

Rapport 2026:4

# Bortom BB?

Uppföljning av satsningen  
på flickors och kvinnors hälsa



## **Vård- och omsorgsanalys publikationer**

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys produkter redovisas i olika serier. Analyser, slutsatser och rekommendationer publiceras i rapporter i myndighetens rapportserie. Rapporter beslutas av myndighetens styrelse. Promemorior, metodresonemang och liknande material som utgör underlag eller stöd för myndighetens rapporter samlas i myndighetens serie för promemorior. Promemorior beslutas av myndighetens generaldirektör.

Citera gärna ur Myndigheten för vård- och omsorgsanalys publikationer, men ange alltid källa.

Publikationen finns att hämta eller läsa på [www.vardanalys.se](http://www.vardanalys.se).

© Myndigheten för vård- och omsorgsanalys

Omslagsbild: Johnér Bildbyrå.

ISBN: 978-91-89933-47-7

# Innehåll

<b>Förord</b> .....	<b>4</b>
<b>Resultat i korthet</b> .....	<b>5</b>
<b>Sammanfattning</b> .....	<b>6</b>
<b>1 Inledning</b> .....	<b>14</b>
1.1 Satsningen på kvinnors hälsa har pågått i mer än tio år.....	14
1.2 Vårt uppdrag.....	15
1.3 Metod.....	17
1.4 Rapportens disposition.....	18
<b>2 Regeringen styr genom överenskommelser och uppdrag</b> .....	<b>19</b>
2.1 Tio överenskommelser för mödrahälsovården, förlossningsvården och kvinnors hälsa.....	19
2.2 Många regeringsuppdrag med olika inriktning.....	21
2.3 Satsningen övergår i en ny fas.....	24
<b>3 Målen har begränsad styrande potential</b> .....	<b>27</b>
3.1 Målen ger regionerna stor frihet men begränsad vägledning.....	27
3.2 Oklart om regionernas många insatser påverkats av målen.....	30
<b>4 Satsningen har bristande förutsättningar för uppföljning</b> .....	<b>36</b>
4.1 Breda mål och varierad redovisning försvårar uppföljning.....	36
4.2 Målen är bara delvis ändamålsenliga.....	37
4.3 Svårt att följa pengarna.....	39
4.4 Regionernas egen uppföljning av insatser varierar.....	40
<b>5 Ambition om breddad satsning på kvinnors hälsa</b> .....	<b>41</b>
5.1 Satsningen omfattar patientgrupper som har ingått från början.....	41
5.2 Snäv definition av kvinnors hälsa.....	42
5.3 Ingen tydlig ökning av insatser med fokus på kvinnors hälsa.....	43
<b>6 Långsiktig uppföljning av graviditetskomplikationer</b> .....	<b>45</b>
6.1 Fallstudie 1: Graviditetsdiabetes.....	46
6.2 Fallstudie 2: Preeklampsi.....	54
6.3 Samförstånd mellan vårdnivåer och tillgänglighet till kunskap kan utvecklas.....	61
<b>7 Utvecklingen av kvinnors hälsa</b> .....	<b>64</b>
7.1 Uppföljningen baseras på över femtio indikatorer.....	65
7.2 Vården verkar i vissa avseenden ha blivit säkrare.....	67

7.3	Vården har blivit mer kunskapsbaserad.....	69
7.4	Förbättrad tillgänglighet runt graviditetsvårdkedjan.....	74
7.5	Tecken på ökad personcentrering.....	78
7.6	Blandad utveckling för övriga hälsoutfall.....	83
<b>8</b>	<b>Slutsatser.....</b>	<b>87</b>
8.1	Satsningen omfattar fortfarande inte kvinnors hälsa brett.....	87
8.2	Otydliga mål bidrar till svag styrning och försvårar uppföljning och utvärdering ...	88
8.3	Utvecklingen för kvinnors hälsa är i flera avseenden positiv, men satsningens bidrag är svårt att bedöma .....	89
8.4	Rekommendationer .....	89
	<b>Referenser .....</b>	<b>92</b>
	<b>Bilaga 1: Överenskommelser 2015–2025 .....</b>	<b>97</b>
	<b>Bilaga 2: Statliga insatser 2023–2025 .....</b>	<b>98</b>
	<b>Bilaga 3: Metod.....</b>	<b>100</b>
	<b>Bilaga 4: Genomförda intervjuer .....</b>	<b>107</b>
	<b>Bilaga 5: Kompletterande figurer .....</b>	<b>109</b>
	<b>Beslut .....</b>	<b>111</b>

# Förord

Regeringen har sedan 2015 genomfört en omfattande satsning på förlossningsvård och kvinnors hälsa. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har haft i uppdrag att följa satsningen ur ett patient- och systemperspektiv under perioden 2023–2025. I denna slutrapport analyserar vi hur satsningen har styrts, vilka insatser som genomförts och hur vården för flickor och kvinnor har utvecklats över tid. Rapporten innehåller även en fördjupad analys av det långsiktiga omhändertagandet efter graviditetskomplikationer.

Våra analyser visar att utvecklingen inom flera områden är positiv, men också att satsningen haft begränsade förutsättningar för styrning, uppföljning och utvärdering. Vi ser dessutom att ambitionen att bredda satsningen bortom graviditet och förlossning ännu inte fått fullt genomslag. Rapporten riktar sig till regeringen, regionerna och andra aktörer som arbetar med att utveckla en mer jämlik och kunskapsbaserad vård för flickor och kvinnor.

Arbetet med rapporten har genomförts av projektledaren Michael Tekle Palm, utredaren Sara Tolf och projektdirektören Johan Strömblad. I arbetet har även utredaren Kristin Larsson, utredaren Siri Bokvist och juristen Ellen Ringqvist bidragit.

Varmt tack till de personer som vi har intervjuat eller som på annat sätt bidragit till innehållet i rapporten. Vi vill särskilt tacka de kvinnor som har bidragit med sina erfarenheter av vården under och efter en graviditetskomplikation.

Stockholm i maj 2026

Jean-Luc af Geijerstam

*Generaldirektör*

## Resultat i korthet

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har ett regeringsuppdrag att följa satsningen på förlossningsvård och kvinnors hälsa 2023–2025. I uppdraget ingår att analysera om satsningen har bidragit till att hälso- och sjukvården, inbegripet förlossningsvården, har utvecklats och anpassats till flickors och kvinnors vårdbehov. Det ingår även att göra fördjupade analyser av utvecklingen inom hälso- och sjukvård för flickor och kvinnor brett, samt att identifiera områden där medicinsk kvalitet och riktlinjer behöver utvecklas.

### Våra slutsatser

- ▶ Satsningen omfattar fortfarande inte kvinnors hälsa brett. Regeringen har signalerat en intention om att satsningen ska ha ett ökat fokus bortom mödrahälsovård och förlossningsvård, men vi ser inte att en sån breddning har skett.
- ▶ Otydliga mål bidrar till svag styrning, och försvårar uppföljning samt utvärdering av satsningens målluppfyllelse.
- ▶ Utvecklingen för kvinnors hälsa är positiv i flera avseenden, men det är svårt att bedöma satsningens bidrag.

### Våra rekommendationer

- ▶ Regeringen bör tydliggöra primärvårdens roll i satsningen för att bredda synen på kvinnors hälsa.
- ▶ Regeringen bör stärka den ekonomiska styrningen och använda den tioåriga förlossningsplanen, för att skapa mer stabila mål, uppföljningsramar och förutsägbar finansiering i satsningen.
- ▶ Regeringen bör säkerställa att arbetet för jämställd hälsa omfattar fler områden än förlossningsvård samt sexuell och reproduktiv hälsa.

# Sammanfattning

Myndigheten för vård och omsorgsanalys har fått i uppdrag att följa upp satsningen på förlossningsvård och kvinnors hälsa ur ett system- och patientperspektiv under perioden 2023–2025 (Socialdepartementet 2023c). I uppdraget ingår att analysera om satsningen har bidragit till att hälso- och sjukvården, inklusive förlossningsvården, har utvecklats och anpassats till flickors och kvinnors vårdbehov. Det ingår även att göra fördjupade analyser av utvecklingen inom hälso- och sjukvård för flickor och kvinnor brett, samt att identifiera områden där medicinsk kvalitet och riktlinjer behöver utvecklas.

Vi har analyserat hur satsningen har styrts, vilka insatser som genomförts och vilka resultat som kan observeras. Vi har även genomfört en fördjupningsstudie om det långsiktiga omhändertagandet av kvinnor med graviditetskomplikationer. Analyserna bygger på olika typer av datainsamlingar, som dokumentstudier, intervjuer och kvantitativ analys av indikatorer. Underlaget omfattar både nationell styrning och regionala dokument, liksom erfarenheter från patienter och vårdpersonal. Metoderna har kombinerats för att belysa utvecklingen ur ett system- och patientperspektiv.

## Regeringen styr genom överenskommelser och myndighetsuppdrag

Satsningen på flickors och kvinnors hälsa utgår från målet om en jämställd hälsa och har pågått sedan 2015. Under 2023–2025 omfattade satsningen knappt 5 miljarder kronor. Under perioden har tre överenskommelser mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) utgjort en stor del av satsningen, medan en mindre del av medel har gått till myndighetsuppdrag. Myndighetsuppdragen har framför allt gått till Socialstyrelsen och resulterat i flera kunskapsstöd med fokus på graviditetsvårdkedjan, eftervård samt sexuell och reproduktiv hälsa. Från 2026 förändras styrningen när överenskommelserna ersätts av prestationsbaserade statsbidrag med en tydligare inriktning mot den nationella förlossningsplanen.

## Målen styr regionernas insatser i begränsad utsträckning

Under 2023–2025 har överenskommelserna styrt regionernas arbete genom nio mål. Vi ser att målen bara i begränsad utsträckning har varit styrande för regionerna. Det främsta skälet till det är målens bredd och brist på tydlighet.

## Regionerna får stort utrymme att tolka målen

Överenskommelserna ger stort utrymme för regionerna att fördela medel utifrån mål och val av insatser. Regionföreträdare menar att satsningen träffar en bra balans mellan att styra och ge regionerna eget handlingsutrymme, men målen uppfattas också som vaga

och allomfattande. Regionerna har under perioden genomfört ett stort antal insatser, oftast minst en insats inom varje mål.

Regionföreträdare beskriver att verksamheternas behov, snarare än målen, styr regionernas val av insatser i första hand. Det hänger samman med att målen är brett definierade och saknar tydliga avgränsningar, vilket innebär att de flesta relevanta insatser går att koppla till något av målen. Vi ser inte heller att skillnader i vilka mål som ingår i överenskommelserna har någon tydlig effekt på regionernas insatser. Till exempel ingår inte längre neonatalvården i överenskommelserna 2023–2025, men det har inte lett till någon märkbar minskning i regionernas insatser med fokus på neonatalvården.

### **Andra faktorer begränsar målens styrning**

I intervjuer lyfter regionföreträdare även andra faktorer som begränsar målens styrning, och påverkar regionernas möjlighet eller benägenhet att agera i linje med satsningens intention. Till exempel pågår den stora majoriteten av insatser över tre eller fler år, vilket har lett till en minskad lyhörddhet för hur målen förändras år från år. En osäkerhet om framtida finansiering genom satsningen kan också ha bidragit till en ovilja att starta upp nya långsiktiga projekt i regionerna.

### **Bristande förutsättningar för uppföljning**

Det är svårt att skapa en helhetsbild av hur regionerna har fördelat sin uppmärksamhet och stimulansmedel på de olika målen. Det är också svårt att utvärdera i vilken utsträckning satsningen har uppfyllt sina mål, på grund av att målen inte är tidsatta och mätbara.

### **Breda mål försvårar tolkningen av regionernas insatser**

Överenskommelsernas mål är brett definierade och går ofta in i varandra på olika sätt. I sin redovisning av insatser har regionerna ombetts ange vilka mål varje insats bidrar till, men har kunnat koppla ihop varje insats med ett valfritt antal av de nio målen. Det gör det svårt att utifrån regionernas redovisningar skapa en övergripande bild av vilka mål som regionerna har fokuserat på i sina insatser.

En majoritet av insatserna kopplas ihop med två eller fler mål, och det går inte att avgöra vilket mål som varje insats primärt bidrar till. Det gör det svårt att summera antalet insatser som har genomförts för varje mål. Breda målbeskrivningar har ibland också inneburit att olika regioner har kopplat ihop likartade insatser med olika mål, utifrån olika tolkningar av målen. Därmed blir det svårare att avgöra om skillnader mellan regionerna i hur många insatser de har kopplat till varje mål beror på verkliga skillnader i prioriteringar, eller på skillnader i redovisning.

### **Svårt att följa pengarna**

Det har historiskt sett varit svårt att följa hur satsningens medel har använts. För 2023 och 2024 ombads regionerna redovisa hur mycket stimulansmedel som har gått till varje mål. Eftersom enskilda insatser varierar stort i kostnad, kan fördelningen av medel ge en

mer rättvisande bild av vilka mål som regioner har prioriterat jämfört med en sammanställning av insatser.

Dessvärre har ganska många regioner – nio regioner 2023 och sju regioner 2024 – inte redovisat hur medel har fördelats till de olika målen, trots att det var ett krav i överenskommelserna. Avsaknaden av redovisning från regionerna blir extra kännbar eftersom de bl.a. inkluderar de tre storstadsregionerna. Det resulterar i att vi bara kan följa hur en mindre del av satsningens totala stimulansmedel har fördelats utifrån den redovisningen. Regioner har som förklaring bland annat angett svårigheter med att separera kostnader för insatser som är kopplade till fler än ett mål, och det faktum att vissa insatser medfinansieras av regionerna.

### **Dåliga förutsättningar för att utvärdera måluppfyllelse**

Vi har analyserat om målens formulering och inriktning gör dem ändamålsenliga. För att mål ska vara ändamålsenliga behöver de vara tydligt definierade, tidsatta, mätbara, relevanta och realistiska. De aktörer som ska styras av målen behöver också kunna påverka dem.

Vår bedömning är att målen är relevanta och påverkbara. Regionföreträdare menar att det finns god acceptans för målen bland professionen. Målen har också en riktning, men är överlag otydliga. De är inte heller tidsatta eller mätbara. Därmed blir det svårt att bedöma om målen är realistiska. Sammantaget innebär det att det är svårt att utvärdera satsningens måluppfyllelse med utgångspunkt i överenskommelsernas mål.

Regionföreträdare har själva svårt att bedöma om satsningens mål har uppfyllts i deras region. Baserat på regionernas redovisning finns det stor variation i hur ofta och på vilket sätt insatser följs upp, och effektutvärderingar verkar i huvudsak ha utgått ifrån resultat från graviditetsenkäten och graviditetsregistret.

### **Ambition om breddad satsning på kvinnors hälsa**

Satsningen har under 2023–2025 haft en uttalad ambition att bredda fokuset för satsningen bortom graviditet, förlossning och eftervård – på det som inom ramen för satsningen kallas ”kvinnors hälsa”. Under perioden har ett nytt mål tillkommit till överenskommelserna med fokus på flickors och kvinnors hälsa och sjukdomar.

Regeringen har inte tydliggjort vad de menar med breddningen, eller vad som i sammanhanget ingår i kvinnors hälsa. Vår tolkning är att ”en breddad satsning på kvinnors hälsa” handlar om att regionerna ska lägga ett större fokus på insatser inom sexuell och reproduktiv hälsa, vård av kvinnors som drabbats av sexuellt våld och könsstympning, och tillstånd som främst drabbar flickor och kvinnor.

Vi ser inte tecken på att regionerna har lagt större fokus på insatser på kvinnors hälsa. Satsningen har sedan starten 2015 omfattat insatser utanför graviditetsvårdkedjan. Det är svårt att säga något definitivt på grund av utmaningarna i att följa upp regionernas insatser, särskilt jämfört med tidigare år. Men vi ser inte några tydliga tecken på att regionerna genomför fler insatser, eller en större andel av insatser, med fokus på kvinnors hälsa.

Vi bedömer inte heller att regeringen har breddat begreppet *kvinnors hälsa*. I överenskommelserna likställs till stor del kvinnors hälsa med reproduktiv och sexuell hälsa. De tillstånd som lyfts fram inom området reproduktiv och sexuell hälsa, som endometriosis och klimakteriebesvär, är inte nya utan har varit föremål för insatser sedan satsningens start. I den sista överenskommelsen under perioden vidgar man begreppet kvinnors hälsa till att också inkludera tillstånd som främst drabbar kvinnor, men det är inte förenat med någon definition av termen, och exemplifieras bara med migrän och sköldkörtelproblematik.

## **Brister i långsiktig uppföljning av graviditetskomplikationer**

Graviditet och förlossning kan ses som ett fysiologiskt stresstest som synliggör risk för framtida ohälsa. Mödrahälsovården och primärvården har därmed en viktig potential för tidig upptäckt och prevention. Vår fördjupningsstudie visar dock att den potentialen inte tas till vara fullt ut för kvinnor som haft graviditetsdiabetes eller preeklampsi.

## **Fragmenterad vård hindrar långsiktig uppföljning**

Ett genomgående resultat i våra undersökningar är att kontinuiteten brister när kvinnan lämnar graviditetsvårdkedjan och ansvaret övergår till primärvården. Uppföljningen efter förlossningen är ofta kortsiktig, otydlig eller uteblir helt. Kvinnor beskriver att fokus snabbt flyttas från deras hälsa till barnet, och kunskap om framtida risker och behov av uppföljning går förlorad i överlämningen mellan vårdnivåer. Primärvården har en viktig men outtalad roll i det långsiktiga omhändertagandet, men adresseras inte inom satsningen.

## **Befintliga riktlinjer ger otillräcklig vägledning**

Vår fördjupningsstudie visar att regionala riktlinjer ofta ger begränsat stöd för hur den långsiktiga uppföljningen av kvinnor som haft graviditetskomplikationer ska genomföras, och primärvårdens perspektiv ingår sällan. Primärvården saknar ibland både kunskap och organisatoriska förutsättningar att arbeta preventivt med dessa kvinnor.

Vi ser också att kvinnorna ofta har otillräcklig kunskap om sin diagnos och de långsiktiga hälsoriskerna, delvis eftersom information ges vid en tidpunkt när den är svår att ta in. Strategier för uppföljning behöver förändras för att fler kvinnor ska få möjlighet till långsiktig uppföljning.

## **Överlag positiv utveckling för förlossningsvården och kvinnors hälsa**

Vår analys av indikatorer som speglar kvinnors hälsa tyder på en positiv utveckling, även om vi inte kan avgöra om den beror på satsningen. Liksom i våra tidigare uppföljningar finns det även under 2023–2025 tecken på att vården blivit mer kunskapsbaserad och personcentrerad, och i vissa avseenden säkrare. Vi kan också konstatera att det fortfarande finns skillnader mellan regioner och olika grupper av kvinnor, även om vi kan se minskade skillnader under perioden. Skillnaderna har många olika orsaker, bland annat

vårdens styrning och organisering. Utöver det kan regionerna ha olika arbetssätt, vilket kan påverka både resultat- och processmått.

## Våra övergripande slutsatser

### Satsningen omfattar fortfarande inte kvinnors hälsa brett

Regeringen har signalerat en intention om att ge satsningen en bredare syn på kvinnors hälsa än enbart på förlossningsvården. Vi uppfattar att regeringen haft ambitionen att bredda satsningen bortom förlossningsvården på tre olika sätt: sexuellt våld och könsstympning, sexuell och reproduktiv hälsa samt sjukdomar som främst drabbar flickor och kvinnor.

Vi bedömer inte att det har skett en betydande breddning av satsningens omfattning. De två målen som har haft inriktning på sexuellt våld och könsstympning samt sexuell och reproduktiv hälsa omfattar patientgrupper som på olika sätt varit del av satsningen under tidigare överenskommelser. Vi ser inte heller tecken på att regionerna har lagt ett större fokus på insatser inriktade på de målen jämfört med de tre tidigare åren. I periodens sista överenskommelse ingår tillstånd som främst drabbar flickor och kvinnor i satsningen. Vi kan däremot inte utläsa hur regeringen motiverar det eller vad regeringen vill uppnå med breddningen.

På olika sätt beskrivs också att breddningen av satsningens fokus på kvinnors hälsa ska ske utifrån ett livscykelperspektiv. För att uppnå det ser vi ett behov av insatser med fokus på övergången från förlossningsvården och mödrahälsovården till övriga primärvården. Vi har inte heller uppfattat att satsningen har breddats genom ett ökat fokus på sådana insatser. Det är möjligt att mer av satsningens medel behöver kanaliseras bortom förlossnings- och mödrahälsovården.

För de kommande åren signalerar regeringen att behålla intentionen om en satsning som är bredare än graviditetsvårdkedjan. Men vi ser en risk att satsningen smalnar av och fokuserar mer på graviditetsvårdkedjan, eftersom införandet av den nationella förlossningsplanen är en central del av satsningen och på grund av de minskade stimulansmedlen.

### Brister i styrkedjan försvårar styrning, uppföljning och utvärdering

En grundläggande intention med överenskommelserna är att skapa en gemensam riktning för regionernas förbättringsarbete och samtidigt lämna utrymme för lokala anpassningar. Regeringen har dessutom uttryckt en intention att uppföljningen av satsningen ska fokusera på resultat och måluppfyllelse snarare än process. Intentionerna förutsätter en tydlig styrkedja från målformulering och ekonomisk styrning till uppföljning och utvärdering. Vi har sett brister i flera led i kedjan, vilket innebär en begränsad styrförmåga.

Att målen brister i tydlighet begränsar deras styrande kraft. Vi ser inte tydliga tecken på att regionerna på ett avgörande sätt påverkats av vilka mål som ingått eller inte ingått i överenskommelserna. Den ekonomiska styrningen kunde också ha varit starkare, och det finns en brist på transparens i hur medel fördelas och till vilka insatser. Kombinationen av vaga redovisningskrav och breda, överlappande mål som justerats mellan åren gör det

svårt att överblicka regionernas val av insatser och bedöma deras resultat. Att målen inte är tidsatta och brister både i tydlighet och mätbarhet gör det svårt att utvärdera satsningens måluppfyllelse.

Många av utmaningarna har vi och andra myndigheter observerat i andra riktade statsbidrag. Nu gör satsningen på sätt och vis en nystart, genom att frångå överenskommelser, introducera prestationsbaserade mått och luta sig mot den tioåriga förlossningsplanen. I samband med det ser vi att det finns en möjlighet att stärka hela styrkedjan.

## **Utvecklingen för kvinnors hälsa är i flera avseenden positiv, men satsningens bidrag är svårt att bedöma**

Vår undersökning tyder på en positiv utveckling för mödrahälsovården och förlossningsvården, och i viss utsträckning också för kvinnors hälsa mer brett, sedan satsningens början 2015. Indikatorerna visar i flera fall på minskade skillnader mellan regioner och grupper av kvinnor. Samtidigt har skillnaderna för vissa indikatorer ökat, bland annat mellan inrikes och utrikes födda.

Däremot vet vi inte om utvecklingen är en effekt av satsningen, eftersom det finns flera externa faktorer som har betydelse. Till exempel har vi under de senaste åren sett ett minskat barnafödande. Samtidigt beskriver förlossningsverksamheter en ständigt ökande vårdtyngd. Det är också svårt att analysera hur regioners olika tillvägagångssätt kan ha påverkat regionala skillnader i utfall, eftersom vi har svårt att överblicka regionernas insatser och deras effekter samt följa hur medlen använts.

Regionföreträdare är överlag positiva till satsningen. De menar att många insatser inte hade genomförts utan resurstillskottet, och några menar att det skulle vara svårt att leva upp till de krav som ställs på verksamheten utan satsningens medel. Men många av satsningens effekter kommer sannolikt vara möjliga att utvärdera först efter att satsningen har upphört.

## **Vi lämnar tre rekommendationer till regeringen**

Med utgångspunkt i våra slutsatser landar vi i tre framåtblickande rekommendationer. Våra rekommendationer är framtagna med tanke på att regeringens satsning nu ändrar form, vilket innebär både nya utmaningar och nya möjligheter. Vi ser att den tioåriga nationella förlossningsplanen ger ökade möjligheter att styra satsningen på ett tydligare och mer långsiktigt sätt. Samtidigt saknas en motsvarande beskrivning av inriktningen och målen för en breddad syn på kvinnors hälsa (utöver förlossningsvården). Det finns därför en risk för svag styrning och att kvinnors hälsa hamnar i skymundan i satsningen, vilket hotar regeringens ambition om en bredare satsning. Vi menar därför att regeringen behöver ta ett tydligare och mer samordnat grepp om kvinnors hälsa och jämställd hälsa, både inom satsningen och i andra delar av sin styrning.

### **► Regeringen bör tydliggöra primärvårdens roll i satsningen, för att möjliggöra en breddad syn på kvinnors hälsa.**

Graviditet och förlossning är ett fysiologiskt stresstest för kroppen, inte minst för det kardiovaskulära systemet. De förändringar som sker under graviditeten kan synliggöra

underliggande riskfaktorer och ge tidiga tecken på framtida ohälsa, exempelvis hjärt-kärlsjukdom eller diabetes. Därigenom är graviditeten ett unikt tillfälle för hälso- och sjukvården att identifiera ett behov av preventiva insatser.

Vår fördjupningsstudie visar på utmaningar i det långsiktiga omhändertagandet av kvinnor som drabbats av graviditetskomplikationer. Det handlar till exempel om brister i överlämningen från graviditetsvårdkedjan till primärvårdens fortsatta omhändertagande av kvinnan, och att vårdcentralers perspektiv saknas i regionala riktlinjer. Vi bedömer att man bättre kan ta till vara den preventionspotential som börjar i mödrahälsovården och fortsätter i övriga primärvården. För att uppnå det behövs tydligare och bättre samordning utifrån kvinnans förutsättningar.

Samtidigt visar vår analys att regionföreträdare fortfarande ser satsningen som en förlossningssatsning, och de som ansvarar för att förverkliga satsningen i regionerna är ofta verksamma inom graviditetsvårdkedjan. Det finns därmed barriärer för att få in primärvården i arbetet med satsningen, vilket kan ha bidragit till att insatserna fortfarande i hög grad är koncentrerade till graviditet, förlossning och den närmsta tiden efter.

För att satsningen ska ge förutsättningar för ett perspektiv på kvinnors hälsa som blickar bortom kvinnor som befinner sig i graviditetsvårdkedjan, bör primärvårdens roll stärkas i satsningen.

► **Regeringen bör stärka den ekonomiska styrningen och använda den tioåriga förlossningsplanen för att skapa mer stabila mål, uppföljningsramar och förutsägbar finansiering i satsningen.**

Vår analys visar att det finns brister i flera delar av satsningens styrkedja. Målen är breda och saknar tydlighet, tidsättning och mätbarhet. Den ekonomiska styrningen är svag och det är svårt att följa stimulansmedlen. Vi ser också att osäkerheten i framtida finansiering i vissa fall leder till att regionerna premierar kortsiktiga insatser. Dessutom har mål och uppföljningsramar justerats mellan åren, vilket minskar förutsägbarheten och försvårar analyser av utvecklingen över tid. Sammantaget minskar det regionernas benägenhet att agera i linje med satsningens intention om en gemensam riktning och ett långsiktigt utvecklingsarbete, och gör det svårare att följa upp resursernas användning och satsningens resultat.

Regionföreträdare lyfter att satsningen möjliggjort insatser som annars inte hade genomförts, men det är inte tydligt vilka effekter de genomförda insatserna har haft eller om satsningens mål har uppfyllts. I och med att en tioårig nationell förlossningsplan nu är på plats ser vi att det finns en möjlighet att organisera satsningen utifrån tydligare och mer långsiktiga mål, tydligare krav på redovisning av hur medel används och mer förutsägbara ekonomiska ramar för regionerna. Det kan bidra till bättre förutsättningar för långsiktigt förbättringsarbete i regionerna och samtidigt göra det möjligt att följa satsningens genomförande och resultat över tid.

► **Regeringen bör säkerställa att arbetet för jämställd hälsa omfattar fler områden än förlossningsvård samt sexuell och reproduktiv hälsa.**

Satsningen på kvinnors hälsa är en del i det jämställdhetspolitiska delmålet och syftar till att motverka ojämställdhet mellan kvinnor och män. Vår analys visar dock att satsningen

bara i begränsad utsträckning omfattar andra viktiga områden för kvinnors hälsa än graviditetsvårdkedjan samt sexuella och reproduktiva frågor.

I vår delrapport *Flickors och kvinnors hälsa i Sverige* visade vi att det går att se på kvinnors hälsa på olika sätt:

- Kvinnospecifika sjukdomar är en mindre del av kvinnors sjukdomsburda. På samma sätt är graviditets- och förlossningsrelaterade tillstånd en mycket liten del av sjukdomsburdan, vilket delvis beror på den höga kvaliteten i svensk mödrahälsovård och förlossningsvård.
- De sjukdomsgrupper som orsakar störst sjukdomsburda för kvinnor totalt sett är cancersjukdomar och hjärt-kärlsjukdomar, men sjukdomsburdan har minskat avsevärt de senaste 20 åren.
- Störst sjukdomsburda för kvinnor jämfört med män orsakas av psykiatriska tillstånd, neurologiska tillstånd och sjukdomar i rörelseorganen.

Satsningen har berört flera av de kvinnospecifika sjukdomar som orsakar stor sjukdomsburda, t.ex. olika gynekologiska besvär och screening för livmoderhalscancer. Flera av de andra områdena med stor sjukdomsburda bland kvinnor eller stor könsskillnad i sjukdomsburda berörs i andra regeringssatsningar, t.ex. cancersjukdomar, hjärt-kärlsjukdomar, psykisk ohälsa och demenssjukdomar (Socialdepartementet 2025a, 2025b, 2025e, 2026). Regeringen bidrar därigenom till att främja kvinnors hälsa och att nå det jämställdhetspolitiska målet både genom satsningen på förlossningsvård och kvinnors hälsa samt andra satsningar.

Samtidigt finns det flera sjukdomsområden med stor könsskillnad i sjukdomsburda som inte är föremål för riktade satsningar, till exempel kroniskt obstruktiv lungsjukdom (kol) och långvariga smärttillstånd. Jämförelser på sjukdomsburda fångar hälsorelaterade behov i befolkningen, men inte ouppfyllda vårdbehov. Sådana analyser bör därför inte ligga till grund för prioriteringar av riktade satsningar, men kan visa på områden med relevans för jämställd hälsa där ytterligare behovsanalyser kan behövas.

Vi saknar en tydlig diskussion om och motivering till horisontella prioriteringar och hur olika satsningar sammantaget ska bidra till jämställd hälsa. Otydligheten kring begreppet *kvinnors hälsa* inom ramen för den här satsningen gör det svårare att avgöra på vilka sätt satsningen förväntas bidra till att det jämställdhetspolitiska delmålet ska uppnås.

Eftersom satsningen för de kommande åren saknar en beskrivning av intention och mål för kvinnors hälsa, samtidigt som det finns en detaljerad plan för mödrahälsovård och förlossning, finns dessutom en risk att fokus åter smalnar av mot förlossningsvården. Det behövs därför ett bredare och mer samordnat perspektiv på kvinnors hälsa i regeringens policyarbete, för att bidra till det jämställdhetspolitiska målet om lika förutsättningar för hälsa.

# 1 Inledning

I slutet av 2015 inledde regeringen en satsning för att stärka kvinnors hälsa och utveckla den vård som riktas specifikt till kvinnor, framför allt förlossningsvården. Satsningen omfattar stimulansmedel till regionerna och uppdrag till statliga myndigheter, och har under tidigare år också inkluderat lagändringar som avgiftsfri mammografiscreening och screening för livmoderhalscancer samt kostnadsfria preventivmedel för unga under 21 år.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (Vård- och omsorgsanalys) har haft uppdraget att följa upp satsningen och analysera utvecklingen av flickors och kvinnors hälsa inbegripet förlossningsvården 2023–2025 (Socialdepartementet 2023c). Den här rapporten är vår slutrapportering av det uppdraget. I vår delrapport från 2025, *Flickors och kvinnors hälsa i Sverige* (Myndigheten för vård- och omsorgsanalys [Vård- och omsorgsanalys] 2025), presenterade vi en kartläggning över flickors och kvinnors hälsoläge i Sverige, som ett kompletterande kunskapsunderlag.

## 1.1 Satsningen på kvinnors hälsa har pågått i mer än tio år

Satsningen på kvinnors hälsa är en del i det jämställdhetspolitiska delmålet och syftar till att motverka ojämställdhet mellan kvinnor och män (prop. 2014/15:100). Jämställd hälsa är nära sammankopplat med jämställdhet på andra områden och jämställdhet i stort. Jämställd hälsa är därmed både ett jämställdhetspolitiskt mål och ett medel för att uppnå andra jämställdhetspolitiska mål (prop. 2017/18:100).

Satsningen på kvinnors hälsa omfattade totalt 14,4 miljarder kronor 2015–2025. Regeringen har använt flera olika tillvägagångssätt, bland annat överenskommelser mellan staten och SKR om en förbättrad förlossningsvård och insatser för kvinnors hälsa. Regionerna har fått stimulansmedel för olika insatser, och utöver det har regeringen gett myndigheter flera olika uppdrag som på olika sätt bidrar till satsningens syfte. Regeringen har också utrett förändringar av abortlagstiftningen under 2023–2025 (SOU 2025:10) och föreslog i april 2026 förändringar i abortlagen som bland annat ska möjliggöra abort i hemmet.

I 2023 års budgetproposition lyfter man särskilt fram det förslag till nationell plan för förlossningsvården som Socialstyrelsen fick i uppdrag att ta fram, och att hälso- och sjukvården behöver bli mer jämställd genom satsningar på *sjukdomar och symtom som drabbar kvinnor* (prop. 2022/23:1).

### 1.1.1 Vi har följt satsningen sedan början

Redan 2016 fick Vård- och omsorgsanalys i uppdrag av regeringen att följa upp satsningen på kvinnors hälsa (Socialdepartementet 2016). Uppdraget sträckte sig fram till och med 2019 och slutredovisades genom rapporten *Förlösande för kvinnohälsan?*

(Vård- och omsorgsanalys 2020). När satsningen därefter förlängdes fick vi ett nytt uppdrag att följa den fram till och med 2022. I det nya uppdraget ingick att sammanställa de insatser som genomförts på området kvinnors hälsa och förlossningsvården till följd av regeringens satsning under 2015–2022. Uppdraget slutredovisades genom rapporten *Över tiden?* (Vård- och omsorgsanalys 2023).

Vi har fått ett förnyat uppdrag att följa upp satsningarna på flickor och kvinnors hälsa inklusive förlossningsvård för åren 2026–2027. Uppdraget ska slutredovisas senast den 15 juni 2028. Vi har även fått i uppdrag att följa upp satsningen och analysera utvecklingen på en stärkt vård för personer som har utsatts för sexuellt våld för åren 2026–2028 (Socialdepartementet 2025c). Uppdraget ska slutredovisas senast den 15 juni 2029.

## 1.2 Vårt uppdrag

Vi har regeringens uppdrag att följa upp satsningen på förlossningsvård och kvinnors hälsa ur ett system- och patientperspektiv under perioden 2023–2025 (Socialdepartementet 2023c). I uppdraget ingår att analysera om satsningen har bidragit till att hälso- och sjukvården, inklusive förlossningsvården, har utvecklats och anpassats till flickors och kvinnors vårdbehov. Det ingår även att göra fördjupade analyser av utvecklingen av hälso- och sjukvård för flickor och kvinnor brett, samt att identifiera områden där medicinsk kvalitet och riktlinjer behöver utvecklas.

Vi har genomfört arbetet i två delar: dels en uppföljning av satsningen, dels en fördjupning om det långsiktiga omhändertagandet av kvinnor som drabbats av graviditetskomplikationer.

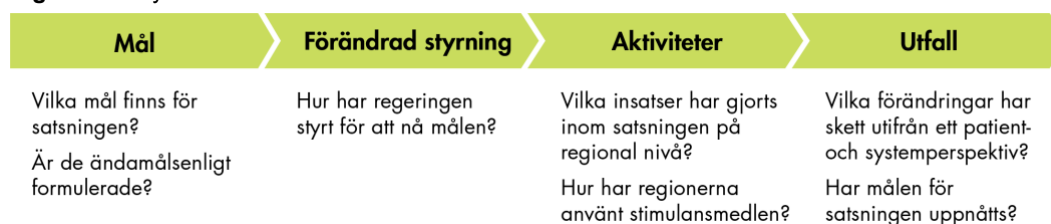
### 1.2.1 Uppföljning av satsningen

Vi följer upp satsningen genom att analysera regeringens intention för satsningen, satsningens olika styrmekanismer och vilka effekter satsningen har haft i regionerna och nationellt. Vi besvarar följande frågor:

- Hur har regeringen styrt satsningen på kvinnors hälsa?
- Vilka insatser har genomförts på nationell och regional nivå?
- Vilka förändringar har satsningen medfört för patienterna och ur ett systemperspektiv?

För att besvara frågorna har vi tagit fram ett analytiskt ramverk (**Error! Reference source not found.**). Det utgår ifrån en förenklad programteoretisk ansats för att illustrera kedjan mellan mål, förändrad styrning, aktiviteter och utfall.

Figur 1. Analytiskt ramverk.



Satsningens syfte och mål har uttryckts på olika sätt, och i olika sammanhang. Målen är ibland specifika och ibland mer övergripande. Vi har sammanfattat satsningens mål och analyserat om de är ändamålsenliga, det vill säga om de har kapacitet att styra regionernas arbete på ett effektivt sätt och om de kan ligga till grund för en utvärdering av måluppfyllelse.

På nationell nivå har regeringen styrt genom överenskommelser med SKR och genom att ge myndigheter uppdrag som relaterar till satsningen. Nästa steg i kedjan mot måluppfyllelse är att styrningen omsätts i konkreta aktiviteter. Det omfattar insatser inom satsningen generellt i regionerna och ute i de enskilda verksamheterna.

För att följa upp resultatet av aktiviteterna har vi valt ut ett antal indikatorer som ska belysa utvecklingen inom vården av kvinnor och nyfödda barn. Syftet är att bedöma om vården har blivit mer personcentrerad, tillgänglig, jämlik, säker och kunskapsbaserad sedan satsningen inleddes. Utöver det följer vi även ett antal indikatorer som visar hälsoutfallet och belyser effekten av aktiviteterna.

### **1.2.2 Fördjupningsstudie om det långsiktiga omhändertagandet av kvinnor med graviditetskomplikationer**

För att svara mot uppdragets skrivningar om att göra fördjupade analyser har vi identifierat det långsiktiga omhändertagandet av graviditetskomplikationer som ett intressant område att studera. Det är en del av graviditetsvårdkedjan som potentiellt kan omfatta eller inleda ett längre och bredare perspektiv än förlossningsvården.

