

Graviditetsvårdkedjan och kvinnors hälsa

Kvinnors upplevelser och medicinska utfall 2023



Förord

År 2023 var det nionde året för den nationella satsningen på förlossningsvård och kvinnors hälsa. Satsningen har gett resultat, inte minst genom lanseringen av Graviditetsenkäten i december 2020. Enkäten ger en unik möjlighet att fånga kvinnornas egen upplevelse av sin hälsa och deras erfarenheter av vården under graviditet, förlossning och tiden därefter.

Denna rapport sammanfattar nationella och regionala resultat från Graviditetsenkäten, Graviditetsregistret och vissa andra utvalda kvalitetsregister samt publika datakällor. Syftet är att ge en nulägesbild av mödrahälso- och förlossningsvården samt belysa viktiga utvecklingsområden att arbeta med framöver. Vi redovisar även ett antal utvalda indikatorer som syftar till att ge en bredare bild av kvinnors sexuella och reproduktiva hälsa och rättigheter genom hela livet.

Med underlaget vill SKR öka kunskapen om vårdens kvalitet ur kvinnornas perspektiv. Vår förhoppning är att det kan inspirera verksamheter att analysera sina egna resultat som grund för det systematiska förbättringsarbetet.

Resultaten från 2023 visar att mödrahälso- och förlossningsvården på de allra flesta områden haft en positiv utveckling över tid. Andelen kvinnor som drabbas av allvarliga bristningar har minskat mellan 2014 och 2023, och allt fler kvinnor går på eftervårdsbesök. Sedan Graviditetsenkäten lanserades har det aldrig varit så stor andel kvinnor som känt sig delaktiga i och trygga med sin vård. Eftervården inklusive amningsstödet kvarstår som viktiga förbättringsområden, men även inom dessa områden kan vi se en positiv utveckling under de senaste åren.

Vi vill passa på att rikta ett varmt tack till alla medarbetare som arbetar för att erbjuda en trygg och säker vård, samt till alla kvinnor som tagit sig tid att svara på Graviditetsenkäten. Tillsammans fortsätter vi att göra vården bättre.

Stockholm, 2024-06-24

Kajsa Jansson

Samordnare för satsningen på kvinnors hälsa och förlossningsvård

Avdelningen för Vård och Omsorg

Ett urval av resultat från rapporten

Överlag goda resultat men eftervården är fortsatt ett förbättringsområde

- Mer än 90 procent av alla kvinnor kände sig trygga med vården, både under graviditet och förlossning.
- Nio av tio kvinnor skulle rekommendera sin mödrahälsovård och förlossningsklinik till någon annan.
- Däremot ansåg mindre än 70 procent av alla kvinnor att de fick den information de behövde om vad de kunde förvänta sig angående återhämtning efter förlossningen, och 63 procent kände sig delaktiga i planeringen och beslut efter förlossningen.

Kvinnors nöjdhet har ökat över tid

- Sedan Graviditetsenkäten lanserades i slutet av 2020 har en allt högre andel kvinnor angett att de känner sig delaktiga i, trygga med, och informerade om sin vård.
- Tidigare identifierade förbättringsområden såsom eftervården och amningsstöd fortsätter utvecklas positivt. Det är bland annat fler som går på eftervårdsbesök, som vet vart de ska vända sig med psykiska och fysiska besvär efter sin förlossning, samt som upplever tillräckligt amningsstöd från vården.

Det förekommer regionala skillnader och skillnader mellan olika grupper av kvinnor

- Regionalt var andelen kvinnor som varit på eftervårdsbesök efter förlossningen som lägst 82 och som högst 97 procent. Samtidigt varierade andelen kvinnor som ansåg att de fick tillräckligt med information om tiden efter förlossning mellan 61 och 75 procent.
- Allvarliga bristningar vid icke instrumentella förlossningar var vanligare bland kvinnor med utomeuropeisk härkomst jämfört med europeiskt födda kvinnor.

Frågor som besvaras i rapporten

● Hur har vårdutbudet anpassats utifrån regionernas olika förutsättningar?

Mer glesbefolkade regioner har generellt fler förlossningskliniker och mödrahälsovårdscentraler per invånare jämfört med tätbefolkade regioner. Det beror bland annat på att invånarna ska erbjudas en rimlig geografisk tillgänglighet.

Källa: Graviditetsregistret och SCB, 2023.

● Hur skiljer sig vårdtiderna mellan olika kvinnor?

Den totala vårdtiden i samband med förlossning (från inskrivning till hemgång) var i genomsnitt ungefär 2,5 dagar. Vårdtiden skiljer sig dock mellan olika kvinnor. Förstföderskor har exempelvis längre genomsnittlig vårdtid än omföderskor, och kvinnor med akuta kejsarsnitt ligger inne längre än kvinnor som fött vaginalt.

Källa: Graviditetsregistret, 2023.

● Är förstföderskor och omföderskor lika nöjda med sin vård?

I de flesta avseenden finns inga stora skillnader i nöjdhet mellan först- och omföderskor. Däremot är förstföderskor inte lika nöjda med informationen från mödrahälso- och förlossningsvården, och de känner sig i lägre utsträckning delaktiga i sin vård.

Källa: Graviditetsenkäten, 2023.

● Förändras förlossningsupplevelsen med tiden?

En övervägande majoritet av alla kvinnor skattade sin förlossningsupplevelse (i Graviditetsenkäten) på samma sätt över tid (åtta veckor efter förlossning jämfört med ett år efter). Bland de som skattat upplevelsen olika över tid, är det något vanligare att omdömet är mer negativt efter ett år.

Källa: Graviditetsenkäten, dec 2020-apr 2024.

● Förändras kvinnans förlossningsupplevelse mellan hennes första och andra förlossning?

Runt 40 procent av alla kvinnor har olika uppfattning kring sin första och andra förlossning (skattad förlossningsupplevelse i Graviditetsenkäten). Det är betydligt vanligare att upplevelsen är bättre vid den andra förlossningen, än det omvända. En mycket liten andel kvinnor har en negativ förlossningsupplevelse under båda sina förlossningar.

Källa: Graviditetsenkäten, dec 2020-apr 2024. Not: Analysen inkluderar kvinnor som var förstföderskor vid den första förlossningen.

● Förändras omdömet av vården mellan olika steg i vårdkedjan?

Runt hälften av alla svarande kvinnor i Graviditetsenkäten anser att vården tillgodosett deras behov i samtliga delar av graviditetsvårdkedjan. Kvinnor under graviditeten är mer nöjda med den vård de fått, jämfört med kvinnor som svarar veckorna efter eller ett år efter sin förlossning.

Källa: Graviditetsenkäten, dec 2020-apr 2024.

● Hur skiljer sig tillgängligheten på mödrahälso- och förlossningsvård i landsbygden från övriga delar av landet?

I de flesta avseenden är kvinnor som bor i gles befolkade områden lika trygga med vården under graviditet och förlossning som boende i andra delar av landet. Kvinnor som bor i mycket gles landsbygd anser dock att mödrahälsovården är mindre tillgänglig jämfört med boende i andra delar av landet, men de går oftare på sitt

eftervårdsbesök. Kvinnor i mycket gles landsbygd och storstad anser i något lägre utsträckning att de fick föda där de önskade.

Källa: Graviditetsenkäten och Graviditetsregistret, 2023.

● **Hur har andelen allvarliga bristningar utvecklats över tid?**

Allvarliga bristningar förekommer i högre utsträckning bland förstföderskor, och det är en högre risk att de uppstår vid instrumentella förlossningar. Mellan åren 2014 och 2023 har andelen allvarliga bristningar vid såväl instrumentella som icke-instrumentella förlossningar minskat. Detsamma gäller för grupperna först- och omföderskor.

Källa: Graviditetsregistret, 2014-2023.

● **Kan stöd från vården främja amningen bland kvinnor som upplever problem med sin amning?**

Kvinnor som är nöjda med vårdens amningsstöd ammar i större utsträckning efter fyra veckor jämfört med de som är missnöjda med vårdens stöd. Det har inte gått att fastställa ett orsakssamband, men resultaten är i linje med tidigare forskning som visar att ett tidigt och professionellt amningsstöd kan främja amningen.

Källa: Graviditetsregistret och Graviditetsenkäten, 2023.

● **Främjas amningen av hud-mot-hudkontakt direkt efter förlossningen?**

De kvinnor som hade hud-mot-hudkontakt med barnet efter förlossningen (helt eller delvis), ammar i högre utsträckning än de kvinnor som inte hade hud-mot-hudkontakt. Det har inte gått att fastställa ett orsakssamband, men resultaten är i linje med tidigare forskning som visar att oavbruten hud-mot-hudkontakt främjar amningen, oavsett förlossningssätt.

Källa: Graviditetsregistret och Graviditetsenkäten, 2023.

● **Hur skiljer sig kvinnors upplevelse beroende på härkomst och utbildningsnivå?**

Kvinnor har i de flesta avseenden en positiv upplevelse av mödrahälso- och förlossningsvården, oavsett födelseland och utbildningsnivå. Det går inte att se några systematiska skillnader som indikerar att en viss grupp är mer nöjd än någon annan grupp.

Källa: Graviditetsregistret och Graviditetsenkäten, 2023.

● **Hur har täckningsgraden för gynekologiska cellprov (HPV-test) utvecklats över tid?**

Täckningsgraden för screening med HPV-test har ökat över tid, och låg i riket på 72 procent under 2023. Det är lägre än Europeiska unionens och Nationella vårdprogrammet för livmoderhalscancers mål om att täckningsgraden ska vara 85 procent.

Källa: Nationella kvalitetsregistret för cervixcancerprevention, 2014-2023.

● **Hur ser väntetiderna ut inom gynekologisk vård?**

Drygt en av tio kvinnor i behov av en planerad gynekologisk åtgärd får inte vård inom vårdgarantins gränser (90 dagar). Antalet som väntar över 90 dagar har dock minskat sedan 2021, vilket pekar på att tillgängligheten har förbättrats.

Källa: SKR:s väntetidsdatabas, 2021-2023.

Innehåll

Syfte	10
Metod	11
Sammanfattning av utvalda indikatorer.....	11
Förutsättningar inom mödrahälso- och förlossningsvården	13
Sammanfattning av utvalda indikatorer.....	14
Fördjupade frågeställningar	16
Hur har vårdutbudet anpassats utifrån regionernas olika förutsättningar?	16
Hur skiljer sig vårdtiderna mellan olika kvinnor?	16
En personcentrerad vård	20
Sammanfattning av utvalda indikatorer.....	21
Fördjupade frågeställningar	23
Är förstföderskor och omföderskor lika nöjda med sin vård?	23
Förändras kvinnors uppfattning om vården och förlossningsupplevelsen över tid?.....	23
En tillgänglig vård	28
Sammanfattning av utvalda indikatorer.....	29
Fördjupade frågeställningar	31
Hur skiljer sig tillgängligheten på mödrahälso- och förlossningsvård i landsbygden från övriga delar av landet?	31
En säker vård	34
Sammanfattning av utvalda indikatorer.....	35
Fördjupade frågeställningar	37
Hur har andelen allvarliga bristningar utvecklats över tid?	37
En kunskapsbaserad vård	39
Sammanfattning av utvalda indikatorer.....	40
Fördjupade frågeställningar	42
Kan stöd från vården främja amningen bland kvinnor som upplever problem med sin amning?	42
Främjas amningen av hud-mot-hudkontakt direkt efter förlossningen?.....	43
En jämlik vård	45
Sammanfattning av utvalda indikatorer.....	46
Fördjupade frågeställningar	48
Hur skiljer sig kvinnors upplevelse beroende på härkomst?.....	48
Hur skiljer sig kvinnors upplevelse beroende på utbildningsnivå?.....	49

Kvinnors sexuella och reproduktiva hälsa och rättigheter genom livet	51
Sammanfattning av utvalda indikatorer.....	52
Fördjupade frågeställningar	54
Hur har täckningsgraden för gynekologiska cellprov (HPV-test) utvecklats över tid?.....	54
Hur ser väntetiderna ut inom gynekologisk vård?	55
Källor	58
Bilaga 1: Datakällor	59
Graviditetsenkäten	59
Graviditetsregistret	61
Bilaga 2 – Definitioner	62



Syfte

Satsningen på förlossningsvård och kvinnors hälsa har pågått sedan 2015 med målet att förbättra förlossningsvården och främja kvinnors hälsa. Som ett direkt resultat av satsningen lanserades Graviditetsenkäten under slutet av 2020 – en unik enkät med mått som följer kvinnornas upplevelse av sin hälsa och deras erfarenheter av vården under graviditet, förlossning och tiden därefter. Kombinerat med det nationella kvalitetsregistret för mödrahälsovård, fosterdiagnostik (KUB) och förlossningsvård – Graviditetsregistret – finns goda förutsättningar att följa upp vårdens resultat.

Denna rapport sammanfattar nationella och regionala resultat för ett urval av indikatorer från Graviditetsenkäten, Graviditetsregistret och ytterligare ett antal datakällor.¹ Rapportens målsättning är att öka kunskapen om vårdens kvalitet och stödja regionalt och lokalt förbättringsarbete. Resultaten redovisas under sju kapitel:

1. Förutsättningar inom mödrahälso- och förlossningsvård
2. En personcentrerad vård
3. En tillgänglig vård
4. En säker vård
5. En kunskapsbaserad vård
6. En jämlik vård
7. Sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter genom livet

Det första kapitlet syftar till att ge en bild av regionernas förutsättningar att bedriva en god mödrahälso- och förlossningsvård. Kapitel 2 till 6 följer upp SKR:s fem målområden i [Strategisk plan för kvinnors hälsa och förlossningsvård](#). I det sista kapitlet redovisas en något bredare bild av kvinnors sexuella och reproduktiva hälsa och rättigheter genom hela livet, utöver tiden före, under och efter graviditet. I Bilaga 3 (i separat dokument) redovisas fullständiga resultat från Graviditetsenkäten.

