

Graviditeter, förlossningar och nyfödda barn

Medicinska födelseregistret 1973–2008

Assisterad befruktning 1991–2007

SVERIGES OFFICIELLA STATISTIK
Statistik – Hälso- och Sjukvård
Graviditeter, förlossningar och nyfödda barn
Medicinska födelseregistret 1973-2008
Assisterad befruktning, 1991-2007

OFFICIAL STATISTICS OF SWEDEN
Statistics – Health and Medical Care
Pregnancies, Deliveries and Newborn Infants
The Swedish Medical Birth Register 1973–2008
Assisted Reproduction, treatment 1991–2007

Information:

Milla Bennis	tfn 075-247 33 15
Anna Lindam	tfn 075-247 32 04
Emma Nilsson	tfn 075-247 34 90

Tidigare publicering:

Officiell statistik om graviditeter, förlossningar och nyfödda barn publicerades tidigare under titeln Medicinsk födelseregistrering, med annat innehåll än föreliggande rapport. Fr.o.m. statistikåret 2005 (publiceringsår 2007) publiceras statistiken under nuvarande titel, med i huvudsak samma innehåll.

Officiell statistik om assisterad befruktning publicerades tidigare under titeln Assisterad befruktning. Fr.o.m. statistikåret 2006 (publiceringsår 2009) ingår statistiken i Graviditeter, förlossningar och nyfödda barn.

Statistik om tobaksvanor under graviditet publicerades tidigare under titeln Tobaksvanor bland gravida och spädbarnsföräldrar. Denna publicering ingick inte i Sveriges officiella statistik. Fr.o.m. statistikåret 2007 (publiceringsår 2009) ingår statistiken i Graviditeter, förlossningar och nyfödda barn.

Previous publication:

Official statistics about pregnancies, deliveries and newborn infants were previously published in reports entitled Medical Birth Registration, with contents different from the present report. As from 2005 (publication year 2007) the statistics are published under the present title, with mainly the same contents.

Official statistics about assisted reproduction were previously published in reports entitled Assisted Reproduction. As from 2006 (publication year 2009) the statistics are included in Pregnancies, Deliveries and Newborn Infants.

Statistics about tobacco habits during pregnancy were previously published in reports in Swedish only. This publication was not part of the Official Statistics of Sweden. As from 2007 (publication year 2009) the statistics are included in Pregnancies, Deliveries and Newborn Infants.

Denna rapport bygger på uppgifter från medicinska födelseregistret:

www.socialstyrelsen.se/register/halsodataregister/medicinskafodelseregistret

ISSN 1401-0224
ISBN 978-91-86301-73-6
Artikelnr 2009-12-11

Publicerad www.socialstyrelsen.se, 9 december 2009

Korrigerat: Diagram 23, sid 35, december 2009

Förord

Denna publikation presenterar statistik över graviditeter, förlossningar och nyfödda barn under perioden 1973 till 2008 samt statistik över behandlingsresultat av assisterad befruktning mellan 1991 och 2007. Uppgifter om graviditeter, förlossningar och nyfödda barn rapporteras från landets kvinnokliniker sedan 1973 till det medicinska födelseregistret vid Socialstyrelsen. Syftet med registret är att informationen ska utgöra underlag för kvalitets-säkring av hälso- och sjukvård, forskning och statistik.

I denna rapport redovisas utvecklingen av faktorer som påverkar graviditeten och förlossningen, såsom kvinnornas ålder, antal barn, förekomst av kejsarsnitt, smärtlindring etc. Likaså redovisas uppgifter om utvecklingen av nyföddas födelsevikt och överlevnad.

Rapporten beskriver framför allt utvecklingen sedan 1970-talet, men vissa regionala skillnader presenteras också. Rapporten redovisar statistik som, med korta kommentarer och enkla förklaringar, men utan djupare analys, beskriver utvecklingen.

Rapporten är sammanställd av Milla Bennis, Emma Nilsson och Anna Lindam vid Socialstyrelsen samt Olof Stephansson föredragande läkare för medicinska födelseregistret.

Stockholm i december 2009

Birgitta Stegmayr
Chef för Registerenheten
Socialstyrelsen

Innehåll

<i>Förord</i>	3
<i>Diagram- och tabellförteckning</i>	6
<i>Sammanfattning</i>	9
<i>Summary</i>	10
<i>Material</i>	11
Medicinska födelseregistret	11
Bortfall	11
Assisterad befruktning	12
<i>Ordlista</i>	13
<i>Graviditet och blivande mödrar</i>	15
Mödrarnas ålder	15
Antal tidigare förlossningar	17
Mödrarnas födelseland	17
Mödrarnas BMI	18
Tobaksvanor under graviditet	20
Assisterad befruktning	23
In vitro-fertilisering (IVF)	24
Behandling med donerade spermier – givarinsemination eller provrörsbefruktning	26
Äggdonation	28
<i>Förlossning</i>	30
Antal förlossningar	30
Induktion	32
Smärtlindring	33
Kejsarsnitt och vaginala instrumentella förlossningar	36
Bristningar	38
Sätesbjudning	39
Vårdtid	40
<i>Uppgifter om barnen</i>	42
Födelsevikt	42
Gestationsålder	43
Döda under nyföddhetsperioden	44
<i>Mödrarnas utbildning</i>	48
Utbildningsnivå bland mödrarna	48
Rökning och utbildning	49
BMI och utbildning	50
Lätt för tiden (SGA) och utbildning	50

Diagram- och tabellförteckning

Diagram	Diagrams		
1	Mödrarnas åldersfördelning, 1973–2008	1	Maternal age, 1973–2008
2	Mödrarnas medelålder, 1973–2008	2	Maternal mean age, 1973–2008
3	Mödrarnas medelålder vid första barnet per län, 2008	3	Mean age among primiparas by county, 2008
4	Antal tidigare förlossningar, 1973–2008	4	Number of previous deliveries, 1973–2008
5	Mödrarnas födelseland, 1978–2008	5	Maternal country of birth, 1978–2008
6	BMI (medelvärde) vid inskrivning till mödrahälsovården, 1993–2008	6	BMI (mean) at registration to antenatal care, 1993–2008
7	Övervikt (BMI 25–29,9) och fetma (BMI 30 eller mer) vid inskrivning till mödrahälsovården, 1993–2008	7	Overweight (BMI 25–29.9) and obesity (BMI 30 or more) at registration to antenatal care, 1993–2008
8	BMI (medelvärde) vid inskrivning till mödrahälsovården per län, 2008	8	BMI (mean) at registration to antenatal care by county, 2008
9	Andel rökare under tidig graviditet, 1983–2008	9	Proportion of maternal smoking during early pregnancy, 1983–2008
10	Andel rökare före och under graviditet efter mödrarnas ålder, 2008	10	Proportion of maternal smoking before and during pregnancy by age, 2008
11	Dödlighet bland barn i relation till kvinnans tobaksvanor vid inskrivning till mödrahälsovården, 2004–2008.	11	Infant mortality related to maternal tobacco use at registration to antenatal care, 2004–2008
12	Andel rökare och snusare under tidig graviditet per län, 2008	12	Proportion of maternal smoking and snuff use during early pregnancy by county, 2008
13	Andel assisterad befruktning vid enkelbörd och flerbörd, 1995–2008	13	Frequency of assisted reproduction by singleton and multiple pregnancy 1995–2008
14	Antal återförande av befruktade ägg, efter behandlingstyp, behandlingar gjorda 1991–2007	14	Number of embryo transfers, by ART procedure, 1991–2007
15	Andel förlossningar per äggåterförande, efter behandlingstyp, behandlingar gjorda 1991–2007	15	Number of deliveries per embryo transfer (per cent), by ART procedure, 1991–2007
16	Andel tvilling- och trillingförlossningar efter assisterad befruktning, alla behandlingar, behandlingar gjorda 1991–2007	16	Multiple births, rate of all deliveries, all ART procedures 1991–2007
17	Förlossningar per insemination, 1995–2007	17	Deliveries per insemination, 1994–2007
18	Antal förlossningar totalt och per 1 000 kvinnor (15–44 år), 1973–2008	18	Number of deliveries total and per 1,000 women (15–44 years), 1973–2008
19	Antal tvilling-, trilling- och fyrlingförlossningar per 1 000 förlossningar, 1973–2008	19	Number of twin, triplet and quadruplet deliveries per 1,000 deliveries, 1973–2008
20	Andel förlossningar som startas med induktion av alla vaginala förlossningar, 1994–2008	20	Proportion of inductions among vaginal deliveries, 1994–2008
21	Smärtlindring vid vaginal förlossning, 1973–2008	21	Pain relief at vaginal deliveries, 1973–2008
22	Epiduralblockad vid vaginal förlossning bland förstföderskor efter födelse-	22	Epidural block at vaginal deliveries among primiparas by time of birth,

	klockslag, 1974–2008		1974–2008
23	Epiduralblockad vid vaginal förlossning bland förstföderskor per landsting, 2008	23	Epidural block at vaginal deliveries among primiparas by county council, 2008
24	Kejsarsnitt och vaginala instrumentella förlossningar, 1973–2008	24	Caesarean section and vaginal instrumental deliveries, 1973–2008
25	Kejsarsnitt vid enkelbörd och flerbörd, 1973–2008	25	Caesarean section by singleton and multiple pregnancy, 1973–2008
26	Bristningar av graden tre och fyra, 1990–2008	26	Anal sphincter rupture of the 3rd and 4th degree, 1990–2008
27	Kejsarsnitt vid sätesbjudning bland enkelbörd, 1973–2008	27	Caesarean section of breech deliveries among singleton pregnancies, 1973–2008
28	Andel med kort vårdtid (0–2 dygn) vid vaginal förlossning, 1973–2008	28	Proportion of short time at in-patient care post partum (0–2 days) among vaginal deliveries 1973–2008
29	Andel med kort vårdtid (0–2 dygn) vid vaginal förlossning per landsting, 2008	29	Proportion of short time at in-patient care post partum (0–2 days) among vaginal deliveries by county council, 2008
30	Medelvårdtid på BB vid enkelbörd med vaginal förlossning respektive kejsarsnitt 1973–2008	30	Time at in-patient care post partum among single births by vaginal delivery and caesarean section, 1973–2008
31	Genomsnittlig födelsevikt hos flickor och pojkar, 1973–2008	31	Mean birth weight among girls and boys, 1973–2008
32	Gestationsålder bland levande födda barn i enkelbörd, 1985–2008	32	Gestational age among live single births, 1985–2008
33	Dödföddhet och neonatal dödlighet (0–27 dygn), 1973–2008	32	Stillbirth and neonatal death (0–27 days), 1973–2008
34	Neonatal dödlighet (0–27 dygn) bland för tidigt födda barn 1973–2008	34	Neonatal death (0–27 days) among infants born after a short gestational length, 1973–2008
35	Mödrarnas utbildning efter barnets födelseår	35	Maternal education by the child's year of birth
36	Andel rökande gravida kvinnor i tidig graviditet efter utbildningens längd, barn födda 1983–2007	36	Proportion of maternal smoking during early pregnancy and education. Children born 1983–2007

Tabeller		Tables	
1	Antal IVF-behandlingar 2007. Egna gameter	1	Number of IVF-treatments 2007.
2	Antal behandlingar med donerade spermier – givarinsemination 2007	2	Number of treatments with donated sperm – donor inseminations 2007
3	Antal IVF-behandlingar med donerade spermier 2007	3	Number of IVF treatments with donated sperm 2007
4	Antal äggdonationer 2007	4	Number of egg donations 2007
5	Ålder: IVF, äggdonationer och spermiedonationer 2007	5	Age: IVF, egg donations and sperm donations 2007
6	Antal födda barn, förlossningar, enkelbörd och flerbörd, 1973–2008	6	Number of births, deliveries, singleton and multiple pregnancies, 1973–2008
7	Dödföddhet och neonatal dödlighet (0–27 dygn), 2008	7	Stillbirth and neonatal death (0–27 days), 2008
8	Dödlighet per graviditetsvecka bland levande födda enkelbörd, 1999–2008	8	Neonatal death by gestational week among live single births, 1999–2008
9	Dödföddhet och neonatal dödlighet uppdelad på mödrarnas karaktäristiska, 1999–2008	9	Stillbirth and neonatal death by maternal characteristics, 1999–2008
10	Rökning i tidig graviditet och utbildning, barn födda 1998–2007	10	Smoking in early pregnancy and education. Children born 1998–2007

11	Övervikt och fetma (BMI >25) vid inskrivning till mödrahälsövården och utbildning, barn födda 1998–2007	11	Overweight and obesity (BMI 25 or more) at registration to antenatal care and education. Children born 1998–2007
12	Barn med låg födelsevikt i relation till graviditetslängden (SGA) och utbildning, barn födda 1998–2007	12	Children born small for gestational age (SGA) and education. Children born 1998–2007.
13	Graviditet, förlossning och uppgifter om barnet och moderns utbildning, barn födda 1998–2007	13	Pregnancy, delivery and newborn babies and education. Children born 1998–2007

Sammanfattning

Sedan medicinska födelseregistret startade 1973 har det skett stora förändringar både för kvinnor som föder barn och i omständigheter kring själva förlossningen. Nya metoder för graviditetsövervakning och smärtlindring har införts och stora framsteg har skett i omhändertagandet av för tidigt födda barn. I den här rapporten redovisar vi statistik som beskriver utvecklingen av mödra- förlossnings- och nyföddhetsvården i Sverige mellan 1973 och 2008 samt statistik över behandlingsresultat av assisterad befruktning mellan åren 1991 och 2007. Vi har valt att redovisa uppgifter som vi vet är efterfrågade av såväl hälso- och sjukvården som allmänheten. Där det finns anledning har vi visat på skillnader mellan olika län och landsting. I årets rapport redovisar vi även graviditets- och förlossningskomplikationer relaterat till moderns utbildningsnivå.

Antalet födda barn fortsatte att öka under 2008. Födelsetalen minskade under 1970-talet och början av 1980-talet, för att sedan öka och nå en topp 1990-1992. Strax därefter minskade födelsetalen kraftigt för att nå en lägstanivå 1998-1999 med knappt 89 000 födda barn enligt folkbokföringsuppgifter från Statistiska centralbyrån (SCB). Under 2000-talet har födelsetalen ökat stadigt och 2008 föddes drygt 109 000 barn i Sverige. Medelåldern för kvinnor som föder sitt första barn har ökat från knappt 24 år 1973 till drygt 28 år 2008. Sedan 2004 har ökningen av medelåldern avstannat.

Andelen kvinnor med övervikt eller fetma (BMI på 25 eller mer) vid inskrivningen vid mödrahälsovården har ökat från 27 procent 1993 till drygt 36 procent 2008. Andelen barnafödorskor som är födda utanför Norden har också ökat från drygt 5 procent år 1978 till drygt 21 procent år 2008. Rökning i tidig graviditet har fortsatt att minska från drygt 31 procent år 1983 till under 7 procent år 2008. Medelvårdtid vid vaginal förlossning har minskat från 6 dagar år 1973 till 2 dagar år 2008. Vid kejsarsnitt har vårdtiden minskat från 9 till drygt 3 dagar under samma tidsperiod. I genomsnitt fick 47 procent av alla förstfödorskor epiduralblockad ("ryggbedövning") vid vaginal förlossning 2008. Det finns stora regionala skillnader i användningen av epiduralblockad.

Andelen enkelbördsförlossningar med kejsarsnitt har ökat från 5 procent 1973 till nästan 17 procent 2008. Motsvarande siffra för flerbörder var nästan 53 procent. Över 90 procent av alla sätesändlägen förlöstes med kejsarsnitt år 2007.

Den neonatala dödligheten (levande födda barn som dör inom 28 dagar) har minskat från 8 per 1000 levande födda barn 1973 till 1,6 per 1 000 levande födda barn 2008.

Summary

Since the medical birth register started in 1973, substantial changes have taken place both for the childbearing women and in the circumstances related to delivery. New methods for monitoring pregnancy and pain relief have been introduced and great progress has been made in the care of pre-term born babies. In this report, we present statistics that describe the development of maternal and obstetric care in Sweden between 1973 and 2008. We have chosen to present information that we know is in demand both by the health service and the general public. Where there is reason to do so, we have shown differences between counties and county councils.

The number of births continued to increase in 2008. The number of births decreased during the 1970s and early 1980s, but rose again, to peak 1990-1992. After that the number of birth decreased heavily and reached a bottom level of less than 89 000 children born per year in 1998-1999. In the 2000s the number of births has increased steadily and more than 109 000 children were born in Sweden in 2008. The mean age of women giving birth to their first child (primiparas) has risen from just under 24 years in 1973 to 28 years in 2008.

The proportion of women who are overweight or obese (BMI of 25 or more) when registering for antenatal care has increased from 27 per cent in 1993 to more than 36 per cent in 2008. The proportion of pregnant women born outside the Nordic countries has risen from just over 5 per cent in 1978 to 21 per cent in 2008. Daily smoking in early pregnancy has decreased from 31 per cent in 1983 to about 7 per cent in 2008.

The average period of in-patient care for women with vaginal delivery has decreased from 6 days in 1973 to 2 days in 2008. The care period for caesarean deliveries fell from 9 days to over 3 days in the same period. On average, 47 per cent of all primiparas had epidural anaesthesia during labour in 2008. There are considerable regional differences in the use of epidural anaesthesia.

The proportion of singleton deliveries with caesarean section continued to rise and the frequency was almost 17 per cent in 2008. The corresponding number for 1973 was 5 per cent. For multiple deliveries the proportion of caesarean sections has increased from just below 10 per cent in 1973 to 53 per cent in 2008. More than 90 per cent of all breech presentations were delivered by caesarean section in 2008.

