

Öppna jämförelser Jämlik vård 2015

Kvinnors hälso- och sjukvård

Denna publikation skyddas av upphovsrättslagen. Vid citat ska källan uppges. För att återge bilder, fotografier och illustrationer krävs upphovsmannens tillstånd.

Publikationen finns som pdf på Socialstyrelsens webbplats. Publikationen kan också tas fram i alternativt format på begäran. Frågor om alternativa format skickas till alternativaformat@socialstyrelsen.se

Artikelnummer 2015-12-10

Publicerad www.socialstyrelsen.se, december 2015

Korrigerad 2016-04-11: Sid 37, diagram 10.1 samt 10.2. Ändring av diagramrubriker "Andel födda barn med låg Apgar-poäng". Sid 96, tabell 9. Ändring av tabellrubrik "Andel födda barn med låg Apgar-poäng".

Förord

Socialstyrelsen har regeringens uppdrag att årligen utveckla, publicera och sprida öppna jämförelser av hälso- och sjukvården. Inom uppdraget ligger även att ta fram särskilda öppna jämförelser av jämlik vård. Denna rapport är den tredje öppna jämförelsen som specifikt belyser området jämlik vård. I årets rapport som är inriktad mot kvinnors hälso- och sjukvård, presenteras indikatorer som visar processer och resultat inom tre huvudområden: graviditets- och förlossningsvård, gynekologisk vård samt cancersjukvård. Vården jämförs med utgångspunkt från jämlikhetsdimensionerna geografi, ålder, utbildningsnivå och/eller födelsebakgrund (Nordenfödd/utomnordenfödd) beroende på indikator. Rapporten riktar sig främst till beslutsfattare i landstingen och till regeringen.

Projektledare för arbetet har varit Petra Sundlöf. Från Socialstyrelsen har även Behzad Koucheqi, Karin Gottvall, Ellen Lundqvist, Gudrun Jonasdottir Bergman och Göran Zetterström medverkat i arbetet. Ansvarig enhetschef har varit Birgitta Lindelius. Ett särskilt tack riktas till de kvalitetsregister som bidragit till rapporten.

Olivia Wigzell
Generaldirektör

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	7
Inledning	8
Syfte	8
Vad är jämlik vård?	9
Indikatorer och bakgrundsdata	10
Vad är en indikator?	10
Förutsättningar för rättvisa jämförelser	10
Indikatorer och använda datakällor	11
Dataredovisning och tolkning	12
Resultat	14
Graviditets- och förlossningsvård	14
Gynekologisk vård	44
Cancersjukvård	72
Referenser	90
Bilaga 1. Analysbilaga	93

Sammanfattning

Denna rapport är den tredje öppna jämförelsen inom området jämlik vård och fokuserar på kvinnors hälso- och sjukvård. Totalt redovisas 30 indikatorer inom tre huvudområden: graviditets- och förlossningsvård, gynekologisk vård samt cancersjukvård.

I rapporten framkommer att det finns skillnader mellan olika landsting när det gäller flera av resultaten för graviditets- och förlossningsvård. Det finns även skillnader som hänger samman med utbildningsnivå. I de allra flesta fall uppvisar hälso- och sjukvården ett sämre resultat för kvinnor med kort utbildning jämfört med kvinnor med längre utbildning. En högre andel av de grundskoleutbildade kvinnorna får behandling för psykisk ohälsa under graviditeten i jämförelse med kvinnor i övriga utbildningsgrupper. Högutbildade kvinnor erhåller däremot oftare stödåtgärder på grund av förlossningsrädsla i jämförelse med lågutbildade, och äldre kvinnor får detta oftare än yngre. I några fall finns skillnader även när vården jämförs i relation till kvinnors födelsebakgrund. Exempelvis har kvinnor födda utanför Norden en något förhöjd risk för att drabbas av bristningar av grad III och IV i samband med sin första förlossning jämfört med Nordenfödda kvinnor. För att få veta något om orsakerna till dessa skillnader, krävs vidare analyser där man tar hänsyn till fler faktorer.

Inom området gynekologisk vård visar resultaten att det fortfarande finns skillnader mellan olika landsting och att dessa består. Exempelvis är skillnaderna mellan olika landsting påtagliga när det gäller användandet av minimalinvasiv teknik i samband med operationer av äggstockar och äggledare samt borttagande av livmoder. Tekniken medför bland annat kortare vårdtider och snabbare återhämtning för patienten, vilket gör det eftersträvarsvärt att ha en hög andel operationer av denna typ. När det gäller cancer-sjukvård visar resultaten att den relativa femårsöverlevnaden vid såväl äggstockscancer som bröstcancer fortsätter att öka. För bröstcancer innebär högre utbildning en bättre femårsöverlevnad. Jämförelsen visar också att det finns en tydlig nationell trend där alltfler bröstcancerpatienter diagnostiseras via den landstingsorganiserade mammografiscreeningen.

Öppna jämförelser är en rapportserie av beskrivande karaktär. Den sträcker sig till att redovisa skillnader, men däremot inte till att analysera orsakerna till skillnaderna. Rapporten Öppna jämförelser Jämlik vård belyser brister i jämlikheten, men utreder inte orsakerna bakom dessa. För detta krävs vidare analyser.

Inledning

Socialstyrelsen har regeringens uppdrag att årligen utveckla, publicera och sprida öppna jämförelser av hälso- och sjukvården. I uppdraget ingår sedan några år tillbaka även att ta fram särskilda öppna jämförelser av jämlik vård.

Socialstyrelsen har tidigare publicerat öppna jämförelser med specifikt fokus på jämlikhet i vården vid två tillfällen. I den första rapporten, år 2013, redovisades ett antal övergripande hälso- och sjukvårdsindikatorer med geografi och utbildningsnivå som jämlikhetsdimensioner. År 2014 var temat för rapporten somatisk vård vid samtidig psykisk sjukdom, där psykiskt sjukas tillgång till god vård särskilt uppmärksammades.

Årets rapport har temat kvinnors hälso- och sjukvård. Det innebär att jämförelserna är helt inriktade mot vård och behandlingstyper som främst förekommer bland kvinnor. Det handlar då om vård i anslutning till graviditet och förlossning, vård till följd av bröstcancer samt sjukdomar som rör det kvinnliga reproduktionssystemet. Tidigare utvärderingar och analyser från Socialstyrelsen samt forskning på området har visat tecken på att det finns skillnader mellan olika landsting när det gäller tillgången till god vård inom området kvinnorelaterad sjukvård. Skillnader inom såväl vård och behandling som bemötande och resultat har påvisats, bland annat när det gäller graviditets- och förlossningsvård samt bröstcancervård [1-4]. Tendenser till sådan ojämlikhet har också observerats mellan kvinnor med olika utbildningsbakgrund och etnicitet [5-11].

I rapporten redovisas totalt 30 indikatorer. Flera av de indikatorer som ryms inom områdena graviditets- och förlossningsvård samt gynekologisk vård, har tidigare publicerats i den årliga rapportserien *Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet*. Då årets rapportering av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet inte sker i samma form som tidigare, och det bland annat saknas fullt utrymme för publicering av samtliga indikatorer, följs några av indikatorerna inom områdena graviditets- och förlossningsvård samt gynekologisk vård istället upp i denna rapport.

Några av indikatorerna inom området cancersjukvård publicerades i *Öppna jämförelser cancersjukvård 2014*. Totalt sju av indikatorerna som ingår i årets rapport om jämlik vård är dock helt nytillkomna, vilket innebär att de inte tidigare presenterats inom ramen för öppna jämförelser. Vid sidan av landstingsjämförelser innefattar rapporten även jämförelser med hänsyn till utbildningsnivå, ålder och födelsebakgrund (uppdelad på Nordenfödda respektive utomnordenfödda kvinnor) för flera av indikatorerna.

Syfte

Det övergripande syftet med jämförelsen är att synliggöra eventuella skillnader i vård, behandling, bemötande och resultat.

Tidigare publiceringar av öppna jämförelser inom hälso- och sjukvårdsområdet har kännetecknats av ett huvudsakligt fokus på regionala skillnader, det vill säga skillnader mellan landsting. Att låta kvinnors hälso- och sjukvård

utgöra huvudtema för årets rapport om jämlik vård, gör det möjligt att synliggöra eventuella skillnader i sådan vård och behandling som uteslutande ges till kvinnor. Detta med hänsyn till jämlikhetsdimensioner så som geografi, utbildningsnivå, ålder och födelsebakgrund beroende på indikator.

Vad är jämlik vård?

Jämlik hälso- och sjukvård är en av sex dimensioner som Socialstyrelsen definierat som viktiga förutsättningar för att nå en god vård. I § 2 hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), slås fast att vård ska erbjudas på lika villkor och att de som har störst behov ska ha företräde. Socialstyrelsen har definierat att en jämlik vård innebär att bemötande, vård och behandling ska erbjudas på lika villkor till alla, oavsett sådant som personliga egenskaper, bostadsort, ålder, kön, funktionshinder, utbildning, social ställning, etnisk eller religiös tillhörighet eller sexuell läggning [12]. Det är dock därmed inte givet att vård ska ges på samma sätt och i samma utsträckning överallt. Landstingens behov ser olika ut och deras resultat kommer att, och ska också, se olika ut. Alla skillnader är inte omotiverade. Öppna jämförelser synliggör skillnaderna och utgör också ett underlag till landstingens egna analysarbeten.

Indikatorer och bakgrundsdata

I rapporten används ett flertal olika indikatorer för att belysa eventuella skillnader i vård, behandling, bemötande och resultat. I detta kapitel beskrivs förutsättningar, urvalskriterier och använda datakällor. För mer detaljerad information om indikatorerna hänvisas till Socialstyrelsens indikatorbibliotek [13]. Till rapporten finns även en separat bilaga med en närmare beskrivning av indikatorerna. Den finns tillgänglig i elektronisk form kort efter att rapporten utgivits.

Vad är en indikator?

Indikatorer som används i en öppen jämförelse ska visa olika aspekter av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet med hjälp av tillgängliga data. Socialstyrelsen har satt upp ett antal kriterier som stöd för att fastställa och utveckla indikatorer, och för att särskilja dessa från andra nyckeltal och bakgrundsvariabler [14]. Enligt dessa kriterier bör en indikator vara:

- mätbar och tillgänglig
- vedertagen och valid
- relevant
- tolkningsbar
- påverkansbar

Indikatorerna bör främst spegla processer och resultat. Att indikatorn ska vara tolkningsbar betyder bland annat att den ska ha en tydlig riktning. Man ska veta om det är bra eller dåligt att ha ett högt eller lågt värde. Det kan dock finnas flera olika förklaringar till att ett visst värde uppnåtts.

Förutsättningar för rättvisa jämförelser

Vårdens insatser och resultat av dessa, påverkas av en rad faktorer. Exempel på faktorer som styrs av landstingens olika prioriteringar och resursfördelning är vårdplatstillgång, personaltillgång, vårdkultur, tillgänglighet, kompetens och erfarenhet. De kan alla påverka såväl insatser som resultat. Andra faktorer som har betydelse i sammanhanget är regional befolkningsstruktur, invånarnas utbildnings- och inkomstnivåer samt levnadsvanor och hälsa (där de socioekonomiska faktorerna ofta styr levnadsvanor och hälsa). Skillnader i sådana förutsättningar kan också ha en viss betydelse för att vård, behandling och resultat varierar mellan olika landsting. Det är därför viktigt att ha viss kunskap om dessa faktorer när man bedömer och tolkar indikatorer om jämlik vård.

I rapporten *Öppna jämförelser folkhälsa 2014* ges en fördjupad beskrivning av rådande hälsoskillnader mellan olika landsting. Där redovisas även ett antal bakgrundsvariabler som är kopplade till befolkningsstruktur och socioekonomi i syfte att förbättra tolkningsmöjligheterna och öka förståelsen för de skillnader som uppvisas i jämförelserna. Även i rapporten *Öppna*

jämförelser jämlik vård 2013 ger Socialstyrelsen exempel på förutsättningar som kan ha betydelse för hälsa, sjuklighet och vårdens genomförande och som varierar mellan landstingen. Vid sidan av redovisningar av socioekonomi och levnadsvanerrelaterade faktorer ger rapporten även en fördjupad bild av läget när det gäller behov och resurser för hälso- och sjukvården. Läsaren kan med fördel ta del av dessa två rapporter för att få en ökad förståelse för skillnaderna som finns mellan olika landsting.

Det är också viktigt att tänka på att tidsspannet mellan en åtgärd – eller utebliven åtgärd – och resultat (till exempel upplevd hälsa, återinläggning, död) kan vara olika långt. Exempelvis ger många preventiva insatser inget omedelbart resultat. Överlevnad är ett exempel på resultatmått som främst påverkas på mycket lång sikt. Slutligen kan förekomsten av primärpreventiva insatser och sekundärprevention också påverka sjukligheten i en befolkning, vilket i sin tur påverkar behoven av vård.

Indikatorer och använda datakällor

Rapporten innehåller indikatorer fördelade på tre huvudområden. Urvalet av indikatorer har gjorts med utgångspunkt från rapportens tema – kvinnors hälso- och sjukvård. Valet har även styrts av tillgången till tillförlitlig data, samt möjligheterna till uppföljning och nedbrytning av några av de indikatorer som tidigare har publicerats inom rapportserien *Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet*. Det innebär att urvalet inte gjorts utifrån ett antagande om att just dessa indikatorer är mer lämpade än andra för att belysa hur jämlik vården är.

På nästa sida redovisas de datakällor som används i rapporten. De presenteras även i samband med resultatredovisningen. Flera av de medicinska kvalitetsmåten bygger på uppgifter från Socialstyrelsens hälsodataregister (Medicinska födelseregistret, Cancerregistret, Nationella patientregistret samt Dödsorsaksregistret). Data från Socialstyrelsens register har även samkörts med data från utbildningsregistret vid Statistiska centralbyrån (SCB). Därutöver har data från andra nationella kvalitetsregister använts.

DATAKÄLLOR

Socialstyrelsen

Medicinska födelseregistret

Cancerregistret

Dödsorsaksregistret

Nationella patientregistret

Sveriges Kommuner och Landsting

KPP-databasen

Nationella kvalitetsregister

Graviditetsregistret/mödrahälsovård

Nationella bröstcancerregistret

Nationellt kvalitetsregister för cervixcancerprevention

Nationella kvalitetsregistret inom gynekologisk kirurgi – GynOp

Gyn-kvalitetsregistret

Dataredovisning och tolkning

Rapportens indikatorer presenteras i ett antal diagram som visar olika typer av skillnader utifrån olika perspektiv: mellan landsting, mellan sjukhus, mellan utbildningsnivåer samt utvecklingen över tid. För indikatorer där jämförelser med hänsyn till födelsebakgrund eller ålder görs, redovisas resultaten direkt i texten samt i form av tabeller i en separat analysbilaga längst bak i rapporten.

Landstingsdiagram

Rapportens landstingsdiagram utgörs genomgående av liggande stapeldiagram, där data sorterats efter indikatorvärdet, det vill säga utifrån önskvärd riktning. Sorteringsordningen innebär i normalfallet att en placering högt upp i diagrammet är ett bättre utfall än en placering långt ner. Många indikatorer innehåller värden per landsting för två perioder, för att göra det möjligt att se om resultatet har blivit bättre eller sämre över tid. Det senare värdet är det egentliga indikatorvärdet och visas i huvudstapeln i diagrammet, medan det tidigare värdet visas i en underliggande stapel. Ett värde för rikets genomsnitt anges också i en annan färg än den för landstingens staplar.

En placering högt upp i diagrammet kan tala för ett bättre utfall än en lägre placering. Utfallet och därmed rangordningen kan dock påverkas av låg datakvalitet och små skillnader mellan landstingen med statistiskt osäkra uppgifter. En annan viktig faktor som kan ha betydelse för utfallet är skillnader i befolkningsstruktur och sjukhusens patientsammansättning. I vissa fall

har landstingens befolkningar åldersstandardiserats för att göra resultaten mer jämförbara. En åldersstandardisering innebär att man korregerar för den effekt som olika åldersstrukturer i ett landsting kan ha.

Redovisning av data för kliniker och sjukhus

För ett antal indikatorer redovisas data även på sjukhusnivå. Detta görs i syfte att peka på variationen inom landstingen och för att visa hur de olika sjukhusen har bidragit till utfallet på landstingsnivå. De flesta förbättringar kan främst göras på klinikinivå, vilket är ett starkt argument för att redovisa sjukhusdata. Dessutom ger redovisningen en fördjupad förståelse för skillnaderna mellan landstingen.

Sjukhusen redovisas per landsting, utan någon rangordning. Detta gör det lättare att hitta ett visst sjukhus. Redovisningen är dock inte en värdering av kvaliteten på sjukhusnivå. Oftast används samma tidsperiod som vid landstingsredovisningarna. För sjukhusnivån är det viktigt att tona ned jämförelsen mellan enheter och i stället betona att sjukhusen bör jämföra och förbättra sina egna resultat över tid. Sjukhus och kliniker med färre fall än 10 har undantagits från redovisningen.

Årsdata

Vid merparten av jämförelserna har årsdata analyserats. För vissa indikatorer där datamängden är liten (exempelvis dödsfall) har dock flerårsdata använts. Detta eftersom den statistiska osäkerheten annars skulle bli alltför stor och de årliga resultaten skulle riskera att variera uppåt och nedåt beroende på slumpen.

Konfidensintervall

I de flesta diagram redovisas även 95-procentiga konfidensintervall i form av streck vid de staplar som visar värdet. Konfidensintervallet anger den statistiska osäkerheten för ett enskilt mätvärde genom att visa hur stor del av slumpfelen som ligger inom ett givet intervall från det uppmätta värdet. Ju smalare konfidensintervall, desto mindre är osäkerheten. Då antalet observationer är få, ökar utrymmet för slumpen, vilket ger ett bredare konfidensintervall. Där så är möjligt är värdena åldersstandardiserade, vilket då framgår av diagramrubriken.

Resultat

Graviditets- och förlossningsvård

I denna rapport om kvinnors hälso- och sjukvård utgör området graviditet och förlossning det allra största av de tre delområdena. Här redovisas sammanlagt 13 indikatorer som speglar hälsotillstånd, vård, behandling och kostnader i samband med graviditet och förlossning. Några av de indikatorer som presenteras inom delområdet graviditet och förlossning har tidigare publicerats i den årliga rapportserien *Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet*.

Uppgifter om hälsotillstånd, vård och behandling i samband med graviditet har hämtats från Graviditetsregistrets mödrahälsovårdsdel (före detta Mödrahälsovårdsregistret). Under 2014 deltog alla landsting och så gott som samtliga enskilda mottagningar i inrapporteringen till registret. I Graviditetsregistrets mödrahälsovårdsdel finns för år 2014 uppgifter om sammanlagt 97 328 graviditeter. Under året föddes totalt 114 907 barn i Sverige. Av dessa var närmare 2 procent tvillingfödselar. För registret innebär detta en täckningsgrad på drygt 85 procent för riket som helhet.

Indikatorer om förlossning och nyfödda barn baserar sig på uppgifter från den officiella statistiken i Medicinska födelseregistret (MFR) vid Socialstyrelsen. MFR innehåller data om i stort sett samtliga förlossningar i Sverige. Uppgifter om kostnader vid förlossning har hämtats från KPP-databasen (kostnad per patient) vid SKL.

För några av indikatorerna gäller att resultaten kan bero på förhållanden som är svåra att påverka för hälso- och sjukvården. För andra indikatorer är kopplingen till vårdprocessen tydligare. Det kan förekomma viss variation i diagnossättning mellan olika sjukhus, landsting och kliniker, vilket kan påverka resultaten.

1 Övervikt och fetma vid inskrivning till mödrahälsovård

Övervikt och fetma är ett växande folkhälsoproblem i hela västvärlden. Förändringar i samhällets struktur tillsammans med människors levnadsvanor ses som de mest grundläggande orsakerna till utvecklingen. I Sverige har andelen överviktiga och feta ökat kraftigt de senaste trettio åren och närmare hälften av befolkningen har idag övervikt eller fetma. I samband med att gravida kvinnor skrivs in vid mödrahälsovården registreras deras vikt och längd. En påtaglig viktökning har noterats bland kvinnor i fertil ålder de två senaste decennierna [4].

Det är väl känt att övervikt, och framför allt fetma, ökar risken för komplikationer under såväl graviditet som förlossning. Komplikationer som kan uppstå under graviditeten är högt blodtryck, graviditetsdiabetes och havandeskapsförgiftning. Kraftig övervikt eller fetma under graviditetens början ökar också risken för missfall, att förlossningen startar för tidigt, samt för att

kejsarsnitt måste utföras [15]. Även fostret utsätts för risker när modern har övervikt eller fetma, bland annat i form av högre risk för missbildningar, intrauterin fosterdöd, hög födelsevikt samt allmänt ökad sjuklighet som nyfödd [16-18].

Body Mass Index (BMI) eller kroppsmasseindex är det vanligaste måttet för att bedöma om en person är överviktig. BMI anger relationen mellan vikt och längd enligt beräkningen kroppsvikt i kilogram dividerat med kroppslängden i meter i kvadrat. För indelning i BMI-klasser i detta avsnitt har Socialstyrelsen använt WHO:s definitioner, där $BMI \geq 25$ innebär övervikt och $BMI \geq 30$ klassas som fetma. I diagram 1.1 redovisas hur det genomsnittliga BMI-värdet bland gravida kvinnor har förändrats över tid.

Indikatorn visar andelen gravida kvinnor med övervikt och fetma vid inskrivning i mödrhälsovård som födde barn 2012–2013. Under mätperioden hade sammanlagt 38,3 procent av de gravida kvinnorna övervikt eller fetma (diagram 1.2). Variationen mellan landstingen var mellan 31,3 och 46,7 procent. Andelen kvinnor med övervikt uppgick i riket som helhet till 25,1 procent, medan andelen kvinnor med fetma var omkring 13 procent. För fetma var landstingsvariationen relativt stor, och låg mellan 9,1 och 17,5 procent.

I befolkningen som helhet är övervikt och framför allt fetma betydligt vanligare bland lågutbildade än bland högutbildade. De sociala skillnaderna märks tydligt även när indikatorn studeras i relation till utbildningsnivå. Andelen kvinnor med utvecklad fetma är klart högre bland kvinnor med endast grundskoleutbildning, i jämförelse med kvinnor med högre utbildning. Utbildningsgrupperna skiljer sig åt i storlek, vilket avspeglar sig i utfallet (se analysbilagan, tabell 1).

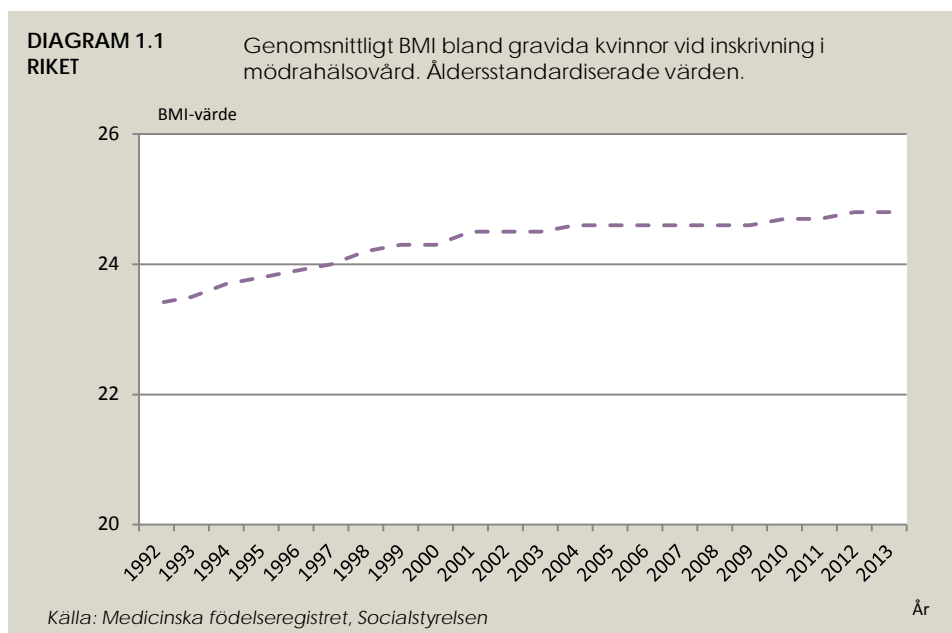
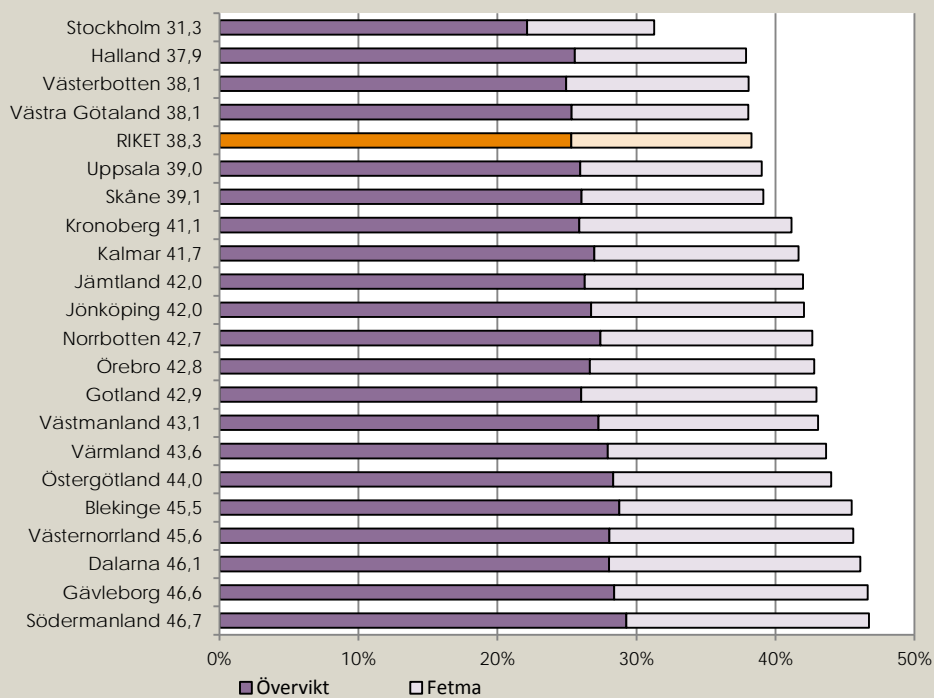


DIAGRAM 1.2
LANDSTING

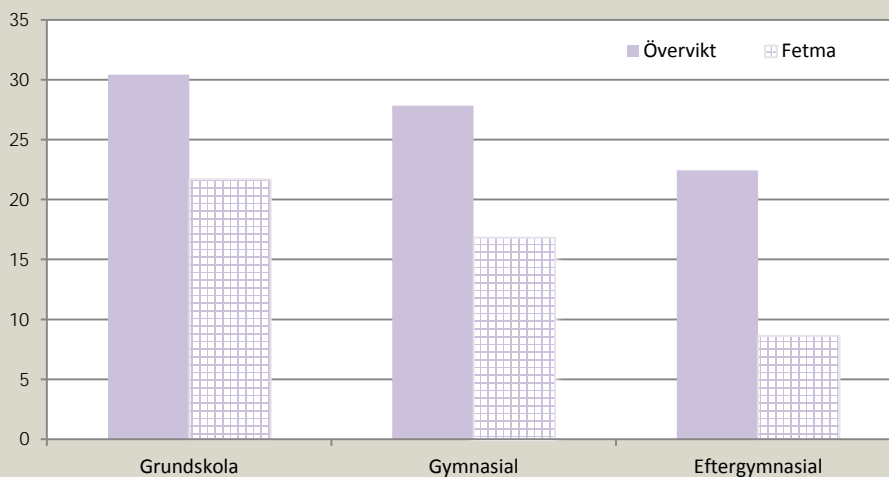
Andel gravida kvinnor med övervikt och fetma (BMI ≥ 25 samt BMI ≥ 30) vid inskrivning i mödravård 2012-2013. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen

DIAGRAM 1.3
UTBILDNING

Andel gravida kvinnor med övervikt och fetma vid inskrivning i mödravård 2012-2013. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen samt SCB

2 Screening för riskbruk av alkohol under graviditet

Alkohol under graviditet kan skada fostret. Fosterskador kan inkludera tillväxthämning, missbildningar och hjärnskador, men kan även leda till beteendestörningar och andra mentala problem. Alkoholkonsumtion under graviditeten ökar även risken för missfall och låg födelsevikt hos barnet. Det finns ett tydligt samband mellan skadornas omfattning och mängden alkohol som modern har druckit under graviditeten, men eftersom ingen vet var gränsen för skadlig alkoholkonsumtion går är de svenska rekommendationerna att inte dricka alkohol alls. För att kunna upptäcka riskbruk av alkohol använder mödrahälsovården screeninginstrumentet AUDIT, Alcohol Use Disorders Identification Test. AUDIT speglar alkoholvanor året före graviditeten. Målet är att alla gravida ska få information om alkohol under graviditeten och erbjudas screening med AUDIT. Att screena för riskbruk av alkohol har numera blivit en väl inarbetad metod och används i samtliga landsting. Screening med AUDIT ingår i de riktlinjer för mödrahälsovård som SFOG, Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi, och SBF, Svenska Barnmorskeförbundet, gemensamt har arbetat fram.

Indikatorn redovisar andelen gravida kvinnor som screenats med AUDIT vid inskrivning inom mödrahälsovård år 2014. Underlaget för jämförelsen innefattar drygt 97 000 kvinnor som födde barn 2014 och som registrerats i det nationella kvalitetsregistret Graviditetsregistret/mödrahälsovård. Andelen som screenats uppgick i riket som helhet till 92,6 procent, med en spridning mellan landstingen från 60 till drygt 97 procent. Det innebär en ökning med lite mer än tre procentenheter från föregående år. Orsaken till att drygt 7 procent av alla gravida kvinnor inte screenades är antingen att de avböjt erbjudande om detta eller att de inte erbjudits screening.

Bland kvinnor med endast grundskoleutbildning var andelen som screenats med AUDIT något lägre än bland kvinnor med gymnasial respektive eftergymnasial utbildning (se tabell i analysbilagan).

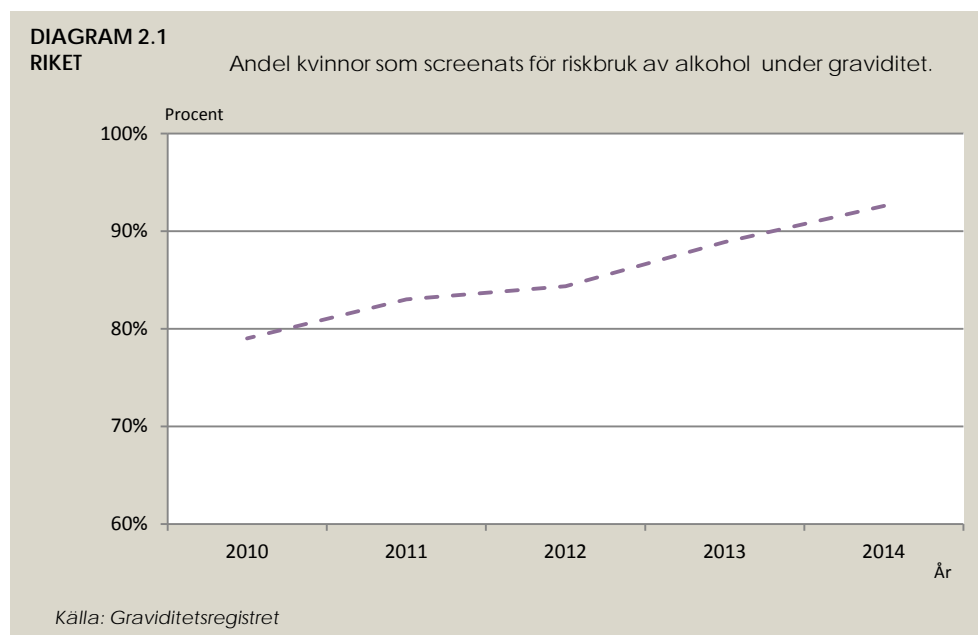
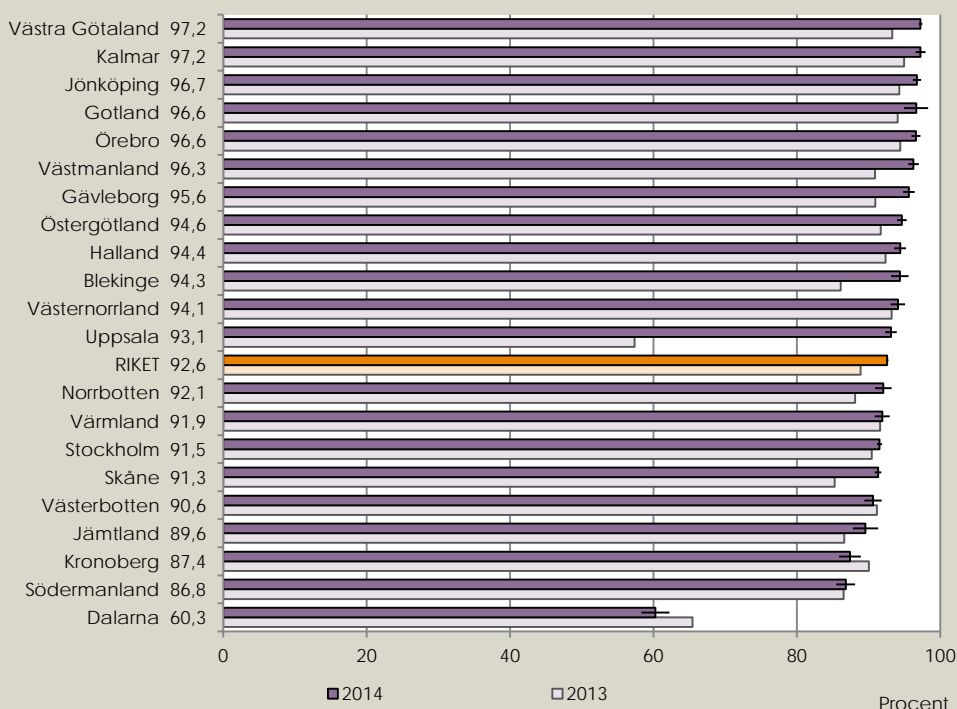


DIAGRAM 2.2
LANDSTING

Andel kvinnor som screenats för riskbruk av alkohol under graviditet, 2014. Avser kvinnor som födde barn under 2014.



