Sveriges Kommuner och Regioner

Graviditetsvårdkedjan och kvinnors hälsa

Kvinnors upplevelser och medicinska utfall 2025




Barnmorska
Aini Skitgård
Barnmorska
BEFORE LABOR BEGINS
PLATE NO. 9

Förord

Den nationella satsningen på förlossningsvård och kvinnors hälsa har under drygt tio år bidragit till ett omfattande utvecklingsarbete på nationell, regional och lokal nivå för att förbättra förlossningsvården och främja kvinnors hälsa. Ett viktigt resultat av satsningen är Graviditetsenkäten, som sedan 2020 har gett en unik möjlighet att följa kvinnors erfarenheter av vården och den egna hälsan under graviditet, förlossning och tiden därefter. Under 2025 avslutades SKR:s samordning av satsningen, men behovet av att följa utvecklingen och fortsätta stärka vården kvarstår.

Denna rapport sammanfattar nationella och regionala resultat från Graviditetsenkäten, Graviditetsregistret och andra utvalda datakällor för 2025. Syftet är att ge en samlad bild av mödrahälso- och förlossningsvårdens kvalitet, belysa kvinnors sexuella och reproduktiva hälsa och rättigheter samt bidra med kunskap som kan användas i regionalt och lokalt förbättringsarbete.

Med rapporten vill SKR bidra till ökad kunskap om vårdens kvalitet ur kvinnors perspektiv och inspirera verksamheter att analysera sina egna resultat. Systematisk uppföljning och analys är en viktig grund för det fortsatta arbetet med att utveckla graviditetsvårdkedjan.

Vi vill rikta ett varmt tack till alla kvinnor som har tagit sig tid att besvara Graviditetsenkäten och till alla medarbetare som varje dag arbetar för att erbjuda och utveckla en trygg och säker vård.

Stockholm, 2026-11-17

Kajsa Jansson
Avdelningen för vård och omsorg
Sektionen för hälso- och sjukvård

Ett urval av resultat från rapporten

Många kvinnor var nöjda med vården under graviditet och förlossning, men färre var nöjda med eftervården

- De flesta kvinnor hade positiva erfarenheter av mödrahälso- och förlossningsvården under 2025. Mer än nio av tio kände sig trygga med barnmorskan i mödrahälsovården och med vården under förlossning. En lika stor andel skulle rekommendera sin mödrahälsovårdscental eller förlossningsklinik till andra gravida.
- Samtidigt kvarstår utmaningar i vården efter förlossning. Kvinnors upplevelse av delaktighet var lägre efter förlossning än under graviditet och förlossning, och många efterfrågade bättre information, stöd och uppföljning efter graviditet.
- Resultaten visar också att amningsstöd och kunskap om vart man ska vända sig vid besvär efter förlossning fortsatt är viktiga utvecklingsområden.

En positiv utveckling på flera områden

- Inom områdena personcentrerad vård och tillgänglig vård har samtliga indikatorer som ingår i uppföljningen (totalt 20 indikatorer) haft en positiv utveckling under perioden 2021–2025. Exempelvis ökade andelen kvinnor som upplevde sig delaktiga i planering och beslut efter förlossning från 57 procent 2021 till 67 procent 2025. Under perioden 2021–2025 har även deltagandet i eftervårdsbesök ökat.
- Den positiva utvecklingen syns även inom andra områden. Exempelvis screenas en högre andel gravida för riskbruk av alkohol under 2025 jämfört med 2021.
- Andelen allvarliga bristningar och stora blödningar har ökat något under perioden 2021–2025. Sett över en längre tidsperiod, mellan 2014 och 2025, har dock andelen allvarliga bristningar (grad 3 och 4) vid vaginal förlossning minskat.

Det finns fortsatt skillnader både mellan regioner och mellan olika grupper av kvinnor

- Det finns fortsatt flera områden där kvinnors upplevelser varierar mellan regionerna. Exempelvis varierar andelen kvinnor som upplevde att det var lätt att komma i kontakt med barnmorskan i mödrahälsovården från 64 procent i Region Östergötland till 95 procent i Region Gävleborg.
- Det finns även flera områden där kvinnors upplevelser och medicinska utfall skiljer sig mellan olika grupper. Exempelvis deltar kvinnor födda utanför Europa i lägre utsträckning i eftervårdsbesök än övriga kvinnor, och kvinnor med obesitas uppger i högre utsträckning att de inte blivit bemötta med respekt av vårdpersonalen än kvinnor utan obesitas.
- Samtidigt syns utveckling mot en mer jämlik vård inom flera områden. Skillnaderna i deltagande i eftervårdsbesök har minskat över tid. Även upplevelsen av att ha fått tillräcklig information om graviditeten från mödrahälsovården och upplevd trygghet under förlossningen utvecklas i önskad riktning för samtliga grupper under perioden 2021–2025.

Frågor som besvaras i rapporten

Hur många olika barnmorskor träffar gravida i mödrahälsovården?

I riket träffade gravida i genomsnitt 2,4 olika barnmorskor under graviditeten. Variationen mellan regionerna var relativt stor, från 1,4 till 3,2 olika barnmorskor. Sammantaget träffade mer än hälften av alla gravida högst två olika barnmorskor.

Påverkar antalet olika barnmorskor kvinnan träffar i mödrahälsovården upplevelsen av vården under graviditet?

Kvinnor som träffat färre olika barnmorskor rapporterade mer positiva erfarenheter av delaktighet och trygghet än de som träffat fler barnmorskor. Även om resultaten bör tolkas med försiktighet indikerar de att kontinuitet i kontakten med barnmorskan kan ha betydelse för upplevelsen.

Hur lång tid tar det från utskrivning till eftervårdsbesök?

I riket genomfördes eftervårdsbesök i median 55 dagar efter utskrivning, vilket motsvarar knappt åtta veckor efter förlossning. De flesta eftervårdsbesök genomfördes därmed inom det intervall som rekommenderas i nationella riktlinjer, 6–16 veckor, även om det finns vissa regionala skillnader.

Påverkar deltagande i eftervårdsbesök kvinnors upplevelse av eftervården?

Kvinnor som deltagit i eftervårdsbesök rapporterade generellt mer positiva erfarenheter av eftervården än kvinnor som inte deltagit. Sambandet bör dock tolkas med försiktighet eftersom grupperna kan skilja sig åt även i andra avseenden än deltagande i eftervårdsbesök.

Påverkar bristningsgrad vilka fysiska besvär som kvinnor rapporterar efter graviditet och förlossning?

Fysiska besvär efter förlossning var vanligare bland kvinnor med allvarliga förlossningsbristningar (grad 3–4), särskilt vad gäller smärta i underlivet och svårigheter att hålla avföring eller gaser. Resultaten visar samtidigt att sådana besvär rapporterades även i gruppen utan allvarlig bristning.

Har deltagande i föräldraskapsstödjande insatser förändrats över tid?

Förstföderskors deltagande i föräldraskapsstödjande insatser minskade kraftigt under Covid-19 pandemin men har därefter successivt ökat. Under 2025 deltog en större andel förstföderskor i sådana insatser än före pandemin och deltagandet i sammanhållna föräldraskapsgrupper har ökat över tid.

Skiljer sig upplevelsen av föräldragruppsträffarna mellan regioner och grupper?

Nästan två tredjedelar av kvinnorna upplevde sitt deltagande i föräldragruppsträffar som värdefullt, men resultaten varierade både mellan regioner och grupper. Upplevelsen var mest positiv bland kvinnor som deltagit i sammanhållna grupper och bland kvinnor födda utanför Europa.

Skiljer sig upplevelsen av bemötandet i vården mellan kvinnor med och utan obesitas?

De allra flesta kvinnor uppgav att de blivit bemötta med respekt i vården. Samtidigt rapporterade kvinnor med obesitas i högre utsträckning att de inte blivit bemötta med respekt, både under förlossningen och sett till graviditetsvårdkedjan i sin helhet.

Innehållsförteckning

Syfte och metod 1
Förutsättningar inom mödrahälso- och förlossningsvården 4
Sammanfattning av utvalda indikatorer 6
Beskrivning av nuläge, utveckling över tid och regional spridning 7
En personcentrerad vård 9
Sammanfattning av utvalda indikatorer 10
Beskrivning av nuläge, utveckling över tid och regional spridning 11
Fördjupade frågeställningar 12
En tillgänglig vård 16
Sammanfattning av utvalda indikatorer 18
Beskrivning av nuläge, utveckling över tid och regional spridning 19
Fördjupade frågeställningar 20
En säker vård 23
Sammanfattning av utvalda indikatorer 24
Beskrivning av nuläge, utveckling över tid och regional spridning 25
Fördjupade frågeställning 26
En kunskapsbaserad vård 29
Sammanfattning av utvalda indikatorer 30
Beskrivning av nuläge, utveckling över tid och regional spridning 31
Fördjupade frågeställningar 32
En jämlik vård 36
Sammanfattning av utvalda indikatorer 38
Beskrivning av nuläge, utveckling över tid och regional spridning 39
Fördjupade frågeställning 40
Kvinnors sexuella och reproduktiva hälsa och rättigheter genom livet 42
Sammanfattning av utvalda indikatorer 44
Beskrivning av nuläge, utveckling över tid och regional spridning 45

Arbetet framåt **46**
Källor **49**
Referenser **49**
Bilaga 1: Datakällor **55**
Bilaga 2: Definitioner **57**

Syfte och metod

Sammanfattning av resultat i graviditetsvårdkedjan från flera olika datakällor

Satsningen på förlossningsvård och kvinnors hälsa har pågått under perioden 2015–2025 med målet att förbättra förlossningsvården och främja kvinnors hälsa. Som ett resultat av satsningen lanserades Graviditetsenkäten under slutet av 2020 – en unik enkät som följer kvinnors upplevelse av sin hälsa och deras erfarenheter av vården under graviditet, förlossning och tiden därefter.

Denna rapport kombinerar och sammanfattar nationella och regionala resultat för ett urval av indikatorer från flera olika datakällor för år 2025. Främst kommer underlagen från Graviditetsregistret, det nationella kvalitetsregistret för mödrahälsovård, fosterdiagnostik och förlossningsvård, och Graviditetsenkäten.[1] Data från bland annat Socialstyrelsen, Neonatalvårdsregistret (Svenskt Neonatalt Kvalitetsregister), Folkhälsomyndigheten och Brottsförebyggande rådet kompletterar bilden. Sammantaget ger detta dataunderlag goda förutsättningar att följa upp resultat inom graviditetsvårdkedjan. Målsättningen med rapporten är att öka kunskapen om mödrahälso- och förlossningsvårdens kvalitet samt inspirera till 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. Kvinnors sexuella och reproduktiva hälsa och rättigheter genom livet

Det första kapitlet ger en övergripande bild av förutsättningarna för att bedriva en god mödrahälso- och förlossningsvård. Kapitel 2–6 följer upp SKR:s fem

[1] Läs mer om Graviditetsenkäten och Graviditetsregistret i Bilaga 1: Datakällor.

målområden [1] och omfattar vården före, under och efter graviditet. Det avslutande kapitlet belyser kvinnors sexuella och reproduktiva hälsa och rättigheter genom hela livet.

Utvalda indikatorer och fördjupade frågeställningar

Varje kapitel innehåller dels en sammanfattning av utvalda indikatorer, dels en beskrivning av nuläge, utveckling över tid och regional spridning. Vidare behandlar kapitel 2–6 även ett antal 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.

I redovisningen av utvecklingen över tid används pilar för att illustrera trender, se Figur 1. För de indikatorer som har en tydligt önskvärd riktning markerar en grön pil en utveckling i önskvärd riktning, medan en röd pil markerar en utveckling i oönskad riktning. En grå pil används när det inte finns någon tydlig riktning som kan bedömas som önskvärd. Detta kan exempelvis gälla indikatorer som beskriver vårdens arbetssätt eller patientgruppens sammansättning, där det saknas en entydigt önskvärd riktning och där förändringar därför inte kan värderas som positiva eller negativa. Ett sådant exempel är andelen planerade kejsarsnitt.

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	→	→	→

Flera av frågorna i Graviditetsenkäten besvaras på en femgradig skala, där 1 motsvarar att den svarande inte alls instämmer i ett påstående och 5 att den svarande instämmer helt. I redovisningen används svarsalternativen 4 och 5 för att beskriva andelen kvinnor som haft en positiv upplevelse av vården. Svarsalternativen 1 och 2 används på motsvarande sätt för att visa andelen som haft en negativ upplevelse.

Resultaten från Graviditetsenkäten redovisas utifrån det år då enkäten besvarades, inte utifrån tidpunkten för förlossningen. Det innebär att svaren kan avse vård som kvinnan tog del av under ett tidigare år.

Redovisning av regional spridning jämför resultaten mellan regioner. Observerade skillnader mellan regionerna bör dock tolkas med försiktighet samt med hänsyn till varje regions egen vårdkontext och förutsättningar – se Kapitel 1: Förutsättningar inom mödrahälso- och förlossningsvården.

Ordval och begrepp

Patienter inom vården före, under och efter graviditet skiljer sig från många andra patientgrupper eftersom det oftast rör sig om friska individer. För att betona detta har vi i stor utsträckning använt ordet *kvinna* istället för *patient*. I de fall där det har varit mer naturligt att använda ordet patient, exempelvis för patientgruppens sammansättning, har så gjorts. För att öka rapportens läsbarhet har begreppet kvinna använts för alla individer som är gravida och föder barn även om gruppen också innefattar individer som inte identifierar sig som kvinnor.



Förutsättningar inom mödrahälso- och förlossningsvården

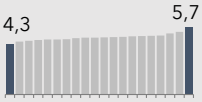
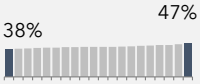
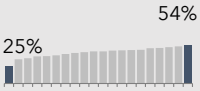
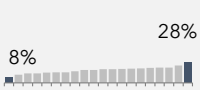
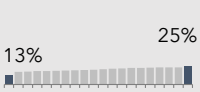
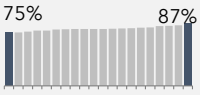
Hälso- och sjukvården har en central uppgift i att främja hälsan hos gravida kvinnor och nyfödda barn, samt att förebygga och identifiera risker och komplikationer. I Sverige föds omkring 100 000 barn varje år, och antalet födslar har minskat under de senaste två decennierna. Samtidigt har antalet riskgraviditeter ökat, bland annat till följd av en stigande maternell ålder [2].