Neonatal mortality (children born alive who die within 28 days) has decreased from 8 per 1,000 live born children 1973 to 1.6 per 1,000 live born children in 2008.

Material

Medicinska födelseregistret

Sedan 1973 finns det ett rikstäckande medicinskt födelseregister (MFR) över samtliga graviditeter som lett till förlossning. Registret omfattar uppgifter om själva graviditeterna, förlossningarna och om de nyfödda barnen. Systemet bygger på journalkopior från mödrahälsovård, förlossningsvård och nyföddhetsvård. När det gäller innehållet i registret tas viss journalinformation ut men inte all. Bara uppgifter där det finns ett klart motiv för en rikstäckande registrering på individnivå tas in.

Underlag till de flesta diagram i rapporten finns i bilaga 1.

Bortfall

Det är så gott som omöjligt att undvika felaktigheter i ett stort register av den typ som det medicinska födelseregistret är. Avsaknad av en uppgift får dock betydelse först när man försöker bestämma hur vanligt ett fenomen är. Så länge bortfallet sker slumpartat kommer det att ha liten betydelse för bedömningar av riskfaktorer. De som använder registret för undersökningar eller vetenskapliga studier måste känna till och förstå de problem som finns i registret, till exempel om det förekommer regelbundna avvikelser i inrapporteringen. Registeruppgifter är inte lämpliga för att göra individuella bedömningar av enskilda personer utan de är avsedda för jämförelser mellan grupper. Ett bortfall uppstår när sjukhusen inte rapporterar en förlossning till registret. Varje år jämförs det antal barn som rapporterats till registret med folkbokföringsuppgifter. Av nyfödda barn som är skrivna i Sverige rapporteras 97–99 procent till det medicinska födelseregistret (tabell 6). År 2008 rapporterades 98,5 procent av alla nyfödda barn. Störst bortfall fanns i Skåne (7,1 %) och i Västernorrlands län (5,5 %). För 1,3 procent av alla inrapporterade födda barn saknas information om moderns bostadsort, vilket kan medföra att andelen saknade förlossningar för vissa län överskattas något.

Bortfallet för de uppgifter som rapporteras från mödrahälsovården (bland annat tobaksvanor, BMI samt läkemedelsintag under graviditet) minskade avsevärt under 2008 jämfört med perioden 2005 till 2007. Detta beror på att Stockholms läns landsting, som tidigare haft problem med inrapporteringen, nu har en mer fullständig rapportering. Det totala bortfallet av mödrahälsovårdsuppgifter för hela riket var för 2008 endast 2,6 procent.

Assisterad befruktning

Resultaten av alla IVF-behandlingar, äggdonationer och givarinseminationer ska rapporteras årligen till Socialstyrelsen. Så kallade makeinseminationer rapporteras inte.

Förhållandevis stor andel av behandlingarna ges av privata vårdgivare; behandling med donerade spermier eller ägg får dock endast utföras vid allmänna sjukhus. När det gäller IVF utförs något fler behandlingar på privata än på offentliga kliniker.

Från år 2007 rapporteras alla IVF-behandlingar till ett nationellt kvalitetsregister för IVF (Q-IVF). Statistik från Q-IVF rapporteras sedan till Socialstyrelsen. I den här rapporten presenteras trender över behandlingar gjorda under perioden 1991–2007.

Ordlista

List of terms

Terms in tables and diagrams

10 eller fler cigaretter per dag	10 or more cigarettes per day
1–9 cigaretter per dag	1–9 cigarettes per day
Andra länder	Other countries
Antal	Number
Antal levande födda	Number of live births
Aspirerade	Aspirated
Assisterad befruktning	Assisted reproduction (technologies, ART)
Barnet	Child
Behandlingstyp	ART procedure
Befruktat ägg	Embryo
BMI	Body mass index
Döda inom 0–6 dygn	Deaths within 0–6 days
Döda inom 7–27 dygn	Deaths within 7–27 days
Dödfödda	Stillbirth
Eller mer	Or more
Eller mindre	Or less
Enkelbörd	Single birth
Epiduralblockad	Epidural block
Flerbörd	Multiple birth
Flickor	Girls
Frysta/tinade ägg	Frozen/thawed embryo
Förlossningar	Deliveries
Förstföderskor	Primiparas
Givarinsemination/donatorinsemination	Donor insemination
Gram	Gram
Graviditetslängd i veckor	Length of gestation (weeks)
Graviditetsveckor	Length of gestation (weeks)
ICSI (Mikroinjektion)	Intracytoplasmatic sperm injection
Instrumentella förlossningar	Instrumental deliveries
Inducerad komplett abort	Induced complete abortion
Insemination	Insemination
IVF (in vitro-fertilisering/ "provrörsbefruktning")	In-vitro fertilisation
Kejsarsnitt	Caesarean section
Kliniska graviditeter	Clinical pregnancies
Landsting	County council
Länsdelssjukhus	General hospital
Länssjukhus	Central general hospital
Medelålder	Mean age

Moderns födelseland	Maternal county of birth
Moderns rökvanor vid inskrivning till MVC	Maternal smoking at registration to antenatal care
Moderns ålder	Maternal age
Neonatal döda	Neonatal death
Norden förutom Sverige	The Nordic countries except Sweden
Omfödernor	Multiparas
Paracervicalblockad	Paracervical block
Paritet	Parity
Per 1 000 kvinnor	Per 1,000 women
Pojkar	Boys
Procent	Per cent
Pudendusblockad	Pudendal nerve block
Regionsjukhus	Regional hospital
Riket	The whole country
Röker	Smoke
Samtliga födda	Total birth
Snusar	Use snuff
Sverige	Sweden
Tidigare födda barn	Previous births
Totalt	Total
Trilling- eller fyrlingförlossning	Triplets or quadruplets
Tvillingförlossning	Twin delivery
Vaginal	Vaginal
År	Year
Återföranden av befruktade ägg	Embryo transfer
Återföranden av frysta/tinade befruktade ägg	Transfer of frozen/thawed embryos
Äggåterförande	Embryo transfer
Övriga	Other
Övriga Norden	The Nordic countries except Sweden
Övriga världen	Other countries (except Nordic countries)

Graviditet och blivande mödrar

Mödrarnas ålder

Barnaföderskorna har sedan registret startade 1973 blivit allt äldre. Den vanligaste barnafödande åldern bland förstföderskor är fortfarande mellan 25 och 29 år, men andelen förstföderskor mellan 30 och 34 år är nästan lika hög. Sedan 2004 har ökningen av medelåldern för förstföderskor avstannat och var 2008 drygt 28 år. Andelen tonårsmammor har minskat sedan 1973 medan andelen kvinnor som är 35 år eller äldre vid första barnets födelse har ökat kraftigt och utgör nu 12 procent av alla förstföderskor.

För omföderskor var tidigare den vanligaste mödraåldern mellan 25 och 29 år, men de senaste åren har både 30–34-åringar och kvinnor som är 35 år eller äldre utgjort större av omföderskegruppen. 1973 var 9 procent av omföderskorna 35 år eller äldre, medan motsvarande siffra 2008 är nästan 30 procent.

Diagram 1. Mödrarnas åldersfördelning, 1973–2008

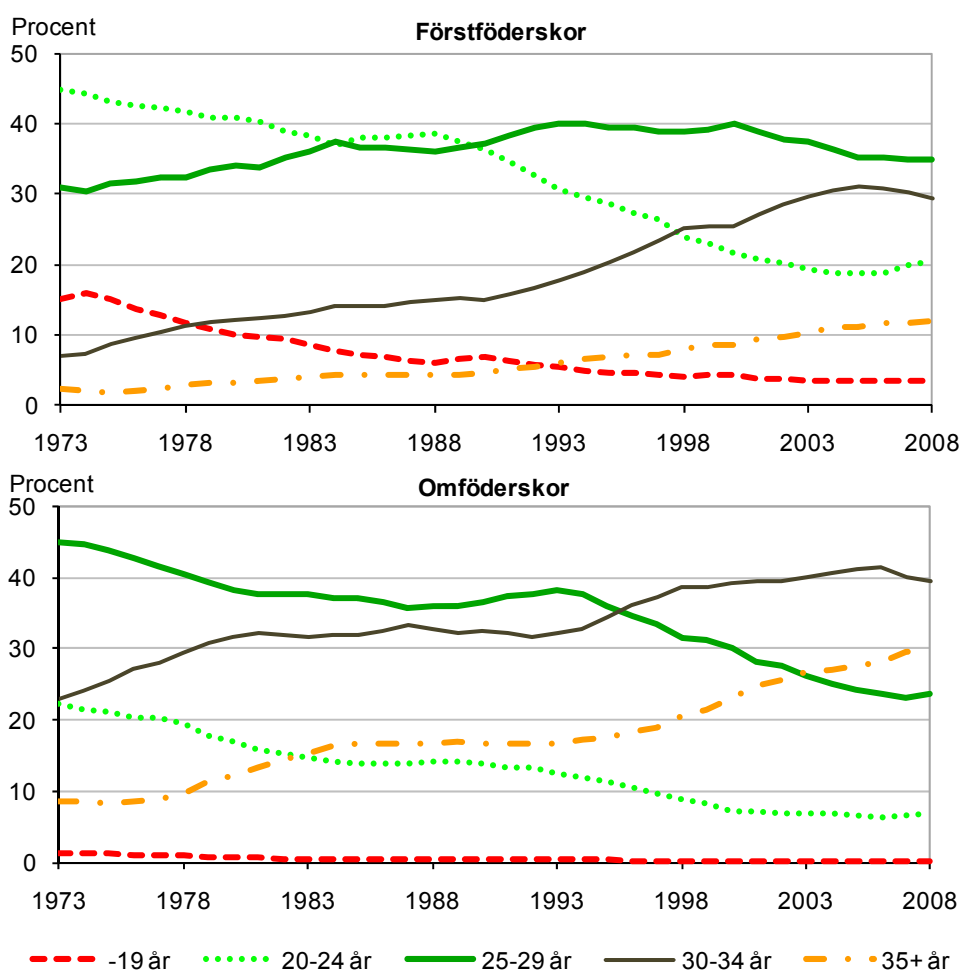
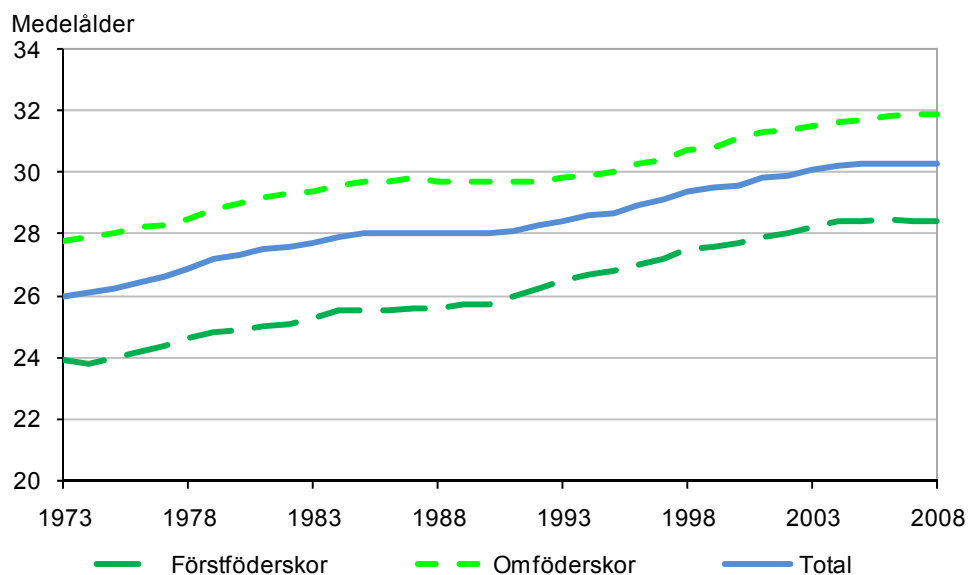
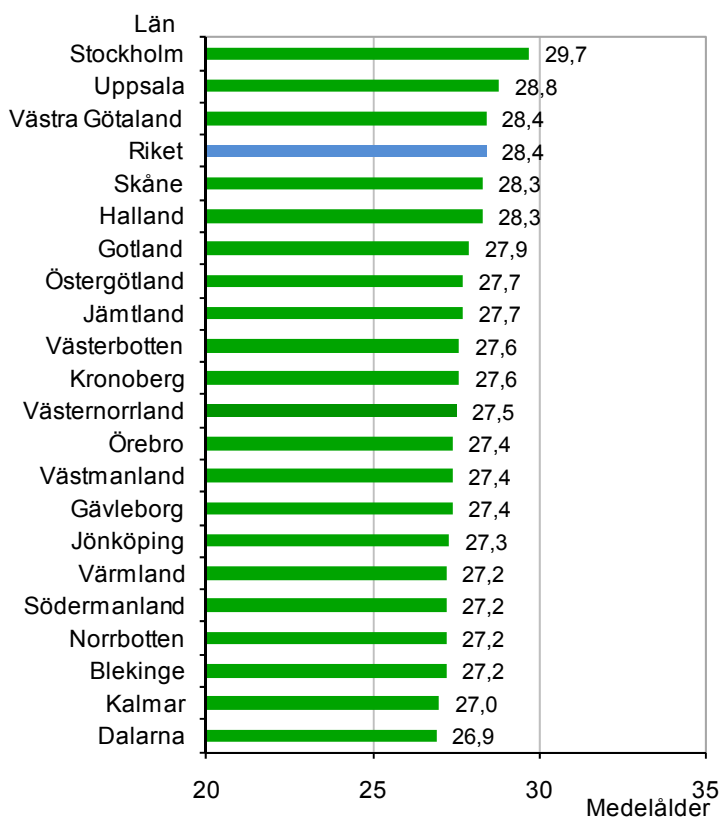


Diagram 2. Mödrarnas medelålder, 1973–2008



Medelåldern skiljer sig mellan olika län. Den högsta medelåldern bland förstföderskor finns i Stockholms län (30 år) och den lägsta medelåldern finns i Dalarna och Kalmar län (27 år).

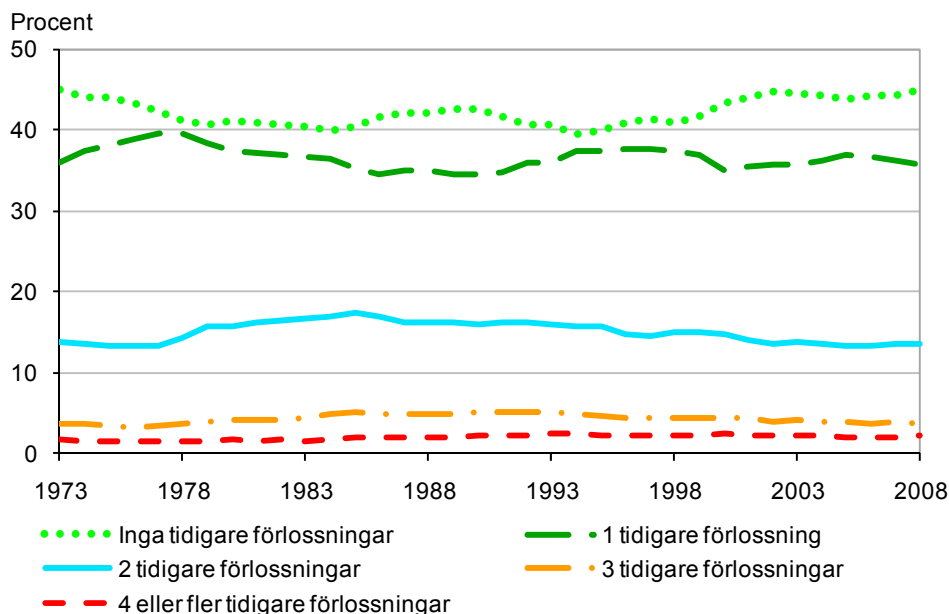
Diagram 3. Mödrarnas medelålder vid första barnet per län, 2008



Antal tidigare förlossningar

Fördelningen mellan förstföderskor och kvinnor som tidigare haft ett, två, tre, eller minst fyra förlossningar sedan 1973 framgår av diagram 4. Det är vanligast att man föder ett eller två barn och det har inte skett några stora förändringar under tidsperioden.

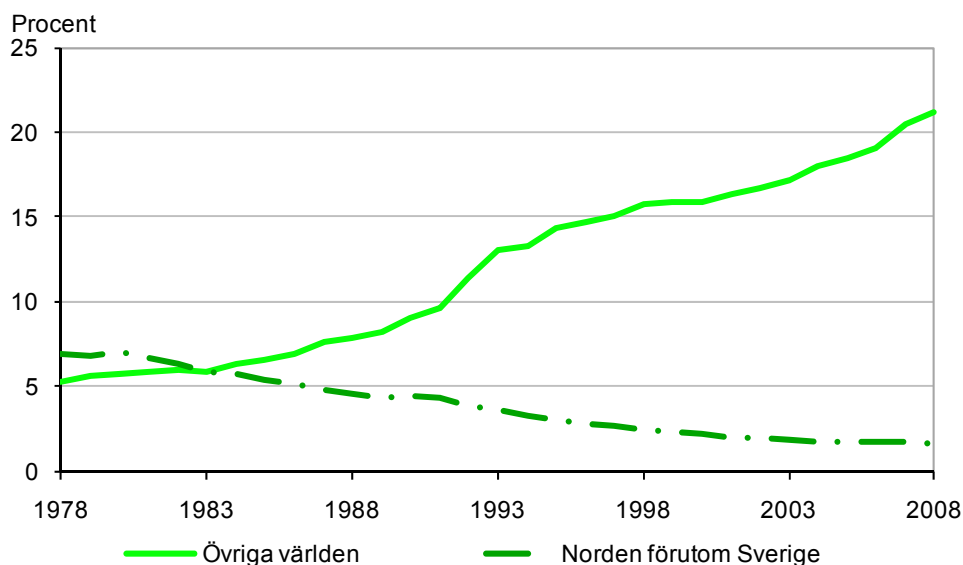
Diagram 4. Antal tidigare förlossningar, 1973–2008



Mödrarnas födelse land

Andelen mödrar födda utanför Norden har ökat sedan 1978. För mödrar födda utanför Norden var under 2008 det vanligaste födelse landet Irak. Därefter var Somalia, före detta Jugoslavien och Polen de vanligast förekommande födelse länderna.

