

Graviditeter, förlossningar och nyfödda barn

Medicinska födelseregistret 1973–2005

Statistics – Health and Diseases
Pregnancies, deliveries and newborn infants
The Swedish Medical Birth Register 1973–2005
The National Board of Health and Welfare
CENTRE FOR EPIDEMIOLOGY



Socialstyrelsen klassificerar från och med år 2001 sin utgivning i olika dokumenttyper. Detta är **statistik**. Det innebär att rapporten innehåller sifferuppgifter som Socialstyrelsen samlat in, registrerat, bearbetat, sammanställt, analyserat och/eller kommenterat. Uppgifterna beskriver läge, tillstånd och/eller utveckling.

Information: Milla Bennis tel. 075 24 733 15
Emma Nilsson tel. 075 24 734 90

Publicerad på Internet <http://www.socialstyrelsen.se>: juli 2007
Korrigerad: 10 september 2007, andel tvillingförlossningar ändrad, sid. 7
tillagd en sammanfattning på engelska, sid. 8

Tidigare publicering:
Statistik om graviditeter, förlossningar och nyfödda barn ingår i Sveriges officiella statistik (SOS) och utges inom serien STATISTIK – HÄLSA OCH SJUKDOMAR.

Previous publication:
Statistics about pregnancies, deliveries and newborn infants belong to the series STATISTICS – HEALTH AND DISEASES, which is a part of the Official Statistics of Sweden.

Denna rapport bygger på uppgifter från medicinska födelseregistret:
http://www.socialstyrelsen.se/Statistik/statistik_amne/graviditet/MFR.htm

ISSN 1401-0224
ISBN 978-91-85483-51-8
Artikelnr. 2007-42-10

Förord

Denna publikation presenterar statistik över graviditeter, förlossningar och nyfödda barn under perioden 1973 till 2005. Uppgifter om förlossningar och nyfödda barn rapporteras från landets kvinnokliniker sedan 1973 till det medicinska födelseregistret vid Epidemiologiskt centrum, Socialstyrelsen. Syftet med registret är att informationen skall utgöra underlag för bland annat forskning och statistik.

I denna rapport redovisas utvecklingen av faktorer som påverkar graviditeten och förlossningen, såsom kvinnornas ålder, antal barn, förekomst av kejsarsnitt, smärtlindring etc. Likaså redovisas uppgifter om utvecklingen av nyföddas födelsevikt och överlevnad. Rapporten beskriver framför allt utvecklingen sedan 1970-talet, men vissa regionala skillnader presenteras också. Rapporten redovisar statistik som, med korta kommentarer och enkla förklaringar men utan djupare analys, beskriver utvecklingen.

Rapporten är sammanställd av Milla Bennis och Emma Nilsson vid Epidemiologiskt centrum samt professor Sven Cnattingius, Karolinska Institutet och med.dr. Olof Stephansson, Karolinska Universitetssjukhuset .

Anders Åberg
Chef för Statistikenheten, EpC
Socialstyrelsen

Innehåll

<i>Förord</i>	3
<i>Innehåll</i>	4
<i>Diagram- och tabellförteckning</i>	5
<i>Sammanfattning</i>	7
<i>Summary</i>	8
<i>Inledning</i>	9
<i>Ordlista</i>	10
<i>Graviditet och blivande mödrar</i>	12
Antal förlossningar	12
Mödrarnas ålder	13
Antal tidigare födda barn	16
Mödrarnas födelseland	16
Rökning under graviditet	17
Mödrarnas BMI	19
<i>Förlossning</i>	22
Vårdtid	22
Smärtlindring	25
Kejsarsnitt och vaginala instrumentella förlossningar	29
Sätesbudning	32
<i>Uppgifter om barnen</i>	34
Flerbörd och assisterad befruktning	34
Födelsevikt	36
Induktion	36
Gestationsålder	37
Döda under nyföddhetsperioden	38