Sverige har idag en av världens lägsta mödra- och barnadödligheter. Mödradödligheten ligger på cirka 5 per 100 000 levande födda [3], medan den neonatala dödligheten ligger på omkring 1–2 dödsfall per 1 000 levande födda [4]. Den låga dödligheten beror bland annat på en välutbyggd mödrahälsovård, tillgång till barnmorskor, hög hygienstandard och förbättrad medicinsk behandling, samt en god folkhälsa och hög levnadsstandard i Sverige [5]. Trots de positiva resultaten kvarstår dock utmaningar kopplade till mödrahälso- och förlossningsvård.

I detta kapitel redovisas nationella resultat, utveckling över tid och regionala jämförelser för ett urval av indikatorer inom mödrahälso- och förlossningsvården. Indikatorerna speglar både patientgruppens förutsättningar och verksamheternas arbetssätt. Vid jämförelser är det viktigt att beakta skillnader i förutsättningar som kan påverka resultaten. Exempelvis kan patientgruppernas sammansättning skilja sig åt avseende ålder, utbildningsnivå och födelseland mellan regioner. Bakgrundsfaktorer såsom låg utbildningsnivå och utomeuropeisk bakgrund kan påverka benägenheten att söka vård och möjligheten att ta till sig information, vilket i sin tur kan påverka utfallet för olika indikatorer. Även skillnader i vårdens organisation och utbud, såsom tillgången till universitetssjukhus och högspecialiserad vård, kan påverka resultaten och försvåra jämförbarheten mellan regioner.

Resultaten i detta kapitel belyser de förutsättningar som regionerna har för att bedriva mödrahälso- och förlossningsvård. Dessa förutsättningar är viktiga att ha i åtanke vid tolkning av resultaten i rapportens efterföljande kapitel.

Sammanfattning av utvalda indikatorer

	Nuläge	Utveckling över tid					Regional spridning
			2021	2022	2023	2024	2025	
Antal förlossningar per 100 kvinnor i fertil* ålder[1&2]	 4,9	↘	*5,9*	*5,4*	*5,1*	*5,0*	*4,9*	 4,3 5,7
Andel förstföderskor[1]	 44%	↗	*43%*	*44%*	*45%*	*45%*	*44%*	 38% 47%
Andel gravida med utbildningsnivå till och med gymnasiet[1]	 37%	↘	*43%*	*42%*	*39%*	*38%*	*37%*	 25% 54%
Andel utomeuropeiskt födda[1]	 20%	→	*20%*	*20%*	*20%*	*20%*	*20%*	 8% 28%
Andel gravida med obesitas vid inskrivning i mödrahälsovården (BMI ≥30)[1]	 18%	↗	*17%*	*18%*	*18%*	*18%*	*18%*	 13% 25%
Andel födande 36 år eller äldre[1]	 21%	↗	*18%*	*19%*	*20%*	*21%*	*21%*	 15% 26%
Andel som behandlats** för psykisk ohälsa[1]	 11%	↗	*9%*	*10%*	*11%*	*11%*	*11%*	 8% 17%
Andel vaginala förlossningar[1]	 80%	↘	*82%*	*81%*	*81%*	*81%*	*80%*	 75% 87%
Andel planerade kejsarsnitt[1]	 8%	→	*8%*	*8%*	*8%*	*8%*	*8%*	 4% 10%
Andel igångsatta förlossningar[1]	 30%	↗	*28%*	*28%*	*29%*	*30%*	*30%*	 27% 41%

Källor: [1]) Graviditetsregistret; [2]) Statistiska Centralbyrån.

Not: För indikatorer med Graviditetsregistret saknas data för Region Norrbotten.

* Kvinnor i fertil ålder räknas som de mellan 15–44 år.

** Medicinsk eller psykologisk behandling under graviditeten.

Beskrivning av nuläge, utveckling över tid och regional spridning

Nuläge, 2025

- Under 2025 föddes cirka 4,9 barn per 100 kvinnor i fertil ålder. Bland kvinnorna som födde barn under året var 44 procent förstföderskor.
- En majoritet (70 procent) av kvinnorna var mellan 25 och 35 år gamla. 11 procent av kvinnorna var under 25 år och 21 procent var 36 år eller äldre.
- 37 procent av alla kvinnor hade en utbildningsnivå upp till och med gymnasiet och 20 procent var födda utanför Europa.
- Spontan förlossningsstart var vanligast förekommande (59 procent), näst vanligast var igångsatt förlossningsstart (30 procent), och resterande var planerade kejsarsnitt (8 procent).
- 80 procent av alla förlossningar avslutades vaginalt, varav knappt 75 procent var ej instrumentella och drygt 5 procent instrumentella. Resterande 20 procent avslutades med kejsarsnitt (planerat eller akut).

Utveckling över tid, 2021–2025

- Barnafödandet i Sverige har fortsatt att minska. Från knappt 6 barn per 100 kvinnor i fertil ålder 2021 till 4,9 barn 2025. Detta motsvarar en minskning på cirka 20 procent.
- Utbildningsnivån bland födande har ökat över tid. Andelen födande med utbildning till och med gymnasiet har minskat med 6 procentenheter mellan 2021 och 2025.
- Flera indikatorer som speglar vårdtyngd hos patienterna har ökat de senaste åren. Det gäller bland annat andelen igångsatta förlossningar, andelen som behandlats för psykisk ohälsa och andelen med obesitas vid inskrivning i mödrahälsovården.
- Under perioden 2021–2025 har andelen igångsatta förlossningar och planerade kejsarsnitt inte förändrats markant, men sedan 2014 då Graviditetsregistret startade har förändringen varit större. Andelen igångsatta förlossningar har nästan fördubblats från 2014 till 2025 (från 17 till 31 procent). Andelen planerade kejsarsnitt har ökat från 7,3 procent 2014 till 8,3 procent 2025.
- Andelen gravida med obesitas vid inskrivning i mödrahälsovården har ökat något under perioden 2021–2025, från 17 till 18 procent. Sett över en längre tid har andelen nästan fördubblats sedan år 2000, då 10 procent hade obesitas vid inskrivning.
- Andelen gravida som behandlats för psykisk ohälsa har ökat med cirka 20 procent under perioden 2021–2025, från 9 till 11 procent.
- Andra indikatorer så som andelen utomeuropeiskt födda och andel förstföderskor är i stort sett oförändrade under perioden 2021–2025.

Regional spridning, 2025

- Barnafödandet skiljer sig mellan regionerna. Region Halland hade högst barnafödande i riket med 5,7 barn per 100 kvinnor i fertil ålder. Samtidigt hade Region Uppsala lägst barnafödande med 4,3 barn per 100 kvinnor i fertil ålder.
- Ålder och utbildningsnivå hos gravida och födande kvinnor varierar mellan regionerna. Andelen kvinnor som var 36 år eller äldre när de födde barn var högst i Region Stockholm (26 procent) och lägst i Region Jönköpings län (15 procent). Vidare finns det variationer avseende andelen gravida med utbildningsnivå upp till och med gymnasiet som var mer än dubbelt så hög i Region Gävleborg (54 procent) jämfört med Region Stockholm (25 procent)
- Även sett till patientsammansättning syns variationer mellan regionerna. I Region Gotland hade 25 procent obesitas vid inskrivning i mödrahälsovården, medan motsvarande siffra var 13 procent i Region Stockholm.
- Region Dalarna hade den högsta andelen igångsatta förlossningar (41 procent), och Region Blekinge hade lägst (27 procent). Andelen planerade kejsarsnitt var lägst i Region Jönköpings län (4 procent), och högst i bland annat Region Stockholm (cirka 10 procent).

En personcentrerad vård

Inom svensk hälso- och sjukvård finns ett uttalat mål om att vården ska utgå från den enskilda patientens behov och förutsättningar [6]. Det gäller även inom mödrahälso- och förlossningsvården, där kvinnans upplevelse av vården utgör en viktig del av vårdens kvalitet. Världshälsoorganisationen (WHO) framhåller att vård under graviditet och förlossning inte enbart ska fokusera på medicinska utfall, utan även främja en positiv graviditets- och förlossningsupplevelse [7]. I detta ingår bland annat att beakta kvinnans självbestämmande.

Personcentrering utgör också en viktig del av evidensbaserad medicin, där bästa tillgängliga kunskap och klinisk erfarenhet vägs samman med patientens behov, förutsättningar och önskemål [8]. Det innebär att evidens och beprövad erfarenhet ska kombineras med den enskilda patientens perspektiv.

Inom mödrahälso- och förlossningsvården innebär personcentrerad vård att vården utgår från kvinnan och hennes familjs förutsättningar, hälsa och preferenser genom hela vårdkedjan. Det är centralt att kvinnan och hennes familj känner sig delaktiga i planering och beslut om vård och behandling, får ett gott bemötande samt upplever kontinuitet och trygghet genom hela vårdkedjan.

Sammanfattning av utvalda indikatorer

Andel kvinnor…	Nuläge	Utveckling över tid					Regional spridning
			2021	2022	2023	2024	2025	
…som kände sig trygga med barnmorskan i mödrahälsovården[1]	93%	↗	*90%*	*91%*	*92%*	*92%*	*93%*	86% Önskvärt 97%
…som kände sig trygga med vården under förlossning[1]	90%	↗	*88%*	*88%*	*90%*	*90%*	*90%*	84% Önskvärt 93%
…nöjda med mödrahälsovårdens samordning av kontakter med vården[1]	83%	↗	*78%*	*80%*	*82%*	*83%*	*83%*	75% Önskvärt 91%
…nöjda med hur delaktig barnmorskan på mödrahälsovården gjorde dem[1]	93%	↗	*89%*	*91%*	*92%*	*92%*	*93%*	88% Önskvärt 97%
…nöjda med hur delaktig personalen på förlossningen gjorde dem[1]	80%	↗	*77%*	*78%*	*79%*	*80%*	*80%*	74% Önskvärt 84%
…som kände sig delaktiga i planeringen och beslut efter förlossning[1]	67%	↗	*57%*	*61%*	*63%*	*65%*	*67%*	52% Önskvärt 79%
…som upplevt att de behandlats med respekt och värdighet i vårdkedjan[1]	86%	↗	*82%*	*82%*	*84%*	*85%*	*86%*	80% Önskvärt 90%
…mycket nöjda med sin förlossning (VAS≥8)[2*]	76%	↗	*75%*	*76%*	*76%*	*76%*	*76%*	68% Önskvärt 79%
…som skulle rekommendera sin mödrahälsovårds-central[1]	92%	↗	*88%*	*90%*	*91%*	*91%*	*92%*	85% Önskvärt 97%
…som skulle rekommendera sin förlossningsklinik[1]	91%	↗	*89%*	*90%*	*91%*	*91%*	*91%*	83% Önskvärt 95%

Källor: [1]) Graviditetsenkäten; [2]) Graviditetsregistret.

Not: För indikatorn avseende VAS saknas data för Region Norrbotten.

* 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; 1 motsvarar värsta tänkbara och 10 bästa tänkbara.

Beskrivning av nuläge, utveckling över tid och regional spridning

Nuläge, 2025

- En majoritet av alla födande kvinnor uppgav att de var nöjda med vårdens personcentrering under året. Ungefär nio av tio kvinnor uppgav att de kände sig trygga med barnmorskan inom mödrahälsovården, och motsvarande resultat gäller även för vården under förlossning.
- Resultaten för upplevd delaktighet i planering och beslut skiljer sig något mellan graviditetsvårdkedjans huvudsakliga steg. 93 procent av kvinnorna upplevde att barnmorskan i mödrahälsovården gjorde dem delaktiga i planering och beslut under graviditeten. Under förlossning upplevde 80 procent sig delaktiga i planering och beslut, medan 67 procent kände sig delaktiga kring planering och beslut efter sin förlossning.
- 92 procent av gravida kvinnor skulle rekommendera sin mödrahälsovårdcentral till andra gravida och 91 procent av födande skulle rekommendera andra att föda på sin förlossningsklinik.

Utveckling över tid, 2021–2025

- Samtliga indikatorer inom området personcentrerad vård har haft en positiv utveckling sedan mätningen med Graviditetsenkäten började år 2021. Även under det senaste året är resultaten likvärdiga eller bättre för samtliga indikatorer jämfört med föregående år.
- Andelen kvinnor som kände sig delaktiga i planering och beslut efter förlossning har fortsatt att förbättras även under 2025. Från 2021–2025 har resultatet stigit från 57 till 67 procent. Även andel kvinnor som kände sig trygga med barnmorskan i mödrahälsovården respektive med vården under förlossningar har ökat något.

Regional spridning, 2025

- Andelen som var mycket nöjda med sin förlossning var högst i Region Stockholm och Västra Götalandsregionen, cirka 79 procent. Detta jämfört med cirka 68 procent i Region Gävleborg och Region Värmland.
- Variationen mellan regioner är särskilt tydlig för upplevd delaktighet i planering och beslut efter förlossning. Region Jönköpings län har högst andel som kände sig nöjda (79 procent), medan Region Sörmland hade lägst andel (52 procent).
- De minsta regionala skillnaderna finns i indikatorer kopplade till mödrahälsovården. Som exempel uppgav fler än 85 procent av kvinnor i samtliga regioner att de kände sig trygga med barnmorskan i mödrahälsovården. Skillnaden är 11 procentenheter mellan Region Dalarna med högst andel (97 procent) respektive Region Östergötland med lägst andel (86 procent).