Diagram 5. Mödrarnas födelse land, 1978–2008



Mödrarnas BMI

BMI

BMI (Body Mass Index, kroppsmasseindex) är ett sätt att beskriva vikten i förhållande till längden. Genom formeln vikten i kg/längden i m² räknar man ut BMI.

WHO delar in BMI i följande kategorier:

Undervikt: BMI < 18,5

Normalvikt: BMI 18,5 – 24,9

Övervikt: BMI 25,0 – 29,9

Fetma: BMI ≥ 30,0

Moderns BMI när hon blir gravid påverkar graviditet och förlossning. Överviktiga blivande mödrar och mödrar med fetma har kraftigt ökad risk för att få graviditetsdiabetes och även blodtryckssjukdomar inklusive havandeskapsförgiftning (preeklampsi). Moderns vikt är direkt kopplad till barnets vikt och överviktiga kvinnor föder i större utsträckning barn som är stora för tiden. Härigenom ökar risken för att förlossningen blir långdragen och att kvinnan får bristningar och andra förlossningsskador. Ett högt BMI ökar risken för kejsarsnitt och dessa kvinnor har en större risk för komplikationer i form av blodproppsjukdom, infektion och blödning i samband med och efter operationen. Den överviktiga kvinnan löper en högre risk för intrauterin fosterdöd dvs. att barnet dör före eller i samband med förlossningen.

Information om mödrarnas vikt och längd har sedan 1992 noterats vid inskrivningen till mödrahälsovården. Genom information om vikt och längd kan man räkna ut BMI, kroppsmasseindex. Från 1993 och framåt har BMI ökat bland såväl förstföderskor som omföderskor (diagram 6). År 2008 var nästan 25 procent av samtliga mödrar överviktiga och nästan 12 procent feta (diagram 7).

Diagram 6. BMI (medelvärde) vid inskrivning till mödrahälsovården, 1993–2008

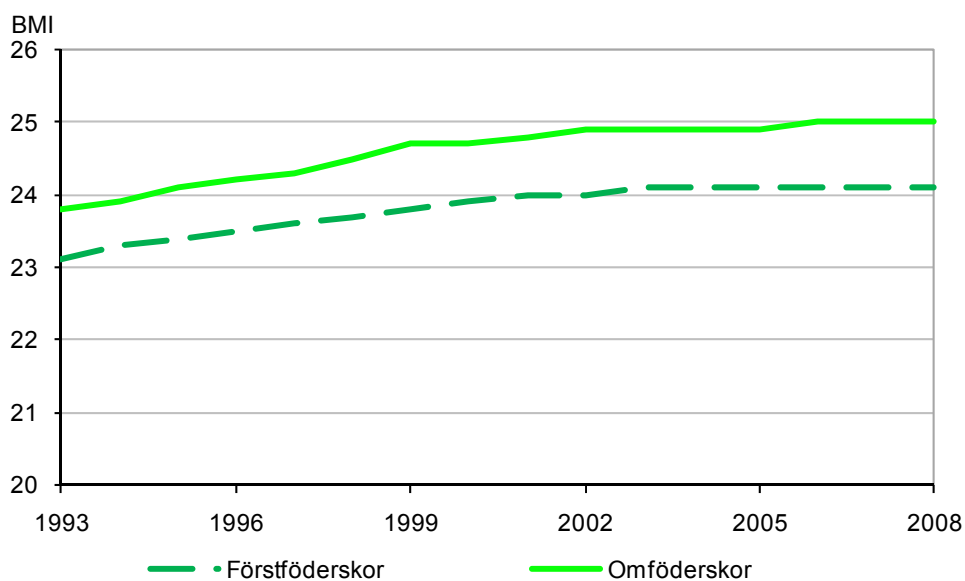
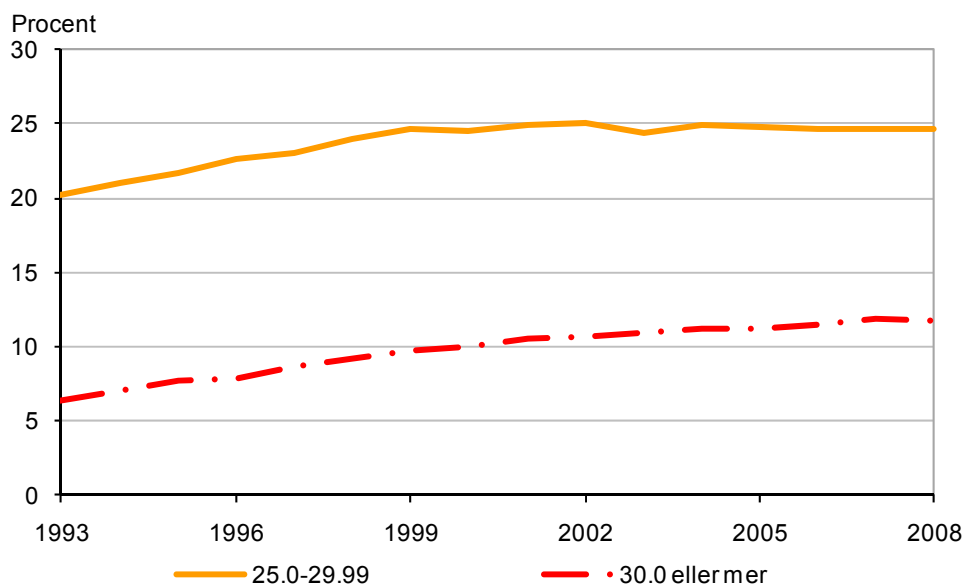
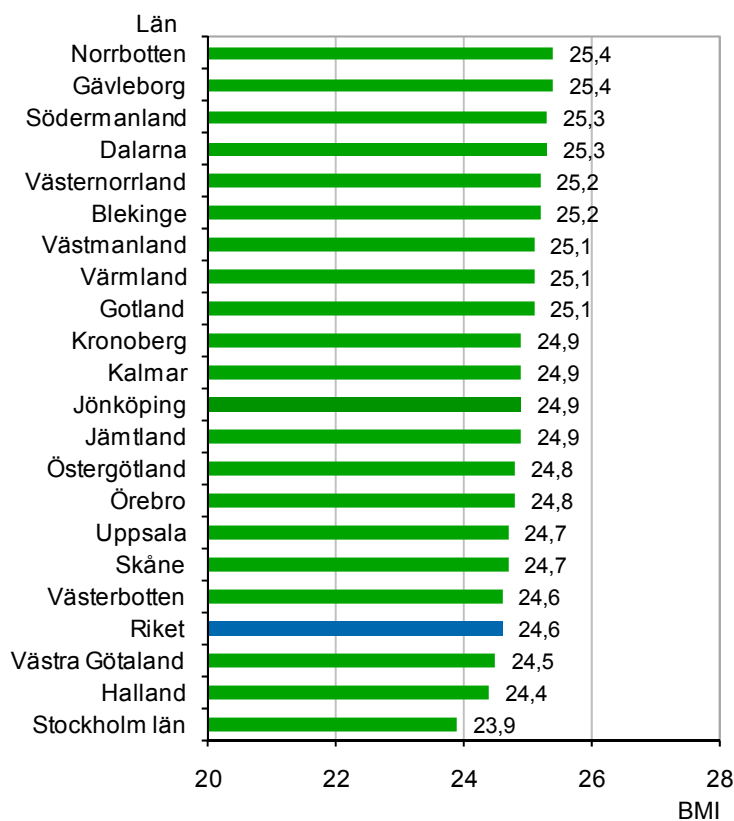


Diagram 7. Andel kvinnor med övervikt (BMI 25–29,9) och fetma (BMI 30 eller mer) vid inskrivning till mödrahälsovården, 1993–2008



Kvinnornas BMI varierar något över länen. Lägst BMI i medeltal har gravida kvinnor i Stockholm och högst har de i Norrbotten (diagram 8).

Diagram 8. BMI (medelvärde) vid inskrivning till mödrahälsovården per län, alla gravida kvinnor, 2008



Tobaksvanor under graviditet

Från och med 1983 registreras rökning vid inskrivningen till mödrahälsovård, vilken brukar ske i graviditetsvecka 8–12. Rökning i graviditetsvecka 30–32 finns med i Medicinska födelseregistret sedan 1991, men på grund av det stora bortfallet så publiceras dessa uppgifter endast från år 2000 och framåt. Från och med 1999 noteras även rökning tre månader före aktuell graviditet (se bilaga 2).

Bland barn som är födda 2008 rökte nästan 17 procent av mödrarna tre månader före aktuell graviditet. Andelen gravida som röker vid inskrivning i mödrahälsovård har minskat från drygt 31 procent 1983 till omkring 7 procent 2008 (diagram 9). Rökning har minskat i alla åldersgrupper, men är fortfarande vanligast bland de yngsta barnaföderskorna. Andelen gravida tonårsmammor som rökte tidigt i graviditeten var 24 procent år 2008 och hos kvinnor mellan 20 och 24 år var motsvarande andel 15 procent. Andelen som rökte sent i graviditeten var cirka 19 procent bland tonårsmödrarna och 11 procent för åldergruppen 20-24 år (diagram 10).

I bilaga 2 redovisas mer detaljerad statistik över gravida kvinnors rökvanor, till exempel tobaksvanor fördelad på kvinnans ålder samt rökvanor vid inskrivning till mödrahälsovård per län och kommun.

Diagram 9. Andel rökare under tidig graviditet, 1983–2008

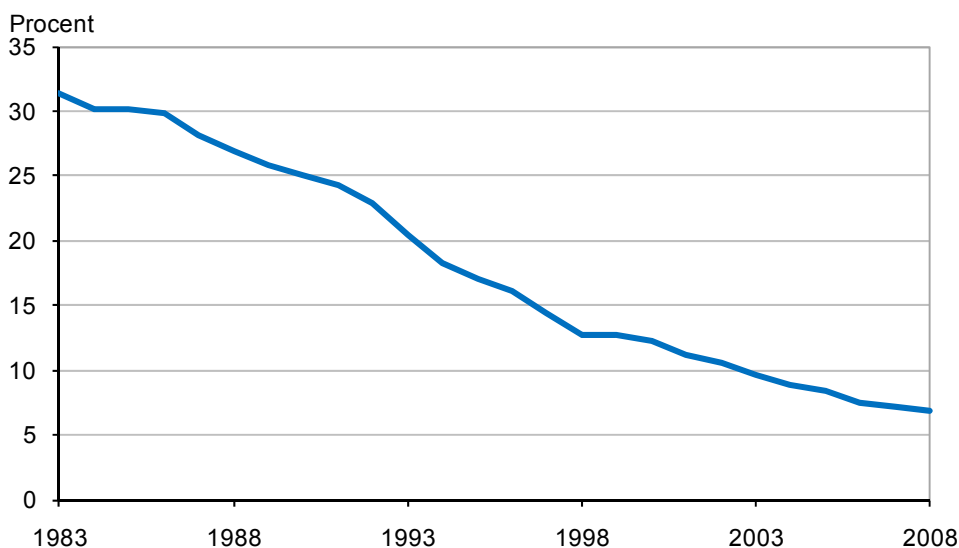
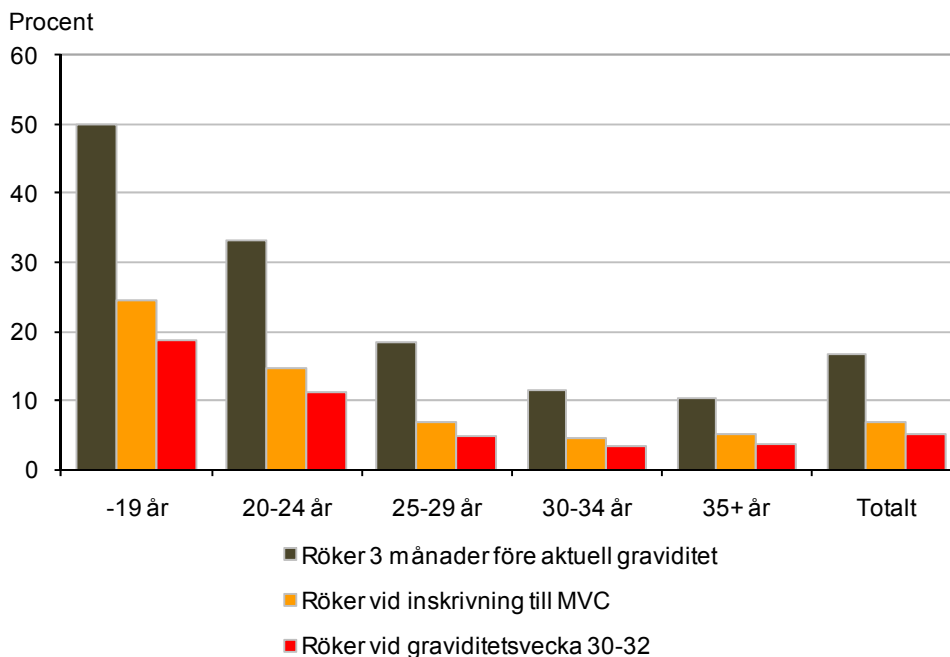
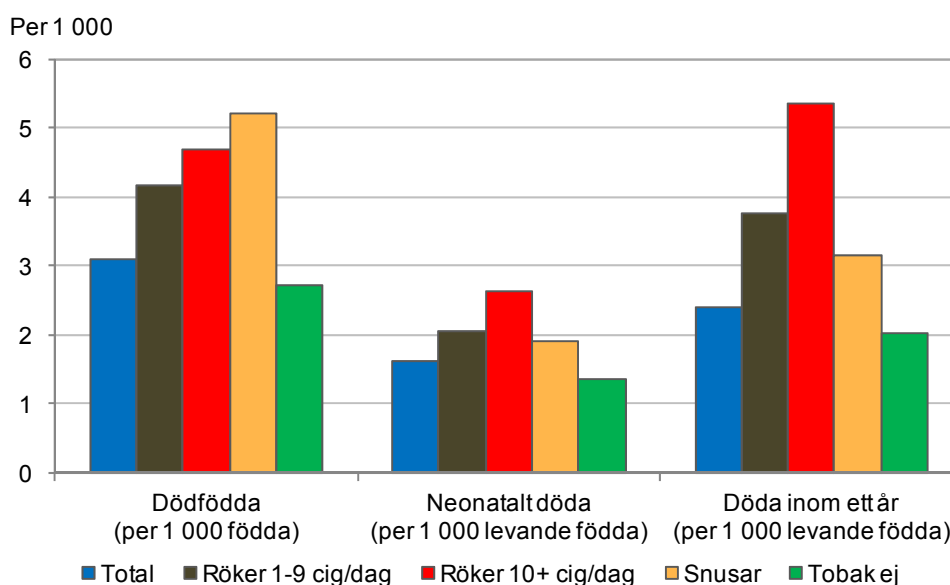


Diagram 10. Andel rökare före och under graviditet efter mödrarnas ålder, 2008



Användning av tobak under graviditet är en viktig riskfaktor och kan bland annat leda till dålig fostertillväxt och därigenom sannolikt öka risken för dödföddhet (diagram 11). Rökning ökar också risken för tidig förlossning, vilket i sin tur ökar risken för neonatal död (död under de första fyra levnadsveckorna). Rökning under graviditeten ökar också risken för död under senare delen av det första levnadsåret, en risk som sannolikt beror på att rökning ökar risken för plötslig spädbarnsdöd.

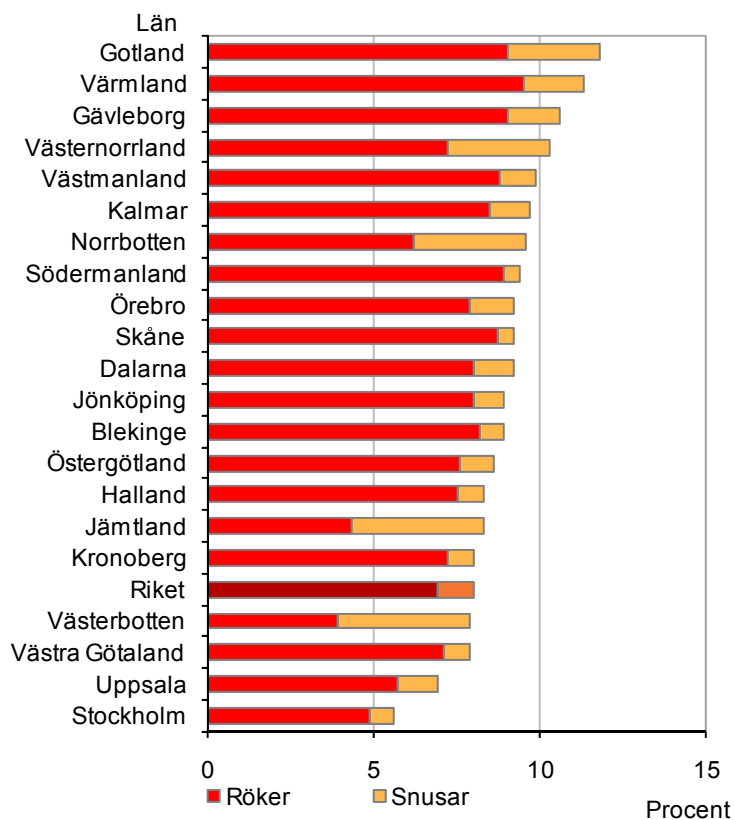
Diagram 11. Dödlighet bland barn i relation till kvinnans tobaksvanor vid inskrivning till mödrahälsovården, 2004–2008



Det finns en viss skillnad i förekomst av rökning under graviditet mellan länen. Sedan 1999 finns också uppgifter om snusanvändning i födelsere-

gistret. I diagram 12 framgår det att snusanvändning är vanligast i de län där rökning är minst förekommande. Över en procent av mödrar till barn födda 2008 snusade i tidig graviditet. Mer statistik om gravidas snusvanor redovisas i bilaga 2.