Källa: Graviditetsregistret

3 Tobaksvanor under sen graviditet

Rökning är den enskilt största förebyggbara riskfaktorn för sjukdom och för tidig död. Flera vetenskapliga studier har visat att rökning ökar riskerna för missfall, för tidig förlossning, minskad fostertillväxt, moderkaksavlossning, fosterdöd samt plötslig spädbarnsdöd [19]. Effekterna är tydligast under själva graviditeten men barn till mödrar som rökt under graviditeten verkar också kunna få problem senare, bland annat i form av nedsatt lungkapacitet, astma och allergi. De löper även en ökad risk att drabbas av cancer senare i livet [20-23]. Omfattningen av rökning står i direkt proportion till riskerna för fostret. Så fort kvinnan slutar röka kommer det fostret till godo.

Snusets konsekvenser för hälsan under graviditet är inte lika utforskade. Ett flertal studier visar dock att snusning ökar risken för havandeskapsförgiftning, för tidig förlossning, reducerad födelsevikt hos barnet samt fosterdöd [24-26].

Gravida kvinnors tobaksvanor registreras vid inskrivning till mödrahälsovård i tidig graviditet, vilket oftast sker i graviditetsvecka 8–12 samt cirka två månader före beräknad förlossning, i vecka 30–32. Rökning i senare delen av graviditeten har registrerats sedan 1992, medan användning av snus började registreras år 1999.

Indikatoren redovisar andelen kvinnor som rökte eller snusade vid graviditetsvecka 30–32, perioden 2012–2013. Andelen rökare och snusare varierade

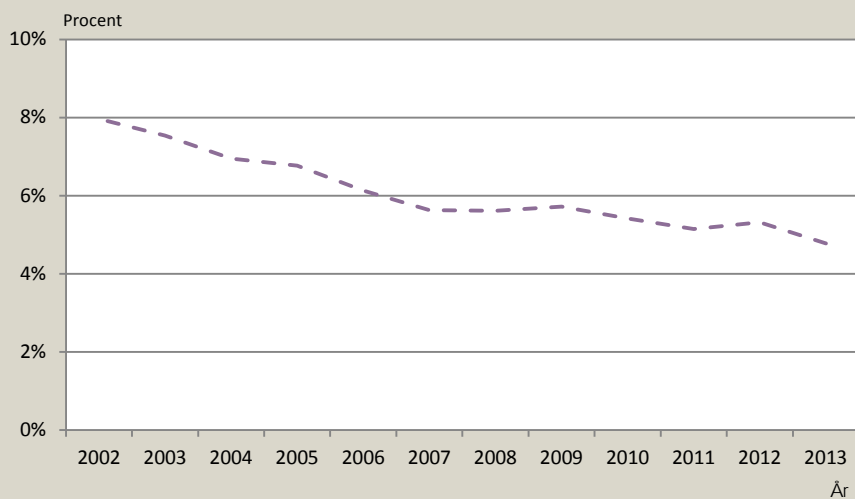
mellan 2,9 och 8,4 procent med ett riksgenomsnitt på 5,0 procent, vilket innebär en svag minskning sedan föregående mätperiod.

Andelen kvinnor i Sverige som röker eller snusar sent i graviditeten har minskat stadigt det senaste decenniet: från drygt 8 procent år 2002 till nivåer runt 5 procent de senaste två åren.

Att rökning är ett folkhälsoproblem där socioekonomisk bakgrund har stor betydelse, framgår tydligt när indikatorn studeras i relation till utbildningsnivå. Den största andelen rökare och snusare finns bland kvinnor med låg utbildning (endast grundskoleutbildning). Bland de lågutbildade kvinnorna rökte eller snusade 15 procent vid graviditetsvecka 30–32. Bland kvinnor med gymnasieutbildning var motsvarande andel knappt hälften (7 procent), medan andelen rökare och snusare bland högutbildade kvinnor inte ens uppgick till 1 procent.

DIAGRAM 3.1
RIKET

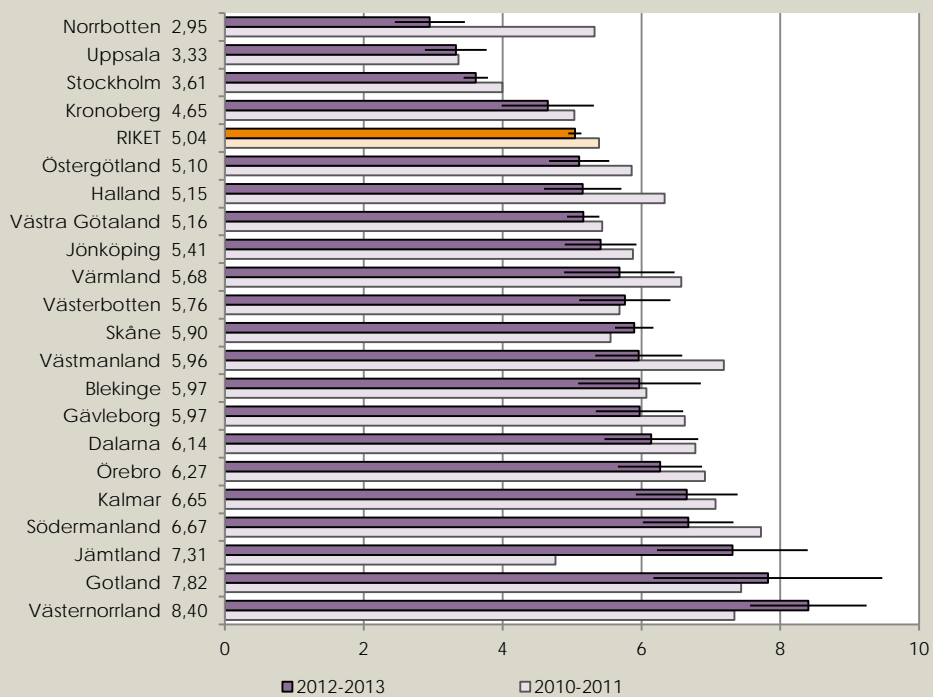
Andel kvinnor som röker eller snusar vid 30-32 veckors graviditet.
Åldersstandardiserade värden.



Källa: Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen

DIAGRAM 3.2
LANDSTING

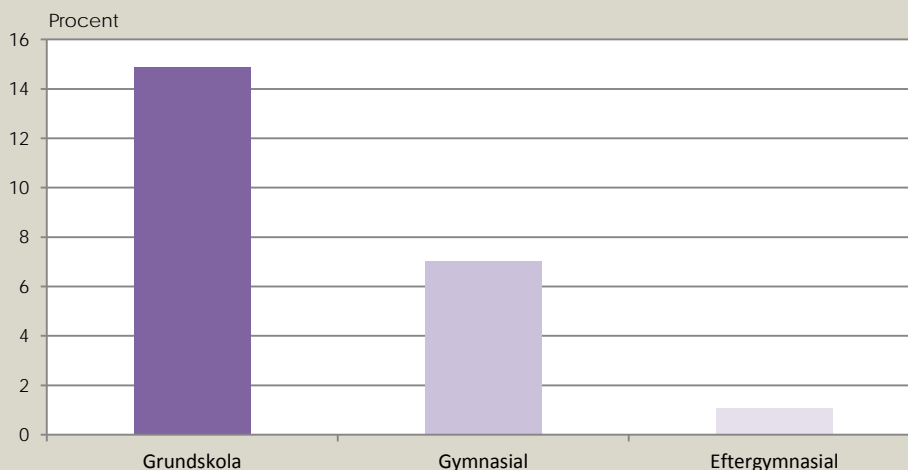
Andel kvinnor som röker eller snusar vid 30-32 veckors graviditet, 2012-2013. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen

DIAGRAM 3.3
UTBILDNING

Andel kvinnor som röker eller snusar vid 30-32 veckors graviditet, 2012-2013.



Källa: Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen samt SCB

4 Självskattad hälsa under graviditet

Att bli förälder är en av de största och mest omvälvande händelserna i livet. Det är mycket som händer i kroppen under en graviditet, vilket ibland kan kännas jobbigt. Den växande livmodern trycker med tiden undan andra organ i magen och i takt med att kvinnan blir tyngre kan besvären bli fler. Dessutom påverkar graviditetshormonerna kvinnan såväl fysiskt som psykiskt. Mödrahälsovården har en central roll för kvinnors och familjers hälsa och erbjuder hälsofrämjande insatser till alla blivande föräldrar. Dessa innefattar hälsokontroller av kvinnan och det ofödda barnet, psykologiskt stöd samt förstärkta insatser till grupper med särskilda behov [27].

Vid hälsokontrollerna undersöks kvinnan av en barnmorska, som tar olika prover för att kontrollera att kvinnan och barnet mår bra. Bland annat kontrolleras blodtryck, blodvärden, livmoderns tillväxt och barnets hjärtljud. Det är inte ovanligt att det uppstår komplikationer under graviditeten och som kräver extra uppmärksamhet och vård. Tonåringar samt kvinnor över 35 år riskerar oftare att få problem i samband med graviditeten, exempelvis att föda för tidigt och att få ett barn med låg födelsevikt. Övervikt och fetma innebär en ökad risk för graviditetskomplikationer, som till exempel diabetes, högt blodtryck och havandeskapsförgiftning. Det är vanligt att kvinnan blir sjukskriven under sista delen av graviditeten. Ryggvärk är den vanligaste orsaken, men även sömnsvårigheter, urininkontinens och mag-tarmproblem är vanligt [28].

Självskattad hälsa innebär att individen ombeds att skatta sitt eget hälsotillstånd. En barnmorska frågar den gravida kvinnan om hennes självskattade hälsa i samband med besök hos mödrahälsovården. Detta sker vid två olika tillfällen. I samband med inskrivningen får kvinnan göra en självskattning av sitt allmänna hälsotillstånd *före* graviditeten. Vid eftervårdsbesöket, som sker efter att förlossningen ägt rum, tillfrågas kvinnan om sitt självskattade hälsotillstånd *under* respektive *efter* graviditeten. Självskattad hälsa mäts på en femgradig svarsskala ("Mycket bra", "Bra", "Varken bra eller dåligt", "Dåligt" samt "Mycket dåligt").

Indikatorn visar andelen kvinnor som svarat "Mycket bra" eller "Bra" på frågan om självskattad hälsa *under* graviditeten. I registret finns uppgift om självskattad hälsa under graviditeten för 69 540 kvinnor (omkring 71 procent). Det faktum att frågan om hur hälsan varit under graviditeten ställs först efter att graviditeten är över kan ha bidragit till ett större svarsbortfall än vad som skulle varit fallet om frågan ställts till kvinnan under själva graviditeten.

Resultatet visar att mer än tre fjärdedelar (78,3 procent) av de gravida kvinnorna anser att den egna hälsan varit "Mycket bra" eller "Bra" under graviditeten. Variationen i landstingen ligger mellan 73 och 81 procent.

Andelen som anser den egna hälsan varit "Mycket bra" eller "Bra" under graviditeten är högre bland kvinnor med eftergymnasial utbildning än bland kvinnor med kortare utbildning. När indikatorn studeras i relation till ålder, framgår det att det finns små skillnader mellan kvinnor i olika åldersgrupper. Andelen som uppger att hälsan varit "Mycket bra" eller "Bra" under graviditeten är något lägre i två av åldersgrupperna (under 20 år samt 35 år och äldre), i jämförelse med övriga åldersgrupper (se tabell i analysbilagan).

DIAGRAM 4.1
LANDSTING

Andel kvinnor som uppger att det allmänna hälsotillståndet varit "mycket bra" eller "bra" under graviditeten, 2014. Avser kvinnor som födde barn under 2014.

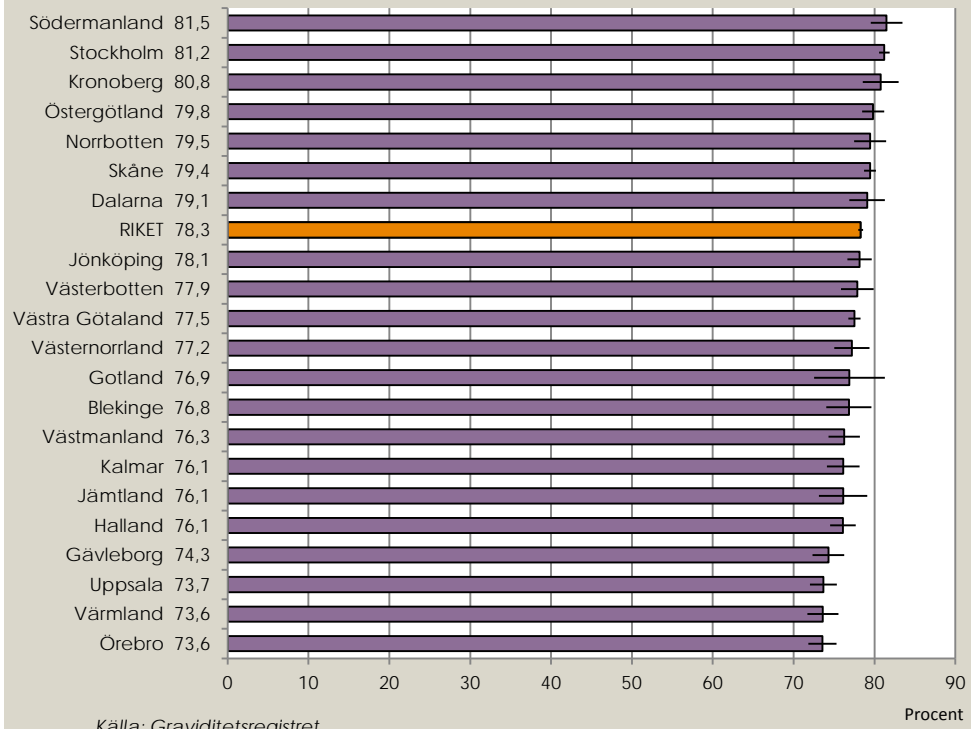
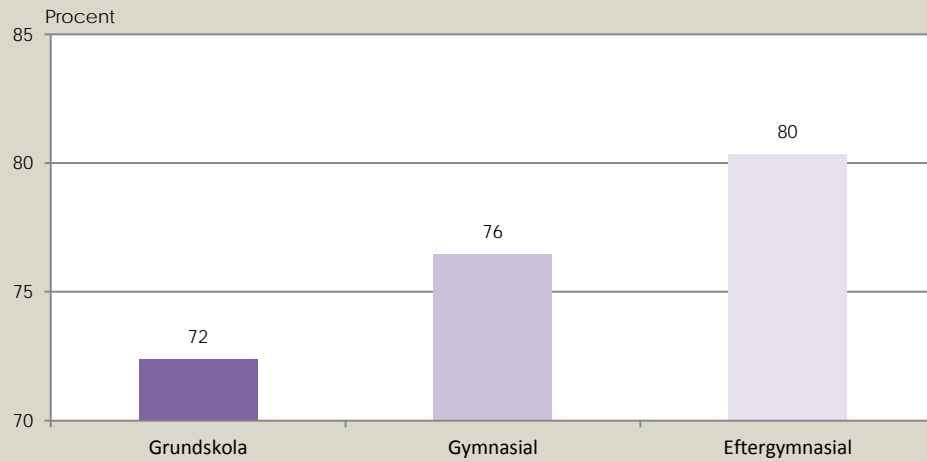


DIAGRAM 4.2
UTBILDNING

Andel kvinnor som uppger att det allmänna hälsotillståndet varit "mycket bra" eller "bra" under graviditeten, 2014.



5 Självskattad hälsa efter graviditet

Förlossningen är en stor ansträngning för kvinnan och hennes kropp. Eftervärkar, blödningar, smärtor och svullnader i underlivet, spänningar i bröstet samt störd tarmfunktion är några exempel på åkommor som drabbar kvinnan tiden närmast efter förlossningen.

Under graviditeten har bland annat kroppens ligament blivit mjukare, bukmuskler och bäckenbotten töjts ut och mag- och tarmkanalen påverkats. De första månaderna efter förlossningen återställs detta successivt. Att bli förälder är en stor förändring i livet och humörsvängningar är vanliga när man nyss fått barn. Varannan nybliven mamma drabbas av tillfällig nedstämdhet efter förlossningen, så kallad *baby blues*. Tillståndet, som kännetecknas av humörsvängningar, gråtattacker, ångest och sömnsvårigheter, brukar uppträda några dagar efter att barnet har fötts och går vanligtvis över inom ett par veckor.

Ungefär en av tio nyblivna mammor drabbas av förlossningsdepression. Till skillnad från baby blues som snarast kan liknas vid en tillfällig känslomässig svacka och som går över ganska snabbt, så mår man vid förlossningsdepression ofta dåligt under en längre tid. Kvinnan kan behöva samtala med en sjuksköterska eller psykoterapeut och ibland är även antidepressiva läkemedel nödvändigt.

Självskattad hälsa innebär att individen ombeds att skatta sitt eget hälsotillstånd. En barnmorska frågar den gravida kvinnan om hennes självskattade hälsa i samband med besök hos mödrahälsovården. Detta sker vid två olika tillfällen. I samband med inskrivningen får kvinnan göra en självskattning av sitt allmänna hälsotillstånd *före* graviditet. Vid eftervårdsbesöket, som sker efter att förlossningen ägt rum, tillfrågas kvinnan om sitt självskattade hälsotillstånd *under* respektive *efter* graviditeten.

Självskattad hälsa mäts på en femgradig svarsskala ("Mycket bra", "Bra", "Varken bra eller dåligt", "Dåligt" samt "Mycket dåligt"). Indikatorn visar andelen kvinnor som svarat "Mycket bra" eller "Bra" på frågan om självskattad hälsa *efter* graviditeten. I registret finns uppgift om självskattad hälsa efter graviditeten för drygt 70 000 kvinnor (72 procent).

Omkring 91 procent av de gravida kvinnorna anser att den egna hälsan varit "Mycket bra" eller "Bra" efter graviditeten. Andelen varierar svagt i landstingen och ligger mellan 89 och 93 procent.

Andelen som anser den egna hälsan varit "Mycket bra" eller "Bra" efter graviditeten är något högre bland kvinnor med gymnasial och eftergymnasial utbildning än bland kvinnor med grundskoleutbildning. När indikatorn studeras i relation till ålder framgår det att andelen som anser att den egna hälsan varit "Mycket bra" eller "Bra" efter graviditeten, är något lägre i den yngsta och den äldsta åldersgruppen, det vill säga bland kvinnor yngre än 20 år samt bland kvinnor 35 år och äldre (se tabell i analysbilagan).

DIAGRAM 5.1 Andel kvinnor som uppger att det allmänna hälsotillståndet varit "mycket bra" eller "bra" efter graviditeten, 2014. Avser kvinnor som födde barn under 2014.

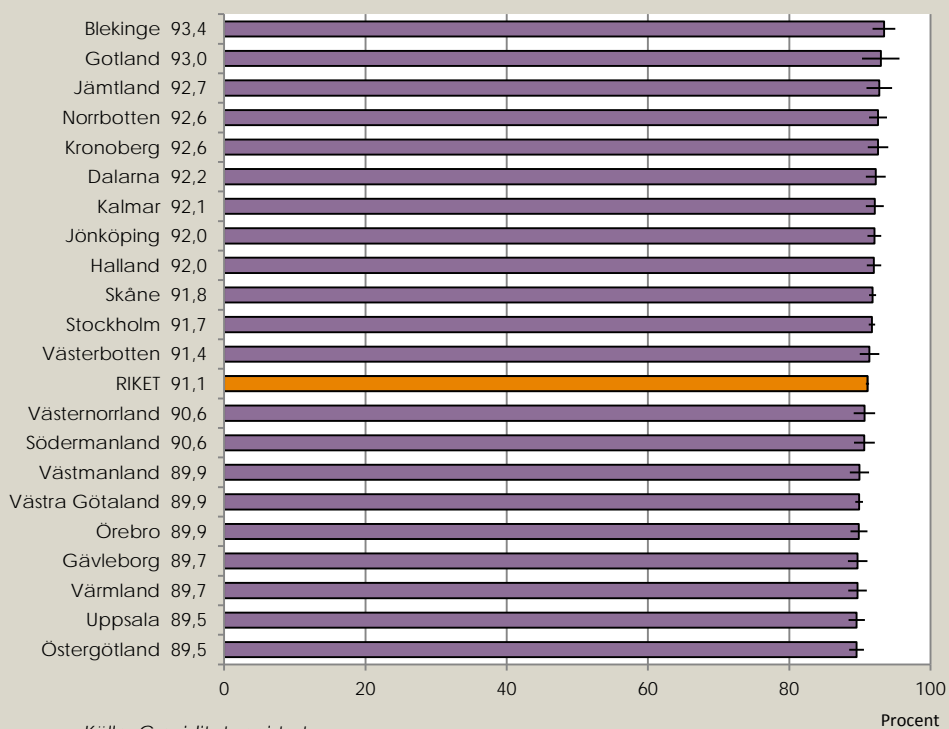
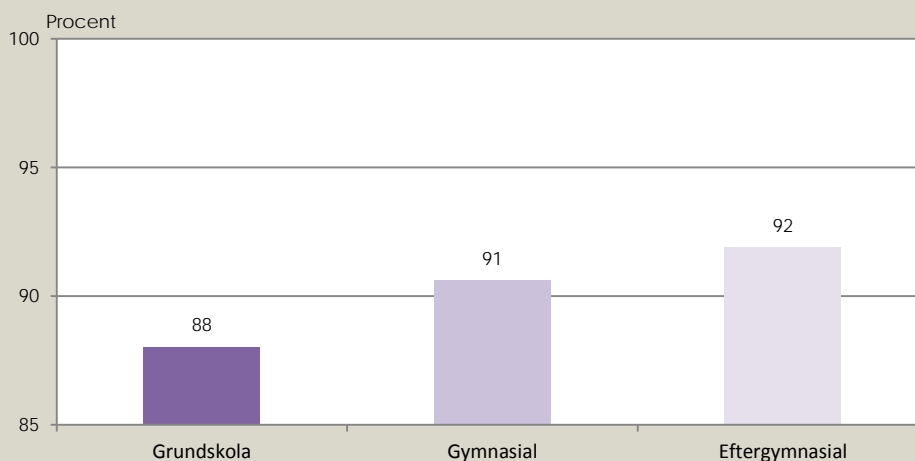


DIAGRAM 5.2 Andel kvinnor som uppger att det allmänna hälsotillståndet varit "mycket bra" eller "bra" efter graviditeten, 2014.



6 Behandling av psykisk ohälsa under graviditet

Kvinnans psykiska hälsa är viktig att uppmärksamma under en graviditet. Den prenatala anknytningen, mammans samspel med barnet, liksom hennes förmåga att fungera som anknytningsperson, kan störas av psykisk ohälsa. Stöd och behandling är därför nödvändigt när behov finns [29].

Den vanligaste psykiska åkomman i samband med graviditet är depression. Olika studier visar att 10 – 15 procent av alla gravida kvinnor uppskattas lida av depression under eller efter graviditeten [27]. Hormonella faktorer är oftast inte orsaken till detta, men däremot tycks psykologiska och sociala förhållanden ha betydelse. Det kan exempelvis handla om bristande stöd från partner, ekonomiska problem, ohälsa, graviditetskomplikationer eller andra stressande livshändelser [27-28]. Kvinnor som tidigare har haft psykisk ohälsa löper särskilt stor risk att få återfall eller försämrans under graviditeten och efter förlossningen [30].

Självskattningsformuläret EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale) är särskilt utvecklat för att upptäcka depressionssymtom hos kvinnor post partum. Det används på de flesta barnvårdscentraler. Det saknas dock ännu fullt vetenskapligt stöd för att rekommendera att EPDS ska användas som screeninginstrument även inom mödrahälsovården i syfte att upptäcka depressionssymtom hos gravida kvinnor. Frågorna i formuläret kan dock göra det lättare att kartlägga nedstämdhet hos gravida kvinnor som visar tecken på psykisk ohälsa [27].

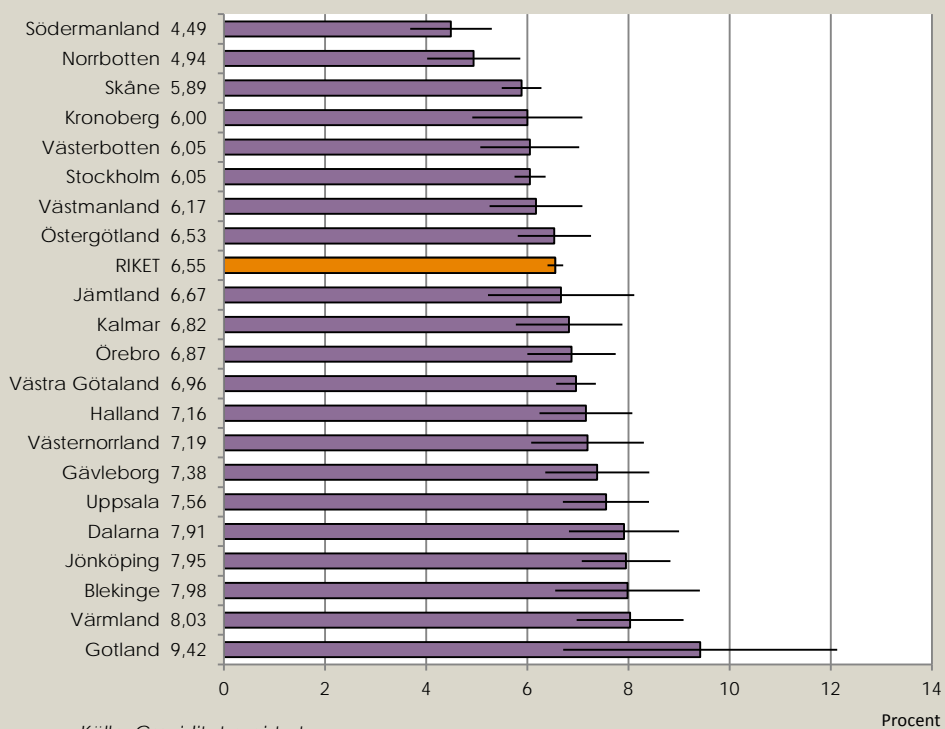
Indikatorn visar andelen kvinnor som behandlats för psykisk ohälsa under graviditeten under 2014. Med behandling för psykisk ohälsa avses här medicinsk och/eller psykologisk behandling, till exempel i form av samtalsstöd. Redovisningen av denna indikator är baserad på ett antagande om att det finns en relation mellan indikatorn och befolkningens psykiska hälsa i landstingen, på så sätt att ett högt värde på indikatorn innebär att man har en befolkning som generellt sett mår sämre.

I genomsnitt behandlades drygt 6 procent av de gravida kvinnorna för psykisk ohälsa någon gång under graviditeten. Variationen mellan landstingen ligger mellan 4,5 och 9,4 procent.

Det finns en tydlig skillnad mellan kvinnor med olika utbildningsbakgrund. En högre andel av kvinnorna med enbart grundskoleutbildning har behandlats för psykisk ohälsa i jämförelse med kvinnor med gymnasial och eftergymnasial utbildning. Andelen som behandlats för psykisk ohälsa skiljer sig även mellan kvinnor i olika åldersgrupper, där behandling var vanligare bland de yngre kvinnorna i jämförelse med de äldre (se tabell i analysbilagan). Resultatet överensstämmer med resultat från tidigare studier och jämförelser på området, som även visat att lågutbildade och yngre kvinnor betydligt oftare får regelbunden behandling med psykofarmaka i samband med psykisk ohälsa än kvinnor med högre utbildning [31].

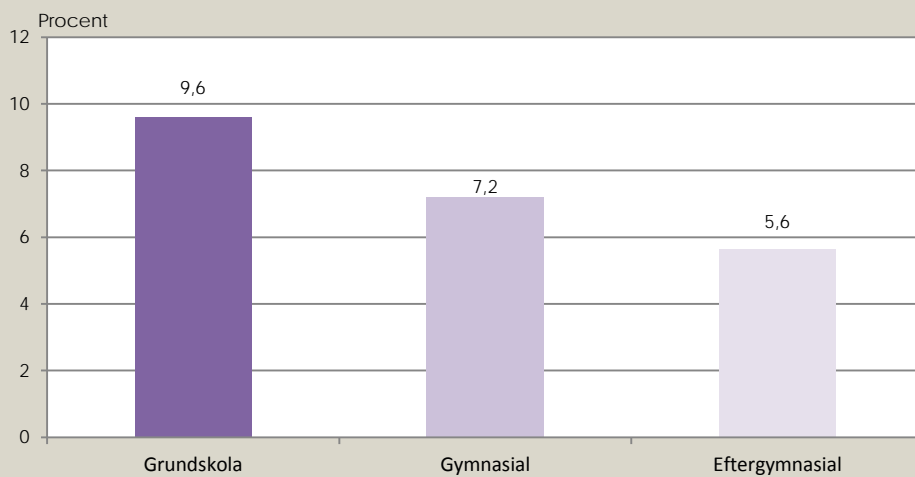
**DIAGRAM 6.1
LANDSTING**

Andel kvinnor som behandlats för psykisk ohälsa under graviditeten, 2014. Avser kvinnor som födde barn under 2014.



**DIAGRAM 6.2
UTBILDNING**

Andel kvinnor som behandlats för psykisk ohälsa under graviditeten, 2014. Avser kvinnor som födde barn under 2014.



7 Stödåtgärder vid förlossningsrädsla

Förlossningsrädsla är relativt vanligt och förekommer enligt beskrivningar i nordiska studier hos omkring en femtedel av alla gravida kvinnor [27]. Rädslan kan bero på flera faktorer men bottnar ofta i en känsla av osäkerhet. Om det är första gången en kvinna ska föda vet hon inte vad som väntar, men kanske har hon hört historier om att det gör ont och tar lång tid. Om kvinnan har fött barn tidigare och då hade en jobbig förlossning kan hon vara rädd för att det ska bli likadant den här gången. En del är oroliga för att förlora kontrollen över sin kropp, att känna sig utlämnade eller att vara beroende av andra människor. En annan vanlig rädsla är att man själv eller barnet kommer att skadas.

För många kvinnor som är rädda inför förlossningen kan det hjälpa att prata med sin partner och andra närstående. Om rädslan fortsätter att vara ett problem kan ett eller flera samtal med barnmorskan vid mödrahälsovården hjälpa. Vissa kvinnor behöver dock mer stöd. På de flesta större sjukhus finns speciella mottagningar för förlossningsrädsla dit man kan få komma om man är mycket orolig. Vid sådana mottagningar, som ofta går under namnet Auroramottagningar, arbetar erfarna barnmorskor och förlossningsläkare, och det finns tillgång till psykolog, kurator och i vissa fall psykiater. Verksamheten har som mål att hjälpa förlossningsrädda kvinnor att minska sin förlossningsrädsla och bidra till att förlossningsupplevelsen skall bli så positiv som möjligt. Utvärderingar av verksamheten vid flera mottagningar har visat på goda resultat i form av minskad förlossningsrädsla bland kvinnorna [32]. Det är betydligt vanligare att omfödernor får detta stöd än förstfödernor. Detta eftersom förlossningsrädsla hos omfödernor ofta beror på en tidigare negativ förlossningsupplevelse.

Indikatorn visar andelen kvinnor som mottagit extra stödåtgärder på grund av förlossningsrädsla under 2014. Med sådana stödåtgärder avses här samtalskontakt med psykolog, barnmorska eller läkare vid särskild mottagning för förlossningsrädsla.

Av de drygt 112 000 kvinnor som förlöstes under 2014 mottog 8,2 procent extra stödåtgärder med anledning av förlossningsrädsla. Variationen mellan landstingen ligger mellan 5,2 och 12,8 procent.

Andelen kvinnor som mottagit extra stödåtgärder på grund av förlossningsrädsla skiljer sig även med avseende på utbildningsbakgrund. Högutbildade kvinnor har i högre utsträckning än kvinnor med lägre utbildningsnivå (grundskola och gymnasium) mottagit extra stödåtgärder. Vidare har kvinnor i åldersgrupperna 30-34 år samt 35 år och äldre, oftare fått extra stöd än kvinnor i andra åldersgrupper (se tabell i analysbilagan). Det är oklart om detta verkligen beror på ett större behov av stödåtgärder hos dessa grupper eller om det snarare kan förklaras av en större förmåga att ställa krav och uttrycka sina behov.

DIAGRAM 7.1
LANDSTING

Andel gravida kvinnor som fått extra stöd på grund av förlossningsrädsla, 2014.

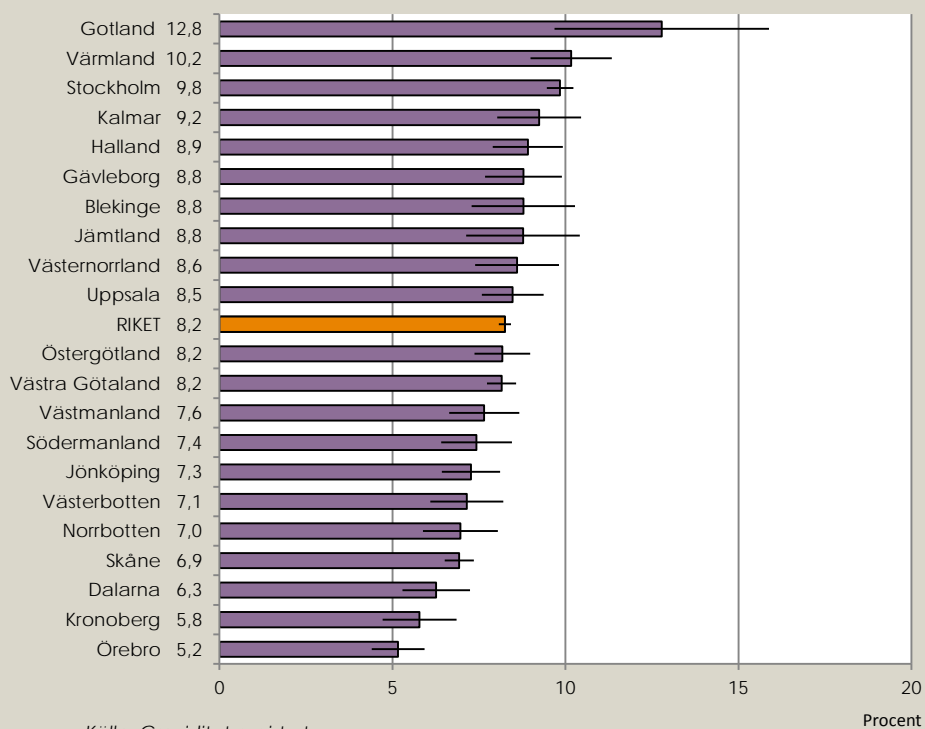
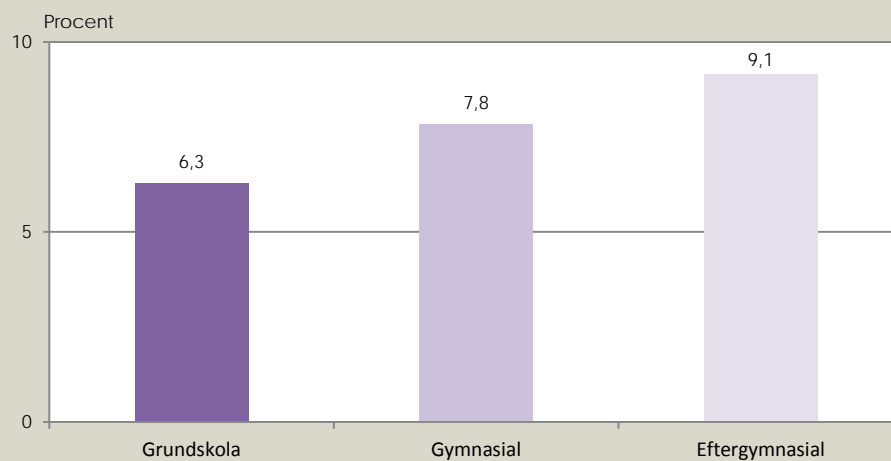


DIAGRAM 7.2
UTBILDNING

Andel gravida kvinnor som fått extra stöd på grund av förlossningsrädsla, 2014.