Diagram- och tabellförteckning

Diagram		Diagrams	
1	Antal förlossningar totalt och per 1 000 kvinnor (15–44 år), 1973–2005	1	Number of deliveries total and per 1,000 women (15–44 years) ,1973–2005
2	Mödrarnas åldersfördelning bland förstföderskor, 1973–2005	2	Maternal age among primiparous, 1973–2005
3	Mödrarnas åldersfördelning bland omföderskor, 1973–2005	3	Maternal age among multiparous, 1973–2005
4	Mödrarnas medelålder, 1973–2005	4	Maternal mean age, 1973–2005
5	Mödrarnas medelålder vid första barnet per län, 2005	5	Mean age among primiparous women by county, 2005
6	Antal tidigare födda barn, 1973–2005	6	Number of previous births, 1973–2005
7	Mödrarnas födelseland, 1978–2005	7	Maternal country of birth, 1978–2005
8	Andel rökare under tidig graviditet, 1983–2005	8	Proportion of maternal smoking during early pregnancy ,1983–2005
9	Andel rökare och snusare under tidig graviditet per län, 2005	9	Proportion of maternal smoking and snuffing during early pregnancy by county, 2005
10	Övervikt (BMI 25–29,9) och fetma (BMI 30 eller mer) vid inskrivning till mödrahälsovården, 1992–2005	10	Overweight (BMI 25–29.9) and obesity (BMI 30 or more) at registration to antenatal care, 1992–2005
11	BMI (medelvärde) vid inskrivning till mödrahälsovården, 1992–2005	11	BMI (mean) at registration to antenatal care, 1992–2005
12	BMI (medelvärde)) vid inskrivning till mödrahälsovården per län, 2005	12	BMI (mean) at registration to antenatal care by county, 2005
13	Medelvårdtid på BB vid enkelbörd med vaginal förlossning respektive kejsarsnitt 1973–2005	13	Time at in-patient care post partum among single births by vaginal delivery and caesarean section, 1973–2005
14	Andel med kort vårdtid (0–2 dygn) vid vaginal förlossning, 1973–2005	14	Proportion of short time at in-patient care post partum (0–2 days) among vaginal delivery 1973–2005
15	Andel med kort vårdtid (0–2 dygn) vid vaginal förlossning per landsting, 2005	15	Proportion of short time at in-patient care post partum (0–2 days) among vaginal delivery by county council, 2005
16	Smärtlindring vid vaginal förlossning bland förstföderskor, 1973–2005	16	Pain relief at vaginal deliveries among primiparous, 1973–2005
17	Smärtlindring vid vaginal förlossning bland omföderskor, 1973–2005	17	Pain relief at vaginal deliveries among multiparous, 1973–2005
18	Epiduralblockad vid vaginal förlossning bland förstföderskor efter födelseklockslag, 1973–2005	18	Epidural block at vaginal deliveries among primiparous by time of birth, 1973–2005
19	Epiduralblockad vid vaginal förlossning bland förstföderskor efter sjukhustyp, 1973–2005	19	Epidural block at vaginal deliveries among primiparous by hospital type, 1973–2005
20	Epiduralblockad vid vaginal förlossning bland förstföderskor per landsting, 2005	20	Epidural block at vaginal deliveries among primiparous by county council, 2005
21	Kejsarsnitt och vaginala instrumentella förlossningar, 1973–2005	21	Caesarean section and vaginal instrumental deliveries ,1973–2005

22	Kejsarsnitt vid enkelbörd och flerbörd, 1973–2005	22	Caesarean section by singleton and multiple pregnancy, 1973–2005
23	Andel kejsarsnitt bland förstföderskor utan riskfaktorer och med okomplicerad graviditet per landsting, 2005	23	Frequency of caesarean section among primiparous and normal pregnancy by county council, 2005
24	Kejsarsnitt vid sätesbjudning bland enkelbörd, 1973–2005	24	Caesarean section of breech delivery among singleton pregnancy, 1973–2005
25	Antal tvilling-, trilling- och fyrlingförlossningar per 1 000 förlossningar, 1973–2005	25	Number of twin, triplet and quadruplet deliveries per 1,000 deliveries, 1973–2005
26	Andel assisterad befruktning vid enkelbörd och flerbörd, 1995–2005	26	Frequency of assisted reproduction by singleton and multiple pregnancy 1995–2005
27	Genomsnittlig födelsevikt hos flickor och pojkar, 1973–2005	27	Mean birth weight among girls and boys, 1973–2005
28	Förlossningar som startas med induktion av alla vaginala förlossningar, 1994–2005	28	Inductions among vaginal deliveries, 1994–2005
29	Gestationsålder bland levande födda i enkelbörd, 1985–2005	29	Gestational age among live single births, 1985–2005
30	Dödföddhet och neonatal dödlighet (0–27 dygn), 1973–2005	30	Stillbirth and neonatal death (0–27 days), 1973–2005
31	Neonatal dödlighet (0–27 dygn) bland för tidigt födda barn 1973–2005	32	Neonatal death (0–27 days) among infants born after a short gestational length, 1973–2005