Diagram 12. Andel rökare och snusare under tidig graviditet per län, 2008



Assisterad befruktning

Assisterad befruktning

Assisterad befruktning innebär att gameterna (ägg och/eller spermier) hanteras utanför kroppen. Det kan ske med spermier enbart; *insemination*, antingen med partners spermier, så kallad makeinsemination, eller insemination med spermier från en givare/donator.

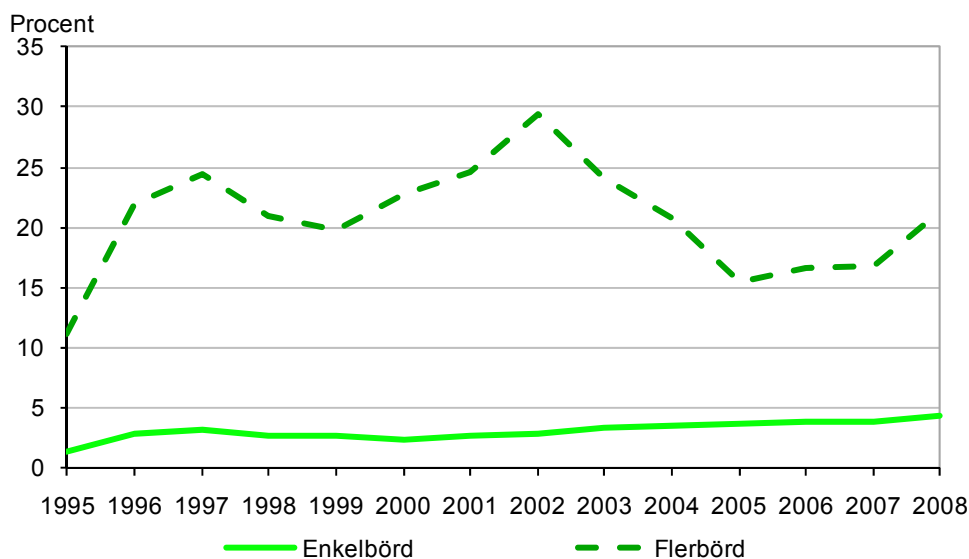
Hormonstimulering: Redan på 1960-talet började man att hormonstimulera ägglossningen hos en kvinna med hormonrubbnig. Denna metod kan lätt leda till överstimulering av äggstocken så att flera ägg mognar samtidigt, vilket kan leda till graviditet med många foster om äggen blir befruktade. Eftersom risken för både mor och barn ökar kraftigt med fler foster är detta att betrakta som en allvarlig komplikation till behandlingen. Hormonstimulering måste därför göras med mycket noggrann övervakning (t.ex. dagliga hormonbestämningar, ultraljudsundersökningar) för att undvika överstimulering.

Provrörbefruktning: Assisterad befruktning kan också ske genom att både ägg och spermier sammanförs på laboratoriet, provrörbefruktning eller så kallad in vitro-fertilisering (IVF). Man plockar ägg från mogna äggblåsor på kvinnans äggstock efter hormonstimulering och befruktar äggen med mannens sperma i ett provrör, varefter ett eller flera befruktade ägg återförs in i kvinnans livmoder för att utvecklas vidare så kallad standard IVF.

Under perioden 1991–1993 förbättrades behandlingsresultaten vid IVF och ICSI-teknik (intra-cytoplasmatisk spermieinjektion) infördes. ICSI innebär att spermien injicerades direkt i äggets cytoplasma. Behandlingsresultaten har legat relativt oförändrade trots en övergång från först tre till två befruktade ägg som inleddes 1993 och därefter en övergång från två till ett befruktat ägg som påbörjades år 2000. Socialstyrelsens nya föreskrifter gällande från januari 2003, att endast ett befruktat ägg som regel skall återföras, påskyndade övergången till ett befruktat ägg med bibehållna resultat men klar sänkning av flerbördsfrekvensen.

De första graviditeterna efter provrörbefruktning (IVF) i Sverige inträffade 1981 och det första IVF-barnet föddes 1982 i Göteborg. Under 80-talet etablerades flera nya IVF-enheter och antalet fullständiga behandlingar steg successivt.

Diagram 13. Andel assisterad befruktning vid enkelbörd och flerbörd, barn födda 1995–2008

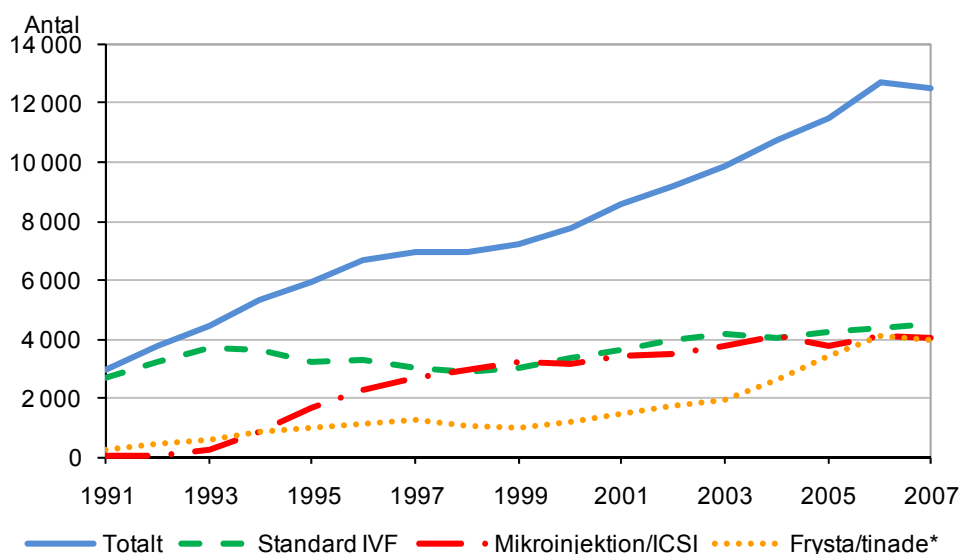


In vitro-fertilisering (IVF)

Antalet fullständiga IVF-behandlingar har ökat från cirka 3 000 år 1991 till över 12 000 behandlingar 2007. I början av perioden utgjordes nästan samtliga behandlingar av standard IVF. Sedan 1993, när ICSI tekniken infördes för behandling av par med huvudsakligen manlig infertilitet, har denna teknik svarat för huvuddelen av den totala ökningen av alla IVF-behandlingar och har sedan 1998 utgjort cirka hälften av alla IVF behandlingar (diagram 14).

Totalt under 2007 gjordes vid 16 kliniker över 8 500 återföranden av färska ägg varav 53 procent med standard IVF och 47 procent med ICSI. Dessutom tinades embryon i 4 500 cykler som ledde till 3 955 återföranden.

Diagram 14. Antal återförande av befruktade ägg, efter behandlingstyp, behandlingar gjorda 1991–2007.

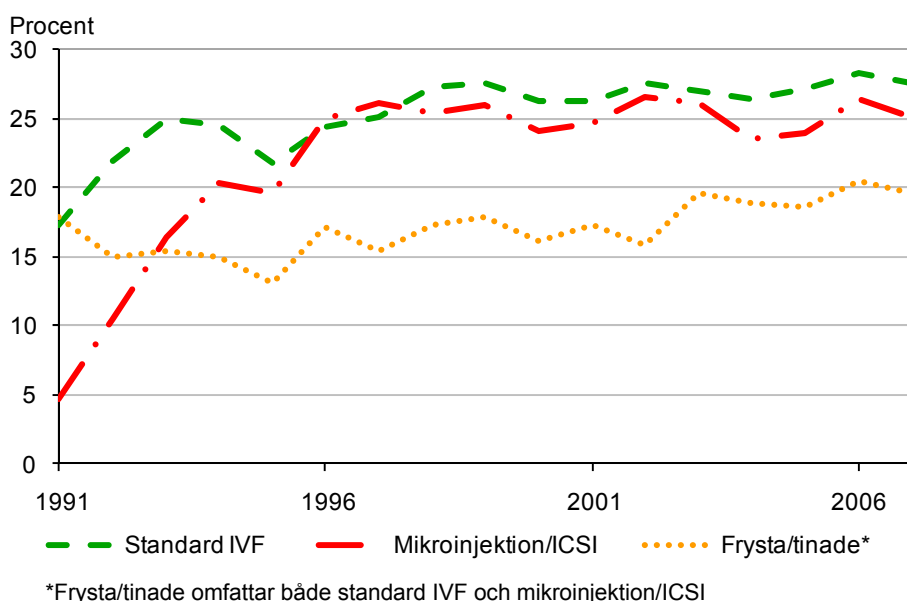


* Frysta/tinade omfattar både Standard IVF och mikroinjektion/ICSI

Antalet graviditeter och förlossningar efter standard IVF ökade successivt fram till 1993, då var tredje kvinna blev gravid och var fjärde fick barn efter återförande av befruktade ägg. Graviditetsfrekvensen sjönk 1995, för att därefter åter öka, så att resultaten för de senaste åren har legat något över 1993 års nivå (diagram 15). Resultaten för ICSI följer ett liknande mönster som för standard IVF.

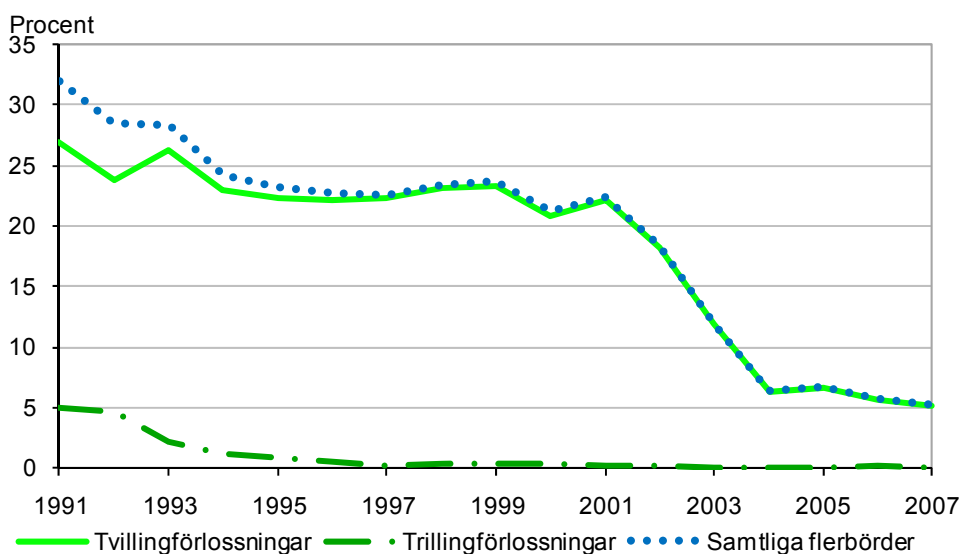
Som resultat av de 12 484 behandlingar som genomfördes 2007, föddes 3 167 levande barn vid 3 028 förlossningar. Detta innebär att 26,4 procent av behandlingarna med ”färska ägg” ledde till förlossningar med minst ett levande barn medan i de behandlingar som startades med att tina upp frysta befruktade ägg ledde 19,6 procent till förlossning med levande fött barn (tabell 1).

Diagram 15. Andel förlossningar per äggåterförande, efter behandlingstyp, behandlingar gjorda 1991–2007.



Den totala flerbördsfrekvensen vid förlossning har sjunkit från cirka 32 procent 1991 till 5,3 procent år 2007 (diagram 16). Minskning av flerbörder kan förklaras med den successiva reduktionen av antalet återförda befruktade ägg.

Diagram 16. Andel tvilling- och trillingförlossningar efter alla IVF-behandlingar, behandlingar gjorda 1991–2007



Tabell 1. Antal IVF-behandlingar 2007. Egna gameter

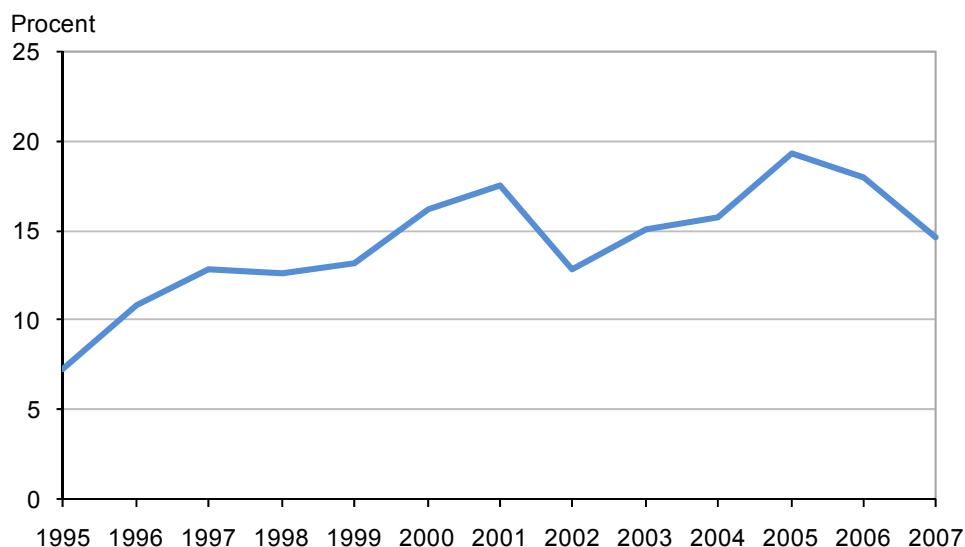
	Färska behandlingar		Frysta behandlingar	
	IVF	ICSI	IVF	ICSI
Startade cykler	5423	4778	2489	2011
Återföranden av befruktade ägg	4502	4027	2189	1766
Kliniska graviditeter	1605	1277	604	442
Dödfödda barn 22-v	7	8	3	2
Förlossningar	1239	1012	441	336
-enkelgraviditet	1183	957	404	319
-tvillinggraviditet	53	51	35	17
-trillinggraviditet	1	1	1	0
Levande födda barn	1284	1057	474	352

Behandling med donerade spermier – givarinsemination eller provrörsbefruktning

För par där mannen inte producerar några spermier är givarinsemination den mest närliggande möjligheten för kvinnan att få ett biologiskt barn. Från och med 1 juli 2005 är det möjligt även för lesbiska par att få barn genom assisterad befruktning på sjukhus i Sverige. Assisterad befruktning kan ske antingen genom insemination eller genom befruktning utanför kroppen.

Med behandling med donerade spermier ökade andelen förlossningar per insemination från cirka 7 procent år 1995 till 19 procent för år 2005 för att sedan sjunka till 15 procent för 2007.

Diagram 17. Förlossningar per insemination, 1995–2007



Totalt gjordes insemination i 492 cykler under 2007. Dessa inseminationer resulterade i att 62 levande barn föddes vid 72 förlossningar. Detta innebär att nästan 15 procent av de genomförda behandlingarna ledde till förlossningar med minst ett levande fött barn (tabell 2).

Tabell 2. Antal behandlingar med donerade spermier – givarinsemination 2007.

	Ostimulerad cykel	Stimulerad cykel
Återföranden av befruktade ägg	204	288
Kliniska graviditeter	38	57
Dödfödda barn 22-v	0	1
Förlossningar	30	42
-enkelgraviditet	30	37
-tvillinggraviditet	0	4
-trillinggraviditet	0	1
Levande födda barn	30	32

IVF med donerade spermier blev tillåtet från januari 2003. Under år 2007 genomfördes 166 fullständiga behandlingar med färska befruktande ägg vilket ledde till 65 graviditeter och 47 förlossningar samt 106 återföringar med frystinade befruktade ägg som gav 24 graviditeter och 23 förlossningar (tabell 3).

Tabell 3. Antal IVF-behandlingar med donerade spermier 2007.

	Färska behandlingar	Frysta behandlingar
Startade cykler	166	106
Återföranden av befruktade ägg	152	101
Kliniska graviditeter	65	24
Dödfödda barn 22-v	0	0
Förlossningar	47	23
-enkelgraviditet	43	22
-tvillinggraviditet	4	1
-trillinggraviditet	0	0
Levande födda barn	51	24

Äggdonation

I januari 2003 blev det tillåtet med äggdonation. Äggdonation kan göras med såväl anonym givare som med anhörig/känd donator för det behandlade paret. En känd donator bör användas endast i undantagsfall enligt de allmänna råd som utfärdats.

Totalt under 2007 genomfördes 164 återföranden med färska befruktade ägg och 117 med frystinade befruktade ägg. Trettio procent av de färska, och 21 procent av de frystinade återförandena resulterade i graviditeter. Totalt inträffade 69 graviditeter som resulterade i 51 enkelbördsförlossningar (tabell 4).

Tabell 4. Antal äggdonationer 2007.