Graviditeten är en period då underliggande riskfaktorer blir synliga och identifierbara. Omhändertagandet av kvinnor med graviditetskomplikationer kan därför ha en betydande hälsopåverkan (Staff, Costa, Dechend, Jacobsen & Sugulle 2024). Forskning visar att vanliga graviditetskomplikationer, som graviditetsdiabetes och preeklampsi, förknippas med en kraftigt förhöjd risk av allvarliga livslånga sjukdomar för kvinnan, däribland hjärt-kärlsjukdom och typ 2-diabetes (Crump, Sundquist & Sundquist 2024; Rich-Edwards, Fraser, Lawlor & Catov 2013).

Hjärt-kärlsjukdomar är den näst största sjukdomsördan bland kvinnor i Sverige och är den vanligaste dödsorsaken för kvinnor i Sverige (Socialstyrelsen 2024b; Vård- och omsorgsanalys 2025). Sjukdomsördan till följd av typ 2-diabetes har dessutom ökat bland kvinnor under de senaste två decennierna (Vård- och omsorgsanalys 2025). Typ 2-diabetes är i sin tur en etablerad riskfaktor för hjärt-kärlsjukdom (Rawshani m.fl. 2018).

Preventiva åtgärder börjar ofta för sent för att vara effektiva. Forskning föreslår därför att det behövs tidiga preventiva åtgärder och långsiktig uppföljning av kvinnor som visar på risker under graviditeten för att kunna förhindra att risken ökar och därmed minska förekomsten av hjärt-kärlsjukdomar (Staff m.fl. 2024; Weintraub m.fl. 2011). Forskning visar även att vården inte är lika bra på att upptäcka och förutspå hjärt-kärlsjukdomar hos kvinnor som hos män, eftersom symptomen visar sig på olika sätt (Zhao & Sartori 2025). Det finns tecken på att omhändertagandet av kvinnor som drabbats av graviditetskomplikationer är kortsiktigt och att mödrahälsovårdens möjlighet att förebygga ohälsa (preventionspotential) inte tas tillvara. Socialstyrelsen lyfter att strukturerad uppföljning för alla som fött barn efter att familjen lämnat sjukhuset behöver fortsätta utvecklas och stärkas (Socialstyrelsen 2025b).

Vi har därför genomfört en fördjupningsstudie med fokus på det långsiktiga omhändertagandet av kvinnor med graviditetsdiabetes och preeklampsi (tidigare havandeskapsförgiftning). Med långsiktigt omhändertagande menar vi uppföljning efter att kvinnan har lämnat mödrahälso- och förlossningsvården.

Inom ramen för fördjupningsstudien besvarar vi följande frågor:

- Hur arbetar hälso- och sjukvården med det långsiktiga omhändertagandet av kvinnor som drabbats av graviditetskomplikationer?
- Hur kan omhändertagandet av kvinnor som drabbats av graviditetskomplikationer förbättras?

Vi har avgränsat fördjupningen till att gälla diagnostiserad graviditetsdiabetes och preeklampsi som uppkommit under graviditeten. Det skulle också vara relevant att inkludera psykisk ohälsa i samband med graviditet i vår analys, i synnerhet som vår delrapport från 2025 visar att psykisk ohälsa i stor utsträckning bidrar till sjukdomsbördan för kvinnor (Vård- och omsorgsanalys 2025). En nyligen publicerad svensk studie visar att risken för depression och psykos ökar under graviditetsvecka 5–15 och upp till 20 veckor efter förlossning (Bränn m.fl. 2026). Inom ramen för det här uppdraget har vi dock inte haft utrymme att inkludera psykisk ohälsa i samband med graviditet, men vi bedömer att det är relevant för framtida analys.

### 1.3 Metod

För att besvara rapportens frågor har vi använt olika tillvägagångssätt. Vi har analyserat dokument, genomfört intervjuer, analyserat insatser, följt utvecklingen för utvalda indikatorer, och skickat ut en enkät till vårdcentraler. En mer utförlig beskrivning finns i bilaga 2. Citaten är lätt korrigerade för att öka läsbarheten.

**Tabell 1.** Översikt av metoder för att besvara frågorna.

Metod	Uppföljning av satsningen	Fördjupningsstudien
Dokumentanalys	Överenskommelser mellan regeringen och SKR. Uppdrag till myndigheter, samt kunskapsunderlag och rapporter som uppdragen resulterat i. Socialstyrelsens uppföljningsrapporter.	Nationella kunskapsstöd för graviditetsdiabetes och preeklampsi. Regionala riktlinjer från 20 regioner för graviditetsdiabetes och preeklampsi.
Intervjuer	Regionföreträdare (inklusive kontaktpersoner för satsningen) i fyra regioner.	Kvinnor som har haft graviditetsdiabetes eller preeklampsi (totalt 17), samt preeklampsiföreningen. Representanter för barnmorskemottagningar, specialistmödrahälsovården samt vårdcentraler i fyra regioner. Forskare inom preeklampsi och graviditetsdiabetes, samt representanter från SFAM och primärvårdsrådet.

Kvantitativ analys      Regionernas redovisningar av insatser.  
Indikatorbaserad uppföljning av statistik och registerdata.

Enkät

Vårdcentraler i fyra regioner.

### 1.3.1 Definitioner och avgränsningar

I satsningen och överenskommelserna används begreppet kvinnors hälsa. För att öka rapportens läsbarhet har också vi använt begreppet kvinna eller kvinnor, även om gruppen också innefattar individer som inte identifierar sig som kvinnor.

#### **Indikatorerna beskriver utveckling snarare än effekter**

För att kunna mäta effekter av satsningen behövs uppgifter som beskriver läget före och efter satsningen. Det innebär att vi i vår uppföljning är hänvisade till datakällor som fanns på plats redan innan satsningen inleddes. Vårt urval av indikatorer har därför begränsats av vilka uppgifter som finns tillgängliga i olika hälsodataregister, nationella kvalitetsregister och patient- eller befolkningsenkäter. Det finns inte indikatorer för alla relevanta områden, men så långt det är möjligt har vi följt utvecklingen från en tidpunkt innan satsningen inleddes fram till och med 2024, i vissa fall 2025, för att avgöra om den eventuella utveckling vi ser är en del i en längre trend eller inte.

Med indikatorerna kan vi följa utvecklingen, men inte säkert säga att eventuella effekter är en direkt följd av de insatser som har genomförts inom ramen för satsningen. Det är svårt att göra en samlad bedömning av effekterna eftersom regionerna har genomfört ett stort antal insatser inom flera olika områden och med olika utformning. Men tillsammans med intervjuundersökningens resultat och regionernas redovisningar av insatser får vi ändå tecken på om utvecklingen ligger i linje med satsningens intentioner och den verksamhet som skett till följd av satsningen. Trots det är det svårt att veta om det är satsningen i sig som gett effekter i form av den utveckling vi ser på området.

## 1.4 Rapportens disposition

Kapitel 2 beskriver hur regeringen har styrt satsningen genom överenskommelser och uppdrag.

Kapitel 3 beskriver satsningens mål, ekonomiska styrning och uppföljning.

Kapitel 4 beskriver vår analys av styrkedjan mellan mål och regionernas insatser.

Kapitel 5 beskriver vår analys av regeringens intention med en bredare satsning på flickors och kvinnors hälsa.

Kapitel 6 presenterar vår fördjupningsstudie om långsiktig uppföljning av graviditetskomplikationer.

Kapitel 7 beskriver utvecklingen av indikatorer som rör kvinnors hälsa inom graviditetsvårdkedjan, neonatalvården, primärvården och den specialiserade vården.

Kapitel 8 presenterar våra slutsatser och de rekommendationer som vi lämnar för det fortsatta arbetet med kvinnors hälsa.

## 2 Regeringen styr genom överenskommelser och uppdrag

Satsningen på flickors och kvinnors hälsa utgår från målet om en jämställd hälsa och omfattar nära 5 miljarder kronor 2023–2025. Överenskommelserna mellan staten och SKR är en stor del av satsningen och fokuserar på hälso- och sjukvårdens insatser för kvinnors hälsa. I det här kapitlet beskriver vi satsningens styrning genom de olika överenskommelserna och de myndighetsuppdrag som har fördelats till myndigheter och andra aktörer under perioden.

### 2.1 Tio överenskommelser för mödrahälsovården, förlossningsvården och kvinnors hälsa

Merparten av de medel som regeringen har avsatt för satsningen fördelas genom överenskommelser mellan staten och SKR. Mellan 2023–2025 tecknades tre överenskommelser, vilket följde på sju tidigare slutna överenskommelser och tilläggsöverenskommelser under 2015–2022.

Även om satsningen sedan starten har haft ett bestående övergripande syfte, har både överenskommelsernas mål och inriktningar samt mängden stimulansmedel som utbetalats till regionerna varierat över åren. De tre överenskommelserna som slöts 2023–2025 hade en finansiering på drygt 1,6 miljarder per år. Målen var i stort sett desamma, men vissa justeringar av antalet mål och målens beskrivning skedde mellan de tre överenskommelserna.

#### 2.1.1 Regeringen har tecknat tre överenskommelser mellan 2023–2025

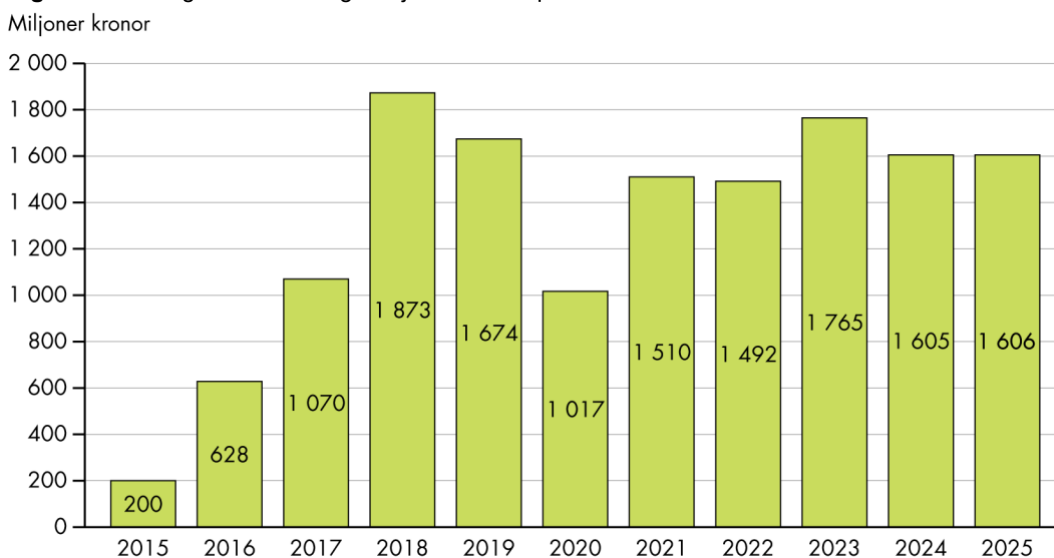
Statsbidrag och överenskommelser är två centrala komponenter i den statliga styrningen av satsningen på kvinnors hälsa. Regioner och kommuner ansvarar för vårdens utförande, vilket medför att staten inte kan utföra en direkt styrning genom exempelvis myndighetsinstruktioner eller regleringsbrev. Ett sätt att ändå kunna påverka regioner och kommuner är i stället att använda överenskommelser. Överenskommelserna liknar avtal, men är inte rättsligt bindande. Som regel innehåller överenskommelserna tillfälliga statsbidrag. Statsbidragen är en del av den statliga ekonomiska styrningen. Den övergripande tanken med överenskommelserna är att uppmuntra, stärka och intensifiera ett visst arbete i kommuner och regioner genom ekonomiska incitament (Riksrevisionen 2017).

Överenskommelserna mellan 2023–2025 gäller insatser för att stärka mödrahälsovården, förlossningsvården samt andra insatser för kvinnors hälsa. Överenskommelserna har haft tillhörande stimulansmedel som har fördelats till regionerna utifrån befolkningens mängd, och har syftat till att stärka det långsiktiga arbetet med kvinnors hälsa och förlossningsvården.

I 2025 års överenskommelse tillkom ett nytt område: vård och behandling av sällsynta tillstånd. Staten har sedan 2018 satsat 10 miljoner kronor varje år på området (Socialdepartementet 2020). Under 2022 och 2023 var området en del av överenskommelsen Sammanhållen, jämlik och säker vård (Socialdepartementet 2022, 2023d) (S2022/00610, S2023/00373). Det är oklart hur medel reglerades för 2024, men för 2025 inkompleterades uppdraget i överenskommelsen om kvinnors hälsa. SKR har fått i uppdrag att följa upp den här delen av satsningen, och det ingår alltså inte i ramarna för den här rapporten.

## 2.1.2 Satsningen har hittills omfattat 14,4 miljarder

**Figur 2.** Satsningens omfattning i miljoner kronor per år.



Inklusive medel till regioner, SKR och medel kopplade till relevanta myndighetsuppdrag.

NOT: 2023 inkluderar ett tillskott på 100 miljoner kronor för att förstärka förlossningsvården under sommaren.

De ekonomiska ramarna för satsningen fluktuerade mellan 2015–2020 men har legat relativt stabila sedan 2021. Däremot har det ibland funnits en brist på förutsägbarhet. Till exempel aviserades i 2020 års budgetproposition att satsningen skulle omfatta 1 miljard 2020–2022 (prop. 2019/20:1). I 2021 års budgetproposition aviserades en ökning med 500 miljoner för 2021–2022, vilket reglerades i tilläggsöverenskommelsen från 2021 (prop. 2020/21:1).

Det finns och har också funnits osäkerhet om hur länge satsningen ska pågå. Tidigare förväntades satsningen pågå till och med 2022 (Sveriges Kommuner och Regioner [SKR] 2021). I våra intervjuer med regionföreträdare under andra halvan av 2025 uttryckte flera en osäkerhet inför om satsningen skulle fortsätta under 2026.

Stimulansmedlen har till största del fördelats till regionerna utifrån befolkningens mängd. Undantaget är de 150 miljoner som avsattes varje år till en s.k. landsbygdssatsning. Medlen fördelades i stället till regioner utifrån deras relativa befolkningsandel i landsbygd.

### 2.1.3 Överenskommelsernas syfte och mål

I de tre överenskommelserna 2023–2025 har man fastställt satsningens *syfte* som att ”uppnå en mer personcentrerad, tillgänglig och jämlik mödrahälsovård och förlossningsvård som är säker och bygger på bästa tillgängliga kunskap.” I princip samma syfte har uttryckts i överenskommelserna sedan satsningens början. Det vi primärt betraktar som *mål* i överenskommelserna 2023–2025 är de nio insatsområdena, som ska vägleda regionernas val av insatser. Vi kommer hädanefter hänvisa till insatsområdena som mål.

När vi analyserar statens styrning av regionerna är det primärt dessa mål som vi förhåller oss till. Vi har däremot valt att strukturera vår indikatorsuppföljning utifrån satsningens syfte, eftersom det har varit en övergripande inriktning för satsningen genomgående sedan dess början 2015. De nio målen redovisas i avsnitt 3.1.1.

### 2.1.4 Regeringen styr genom riktade statsbidrag

Överenskommelserna är exempel på riktade statsbidrag. Riktade statsbidrag är fördelaktiga ur regeringens perspektiv eftersom de möjliggör en snabb och flexibel styrning, och kan bidra till att tydliggöra politiska prioriteringar. Huvudregeln har dock varit att staten snarare ska lämna generella statsbidrag, för att ge regioner och kommuner stabila planeringsförutsättningar och en rimlig planeringshorisont. I våra tidigare rapporter har vi också visat på att användningen av riktade statsbidrag haft brister bland annat vad gäller det förberedande arbetet, formuleringen av mål och o-koordinerade styrsignaler. Forskare har visat på andra risker, som att tillfälliga statsbidrag kan orsaka långsiktiga budgetbalansproblem (Dahlberg & Rattsö 2010).

De riktade statsbidragen har över tid ökat i omfattning, trots ambitioner om att minska dem (Statskontoret 2023; Vård- och omsorgsanalys 2022). På senare år syns dock en viss nedgång i summan av utbetalda riktade statsbidrag till regioner (Statskontoret 2025). I slutet av 2025 fick riksdagen en motion om en statsbidragsprincip, som bl.a. syftar till att begränsa tillskapandet av riktade statsbidrag och begränsa riktade statsbidrag till två år (motion 2025/26:1270).

## 2.2 Många regeringsuppdrag med olika inriktning

Statliga myndigheter ansvarar för en rad olika kunskapsstöd och föreskrifter riktade till regioner och kommuner. Föreskrifter är bindande, medan rekommendationer i kunskapsstöden är frivilliga att följa.

Regeringen har mellan 2023–2025 gett en mängd uppdrag relaterade till satsningen till olika myndigheter och icke-statliga aktörer. Uppdragen är inriktade på både graviditet och förlossning, och sjukdomar som främst drabbar kvinnor. Det har resulterat i flera kunskapsunderlag som relaterar till satsningens målområden. Socialstyrelsen har fått majoriteten av uppdragen.

### 2.2.1 Socialstyrelsens uppdrag gäller graviditet och förlossningsvård samt kvinnors hälsa mer brett

Socialstyrelsen har totalt fått 57,3 miljoner under 2023–2025 för olika regeringsuppdrag inom satsningen på kvinnors hälsa. I uppdragen ingår både att följa upp överens-

kommelserna och ta fram ett förslag till nationell plan för förlossningsvården, samt insatser med fokus på sjukdomar som främst drabbar flickor och kvinnor och insatser relaterat till sexuellt våld. Som svar på regeringsuppdragen har Socialstyrelsen publicerat flera rapporter, riktlinjer och kunskapsstöd. Värt att lyfta fram är ett slutgiltigt förslag på nationell plan för vården vid graviditet, förlossning och tiden efter för perioden 2026–2035 (2025) samt nationella riktlinjer för klimakteriebesvär och bäckenbottendysfunktion (båda 2025). Den nationella planen kommer vara en utgångspunkt för satsningens fortsättning 2026–2027. Planen har ett övergripande fokus på jämlikhet.

Socialstyrelsen har också haft andra regeringsuppdrag med relevans för kvinnors hälsa, men utan direkt koppling till satsningen. Ett exempel är regeringsuppdraget att utarbeta nationella riktlinjer för migränvården (Socialdepartementet 2025d). I vår delrapport visade vi att migrän är ett av de sjukdomstillstånd med störst skillnad i sjukdomsburda mellan kvinnor och män (Vård- och omsorgsanalys 2025).

## 2.2.2 Andra myndigheter har också fått uppdrag med olika fokus

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har fått 30 miljoner för att stärka tillsynen av landets samtliga förlossningskliniker (S2023/00971). I en delrapport 2024 redovisade IVO att de funnit brister på samtliga 45 förlossningskliniker i landet (Inspektionen för vård och omsorg [IVO] 2024). I mars 2025 meddelade IVO att 30 förlossningskliniker förbättrat vården på så sätt att tillsynen kan avslutas för de verksamheterna (IVO 2025). I slutrapporten konstaterar IVO att de mest omfattande bristerna finns i det systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet. IVO lyfter också fram brister inom omhändertagandet av patienter med psykisk ohälsa och besvär samt för kvinnor som fått bristningar. Dessutom bedömer IVO att vårdgivare behöver bli bättre på att följa nationella riktlinjer (IVO 2026).

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) har fått 20 miljoner för att ta fram kunskapsunderlag inom området kvinnohälsa (S2022/04810). Det har resulterat i flera underlag av olika slag, till exempel med inriktning på ätstörningar, polycystiskt ovarialsyndrom (PCOS), äggstockscancer samt sexuellt våld och könsstympning.

Folkhälsomyndigheten (Fohm) har fått 17,5 miljoner för att ta fram fördjupade kunskapsunderlag inom ramen för satsningen på förlossningsvård och kvinnors hälsa (S2023/02102), och för att sprida och införa en nationell handlingsplan för sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR). Fohm har publicerat sex kunskapsunderlag inom uppdraget, bland annat två rapporter relaterade till klimakteriet, en undersökning om sexuell hälsa efter förlossning och en rapport om hinder för deltagande i livmoderhals- och bröstcancerscreening hos kvinnor med funktionsnedsättning (Folkhälsomyndigheten 2024, 2025a, 2025b).

År 2022 fick forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd (Forte) och Vetenskapsrådet 1 miljon för att utreda forskningsbehovet inom kvinnors hälsa (S2021/06140), vilket slutrapporterades i slutet av 2023. I slutrapporten föreslås en forskningssatsning för att förbättra kvinnors hälsa, med fokus på sjukdomar och hälsotillstånd som är unika för eller vanligare bland kvinnor, samt gravidas hälsa och en jämlik förlossningsvård inklusive eftervård (Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd [Forte] 2023). År 2025 satsade dessutom regeringen 30 miljoner på forskning om kvinnors hälsa och

sjukdomar som delas ut genom Forte och Vetenskapsrådet, som en del av prop. 2024/25:60. Ytterligare 160 miljoner har avsatts för det ändamålet under 2026–2028.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys uppdrag att följa upp satsningen redovisas i den här slutrapporten, och i vår tidigare delrapport. För det uppdraget har vi fått 11 miljoner.

### 2.2.3 Icke-statliga aktörer har också fått uppdrag

SKR har under perioden fått totalt 55 miljoner för samordnande och stödjande insatser inom ramen för överenskommelserna. I insatserna ingick bland annat att underlätta erfarenhetsutbyte mellan regionerna och bistå med olika analyser. Riksförbundet för sexuell upplysning (RFSU) har fått 9 miljoner under perioden för insatser med fokus på kunskap om SRHR bland kvinnor och män med migrantbakgrund (varav 3 miljoner tilldelades 2022).

**Figur 3.** Sammanlagda medel för statliga insatser kopplade till kvinnors hälsa 2015–2025, miljoner kronor.

Miljoner kronor



NOT: Exklusive medel till SKR för samordnande och stödjande insatser.

### 2.2.4 Uppdragen speglar satsningens mål

Uppdragen speglar i stor utsträckning målen i överenskommelserna. Områden som graviditetsvårdkedjan, eftervård, samt kvinnors hälsa inklusive SRHR och sexuellt våld är i fokus både i överenskommelserna och i myndighetsuppdragen. Ökad jämlikhet är ett indirekt fokus genom uppdrag som nationell plan för förlossningsvård, men har inte samma uttalade fokus i uppdragen till myndigheterna som i överenskommelserna.

Stärkt kompetensförsörjning och utvecklade arbetssätt är mål i överenskommelserna som inte speglas lika tydligt bland uppdragen till myndigheterna. Däremot gav regeringen 2022 Vårdkompetensrådet ett uppdrag om kompetensförsörjning av barnmorskor i förlossningsvården, vilket hänvisas till i 2024 års överenskommelse (Nationella vårdkompetensrådet 2023).

Det finns också exempel på uppdrag som speglar intentionen med ett breddat fokus på kvinnors hälsa. I vår delrapport identifierade vi en rad behov som rör kvinnors hälsa.

Bland de myndighetsuppdrag och kunskapsunderlag som kommit under 2023–2025 lyfte vi i vår delrapport särskilt fram hälsotillstånd som gynekologisk smärta, migrän samt kvinnor som utsatts för sexuellt våld och könsstympning.

## 2.3 Satsningen övergår i en ny fas

Satsningen fortsätter bortom 2025, men upphörde från och med 2026 att regleras genom överenskommelser. Här gör vi en kort sammanfattning av hur regeringens riktade statsbidrag inom satsningens områden förväntas se ut under kommande år, baserat på tillgänglig information.

Regeringen har aviserat att satsningen kommer fortsätta 2026 och 2027, med drygt 950 miljoner varje år till mödrahälsovård, förlossningsvård samt flickors och kvinnors hälsa. Socialstyrelsen har fått i uppdrag att fördela, betala ut och följa upp medlen (S2026/00047). Ett särskilt fokus kommer vara att genomföra den nationella planen för graviditet, förlossning och tiden efter.

I uppdraget framgår att medlen ska vara prestationsbaserade. Socialstyrelsen ansvarar för att följa upp vilka resultat som har uppnåtts av de genomförda insatserna. Medel får betalas ut för åtgärder inom följande områden:

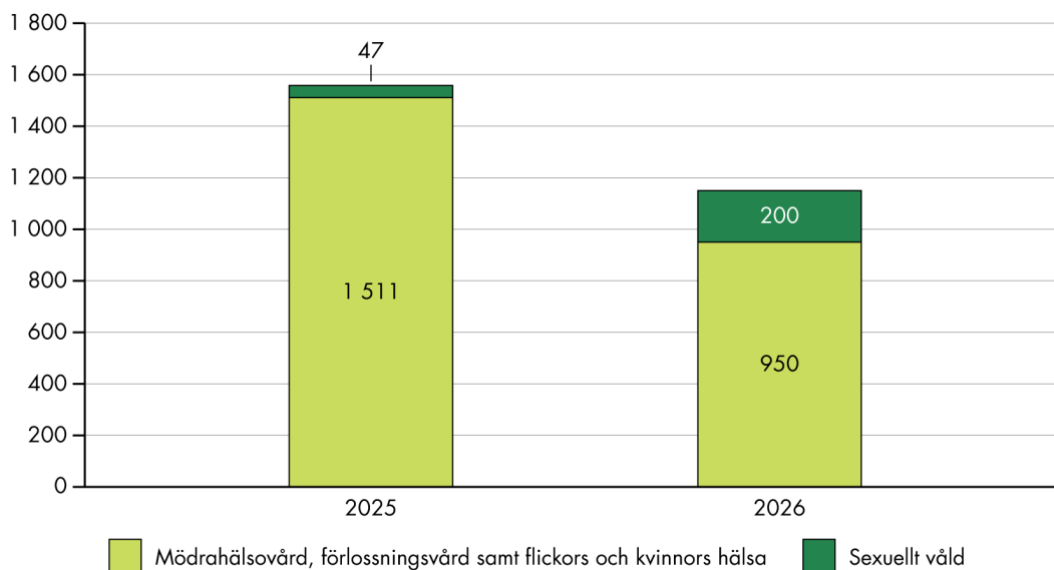
- stärkt tillgänglighet
- tydliga remissvägar och vårdkedjor
- ökad vårdkapacitet kompetensförsörjning och arbetsmiljö
- de tre fokusområden som ingår i den nationella planen för graviditet, förlossning och tiden efter (se 2.3.1.).

Regeringen har också aviserat en satsning på cirka 200 miljoner varje år 2026–2028 till stärkt vård för barn och vuxna som utsatts för sexuellt våld, vilket har ingått i satsningen 2023–2025. Socialstyrelsen har fått i uppdrag att fördela, betala ut och följa upp även dessa medel (S2026/00050).

Sammantaget kommer förändringarna innebära en minskad satsning på mödrahälsovård, förlossningsvård samt flickors och kvinnors hälsa, och betydligt mer pengar avsatta till vård för utsatta av sexuellt våld jämfört med den summa regionerna har valt att fördela till området 2023–2025. Figur 4 redovisar förändringarna i stimulansmedel.

**Figur 4.** Medel till riktade satsningar inom förlossningsvård och kvinnors hälsa, 2025 och 2026.

Miljoner kronor



NOT: Inklusive stimulansmedel, exklusive medel till myndighetsuppdrag. Fördelningen för 2025 mellan mödrhälsovård, förlossningsvård samt flickors och kvinnors hälsa, och sexuellt våld och könsstympning baseras på regionernas redovisade fördelning av medel till mål (cirka 3 procent till sexuellt våld och könsstympning 2023–2024).

### 2.3.1 Nationella planen inkluderar nya mål för satsningen framåt

I den nationella planen för graviditet, förlossning och tiden efter presenteras tio övergripande mål, indelat i tre fokusområden. Målen har underliggande delmål, indikatorer och förslag på insatser.

**Tabell 2.** Mål i nationella planen för graviditet, förlossning och tiden efter, 2026–2035.

#### Fokusområde 1: En säker, sammanhållen, personcentrerad, tillgänglig och jämlik vård under graviditet, förlossning och tiden efter.

En mer individanpassad mödrhälsovård för kvinnor med riskfaktorer, särskilda behov eller psykisk ohälsa.

En mer jämlik tillgång till fosterdiagnostik och tydligare information och stöd vid beslut om fosterdiagnostik.

Ett utvecklat, kvalitetssäkrat och mer jämlikt föräldraskapsstöd till blivande föräldrar.

En mer jämlik, trygg och säker förlossningsvård för alla födande och barn.

En utvecklad neonatalvård. Det behövs bland annat ökad familjecentrering och samvård där föräldrar kan vara mer delaktiga i vården, färre transporter på grund av platsbrist och en förbättrad uppföljning.

Bättre planering inför kvinnans eftervård.

Strukturerad uppföljning för alla som fött barn.

Förbättrad tillgång till vård och stöd vid både fysiska och psykiska hälsoproblem efter förlossning inklusive amningsstöd.

#### Fokusområde 2: En nationellt samordnad kunskapsstyrning och kunskapsbaserad vård.

En mer nationellt samordnad kunskapsstyrning och kunskapsbaserad vård, där följsamheten till de nationella riktlinjer och kunskapsstöd som tagits fram de senaste åren behöver öka.

### Fokusområde 3: En hållbar kompetensförsörjning som möter vårdbehovet.

En hållbar kompetensförsörjning i vården för att möta vårdbehovet hos både gravida och nyfödda. Det behövs bland annat möjlighet till kompetensutveckling och specialisering för vårdens personal.

---

Jämfört med överenskommelserna 2023–2025 innehåller planen fler mål, men omfattar inte uttalade mål för kvinnors sexuella och reproduktiva hälsa eller sexuellt våld och könsstymning (även om ett behov av kompetensutveckling för sexuellt våld och könsstymning nämns i planen). Det är naturligt, eftersom uppdraget var avgränsat till tiden före, under och efter förlossning. Många av målen känns igen från de senaste årens överenskommelser men det finns också skillnader, t.ex. om fosterdiagnostik, föräldraskapsstöd och strukturerad uppföljning efter förlossningen.

Utvecklingen föreslås följas genom analys av regionernas nulägesanalyser och redovisning av insatser, årlig regiondialog, kvantitativ uppföljning genom indikatorer (fokusområde 1) och andra uppföljningsmått (fokusområde 2 och 3) samt fördjupade tematiska analyser. Uppföljning genom nulägesanalyser och redovisning av insatser följer samma modell som de senaste åren.

## 3 Målen har begränsad styrande potential

I utformningen av överenskommelserna har regeringen och SKR behövt göra en avvägning mellan att styra mot en gemensam riktning å ena sidan, och att respektera regionernas bestämmanderätt och behov av att själva prioritera och utforma insatser å andra sidan.

I det här kapitlet vill vi undersöka i vilken utsträckning regionernas val av insatser har styrts av satsningens mål, och vad som har påverkat målen styrande kraft. Det gör vi genom att analysera om genomförda insatser speglar målen, om förändringar i mål har lett till förändringar i insatser, och baserat på regionföreträdares utsagor.

Våra viktigaste resultat:

- Målen uppfattas av regionföreträdare som relevanta och hjälpsamma, men det finns faktorer som begränsar målen styrande potential. Den främsta begränsningen är målen bredd och brist på tydlighet, men även satsningens utformning med ettåriga överenskommelser.
- Utmanande förutsättningar för uppföljning gör det svårt att utvärdera hur mycket regionerna har styrts av målen. Vår bedömning utifrån intervjuer och regionernas redovisningar är att regionerna inte har styrts av målen i hög utsträckning.

### 3.1 Målen ger regionerna stor frihet men begränsad vägledning

Vi redovisar i det här avsnittet vilka mål som ingått i satsningen under perioden 2023–2025 och analyserar målen förutsättningar för att styra regionernas insatser.

Vi ser att målen bidrar till att sätta en riktning och belysa vissa särskilda områden, men de uppfattas också som fluffiga och allomfattande. Vi bedömer att det funnits utrymme att göra målen skarpare utan att inskränka på regionernas handlingsutrymme.

#### 3.1.1 Nio mål med olika fokus

Nedan listar vi de nio målen som ingått i överenskommelserna under perioden. Målen har ibland omformulerats mellan de tre överenskommelserna. Här har vi beaktat och illustrerat det genom att inkludera tillägg eller förändringar i parentes. Mål 5 lades till i 2024 års överenskommelse, medan mål 4 försvann i 2025 års överenskommelse.

Tabell 3. Mål i överenskommelserna 2023–2025.

Målrubrik Målbeskrivning	ÖK 2023	ÖK 2024	ÖK 2025
<b>1 Utveckling av (en mer sammanhållen) graviditetsvårdkedja.</b> <i>Vårdkedjan under graviditet och förlossningen (och tiden efter) ska vara (sammanhållen och) samordnad med god personalkontinuitet.</i>	X	X	X
<b>2 (Stärkt och) utvecklad eftervård.</b> <i>Alla kvinnor ska erbjudas vård och stöd efter graviditet och förlossning utifrån individuella förutsättningar och behov.</i>	X	X	X
<b>3 Utveckling av relevant kompetens (ökad tillgång till aktuell kunskap).</b> <i>Kompetensen i mödrahälsovården och förlossningsvården ska utvecklas för att tillgodose kvinnors olika behov. (Stärk förutsättningarna att arbeta utifrån befintliga riktlinjer och kunskapsstöd och utveckla kompetensen i mödrahälsovården och förlossningsvården för att tillgodose kvinnors olika behov.)</i>	X	X	X
<b>4 Utveckling av nya arbetssätt.</b> <i>Arbetssätt ska utvecklas som bidrar till en personcentrerad, tillgänglig och jämlik vård för alla kvinnor som är kunskapsbaserad och säker samt till en god arbetsmiljö för hälso- och sjukvårdens medarbetare.</i>	X	X	
<b>5 Stärkt kompetensförsörjning.</b> <i>Den långsiktiga kompetensförsörjningen av barnmorskor och andra professioner behöver säkras.</i>		X	X
<b>6 Mer jämlik mödrahälsovård och förlossningsvård</b> <i>Omotiverade skillnader mellan olika grupper av kvinnor ska minska (Ojämligheter i mödrahälsovården och förlossningsvården ska minska).</i>	X	X	X
<b>7 Särskilda insatser för att stärka tillgängligheten till mödrahälsovården och förlossningsvården på landsbygden (och glesbygden)</b> -	X	X	X
<b>8 Utveckling av hälso- och sjukvård som rör flickors och kvinnors hälsa och sjukdomar inklusive sexuell och reproduktiv hälsa (och sjukdomar som främst drabbar kvinnor)</b> <i>Hälso- och sjukvården ska anpassas till kvinnors och flickors olika förutsättningar och vårdbehov (t.ex. genom ökad kompetens och tydliga vårdkedjor).</i>	X	X	X
<b>9 En god vård för personer som utsatts för sexuellt våld och könsstympning</b> <i>Vården för flickor och kvinnor som utsatts för sexuellt våld och könsstympning ska vara tillgänglig, jämlik och kunskapsbaserad.</i>	X	X	X

Mål 1–7 har ett uttalat fokus på mödrahälsovården och förlossningsvården, medan mål 8–9 fokuserar på aspekter av kvinnors hälsa mer brett. Vi ser också att målen har olika karaktär. Några fokuserar på specifika områden eller patientgrupper (eftervård, tillgänglighet i landsbygden, personer som utsatts för sexuellt våld och könsstympning), medan andra är inriktade på mer generella förutsättningar för god vård (kompetens, arbetssätt och kompetensförsörjning).

Flera av målen har vuxit fram ur liknande mål i tidigare överenskommelser, och några är i stort sett direkt överförda från tidigare överenskommelser. Tre mål har inte ingått i de tidigare överenskommelserna i form av mål: mål 4 (nya arbetssätt), mål 6 (ökad jämlikhet) och mål 8 (flickors och kvinnors hälsa och sjukdomar). Det är dock områden som figurerat i överenskommelserna på andra sätt. En översikt av målen som har ingått i varje överenskommelse 2015–2025 redovisas i Bilaga 4.

### 3.1.2 Regionerna har stor frihet i valet av insatser

Överenskommelserna lämnar stor frihet till regionerna att fördela medel utifrån mål och val av insatser. Varje mål beskriver allmänt vad regionerna får använda medlen till, med fokus på vad regionerna ska uppnå snarare än hur (t.ex. genom bemanning eller utbildningar). Ofta finns fler än en beskrivning av vad medel får användas till. För vissa mål har man gett exempel på insatser, eller specificerat patientgrupper eller tillstånd som ska ges särskild hänsyn. Men de beskrivningarna är i regel inte tvingande. Det finns inga beskrivningar av vad medel *inte* får användas till.

Regionföreträdare menar att satsningen träffar en bra balans mellan att styra och ge regionerna eget handlingsutrymme. De uttrycker också att styrning i grunden är något positivt, när det bygger på relevanta mål. En respondent ifrågasätter att vissa sorters insatser, t.ex. digitala lösningar som nationellt föräldraskapsstöd, ska utvecklas separat av varje region, i stället för nationellt.

Det är stor skillnad i vilka mål som regionerna har redovisat att insatser främst bidragit till. Skillnaderna i redovisningen kan bero på verkliga skillnader i inriktningen, men också på skillnader i hur regionerna har tolkat mål och kategoriserat likartade insatser. De flesta mål hade insatser redovisade från alla regioner 2023, med några undantag:

- Insatser inriktade på sexuellt våld och könsstympning saknades i tre regioner.
- Insatser inriktade på flickors och kvinnors hälsa samt tillgänglighet i landsbygden saknades vardera i en region.

### 3.1.3 Målen kunde varit tydligare utan att inskränka regionernas handlingsutrymme

En grundprincip med överenskommelserna är att regionerna själva ska styra valet av insatser. Därmed behöver det finnas frihet i regeringens styrning av regionerna. Trots det bedömer vi att det funnits potential att förtydliga målen utan att göra avkall på flexibiliteten. Vi ger här några exempel.

Målet som fokuserar på en mer jämlik vård beskrivs i 2023 års överenskommelse som att ”omotiverade skillnader mellan olika grupper av kvinnor ska minska.” Målformuleringen lyfter fram skillnader mellan kvinnor utifrån utbildningsnivå och födelse-land, t.ex. bristningar eller eftervårdsbesök. Överenskommelserna inkluderar även ett redovisningskrav för regionerna att analysera skillnader i vården. Däremot saknas en definition av begreppet *omotiverad*. I vår rapport *Omotiverat olika* definierar vi en omotiverad skillnad som att den ”inte förklaras av skillnader i vårdbehov eller medicinska förutsättningar.” (Vård- och omsorgsanalys 2019). För att isolera omotiverade skillnader behöver skillnader som beror på vårdbehov och medicinska förutsättningar rensas bort.

Det kräver ett omfattande analysarbete bortom vad som är rimligt att förvänta sig från enskilda regioner. I 2025 års överenskommelse ersattes termen ”omotiverade skillnader” av ett mer ospecifikt ”ojämlikheter” i målbeskrivningen.

Målet om utveckling av eftervård är formulerat som att alla kvinnor ska *erbjudas* ett eftervårdsbesök. I redovisningskraven ingår dock för regionerna att redovisa andelen kvinnor som *får* ett eftervårdsbesök, men inte hur många som erbjudits ett eftervårdsbesök. I målbeskrivningen ligger fokus också på utmaningar i att få kvinnor att komma på eftervårdsbesök snarare än i att få regionerna att erbjuda eftervårdsbesök.