Tabeller		Tables	
1	Antal födda, förlossningar, enkelbörd och flerbörd, 1973–2005	1	Number of births, deliveries, singleton and multiple pregnancy, 1973–2005
2	Dödföddhet och neonatal dödlighet (0–27 dygn), 2005	2	Stillbirth and neonatal death (0–27 days), 2005
3	Dödlighet per graviditetsvecka bland levande födda enkelbörd, 1995–2005	3	Neonatal death by gestational week among live single births, 1995–2005
4	Dödföddhet och neonatal dödlighet uppdelad på mödrarnas karaktäristiska, 1995–2005	4	Stillbirth and neonatal death by maternal characteristics, 1995–2005

Sammanfattning

Sedan medicinska födelseregistret startade 1973 har det skett stora förändringar både för kvinnorna som föder barn och i omständigheterna kring själva förlossningen. Nya metoder för graviditetsövervakning och smärtlindring har införts och stora framsteg har skett i omhändertagandet av de för tidigt födda barnen. I den här rapporten redovisar vi statistik som beskriver utvecklingen av mödra- och förlossningsvården i Sverige mellan 1973 och 2005. Vi har valt att redovisa uppgifter som vi vet är efterfrågade av såväl hälso- och sjukvården som allmänheten. Där det finns anledning har vi visat på skillnader mellan olika län och landsting.

- Medelåldern för kvinnor som föder sitt första barn har ökat från knappt 24 år 1973 till drygt 28 år 2005.
- Andelen kvinnor med övervikt eller fetma (BMI på 25 eller mer) vid inskrivningen till mödravårdscentralen har ökat från 27 procent 1993 till 36 procent 2005.
- Andelen barnaföderskor som är födda utanför Norden har ökat från drygt 5 procent år 1978 till nästan 19 procent år 2005.
- Rökning i tidig graviditet har minskat från drygt 31 procent år 1983 till omkring 9 procent år 2005.
- Andelen tvillingförlossningar har sjunkit under de senaste åren, år 2005 var andelen knappt 1,4 procent.
- Medelvårdtid vid vaginal förlossning har minskat från 6 dagar år 1973 till 2 dagar år 2005. Vid kejsarsnitt har vårdtiden minskat från 9 till 4 dagar under samma tidsperiod.
- I genomsnitt fick 44 procent av alla förstföderskor epiduralblockad ("ryggbedövning") år 2005. Det finns stora regionala skillnader i förekomst av epiduralblockad.
- Andelen kejsarsnittsförlossningar fortsätter att öka och år 2005 var frekvensen 17 procent för enkelbördsförlossningar och 56 procent för flerbördsförlossningar. Mer än 90 procent av alla sätesändlägen förlöstes med kejsarsnitt år 2005.
- Andelen dödfödda (barn som dör före eller under förlossningen) har minskat från 7 per 1 000 år 1973 till knappt 3 per 1 000 år 2005.
- Den neonatala dödligheten (levande födda barn som dör inom 28 dagar) fortsätter att minska och var 1,5 per 1 000 levande födda 2005.

Summary

Since the medical birth register started in 1973, substantial changes have taken place both for the childbearing women and in the circumstances related to delivery. New methods for monitoring pregnancy and pain relief have been introduced and great progress has been made in the care of preterm born babies. In this report, we present statistics that describe the development of maternal and obstetric care in Sweden between 1973 and 2005. We have chosen to present information that we know is in demand both by the health service and the general public. Where there is reason to do so, we have shown differences between counties and county councils.