Fördjupade frågeställningar

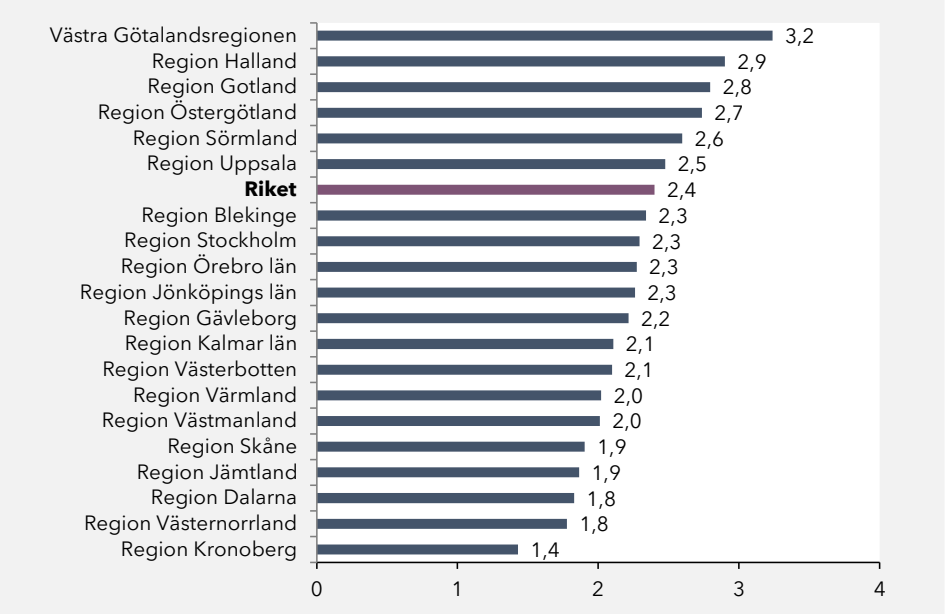
Hur många olika barnmorskor träffar gravida i mödrahälsovården?

Kvinnans upplevelse av delaktighet i planering och beslut samt upplevelsen av kontinuitet och trygghet genom graviditetsvårdkedjan är centrala delar i en personcentrerad vård. Kontinuitet i kontakten med vården kan bidra till ökad trygghet för den gravida och skapa bättre förutsättningar för att vården utformas utifrån individuella behov och förutsättningar.

Enligt SFOG stärker kontinuitet i kontakten mellan barnmorska och familj relationen och ökar sannolikheten för att viktig information om den gravidas hälsa och livssituation uppmärksammas [9]. Tillgång till relevant information är betydelsefull för att identifiera eventuella riskfaktorer och möjliggöra en ändamålsenlig uppföljning under graviditeten. Ett sätt att belysa kontinuitet inom mödrahälsovården är att undersöka hur många olika barnmorskor den gravida träffar under graviditeten.

Resultaten för 2025 visar att det finns skillnader mellan regionerna i hur många olika barnmorskor gravida träffar inom mödrahälsovården under graviditeten. I riket träffade gravida i genomsnitt 2,4 olika barnmorskor under graviditeten. Antalet barnmorskor varierade mellan regionerna, från 1,4 i Region Kronoberg till 3,2 i Västra Götalandsregionen, se Figur 2.

Figur 2: Genomsnittligt antal olika barnmorskor gravida träffar i mödrahälsovården under graviditet, per region, 2025.

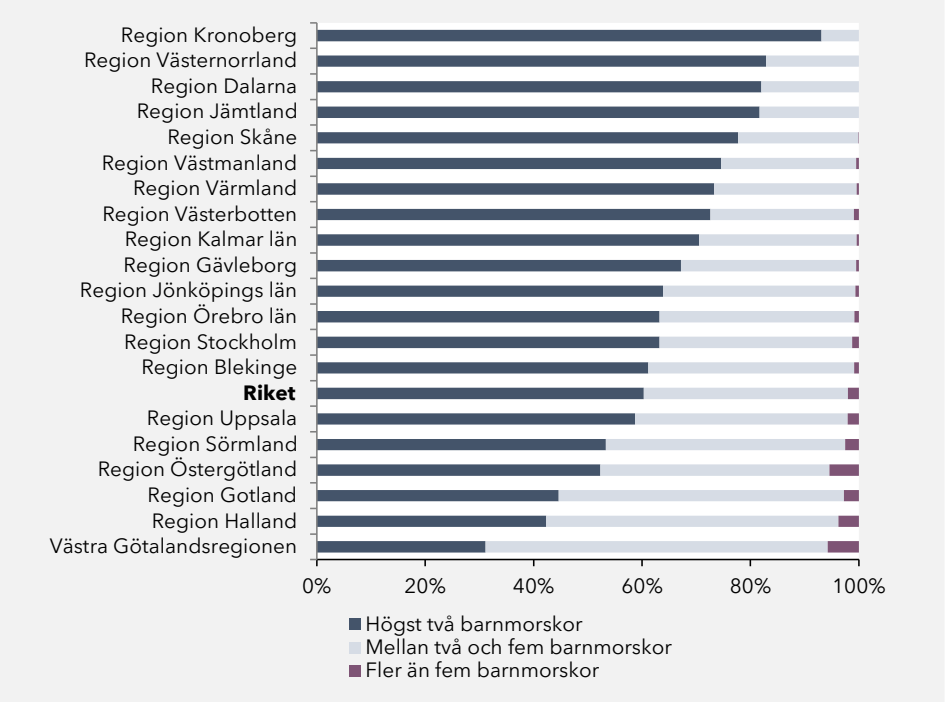


Källa: Graviditetsregistret.
Noter: Skillnader i inrapportering som beror på olika lokala arbetssätt och rutiner för journalföring kan påverka hur antalet barnmorskor registreras och redovisas. Data saknas för Region Norrbotten.

I 17 regioner träffar mer än hälften av alla gravida högst två olika barnmorskor i mödrahälsovården. En liten grupp – cirka två procent av alla gravida kvinnor – träffar fler än fem olika barnmorskor, se Figur 3. Resultaten kan indikera skillnader i vårdens arbetssätt och organisering samt i förutsättningarna för kontinuitet i kontakten med mödrahälsovården.

Vid tolkning av resultaten är det viktigt att beakta att gravida kvinnor har olika medicinska behov. Exempelvis kan graviditeter med ökad medicinsk komplexitet medföra fler vårdkontakter och därmed kontakt med fler barnmorskor.

Figur 3: Fördelning av gravida efter antal barnmorskor de träffat i mödrahälsovården under graviditet, per region, 2025.



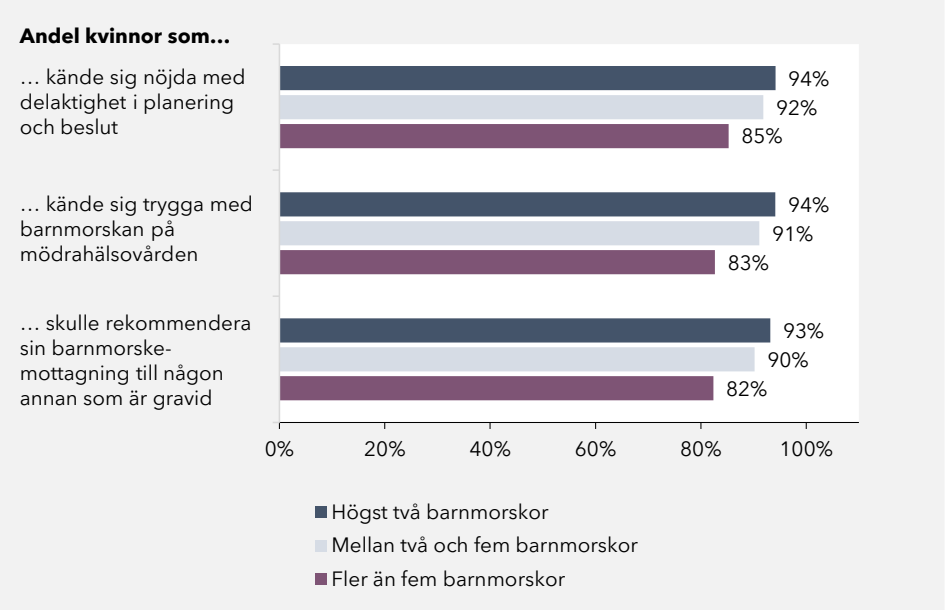
Källa: Graviditetsregistret.

Noter: Skillnader i inrapportering som beror på olika lokala arbetssätt och rutiner för journalföring kan påverka hur antalet barnmorskor registreras och redovisas. Data saknas för Region Norrbotten.

Påverkar antalet olika barnmorskor kvinnan träffar i mödrahälsovården upplevelsen av vården under graviditet?

Resultaten visar att kvinnor som träffat färre olika barnmorskor under graviditeten rapporterar mer positiva erfarenheter av mödrahälsovården än kvinnor som träffat ett större antal olika barnmorskor. Bland kvinnor som träffat högst två barnmorskor uppgav 94 procent att de var nöjda med sin delaktighet i planering och beslut, 94 procent kände sig trygga med barnmorskan inom mödrahälsovården och 93 procent skulle rekommendera den mödrahälsovård som de besökt till någon annan som är gravid. Bland kvinnor som träffat fler än fem olika barnmorskor var motsvarande andelar 85, 83 respektive 82 procent. Skillnaden återkommer även för kvinnor som träffat mellan två och fem olika barnmorskor, vars resultat genomgående ligger mellan de två övriga gruppernas, se Figur 4.

Figur 4: Kvinnors upplevelse av mödrahälsovården, uppdelat på antal olika barnmorskor de träffat under graviditeten, 2025.



Källa: Resultat från Graviditetsenkäten som har samkörts med uppgifter från Graviditetsregistret.
Not: Data saknas för Region Norrbotten som därmed ej ingår i analysen.

Samtidigt bör resultaten tolkas med försiktighet. Antalet barnmorskor som en kvinna träffar kan även påverkas av individuella preferenser, medicinska behov och lokala arbetssätt. Kvinnor kan värdesätta att snabbt få kontakt med vården eller att få en tid som passar deras situation snarare än att träffa samma barnmorska vid varje besök. Kvinnor som inte varit nöjda med tidigare vårdkontakter kan också ha önskat att byta barnmorska under graviditeten och ett större antal barnmorskor kan därmed i vissa fall vara en konsekvens av en mindre positiv vårdupplevelse snarare än orsaken till den. Som tidigare nämnts kan gravida med större medicinska behov eller behov av ökad uppföljning komma i kontakt med fler olika barnmorskor än andra gravida. Utifrån de redovisade resultaten går det inte att avgöra i vilken utsträckning skillnaderna i upplevelse beror på kontinuiteten inom mödrahälsovården eller andra faktorer som samvarierar med antalet barnmorskor.

Resultaten innebär inte nödvändigtvis att regioner där gravida träffar färre barnmorskor också uppvisar bättre resultat avseende delaktighet och trygghet. För att kunna dra slutsatser på regional nivå behöver hänsyn tas till skillnader i arbetssätt, vårdens organisering och gravidas vårdbehov.



En tillgänglig vård

Enligt 5 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) är ett av kraven på god vård att den ska vara lättillgänglig [10]. Det innebär bland annat att vården ska gå att nå och ges inom rimlig tid. Vården ska organiseras nära befolkningen, om det inte är motiverat att koncentrera den geografiskt av kvalitets- och effektivitetsskäl. Det ska också finnas relevant information om vården som människor kan förstå.

Tillgänglighet handlar samtidigt om mer än geografisk närhet, väntetider och information. Vårdens utbud och organisation behöver också svara mot befolkningens behov och förutsättningar. Det innebär bland annat att det behöver finnas tillräckliga vårdresurser och att vården ska organiseras på ett sätt som underlättar för människor att nyttja den, exempelvis genom lämpliga öppettider och fungerande system för tidsbokning. Kostnader ska inte utgöra ett hinder för att söka vård, och vården behöver vara utformad för att möta olika behov hos befolkningen, exempelvis när det gäller språk och bemötande [11].

Eftervården har tidigare lyfts fram som ett prioriterat utvecklingsområde inom graviditetsvårdkedjan. För att kvinnor ska få stöd i rätt tid efter förlossning behöver det vara tydligt var de kan vända sig vid fysiska eller psykiska besvär, samtidigt som vården behöver erbjuda en ändamålsenlig uppföljning efter graviditet och förlossning. En tillgänglig vård omfattar därmed hela vårdkedjan, från graviditet till tiden efter förlossning [1].

I Sverige varierar förutsättningarna för en god tillgänglighet till vården mellan regionerna. Tillgängligheten riskerar exempelvis att påverkas av långa avstånd i glesbefolkade områden, särskilt i de nordligaste delarna av landet. Tillgängligheten riskerar också att påverkas av varierande kapacitet, till exempel hur många vårdplatser som finns disponibla i förhållande till behoven. Inom förlossningsvården är båda dessa aspekter relevanta. Avståndet till närmaste förlossningsklinik har ökat i ett antal regioner i norra och mellersta Sverige sedan 2010 [12]. Under de senaste tio åren har även antalet disponibla vårdplatser inom förlossningsvården minskat, både i förhållande till antalet födda barn och i absoluta tal [12].

Sammanfattning av utvalda indikatorer

Andel kvinnor…	Nuläge	Utveckling över tid					Regional spridning
			2021	2022	2023	2024	2025	
…som tyckte det var lätt att komma i kontakt med barnmorskan i mödrahälsovården[1]	87%	↗	*80%*	*81%*	*84%*	*86%*	*87%*	Önskvärt ▸ 64% 95%
…som upplevde att de fått tillräckligt med information om sin graviditet från mödrahälsovården[1]	84%	↗	*81%*	*83%*	*83%*	*84%*	*84%*	Önskvärt ▸ 76% 92%
…som ansåg att de fick den information de behövde om vad de kunde förvänta sig angående återhämtning efter förlossningen[1]	69%	↗	*62%*	*65%*	*67%*	*68%*	*69%*	Önskvärt ▸ 57% 80%
…som fick föda där de önskade[1]	93%	↗	*92%*	*92%*	*92%*	*93%*	*93%*	Önskvärt ▸ 88% 97%
…som var nöjda med barnmorskans närvaro i förlossningsrummet[1]	89%	↗	*86%*	*87%*	*89%*	*89%*	*89%*	Önskvärt ▸ 84% 93%
…som ansåg att de fick stanna kvar efter förlossningen så länge de behövde[1]	86%	↗	*83%*	*85%*	*85%*	*86%*	*86%*	Önskvärt ▸ 82% 93%
…som vetat vart de ska vända sig med psykiska besvär efter sin förlossning[1*]	79%	↗	*76%*	*76%*	*78%*	*79%*	*79%*	Önskvärt ▸ 75% 90%
…som vetat vart de ska vända sig med fysiska besvär efter sin förlossning[1*]	71%	↗	*65%*	*66%*	*69%*	*70%*	*71%*	Önskvärt ▸ 66% 82%
…som varit på eftervårdsbesök efter sin förlossning[2]	89 %	↗	*86%*	*86%*	*87%*	*89%*	*89%*	Önskvärt ▸ 76 % 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*]	25%	↘	*28%*	*28%*	*26%*	*25%*	*25%*	Önskvärt ▸ 30% 17%

Källor: [1]) Graviditetsenkäten; [2]) Graviditetsregistret.