I 2024 års överenskommelse tillkom ett mål om stärkt kompetensförsörjning. Målet hade ett prestationskrav på regionerna att ta fram en kompetensförsörjningsplan. I målbeskrivningen står att planen ska avse barnmorskor och andra professioner inom området, och att regionerna ska beakta en aktuell rapport om kompetensförsörjning av barnmorskor (Nationella vårdkompetensrådet 2023). Man skriver också att regionerna bör redogöra för planerade insatser på kort och lång sikt. Baserat på Socialstyrelsens analys av regionernas kompetensförsörjningsplaner har regionernas prestationer varierat. De flesta planer sträcker sig över tio år, men inte alla. Tidshorisonten var inget som specificerades i målbeskrivningen. Samtliga regioner inkluderade barnmorskor i sin plan, men de flesta regioners planer saknade andra professioner. Ett par regioner fokuserar enbart på förlossningsvården. Det är långt ifrån alla planer som berör de överväganden och förslag som lämnats i Nationella vårdkompetensrådets rapport. Regionernas planer skiljer sig dessutom på andra sätt i fokus och prioriteringar. Resultatet blir en bristande jämförbarhet som innebär att Socialstyrelsen får svårt ”att jämföra läget i regionerna och presentera en nationell bild av tillgången till och behovet av olika professioner inom området kvinnohälsa”.

### 3.1.4 Regionföreträdare uppfattar målen som breda och tillåtande

När regionföreträdarna i intervjuer ombads beskriva satsningens mål med egna ord så gjorde de detta på olika sätt. De flesta beskrivningar handlade om att stärka kvinnors hälsa och kvinnosjukvården, snarare än enbart graviditet- och förlossningsvården, och några satte särskilt våldsutsatta och andra grupper i fokus. De flesta dimensionerna i satsningens syfte nämndes, men tillgänglighet och jämlikhet nämndes oftare. Några beskriver målen i överenskommelserna som tydliga, konkreta och vägledande, men också som ”fluffiga” och allomfattande.

Regionföreträdarna uppfattar att det finns stöd för målen bland professionen och patienterna, inklusive breddningen av fokus. En regionföreträdare tycker att målen utvecklas som en reaktion på de problem som framkommer i register och graviditetsenkät, exempelvis kring eftervård.

## 3.2 Oklart om regionernas många insatser påverkats av målen

I det här avsnittet utforskar vi hur överenskommelserna och regeringens styrning har omsatts i praktiken i regionerna. Vi börjar med att ge en översiktsskild av vilka sorters insatser som regionerna har fokuserat på under perioden. Därefter analyserar vi graden av målstyrning, det vill säga i vilken utsträckning regionernas aktiviteter verkar ha styrts

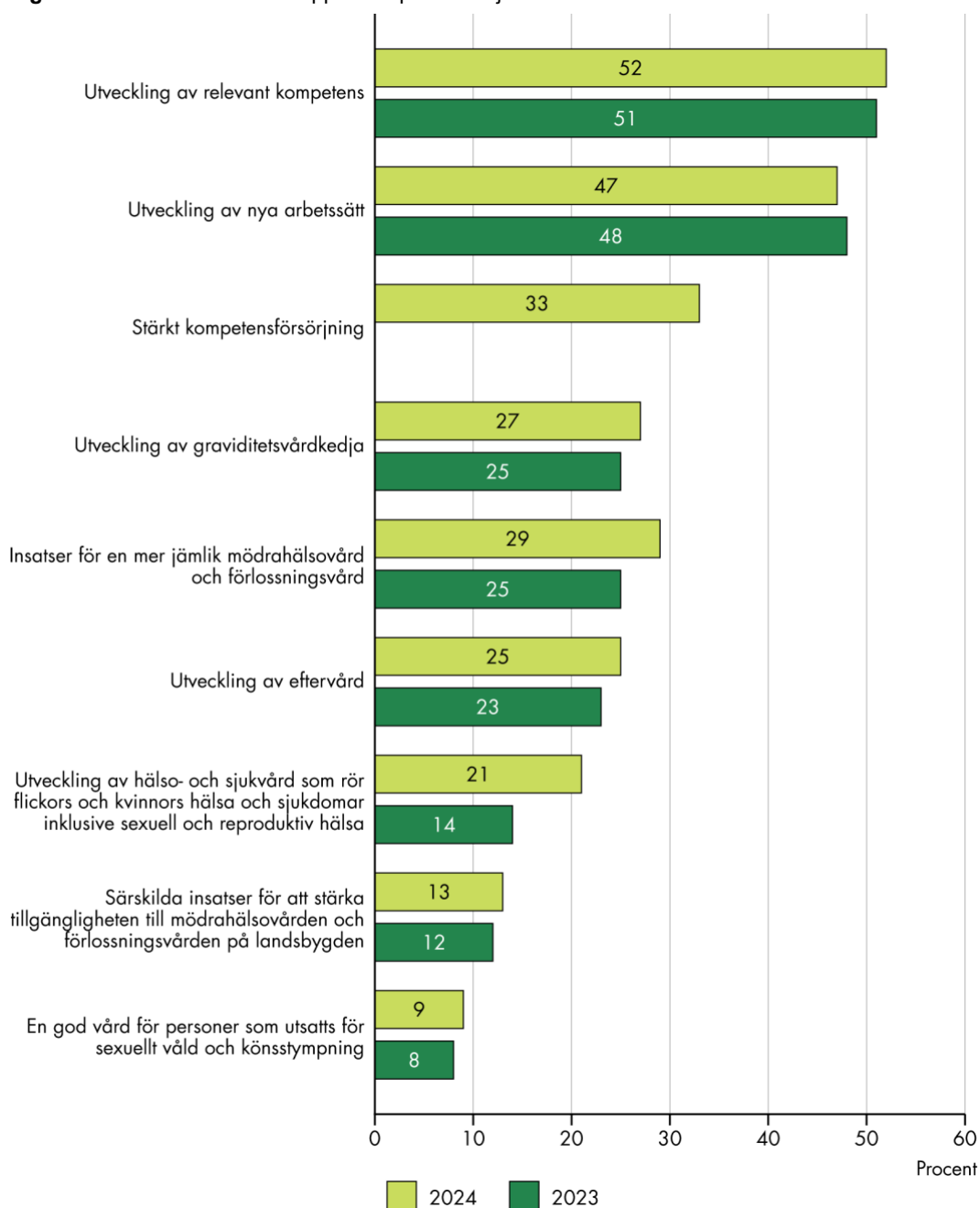
av överenskommelsernas mål. Vi utgår från Socialstyrelsens uppföljning av överenskommelserna och kompletterar med egna analyser baserade på regionernas redovisning. Sist belyser vi andra faktorer som kan påverka i vilken utsträckning regionerna styrs av överenskommelsernas mål.

Regionerna har under perioden genomfört ett stort antal insatser. De flesta regioner har genomfört insatser inom alla målområden, i varierande utsträckning. Vi har svårt att se tydliga tecken på att regionernas val av insatser har styrts av överenskommelsernas mål. Det beror delvis på att målen är löst formulerade och på utmaningar i att följa regionernas insatser. Samtidigt lyfter regionföreträdare också flera faktorer som begränsar målens styrande potential.

### **3.2.1 Regionernas insatser är spridda över målen**

Regionerna har främst fördelat medel till målen Stärkt kompetensförsörjning, Utveckling av nya arbetssätt och Utveckling av relevant kompetens (sammanlagt 58 procent av medel). Det framgår av Socialstyrelsens sammanställning av regionernas redovisade fördelning av medel.

Ett annat sätt att sammanställa vad regionerna har fokuserat på är att undersöka vilka mål som flest insatser har varit inriktade på. Figur 5 visar hur stor andel av alla insatser som helt eller delvis fokuserat på varje mål. En majoritet av insatserna bidrog till fler än ett mål.

**Figur 5.** Andel insatser som kopplas ihop med varje mål.

Källa: Egen beräkning av regionernas redovisningar.

Regionerna redovisade oftast att insatser bidrog till utveckling av relevant kompetens och utveckling av nya arbetssätt. Det är i linje med tidigare år inom satsningen, när en stor andel av insatserna var inriktade på verksamhetsutveckling och arbetssätt samt utbildningar (Vård- och omsorgsanalys 2023).

I sin uppföljning skrev Socialstyrelsen att ”insatser som rör insatsområdet utveckling av eftervård dominerar stort även om den ekonomiska redovisningen inte ger denna bild” (Socialstyrelsen 2024a). Inte heller vår sammanställning i Figur 5 ger den bilden. Socialstyrelsen baserar i stället sin bedömning på en kvalitativ genomgång av regionernas aktiviteter, till exempel baserat på regionernas nulägesanalyser.

Baserat på en genomgång av regionernas redovisningar för 2023 uppskattar vi att regionerna har fortsatt att använda ungefär 80 procent av stimulansmedlen på bemanningsrelaterade insatser, i linje med vad som rapporterades 2020–2022 (Socialstyrelsen 2024a). Bemanningsrelaterade insatser har kategoriserats på olika sätt av regionerna, både under stärkt kompetensförsörjning och andra mål.

Regionernas redovisning av medel per insats för 2023 visar på en stor men relativt jämn variation. Medianvärdet för alla<sup>1</sup> insatser var 430 000 kronor. Ungefär en tiondel av insatserna tilldelades mindre än 40 000 kronor, och ungefär en tiondel tilldelades mer än 4 miljoner. Region Stockholm stack ut med en insats som tilldelades 292 miljoner (cirka 80 procent av regionens tilldelade medel). Insatsen utgjordes av en höjning av ersättningar för vårdval förlossning och vårdval barnmorskemottagning.

Vi drar slutsatsen att regionerna generellt har gjort den typen av insatser som de ska göra utifrån kraven i överenskommelserna. Regionerna verkar också ha uppfyllt de angivna redovisnings- och prestationskraven. Vår bedömning utgår från regionernas redovisning av insatser.

### 3.2.2 Regionernas insatser speglar målen

Regionernas insatser speglar generellt målen i överenskommelserna. Men – målen är så pass breda och överlappande, att de flesta tänkbara insatser går att passa in i något eller några av målen. Det är tveksamt hur mycket målen har styrt valet av insatser, särskilt med tanke på att en så stor andel av insatserna fortsatt från året innan.

Det som regionföreträdarna lyfter som främst styrande i valet av insatser är verksamheternas behov. Vi ser tecken på att målens styrande kraft är begränsad. Dels är de så breda att de flesta tänkbara insatser kan passa in i något eller några av målen, dels är majoriteten av insatser fortsättningar från tidigare år. I vår tidigare uppföljning beskrev regionerna patientmedverkan som ett område som de kan systematisera och utveckla ytterligare (Vård- och omsorgsanalys 2023). Det verkar fortfarande vara ett utvecklingsområde, baserat på våra senaste intervjuer.

De flesta regioner har fördelat sina tilldelade stimulansmedel till alla överenskommelsernas mål, med några undantag. Det står inte uttalat att regionerna måste genomföra insatser inom alla insatsområden, men det är möjligt att det var regeringens intention. Samtidigt är det möjligt att dessa regioner ändå har genomfört insatser inriktade på målen i fråga, men valt att kategorisera dem under ett annat mål.

En annan intention har varit att regionerna skulle vara kreativa med sina val av insatser samt sprida kunskap och lärdomar mellan varandra. Exempelvis står det i målbeskrivningen för målet om utveckling av nya arbetssätt att ”fler, nya arbetssätt behöver identifieras, testas och spridas inom och mellan regioner och verksamheter.” I Socialstyrelsens uppföljning beskrivs att medarbetare i verksamheterna har involverats i att utveckla arbetssätt och hämta idéer (Socialstyrelsen 2024a). Däremot analyserar Socialstyrelsen inte i vilken utsträckning arbetssätt har spridits mellan regioner.

<sup>1</sup> Baserat på 570 insatser och exklusive insatser med ofullständig redovisning.

Ett område i fokus under 2023–2025 var tillgänglighet i landsbygd. Cirka 10 procent av totala summan medel (150 miljoner) fördelades utifrån regionernas befolkning i landsbygd, medan resterande medel fördelades utifrån regionernas befolkning totalt. Det hade ibland märkbara effekter på regionernas totala tilldelning av medel. Till exempel fick Region Gotland 71 procent större total tilldelning av stimulansmedel jämfört med om stimulansmedel enbart hade fördelats utifrån befolkning. Trots att regionerna fick fördela de här medlen som de ville, hade de flesta regioner fördelat en snarlik summa till insatser inom målområdet tillgänglighet i landsbygd. En detaljerad redovisning finns i Bilaga 4.

### 3.2.3 Förändrad styrning har inte tydligt påverkat insatser

Om vi kan observera förändringar i regionernas insatser som motsvarar förändringar i satsningens mål, är det tecken på att målen har en styrande effekt på regionernas aktiviteter. Det har varit svårt att hitta passande områden för en sådan analys på grund av bristande jämförbarhet i regionernas insatser över tid och satsningens likartade inriktning mellan överenskommelser. Vi har identifierat två områden där vi kunnat utläsa en förändring i regeringens intention eller fokus, och haft möjlighet att bedöma regionernas insatser över tid.

Från och med 2023 års överenskommelse saknades neonatalvården i målen och i överenskommelserna överlag. Det innebar ett avsteg från överenskommelserna under 2018–2022, när neonatalvård var ett eget insatsområde. År 2022 uppgav 19 av 21 regioner att de bedrivit något arbete för att förbättra neonatalvården. År 2023 och 2024 redovisade 20 av 21 respektive 18 av 20<sup>2</sup> regioner någon insats med fokus på neonatalvården. Andelen av alla regionernas insatser som hade fokus på neonatalvården var knappt 20 procent både 2023 och 2024 (vi saknar uppgift för tidigare år). Det är med andra ord svårt att se någon effekt på regionernas insatser av att överenskommelserna skiftat fokus bort från neonatalvården, vilket kan tolkas som ett tecken på att regionerna åtminstone inte styrs av vad målen *inte* innehåller. En annan möjlig förklaring är att regionerna har inkluderat neonatalvården i sin tolkning av vad ”graviditetsvårdkedjan” omfattar.

Det andra området där vi kan se en förändrad styrning och har viss möjlighet att jämföra insatser över tid på ett jämförbart sätt är inom kvinnors sexuella och reproduktiva hälsa samt sexuellt våld och könsstympning. Vi ser inte heller här tydliga tecken på att den förändrade styrningen har haft genomslag på regionernas insatser. Det här analyserar vi i större detalj i avsnitt 5.3.

Ett tredje exempel på förändrad styrning under perioden 2023–2025 är ett ökat fokus på stärkt statlig kunskapsstyrning i överenskommelserna. Men det är svårt att bedöma om det har gett någon effekt på regionernas insatser baserat på regionernas redovisningar. Socialstyrelsen har inte heller utvärderat följsamheten till nationella riktlinjer för graviditet, förlossning och tiden efter. IVO har nyligen genomfört tillsyn av landets förlossningskliniker, som dock visade att förlossningskliniker behöver bli bättre på att följa nationellt kunskapsstöd för bäckenbottenbristningar (IVO 2026). Det kan indikera

<sup>2</sup> För 2024 saknar vi redovisning för en region.

att regionerna behöver göra fler insatser inom området, även om det inte utesluter att regionerna också har gjort insatser inom området under perioden 2023–2025.

### 3.2.4 Andra faktorer begränsar målens styrning

Regionföreträdare har i våra intervjuer beskrivit flera interna och externa faktorer som kan påverka målens styrande potential. Tabell 4 sammanfattar de faktorer som tydligast framträder i våra intervjuer, och i flera fall även i Socialstyrelsens uppföljningsrapporter och i vår tidigare uppföljning av satsningen.

**Tabell 4.** Faktorer som kan påverka målens styrningspotential.

Faktor	Beskrivning
Fokus på långsiktighet kan ge minskad flexibilitet	En majoritet av regionernas insatser pågår i mer än tre år (SKR 2022b). Det har historiskt inom satsningen bidragit till att regionerna har haft en hög grad av kontinuitet i insatser från år till år. I samband med redovisningen för 2022 uppgav regionerna att 93 procent av de insatser som var planerade för 2023 var sådana som pågick även 2022 (SKR 2022b). Det är en begränsande faktor i regionernas benägenhet att ändra fokus för insatser från år till år. Samtidigt är långsiktighet ett ledord i överenskommelserna, och något som regionerna efterfrågar mer av.
Korta planeringshorisonter skapar osäkerhet	En utmaning som lyfts genomgående i intervjuer med regionföreträdare är osäkerheten och de korta tidshorisonerna med medel som betalas ut ett år i taget. Det begränsar den möjliga ambitionsnivån och främjar "brandfacklor" över långsiktiga insatser. Det har lyfts i tidigare uppföljningar, t.ex. skrev SKR att överenskommelserna 2023–2025 "bör spänna över flera år" för att möjliggöra långsiktiga förbättringsarbeten (SKR 2022). Det är alltså något som regeringen inte har hörsammat under den senaste perioden.
Mer effektiv fördelning av medel kan ge minskad flexibilitet	Regionerna fördelar medel olika – som tillskott till rambudgeten, baserat på fördelningsnycklar, eller genom processer där verksamheter får äska medel. Här kan det finnas en konflikt mellan effektivitet och förmåga att hörsamma styrsignaler. Om medel går in i ordinarie budgetar eller fördelas enligt etablerade fördelningsnycklar, kan det öka effektiviteten och ge verksamheterna tydligare ekonomiska ramar för att genomföra insatser, men det kan också minska sannolikheten att medel fördelas utifrån de aktuella överenskommelsernas mål och intentioner.
Regionerna är mottagare av spridd kunskap med olika avsändare	En regionföreträdare menar att det är svårt för verksamheterna att hinna ta till sig all kunskap som kommer från olika myndigheter och organisationer. Under 2023–2025 har regionerna varit mottagare av kunskapsunderlag och styrsignaler relaterade till satsningen, bland annat från regeringen, SKR, Socialstyrelsen och MVOA.
Regionerna har begränsad möjlighet att omsätta medel på kort tid	Det finns begränsningar i hur mycket medel som går att använda på ett effektivt sätt över en given tidsperiod. Till exempel måste personal ha möjlighet att avsätta tid för att delta i kompetensutveckling, och samtidigt utföra sitt ordinarie arbete. Enligt en regionföreträdare dröjer det ibland nästan till sommaren innan verksamheten beviljas medel för en insats. Då har regionerna bara sex månader på sig att omsätta medlen.
Regionala prioriteringar kan påverka hur medel används	En framgångsfaktor som företrädare i en region lyft fram är ett regionalpolitiskt engagemang för kvinnohälsa. I en annan region hade företrädarna tvärtom uppfattningen att satsningens medel till stor del har gått till annan hälso- och sjukvård, och beskriver att de inte längre har möjlighet att ansöka om medel till insatser. Det kopplar regionföreträdarna delvis till att stimulansmedel går in i den ordinarie hälso- och sjukvårdsbudgeten.

## 4 Satsningen har bristande förutsättningar för uppföljning

Regeringen har sedan 2023 gett Socialstyrelsen det huvudsakliga uppdraget att följa upp genomförandet av regionernas insatser (Socialdepartementet 2023b) (S2023/00378). Den rollen tog de över från SKR, som haft uppdraget sedan satsningens start 2015. Dessutom har Myndigheten för vård- och omsorgsanalys fått i uppdrag att följa upp satsningen ur ett patient- och systemperspektiv under perioden 2023–2025. Det är en fortsättning på, och i viss mån breddning av, de uppdrag myndigheten haft sedan 2016. I överenskommelserna 2023–2025 finns det tre grundläggande krav för att regionerna ska få ta del av medel: redovisa genomförda insatser, redovisa användning och förbrukning av medel samt göra en nulägesanalys.

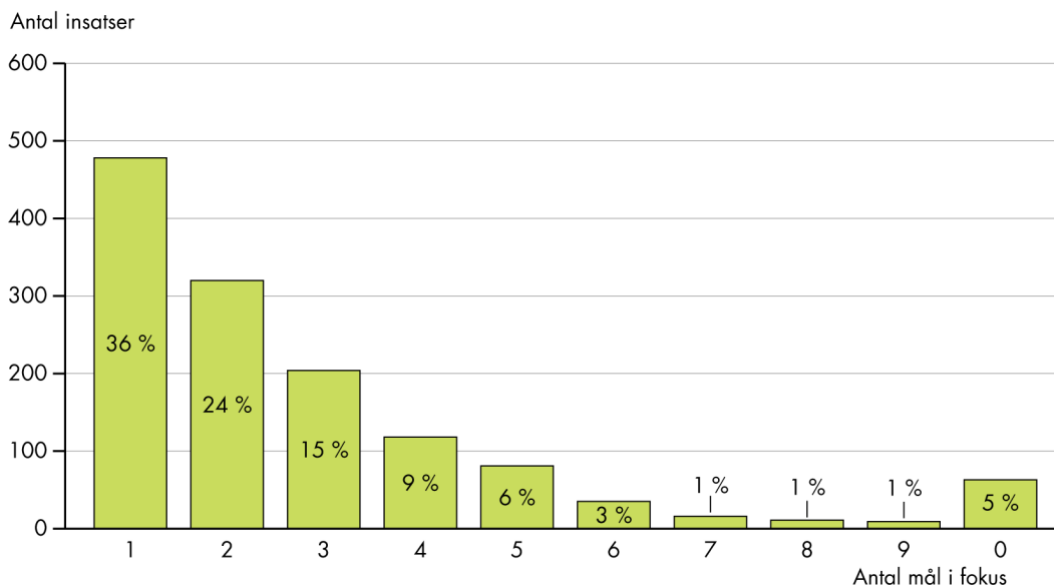
Våra viktigaste resultat:

- Överenskommelsernas mål är breda och överlappande. Det finns brister i målens tydlighet och mätbarhet. Regionerna redovisade insatser och medel på olika sätt och i olika utsträckning, delvis på grund av målens otydlighet.
- Målen och regionernas redovisningar ger Socialstyrelsen och Vård- och omsorgsanalys vissa möjligheter att följa upp satsningen, men det saknas förutsättningar att bedöma satsningens måluppfyllelse.

### 4.1 Breda mål och varierad redovisning försvårar uppföljning

Målen är brett definierade och i de flesta fall inte ömsesidigt uteslutande, utan går in i varandra på olika sätt. Breda och överlappande mål är inte fel i sig själv, men gör det svårt att följa upp satsningen. Det har dels inneburit att likartade insatser har kopplats till olika mål i olika regioner, dels är det svårt att utifrån regionernas ofta kortfattade redovisning avgöra om skillnader mellan regioner beror på skillnader i insatsernas fokus och utformning, eller på skillnader i tolkning av målen.

Det har också inneburit att de flesta insatser är inriktade på fler än ett mål. Där går det inte att utläsa vilket mål som insatsen primärt har varit inriktad på. Regionerna kopplade 36 procent av alla insatser till enbart ett mål. 59 procent av alla insatser kopplades till fler än ett mål. Figur 6 ger en fullständig redovisning av antalet mål i fokus för alla insatser 2023–2024.

**Figur 6.** Antal mål i fokus per insats, år 2023 och 2024 (n=1 335).

Källa: Egen beräkning av regionernas redovisningar.

En annan utmaning är att insatsområden har lagts till och tagits bort under perioden. Det innebär att det är svårare att jämföra mellan åren.

## 4.2 Målen är bara delvis ändamålsenliga

I det här avsnittet diskuterar vi om målens formulering och inriktning gör dem ändamålsenliga, utifrån vår tidigare kunskap om statlig styrning genom riktade statsbidrag.

Vi har tagit fram ett ramverk som kan användas för att analysera om mål inom statliga satsningar genom överenskommelser är ändamålsenliga samt styr individer och verksamheter i rätt riktning. Bland annat behöver individen eller gruppen som berörs av målet ha en viss kontroll över resultaten, så att de kan påverka målet (Locke & Latham 2006). För att mål ska vara ändamålsenliga har vi i våra tidigare analyser också identifierat att de bör vara tydligt definierade, tidsatta, mätbara, relevanta och realistiska (Vård- och omsorgsanalys 2022). Kriterierna återkommer även helt eller delvis i andra ramverk för att analysera mål och indikatorer (Campbell, Braspenning, Hutchinson & Marshall 2002; Doran 1981; Socialstyrelsen 2020). Vi har analyserat målen som vi har identifierat i överenskommelserna utifrån det ramverket.

### Målen har en riktning, men är otydliga

För att mål ska kunna bidra till förändringar bör de vara *tydligt definierade* för de verksamheter eller individer som berörs. Vi har i tidigare granskningar av statliga satsningar visat att många mål är för otydliga, för att det ska vara möjligt att uttala sig om måluppfyllelse (Vård- och omsorgsanalys 2022).

Vår bedömning är att målen i överenskommelserna inte är tydligt definierade. De flesta mål har en tydlig riktning, men saknar oftast ett tydligt mått för att följa utvecklingen, och nästan alla mål saknar en målnivå. Avsaknaden av tydliga målnivåer kan vara motiverat utifrån att regionerna har olika utgångslägen och förutsättningar, men gör det svårt att bedöma måluppfyllelse.

Några mål är relativt konkreta, men saknar ändå ett visst mått av tydlighet. Ett exempel är målet att minska omotiverade skillnader mellan olika grupper av kvinnor, där det saknas en definition av vilka skillnader som är omotiverade.

Andra mål är svepande. Till exempel ska nya arbetssätt utvecklas för att bidra till personcentrerad, tillgänglig, jämlik, säker och kunskapsbaserad vård som leder till en god arbetsmiljö. Här ryms bland annat otydlighet om vad som är ett nytt arbetssätt.

### **Målen är inte tidsatta**

Ett mål måste vara *tidsatt* för att måluppfyllelsen ska gå att följa upp. Inga av målen i överenskommelserna är tidsatta. Det innebär att det saknas en beskrivning av när målen förväntas vara uppnådda, eller när det ska gå att utläsa ett visst resultat. Det enda undantaget är prestationskravet att ta fram en kompetensförsörjningsplan under 2024.

Eftersom satsningen har skett i flera ”omgångar”, där ett antal efterföljande överenskommelser har haft en liknande struktur som för perioden 2023–2025, skulle man kunna se det som att målen är tidsatta till 2025. Men det är inte uttalat i överenskommelserna. Det är svårt att läsa in om det är intentionen med överenskommelserna eftersom målen är av olika art – vissa avgränsade, och vissa långsiktiga och breda.

### **God datatillgång till målen, men oklart vad som ska mätas**

Målet ska vara *mätbart*, det vill säga målet ska gå att mäta och datatillgången ska vara god. Tillgång till data och indikatorer är en förutsättning för att reformer och statliga satsningar ska gå att följa upp.

Vår bedömning är att graviditetsregistret och graviditetsenkäten skapar goda grundförutsättningar och att flera av dimensionerna som berörs i målen går att mäta, till exempel ojämlikhet och tillgänglighet. Datatillgången beror på vilka specifika mått som formuleras, men ojämlikhet har särskilt goda förutsättningar.

Men vad gäller majoriteten av målen är det svårt att bedöma hur det skulle mätas och hur god datatillgången är. Några exempel på dimensioner som ingår i mål och som inte är uppenbart mätbara är samordning, nya arbetssätt, och kunskapsbaserad vård.

### **Målen är i grunden relevanta**

För att mål på ett effektivt sätt ska bidra till en önskad förändring, krävs att målet är *relevant* för den förändring som ska uppnås. Målet behöver ha en tydlig koppling till insatsens tänkta effekt och det behöver finnas en identifierad mekanism som ska bidra till måluppfyllelse. Målen behöver också vara förankrade hos mottagarna av de ekonomiska medlen, så att det finns en förståelse och vilja att agera utifrån målen intentioner.

Vår bedömning är att målen har en tydlig koppling till syftet med satsningen och verkar vara förankrade bland professionen. Det går oftast att urskilja en mekanism för hur enskilda mål ska bidra till satsningens övergripande måluppfyllelse.

### **Svårt att bedöma om målen är realistiska**

Mål behöver sättas i relation till de tillgängliga resurserna och ha en *realistisk* tidsram.

Vår bedömning är att det är svårt att bedöma hur realistiska målen är på grund av bristen på tydlighet, tidsram och mätbarhet. Regionspecifika förutsättningar kan tänkas påverka hur svåra vissa mål är att uppnå, till exempel vad gäller aspekter av samordnade vårdkedjor eller stabil bemanning i stora eller små regioner.

### Målen är påverkbara

För att ett mål ska vara ändamålsenligt ska individen eller gruppen som berörs av målet kunna *påverka* utfallet. Det handlar om åtgärder som aktörerna inom vården kan styra över, det vill säga befolkningen, de yrkesverksamma och politikerna.

Vår bedömning är att målen generellt rör sådant som regionen har ansvar för och har makt att påverka, men bristen på långsiktighet och korta tidshorisonter i satsningen kan hindra regioner från att göra så omfattande insatser som behövs för att komma åt roten till problemet.

### 4.3 Svårt att följa pengarna

Vi har i tidigare rapporter efterfrågat att medborgare och medarbetare i hälso- och sjukvården behöver få tydlig information om hur medlen för överenskommelserna har använts (Vård- och omsorgsanalys 2018b). Från och med överenskommelse 5 (2020–2022) tillkom vissa krav på att regionerna ska redovisa hur stimulansmedlen använts, men det var inte möjligt att följa. När Socialstyrelsen fick i uppdrag att följa upp insatserna inom satsningen har en större tonvikt varit på att följa hur medlen fördelats på de olika målen. År 2023 ingick det i redovisningsmallen att redovisa kostnaden för varje genomförd insats, men Socialstyrelsen plockade bort den frågan i mallen för 2024 års redovisning.

Däremot har regionerna ombetts att för både 2023 och 2024 redovisa hur deras medel totalt sett har fördelats på respektive mål. Men tillförlitligheten på den nationellt sammantagna fördelningen av stimulansmedel som presenteras i Socialstyrelsens uppföljningsrapporter dras ner av det ganska stora antalet regioner som saknas i redovisningen (9 regioner 2023, 7 regioner 2024). Avsaknaden av redovisning från regionerna blir extra kännbar eftersom de bl.a. inkluderar de tre storstadsregionerna. Det resulterar i att vi bara kan följa hur en mindre del av satsningens totala stimulansmedel har fördelats utifrån den redovisningen (en tredjedel år 2023). Därmed saknas fortfarande data för att under perioden fullt ut kunna analysera hur medel har fördelats. Det verkar inte ha medfört några konsekvenser för regionerna, trots att det kan tolkas som att man inte har uppfyllt kravet på att redovisa användning och förbrukning av medel.

Socialstyrelsens intervjuer pekar också på att det kan saknas transparens om hur fördelningsprocessen gått till. En annan utmaning är att insatser kan ha medfinansierats av regioner. Det har enligt vissa regioner varit en anledning till att de inte har kunnat redovisa hur de använt medlen.

Grundsytet med riktade statsbidrag är att stimulera ett specifikt område. I överenskommelserna står också att statens medel ska utgöra ett *tillskott* till regionerna för att utveckla och förstärka mödrahälsovården och förlossningsvården. Baserat på intervjuer menar vissa regionföreträdare dock att medel från satsningen har använts för att fylla ekonomiska hål inom andra verksamheter. Teoretiskt har regionerna möjlighet att i någon utsträckning dra ned på sin egen finansiering av sjukvård som är relevant för satsningen och ersätta den med stimulansmedel utan att formellt gå emot kraven i överenskommelsen. Det vore däremot att gå emot intentionen med överenskommelsen. Det går inte att utvärdera baserat på regionernas redovisning inom ramen för satsningen, även i de regioner som har lämnat en fullständig redovisning.

## 4.4 Regionernas egen uppföljning av insatser varierar

I Socialstyrelsens intervjuer beskrev samtliga regioner att de gör löpande uppföljningar i respektive verksamhet, utifrån mötet med patienter och resultat från graviditetsenkäten och graviditetsregistret. Ibland följs specifika insatser upp i form av enkät eller intervjuer.

År 2023 hade regionerna i genomsnitt följt upp knappt hälften av alla insatser, enligt vår analys av regionernas rapportering. Det var stor spridning i regionernas redovisning: Tre regioner rapporterade att under 15 procent av insatserna hade följts upp, medan två regioner rapporterade att över 95 procent av insatserna hade följts upp.

Den vanligaste orsaken till att regionerna inte följt upp insatserna var att de var pågående. Därmed kan skillnaden mellan regionerna delvis bero på i vilken utsträckning de har startat upp nya projekt under 2023, men sannolikt speglar variationen också skillnader i hur man arbetat med satsningen. Det kan också spegla skillnader i tolkning av vad som kvalificeras som ”uppföljning”. En annan möjlig faktor är om kontaktpersonen arbetar nära de kliniska verksamheterna, och därmed har större möjlighet att göra egna subjektiva bedömningar av insatsernas effekter om det saknas mer formella uppföljningar.

Ofta baserades uppföljningen på etablerade utfallsmått t.ex. från kvalitetsregister, men ibland genomfördes egna utvärderingar eller medarbetarenkäter. Exempel på andra grunder för uppföljning är en bedömning av nuvarande bemanning jämfört med hur det annars hade varit, i vilken grad personalen använder förmåner och antalet nyöppnade familjecentraler.

## 5 Ambition om breddad satsning på kvinnors hälsa

Satsningen har under 2023–2025 bland annat karaktäriserats av en intention om ett ökat fokus på kvinnors hälsa utanför graviditet, förlossning och eftervård. I det här kapitlet analyserar vi den här breddningen i mer detalj och sätter den i perspektiv mot hela bilden av kvinnors ohälsa som framträdde i vår delrapport från 2025 (Vård- och omsorgsanalys 2025). Vi undersöker om intentionen har haft effekter på regionernas uppfattning om satsningen och deras insatser.

Våra viktigaste resultat:

- Trots ambitionen om att bredda satsningen på kvinnors hälsa utifrån ett livscykelperspektiv har satsningen 2023–2025 omfattat ungefär samma patientgrupper utanför graviditetsvårdkedjan som under tidigare överenskommelser. Vi kan inte heller se att regionerna har haft större fokus på insatser utanför graviditetsvårdkedjan än under tidigare överenskommelser.
- Satsningen har sedan starten till största del haft en snäv definition av kvinnors hälsa fokuserad på den sexuella och reproduktiva hälsan. Kvinnors hälsa är dock bredare än så, och det finns flera delar av vården som ges till både kvinnor och män där insatser har potentialen att stärka kvinnors hälsa.

### 5.1 Satsningen omfattar patientgrupper som har ingått från början

Under 2022 konstaterade SKR och regionerna att en framgångsfaktor för satsningens fortsatta arbete var att ”satsningen breddas till att omfatta ett livscykelperspektiv på kvinnors sexuella och reproduktiva hälsa” (SKR 2023). 2023 års överenskommelse presenterades som en breddning av satsningen, till exempel av SKR:s ordförande i pressmeddelandet där överenskommelsen presenterades:

”Den här överenskommelsen möjliggör ett fortsatt utvecklingsarbete i regionerna och en breddad satsning på kvinnors hälsa utifrån ett livscykelperspektiv” (Socialdepartementet 2023a).

Insatser till förmån för att stärka kvinnors hälsa har dock varit ett fokus sedan satsningens början, även om det varit underordnat förlossningsvården. I den första (2015–2016) och andra överenskommelsen (2017–2019) var fokus på insatser som bidrar till att öka primärvårdens kunskaper om vanliga kvinnosjukdomar, särskilt i utsatta områden. Endometriosis lyftes fram som ett exempel. Under de perioderna skedde även särskilda satsningar på avgiftsfri screening av bröst- och livmoderhalscancer samt kostnadsfria preventivmedel.

I överenskommelserna som slöts för perioden 2020–2022 fokuserade målen och inriktningarna på vårdkedjan för graviditet, förlossning och eftervård, även om det fortsatte att beskrivas som en satsning på mödrahälso- och förlossningsvård samt kvinnors hälsa. Dock tillkom i den sjätte överenskommelsen (2021–2022) ett mål inriktat på personer som utsatts för sexuellt våld och könsstympning, och särskilda insatser för ungdomsmottagningar och mottagningar för utsatta för sexualbrott fick ett visst utrymme. Under perioden frångick man också öronmärkta stimulansmedel för till exempel insatser för primärvård och screening. Undantaget var de medel som tilldelades SKR och Regionala Cancercentrum (RCC) för särskilda insatser för screening.

I den åttonde överenskommelsen (2023) tillkom följande mål:

”Hälso- och sjukvården som rör flickors och kvinnors hälsa och sjukdomar inklusive sexuell och reproduktiv hälsa ska anpassas till kvinnors och flickors olika förutsättningar och vårdbehov.”

En rad specifika tillstånd lyftes fram som prioriterade för målet om att utveckla vård som rör kvinnors sexuella och reproduktiva hälsa. Tillstånden baseras på en behovskartläggning som SKR har gjort inom ramen för satsningen (SKR 2022a). I 2025 års överenskommelse ändrades målet något, till att också omfatta *sjukdomar som främst drabbar kvinnor*. Ändringen utvecklades inte i större detalj i målbeskrivningen, men exemplifierades med migrän och sköldkörtelproblematik.

I överenskommelserna 2023–2025 ingick också ett mål relaterat till sexuellt våld och könsstympning. Det målet är i princip detsamma som tidigare ingått i den sjätte överenskommelsen. Därmed bidrar målet inte till en breddning av satsningen specifikt för de senaste överenskommelserna.

Sammantaget går det att ifrågasätta om överenskommelsernas inriktning speglar en breddning av satsningen, eller om man i och med den åttonde överenskommelsen snarare återgick till satsningens ursprungliga bredd med fokus på kvinnors sexuella och reproduktiva hälsa. Det ändrade målet 2025 med sjukdomar som främst drabbar kvinnor kom sent i perioden, och vi har därför inte haft möjlighet att analysera eventuella effekter.

## 5.2 Snäv definition av kvinnors hälsa

Inom satsningen har fokus varit sexuell och reproduktiv hälsa samt sexuellt våld och könsstympning, men det finns andra tillstånd som kan vara viktiga för kvinnors hälsa. Det kan finnas goda anledningar till att man gjort den här prioriteringen, men det framgår inte i överenskommelsen på vilka grunder den har gjorts. Här analyserar vi kortfattat hur kvinnors ohälsa inom de områden som ingått i satsningen förhåller sig till kvinnors sammanlagda ohälsa, med utgångspunkt i vår delrapport *Flickors och kvinnors hälsa i Sverige från 2025* (Vård- och omsorgsanalys 2025).

Satsningen på kvinnors hälsa är en del av det jämställdhetspolitiska målet och syftar till att minska skillnaderna i hälsa mellan kvinnor och män. Överenskommelserna är inriktade på vården vid graviditet och förlossning och sjukdomar inom det kvinnliga reproduktiva systemet. Eftersom inriktningen bara omfattar vård till kvinnor skulle man kunna säga att satsningen per automatik bidrar till att minska skillnaderna i hälsa mellan

kvinnor och män, eftersom kvinnor har en högre sammanlagd sjukdomsbörda och insatserna inom ramen för satsningen förbättrar kvinnors hälsa.