- The average age of women giving birth to their first child (primiparas) has risen from just under 24 in 1973 to over 28 in 2005.
- The proportion of women who are overweight or obese (BMI of 25 or more) when registering at the antenatal care has increased from 27 per cent in 1993 to 36 per cent in 2005.
- The proportion of pregnant women born outside the Nordic countries has risen from just over 5 per cent in 1978 to almost 19 per cent in 2005.
- Daily smoking in early pregnancy has decreased from 31 per cent in 1983 to 9 per cent in 2005.
- The proportion of twin births has dropped in recent years, and was in 2005 just under 1.4 per cent.
- The average period of in-patient care for vaginal delivery has decreased from 6 days in 1973 to 2 days in 2005. The care period for caesarean deliveries fell from 9 days to 4 days in the same period.
- On average, 44 per cent of all primiparas had epidural anaesthesia during labour in 2005. There are considerable regional differences in the use of epidural anaesthesia.
- The proportion of caesarean deliveries continues to rise. In 2005, the frequency was 17 per cent for single birth deliveries and 56 per cent for multiple birth deliveries. More than 90 per cent of all breech presentations were delivered by caesarean section in 2005.
- The proportion of still-born children (children who die before or during delivery) has decreased from 7 per 1,000 in 1973 to just under 3 per 1,000 in 2005.
- Neonatal mortality (children born alive who die within 28 days) is continuing to decrease, and was 1.5 per 1,000 in 2005.

Inledning

Socialstyrelsen har under lång tid haft ansvar för statistik- och registerverksamhet inom hälso- och sjukvården. Verksamheten är sedan 1991–92 förlagd till Epidemiologiskt centrum (EpC) inom Socialstyrelsen. EpCs målsättning är att på nationell nivå följa, analysera och rapportera om utbredning och utveckling av bland annat hälsoförhållanden och sjukdomar.

Förutsättningen för ett nationellt medicinskt födelseregister är det enhetliga journalsystem som vi har haft i landet sedan början av 1970-talet. Sedan 1973 har vi ett rikstäckande medicinskt födelseregister som omfattar uppgifter om samtliga graviditeter som har lett till förlossning, uppgifter om förlossningarna och om de nyfödda barnen. Systemet bygger på journalkopior från mödrahälsovård, förlossningsvård och nyföddhetsvård. När det gäller innehållet i registret tas viss journalinformation men inte allt. Bara uppgifter där det finns ett klart motiv för en rikstäckande registrering på individnivå tas in.

Det övergripande syftet med registret är att det skall utgöra underlag för statistik, uppföljning, utvärdering och kvalitetssäkring av hälso- och sjukvård, forskning och epidemiologiska undersökningar. Man vill kunna säkerställa en jämn och hög standard inom mödrahälsovård och förlossningsvård genom ökade kunskaper om risker för kvinnan och barnet under graviditet och förlossning. Ett viktigt motiv för födelseregistreringen är övervakning av bland annat fosterskador, sjukdomsmönster och dödlighet. Övervakningen kan också gälla sjukvårdsrutiner som t.ex. kejsarsnitt och smärtlindring. Hälso- och sjukvården har skyldighet att rapportera till registret.

Det är så gott som omöjligt att undvika felaktigheter i ett stort register av den typ som det medicinska födelseregistret är. Avsaknad av en uppgift får dock betydelse först när man försöker bestämma hur vanligt ett fenomen är. Så länge bortfallet sker slumpartat kommer det att ha liten betydelse för bedömningar av riskfaktorer. De som använder registret för undersökningar eller vetenskapliga studier måste känna till och förstå de problem som finns i registret. Registeruppgifter kan till exempel inte användas för individuella bedömningar utan de är avsedda för jämförelser mellan grupper.

Ett bortfall uppstår när sjukhusen inte rapporterar en förlossning till registret. Varje år jämförs det antal barn som rapporterats till registret med folkbokföringsuppgifter. Av nyfödda barn som är skrivna i Sverige rapporteras 97–99 procent till det medicinska födelseregistret (tabell 1).

De senaste åren har Stockholms läns landsting haft problem med att rapportera in uppgifter från mödrahälsovården. De uppgifter som registreras på mödrahälsovården är bland annat moderns vikt, längd och tobaksvanor. År 2003 saknades nästan 10 procent av journalerna och motsvarande bortfall var över 25 procent år 2005.