¹ Läs mer om Graviditetsenkäten och Graviditetsregistret i Bilaga 1: Datakällor. Graviditetsvårdkedjan och kvinnors hälsa

Metod

Varje kapitel innehåller två avsnitt:

1. Sammanfattning av utvalda indikatorer
2. Fördjupade frågeställningar

Nedan ges en översiktlig beskrivning av hur sammanfattningen av utvalda indikatorer har tagits fram. Metoden för de fördjupade frågeställningarna framgår i respektive avsnitt.







Sammanfattning av utvalda indikatorer

I varje kapitel har ett urval av indikatorer valts ut för att ge en bild av:

- **Nuläge:** Resultat på riksnivå 2023.
- **Utveckling över tid:** Indikatorns utveckling per år sedan 2021.
- **Regional spridning:** Regionala variationer avseende 2023 års resultat.

Utvecklingen över tid visualiseras med pilar. För de indikatorer som har en tydligt önskvärd riktning, beskriver pilarna genom färger huruvida utvecklingen gått i önskvärd riktning eller inte.

Figur 1: Visualisering av utveckling över tid med pilar.

	Önskad riktning	Oönskad riktning	Önskad riktning saknas
Värdet har ökat			
Värdet har minskat			
Värdet är oförändrat			

Många frågor från Graviditetsenkäten besvaras genom att ange ett värde på en skala från 1–5, där svarsalternativ 5 innebär att den svarande instämmer helt med ett påstående, och svarsalternativ 1 innebär att den svarande inte instämmer alls med påståendet. Svarsalternativ 4 och 5 används för att beskriva andelen som hade en positiv upplevelse av vården, medan svarsalternativ 1 och 2 används för att belysa andelen som hade en negativ upplevelse av vården.

Redovisningen av regional spridning jämför resultat mellan regioner. Observerade skillnader bör dock tolkas med försiktighet och utifrån varje regions egen vårdkontext och förutsättningar (se Kapitel 1: Förutsättningar inom mödrahälso- och förlossningsvården).






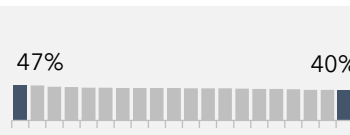

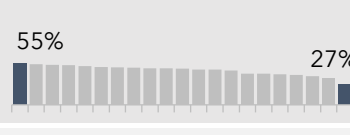

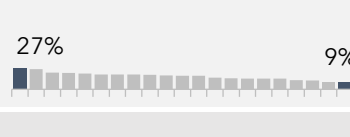

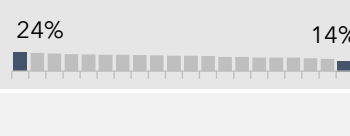







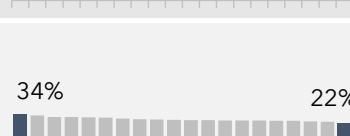
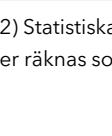
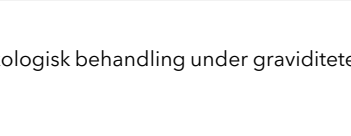
KAPITEL 1

Förutsättningar inom mödrahälso- och förlossningsvården

Vid alla former av jämförelser – över tid och mellan regioner – är det viktigt att beakta hur skillnader i förutsättningar kan påverka resultaten. Resultaten kan till exempel påverkas av skillnader i patientgruppens ålderssammansättning och utbildningsnivå. På samma sätt kan vissa skillnader i vårdutbud mellan regioner försvåra jämförbarheten, till exempel tillgång till universitetssjukhus. Detta kapitel ger därför en bild av regionernas förutsättningar för att bedriva mödrahälso- och förlossningsvård genom att beskriva patientunderlaget och vårdutbudet, nationellt och regionalt. Därutöver lyfts några indikatorer som delvis kan spegla patientunderlaget men också verksamheternas arbetssätt, till exempel andel som behandlats för psykisk ohälsa eller andel igångsatta förlossningar. Insikterna från kapitlet är viktiga att ta med sig vid tolkning av resultaten i resterande delar av rapporten.

Sammanfattning av utvalda indikatorer

Tabell 1: Förutsättningar inom mödrahälso- och förlossningsvården.

	Nuläge	Utveckling över tid			Regional spridning	
		2021	2022	2023		
Antal förlossningar per 100 kvinnor i barnafödande* ålder ^{1&2}	 5,1	↘	6,0	5,4	5,1	 5,9 4,5
Andel förstföderskor ¹	 45%	↗	42%	44%	45%	 47% 40%
Andel gravida med utbildningsnivå till och med gymnasiet ¹	 39%	↘	42%	41%	39%	 55% 27%
Andel utomeuropeiskt födda ¹	 19%	↘	20%	20%	19%	 27% 9%
Andel gravida med obesitas vid inskrivning i mödrahälsovården (BMI ≥30) ¹	 18%	↗	17%	18%	18%	 24% 14%
Andel födande 36 år eller äldre ¹	 19%	↗	18%	19%	19%	 25% 14%
Andel som behandlats** för psykisk ohälsa ¹	 11%	↗	9%	10%	11%	 15% 8%
Andel vaginala förlossningar ¹	 81%	↘	82%	81%	81%	 86% 78%
Andel planerade kejsarsnitt ¹	 8%	→	8%	8%	8%	 11% 4%
Andel igångsatta förlossningar ¹	 28%	↗	27%	27%	28%	 34% 22%

Källa: 1) Graviditetsregistret 2) Statistiska Centralbyrån.

*Kvinnor i barnafödande ålder räknas som de mellan 15-44 år. **Medicinsk eller psykologisk behandling under graviditeten.

Beskrivning av nuläge, utveckling över tid och regional spridning – Förutsättningar



Nuläge (2023)

- Per 100 kvinnor i barnafödande ålder föddes 5,1 barn.
- Strax under hälften av alla födande var förstföderskor. Cirka en femtedel av alla födande var 36 år eller äldre, och ungefär lika många var utomeuropeiskt födda. En av tio gravida hade behandlats för psykisk ohälsa, medan två av tio gravida hade ett BMI på minst 30 (definitionen för obesitas) vid inskrivning på mödrahälsovården.
- Andelen förlossningar som startades med igångsättning var knappt 28 procent, resterande var spontana förlossningsstarter och kejsarsnitt.
- Cirka 81 procent av alla förlossningar avslutades vaginalt. Resterande 19 procent avslutades med kejsarsnitt (akut eller planerat).



Utveckling över tid (2021–2023)

- Minskningen i barnafödande i Sverige är i linje med den trend som syns i resten av Europa. Jämfört med 2021 var antalet födda barn per 100 kvinnor i barnafödande ålder 15 procent lägre.
- Jämfört med 2021 har andelen förstföderskor, gravida med hög BMI, födande 36 år eller äldre och gravida som behandlats för psykisk ohälsa ökat marginellt. Andelen gravida med utomeuropeisk härkomst och andelen gravida med högst gymnasieutbildning är något lägre.
- Andelen igångsättningar var något högre än föregående år. Samtidigt har andelen vaginala förlossningar minskat med en procentenhet, från 82 till 81 procent.



Regional spridning (2023)

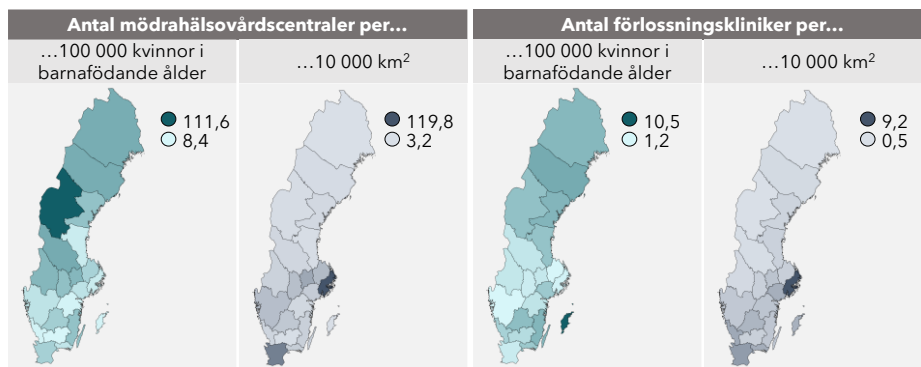
- Sammanställningen visar på skillnader i barnafödande. I Region Halland var antalet födslar per 100 kvinnor i barnafödande ålder 31 procent högre än i Region Uppsala.
- Även sett till patientsammansättning fanns skillnader mellan regionerna. Till exempel hade mer än hälften av alla föderskor i Region Västernorrland högst en gymnasieutbildning, medan motsvarande andel i Region Stockholm var 27 procent. I Region Sörmland och Region Västmanland var strax över en fjärdedel av alla gravida utomeuropeiskt födda, jämfört med under en tiondel i Region Gotland.
- Andelen igångsatta förlossningar varierade mellan 22 och 34 procent, medan andelen planerade kejsarsnitt var nästan tre gånger högre i vissa regioner jämfört med andra. Vanligast var planerade kejsarsnitt i Region Värmland.

Fördjupade frågeställningar

Hur har vårdutbudet anpassats utifrån regionernas olika förutsättningar?

År 2023 fanns det 561 mödrahälsovårdscentraler och 45 förlossningskliniker i Sverige. Generellt har mer glesbefolkade regioner ett större antal mödrahälsovårdscentraler och förlossningskliniker per invånare än tätbefolkade regioner, i syfte att kunna erbjuda en rimlig geografisk tillgänglighet för invånarna. Samtidigt har tätbefolkade regioner betydligt fler utbudspunkter på en mindre geografisk yta. De stora variationerna sätter ljuset på hur regioner har behövt organisera sig på olika sätt för att möta skilda förutsättningar.

Figur 2: Antal mödrahälsovårdscentraler/förlossningskliniker per 100 000 kvinnor i barnafödande ålder och per 10 000 km², 2023.



Källa: Graviditetsregistret och Statistiska centralbyrån.

Not: Kvinnor i barnafödande ålder räknas som de mellan 15–44 år.

Som en följd är mödrahälsovårdscentralerna och förlossningsklinikerna i glesbefolkade områden väsentligt mindre jämfört med mer tätbefolkade områden, sett till antalet gravida och medarbetare. Vissa mödrahälsovårdscentraler har färre än en heltidsanställd barnmorska, medan andra har fler än tio [1]. Samtidigt hade den minsta förlossningskliniken – Gällivare sjukhus – färre än 400 förlossningar under 2023 medan Sahlgrenska Universitetssjukhuset hade fler än 9 000 förlossningar. Sammantaget är dessa skillnader viktiga att beakta vid jämförelser av resultat mellan regioner.

Hur skiljer sig vårdtiderna mellan olika kvinnor?

Vårdtiden varierar utifrån den enskilda kvinnans behov och önskemål. I genomsnitt var den totala medelvårdtiden (från inskrivning på förlossning till utskrivning från BB) cirka två och en halv dag, men intervallet är stort. Vårdtiden varierar bland annat beroende på om kvinnan är förstföderska eller omföderska,

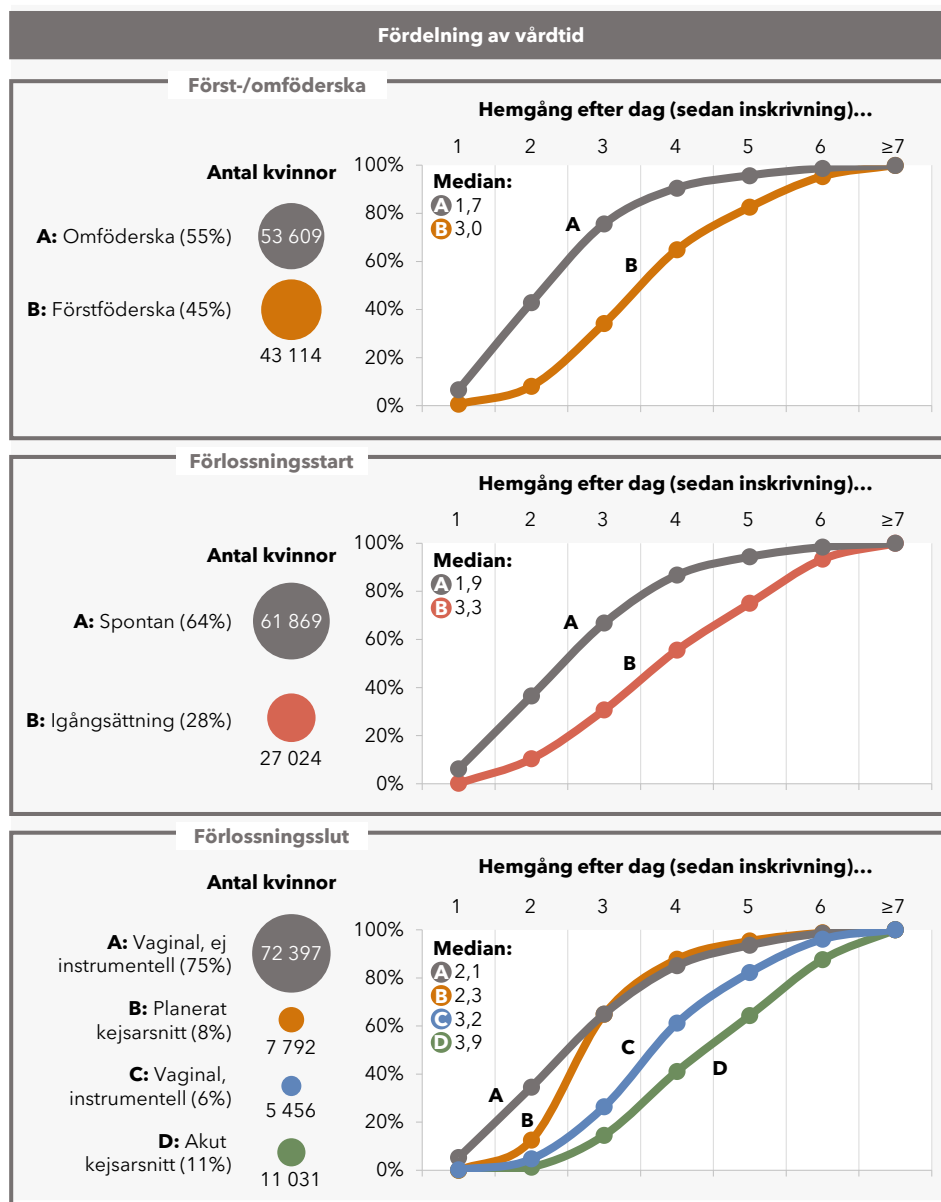
hennes förlossningssätt samt förlossningsstart – dessa skillnader redovisas i Figur 3. Analyserna visar följande:

