande verksamheter	Ägare	Fastställare	Kommentar
<a href="#">patientinfo-bristning-svenska-2022.pdf</a>			VO obstetrik och gynekologi			
Patientinfo psykisk ohälsa (under arbete)			VO obstetrik och gynekologi			
Induktion - <a href="#">Latensfas, patientinformation</a>			VO obstetrik och gynekologi			

## Konsekvensanalys och hälsoekonomisk analys

Nedan finns en sammanfattning från bilagorna i det nationella kunskapsstödet.

[Bilaga: Fördjupad konsekvensanalys – Nationella riktlinjer 2025 – Graviditet, förlossning och tiden efter](#)

[Bilaga: Hälsoekonomiskt underlag – Graviditet, förlossning och tiden efter](#)

### Graviditet

Alla regioner arbetar redan till stora delar enligt ett basprogram för graviditetsövervakning. Rekommendationen om det nationella basprogrammet väntas därför inte få stora ekonomiska eller organisatoriska konsekvenser. Störst påverkan väntas rekommendationerna som gäller gravida med obesitas få. Andelen gravida med övervikt eller obesitas har ökat i Sverige de senaste 20 åren.

### Förlossning

Socialstyrelsen bedömer att rekommendationerna om två utförare för att diagnosticera förlossningsbristningar samt säkerställande av kontinuerligt professionellt stöd av en barnmorska tills förlossningen är över kommer att öka kostnaderna för hälso- och sjukvården. Storleken på kostnadsökningen beror på i vilken utsträckning förlossningsklinikerna redan i nuläget arbetar enligt rekommendationerna.

### Eftervård

Det behövs generellt mer resurser för flera av de rekommenderade insatserna. Storleken på regionernas kostnadsökningar beror på hur de arbetar i dag.

### Psykisk ohälsa

Enligt graviditetsregistret fick nästan 1 av 10 gravida någon insats för psykisk ohälsa år 2021 i Sverige och andelen varierade något mellan regionerna. Socialstyrelsens bedömer att betydligt fler kan behöva stöd. Hälso- och sjukvården behöver därför avsätta mer resurser till att erbjuda multiprofessionell bedömning och behandling av psykisk ohälsa bland gravida och nyförlösta. Hur stora dessa kostnadsökningar blir beror dels på hur väl behoven tillgodoses i dagsläget, dels på hur stor den faktiska förekomsten av ohälsa är bland gravida.

## Referenser

- Bilaga 2 Krav och kvalitetsbok. Hälsoval Örebro län. Kravspecifikation. Mödrahälsovård. Beslutad RS 250929. [Huvudrubrik](#) (hämtad 260216)
- PWC. Granskning av graviditet, förlossningsvården och tiden efter. Region Örebro län. September 2025. [revisionsrapport---granskning-av-graviditet-forlossning-och-tiden-efter.pdf](#) (hämtad 251230) [missiv-rol-granskning-av-forlossningsvarden-2025-signed-12239920.pdf](#) (hämtad 251230)
- Svar på revisionsrapporten "Granskning av graviditet, förlossningsvården och tiden efter" [Rubrik](#) (hämtad 251230)