Not: För indikatorn avseende eftervårdsbesök saknas data för Region Norrbotten.

* Frågan besvaras av kvinnor som har fött barn för ett år sedan, i enkät 3.

Beskrivning av nuläge, utveckling över tid och regional spridning

Nuläge, 2025

- Resultaten pekar på att tillgängligheten generellt sett upplevs som god, både inom mödrahälso- och förlossningsvården. Omkring nio av tio kvinnor upplevde att det var lätt att komma i kontakt med barnmorskan på mödrahälsovården, att de fick föda där de önskade, och att de var nöjda med barnmorskans närvaro i förlossningsrummet.
- Under året gick nästan nio av tio kvinnor på eftervårdsbesök efter förlossning.
- Ett år efter förlossning uppgav 71 procent att de visste vart de skulle vända sig vid fysiska besvär och 79 procent uppgav att de visste detsamma vid psykiska besvär.

Utveckling över tid, 2021–2025

- Tillgängligheten till graviditets-, förlossnings- och eftervården har utvecklats positivt på samtliga indikatorer under perioden 2021–2025. Även under det senaste året är resultaten likvärdiga eller bättre för samtliga indikatorer jämfört med föregående år.
- Trots en positiv utveckling är tillgängligheten till eftervården ett fortsatt utvecklingsområde. Under perioden 2021–2025 har andelen som går på eftervårdsbesök ökat med 3 procentenheter.

Regional spridning, 2025

- Det finns viss spridning i alla indikatorer för tillgänglig vård. Jämfört med förra årets uppföljning är de regionala skillnaderna liknande.
- Det finns tydliga skillnader vad gäller hur lätt gravida tycker att det är att komma i kontakt med barnmorskan i mödrahälsovården. Högst andel hade Region Gävleborg där 95 procent uppgav att det var lätt att komma i kontakt med barnmorskan i mödrahälsovården, lägst andel hade Region Östergötland (64 procent).

Fördjupade frågeställningar

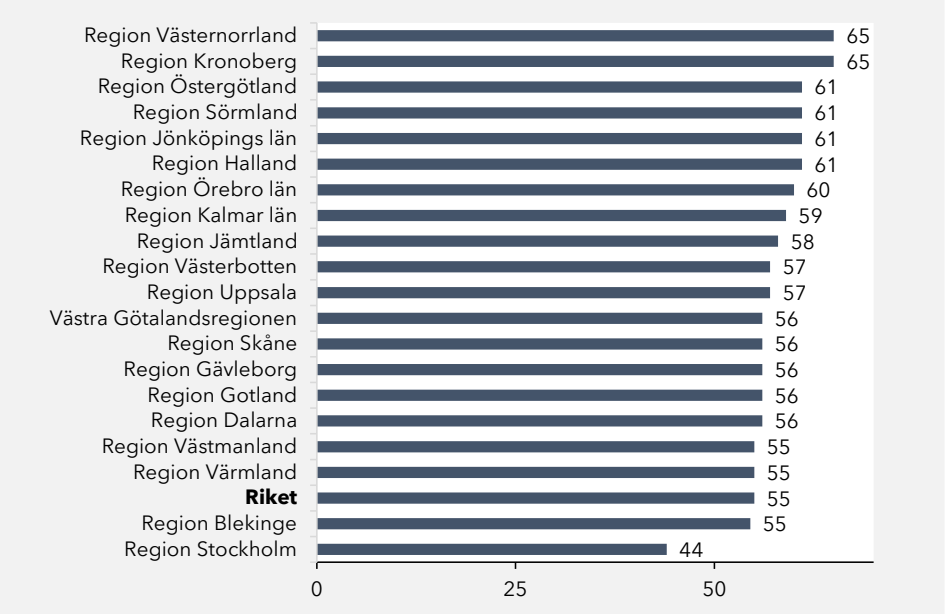
Hur lång tid tar det från utskrivning till eftervårdsbesök?

Eftervården är ett viktigt utvecklingsområde inom graviditetsvårdkedjan. För att kvinnor ska få stöd och uppföljning efter graviditet och förlossning behöver vården vara tillgänglig även efter att kvinnan har lämnat sjukhuset. En central del av detta är att kvinnor erbjuds kontakt med vården och möjlighet till uppföljning inom en rimlig tid efter förlossningen. En tillgänglig vård handlar därmed inte endast om att erbjuda eftervårdsbesök utan också om i vilken utsträckning kvinnor tar del av erbjudandet och när de genomförs. [1]

Socialstyrelsens rekommenderas att kvinnor erbjuds eftervårdsbesök cirka 6–16 veckor efter förlossningen. Syftet är att följa upp kvinnans fysiska och psykiska hälsa samt fånga upp eventuella besvär. [5] Mot denna bakgrund undersöks dels hur lång tid det går från utskrivning till genomfört eftervårdsbesök, dels om kvinnors upplevelser skiljer sig mellan dem som har respektive inte har deltagit i eftervårdsbesök.

Resultaten för 2025 visar att mediantiden från utskrivning till eftervårdsbesök var 55 dagar i riket, vilket motsvarar knappt åtta veckor. Det fanns regionala skillnader i hur lång tid det tog till eftervårdsbesök. Kortast tid från utskrivning till eftervårdsbesök hade Region Stockholm, där mediantiden var 44 dagar. Längst mediantid hade Region Västernorrland och Region Kronoberg, med 65 dagar, se Figur 5. På nationell nivå genomförs eftervårdsbesöken i huvudsak inom det rekommenderade intervallet om 6–12 veckor efter förlossning.

Figur 5: Mediantid från utskrivning till eftervårdsbesök (antal dagar), per region, 2025.

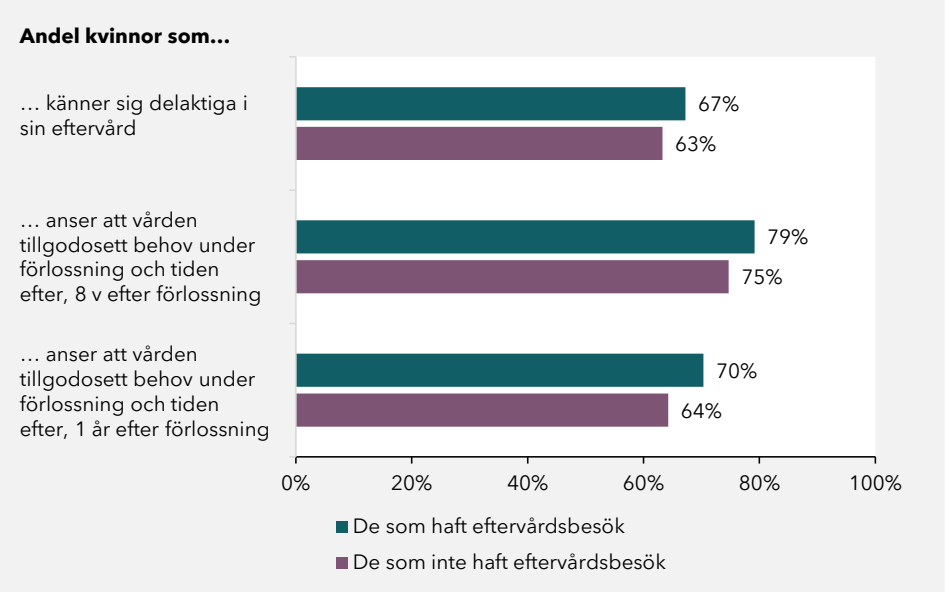


Källa: Graviditetsregistret.
Noter: Skillnader i inrapportering som beror på olika lokala arbetssätt och rutiner för journalföring kan påverka när besök registreras och redovisas. Även den genomsnittliga tiden till eftervårdsbesök har analyserats. Resultaten skiljer sig endast marginellt från de som redovisas. Data saknas för Region Norrbotten.

Påverkar deltagande i eftervårdsbesök kvinnors upplevelse av eftervården?

Resultaten från Graviditetsenkäten för 2025 pekar på att kvinnor som deltagit i eftervårdsbesök genomgående rapporterar mer positiva erfarenheter än kvinnor som inte deltagit. Skillnaden är tydligast ett år efter förlossningen då andelen som ansåg att vården hade tillgodosett deras behov var sex procentenheter högre bland kvinnor som deltagit i eftervårdsbesök, se Figur 6. Att skillnaderna är mindre vid åttaveckorsuppföljningen kan bero på att alla kvinnor ännu inte hunnit genomföra sitt eftervårdsbesök när enkäten besvaras. Resultaten kan indikera ett samband mellan deltagande i eftervårdsbesök och kvinnors upplevelse av stöd och uppföljning efter förlossningen.

Figur 6: Upplevelse av eftervården, fördelat på de som har respektive inte har deltagit på eftervårdsbesök, 2025.



Källa: Resultat från Graviditetsenkäten som har samkörts med uppgifter från Graviditetsregistret.
Not: Data saknas för Region Norrbotten som därmed ej ingår i analysen.

Resultaten bör samtidigt tolkas med viss försiktighet. Kvinnor som deltar respektive inte deltar i eftervårdsbesök kan skilja sig åt avseende exempelvis hälsa, vårdbehov och tidigare erfarenheter av vården. De redovisade resultaten ger därför inte underlag för att avgöra i vilken utsträckning skillnaderna i upplevelse beror på eftervårdsbesöket i sig eller på andra faktorer som samvarierar med deltagandet.

En säker vård

En grundläggande förutsättning för god vårdkvalitet är att hälso- och sjukvården bedrivs på ett säkert sätt. Patientsäkerhet utgör därför en central del av vårdens kvalitetsarbete och regleras bland annat genom patientsäkerhetslagen (2010:659) [13]. I patientsäkerhetslagen tydliggörs hälso- och sjukvårdens ansvar för att förebygga vårdskador. Enligt lagen definieras en vårdskada som lidande, fysisk eller psykisk skada, sjukdom eller dödsfall som hade kunnat undvikas genom adekvata åtgärder inom hälso- och sjukvården [14]. Det centrala i begreppet är därmed skadans undvikbarhet.

Patientsäkerhet har även en stark förankring i medicinsk etik. Detta kommer bland annat till uttryck i principen att inte skada, vilken utgör en av medicinetikens fyra grundprinciper [15]. Att förebygga vårdskador kan därmed betraktas som såväl en juridisk skyldighet som ett grundläggande etiskt ansvar inom hälso- och sjukvården.

Inom mödrahälso- och förlossningsvården omfattar arbetet med säker vård bland annat att förebygga, identifiera och behandla komplikationer och skador som kan uppstå i samband med graviditet, förlossning och tiden efter förlossningen. Det handlar exempelvis om att minska risken för allvarliga bristningar, stora blödningar och andra komplikationer som kan påverka kvinnors och barns hälsa [1].

En patientsäker hälso- och sjukvård förutsätter ett aktivt och systematiskt arbete med att identifiera och hantera risker innan de leder till vårdskada. Kunskap och medvetenhet om svagheter i vårdens processer skapar förutsättningar för ett proaktivt förbättringsarbete. Genom att omsätta sådan kunskap i förebyggande åtgärder kan vårdens säkerhet förbättras och risken för vårdskador minska.

Sammanfattning av utvalda indikatorer

	Nuläge	Utveckling över tid					Regional spridning
			2021	2022	2023	2024	2025	
Andel allvarliga bristningar, grad 3–4 (icke instrumentell vaginal förlossning*)[2]	2,3%	↗	*2,1%*	*2,1%*	*2,2%*	*2,2%*	*2,3%*	Önskvärt → 3,4% 1,7%
Andel stora blödningar (≥1000 ml)* vid icke instrumentella* vaginala förlossningar[2]	7,1 %	↗	*6,5%*	*6,8%*	*6,8%*	*6,9%*	*7,1%*	Önskvärt → 8,7 % 4,8 %
Andel stora (≥1 000 ml) blödningar vid kejarsnitt[2]	17 %	↗	*16%*	*17%*	*18%*	*19%*	*17%*	Önskvärt → 34 % 8 %
Andel Apgar* <7 vid 5 min. (≥v.37+0)[2]	1,5%	↗	*1,2%*	*1,3%*	*1,4%*	*1,3%*	*1,5%*	Önskvärt → 3,1% 1,0%
Antal vårdrelaterade sepsisperioder inom neonatalvården per 1 000 vårddygn (inom tre dygn)**[3]	1,3	↗	*1,0*	*1,0*	*0,9*	*1,1*	*1,3*	Önskvärt → 4,0 0
Andel som mått psykiskt dåligt efter graviditet och förlossning (0-1 år efter)[1]	14%	↘	*15%*	*15%*	*14%*	*14%*	*14%*	Önskvärt → 16% 11%
Andel som mått fysiskt dåligt efter graviditet och förlossning (0-1 år efter)[1]	10%	↘	*12%*	*11%*	*11%*	*10%*	*10%*	Önskvärt → 14% 8%
Andel som uppsökt sjukvården inom två månader efter förlossningen pga. besvär/komplikationer[1]	20%	→	*20%*	*19%*	*20%*	*20%*	*20%*	23% 15%
Andel som fått besvär eller komplikationer som berodde på förlossningen, som de inte förväntat sig[1]	39%	→	*39%*	*39%*	*39%*	*39%*	*39%*	Önskvärt → 42% 33%

Källor: [1]) Graviditetsenkäten; [2]) Graviditetsregistret; [3]) Neonatalvårdsregistret.

Not: För indikatorer med Graviditetsregistret som källa saknas data för Region Norrbotten.

* Se fullständig definition i Bilaga 2 – Definitioner.

** Av samtliga regioner är det åtta regioner som har noll registrerade sepsisepisoder. Detta kan bero på att inga sepsisepisoder har registrerats, eller att rapportering inte har genomförts.