	Färska behandlingar	Frysta behandlingar
Startade cykler	164	117
Återföranden av befruktade ägg	133	97
Kliniska graviditeter	49	32
Dödfödda barn 22-v	0	0
Förlossningar	40	22
-enkelgraviditet	38	22
-tvillinggraviditet	2	0
-trillinggraviditet	0	0
Levande födda barn	42	22

Tabell 5. Ålder: IVF, äggdonationer, spermiedonationer 2007

Ålder	Återföranden/ insemination	Förlossningar	Förlossningar per återförande/ insemination Procent
	Antal	Antal	
IVF			
-29	1 814	555	30,6
30-34	4 761	1 290	27,1
35-39	4 554	1 014	22,3
40-	1 313	160	12,2
Okänt	42	9	-
Äggdonationer			
-29	31	9	29,0
30-34	66	19	28,8
35-39	111	29	26,1
40-	22	5	22,7
Okänt	0	0	-
Spermiedonationer, IVF			
-29	46	11	23,9
30-34	115	35	30,4
35-39	83	24	28,9
40-	9	0	0
Okänt	0	0	-
Spermiedonationer, insemination			
-29	105	20	19,0
30-34	164	25	15,2
35-39	91	11	12,1
40-	39	4	10,3
Okänt	13	5	-

Förlossning

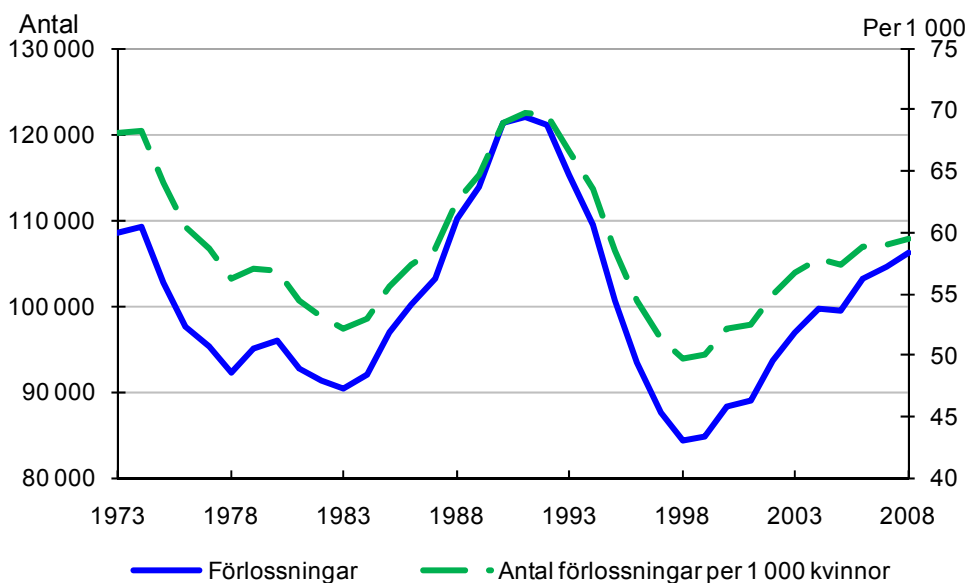
Antal förlossningar

Efter en nedgång i antal förlossningar under 1970-talet och början av 1980-talet steg födelsetalen för att nå en topp 1990–1992. Födelsetalen sjönk sedan hastigt fram till 1998, men har därefter återigen ökat (diagram 18).

Tabell 6. Antal födda barn, förlossningar, enkelbördar och flerbördar, 1973–2008

År	Antal födda enligt SCB	Antal födda enligt MFR	Antal förlossningar	Antal enkelbördar	Antal flerbördar
1973	110 451	109 409	108 466	107 489	977
1974	110 606	110 040	109 059	108 139	920
1975	104 235	103 560	102 661	101 788	873
1976	98 890	98 354	97 515	96 693	822
1977	96 549	96 072	95 269	94 475	794
1978	93 703	93 156	92 302	91 466	836
1979	96 700	95 938	94 983	94 045	938
1980	97 500	96 744	95 861	94 997	864
1981	94 445	93 678	92 805	91 948	857
1982	93 122	92 107	91 266	90 429	837
1983	92 120	91 167	90 295	89 449	846
1984	94 270	92 907	91 968	91 051	917
1985	98 851	97 853	96 914	95 972	942
1986	102 164	101 340	100 259	99 204	1 055
1987	105 111	104 159	103 125	102 118	1 007
1988	112 502	111 470	110 213	108 982	1 231
1989	116 446	115 173	113 903	112 682	1 221
1990	124 381	122 620	121 219	119 847	1 372
1991	124 201	123 559	122 016	120 528	1 488
1992	123 244	122 782	121 123	119 534	1 589
1993	118 398	117 108	115 371	113 697	1 674
1994	112 605	111 078	109 551	108 054	1 497
1995	103 772	102 136	100 602	99 096	1 506
1996	95 627	94 733	93 303	91 921	1 382
1997	90 816	89 092	87 641	86 220	1 421
1998	89 352	85 839	84 422	83 030	1 392
1999	88 512	86 160	84 729	83 323	1 406
2000	90 796	89 718	88 327	86 900	1 427
2001	91 815	90 520	89 089	87 650	1 439
2002	96 167	95 074	93 600	92 150	1 450
2003	99 516	98 470	96 854	95 257	1 597
2004	101 261	100 982	99 571	98 184	1 387
2005	101 647	100 747	99 361	97 994	1 367
2006	106 232	104 601	103 125	101 671	1 454
2007	107 747	105 966	104 491	103 055	1 436
2008	109 301	107 665	106 132	104 624	1 508

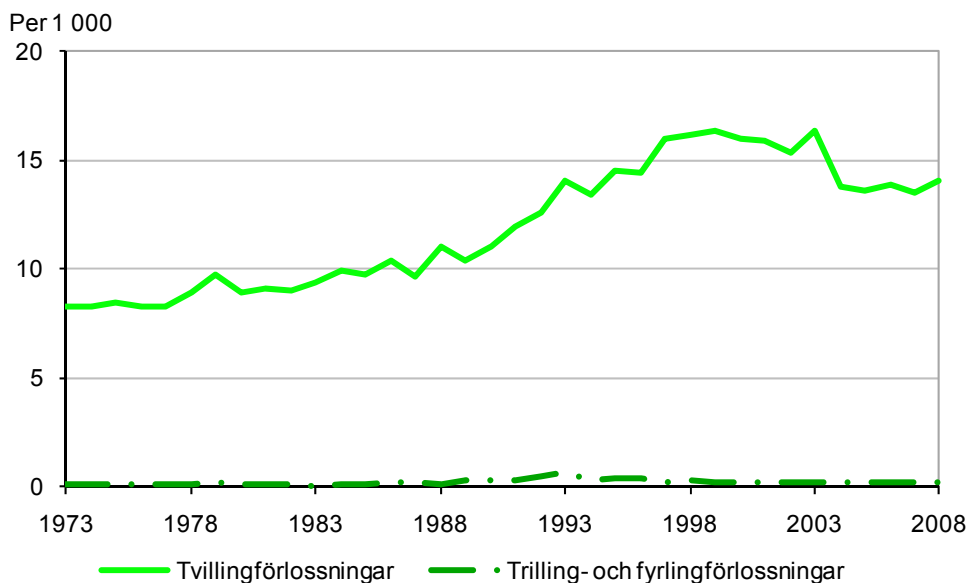
Diagram 18. Antal förlossningar totalt och per 1 000 kvinnor (15–44 år), 1973–2008



Flerbörder

Tvillinggraviditeterna ökade från slutet av 1970-talet till början på 2000-talet på grund av ökad förekomst av assisterad befruktning med införande av flera befruktade ägg. Sedan 2002 har trenden vänt tack vare den nuvarande rekommendationen att endast ett befruktat ägg återförs vid vitro-fertilisering (IVF). Andelen trilling- och fyrlingförlossningar har endast ökat marginellt sedan 1970-talet.

Diagram 19. Antal tvilling-, trilling- och fyrlingförlossningar per 1 000 förlossningar, 1973–2008



Induktion

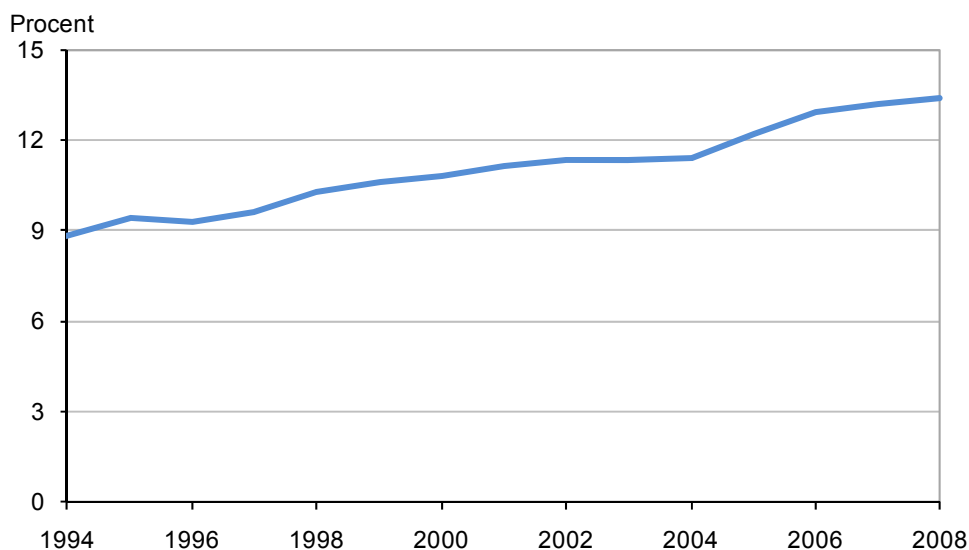
Överburen graviditet (42 graviditetsveckor eller längre) är den vanligaste anledningen till att man kan behöva sätta igång, inducera, en förlossning. Om den gravida kvinnan är överburen finns det risk både för att barnet blir för stort, vilket kan göra själva förlossningen mer komplicerad, och för att moderkakan fungerar sämre. Det senare kan leda både till att barnet får för lite näring och till försämrad syretillförsel till barnets blod.

Andra orsaker till att förlossningen kan behöva sättas igång är havandeskapsförgiftning och diabetes. Vid båda dessa tillstånd finns det risk att fostret kan må dåligt om graviditeten tillåts fortsätta. Flerbördsgraviditet eller oklar blödning under graviditeten kan också vara orsaker till induktion.

För fostrets del är den vanligaste orsaken till att man vill sätta igång förlossningen att tillväxten har saktat av. Man kan se det genom att beräkna fostrets vikt med ultraljud. Om fostret växer sämre beror det oftast på att moderkakan fungerar sämre.

Sedan 1994 har andelen vaginala förlossningar som startar med induktion ökat. En orsak till ökningen är att förlossningsklinikerna numera sätter igång förlossningar i ett tidigare skede vid överburna graviditeter.

Diagram 20. Andel förlossningar som startas med induktion av alla vaginala förlossningar, 1994–2008



Smärtlindring

Smärtlindring

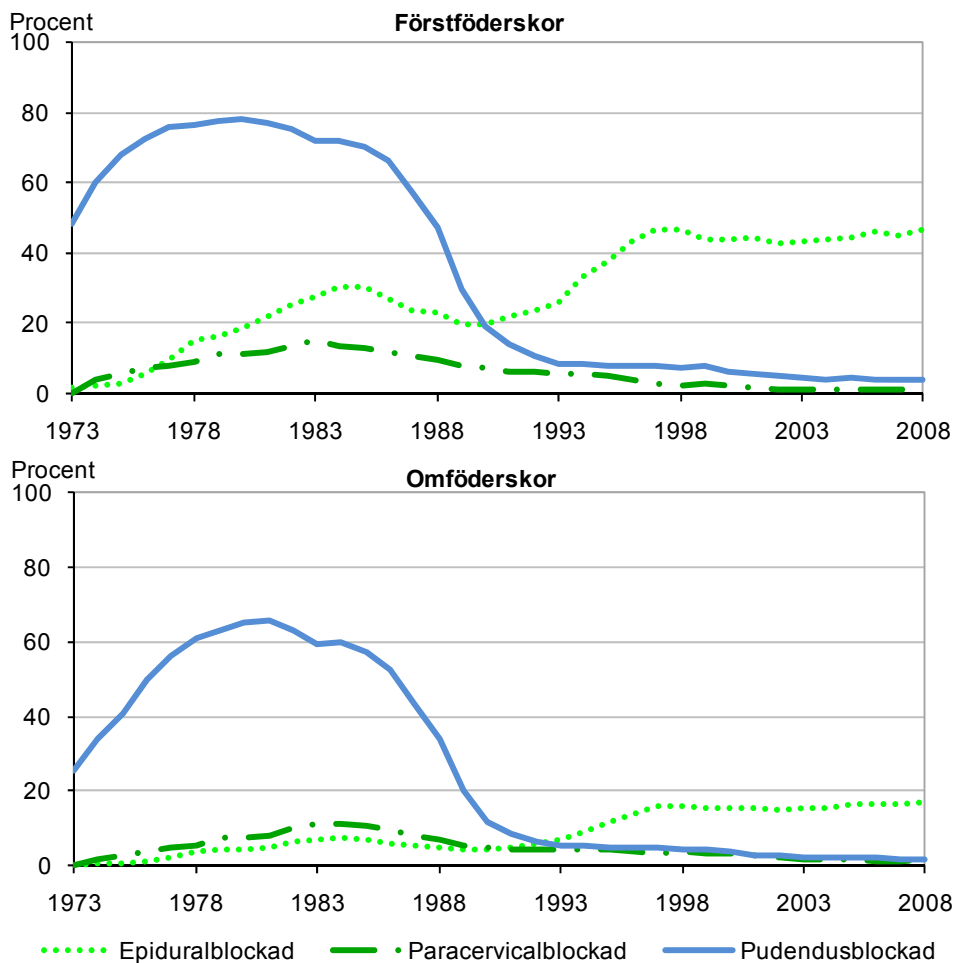
Epiduralblockad (ryggbedövning, EDA): EDA innebär att läkaren för in en kateter i epiduralrummet, dvs. utrymmet utanför ryggmärgen som omges av skyddande hinnor. Därifrån passerar nerver ut till olika delar av kroppen. Genom katetern injiceras bedövningsmedlet, som påverkar de nerver som passerar genom detta utrymme. EDA läggs av narkosläkare, som för in en kateter mellan ett par ländkotor med kvinnan i hopkurat sidoläge eller sittande framåtböjd. EDA ger en mycket god smärtlindrande effekt under öppningsskedet av förlossningen. EDA påverkar inte barnet. Med moderna bedövningsmedel kan man åstadkomma en bedövning som inte påverkar kvinnans motorik, vilket gör att kvinnan kan vara uppegående med sin EDA. Förlossningsförloppet kan eventuellt bli något längre och risken för instrumentell förlossning ökar något. EDA kan också användas som bedövning vid kejsarsnitt.

Paracervikalblockad (PCB): PCB innebär att ett bedövningsmedel injiceras invid nerver på var sin sida av livmoderhalsen (cervix). Bedövningen är lämplig under öppningsskedet och läggs av gynekolog. Medlet verkar snabbt och smärtlindringen är ofta effektiv utan att värkarbetet påtagligt avtar. En nackdel är att effekten bara sitter i drygt en timme och därefter måste blockaden läggas om. En annan nackdel är att PCB i sällsynta fall kan påverka hjärtfrekvensen hos barnet.

Pudendusblockad (bäckenbottenbedövning, PDB): PDB ger god smärtlindring i bäckenbotten och används därför i utdrivningsskedet (under krystningen). Den används också inför klipp och när klipp eller bristningar sys efter förlossning (suturering). Vid PDB injiceras barnmorskan bedövningsmedlet via slidan, intill nerver som går på varje sida i inre delen av bäckenet.

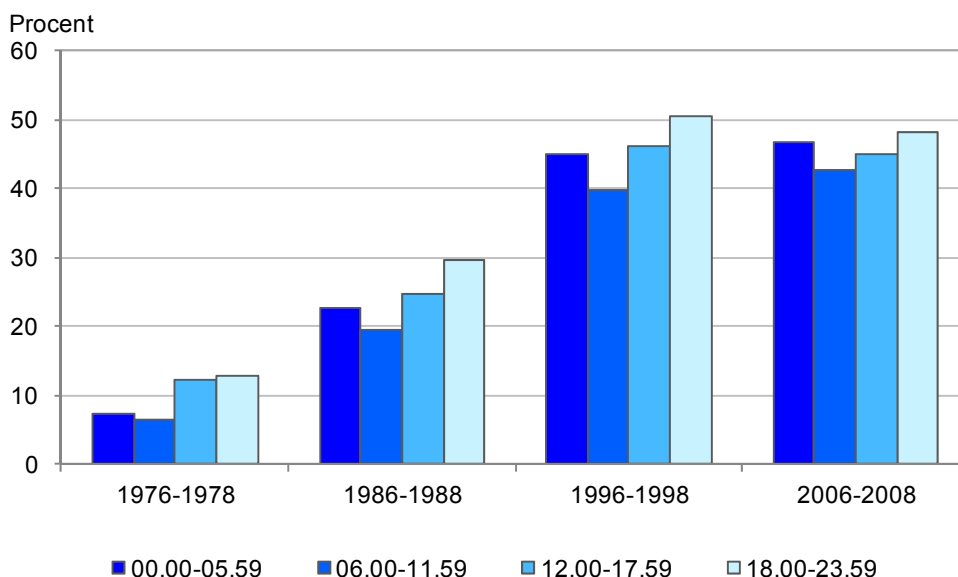
Epiduralblockad (EDA) är vanligare hos förstföderskor jämfört med omföderskor (diagram 21). Användning av EDA ökade i början av 1990-talet, men nådde en plåtå omkring 1997. Ökningen beror sannolikt på att man införde en ny epiduralmetod som tillåter kvinnan att vara uppe och gå trots blockaden. Pudendusblockad (PDB) användes vid ca 70 procent av alla förlossningar på 1970- och 1980-talet. Den påtagliga nedgången därefter kan möjligen förklaras med att metoden uppfattades hämma värkarbetet i förlossningens slutskede. Metoden används numera mest inför att kvinnan ska sys vid klipp eller större bristningar i bäckenbotten.