Källa: Graviditetsregistret

8 Kejsarsnitt bland förstföderskor

Andelen kvinnor som förlöses med kejsarsnitt har stadigt ökat i Sverige. År 1973 uppgick den totala andelen kejsarsnitt till 5,3 procent. Fyrtio år senare, år 2013, hade andelen mer än tredubblats. En del av ökningen antas bero på sociodemografiska faktorer, såsom högre genomsnittsålder hos blivande mödrar och ökat kroppsmasseindex (BMI). De allra flesta kejsarsnitt görs utifrån medicinska orsaker, men studier visar att närmare en tiondel av alla kejsarsnitt som utförs är ett resultat av kvinnans önskemål [33]. Merparten av de kvinnor som önskar kejsarsnitt är omföderskor som tidigare genomgått kejsarsnitt eller annan komplicerad förlossning.

Det finns ingen internationell konsensus om den optimala frekvensen av kejsarsnittsförlossningar. Kejsarsnittsfrekvensen kan därmed inte direkt ses som ett kvalitetsmått för mödrahälsovård och förlossningsvård. Däremot innebär en ökad förekomst av kejsarsnitt att kostnaderna för förlossningar ökar. Både kostnadsaspekten och variationen i medicinsk praxis mellan olika sjukhus och landsting gör frågan intressant. Vid en akut situation är ett beslut om en akut åtgärd inte kontroversiell, men när riskminskningarna för barnen är mer måttliga måste en rad aspekter vägas in. Man har under de senaste åren identifierat nya riskgrupper, exempelvis sätesbjudning, där det är visat att riskerna för barnet minskas vid planerat kejsarsnitt före värkdebut. En alltmer effektiv identifiering av risksituationer kommer därför sannolikt att medverka till att kejsarsnittsfrekvensen ökar ytterligare.

Samtidigt har det publicerats studier som visar att planerat kejsarsnitt inte är helt riskfritt, varken för moder eller barn. Bland barn som är förlösta med planerat kejsarsnitt finns en ökad förekomst av tidiga andningsstörningar, jämfört med barn som fötts genom vaginal förlossning. För modern ökar kejsarsnitt riskerna för riklig blödning, infektion och blodpropp i samband med förlossningen. Däremot minskar risken för bristningar i underlivet och senare urininkontinens. Vid en eventuell efterföljande graviditet har kvinnan som blivit förlöst med kejsarsnitt en förhöjd risk för problem med moderkanskans läge och att livmodern brister vid förlossningen.

Indikatoren redovisar den totala andelen kejsarsnitt bland förstföderskor med fullgången graviditetslängd (≥ 37 veckor), enkelbörd med huvudbjudning och spontan förlossningsstart (Robson 1), samt igångsatta förlossningar och planerade kejsarsnitt (Robson 2). Av diagram 8.2 (landstingsdiagrammet) framgår att den totala kejsarsnittsfrekvensen bland förstföderskor var 16,4 procent i riket som helhet under perioden 2009-2013. I landstingen varierade andelen kejsarsnitt bland förstföderskor mellan 11,5 och 21,7 procent.

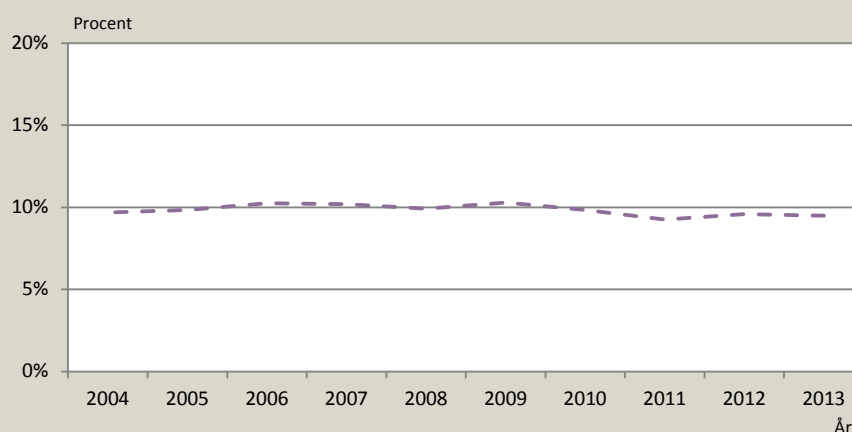
Det är dock framför allt förlossningar inom den första kategorin (Robson 1) som man ur medicinsk synvinkel bör önska att kejsarsnitten är få. Diagram 8.1 visar utvecklingen över tid för andelen kejsarsnitt enligt Robson grupp 1, det vill säga förstföderskor med fullgången graviditetslängd (≥ 37 veckor) enkelbörd med huvudbjudning och spontan förlossningsstart. Av diagrammet framgår att andelen kejsarsnitt enligt Robson grupp 1, uppgick till knappt 10 procent under den studerade perioden. Mellan sjukhus varierade andelen mellan 6,0 och 15,5 procent (diagram 8.3). I samband med jämförelser av kejsarsnittsfrekvens mellan sjukhus så bör hänsyn tas till

skillnader i patientsammansättningen. Ett sjukhus upptagningsområde och patientpopulation kan ha viss betydelse för kejsarsnittsfrekvensen.

Indikatorn har även studerats i förhållande till mödrarnas födelsebakgrund, där den totala andelen kejsarsnitt bland Nordenfödda respektive utomnordenfödda förstföderskor särskilt analyserats. Resultatet visar att risken för att bli förlöst med kejsarsnitt var signifikant högre (20 procent) bland förstföderskor födda utanför Norden i jämförelse med förstföderskor födda inom Norden (se tabell i analysbilagan). Vad dessa skillnader består i, ger dock inte analysen svar på. För att få veta något om orsakerna till skillnaderna krävs vidare analyser där man tar hänsyn till fler faktorer.

DIAGRAM 8.1
RIKET

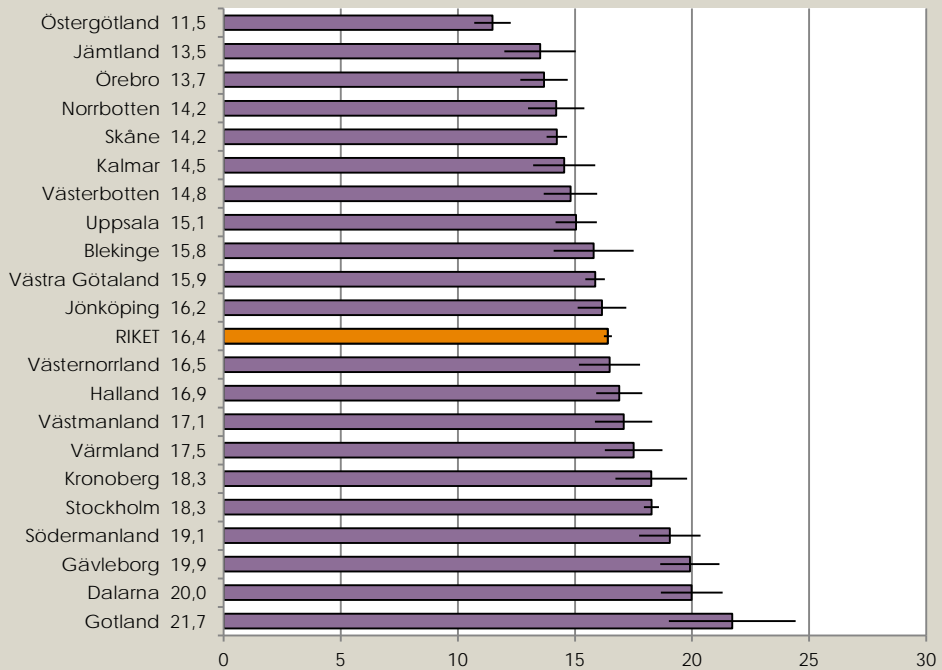
Andel kejsarsnitt vid fullgången graviditet (≥ 37 veckor) bland förstföderskor. Avser enkelbörd och huvudbjudning med spontan förlossningsstart (Robson 1). Åldersstandardiserade värden.



Källa: Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen

DIAGRAM 8.2
LANDSTING

Andel kejsarsnitt vid fullgånget graviditet (≥37 veckor) bland förstföderskor, 2009-2013. Avser **både** enkelbörd och huvudbudning med spontan förlossningsstart (Robson 1) samt igångsatt förlossningssätt och planerat kejsarsnitt (Robson 2).

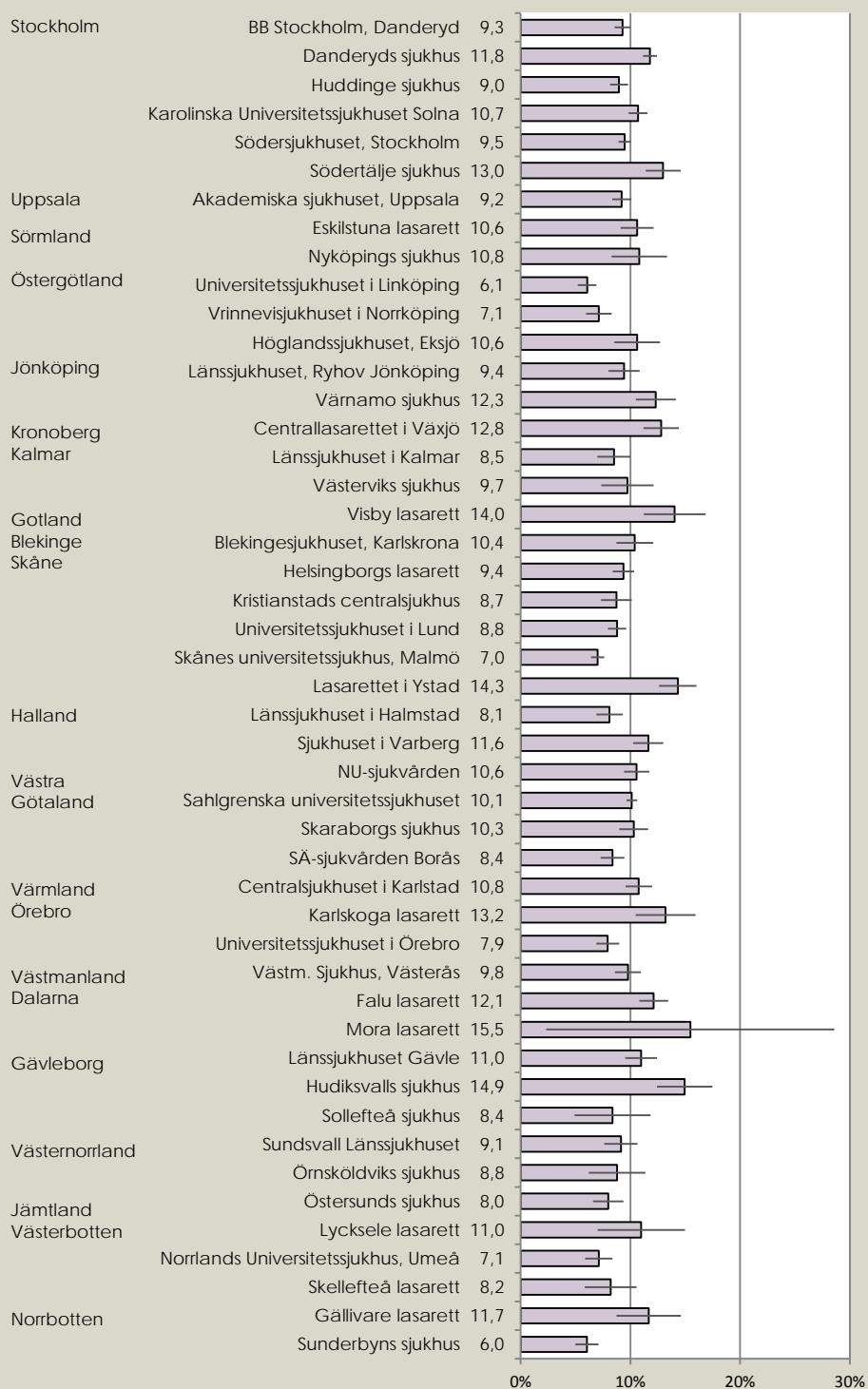


Källa: Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen

Procent

DIAGRAM 8.3
SJUKHUS

Andel kejsarsnitt vid fullgången graviditet (≥37 veckor) bland förstföderskor, 2009-2013. Avser enkelbörd och huvudbudning med spontan förlossningsstart (Robson 1). Åldersstandardiserade värden.



Källa: Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen

Procent

9 Bristningar vid förlossning bland förstföderskor

Det är mycket vanligt att kvinnor drabbas av bristningar i bäckenbotten i samband med vaginal förlossning, så kallade perinealbristningar. Ofta sker detta i förlossningens slutskede när barnets huvud står i kröningsläge och kvinnans vävnader är som mest utspända. Förstföderskor drabbas i högre grad av bristningar jämfört med omföderskor.

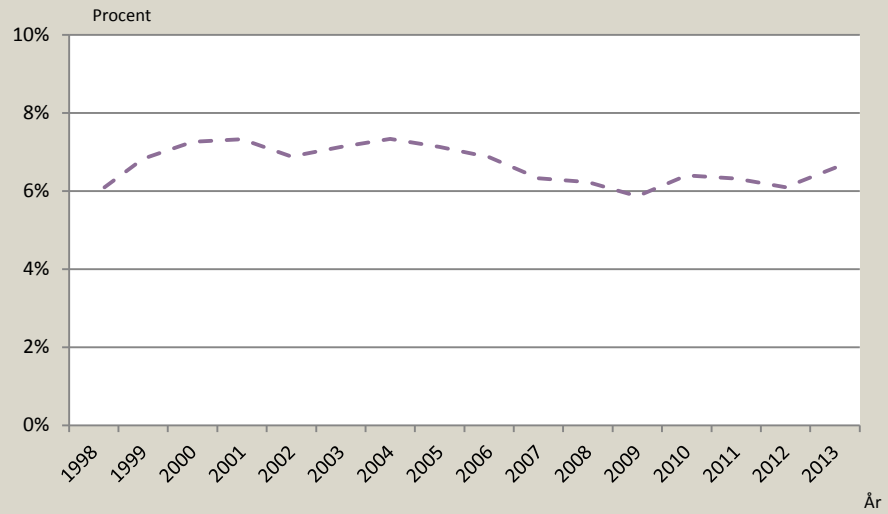
Perinealbristningar indelas i fyra grader. Första och andra gradens bristning omfattar ytligare vävnader i slidan och mellangården och är oftast mindre allvarliga. Tredje gradens bristning omfattar förutom ytliga vävnader även hela eller delar av ändtarmens slutmuskel (sfinktermuskeln). Fjärde gradens bristning omfattar dessutom rektalslemhinnan. Kända riskfaktorer för grad III och IV-bristningar är att kvinnan är förstföderska, föder ett stort barn eller att förlossningen avslutas instrumentellt, det vill säga med sugklocka eller tång [34]. Kvinnans förlossningsställning vid barnets framförande kan också ha betydelse för graden av bristning. Könstympade kvinnor tenderar att ha en ökad risk för sfinkterrupturer [35].

De flesta bristningar läker bra och kvinnan får inga bestående men. Bristningar som inte blir upptäckta och adekvat åtgärdade kan dock medföra allvarliga problem för de drabbade kvinnorna. Skadan kan orsaka nedsatt psykologiskt och emotionellt välbefinnande, inkontinens, sexuell dysfunktion och oro för framtida graviditeter. De komplikationer som kan vara bestående är till exempel underlivsmärtor och avföringsinkontinens [36].

Indikatorn redovisar andelen bristningar av grad III och IV vid vaginala förlossningar bland förstföderskor under perioden 2009–2013. I riket som helhet medförde 6,2 procent av de vaginala förlossningarna bland förstföderskor bristningar av grad III och IV, vilket innebär en marginell minskning sedan föregående femårsperiod. Den totala andelen grad III och IV bristningar varierade från 4,5 till 7,5 procent mellan landstingen under den studerade perioden. Variationerna mellan landsting och mellan sjukhus tyder på att frekvensen för grad III och IV-bristningar kan påverkas och att ett avsevärt antal förlossningsskador därmed kan undvikas.

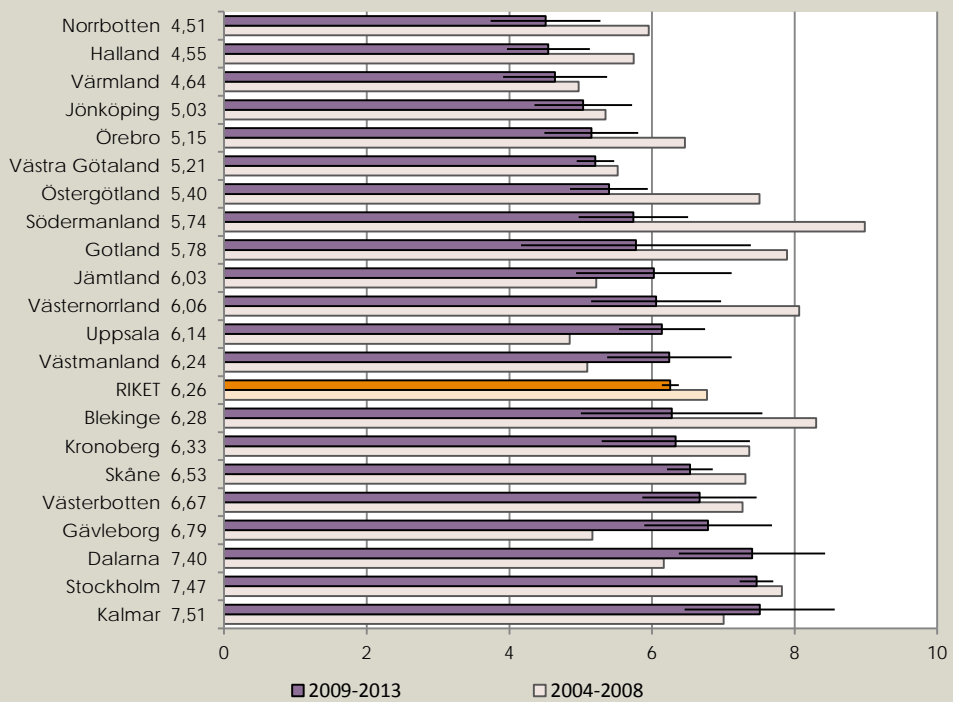
Indikatorn har även studerats i förhållande till mödrarnas födelsebakgrund, där andelen perinealbristningar bland Nordenfödda respektive utomnordenfödda förstföderskor särskilt analyserats. Resultatet visar att risken för perinealbristningar av grad III och IV i samband med förlossning var signifikant högre (23 procent) bland förstföderskor födda utanför Norden i jämförelse med förstföderskor födda inom Norden (se tabell i analysbilagan). Vad dessa skillnader består i, ger dock inte analysen svar på. För att få veta något om orsakerna till skillnaderna krävs vidare analys där man tar hänsyn till fler faktorer.

DIAGRAM 9.1 Andel perinealbristningar av grad III och IV vid vaginal förlossning bland förstfödorskor. Åldersstandardiserade värden.
RIKET



Källa: Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen

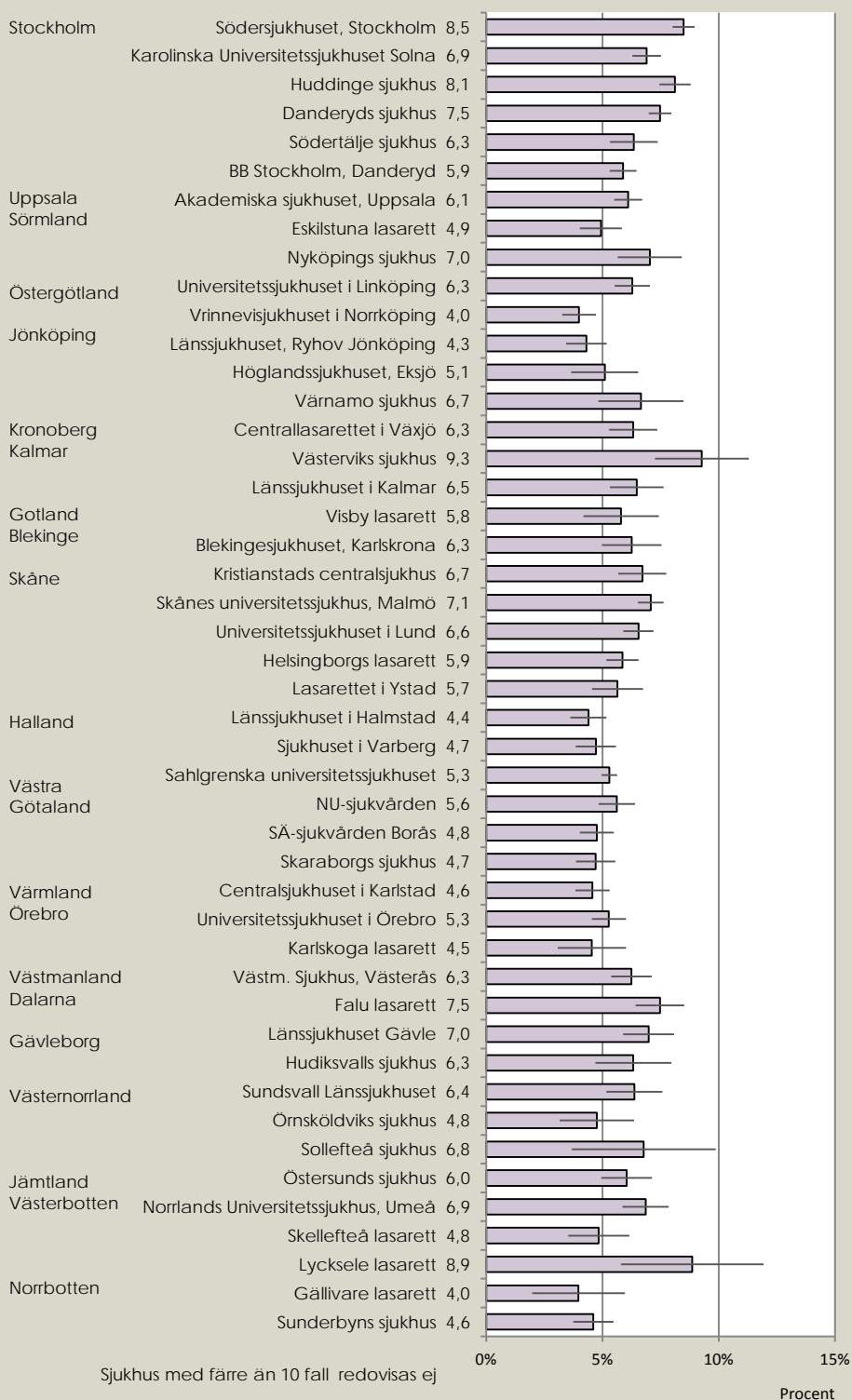
DIAGRAM 9.2 Andel perinealbristningar av grad III och IV vid vaginal förlossning bland förstfödorskor, 2009-2013. Åldersstandardiserade värden.
LANDSTING



Källa: Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen

DIAGRAM 9.3
SJUKHUS

Andel perinealbristningar av grad III och IV vid vaginal förlossning bland förstfödernor, 2009-2013. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen

10 Låg Apgar-poäng hos nyfödda

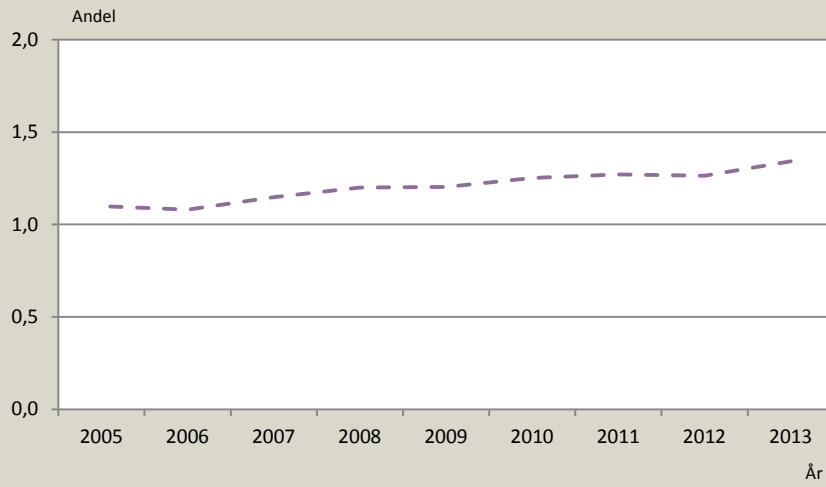
Apgar är ett poängsystem som används för att bedöma hälsotillståndet hos nyfödda. Systemet innebär att man bedömer det nyfödda barnet enligt fem kriterier: hjärtfrekvens, andning, hudfärg, muskeltonus och reflexer på en skala mellan noll och två. Den totala poängsumman kan variera mellan 0 och 10 poäng. Bedömningen görs en minut, fem minuter och tio minuter efter födelsen. Lägsta möjliga Apgar-poäng vid en bedömning är 0 och högsta möjliga poäng är 10. Låg Apgar-poäng brukar definieras som under 4 poäng eller under 7 poäng vid fem minuters ålder.

Flera faktorer kan leda till låg Apgar-poäng vid fem minuters ålder. Apgar-bedömningen speglar syrebrist hos fostret som kvarstår eller uppträder fem minuter efter födseln. Syrebristen kan vara orsakad av komplikationer i moderkakan, navelsträngen, tillväxthämning hos fostret, sjukdomar hos modern eller komplikationer i samband med förlossningen som värksvagheter eller instrumentell förlossning [37]. Orsaken kan också vara att barnet påverkats av narkos eller smärtlindrande läkemedel, som modern fått under förlossningen. Både dödlighet och risk för allvarliga neurologiska skador är större hos barn med låga Apgar-poäng vid fem minuters ålder än hos barn med höga poäng.

Indikatorn redovisar andelen barn som fem minuter efter födelsen har en Apgar-poäng under 7. Värdena är åldersstandardiserade och presenteras med fem år sammanslagna för att få en större säkerhet i siffrorna. Andelen barn med en Apgar-poäng mindre än 7 vid fem minuters ålder, uppgick till knappt 1,3 procent i riket som helhet under den studerade perioden 2009–2013. Mellan landstingen varierade andelen från 0,7 till 2,1 procent.

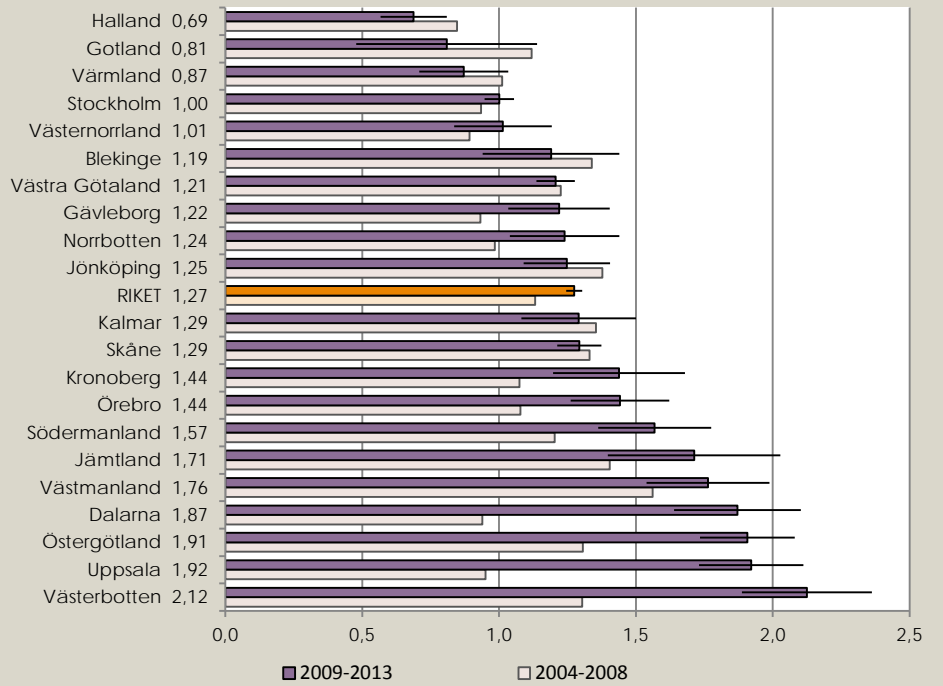
Indikatorn har även studerats i förhållande till mödrarnas födelsebakgrund, där Apgar-poängen hos barn till Nordenfödda respektive utomnordenfödda kvinnor analyserats. Resultatet visar att andelen barn med låg Apgar-poäng (<7) vid fem minuters ålder var marginellt högre bland de utomnordenfödda kvinnorna jämfört med de Nordenfödda kvinnorna, 1,4 respektive 1,2 (se tabell i analysbilagan).

DIAGRAM 10.1 Andel födda barn med låg Apgar-poäng (<7) vid 5 minuter. Åldersstandardiserade värden. **RIKET**



Källa: Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen

DIAGRAM 10.2 Andel födda barn med låg Apgar-poäng (<7) vid 5 minuter, 2009-2013. Åldersstandardiserade värden. **LANDSTING**



Källa: Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen

11 Dödfödda barn

Dödföddhet eller intrauterin fosterdöd definieras som framfödande av ett barn som inte andas eller visar andra livstecken efter utgången av tjugioandra graviditetsveckan ($\geq 22+0$). Före juli 2008 var gränsen efter utgången av tjugooåttonde graviditetsveckan. Ändringen är en anpassning efter WHO:s riktlinjer. För att kunna jämföra med tidigare årsperioder används en 28-veckors gräns i denna indikator.

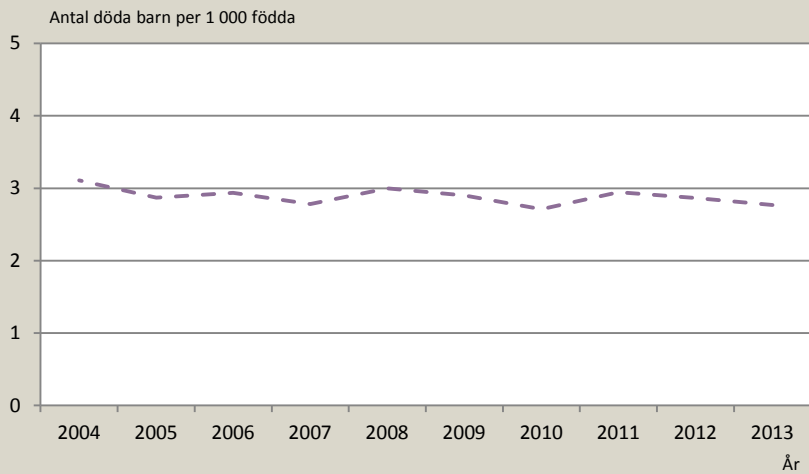
Fosterdöd kan inträffa innan förlossningen startat. Det kan också inträffa under pågående förlossning, vilket är ovanligare. Missbildningar, infektioner, allvarlig sjukdom hos modern, komplikationer i moderkaka eller navelsträng är några orsaker till fosterdöd, men i 10–15 procent av fallen kan man inte identifiera någon uppenbar orsak till fosterdöden [38].

Sedan 1970-talet har andelen dödfödda barn mer än halverats. Varje år föds i Sverige cirka 300 dödfödda barn efter utgången av 28:e veckan. En faktor som dock kan komma att öka antalet dödfödda barn i framtiden är att mammorna blir allt äldre. Kvinnor i åldern 35 år och äldre löper en ökad risk för att fostret dör i livmodern, jämfört med yngre kvinnor. Rökning och övervikt hos modern tillhör de viktigaste kända förebyggbara riskfaktorerna för fosterdöd. Inom mödrahälsovården arbetar man med övervakning och regelbundna kontroller för att tidigt upptäcka avvikelser och minska riskerna. Europeiska jämförelser som gjorts, visar att Sverige har en mycket låg andel dödfödda barn [39].

Indikatorn redovisar antal dödfödda barn efter utgången av 28:e veckan ($\geq 28+0$) per 1 000 födda, under perioden 2009–2013. I riket som helhet uppgick antalet dödfödda barn till 2,86 per 1 000 födda den aktuella perioden. Mellan landstingen ligger variationen från 1,87 till 3,99 dödfödda barn per 1 000 födda, vilket endast skiljer sig marginellt från föregående mätperiod. Av diagram 11.2 framgår det även att den statistiska osäkerheten är stor, då de faktiska värdena är mycket små. Detta är också skälet till att siffrorna redovisas för fem år sammantaget. Ingen tydlig trend kan ses på riksnivå när det gäller antalet dödfödda barn.

DIAGRAM 11.1
RIKET

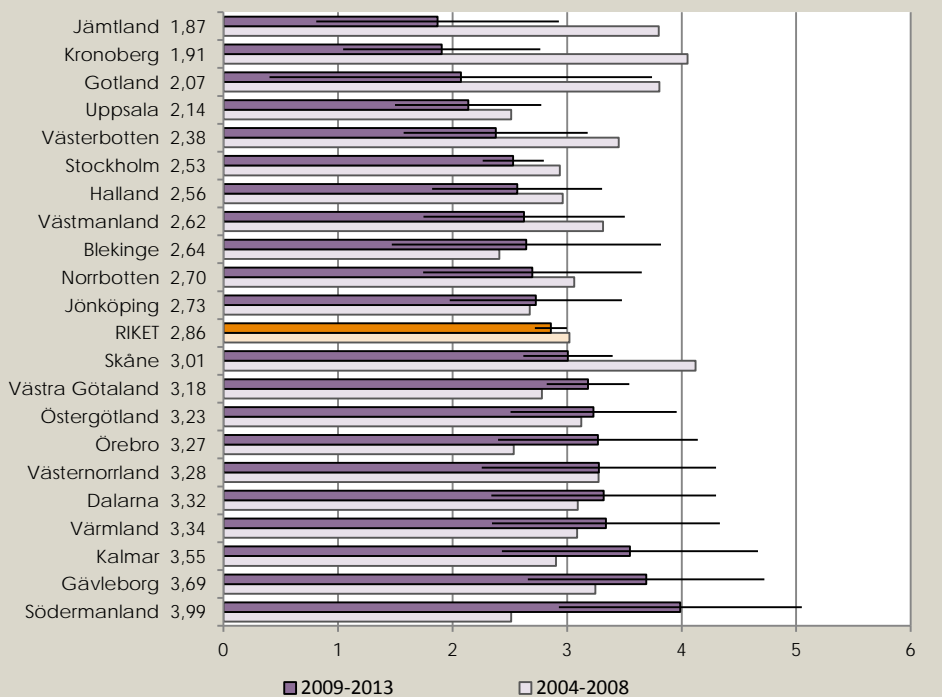
Antal dödfödda barn (≥ 28 fullgångna graviditetsveckor) per 1 000 födda . Åldersstandardiserade värden.