Beskrivning av nuläge, utveckling över tid och regional spridning

Nuläge, 2025

- Allvarliga bristningar (grad 3 eller 4) var ovanliga vid icke-instrumentella förlossningar och inträffade vid cirka 1 av 50 förlossningar (2,3 procent).
- Andelen stora blödningar (≥ 1000 ml) var vanligare vid kejsarsnitt (17 procent) och mindre vanligt vid icke instrumentella vaginala förlossningar (7,1 procent).
- Var femte födande har uppgett att de sökt vård inom två månader efter förlossning på grund av besvär eller komplikationer.

Utveckling över tid, 2021–2025

- Vissa negativa trender som har uppmärksammats de senaste åren kvarstår, bland annat har andelen allvarliga bristningar och stora blödningar ökat något. Andelen allvarliga bristningar vid icke instrumentella vaginala förlossningar har ökat från 2,1 till 2,3 procent under perioden. Under en längre tidsperiod, mellan 2014 och 2025, har dock andelen allvarliga bristningar minskat något (från 2,4 till 2,3 procent).
- Andelen stora blödningar har ökat något under perioden, både vid vaginal icke instrumentell förlossning (från 6,5 till 7,1 procent) och vid kejsarsnittsförlossning (från 16 till 17 procent).
- Indikatorerna som mäter hur många som uppger att de mått psykiskt respektive fysiskt dåligt ett år efter förlossningen har båda utvecklats positivt.

Regional spridning, 2025

- Det finns betydande variationer mellan regionerna för alla indikatorer för medicinska utfall under 2025. Det är viktigt att beakta att variationer i patientgruppernas sammansättning mellan regionerna kan påverka utfallet.
- Andelen allvarliga bristningar vid icke instrumentella förlossningar varierar mellan 1,7 procent i Region Västernorrland och 3,4 procent i Region Jämtland Härjedalen.
- Andelen stora blödningar vid icke instrumentell vaginal förlossning varierar mellan 4,8 procent i Region Värmland och 8,7 procent i Region Jämtland Härjedalen.

Fördjupade frågeställning

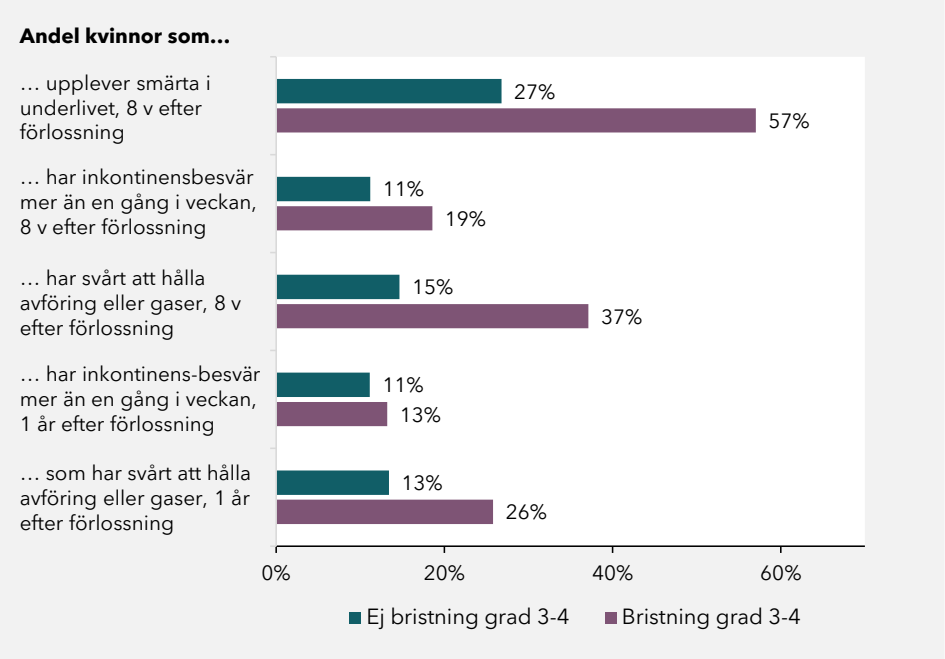
Påverkar bristningsgrad vilka fysiska besvär som kvinnor rapporter efter graviditet och förlossning?

Bristningar kan leda till fysiska besvär efter förlossning, till exempel svårigheter att kontrollera gaser och avföringsinkontinens [16]. Bristningsregistret bidrar till uppföljning och utvärdering av de medicinska resultaten vid handläggning av förlossningsbristningar. Registret har funnits sedan 2014 [17] och omfattade till en början endast bristningar av grad 3 och 4. Under senare år har uppföljningen successivt kommit att även omfatta kvinnor med bristningar av grad 2. En anledning är att även dessa kvinnor kan drabbas av kvarstående besvär efter förlossningen, samtidigt som grad 2-bristningar är betydligt vanligare än grad 3–4-bristningar. Informationen i registret ger klinikerna återkoppling på den medicinska handläggningen och skapar bättre förutsättningar för att identifiera kvinnor med kvarstående besvär och erbjuda adekvat uppföljning [16].

I förra årets analysrapport undersöktes de fysiska besvär efter graviditet och förlossning som kvinnor rapporterade i Graviditetsenkäten [18]. Syftet med denna fördjupning är att på en övergripande nivå undersöka hur förekomsten av fysiska besvär skiljer sig mellan kvinnor med och utan förlossningsbristning av grad 3 och 4.

Resultaten visar att en nästan dubbelt så stor andel kvinnor med allvarliga bristningar (grad 3–4) upplevde smärta i underlivet åtta veckor efter förlossningen jämfört med kvinnor utan allvarlig bristning. Även avseende inkontinensbesvär mer än en gång i veckan var andelen högre bland kvinnor med allvarliga bristningar än bland kvinnor utan allvarlig bristning åtta veckor efter förlossningen. Ett år efter förlossningen var skillnaden mellan grupperna mindre, då andelen som upplevde inkontinensbesvär mer än en gång i veckan var drygt tio procent i båda grupperna, se Figur 7.

Figur 7: Andel kvinnor som upplever fysiska besvär efter förlossning, uppdelat på ej bristning grad 3–4 och bristning grad 3–4, 2025.



Källa: Resultat från Graviditetsenkäten som har samkörts med uppgifter från Graviditetsregistret.
Not: Data saknas för Region Norrbotten som därmed ej ingår i analysen.

Besvär med att hålla avföring eller gaser rapporterades av en högre andel kvinnor med allvarliga bristningar än av kvinnor utan allvarlig bristning åtta veckor efter förlossningen. Åtta veckor efter förlossningen uppgav närmare 40 procent av de svarande kvinnorna med allvarliga bristningar att de hade besvär med att hålla avföring eller gaser, jämfört med 15 procent bland kvinnor utan allvarlig bristning. Vid ettårsuppföljningen hade andelen kvinnor som uppgav svårigheter att hålla avföring eller gaser minskat från 15 till 13 procent bland kvinnor utan allvarlig bristning. Bland kvinnor med allvarlig bristning hade motsvarande andel minskat från 37 till 26 procent. Skillnaden mellan grupperna kvarstod därmed även ett år efter förlossningen. Det ska dock noteras att svarsfrekvensen var något lägre ett år efter förlossningen jämfört med åtta veckor efter förlossningen, vilket kan ha påverkat resultaten vid ettårsuppföljningen.

Sammantaget visar resultaten att kvinnor med allvarliga bristningar i högre utsträckning rapporterade vissa fysiska besvär efter förlossningen än kvinnor utan allvarlig bristning. Skillnader sågs både för upplevd smärta i underlivet och

svårigheter att hålla avföring eller gaser åtta veckor efter förlossningen, och skillnader kvarstod även vid uppföljningen efter ett år vad gäller svårigheter att hålla avföring eller gaser. Resultaten visar att vissa fysiska besvär förekommer även ett år efter förlossningen, särskilt svårigheter att hålla avföring eller gaser, vilket talar för att uppföljningen efter förlossningsbristningar behöver fånga upp kvarstående besvär över tid.

En kunskapsbaserad vård

En kunskapsbaserad vård utgår från bästa tillgängliga kunskap, där vetenskaplig evidens och beprövad erfarenhet utgör centrala kunskapskällor. Inom svensk hälso- och sjukvård finns bland annat ett nationellt system för kunskapsstyrning som syftar till att främja en kunskapsbaserad vård. Inom ramen för detta system tas nationella kunskapsstöd fram gemensamt, medan regionerna ansvarar för att implementera dem i verksamheterna. Regionerna ansvarar även för att följa upp och analysera vårdens resultat samt för att stödja verksamhetsutveckling och ledarskap inom hälso- och sjukvården [19]. Inom mödrahälso- och förlossningsvården bedrivs arbetet med kunskapsstyrning inom det nationella programområdet för kvinnosjukdomar och förlossning [20].

En viktig del av kunskapsstyrningen inom hälso- och sjukvården är de nationella kvalitetsregistren. I Sverige finns cirka 150 kvalitetsregister inom hälso- och sjukvårdsområdet [21]. Registren bidrar med underlag för uppföljning och analys av vårdens resultat och andra kvalitetsmått [22]. Ett av dessa register är Graviditetsregistret, det nationella kvalitetsregistret för mödrahälso- och förlossningsvård samt fosterdiagnostik. Graviditetsregistret utgör även en av flera datakällor som ligger till grund för denna analysrapport.

Utöver nationella kvalitetsregister, vetenskapliga artiklar och klinisk erfarenhet finns flera andra kunskapskällor som bidrar till utvecklingen av en kunskapsbaserad vård. Bland dessa ingår rapporter, riktlinjer och andra kunskapsunderlag som tas fram av svenska myndigheter. Socialstyrelsen publicerar bland annat nationella riktlinjer för att stödja prioriteringar och beslut om resursfördelningen inom hälso- och sjukvården. För graviditets- och förlossningsvården utgör Socialstyrelsens nationella riktlinjer för graviditet, förlossning och tiden efter förlossningen ett centralt kunskapsstöd [5].

För kvinnan innebär en kunskapsbaserad vård att vård, behandling och rådgivning utgår från bästa tillgängliga kunskap och ges på ett likvärdigt sätt oavsett var i landet hon får vård. Det är därför viktigt att rekommendationer och kunskapsstöd omsätts i klinisk praktik och att vårdens arbetssätt i hög utsträckning bygger på aktuell kunskap och evidens [1].

Sammanfattning av utvalda indikatorer

Andel kvinnor...	Nuläge	Utveckling över tid					Regional spridning
			2021	2022	2023	2024	2025	
...som screenats för riskbruk av alkohol* vid inskrivningen till mödrahälsovården[2]	95%	↗	93%	92%	93%	94%	95%	Önskvärt → 84% 99%
...som tillfrågats om våldsutsatthet* under sin graviditet[2]	96%	→	96%	96%	96%	95%	96%	Önskvärt → 91% 98%
...som deltagit i föräldraskaps-stödjande insatser (förstföderskor)[2]	67%	↗	38%	48%	55%	61%	67%	29% 94%
...med akuta kejsarsnitt enligt Robson* 1 och 2b[2]	14%	↗	12%	13%	14%	14%	14%	Önskvärt → 18% 9%
...vars barn låg hud mot hud direkt efter förlossning tills barnet sugit eller somnat[1]	72%	↗	69%	69%	70%	70%	72%	Önskvärt → 62% 77%
...som fick stöd av personalen vid den första amningen, i önskad utsträckning[1]	75%	↗	70%	72%	73%	74%	75%	Önskvärt → 70% 86%
...som vid problem med amningen fått stöd från vården i önskad utsträckning[1]	63%	↗	56%	58%	61%	63%	63%	Önskvärt → 57% 72%

Källor: [1]) Graviditetsenkäten; [2]) Graviditetsregistret.

Not: För indikatorer med Graviditetsregistret som källa saknas data för Region Norrbotten.

* Se definition i Bilaga 2 – Definitioner.

Beskrivning av nuläge, utveckling över tid och regional spridning

Nuläge, 2025

- Socialstyrelsen rekommenderar att gravida screenas för riskbruk av alkohol och tillfrågas om våldsutsatthet, och målet är minst 95 procent för respektive indikator. Utfallet 2025 visar att totalt 95 procent screenades för riskbruk av alkohol och 96 procent tillfrågades om våldsutsatthet. Totalt nådde tio respektive 14 regioner respektive målvärde.
- Andelen kvinnor som upplevde att de fick stöd av personalen vid första amningen i önskad utsträckning var 75 procent. Bland de som upplevde problem med amning uppgav 63 procent att de fått stöd från vården i önskad utsträckning.
- Andelen födande som uppgav att deras barn låg hud-mot-hud direkt efter förlossningen tills barnet sugit eller somnat var 72 procent.

Utveckling över tid, 2021–2025

- Merparten av de utvalda indikatorerna inom området kunskapsbaserad vård har haft en positiv utveckling under perioden. Ett undantag är andelen akuta kejsarsnitt enligt Robson 1 och 2b, som ökade från 12 till 14 procent.
- Båda indikatorerna för amningsstöd har haft en positiv utveckling under perioden 2021–2025. Exempelvis har andelen som upplever att de fått stöd vid problem med amning ökat från 56 till 63 procent mellan 2021 och 2025.

Regional spridning, 2025

- Det finns fortsatt regionala skillnader inom området kunskapsbaserad vård.
- I Region Kronoberg uppgav 72 procent att de fick stöd av vården i önskad utsträckning vid problem med amningen, jämfört med 57 procent i Region Jämtland Härjedalen.
- Indikatorerna för riskbruk av alkohol och våldsutsatthet har mindre variation mellan regionerna än flera andra mått. Samtidigt visar resultaten att det fortfarande finns regioner som inte når upp till målnivån. För screening av riskbruk av alkohol är skillnaden mellan regionen med högst respektive lägst resultat 15 procentenheter. I Region Värmland screenades 99 procent, jämfört med 84 procent i Region Kronoberg.
- Skillnaden mellan regionerna är mindre för andelen som tillfrågats om våldsutsatthet (sju procentenheter). I Region Norrbotten tillfrågades 91 procent om våldsutsatthet, i jämförelse var det fem regioner där 98 procent tillfrågades däribland Region Bleking och Region Kalmar.

Fördjupade frågeställningar

Har deltagande i föräldraskapsstödjande insatser förändrats över tid?