Diagram 21. Smärtlindring vid vaginal förlösning, 1973-2008



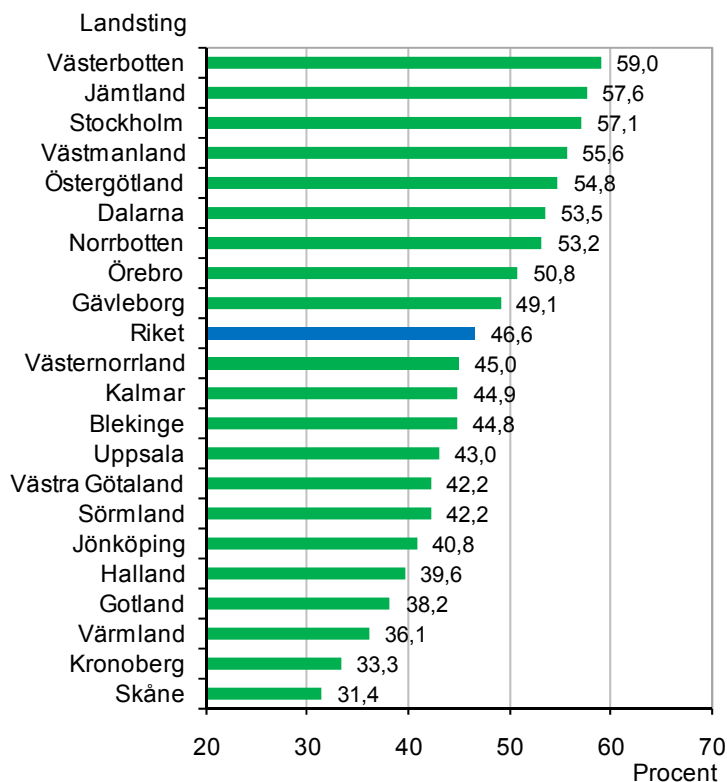
De variationer i användning av epiduralblockad som vi under 1980-talet kunde se över dygnet var under perioden 2006–2008 betydligt mindre (diagram 22).

Diagram 22. Epiduralblockad vid vaginal förlossning bland förstföderskor efter födelseklockslag, 1976–2008



Förekomst av epiduralblockad bland förstföderskor vid vaginalförlossning varierar mellan landstingen. Skillnader mellan olika landsting kan avspegla skillnader i inställningar och vårdtraditioner inom mödra- och förlossningsvård och variationer i tillgång på narkosläkare. Lägst andel blockader lades i Skåne med 30 procent och den högsta andelen hade Stockholm med nästan 56 procent (diagram 23).

Diagram 23. Epiduralblockad vid vaginal förlossning bland förstföderskor per landsting, 2008.



Kejsarsnitt och vaginala instrumentella förlossningar

Kejsarsnitt och instrumentell förlossning

Kejsarsnitt: Vid ett kejsarsnitt tas barnet ut vid en operation, där operatören går in genom kvinnans bukvägg och gör ett snitt i nedre delen av livmodern, genom vilket barnet tas ut. En barnmorska tar hand om barnet direkt vid operationsbordet. Operatören tar sedan ut moderkakan (placenta) och resten av fosterhinnorna och syr igen snittet i livmodern och bukväggen i flera lager. Snittet genom buken kan läggas på olika sätt, t.ex. på tvären alldeles ovan blygbenet (Pfannenstielsnitt, ”bikini-snitt”), på tvären mellan blygbenet och naveln (Stark- eller Joel Cohen-snitt, efter dem som först utvecklade metoden) eller på längden i medellinjen (nedre medellinjesnitt).

Ett elektivt (planerat) kejsarsnitt sker ofta i spinal- eller epiduralbedövning, vilket innebär att kvinnan är helt vaken men bedövd. Hon kan känna att man gör något med henne men hon känner ingen smärta. Hon får höra sitt barn skrika direkt och kan se och hålla i barnet medan hon fortfarande ligger kvar på operationsbordet. Ibland görs kejsarsnittet akut på grund av en plötslig uppkommen komplikation hos modern eller barnet och då görs ingreppet i full narkos, dvs. kvinnan är sövd.

Instrumentell förlossning (sugklocka och tång): Instrumentell förlossning innebär att barnet tas ut med antingen så kallad sugklocka (vakuumextraktion, VE) eller med hjälp av tång. Med en instrumentell förlossning vill man påskynda eller underlätta utdrivningen och framfödandet av barnet. Skälet kan vara att barnet börjar visa tecken på hotande syrebrist eller att mamman av olika skäl inte kan krysta ut barnet, t.ex. då livmoderssammandragningar (värkarna) är för svaga eller mamman är helt uttröttad eller sjuk.

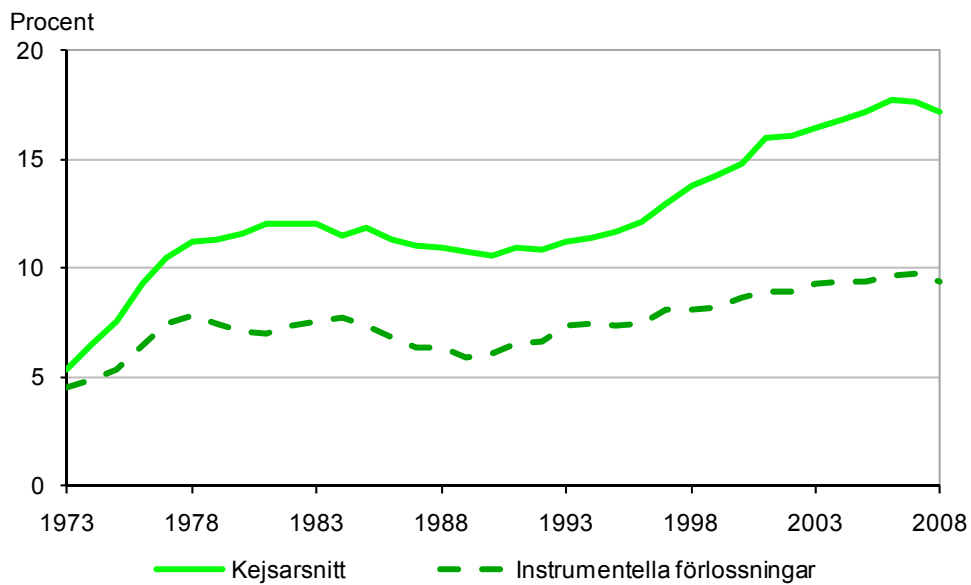
Vanligast är sugklocka, vilket innebär att man sätter en ”sugkopp” på fostrets huvud och låter den långsamt suga fast genom vakuum, varefter man drar försiktigt samtidigt som mamma krystar. Metoden är skonsam och skadar inte barnets huvud, även om man ofta kan se ett märke efter klockan dagarna efter förlossningen.

Tång har använts sedan länge, men har mer och mer kommit att ersättas av sugklockan. Många erfarna förlossningsläkare föredrar dock tång i vissa situationer. En förlossningstång består av två metallskedar, som kan kopplas ihop och läggas som en tång runt barnets huvud och tången låses så att barnets huvud inte kan skadas. När tångskedarna är på plats drar man samtidigt som mamman krystar och då brukar barnet lätt komma ut.

Vid instrumentell förlossning är det risk att mamman får bristningar och ofta försöker man förebygga skador på mamman genom ett klipp (perineotomi, episiotomi), så att hon får en bristning, som är lätt att sy ihop efteråt och därigenom läker fint.

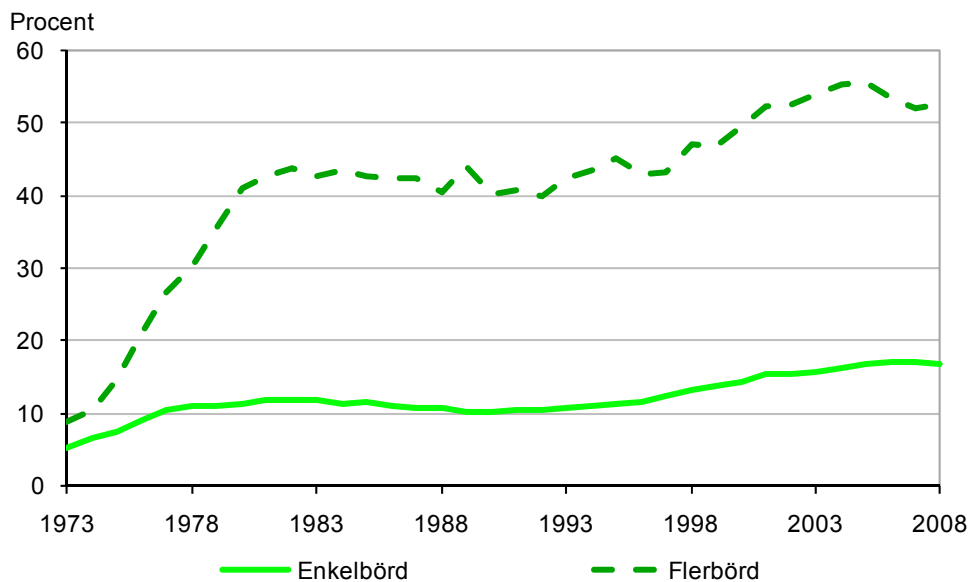
Under tre decennier ökade antalet kejsarsnitt stort i Sverige, från 5 procent av alla förlossningar i början på 1970-talet till 17,7 procent 2006. De senaste två åren har antalet minskat något och var 2008 17,2 procent. Vaginala instrumentella förlossningar (sugklocka och tång) har också ökat, men inte lika snabbt som andelen kejsarsnitt. Över 9 procent av kvinnorna blir förlösta med sugklocka eller tång.

Diagram 24. Kejsarsnitt och vaginala instrumentella förlossningar, 1973–2008



För enkelbörd har andelen kejsarsnitt ökat långsamt medan ökningen för flerbörd har skett snabbare. Sedan år 2000 förlöses mer än hälften av alla flerbördsgraviditeter med kejsarsnitt.

Diagram 25. Kejsarsnitt vid enkelbörd och flerbörd, 1973–2008



Bristningar

Bristningar i bäckenbotten i samband med förlossning

Bristningar i bäckenbotten i samband med förlossning indelas i fyra grader.

I:a graden är en bristning i slidans slemhinna, mynning och /eller i mellangården (området mellan slidan och ändtarmsöppningen) men inte i underliggande vävnad.

II:a graden är en bristning i slidans slemhinna, mynning samt i hud och muskler i mellangården.

III:e graden är en bristning i muskler i bäckenbotten och i ändtarmens slutmuskel.

IV:e graden är en bristning in i ändtarmens slutmuskel och slemhinna, sk. totalruptur.

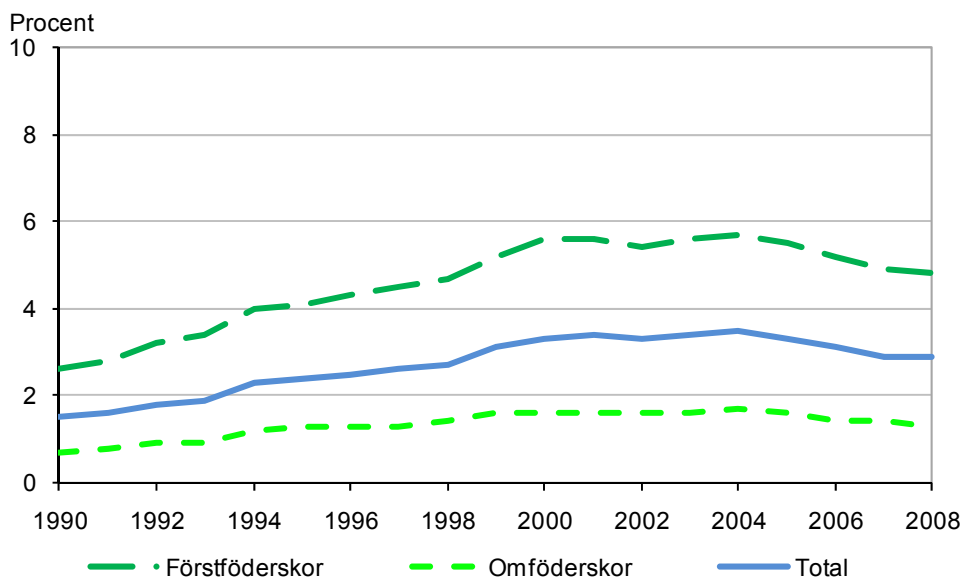
Bristningar av grad I och II är vanligt förekommande. De läker oftast snabbt och orsakar sällan långsiktiga problem. Skador på ändtarmsmuskeln, grad III och IV, ökar risken för anal och urininkontinens, samt smärtor i underlivet.

Faktorer som ökar risken för bristningar i ändtarmens slutmuskel är bl.a. om barnet är stort och förlossning sker med sugklocka.

Perinealskydd är en metod att med händerna skydda bäckenbotten och därmed förhindra att barnets huvud föds fram för snabbt. Härigenom vill man minska skador i bäckenbotten.

Andelen kvinnor med grad III och IV bristningar i bäckenbotten ökade under 1990-talet och fram till 2004. Flera kliniker i landet har uppmärksammat ökningen och vidtagit åtgärder och från år 2005 syns en nedåtgående trend.

Diagram 26. Bristningar av graden tre och fyra, 1990–2008



Sätesbjudning

Sätesförlossningar

Cirka 3 procent av alla barn lägger sig med stjärten nedåt i slutet av graviditeten. Den del av barnet som kräver störst utrymme i förlossningskanalen är huvudet. När huvudet presenterar sig först, hinner det långsamt forma sig efter bäckenet under värkarbetet. När sätet och kroppen kommer först, passerar dessa delar ganska lätt genom förlossningskanalen medan det efterföljande huvudet inte hunnit genomgå någon omformning, samtidigt som förlossningen snabbt måste avslutas eftersom navelsträngen kommer i kläm. Det finns därför en ökad risk både för syrebrist och skador på barnet vid sätesförlossning. Denna risk är speciellt stor om barnet är litet eller för tidigt född, men sätesförlossning kan vara gynnsamt även för ett mycket stort barn.

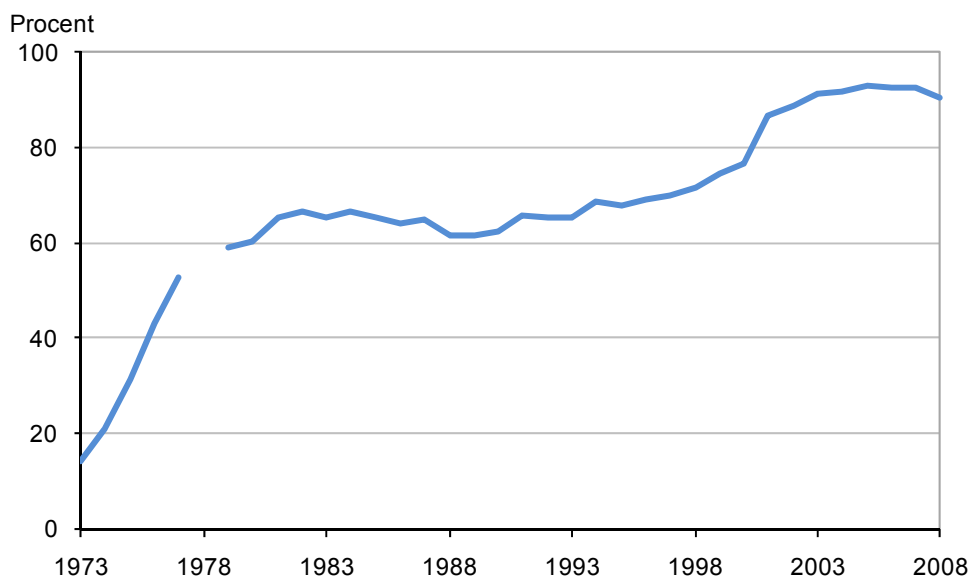
Barnet kan komma med benen böjda i höfter och knän framför kroppen (fot-säte) eller med benen uppåtsträckta längs kroppen (rent säte) eller med en eller båda fötterna först (fotbjudning). Av dessa bjudningar är den förstnämnda den mest gynnsamma för vaginal förlossning.

Eftersom det är omöjligt att på förhand veta hur förlossningen skall framskrida görs idag ofta planerat kejsarsnitt vid sätesbjudning, speciellt när barnet är litet eller mycket stort eller vid misstänkt trångt bäcken hos modern. Handhavande av sätesförlossning kräver erfarna barnmorskor och läkare men i takt med att allt färre sätesbjudningar blir förlösta vaginalt minskar möjligheten för vårdpersonalen att få erfarenhet av sätesförlossning.

Andelen mödrar med barn i sätesändlägen som blir förlösta med kejsarsnitt har ökat sedan 1973 och utgör nu mer än 90 procent av samtliga sätesförlossningar.

Läkare och barnmorskor diskuterade bästa sättet att förlösa vid sätesbjudning redan under 1970-talet vilket resulterade i en påtaglig ökning av andelen kejsarsnitt. En ny ökning kan ses i slutet av 1990-talet, troligen som en följd av internationell forskning, som visade att även vid fullgången graviditet innebär sätesförlossning en ökad risk för skador på barn och mor.