Kvinnors hälsa är dock bredare än så, och det finns flera delar av vården som ges till både kvinnor och män där insatser har potentialen att minska existerande skillnader till fördel för kvinnors hälsa.

I vår delrapport visade vi att kvinnspecifika tillstånd utgör 7 procent av kvinnors totala sjukdomsbörda, och 12 procent av sjukdomsbördan för kvinnor 25–44 år. En mycket liten andel av kvinnors totala sjukdomsbörda kommer från graviditet och förlossning (0,03 procent). Sjukdomsbörda är dock inte likställt med vårdbehov, och det är i stor utsträckning tack vare att vi har en graviditets- och förlossningsvård av hög kvalitet som vi har en liten sjukdomsbörda från graviditet och förlossning i Sverige. Sjukdomsbördan av kvinnspecifika tillstånd orsakas i stället främst av olika cancersjukdomar och gynekologiska sjukdomar, som premenstruellt syndrom, endometrios och klimakteriebesvär. Satsningen har i varierande utsträckning omfattat gynekologiska sjukdomar och livmoderhalscancer, men inte andra cancerformer som enbart eller främst drabbar kvinnor och som orsakar större sjukdomsbörda: bröstcancer, äggstockscancer och livmodercancer.

Vår delrapport visade också på sjukdomsområden med betydande skillnad i sjukdomsbörda mellan kvinnor och män. Störst skillnad till kvinnors nackdel observerades för neurologiska sjukdomar, psykiatriska tillstånd och rörelseorganens sjukdomar. Skillnaden drivs dels av tillstånd som främst drabbar äldre (till exempel demenssjukdomar), dels av flera tillstånd som främst drabbar de kvinnor i reproduktiv ålder som i dag omfattas av satsningen, som depression, ångestsyndrom och migrän.

Det är värt att upprepa att skillnader i sjukdomsbörda kan ha flera orsaker och inte nödvändigtvis speglar skillnader i bemötande av vårdbehov. Men utifrån det jämställdhetspolitiska målet med satsningen att minska skillnaderna i hälsa mellan kvinnor och män, visar det på andra områden med potential till att bidra till målet. Vi påpekade till exempel redan i vår första uppföljningsrapport att satsningen även borde ha lyft fram psykisk ohälsa (Vård- och omsorgsanalys 2020).

### 5.3 Ingen tydlig ökning av insatser med fokus på kvinnors hälsa

Regionerna har genomfört ett antal insatser utanför graviditetsvårdkedjan under perioden 2023–2024. Som vi har konstaterat är det tveksamt om överenskommelsernas mål innebär en betydande styrning mot ett breddat fokus på kvinnors hälsa. Men det är ändå möjligt att regionerna har uppfattat en sådan intention för satsningen och därför lagt ett större fokus på insatser för kvinnors hälsa, eller att regionerna utifrån sina egna prioriteringar har valt att lägga ett större fokus på sådana insatser.

Ett sätt att undersöka om regionerna har ökat fokus på kvinnors hälsa är att jämföra andelen insatser utanför graviditetsvårdkedjan under tidigare överenskommelser och under den aktuella perioden. Under 2020–2022 ingick i regionernas redovisning att ange hur stor andel av deras insatser som hade huvudsakligt fokus på ”kvinnors sexuella och reproduktiva hälsa genom livet”. Vi jämför de siffrorna med andelen insatser 2023–2024 som regionerna menar har bidragit till målet om flickors och kvinnors hälsa eller målet

om sexuellt våld och könsstympning. Eftersom andelarna för 2020–2022 anger insatser med *huvudsakligt* fokus medan de senare andelarna inkluderar insatser som har bidragit till fler än ett insatsområde, är det möjligt att siffrorna för 2023–2024 är överskattade jämfört med siffrorna för 2020–2022.

**Tabell 5.** Insatser med fokus på kvinnors hälsa.

År	Insatser med fokus på kvinnors hälsa
2020	69 insatser med huvudsaklig fokus (17 % av total)
2021	96 insatser med huvudsaklig fokus (17 % av total)
2022	151 insatser med huvudsaklig fokus (24 % av total)
2023	136 insatser med huvudsaklig eller delvis fokus (19 % av total)
2024	143 insatser med huvudsaklig eller delvis fokus (23 % av total)

Källa för 2020–2022: SKR 2020, SKR 2021, SKR 2022.

Källa för 2023 och 2024: Egen beräkning av regionernas redovisning.

Baserat på jämförelsen är det svårt att se tydliga tecken på att regionernas insatser har breddat fokus på kvinnors hälsa. Enligt Socialstyrelsens sammanställning har cirka 11 procent av medlen tilldelats målen om flickors och kvinnors hälsa samt sexuellt våld och könsstympning, men det är svårt att bedöma om det är mycket eller lite utan en historisk jämförelsepunkt.

En annan möjlig form av breddning är i de kvinno specifika sjukdomar som omfattas av regionernas insatser. Vår bedömning är att de sjukdomar som har varit i fokus under 2023–2024, som endometriosis, kvinno specifik cancervård och klimakteriebesvär (Socialstyrelsen 2024a, 2025a), också var i fokus för ett betydande antal insatser under 2015–2022 (Vård- och omsorgsanalys 2020).

På ett liknande sätt har flera myndighetsuppdrag haft fokus på kvinno specifika sjukdomar, både under 2015–2022 och 2023–2025. Det är svårt att bedöma om regeringen har satsat mer pengar på sådana uppdrag under 2023–2025.

Regionföreträdare uppfattar att satsningens fokus med tiden har blivit bredare och hamnat på en mer övergripande nivå. Initialt var det ”förlossningsmiljonerna” – nu är det mer av ett fokus på kvinnans hela livsperspektiv. Men det har också gjort satsningen mer diffus och kan innebära att varje berörd verksamhet kan känna mindre ansvar för satsningen, jämfört med när det var en ”förlossningssatsning”.

Trots breddningen av satsningen tycker en regionföreträdare att förlossnings- och graviditetsvård har fortsatt varit prioriterat, och att bredare områden som tillkommit om kvinnors hälsa inte har fått riktigt det utrymme det behövt. Man spekulerar i att barnmorskornas starka röst och stor medial uppmärksamhet kan ha bidragit till det.

## 6 Långsiktig uppföljning av graviditetskomplikationer

Graviditet och förlossning beskrivs i både forskning och klinisk praxis som ett fysiologiskt stresstest för kroppen, särskilt för det kardiovaskulära systemet (Staff m.fl. 2024). De omfattande förändringar som sker under graviditeten som ökad blodvolym, hjärtfrekvens och hormonell omställning, innebär en betydande belastning, vilket kan synliggöra underliggande sjukdomar eller riskfaktorer (Morales-Suarez-Varela & Guillen-Grima 2025).

Mödrahälsovården testar om gravida har graviditetskomplikationer, som högt blodtryck, preeklampsi (tidigare havandeskapsförgiftning), diabetes och psykisk ohälsa. Testen ger en möjlighet att identifiera en stor och heterogen grupp kvinnor med ökad risk för ohälsa senare i livet. Samtidigt finns flera tecken på att mödrahälsovårdens tester inte tas till vara fullt ut.

I det här kapitlet redogör vi för två fallstudier om det långsiktiga omhändertagandet av kvinnor som drabbats av graviditetsdiabetes och preeklampsi. Vi belyser hur hälso- och sjukvården arbetar med det långsiktiga omhändertagandet av kvinnorna samt vilka möjligheter som finns att utveckla och förbättra vårdens arbetssätt.

Våra viktigaste resultat:

- Graviditetsdiabetes: Stor variation i de regionala riktlinjerna**  
De regionala riktlinjerna varierar stort. Det gäller vilken evidens de bygger på, vilken information som ges till kvinnorna och när den ges. Det skiljer sig också i vilka gränsvärden som används för diagnostik och vilka tidsintervaller som gäller för uppföljning efter graviditet. Kvinnorna får ofta begränsad eller ensidig uppföljning, och ibland ingen alls. Det saknas fungerande strategier som hjälper kvinnor att ta till sig information om framtida risker och delta i uppföljningar.
- Preeklampsi: Fokus på kvinnan släpps efter förlossningen**  
Kvinnor som drabbats av preeklampsi upplever att deras hälsa släpps efter förlossningen. Flera har inte fått någon uppföljning alls. De känner ofta inte till sin sjukdomsbild vilket kan bero på att information ges när kvinnorna inte är mottagliga. Nationella och regionala riktlinjer är enhetliga men är utformade för vård under graviditet och den akuta tiden efter förlossning och ger inte tillräckligt stöd för den långsiktiga uppföljningen i primärvården. Kvinnorna önskar bättre tillgång till psykologiskt stöd.
- Primärvården efterfrågar samförstånd mellan vårdnivåer och bättre tillgänglighet till kunskap**  
Det behövs bättre samsyn och samarbete mellan vårdnivåer om uppföljningen av kvinnor med graviditetskomplikationer. Genom dialog vid framtagning av regionala riktlinjer och gemensamma utbildningar för specialistmödrahälsovård

och primärvård kan uppföljningen förbättras. Kvinnor behöver också bättre utbildning för att förstå sin diagnos. Kunskapsstöd bör integreras mer i primärvårdens vardag, men hindras i dag av tidsbrist och bristande digitala system.

## 6.1 Fallstudie 1: Graviditetsdiabetes

Graviditetsdiabetes är en form av diabetes som upptäcks under graviditeten och som inte beror på andra former av diabetes, exempelvis diabetes typ 1 eller 2. Tillståndet innebär att blodsockret blir för högt. Under graviditeten gör hormonella förändringar att kroppens känslighet för insulin gradvis minskar. För att hålla blodsockret på en normal nivå behöver kroppen därför producera mer insulin. Om så inte sker i tillräcklig omfattning uppstår förhöjda blodsockernivåer.

Andelen gravida som fick diagnosen graviditetsdiabetes 2024 i Sverige varierade över landet från 1,9–17 procent (Skogsdal m.fl. 2025). De som har haft graviditetsdiabetes har upp till tio gånger högre risk att få typ 2-diabetes senare i livet (Dennison m.fl. 2021; Vounzoulaki m.fl. 2020). Riskökningen är som högst de fem första åren efter förlossning, för att plana ut efter tio år. De har även en signifikant högre risk att få hjärt-kärlsjukdomar senare i livet (Fadl m.fl. 2014; Wicklow & Retnakaran 2023). Preventiva åtgärder efter förlossning, som levnadsvanebehandling, kan förebygga eller senarelägga framtida sjukdom hos kvinnorna som haft graviditetsdiabetes (Hedeager Momsen m.fl. 2021).

I vårt material ser vi att de regionala riktlinjerna för graviditetsdiabetes varierar stort. Detta gäller vilken evidens de utgår ifrån, vilken information som ska ges till kvinnorna och när informationen ges. Det finns också variationer i vilka gränsvärden regionerna använder för diagnostisering av graviditetsdiabetes samt vilka tidsintervaller som anges för uppföljning efter graviditet. Många kvinnor uteblir från uppföljningskontroller. För att öka deltagandet i uppföljningen behövs andra strategier, som tar hänsyn till kvinnans situation med ett nyfött barn samt till att kvinnor har olika förutsättningar och erfarenheter. Vissa kvinnor beskriver att de får kortsiktig och ensidig uppföljning eller ingen alls. De har ett behov av mer kunskap om vad diagnosen innebär för dem och syftet med uppföljningen.

### 6.1.1 Mindre än hälften av regionerna följer Socialstyrelsens rekommendationer om gränsvärden

Socialstyrelsen publicerade uppdaterade rekommendationer om graviditetsdiabetes i mars 2026. Rekommendationerna kompletterar de nationella riktlinjerna för graviditet, förlossning och tiden efter (Socialstyrelsen 2025c). Arbetet innebär en uppdatering av vilka gränsvärden som ska ligga till grund för att den gravida ska få diagnosen graviditetsdiabetes. Socialstyrelsen kommer också med två rekommendationer:

- För gravida som har ökad risk för graviditetsdiabetes: Erbjud test för graviditetsdiabetes före graviditetsvecka 20 (venösa blodprov efter fasta och efter glukos-

belastning). Vid diagnos: Följ blodsockernivåerna (glukosnivå i plasma), och erbjud behandling för att sänka dem vid behov.

- För gravida som har testats och fått diagnosen graviditetsdiabetes: Följ blodsockernivåerna (glukosnivå i plasma), och erbjud behandling för att sänka dem vid behov.

Det finns idag olika syn i landet på testmetoder, gränsvärden och behandling av graviditetsdiabetes, vilket delvis kan bero på oklar evidens (Backman & Jendle 2023). Det speglar sig i de regionala riktlinjerna där gränsvärdena för diagnosen skiljer sig åt. Regionerna följer andra kunskapsstöd än Socialstyrelsens rekommendation om gränsvärden för att sätta diagnosen graviditetsdiabetes.

Graviditetsregistrets rapport 2024 konstaterar att bara sju av landets regioner följer rekommendationerna om gränsvärdena från Socialstyrelsen (Skogsdal m.fl. 2025). Socialstyrelsen förhoppning är att de nya riktlinjerna för graviditetsdiabetes kommer att leda till bättre följsamhet till att använda samma gränsvärden samt att vården då blir mer jämlik och kunskapsbaserad (Socialstyrelsen 2025b).

I de nationella riktlinjerna för diabetesvård från 2018 rekommenderas att hälso- och sjukvården ska erbjuda stöd för att förändra ohälsosamma levnadsvanor och systematiskt följa upp vikt, blodglukos och riskfaktorer för hjärt-kärlsjukdom hos kvinnor som har haft graviditetsdiabetes. Motiveringen till rekommendationen är att det är en enkel åtgärd som kan minska risken för uppkomst av typ 2-diabetes hos gruppen. Riktlinjerna rekommenderar även att kvinnor som riskerar att utveckla typ 2-diabetes ska erbjudas strukturerade program för intensiv påverkan på ohälsosamma levnadsvanor (Socialstyrelsen 2018).

I den nationella planen för graviditet, förlossning och tiden efter pekar Socialstyrelsen ut graviditetsdiabetes som ett av de tillstånd där mödrahälsovården behöver bli mer jämlik, sammanhållen och personcentrerad. Utgångspunkten är att gravida med graviditetsdiabetes har förhöjda risker för både mamman och barnet, men att vården i dag ser olika ut beroende på var i landet man bor. Skillnader finns både i hur testning och diagnostik genomförs samt hur behandling och uppföljning organiseras, vilket leder till ojämlika förutsättningar för vård (Socialstyrelsen 2025b).

### 6.1.2 Skillnader i regionala riktlinjer om evidens, gränsvärden och tidsintervaller

Trots väl påvisade risker för följsjukdomar av graviditetsdiabetes för både barn och kvinnor, varierar kunskapsunderlagen som regionerna använder när de utformar sina regionala riktlinjer.

#### **Riktlinjerna refererar till inga eller olika kunskapsunderlag**

Bara hälften av de 20 riktlinjer som vi har analyserat hänvisar till de kunskapsunderlag de har använt sig av för att formulera riktlinjerna. Flera regioner hänvisar till procentuell risk för risker på lång sikt, men skriver inte vilken källa uppgiften kommer ifrån. De som hänvisar till källor varierar stort. Några hänvisar bara till Socialstyrelsens rekommendationer om gränsvärden vid graviditetsdiabetes, medan andra hänvisar till olika sidor på 1177 och kunskapsunderlag från WHO. Mindre än hälften av riktlinjerna refererar till vetenskapliga artiklar inom området. Men artiklarna är sällan överlappande, skiljer sig

i antal, är olika gamla och berör olika ämnen. Vissa riktlinjer refererar bara till en vetenskaplig artikel om ett ämne, medan andra refererar till 19 vetenskapliga artiklar som berör olika forskningsområden. Få av artiklarna berör långsiktig uppföljning.

En forskare berättar att regionens riktlinjer grundar sig på enskilda studier som de själva sökt fram och utifrån dem gjort en rimlighetsbedömning. En barnmorska i samma region bekräftar att de arbetar i nära samarbete med en framstående forskare inom området när de uppdaterar riktlinjerna.

### **Olika gränsvärden för diagnos gör kvinnor osäkra**

Ett återkommande tema i intervjuerna är avsaknaden av enhetliga gränsvärden för diagnosättning. Flera kvinnor är osäkra på sin diagnos och en del tvivlar på att de verkligen hade graviditetsdiabetes, eftersom gränsvärdena varierar mellan regioner. En kvinna berättade att barnmorskan sagt att ”om du hade varit i en region med mindre pengar hade du inte haft graviditetsdiabetes,” eftersom hennes värden låg precis över gränsvärdet.

En annan kvinna fick diagnosen i en region som precis ändrat gränsvärden till lägre. Diagnosen framkallade ångest hos henne, men hon försökte lugna sig själv med att hon inte hade haft graviditetsdiabetes om hon varit gravid för ett år sedan. En annan kvinna kände lättnad över att få höra att gränsvärdena var olika, eftersom det dämpade besvikelsen över hennes kropp.

Flera kvinnor upplever en inkonsekvent diagnosättning när de jämför sina erfarenheter med andra. Det väcker frågor om både testningen och tillförlitligheten i mätningarna. Exempelvis ifrågasätter flera varför vissa grupper, som kvinnor med högre BMI, testas medan andra inte testas. Även enskilda mätvärden ifrågasätts, om de verkligen speglar ett tillstånd eller bara är en tillfällig avvikelse. Flera vill ha bättre information om provtagning och diagnosgränser:

”Jo, men dels informationsgivande om hur går en sån där provtagning till? Vad är det man kollar efter? Varför har man de här värdegränserna?”

Flera kvinnor upplever att de fasta gränsvärdena är alltför standardiserade och inte är tillräckligt anpassade till individens förutsättningar. En kvinna beskriver exempelvis att diagnosen som baserades på ett enstaka avvikande värde riskerade att återaktivera en tidigare ätstörningsproblematik. Hon efterfrågar en mer individuell bedömning och ett helhetsperspektiv i vården:

”Ja, men se hela människan. Jag är mer än livmodern.”

### **Benämningen graviditetsdiabetes kan ge fel signaler**

En forskare anser att det är viktigt att vara tydlig med att graviditetsdiabetes innefattar många olika saker. Hen beskriver att de som får diagnosen antingen kan ha väldigt höga eller låga blodsockervärden. Forskaren beskriver att ordet diabetes kan sätta skräck hos kvinnorna och att benämningen graviditetsdiabetes är problematisk, eftersom det kan inge fel förväntningar hos kvinnan och därmed felaktig kunskap inför uppföljning. Flera kvinnor känner sig till exempel stigmatiserade av just ordet diabetes. Forskaren anser att det bara är en liten del som har riktig diabetes, medan de andra har höga blodsockervärden under graviditeten som ger vissa negativa effekter och innebär en riskfaktor. Ändå

används namnet graviditetsdiabetes. Forskaren anser att man borde ha olika benämningar för de som har höga blodsockervärden och de som har diabetes.

”Men nu klumpar man ihop alla i ett och samma och det är fel. Vi ger fel information till kvinnorna och det är inte rätt, tycker jag.”

En barnmorska beskriver att kunskapsstödet är ottydligt för de kvinnor som ligger precis under gränsvärden, men har andra symptom som tyder på graviditetsdiabetes. Det är problematiskt att det då inte går att berätta för kvinnan att hon har risk för diabetes, eftersom hon har värden som inte överstiger de rekommenderade gränsvärdena.

”Det jag inte tycker funkar är att glukosbelastningarna, värdena, vad man gör när det är gränsvärden. De kvinnorna behöver ju också fångas upp senare, för de kommer ju kanske utveckla en diabetes senare. Men där görs ingenting ... De hamnar lite mellan stolarna.”

En annan barnmorska beskriver att hon ibland väljer att skicka en remiss i alla fall, fast kvinnorna inte enligt riktlinjerna har en diagnos. Hen beskriver att de ofta pratar om kost och erbjuder dietist till de kvinnorna, men att det inte finns någon riktig uppföljning för dem. De kvinnorna får inte veta hur de ska göra, till skillnad från de som har fått diagnosen graviditetsdiabetes. Barnmorskan föreslår att det borde framgå av riktlinjerna att en kvinna med flera höga värden som ligger precis under ska erbjudas uppföljning senare i livet, till exempel att gå hälsokontroller som vissa regioner erbjuder.

En forskare anser att den svåra frågan är vilka kvinnor som ska ha en uppföljning och vad det är för interventioner man kan göra efter förlossningen, när man inte riktigt vet vem som har hög risk och vem som har låg risk eller vem som av en slump testats för högt blodsocker. Man riskerar att diagnosticera kvinnor felaktigt, vilket inte är bra, och samtidigt kan man missa många som egentligen borde få en uppföljning. Forskaren berättar också att en och samma region gör olika bedömningar av vilka som skickas till specialistmödrahälsovården. På en klinik skrivs alla med graviditetsdiabetes in på specialistmödrahälsovården, oavsett behandling. På en annan klinik inom samma region skrivs bara de kvinnor in som har fått en läkemedelsbehandling.

### **Olika uppfattning om när kvinnan ska kallas till uppföljning**

Det finns skillnader i de regionala riktlinjerna för när kvinnor ska kallas till uppföljning i primärvården efter graviditetsdiabetes. En majoritet av regionerna rekommenderar uppföljning 6–12 månader efter förlossning, även om kvinnans värden vid utskrivning är normala. I vissa riktlinjer saknas dock helt angivelser om tidsintervall.

I några regioner finns riktlinjer om att kvinnor med förhöjd risk eller som behandlats med metformin eller insulin bör följas upp tidigare, inom 3–6 månader. Även efter den initiala uppföljningen varierar rekommendationerna. Vissa riktlinjer anger regelbunden uppföljning varje år eller vartannat år, medan andra överlåter intervallet till en individuell riskbedömning i primärvården. Exempelvis anger Region Skåne att uppföljningen kan glesas ut efter 5–7 år, baserat på allmänläkarens bedömning.

I intervjuer framkommer också lokala variationer i praxis. Enligt en primärvårdsläkare har vårdcentralen beslutat att kalla kvinnor till uppföljning redan inom sex månader efter förlossning, trots att många riktlinjer anger uppföljning inom ett år.

### 6.1.3 Skillnader i riktlinjernas utformning och i överlämningen till vårdcentraler

Olika delar av vårdkedjan har deltagit olika mycket i utformningen av de regionala riktlinjerna. Specialistmödrahälsovården (obstetrik och gynekologi) har varit med och utformat de flesta riktlinjer, medan mindre än hälften uppger att primärvården har deltagit. Vi har inte identifierat några regionala riktlinjer där det tydligt framgår att en patientrepresentant har varit med i utformningen. Det tyder på att regionerna har olika syn på vilka aktörer som bör involveras i arbetet med riktlinjerna.

Vissa regioner tydliggör vårdförloppet från diagnos av graviditetsdiabetes till uppföljning flera år efter graviditeten, ibland med livslång uppföljning. Några få riktlinjer innehåller även flödesscheman som översiktligt beskriver vad som bör ske på olika vårdnivåer, inklusive vårdcentralernas uppföljning efter förlossningen. Men många riktlinjer beskriver bara översiktligt uppföljningen i primärvården, exempelvis vilka tidsintervall som bör gälla för uppföljning på vårdcentral beroende på vilken behandling kvinnan fått under graviditeten. I vissa fall begränsas informationen till att en remiss ska skickas till vårdcentralen, utan närmare beskrivning av vad uppföljningen ska innehålla. Samtidigt innehåller några riktlinjer mer utförliga beskrivningar eller remissmallar för primärvårdens uppföljning. Där framgår det vilka prover som ska tas och med vilka tidsintervall, vilka risker som är förknippade med att ha haft graviditetsdiabetes samt vilken information som bör ges till patienten. Vissa riktlinjer betonar också särskilt vikten av att vårdcentralen följer upp kvinnorna.

I intervjuerna med barnmorskor på barnmorskemottagningar framträder en tydlig gränsdragning mellan vårdnivåerna. Barnmorskornas roll i vårdkedjan är framför allt att testa för graviditetsdiabetes och vid behov remittera vidare till specialistmödrahälsovården eller primärvården. Deras uppdrag sträcker sig i regel fram till eftervårdsbesöket 6–8 veckor efter förlossningen. Flera barnmorskor beskriver att samverkan mellan specialistmödrahälsovården och vårdcentralerna fungerar väl under graviditeten, men att ansvaret därefter helt övergår till vårdcentralerna. En forskare beskriver övergången så här:

”Det är lite så här. Stopp, nu har vi gjort vårt och sen är du remitterad dit.”

Bilden bekräftas av flera barnmorskor, som inte vet hur uppföljningen i primärvården ser ut. En barnmorska beskriver till exempel att hon skulle önska att kvinnorna kunde fortsätta komma till barnmorskemottagningen under en längre period efter graviditeten. En kvinna beskriver sin upplevelse av samordningen:

”När jag var hos min barnmorska fanns ju ingen samordning, utan det var ju upp till henne att försöka få ihop allting. Hon får skicka remiss till vårdcentralen, men hon har ingen koll på vad det är för vårdcentral, för det finns tiotusen vårdcentraler. Och samma med att det finns dietister någonstans. Alltså det är svårt att få ihop någon sammanhållning och få ihop samverkan på ett bra vis. Och det märktes ju verkligen att samverkan funkar på ett helt annat sätt på specialistmödravården. Då var det väldigt tydligt så. Men sen med BB och vårdcentral ... det kändes som att det inte var någon samverkan där eller samordning.”

### 6.1.4 Kvinnorna får olika information om risk

De flesta regionala riktlinjer beskriver den ökade risken att senare i livet utveckla typ 2-diabetes efter graviditetsdiabetes men mindre än hälften beskriver risk för metabola och kardiovaskulära sjukdomar. Regionerna beskriver samtidigt risken på olika sätt.

#### Riktlinjerna beskriver olika grad och typ av risker

Vissa regionala riktlinjer anger bara att det finns en ökad risk, medan andra beskriver den som kraftigt ökad. Några riktlinjer anger också mer specifika risknivåer, till exempel 50–70 procent, upp till 70 procent, cirka 50 procent eller 35–40 procent inom 15 år. Skillnaderna kan spegla att riktlinjerna baseras på olika kunskapsunderlag

Mindre än hälften av riktlinjerna nämner även risker för metabola och kardiovaskulära sjukdomar. Även här varierar beskrivningarna. Skåne nämner till exempel att det finns en mycket hög risk för livslång kardiovaskulär sjukdom, medan andra regioner beskriver en ökad risk för metabola syndromet utan att specificera eller en kraftigt ökad risk att utveckla kardiovaskulär sjuklighet.

Tolv regioner lyfter fram risker för barnet, och sex regioner beskriver en hög risk att återfå graviditetsdiabetes vid en senare graviditet. Sammantaget varierar riktlinjerna i stor utsträckning både i innehåll och utformning. Vissa är mer kliniskt inriktade och kortfattade, medan andra använder ett mer förklarande språk.

#### Variation och otydlighet om när risker förmedlas till kvinnan

Hälften av de regionala riktlinjerna beskriver vilken information kvinnor med graviditetsdiabetes ska få och när den ska ges. Informationen ska oftast ges i samband med diagnos eller vid hemgång från förlossningen eller BB. Flera riktlinjer anger att stödmaterial bör ges till kvinnorna, men få specificerar att informationen bör förmedlas både muntligt och skriftligt. I tre riktlinjer hänvisas till patientinformation om graviditetsdiabetes på 1177. Det framgår dock sällan hur personal i primärvården ska förhålla sig till att informera kvinnorna om risker för framtida ohälsa.

Det är otydligt även utifrån intervjuerna om var i vårdkedjan information om riskerna ges samt vilka risker som beskrivs för kvinnan. Flera barnmorskor beskriver att de ”knyter ihop säcken” på eftervårdsmötet genom att fråga kvinnan om hon vet vilka uppföljningar som planeras för henne framöver. De beskriver däremot inte att de systematiskt ger information om de långsiktiga riskerna med att ha haft graviditetsdiabetes.

Samtidigt beskriver flera kvinnor som haft graviditetsdiabetes ett behov av mer kunskap om vad diagnosen innebär och vad som händer i kroppen. Kvinnornas erfarenheter av vilken information de fått varierar. Några kvinnor har fått information, både skriftlig och muntlig, framför allt från specialistmödravården i samband med utskrivning från BB samt från dietister och diabetessköterskor som de träffat under graviditeten. Flera minns dock inte att de fått information om risker för framtida ohälsa från barnmorskemottagningen och uttrycker en önskan om mer kunskap om diagnosen och dess konsekvenser

”Jag skulle nog vilja haft lite mer information. Vad händer i min kropp? Varför kan det försvinna helt plötsligt? Lite så.”

”Men just den här, vad innebär detta i det långa loppet? Att man har fått den här diagnosen? Påverkar det mig som enskild? Att jag utvecklar större risker för något särskilt? Eller var det här verkligen bara en bock i registret inför förlossningen? Alltså vad betyder detta egentligen? Att ha information om det också, inte bara med fokuset på själva förlossningen.”

Några kvinnor beskriver att informationen de fick framför allt handlade om risken för att barnet skulle bli stort, medan risker för kvinnans egen hälsa nämndes i mindre utsträckning. Vissa uppger att de fick information om en ökad risk att utveckla typ 2-diabetes, men få beskriver att de fick information om risker för hjärt-kärlsjukdomar. En kvinna beskriver att vården fokuserade mycket på en hälsosam livsstil, men inte så mycket på risker som förknippas med diagnosen.

Samtidigt framkommer att det inte alltid upplevs ändamålsenligt att fokusera för mycket på risker. En kvinna menar att informationen behöver vara mer balanserad och i högre grad beskriva vilket stöd vården kan ge.

”... var väldigt pådrag kring hur fruktansvärt det kommer vara att få typ 2-diabetes och då är du nära döden typ. Att kanske få en balanserad bild. Du kommer sannolikt drabbas av det här. Hur ser vården ut för dig då? Vad kan du vänta dig? Vilken hjälp? Hur kommer livet vara då? Det kändes lite som när man hotar sina barn med att om de inte borstar tänderna får de hål i tänderna.”

De kvinnor som upplevde att de fått begränsad information från vården sökte i stället kunskap från andra källor. Flera vände sig till släktingar med diabetes, till Diabetesförbundet eller sökte information på internet. Några nämner 1177 som en viktig informationskälla, och en kvinna beskriver att det var värdefullt att i efterhand kunna läsa sin journal via 1177.

### 6.1.5 Fel strategier används för uppföljning

Flera forskare och vårdprofessioner beskriver att många kvinnor uteblir från uppföljningsbesök efter graviditetsdiabetes. Samtidigt saknas nationella studier som visar hur stor andel som inte deltar i uppföljningen.

#### **Kvinnorna kommer inte på uppföljningen**

En forskare beskriver resultat från en mindre studie som genomfördes i samband med ett studentarbete:

”Vi gjorde en uppsats om hur ser det ut när kvinnor har haft graviditetsarbete och remitteras ut till primärvården? Då kan man säga i grova drag: En tredjedel kommer inte på uppföljning närmsta tiden. En tredjedel är det lite si och så med, några kommer, några kommer inte. Och tredjedel kommer som det är tänkt.”

I våra intervjuer förklarar barnmorskor och läkare den låga uppslutningen till uppföljning med att kvinnorna går in i en intensiv period med små barn och därför har svårt att prioritera sin egen hälsa. En forskare konstaterar att uppföljningen efter förlossningen helt enkelt inte fungerar som avsett. Hen säger att det är viktigt att förstå varför. En förklaring kan vara att vården är för dålig på att informera om hur viktig uppföljningen är eller att kvinnorna befinner sig i en situation där de inte har tid att prioritera sig själva

och att vården måste finna andra koncept för uppföljning som fungerar för kvinnorna, där de är.

”Jag tror att vi är dåliga på att hjälpa kvinnorna, speciellt de som vill. Vi är inte så jättesmarta på att erbjuda fungerande möjligheter för kvinnorna.”

”Man kan inte sitta och vänta tills ungarna är stora och sen gå på någon uppföljning, utan det ska göras ganska omgående. Man ska komma in i ett system. Det är ju primärvården som ju ansvarar för prevention och allmän hälsa. Och jag tror att primärvården vill, men upplever att de inte har resurser.”

Flera av de intervjuade betonar att det måste finnas lösningar till uppföljning som fungerar i kvinnans vardag. En forskare beskriver att även om de har välformulerade vårdprogram om vem som ska göra vad i vården, måste ju patienterna komma till uppföljningarna. Som exempel nämns att erbjuda glukosbelastning i hemmet, som ett alternativ som bättre kan fungera i föräldralivet.

Forskaren lyfter fram behovet av en mer omfattande kartläggning genom intervjuer med kvinnor för att få en djupare förståelse för vilka lösningar som i praktiken skulle fungera för kvinnorna i deras vardag. En forskare föreslår att det behövs flexibilitet inom vården där man till exempel intervjuar kvinnorna efter förlossning och frågar hur de skulle vilja göra. En annan lösning som flera lyfter fram är att samarbeta mer med barnavårdscentralen (BVC). En region beskriver att barnmorskor åker med vid hembesöken som BVC gör och har med sig en skriftlig kallelse till efterkontroll. Det finns även en stor potential i att utveckla informationskanaler till kvinnorna. En forskare belyser att det behövs nyare sätt som är anpassade till dagens generation och poängterar att man i dag är fast i gamla banor.

Flera kvinnor beskriver också av att det finns en känsla av skam att ha fått graviditetsdiabetes och att de upplever att den bekräftas i vården. Flera kvinnor berättade att de undrade vad de hade gjort för fel och undrade om de kunde ha gjort något annorlunda för att undvika diagnosen. En kvinna ifrågasatte om hon verkligen var värd vård och kände att det låg en värdering i diagnosen, vilket fick henne att inte längre vilja besöka vården:

”Att känna att man är en person som är värd vård. Det ligger ingen värdering i att du har fått den här sjukdomen. Men jag tyckte att det kändes som att det fanns en värdering i att man har fått den här sjukdomen. Och det skulle man ju verkligen behöva jobba bort tror jag, för att jag skulle ha tagit emot sån vård efteråt. För jag ville bara slippa vara i vården.”

### **Kvinnorna får kortsiktig och ensidig uppföljning eller ingen alls**

Kvinnorna beskriver en stor variation i hur de följdes upp efter att de hade lämnat mödrahälsovården. Vissa fick inte någon uppföljning alls, medan andra fick en bra uppföljning. Några hade blivit kallade till vårdcentralen för att ta ett långtidsblodsocker, men fick inte någon uppföljning efter det. Flera berättade att när de lämnat mödrahälsovården är det inte längre så stort fokus på kvinnans hälsa:

”Det finns ingen plan hur man ska följa upp. Man faller lite mellan stolarna. På MVC är det väldigt stort fokus på kvinnan ändå och man mäter olika saker. Men så fort barnet är fött, släpps man ju helt. Okej, man går väl kanske på någon efterkontroll, men sen är det ju inget fokus på kvinnan längre är min bild. Då är ju all fokus på barnet.”

En kvinna beskriver att hon hade uppskattat ett uppföljande möte med en gynekolog eller obstetriker efter graviditeten, eftersom hon hade frågor om förutsättningarna för att få ytterligare barn och om vad hon själv borde tänka på i sin livsstil. Hon upplevde att barnmorskan inte hade tillräcklig kunskap för att svara på hennes frågor. Andra kvinnor beskriver att det varit ottydligt varför uppföljningen skulle göras och vad den skulle innebära. En kvinna berättar också att hon hade behövt ett mer känslomässigt stöd i mötet med vården, snarare än ett ensidigt fokus på själva diabetesvården. Samtidigt anser flera att mötet med barnmorskan var tryggt, eftersom det där finns utrymme att prata om fler frågor än enbart medicinska kontroller.

Flera forskare beskriver att det finns ett behov av att kontrollerna behöver vara tidigare än ett år och att internationella rekommendationer säger att det ska vara tre–fyra månader efter förlossningen. En kvinna upplevde att ett års väntan var lång tid och att det kändes ovisst fram till uppföljningen. En forskare påpekar att ett år efter förlossningen är många kvinnor ute i arbetslivet igen och då är det ännu svårare för dem att hitta tid att komma på uppföljande kontroll.

## 6.2 Fallstudie 2: Preeklampsi

Preeklampsi, även kallat havandeskapsförgiftning, är en graviditetskomplikation som kännetecknas av högt blodtryck och någon form av påverkan på organ, oftast njurarna som uppstår efter graviditetsvecka 20. Orsaken till att preeklampsi är inte helt klarlagd, men störning på moderkakans funktion anses vara en bakomliggande faktor (Brown m.fl. 2018). I lindriga fall krävs tät uppföljning, medan svårare fall kan innebära risk för allvarliga komplikationer och ibland kräva att förlossningen sätts igång tidigare.

Preeklampsi drabbar varje år cirka 3–7 procent av alla gravida i Sverige och kan vara väldigt psykologiskt påfrestande och även innebära en livshotande situation för kvinnorna. Kvinnor som haft preeklampsi har en ökad risk att senare i livet utveckla hypertoni, stroke, typ 2-diabetes och hjärt-kärlsjukdom, men också depression och posttraumatiskt stressyndrom (SFOG 2024). Forskning rekommenderar att kvinnor som drabbats av preeklampsi får en livslång uppföljning (Brown m.fl. 2018).

I vårt material ser vi att de regionala riktlinjerna för preeklampsi är mycket mer enhetliga än de för graviditetsdiabetes och väl speglar SFOG:s nationella riktlinjer. Många regionala riktlinjer saknar dock en tydlig och strukturerad långsiktig uppföljning i primärvården. Det speglas av kvinnornas berättelser, där flera uppger att de under graviditet och förlossning får bra vård och uppföljning men att de sedan släpps av vården. Många har inte fått någon långsiktig uppföljning alls och i andra fall bara kortsiktig uppföljning.

Det finns ett glapp mellan specialistmödrahälsovården och primärvården, det vill säga brist på kontinuitet för kvinnan. Primärvården beskrivs ha otillräcklig kunskap om preeklampsi. Kvinnor som haft preeklampsi har otillräcklig kunskap om sin egen diagnos. Information ges i fel tid och behöver anpassas till kvinnans personliga förutsättningar. Kvinnorna efterfrågar bättre tillgång till psykologiskt stöd.

## 6.2.1 Nationella riktlinjer saknar strukturerad långsiktig uppföljning

Det finns i dag inga nationella riktlinjer specifikt för preeklampsi publicerade av Socialstyrelsen. I stället används riktlinjerna från Svensk förening för obstetrik och gynekologi (SFOG) för hypertonisjukdomar under graviditet. SFOG:s riktlinjer brukar betraktas som de nationella rekommendationerna i svensk klinisk praxis, eftersom de utvecklats för att gälla i Sverige och införs nationellt i mödrahälsovård och specialistvård (SFOG 2024).

Enligt de nationella riktlinjerna för graviditet, förlossning och tiden efter ska man tidigt i graviditeten bedöma risken för preeklampsi för den gravida kvinnans och mäta blodtrycket uppreparade gånger, för att upptäcka och behandla högt blodtryck och preeklampsi. Om det visar sig att den gravida har en ökad risk för preeklampsi, kan en läkare erbjuda förebyggande behandling.