Ordlista

Terms in tables and diagrams

10 eller fler cigaretter per dag	10 or more cigarettes per day
1–9 cigaretter per dag	1–9 cigarettes per day
Andra länder	Other countries
Antal	Number
Antal levande födda	Number of live births
Barnet	Child
Döda inom 0–6 dygn	Deaths within 0–6 days
Döda inom 7–27 dygn	Deaths within 7–27 days
Dödfödda	Stillbirth
Eller mer	Or more
Eller mindre	Or less
Enkelbörd	Single birth
Epiduralblockad	Epidural block
Flerbörd	Multiple birth
Flickor	Girls
Förlossningar	Deliveries
Förstföderskor	Primipara
Gram	Gram
Graviditetslängd i veckor	Length of gestation (weeks)
Graviditetsveckor	Length of gestation (weeks)
Instrumentella förlossningar	Instrumental deliveries
Kejsarsnitt	Caesarean section
Landsting	County council
Länsdelssjukhus	General hospital
Länssjukhus	Central general hospital
Medelålder	Mean age
Moderns födelseland	Maternal county of birth
Moderns rökvanor vid inskrivning till MVC	Maternal smoking at registration to antenatal care
Moderns ålder	Maternal age
Neonatalt döda	Neonatal death
Norden förutom Sverige	The Nordic countries except Sweden
Omföderskor	Multipara
Paracervicalblockad	Paracervical block
Paritet	Parity
Per 1 000 kvinnor	Per 1,000 women
Pojkar	Boys
Procent	Per cent
Pudendusblockad	Pudendal nerve block
Regionsjukhus	Regional hospital
Riket	The whole country
Röker	Smoke
Samtliga födda	Total birth

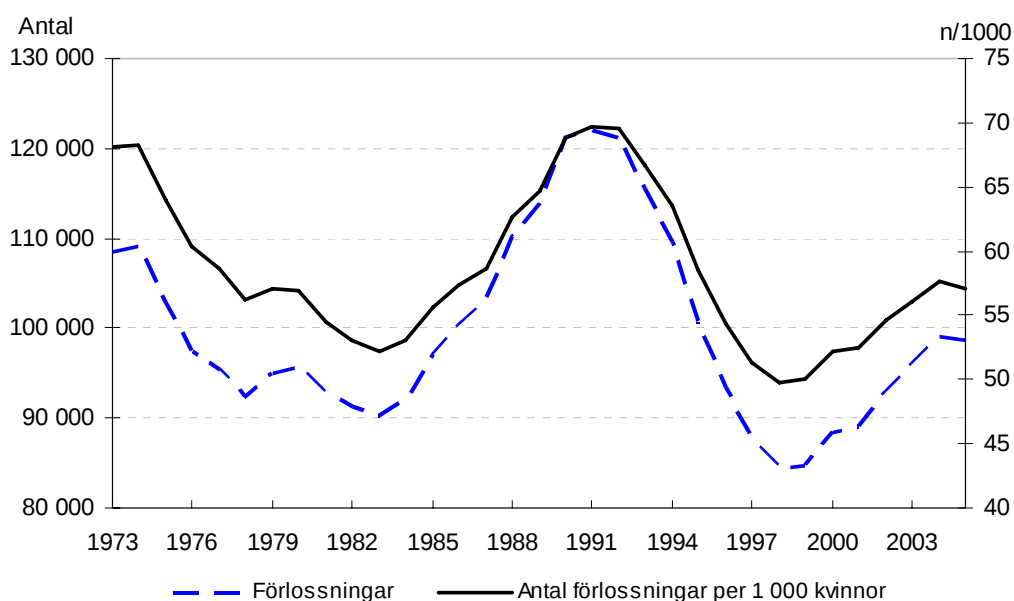
Snusar	Snuffing
Sverige	Sweden
Tidigare födda barn	Previous births
Totalt	Total
Trilling- eller fyrlingförlossning	Triplet or quadruplets
Tvillingförlossning	Twin deliveries
Vaginal	Vaginal
År	Year
Övriga	Other
Övriga Norden	The Nordic countries except Sweden
Övriga världen	Other countries (except Nordic countries)

Graviditet och blivande mödrar

Antal förlossningar

Efter en nedgång i antal förlossningar under 1970-talet och början av 1980-talet steg födelsetalen för att nå en topp 1990–1992. Födelsetalen sjönk sedan hastigt fram till 1997, men har därefter återigen ökat.