Diagram 27. Kejsarsnitt vid sätesbjudning bland enkelbörder, 1973–2008

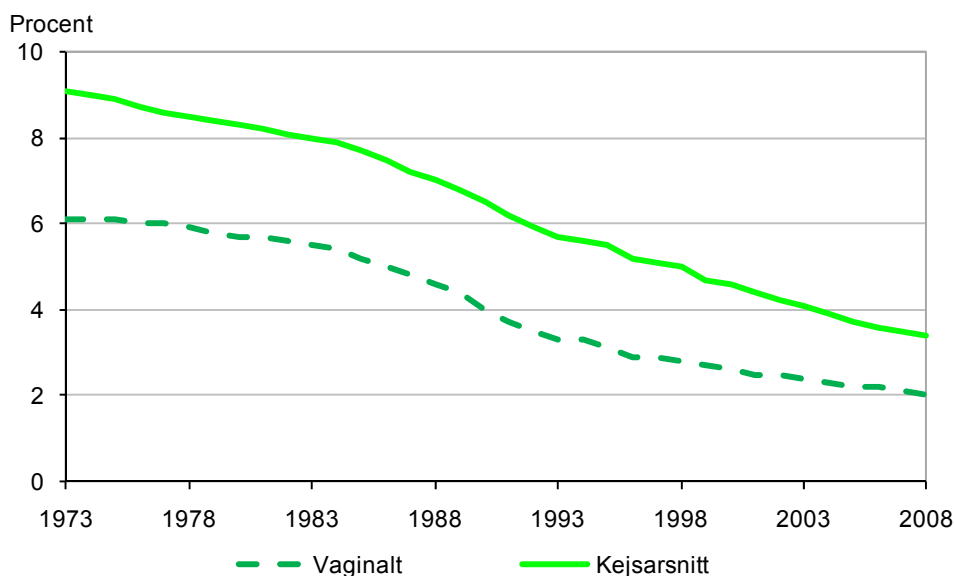


Not: Tillförlitliga uppgifter saknas för år 1978.

Vårdtid

Medelvårdtiden på BB vid vaginal förlossning respektive kejsarsnitt har minskat anmärkningsvärt över tid. År 2008 var medelvårdtiden efter kejsarsnitt mycket lägre än medelvårdtiden för vaginal förlossning under 1970- och 1980-talen (diagram 28).

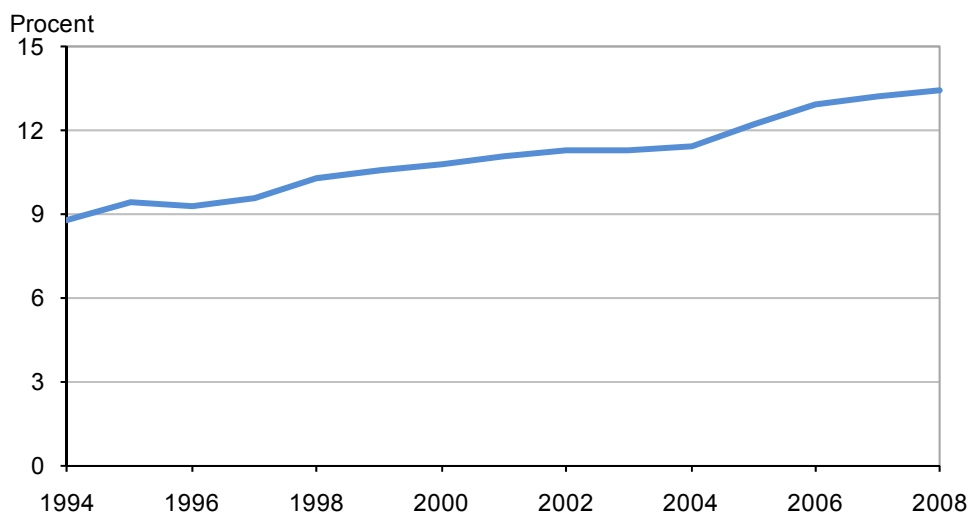
Diagram 28. Medelvårdtid på BB vid enkelbörd med vaginal förlossning respektive kejsarsnitt, 1973–2008



Det har skett en dramatisk förändring av andelen kvinnor med kort vårdtid på BB. År 2008 vårdades nästan 70 procent av alla vaginalförlösta kvinnor i

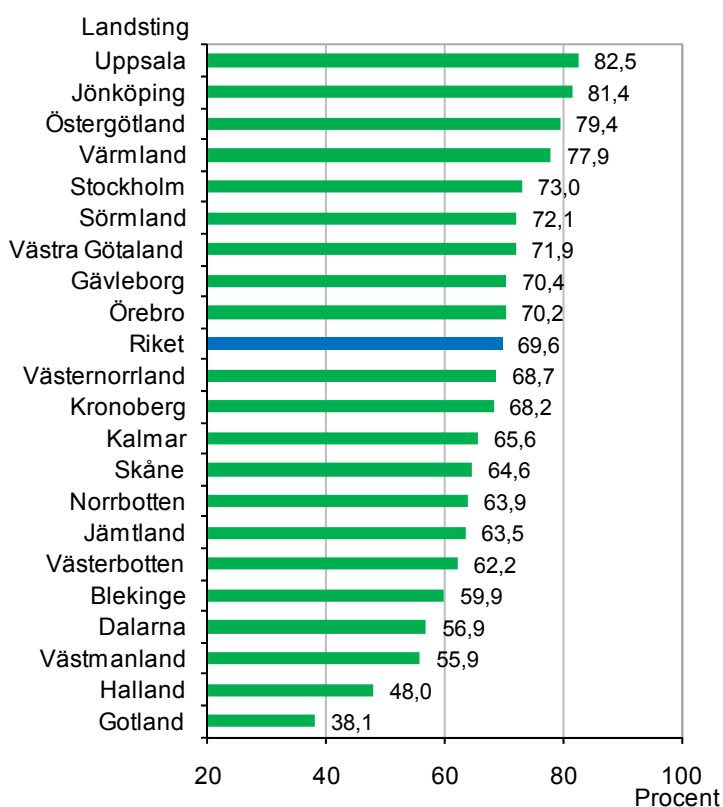
högst två dygn (diagram 29).

Diagram 29. Andel med kort vårdtid (0–2 dygn) vid vaginal förlossning, 1973–2008



Andelen med kort vårdtid efter vaginalförlossning varierar anmärkningsvärt: från drygt 80 procent i Uppsala till omkring 38 procent på Gotland (diagram 30). Vissa län, exempelvis Uppsala, har en utbyggd verksamhet med barnmorskebesök i hemmet, vilket inte syns i statistiken. Faktorer som avstånd till sjukhus, tillgång på uppföljning i hemmet, patienthotell eller annan kvalificerad eftervård påverkar sannolikt också vårdtiderna. Troligen kan skillnaderna också avspegla variation i resurstillgång och lokala vårdtraditioner

Diagram 30. Andel med kort vårdtid (0–2 dygn) vid vaginal förlossning per landsting, 2008

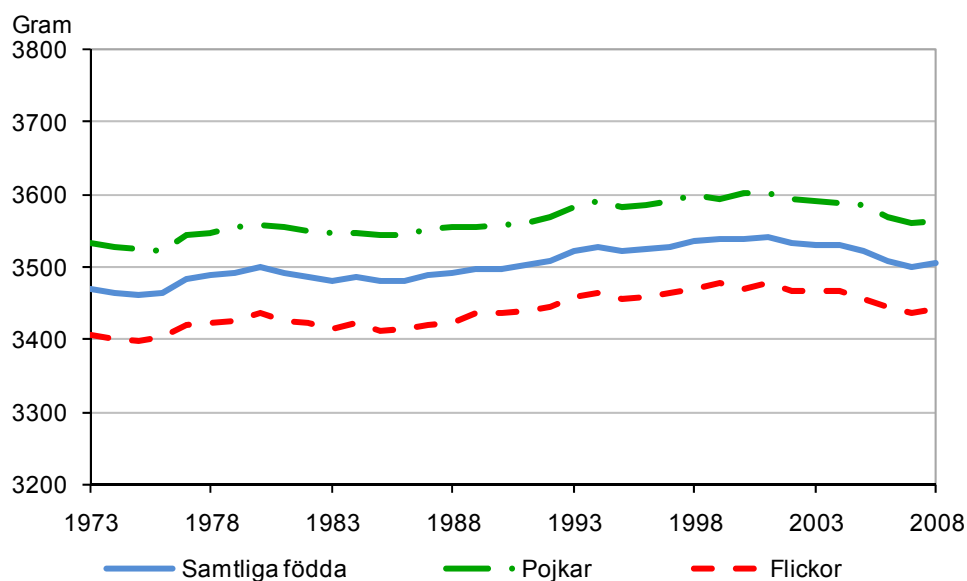


Uppgifter om barnen

Födelsevikt

Mellan 1973 och 2001 ökade medelfödelsevikten något. Detta berodde på att andelen tunga barn ökade och andelen lätta barn minskade. En minskning av medelfödelsevikten har skett sedan 2001. Även andelen överburna graviditeter har minskat under samma period (se diagram 32). Födelsevikten vid första barnet är i de flesta fall lägre än för efterföljande barn.

Diagram 31. Genomsnittlig födelsevikt hos flickor och pojkar, 1973–2008



Gestationsålder

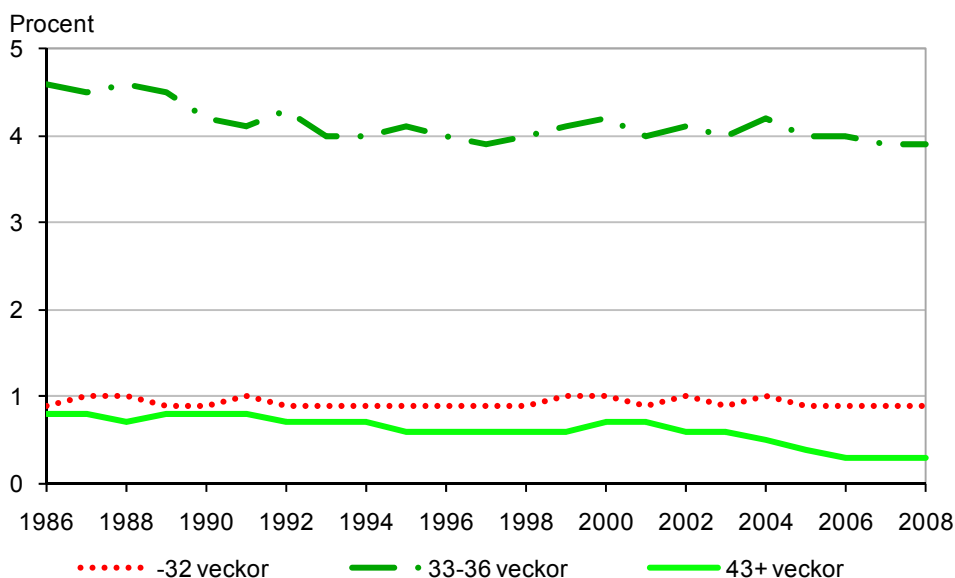
Gestationsålder - Graviditets längd

En graviditet pågår i ungefär 280 dagar eller 40 kompletta veckor, räknat från sista menstruationens första dag (SM), vilket förr var det enda sättet att datera en graviditet. Eftersom ägglossningen sker cirka 14 dagar efter SM, är kvinnan inte gravid de första två veckorna av denna 40-veckors period. Sedan 1980-talet görs i Sverige nästan alltid en datering av graviditetens längden med ultraljud. Med hjälp av ultraljud mäter man fostret på ett standardiserat sätt och fastställer gestationsåldern med en exakthet på ungefär ± 7 dagar, vilket är bättre än genom beräkning av SM. Dateringen görs oftast i graviditetsvecka 16–18.

De allra flesta barn föds efter 37 men före 42 kompletta veckor. En gestationsålder kortare än 37 kompletta veckor innebär prematurförlossning och om den överskrider 42 kompletta veckor talar man om överburenhet. Överburenhet kan innebära viss ökad risk för komplikationer hos barnet och på de flesta förlossningskliniker tillämpas igångsättning av förlossningen vid viss grad av överburenhet. Denna policy varierar mellan kliniker inom Sverige och mellan Sverige och andra länder, och har sannolikt varierat över tid.

Mellan 1995 och 2008 har inga större förändringar skett i andelen barn som blir förlösta prematurt dvs. före utgången av 37:e graviditetsveckan. När det gäller graviditeter som är överburna, det vill säga graviditeter som gått längre än vecka 43, har en minskning skett sedan 2001.

Diagram 32. Gestationsålder i graviditetsveckor bland levande födda vid enkelbörd, 1985–2008



Döda under nyföddhetsperioden

Dödlighet

Intrauterin fosterdöd (dödföddhet): Från medicinska födelseregistrets start 1973 till den 30 juni 2008 definierades intrauterin fosterdöd i Sverige som framfödandet av ett dött foster, som hade en gestationsålder av minst 28 kompletta veckor. Den 1 juli 2008 ändrades gränsen till 22 kompletta veckor och anpassades därmed till internationell praxis.

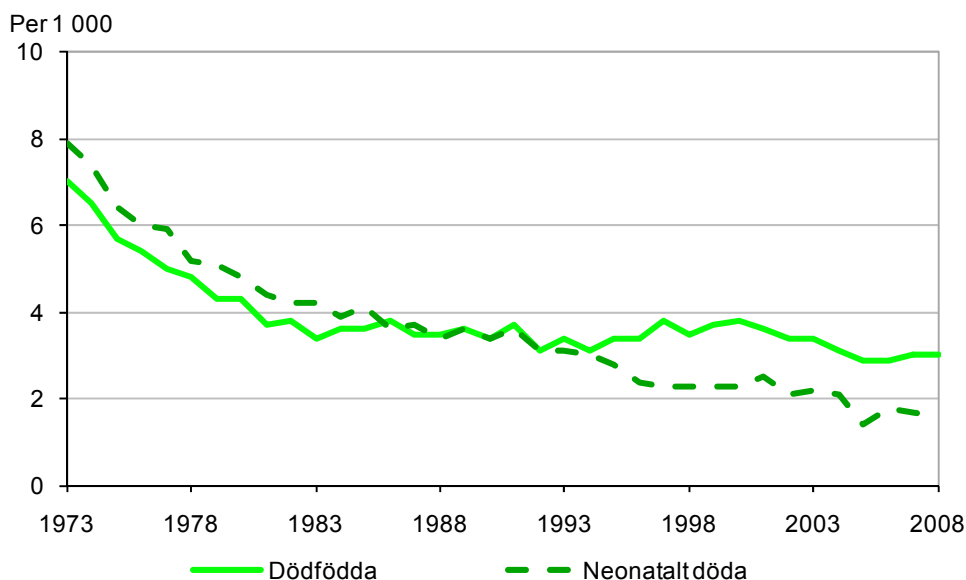
Fosterdöd kan inträffa under förlossningen, vilket är ovanligare, eller före förlossningen. Missbildningar, infektioner, allvarlig sjukdom hos modern, komplikationer i moderkaka och/eller navelsträng är några orsaker till fosterdöd, men fortfarande kan man inte identifiera någon uppenbar orsak till fosterdöden i 10–15 procent av fallen.

Den viktigaste kända riskfaktorn som går att förebygga för intrauterin fosterdöd är rökning hos modern.

Neonatalt döda: Barn som avlidit inom 28 dagar efter förlossningen.

Förekomsten av intrauterin fosterdöd (dödfödda barn) minskade kraftigt från 1973 till 1985, och därefter har utvecklingen stannat av och andelen dödfödda är fortfarande 3–4 per 1 000 förlossningar. Definitionen av intrauterin fosterdöd ändrades den 1 juli 2008 från 28 kompletta graviditetsveckor till 22 kompletta graviditetsveckor. Ändringen innebär att dödfödda barn som föds efter 22 fullgångna veckor ska rapporteras till Medicinska födelseregistret. I diagram 33 redovisas antalet dödfödda efter 28 graviditetsveckor och i tabell 7 redovisas antalet dödfödda från graviditetsvecka 22. Förekomst av neonatal dödlighet (levande födda barn som avlider inom 28 dagar) har stadigt minskat i omfattning sedan 1973.