- **Medianvårdtiden för förstföderskor var nästan dubbelt så lång som bland omföderskor:** Förstföderskors medianvårdtid mellan inskrivning (innan förlossning) och hemgång var tre dagar jämfört med 1,7 dagar för omföderskor. Fem dagar efter inskrivning hade i genomsnitt 80 procent av förstföderskorna gått hem. Motsvarande andel omföderskor hade gått hem efter tre dagar. Det var framför allt vårdtiden efter förlossning som var längre för förstföderskor.
- **Medianvårdtiden för igångsatta kvinnor var nästan dubbelt så lång som bland de med spontan förlossning:** Mönstret liknar det som ses bland förstföderskor respektive omföderskor. Här var det dock främst tiden innan förlossning som förlängde vårdtiden vid igångsättning av förlossning.
- **Längst genomsnittlig vårdtid ses vid akuta kejsarsnitt, följt av instrumentell vaginal förlossning:** Medianvårdtiden efter förlossning med akut kejsarsnitt var nära tre dagar. Mer än en tredjedel av kvinnorna med akut kejsarsnitt låg samtidigt kvar på kliniken fem dagar efter inskrivning.

För andra undersökta bakgrundsfaktorer ses inga väsentliga samband med vårdtider. Bakgrundsfaktorer som undersökts är: kvinnans ålder, graviditetsdiabetes, obesitas, kvinnans födelseland, behandling för psykisk ohälsa och förlossningsrädsla. Däremot kan olika kombinationer av de ovanstående faktorerna förkorta eller förlänga vårdtiderna.

Variationer i vårdtid ställer krav på vården att tillhandahålla den kapacitet som krävs för varje kvinna utifrån hennes unika behov. Med begränsade resurser gäller det samtidigt att fokusera kapaciteten till de kvinnor som har störst behov. Det är utifrån detta sammanhang som många regioner arbetar med hemgång i rätt tid. SKR har skrivit om detta och andra strategier och arbetssätt för att skapa en balans mellan vårdbehov och kapacitet i rapporten: [Produktions- och kapacitetsstyrning i praktiken inom mödrahälso- och förlossningsvården](#).

Figur 3: Fördelning av vårdtid (i dagar) beroende på om kvinnan är först- eller omfödelska, förlossningsstart och förlossningslut, 2023.



Källa: Graviditetsregistret.

Not 1: Dagarna avser antal dagar mellan inskrivning på förlossningskliniken (dvs. innan förlossningen), till dess att kvinnan skrivits ut och gått hem.

Not 2: Resterande förlossningsstarter är planerade kejsarsnitt.



KAPITEL 2

En personcentrerad vård

En personcentrerad vård utgår från kvinnans och hennes familjs förutsättningar, hälsa och preferenser i alla delar av vårdkedjan. Det innebär bland annat att kvinnor och deras familjer ska:

- Känna delaktighet i beslut som rör den egna vården och behandlingen.
- Uppleva ett gott bemötande i vården.
- Uppleva kontinuitet och trygghet i vårdkedjan.

Sammanfattning av utvalda indikatorer

Tabell 2: Indikatorer för en personcentrerad vård

Andel kvinnor...	Nuläge	Utveckling över tid				Regional spridning
			2021	2022	2023	
...som kände sig trygga med barnmorskan i mödrahjälsvården ¹	92%		90%	91%	92%	83% — Önskvärt —> 96%
...som kände sig trygga med vården under förlossning ¹	90%		88%	88%	90%	87% — Önskvärt —> 94%
...nöjda med mödrahjälsvårdens samordning av kontakter med vården ¹	82%		78%	80%	82%	73% — Önskvärt —> 90%
...nöjda med hur delaktig barnmorskan på mödrahjälsvården gjorde dem ¹	92%		89%	91%	92%	87% — Önskvärt —> 95%
...nöjda med hur delaktig personalen på förlossningen gjorde dem ¹	79%		77%	78%	79%	75% — Önskvärt —> 84%
...som kände sig delaktiga i planeringen och beslut efter förlossning ¹	63%		57%	61%	63%	57% — Önskvärt —> 75%
...som upplevt att de behandlats med respekt och värdighet i vårdkedjan ¹	84%		82%	82%	84%	77% — Önskvärt —> 89%
...mycket nöjda med sin förlossning (VAS≥8) ^{2*}	76%		74%	75%	76%	68% — Önskvärt —> 79%
...som skulle rekommendera sin mödrahjälsvårdscentral ¹	91%		88%	90%	91%	83% — Önskvärt —> 96%
...som skulle rekommendera sin förlossningsklinik ¹	91%		89%	90%	91%	87% — Önskvärt —> 96%

Källa: 1) Graviditetsenkäten 2) Graviditetsregistret.

*VAS är en förkortning för visuell analog skala. I det här sammanhanget är det en 10-gradig skala där kvinnan på BB skattar sin förlossningsupplevelse på en skalan 1-10, där 1 motsvarar värsta tänkbara och 10 motsvarar bästa tänkbara.

Beskrivning av nuläge, utveckling över tid och regional spridning – personcentrerad vård



Nuläge (2023)

- Sammanställningen visar överlag på goda resultat vad gäller indikatorer som mäter vårdens personcentrerad. Mer än 90 procent av alla kvinnor kände sig exempelvis trygga med vården, både inom mödrahälso- och förlossningsvården.
- Mer än 84 procent av de födande upplevde också att de behandlats med respekt och värdighet under graviditet, förlossning och eftervård.
- Vad gäller frågor som rör delaktighet, uppgav 92 procent att de var nöjda med hur barnmorskan på mödrahälsovården gjort dem delaktiga rörande planering och beslut under graviditeten. Färre (79 procent) kände sig delaktiga i den utsträckning de önskat under förlossningen, medan drygt 63 procent kände sig delaktiga i planeringen och beslut gällande deras eftervård.



Utveckling över tid (2021–2023)

- Samtliga utvalda indikatorer har utvecklats positivt sedan 2021.
- Den indikator som mäter delaktighet i planering och beslut efter förlossning har ökat med sex procentenheter, från 57 till 63 procent. Detta kan till viss del vara en effekt av pandemin. Därutöver har andelen som är nöjda med mödrahälsovårdens samordning av kontakter ökat från 78 procent till 82 procent.



Regional spridning (2023)

- Det går att se viss regional spridning för alla indikatorer kopplade till en personcentrerad vård. I Region Stockholm och Västra Götalandsregionen var 79 procent nöjda med sin förlossning, medan 68 procent var nöjda med sin förlossning i Region Västmanland och Region Östergötland.
- Variationerna mellan regioner i upplevd delaktighet i eftervården var relativt stora. I Region Jönköpings län upplevde 75 procent av kvinnorna att de var delaktiga i sin eftervård, jämfört med Region Sörmland där motsvarande andel var 57 procent.
- Andelen som kände sig trygga med vården under förlossning och inom mödrahälsovården var genomgående hög i alla regioner, även om det fanns en viss regional spridning.

Fördjupade frågeställningar

Är förstföderskor och omföderskor lika nöjda med sin vård?

På många frågor i Graviditetsenkäten finns inga betydande skillnader mellan först- och omföderskor. Exempelvis känner sig båda grupperna ungefär lika trygga under förlossning, och ungefär lika många upplever att vården har tillgodosett deras behov. Däremot visar analysen att förstföderskor har en lägre nöjdhet inom framför allt två områden:

- **Information från mödrahälso- och förlossningsvården:** På tre frågor som rör upplevd tillgång till information i graviditetsvårdkedjan är nöjdheten för alla kvinnor generellt som högst vad gäller mödrahälsovård under graviditeten, och något lägre under förlossningen. Information om återhämtning och tiden efter förlossning är den aspekt som kvinnor generellt är minst nöjda med. Detta mönster gäller för samtliga kvinnor, men på alla tre frågor är nöjdheten lägre hos förstföderskor än hos omföderskor. Skillnaden är störst när det gäller nöjdhet med information om eftervården. Där är 75 procent av alla omföderskor nöjda med informationen, medan 58 procent av förstföderskorna är det. Resultaten indikerar ett behov av att fortsätta arbeta med hur informationen ska anpassas och förmedlas för att fler förstföderskor ska känna sig väl informerade i hela graviditetsvårdkedjan, i synnerhet gällande eftervården.
- **Delaktighet i planering och beslut:** På tre frågor som rör huruvida kvinnan upplevt att vården i önskad utsträckning gjort henne delaktig i planering och beslut, ses ett liknande mönster. Under graviditeten är skillnaden relativt marginell, och bland både först- och omföderskor känner sig över 90 procent delaktiga. Under förlossningen är det däremot 75 procent av förstföderskorna som känt sig involverade, och i eftervården 57 procent. Även omföderskorna känner sig mindre involverade här, men skillnaden mot mödrahälsovården är inte lika stor (83 respektive 70 procent känner sig delaktiga under förlossning respektive eftervård).

Sammanfattat pekar analyserna på ett behov av att stärka informationen och delaktigheten för förstföderskor, som saknar egen erfarenhet av händelseförloppet under förlossning och tiden efter förlossning.

Förändras kvinnors uppfattning om vården och förlossningsupplevelsen över tid?

Graviditetsenkäten lanserades i december 2020, och har fortsatt en relativt hög svarsfrekvens (runt hälften av alla som är gravida och föder barn, se Bilaga 1), för alla tre enkäter. Det innebär att det nu finns kvinnor som har svarat på samtliga tre enkäter (under graviditeten, samt åtta veckor respektive ett år efter

förlossning), och kvinnor som har fött barn igen och därmed kunnat besvara enkäterna på nytt.

Förändras förlossningsupplevelsen med tiden?

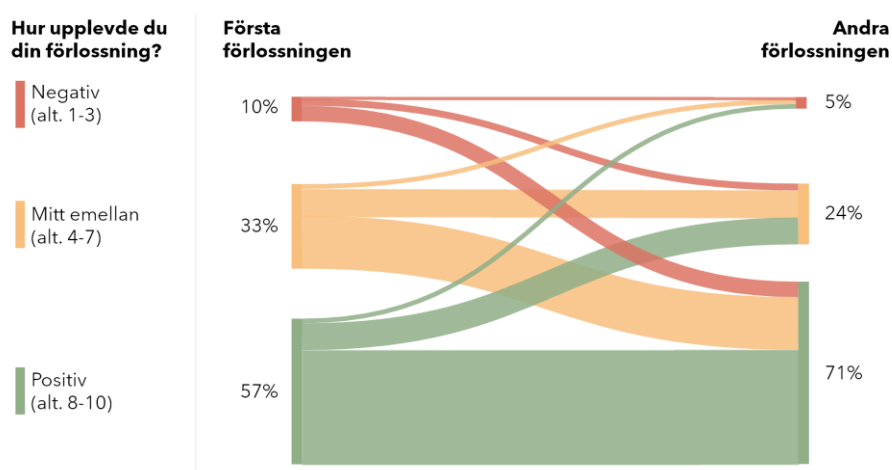
I Graviditetsenkäten kan kvinnor bedöma sin förlossningsupplevelse både åtta veckor efter förlossningen och ett år efter.² En jämförelse av hur kvinnors svar förändras under denna tid, visar att var femte kvinna med ett års perspektiv har ändrat sin uppfattning om hur förlossningen var. Förändringen sker i båda riktningar, men det är något vanligare att uppfattningen efter ett år är mer negativ än positiv. Trots detta är det efter ett år nästan sex gånger så vanligt att bedöma sin förlossningsupplevelse som positiv, än som negativ.

Förändras kvinnans förlossningsupplevelse mellan hennes första och andra förlossning?

Förlossningsupplevelsen kan också jämföras bland kvinnor som fött två barn samt besvarat Graviditetsenkäten efter båda förlossningarna. Tidigare analyser av Graviditetsenkätens resultat har visat att omfödernkor på totalen ofta har en mer positiv förlossningsupplevelse än förstfödernkor, men då har i hög utsträckning olika kvinnor jämförts. Nedanstående analys undersöker hur samma kvinnor skattar upplevelsen av sin första respektive andra förlossning. I Figur 4 går det att se i vilken utsträckning förlossningsupplevelsen bland dessa kvinnor förändras mellan förlossningarna. I analysen inkluderas enbart de kvinnor som var förstfödernkor vid den första förlossningen som rapporterades till Graviditetsenkäten.