Källa: Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen

DIAGRAM 11.2
LANDSTING

Antal dödfödda barn (≥ 28 fullgångna graviditetsveckor) per 1 000 födda, 2009-2013. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen

12 Neonatal dödlighet

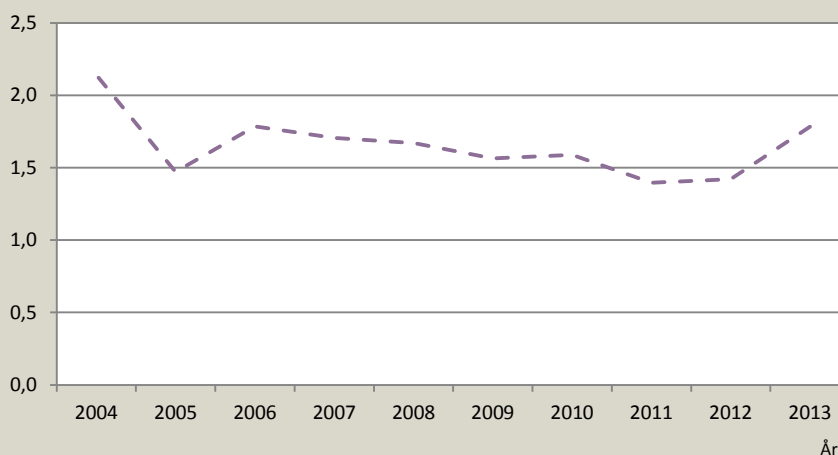
Om ett barn lever vid födelsen men avlider inom 28 dagar efter förlossningen definieras det som neonatal död. En vanlig orsak till neonatal död är att barnet är för tidigt fött. Ofta har de barn som dör under neonatalperioden en sjukdom eller missbildning.

Förekomsten av neonatal dödlighet har stadigt minskat i omfattning i Sverige de senaste decennierna. Från att ha legat på nivåer om cirka 5 neonatalt döda per 1 000 levande födda barn i början av 1980-talet har den neonatala dödligheten stadigt minskat. Sedan år 2005 har den legat stabilt på en lägre nivå med färre än 2 neonatalt döda per 1 000 levande födda. Den neonatala dödligheten är låg i Sverige jämfört med övriga Europa. Även vid större internationella jämförelser hamnar Sverige bland de länder som har den lägsta neonatala dödligheten [40]. Nivån på den neonatala dödligheten kan vara en effekt av både förlossningsvårdens och den neonatala vårdens kvalitet. Omhändertagandet vid förlossning kan i större utsträckning än tidigare anpassas efter behov, eftersom riskpatienter allt oftare kan identifieras före förlossningen genom prenataldiagnostik. Detta resulterar i en minskad neonatal dödlighet [41].

Indikatorn redovisar antalet neonatalt döda barn per 1 000 levande födda under perioden 2009–2013. I riket som helhet uppgick den neonatala dödligheten till 1,5 barn per 1 000 levande födda, vilket motsvarar cirka 170 barn per år. Mellan landstingen varierade antalet från 0,4 till 3,7 per 1 000 levande födda. Den statistiska osäkerheten är stor, eftersom de faktiska värdena är mycket små.

DIAGRAM 12.1
RIKET

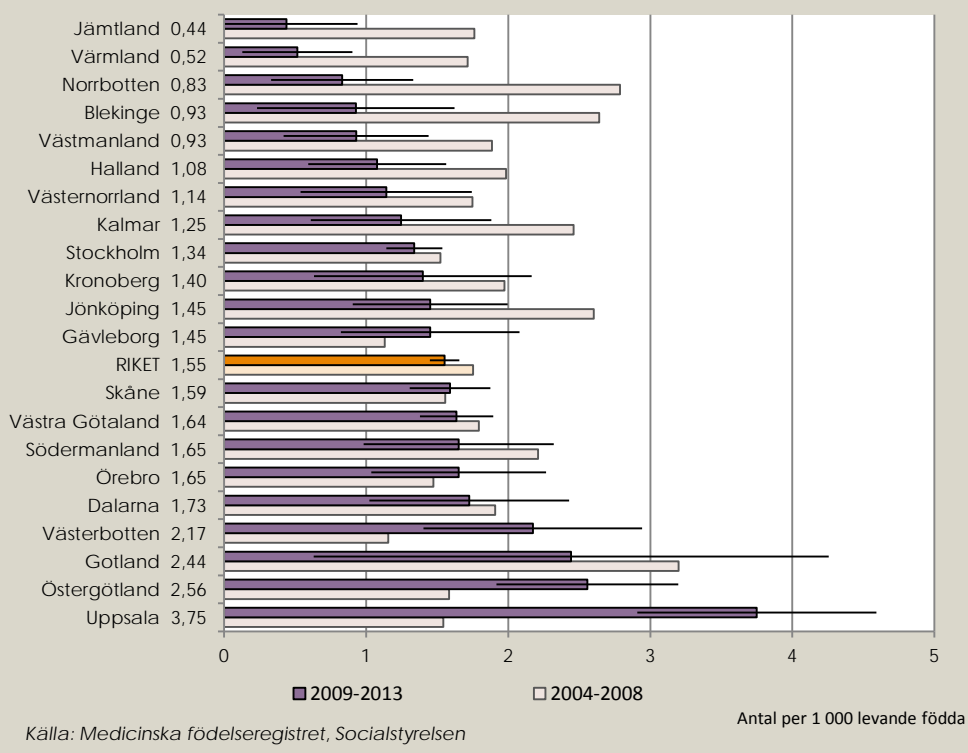
Antal döda barn inom 28 dygn efter födelsen per 1000 levande födda .
Ålderstandardiserade värden.



Källa: Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen

DIAGRAM 12.2
LANDSTING

Antal döda barn inom 28 dygn efter födelsen per 1000 levande födda, 2009-2013. Åldersstandardiserade värden.



13 Kostnad per vårdtillfälle vid förlossning

Under 2014 rapporterade 31 sjukhus i 14 landsting kostnadsdata om förlossningar till KPP-databasen (kostnad per patient) vid SKL.

Indikatorn visar kostnaden per vårdtillfälle i slutenvård inom DRG (Diagnos Relaterade Grupper) 370-373, för dels samtliga förlossningar, dels för enbart kejsarsnitt. Kostnader för varje förlossning och för de vårdinsatser som knyts till dessa redovisas i databasen. Däremot ingår inte kostnader för kontroll- och uppföljningsbesök samt läkemedelsanvändning i öppen vård. De allra dyraste fallen, de så kallade kostnadsytterfallen, är exkluderade. Motivet till detta är att visa en "normal" genomsnittskostnad per sjukhus och i viss mån hantera olikheter i patientsammansättningen vid sjukhusen. Det finns ett regelverk för hur kostnader ska kalkyleras och redovisas till KPP-databasen, till exempel vilka kostnader som ska ingå. Trots detta kan kalkylerna skilja sig åt mellan sjukhusen.

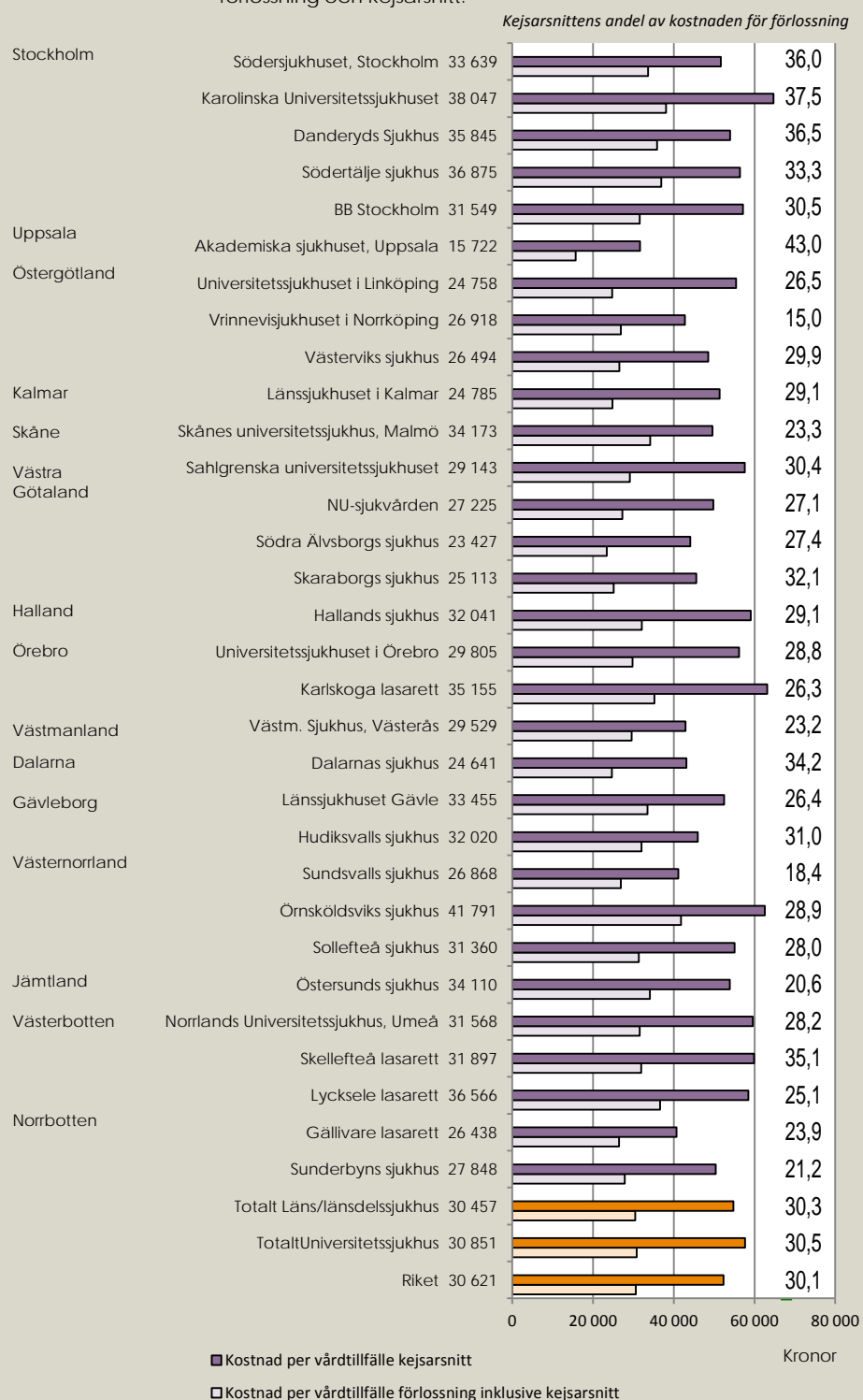
Kostnader för totalt 88 580 förlossningar rapporterades till KPP-databasen 2014. Antalet förlossningar per sjukhus varierar stort. KPP-databasens genomsnittskostnad för innerfallen uppgick 2014 till 30 621 kronor. Det finns en variation mellan sjukhusen från drygt 15 700 kronor till 41 791 kronor. Kostnadsskillnaderna kan inte enbart förklaras av den genomsnittliga vårdtiden, som ligger på 2-3 dagar för alla sjukhus. En faktor som påverkar kostnaderna är andelen kejsarsnitt. Kejsarsnitt utförs på operationssal och är bland annat därför mer resurskrävande. Knappt en tredjedel av förlossnings-

kostnaderna upptogs av kejsarsnitt, som kostade i genomsnitt drygt 52 000 kronor. De vaginala förlossningarna kostade knappt 26 000 kronor, det vill säga hälften av kostnaden för kejsarsnitt.

Kostnadsskillnaderna för samtliga förlossningar kan ha ytterligare orsaker. Utöver kejsarsnittsfrekvens och vårdtidens längd påverkas kostnaderna av bemanningen på sjukhuset. Patientsammansättningen kan påverka, även utöver kejsarsnittsfrekvens. Förlossningar som anses ha ökad risk genomförs inte vid alla kliniker.

**DIAGRAM 13.1
SJUKHUS**

Kostnad per vårdtillfälle vid förlossning, 2014. Avser både vaginal förlossning och kejsarsnitt.



Källa: KPP-databasen, Sveriges Kommuner och Landsting

Gynekologisk vård

Inom delområdet gynekologisk vård redovisas 10 indikatorer som alla speglar vanliga sjukdomstillstånd i kvinnosjukvård och operationer vid dessa. De är: borttagande av livmoder, framfallsoperation, adnex-operation samt operation vid urininkontinens. Samtliga indikatorer har tidigare publicerats i den årliga rapportserien *Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet*.

En av indikatorerna baseras på Patientregistret vid Socialstyrelsen. Den speglar resursanvändning och visar andelen framfallsoperationer som utförs som dagkirurgi. Ytterligare en indikator illustrerar resursanvändning och visar kostnaden per vårdtillfälle vid borttagande av livmoder. Där är källan KPP-databasen vid SKL.

Övriga indikatorer speglar främst patientens erfarenheter av behandlingen eller i vilken mån en minimalinvasiv operationsmetod används. Dessa uppgifter är hämtade från det nationella registret för gynekologisk kirurgi (Gynop) samt från Gyn-kvalitetsregistret (GKR). För år 2014 finns uppgifter för samtliga landsting med undantag för Västmanland. Mått som avser patienterfarenheter rör dels komplikationer och oväntade besvär efter operationen, dels hur nöjda kvinnorna är eller i vilken grad operationen ledde till frihet från sjukdomssymtom. Patienternas uppfattning har inhämtats via enkäter som skickats till patienterna två månader respektive ett år efter operationen. Andelen patienter som besvarade tvåmånaders-enkäten uppgick till omkring 79 procent i riket som helhet år 2014. Svarsfrekvensen varierade dock mellan landstingen från 61 till 90 procent.

I samband med att resultaten från de jämförelser som rör framfallsoperationer presenteras, redovisas även ett avsnitt om effektivitetsaspekter. Detta innefattar en fiktiv effektivitetsanalys avseende operationer av livmoderframfall.

14. Patientrapporterade komplikationer efter borttagande av livmoder

Cirka 8 000 kvinnor får varje år i Sverige sin livmoder bortopererad, så kallad hysterektomi. Detta innebär att var tionde kvinna i Sverige blir av med sin livmoder under sin livstid. Ungefär hälften av dessa opereras på grund av symtomgivande men godartade besvär från livmodern. Sett ur ett internationellt perspektiv är det en låg operationsfrekvens, vilket kan förklaras av att man i andra länder tillämpar vidare indikationer för ingreppet. Det finns dock stora skillnader i antalet operationer per invånare mellan landstingen, vilket delvis kan förklaras av att kriterierna för när operation skall utföras varierar inom landet.

Den vanligaste orsaken till att livmodern avlägsnas vid symtomgivande godartade besvär är blödningsrubbingar som inte svarar på medicinsk behandling. En vanlig orsak till blödningsbesvär är muskelknutor (myom) i livmodern. Ungefär 80 procent av alla kvinnor får myom, de flesta utan att få några besvär. Även vid operation av framfall i underlivet är det vanligt att livmodern samtidigt avlägsnas. Bortsett från vid cancer består utvärderingen efter hysterektomi i huvudsak av att följa upp förekomsten av komplikation-

er. Patienterna är i stort sett friska, frånsett de livskvalitetssänkande besvär eller symtom de söker lindring för. Allvarliga komplikationer, som kräver återinläggning, omoperation och sjukskrivning längre än fyra veckor, är också sällsynta och drabbar endast några få procent av patienterna.

Indikatorn som här redovisas bygger på patientens egen värdering och speglar komplikationer efter operationen i en vidare mening, som oplanerade vårdkontakter till följd av ej förväntade händelser, lindrigare infektioner, sårproblem och bristande information. Hysterektomi på grund av elakartade (maligna) eller premaligna tillstånd eller de som utförts i samband med framfallsoperationer ingår inte.

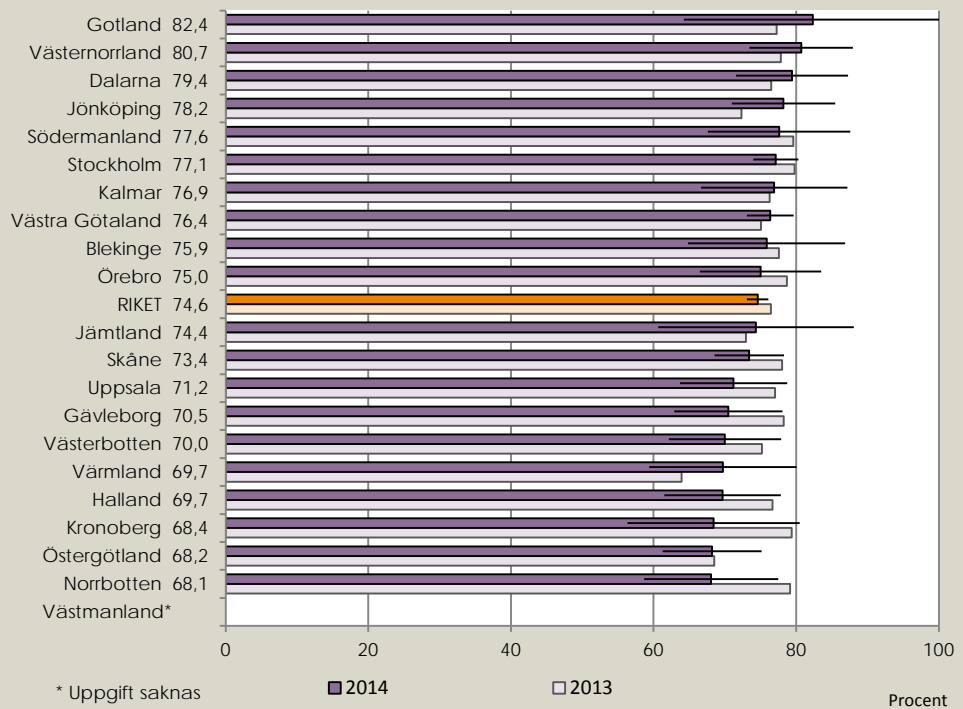
Indikatorn visar andelen opererade patienter som uppger att de inte har haft komplikationer eller besvär som resulterat i vårdkontakt. Jämförelsen baseras på uppgifter från närmare 3 000 kvinnor som besvarade denna fråga i samband med den enkät som sändes ut två månader efter operationen. Redovisningen per landsting baseras på klinikernas lokalisering, inte på patientens hemort.

I riket var 2014 över 74 procent av kvinnorna komplikationsfria och utan oväntade besvär två månader efter operationen, med en spridning mellan landstingen från 68 till drygt 82 procent.

Det finns inget mål angivet för denna indikator. Vid en internationell jämförelse är resultaten goda och komplikationsfrekvensen är lägre än vad som redovisas i randomiserade studier. För de kliniker och landsting som har lägre svarsfrekvens ökar osäkerheten i resultatet. Patientens förväntningar om besvär och komplikationer skapas i hög grad vid kontakten med sjukvården innan operationen och detta kan påverka hur man besvarar enkätfrågorna.

DIAGRAM 14.1
LANDSTING

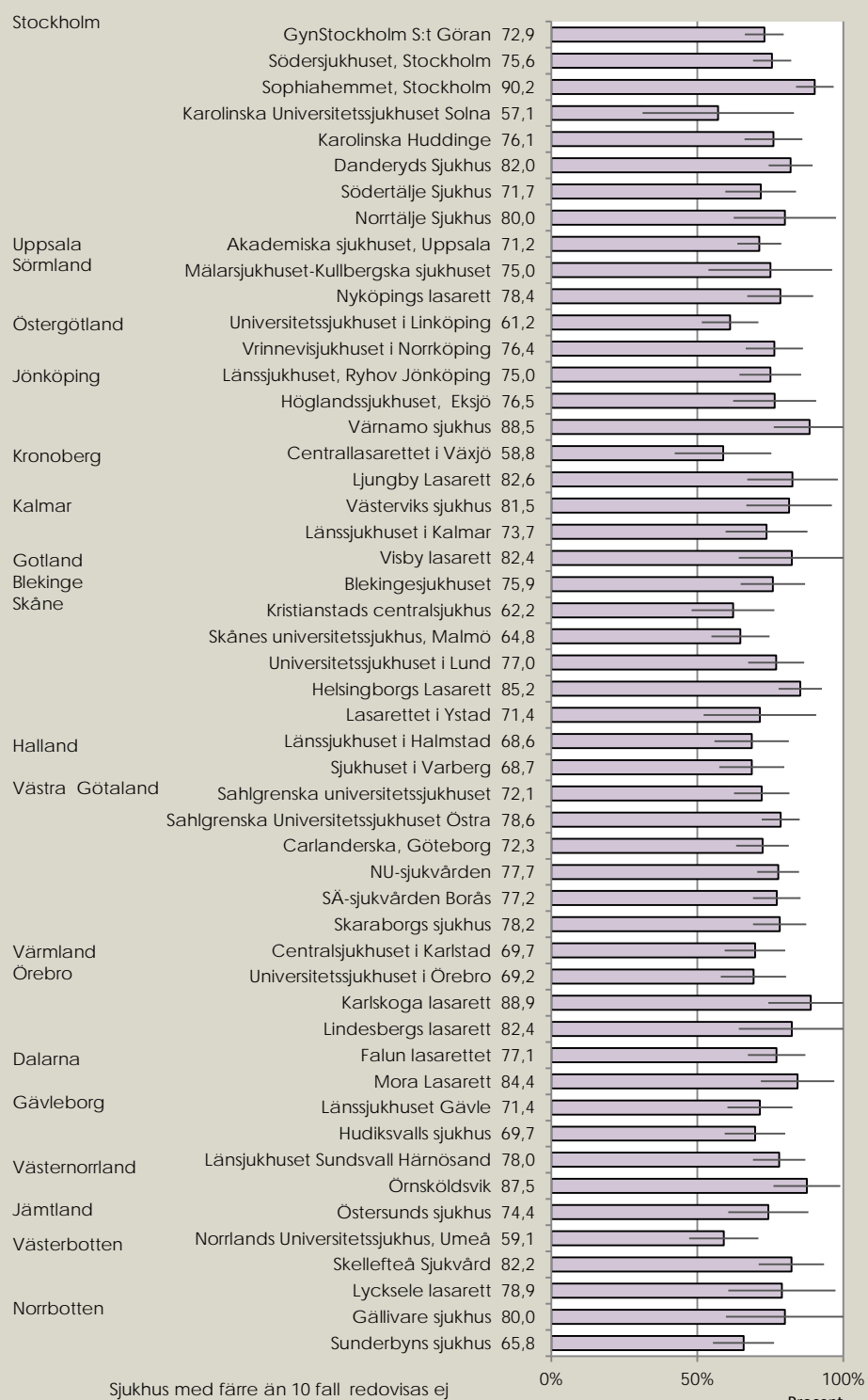
Andel kvinnor som uppger att de var komplikationsfria och utan oväntade besvär 2 månader efter borttagande av livmoder, 2014.



Källa: Nationella kvalitetsregistret inom gynekologisk kirurgi samt Gyn-KvalitetsRegistret

**DIAGRAM 14.2
SJUKHUS**

Andel kvinnor som uppger att de var komplikationsfria och utan
oväntade besvär 2 månader efter borttagande av livmoder, 2014.



Källa: Nationella kvalitetsregistret inom gynekologisk kirurgi samt Gyn-Kvalitetsregistret

15 Borttagande av livmoder med minimalinvasiv teknik

I början av 1990-talet opererades de flesta livmödrar bort via ett större buksnitt, om det inte samtidigt förelåg ett framfall. Nu används istället oftare mindre invasiva metoder vid hysterektomi. Framför allt har den vaginala metoden etablerats, men även titthålskirurgi (laparoskopi) används allt mer. Undvikandet av ett stort buksnitt medför mindre behov av smärtstillande läkemedel, leder till kortare vårdtid och påskyndar patientens återkomst till normal ADL-funktion (Activities of Daily Living).

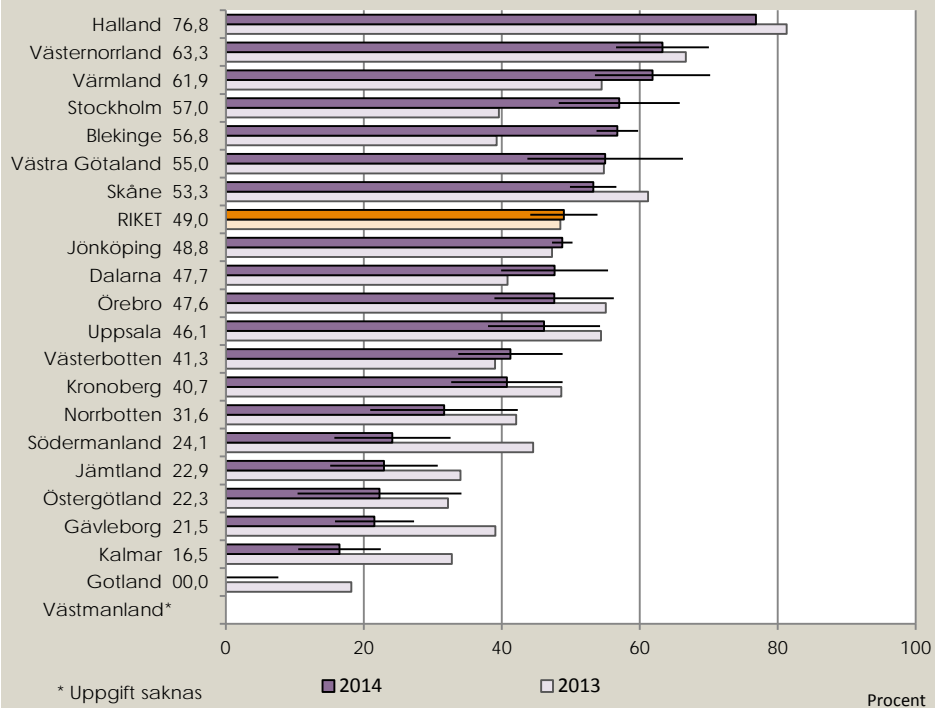
Omkring hälften av alla hysterektomier under år 2014 utfördes via öppen bukkirurgi. Detta trots att forskare i en Cochrane-rapport utvärderat effekterna av olika behandlingsmetoder, och konstaterat att när livmodern bedöms väga under 300 gram borde operationen kunna utföras med minimalinvasiv kirurgi, det vill säga vaginalt eller laparoskopiskt. Följdes den rekommendationen skulle minst hälften av hysterektomierna utföras med minimalinvasiv teknik. Det finns därför goda möjligheter för många kliniker att minska operationstraumat, en förbättring som direkt kommer patienterna till godo.

Indikatorn visar andelen av samtliga hysterektomier som utförs med minimalinvasiv kirurgi. Redovisningen per landsting baseras på klinikernas lokalisering, inte på patientens hemort.

I riket som helhet uppgår andelen minimalinvasiva operationer till omkring 49 procent år 2014, med en variation mellan landsting från 16 till drygt 76 procent. Mellan kliniker varierar andelen från 6 till 89 procent. Jämförelsen baseras på drygt 4 300 registrerade operationer.

DIAGRAM 15.1
LANDSTING

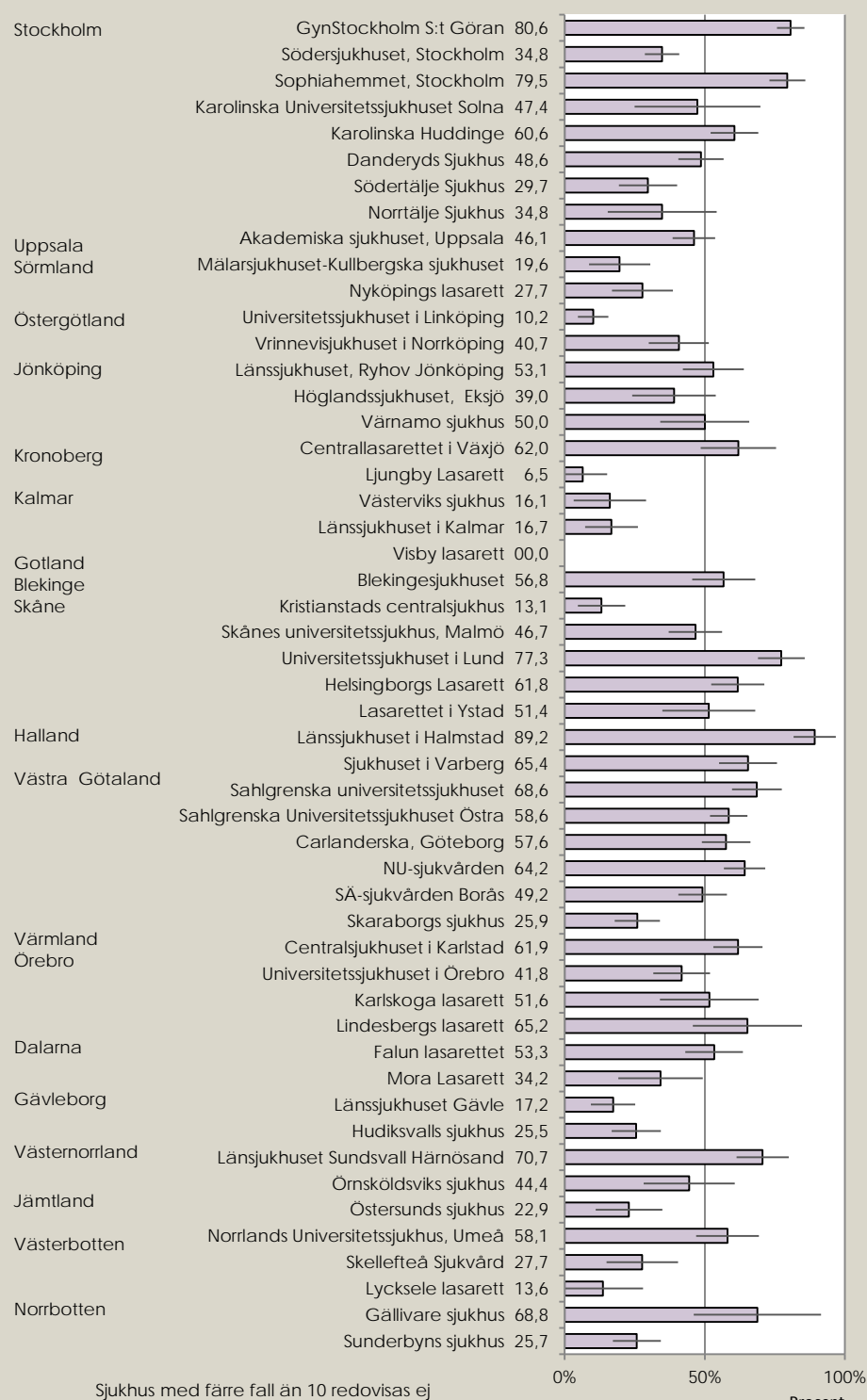
Andel hysterektomier (borttagande av livmoder) som utförts med minimalinvasiv teknik, 2014. Avser titthålskirurgi och vaginal operation.



Källa: Nationella kvalitetsregistret inom gynekologisk kirurgi samt Gyn-KvalitetsRegistret

**DIAGRAM 15.2
SJUKHUS**

Andel hysterektomier (borttagande av livmoder) som utförts med minimalinvasiv teknik, 2014. Avser titthålskirurgi och vaginal operation.



Källa: Nationella kvalitetsregistret inom gynekologisk kirurgi samt Gyn-Kvalitetsregistret

16 Kostnad per vårdtillfälle vid borttagande av livmoder

Under 2014 rapporterades 1 256 vårdtillfällen till KPP-databasen med en åtgärdskod för hysterektomi, det vill säga borttagande av livmoder.

I diagram 16.1 nedan visas kostnaden per vårdtillfälle i slutenvård för hysterektomi. De allra dyraste fallen, de så kallade kostnadsytterfallen, har exkluderats. Motivet för detta är att visa en "normal" genomsnittskostnad per sjukhus och i viss mån hantera olikheter i patientsammansättningen vid sjukhusen. Hysterektomier som gjorts i samband med förlossning eller med skadediagnos innefattas ej.

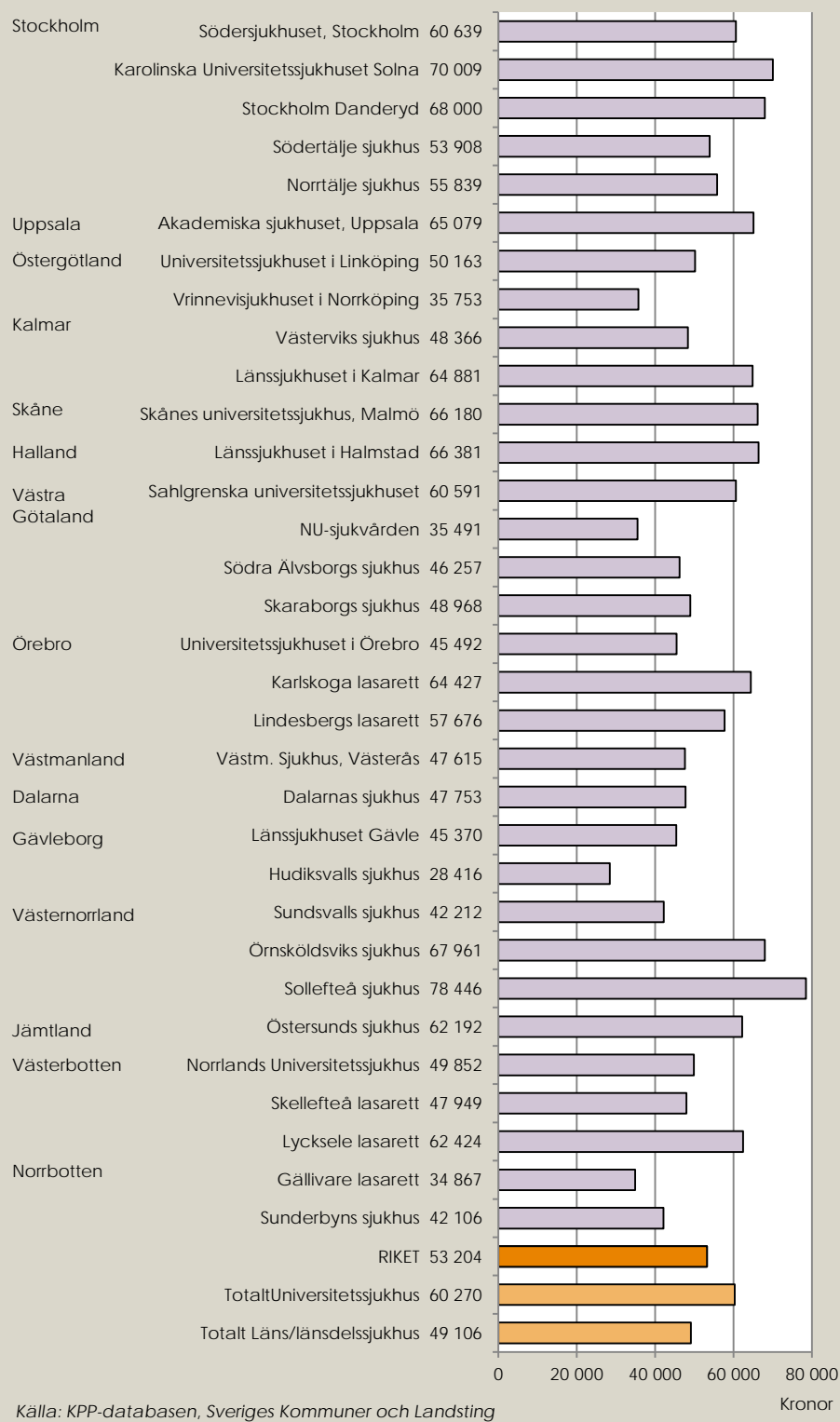
Det finns ett regelverk för hur kostnader ska kalkyleras och redovisas till KPP-databasen, till exempel vilka kostnader som ska ingå. Trots detta kan kalkylerna skilja sig mellan sjukhusen.