Diagram 33. Dödföddhet (graviditetsvecka > 27) och neonatal dödlighet (0–27 dygn), 1973–2008

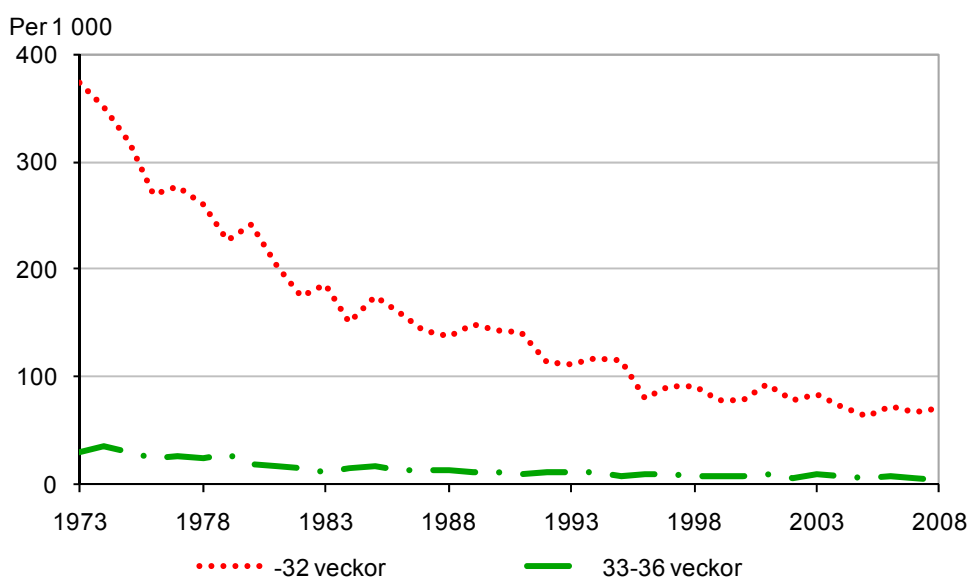


Tabell 7. Dödföddhet och neonatal dödlighet (0–27 dygn), 2008

	Enkelbölder	Flerbölder	Alla födda
Födda			
Antal	104 607	3 041	107 665
Dödfödda, graviditetsvecka 22–27			
Antal	55	4	59
Dödfödda, graviditetsvecka 28+			
Antal	303	23	326
Per 1 000 födda	2,9	7,6	3,0
Dödfödda, total			
Antal	360	27	387
Per 1 000 födda	3,4	8,9	3,6
Neonatalt döda (0–27 dygn)			
Antal	148	28	176
Per 1 000 levande födda	1,4	9,3	1,6

Andelen av de för tidigt födda barnen som dör neonatalt har minskat successivt från 1973 (diagram 34) och det beror troligen på att neonatalvården har blivit bättre. Mycket få barn avlider senare i neonatalperioden och någon tydlig trend kan inte skönjas. Anledningen till kort gestationsålder kan variera (till exempel planerad förlossning på grund av sjukdom hos modern eller barnet eller för tidig spontan förlossning) och förstås påverka barnets hälsotillstånd och vitalitet efter förlossningen. En relativt hög andel av de för tidigt födda barnen som dör under den senare neonatalperioden har en medfödd sjukdom eller missbildning.

Diagram 34. Neonatal dödlighet (0–27 dygn) bland för tidigt födda barn, 1973–2008



Graviditetslängden har en avgörande betydelse för dödlighetsrisken under den tidiga spädbarnstiden, framför allt under den första levnadsveckan.

Tabell 8. Dödlighet per graviditetsvecka bland levande födda enkelbörder, 1999–2008

Graviditets- längd i veckor	Antal levande födda	Döda inom 0–6 dygn		Döda inom 7–27 dygn	
		Antal	Per 1 000 levande födda	Antal	Per 1 000 levande födda
22–24	585	174	297,4	49	83,8
25–26	984	93	94,5	46	46,7
27–28	1 361	83	61,0	18	13,2
29–30	2 125	70	32,9	11	5,2
31–32	3 823	91	23,8	19	5,0
33–34	9 331	108	11,6	22	2,4
35–36	29 045	117	4,0	37	1,3
37–38	178 576	122	0,7	79	0,4
39–41	651 895	246	0,4	127	0,2
42+	69 122	64	0,9	11	0,2
Totalt	947 686	1 182	1,2	425	0,4

Som framgår av tabell 9 är både dödföddheten och den tidiga spädbarnsdödligheten högre för barn till unga (19 år eller yngre) och äldre (35 år eller äldre) kvinnor, för barn till kvinnor som röker, och för barn till överviktiga kvinnor. Risken för dödföddhet är också högre för det första barnet och för barn till kvinnor med födelseland utanför de nordiska länderna.

Tabell 9. Dödföddhet och neonatal dödlighet uppdelad på mödrarnas karaktäristiska, 1999–2008

	Födda		Dödfödda		Döda inom 0–6 dygn		Döda inom 7–27 dygn	
	Antal	Antal	Per 1 000 födda	Antal	Per 1 000 levande födda	Antal	Per 1 000 levande födda	
Moderns ålder								
19 år eller yngre	17 341	72	4,2	37	2,1	11	0,6	
20–24 år	124 087	371	3,0	183	1,5	65	0,5	
25–29 år	301 394	875	2,9	402	1,3	133	0,4	
30–34 år	343 621	1 105	3,2	494	1,4	163	0,5	
35 år eller äldre	190 585	809	4,2	339	1,8	112	0,6	
Paritet								
Första barnet	436 661	1 534	3,5	723	1,7	237	0,5	
Andra, tredje barnet	486 280	1 471	3,0	609	1,3	205	0,4	
Fjärde eller följande barn	56 950	271	4,8	124	2,2	43	0,8	
Moderns Födelseland								
Sverige	784 617	2 478	3,2	1 127	1,4	359	0,5	
Övriga Norden	18 624	58	3,1	31	1,7	13	0,7	
Andra länder	176 651	740	4,2	298	1,7	113	0,6	
Moderns rökvanor vid inskrivning till MVC								
Röker ej	819 598	2 417	2,9	955	1,2	321	0,4	
1–9 cigaretter per dag	61 454	256	4,2	93	1,5	36	0,6	
10 eller fler cigaretter per dag	23 388	149	6,4	47	2,0	22	0,9	
Moderns BMI vid inskrivning till MVC								
24,9 eller mindre	541 878	1 316	2,4	538	1,0	210	0,4	
25–29,9	208 222	780	3,7	299	1,4	78	0,4	
30 eller mer	92 685	539	5,8	187	2,0	60	0,7	
Totalt	979 892	3 276	3,3	1 456	1,5	485	0,5	

Mödrarnas utbildning

Studier har visat att det finns socioekonomiska skillnader i förekomsten av graviditets- och förlossningskomplikationer och att komplikationer är vanligare för kvinnor med lägre socioekonomisk status. Vi har använt moderns högsta utbildningsnivå 2007 som ett mått på socioekonomisk status. I graferna presenteras samtliga förstföderskor med enkelbördsförlossning i medicinska födelseregistret (1973-2007), medan vi i analyserna endast inkluderat förstföderskor som förlöstes mellan 1998 och 2007. Genom att endast ta med de senaste tio åren minskas påverkan av förändringar i utbildningsmönster hos befolkningen över tid. Analyserna är genomförda med regressionsanalys (logistisk regression). Metoden mäter skillnader i sannolikhet för att en händelse ska inträffa (t.ex. att ett barn föds med låg födelsevikt) för olika utbildningsnivåer. Kategorin 'eftergymnasial utbildning' har använts som referens. I samtliga analyser har vi justerat för moderns ålder och därigenom kan vi utesluta att skillnader i resultat beror av denna variabel.

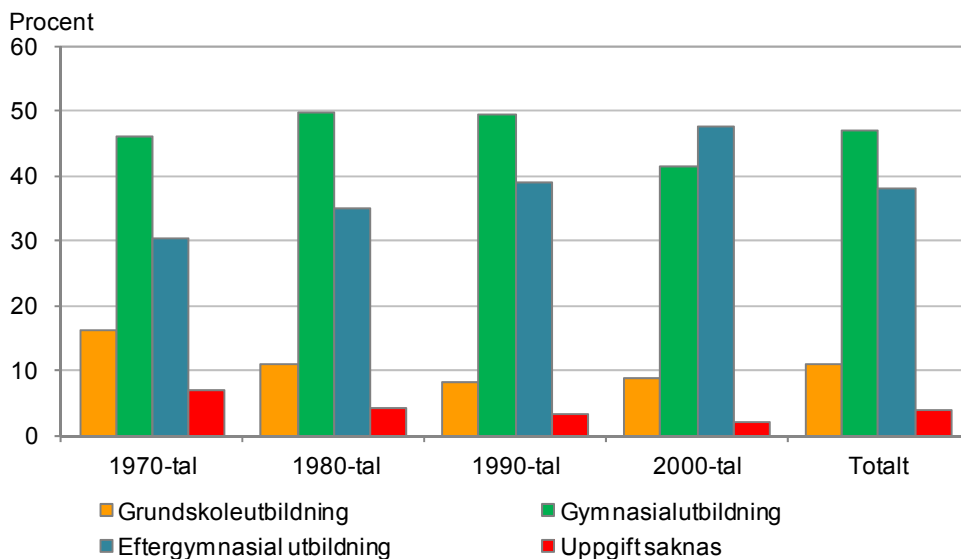
Utbildningsregistret

Utbildningsregistret innehåller uppgifter om avslutade utbildningar för landets invånare i åldern 16-74 år. Registret administreras av Statistiska centralbyrån (SCB) och uppdateras årligen. I rapporten används mödrarnas högsta utbildningsnivå år 2007. Det gör att moderns högsta utbildningsnivå inkluderas oberoende av när kvinna föder sitt barn. Detta gäller således inte för mödrar som fortsätter utbilda sig efter 2007. Till utbildningsregistret rapporterar skolor, högskolor och andra utbildningsanordnare genomgångna utbildningar till SCB. Registret omfattar endast avslutade utbildningar som grund- och gymnasieskola, komvux, högskola/universitet, kvalificerad yrkesutbildning (KY), övrig studiemedelsberättigad eftergymnasial utbildning och arbetsmarknadsutbildning. Vid högskole/universitetsutbildning finns även fristående kurser och inte endast färdiga examina med. Bortfallet i utbildningsregistret är lågt. Det totala bortfallet, dvs. när en person helt saknar uppgift om utbildning var 1,9 procent år 2007. För utrikes födda är bortfallet högre, ca 8,5 procent. Mer information om utbildningsregistret finns på SCB's hemsida (www.scb.se).

Utbildningsnivå bland mödrarna

Den vanligaste utbildningsnivån för mödrar som födde barn på 1970-, 1980- och 1990-talet var gymnasiestudier. Bland kvinnor som födde barn på 2000-talet hade nästan 50 procent eftergymnasial utbildning (diagram 35). Motsvarande andel bland mödrarna som födde barn på 1970-talet var 30 procent. Bortfallet är något högre för kvinnor som födde barn på 1970-talet jämfört med kvinnor som födde barn senare.

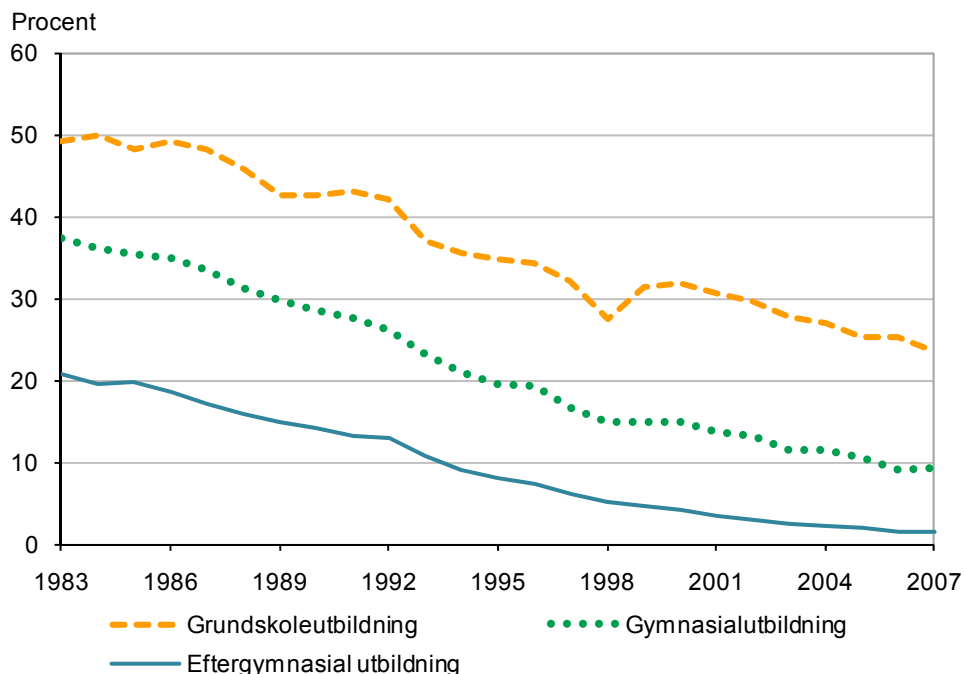
Diagram 35 *Mödrarnas utbildning, efter barnets födelseår.*



Rökning och utbildning

Andelen mödrar som röker vid inskrivning till mödrahälsovården har minskat stadigt sedan man började registrera uppgiften i medicinska födelseregistret 1983. Nedan presenteras rökning uppdelat på utbildningsnivå. Den lägsta andelen rökande kvinnor finns i den högst utbildade gruppen och den högsta andelen bland de lägst utbildade mödrarna.

Diagram 36 *Andel rökande gravida kvinnor i tidig graviditet efter utbildningens längd, barn födda 1983-2007.*



Tabell 10 visar att det är nästan nio gånger vanligare att mödrar med grundskoleutbildning röker vid inskrivningen till mödrahälsovården jämfört med

mödrar med eftergymnasial utbildning. Mödrar med gymnasieutbildning hade en fyra gånger högre risk att röka vid inskrivning till mödrahälsovården jämfört med den högst utbildade gruppen.

Tabell 10. Rökning i tidig graviditet och utbildning, 1998–2007

Moderns utbildning	Rökande gravida		Oddskvot*	Konfidensintervall
	Antal	Procent		
Grundskoleutbildning	9 444	27,6	8,8	(8,4-9,1)
Gymnasieutbildning	19 995	12,3	4,1	(4,0-4,2)
Eftergymnasial utbildning	5 019	2,9	1,0	(referens)

* Kontrollerat för moderns ålder

BMI och utbildning

BMI (body mass index eller kroppsmassindex) är ett mått på en persons längd i förhållande till vikten. Moderns BMI när hon blir gravid påverkar graviditet och förlossning. Överviktiga och feta kvinnor löper större risk att drabbas av graviditetsdiabetes, blodtryckssjukdomar och förlossningskomplikationer. I tabell 11 redovisas andelen kvinnor med BMI 25 eller högre för olika utbildningsnivåer. Kvinnor med grundskole- eller gymnasieutbildning hade en 60 procentigt ökad risk för övervikt eller fetma vid inskrivning till mödrahälsovården, jämfört med kvinnorna i den högsta utbildningskategorin.

Tabell 11. Övervikt och fetma (BMI >25) vid inskrivning till mödrahälsovården och utbildning, barn födda 1998–2007

Moderns utbildning	Gravida med BMI 25 eller mer		Oddskvot*	Konfidensintervall
	Antal	Procent		
Grundskoleutbildning	10 343	33,5	1,6	(1,6–1,7)
Gymnasieutbildning	53 939	35,7	1,6	(1,6–1,7)
Eftergymnasial utbildning	42 804	26,2	1,0	(referens)

* Kontrollerat för moderns ålder

Lätt för tiden (SGA) och utbildning

Lätt för tiden eller SGA (small for gestational age) betyder att det nyfödda barnet väger lite i förhållande till graviditetslängden (mer än 2 standardavvikelse under normalvikten för graviditetslängden). Tillväxthämning under fosterlivet kan orsakas av sjukdomar hos modern under graviditeten, t.ex. blodtryckssjukdomar som preeklampsi. Graviditetskomplikationer i form av infektioner (som t.ex. röda hund och toxoplasmos) kan också bidra. SGA kan också orsakas av missbildningar eller kromosomförändringar hos barnet som gör att tillväxten avstannar. Rökning, alkohol och användning av droger är även dessa faktorer som kan påverka fostertillväxten.

Risken att föda ett barn som var 'lätt för tiden' var nästan dubbelt så stor för mödrar med grundskoleutbildning jämfört med den högst utbildade gruppen. Även mödrar med gymnasieutbildning hade en ökad risk att föda ett barn som är 'lätt för tiden' jämfört med mödrar med eftergymnasial utbildning.

Tabell 12. Barn med låg födelsevikt i relation till graviditetens längden (SGA) och utbildning, barn födda 1998–2007

Moderns utbildning	Lätt för tiden		Oddskvot*	Konfidensintervall
	Antal	Procent		
Grundskoleutbildning	1 599	4,4	1,9	(1,8–2,0)
Gymnasieutbildning	5 706	3,3	1,3	(1,3–1,4)
Eftergymnasial utbildning	5 143	2,7	1,0	(referens)

* Kontrollerat för moderns ålder

I tabell 13 presenteras frekvenser över moderns utbildning i relation till graviditets-, förlossnings- och nyföddhetsutfall.

Tabell 13. Graviditet, förlossning och uppgifter om barnet och moderns utbildning, barn födda 1998–2007

	Moderns utbildning					
	Grundskoleutbildning		Gymnasieutbildning		Eftergymnasial utbildning	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Graviditet och blivande mödrar						
BMI 30 eller mer	2 899	9.5	14 530	9.8	8 178	5.1
Sammanboende med barnafar	26 670	78.3	150 654	92.7	170 485	96.5
Förlossning						
Smärtlindring – epiduralblockad	13 986	45.8	64 458	45.7	67 487	43.3
Smärtlindring – lustgas	24 395	80.0	117 182	83.0	131 242	84.2
Keisarsnitt	5 839	16.1	31 014	18.0	34 348	18.1
Instrumentell förlossning	3 941	12.9	23 102	16.4	27 400	17.6
Bristningar grad 3 och 4	1 319	3.6	8 423	4.9	11 693	6.1
Vårdtid mindre än 2 dagar	14 162	47.2	53 584	38.6	58 099	37.9
Uppgifter om barnen						
Barn med födelsevikt < 1500g	319	0.9	1 317	0.8	1 180	0.6
Barn med födelsevikt < 2500g	1 831	5.1	7 372	4.3	6 921	3.7
Gestationstid <33 veckor	544	1.5	2 345	1.4	2 154	1.1
Gestationstid <37 veckor	2 470	6.8	11 459	6.7	11 045	5.8
Apgar < 7 vid 5 min	524	1.5	2 552	1.5	2 501	1.3
Dödfödda barn	228	0.6	885	0.5	748	0.4
Neonatalt döda barn	87	0.2	338	0.2	321	0.2