² Bedömningen utgår från en skala på 1–10 där 10 motsvarar den bästa tänkbara upplevelsen, och 1 motsvarar den sämsta tänkbara. Svarsalternativen har grupperats i tre grupper där 1–3 motsvarar en negativ, 4–7 motsvarar en neutral och 8–10 motsvarar en positiv förlossningsupplevelse.

Figur 4: Utveckling av kvinnors förlossningsupplevelse mellan första och andra förlossningen, 2020 till 2024.



Källa: Graviditetsregistret och Graviditetsenkäten.

Not 1: Det ingår svar från totalt 6 561 kvinnor. I analysen ingår kvinnor som svarat på frågan i enkät 2 vid sin första och andra förlossning. Tidsperioden avser kvinnor som svarat mellan 1 december 2020 till och med april 2024.

Not 2: Andra faktorer än att kvinnan var först- eller omfödelska kan påverka förlossningsupplevelsen. Till exempel att kvinnan kan ha haft olika förlossningssätt eller förlossningsstarter under sin första respektive andra förlossning – detta kontrolleras inte för i analysen.

Resultatet visar att kvinnors upplevelse av sin första och andra förlossning ofta varierar. Totalt ändrar runt 40 procent sin uppfattning, och det är betydligt vanligare att upplevelsen är bättre vid den andra förlossningen, vilket går i linje med tidigare resultat. Bland förstfödelskor med en negativ förlossningsupplevelse, hade 90 procent en bättre förlossningsupplevelse vid andra förlossningen. Omvänt skattade ungefär var femte förstfödelska med en positiv förlossningsupplevelse sin andra förlossning som sämre. Enbart tre procent av förstfödelskorna med en positiv förlossningsupplevelse hade en negativ upplevelse vid andra förlossningen.

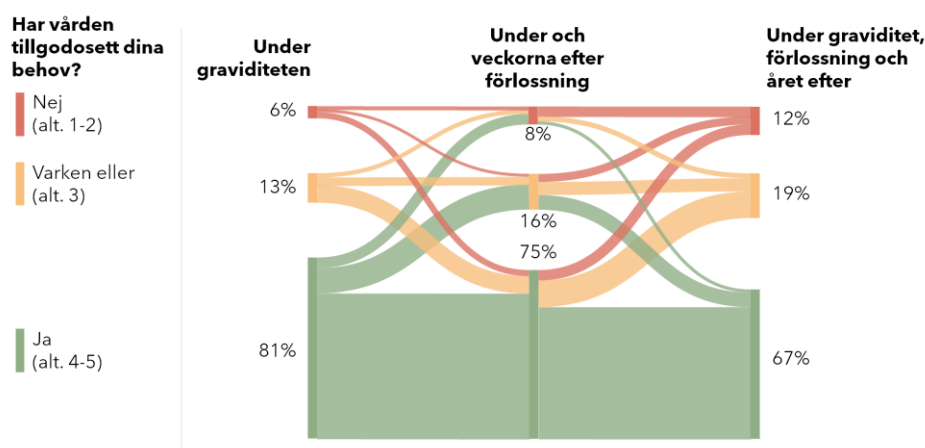
Det går med andra ord inte att säga att en kvinnas upplevelse vid den första förlossningen kommer se likadan ut vid nästa förlossning. Många gånger är upplevelsen mer positiv vid en andra förlossning, och det är ovanligt att ha två negativa förlossningsupplevelser i rad. Samma tendens kan ses hos kvinnor som har en andra respektive tredje förlossning, men mönstret är som tydligast mellan första- och andragångsfödelskor.

Förändras omdömet av vården mellan olika steg i vårdkedjan?

Graviditetsenkäten innehåller en fråga i varje enkät som rör huruvida kvinnan anser att vården tillgodosett hennes behov i den del av vårdkedjan hon befinner

sig i. I Figur 5 visualiseras hur samma kvinnor under en och samma graviditet skattar respektive del i vårdkedjan.

Figur 5: Utveckling av kvinnors uppfattning av hur vården tillgodosett deras behov i enkät 1, 2 och 3, 2020 till 2024.



Källa: Graviditetsregistret och Graviditetsenkäten.

Not 1: Drygt 45 500 unika kvinnor har svarat på frågorna i samtliga enkäter. Tidsperioden avser kvinnor som svarat mellan 1 december 2020 till och med april 2024.

Not 2: I enkät 1 avses tillfredsställelse vården under graviditet. I enkät 2 avses vården under och veckorna efter förlossning. I enkät 3 avses vården i samtliga delar av graviditetsvårdkedjan – alltså inte bara kvinnans tillfredsställelse med vården efter förlossning.

Runt hälften av alla kvinnor anser att vården tillgodosett deras behov i samtliga tre enkäter. Kvinnor under graviditeten ger däremot ett betydligt mer positivt omdöme om vården de fått, jämfört med kvinnor som svarar veckorna efter eller ett år efter sin förlossning. Det är samtidigt mycket ovanligt att ha gett ett negativt omdöme i alla tre delar av vårdkedjan – runt en procent av kvinnorna har gjort det.

Att relativt många har en mindre positiv uppfattning av vården i den tredje enkäten (som besvaras cirka ett år efter förlossning), skulle kunna indikera att dessa kvinnor upplever att de inte får tillräckligt med stöd första året efter förlossning, exempelvis om komplikationer uppstår efter de två första månaderna.



KAPITEL 3

En tillgänglig vård

Med en tillgänglig vård menas att vården ska gå att nå, att den ges i rimlig tid samt att relevant information som alla kan förstå och använda finns tillgänglig.

Sammanfattning av utvalda indikatorer

Tabell 3: Indikatorer för en tillgänglig vård.

Andel kvinnor...	Nuläge	Utveckling över tid			Regional spridning
		2021	2022	2023	
...som tyckte att det var lätt att kontakta barnmorskan i mödrhälsövården ¹	84%	80%	81%	84%	56% — Önskvärt —▶ 94%
...som upplevde att de fått tillräckligt med information om sin graviditet från mödrhälsövården ¹	83%	81%	83%	83%	77% — Önskvärt —▶ 92%
...som anser att de fick den information de behövde om vad de kunde förvänta sig angående återhämtning efter förlossningen ¹	67%	62%	65%	67%	61% — Önskvärt —▶ 75%
...som fick föda där de önskade ¹	92%	92%	92%	92%	88% — Önskvärt —▶ 98%
...nöjda med barnmorskans närvaro i förlossningsrummet ¹	89%	86%	87%	89%	85% — Önskvärt —▶ 92%
...som anser att de fick stanna kvar efter förlossningen så länge de behövde ¹	85%	83%	85%	85%	80% — Önskvärt —▶ 91%
...som vetat var de ska vända sig med psykiska besvär efter sin förlossning ¹	78%	76%	76%	78%	74% — Önskvärt —▶ 85%
...som vetat var de ska vända sig med fysiska besvär efter sin förlossning ¹	69%	65%	66%	69%	62% — Önskvärt —▶ 76%
...som varit på eftervårdsbesök efter sin förlossning ²	88%	86%	87%	88%	82% — Önskvärt —▶ 97%
...som haft besvär från underlivet, och som önskat få behandling eller träningsråd av sjukgymnast eller uroterapeut sedan utskrivning från BB, men inte fått det ¹	26%	28%	28%	26%	29% — Önskvärt —▶ 19%

Källa: 1) Graviditetsenkäten 2) Graviditetsregistret.

Beskrivning av nuläge, utveckling över tid och regional spridning – tillgänglig vård



Nuläge (2023)

- En stor del av svarande i Graviditetsenkäten upplevde en god tillgänglighet inom många områden. Drygt 84 procent av alla kvinnor tyckte till exempel att det var lätt att komma i kontakt med barnmorskan på mödrahälsovården, och nästan 90 procent var nöjda med barnmorskans närvaro i förlossningsrummet.
- Samtidigt finns det förbättringsområden – sammanställningen pekar framför allt på fortsatta utmaningar med tillgänglighet inom eftervården. Mindre än 70 procent av svarande kvinnor ansåg till exempel att de fick information om vad de kunde förvänta sig angående sin återhämtning efter förlossningen. 31 respektive 22 procent inte vart de skulle vända sig med fysiska eller psykiska besvär efter sin förlossning.
- Drygt en fjärdedel av alla som haft besvär från underlivet sedan utskrivning från BB och som önskat behandling från relevant kompetens hade inte fått det.



Utveckling över tid (2021-2023)

- För alla indikatorer utom en, har det skett en positiv utveckling sedan 2021. Det var till exempel fem procentenheter fler som ansåg att de fick information om vad de kunde förvänta sig angående sin återhämtning efter förlossningen. Andelen som tyckte att det var lätt att kontakta barnmorskan i mödrahälsovården har ökat med fyra procentenheter, från 80 till 84 procent. Samtidigt har de som visste vart de ska vända sig med fysiska besvär efter sin förlossning ökat med fyra procentenheter, från 65 till 69 procent.
- Andelen som fick föda där de önskade har varit oförändrad sedan 2021.



Regional spridning (2023)

- Utfallen kopplat till tillgängligheten varierar delvis mellan regionerna. I Region Blekinge gick över 97 procent av alla födande på eftervårdsbesök, medan 82 procent gjorde det i Västra Götalandsregionen. Det är dock svårt att med säkerhet säga att det är just tillgängligheten som gör att färre går på eftervårdsbesök i en viss region.
- Upplevd möjlighet att ta kontakt med barnmorskan i mödrahälsovården skiljer sig också mellan regioner. 56 procent av kvinnorna upplevde att det var lätt att ta kontakt med barnmorskan i Region Östergötland, medan motsvarande andel i Region Gävleborg var 94 procent.
- 75 procent i Region Gotland och Region Jönköpings län upplevde att de fick tillräckligt med information om vad de kunde förvänta sig angående sin återhämtning efter förlossningen, medan motsvarande siffra var 61 procent i Region Sörmland.
- Andelen som upplevde att de fått föda där de önskade varierade mellan 88 och 98 procent i regionerna.

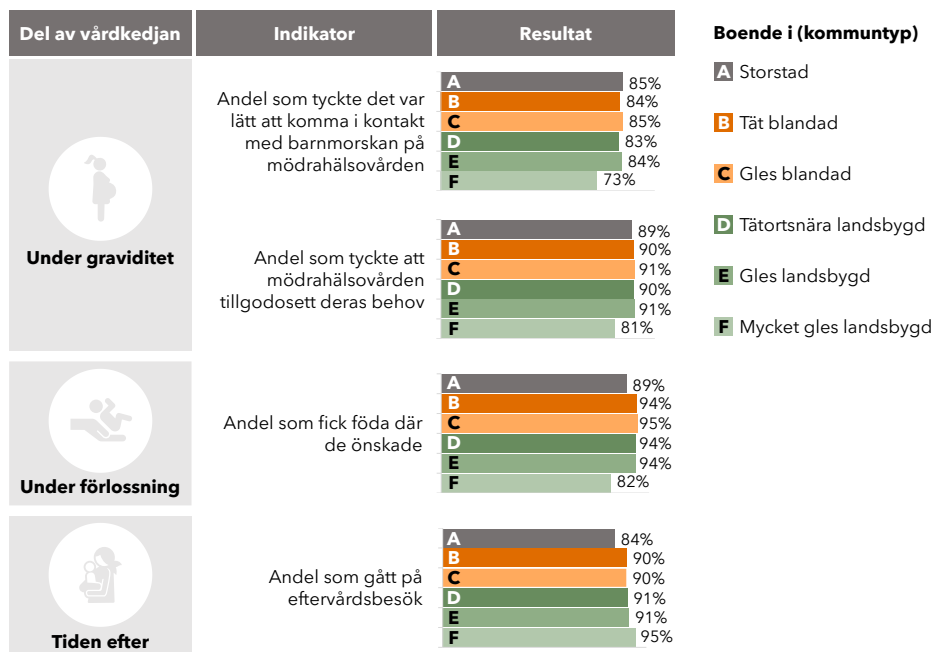
Fördjupade frågeställningar

Hur skiljer sig tillgängligheten på mödrahälso- och förlossningsvård i landsbygden från övriga delar av landet?

Enligt hälso- och sjukvårdslagen ska vård ges på lika villkor för hela befolkningen. Förutsättningarna skiljer sig dock för mödrahälso- och förlossningsvården i olika delar av landet (se Kapitel 1: Förutsättningar inom mödrahälso- och förlossningsvården), inte minst i frågan om tillgänglighet.

En jämförelse av resultat bland kvinnor boende i olika tätbefolkade områden, visar att kvinnor generellt är nöjda med vården, oavsett var de bor. Resultaten på de flesta frågorna i Graviditetsenkäten ligger på ungefär samma nivå. För vissa indikatorer skiljer sig dock resultaten något. Det gäller främst frågor kopplade till tillgänglighet, i synnerhet i mödrahälsovården. Bland jämförda kommuntyper, är det kvinnor som bor i mycket glesa landsbygdskommuner som avviker från resterande resultat. I Figur 6 jämförs några av dessa indikatorer.³

Figur 6: Sammanställning av indikatorer kopplade till tillgänglighet under graviditetsvårdkedjan, uppdelat på kommuntyp, 2023.



Källa: Graviditetsregistret och Graviditetsenkäten.

Not: Resultaten kan påverkas av relativt få observationer i glesa landsbygdskommuner.

³ Tillväxtverkets indelning av kommuner i kommuntyper har använts. Läs mer om indelningen [här](#).
Graviditetsvårdkedjan och kvinnors hälsa 31

Bland kvinnor i mycket gles landsbygd var det en lägre andel som tyckte att det var lätt att komma i kontakt med barnmorskan på mödrahälsovården, och att mödrahälsovården tillgodosatt deras behov. En möjlig förklaring kan vara att små mödrahälsovårdscentraler i glesbygd har en lägre bemanning med mer begränsade öppettider. Det skulle kunna påverka den gravida kvinnans möjlighet att kontakta sin barnmorska vid behov, och därmed också upplevelsen av hur mödrahälsovården tillgodosatt hennes behov.