KPP-databasens genomsnittskostnad för innerfallen uppgick 2014 till 53 204 kronor. De redovisade kostnaderna skiljer sig påtagligt mellan sjukhusen, från drygt 28 000 kronor till strax över 78 000 kronor för sjukhus med fler än 10 fall. Medelvårdtiden är 2 dagar.

Kostnadsskillnaderna kan ha flera orsaker, utöver vårdtidens längd. De kan dels spegla tiden för själva operationen, dels bemanning per vårdplats och vid sjukhuset. De kan också återspegla patientsammansättningen vid sjukhuset. Kostnaden påverkas även av valet av operationsteknik. Slutligen kan det även finnas redovisningsmässiga skillnader mellan sjukhusen.

DIAGRAM 16.1
SJUKHUS

Kostnad per vårdtillfälle vid borttagande av livmoder, 2014.



17 Patientrapporterade komplikationer efter framfallsoperation

Ungefär 6 500 kvinnor opereras varje år för framfall av livmodern och/eller slidan (genital prolaps). Framfallet innebär att livmodern eller slidan, tillsammans med urinblåsan eller tarmen, sjunker ned till eller utanför slidöppningen. Detta medför normalt sett inte medicinska komplikationer, men de symtom som uppkommer kan vara mycket besvärande. Det vanligaste symtomet vid framfall är patientens känsla av att något ”buktar ut” ur slidan. Det kan också kännas tungt och skava i underlivet. Prolapsoperation syftar till symtomlindring och uppföljning av komplikationer efter operation är en viktig del i arbetet med att följa upp resultatet.

Indikatorn visar andelen opererade patienter år 2014 som uppger att de inte haft komplikationer eller oväntade besvär som resulterat i vårdkontakt. Jämförelsen baseras på närmare 4 000 patienter som opererades under 2014 och som besvarade enkätfrågan två månader efter operationen. Redovisning av landsting baseras på klinikens lokalisering, inte på patientens hemort.

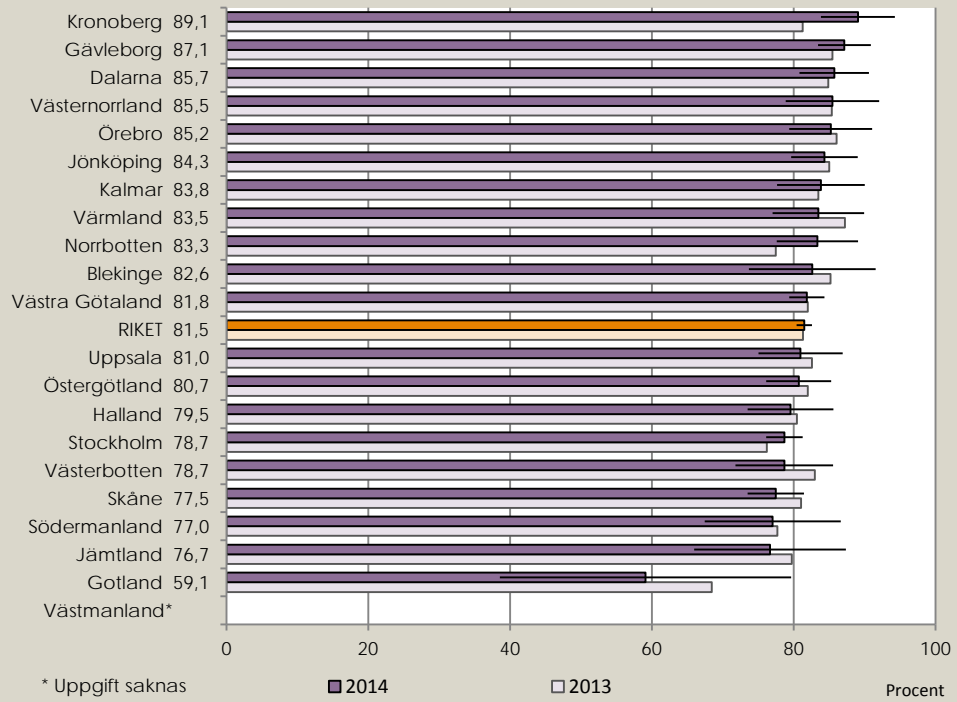
I riket som helhet anger drygt 81 procent av de opererade kvinnorna att de inte haft komplikationer eller oväntade besvär. Det finns skillnader mellan landsting, med en spridning mellan 59 och 89 procent. Variationen mellan olika kliniker är något större, men bör tolkas med försiktighet eftersom ingen hänsyn tagits till skillnader i patientsammansättningen.

En framfallsoperation kan ha många olika svårighetsgrader. Det kan vara ett tekniskt enkelt dagkirurgisk ingrepp, men det kan också vara en större utmaning utan säkerhet för att resultatet blir lyckat. Allt fler operationer görs i samarbete mellan kliniker. Några kliniker specialiserar sig på ”fast track”-kirurgi och gör endast relativt enkla operationer, medan andra kliniker fungerar som remisskliniker för de mera komplexa fallen. Vid jämförelser mellan olika kliniker är det nödvändigt att ta hänsyn till dessa skillnader i patientsammansättningen.

Troligen spelar även information om det normala postoperativa förloppet stor roll för hur patienten uppfattar vissa förväntade symtom och därmed även för hur man besvarar enkätfrågan.

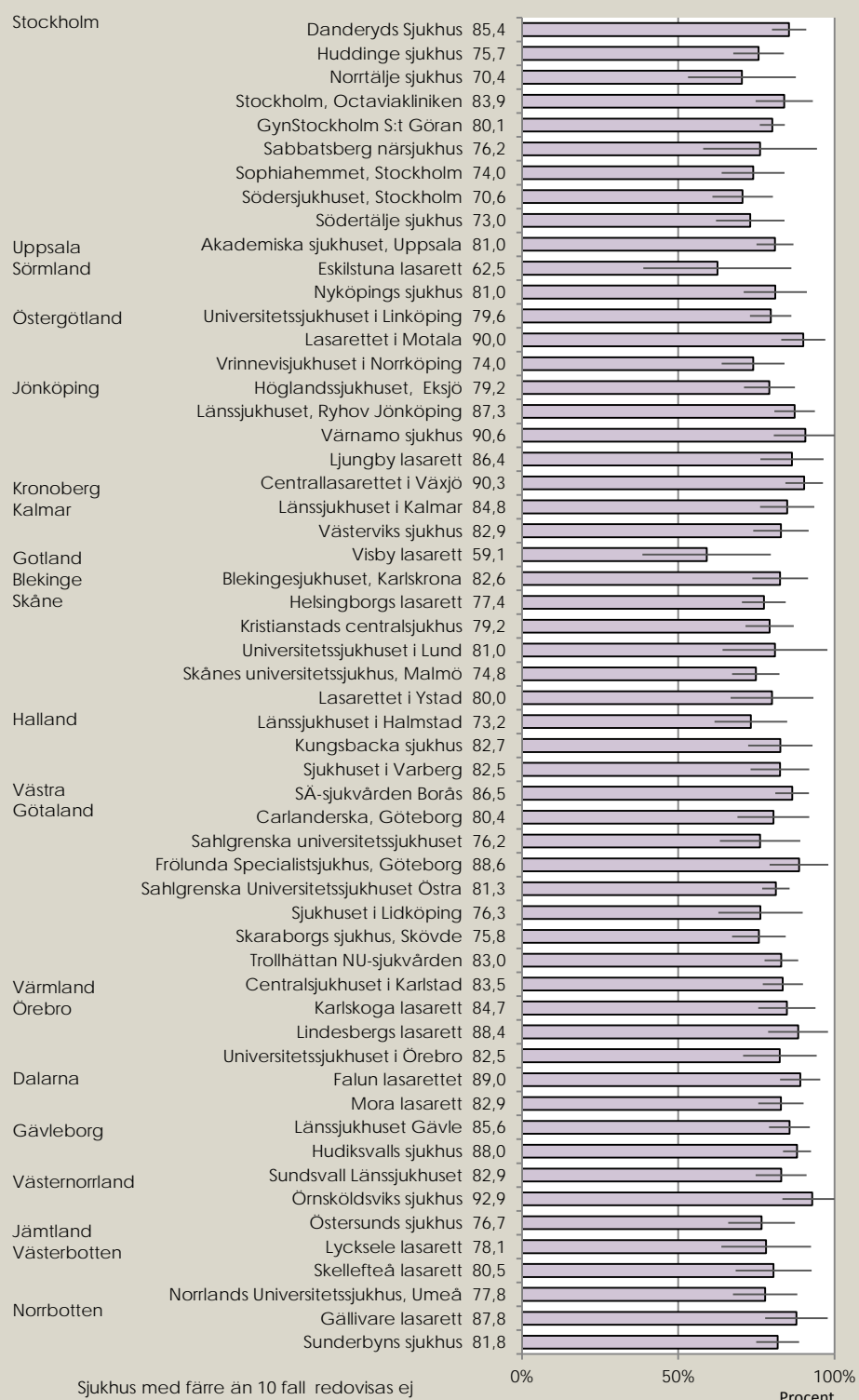
DIAGRAM 17.1
LANDSTING

Andel kvinnor som uppger att de var komplikationsfria och utan oväntade besvär 2 månader efter operation för livmoderframfall, 2014.



Källa: Nationella kvalitetsregistret inom gynekologisk kirurgi samt Gyn-KvalitetsRegistret

DIAGRAM 17.2 Andel kvinnor som uppger att de var komplikationsfria och utan oväntade besvär 2 månader efter operation för livmoderframfall, 2014.



Källa: Nationella kvalitetsregistret inom gynekologisk kirurgi samt Gyn-Kvalitetsregistret

18 Patientrapporterad förekomst av framfallssymtom efter operation

Effekterna av en framfallsoperation på urinblåsan, ändtarmen och funktionella parametrar är komplexa och förbättringar kan inte garanteras. Det mest framfallsspecifika symtomet är patienternas känsla av att något ”buktar fram” ur slidöppningen. Det kan även kännas tungt och som att det skaver i underlivet.

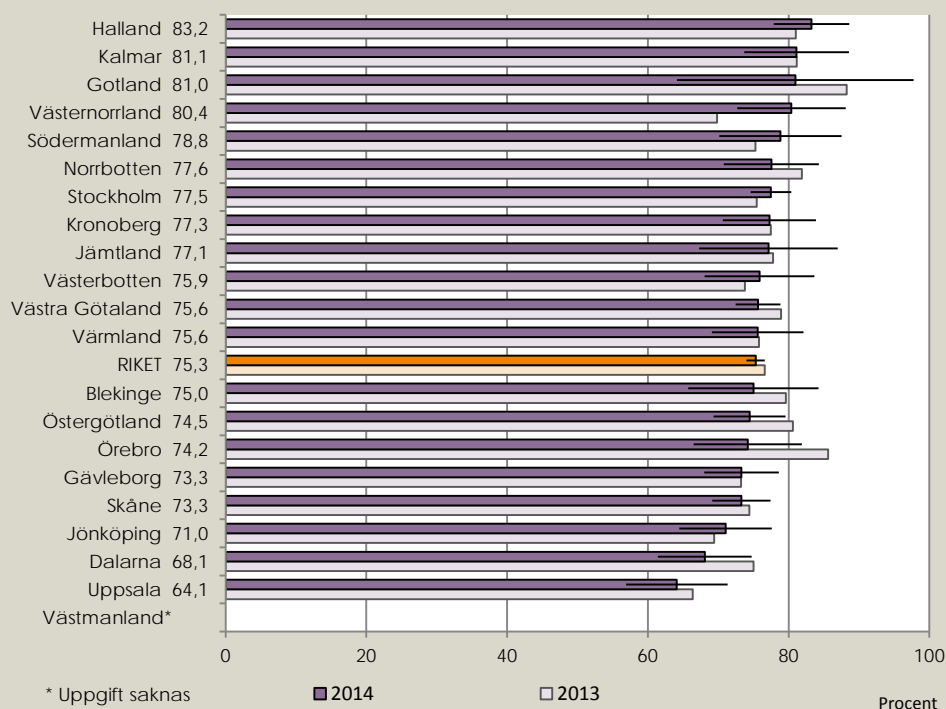
Indikatorn visar andelen patienter som ett år efter operationen angivit att de aldrig eller nästan aldrig har framfallssymtom. I patientenkäten är detta angivet som upplevelsen av att något ”buktar ur slidan”.

Jämförelsen baseras på 3 301 kvinnor som besvarat enkätfrågan. I riket uppgår andelen opererade kvinnor som aldrig eller nästan hade framfallssymtom till omkring 75 procent, med en variation mellan landsting från 64 till drygt 83 procent.

Vid jämförelser mellan olika kliniker är det nödvändigt att ta hänsyn till skillnader i patientsammansättning.

DIAGRAM 18.1
LANDSTING

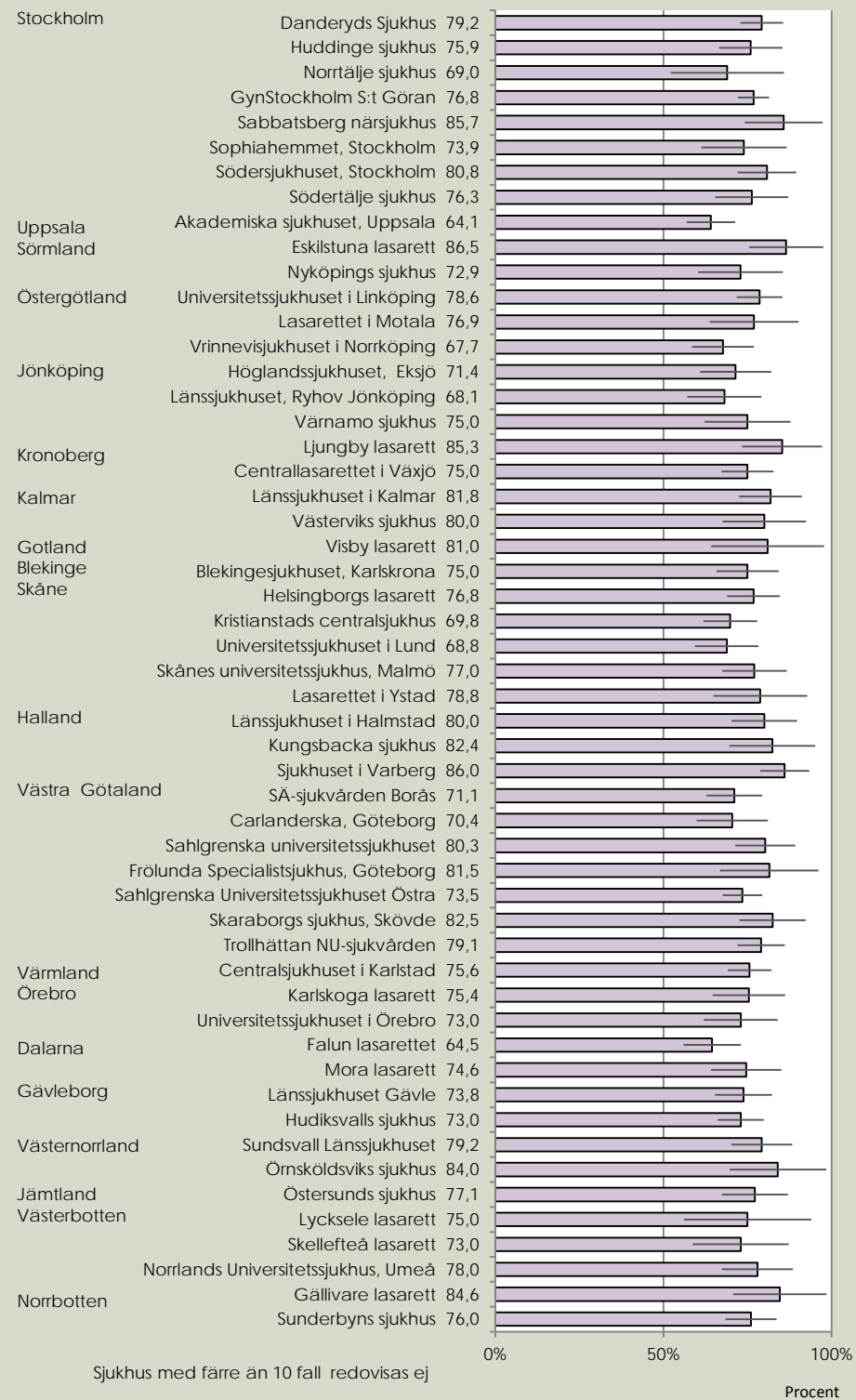
Andel kvinnor som anger att de aldrig eller nästan aldrig har framfallssymtom 1 år efter operationen, 2014.



Källa: Nationella kvalitetsregistret inom gynekologisk kirurgi samt Gyn-KvalitetsRegistret

DIAGRAM 18.2
SJUKHUS

Andel kvinnor som anger att de aldrig eller nästan aldrig har framfallssymtom 1 år efter operationen, 2014.



Källa: Nationella kvalitetsregistret inom gynekologisk kirurgi samt Gyn-Kvalitetsregistret

19 Dagkirurgiska operationer vid livmoderframfall

År 2014 opererades omkring 6 500 kvinnor för livmoderframfall enligt Patientregistret. Operationen kan göras som dagkirurgi under förutsättning att vårdgivaren har möjlighet till postoperativ övervakning och tillgång till slutenvårdsresurser som kan tas i anspråk vid behov. Diagnosen framfall är bred och tillståndets svårighetsgrad kan variera. Även operationen kan spänna från att vara en enkel standardoperation till ett komplicerat ingrepp.

Indikatorn visar hur stor andel av framfallsoperationerna år 2014 som utfördes som dagkirurgi. Måttet är inte primärt ett kvalitetsmått, utan speglar skillnader i medicinsk praxis, vilket påverkar resursanvändningen. Landstingens resultat baseras på kvinnornas hemort, oavsett vid vilken klinik operationen utförts. Det finns ingen anledning att anta att kvinnornas allmän- och sjukdomstillstånd skulle skilja sig radikalt mellan olika landsting.

År 2014 utfördes drygt 54 procent av framfallsoperationerna som dagkirurgi. Variationen mellan landsting är liksom tidigare stor och den sträcker sig från 22 till 86 procent, om man bortser från ett landsting med påtagligt låg andel. I riket som helhet har andelen dagkirurgiska operationer ökat stadigt sedan 2009.

Faktorer som framfallstillståndets svårighetsgrad, patientens ålder och allmäntillstånd kan påverka vårdtidens längd samt hur stor andel av operationerna som sker i dagkirurgi. De stora variationerna mellan landstingen visar också att det sannolikt även finns andra aspekter som spelar stor roll för andelen dagkirurgiskt opererade. Lokala traditioner kan även antas ha betydelse i sammanget. Mycket talar för att de landsting som har en hög slutenvårdsandel kan minska sina kostnader för dessa operationer, utan att kvaliteten försämras.

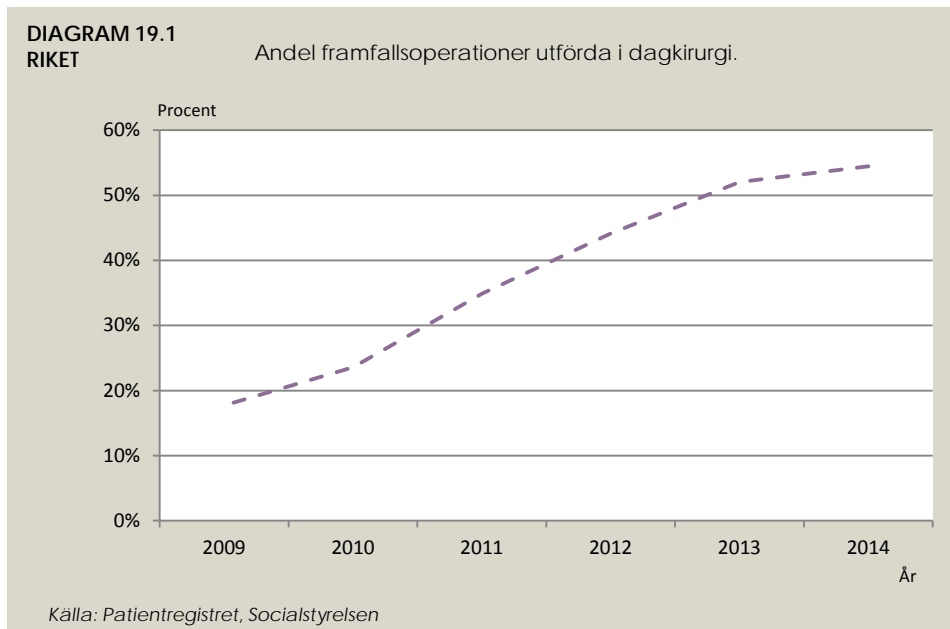
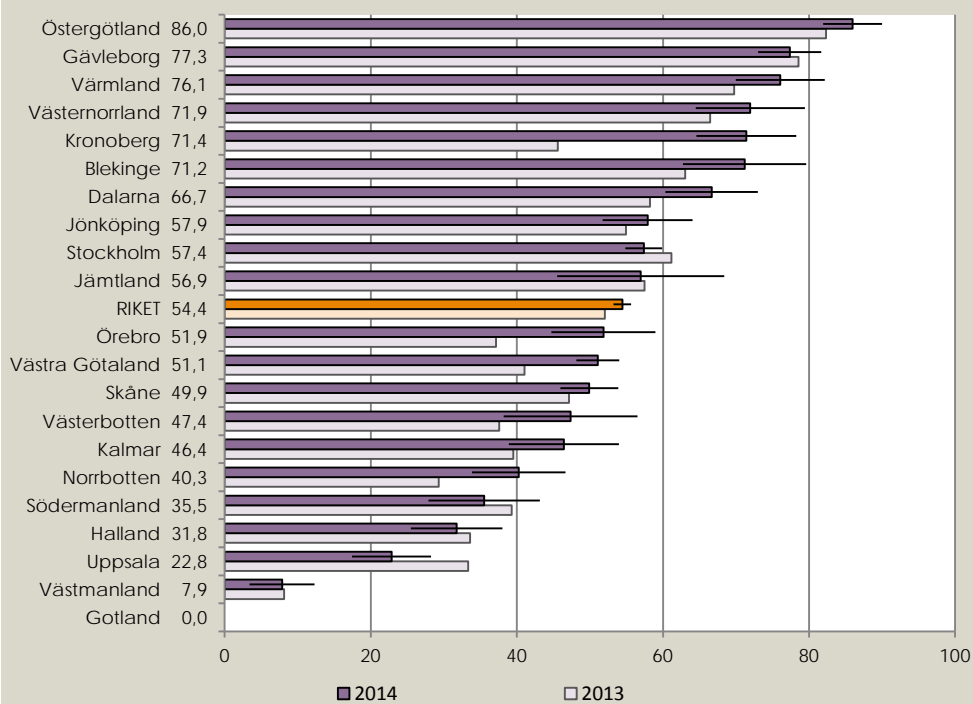


DIAGRAM 19.2
LANDSTING

Andel framfallsoperationer utförda i dagkirurgi, 2014.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

Effektivitetsaspekter på operation av livmoderframfall

Socialstyrelsens arbete med effektivitetsfrågor

Socialstyrelsen har nyligen tagit fram en modell för att definiera och mäta effektivitet och produktivitet. I det här avsnittet redovisas en fiktiv effektivitetsanalys avseende operationer av livmoderframfall som utförts inom ramen för Socialstyrelsens arbete med effektivitetsfrågor.

Inför mätningar av denna typ, måste man först bestämma perspektiv och angreppssätt. Valet av angreppssätt för effektivitetsanalysen handlar ofta om vilka uppgifter som finns tillgängliga. I Socialstyrelsens modell förekommer tre skilda angreppssätt: analys av effektivitet i relation till mål, analys av effektivitet som jämförelse samt analys av ineffektivt resursutnyttjande.

Modellens olika angreppssätt överlappar till viss del varandra men de har alla olika utgångspunkter för vad som ska studeras och ger därför svar på olika frågor. Det är ofta nödvändigt med kompletterande analyser för att få en god uppfattning om hur olika verksamheter inom socialtjänst och hälso- och sjukvård fungerar.

Utgångspunkter för en fiktiv effektivitetsanalys

Utgångspunkten för den här fiktiva effektivitetsanalysen är att studera kostnadsbilden för operationer av livmoderframfall. Med hjälp av kostnadsbilden kan vissa aspekter av effektivitet beskrivas och analyseras. För den

fiktiva effektivitetsanalysen har valet fallit på det angreppssätt som i modellen benämns ineffektivt resursutnyttjande.

Studiens fokus ligger på hur landstingens kostnadsbild ser ut för andelen operationer som utförs i dagkirurgi respektive slutenvård. Samtliga landsting utför operationer av livmoderframfall. Det finns uppgifter om antalet utförda operationer för varje landsting specificerat på dagkirurgi respektive slutenvård, liksom särredovisade kostnadsdata för dagkirurgi respektive slutenvård. För en tredjedel av landstingen saknas egna kostnadsuppgifter och för dessa används rikets genomsnittskostnad. Uppgifterna avser vård som landstingen konsumerade år 2013. En generell iakttagelse är att operationer av livmoderframfall som utförs i dagkirurgi kostar mindre än de som utförs i slutenvården. Det förhållandet gäller i samtliga landsting. Om fler av landets framfallsoperationer skulle genomföras i dagkirurgi, skulle det innebära att kostnaderna för operationer av livmoderframfall vore lägre. Det krävs ytterligare kunskap om förhållandena inom olika landsting och kliniker för att fastställa hur många fler operationer som istället skulle kunna utföras i dagkirurgi utan att försämra kvaliteten eller säkerheten.

Ett sätt att analysera den befintliga kostnadsbilden är att utgå från det landsting som har den högsta andelen dagkirurgiska operationer. Landstingen kan då rangordnas efter andelen operationer i dagkirurgi. Genom att på så sätt bestämma ett referensvärde är det möjligt att göra en fiktiv analys av ineffektivt resursutnyttjande.

Effektivitetsaspekter på ineffektivt resursutnyttjande

Analysen utgår från att landstingen är rangordnade efter vilket landsting som hade den högsta andelen operationer av livmoderframfall i dagkirurgi år 2013. Kostnadsbilden för varje landsting vad gäller kostnad för dagkirurgi respektive slutenvård justeras i förhållande till referensvärdet. Det innebär att varje landstings kostnadsbild är justerad utifrån att alla landsting kan utföra framfallsoperationerna i dagkirurgi i samma omfattning som det landsting som utför den högsta andelen av dessa operationer i dagkirurgi.

Av tabellen nedan framgår att landstinget i Östergötland är det landsting som 2013 hade den högsta andelen operationer av livmoderframfall i dagkirurgi, nämligen 82 procent. Dessa 82 procent utgör också referensvärdet för analysen. Lägst andel operationer i dagkirurgi hade landstinget Gotland, som utförde samtliga framfallsoperationer i slutenvård.

Tabell 1. Andel framfallsoperationer utförda i dagkirurgi 2013 inklusive potentiell kostnadsminskning per landsting

(vid antagandet om att 82 procent av landstingets operationer sker i dagkirurgi).

Landsting	Andel operationer i dagkirurgi	Fiktiv minskad kostnad (tkr) om 82 procent i dagkirurgi
Östergötland	82	0
Gävleborg	79	95
Värmland	70	237
Västernorrland	66	359
Blekinge	63	199
Stockholm	61	4 231
Dalarna	58	601
Jämtland	57	275
Jönköping	55	724
RIKET	52	25 945
Skåne	47	2 949
Kronoberg	46	971
Västra Götaland	41	5 229
Kalmar	40	828
Sörmland	39	1 322
Västerbotten	38	931
Örebro	37	1 463
Halland	34	1 953
Uppsala	33	1 962
Norrbottn	29	1 412
Västmanland	8	2 524
Gotland	0	912

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen samt KPP-databasen, Sveriges Kommuner och Landsting.

Det finns sannolikt flera förklaringar till variationen mellan landstingen när det gäller andelen operationer av livmoderframfall som utförs som dagkirurgi respektive slutenvård. Det kan bland annat handla om rutiner och traditioner vid olika kliniker och landsting. Det finns även en viss specialisering av olika typer av livmoderframfallsoperationer. Många operationer av enklare karaktär vid en och samma klinik eller inom ett landsting innebär att en större andel av den klinikers/landstingets operationer kan utföras som dagkirurgi. Samtidigt innebär det att de kliniker eller landsting som specialiserat sig på mer komplicerade operationer av livmoderframfall kan förväntas ha en högre andel operationer utförda i slutenvård. Det kan också finnas skillnader i patientsammansättningen som medför att en klinik väljer att utföra en större andel av operationerna i dagkirurgi respektive slutenvård. I nuläget finns

dock ingen dokumenterad kunskap om de huvudsakliga bakomliggande orsakerna till den stora variationen mellan landstingen.

Utifrån den kostnadsbild som finns tillgänglig, kan en fiktiv effektivitetsanalys göras. Analysen utgår från antagandet att alla landsting skulle kunna utföra 82 procent av dessa operationer som dagkirurgi utan att det innebär försämringar i säkerhet eller kvalitet. Antagandet är inte styrkt.

Kostnadsbilderna för Östergötlands respektive Västmanlands landsting har analyserats i termer av ineffektivt resursutnyttjande. Dessa landsting utgör extremvärdena för andelen framfallsoperationer i dagkirurgi och är landsting som utför operationer av livmoderframfall i både dagkirurgi och i slutenvård. Östergötland utför 82 procent av operationerna i dagkirurgi och Västmanland 8 procent. Analysen handlar här om att beräkna vilken summa landstinget i Västmanland skulle kunna spara. Allt utifrån antagandet om att också Västmanland skulle kunna utföra 82 procent av sina operationer av livmoderframfall i dagkirurgi utan att äventyra säkerhet och kvalitet.

Av tabellen framgår det att om Västmanland utförde 82 procent av livmoderframfallsoperationerna i dagkirurgi, så skulle landstingets kostnader för operationer av livmoderframfall minska med cirka 2,5 miljoner kronor. Av tabellen framgår det även hur mycket varje enskilt landsting skulle kunna minska sina kostnader med om de utförde 82 procent av operationerna i dagkirurgi. Utgångspunkten är de kostnader landstingen hade för framfallsoperationer utförda i dagkirurgi respektive slutenvård 2013.

Ett antagande om att alla landsting skulle kunna utföra 82 procent av operationerna för livmoderframfall i dagkirurgi med bibehållen säkerhet och kvalitet skulle innebära att rikets kostnader för operationer av livmoderframfall minskade med närmare 26 miljoner kronor. En slutsats av denna fiktiva analys är således att närmare 26 miljoner kronor används på ett ineffektivt sätt när det gäller operationer av livmoderframfall i landet. Dessa resurser skulle kunna användas på ett alternativt sätt och inom flera områden vid landets kvinnokliniker. Dessutom är det möjligt att frigöra kapacitet inom slutenvården om fler operationer utförs inom öppenvården.

20 Patientrapporterade komplikationer efter inkontinensoperation

Över 3 500 svenska kvinnor opereras varje år för urininkontinens. Vid 1990-talets början påbörjades en utveckling som innebar ökad användning av minimalinvasiva metoder. Idag är de till största utsträckning dagkirurgiska ingrepp. Tidigare opererades nästan alla inkontinenta kvinnor med metoder som innebar buksnitt, så kallad öppen kirurgi.

Inkontinensregistret spelar en viktig roll när det gäller arbetet med att utvärdera olika operationstyper och nya specialkonstruerade inkontinensband (slyngor) som marknadsförs. Detsamma gäller analyser för att identifiera högriskpatienter och lämpliga preoperativa utredningar.