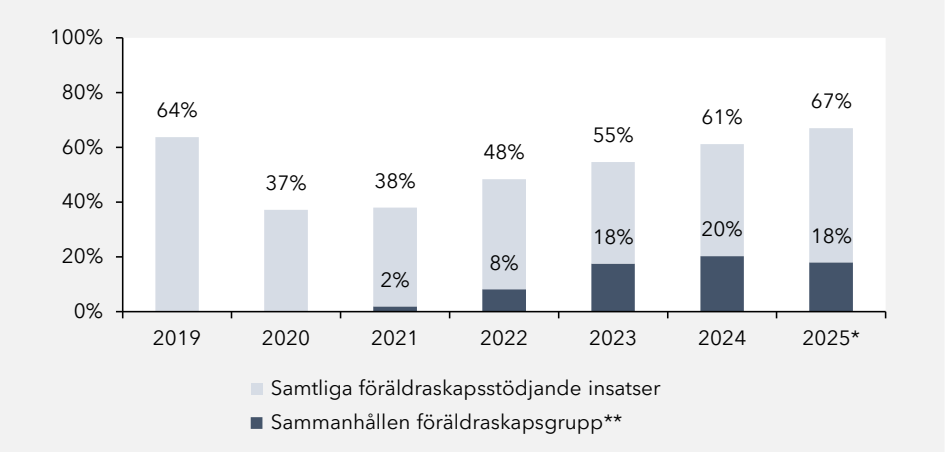
Enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer 2026 rekommenderas *Nationellt basprogram för graviditetsövervakning* med högsta prioritet. I basprogrammet ingår att erbjuda föräldraskapsstöd, för att stärka förmågan att möta barnets behov och underlätta omställningen efter förlossningen [5].

Föräldraskapsstödjande insatser syftar till att stärka blivande föräldrar under graviditet, inför förlossningen och det blivande föräldraskapet. [23] Utformningen av stödet och deltagandet varierar mellan regioner, men även mellan olika barnmorskemottagningar inom samma region. [24] Några vanligt förekommande former av föräldraskapsstödjande insatser är mindre sammanhållna grupper, storföreläsningar och digitala informationstillfällen.

I Socialstyrelsens kunskapsstöd rekommenderas att gravida och deras partner eller medförälder bör erbjudas föräldraskapsstödjande insatser i mindre grupper tillsammans med andra blivande föräldrar. Enligt myndigheten kan sådana grupper bland annat stärka föräldrarnas tilltro till den egna förmågan, underlätta omställningen efter förlossningen, främja amning samt bidra till att bygga sociala nätverk med andra blivande föräldrar. [23]

Resultaten visar att andelen förstföderskor som deltagit i någon form av föräldraskapsstödjande insatser varierade över perioden 2019–2025. I samband med Covid-19 pandemin minskade deltagandet kraftigt, från 64 procent 2019 till 37 procent 2020. Sedan dess har deltagandet ökat succesivt och uppgår 2025 till 67 procent. Under delar av perioden är det även möjligt att följa deltagandet i sammanhållna föräldraskapsgrupper, och andelen som deltagit har ökat från 2 procent 2020 till cirka 20 procent 2025, se Figur 8.

Figur 8: Förstföderskors deltagande i föräldraskapsstödjande insatser, fördelat på samtliga insatser och sammanhållen föräldraskapsgrupp, 2019–2025.

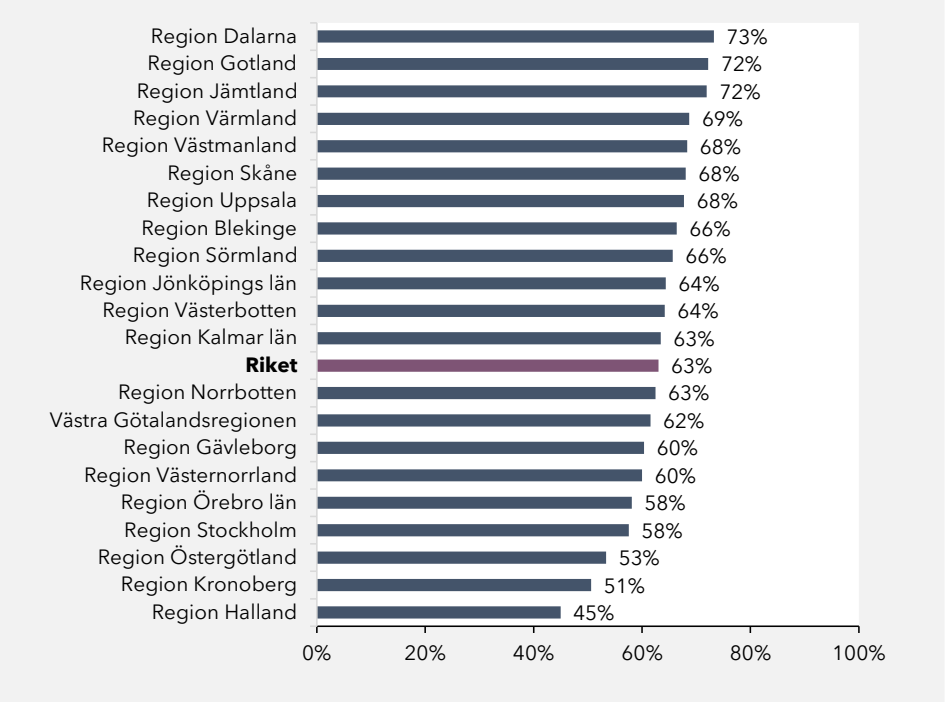


Källa: Graviditetsregistret.
Not: Data saknas för Region Norrbotten som därmed ej ingår i analysen.
* Data för 2025 finns till och med 2025-08-31. ** Data för deltagande i sammanhållen föräldraskapsgrupp finns för perioden 2021-01-01–2025-08-31.

Skiljer sig upplevelsen av föräldragruppsträffarna mellan regioner och grupper?

I Graviditetsenkäten får kvinnan själv svara på om hon upplevde sitt deltagande i föräldragruppsträffar som värdefullt. Resultaten från 2025 visar att 63 procent av de svarande upplever föräldragruppsträffarna som värdefulla och att andelen varierar mellan regionerna. I Region Dalarna, Region Gotland och Region Jämtland var andelen över 70 procent, jämfört med 45 procent i Region Halland, se Figur 9. Variationerna kan ha flera möjliga förklaringar, däribland skillnader i gruppernas sammansättning samt i hur föräldraskapsstödet organiseras och genomförs, exempelvis genom sammanhållna gruppträffar eller digitala träffar.

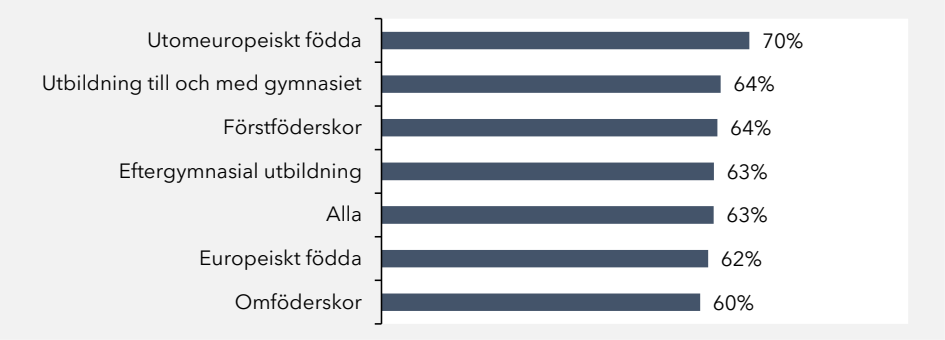
Figur 9: Andel kvinnor som upplever sitt deltagande i föräldraskapsträffar som värdefullt, per region, 2025.



Källa: Resultat från Graviditetsenkäten.

Andelen kvinnor som upplevde deltagandet i föräldragruppsträffar som värdefullt var högst bland utomeuropeiskt födda kvinnor (70 procent). Bland förstföderskor var andelen 64 procent och bland omföderskor 60 procent, vilket motsvarar en skillnad på fyra procentenheter, se Figur 10. Större skillnader mellan förstföderskor och omföderskor hade kunnat indikera att föräldraskapsstödet i högre grad behöver anpassas efter gruppernas delvis olika behov och förutsättningar. Den begränsade skillnaden kan tala för att det stöd som erbjuds i viss utsträckning är relevant för båda grupperna. Resultaten kan dock påverkas av andra faktorer, exempelvis vilka kvinnor som deltar i föräldragruppsträffar samt hur stödet organiseras och genomförs.

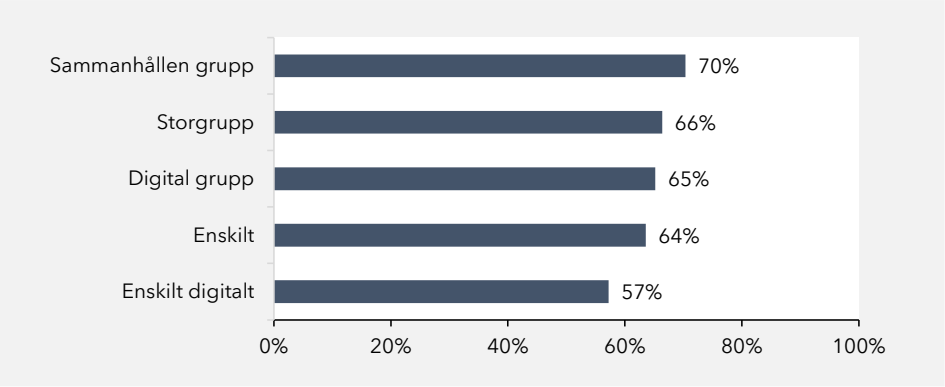
Figur 10: Andel kvinnor som upplever sitt deltagande i föräldragruppsträffar som värdefullt, uppdelat på olika patientgrupper, 2025.



Källa: Resultat från Graviditetsenkäten som har samkörts med uppgifter från Graviditetsregistret.
Not: Data saknas för Region Norrbotten som därmed ej ingår i analysen.

Andelen kvinnor som upplevde deltagandet som värdefullt var högst bland dem som deltagit i en sammanhållen grupp (70 procent). En sammanhållen grupp innebär vanligtvis att en mindre grupp med samma deltagare träffas vid flera tillfällen. Denna form kan skapa förutsättningar för kontinuitet, delaktighet och sociala kontakter mellan deltagarna [5]. Lägst var andelen bland kvinnor som tagit del av enskilt digitalt stöd (57 procent), se Figur 11.

Figur 11: Andel kvinnor som upplever sitt deltagande i föräldragruppsträffar som värdefullt, fördelat på vilken typ av stöd de tagit del av, 2025.



Källa: Resultat från Graviditetsenkäten som har samkörts med uppgifter från Graviditetsregistret.
Not: Data saknas för Region Norrbotten som därmed ej ingår i analysen.



En jämlik vård

En jämlik vård innebär att bemötande, vård och behandling ges på lika villkor, oavsett ålder, kön, funktionsnivå, utbildningsnivå, bostadsort, social ställning, härkomst, etnisk eller religiös tillhörighet och sexuell läggning. Vården ska därmed bedrivas med respekt för alla människors lika värde. Jämlik vård innebär dock inte att alla patienter ska erbjudas samma vård, utan att vårdens insatser behöver anpassas utifrån individens behov och förutsättningar [25]. För att främja en jämlik vård kan det därför krävas anpassningar för grupper vars behov riskerar att inte tillgodoses inom vården. Det kan exempelvis handla om kvinnor med funktionsnedsättning eller migrationserfarenhet, kvinnor som befinner sig i social utsatthet samt hbtqi-personer [26].

En mer jämlik mödra- och förlossningsvård utgör ett av insatsområdena i den statliga satsningen för att stärka vården för kvinnor [25]. Tidigare har skillnader framför allt identifierats mellan kvinnor med olika utbildningsnivåer samt mellan kvinnor födda i Sverige och kvinnor födda utanför Europa. Skillnader har bland annat observerats i andelen kvinnor som får vård för förlossningsrädsla, förekomsten av allvarliga bristningar i samband med förlossning samt deltagandet i eftervårdsbesök.

För att bättre förstå och motverka dessa ojämlikheter behövs fördjupade analyser av de faktorer som påverkar kvinnors tillgång till vård och vårdens utfall. Särskild uppmärksamhet behöver riktas mot vårdens organisation, styrning och resursfördelning samt personalens kompetens, etablerade rutiner och arbetssätt. En fördjupad förståelse för dessa faktorer är central för att kunna utveckla insatser som främjar en mer jämlik mödrahälso- och förlossningsvård [25].

Sammanfattning av utvalda indikatorer

Andel...		Bland födande...	Nuläge	Utveckling över tid				
					2021	2022	2023	2024	2025
...som upplevt att de fått tillräckligt med information om sin graviditet från mödra-hälsovården[1]	Alla födande 84%	Födda utanför Europa	87%	↗	*82%*	*85%*	*85%*	*87%*	*87%*
		Med högst gymnasieutbildning	85%	↗	*84%*	*84%*	*85%*	*85%*	*85%*
...trygga med vården under förlossning[1]	Alla födande 90%	Födda utanför Europa	89%	↗	*86%*	*88%*	*88%*	*89%*	*89%*
		Med högst gymnasieutbildning	90%	↗	*88%*	*89%*	*90%*	*90%*	*90%*
...akuta kejsarsnitt enligt Robson* 1 och 2b[2]	Alla födande 14%	Födda utanför Europa	19%	↗	*18%*	*18%*	*18%*	*18%*	*19%*
		Med högst gymnasieutbildning	14%	↗	*13%*	*14%*	*14%*	*15%*	*14%*
...allvarliga bristningar, grad 3-4 (icke instrumentell vaginal förlossning)[2]	Alla födande 2,3%	Födda utanför Europa	3,2%	↗	*2,8%*	*2,9%*	*3,1%*	*3,2%*	*3,2%*
		Med högst gymnasieutbildning	2,2%	↗	*1,9%*	*1,8%*	*2,0%*	*1,9%*	*2,2%*
...kvinnor som varit på eftervårdsbesök efter sin förlossning[2]	Alla födande 89 %	Födda utanför Europa	85%	↗	*81%*	*81%*	*82%*	*85%*	*85%*
		Med högst gymnasieutbildning	87%	↗	*84%*	*85%*	*85%*	*87%*	*87%*

Källa: [1]) Resultat från Graviditetsenkäten som har samkörts med uppgifter från Graviditetsregistret; [2]) Graviditetsregistret.