SFOG:s riktlinjer bygger på en vetenskaplig litteraturgenomgång samt granskning av internationella evidensbaserade riktlinjer. I SFOG:s riktlinjer står det utförligt beskrivet om behandling och uppföljning den närmaste tiden efter förlossningen, men inte om den långsiktiga uppföljningen i primärvården efter graviditet.

### **SFOG: s riktlinjer om uppföljning av kvinnor med preeklampsi**

**Utskrivningssamtal:** Vid hemgång från BB ska alla som haft preeklampsi ha ett utskrivningssamtal med läkare. Kvinnorna ska få information om sitt tillstånd och om sin förlossning samt om de långsiktiga riskerna relaterat till preeklampsi. Kvinnorna ska också få information om risker inför kommande graviditet och att de då har ett behov av tidig läkarkontakt för vårdplanering. Alla med preeklampsi ska planeras för blodtryck på dag 5–7 efter förlossningen samt att de under utskrivningssamtalet ska planera för återbesök 8–12 veckor efter förlossning.

**Återbesök:** På återbesöket ska kvinnan och partnern återigen få information om långsiktiga risker och inför nästa graviditet. Alla med genomgången hypertoni-sjukdom under graviditet ska informeras muntligt och skriftligt om årlig kontroll avseende BT [blodtryck] och andra kardiovaskulära riskfaktorer. Det står också att risken för hjärt-kärlsjukdom är störst hos de som haft tidig eller upprepad preeklampsi eller en preeklampsi där barnet har varit litet för tiden. Dessa kvinnor ska remitteras till primärvården för årlig uppföljning (SFOG 2024).

Preeklampsi ingår inte i de områden som den nationella planen för graviditet, förlossning och tiden efter fokuserar extra på. Preeklampsi nämns i ett kortare stycke som nämner framtida ökade risker med att få hjärt-kärlsjukdomar inklusive högt blodtryck och hjärtinfarkt senare i livet. Socialstyrelsen skriver att det därför är viktigt att följa upp dessa kvinnor efter förlossningen, för att identifiera och hantera eventuella långsiktiga hälsoproblem. Det kan till exempel behövas en planering för fortsatta regelbundna kontroller inom primärvården på grund av ökad risk för hypertoni och hjärt-kärlsjukdom senare i livet.

Av Socialstyrelsens dialoger framgår att dessa kvinnor i dag inte följs upp på ett strukturerat sätt. Socialstyrelsen har därför föreslagit att utreda behovet av ett kunskapsstöd för uppföljning av de som haft preeklampsi.

## 6.2.2 Otydlig koppling till primärvården

Till skillnad mot riktlinjerna för graviditetsdiabetes är de regionala riktlinjerna för preeklampsi överlag samstämmiga i hur de refererar till kunskapsunderlag i sina riktlinjer. Av 20 regioners riktlinjer hänvisade 14 uttalat till SFOG:s riktlinjer och rapporter. Bara en region lade till annat kunskapsunderlag i form av vetenskapliga artiklar. En annan region lade till utredningar från [internetmedicin.se](http://internetmedicin.se).

### Kunskapsstödet utformat för specialistmödrahälsovård

De regionala riktlinjerna vi fick från regionerna är mest fokuserade på specialistmödrahälsovården, och ger inte mycket stöd till primärvården om hur de ska följa upp långsiktigt. Bara sex regionala riktlinjer hänvisar till att riktlinjerna antingen gäller även för primärvården, som vårdcentraler och hälsocentraler, eller har granskats av aktörer inom primärvården. Flera visar att kvinnokliniken eller företrädare för obstetrik och gynekolog har varit med och utformat riktlinjerna. En region har barnmorskemottagningen som en avsändare. Få regioner skickade regionala riktlinjer specifikt för primärvården. Ingen av de regionala riktlinjerna har involverat någon patientrepresentant i utformningen av riktlinjerna, vad vi kan se.

En representant för en vårdcentral beskriver att det kunskapsstöd som finns för preeklampsi är utformat för sjukhusvård och akuta situationer, men det inte är lika tydligt för det långsiktiga omhändertagandet efter förlossningen där primärvården tar vid. Det innebär att primärvården behöver tolka och anpassa materialet till sitt sammanhang och att det kan se olika ut mellan enheter. En allmänläkare beskriver att primärvården är väldigt beroende av att det finns utförliga remisser från specialistmödrahälsovården för att kunna ge bra vård och uppföljning.

### Variation i remisser till primärvården

De regionala riktlinjerna ger olika rekommendationer om remiss till primärvården. Hälften av riktlinjerna beskriver att de kvinnor som har kvarvarande hypertoni efter förlossningen bör remitteras till vårdcentralen för årlig uppföljning. Sex av riktlinjerna beskriver inte remitteringen så specifikt, utan skickar remiss till vårdcentralen för vidare handläggning utan att specificera att det ska göras varje år. En region beskriver att man ska skicka en remiss till vårdcentralen för årlig kontroll av alla kvinnor som haft preeklampsi, även om det inte finns kvarvarande symptom. Det framgår av intervjuerna från specialistmödrahälsovården, där några beskriver att de skickar remisser för de patienter som haft en tidig eller svår preeklampsi. Men om kvinnan har haft en lätt preeklampsi och inte längre har högt blodtryck, uppmanas kvinnan att själv mäta blodtryck varje år. Andra beskriver att de skickar remiss även för de som inte längre har högt blodtryck.

Representanter från vårdcentralerna behöver tydligare information vid överlämningen från förlossningsvården, för att de ska kunna ta vid vården. De beskriver att det är ännu viktigare för de kvinnor som drabbats av preeklampsi, eftersom rutiner för provtagning och risk är otydligare för dem än för de som haft graviditetsdiabetes. När epikris och

överrapporteringen är tydlig, kan de planera uppföljningen tidigt och föra in i primärvårdens arbetssätt. Samtidigt framkom att remisser inte alltid skickas, vilket ytterligare försvårar ett strukturerat omhändertagande.

### 6.2.3 Kvinnorna känner inte till sin sjukdomsbild

I vårt material framgår det tydligt att kvinnorna som haft preeklampsi oftast inte känner till vilken risk de har att i framtiden utveckla hjärt-kärlsjukdom. Det är heller inte tydligt i de regionala riktlinjerna vilka riskerna är. Det varierar i vilken utsträckning riktlinjerna beskriver riskerna, om de gör det alls. I hälften av de regionala riktlinjerna står det inte vilka långsiktiga hälsorisker som finns med att ha haft preeklampsi. Det varierar även vilka risker som beskrivs. Tio riktlinjer beskriver att det kan finnas risk för hjärt-kärlsjukdomar, sju att det finns risk att få preeklampsi vid nästa graviditet och tre beskriver att det finns högre mödradödlighet. Fem regioner beskriver även att det finns risk för andra sjukdomar som njursvikt och typ 2-diabetes.

#### Skåne

Preeklampsi bidrar till cirka 15 procent av för tidiga förlossningar. Svår preeklampsi/eklampsi är en av de vanligaste orsakerna till mödrarmortalitet, cirka 1 dödsfall per 100 000 kvinnor som föder barn i Sverige. Globalt sett dör cirka 76 000 kvinnor per år i preeklampsi.

Kvinnor som haft preeklampsi löper en signifikant ökad risk att utveckla hjärt-kärlsjukdom och stroke senare i livet. I dag finns ingen förebyggande behandling som minskar den risken, varför det är speciellt viktigt att information ges om livsstilsfaktorer och betona vikten av årliga blodtryckskontroller.

#### Halland

Kvinnor med tidigare svår preeklampsi har recidivrisk för preeklampsi på 22–65 procent i nästa graviditet, vilket motiverar tidigt läkarbesök vid KVH. Läkare tar del av tidigare lagd vårdplan, alternativt konsulterar kvinnoklinik för att besluta om vårdplan.

#### Sörmland

Den här patientgruppen har hög risk att inom kort tid drabbas av kronisk hypertoni och sedermera hjärt-kärlsjukdom.

En forskare beskriver att intervjustudier visar att kvinnorna som drabbats av preeklampsi inte har kunskap om sin sjukdomsbild och att de i synnerhet inte har kunskap om de möjliga långtidseffekterna. Den information kvinnorna får ges oftast på sjukhuset en tid efter förlossningen, både skriftligt och muntligt. Flera av de intervjuade läkarna och barnmorskorna beskriver att det är väldigt svårt för kvinnorna att ta in information i den situation de befinner sig i, speciellt eftersom de kan ha kognitiva problem som ett resultat av preeklampsin och att det inte räcker med den information de i dag får ett par dagar efter förlossningen. Flera säger att många av kvinnorna inte ens vet om att de har haft sjukdomen. En kvinna berättar:

”Men jag tror inte att de pratade något om det. Så det kan väl förbättras i sådana fall. Dels kanske det kan vara bra att förtydliga att du har haft havandeskapsförgiftning. För det är en ganska omvälvande period. Så jag som är sjukvårdspersonal hade lite fördel. Annars vet jag inte ens om jag skulle uppfattat att jag hade det. Så att man skulle kanske mer förtydliga att du har haft det och det berodde på det här. Så vad jag minns var det ingen som pratade om det efter.”

Vi ser att SFOG:s riktlinjer är väldigt tydliga med att information ska ges i utskrivnings-samtal från BB, men efter det samtalet är det otydligt när och om alls kvinnorna får information om ökade risker med att ha haft preeklampsi. En representant från preeklampsiföreningen beskriver att om kvinnorna inte förstår hela sin sjukdomsbild, är det svårt att ta ett eget ansvar och själv ansvara för uppföljning. Hen beskriver att om en kvinna inte kommer ihåg all information eller inte har fått viss informationen på sjukhuset, blir resultatet att kvinnan inte känner till vad preeklampsi kan innebära för den framtida hälsan.

”Och du måste ju också, om inte annat, få veta att du har de här förhöjda riskerna. Det upplever jag inte att alla har fått den informationen. Lämnar du sjukhuset och inte vet om det här, då saknar du ingenting, för du vet ju inte om vad du saknar.”

Hen beskriver vidare att sjukhusvistelsen för kvinnorna oftast är väldigt splittrad och att det inte finns någon chans att ta till sig information under sådana omständigheter. Det behövs ett uppföljande samtal där allt sammanställs och där information ges, men det behöver ges utifrån individens förutsättningar. För många kvinnor är det oklart var de ska vända sig om de har frågor om sin preeklampsi. De som har förhöjt blodtryck men som har gått tillbaka till normala nivåer får oftast bara rekommendation att ta sitt blodtryck en gång per år. Hen beskriver att det behövs tydliga kontaktvägar till rätt instans, så att kvinnan inte själv behöver leta efter den informationen. Några menar också att många kvinnor i den åldern inte vet så mycket om vad ett förhöjt blodtryck innebär.

Flera av kvinnorna beskriver att de inte har fått någon information om riskerna med att ha haft preeklampsi. Andra beskriver att de inte kommer ihåg så mycket av informationen, eftersom de precis hade fött barn och det var mycket annat att tänka på. Några beskriver att de fick tydlig information.

”Om det var så att den upptäcktes så nära inpå födseln så förstår jag att det kanske inte var prio att informera jättemycket, utan mer att handla i aktion. Det förstår jag. Då är det nog mer eftervården som jag känner att det hade behövts informera om hur man kan må, vad man kanske ska göra själv. Jag vet inte om det kan vara farligt efteråt också. Jag vet ingenting om havandeskapsförgiftning.”

Flera kvinnor berättade att de fick information på BB men önskar att de hade fått informationen senare när de var mer mottagliga. Få fick information om preeklampsin på eftervårdsmötet hos barnmorskan.

#### **6.2.4 Efter förlossningen brister uppföljningen**

Flera av de intervjuade kvinnorna upplevde vården av sin preeklampsi som bra under graviditet och förlossning. De beskriver vården som handlingskraftig, tydlig och trygg. Många upplevde det dock som en väldigt traumatisk händelse. Men majoriteten upplevde

att fokuset på kvinnans mående minskade eller helt uteblev efter förlossningen. I stället blev det fokus på barnet.

”Man fick så väldigt mycket uppmärksamhet under graviditeten och fokus såklart på bebisen, men också på min hälsa. Och sen när väl bebisen var ute så försvann allt fokus på min hälsa. Då var allt fokus på bebisen. Som att man bara var viktig medan man var gravid, men sen var man inte så viktig längre.”

En kvinna kände det som att uppföljningsbiten tappades bort för henne. En annan önskar att hon skulle fått mer uppmärksamhet i form av att någon frågat hur hon mådde. En kvinna beskriver att hon önskade att det hade funnits tid till samtal där man kunde ställa frågor, kanske inte direkt innan hemgång utan några dagar efter. Två beskriver att de önskade att de hade frågat på hembesöket om hur de mådde och kanske tagit ett blodtryck.

”Sen kom BVC-sköterskan på hembesök för att göra första kollen. Då efterfrågade jag om hon inte kunde ta mitt blodtryck då ... att åka till sjukhuset som låg en halvtimme, fyrtio minuter bort. Men nej, det var ingenting, utan jag var tvungen att ta mig till sjukhuset med bebis och allting. Så det kändes också som ett väldigt nej, det gör vi inte. Utan nu är det bara bebisen vi är här för att kolla.”

Några barnmorskor samarbetar med BVC genom att de följer med på hembesök och tar blodtryck där. Det framkom dock att det inte finns någon formellt skrivet om att de ska informera kvinnorna om riskökningen för framtida ohälsa de har på grund av preeklampsi.

Flera av kvinnorna berättar att de inte har fått någon uppföljning alls efter att de lämnat BB. Andra beskriver att de gjorde läkarbesök efter ett par dagar, men eftersom blodtrycket var bra, fick de informationen att de kunde sluta med medicinen och sen gavs ingen mer uppföljning. Andra beskriver att de fick en kallelse till vårdcentralen, men eftersom blodtrycket såg bra ut så friskförklarades de. Flera beskriver att de skulle ha uppskattat fler kontroller efteråt.

”Jag hade uppskattat flera kontroller efteråt. Jag hade behövt det för att jag var orolig för njurfunktion och att blodtrycket fortfarande var högt.”

En kvinna önskar att det skulle finnas riktlinjer om att man gör efterföljande undersökningar eller i alla fall kontrollerar blodtrycket. En annan önskar att det skulle finnas en tydlig rutin för uppföljning och att man som individ inte ska behöva vara extra tjugig eller ihärdig och behöva kräva vård, utan att det ska finnas en standard så att man kan känna sig trygg med vad som kommer att hända.

### 6.2.5 Okunskap hos primärvården om patientgruppen

Flera från mödrahälsovården beskriver att uppföljningen beror mycket på vem du träffar i primärvården. En barnmorska upplever att riktlinjerna införts olika på olika vårdcentraler. Flera från både primärvården och mödrahälsovården ansåg att det inte finns resurser hos primärvården att följa upp kvinnorna tillräckligt väl. Några anser att den långsiktiga uppföljningen borde fortsätta där specialistkunskapen om patienterna finns. Det föreslås av en forskare att det borde finnas en post partum-enhet, där kvinnorna kan fångas upp.

”Antingen så måste man ju bygga ut vårdcentralerna, så att de har kunskap om den här patientgruppen och kan ta hand om dem som de ska göra. Med rätt kompetens. Eller så måste sjukvården, kvinnokliniken, ta hand om de här patienterna och ta tillbaka dem. Det är bara de två möjligheterna som finns.”

Forskaren beskriver att det finns studier som stödjer att om man har mer regelbunden kontroll av blodtryck de första sex månaderna efter förlossningen, oavsett blodtrycksmedicinering eller inte, har man lägre blodtryck fyra år senare. I dag finns det inte studier om kombinationer av insatser som fungerar för att få uppföljningen optimal, men de arbetar nu med en sådan studie. Forskaren beskriver att det beror på att preeklampsi ofta hamnar mellan obstetrik, primärvård och kardiologi.

En representant från preeklampsiföreningen beskriver att eftersom flera av kvinnorna som kommer till vårdcentralen för uppföljning inte har högt blodtryck när de går till sin uppföljning, ifrågasätter personalen på vårdcentralen varför de kommer när de är friska och inte har några symptom. Flera anser att det därför är viktigt att de från specialistvården verkligen skriver remissen och förklarar för vårdcentralen varför och vad man ska kontrollera och hur ofta. Annars blir kvinnorna bortprioriterade.

Några beskriver att de får uppfattningen att primärvården inte tycker att det är primärvårdens uppgift att följa upp patientgruppen. En representant från mödrahälsovården beskriver att kvinnor berättar att vårdcentralerna ibland är helt oförstående till varför de ringer och varför de ska bli uppföljda, eftersom de är en frisk kvinna i ung ålder. En forskare inom preeklampsi beskrev hur svårt det kan vara för kvinnor att få hjälp med att förstå vad de har varit med om:

”Preeklampsiföreningens vanligaste fråga är: Kan jag bli gravid och få barn igen? Så det är inte vården de kan komma till ens med det. Utan de använder patientföreningen och det tycker jag är ett väldigt underbetyg till oss. Jag intervjuade också en patient häromdagen som funderade på att skaffa ytterligare barn, och försökte komma till specialistmödravården för att prata. Men det fanns inte någon möjlighet i den staden hon bodde. Så hon fick inte komma dit, hon fick inte komma till mödravården och primärvården hade ju liksom ingen specifik kompetens om det här. Så hon kunde aldrig få något stöd.”

Några kvinnor upplevde att de på vårdcentralerna inte visste hur de skulle följa upp dem. En kvinna berättade att personalen på vårdcentralen inte hade tid att lyssna och att de ofta i stället hade en snabb lösning. Några beskrev hur de kom från ett annat land eller region och försökte föra in sin erfarenhet hos den nya vårdcentralen, men att de inte tog emot informationen.

## 6.2.6 Psykologiskt stöd är särskilt viktigt

En forskare beskriver att post-partum-depression är vanligt hos kvinnor som haft preeklampsi, men att många kvinnor inte får det stöd från vården som de behöver. Eftersom preeklampsi ofta är en traumatisk upplevelse framhävdes det från mödrahälsovården att kvinnorna behöver erbjudas samtal, ibland bara medmänskliga samtal men ibland också psykologiskt stöd. En mödrahälsovårdsrepresentant beskrev att många inte vågar bli gravida igen efter att ha genomgått preeklampsi. Bara en region beskriver

i sina regionala riktlinjer vikten av tillgång till psykosocialt stöd efter att kvinnan har drabbats av preeklampsi.

Några av kvinnorna hade behov av stöd för att de mådde dåligt, men beskrev att det var omständligt att få tillgång till stöd. En kvinna ringde till specialistmödrahälsovården för att få psykologiskt stöd från någon med specialistkunskap från mödrahälsovården och kunskap om preeklampsi, men då var det för sent att få stöd därifrån och sedan var det krångligt i primärvården. Då gav hon upp.

”Det hade tagit flera månader att inse att jag behöver nog prata med någon. Först ringde jag till kvinnohälsan som sa: ”Självklart ska du få hjälp. Självklart ska jag hjälpa dig. Jag skickar dig vidare till rätt person.” Och sen när jag kom till den sista personen då säger de att det har gått för lång tid: ”Du får ingen hjälp. Du får lämna dig till vårdcentralen.” Och då var det sådär. Då skiter jag i det. Då orkar jag inte. Nu stänger jag den dörren och öppnar den aldrig igen.”

En annan kvinna tycker att kvinnor som haft preeklampsi skulle erbjudas kontakt med en psykolog eller samtal i någon form. Hon föreslår att den som friskförklarar kvinnan skulle ha ett omvårdnadsperspektiv.

”Jag tror, i alla fall för mig, så har det suttit kvar väldigt länge. Och jag vet andra som är drabbade som också är såhär, det är sjukt det som kan hända. Det är helt sjukt att man slutar lita på livet liksom. Man råkar ut för det värsta. Så det är ju en väldigt traumatisk händelse och man behöver någon att prata med.”

### 6.3 Samförstånd mellan vårdnivåer och tillgänglighet till kunskap kan utvecklas

Vi ser genomgående i de båda fallstudierna att det finns utmaningar med att skapa en bra övergång från mödrahälsovården och specialistmödrahälsovården till ett långsiktigt omhändertagande i primärvården för kvinnor som diagnostiserats med graviditetsdiabetes och preeklampsi. I vår nyligen publicerade rapport *Vården ur primärvårds-läkarnas perspektiv* framgår att samordning av information med den specialiserade vården fungerar sämre i Sverige än i andra länder ur flera aspekter (Vård- och omsorgsanalys 2026). Den långsiktiga uppföljningen av graviditetskomplikationer illustrerar utmaningen med att få kontinuitet mellan vårdnivåer. I intervjuerna betonas att det finns flera utvecklingsmöjligheter.

#### 6.3.1 Bättre samförstånd mellan vårdnivåer behövs

Både nationella och lokala representanter från primärvården anser att primärvården behöver inkluderas mer i utformningen av riktlinjer och arbetssätt om graviditetskomplikationer. En nationell representant för primärvården påpekar att det behövs mer samförstånd mellan vårdnivåer. Det finns till exempel ofta faktagrupper som arbetar på sin kant och säger att ”det här kan inte vår vårdnivå göra” eller ”det här måste er vårdnivå göra”. Primärvårdsrepresentanten eftersöker mer samarbete i form av gemensamma utbildningar, för att förstå perspektiv från flera delar av vårdkedjan.

Flera berättar att samsynen mellan vårdnivåer brister. Till exempel upplever en primärvårdsrepresentant att det kommer beställningar från specialistmödrahälsovården i stället för dialog, och att det då kan få motsatt effekt.

”Den samverkan måste vi kunna få till på ett mycket bättre sätt där vi lyssnar på varandras perspektiv. Annars blir den här ryggmärgsreflexen från oss i primärvården att det är redan fullt, vi kan inte göra mer och så blir det ingenting av det i stället. Så blir man arg och så blir det friktion och sådär. Så man måste försöka förstå varandras perspektiv.”

En forskare som även arbetar på en kvinnoklinik lyfter också att det finns ett behov av att utveckla samarbetet mellan sjukhusvård och primärvård:

”Nu här fick jag höra att de [Kvinnokliniken] inte läser PM och riktlinjer när vi har justerat dem och de skickar inte ens ut remisser. Jag menar, om inte vi gör vårt jobb, då kan man inte skylla på primärvården heller. Och om inte kvinnokliniken som identifierar de här kommunicerar med primärvården ... Men man måste få det att funka och man måste samarbeta.”

Flera från primärvården efterlyser mer samverkan om enskilda patienter, för att diskutera vad som är bästa behandlingen utifrån individens förutsättningar. För att inte överbelasta systemet eller övervårda resonerar några av de intervjuade att det krävs mer individualiserad vård där hänsyn tas till patienten som vårdpersonalen har framför sig. De föreslår att det ska finnas den flexibiliteten i riktlinjer, att man till exempel inte pratar om årskontroller utan i stället uppföljande kontroll. De beskriver att vården behöver skraddarsys utifrån vilken förmåga patienten har att ta ansvar för sin uppföljning. Det kan handla om förmågan att navigera i vårdsystemet och förmågan att förstå, värdera och använda hälsoinformation. Förmågan kan också påverkas av andra hälsotillstånd. De resonerar att de nationella och regionala kunskapsstöden behöver ge utrymme för flexibilitet samtidigt som de ger stöd och vägledning. De nationella representanterna för primärvården hänvisar till det kloka kliniska valet. Syftet är att ta bort vård som bara görs enligt standard utan att det är säkert att det skapar värde för patienten. Samtidigt påpekar en representant från primärvården att det finns ett behov av att formalisera den långsiktiga preventiva uppföljningen, där primärvården är den främsta aktören.

”Vi ser gärna ett tydligare vårdförlopp som omfattar perioden efter förlossningen. Primärvården skulle vinna mycket på en mer formaliserad struktur som tydliggör ansvar under flera år efter en graviditetskomplikation. Ett sådant vårdförlopp skulle kunna innehålla rekommenderade intervall för uppföljning, parametrar som bör följas och ett journalstöd som gör att informationen följer patienten.”

### 6.3.2 Kunskapsstöd behöver integreras bättre i klinisk vardag

I intervjuerna efterfrågas en utveckling av hur riktlinjer integreras och införs i den kliniska vardagen för att det ska finnas möjlighet för primärvården att ta del av dem.

En representant från primärvården resonerar att det kanske inte hjälper att skriva bättre, tydligare och skarpare riktlinjer, eftersom det inte finns förutsättningar för primärvården att använda dem i den kliniska vardagen. Representanten upplever att det finns en tro att alla riktlinjer som produceras kommer att införas i verksamheterna men att det inte har fungerat hittills. En annan påpekar att det kan också bli förvirrande med många olika

kunskapsstöd och att de behöver förhålla sig till både Socialstyrelsen, kunskapsstyrningen och exempelvis Läkemedelsverket samt att de alla kan ha olika agendor.

En annan förklaring till att riktlinjerna inte alltid används hos primärvården är att de är otillgängliga. En barnmorska upplever att läkare i primärvården ibland inte hittar riktlinjerna. Andra berättar att vissa regioners riktlinjer är enkla att hitta genom att söka online, medan andra är svåra att hitta.

En primärvårdsrepresentant resonerar att primärvårdens breda uppdrag gör det svårt för personal på vårdcentralerna att hinna med att läsa alla riktlinjer, och det saknas digitala system för att underlätta.

”På en mottagningsdag är det säkert hundra olika riktlinjer som är aktuella för mig att läsa. Det är säkert 10 000 sidor. Det är helt orimligt att sitta och hålla koll på det hela tiden. Därför måste vi ha system som stödjer oss, integrerar oss in i den kliniska vardagen.”

Integrerade beslutsstöd framhölls som en möjlighet till att få påminnelser om viktig information och att det kanske finns potential i AI-verktyg.

### 6.3.3 Utbildning för kvinnor och primärvård behöver utvecklas

Både representanter från primärvården och mödrahälsovården beskriver behovet av att både patienterna och primärvården behöver mer kunskap om diagnoserna.

En representant beskriver att efter de första uppföljande besöken finns risk att kvinnorna faller bort eftersom allt ser bra ut, och då tycker både kvinnan och läkaren att det kan släppas. Det beskrivs att det behövs utbildning både för patienter och vårdpersonal, för att öka förståelsen hos dem båda. Olika regioner beskriver olika förutsättningar att utbilda vårdpersonal. Vissa har väl utvecklade program för kontinuerliga utbildning av vårdpersonal, medan andra saknar resurser för det.

Patienterna behöver få möjlighet att förstå sin egen diagnos för att själva kunna ta ansvar för sin hälsa. En nationell representant beskriver att vården ibland underskattar hur svårt det är att skapa den förståelsen. Det räcker inte alltid med att informera eller ha ett extra möte. Hen beskriver att det inte går att utgå från hälso- och sjukvårdspersonalens kunskap om kroppen och systemet, eftersom den troligen ofta skiljer sig från patienternas. Det behövs något annat.

”Vi förstår ju våra kroppar sannolikt bättre än genomsnittspersonen och också systemet, vad man kan göra och inte. Men så ser det inte ut i befolkningen. Jag vet inte om systemet är berett att ta hänsyn till det. Är vi beredda att investera det som skulle behövas?”

Flera nämner även att den informationsmiljö som patienterna möts av kan förbättras. En forskare menar att den information som finns på 1177 i dag är otillräcklig, och att det behövs material som är anpassat till dagens föräldrageneration med uppdaterad kunskap.

## 7 Utvecklingen av kvinnors hälsa

I det här kapitlet redogör vi för utvecklingen av kvinnors hälsa. Våra analyser baseras på ett antal indikatorer som vi följt över tid. Resultaten tyder på att vården har blivit mer kunskapsbaserad och personcentrerad, och i vissa avseenden säkrare. Vi ser också tecken på en ökad tillgänglighet i tiden före och efter förlossning, samtidigt som väntetider i delar av vården har ökat. Det finns fortfarande skillnader i resultat mellan regioner och olika grupper av kvinnor, som i vissa fall har minskat men i andra fall har ökat.

Vår analys av utvecklingen är till största del samstämmig med hur vi sammanfattade utvecklingen i vår förra rapport, *Över tiden* (Vård- och omsorgsanalys 2023). Men det finns några positiva skillnader. Vi ser ett ökat deltagande i föräldrastöd efter en dipp under pandemin. Väntetiderna till operation för urinläckage har förbättrats sedan 2021, efter en tids försämring. Samtidigt visar några indikatorer en försämring. Andelen som upplever att väntetiderna i vården är rimliga är numera lägre än 2016, och det är numera färre kvinnor som deltar i cellprovtagning inom ett år.

Det finns också indikatorer där utvecklingen har fortsatt i samma riktning jämfört med vår förra rapport, men som ändå är värda att lyfta fram. Andelen som går på eftervårdsbesök fortsätter att öka. Trots att målvärdet för andelen kvinnor som går på eftervårdsbesök har ökat från 85 till 90 procent, nådde fler regioner målvärdet 2024 än 2021. Andelen kvinnor som har diskuterat levnadsvanor i primärvården fortsätter också att öka. Däremot lyckas vården fortfarande inte nå de nationella målvärdena för bristningar, och indikatorns utveckling har varit relativ oförändrad sedan 2018.

Våra viktigaste resultat:

- Det finns vissa tecken på att vården har blivit säkrare, med färre dödfödda barn och en lägre andel kvinnor som får allvarliga bristningar. Samtidigt har andelen barn med låga Apgar-poäng ökat, liksom andelen akuta återinskrivningar av mödrar.
- Flera indikatorer pekar på att vården vid graviditet, förlossning och tiden efter har blivit mer kunskapsbaserad. Bland annat har fler kvinnor tillfrågats om våldsutsatthet och alkoholvanor under graviditeten. Det är också fler kvinnor som får stöd vid förlossningsrädsla.
- Vi ser tecken på att tillgängligheten runt graviditeten och tiden efter förlossning har ökat. Fler kvinnor går på eftervårdsbesök, och kapaciteten i neonatalvården ser ut att ha stärkts. Samtidigt har väntetiderna till relevant specialiserad vård ökat, och patienternas uppfattning om tillgängligheten har försämrats.
- Vi ser en minskad personcentrering i primärvården, men en mer positiv utveckling i den specialiserade vården. Såväl graviditetenkäten som svenskt neonatalt kvalitetsregisters föräldraenkät visar på goda resultat för graviditetsvårdkedjan, och utvecklingen har under de senaste åren varit positiv.

- Indikatorerna som inte rör graviditet och förlossning visar en förbättring av den sexuella och reproduktiva hälsan med färre aborter och klamydiainfektioner. Samtidigt har den psykiska hälsan blivit allt sämre.
- Trots en positiv utveckling på riksnivå för flera indikatorer kvarstår många skillnader mellan regioner och mellan olika grupper av kvinnor.

## 7.1 Uppföljningen baseras på över femtio indikatorer

Från uppdraget framgår att vi ska analysera om satsningen har bidragit till att vården har utvecklats och anpassats till flickors och kvinnors vårdbehov. Det är samtidigt inte möjligt att göra en effektutvärdering, eftersom det varken är möjligt att kartlägga alla faktorer i orsakssambandskedjan eller isolera effekter av satsningen. Det finns också flera externa faktorer som har betydelse. Till exempel har vi under de senaste åren sett ett minskat barnafödande. Samtidigt beskriver förlossningsverksamheter en ständigt ökande vårdtyngd.

Precis som i tidigare rapporter inom vår uppföljning av satsningen redogör vi för utvecklingen av kvinnors hälsa och förlossningsvården genom att analysera ett antal indikatorer. Redovisningen kan ge en fingervisning om satsningens effekter, särskilt i kombination med kunskapen om de insatser som gjorts, även om de inte kan ligga till grund för säkra slutsatser om orsakssamband.

Vi har följt utvecklingen för ett urval av indikatorer för att se om satsningen haft önskad effekt på de övergripande målen. Utgångspunkten är densamma som i våra tidigare rapporter *Förlösande för kvinnohälsan* (rapport 2020:11) och *Över tiden?* (rapport 2023:4). Vi har fortsatt att följa de indikatorer som vi tog upp där, men resultaten bygger nu på en längre period.

### 7.1.1 Vi följer kvalitetsdimensioner för en god vård och omsorg

God vård och omsorg är en modell som används av Socialstyrelsen för att ta fram och utveckla indikatorer. Överenskommelsernas övergripande mål motsvarar i stort sett de sex kvalitetsdimensionerna i modellen, det vill säga att vården är säker, kunskapsbaserad, tillgänglig, effektiv, jämlik och individanpassad. Modellen utgår bland annat från hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), tandvårdslagen (1985:125) och socialtjänstlagen (2001:453) (Socialstyrelsen 2009, 2017b, 2020).

I stället för individanpassad använder vi begreppet personcentrerad, som tar hänsyn till människors sammanhang samt hur de upplever och hanterar sin sjukdom, och inte enbart fokuserar på interaktionen mellan patient och vårdgivare i det enskilda kliniska mötet (Vård- och omsorgsanalys 2018a).

### 7.1.2 Vi följer ett antal indikatorer för att kartlägga utvecklingen

För att analysera utvecklingen inom området kvinnors hälsa har vi följt upp 54 indikatorer över tid, med information från bland annat Graviditetsregistret, Nationell patientenkät, Folkhälsoenkäten och olika register som hanteras av Socialstyrelsen.






För att avgöra om den eventuella utveckling vi ser är en del av en längre trend eller inte har vi analyserat utvecklingen från en tid innan satsningen inleddes och fram till och med 2024, så långt det är möjligt. Vi har inte kunnat inkludera uppgifter för 2025, eftersom data för de flesta av indikatorerna ännu inte publicerats vid tidpunkten för arbetet med den här rapporten. Eftersom olika datakällor omfattar olika tidsperioder har det inte alltid varit möjligt att välja ett basår långt innan satsningen inleddes. Några datakällor har också en längre tids eftersläpning för inrapportering och redovisning, vilket gör att vi ännu inte har information för 2024.

För alla indikatorer följer vi utvecklingen på nationell nivå. Där det är möjligt följer vi också skillnader mellan regioner och olika grupper av kvinnor för att belysa vårdens jämlikhet. Vi analyserar skillnader utifrån födelseland (född i Sverige, född i Europa eller född utanför Europa), och utifrån kvinnans utbildningsnivå (grundskoleexamen, gymnasieexamen eller eftergymnasial examen). För att undersöka hur skillnaderna har utvecklats har vi undersökt om variationen har förändrats 2024 jämfört med vårt första mätår. Kompletterande beskrivningar finns i bilaga 2.

### 7.1.3 Övergripande utveckling beskrivs med pilar

I det här kapitlet ger vi en översiktlig bild av utvecklingen för de olika indikatorerna med hjälp av pilar, se tabell 6.

**Tabell 6.** Förklaring till kommande figurer som beskriver indikatorernas utveckling.

Utveckling nationellt	Variation
 Värdet har ökat, önskad utveckling	
 Värdet har ökat, inte önskad utveckling	Skillnaderna mellan regioner eller grupper har ökat
 Värdet har minskat, önskad utveckling	Skillnaderna mellan regioner eller grupper har minskat
 Värdet har minskat, inte önskad utveckling	
 Värdet är oförändrat	Skillnaderna mellan regioner eller grupper är oförändrade

För några av indikatorerna har en arbetsgrupp inom Graviditetsregistret tagit fram målvärden för mödrahälsovård och förlossning (Graviditetsregistret 2026). Där det är relevant kopplar vi resultaten till dessa målvärden. Här är några exempel på målvärden som rör mödrahälsovården:

- Minst 95 procent av de gravida ska tillfrågas om alkoholvanor i samband med inskrivningen.
- Minst 95 procent av de gravida ska tillfrågas om våldsutsatthet någon gång under graviditeten.
- Minst 90 procent av de förlösta ska komma på eftervårdsbesök.

## 7.2 Vården verkar i vissa avseenden ha blivit säkrare

Inom svensk mödrhälsovård och förlossningsvård är den medicinska kvaliteten generellt hög. Tabell 7 visar utvecklingen för indikatorerna som rör säker vård.

**Tabell 7.** Sammanfattning av utveckling av indikatorer för säker vård.

	Utveckling nationellt	Andel i början och slutet av tidsperioden		Variation		
		2010	2024	Regioner	Födelseland	Utbildning
Dödfödda barn	↓	3,7	3,0	-	-	-
		2014	2024			
Bristning, instrumentell förlossning	↓	12,1 %	9,8 %	→	↑	→
Bristning, icke-instrumentell förlossning	↓	2,8 %	2,2 %	→	↑	→
APGAR mindre än 7 poäng vid 5 minuter efter födsel (fullgångna barn)	↑	1,0 %	1,4 %	→	→	↓
Mödrar akut återinskrivna inom 30 dagar	↑	1,7 %	2,1 %	→	-	-

Not: Mödrar som blivit akut återinskrivna inom 30 dagar har en mätperiod på tre år. Det innebär att antalet återinskrivningar mäts för en treårsperiod, och redovisas för sista året i tidsperioden.  
Källa: Medicinska födelseregistret, Graviditetsregistret och Patientregistret. Vård- och omsorgsanalys bearbetning.

### 7.2.1 Lägre andel dödfödda kan bero på ändrade riktlinjer

Antalet dödfödda barn varierade inom spannet 3,7–4,0 per 1 000 födda under 2010–2018. Andelen har sedan sjunkit till ungefär 3,0 per 1 000 födda barn år 2024, vilket är mycket låga andelar i en internationell jämförelse (Socialstyrelsen 2022c). Vi använder WHO:s definition, vilket innebär barn födda efter 22 fullgångna veckor utan livstecken vid födseln. Det minskade antalet dödfödda barn kan ha koppling till ändrade rutiner från 2020 för igångsättning – induktion – vid överburenhet (Göteborgs universitet 2025).

### 7.2.2 Fler kvinnor blir oplanerat återinskrivna inom 30 dagar efter förlossning

Andelen mödrar som blivit akut återinskrivna inom 30 dagar efter förlossning har ökat från 1,7 procent 2014 till 2,1 procent 2024. Socialstyrelsen har tidigare beskrivit att det kan tyda på att mödrar skrivs ut för tidigt från sjukhusen och att vårdplaneringen brister (Socialstyrelsen 2017a).