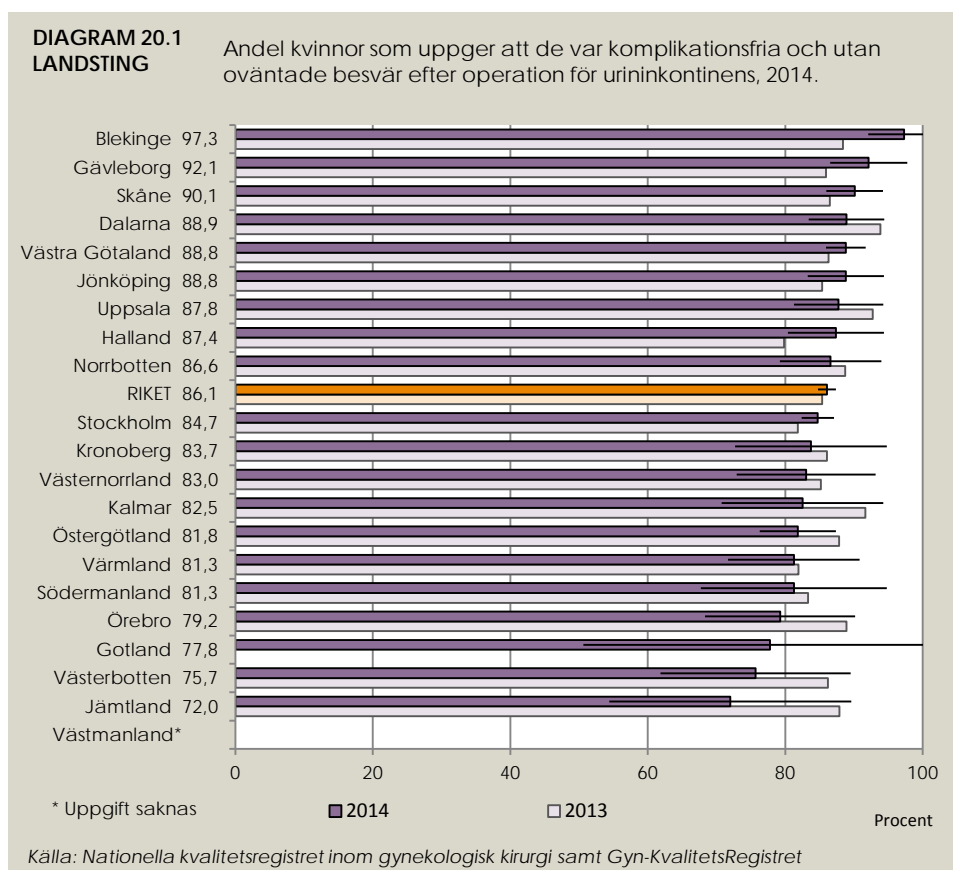
Syftet med operationen är att göra patienten kontinent eller åtminstone signifikant förbättra hennes inkontinens. Alla metoder är utvecklade för att eliminera eller minska urinläckaget vid ansträngningsinkontinens, men har även en viss effekt på samtidigt förekommande trängningsläckage, så kallad blandinkontinens. Hög ålder (> 75 år), fetma (BMI \geq 30), tidigare inkonti-

nens- eller framfallsoperationer samt blandinkontinens försämrar behandlingsresultaten. Mer än 80 procent av de opererade har minst en sådan riskfaktor och andelen medel- och högriskpatienter kan variera avsevärt mellan olika kliniker. Hänsyn till detta måste tas för att jämförelser mellan kliniker ska bli rättvisa.

Indikatorn visar andelen patienter som i enkäten två månader efter operationen anger att de inte haft några komplikationer eller oväntade besvär som föranlett läkarbesök. Jämförelsen baseras på 2 360 opererade patienter år 2014 som besvarade denna fråga.

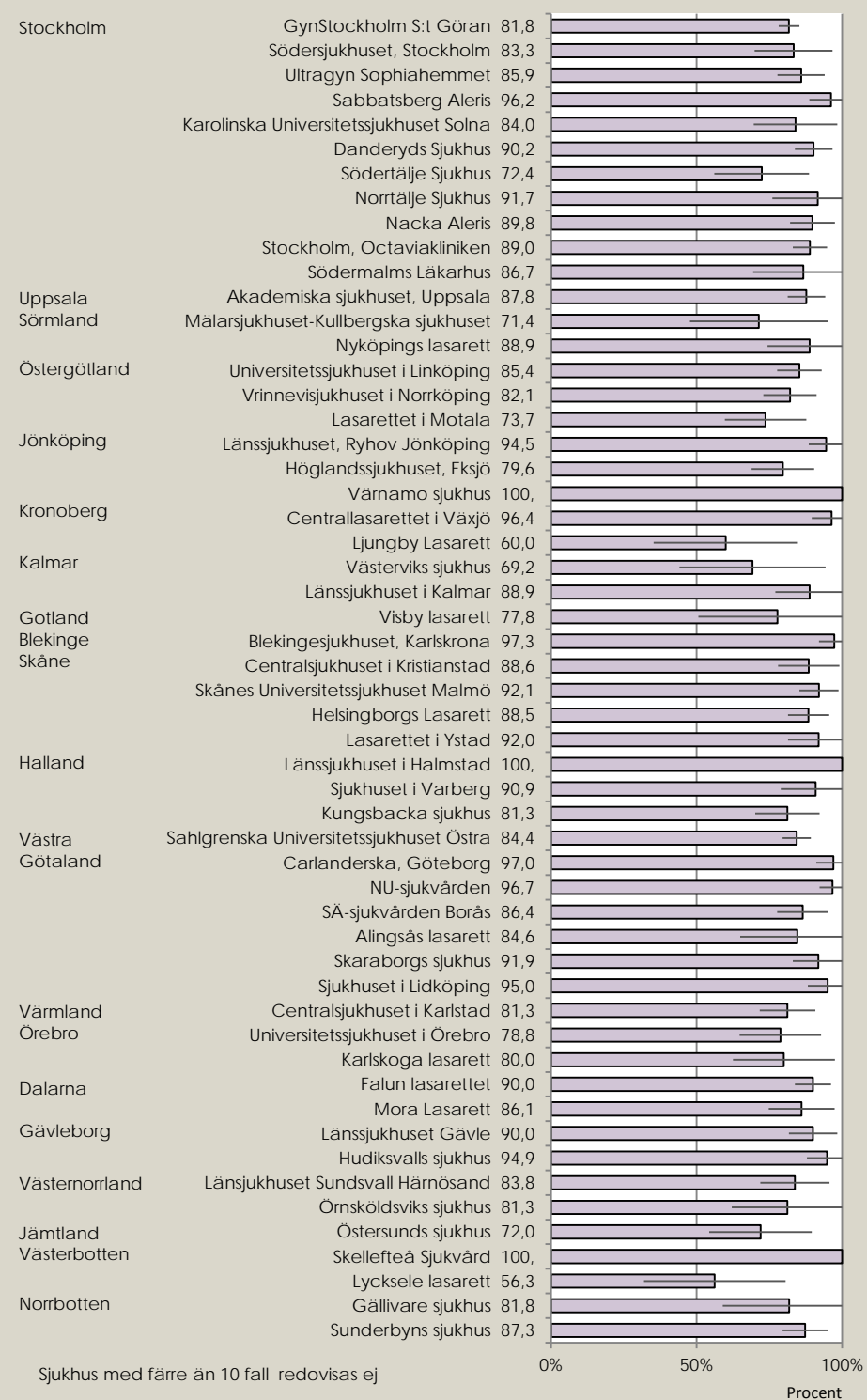
Andelen patienter som anger att de varit komplikationsfria och inte haft oväntade besvär var i riket som helhet drygt 86 procent. Variationen mellan landstingen var 72 till 97 procent, vilket motsvarar de senaste årens variation.

Troligen spelar information om det normala förloppet efter operationen stor roll för hur patienten uppfattar vissa förväntade symtom. Vid jämförelser mellan olika kliniker är det nödvändigt att ta hänsyn till skillnader i patient-sammansättningen.



**DIAGRAM 20.2
SJUKHUS**

Andel kvinnor som uppger att de var komplikationsfria och utan oväntade besvär efter operation för urininkontinens, 2014.



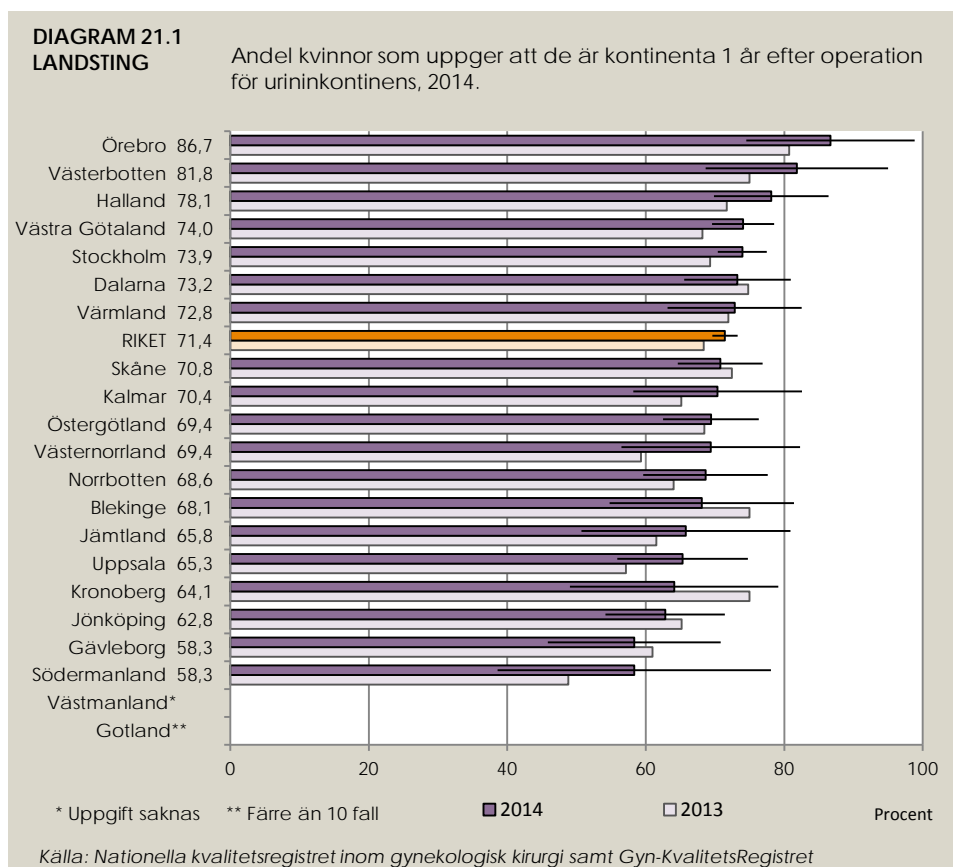
Källa: Nationella kvalitetsregistret inom gynekologisk kirurgi samt Gyn-Kvalitetsregistret

21 Patientrapporterad kontinens efter inkontinensoperation

Syftet med en inkontinensoperation är göra patienten kontinent eller åtminstone förbättra hennes inkontinens. Samtliga operationsmetoder som används, är utvecklade för att eliminera eller minska urinläckaget vid ansträngningsinkontinens, men har även viss effekt på samtidigt förekommande trängningsläckage.

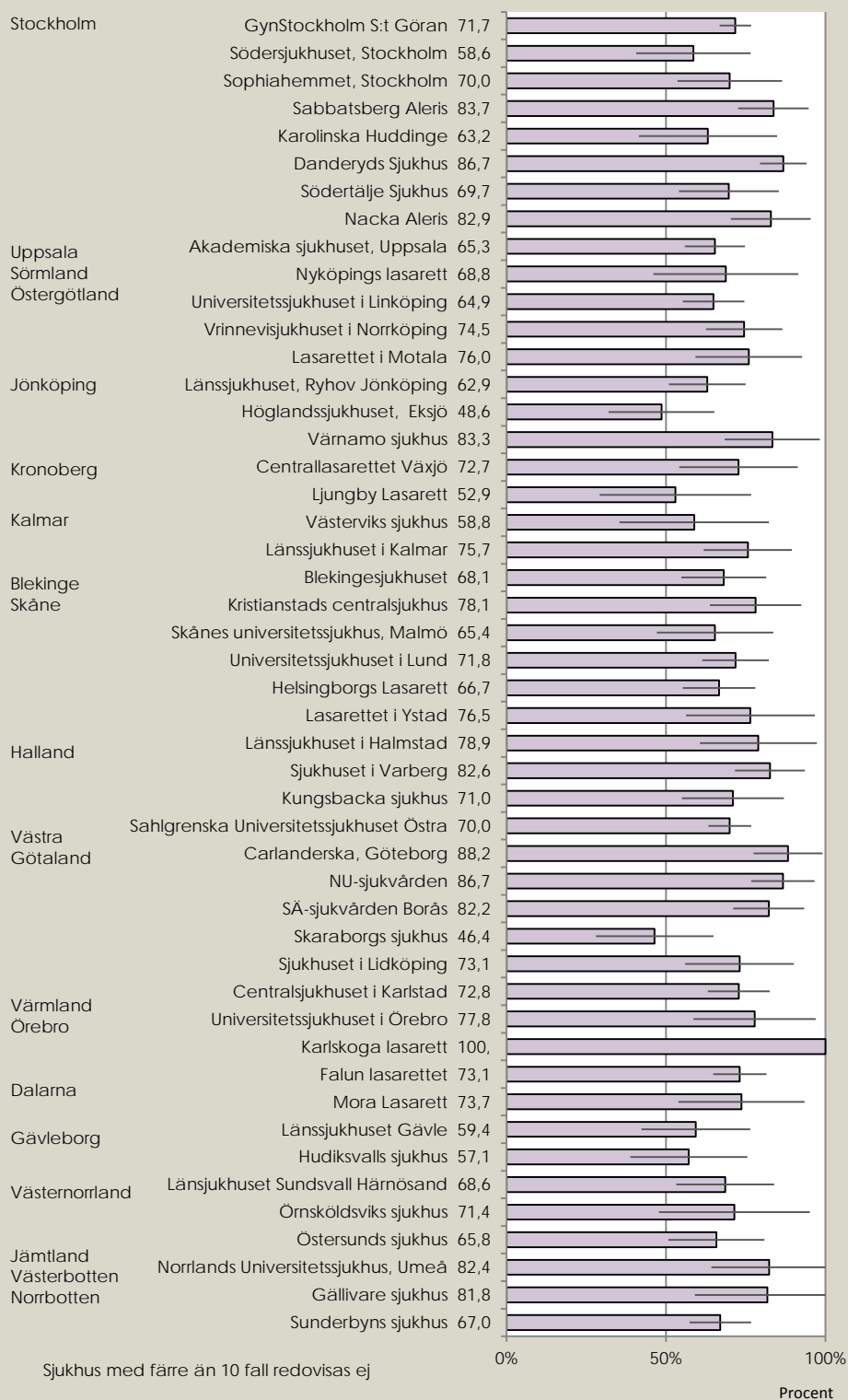
Hög ålder (> 75 år), tidigare inkontinens- eller framfallsoperationer, fetma (BMI \geq 30) samt förekomst av trängningsläckage är faktorer som försämrar behandlingsresultaten. Mer än 80 procent av de opererade har minst en sådan riskfaktor. Andelen medel- och högriskpatienter kan variera avsevärt mellan olika kliniker. Variationen av andelen högriskpatienter innebär att jämförelser mellan landsting och framförallt mellan kliniker försvåras.

Indikatorn visar andelen patienter som anger att de är kontinenta ett år efter operation för urininkontinens. I riket som helhet är andelen kvinnor som uppger att de är kontinenta efter ett år, drygt 71 procent. Det finns stora skillnader mellan landstingen, med en spridning från 58 till drygt 86 procent. Jämförelsen baseras på 1 678 patienter som opererats under 2014 och som besvarat enkätfrågan.



**DIAGRAM 21.2
SJUKHUS**

Andel kvinnor som uppger att de är kontinenta 1 år efter operation för urininkontinens, 2014.



Källa: Nationella kvalitetsregistret inom gynekologisk kirurgi samt Gyn-KvalitetsRegistret

22 Patientrapporterade komplikationer efter adnex-operation

Adnex-operationer innebär operationer på äggstockar och äggledare. De utförs bland annat vid gynekologisk cancer samt vid vissa typer av cystor i underlivet.

Indikatorn visar andelen kvinnor som i enkäten två månader efter adnex-operationen anger att de inte haft några komplikationer eller oväntade besvär som föranlett läkarbesök. Jämförelsen baseras på 2 981 patienter som opererades under 2014 och som besvarade enkätfrågan två månader efter operationen. Redovisning av landsting baseras på klinikens lokalisering, inte på patientens hemort.

I riket som helhet uppgår andelen kvinnor som anger att de inte haft komplikationer eller oväntade besvär till drygt 83 procent. Det finns vissa skillnader mellan landsting, med en spridning från 73,8 till 91,7 procent. Troligen har information om det normala förloppet efter operationen stor betydelse för hur patienten uppfattar vissa förväntade symtom. Variationen mellan landsting och framförallt mellan kliniker bör tolkas försiktigt eftersom ingen hänsyn tagits till skillnader i patientsammansättningen, som exempelvis andelen akut opererade kvinnor.

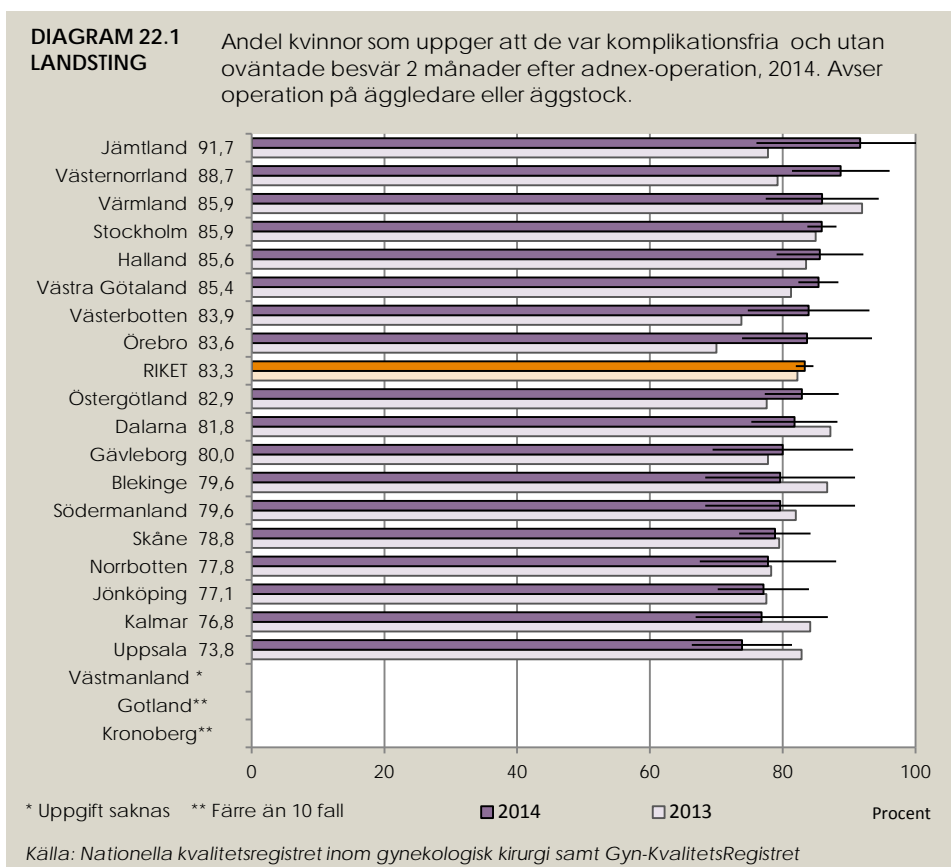
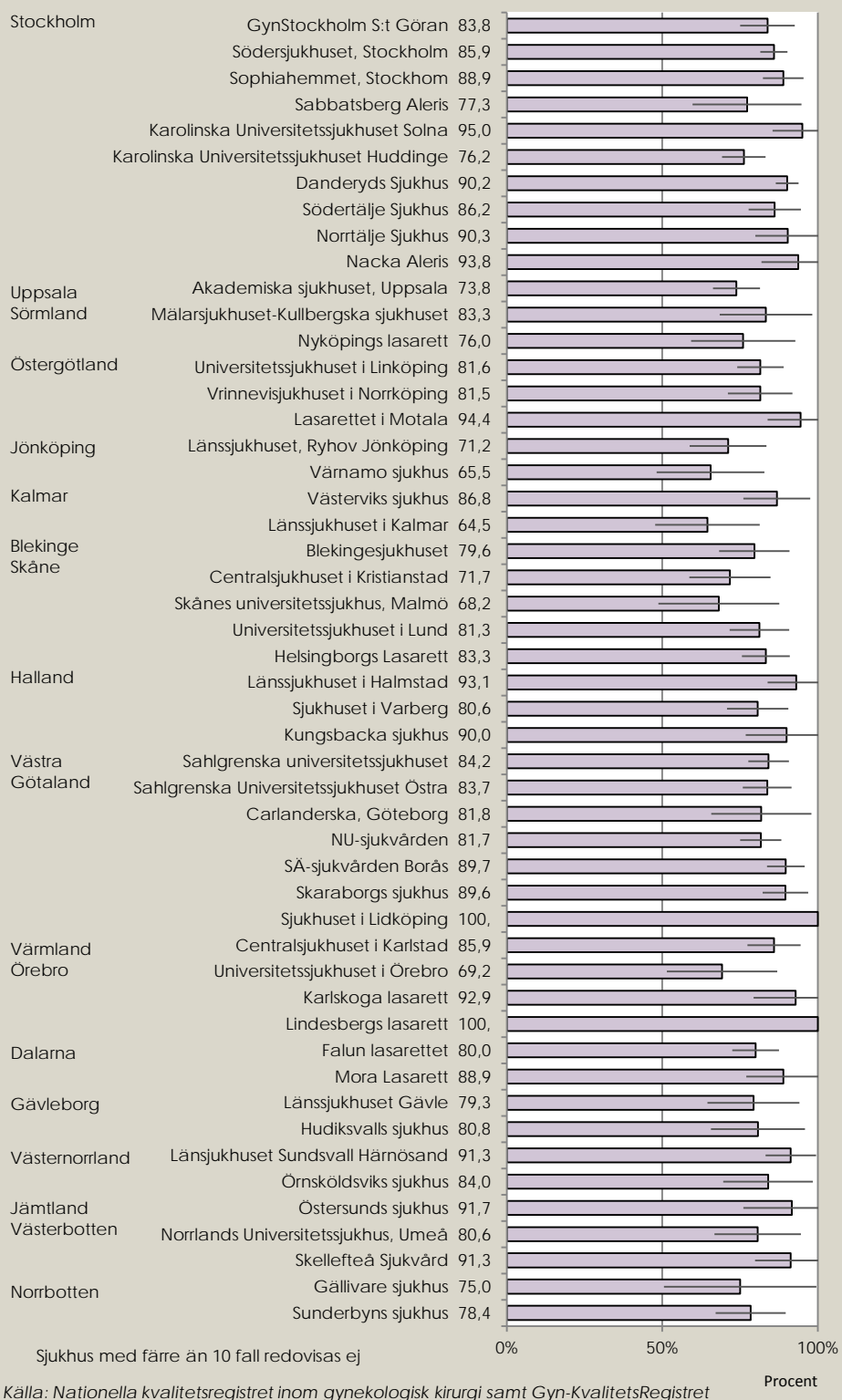


DIAGRAM 22.2
SJUKHUS

Andel kvinnor som uppger att de var komplikationsfria och utan
oväntade besvär 2 månader efter adnexoperation, 2014.



Källa: Nationella kvalitetsregistret inom gynekologisk kirurgi samt Gyn-KvalitetsRegistret

23 Adnex-operation med laparoskopisk teknik

Laparoskopisk teknik är så kallad minimalinvasiv, och orsakar ett mindre operationstrauma än öppen bukkirurgi.

Adnexkirurgi, som innebär operationer på äggstockar och äggledare, lämpar sig synnerligen väl för minimalinvasiv kirurgisk teknik. Det finns många fördelar för patienten med att få ingreppet utfört med sådan teknik. Framförallt innebär tekniken kortare vårdtider och snabbare återhämtning med kortare sjukskrivningstider, men det finns också vetenskapliga belägg för att tekniken medför färre komplikationer. Det är därför eftersträvaransvärt med en hög andel minimalinvasiva operationer.

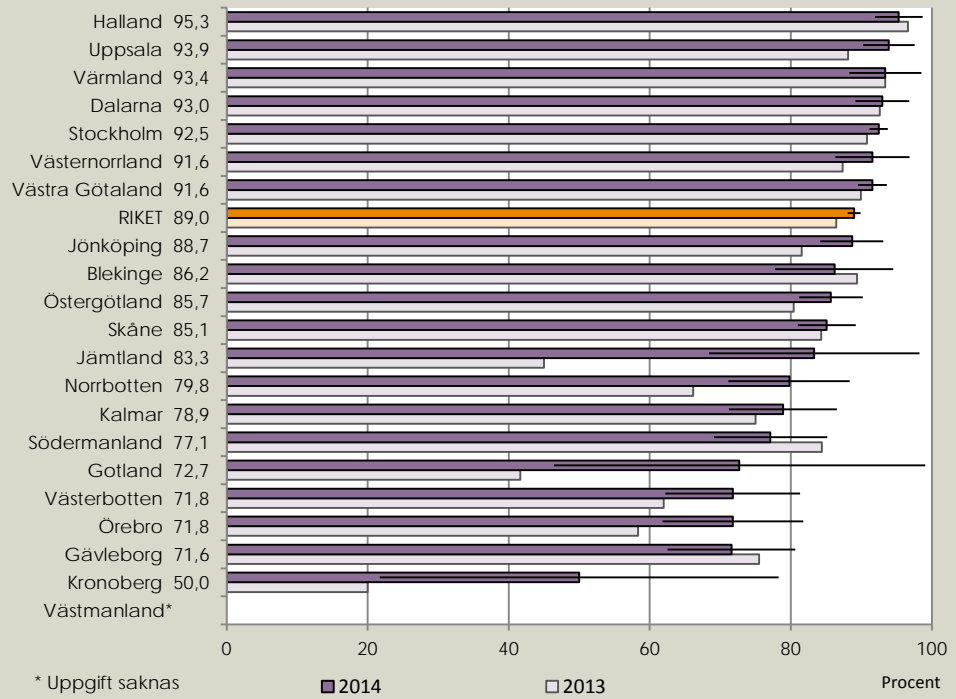
Indikatorn visar andelen operationer som påbörjats med laparoskopisk teknik, vid adnex-operationer utan samtidig livmoder-, inkontinens- eller prolapsoperation och där tillståndet före operationen bedömts vara benigt, det vill säga godartat.

I riket som helhet uppgick andelen laparoskopiska operationer till drygt 89 procent. Vissa landsting uppvisar påtagligt lägre andelar och det finns tydliga skillnader mellan kliniker. Jämförelsen baseras på närmare 4 400 operationer som utförts under 2014.

Uppgifterna är hämtade ur de båda kvalitetsregistren GynOp och Gynkvalitetsregistret, vilket i riket som helhet ger en mycket god täckningsgrad. Det finns dock mellan kliniker med avseende på hur väl alla patienter inkluderas. En relativt stor andel av adnexkirurgin är akut och det är stor skillnad mellan kliniker i vilken grad man inkluderar just denna kategori patienter.

DIAGRAM 23.1
LANDSTING

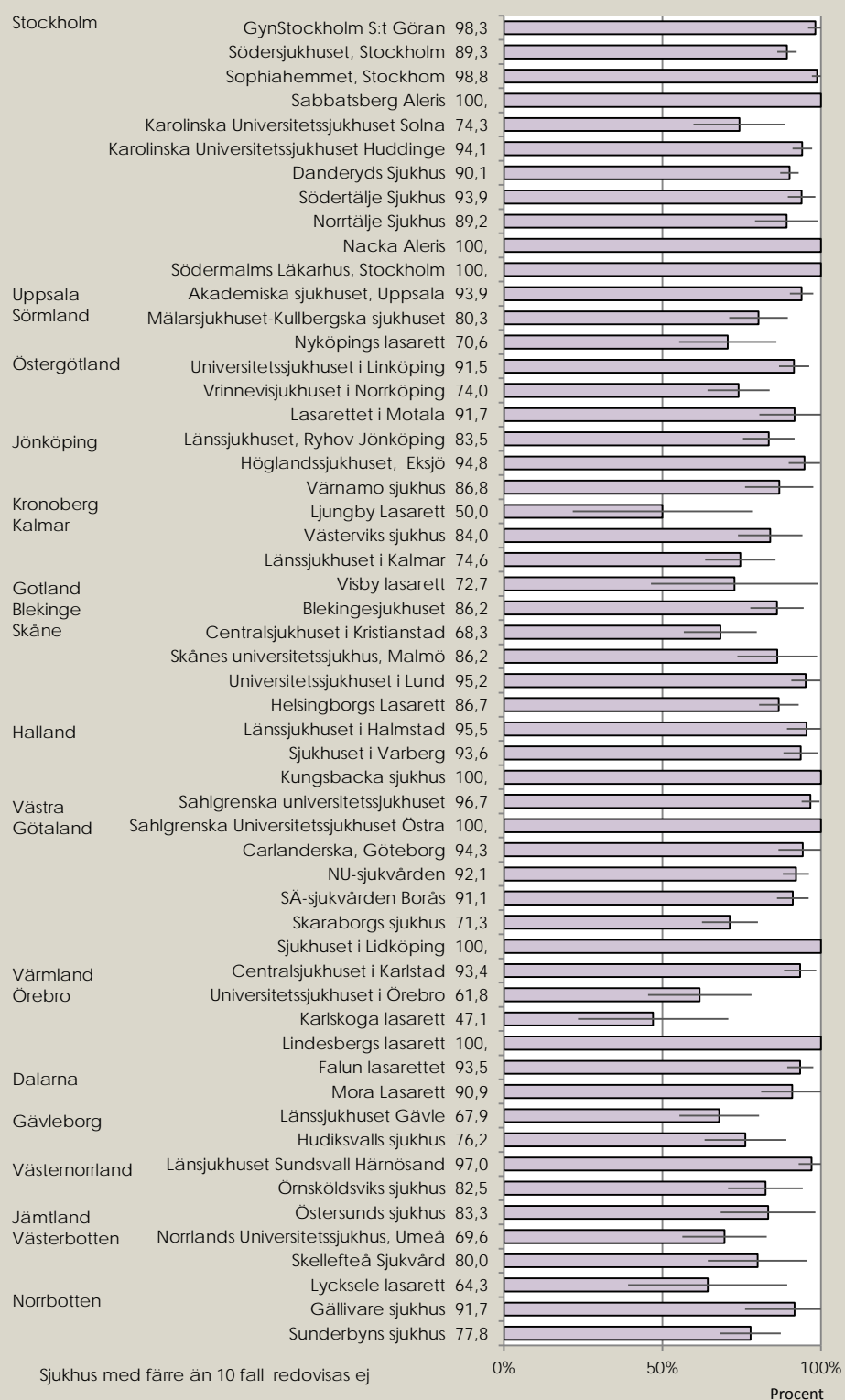
Andel adnex-operationer (operationer på äggledare och äggstock) som påbörjats med laparoskopisk teknik, 2014.



Källa: Nationella kvalitetsregistret inom gynekologisk kirurgi samt Gyn-KvalitetsRegistret

DIAGRAM 23.2
SJUKHUS

Andel adnex-operationer (operationer på äggledare och äggstock) som påbörjats med laparoskopisk teknik, 2014.



Källa: Nationella kvalitetsregistret inom gynekologisk kirurgi samt Gyn-KvalitetsRegistret

Cancersjukvård

Inom delområdet cancersjukvård redovisas sammanlagt sju indikatorer kopplade till tre olika cancersjukdomar.

Tyngdpunkten ligger främst på bröstcancer, där fem indikatorer som speglar vård och behandling till följd av sjukdomen redovisas. Jämförelsen omfattar en övergripande indikator (relativ femårsöverlevnad vid bröstcancer) och fyra mer specifikt behandlingsinriktade indikatorer. Samtliga dessa indikatorer, med undantag för överlevnadsmåttet, baserar sig på uppgifter från nationella Bröstcancerregistret. Några av indikatorerna inom bröstcancerområdet har tidigare publicerats i *Öppna jämförelser cancersjukvård 2014*.

De övriga två indikatorerna speglar överlevnaden vid äggstockscancer (relativ femårsöverlevnad) respektive förebyggande av livmoderhalscancer (täckningsgrad för gynekologisk cellprovtagning). Uppgifter om relativ överlevnad är hämtade från Cancerregistret och Dödsorsaksregistret vid Socialstyrelsen. Data för gynekologisk cellprovtagning kommer från Nationellt kvalitetsregister för Cervixcancerprevention. Analyserna av överlevnad i relation till utbildningsnivå innefattar endast patienter i åldrarna 30–79 år. Detta med anledning av att det inte finns säker information om utbildningsnivå längre bak i tiden för de allra äldsta.

Varje avsnitt inleds med en kort beskrivning av respektive cancersjukdom och dess förekomst i landet år 2014, vilket är de senast tillgängliga uppgifterna från Cancerregistret och Dödsorsaksregistret. Därefter följer en redovisning av utfallet för de olika indikatorerna.

Bröstcancer

Bröstcancer är den vanligaste cancersjukdomen hos medelålders kvinnor. År 2013 fick över 7 000 kvinnor diagnosen och i Sverige lever idag närmare 100 000 kvinnor som har eller har haft bröstcancer. Genomsnittsåldern vid diagnosen är drygt 60 år. År 2013 avled 1 472 kvinnor i sjukdomen. Studier visar att risken att få bröstcancer är större bland kvinnor i högre socioekonomiska grupper i jämförelse med kvinnor i lägre socioekonomiska grupper [5].

Nästan alla bröstcancerfall i Sverige kan opereras. Bröstcancerregistrets uppföljning under de senaste åren visar att mer än 90 procent opereras. Andelen varierar endast med några enstaka procent mellan regionerna.

Täckningsgraden i Bröstcancerregistret år 2014 var hög, 98,9 procent. Variationen mellan landstingen låg mellan 92 och 99,7 procent. Hur snabbt vårdgivarna rapporterar in sina fall till registret påverkar täckningsgraden. Här innefattas fall som rapporterades till kvalitetsregistret fram till september 2015, för vård och behandling som utfördes under 2014.

24 Relativ femårsöverlevnad vid bröstcancer

I mitten av 1960-talet var femårsöverlevnaden vid bröstcancer 65 procent. Den relativa överlevnaden vid bröstcancer är numera hög och har varit det sedan början av 1990-talet.

Diagram 24.1 visar att den relativa femårsöverlevnaden perioden 1994–1998 var närmare 82 procent, och att den därefter stadigt ökat för att nå drygt 89 procent under perioden 2009–2013. Det finns skillnader mellan de olika landstingen (diagram 24.2), där den relativa femårsöverlevnaden varierar mellan 85,2 och 93,6 procent.

Då överlevnaden studeras i relation till utbildningsnivå bland kvinnor i åldern 30–79 år visar resultaten en gradient med bättre femårsöverlevnad bland de med högst utbildning. Resultatet stöds av tidigare studier på området som bland annat visat att den relativa femårsöverlevnaden är högre i socioekonomiskt starka grupper [5,11].