Ungefär två av tio kvinnor boende i mycket gles landsbygd uppgav också att de inte fick föda där de önskade, jämfört med mindre än en av tio kvinnor i övriga kommuntyper. Även i storstadskommuner var det en lägre andel som fick föda där de önskade, än i andra kommuntyper.

Kvinnor i mycket gles landsbygd går dock i högre utsträckning på eftervårdsbesök i mödrahälsovården, medan kvinnor i storstäder gör det i lägre utsträckning. Detta kan vara ett resultat av att patientsammansättningen i glesbygden i högre utsträckning representerar kvinnor som oftare går på eftervårdsbesök, exempelvis kvinnor födda inom Europa (se Kapitel 6: Jämlik vård).



KAPITEL 4

En säker vård

En patientsäker hälso- och sjukvård innebär att potentiellt undvikbara vårdskador förhindras genom ett aktivt riskförebyggande arbete. I en bredare bemärkelse bidrar kunskap och medvetenhet om svagheter i vården till proaktivt utvecklingsarbete som i förlängningen kan leda till en mer säker vård.

Sammanfattning av utvalda indikatorer

Tabell 4: Indikatorer för en säker vård.

	Nuläge	Utveckling över tid			Regional spridning
			2021	2022	
Andel allvarliga bristningar (icke instrumentell förlossning*) ²	2,2%	2,1%	2,1%	2,2%	— Önskvärt → 4,4% 1,7%
Andel stora blödningar (≥1000 ml) vid icke instrumentella* vaginala förlossningar ²	6,7%	6,4%	6,7%	6,7%	— Önskvärt → 10% 5%
Andel stora (≥1 000 ml) blödningar vid kejsarsnitt ²	16%	15%	16%	16%	— Önskvärt → 27% 12%
Andel Apgar* <7 vid 5 min. (v.37+0) ²	1,3%	1,2%	1,3%	1,3%	— Önskvärt → 2,4% 0,2%
Antal vårdrelaterade sepsisperioder inom neonatalvården per 1 000 vård dygn (inom tre dygn)** ³	0,9	1,0	1,0	0,9	— Önskvärt → 2,0 0,0
Andel som mått psykiskt dåligt efter graviditet och förlossning (0-1 år efter) ¹	14%	15%	15%	14%	— Önskvärt → 17% 11%
Andel som mått fysiskt dåligt efter graviditet och förlossning (0-1 år efter) ¹	11%	12%	11%	11%	— Önskvärt → 13% 8%
Andel som uppsökt sjukvården inom två månader efter förlossningen pga. besvär/komplikationer ¹	20%	20%	19%	20%	— Önskvärt → 23% 14%
Andel som fått besvär eller komplikationer som beror på förlossningen, som de inte förväntat sig ¹	39%	39%	39%	39%	— Önskvärt → 41% 34%

Källa: 1) Graviditetsenkäten 2) Graviditetsregistret 3) Svenska neonatalvårdsregistret.

* Se fullständig definition i Bilaga 2 - Definitioner.

**Av samtliga regioner är det 15 regioner som har data registrerad gällande sepsisepisoder. Resterande 6 regioner har 0 registrerade episoder. Detta kan bero på att 0 sepsisepisoder har registrerats, eller att rapportering inte har gjorts.

Beskrivning av nuläge, utveckling över tid och regional spridning – säker vård



Nuläge (2023)

- Andelen allvarliga bristningar vid icke-instrumentell förlossning har stabiliserats omkring 2,1 procent efter en nedgång från 2,5 procent år 2015.
- Andelen barn som vid fem minuter efter förlossning hade en Apgar-poäng lägre än 7 förekom vid 1,3 procent av alla förlossningar. Inom neonatalvården förekom cirka 0,9 vårdrelaterade sepsisperioder per 1 000 vårddygn.
- En betydande andel kvinnor upplevde fysiska och psykiska besvär efter sin förlossning och graviditet (frågan ställdes ett år efter förlossningen) – cirka elva procent av svarande i Graviditetsenkäten hade mått fysiskt dåligt och 14 procent hade mått psykiskt dåligt efter sin förlossning. Ungefär en femtedel angav att de uppsökt sjukvården inom två månader efter förlossningen på grund av besvär/komplikationer. Nästan två femtedelar angav att de fått besvär eller komplikationer som beror på förlossningen, som de inte förväntat sig.



Utveckling över tid (2021–2023)

- Sedan 2021 har det skett en viss ökning av andelen stora blödningar vid alla förlossningssätt. Andelen stora blödningar vid kejsarsnitt var till exempel en procentenhet högre under 2023 jämfört med 2021.
- Det går inte att se samma utveckling vad gäller allvarliga bristningar eller andelen nyfödda med låg Apgar vid fem minuter där nivåerna legat relativt konstanta över de senaste tre åren.
- Andelen svarande i Graviditetsenkäten som angett att de mått psykiskt eller fysiskt dåligt under graviditeten har i stort sett legat på samma nivå sedan 2021. Detsamma gäller de som uppsökt vård inom två månader efter förlossningen på grund av besvär/komplikationer, samt de som fått besvär eller komplikationer som beror på förlossningen som de inte förväntat sig.



Regional spridning (2023)

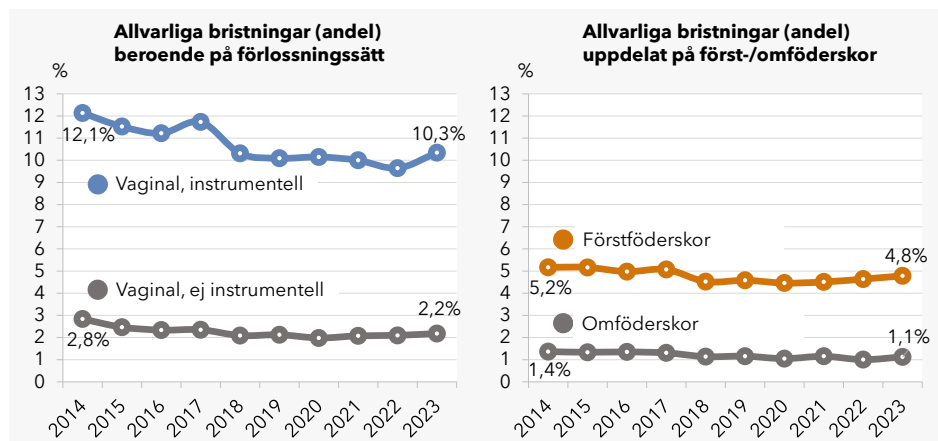
- Även om den svenska mödrahälso- och förlossningsvården överlag håller en hög kvalitet, finns det skillnader i medicinska utfall mellan regionerna. Det är viktigt att vara medveten om att regionala skillnader i utfall – utöver arbetssätt och organisation – kan bero på skillnader i patientsammansättning mellan regionerna.
- En större observerad skillnad är skillnaden i andelen stora blödningar vid kejsarsnitt. Region Örebro län rapporterade större blödningar vid 27 procent av alla kejsarsnitt, jämfört med Region Västernorrland som rapporterade större blödningar vid tolv procent av alla kejsarsnitt.
- Det förekommer också skillnader i andelen allvarliga bristningar – andelen allvarliga bristningar vid icke instrumentell förlossning varierade mellan 1,7 procent i Region Gävleborg och 4,4 procent i Region Jämtland Härjedalen.

Fördjupade frågeställningar

Hur har andelen allvarliga bristningar utvecklats över tid?

En bristning av grad 3 och 4 (så kallad allvarlig bristning) förekom under 2023 vid strax under tre procent av alla vaginala förlossningar, men förekomsten skiljer sig åt beroende på olika faktorer [2]. Det är vanligare med allvarliga bristningar bland förstföderskor än omföderskor. Risken för att allvarliga bristningar uppstår är också högre vid instrumentella förlossningar än icke-instrumentella. För alla dessa fyra grupper har andelen bristningar sjunkit sedan 2014, se Figur 7.

Figur 7: Utveckling av andelen allvarliga bristningar, 2014 till 2023, uppdelat på olika grupper.



Källa: Graviditetsregistret.

Not: Skillnader i täckningsgrad över tid kan påverka analysen.

Bland de analyserade grupperna under denna mätperiod, var andelen allvarliga bristningar som högst under 2014. Den största nedgången skedde fram till ungefär 2018. Därefter har andelen legat relativt konstant. För vissa grupper går det att se en marginell ökning jämfört med 2018.



KAPITEL 5

En kunskapsbaserad vård

En kunskapsbaserad vård är en vård som bygger på bästa tillgängliga kunskap.

Sammanfattning av utvalda indikatorer

Tabell 5: Indikatorer för en kunskapsbaserad vård.

Andel kvinnor...	Nuläge	Utveckling över tid			Regional spridning	
			2021	2022		2023
...som screenats för riskbruk av alkohol* vid inskrivningen till mödrahälsovården ²	92%		91%	91%	92%	83% — Önskvärt → 97%
...som screenats för våldsutsatthet* under sin graviditet ²	96%		96%	96%	96%	89% — Önskvärt → 98%
...som deltagit i föräldraskapsstödjande insatser ²	32%		21%	28%	32%	77% — Önskvärt → 14%
...med akuta kejsarsnitt enligt Robson* 1 och 2 ²	14%		13%	14%	14%	17% — Önskvärt → 9%
...vars barn låg hud mot hud direkt efter förlossning tills barnet sugit eller somnat ¹	70%		69%	69%	70%	61% — Önskvärt → 76%
...som fick stöd av personalen vid den första amningen, i önskad utsträckning ¹	73%		70%	72%	73%	70% — Önskvärt → 81%
...som vid problem med amningen fått stöd från vården i önskad utsträckning ¹	61%		56%	58%	61%	56% — Önskvärt → 71%

Källa: 1) Graviditetsenkäten 2) Graviditetsregistret.
*Se definition i Bilaga 2 - Definitioner.

Beskrivning av nuläge, utveckling över tid och regional spridning – kunskapsbaserad vård



Nuläge (2023)

- Inom mödrahälsovården rekommenderar Socialstyrelsen att gravida screenas för riskbruk av alkohol samt våldsutsatthet. Under 2023 screenades 92 procent av alla kvinnor för riskbruk av alkohol, vilket är tre procentenheter lägre än Graviditetsregistrets målnivå på 95 procent. Samtidigt screenades 96 procent för våldsutsatthet (målnivån är 95 procent även för denna indikator).
- Cirka 14 procent av förlossningar för kvinnor som klassificeras som Robson 1 och 2 slutade med akuta kejsarsnitt.
- Vad gäller frågor relaterade till amning, var det drygt 73 procent av alla svarande kvinnor som upplevde att de fick stöd av personalen vid den första amningen, i den utsträckning de önskat. Samtidigt svarade 70 procent att barnet fick ligga hud mot hud direkt efter förlossning till dess att barnet somnat eller sugit. 61 procent av de som upplevt amningsbesvär upplevde att de fått tillräckligt med stöd från vården.



Utveckling över tid (2021–2023)

- Det har skett en positiv utveckling för flera av de utvalda indikatorerna kopplade till en kunskapsbaserad vård. Det gäller till exempel indikatorerna kopplade till amning. Tre procentenheter fler upplever att de fick tillräckligt med stöd vid den första amningen, och av de med amningsbesvär är det fem procentenheter fler som upplevt att de fått tillräckligt med stöd från vården. Även andelen kvinnor vars barn låg hud mot hud direkt efter förlossningen tills att barnet sugit eller somnat har ökat marginellt, från 69 procent till 70 procent.
- Andelen akuta kejsarsnitt för kvinnor som klassificeras som Robson 1 och 2 har ökat med en procentenhet.
- Andelen kvinnor som deltar i föräldraskapsstödjande insatser har ökat successivt sedan 2021 då en låg andel deltog till följd av pandemin. Nivån är fortsatt lägre jämfört med åren innan pandemin.



Regional spridning (2023)

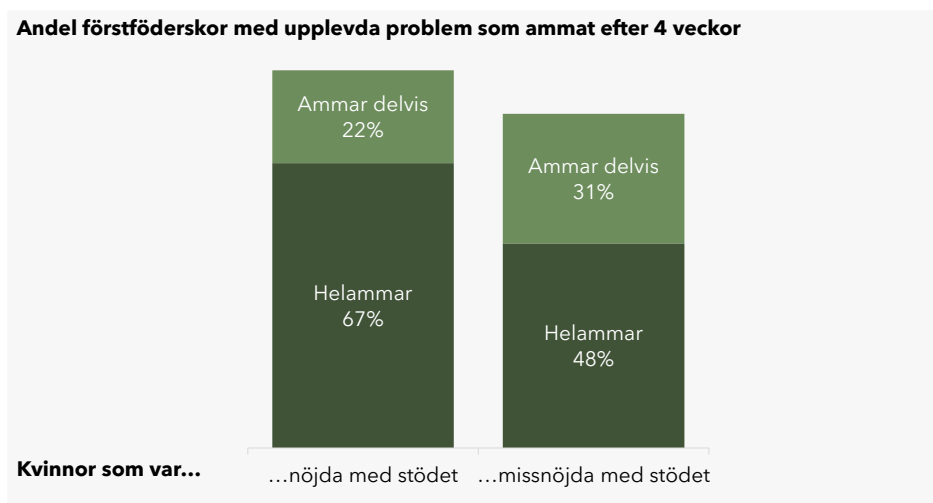
- Andelen akuta kejsarsnitt för kvinnor klassificerade som Robson 1 och 2 skiljer sig mellan regionerna. I Region Västmanland var det nästan dubbelt så hög andel akuta kejsarsnitt som i Region Östergötland – 17 procent jämfört med 9 procent.
- Under 2023 uppnådde tre av 20 regioner målnivån för screening av riskbruk av alkohol medan 17 av 21 regioner uppnådde målnivån för screening av våldsutsatthet.
- Upplevt stöd från vården vid problem med amning varierar mellan regionerna. Som högst var det 71 procent i Region Västmanland som ansåg att de fick tillräckligt stöd, som lägst var det 56 procent i Västra Götalandsregionen.
- Drygt 77 procent av alla kvinnor i Region Halland deltog i föräldraskapsstödjande insatser. Jämförelsevis var den lägsta deltagandenivån 14 procent i tre andra regioner.