Not: Data saknas för Region Norrbotten som därmed ej ingår i analysen.

* Se definition i Bilaga 2 – Definitioner.

Beskrivning av nuläge, utveckling över tid och regional spridning

Nuläge, 2025

- Resultaten visar att det förekommer mindre skillnader i kvinnors upplevelse och medicinska utfall beroende på härkomst och utbildningsnivå.
- Andelen kvinnor som kände sig tillräckligt informerade om sin graviditet från mödrahälsovården var något högre bland utomeuropeiskt födande jämfört med alla födande.
- Avseende medicinska utfallsmått var frekvensen akuta kejsarsnitt enligt Robson 1 och 2b samt andelen allvarliga bristningar vid icke instrumentella vaginala förlossningar högre bland utomeuropeiskt födda jämfört med motsvarande andelar för alla födande. Som tidigare nämnts, har motsvarande trend observerats för alla födande.
- Kvinnor födda utanför Europa gick på eftervårdsbesök i en något lägre utsträckning jämfört mot alla födande 2025 (85 jämfört med 89 procent).

Utveckling över tid, 2021–2025

- Samtliga indikatorer som undersöks för grupperna utomeuropeiskt födda respektive utbildningsnivå till och med gymnasienivå följer den generella utvecklingen som gäller för alla födande.
- Både för gruppen kvinnor födda utanför Europa och för de med högst gymnasieutbildning har andelen allvarliga bristningar ökat något över tid.
- Oavsett grupp har det skett en positiv utveckling när det gäller kvinnors upplevelse av att de har fått tillräckligt med information om sin graviditet från mödrahälsovården och upplevd trygghet under förlossning. Andelen kvinnor som går på eftervårdsbesök har också ökat för alla grupper.

Fördjupade frågeställning

Skiljer sig upplevelsen av bemötandet i vården mellan kvinnor med och utan obesitas?

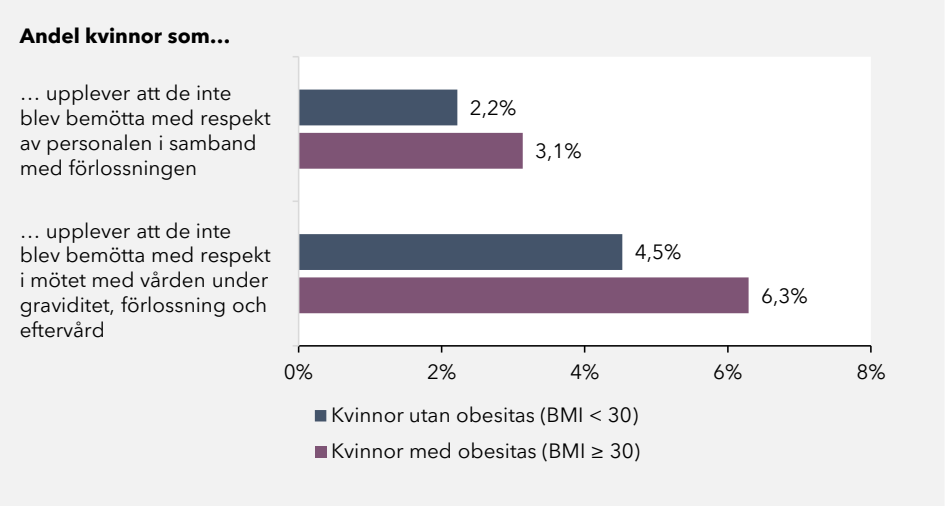
En jämlik vård innebär att vården anpassas efter individers olika behov och förutsättningar för att alla ska ges likvärdiga möjligheter att få vård av god kvalitet. [1] För vissa grupper kan detta innebära behov av särskilda insatser eller anpassningar. Ett exempel är kvinnor med obesitas, en grupp som har ökat i omfattning under de senaste decennierna och som i flera sammanhang har identifierats som särskilt viktig att uppmärksamma inom graviditetsvårdkedjan. [23]

Socialstyrelsen framhåller att vården och bemötandet av dem som har obesitas behöver stärkas. [23] De tillhör en grupp som ofta möter stigma, negativa attityder och fördomar, även i kontakten med hälso- och sjukvården. För att motverka detta rekommenderar myndigheten att hälso- och sjukvårdspersonal inom mödrahälsovården erbjuds kompetensutveckling om obesitas, bland annat med fokus på bemötande och personcentrerad vård. Som stöd för detta har myndigheten tagit fram en nationell webbutbildning[2] om obesitas, bemötande och behandling.

Resultaten för 2025 pekar på att kvinnor med obesitas i högre utsträckning uppger att de inte har blivit bemötta med respekt av vårdpersonalen än kvinnor utan obesitas. Bland kvinnor med obesitas uppger 3,1 procent att de inte blev bemötta med respekt av personalen i samband med förlossningen, jämfört med 2,2 procent bland kvinnor utan obesitas. Motsvarande andelar för upplevelsen av vården genom hela graviditetsvårdkedjan är 6,3 respektive 4,5 procent. Resultaten framgår av Figur 12. Det motsvarar att kvinnor med obesitas upplever att de inte blivit bemötta med respekt i omkring 40 procent högre grad än kvinnor utan obesitas. Skillnaden återkommer både i upplevelsen av vården under förlossningen och i den samlade upplevelsen av graviditetsvårdkedjan.

[2] Webbutbildningen finns tillgänglig på Socialstyrelsen hemsida.

Figur 12: Andel kvinnor som anger att de inte blivit bemötta med respekt, fördelat på kvinnor med respektive utan obesitas, 2025.



Källa: Resultat från Graviditetsenkäten som har samkörts med uppgifter från Graviditetsregistret.
Not: Data saknas för Region Norrbotten som därmed ej ingår i analysen.

Det ska poängteras att de allra flesta kvinnor upplever att de blir bemötta med respekt i vården. Samtidigt kan resultaten ses som en indikation på att kvinnor med obesitas inte upplever ett respektfullt bemötande genom graviditetsvårdkedjan i samma utsträckning som andra kvinnor.

Skillnaderna kan spegla brister i bemötandet av kvinnor med obesitas, men kan också påverkas av skillnader i vårdbehov, vårdkonsumtion och medicinsk komplexitet. Kvinnor med obesitas har ofta behov av utökad uppföljning under graviditet och förlossning, vilket kan innebära fler vårdkontakter och fler situationer där bemötandet prövas. Samtidigt ligger resultaten i linje med Socialstyrelsens beskrivning av att personer med obesitas är en grupp som riskerar att möta stigma och negativa attityder i kontakten med hälso- och sjukvården. Resultaten kan därför ses som en indikation på att frågor om bemötande och jämlik vård fortsatt är relevanta att uppmärksamma för denna grupp, även om orsakerna bakom de observerade skillnaderna inte kan fastställas utifrån resultaten i Graviditetsenkäten.



Kvinnors sexuella och reproduktiva hälsa och rättigheter genom livet

Sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR) definieras som ”*ett tillstånd av fysiskt, känslomässigt, psykiskt och socialt välbefinnande i förhållande till alla aspekter av sexualitet och reproduktion*” [27]. God sexuell och reproduktiv hälsa innefattar därmed välbefinnande och möjligheten att få sina mänskliga rättigheter tillgodosedda, och innebär således mer än enbart frånvaro av sjukdom, skada eller dysfunktion. SRHR är därför av stor betydelse för kvinnors möjligheter till ett välfungerande liv och ett aktivt deltagande i samhället.

På uppdrag av regeringen har Folkhälsomyndigheten tagit fram en nationell strategi för SRHR, som utgår från den internationella definitionen av området. Strategin omfattar fyra delmål: sexualitet och sexuell hälsa, reproduktion och reproduktiv hälsa, egenmakt, integritet och identitet med koppling till hälsa, samt jämlika och jämställda relationer med koppling till hälsa [28].

Hälso- och sjukvården har ett brett ansvar inom SRHR, vilket innefattar både vård och behandling av sjukdom, skada eller dysfunktion samt hälsofrämjande och förebyggande insatser. Även andra samhällsaktörer har viktiga roller inom området. Exempelvis bidrar skolan genom undervisning om sexualitet, samtycke och relationer, medan socialtjänsten och civilsamhällesorganisationer kan bidra med information, stöd och förebyggande insatser [26].

Detta kapitel syftar till att ge en övergripande bild av kvinnors SRHR. Det finns dock ett fortsatt stort behov av att utveckla indikatorer som speglar SRHR. Redovisningen nedan gör därför inte anspråk på att fånga området i sin helhet, utan redovisar ett urval av de indikatorer som uppvisar en relativt god datakvalitet över tid och för samtliga regioner. Inom enskilda regioner finns sannolikt ytterligare indikatorer som skulle kunna ge värdefull information.

Sammanfattning av utvalda indikatorer

	Nuläge	Utveckling över tid					Regional spridning
			2021	2022	2023	2024	2025	
Antal som hämtat ut preventivmedel* under året per 1 000 fertila kvinnor	279	↘	*288*	*285*	*283*	*281*	*279*	248 – 351
Andel kvinnor som uppgav att de blivit utsatta för sexualbrott under föregående år	6,2%	↘	*7,7%*	*7,5%*	*7,8%*	*6,3%*	*6,2%*	4,2% – 8,7%
Antal klamydiafall per 100 000 invånare, kvinnor och män[1]	249	↘	*289*	*312*	*306*	*249*	*249*	161 – 299
Andel kvinnor som screenats med HPV-test*[2]	84%	↗	*61%*	*70%*	*78%*	*83%*	*84%*	77% – Önskvärt → 92%
Andel kvinnor som inte sökt vård igen inom 8 veckor efter utförd hysterektomi*[3]	75%	↗	*73%*	*73%*	*74%*	*74%*	*75%*	54% – Önskvärt → 86%
Andel kvinnor som inte sökt vård igen inom 8 veckor efter inkontinensoperation*[3]	86%	↘	*88%*	*88%*	*86%*	*87%*	*86%*	72% – Önskvärt → 94%
Antal diagnoser av endometrios*[4] per 100 000 fertila kvinnor	422	↗	*374*	*371*	*396*	*404*	*422*	166 – 732
Antal patienter per 100 000 kvinnor diagnostiserade med kvinnlig infertilitet*[4]	290	↘	*359*	*329*	*321*	*286*	*290*	34 – 521
Antal patienter per 100 000 kvinnor med diagnosen "Sjukliga tillstånd i samband med klimakteriet"*[4]	1 908	↗	*1 332*	*1 365*	*1 579*	*1 681*	*1 908*	493 – 4407
Antal expedieringar per 1 000 kvinnor av hormonsubstitution* vid östrogenbristsymtom (lokalt och systemiskt verkande)[4]	308	↘	*313*	*334*	*353*	*391*	*308*	230 – 413

Källor: [1]) Folkhälsomyndigheten; [2]) Nationella kvalitetsregistret för cervixcancerprevention; Graviditetsenkäten; [3]) Nationella kvalitetsregistret inom gynekologisk kirurgi; [4]) Socialstyrelsens statistikdatabas.

Not: De regionala skillnaderna i diagnoser kan delvis bero på skillnader i diagnossättning, inrapportering och generell datakvalitet.

* Se definition i Bilaga 2 – Definitioner.

Beskrivning av nuläge, utveckling över tid och regional spridning

Nuläge, 2025

- Resultaten visar att täckningsgraden för HPV-test var 84 procent. Detta är precis under målnivån på 85 procent i både den svenska cancerstrategin och EU:s riktlinjer.
- På nationell nivå hämtade mer än var fjärde kvinna i fertil ålder ut preventivmedel minst en gång under året.

Utveckling över tid, 2021–2025

- Sammantaget har indikatorerna för SRHR utvecklats i olika riktningar sedan 2021. Till exempel har antalet kvinnor i fertil ålder som diagnostiserats med endometrios ökat under perioden, från 374 till 422 av 100 000. En möjlig förklaring är ökad medvetenhet om sjukdomen och förbättrade möjligheter att identifiera och diagnostisera endometrios.
- Andel kvinnor som screenas med HPV-test har fortsatt att utvecklas i önskad riktning även under 2025. Under 2021 screenades 61 procent och under 2025 screenades 84 procent. Därmed uppnår även fler regioner målnivån på 85 procent.
- Andelen kvinnor som inte sökt vård inom åtta veckor efter utförd hysterektomi har ökat med två procentenheter under perioden till 75 procent. Detta är fortfarande lägre än det Nationella kvalitetsregistret för gynekologisk kirurgis målvärde på 80 procent.
- Antal klamydiafall per 100 000 invånare (både kvinnor och män) har fortsatt att minska, från 289 fall år 2021 till 249 fall år 2025.
- Andel kvinnor som uppgett att de blivit utsatta för sexualbrott har varierat under perioden 2021–2025. Mellan åren 2021 och 2025 ses en nedgång från 7,7 procent till 6,2 procent.

Regional spridning, 2025

- Regionernas täckningsgrad av gynekologiska cellprover med HPV-test varierar mellan 77 och 92 procent. Under året uppnådde 16 av 21 regioner målnivån.
- Det finns en stor variation för indikatorerna som avser diagnostisering av endometrios, kvinnlig infertilitet samt sjukliga tillstånd i samband med klimakteriet.
- I Region Västerbotten sökte 54 procent inte vård på grund av oväntade besvär inom åtta veckor efter utförd hysterektomi, jämfört med 86 procent i Region Blekinge. Under året var det fyra regioner som uppnådde Nationella kvalitetsregistret för gynekologisk kirurgis målvärde på 80 procent.
- Avseende andelen som inte sökt vård igen inom åtta veckor efter genomförd inkontinensoperation uppnådde tolv regioner målvärdet på 85 procent. Det finns variation mellan regionerna, men den är jämförelsevis mindre än vid hysterektomi.