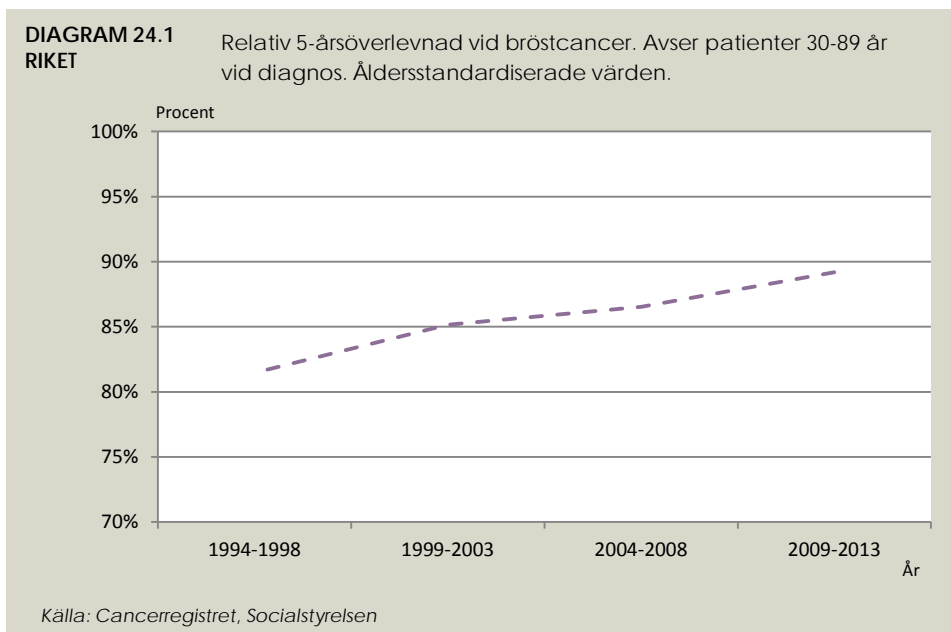
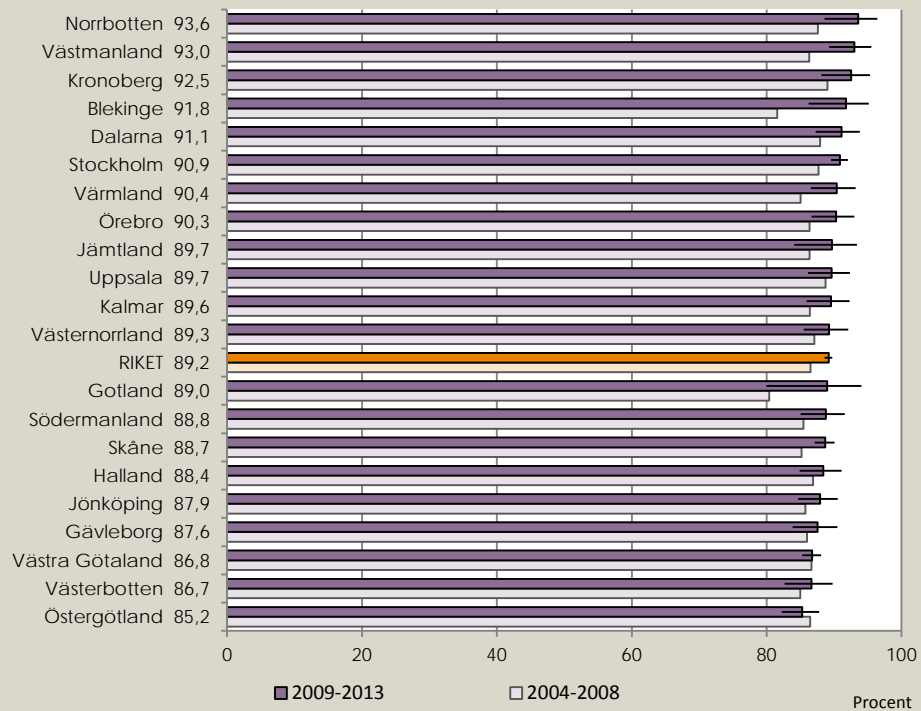


DIAGRAM 24.2
LANDSTING

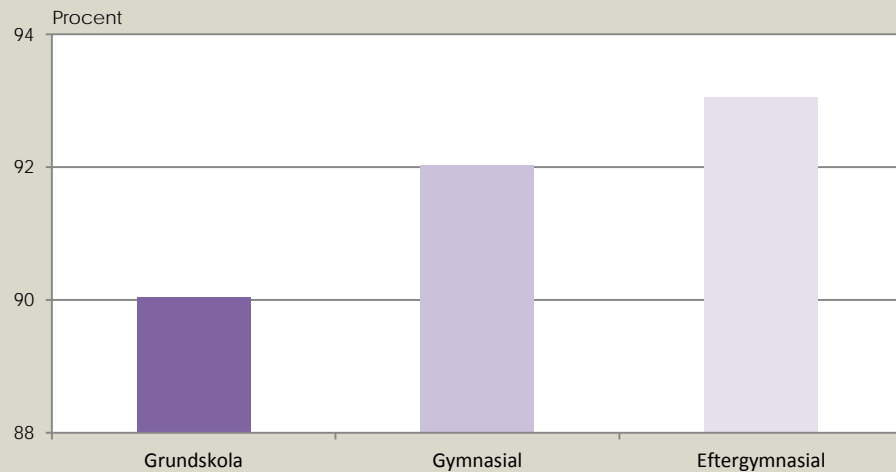
Relativ 5-årsöverlevnad vid bröstcancer, 2009-2013. Avser patienter 30-89 år vid diagnos. Ålderstandardiserade värden.



Källa: Cancerregistret, Socialstyrelsen

DIAGRAM 24.3
UTBILDNING

Relativ 5-årsöverlevnad vid bröstcancer, 2009-2013. Avser patienter 30-79 år vid diagnos. Ålderstandardiserade värden.



Källa: Cancerregistret, Socialstyrelsen och SCB

25 Screeningupptäckta bröstcancerfall

Enligt Socialstyrelsen bör alla kvinnor i åldern 40–74 år kallas till mammografiska hälsoundersökningar, så kallad mammografiscreening, var 18–24:e månad. Det finns starka vetenskapliga bevis för att en välfungerande mammografiscreening minskar dödligheten i bröstcancer.

Bröstcancerpatienter som blivit diagnostiserade i ett tidigt stadium har inte bara större överlevnadsmöjligheter. Möjligheterna till bröstbevarande kirurgi ökar också, samtidigt som behovet av cytostatikabehandling i efterförloppet sannolikt minskar. De nackdelar som mammografiscreening medför, är risk för ökad oro samt onödiga ingrepp i form av provtagning eller operation på grund av felaktig diagnostik. Fördelarna med screening överväger dock starkt dessa nackdelar.

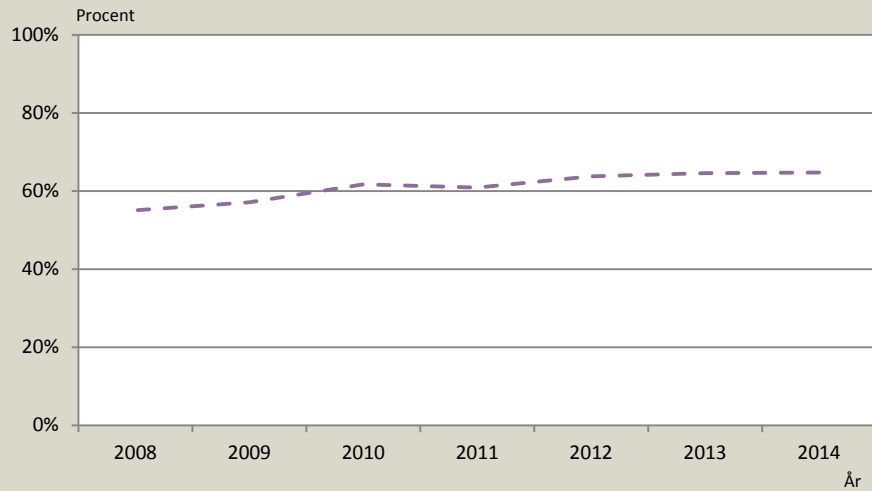
Av dessa skäl är det viktigt att ha en välfungerande mammografiscreening i samtliga landsting. Hög deltagarfrekvens i ett screeningsprogram är en viktig förutsättning för att minska dödligheten, oavsett cancersjukdom. Sverige har ett relativt högt deltagande i mammografiscreeningen. Samtidigt är deltagandet frivilligt. Flera studier visar ett negativt samband mellan låg inkomst och deltagande i mammografiscreening. Även lågutbildade, ogifta och utrikesfödda kvinnor har lägre deltagande. Viktiga faktorer för högre deltagande är låg eller ingen avgift för undersökning, tillgänglighet samt påminnelser vid uteblivet deltagande [44].

Genom att studera hur stor andel av bröstcancerpatienterna som diagnostiserats via screening så får man en uppfattning om hur bra verksamheten fungerar i stort. Ju högre siffra ett landsting kan uppnå, desto effektivare är screeningen i populationen. I sammanhanget skall nämnas att landstingen länge befunnit sig på olika nivåer när det gäller uppbyggnaden av screeningsverksamheten. Alla landsting har dock byggt ut screeningen till att omfatta kvinnor i hela åldersspannet 40–74 år, och de flesta landsting kallar även kvinnor som uteblivit vid tidigare undersökningar [45]. Noteras bör också att det i storstäderna antas finnas en större andel kvinnor som själva tar initiativ till regelbundna mammografikontroller utanför den landstingsorganiserade screeningen, något som kan påverka utfallet.

Indikatorn visar andelen screeningupptäckta bröstcancerfall bland kvinnor i åldern 40–74 år vid diagnos. Jämförelsen omfattar 6 622 kvinnor. Av dessa hade 4 288 tumörer som upptäckts i samband med screeningprogrammet, vilket motsvarar närmare 65 procent. Variationen mellan landstingen ligger mellan 59,2 och 73,3 procent. Resultatet visar att det finns en tydlig nationell trend där allt fler bröstcancerpatienter diagnostiseras via screeningen. Andelen har ökat stadigt under de senaste åren, från 55 procent år 2008 till närmare 65 procent under 2014.

DIAGRAM 25.1
RIKET

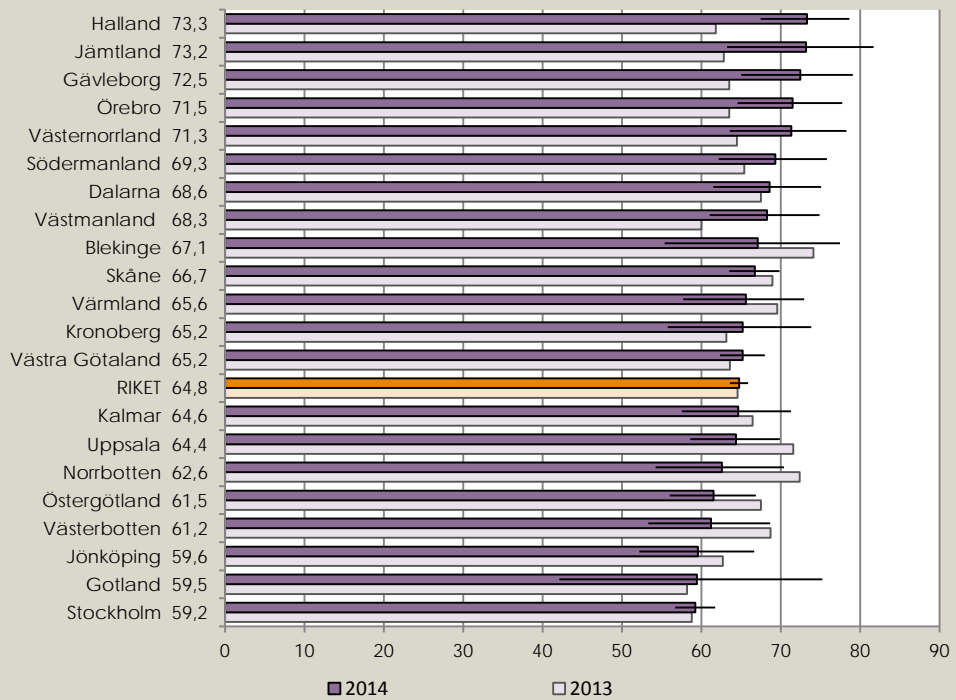
Andel screeningupptäckta bröstcancerfall, 2014.
Avser patienter 40-74 år vid diagnos.



Källa: Nationella bröstcancerregistret

DIAGRAM 25.2
LANDSTING

Andel screeningupptäckta bröstcancerfall, 2014.
Avser patienter 40-74 år vid diagnos.



Källa: Nationella bröstcancerregistret

Procent

26 Fastställd diagnos innan operation för bröstcancer

När man utreder och diagnostiserar oklara förändringar i bröstet och misstänker malignitet (elakartad tumör) bör man sträva efter att ha en så korrekt diagnos som möjligt inför operationen. En fastställd diagnos före operationen är viktig för att kvinnan ska slippa ovisshet och för att hon bara ska behöva gå igenom en enda operation. Indikatorn är relevant att följa eftersom en korrekt fastställd diagnos före operation minskar risken för omoperation.

Indikatorn visar andelen kvinnor som år 2014 hade en fastställd diagnos före operationen för bröstcancer. Jämförelsen omfattar 7 804 kvinnor, varav 7 358 eller 94 procent hade en fastställd diagnos före operationen. Variationen mellan landstingen har minskat sedan föregående år och ligger nu mellan 86 och 97 procent. I riket har andelen ökat stadigt under de senaste åren, från 89 procent 2008 till 94 procent 2014.

Socialstyrelsen liksom Svensk förening för bröstkirurgi (SFBK) har satt upp en och samma målnivå, där minst 90 procent av patienterna ska ha en fastställd diagnos innan de opereras. Nästan alla landsting nådde upp till nivån år 2014. Målnivån är satt till 90 procent för att det ibland kan vara nödvändigt att operera patienten innan diagnosen är klar för att undvika alltför långa utredningstider. Att sjukhusen har olika registreringstraditioner kan påverka resultatet. På registreringsblanketten till kvalitetsregistret anger sjukhuset endast om det fanns en fastställd diagnos före operationen.

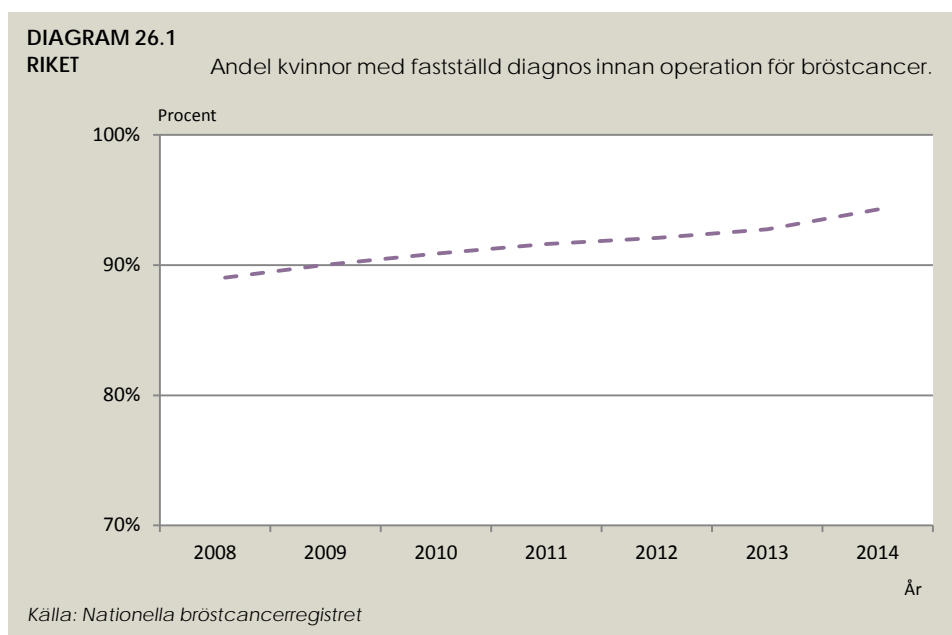
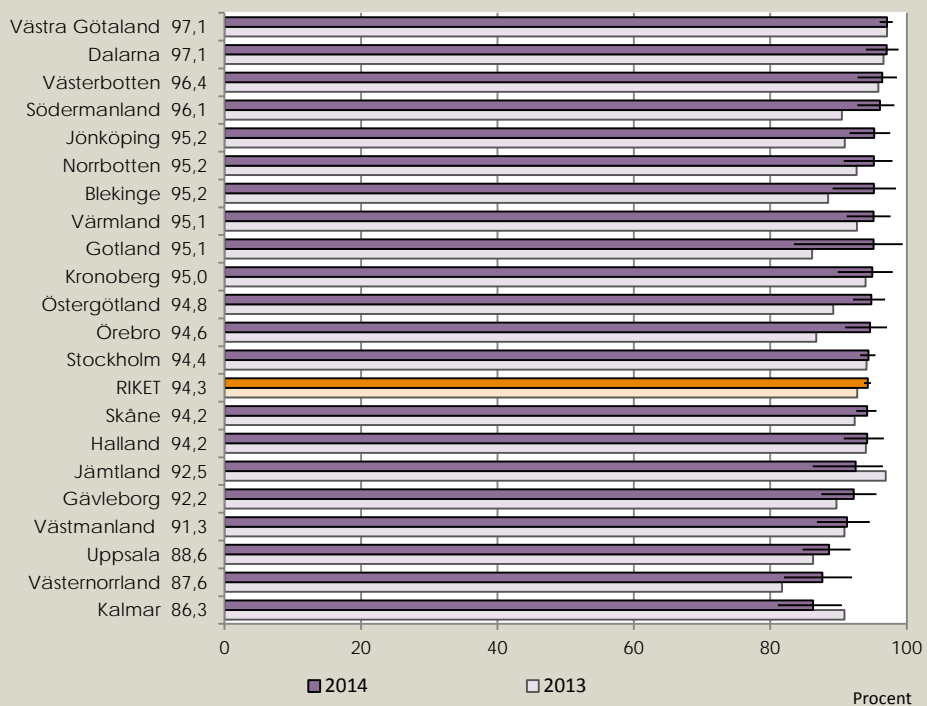


DIAGRAM 26.2
LANDSTING

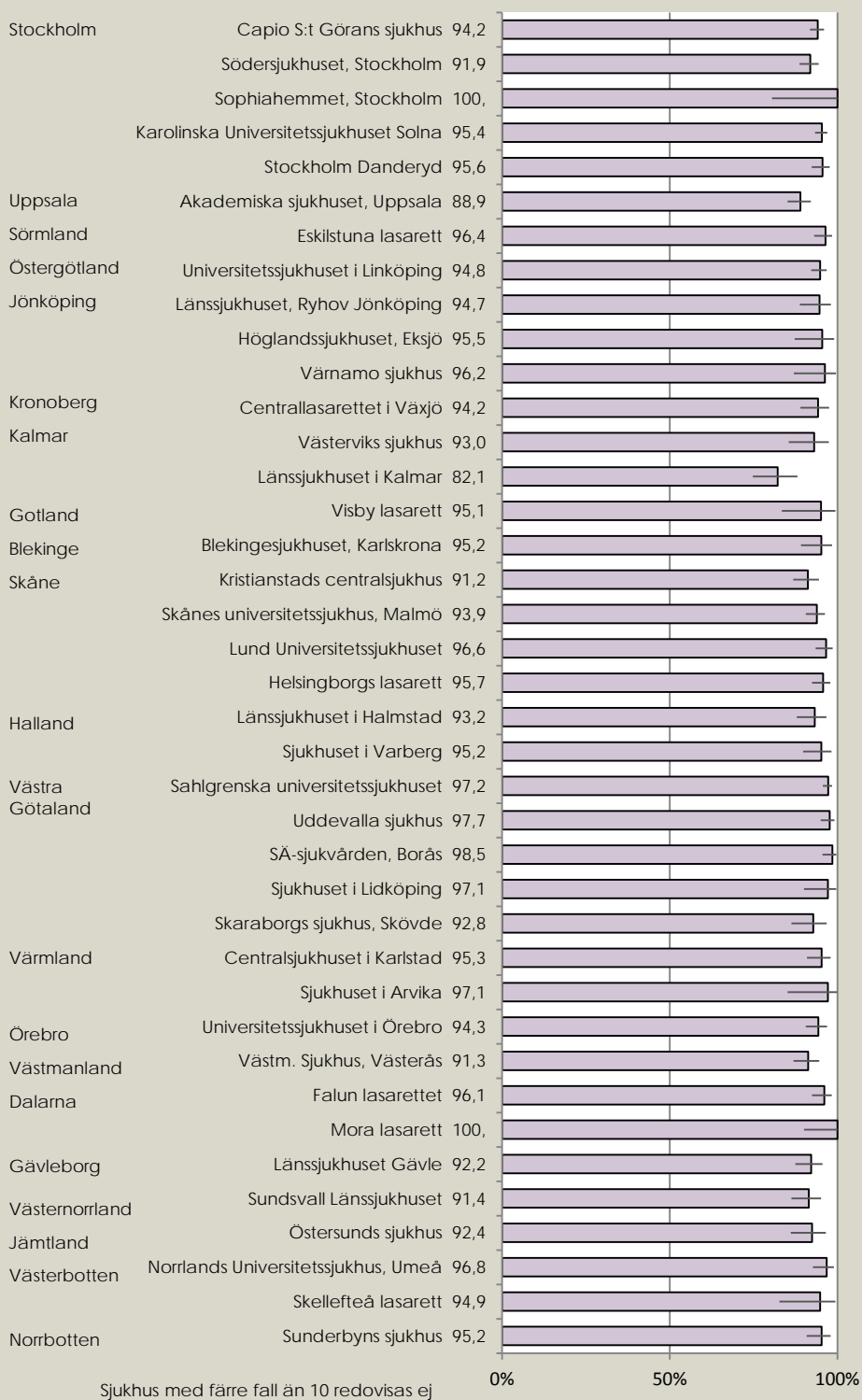
Andel kvinnor med fastställd diagnos innan operation för bröstcancer, 2014.



Källa: Nationella bröstcancerregistret

DIAGRAM 26.3
SJUKHUS

Andel kvinnor med fastställd diagnos innan operation för bröstcancer, 2014.



Källa: Nationella bröstcancerregistret

27 Operationer med bröstbevarande kirurgi

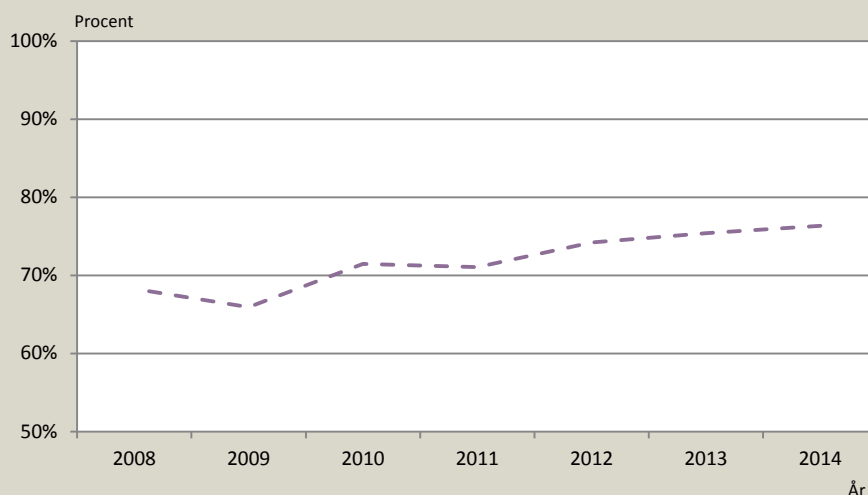
I de allra flesta fall börjar behandlingen av nyupptäckt bröstcancer med operation. I vissa fall behöver hela bröstet tas bort, men i de flesta fall kan man tillämpa så kallad bröstbevarande kirurgi (partiell mastektomi). Det innebär att endast tumören och vävnad kring den opereras bort. Vid bröstbevarande kirurgi får patienten oftast även strålbehandling mot bröstet. Tidig upptäckt av bröstcancer, till exempel genom mammografiscreening, gör att storleken på tumören är mindre och därmed motiverar ett mindre kirurgiskt ingrepp. Det är ett skäl till varför andelen bröstbevarande kirurgi borde kunna öka.

Indikatorn visar andelen kvinnor som opererades med bröstbevarande kirurgi 2014, där tumören var 3 cm eller mindre. I riket som helhet har andelen operationer med bröstbevarande kirurgi vid denna tumörstorlek ökat de senaste sju åren. Av de totalt 4 182 kvinnorna med tumörstorlek 3 cm eller mindre som opererades för bröstcancer 2014, så fick drygt 76 procent bröstbevarande kirurgi. Variationen mellan landstingen är stor, från 60 till närmare 94 procent. I några landsting var det endast ett fåtal kvinnor med tumörstorlek 3 cm eller mindre som opererades, vilket avspeglar sig i breda konfidensintervall.

Tolkningen av resultatet måste göras med viss försiktighet eftersom många faktorer inverkar på om kvinnan får bröstbevarande kirurgi eller inte. Exempel på sådana faktorer är noggrannheten i utredningen inför operationen och tillgången till bilddiagnostik som bättre visar spridningen av tumören till omgivande vävnader. Patientens inställning, närhet till strålbehandlande sjukhus och lokala traditioner hos kliniken påverkar troligen om hon får bröstbevarande kirurgi.

DIAGRAM 27.1
RIKET

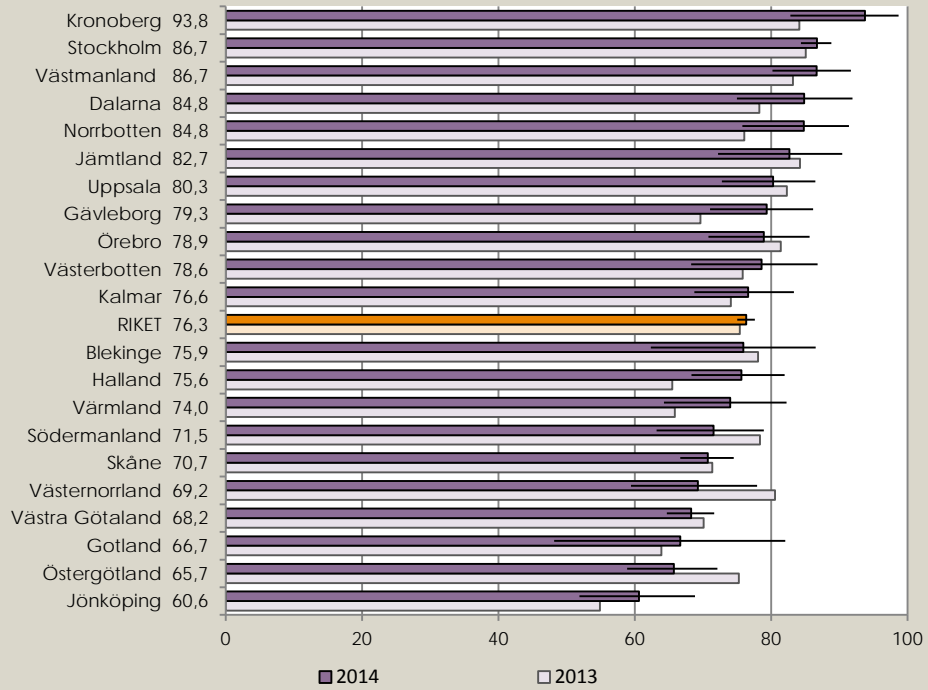
Andel operationer med bröstbevarande kirurgi
vid en tumörstorlek på ≤ 3 cm.



Källa: Nationella bröstcancerregistret

DIAGRAM 27.2
LANDSTING

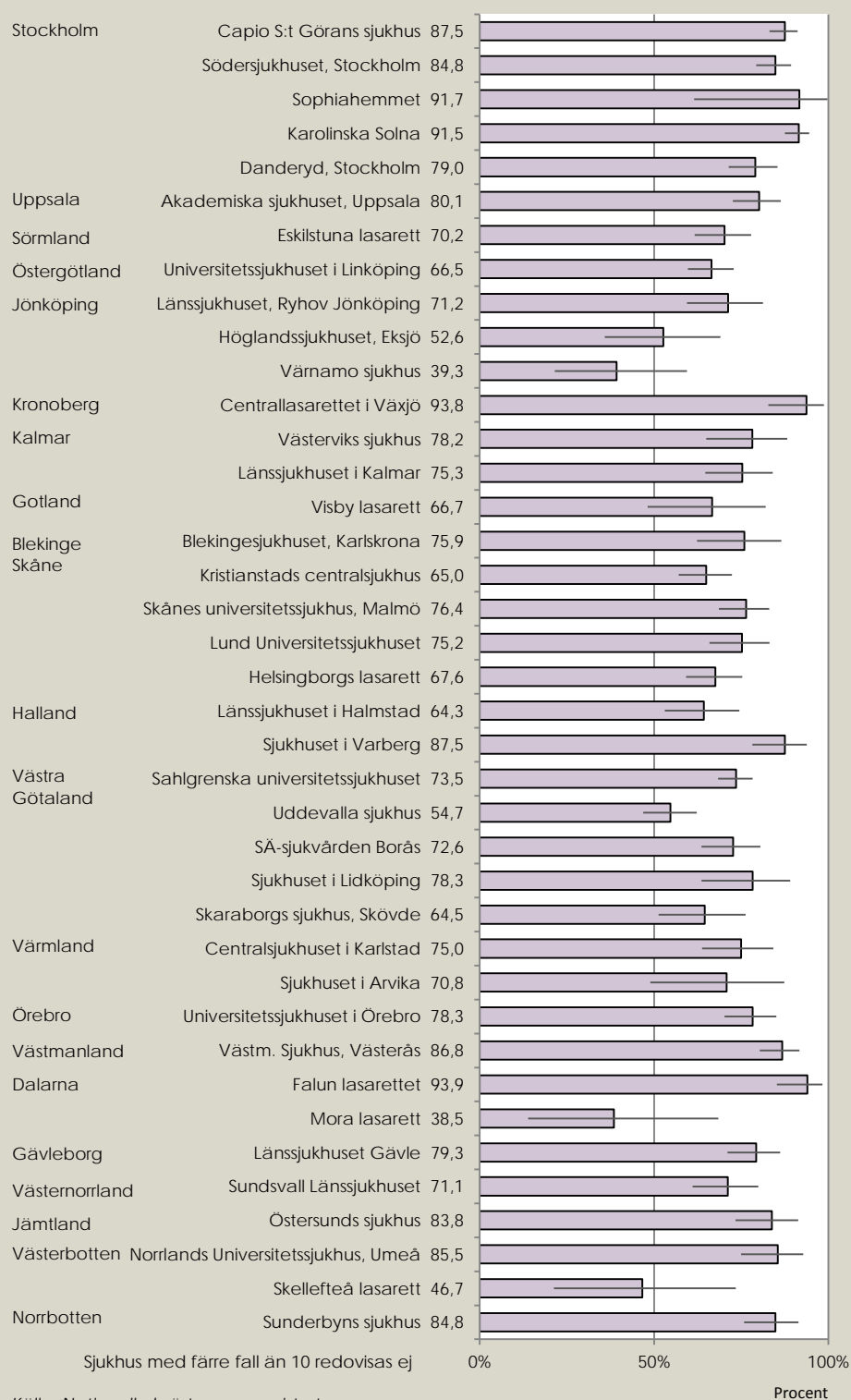
Andel operationer med bröstbevarande kirurgi vid en tumörstorlek på ≤ 3 cm, 2014.



Källa: Nationella bröstcancerregistret

DIAGRAM 27.3
SJUKHUS

Andel operationer med bröstbevarande kirurgi vid en tumörstorlek på ≤ 3 cm, 2014.



28 Omoperation efter bröstbevarande kirurgi

Bröstbevarande kirurgi, så kallad partiell mastektomi, innebär att endast tumören och vävnaden kring den opereras bort. Bröstbevarande operationer rekommenderas som förstahandsmetod vid mindre eller medelstora tumörer [45].

En bröstbevarande operation ökar dock risken för att patienten ska behöva genomgå ytterligare en operation. En omoperation utgör ännu en påfrestning för patienten och innebär också att behandlingsprocessen förlängs.

Uppföljningar som Bröstcancerregistret genomfört har visat att merparten av alla omoperationer beror på att marginalerna blivit för små när tumören tagits bort. En väl fungerande diagnostik före operation kan minska risken för omoperationer. Det kan dock även medföra att utredningstiden blir lång, vilket kan vara psykiskt belastande för patienten.

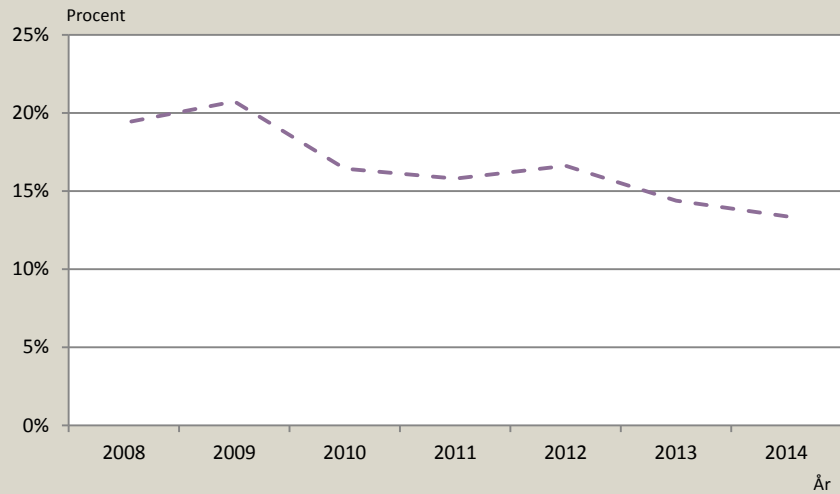
Indikatorn mäter kvaliteten på utredningen före operationen och hur väl kirurgen lyckades avlägsna tumören vid operationen. I jämförelsen ingår endast kvinnor där en bröstbevarande operation genomfördes vid det första ingreppet.

Indikatorn visar andelen kvinnor som omopererats efter en bröstbevarande operation år 2014. Jämförelsen omfattar 4 483 kvinnor med invasiv bröstcancer som opererats med bröstbevarande kirurgi. Av dessa omopererades 600, vilket motsvarar 13,4 procent. Variationen mellan landstingen är stor, från 6,3 till 20,6 procent. Analysen bygger dock på relativt få uppgifter, vilket gör att osäkerheten ökar och konfidensintervallen är breda. I riket som helhet har andelen som omopererats minskat de senaste sju åren.

Enligt Svensk förening för bröstkirurgi (SFBK) bör den kirurgiska behandlingen vara så definitiv som möjligt för att patienten ska slippa en ny operation. Mindre än 10 procent av patienterna bör genomgå en omoperation. Den målnivån gäller för alla primära bröstoperationer. Socialstyrelsens nationella riktlinjer har en målnivå på mindre än 15 procent och omfattar då endast kvinnor som fick en bröstbevarande kirurgi. Jämförelsen visar att 10 landsting klarade den rekommenderade målnivån under 2014.