Fördjupade frågeställningar

Kan stöd från vården främja amningen bland kvinnor som upplever problem med sin amning?

Att ha olika typer av problem med amningen är vanligt⁴, och det är viktigt att kvinnor tidigt erbjuds stöd från vården. Forskning visar på att ett professionellt, individuellt och tidigt amningsstöd leder till att fler ammar helt eller delvis [3]. Nedanstående analyser visar att förstföderskor⁵ som har amningsproblem och som svarat att de är nöjda med vårdens stöd, i högre utsträckning ammar än de som inte är nöjda med vårdens stöd. Detta befäster vikten av att vården erbjuder ett individanpassat stöd för att främja kvinnors amning under tiden efter förlossning.

Figur 8: Andel förstföderskor som ammat helt eller delvis beroende på om de vid problem med sin amning är nöjda med stödet från vården eller inte, 2023.



Källa: Graviditetsregistret och Graviditetsenkäten.

Not: Från totalt 11 504 enkätsvar. Nöjda avser de som svarade 4–5, och missnöjda avser de som svarade 1–2 på frågan. Information om barnet ammar helt eller delvis registreras på eftervårdsbesöket.

Bland de som i Graviditetsenkäten anger att de har eller haft problem under den

⁴ Mer än hälften av alla svarande i Graviditetsenkäten angav att de haft problem med sin amning, och problemen är vanligare bland förstföderskor (65 procent) jämfört med omföderskor (47 procent).

⁵ Analysen fokuserar på förstföderskor, men mönstren som ses där återspeglas i hög utsträckning även för omföderskor.

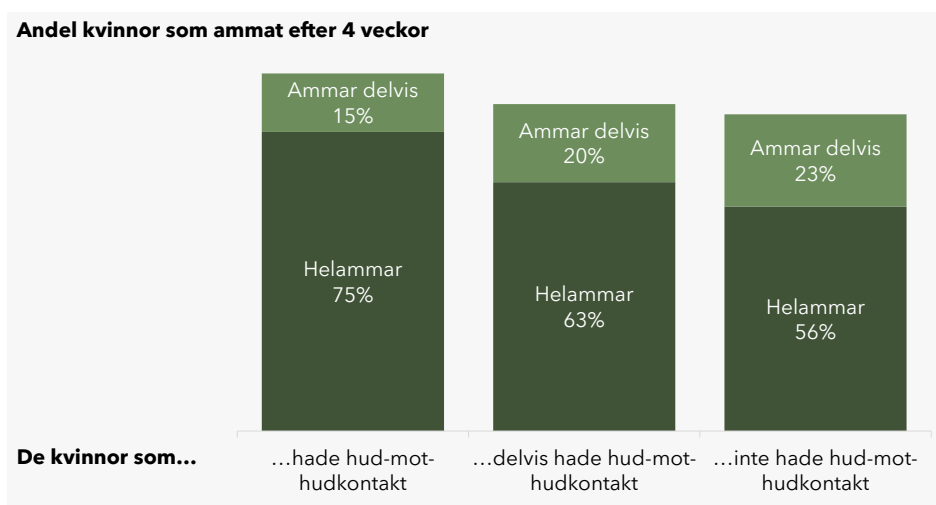
första tiden efter förlossningen, är det betydligt vanligare att kvinnan inte ammar alls efter fyra veckor. Särskilt stor är skillnaden i andelen som helammar – knappt hälften av de som inte är nöjda med vårdens stöd helammar, jämfört med två tredjedelar i gruppen som upplevt tillräckligt stöd. Även om knappt hälften av de som inte är nöjda med stödet helammar, ammar betydligt fler helt eller delvis (åtta av tio).

Främjas amningen av hud-mot-hudkontakt direkt efter förlossningen?

Socialstyrelsen rekommenderar att nyförlösta kvinnor, oavsett förlossningssätt, ska ha oavbruten hud-mot-hudkontakt med barnet under den första timmen efter förlossningen, till dess att barnet har sugit eller somnat [3]. I Graviditetsenkäten får kvinnor svara på frågan om barnet fått ligga hud-mot-hud tills att det somnat och/eller sugit. Under 2023 svarade runt 70 procent av alla kvinnor ja på frågan. Vidare svarade 17 procent att barnet delvis fått ligga hud-mot-hud, och 13 procent svarade att barnet inte fick ligga hud-mot-hud.

En kombinerad analys av Graviditetsenkäten och Graviditetsregistret visar att en betydligt större andel av de kvinnor som angett att de hade hud-mot-hudkontakt ammar helt eller delvis efter fyra veckor. Resultaten går därmed i linje med tidigare forskning på området, och stärker vikten av att kvinnan ges möjlighet till att ha oavbruten hud-mot-hudkontakt efter förlossningen.

Figur 9: Andel kvinnor som ammat helt eller delvis beroende om de hade hud-mot-hudkontakt med sitt barn efter förlossning eller inte, 2023.



Källa: Graviditetsregistret och Graviditetsenkäten.

Not: Från totalt 10 149 enkätsvar. De som hade hud-mot-hudkontakt avser de kvinnor som svarade att barnet låg hud-mot-hud direkt efter förlossning tills att det sugit/somnat.



KAPITEL 6

En jämlik vård

Jämlik vård innebär att bemötande, vård och behandling ges på lika villkor oavsett ålder, kön, funktionsnivå, utbildning, bostadsort, social ställning, födelseland, etnisk eller religiös tillhörighet och sexuell läggning. Det innebär även att vården ges med respekt för alla människors lika värde. Jämlik vård innebär inte nödvändigtvis att samma behandling ska ges till alla, utan att vården anpassas utifrån individers och grupper olik behov och förutsättningar. I detta kapitel analyseras resultat beroende på födelseland och utbildningsnivå.

Sammanfattning av utvalda indikatorer

Tabell 6: Indikatorer för en jämlik vård.

Andel...	Alla födande	Bland födande...	Nuläge	Utveckling över tid			
				2021	2022	2023	
...som upplevt att de fått tillräckligt med information om sin graviditet från mödrhälsovården ¹	83%	Födda utanför Europa	85%	↗	82%	85%	85%
		Med högst gymnasieutbildning	85%	↗	84%	84%	85%
...trygga med vården under förlossning ¹	90%	Födda utanför Europa	88%	↗	86%	88%	88%
		Med högst gymnasieutbildning	90%	↗	88%	89%	90%
...akuta kejsarsnitt enligt Robson 1 och 2 ²	14%	Födda utanför Europa	18%	→	18%	18%	18%
		Med högst gymnasieutbildning	14%	↗	13%	14%	14%
...allvarliga bristningar (icke instrumentell förlossning) ²	2,2%	Födda utanför Europa	3,1%	↗	2,9%	2,8%	3,1%
		Med högst gymnasieutbildning	2,0%	↗	1,9%	1,7%	2,0%
...kvinnor som varit på eftervårdsbesök efter sin förlossning ²	88%	Födda utanför Europa	84%	↗	81%	82%	84%
		Med högst gymnasieutbildning	87%	↗	84%	85%	87%

Källa: 1) Graviditetsenkäten 2) Graviditetsregistret.

Beskrivning av nuläge, utveckling över tid och regional spridning – jämlik vård



Nuläge (2023)

- Överlag förekommer få väsentliga skillnader i nöjdhet som kan förklaras av utbildningsnivå eller födelseland. Till exempel är det små skillnader mellan grupperna vad gäller upplevd trygghet under förlossning och nöjdhet med information från mödrahälsovården.
- Kvinnor som är födda utanför Europa går däremot i lägre utsträckning på eftervårdsbesök jämfört med kvinnor som är födda i Europa. På samma sätt går kvinnor med som högst gymnasieutbildning på eftervårdsbesök i något lägre utsträckning jämfört med kvinnor som har en eftergymnasial utbildning.
- Såväl allvarliga bristningar som akuta kejsarsnitt är vanligare bland utomeuropeiskt födda kvinnor, jämfört med kvinnor som är födda i Europa.



Utveckling över tid (2021–2023)

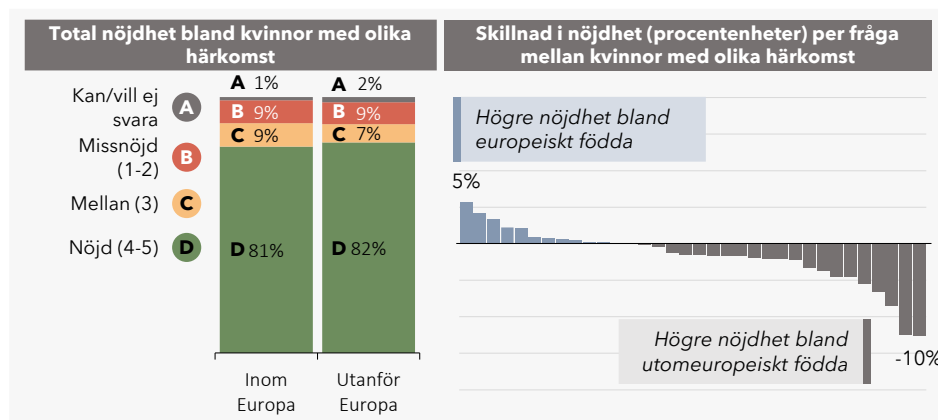
- Jämfört med 2021 är det en högre andel utomeuropeiskt födda kvinnor och kvinnor med högst gymnasieutbildning som känner sig trygga med vården under förlossning samt tillräckligt informerade av mödrahälsovården. Denna utveckling går i linje med den utveckling som går att observera för alla kvinnor.
- Andelen allvarliga bristningar har ökat något i gruppen med utomeuropeiskt födda sedan 2021, från 2,9 procent till 3,1 procent.
- Det var fler utomeuropeiskt födda och kvinnor med högst gymnasieutbildning som gick på eftervårdsbesök 2023 jämfört med 2021. Ökningen över tid verkar vara större för dessa två grupper jämfört med kvinnor födda i Europa och de med eftergymnasial utbildning. Detta är i linje med analyser från tidigare år som visar på att skillnaderna mellan grupper i andelen som går på eftervårdsbesök minskar över tid.

Fördjupade frågeställningar

Hur skiljer sig kvinnors upplevelse beroende på härkomst?

Utifrån en sammanvägd analys av samtliga frågor i Graviditetsenkäten⁶ som mäter kvinnans nöjdhet med vården, ses inga väsentliga skillnader som kan förklaras av kvinnans härkomst. I Figur 10 visualiseras en total sammanställning av Graviditetsenkätens frågor för kvinnor födda inom respektive utanför Europa. Figuren visar också skillnaden i andel nöjda mellan grupperna per fråga – skillnaden är angiven i procentenheter.

Figur 10: Analys av skillnader (i procentenheter) i svar mellan europeiskt födda och utomeuropeiskt födda kvinnor, 2023.



Källa: Graviditetsregistret och Graviditetsenkäten.

Not: 34 frågor som avser upplevelse av vården har analyserats. Samtliga frågor har svarsalternativ 1–5. Grafen till vänster som avser total nöjdhet består av samtliga inkomna svar per svarsalternativ för de 34 frågorna.

Resultatet visar att det sammantaget finns en marginell skillnad mellan grupperna. Nöjdheten på 29 av 34 analyserade PREM-frågor ligger inom ett spann på fem procentenheter när gruppernas resultat jämförs. På fyra av de fem frågor som har större skillnad, är nöjdheten högre bland utomeuropeiskt födda kvinnor. Till de skillnader som är något större hör bland annat följande:

- Drygt 73 procent av utomeuropeiskt födda kvinnor anser att de gjordes delaktiga i sin eftervård jämfört med 63 procent av europeiskt födda kvinnor.

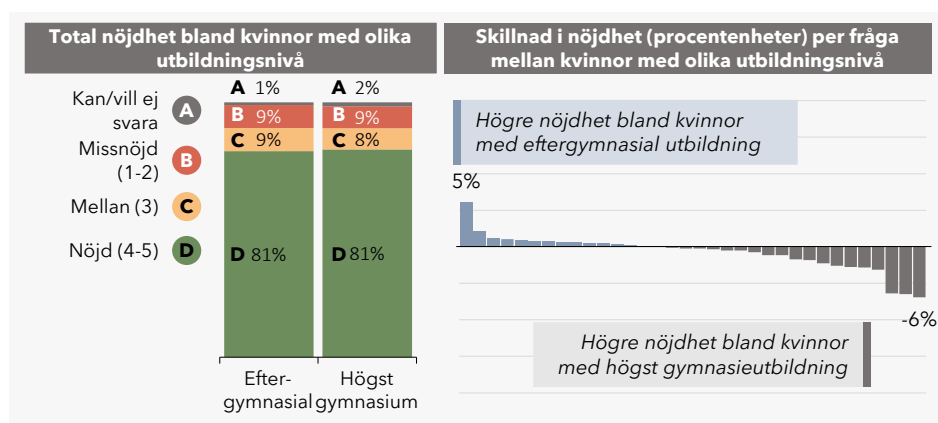
⁶ Avser frågor om vården, med svarsalternativ 1–5.
Graviditetsvårdkedjan och kvinnors hälsa 48

- Cirka 83 procent av europeiskt födda kvinnor ansåg att vården tillgodosatt deras behov jämfört med 78 procent av utomeuropeiskt födda kvinnor.