Arbetet framåt

SKR:s samordning av den nationella satsningen på kvinnors hälsa och förlossningsvård avslutades 2025. Under SKR:s tioåriga samordning av satsningen har ett omfattande arbete bedrivits nationellt, regionalt och lokalt för att stärka vården före, under och efter graviditet. Ett viktigt resultat av satsningen är framtagandet av Graviditetsenkäten. Graviditetsenkäten har sedan införandet bidragit med unika kunskaper om kvinnors upplevelser av graviditetsvårdkedjan. Genom enkäten är det möjligt att följa upp flera aspekter av vårdkvalitet som inte kan fångas genom endast medicinska registerdata. Graviditetsenkäten har också utgjort en central datakälla i denna rapport.

Under 2025 genomförde SKR en översyn och revidering av Graviditetsenkäten. Arbetet genomfördes i samverkan mellan flera aktörer med målsättningen att stärka enkätens relevans, kvalitet och användbarhet för såväl nationell uppföljning som lokalt förbättringsarbete. Revideringen syftade bland annat till att säkerställa att enkäten fortsatt speglar aktuella kunskapsbehov inom mödrahälso- och förlossningsvården, samtidigt som den ger kvinnor möjlighet att beskriva sina erfarenheter av vården genom hela graviditetsvårdkedjan.

Översynen resulterade i flera förändringar av enkäten. Vissa frågor omformulerades för att öka tydligheten och underlätta tolkningen av resultaten, samtidigt som nya frågeområden tillkom och vissa tidigare frågor utgick. Ambitionen var att förbättra möjligheterna att följa upp såväl kvinnors vårdupplevelser som frågor kopplade till hälsa, delaktighet, information och stöd under graviditet, förlossning och eftervård.

De förändringar som genomförts innebär att framtida uppföljning kommer att ha nya möjligheter att belysa kvaliteten i vården ur kvinnors perspektiv. I takt med att data samlas in genom den reviderade enkäten kommer det därför att bli möjligt att successivt bygga upp ny kunskap om kvinnors erfarenheter av graviditet, förlossning och tiden därefter. Samtidigt är det viktigt att beakta att vissa resultatserier kan påverkas när frågor förändras eller ersätts, vilket kan begränsa möjligheterna till direkta jämförelser över tid.

Även framgent kvarstår behovet av systematisk uppföljning och analys. Resultaten i denna rapport visar att utvecklingen inom många områden har varit positiv, men också att det fortsatt finns skillnader mellan regioner och mellan

olika grupper av kvinnor. De nya data som den reviderade Graviditetsenkäten genererar skapar goda förutsättningar att följa denna utveckling framöver och att identifiera områden där ytterligare förbättringsarbete behövs. På så sätt kan enkäten även fortsättningsvis bidra till kunskapsutveckling och förbättringar inom mödrahälso- och förlossningsvården.

Källor

[1] Sveriges Kommuner och Regioner, ”Strategier för kvinnors hälsa – före, under och efter graviditet,” 2019. [Online]. Available: https://extra.skr.se/download/18.5627773817e39e979ef5e488/1642507667911/7585-774-9.pdf.

[2] Socialstyrelsen, ”Statistik om graviditeter, förlossningar och nyfödda barn 2024,” 2025. [Online]. Available: https://www.socialstyrelsen.se/contentassets/4e1b788f29fe419cb8c5ae29cdbc36d9/2025-12-9920.pdf.

[3] Statistiska centralbyrån, ”Mödradödlighet,” 6 december 2023. [Online]. Available: https://www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efter-amne/ovrigt/ovrigt/OV0111/pong/avpublicerat-2025-07-03-TM/3.1.1.

[4] Statistiska centralbyrån, ”Antal dödsfall inom 28 dagar efter födsel,” 6 december 2023. [Online]. Available: https://www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efter-amne/ovrigt/ovrigt/OV0111/pong/avpublicerat-2025-07-03-TM/3.2.2.

[5] Socialstyrelsen, ”Nationella riktlinjer 2026: Graviditet, förlossning och tiden efter,” mars 2026. [Online]. Available: https://www.socialstyrelsen.se/contentassets/50b83dd16af04b6281967289308ec79b/2026-3-10108.pdf.

[6] Socialstyrelsen, ”God och nära vård,” 27 maj 2026. [Online]. Available: https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/omraden/god-och-nara-vard/.

[7] World Health Organization, ”WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience,” 2016. [Online]. Available: https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/9dccde13-3593-4a22-9237-61abe5a3c6b7/content.

[8] P. Wester, M. Brunström och B. Carlberg, ”Evidensbaserad medicin (EBM) – Översikt,” 23 juni 2024. [Online]. Available: https://www.internetmedicin.se/internmedicin/evidensbaserad-medicin-ebm-oversikt.

[9] Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi, ”Mödrahälsovård, Sexuell och Reproduktiv Hälsa,” 2016. [Online]. Available: https://www.sfog.se/wp-content/uploads/2017/03/modrahalsovard-sexuell-och-reproduktiv-halsa.pdf. [Använd 19 08 2026].

[10] Sveriges riksdag, ”Hälso- och sjukvårdslag (2017:30),” 2017. [Online]. Available: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso-och-sjukvardslag-201730_sfs-2017-30/.

[11] R. Penchansky och J. W. Thomas, ”The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction,” *Medical Care,* vol. 19, nr 2, p. 127–140, 1981.

[12] Inspektionen för vård och omsorg, ”Förstärkt tillsyn av mödrahälsovård och förlossningsvård,” juni 2023. [Online]. Available: https://www.ivo.se/globalassets/dokument/publikationer/rapporter/rapporter-2023/delredovisning-forstarkt-tillsyn-av-modrahalsovard-och-forlossningsvard-s2023.00971.pdf.

[13] Socialstyrelsen, ”Vad är patientsäkerhet?,” 11 maj 2022. [Online]. Available: https://patientsakerhet.socialstyrelsen.se/om-patientsakerhet/vad-ar-patientsakerhet/.

[14] Sveriges riksdag, ”Patientsäkerhetslag (2010:659),” 2010. [Online]. Available: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientsakerhetslag-2010659_sfs-2010-659/.

[15] J. F. Childress och T. L. Beauchamp, Principles of Biomedical Ethics, Oxford University Press, 2019.

[16] E. Uustal, ”GynOp-registret,” 12 05 2023. [Online]. Available: https://www.gynop.se/wp-content/uploads/2023/05/Arsrapport-Bristning-grad-2-ar-2022.pdf.

[17] Socialdepartementet, ”Regeringen,” 19 03 2015. [Online]. Available: https://www.regeringen.se/contentassets/818b1039cd8c4b3597788f97e298ff85/uppdrag-om-att-systematiskt-sammanstalla-kunskap-pa-forlossningsomradet-s20152044fs/.

[18] Sveriges Kommuner och Regioner, ”Graviditetsvårdkedjan och kvinnors hälsa: Kvinnors upplevelser och medicinska utfall 2024,” 2024. [Online]. Available: https://extra.skr.se/download/18.9674ca5197625a143599ab2/1750756772078/Graviditetsva%CC%8Ardkedjan-och-kvinnors-ha%CC%88lsa-2024.pdf. [Använd 27 09 2026].

[19] Region Stockholm, ”Kunskapsstyrning i hälso- och sjukvården,” 5 mars 2026. [Online]. Available: https://vardgivarguiden.se/kunskapsstod/kunskapsstyrning/kunskapsstyrning-i-varden/.

[20] Nationellt system för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård, ”Nationellt programområde kvinnosjukdomar och förlossning,” 1 augusti 2026. [Online]. Available: https://kunskapsstyrningvard.se/kunskapsstyrningvard/programomradenochsamverkansgrupper/nationellaprogramomraden/npokvinnosjukdomarochforlossning.56438.html.

[21] Sveriges Kommuner och Regioner, ”Nationellt system för kunskapsstyrning,” 18 december 2025. [Online]. Available: https://skr.se/halsaochsjukvard/nationelltsystemforkunskapsstyrning.7906.html#h-Nationellakvalitetsregister.

[22] Nationellt system för kunskapsstyrning Hälso- och sjukvård, ”Nationella kvalitetsregister Årsrapport 2024,” 18 augusti 2025. [Online]. Available: https://kunskapsstyrningvard.se/download/18.5611e984198e5d7e93bc90c/1756297570576/Arsrapport-nationella-kvalitetsregister-2024.pdf.

[23] Socialtyrelsen, ”Nationella riktlinjer 2026: Bilaga: Kunskapsunderlag: Graviditet, förlossning och tiden efter,” 2026. [Online]. Available: https://www.socialstyrelsen.se/contentassets/50b83dd16af04b6281967289308ec79b/2026-3-10108-kunskapsunderlag.pdf. [Använd 23 09 2026].

[24] Graviditetsregistret, ”Graviditetsregistrets Årsrapport 2024,” 2025. [Online]. Available: https://www.medscinet.com/GR/uploads/hemsida/dokumentarkiv/Graviditetsregistrets%20A%CC%8Arsrapport%202024%20v5.pdf. [Använd 28 09 2026].

[25] Socialdepartementet, ”En personcentrerad, tillgänglig och jämlik mödrahälsovård och förlossningsvård samt förstärkta insatser för kvinnors hälsa och inriktning för vård och behandling av sällsynta hälsotillstånd 2025,” 19 december 2024. [Online]. Available: https://www.regeringen.se/contentassets/62a979c1f9854deba91f20698bdde307/en-personcentrerad-tillganglig-och-jamlik-modrahalsovard-och-forlossningsvard-samt-forstarkta-insatser-for-kvinnors-halsa.pdf.

[26] Sveriges Kommuner och Regioner, ”Kvinnors sexuella och reproduktiva hälsa genom livet: Vårdens utmaningar och vägar framåt,” april 2022. [Online]. Available: https://extra.skr.se/download/18.542a096a18019210a486453/1649764736293/Kvinnors-sexuella-och-reproduktiva%20h%C3%A4lsa%20genom%20livet.pdf.

[27] A. M. Starrs, A. C. Ezeh, G. Barker, A. Basu, J. T. Bertrand, R. Blum, A. M. Coll-Seck, A. Grover, L. Laski, M. Roa, Z. A. Sathar, L. Say, G. I. Serour, S. Singh, K. Stenberg, M. Temmerman, A. Biddlecom, A. Popinchalk, C. Summers och L. S. Ashford, ”Accelerate progress—sexual and reproductive health and rights for all: report of the Guttmacher–Lancet Commission,” *The Lancet,* vol. 391, nr 10140, pp. 2642-2692, 2018.

[28] Folkhälsomyndigheten, ”Nationell strategi för sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR),” oktober 2020. [Online]. Available: https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/0d489b0821164e949

c03e6e2a3a7e6cc/nationell-strategi-sexuell-reproduktiv-halsa-rattigheter.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. Enkäten togs fram i ett samarbete mellan SKR, Graviditetsregistret, Bristningsregistret, SFOG (Svensk förening för Obstetrik och Gynekologi) samt Barnmorskeförbundet. Vid en översyn och revidering av Graviditetsenkäten deltog även Nationellt programområde kvinnosjukdomar och förlossning samt Socialstyrelsen. Enkäten syftar till att fånga kvinnors 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 2025, men resultat från föregående helår redovisas också. Resultaten representerar de kvinnor som har svarat på enkäten under respektive år. Detta innebär att resultat för 2025 för svarande i enkät 3, och till viss del enkät 2, inkluderar kvinnor som fött barn under 2023 och 2022. I de analyser som samkörts med Graviditetsregistret, faller de kvinnor som ännu inte fött barn bort.

Graviditetsenkätens svarsfrekvens

Sedan Graviditetsenkäten lanserades hade cirka 685 000 svar inkommit till och med december 2025. Under 2025 skickades sammanlagt knappt 240 000 enkäter ut, varav knappt 110 000 besvarades. Detta motsvarar en svarsfrekvens på 46 procent. Per enkätdel var svarsfrekvensen:

- Graviditetsenkät 1: 51 procent
- Graviditetsenkät 2: 49 procent
- Graviditetsenkät 3: 39 procent.

Graviditetsregistret

Graviditetsregistret är ett nationellt kvalitetsregister inom mödrahälso- och förlossningsvården. Registret hämtar in data via automatisk överföring från journalsystemen i samtliga 21 regioner samt via manuell inmatning inom mödrahälsovården. Den automatiska dataöverföringen från Region Norrbotten har dock varit pausad sedan slutet på 2024 i samband med regionens byte av journalsystem.

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 samkörs för att analysera resultat inom vissa befolkningsgrupper.

Bilaga 2: Definitioner

Nedan listas ett urval av definitioner av begrepp som används i rapporten:

- Apgar: Apgar är ett poängsystem som används vid förlossning för att bedöma det nyfödda barnets vitalitet vid en, fem och tio minuter efter födseln. Apgarskalan går mellan noll och tio poäng, där tio 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 snittmetod.
- Inkontinensoperation: Operation för att behandla urininkontinens.
- Kvinnlig infertilitet: Diagnoskod N97.
- Robson: Robsons klassificeringssystem är en global standard där förlossningskliniker delar in gravida i tio olika grupper. I grupperna Robson 1 och Robson 2b ingår förstföderskor, enkelbörd, huvudbjudning, fullgången (v. 37+0), med spontan respektive induktion före spontan förlossningsstart (inkl. vattenavgång utan värkar).
- Screening för riskbruk av alkohol: För att kunna upptäcka riskbruk av alkohol används inom mödrahälsovården screeninginstrumentet *Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT). AUDIT speglar alkoholvanor året före graviditeten.
- Stora blödningar: Stora blödningar är de där volymen är ≥1000 ml och det finns kända svårigheter vid mätning av volym.
- Tillfrågad om våldsutsatthet: Barnmorskan i mödrahälsovården ställer frågor till kvinnan om hon har erfarenhet av fysiskt och/eller psykiskt våld i nära relationer.
- Sjukliga tillstånd i samband med klimakteriet: Diagnoskod N95.

Graviditetsvårdkedjan och kvinnors hälsa

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

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

Upplysningar om innehållet
Kajsa Jansson, kajsa.janssonr@skr.se

© Sveriges Kommuner och Regioner, 2026
ISBN/Beställningsnummer: 978-91-8047-462-7
www.skr.se

ISBN 978-91-8047-462-7
Post: 118 82 Stockholm | **Besök:** Hornsgatan 20
Telefon: 08-452 70 00 | www.skr.se
Beställ eller ladda ner på skr.se/publikationer

Sveriges Kommuner och Regioner