### 7.2.3 Färre kvinnor drabbas av allvarliga bristningar

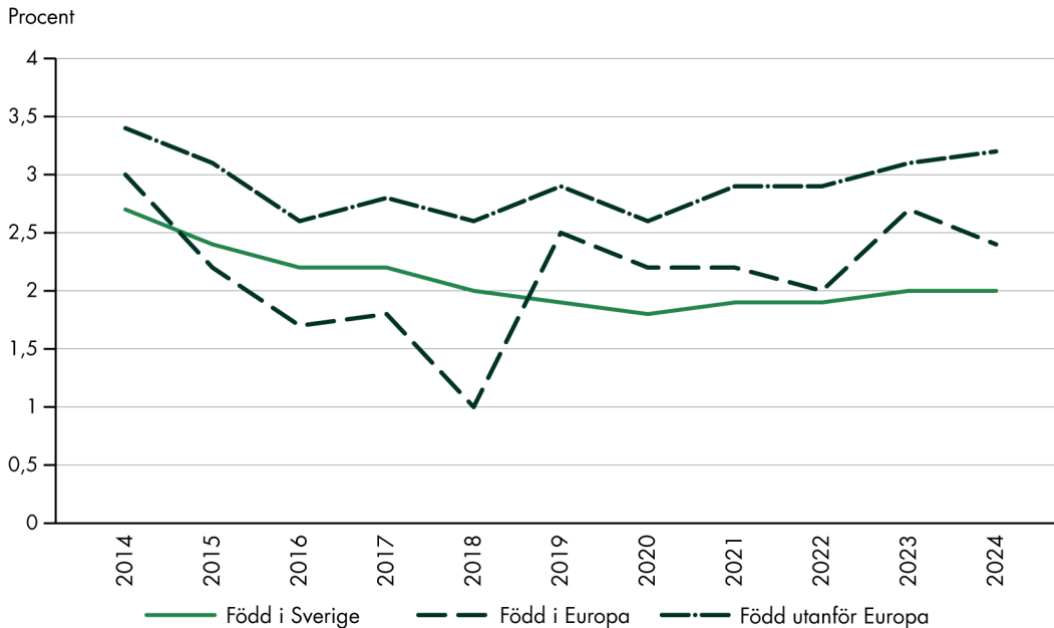
Andelen med allvarliga förlossningsbristningar (grad III–IV) minskade 2014–2024, från 12,1 till 9,8 procent vid instrumentella förlossningar och från 2,8 till 2,2 procent vid icke-

instrumentella. Trots minskningen uppnås fortfarande inte nationella målvärden för bristningar<sup>3</sup> (Graviditetsregistret 2026). Sedan 2018 har värdet legat relativt oförändrat för både instrumentella och icke-instrumentella förlossningar.

Andelen kvinnor som drabbats av en allvarlig bristning är högst bland kvinnor födda utanför Europa för både instrumentella och icke-instrumentella förlossningar. Andelen minskade under perioden 2014–2024 bland kvinnor oavsett födelseland (Sverige, övriga Europa och utanför Europa), men i mindre utsträckning för kvinnor födda utanför Europa. Det medför att skillnaderna mellan kvinnor med olika födelseland har ökat sedan 2014 både när det gäller instrumentella och icke-instrumentella förlossningar (figur 7 och 8).

Det var vanligare att kvinnor med grundskoleexamen drabbades av allvarliga bristningar vid instrumentella förlossningar 2024, men det har varierat under 2014–2024. För icke-instrumentella förlossningar är det vanligare att kvinnor med eftergymnasial examen drabbas av allvarliga bristningar, vilket har varit konsekvent under 2014–2024.

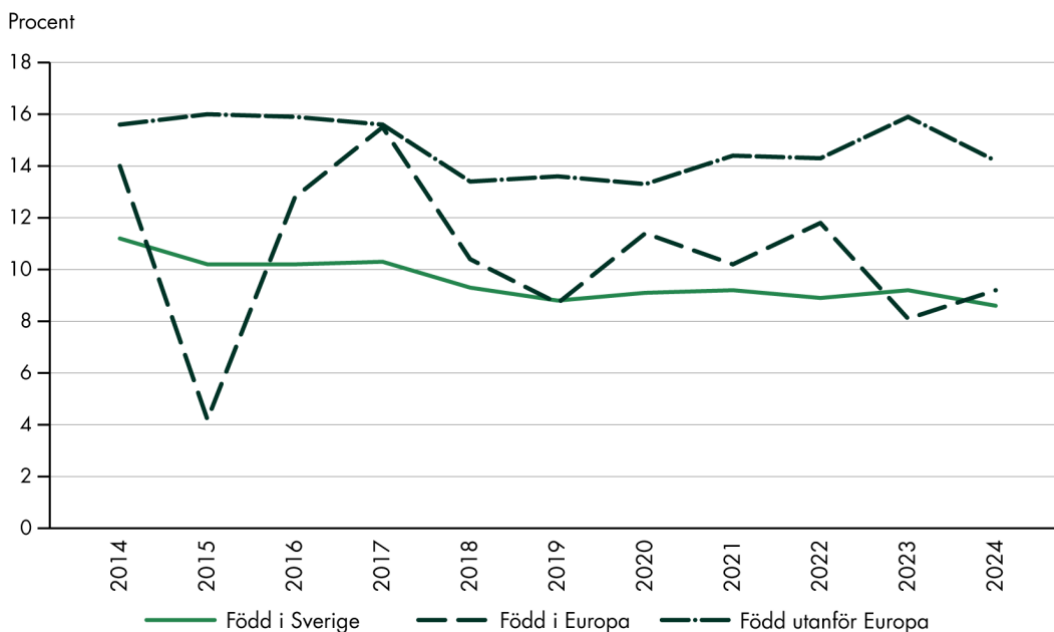
**Figur 7.** Andelen kvinnor med olika födelseland som fått bristningar vid icke-instrumentell vaginal förlossning 2014–2024.



Källa: Graviditetsregistret.

<sup>3</sup> Målvärden (April 2026): Bristning grad 3–4 vid vaginal (icke-instrumentell) förlossning: <2%. Bristning grad 3–4, vid VE: <9%.

**Figur 8.** Andelen kvinnor med olika födelseland som fått bristningar vid instrumentell förlossning 2014–2024.



Källa: Graviditetsregistret.

#### 7.2.4 Andelen barn med låg Apgar-poäng har ökat

Hälsotillståndet hos nyfödda barn direkt efter födseln kan bedömas genom poängsystemet Apgar, där tio poäng är ett optimalt resultat. Andelen nyfödda med låg Apgar, det vill säga under sju poäng, ökade 2014–2024. Det kan ha flera orsaker, exempelvis komplikationer under graviditet och förlossning, eller faktorer hos den födande som vikt och ålder (Karolinska institutet 2020; Socialstyrelsen 2015).

### 7.3 Vården har blivit mer kunskapsbaserad

För att bedöma om vården har blivit mer kunskapsbaserad följer vi ett antal indikatorer som speglar områden där det finns olika typer av riktlinjer, rekommendationer och kunskapsunderlag. Tabell 8 visar utvecklingen för indikatorerna om kunskapsbaserad vård.

**Tabell 8.** Sammanfattning av utvecklingen av indikatorer för kunskapsbaserad vård.

	Utveckling nationellt	Andel i början och slutet av tidsperioden		Variation		
		2014	2024	Regioner	Födelseland	Utbildning
Extrastöd på grund av förlossningsrädsla (förstfödelskor)	↑	6,6 %	11,8 %	→	→	→
Extrastöd på grund av förlossningsrädsla (omfödelskor)	↑	9,1 %	15,2 %	↓	→	→
Behandlats för psykisk ohälsa under graviditeten	↑	6,3 %	11,1 %	→	↑	↓
Tillfrågats om våldsutsatthet	↑	79,5 %	95,3 %	↓	→	→
Screening alkoholvanor AUDIT	↑	63,7 %	93,1 %	↓	→	→
Kejsarsnittsförlossning i Robson I-II	↑	12,2 %	14,8 %	→	→	→
		<b>2010</b>	<b>2021</b>			
Enbart eller delvis ammande barn vid 6 månaders ålder	↑	62,5 %	64,8 %	-	-	-
Enbart ammande barn vid 6 månaders ålder	↑	10,6 %	11,9 %	-	-	-
Enbart ammande barn vid 4 månaders ålder	↓	50,9 %	49,9 %	-	-	-
		<b>2015</b>	<b>2024</b>			
Diskuterat matvanor med läkare eller annan vårdpersonal vid besök i primärvården	↑	23,4 %	28,8 %	→	-	-
Diskuterat motionsvanor med läkare eller annan vårdpersonal vid besök i primärvården	↑	38,1 %	39,7 %	→	-	-
Diskuterat tobaksvanor med läkare eller annan vårdpersonal vid besök i primärvården	↑	21,6 %	27,1 %	→	-	-
Diskuterat alkoholvanor med läkare eller annan vårdpersonal vid besök i primärvården	↑	15,4 %	25,2 %	→	-	-

Källa: Graviditetsregistret, Nationell patientenkät, Socialstyrelsen. Vård- och omsorgsanalys bearbetning.

### 7.3.1 Fler kvinnor får extra stöd på grund av förlossningsrädsla

En större andel kvinnor fick stödåtgärder för förlossningsrädsla 2024 jämfört med 2014. Resultatet är inte helt lätt att tolka i och med att vi saknar information om hur många som har förlossningsrädsla. Det är en positiv utveckling om ökningen beror på att vården har blivit bättre på att uppmärksamma och stötta kvinnor med förlossningsrädsla, men om utvecklingen speglar en ökad andel kvinnor med förlossningsrädsla är det en negativ utveckling. Det uppskattas att 6–16 procent av alla gravida har förlossningsrädsla, men omfattningen är svår att mäta eftersom det saknas en enhetlig definition av begreppet (SFOG 2017; Socialstyrelsen 2022a).

Gravida kvinnor med eftergymnasial examen fick oftare stödåtgärder för förlossningsrädsla än de med gymnasie- eller grundskoleexamen under 2014–2024. Det gällde även gravida som är födda i Sverige jämfört med kvinnor från andra länder.

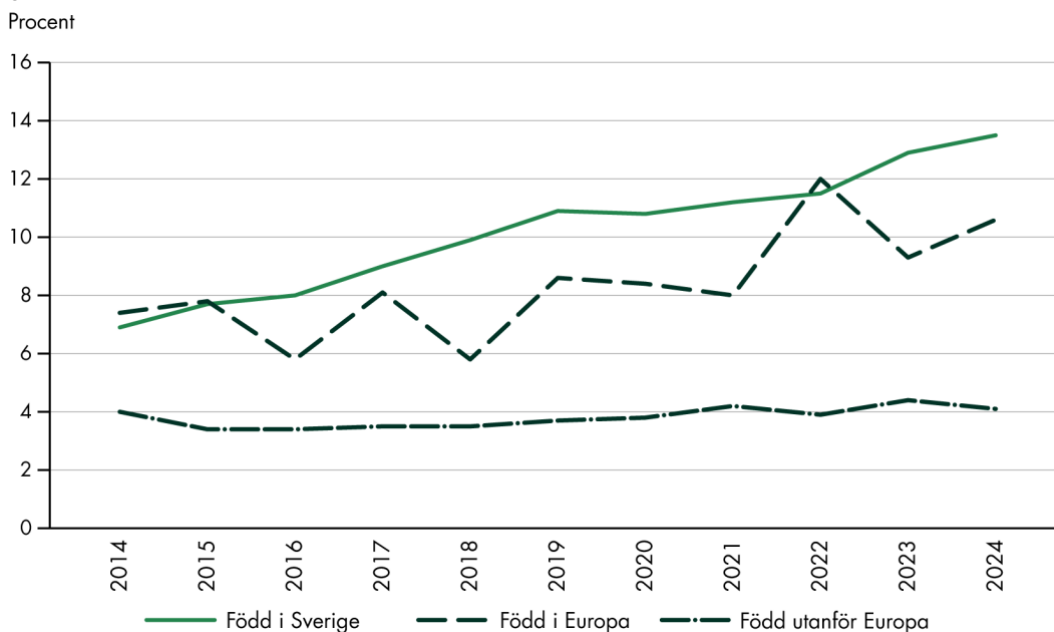
### 7.3.2 Fler kvinnor får behandling för psykisk ohälsa under graviditeten

Det har blivit vanligare att gravida kvinnor behandlas för psykisk ohälsa, med läkemedel, stödande samtal eller en kombination av båda. Andelen ökade från 6,3 till 11,1 procent under 2014–2024. Det finns skillnader mellan regionerna, men variationen mellan regioner är relativt oförändrad sedan 2014. Resultaten från SKR:s enkät till gravida visar att fler kvinnor vet vart de kan vända sig med psykiska problem efter graviditet och förlossning jämfört med fysiska problem (SKR 2022c).

Även för den här indikatorn är resultatet svårt att tolka, eftersom vi inte vet hur många kvinnor som har psykisk ohälsa. Det är en positiv utveckling om ökningen beror på att vården identifierar fler av de kvinnor som behöver stöd och behandling, det vill säga att ett tidigare uppmärksammat vårdbehov nu har blivit adresserat. Om ökningen däremot beror på att fler har psykisk ohälsa är utvecklingen negativ. Det finns indikationer på att den psykiska ohälsan bland kvinnor ökar, vilket vi beskriver i 7.6.3.

När det gäller kvinnor med olika utbildningsnivå ser vi små skillnader i andelen som fått behandling för psykisk ohälsa, och skillnaden minskade också 2014–2021. Skillnaden är större utifrån födelseland, med en större andel behandlade bland kvinnor som är födda i Sverige. Andelen för kvinnor födda i Sverige ökade också från cirka 7 till 13,5 procent under 2014–2024. Samtidigt är andelen i stort sett oförändrad bland kvinnor födda utanför Sverige. Det medför att vi ser en ökad skillnad mellan utrikesfödda och kvinnor födda i Sverige (figur 9).

**Figur 9.** Andelen kvinnor med olika födelseland som behandlas för psykisk ohälsa under graviditeten, 2014–2024.



Källa: Graviditetsregistret.

### 7.3.3 Målet nått om andel som tillfrågas om våldsutsatthet

Av kvinnorna som födde barn 2024 tillfrågades 91–98 procent om våldsutsatthet under graviditeten i olika regioner. På riksnivå var andelen 95,3 procent. Graviditetsregistret har satt 95 procent som ett nationellt målvärde, vilket därmed uppfylldes. Skillnaderna mellan regionerna minskade också 2014–2024.

Det är något ovanligare att kvinnor som är födda utanför Europa blir tillfrågade om våldsutsatthet i mödrahälsovården, men andelen har ökat i alla grupper och skillnaderna mellan grupperna är mindre 2024 än 2014.

### 7.3.4 Fler tillfrågas om alkoholkonsumtion

Graviditetsregistret har satt ett nationellt målvärde att 95 procent av kvinnorna ska tillfrågas om sin alkoholkonsumtion, men andelen varierar mellan regionerna. Sedan 2014 har andelen ökat och skillnaderna mellan regionerna har minskat, men målet på riksnivå uppnås fortfarande inte. År 2024 fick 93 procent av gravida kvinnor frågor om alkoholkonsumtion, och varierade mellan 85 och 97 procent i regionerna. Även skillnaderna mellan grupper av kvinnor är betydligt lägre 2024 än 2014.

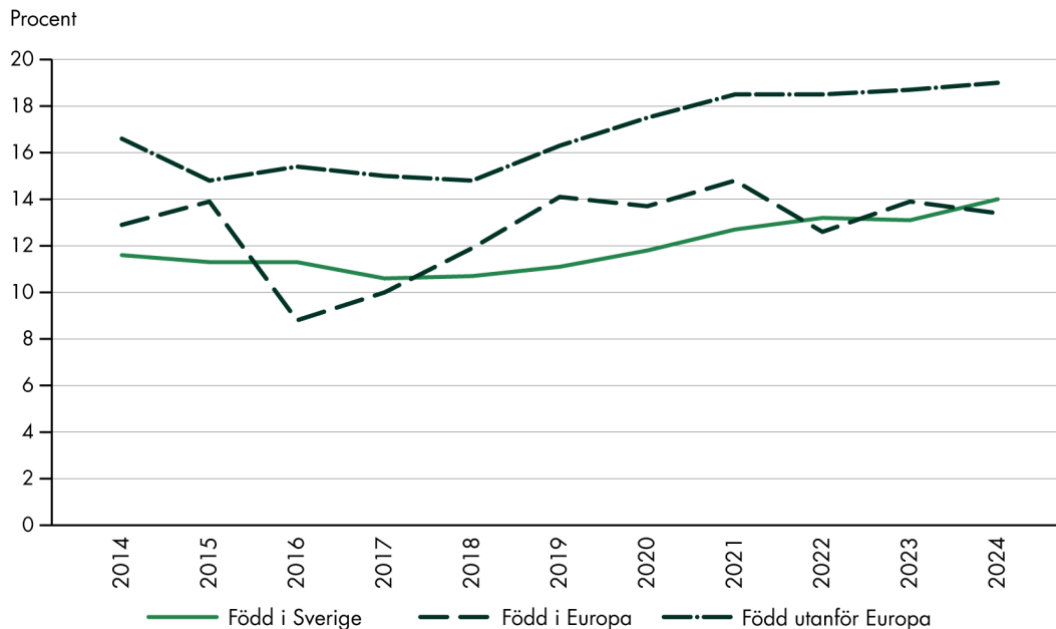
### 7.3.5 Kejsarsnitt vanligare men det finns skillnader mellan grupper

Vi beskriver utvecklingen av antalet planerade och akuta kejsarsnitt i förlossningsgruppen Robson I–II. Gruppen består av förstföderskor med enkelbörd, barnet i huvudbjudning och en fullgånge graviditet (37 fullgångna graviditetsveckor).

I förlossningsgruppen Robson I–II ökade andelen kejsarsnitt 2014–2024, och låg på 14,8 procent nationellt. Kejsarsnitt är inom förlossningsgruppen vanligast bland kvinnor

födda utanför Europa (figur 10). Skillnaderna är mindre mellan kvinnor med olika utbildning än mellan kvinnor med olika födelseland. Skillnaderna kvarstår mellan regioner och mellan kvinnor med olika utbildningsnivå och födelseland.

**Figur 10.** Andelen kvinnor med olika födelseland i förlossningsgruppen Robson I–II som förlöstes med kejsarsnitt 2014–2024.



Källa: Graviditetsregistret.

### 7.3.6 Olika utveckling för amning

Andelen barn som enbart eller delvis ammas vid sex månaders ålder i Sverige har ökat något sedan 2010, och var knappt 65 procent 2021. Också andelen barn som helammas vid sex månaders ålder var något högre 2021 än 2010. Däremot har det skett en liten minskning av andelen barn som helammas vid fyra månaders ålder.

Omkring hälften av barnen helammas vid fyra månaders ålder, men därefter sker en stor minskning och vid sex månaders ålder är det knappt 12 procent av barnen som helammas. Det skulle kunna förklaras av att barnet vid den åldern börjar få smakportioner av annan kost (Socialstyrelsen 2019).

### 7.3.7 Fler kvinnor tillfrågas om sina levnadsvanor

I den nationella patientenkäten får patienter som har besökt specialist- eller primärvården ange om vårdpersonalen har diskuterat mat-, motions-, tobaks- eller alkoholvanor med dem. Vi följer andelen kvinnor som blivit tillfrågade om sina levnadsvanor när de besökt primärvården.

Andelen som blivit tillfrågade om alkoholvanor har ökat, från 15 procent 2015 till 25 procent 2024. Vi ser även en ökning av andelen som tillfrågades om sina matvanor och tobaksvanor under samma period: från 23 till 29 procent respektive 22 till 27 procent. Andelen som diskuterat motionsvanor har också ökat något, från 38 procent till 40 procent. Det lägsta värdet i regionerna var högre 2024 än 2015 för samtal om

alkoholvanor, tobaksvanor och matvanor, men för motionsvanor minskade det. Skillnaderna mellan regionerna var oförändrade under perioden.

Varje region kan välja om de vill ställa frågorna i enkäten eller inte. År 2015 valde nio regioner att inkludera frågorna, medan samma nio regioner samt en ytterligare region gjorde så 2024.

## 7.4 Förbättrad tillgänglighet runt graviditetsvårdkedjan

Tillgänglighet handlar bland annat om väntetider, men kan också omfatta hur lätt det är att söka och få kontakt med hälso- och sjukvården, det vill säga om det finns olika tillgänglighetsbarriärer (Socialstyrelsen 2009; Vård- och omsorgsanaly 2019). Tabell 9 sammanfattar utvecklingen för indikatorer för tillgänglig vård.

**Tabell 9.** Sammanfattning av utvecklingen för indikatorer för tillgänglig vård.

	Utveckling nationellt	Andel i början och slutet av tidsperioden		Variation		
		2014	2024	Regioner	Födelse-land	Utbildning
Genomfört eftervårdsbesök		75,4 %	88,5 %			
Deltagit i föräldrastöd (förstföderskor)		68,8 %	62,1 %			
		2016	2023			
Deltagit i cellprovtagning inom ett år från kallelse		69 %	67 %	-	-	-
		2017	2024			
Antal transporter i neonatalvården på grund av platsbrist		199	289	-	-	-
		2016	2024			
Antal sjuksköterskor per disponibel neonatalvårdplats		2,6	2,9	-	-	-
Antal specialistsjuksköterskor per disponibel neonatalvårdplats		1,7	1,9	-	-	-
Antal vårdplatser inom neonatalvården (per 1 000 levande födda)		4,2	4,1	-	-	-
Vård i rimlig tid primärvård		67,0 %	66,0 %			

Vård i rimlig tid specialistvård	↓	51,7 %	50,0 %	→	→	→
Tillgång till den hälso- och sjukvård man behöver	↑	85,5 %	87,0 %	→	→	→

Källa: Graviditetsregistret, Svenskt Neonatalt Kvalitetsregister, Nationellt Kvalitetsregister för Cervixcancerprevention, Hälso- och sjukvårdsbarometern. Vård- och omsorgsanalys bearbetning.

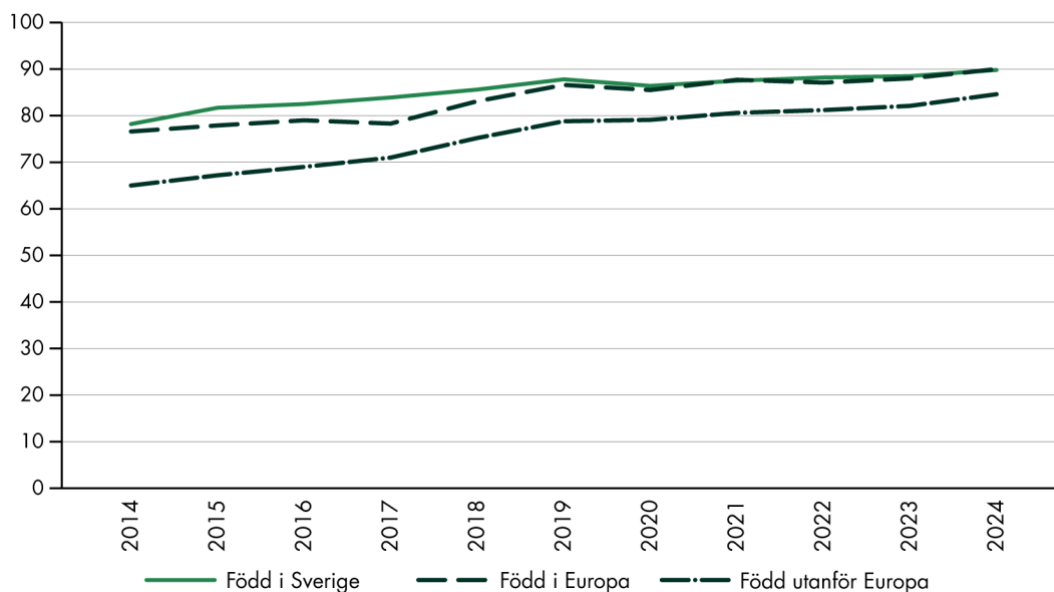
### 7.4.1 Fler går på eftervårdsbesök i mödrahälsovården

Andelen som går på eftervårdsbesök inom mödrahälsovården 4–16 veckor efter förlossningen har ökat: från tre av fyra kvinnor 2014 till nästan nio av tio kvinnor 2024. Graviditetsregistrets nationella målvärde är 90 procent, vilket uppnåddes av 14 regioner 2024.

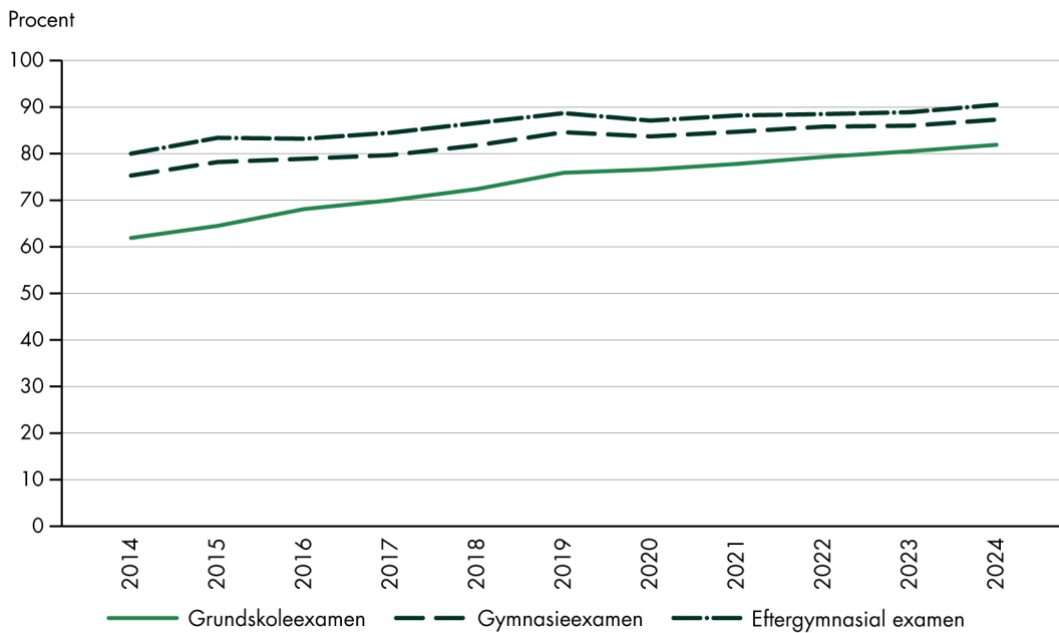
Andelen kvinnor som kommer på eftervårdsbesök har ökat i samtliga regioner, och regionala skillnader har minskat över tid. Likaså är skillnader mellan olika grupper av kvinnor betydligt lägre 2024 än 2014, även om vissa skillnader kvarstår. Utrikes födda kvinnor och kvinnor med lägre utbildningsnivå kommer på eftervårdsbesöket mindre ofta än kvinnor som är födda i Sverige och kvinnor med högre utbildning (figur 11, 12). Förstföderskor var något mer benägna att komma på eftervårdsbesök än omföderskor (Skogsdal m.fl. 2025).

**Figur 11.** Andelen kvinnor med olika födelse land som gjorde ett eftervårdsbesök 2014–2024.

Procent



Källa: Graviditetsregistret.

**Figur 12.** Andelen kvinnor med olika utbildningsnivå som gjorde ett eftervårdsbesök 2014–2024.

Källa: Graviditetsregistret.

#### 7.4.2 Fler deltar i föräldrastöd efter en dipp under pandemin

Vi har valt att följa andelen förstföderskor som har deltagit i föräldrastöd i form av en mindre sammanhållen grupp eller en tematräff. Vi har tidigare konstaterat att färre deltog i föräldrastöd under 2019 än 2014 (Vård- och omsorgsanalys 2020). Andelen minskade dessutom kraftigt 2019–2020, vilket troligen är en konsekvens av pandemin. Efter 2021 har andelarna ökat igen och var 2024 nästan uppe i samma nivå som 2019, men ligger fortfarande lägre än 2014.

Andelen som deltar i föräldrastöd varierar mellan olika grupper. Det är vanligast att kvinnor som är födda i Europa och kvinnor med eftergymnasial examen deltar i föräldrastöd. Skillnaderna mellan grupper är däremot lägre efter pandemin än före pandemin.

#### 7.4.3 Fler sjuksköterskor i neonatalvården, men stor regional variation i disponibla neonatalvårdplatser

Antalet sjuksköterskor per disponibel neonatalvårdplats har ökat något under perioden 2016–2024, från 2,61 till 2,91. Även antalet specialistsjuksköterskor per disponibel neonatalvårdplats har ökat 2016–2024, från 1,74 till 1,85. I genomsnitt fanns 4,1 vårdplatser per 1 000 levande födda barn 2024, en liten nedgång från 4,2 vårdplatser 2016 (Svenskt Neonatalt Kvalitetsregister [SNQ] 2017). Antalet transporter på grund av vårdplatsbrist 2024 var ungefär i linje med genomsnittet för perioden 2017–2024, men var högre än 2017 (tabell 10).

**Tabell 10.** Antal transporter på grund av vårdplatsbrist 2017–2024.

2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
199	276	208	325	314	saknas	295	289

Källa: SNQ 2022; uppgifter från registerhållare februari 2026.

Det finns regionala skillnader både för sjuksköterskor och disponibla vårdplatser. Antal specialistsjuksköterskor per disponibel neonatalvårdplats 2024 varierade mellan 1,3 i regionen med lägst värde och 2,5 i regionen med högst värde. Antalet disponibla vårdplatser per 1 000 levande födda 2024 varierade ännu mer, mellan 2,6 i regionen med lägst värde och 6,4 i regionen med högst värde.

Siffror för 2024 har inhämtats från SNQs registerhållare via mail februari 2026.

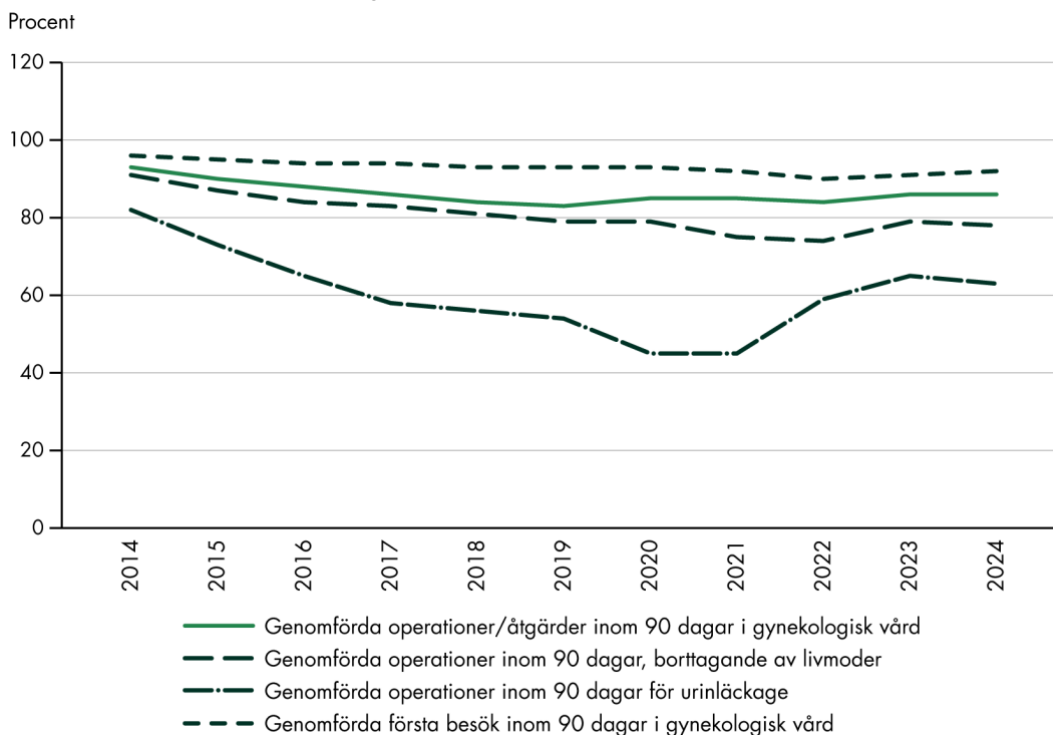
#### 7.4.4 Färre kvinnor deltar i cellprovtagning

Under 2023 kallades 414 585 kvinnor till gynekologisk cellprovtagning, varav 56 procent genomförde cellprovtagning inom tre månader och 67 procent inom ett år. Det är färre än 2016, när 69 procent genomförde cellprovtagning inom ett år. Värdet varierar mellan åren, men var även under 2022 lägre än 2016 (65 procent). Deltagandet skiljer sig åt mellan regionerna. I elva regioner gör över 75 procent av de kallade kvinnorna en provtagning inom ett år (Nationella Kvalitetsregistret för Cervixcancerprevention [NKCx] 2026).

#### 7.4.5 Längre väntetider inom den specialiserade vården

För att få en bild av väntetiderna har vi följt andelen som inom 90 dagar får ett nybesök inom den gynekologiska vården. Vi har även följt väntetiderna för operationer för urininkontinens, för att ta bort livmodern och inom övrig gynekologi. Väntetiderna inom vården ökar generellt, och sedan 2014 ser vi en minskning i andelen som fått tid för nybesök eller operation inom vårdgarantins gräns (figur 13). Väntetiderna till operation för urinläckage har dock förbättrats sedan 2021, efter en tids försämring. Det finns regionala variationer i väntetiderna, men på grund av varierande inrapportering från regionerna i Väntetidsdatabasen följer vi bara utvecklingen på riksnivå.

**Figur 13.** Andel som fått nybesök (besöksgaranti) och olika operationer (behandlingsgaranti) i den specialiserade vården inom 90 dagar.



Källa: Väntetidsdatabasen.

#### 7.4.6 Nedåtgående trend i patienternas uppfattning av tillgängligheten

Vi har också analyserat tillgänglighet genom tre frågor från hälso- och sjukvårdsbarometern: andelen kvinnor som fått tillgång till den vård de behöver, samt andelarna som fått tillgång till primärvård eller specialistvård i rimlig tid.

Något fler kvinnor upplever att de har tillgång till den vård som de behöver. År 2016 svarade 85,5 procent att de helt eller delvis hade tillräcklig tillgång till vård, och 2024 hade andelen stigit till 87,0 procent.

Samtidigt har det skett en minskning i andelen som upplever att väntetiderna i vården är rimliga, både till sjukhusvården och vårdcentralen. År 2016 svarade 67 procent att väntetiden till vårdcentralen var rimlig, och 2024 hade andelen sjunkit till 66,0 procent. För vård på sjukhus var motsvarande andelar 51,7 procent respektive 50,0 procent.

Kvinnor med kortare utbildning är mer positiva än kvinnor med längre utbildning. Utifrån födelseland skiljer sig resultatet mellan de tre frågorna vad gäller vilka kvinnor som är mest positiva. Skillnaderna mellan grupper av kvinnor minskade i vissa fall och ökade i vissa fall mellan 2016 och 2024.

### 7.5 Tecken på ökad personcentrering

För att belysa personcentreringen inom vården av kvinnor använder vi ett antal indikatorer från den nationella patientenkäten som beskriver patienternas upplevelser av vården. Resultaten visar att utvecklingen varierar mellan olika delar av vården. Det finns

tecken på förbättring i den öppna och slutna specialistvården, men de flesta av indikatorerna i primärvården visar sämre resultat sedan den första mätningen. Vi redovisar även resultaten för ett antal frågor som ställs i Graviditetsenkäten och Neonatalvårdsregistrets föräldraenkät.



















### **7.5.1 Personcentreringen har minskat i primärvården men ökat i öppen- och slutenvården**

I en personcentrerad vård ingår aspekter såsom information, bemötande, delaktighet, medskapande och samordning. Vi har valt ett antal frågor ur nationella patientenkäten om de aspekterna, utifrån upplevelser inom primärvården och i öppen och slutna specialiserad vård. Det innebär att även vård utanför graviditetsvårdkedjan fångas upp, så indikatorerna omfattar sådant som inte har ingått i satsningen.

Den nationella patientenkäten riktar sig omväxlande till patienter som besökt primärvård och de som besökt specialistvård. I vår analys av indikatorerna har vi studerat kvinnornas resultat på riksnivå, och andelen som instämmer med det mest positiva svarsalternativet (svarskategori 5 – ”Ja, helt och hållet”).

För fem av sex frågor om personcentrering i primärvården kan vi se en negativ utveckling 2015–2024. En något lägre andel av kvinnorna upplever till exempel att de är delaktiga i beslut om sin vård och behandling, eller att personalen samordnar kontakterna med vården i den utsträckning som behövs. Däremot upplever en högre andel att de får tillräcklig information om sin vård och behandling. Det lägsta värdet i regionerna har förbättrats sedan 2015 för fyra av sex frågor, men fortfarande finns skillnader mellan regionerna (tabell 11).



















**Tabell 11.** Sammanfattning av utvecklingen av indikatorer inom primärvården för personcentrerad vård.

Primärvård	Utveckling nationellt	Andel i början och slutet av tidsperioden		Lägsta värde - regioner	Variation Regioner
		2015	2024		
<b>Delaktighet</b> – Gjorde läkaren/vårdpersonalen dig delaktig i besluten om din vård/behandling		64 %	61 %		
<b>Medskapande</b> – Tog läkaren/vårdpersonalen hänsyn till dina egna erfarenheter av din sjukdom/hälsotillstånd		62 %	58 %		
<b>Bemötande</b> – Bemötte personalen dig med medkänsla och omsorg?		67 %	64 %		
<b>Information</b> – Om du ställde frågor till personalen, fick du svar som du förstod?		67 %	66 %		
<b>Information</b> – Fick du tillräckligt med information om din vård/behandling?		55 %	57 %		
<b>Samordning</b> – Anser du att personalen på hälso-/vårdcentralen samordnar dina kontakter med vården i den utsträckning du behöver?		50 %	46 %		

Källa: Nationell patientenkät, Vård- och omsorgsanalys bearbetning.

Både i öppen och i slutna specialistvård kan vi se en förbättring för samtliga indikatorer 2016–2025, förutom en som är oförändrad. Det lägsta värdet i regionerna har också förbättrats för nästan alla indikatorer, men det kvarstår skillnader mellan regionerna (tabell 12 och tabell 13).

**Tabell 12.** Sammanfattning av utvecklingen av indikatorer inom öppen specialistsjukvård för personcentrerad vård.

Öppen sjukhusvård	Utveckling nationellt	Andel i början och slutet av tidsperioden		Lägsta värde - regioner	Variation Regioner
		2016	2025		
<b>Delaktighet</b> – Gjorde läkaren/vårdpersonalen dig delaktig i besluten om din vård/behandling		75 %	78 %		
<b>Medskapande</b> – Tog läkaren/vårdpersonalen hänsyn till dina egna erfarenheter av din sjukdom/hälsotillstånd		69 %	75 %		
<b>Bemötande</b> – Bemötte personalen dig med medkänsla och omsorg?		77 %	81 %		
<b>Information</b> – Om du ställde frågor till personalen, fick du svar som du förstod?		78 %	80 %		
<b>Information</b> – Fick du tillräckligt med information om din vård/behandling?		72 %	75 %		
<b>Samordning</b> – Anser du att personalen på hälso-/vårdcentralen samordnar dina kontakter med vården i den utsträckning du behöver?		68 %	69 %		

Källa: Nationell patientenkät, Vård- och omsorgsanalys bearbetning.