Hur skiljer sig kvinnors upplevelse beroende på utbildningsnivå?

Sammantaget återfinns inga väsentliga skillnader som kan förklaras av kvinnornas utbildningsnivå. I Figur 11 presenteras en sammanställning av Graviditetsenkätens frågor för kvinnor med eftergymnasial utbildning respektive högst gymnasieutbildning. Figuren visar också skillnaden i andel nöjda mellan grupperna per fråga – skillnaden är angiven i procentenheter.

Figur 11: Analys av skillnader (i procentenheter) i svar mellan kvinnor med eftergymnasial utbildning och gymnasieutbildning, 2023.



Källa: Graviditetsregistret och Graviditetsenkäten.

Not: 34 frågor som avser upplevelse av vården har analyserats. Samtliga frågor har svarsalternativ 1–5. Grafen till vänster som avser total nöjdhet består av samtliga inkomna svar per svarsalternativ för de 34 frågorna.

Likt analyserna för härkomst, visar sammanställningen på marginella skillnader. Nöjdheten på 30 av 34 PREM-frågor ligger inom ett spann på fem procentenheter. Nöjdheten är högre bland kvinnor med högst gymnasieutbildning på tre av de fyra frågorna med en skillnad som är fem procentenheter eller större. Till frågorna med större skillnad hör bland annat följande:

- Kvinnor med som högst gymnasieutbildning anser i något högre utsträckning att vårdpersonalen gjorde dem själva och deras partner/närstående delaktig efter förlossningen jämfört med kvinnor som har en eftergymnasial utbildning.
- Kvinnor med eftergymnasial utbildning anser i något högre utsträckning att de bemötts med respekt och värdighet i graviditetsvårdkedjan jämfört med kvinnor med som högst gymnasieutbildning.



Kvinnors sexuella och reproduktiva hälsa och rättigheter genom livet

Kvinnors sexuella och reproduktiva hälsa och rättigheter (SRHR) har stor betydelse för det fysiska, psykiska och sociala välbefinnandet. SRHR har inte bara betydelse för självkänsla och relationer, utan också kvinnors möjligheter att fungera och vara aktiva i vardagen och samhället. Hälso- och sjukvården har en viktig roll i att ge information, stöd och vård i olika skeden av livet. De insatser som ges av vården omfattar många kvinnor varje år och har en stor betydelse för hälsan i hela befolkningen. SKR har beskrivit SRHR i åtta områden som bland annat omfattar sexuell lust och funktion samt gynekologisk hälsa.⁷

Kapitlet syftar till att ge en något bredare bild av kvinnors SRHR. Det finns ett fortsatt stort behov av att utveckla indikatorer som speglar kvinnors SRHR. Nedan redovisning gör därför inte anspråk på att fånga hela detta område, utan redovisar ett urval av de indikatorer som har en relativt god datakvalitet över tid och för samtliga regioner inom några av de ovanstående områdena. Inom enskilda regioner finns troligtvis andra indikatorer som också kan ge värdefull information.

⁷ Läs mer om SKR:s arbete med SRHR [här](#).

Sammanfattning av utvalda indikatorer

Tabell 7: Indikatorer för en bredare bild av kvinnors SRHR.

	Nuläge	Utveckling över tid			Regional spridning	
			2021	2022		2023
Antal klamydiafall per 100 000 invånare ¹	306	↑	289	312	306	
Andel kvinnor som screenats med HPV-test ²	72%	↑	57%	66%	72%	
Andel kvinnor som inte sökt vård igen inom 8 veckor efter utförd hysterektomi ³	74%	↑	73%	73%	74%	
Andel kvinnor som inte sökt vård igen inom 8 veckor efter inkontinensoperation ³	86%	↓	88%	88%	86%	
Antal patienter per 100 000 invånare diagnostiserade med endometriosis ⁴	192	↑	176	177	192	
Antal patienter per 100 000 invånare diagnostiserade med kvinnlig infertilitet ⁴	321	↓	359	329	321	
Antal patienter per 100 000 invånare med diagnosen "Sjukliga tillstånd i samband med klimakteriet" ⁴	1 579	↑	1 332	1 365	1 579	
Antal expedieringar per 1 000 invånare av hormonsubstitution* vid östrogenbristsymtom (lokalt verkande) ⁴	136	↓	139	140	136	
Antal expedieringar per 1 000 invånare av hormonsubstitution* vid östrogenbristsymtom (systemiskt verkande) ⁴	218	↑	174	193	218	

Källa: 1) Folkhälsomyndigheten 2) Nationella kvalitetsregistret för cervixcancerprevention 3) Nationella kvalitetsregistret inom gynekologisk kirurgi 4) Socialstyrelsens statistikdatabas.
*Se definition i Bilaga 2 - Definitioner.

Beskrivning av nuläge, utveckling över tid och regional spridning – sexuell och reproduktiv hälsa



Nuläge (2023)

- Sammanställda indikatorer för sexuell och reproduktiv hälsa visar på fortsatta behov av att arbeta inom området. Under 2023 var till exempel den nationella täckningsgraden för HPV-test 72 procent, vilket var lägre än Europeiska unionens och den svenska nationella cancerstrategins angivna målnivå på 85 procent.
- Ungefär 14 procent av kvinnorna har behövt söka vård igen efter genomförd inkontinensoperation, medan drygt 26 procent har behövt söka vård igen efter utförd hysterektomi.



Utveckling över tid (2021–2023)

- Täckningsgraden för HPV-test har ökat med 15 procentenheter sedan 2021 (57 till 72 procent). Detta är bland annat ett resultat av att regioner övergått till HPV-test sedan Socialstyrelsen och det Nationella vårdprogrammet för livmoderhalscancerprevention under 2022 rekommenderade att cytologi inte längre ska användas som screeningmetod.
- Diagnoser relaterade till sexuell och reproduktiv hälsa har generellt ökat sedan 2021. Detta kan bero på att fler blir sjuka, men det kan också vara ett resultat av att diagnostiseringen blivit bättre.
- För systemiskt verkande hormonsubstitution vid östrogenbristsymtom har det skett en ökning (25 procent) av antalet expedieringar per 1 000 invånare. Expedieringar av den lokalt verkande motsvarigheten har inte haft samma utveckling.



Regional spridning (2023)

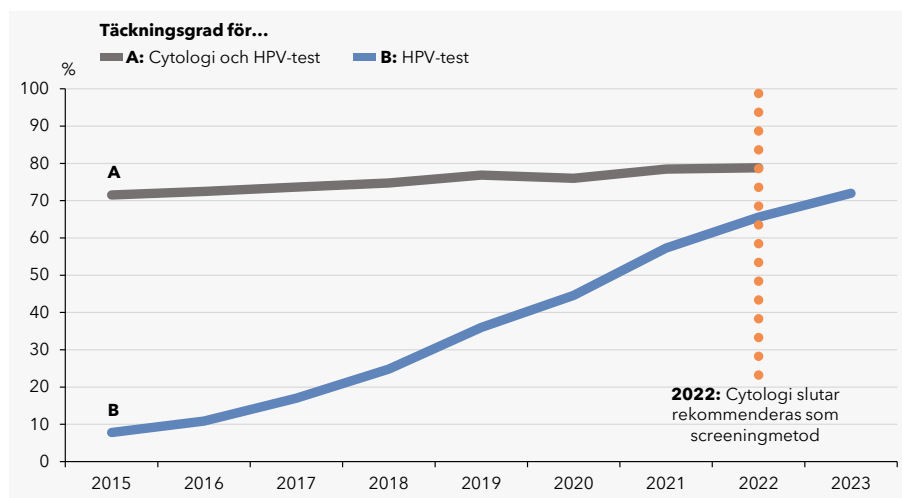
- Det förekommer regionala skillnader för alla sammanställda indikatorer kopplade till sexuell och reproduktiv hälsa.
- Av 21 regioner är det en region som uppnår målnivån för täckningsgrad av gynekologiska cellprover med HPV-test – den varierar mellan 59 och 85 procent. Det finns även skillnader vad gäller kvinnor som inte sökt vård igen inom åtta veckor efter genomförd inkontinensoperation eller hysterektomi.
- Vad gäller diagnoser relaterade till sexuell och reproduktiv hälsa är det mer än sju gånger fler patienter per 100 000 invånare som diagnostiserats med sjukliga tillstånd i samband med klimakteriet i Region Stockholm jämfört med Region Kronoberg. Storleken i variationer talar för att tillgängligheten behöver stärkas för att möta behoven hos kvinnor i klimakteriet.

Fördjupade frågeställningar

Hur har täckningsgraden för gynekologiska cellprov (HPV-test) utvecklats över tid?

Screening med HPV-test är ett mycket effektivt verktyg för att minska risken för att drabbas av livmoderhalscancer [4]. Tidigare har screening genomförts med cytologisk analys, men sedan 2020 rekommenderar WHO användning av HPV-test vid cervixscreening. Sedan 2022 rekommenderar dessutom både Socialstyrelsens riktlinjer för nationella screeningprogram och det Nationella vårdprogrammet för livmoderhalscancerprevention att cytologi inte ska användas som screeningmetod. EU och den svenska nationella cancerstrategin anger som mål att 85 procent av alla kvinnor inom åldersspannen som erbjuds screening ska screenas inom rekommenderade intervall, dock utan att specificera med vilket test.⁸ WHO anger emellertid att alla länder bör uppnå en täckningsgrad på minst 70 procent och specificerar att det ska vara med HPV-test. Täckningsgraden för screening med hjälp av HPV-test uppgick under 2023 till 72 procent. Jämfört med täckningsgraden 2022 (som också inkluderar de kvinnor som screenats med cytologisk analys), är andelen lägre. Däremot är det en ökning jämfört med täckningsgrad för screening med HPV-test tidigare år. Detta indikerar att det förekommer att kvinnor som enbart fått screening med cytologi fortfarande inte kallats till screening med den nya metoden.

Figur 12: Utveckling av täckningsgrad mellan 2015 och 2023.



Källa: Nationella kvalitetsregistret för Cervixcancerprevention.

⁸ I Sverige kallas alla kvinnor mellan 23 och 49 år till HPV-test vart femte år, och sedan 2014 kallas även kvinnor mellan åldrarna 50 och 64 vart sjunde år.

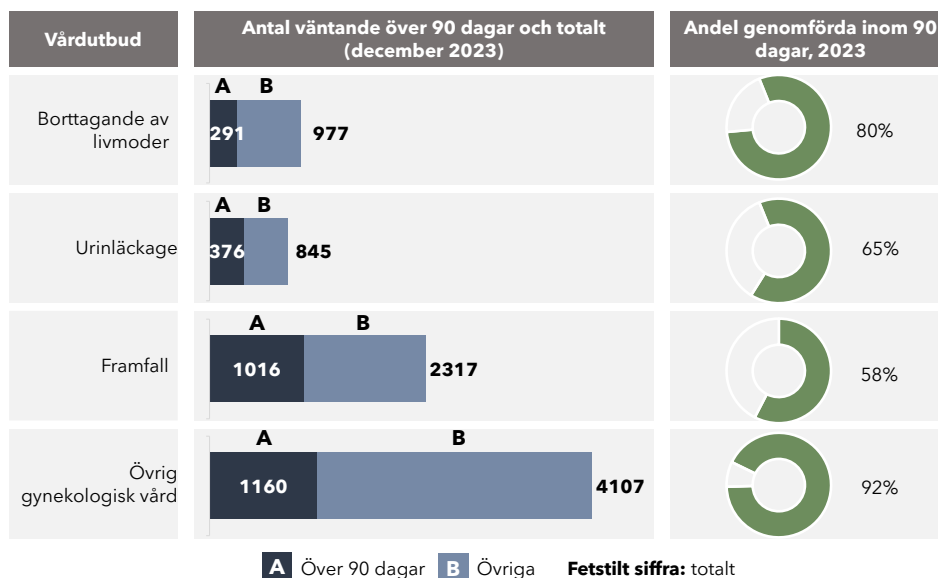
Hur ser väntetiderna ut inom gynekologisk vård?

Sedan 2010 har patienter en lagstadgad rättighet att erbjudas en operation inom 90 dagar efter att beslut tagits om behandling (vårdgaranti). Vårdgarantin omfattar bland annat operationer och åtgärder inom gynekologi. En betydande andel kvinnor som väntar på dessa operationer får inte vård inom vårdgarantins gränser. Tillgängligheten har dock förbättrats sedan 2021.

Alla får inte vård inom vårdgarantins gränser, men tillgängligheten har förbättrats

Av samtliga rapporterade operationer (över 56 000) inom gynekologi under 2023 genomfördes 87 procent inom 90 dagar. I december 2023 väntade cirka 8 200 kvinnor på planerad gynekologisk vård. Av dessa hade mer än en tredjedel väntat i över 90 dagar.

Figur 13: Antal väntande 90 dagar och andel genomförda operationer/åtgärder inom 90 dagar per vårdutbud, 2023.



Källa: Väntetidsdatabasen, SKR.

Not 1: I övrig gynekologisk vård ingår exempelvis planerade endometriosooperationer och diagnostiska laparoskopier. SKR har inte kunnat utesluta att vissa framfallsoperationer, operationer för borttagande av livmoder och operationer av urinläckage rapporteras som övrig gynekologi.