DIAGRAM 28.1
RIKET

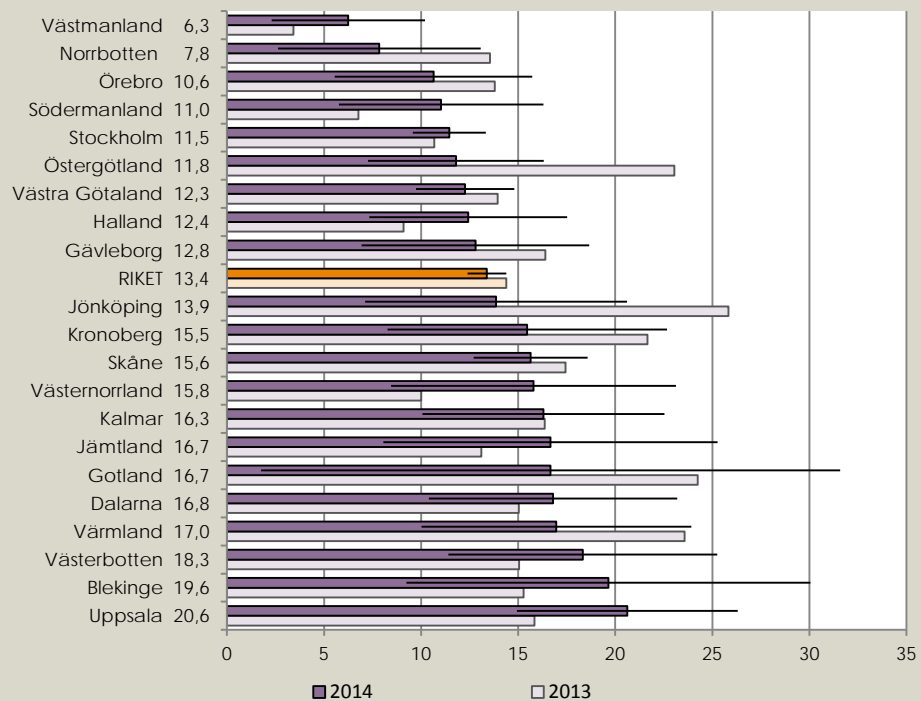
Andel kvinnor som omopererats efter bröstbevarande kirurgi.



Källa: Nationella bröstcancerregistret

DIAGRAM 28.2
LANDSTING

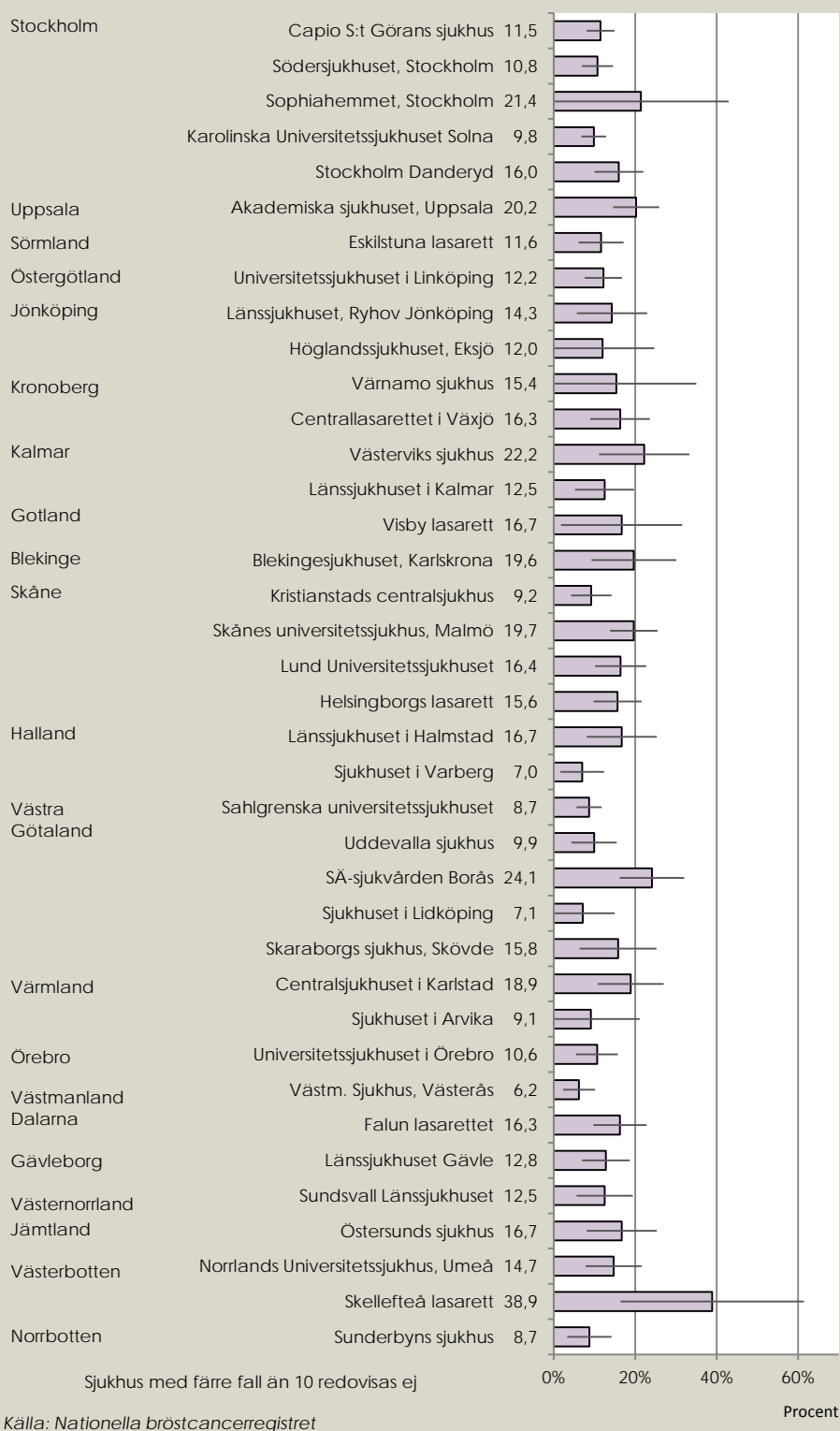
Andel kvinnor som omopererats efter bröstbevarande kirurgi, 2014.



Källa: Nationella bröstcancerregistret

**DIAGRAM 28.3
SJUKHUS**

Andel kvinnor som omopererats efter bröstbevarande kirurgi, 2014.



Äggstockscancer

Äggstockscancer, det vill säga elakartade tumörer som utgår från äggstockarna, drabbar cirka 700 kvinnor varje år. Prognosen är förhållandevis dålig och den relativa femårsöverlevnaden ligger under 50 procent. Under 2013 dog närmare 600 kvinnor till följd av sin sjukdom. Incidensen (antal insjuknade) har dock sjunkit sedan 1975, vilket delvis beror på p-pillrets skyddande effekt. Den genomsnittliga åldern för insjuknande är 63 år.

Många cancersjukdomar delas in i fyra stadier grundat på tumörutbredningen. Det första stadiet innebär för äggstockscancer att tumören är begränsad till äggstockarna, och det fjärde stadiet innebär att sjukdomen har spridit sig även utanför bukhålan. Sjukdomen har ett smygande förlopp och diagnostiseras ofta sent eftersom den inte ger några symtom i ett tidigt stadium. Nästan hälften av fallen är i stadium 3–4 när de får diagnos.

29 Relativ femårsöverlevnad vid äggstockscancer

Indikatorn visar den relativa femårsöverlevnaden vid äggstockscancer och bygger på uppgifter från Cancerregistret.

Den relativa överlevnaden vid äggstockscancer har ökat sedan 1990-talet. Perioden 2009–2013 uppgick den relativa femårsöverlevnaden till 46,7 procent i riket som helhet. Det finns vissa skillnader mellan landstingen, men konfidensintervallen är breda och variation beroende på slumpen kan inte uteslutas.

Den relativa femårsöverlevnaden har även studerats i relation till utbildningsnivå bland patienter i åldern 30–79 år. Resultaten visar att patienter med endast grundskoleutbildning har något lägre relativ överlevnad än patienter med gymnasial och eftergymnasial utbildning.

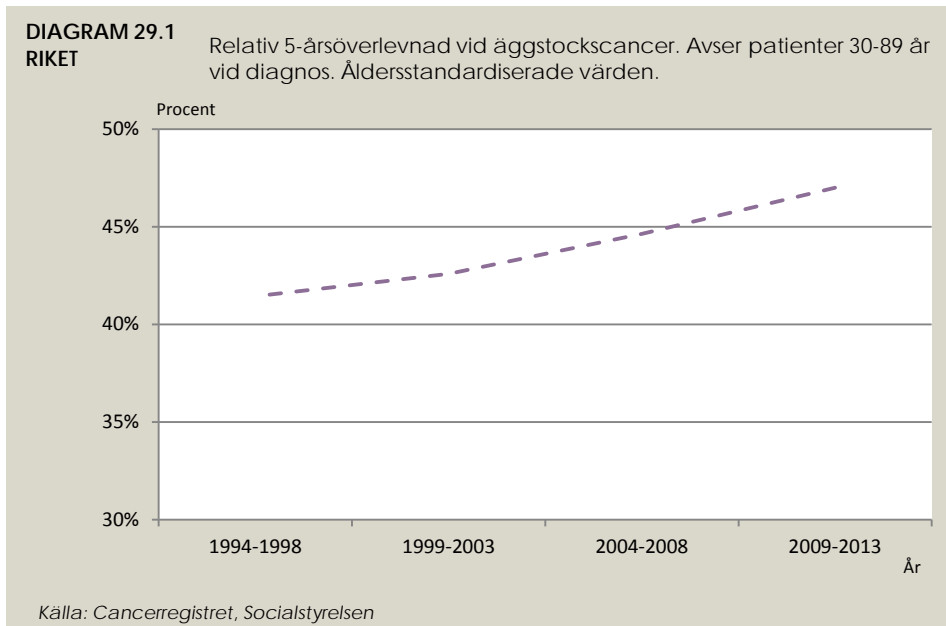
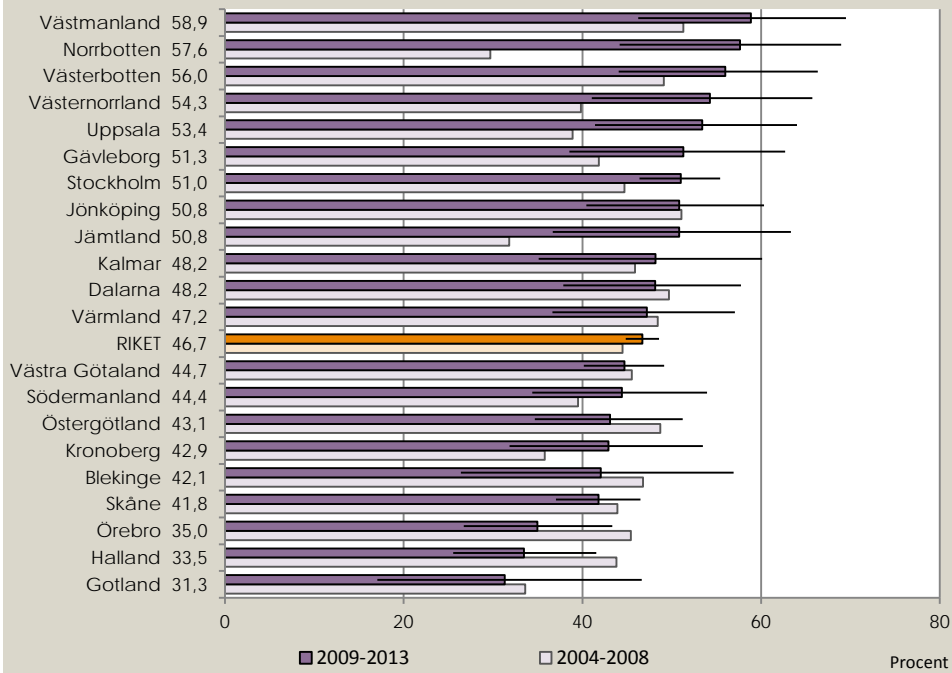


DIAGRAM 29.2
LANDSTING

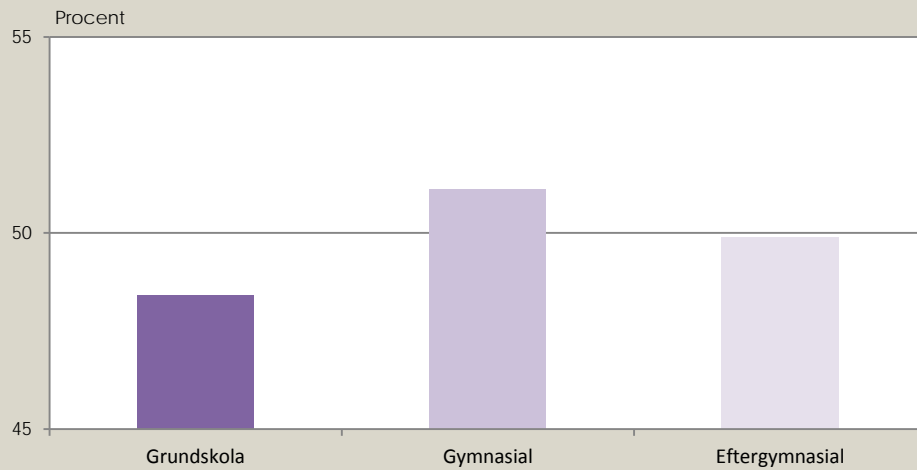
Relativ 5-årsöverlevnad vid äggstockscancer, 2009-2013. Avser patienter 30-89 år vid diagnos. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Cancerregistret, Socialstyrelsen

DIAGRAM 29.3
UTBILDNING

Relativ 5-årsöverlevnad vid äggstockscancer, 2009-2013. Avser patienter 30-79 år vid diagnos. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Cancerregistret, Socialstyrelsen samt SCB.

Att förebygga livmoderhalscancer

Cancer i livmoderhalsen, cervixcancer, är relativt ovanligt i Sverige jämfört med världen i övrigt. År 2013 insjuknade 466 kvinnor och 166 avled i sjukdomen i Sverige. Genomsnittsåldern vid insjuknande är drygt 50 år och nästan var tredje kvinna är under 40 år. Det årliga insjuknandet i livmoderhalscancer har i absoluta tal mer än halverats sedan slutet av 1960-talet då screening med gynekologisk cellprovtagning infördes. Eftersom befolkningen har ökat och blivit äldre så är den relativa minskningen betydligt större än hälften. Sjukdomen utvecklas oftast långsamt under många år.

Vid den gynekologiska cellprovtagningen tas ett prov från livmodertappen. Cellprovtagning är en förutsättning för att kunna upptäcka och behandla cellförändringar och därmed förhindra en utveckling till livmoderhalscancer. De fall av livmoderhalscancer som finns trots deltagande i screening upptäcks i tidigare stadium, vilket möjliggör en mer framgångsrik behandling. Vid så gott som all livmoderhalscancer är infektion med humant papillomvirus, HPV, den bakomliggande orsaken. I dag erbjuds alla flickor i årskurs 5 eller 6, vaccinering mot de typer av HPV som orsakar cirka 70 procent av all livmoderhalscancer i Sverige.

30 Gynekologisk cellprovtagning

Gynekologisk cellprovtagning syftar till att förebygga livmoderhalscancer (cervixcancer) genom att upptäcka och behandla cancers första stadier. Enligt rekommendationerna för screening ska kvinnor i åldrarna 23–50 år erbjudas cellprovtagning vart tredje år och kvinnor i åldrarna 51–60 år erbjudas cellprovtagning vart femte år.

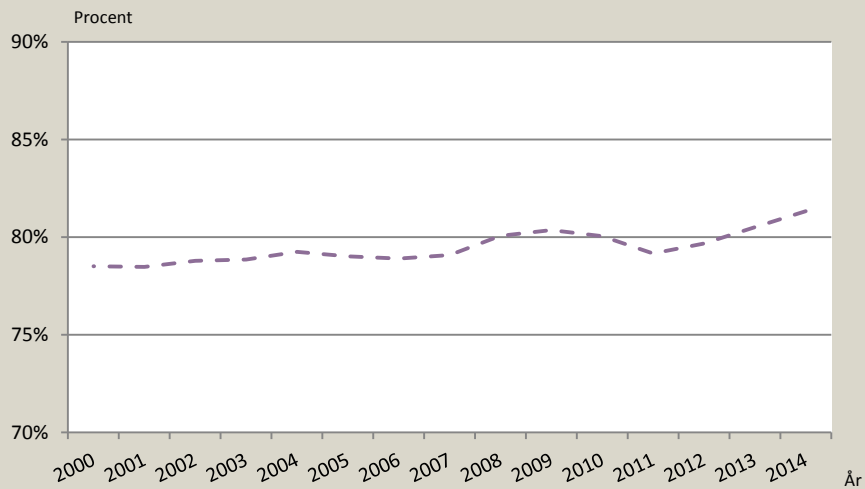
Socialstyrelsen gör en översyn av rekommendationerna med anledning av en ny metod som innebär att cellproven först analyseras med ett HPV-test. För kvinnan blir det ingen skillnad; ett gynekologiskt cellprov tas på samma sätt som tidigare och analyseras för HPV. Om HPV-testet är positivt går man vidare med en cytologisk analys (cellundersökning) av provet. En ny rekommendation beräknas komma under 2015, efter att kunskapsläget för HPV-test granskats och Socialstyrelsens nationella screeningråd tagit ställning i frågan.

De patologiska och cytologiska laboratorierna rapporterar in de gynekologiska cellproverna och dess data till Nationellt kvalitetsregister för cervixcancerprevention. Registret sammanställer sedan uppgifterna. I underlaget ingår både de cellprover som tagits efter kallelse till screeningprogrammet och de som tagits vid andra besök i hälso- och sjukvården, till exempel vid gynekologiska mottagningar. Syftet med sammanställningen är att ge underlag för kvalitetssäkring och förbättring av screeningprogrammet.

Täckningsgraden är det viktigaste måttet för förebyggande av livmoderhalscancer. Med täckningsgrad avses andelen kvinnor i befolkningen i de aktuella åldrarna som har tagit ett cellprov enligt det rekommenderade tidsintervallet. Täckningsgraden för gynekologisk cellprovtagning i åldrarna 23–60 år, var drygt 81 procent i riket som helhet år 2014. Variationen mellan landstingen var 69,7–90,5 procent. Täckningsgraden har ökat svagt i landet under de senaste tio åren. Ingen tydlig trend uppvisas mellan jämförelseåren för olika landsting. I flertalet landsting har dock täckningsgraden ökat något.

DIAGRAM 30.1
RIKET

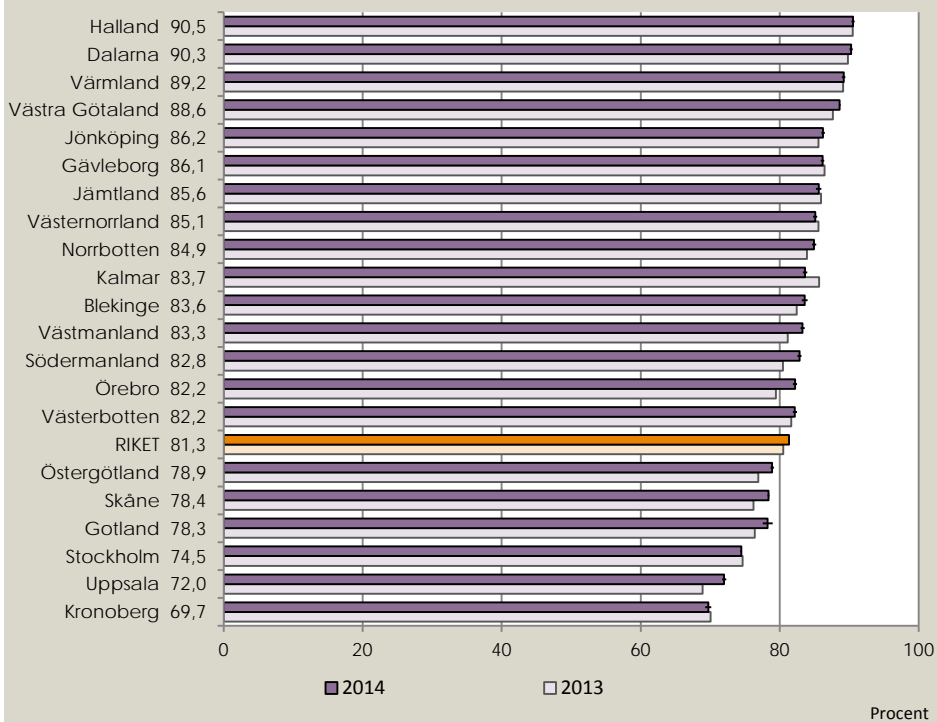
Andel kvinnor 23-60 år som genomgått gynekologisk cellprovtagning inom rekommenderade intervall.



Källa: Nationellt kvalitetsregister för cervixcancerprevention.

DIAGRAM 30.2
LANDSTING

Andel kvinnor 23-60 år som genomgått gynekologisk cellprovtagning inom rekommenderade intervall, 2014.



Källa: Nationellt kvalitetsregister för cervixcancerprevention.

Referenser

1. Öppna jämförelser 2013. Hälso- och sjukvård. Jämförelser mellan landsting. Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting; 2013.
2. Öppna jämförelser 2014. Hälso- och sjukvård. Jämförelser mellan landsting. Del 2. Indikatorer om sjukdomar och behandlingar. Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting; 2014.
3. Öppna jämförelser 2014. Cancersjukvård. Jämförelser mellan landsting. Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting; 2014.
4. Gravditeter, förlossningar och nyfödda barn. Medicinska födelseregistret 1973 – 2013. Assisterad befruktning 1991 – 2012. Sveriges officiella statistik. Statistik - Hälso- och sjukvård. Socialstyrelsen; 2014.
5. Cancer i Sverige. Insjuknande och överlevnad utifrån regional och socioekonomisk indelning. Socialstyrelsen; 2011.
6. Vård på (o)lika villkor – en kunskapsöversikt om sociala skillnader i svensk hälso- och sjukvård. Sveriges Kommuner och Landsting; 2009.
7. Essen, B., Hansson, SB., Östergren, P-O., Lindqvist GP & Gudmunsson, S (2000): Increased perinatal mortality among sub-Saharan immigrants in a city population in Sweden. *Acta Obstret. Gynecol Scand* 2000; 79: pp 737–743.
8. Essen, B., Bödker., Sjöberg, N-O., Langhoff-Roos, J., Greisen, G., Gudmunsson, S. & Östergren, P-O (2002): Are some perinatal deaths in immigrant groups linked to suboptimal perinatal care services? *BJOG: An international Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2002; 109(6): pp 677 – 682.
9. Esscher, A., Binder-Finnema, P., Bödker, B., Högberg, U., Mulic-Lutvica, A. & Essen, B (2014): Suboptimal care and maternal mortality among foreign-born women in Sweden: maternal death audit with application of the "migration three delays" model. *BMC – Pregnancy and Childbirth* 2014; 14(141).
10. Pakkanen, M., Lindblom, B., Otterblad-Olausson, P. & Rosen, M. (2004); Stora regionala skillnader i förlossningsvården. *Läkartidningen* 2004; 101(43): pp 3320–3325.
11. Moradi, T., Beiki, M. (2011): Cancer, social position och födelse-land. Rapport 2011:6. Karolinska Institutets folkhälsoakademi; 2011.
12. Nationella indikatorer för god vård. Socialstyrelsen; 2009.
13. Socialstyrelsens indikatorbibliotek.
<http://www.socialstyrelsen.se/indikatorer/sokiindikatorbiblioteket>.
14. Handbok för utveckling av indikatorer. Socialstyrelsen; 2014.
15. Mattsson L-Å., Ladfors L. Övervikt och fetma – en riskfaktor vid graviditet och förlossning. *Läkartidningen* 2003; 100 (48).
16. Linne Y. Effects of obesity on women's reproduction and complications during pregnancy. *Obes Rev*. 2004; 5(3): 137-43.

17. Cedergren M. Effects of gestational weight gain and body mass index on obstetric outcome in Sweden. *Inter-national journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*. 2006; 93(3): 269-74.
18. Intressegruppen för mödrhälsovård inom SFOG, Samordningsbarnmorskorna inom SBF, Mödrabarnhälsovårdspsykologernas förening. *Mödrhälsovård Sexuell och Reproduktiv hälsa*. Stockholm: 2008 59.
19. The Surgeon General. (2004). *The health consequences of smoking: A report of the Surgeon General*. Washington, D.C.: Dept. of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health.
20. Cunningham J., Dockery D.W. & Speizer F.E. (1994). Maternal smoking during pregnancy as a predictor of lung function in children. *American Journal of Epidemiology* (139), 1139–52.
21. Goksoor G., Amark M., Alm B., Gustafsson P. M. & Wennergren G. (2007). The impact of pre- and post-natal smoke exposure on future asthma and bronchial hyper-responsiveness. *Acta Paediatr* 2007(96), 1030-5.
22. Lannero E., Pershagen G., Wickman M. & Nordvall L. (2006). Maternal smoking during pregnancy increases the risk of recurrent wheezing during the first years of life (BAMSE). *Respir Res* 2006(7:3).
23. Pettersson A., Kaijser M., Richiardi L., Askling J., Ekblom A. & Akre O. (2004). Women smoking and testicular cancer: one epidemic causing another? *Int J Cancer*. 2004 May 10(109 6), 941–4.
24. England, L., Levine, R.J., Mills, J.L., Klebanoff, M.A., Yu, K.F. & Cnattingius, S. (2003). Adverse pregnancy outcomes in snuff users *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2003, Vol. 189(4), pp.939-943.
25. Baba S., Wikström A-K., Stephansson O. & Cnattingius S. (2003). Influence of snuff and smoking habits in early pregnancy on risks for stillbirth and early neonatal mortality. *Nicotine Tob Res*. 2014 Jan;16 (1): 78-83. doi: 10.1093/ntr/ntt117. Epub 2013 Aug 13.
26. Gunnerbeck A., Wikström A- K., Bonamy A-K., Wickström R. & Cnattingius S. (2011). Relationship of maternal snuff use and cigarette smoking with neonatal apnea. *Pediatrics*. 2011 Sep; 128 (3):503-9. doi: 10.1542/peds. 2010-3811. Epub 2011 Aug 28.
27. Kunskapsstöd för mödrhälsovården. Webbrapport. www.socialstyrelsen.se, april 2014.
28. *Folkhälsorapport 2009*. Stockholm: Socialstyrelsen; 2009.
29. *Graviditetsregistrets årsrapport 2013*. Webbrapport. www.medscinet.com
30. *Barnafödande och psykisk sjukdom*. Svensk förening för obstetrik och gynekologi; 2009. Rapport nr 62.
31. *Öppna jämförelser 2014*. Folkhälsa. Socialstyrelsen i samarbete med Sveriges Kommuner och Landsting och Folkhälsomyndigheten; 2014.

32. Mohlander M.A. & Ryding E. Samtal kan hjälpa kvinnor med förlossningsrädsla. *Läkartidningen* 2013;110 (12): 618-620.
33. Andolf E., Bottinga R., Larsson C. & Lilja H. red. Kejsarsnitt, ARG-rapport 65 Svensk förening för obstetrik och gynekologi; 2010.
34. AM Friedman. Evaluation of third-degree and fourth-degree laceration rates as quality indicators. *Obstetrics and gynecology*, 2015, Vol. 125(4), p.927.
35. Berggren V., Gottvall K., Isman E., Bergström S. & Ekéus C. Infibulated women have an increased risk of anal sphincter tears at delivery: a population-based Swedish register study of 250 000 births. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2013 Jan; 92(1): 101-8. doi: 10.1111/aogs.12010. Epub 2012 Nov 1
36. Villot A., Deffieux X., Demoulin G., Rivain A.L., Trichot C. & Thubert T. Management of third and fourth degree perineal tears: A systematic review. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*. 2015 Jul 1. pii: S0368-2315(15)00152-0. doi: 10.1016/j.jgyn.2015.06.005
37. Altman M., Sandström A., Petersson G., Frisell T., Cnattingius S. & Stephansson O. Prolonged second stage of labor is associated with low Apgar score. *Eur J Epidemiol*. 2015 May 26.15:00 2015-10-22
38. Pettersson K., Bottinga R., Bremme K., Hofsjö A., Holm M., Holste C., Kublickas M., Norman M., Pilo C., Roos N., Sundberg A., Wolff K. & Papadogiannakis N. The Stockholm classification of stillbirth. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2008; 87 (11):1202-12. doi 10.1080/00016340802460271.
39. Euro-Peristat project in collaboration with SCPE, EUROCAT. European Perinatal Health Report 2008. Health and care of pregnant women and babies in Europe in 2010. May 2013. Finns på www.euoperistat.com.
40. Svensk sjukvård i internationell jämförelse. Internationell jämförelse 2015. Sveriges Kommuner och Landsting; 2015.
41. Ozminkowski RJ, Wortman PM, Roloff DW. Inborn/outborn status and neonatal survival: a meta-analysis of non-randomised studies. *Stat Med*. 1988; 7(12):1207-21.
42. Endometriosis. Fokusrapport. Stockholms läns landsting 2007.
43. Melin A., Sparen P., & Bergqvist A. Endometriosis and the risk of cancer with special emphasis on ovarian cancer. *Hum Reprod* 2006;21:1237.
44. Avgiftsfri mammografi får fler att komma till undersökning. *Läkartidningen* 2014;111:CM7X.
45. Nationella bröstcancerregistret: Årsrapport från Nationella bröstcancerregistret 2014. Regionala Cancercentrum i samverkan. Styrgruppen för Nationella bröstcancerregistret, 2014.

Bilaga 1. Analysbilaga

Tabell 1. Andel kvinnor med övervikt (BMI ≥ 25) och fetma (BMI ≥ 30) vid inskrivning i mödrahälsovård 2012-2013, fördelat på utbildningsnivå.

Utbildningsnivå	Antal kvinnor med övervikt	Andel kvinnor med övervikt	Antal kvinnor med fetma	Andel kvinnor med fetma	Antal förlossningar
Förgymnasial utbildning (≤ 9 år grundskola)	6 429	30,4	4 481	21,6	22 453
Gymnasial utbildning	19 777	27,8	11 917	16,8	71 952
Eftergymnasial utbildning	23 548	22,4	9 069	8,6	103 111
Totalt	49 754	25,1	25 467	12,9	197 516

Källa: Medicinska Födelseregistret, Socialstyrelsen.

Tabell 2. Andel kvinnor som screenats för riskbruk av alkohol under graviditeten, fördelat på utbildningsnivå. Avser kvinnor som födde barn under 2014.

Utbildningsnivå	Antal kvinnor som screenats för riskbruk av alkohol	Andel kvinnor som screenats för riskbruk av alkohol
Förgymnasial utbildning (≤ 9 år grundskola)	6 297	90,9
Gymnasial utbildning	33 449	94,0
Eftergymnasial utbildning	41 286	93,3
Totalt	90 122	92,6

Källa: Graviditetsregistret/Mödrahälsovård

Tabell 3. Andel kvinnor som uppger att det allmänna hälsotillståndet varit "Mycket bra" eller "Bra" under graviditeten, fördelat på åldersgrupper. Avser kvinnor som födde barn under 2014.

Åldersgrupp	Antal gravida kvinnor som svarat "Mycket bra" eller "Bra"	Andel gravida kvinnor som svarat "Mycket bra" eller "Bra"
≤ 19 år	473	76,4
20-24 år	7 164	79,8
25-29 år	17 962	79,8
30-34 år	18 333	77,8
≥ 35 år	10 506	75,7
Totalt	54 438	78,3

Källa: Graviditetsregistret/Mödrahälsovård.

Tabell 4. Andel kvinnor som uppger att det allmänna hälsotillståndet varit "Mycket bra" eller "Bra" efter graviditeten, fördelat på åldersgrupper. Avser kvinnor som födde barn under 2014.

Åldersgrupp	Antal gravida kvinnor som svarat "Mycket bra" eller "Bra"	Andel gravida kvinnor som svarat "Mycket bra" eller "Bra"
≤ 19 år	555	87,8
20-24 år	8 263	91,6
25-29 år	20 840	92,0
30-34 år	21 674	91,3
≥ 35 år	12 456	89,1
Totalt	63 788	91,1

Källa: Graviditetsregistret/Mödrahälsovård.

Tabell 5. Andel kvinnor som behandlats för psykisk ohälsa under graviditeten, fördelat på åldersgrupper. Avser kvinnor som födde barn under 2014.

Åldersgrupp	Antal kvinnor som behandlats för psykisk ohälsa under graviditeten	Andel kvinnor som behandlats för psykisk ohälsa under graviditeten
≤ 19 år	94	9,1
20-24 år	859	6,8
25-29 år	1 881	6,2
30-34 år	2 046	6,3
≥ 35 år	1 498	7,4
Totalt	6 378	6,5

Källa: Graviditetsregistret/Mödrahälsovård

Tabell 6. Andel kvinnor som fått extra stöd på grund av förlossningsrädsla, fördelat på åldersgrupper. Avser kvinnor som födde barn under 2014.

Åldersgrupp	Antal kvinnor som fått extra stöd på grund av förlossningsrädsla	Andel kvinnor som fått extra stöd på grund av förlossningsrädsla
≤ 19 år	62	6,0
20-24 år	667	5,3
25-29 år	2 078	6,8
30-34 år	3 033	9,3
≥ 35 år	2 189	10,8
Totalt	8 029	8,2

Källa: Graviditetsregistret/Mödrahälsovård

Tabell 7. Andel kejsarsnitt (Robson 1 + Robson 2) bland förstföderskor fördelat på Nordenfödda respektive utomnordenfödda kvinnor.

Födelsebakgrund	Antal kejsarsnitt	Andel kejsarsnitt	LCL	UCL	Risk-rate	Sd	RR under	RR över
Född i Norden	23 991	15,77	15,59	15,96				
Född utanför Norden	7 326	18,95	18,55	19,35	1,20*	0,014362	1,14918	1,255845

Källa: Medicinska Födelseregistret, Socialstyrelsen.

*p = 0,01

Tabell 8. Andel bristningar (grad III och IV) bland förstföderskor fördelat på Nordenfödda respektive utomnordenfödda kvinnor.

Födelsebakgrund	Antal bristningar	Andel bristningar	LCL	UCL	Risk-rate	Sd	RR under	RR över
Född i Norden	8 826	5,98	5,85	6,11				
Född utanför Norden	2 752	7,37	7,07	7,66	1,23*	0,022543	1,14428	1,32732

Källa: Medicinska Födelseregistret, Socialstyrelsen.

*p = 0,01

Tabell 9. Andel födda barn med låg Apgar-poäng (< 7) vid 5 minuter, fördelat på Nordenfödda respektive utomnordenfödda mödrar.

Födelsebakgrund	Antal barn med låg Apgar	Andel barn med låg Apgar	LCL	UCL	Riskrate	Sd	RR under	RR över
Född i Norden	5 184	1,22	1,19	1,25				
Född utanför Norden	1 772	1,41	1,35	1,48	1,16*	0,027706	1,061754	1,260004

Källa: Medicinska Födelseregistret, Socialstyrelsen.

*p = 0,01