**Tabell 13.** Sammanfattning av utvecklingen av indikatorer inom slutna specialistsjukvård för personcentrerad vård.

Sluten sjukhusvård	Utveckling nationellt	Andel i början och slutet av tidsperioden		Lägsta värde - regioner	Variation Regioner
		2016	2025		
<b>Delaktighet</b> – Gjorde läkaren/vårdpersonalen dig delaktig i besluten om din vård/ behandling	↑	61 %	64 %	↑	→
<b>Medskapande</b> – Tog läkaren/vårdpersonalen hänsyn till dina egna erfarenheter av din sjukdom/hälsotillstånd	↑	62 %	66 %	↑	→
<b>Bemötande</b> – Bemötte personalen dig med medkänsla och omsorg?	↑	72 %	74 %	↑	→
<b>Information</b> – Om du ställde frågor till personalen, fick du svar som du förstod?	↑	68 %	70 %	↑	→
<b>Information</b> – Fick du tillräckligt med information om din vård/ behandling?	↑	59 %	62 %	↑	→
<b>Samordning</b> – Anser du att personalen på hälso- /vårdcentralen samordnar dina kontakter med vården i den utsträckning du behöver?	→	60 %	60 %	↓	→

Källa: Nationell patientenkät, Vård- och omsorgsanalys bearbetning.

### 7.5.2 Positiv utveckling för personcentrerad vård i Graviditetsenkäten

SKR skickar sedan december 2020 ut Graviditetsenkäten till alla gravida och nyförlösta kvinnor i Sverige, och resultatet ska användas för att förbättra graviditetsvården. Enkäten genomförs och finansieras som en del av satsningen på kvinnors hälsa och består av tre delar som fokuserar på olika delar av vården och hälsan.

Mellan 2021 och 2024 har det varit en positiv utveckling för alla de indikatorer som SKR valt ut från Graviditetsenkäten för området personcentrerad vård. Det är störst regionala skillnader i delaktighet i planeringen och beslut efter förlossning, där skillnaderna ökade mellan 2023 och 2024. För frågor relaterade till mödrahälsovården var spridningen mindre (SKR 2025).

Resultaten från 2024 visar att knappt en av fyra kvinnor svarade 8 veckor efter förlossningen att de haft den bästa tänkbara förlossningen, och nästan lika många, 22 procent, svarade samma sak efter ett år. Det är liknande resultat som när Graviditetsenkäten först skickades ut 2020. I graviditetsvecka 25 svarade 56 procent

av kvinnorna att vården dittills helt och hållet tillgodosett deras behov. Efter ett år svarade 37 procent samma sak.

### 7.5.3 Svenskt neonatalt kvalitetsregister genomför en föräldraenkät

En nationell föräldraenkät introducerades av neonatalvårdsregistret under 2020, för att förbättra bemötande, information, kunskap och delaktighet i vården. Enkätsvaren beskriver patienternas upplevelser i vården även om det inte går att följa utvecklingen sedan innan satsningen inleddes. Jämfört med resultatet i den första enkäten från 2020 har det bara skett små förändringar.

Vi har analyserat resultatet för 2024–2025 (SNQ 2026). Under perioden har enkäten fått runt 4 000 svar per år. Vi har analyserat svaren från föräldrar till barn födda i graviditetsvecka 28 eller senare, oavsett hur lång vårdperioden var. Vi har inkluderat det mest positiva svarsalternativet ”ja, helt och hållet” på en femgradig skala.

Föräldrarna har generellt ett gott helhetsintryck av vården. Nio av tio upplever att barnets behov av vård och behandling har blivit tillgodosett. Åtta av tio känner fullt förtroende för den vårdpersonal som barnet träffade, och nästan lika många svarar att det fanns ett beslut om nästa steg i barnets vård och behandling innan barnet skrevs ut.

I enkäten ställs även frågor om respekt och bemötande. Nio av tio upplever att personalen bemötte barnet med medkänsla och omsorg, och åtta av tio tycker att de själva blev bemötta med respekt och värdighet. Sju av tio upplever att de gjordes delaktiga i samtalet när personalen pratade sinsemellan om barnet.

Ungefär sju av tio anser att de fått tillräcklig information om barnets vård och behandling, och ungefär lika många att de fått tillräcklig information om vart de ska vända sig för stöd och vård efter utskrivning från neonatalvården. Lite mer än sju av tio upplever att läkaren och vårdpersonalen förklarade behandlingen på ett sätt som de förstod.

Ytterligare ett antal frågor handlar om delaktighet och involvering. Lite färre än sju av tio upplever att vårdpersonalen gjorde dem delaktiga i besluten om barnets vård och behandling. Lite fler än sju av tio tycker att vårdpersonalen tog hänsyn till deras egna erfarenheter och synpunkter om barnets hälsotillstånd, och lika många att de var så delaktiga i besluten om barnets vård och behandling som de önskade.

Som ett sammantaget mått redovisas andelen fem-poängssvar sett över alla frågor och respondenter. Över perioden var det nationella genomsnittet 77,9 procent, och per förlossningsklinik varierade genomsnittet mellan 67,4 och 87,5 procent.

## 7.6 Blandad utveckling för övriga hälsoutfall

Indikatorerna som vi följer ska spegla de områden som lyfts i överenskommelserna och som regionerna har genomfört insatser inom. Flera indikatorer går att koppla direkt till graviditetsvårdkedjan. En annan del av satsningen relaterar till ”den hälso- och sjukvård som har betydelse för kvinnors hälsa”. Det är svårare att avgränsa det området och välja ut ett fåtal indikatorer, men för att beskriva utvecklingen av kvinnors hälsa har vi valt att analysera sexuell och reproduktiv hälsa, levnadsvanor och psykisk ohälsa. Indikatorerna

är hämtade från SKR:s nationella patientenkät, Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsens patientregister. Tabell 14 visar utvecklingen av indikatorer utanför graviditetsvårdkedjan.

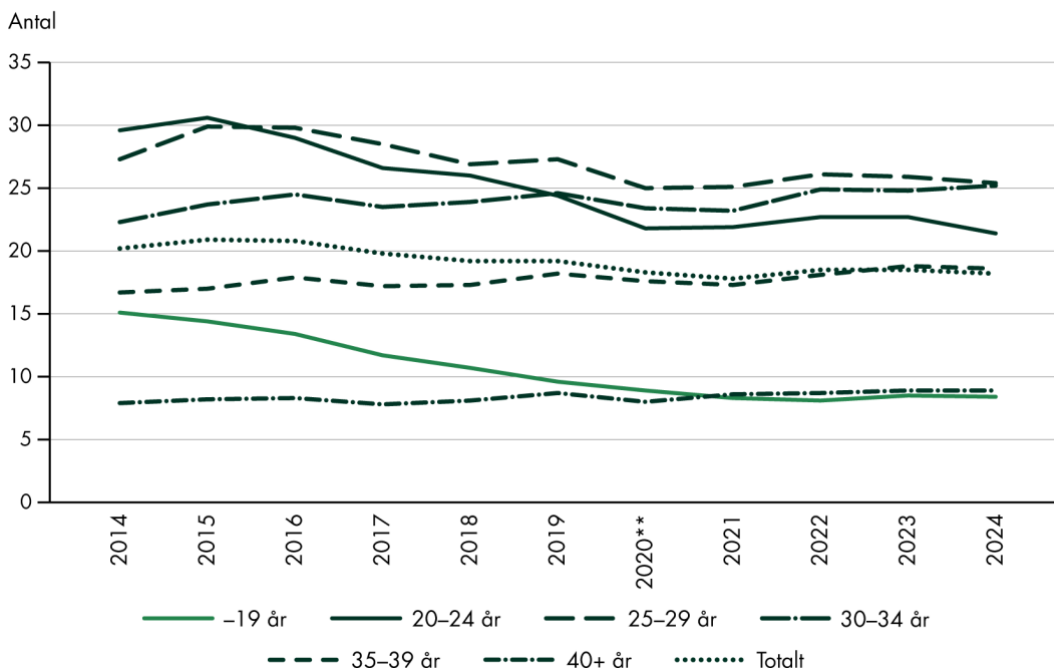
**Tabell 14.** Sammanfattning av utvecklingen av indikatorer utanför graviditetsvårdkedjan.

	Utveckling nationellt	Andel i början och slutet av tidsperioden		Variation		
		2011	2024	Regioner	Födelse land	Utbildning
Diagnosticerad ångest	↓	1,4 %	1,2 %	→	-	→
Diagnosticerad depression	↑	1,7 %	2,6 %	→	-	→
Läkemedelsanvändning vid depression	↑	13,3 %	18,5 %	→	-	→
Självrapporterad svår ångslan, oro eller ångest	↑	5,9 %	10,2 %	→	↓	↓
		<b>2010</b>	<b>2024</b>			
Riskkonsumenter alkohol	↑	13,5 %	13,4 %	→	→	→
Använder tobak dagligen	↓	17,5 %	10,1 %	↑	↑	→
Övervikt och fetma BMI 25,0 eller högre	↑	40,7 %	46,8 %	→	→	→
		<b>2014</b>	<b>2024</b>	-	-	-
Klamydiafall per 100 000 kvinnor)	↓	210,5	133,4	-	-	-
Aborter (per 1 000 kvinnor)	↓	20,2	18,2	-	-	-

Källa: Nationell folkhälsoenkät, Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten. Vård- och omsorgsanalys bearbetning.

### 7.6.1 Antalet aborter och klamydiafall har minskat

Aborterna minskade under perioden 2014–2024, från 20,2 till 18,2 aborter per 1 000 kvinnor. Utvecklingen varierar dock mellan olika åldersgrupper, och över tid har det skett en förskjutning från kvinnor under 25 års ålder till kvinnor över 30 års ålder (Socialstyrelsen 2025e) (figur 14). En anledning kan vara den ökande förskrivningen av långtidsverkande preventivmedel, exempelvis p-stav och hormonspiral, särskilt bland yngre kvinnor (15–19 år). Minskningen kan också påverkas av att preventivmedel sedan 2017 är avgiftsfria för kvinnor under 21 år (Socialstyrelsen 2022b).

**Figur 14.** Antal aborter per 1 000 kvinnor i olika åldersgrupper 2014–2024.

Källa: Socialstyrelsen (Socialstyrelsen 2025d).

Klamydia är fortfarande vanligare bland kvinnor än bland män. Antalet kvinnor som smittas minskade dock 2014–2024, från 211 till 133 klamydiafall per 100 000 kvinnor. Klamydia är vanligast bland kvinnor i åldrarna 20–24 år. Under 2024 minskade klamydiafallen i alla åldersgrupper både bland kvinnor och män, men mest i de yngsta åldersgrupperna 15–19 år och 20–24 år (runt 25 procents minskning) (Folkhälsomyndigheten 2025c).

## 7.6.2 Ohälsosamma levnadsvanor minskar

Ohälsosamma levnadsvanor är en viktig bidragande orsak till skillnader i hälsa mellan olika grupper av kvinnor (Folkhälsomyndigheten 2020). För att följa utvecklingen av kvinnors levnadsvanor inkluderar vi indikatorer från den nationella patientenkäten, om hur vården arbetar, och från den nationella folkhälsoenkäten om kvinnors självrapporterade levnadsvanor.

Vi har tidigare konstaterat att en ökande andel kvinnor har diskuterat sina alkohol- och tobaksvanor tillsammans med läkare eller annan vårdpersonal. Den självrapporterade tobaksanvändningen minskade 2010–2024. Däremot ökade riskkonsumtionen av alkohol något 2010–2024. Vi konstaterade också i tidigare avsnitt att allt fler diskuterat sina matvanor och motionsvanor med vårdpersonal. Under samma period ökade förekomsten av övervikt och fetma, mätt som ett BMI över 25.

De självrapporterade levnadsvanorna varierar mellan olika grupper av kvinnor. När det gäller tobakskonsumtion har skillnaderna ökat mellan kvinnor med olika födelseland 2010–2024, men är oförändrade mellan kvinnor med olika utbildningsnivå. Även för alkoholkonsumtion är skillnaderna mellan kvinnor med olika födelseland och kvinnor med olika utbildningsnivå lika stora 2024 som 2010. Skillnaderna i tobakskonsumtion har ökat mellan regionerna, medan skillnaderna i alkoholkonsumtion minskat något

mellan regionerna. När det gäller övervikt och fetma har skillnaderna ökat mellan kvinnor utifrån region, men minskat utifrån födelse-land och utbildningsnivå, 2010–2024.

### 7.6.3 Ökad psykisk ohälsa bland kvinnor

För att beskriva utvecklingen av psykisk ohälsa använder vi självrapporterade uppgifter från den nationella folkhälsoenkäten och uppgifter från Socialstyrelsens patientregister om andelen kvinnor som fått diagnosen ångest eller depression samt andelen kvinnor som fått läkemedelsbehandling för depression. Den sammantagna bilden är att den självrapporterade psykiska ohälsan har ökat sedan 2011, liksom den ohälsa som sjukvården har diagnostiserat. Det går inte att avgöra hur mycket av den ökade diagnostiseringen som beror på en verklig ökad psykisk ohälsa och vad som beror på bättre kännedom om riktlinjer, utredning och diagnostik.

Sedan 2011 har det blivit vanligare med depressionsdiagnos och med läkemedelsbehandling mot depression. Färre blir dock diagnostiserade med ångest, när vi jämför 2024 med 2011. Andelen med självrapporterad svår ångslan, oro och ångest har också ökat, från knappt 6 till drygt 10 procent. Som vi beskrivit i vår delrapport från 2025 har kvinnors sjukdomsburda från psykiatriska tillstånd ökat med 8 procent mellan 2001 och 2021. År 2021 var psykiatriska tillstånd den sjukdomsgrupp med näst störst skillnad i sjukdomsburda mellan kvinnor och män (Vård- och omsorgsanalys 2025).

## 8 Slutsatser

I den här rapporten har vi följt upp regeringens satsning på förlossningsvård och kvinnors hälsa. Uppdraget har varit att analysera hur satsningen bidragit till att vården utvecklats och anpassats till flickors och kvinnors behov, samt att göra fördjupade analyser av utvecklingen inom området hälso- och sjukvård för flickor och kvinnor brett. Vi har genomfört arbetet i dels en uppföljning av satsningen, dels en fördjupning om det långsiktiga omhändertagandet av kvinnor med graviditetskomplikationer.

I det här kapitlet sammanfattar vi våra slutsatser och lämnar rekommendationer till regeringen. Slutsatserna rör bland annat satsningens inriktning, hur styrningen av satsningen fungerar och vilka möjligheter som finns att följa satsningens resultat och effekter över tid. Mot den bakgrunden presenterar vi rekommendationer om hur satsningen kan utvecklas framöver.

### 8.1 Satsningen omfattar fortfarande inte kvinnors hälsa brett

Regeringens satsning på förlossningsvården och kvinnors hälsa har sedan starten 2015 haft lite olika inriktning. Under perioden 2023–2025 har regeringen på olika sätt signalerat en intention om att bredda satsningen till att, utöver graviditetsvårdkedjan, fokusera tydligare på kvinnors hälsa mer brett. Man har till exempel inkluderat flickor i hur man benämner satsningen, vilket signalerar ett tydligare livscykelperspektiv. I överenskommelserna 2023–2025 har man inkluderat två mål utanför graviditetsvårdkedjan. Det ena är inriktat på sexuellt våld och könsstympning och det andra har ibland varit inriktat på sexuell och reproduktiv hälsa, exempelvis endometriosis och klimakterievård, och ibland även omfattat sjukdomar som främst drabbar flickor och kvinnor, t.ex. migrän och sköldkörtelproblematik. Sammantaget uppfattar vi att regeringen haft ambitionen att bredda satsningen bortom mödrahälso- och förlossningsvården på tre olika sätt: sexuellt våld och könsstympning, sexuell och reproduktiv hälsa samt sjukdomar som främst drabbar flickor och kvinnor.

Vi bedömer inte att det inneburit en betydande breddning att inkludera mål om sexuellt våld och könsstympning samt sexuell och reproduktiv hälsa, eftersom båda dessa områden på olika sätt varit del av satsningen under tidigare överenskommelser. Vi ser inte heller tecken på att regionerna har lagt ett större fokus på insatser inriktade på dessa mål än de tre tidigare åren.

I periodens sista överenskommelse inkluderas tillstånd som främst drabbar flickor och kvinnor i satsningens inriktning. Vi kan dock inte utläsa på vilket sätt det motiveras eller hur regeringen definierar och avgränsar den här breddningen.

På olika sätt beskrivs också att breddningen av satsningens fokus på kvinnors hälsa ska ske utifrån ett livscykelperspektiv. Ett livscykelperspektiv handlar om att man ska beakta

olika vårdbehov i olika livsfaser och förebygga framtida ohälsa genom preventiva åtgärder. I överenskommelserna beskrivs livscykelperspektivet främst i relation till sexuell och reproduktiv hälsa. Men i vår fördjupningsstudie om graviditetskomplikationer ser vi att ett livscykelperspektiv som också omfattar gravida kvinnors framtida hälsa bortom den sexuella och reproduktiva hälsan kan bidra till att bättre förverkliga hälso- och sjukvårdens preventionspotential.

För att få till ett starkare livscykelperspektiv ser vi ett behov av insatser med fokus på övergången från förlossningsvården och mödrahälsovården till övriga primärvården. Det betonas också i överenskommelserna att primärvården har en viktig roll för att nå målet om en utvecklad hälso- och sjukvård som rör flickors och kvinnors hälsa. Vi har inte uppfattat att satsningen har breddats genom ett ökat fokus på sådana insatser. Vi har inte möjlighet att se hur mycket stimulansmedel som fördelats till primärvården, men det är möjligt att mer av satsningens medel hade behövt kanaliseras bortom förlossnings- och mödrahälsovården.

Under de kommande åren kommer sexuellt våld och könsstympning att läggas i en separat satsning med ett nytt statsbidrag, men ”tillstånd och sjukdomar som främst drabbar flickor och kvinnor” ingår fortsatt i satsningen på mödrahälsovård, förlossningsvård och vården för flickors och kvinnors hälsa. Det finns alltså en bibehållen intention om en satsning som är bredare än graviditetsvårdkedjan. Samtidigt är genomförandet av den nationella förlossningsplanen en central del av satsningens inriktning framöver. I förlossningsplanen finns väl utvecklade mål för graviditetsvårdkedjan, men av förklarliga skäl mycket lite som berör kvinnors hälsa utöver det. Satsningens ekonomiska omfattning har också minskat mellan 2025 och 2026, även inräknat det nya statsbidraget för sexuellt våld och könsstympning. Vår bedömning är därför att det finns en risk att satsningen på mödrahälsovården, förlossningsvården och kvinnors hälsa i och med detta återigen kommer att smalna av och fokusera på graviditetsvårdkedjan.

## 8.2 Otydliga mål bidrar till svag styrning och försvårar uppföljning och utvärdering

En grundläggande intention med överenskommelserna är att skapa en gemensam riktning för regionernas förbättringsarbete och samtidigt lämna utrymme för lokala anpassningar. Regeringen har därutöver uttryckt en intention att uppföljningen av satsningen ska fokusera på resultat och måluppfyllelse snarare än process. Förutsättningen för det är en tydlig styrkedja från målformulering och ekonomisk styrning till uppföljning och utvärdering. Vi har sett brister i flera led i den kedjan, vilket innebär en begränsad styrförmåga.

Att målen brister i tydlighet begränsar deras styrande kraft. Vi ser inte tydliga tecken på att regionerna på ett avgörande sätt påverkats av vilka mål som ingått eller inte ingått i överenskommelserna. Vår bedömning är att det finns vissa möjligheter att göra målen tydligare och därigenom minska utrymmet för egna tolkningar. Det skulle ge satsningen en tydligare inriktning, utan att nödvändigtvis minska utrymmet för lokala anpassningar inom respektive mål.

Den ekonomiska styrningen kunde också ha varit starkare. Både vi och regionföreträdare upplever en brist på transparens i hur medel fördelas och till vilka insatser. Ett stort antal

regioner har inte redovisat hur de har fördelat medel trots att det var ett krav i överenskommelserna. Både i den här och i tidigare uppföljningar förekommer uppfattningen bland regionföreträdare att medel från satsningen används för att fylla hål i andra verksamheters budgetar.

Kombinationen av vaga redovisningskrav och breda, överlappande mål gör det svårt att överblicka regionernas val av insatser och bedöma deras resultat. Det försvåras ytterligare av vissa justeringar i vilka mål som ingår i överenskommelserna mellan åren. Regionernas egen uppföljning av insatser varierar och regionföreträdare saknar överlag en helhetsbild av vad satsningen lett till i deras region. Att målen inte är tidsatta och brister både i tydlighet och mätbarhet gör det svårt att utvärdera satsningens måluppfyllelse.

Många av dessa utmaningar har både vi och andra myndigheter observerat i andra riktade statsbidrag. Vi ser att det finns en möjlighet att stärka hela styrkedjan i samband med att satsningen på sätt och vis gör en nystart – genom att man frångår överenskommelser, introducerar prestationsbaserade mått och kan luta sig mot den tioåriga förlossningsplanen.

### **8.3 Utvecklingen för kvinnors hälsa är i flera avseenden positiv, men satsningens bidrag är svårt att bedöma**

Vår undersökning tyder på en positiv utveckling för mödrahälsovården och förlossningsvården, och i viss utsträckning också för kvinnors hälsa mer brett, sedan satsningens början 2015. Indikatorerna visar i flera fall på minskade skillnader mellan regioner och grupper av kvinnor. Samtidigt har skillnaderna för vissa indikatorer ökat, bland annat mellan inrikes och utrikes födda.

Däremot vet vi inte om utvecklingen är en effekt av satsningen, eftersom det finns flera externa faktorer som har betydelse. Till exempel har vi under de senaste åren sett ett minskat barnafödande samtidigt som förlossningsverksamheter beskriver en ständigt ökande vårdtyngd. Det är också svårt att analysera hur regioners olika tillvägagångssätt kan ha påverkat regionala skillnader i utfall, eftersom vi har svårt att överblicka regionernas insatser och deras effekter samt följa hur medlen använts.

Regionföreträdare är överlag positiva till satsningen. De menar att många insatser inte hade genomförts utan resurstillskottet, och några menar att det skulle vara svårt att leva upp till de krav som ställs på verksamheten utan satsningens medel.

### **8.4 Rekommendationer**

Med utgångspunkt i våra slutsatser landar vi i tre framåtblickande rekommendationer. Våra rekommendationer är framtagna med tanke på att regeringens satsning nu ändrar form, vilket innebär både nya utmaningar och nya möjligheter. Vi ser att den tioåriga nationella förlossningsplanen ger ökade möjligheter att styra satsningen på ett tydligare och mer långsiktigt sätt. Samtidigt saknas en motsvarande beskrivning av inriktningen och målen för en breddad syn på kvinnors hälsa (utöver förlossningsvården). Det finns därför en risk för svag styrning och att kvinnors hälsa hamnar i skymundan i satsningen,

vilket hotar regeringens ambition om en bredare satsning. Vi menar därför att regeringen behöver ta ett tydligare och mer samordnat grepp om kvinnors hälsa och jämställd hälsa, både inom satsningen och i andra delar av sin styrning.

► **Regeringen bör tydliggöra primärvårdens roll i satsningen, för att möjliggöra en breddad syn på kvinnors hälsa.**

Graviditet och förlossning är ett fysiologiskt stresstest för kroppen, inte minst för det kardiovaskulära systemet. De förändringar som sker under graviditeten kan synliggöra underliggande riskfaktorer och ge tidiga tecken på framtida ohälsa, exempelvis hjärt-kärlsjukdom eller diabetes. Därigenom är graviditeten ett unikt tillfälle för hälso- och sjukvården att identifiera ett behov av preventiva insatser.

Vår fördjupningsstudie visar på utmaningar i det långsiktiga omhändertagandet av kvinnor som drabbats av graviditetskomplikationer. Det handlar till exempel om brister i överlämningen från graviditetsvårdkedjan till primärvårdens fortsatta omhändertagande av kvinnan, och att vårdcentralers perspektiv saknas i regionala riktlinjer. Vi bedömer att man bättre kan ta till vara den preventionspotential som börjar i mödrahälsovården och fortsätter i övriga primärvården. För att uppnå det behövs tydligare och bättre samordning utifrån kvinnans förutsättningar.

Samtidigt visar vår analys att regionföreträdare fortfarande ser satsningen som en förlossningsatsning, och de som ansvarar för att förverkliga satsningen i regionerna är ofta verksamma inom graviditetsvårdkedjan. Det finns därmed barriärer för att få in primärvården i arbetet med satsningen, vilket kan ha bidragit till att insatserna fortfarande i hög grad är koncentrerade till graviditet, förlossning och den närmsta tiden efter.

För att satsningen ska ge förutsättningar för ett perspektiv på kvinnors hälsa som blickar bortom kvinnor som befinner sig i graviditetsvårdkedjan, bör primärvårdens roll stärkas i satsningen.

► **Regeringen bör stärka den ekonomiska styrningen och använda den tioåriga förlossningsplanen för att skapa mer stabila mål, uppföljningsramar och förutsägbar finansiering i satsningen.**

Vår analys visar att det finns brister i flera delar av satsningens styrkedja. Målen är breda och saknar tydlighet, tidsättning och mätbarhet. Den ekonomiska styrningen är svag och det är svårt att följa stimulansmedlen. Vi ser också att osäkerheten i framtida finansiering i vissa fall leder till att regionerna premierar kortsiktiga insatser. Dessutom har mål och uppföljningsramar justerats mellan åren, vilket minskar förutsägbarheten och försvårar analyser av utvecklingen över tid. Sammantaget minskar det regionernas benägenhet att agera i linje med satsningens intention om en gemensam riktning och ett långsiktigt utvecklingsarbete, och gör det svårare att följa upp resursernas användning och satsningens resultat.

Regionföreträdare lyfter att satsningen möjliggjort insatser som annars inte hade genomförts, men det är inte tydligt vilka effekter de genomförda insatserna har haft eller om satsningens mål har uppfyllts. I och med att en tioårig nationell förlossningsplan nu är på plats ser vi att det finns en möjlighet att organisera satsningen utifrån tydligare och mer långsiktiga mål, tydligare krav på redovisning av hur medel används och mer förutsägbara ekonomiska ramar för regionerna. Det kan bidra till bättre förutsättningar

för långsiktigt förbättringsarbete i regionerna och samtidigt göra det möjligt att följa satsningens genomförande och resultat över tid.

► **Regeringen bör säkerställa att arbetet för jämställd hälsa omfattar fler områden än förlossningsvård samt sexuell och reproduktiv hälsa.**

Satsningen på kvinnors hälsa är en del i det jämställdhetspolitiska delmålet och syftar till att motverka ojämställdhet mellan kvinnor och män. Vår analys visar dock att satsningen bara i begränsad utsträckning omfattar andra viktiga områden för kvinnors hälsa än graviditetsvårdkedjan samt sexuella och reproduktiva frågor.

I vår delrapport *Flickors och kvinnors hälsa i Sverige* visade vi att det går att se på kvinnors hälsa på olika sätt:

- Kvinnospecifika sjukdomar är en mindre del av kvinnors sjukdomsburda. På samma sätt är graviditets- och förlossningsrelaterade tillstånd en mycket liten del av sjukdomsburdan, vilket delvis beror på den höga kvaliteten i svensk mödrahälsovård och förlossningsvård.
- De sjukdomsgrupper som orsakar störst sjukdomsburda för kvinnor totalt sett är cancersjukdomar och hjärt-kärlsjukdomar, men sjukdomsburdan har minskat avsevärt de senaste 20 åren.
- Störst sjukdomsburda för kvinnor jämfört med män orsakas av psykiatriska tillstånd, neurologiska tillstånd och sjukdomar i rörelseorganen.

Satsningen har berört flera av de kvinnopecifika sjukdomar som orsakar stor sjukdomsburda, t.ex. olika gynekologiska besvär och screening för livmoderhalscancer. Flera av de andra områdena med stor sjukdomsburda bland kvinnor eller stor könsskillnad i sjukdomsburda berörs i andra regeringssatsningar, t.ex. cancersjukdomar, hjärt-kärlsjukdomar, psykisk ohälsa och demenssjukdomar (Socialdepartementet 2025a, 2025b, 2025e, 2026). Regeringen bidrar därigenom till att främja kvinnors hälsa och att nå det jämställdhetspolitiska målet både genom satsningen på förlossningsvård och kvinnors hälsa samt andra satsningar.

Samtidigt finns det flera sjukdomsområden med stor könsskillnad i sjukdomsburda som inte är föremål för riktade satsningar, till exempel kroniskt obstruktiv lungsjukdom (kol) och långvariga smärttillstånd. Jämförelser på sjukdomsburda fångar hälsorelaterade behov i befolkningen, men inte ouppfyllda vårdbehov. Sådana analyser bör därför inte ligga till grund för prioriteringar av riktade satsningar, men kan visa på områden med relevans för jämställd hälsa där ytterligare behovsanalyser kan behövas.

Vi saknar en tydlig diskussion om och motivering till horisontella prioriteringar och hur olika satsningar sammantaget ska bidra till jämställd hälsa. Otydligheten kring begreppet *kvinnors hälsa* inom ramen för den här satsningen gör det svårare att avgöra på vilka sätt satsningen förväntas bidra till att det jämställdhetspolitiska delmålet ska uppnås. Eftersom satsningen för de kommande åren saknar en beskrivning av intention och mål för kvinnors hälsa, samtidigt som det finns en detaljerad plan för mödrahälsovård och förlossning, finns dessutom en risk att fokus åter smalnar av mot förlossningsvården. Det behövs därför ett bredare och mer samordnat perspektiv på kvinnors hälsa i regeringens policyarbete, för att bidra till det jämställdhetspolitiska målet om lika förutsättningar för hälsa.

## Referenser

- Backman, H., & Jendle, J. (2023). Dags för enhetlig screening för graviditetsdiabetes. *Läkartidningen*.
- Brown, M. A., Magee, L. A., Kenny, L. C., Karumanchi, S. A., McCarthy, F. P., Saito, S., Ishaku, S. (2018). Hypertensive Disorders of Pregnancy: ISSHP Classification, Diagnosis, and Management Recommendations for International Practice. *Hypertension*, 72(1), s. 24–43.
- Bränn, E., Guintivano, J., Yang, Y., Lundborg, L., Opatowski, M., Fang, F., Lu, D. (2026). Maternal psychiatric disorders before, during, and after pregnancy: a national cohort study in Sweden. *Molecular Psychiatry*, 31(1), s. 309–317.
- Campbell, S. M., Braspenning, J., Hutchinson, A., & Marshall, M. (2002). Research methods used in developing and applying quality indicators in primary care. *Qual Saf Health Care*, 11(4), s. 358–364.
- Crump, C., Sundquist, J., & Sundquist, K. (2024). Adverse Pregnancy Outcomes and Long-Term Mortality in Women. *JAMA Internal Medicine*, 184(6), s. 631–640.
- Dahlberg, M., & Rattsö, J. (2010). *Statliga bidrag till kommunerna – i princip och praktik* (2010:5).
- Dennison, R. A., Chen, E. S., Green, M. E., Legard, C., Kotecha, D., Farmer, G., Griffina, S. J. (2021). The absolute and relative risk of type 2 diabetes after gestational diabetes: A systematic review and meta-analysis of 129 studies. *Diabetes Res Clin Pract*, 1 (171), s. 1-20
- Doran, G. T. (1981). There's a SMART way to write management's goals and objectives. *Management review*, 7(11), s. 35–36.
- Fadl, H., Magnuson, A., Östlund, I., Montgomery, S., Hanson, U., & Schwarcze, E. (2014). Gestational diabetes mellitus and later cardiovascular disease: a Swedish population based case–control study. *BJOG*, 121(12), s. 1530–1536.
- Folkhälsomyndigheten (2020). *Folkhälsans utveckling. Årsrapport 2020*.
- Folkhälsomyndigheten (2024). *Livsvillkorens och levnadsvanornas betydelse för hälsan i klimakteriet*.
- Folkhälsomyndigheten (2025a). *Kvinnors upplevelse av klimakteriet och stöd från hälso- och sjukvården*.
- Folkhälsomyndigheten (2025b). *Sexuell hälsa efter graviditet och förlossning – En kvalitativ intervjustudie*.
- Folkhälsomyndigheten (2025c). *Årsrapport 2024. Klamydiainfektion – sjukdomsstatistik*.
- Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd (2023). *Kvinnors hälsa och sjukdomar – kartläggning och analys av forskningsbehov*.
- Graviditetsregistret (2026). Målvärden. <https://www.medscinet.com/gr/malvarden.aspx> [hämtat 2026-04-10].

- Göteborgs universitet (2025). Kraftigt minskad dödlighet efter graviditetsvecka 41. <https://www.gu.se/nyheter/kraftigt-minskad-dodlighet-efter-graviditetsvecka-41> [hämtat 2026-04-11].
- Hedeager Momsen, A. M., Høtoft, D., Ørtenblad, L., Friis Lauszus, F., Krogh, R. H. A., Lynggaard, V., Vinther Nielsen, C. (2021). Diabetes prevention interventions for women after gestational diabetes mellitus: an overview of reviews. *Endocrinol Diabetes Metab*, 4(3), s. 1–27.
- Inspektionen för vård och omsorg (2024). *Förstärkt tillsyn av mödrahälsovård och förlossningsvård Delredovisning II av regeringsuppdrag (S2023/00971)*.
- Inspektionen för vård och omsorg (2025). *Förbättringar inom förlossningsvården*. <https://via.tt.se/pressmeddelande/3839619/forbattningar-inom-forlossningsvarden?publisherId=3236124&lang=sv> [hämtat 2026-04-09].
- Inspektionen för vård och omsorg (2026). *Förstärkt tillsyn av mödrahälsovård och förlossningsvård. Slutredovisning av regeringsuppdrag (S2023/00971)*.
- Karolinska institutet (2020). *Poängssystemet Apgar användbar hälsokontroll av för tidigt födda barn*. <https://nyheter.ki.se/poangssystemet-apgar-anvandbar-halsokontroll-av-for-tidigt-fodda-barn>. [hämtat 2026-04-11].
- Locke, E. A., & Latham, G. P. (2006). New Directions in Goal-Setting Theory. *Current directions in psychological science*, 15(5), s. 265–268.
- Morales-Suarez-Varela, M., & Guillen-Grima, F. (2025). Cardiovascular Risk During Pregnancy: Scoping Review on the Clinical Implications and Long-Term Consequences. *Journal of Clinical Medicine*, 14(7516), s. 1–23.
- Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2019). *Med örat mot marken. Förslag på nationell uppföljning av hälso- och sjukvården*. (Rapport 2019:2).
- Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2018a). *Från mottagare till medskapare. Ett kunskapsunderlag för en mer personcentrerad hälso- och sjukvård*. (Rapport 2018:8).
- Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2018b). *I väntans tider. En delrapport om satsningen på kvinnors hälsa* (Rapport 2018:2).
- Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2019). *Omotiverat olika. Socioekonomiska och regionala skillnader i cancervården* (Rapport 2019:8).
- Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2020). *Förlösande för kvinnohälsan? – En uppföljning av satsningen på kvinnors hälsa* (Rapport 2020:11).
- Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2022). *I rätt riktning? Användningen av riktade statsbidrag inom vård och omsorg* (Rapport 2022:3).
- Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2023). *Över tiden? En uppföljning av satsningen på kvinnors hälsa* (Rapport 2023:4).
- Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2025). *Flickors och kvinnors hälsa i Sverige* (PM 2025:5).
- Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2026). *Vården ur primärvårdsläkarnas perspektiv International Health Policy Survey (IHP) 2025* (PM 2026:1).
- Nationella vårdkompetensrådet (2023). *Kompetensförsörjning av barnmorskor i förlossningsvården. Uppdrag att föreslå insatser för att stärka attraktiviteten och kompetensförsörjningen av barnmorskor i förlossningsvården (S2022/00902)*.
- Nationella Kvalitetsregistret för Cervixcancerprevention (2026). *Årsrapport 2025*.

- Prop. 2014/15:100. *2015 års ekonomiska vårproposition.*
- Prop. 2017/18:100. *2018 års ekonomiska vårproposition.*
- Prop. 2019/20:1. *Budgetproposition för 2020. Utgiftsområde 9: Hälsovård, sjukvård och social omsorg.*
- Prop. 2020/21:1. *Budgetpropositionen för 2021. Utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg.*
- Prop. 2022/23:1. *Budgetpropositionen för 2023. Utgiftsområde 9: Hälsovård, sjukvård och social omsorg.*
- Rawshani, A., Rawshani, A., Franzén, S., Sattar, N., Eliasson, B., Svensson, A. M., Gudbjörnsdottir, S. (2018). Risk Factors, Mortality, and Cardiovascular Outcomes in Patients with Type 2 Diabetes. *N Engl J Med*, 379(7), s. 633–644.
- Rich-Edwards, J. W., Fraser, A., Lawlor, D. A., & Catov, J. M. (2013). Pregnancy Characteristics and Women's Future Cardiovascular Health: An Underused Opportunity to Improve Women's Health? *Epidemiologic Reviews*, 36(1), s. 57–70.
- Riksrevisionen (2017). *Staten och SKL – en slutrapport om statens styrning på vårdområdet* (2017:3).
- Svensk förening för Obstetrik och Gynekologi (2017). *Förlossningsrädsla*. (Rapport nr 77).
- Svensk förening för Obstetrik och Gynekologi (2024). *Riktlinjer för hypertoni sjukdomar under graviditet*.
- Skogsdal, Y., Conner, P., Elvander, C., Hed, C., Ageheim, M., Algovik, M., Graviditetsregistret, p. u. a. (2025). *Graviditetsregistrets Årsrapport 2024*. Sveriges Kommuner och Regioner (2021). *Regionernas insatser för kvinnors hälsa 2020*.
- Sveriges Kommuner och Regioner (2022a). *Kvinnors sexuella och reproduktiva hälsa genom livet Vårdens utmaningar och vägar framåt*.
- Sveriges Kommuner och Regioner (2022b). *Regionernas insatser för kvinnors hälsa 2021. Vården före, under och efter graviditet samt kvinnors hälsa i övrigt*.
- Sveriges Kommuner och Regioner (2022c). *Självskattad hälsa. Delrapport av Graviditetsenkätens nationella resultat 1 december 2020–30 november 2021*.
- Sveriges Kommuner och Regioner (2023). *Regionernas insatser för kvinnors hälsa 2022*.
- Sveriges Kommuner och Regioner (2025). *Graviditetsvårdkedjan och kvinnors hälsa. Kvinnors upplevelser och medicinska utfall 2024*.
- Svenskt Neonatalt Kvalitetsregister (2017). *Årsrapport 2016*.
- Svenskt Neonatalt Kvalitetsregister (2022). *Årsrapport 2021*.
- Svenskt Neonatalt Kvalitetsregister (2026). *Redovisning föräldraenkät*. [https://www.medscinet.com/PNO/survey\\_PBI.aspx](https://www.medscinet.com/PNO/survey_PBI.aspx). [hämtat 2026-01-22].
- Socialdepartementet (2016). *Uppdrag att följa upp regeringens satsning på förlossningsvården och andra insatser för kvinnors hälsa 2015–2019*. S2016/06724/FS.
- Socialdepartementet (2020). Svar på skriftlig fråga 2019/20:914 besvarad av Socialminister Lena Hallengren (S) En strategi för sällsynta diagnoser. S2020/00629/FS.
- Socialdepartementet (2022). *Sammanhållen, jämlik och säker vård 2022 Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner*. S2022/00610.