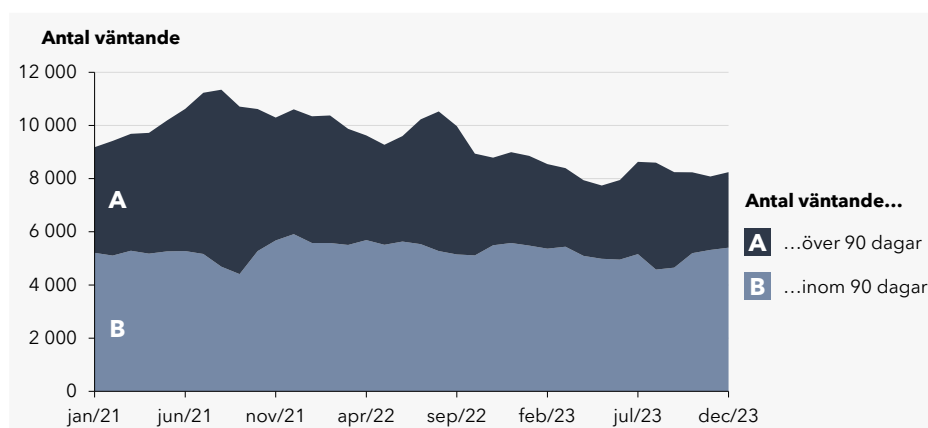
Not 2: Det har inte gått att säkerställa i vilken utsträckning operationerna som rapporterats in avser benigna respektive maligna indikationer.

Tillgängligheten mellan olika vårdutbud skiljer sig åt (se Figur 13). Exempelvis genomfördes fyra av fem av alla planerade operationer för borttagande av livmoder inom 90 dagar under 2023, medan mindre än tre av fem av alla planerade framfallsoperationer genomfördes inom 90 dagar. 44 procent av alla som väntar på framfallsoperationer och operation för urinläckage har väntat i över

90 dagar. Motsvarande siffra för de som väntat i över 90 dagar på operation för borttagande av livmoder var cirka 30 procent.

Många får alltså fortfarande inte vård inom vårdgarantins gränser, men sedan 2021 har antalet väntande minskat med 22 procent (se Figur 14). Förändringen förklaras framför allt av att antalet väntande över 90 dagar har minskat. Detta kan vara en konsekvens av att regioner arbetat med att minska sina köer till planerade operationer inom gynekologisk vård.⁹

Figur 14: Utveckling av antal väntande på gynekologiska vårdutbud över tid.



Källa: Väntetidsdatabasen, SKR.

Not: Täckningsgraden kan variera över tid, och resultaten bör tolkas med försiktighet.

Uppfyllelse av vårdgarantin skiljer sig på regional nivå

Regioners uppfyllelse av vårdgarantin skiljer sig åt (se Figur 15). Andelen genomförda gynekologiska operationer inom 90 dagar varierade under 2023 mellan 44 procent i Region Blekinge och 98 procent i Region Stockholm. En lägre andel operationer genomförda inom 90 dagar kan bero på att vissa regioner prioriterar de kvinnor som väntat över vårdgarantins gränser för att på sikt minska detta antal. Detta går bland annat att se i utvecklingen av antalet väntande över 90 dagar som i 17 av 21 regioner har minskat mellan december 2021 och december 2023.

⁹ Jämförelse av data över tid kan påverkas av datakvalitet, såsom skillnader i inrapportering mellan åren.

Figur 15: Andelen genomförda operationer/åtgärder inom 90 dagar, 2023, alla vårdutbud.

Andel genomförda operationer inom 90 dagar, 2023		Utveckling av antal väntande över 90 dagar (2021-2023)		
			dec 2021	dec 2023
Stockholm	98%	↘	291	269
Jönköpings län	90%	↘	44	26
Uppsala	90%	↘	154	36
Halland	90%	↘	123	18
Sörmland	89%	↘	53	0
Riket	87%	↘	4 696	2 843
Dalarna	85%	↘	15	8
Gotland	84%	↘	6	5
Kronoberg	83%	↘	83	61
Norrbottnen	83%	↘	410	66
Värmland	80%	↘	306	171
Jämtland Härjedalen	80%	↗	23	25
Örebro	80%	↘	276	32
Västra Götaland	80%	↘	1 322	1 034
Östergötland	80%	↗	86	148
Gävleborg	77%	↘	58	10
Västmanland	72%	↗	17	152
Kalmar	71%	↘	160	113
Västernorrland	71%	↗	40	42
Västerbotten	71%	↘	79	48
Skåne	69%	↘	996	539
Blekinge	44%	↘	154	38

Källa: Väntetidsdatabasen, SKR.

Not: Täckningsgraden kan variera över tid och mellan regioner, och resultaten bör tolkas med försiktighet.

Källor

1. Graviditetsregistret Årsrapport 2022 [Internet]. Graviditetsregistret; 2023. Tillgänglig vid: <https://www.medscinet.com/GR/uploads/hemsida/Graviditetsregistrets%20Årsrapport%202022.pdf>
2. Graviditetsregistrets statistik [Internet]. Graviditetsregistret; Tillgänglig vid: <https://www.medscinet.com/gr/dashboard.aspx?dashboardid=3>
3. Graviditet, förlossning och tiden efter. Metodbeskrivning och kunskapsunderlag. [Internet]. Socialstyrelsen; 2022 dec. Tillgänglig vid: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/kunskapsstod/2022-12-8287-metodbeskrivning-och-kunskapsunderlag.pdf>
4. Strander B. Gynekologiskt cellprov (HPV-test) [Internet]. Cancerfonden; 2023. Tillgänglig vid: <https://www.cancerfonden.se/om-cancer/undersokningar/gynekologisk-cellprovskontroll>
5. Graviditetsenkäten: Sammanfattning av resultat per 1 januari - 31 december 2022 [Internet]. Sveriges Kommuner och Regioner; 2023 juni. Tillgänglig vid: <https://skr.se/download/18.4d8a68f7188420c4004d4a15/1686292464785/Graviditetsenkäten-Sammanfattning-av-resultat-från-2022.pdf>

Bilaga 1: Datakällor

Här presenteras en beskrivning av rapportens huvudsakliga datakällor.

Graviditetsenkäten

Sedan december 2020 erbjuds gravida kvinnor och nyblivna mödrar möjligheten att besvara Graviditetsenkäten. Den togs fram i ett samarbete mellan SKR, Graviditetsregistret, Bristningsregistret, SFOG (Svensk förening för Obstetrik och Gynekologi) samt Barnmorskeförbundet. Enkäten syftar till att fånga kvinnornas upplevelse av sin hälsa och deras erfarenheter av vården under graviditet, förlossning och tiden därefter. Graviditetsenkäten kan besvaras via 1177.se vid tre olika tillfällen, då kvinnan:

- Är i cirka graviditetsvecka 25 (enkät 1)
- Fött barn för cirka åtta veckor sedan (enkät 2)
- Fött barn för cirka ett år sedan (enkät 3)

I denna rapport har tyngdpunkten legat på att redovisa svar för 2023, men resultat redovisas också för 2021 och 2022. Resultaten representerar de kvinnor som har svarat på enkäten under respektive år, vilket innebär att svarande i enkät 3, och till viss del enkät 2, kan ha fött barn under 2021 eller 2022.

Svarsfrekvens

Till och med december 2023 hade fler än 450 000 enkäter besvarats sedan Graviditetsenkäten lanserades. Under 2023 skickades 285 595 enkäter ut, varav 136 854 enkäter besvarades. Detta motsvarar en svarsfrekvens på 48 procent. Per enkät del varierar svarsfrekvensen mellan 42 och 53 procent.

Tabell 8: Antal utskickade och besvarade enkäter samt svarsfrekvens per enkät, riket, 2023

	Enkät 1	Enkät 2	Enkät 3	Totalt
Utskickade enkäter	84 913	96 402	102 280	283 595
Besvarade enkäter	44 857	51 232	44 675	136 654
Svarsfrekvens	53%	51%	42%	48%

Not: Svarsfrekvensen är en uppskattning, då det inom tidsperioden inkommit svar som skickats ut föregående år, och då svar som kommer in efter årets slut sorteras bort. Antagandet för svarsfrekvensen blir därför att dessa tar ut varandra.

Analyser från tidigare år har visat att en relativt representativ grupp har svarat på enkäten, och det har inte gått att se en systematisk överrepresentation av någon befolkningsgrupp bland svarande [5]. Täckningsgraden mellan regioner varierar mellan 43 och 59 procent, se Tabell 9 nedan.

Tabell 9: Antal utskickade och besvarade enkäter samt svarsfrekvens per enkät, per region, 2023

Region	Enkät svarande 2023 (alla tre enkäter)		
	Utskickade enkäter	Besvarade enkäter	Andel
Blekinge	3 703	1 801	49%
Dalarna	7 180	3 513	49%
Gävleborg	6 480	3 191	49%
Gotland	1 269	650	51%
Halland	9 615	5 087	53%
Jämtland	3 266	1 711	52%
Jönköping	10 159	4 996	49%
Kalmar	6 174	3 629	59%
Kronoberg	4 028	2 075	52%
Norrbottn	5 644	2 828	50%
Skåne	37 539	18 082	48%
Stockholm	72 937	34 050	47%
Sörmland	7 144	3 050	43%
Uppsala	10 800	5 452	50%
Värmland	6 665	3 404	51%
Västerbotten	7 040	3 724	53%
Västernorrland	5 461	2 931	54%
Västmanland	7 477	3 351	45%
Västra Götaland	50 195	23 009	46%

Örebro	8 523	4 007	47%
Östergötland	12 264	6 113	50%
Totalt	283 595	136 654	48%

Graviditetsregistret

Graviditetsregistret är ett nationellt kvalitetsregister inom mödrahälso- och förlossningsvården. Registret hämtar in data via automatisk överföring från journalsystemen i 20 av 21 regioner samt via manuell inmatning inom mödrahälsovården. Under 2024 ansluter den sista regionen – Region Kronoberg – till automatisk överföring. Täckningsgraden för antalet förlossningar är drygt 99 procent.¹⁰ Information har inte funnits för samtliga förlossningar på alla variabler, varför täckningsgraden för vissa indikatorer kan vara lägre än 99 procent. Resultat för 2023 avser de kvinnor som fött barn under 2023.

Registret har använts för att följa upp utfall i graviditetsvårdkedjan samt bakgrundsvariabler kopplade till bland annat ålder, härkomst och utbildning. I vissa fall har Graviditetsregistret och Graviditetsenkäten samkörts för att analysera resultat inom vissa befolkningsgrupper.

¹⁰ Från och med 2024 kommer registret inkludera samtliga regioner (tidigare 20 av 21 regioner).
Graviditetsvårdkedjan och kvinnors hälsa

Bilaga 2 – Definitioner

Nedan listas några definitioner av begrepp som används i rapporten.

- **Apgar:** Apgar är ett poängsystem som används vid förlossningar för att bedöma det nyfödda barnets vitalitet vid en, fem och tio minuter efter födelsen. Apgarskalan går mellan 0 och 10 poäng, där 10 poäng tyder på att barnet mår mycket bra.
- **Endometrios:** Felbelägen livmoderslemhinna. Diagnoskod N80.
- **Hormonsubstitution vid östrogenbristsymtom:** Behandling för kvinnor med besvär i samband med klimakteriet. Det finns både lokalt och systemiskt verkande behandlingar.
- **Hysterektomi:** Operation för borttagande av livmoder. Avser alla typer av primär incision.
- **Inkontinensoperation:** Operation för att behandla urininkontinens.
- **Kvinnlig infertilitet:** Diagnoskod N97.
- **Instrumentell förlossning:** Förlossning som avslutas med sugklocka eller tång.
- **Robson:** Robsons klassificeringssystem är en global standard där förlossningskliniker delar in gravida kvinnor i tio olika grupper. Med Robson 1 och Robson 2 menas grupperna 1 respektive 2B, som omfattar förstföderskor, enkelbörd, huvudbjudning, fullgången (v. 37+0), med spontan respektive induktion före spontan förlossningsstart (inkl. vattenavgång utan värkar). Läs mer [här](#).
- **Screening för riskbruk av alkohol:** För att kunna upptäcka riskbruk av alkohol används inom mödrahälsovård screeningsinstrumentet AUDIT, Alcohol Use Disorders Identification Test. AUDIT speglar alkoholvanor året före graviditeten.
- **Screening av våldsutsatthet:** Barnmorskan i mödrahälsovården ställer frågor till kvinnan om erfarenhet av våld.
- **Sjukliga tillstånd i samband med klimakteriet:** Diagnoskod N95.

Graviditetsvårdkedjan och kvinnors hälsa

Denna rapport sammanfattar nationella och regionala resultat från Graviditetsenkäten, Graviditetsregistret och vissa andra utvalda kvalitetsregister och publika datakällor. Syftet är att ge en nulägesbild av mödrahälso- och förlossningsvården samt belysa viktiga utvecklingsområden att arbeta med framöver. Vi redovisar även ett antal utvalda indikatorer som syftar till att ge en bredare bild av kvinnors sexuella och reproduktiva hälsa och rättigheter genom hela livet.

Med underlaget vill SKR öka kunskapen om vårdens kvalitet ur kvinnornas perspektiv. Vi hoppas därtill att det kan inspirera verksamheter att analysera sina egna resultat som grund för det systematiska förbättringsarbetet.

Upplysningar om innehållet
Kajsa, Jansson, kajsa.jansson@skr.se
© Sveriges Kommuner och Regioner, 2024
ISBN/Beställningsnummer: 978-91-8047-276-0