- Socialdepartementet (2023a). *1,6 miljarder kronor till insatser för förlossningsvård och kvinnors hälsa*. <https://www.regeringen.se/pressmeddelanden/2023/01/16-miljarder-kronor-till-insatser-for-forlossningsvard-och-kvinnors-halsa-/>. [hämtat 2026-04-11].
- Socialdepartementet (2023b). *Uppdrag att följa upp regionernas insatser inom ramen för överenskommelsen inom området förlossningsvård och kvinnors hälsa för 2023*. S2023/00378.
- Socialdepartementet (2023c). *Ändring av regleringsbrev för budgetåret 2023 avseende Myndigheten för vård- och omsorgsanalys*. S2023/02001.
- Socialdepartementet (2023d). *Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner om en sammanhållen, jämlik och säker vård 2023*. S2023/00373.
- Socialdepartementet (2025a). *Förnyad miljardsatsning på psykisk hälsa under 2026*. <https://www.regeringen.se/pressmeddelanden/2025/12/fornyad-miljardsatsning-pa-psykisk-halsa-under-2026/> [hämtat 2026-04-08].
- Socialdepartementet (2025b). *Regeringen satsar på hjärthälsa med ny nationell handlingsplan*. <https://www.regeringen.se/pressmeddelanden/2025/11/regeringen-satsar-pa-hjarthalsa-med-ny-nationell-handlingsplan/> [hämtat 2026-04-08].
- Socialdepartementet (2025c). *Regleringsbrev för budgetåret 2026 avseende Myndigheten för vård- och omsorgsanalys*. S2025/02147.
- Socialdepartementet (2025d). *Uppdrag till Socialstyrelsen att utarbeta nationella riktlinjer för migränvården*. S2025/01276.
- Socialdepartementet (2025e). *Varje dag räknas: Nationell demensstrategi 2025–2028*. <https://www.regeringen.se/informationsmaterial/2025/01/varje-dag-raknas-nationell-demensstrategi-20252028/>. [hämtat 2026-04-08].
- Socialdepartementet (2026). *Ny nationell cancerstrategi ska rädda liv och höja livskvaliteten*. <https://www.regeringen.se/pressmeddelanden/2026/01/ny-nationell-cancerstrategi-ska-radda-liv-och-hoja-livskvaliteten/> [hämtat 2026-04-08].
- Socialstyrelsen (2009). *Nationella indikatorer för God vård. Hälsa- och sjukvårdsövergripande indikatorer. Indikatorer i Socialstyrelsens nationella riktlinjer*.
- Socialstyrelsen (2015). *Öppna jämförelser. Jämlik vård 2015. Kvinnors hälso- och sjukvård*.
- Socialstyrelsen (2017a). *Vård efter förlossning. En nationell kartläggning av vården till kvinnor efter förlossning*.
- Socialstyrelsen (2017b). *Öppna jämförelser 2016. Säker vård. En indikatorbaserad uppföljning*.
- Socialstyrelsen (2018). *Nationella riktlinjer för diabetesvård. Stöd för styrning och ledning*. (2018-10-25).
- Socialstyrelsen (2019). *Statistik om amning 2017*.
- Socialstyrelsen (2020). *Handbok för utveckling av indikatorer. För god vård och omsorg*.
- Socialstyrelsen (2022a). *Kejsarsnitt? Ett kunskapsstöd inför beslut om planerat kejsarsnitt vid oklara indikationer*.
- Socialstyrelsen (2022b). *Statistik om aborter 2021*.
- Socialstyrelsen (2022c). *Statistik om graviditeter, förlossningar och nyfödda barn 2021*.
- Socialstyrelsen (2024a). *Förstärkta insatser för kvinnors hälsa. Uppföljning av regionernas insatser inom området förlossningsvård och kvinnors hälsa 2023*.

- Socialstyrelsen (2024b). *Statistik om dödsorsaker år 2023*.
- Socialstyrelsen (2025a). *Förstärkta insatser för kvinnors hälsa Uppföljning av regionernas insatser inom området förlossningsvård och kvinnors hälsa 2024*.
- Socialstyrelsen (2025b). *Graviditet, förlossning och tiden efter Förslag till nationell plan 2026–2035*.
- Socialstyrelsen (2025c). *Nationella riktlinjer 2025: Graviditet, förlossning och tiden efter*.
- Socialstyrelsen. (2025d). Socialstyrelsens statistikdatabas. <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/statistik/statistikdatabasen/> [hämtat 2025-06-27].
- Socialstyrelsen (2025e). *Statistik om aborter 2024*.
- SOU 2025:10. *En förändrad abortlag – för en god, säker och tillgänglig abortvård*.
- Staff, A. C., Costa, M. L., Dechend, R., Jacobsen, D. P., & Sugulle, M. (2024). Hypertensive disorders of pregnancy and long-term maternal cardiovascular risk: Bridging epidemiological knowledge into personalized postpartum care and follow-up. *Pregnancy Hypertension*, 36 (101127), s. 1–8.
- Statskontoret (2023). *Att styra de självstyrande. En analys av statens styrning av kommuner och regioner*.
- Statskontoret (2025). *Statens styrning med statsbidrag till kommuner och regioner 2024 Antal, omfattning och innehåll*.
- Vounzoulaki, E., Khunti, K., Abner, S. C., Tan, B. K., Davies, M. J., & Gillies, C. L. (2020). Progression to type 2 diabetes in women with a known history of gestational diabetes: systematic review and meta-analysis. *BMJ*, 369, s. 1–10.
- Weintraub, W. S., Daniels, S. R., Burke, L. E., Franklin, B. A., Goff, D. C., Hayman, L. L., Whitsel, L. P. (2011). Value of Primordial and Primary Prevention for Cardiovascular Disease. *Circulation*, 124(8), s. 967–990.
- Wicklow, B., & Retnakaran, R. (2023). Gestational Diabetes Mellitus and Its Implications across the Life Span. *Diabetics and metabolism journal*, 47, s. 333–344.
- Zhao, J. V., & Sartori, S. (2025). Beyond one-size-fits-all: addressing sex differences and promoting inclusive leadership in cardiovascular research and healthcare. *BMC Medicine*, 23(556), s. 1–7.

## Bilaga 1: Överenskommelser 2015–2025

**Tabell B1.** Överenskommelser 2015–2025.

Nr	Titel	År	Diariennr.
1	En förbättrad förlossningsvård och insatser för kvinnors hälsa	2015–2016	S2015/07777/FS
2	Ökad tillgänglighet och jämlikhet i förlossningsvården och förstärkta insatser för kvinnors hälsa	2017–2019	-
3	Ökad tillgänglighet och jämlikhet i förlossningsvården och förstärkta insatser för kvinnors hälsa (tilläggsöverenskommelse)	2017–2019	S2017/03585/FS
4	Ökad tillgänglighet och jämlikhet i mödra- och förlossningsvården samt förstärkta insatser för kvinnors hälsa	2018–2019	S2018/01950/FS
5	Ökad tillgänglighet och jämlikhet i mödrahälso- och förlossningsvården samt förstärkta insatser för kvinnors hälsa	2020–2022	S2019/05299/FS
6	Tilläggsöverenskommelse om en personcentrerad, tillgänglig och jämlik hälso- och sjukvård för graviditet, förlossning och eftervård.	2021–2022	S2021/00822
7	Ändring av tilläggsöverenskommelsen om en personcentrerad, tillgänglig och jämlik hälso- och sjukvård för graviditet, förlossning och eftervård 2021–2022	2021–2022	S2022/00609
8	En personcentrerad, tillgänglig och jämlik mödrahälsovård och förlossningsvård samt förstärkta insatser för kvinnors hälsa 2023	2023	S2023/00371
9	En personcentrerad, tillgänglig och jämlik mödrahälsovård och förlossningsvård samt förstärkta insatser för kvinnors hälsa 2024	2024	S2023/03333
10	En personcentrerad, tillgänglig och jämlik mödrahälsovård och förlossningsvård samt förstärkta insatser för kvinnors hälsa och inriktning för vård och behandling av sällsynta hälsotillstånd 2025	2025	S2024/00007

## Bilaga 2: Statliga insatser 2023–2025

I kapitel 2 har vi skrivit om de statliga insatser som genomförts inom ramen för satsningen. Tabell B2–B7 redovisar de rapporter vi har identifierat som Socialstyrelsen, SBU, IVO, Fohm, Vård- och omsorgsanalys och SKR har publicerat till följd av regeringsuppdrag om kvinnors hälsa.

**Tabell B2.** Socialstyrelsens rapporter som svar på regeringsuppdrag kopplat till satsningen på kvinnors hälsa.

Rapporttitel	Årtal
Samtalsstöd: Samtala om sexuell hälsa	2024
Försäkringsmedicinskt beslutsstöd – Migrän	2024
Insatser för personer som utsatts för sexuellt våld. Del 1 - Kartläggning och fördjupad analys	2024
Insatser för personer som utsatts för sexuellt våld. Del 2 – Kunskapsstöd	2024
Insatser för personer som utsatts för sexuellt våld. Del 3 - Behov av nationell stödfunktion	2024
Könsstympning hos gravida – Nationellt kunskapsstöd för personal i mödrahälsovården och förlossningsvården	2024
Förstärkta insatser för kvinnors hälsa. Uppföljning av regionernas insatser inom området förlossningsvård och kvinnors hälsa 2023	2024
Förslag till nationell plan för graviditet, förlossning och tiden efter	2025
Socioekonomiska faktorer påverkan på kvinnors och barns hälsa efter förlossning	2025
Öppen- och slutenvård åtta veckorna efter förlossning	2025
Nationella riktlinjer – Klimakteriebesvär	2025
Nationella riktlinjer – Bäckebottendysfunktion	2025
Insatser som kan öka tillgängligheten till vård för prioriterade grupper	2025
Nationella riktlinjer – Gynekologisk smärta	2025
Nationella riktlinjer – Graviditet, förlossning och tiden efter	2025
Förstärkta insatser för kvinnors hälsa. Uppföljning av regionernas insatser inom området förlossningsvård och kvinnors hälsa 2024	2025

**Tabell B3.** SBU:s rapporter som svar på regeringsuppdrag kopplat till satsningen på kvinnors hälsa.

Rapporttitel	Årtal
Kunskapsunderlag inom området kvinnohälsa (flertalet publikationer)	2024–2025

**Tabell B4.** IVO:s rapporter som svar på regeringsuppdrag kopplat till satsningen på kvinnors hälsa.

Rapporttitel	Årtal
Förstärkt tillsyn av mödrahälsovård och förlossningsvård – delredovisning 1	2023
Förstärkt tillsyn av mödrahälsovård och förlossningsvård – delredovisning 2	2024
Förstärkt tillsyn av mödrahälsovård och förlossningsvård – slutredovisning	2026

**Tabell B5.** Fohm:s rapporter som svar på regeringsuppdrag kopplat till satsningen på kvinnors hälsa.

Rapporttitel	Årtal
Medellivslängdens utveckling i olika utbildningsgrupper – En analys av vad som har bidragit till förändringar 2012–2022	2024
Livsvillkorens och levnadsvanornas betydelse för hälsan i klimakteriet	2024
Kvinnors upplevelse av klimakteriet och stöd från hälso- och sjukvården	2025
Sexuell hälsa efter graviditet och förlossning – En kvalitativ intervjustudie	2025
Resultat från SRHR-undersökningen om kvinnors upplevelse av förlossningens påverkan på sexuella lust, psykisk och fysisk hälsa	2026
Rapport om hinder för deltagande i livmoderhals- och bröstcancerscreening hos kvinnor med funktionsnedsättning	2026

**Tabell B6.** Vård- och omsorgsanalys rapporter som svar på regeringsuppdrag kopplat till satsningen på kvinnors hälsa.

Rapporttitel	Årtal
Flickors och kvinnors hälsa i Sverige. Delredovisning av uppdrag att följa upp satsningen och analysera utvecklingen på området flickor och kvinnors hälsa, inklusive förlossningsvård	2025

**Tabell B7.** SKR:s rapporter som svar på regeringsuppdrag kopplat till satsningen på kvinnors hälsa.

Rapporttitel	Årtal
Förlossningsvård och kvinnors hälsa 2015–2025. Strategier, insatser, resultat och lärdomar från över tio års satsningar	2026

## Bilaga 3: Metod

### Intervjuer med regionföreträdare

Vi har genomfört intervjuer i med regionföreträdare i fyra regioner. Syftet har varit att få fördjupad kunskap om exempelvis hur styrningen av satsningen har uppfattats och hur regionerna har arbetat med satsningen.

#### Rekrytering och urval

De fyra regionerna som valdes var Jämtland-Härjedalen, Skåne, Västernorrland och Örebro. Syftet med urvalet var att skapa en variation mellan regionerna för följande parametrar:

- geografi (var i landet regionen ligger)
- befolkningsmängd
- befolkning i tätbygd/glesbygd.

Vi mejlade SKR:s kontaktpersoner för satsningen i respektive region och bad om intervju. Kontaktpersonerna fick möjlighet att bjuda med ytterligare regionföreträdare, och gjorde i några fall det.

#### Hur vi gjorde

Deltagarna fick ta del av intervjuens övergripande frågor i förväg:

- Hur har satsningens mål uppfattats?
- Hur har den statliga styrningen av satsningen uppfattats?
- Hur mycket har olika styrsignaler eller intressenter påverkat vilka insatser som genomförts (i er region)?
- Hur har satsningens utformning påverkat vilka insatser som genomförts (i er region)?
- Hur lätt eller svårt är det att skapa en uppfattning om satsningens resultat, på kort och lång sikt (i er region)?

Intervjuerna tog 60 minuter och genomfördes hösten 2025 genom videosamtal.

### Intervjuer med kvinnor som haft preeklampsi och graviditetsdiabetes

För att få en fördjupad bild av hur upplevelserna av vården av preeklampsi och graviditetsdiabetes, har vi gjort 10 intervjuer med kvinnor som har haft preeklampsi och 7 intervjuer med kvinnor som har haft graviditetsdiabetes.

## Rekrytering och urval

Vi använde oss av myndighetens befolkningspanel för att rekrytera kvinnorna. Befolkningspanelen består av cirka 22 500 personer i åldern 18 år och äldre. Rekrytering till panelen sker löpande och baseras på slumpmässiga urval från Skatteverkets folkbokföringsregister.

En förfrågan om intresse av att delta i intervju skickades ut till kvinnor som fött barn 2018–2024. Alla som angav att de diagnostiserats med preeklampsi eller graviditetsdiabetes fick frågan om de kunde tänka sig att bli kontaktade för en intervju, och bland de personer som svarade ja gjorde vi ett strategiskt urval för att fånga en bredd i tid sen de fött barn, ålder och geografisk spridning.

## Hur vi gjorde

Frågorna handlade om

- hur personen upplevde vården i relation till graviditetskomplikationen
- vilken information personen fick om graviditetskomplikationen och dess framtida risker på hälsan, både innan samt kort och lång tid efter förlossning
- vilken långsiktig uppföljning personen fick av graviditetskomplikationen och hur personen upplevde den
- hur personen uppfattade samordningen mellan vårdnivåer i relation till graviditetskomplikationen
- vilka förbättringsförslag personen vill ge om vården i relation till deras graviditetskomplikation.

Intervjuerna tog mellan 20–60 minuter och genomfördes genom videosamtal. Personerna fick ge återkoppling på de citat som vi valde ut för rapporten innan publicering.

## Intervjuer med forskare inom preeklampsi och graviditetsdiabetes

För att få en fördjupad bild av forskningsfältet intervjuade vi fyra forskare inom preeklampsi och graviditetsdiabetes. De forskare vi intervjuade var även kliniskt verksamma och kunde även bidra med kunskap om hur det långsiktiga omhändertagandet fungerar i praktiken.

## Rekrytering och urval

Vi gjorde urvalet genom snöbollsurval och sökningar på internet. Två forskare inom respektive område intervjuades.

## Hur vi gjorde

Frågorna handlade om

- att beskriva forskningsfältet samt diagnosen och dess effekter på framtida hälsa
- hur väl det långsiktiga omhändertagandet av [graviditetskomplikationen] fungerar ute i regionerna och vad som behöver förbättras

- vilka kunskapsstöd och nationella riktlinjer som tar upp det långsiktiga omhändertagandet av kvinnor som drabbats av preeklampsi, om de efterlevs och om de kan förbättras
- hur regionala riktlinjer eller vårdplaner fungerar och efterlevs ute i verksamheten och vad som kan förbättras
- hur samordningen fungerar mellan olika verksamheter och vårdnivåer.

## Intervjuer och enkät med representanter för verksamheter, branscher och patienter

För att få en fördjupad förståelse av hur regionerna arbetar med det långsiktiga omhändertagandet av kvinnor som drabbats av preeklampsi och graviditetsdiabetes i praktiken intervjuade vi representanter från mödrahälsovården på barnmorskemottagningar samt barnmorskor och läkare inom specialistmödrahälsovården. Vi intervjuade även en representant från SFAM och en från Primärvårdsrådet. På grund av att det var svårt att rekrytera representanter från vårdcentraler skickade vi i stället ut en kort enkät till dem. Vi intervjuade även en representant för patientföreningen Preeklampsiföreningen.

### Rekrytering och urval

Vi skickade ut en mejlförfrågan till de fyra regionernas registratorer, för att få kontaktuppgifter till verksamhetschefer på vårdcentraler och inom mödrahälsovården som sedan förmedlade vidare till personal. Vi fick respons från representanter för mödrahälsovården i varje region (n= 5), men det var svårt att få tider med representanter på vårdcentraler. Därför skickade vi ut en kort enkät via mejl till alla verksamhetschefer på vårdcentraler i de fyra regionerna. Vi fick in 12 svar. Vi kontaktade både Diabetesföreningen och Preeklampsiföreningen, men fick bara en intervju med Preeklampsiföreningen.

### Hur vi gjorde

Frågorna i intervjuerna handlade om

- hur väl det långsiktiga omhändertagandet av [graviditetskomplikationen] fungerar i regionen och vad som behöver förbättras
- tillgången till och kvaliteten av kunskapsstöd och nationella riktlinjer om det långsiktiga omhändertagandet av kvinnor som drabbats av [graviditetskomplikationen]
- hur regionens riktlinjer eller vårdplaner fungerar och efterlevs ute i verksamheten och vad som eventuellt kan förbättras
- vilken kunskap/information om framtida risker med att ha haft [graviditetskomplikationen] kvinnorna får och när det sker i vårdkedjan
- hur samordningen fungerar mellan olika verksamheter och vårdnivåer
- vilka de viktigaste möjligheterna till förbättring är av vårdens långsiktiga uppföljning av [graviditetskomplikationen].

Frågorna i enkäten till vårdcentralerna:

- I vilken utsträckning får de kvinnor som haft [graviditetskomplikationen] regelbunden uppföljning i er verksamhet över tid efter förlossningen? Varför/varför inte?
- Hur bedömer du tillgången till relevanta kunskapsstöd som beskriver långsiktigt omhändertagande av graviditetsdiabetes och havandeskapsförgiftning? (Beskriv gärna vilka kunskapsstöd du har att tillgå.)
- Finns det några utmaningar i att ta hand om de här patientgrupperna? Vilka?
- Finns det något annat du vill dela med dig av som vi inte har frågat om?

## Analys av regionala riktlinjer

Vi skickade ut en förfrågan om regionala riktlinjer och vårdplaner för graviditetsdiabetes och preeklampsi till samtliga 21 regioner. Mejlet skickades till regionernas registrator. Vi fick in dokument från 20 regioner om både graviditetsdiabetes och preeklampsi.

Alla riktlinjer lästes igenom och information sorterades in i Excel i följande kategorier:

- Antal dokument och sidantal
- Datum från när och till dokumentet gäller
- Vilka representanter som varit med och skrivit riktlinjerna
- Vilka framtida hälsorisker med graviditetskomplikationen som finns beskrivet i text
- Hur och när kvinnorna får information om risker
- Vilken uppföljning som ska ske på vårdcentral
- När och hur kvinnorna får information om behov av uppföljning
- Framtida hälsorisker på eftervårdsbesöket
- Remiss till vårdcentral
- Vilken långsiktig uppföljning kvinnorna ska i primärvården
- Vilken litteratur/kunskapsunderlag som refereras till
- Övrigt.

Den jämförande analysen gjordes i Excel.

## Indikatorer

För att belysa utvecklingen inom vården av kvinnor och nyfödda barn redovisar vi ett antal indikatorer. Utöver att beskriva utvecklingen på nationell nivå, har vi också analyserat utvecklingen av skillnaderna mellan regioner och mellan olika grupper av kvinnor. I den här bilagan beskriver vi metoden för våra analyser och redogör mer ingående för de källor som vi har använt.

## Informationen kommer från flera olika register

En sammanställning över indikatorerna som ingår i vår uppföljning finns i tabell B2. Urvalet bygger på överenskommelsernas övergripande mål.

**Tabell B8.** Indikatorer som ingår i analysen, med datakälla och analyserad tidsperiod.

Indikatorer för olika dimensioner	Datakälla	Tidsperiod
<b>Säker vård</b>		
Antal dödfödda per 1 000 födda	Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen	2010–2024
Bristning, instrumentell förlossning	Graviditetsregistret	2014–2024
Bristning, icke-instrumentell förlossning	Graviditetsregistret	2014–2024
APGAR <7 vid 5 minuter, endast fullgångna barn	Graviditetsregistret	2014–2024
Mödrar akut återinskrivna inom 30 dagar	Medicinska födelseregistret och Patientregistret, Socialstyrelsen	2014–2024
<b>Kunskapsbaserad vård</b>		
Extrastöd p.g.a. förlossningsrädsla till förstföderskor	Graviditetsregistret	2014–2024
Extrastöd p.g.a. förlossningsrädsla till omföderskor	Graviditetsregistret	2014–2024
Behandlats för psykisk ohälsa under graviditeten	Graviditetsregistret	2014–2024
Tillfrågats om våldsutsatthet	Graviditetsregistret	2014–2024
Screening AUDIT	Graviditetsregistret	2014–2024
Kejsarsnittsförlossning i Robson I–II	Graviditetsregistret	2014–2024
Enbart eller delvis ammade barn vid 6 månaders ålder	Socialstyrelsen	2010–2021
Enbart ammade barn vid 6 månaders ålder	Socialstyrelsen	2010–2021
Enbart ammade barn vid 4 månaders ålder	Socialstyrelsen	2010–2021
Diskuterat matvanor med läkare eller annan vårdpersonal vid besök i primärvården	Nationell patientenkät	2015–2024
Diskuterat motionsvanor med läkare eller annan vårdpersonal vid besök i primärvården	Nationell patientenkät	2015–2024
Diskuterat tobaksvanor med läkare eller annan vårdpersonal vid besök i primärvården	Nationell patientenkät	2015–2024
Diskuterat alkoholvanor med läkare eller annan vårdpersonal vid besök i primärvården	Nationell patientenkät	2015–2024
<b>Tillgänglig vård</b>		
Genomfört eftervårdsbesök	Graviditetsregistret	2014–2024
Deltagit i föräldrastöd för förstföderskor	Graviditetsregistret	2014–2024

Indikatorer för olika dimensioner	Datakälla	Tidsperiod
Deltagit i cellprovtagning	Nationellt kvalitetsregister för cervixcancerprevention (NKCx)	2016–2023
Antal transporter på grund av vårdplatsbrist	Svenskt Neonatalt kvalitetsregister (SNQ)	2017–2024
Antal sjuksköterskor per disponibel neonatalvårdplats	Svenskt Neonatalt kvalitetsregister (SNQ)	2016–2024
Antal specialistsjuksköterskor per disponibel neonatalvårdplats	Svenskt Neonatalt kvalitetsregister (SNQ)	2016–2024
Antal disponibla vårdplatser per 1 000 levande födda	Svenskt Neonatalt kvalitetsregister (SNQ)	2016–2024
Vård i rimlig tid, primärvård	Hälsa- och sjukvårdsbarometern	2016–2024
Vård i rimlig tid, specialistvård	Hälsa- och sjukvårdsbarometern	2016–2024
Tillgång till den hälso- och sjukvård man behöver	Hälsa- och sjukvårdsbarometern	2016–2024
<b>Personcentrerad vård (primärvård, öppenvård, slutenvård)</b>		
Gjorde läkaren/vårdpersonalen dig delaktig i besluten om din vård/ behandling?	Nationell patientenkät	2015–2024 (PV) 2016–2025 (ÖV/SV)
Tog läkaren/vårdpersonalen hänsyn till dina egna erfarenheter av din sjukdom/ditt hälsotillstånd?	Nationell patientenkät	2015–2024 (PV) 2016–2025 (ÖV/SV)
Bemötte personalen dig med medkänsla och omsorg?	Nationell patientenkät	2015–2024 (PV) 2016–2025 (ÖV/SV)
Om du ställde frågor till personalen, fick du svar som du förstod?	Nationell patientenkät	2015–2024 (PV) 2016–2025 (ÖV/SV)
Fick du tillräckligt med information om din vård/ behandling?	Nationell patientenkät	2015–2024 (PV) 2016–2025 (ÖV/SV)
Anser du att personalen samordnar dina kontakter med vården i den utsträckning du behöver?	Nationell patientenkät	2015–2024 (PV) 2016–2025 (ÖV/SV)
<b>Hälsoutfall</b>		
Diagnostiserad ångest	Patientregistret, Socialstyrelsen	2011–2024
Diagnostiserad depression	Patientregistret, Socialstyrelsen	2011–2024
Läkemedelsanvändning vid depression	Patientregistret, Socialstyrelsen	2011–2024
Självrapporterad svår ångslan, oro eller ångest	Nationella folkhälsoenkäten	2011–2024
Riskkonsumenter alkohol	Nationella folkhälsoenkäten	2010–2024
Använder tobak dagligen	Nationella folkhälsoenkäten	2010–2024

Indikatorer för olika dimensioner	Datakälla	Tidsperiod
Övervikt och fetma BMI 25,0 eller högre	Nationella folkhälsoenkäten	2010–2024
Antal klamydiainfektioner per 100 000 kvinnor	Folkhälsomyndigheten	2010–2024
Antal aborter per 1 000 kvinnor	Socialstyrelsen	2014–2024

### Mätåren varierar mellan olika indikatorer

Indikatorerna har inte samma mätår, eftersom registren och enkäterna som de bygger på omfattar olika tidsperioder. Det tidigaste basåret vi har använt är 2010, men även 2014 och 2016 används där tidigare data saknas. För de allra flesta indikatorer har vi data fram till 2024.

Indikatorerna från Graviditetsregistret har basår 2014, och uppgifter för hela vårdkedjan (mödrahälsovård och förlossning) har bara funnits tillgängliga i registret sedan dess. Eftersom satsningen inleddes 2015, är det därmed svårt att etablera en baslinje för indikatorerna innan satsningen infördes.

Den nationella patientenkäten beskriver patienternas upplevelser av vården och riktar sig omväxlande till patienter som besökt primärvård och specialistvård. Vi har valt att använda 2015 respektive 2016 som basår, för att jämföra med 2024 och 2025. Det finns även tidigare undersökningar, men på grund av förändringar i insamlingsmetodiken bedömer vi att det är de tidigaste jämförbara resultaten. Det innebär att det är svårt att bedöma utvecklingen, eftersom den inte går att följa över en längre tidsperiod.

Gynekologisk cellprovskontroll för förebyggande av cervixcancer går att följa med uppgifter från Nationella kvalitetsregistret för cervixcancerprevention (NKCx), men bara från 2016. Skälet är förändringarna i hur ofta olika åldersgrupper kallas.

Vi har också studerat hur stor andel kvinnor som svarar att de har tillgång till den vård som de behöver i undersökningen Hälso- och sjukvårdsbarometern. Även här är det bara möjligt att följa utvecklingen med början 2016.

För att beskriva utvecklingen inom neonatalvården har vi valt att fokusera på indikatorer som rör vårdens kapacitet och struktur. För dem finns information från och med 2016.

### Vi mäter skillnader genom att analysera variationskoefficienten

För att beskriva utvecklingen av skillnader mellan regioner och olika grupper av kvinnor, har vi analyserat spridningen mellan regioner eller grupper under det första och det sista året i den aktuella tidsperioden. Vi har använt förändringar i variationskoefficienter. Om variationskoefficienten är högre i slutet av tidsperioden har spridningen mellan regionerna eller olika grupper av kvinnor ökat, och om den är mindre har spridningen minskat. I flera fall ser vi liten förändring mellan åren. Vi har därför satt gränsen till en förändring på 10 procentenheter mellan variationskoefficienterna för att vi ska bedöma att förändringen i spridning är relevant.

## Bilaga 4: Genomförda intervjuer

**Tabell B9.** Regionrepresentanter.

Region	Namn
Jämtland-Härjedalen	Annika Blad Blomqvist
Jämtland-Härjedalen	Lena Bäck
Skåne	Anette Lycke
Skåne	Pernilla Wargéus
Västernorrland	Helena Dahlin
Västernorrland	Annika Fahlén
Örebro	Gill Kullberg
Örebro	Yvonne Skogsdal
Örebro	Gabriel Stenström
Örebro	Hanna Östling

**Tabell B10.** Representanter för vården.

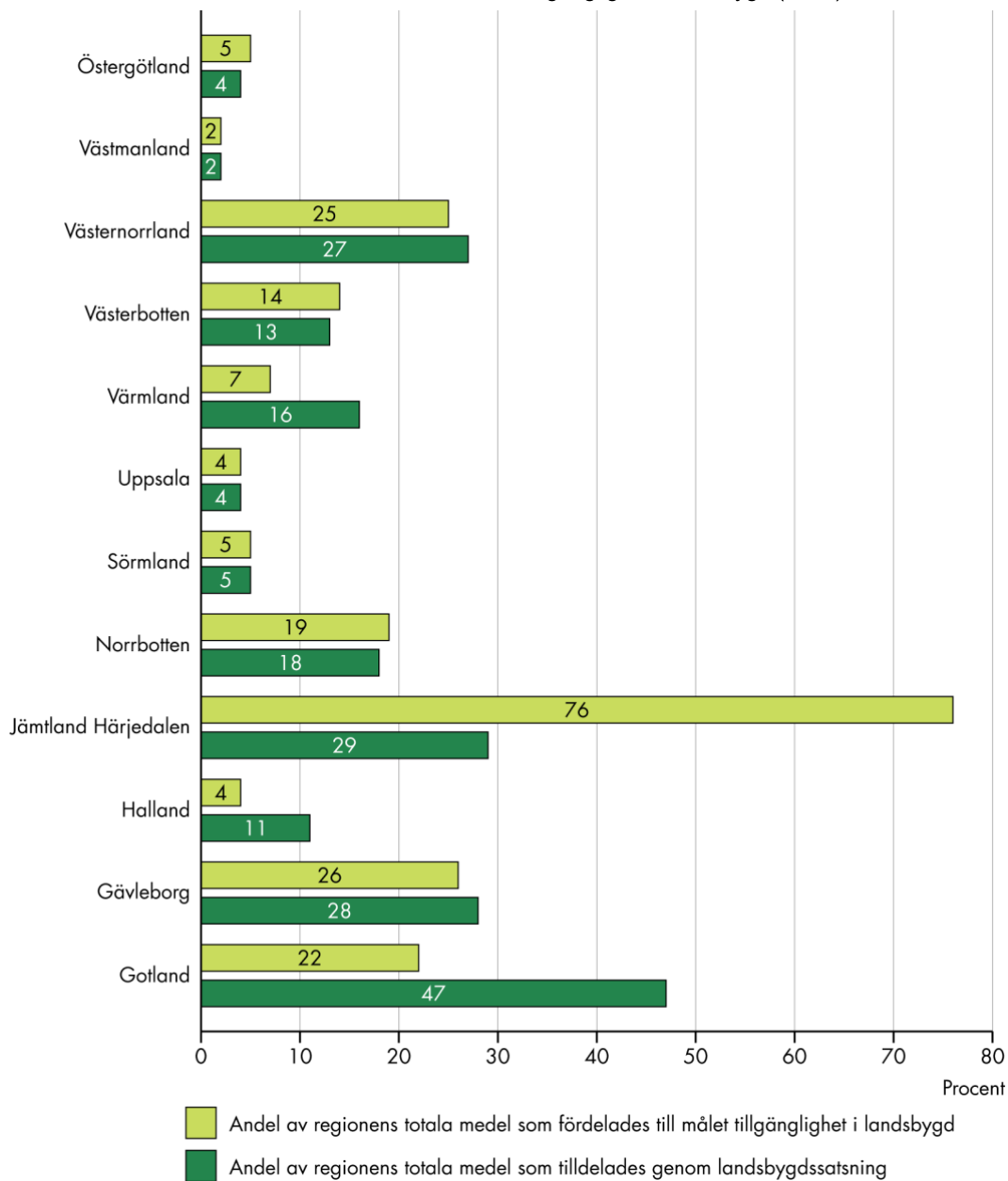
Roll	Verksamhet	Namn
Barnmorska	Familjecentralen Karlskoga	Frida Liderfors
Samordningsbarnmorska	Ängens vårdcentral	Ulrika Palmer
Barnmorska	Järpens barnmorskemottagning	Sara Thoursie
Distriktsbarnmorska	Örnsköldsviks barnmorskemottagning/MVC	Katarina Odin
Sektionschef	Skånes universitetssjukhus Obstetriska sektionen Malmö	Charlotte Dahlberg
Överläkare	Länsverksamhet Obstetrik och Gynekologi, Sundsvalls sjukhus	Marie Vikström Bolin
Forskare preeklampsi	Lunds universitet	Maria Andersson
Forskare preeklampsi	Karolinska institutet	Anna Sandström
Forskare graviditetsdiabetes	Örebro universitet	Helena Backman
Forskare graviditetsdiabetes och läkare	Örebro universitet	Stefan Jansson
Ordförande Svensk förening för allmänmedicin (SFAM)	SFAM	Andreas Stomby
NPR:s ledamot från sjukvårdsregion Stockholm/Gotland.	Primärvårdsrådet	Viveca Gyberg
Ordförande Preeklampsiföreningen	Preeklampsiföreningen	Emma Nordenstedt

## Bilaga 5: Kompletterande figurer

Figur B1. Satsningens mål i överenskommelserna 2015–2025.

Fokus	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	
	ÖK 1		ÖK 3	ÖK 2	ÖK 4	ÖK 5		ÖK 6 & 7	ÖK 8	ÖK 9	ÖK 10	
Vårdkedja	Förbättrad förlossningsvård och stärkta insatser för kvinnors hälsa			Det finns en tydlig vårdkedja.		En sammanhållen, jämlik och personcentrerad vårdkedja baserat på kvinnors olika behov.		Vårdkedjan under graviditet och förlossningen (och tiden efter) ska vara samordnad/sammanhållen med god personalkontinuitet.				
Eftervård				Eftervården utvecklas och stärks.		Rätt vård för eventuella komplikationer och skador är rätt att hitta.		En tillgänglig och jämlik eftervård baserad på bästa möjliga kunskap.		Alla kvinnor ska erbjudas vård och stöd efter graviditet och förlossning utifrån individuella förutsättningar och behov.		
Bemanning	Kompetensförsörjningsplan 1–5 år		Kompetensförsörjningsplan 1–5 år		Bemanningen är sådan att en barnmorska eller annan relevant kompetens finns tillgänglig för den födande kvinnan under förlossningen.						Den långsiktiga kompetensförsörjningen av barnmorskor och andra professioner behöver säkras.	
Kunskap och kompetens	Förbättrad förlossningsvård och stärkta insatser för kvinnors hälsa			Evidensbaserad kunskap och kunskapsstöd för att förebygga, diagnosticera och behandla förlossningskomplikationer finns tillgänglig för personalen.		Det finns goda förutsättningar för forskning.		Kompetensen i mödravårds- och förlossningsvården ska utvecklas för att tillgodose kvinnors olika behov (och stärkta förutsättningar för att arbeta utifrån befintliga riktlinjer och kunskapsstöd).				
Arbetsätt				Utpekad relevant kompetens utifrån kvinnors olika behov genom hela vårdkedjan, inklusive eftervården.		Arbetsätt ska utvecklas som bidrar till en personcentrerad, tillgänglig och jämlik vård för alla kvinnor som är kunskapsbaserad och säker och till en god arbetsmiljö för hälso- och sjukvårdens medarbetare.						
Jämlikhet	Förbättrad förlossningsvård och stärkta insatser för kvinnors hälsa			Omotiverade skillnader / ojämlikheter mellan olika grupper av kvinnor ska minska (i mödravårds- och förlossningsvården).								
Kvinnors sjukdomar				Att hantera den uppskjutna screeningverksamheten av HPV viruset som orsakar livmoderhalscancer och mammografi.		Hälso- och sjukvården ska anpassas till kvinnors och flickors olika förutsättningar och vårdbehov (t ex genom ökad kompetens och tydliga vårdkedjor).						
Sexuellt våld och könsstympning	Förbättrad förlossningsvård och stärkta insatser för kvinnors hälsa			Personer som utsatts för sexuellt våld och könsstympning ska få tillgång till en god vård baserad på bästa möjliga kunskap.		Vården för flickor och kvinnor som utsatts för sexuellt våld och könsstympning ska vara tillgänglig, jämlik och kunskapsbaserad.						
Tillgänglighet (över hela landet)				Föräldrar känner trygghet i att det finns plats för dem både före och efter förlossning, inte minst för dem som har långt till närmaste förlossningsklinik.						Särskilda insatser för att stärka tillgängligheten till mödravårds- och förlossningsvården på landsbygden (och glesbygd).		

**Figur B2.** Regionernas tilldelning av medel genom "landsbygdssatsningen" och andel av totala medel som användes till insatser inom målområdet tillgänglighet i landsbygd (2023).



Källa: Socialstyrelsen (2023).

# Beslut

Beslut om den här rapporten har fattats av styrelsen för Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. Utredaren Michael Tekle Palm har varit föredragande. I den slutliga handläggningen har analyschefen Hanna Larheden deltagit.

Stockholm 2026-04-22

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys

Thomas Pålsson  
*Styrelseordförande*

Michael Erliksson  
*Styrelseledamot*

Annika Tagizadeh Larsson  
*Styrelseledamot*

Jean-Luc af Geijerstam  
*Generaldirektör*

Caroline Blomberg-Ohlström  
*Styrelseledamot*

Sari Ponzer  
*Styrelseledamot*

Ulrika Winblad  
*Styrelseledamot*

Michael Tekle Palm  
*Föredragande*

---

**Myndigheten för vård- och omsorgsanalys** uppgift är att ur ett patient-, brukar- och medborgarperspektiv följa upp och analysera hälso- och sjukvården, tandvården och omsorgen. Vi har patienternas och brukarnas behov som utgångspunkt i våra analyser. Myndigheten ska också verka för att samhällets resurser används på bästa sätt för att skapa en så god hälsa och patient- och brukarupplevd kvalitet som möjligt. Syftet är att bistå vården och omsorgen i att förbättra kvaliteten och effektiviteten – förbättringar som ytterst ska komma patienter, brukare och medborgare till del.