Diagram 1. Antal förlossningar totalt och per 1 000 kvinnor (15–44 år), 1973–2005



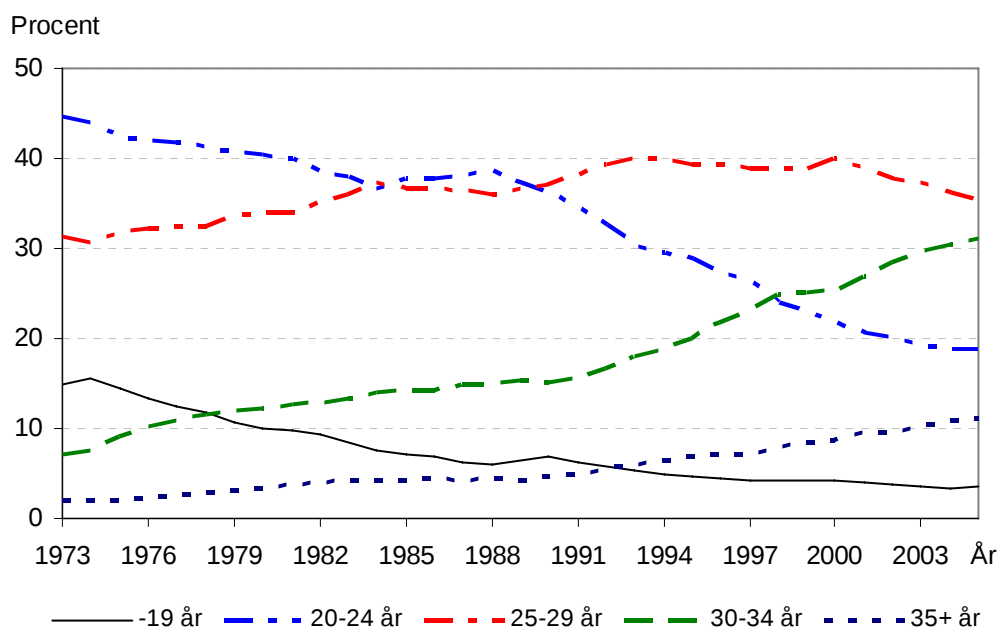
Tabell 1. Antal födda, förlossningar, enkelbölder och flerbölder, 1973–2005

År	Antal födda enligt MFR	Antal födda enligt SCB	Antal förlossningar	Antal enkelbölder	Antal flerbölder
1973	109 409	110 451	108 466	107 489	977
1974	110 040	110 606	109 059	108 139	920
1975	103 560	104 235	102 661	101 788	873
1976	98 354	98 890	97 515	96 693	822
1977	96 072	96 549	95 269	94 475	794
1978	93 156	93 703	92 302	91 466	836
1979	95 938	96 700	94 983	94 045	938
1980	96 744	97 500	95 861	94 997	864
1981	93 678	94 445	92 805	91 948	857
1982	92 107	93 122	91 266	90 429	837
1983	91 167	92 120	90 295	89 449	846
1984	92 907	94 270	91 968	91 051	917
1985	97 853	98 851	96 914	95 972	942
1986	101 340	102 164	100 259	99 204	1 055
1987	104 159	105 111	103 125	102 118	1 007
1988	111 470	112 502	110 213	108 982	1 231
1989	115 173	116 446	113 903	112 682	1 221
1990	122 620	124 381	121 219	119 847	1 372
1991	123 559	124 201	122 016	120 528	1 488
1992	122 782	123 244	121 123	119 534	1 589
1993	117 108	118 398	115 371	113 697	1 674
1994	111 078	112 605	109 551	108 054	1 497
1995	102 136	103 772	100 602	99 096	1 506
1996	94 733	95 627	93 303	91 921	1 382
1997	89 092	90 816	87 641	86 220	1 421
1998	85 839	89 352	84 422	83 030	1 392
1999	86 160	88 512	84 729	83 323	1 406
2000	89 722	90 796	88 331	86 901	1 430
2001	90 527	91 815	89 096	87 655	1 441
2002	94 296	96 167	92 831	91 378	1 453
2003	97 539	99 516	95 928	94 338	1 590
2004	100 476	101 261	99 075	97 695	1 380
2005	100 045	101 647	98 671	97 315	1 356

Mödrarnas ålder

Barnaföderskorna blir allt äldre. Den vanligaste barnafödande åldern bland förstföderskor är fortfarande mellan 25 och 29 år, men andelen förstföderskor mellan 30 och 34 år är nästan lika hög. Andelen tonårsmammor har minskat sedan 1973 medan andelen kvinnor som är 35 år eller äldre vid första barnets födelse har ökat kraftigt och utgör nu drygt 10 procent av alla förstföderskor.

Diagram 2. Mödrarnas åldersfördelning bland förstföderskor, 1973–2005



För omföderskor var tidigare den vanligaste mödraåldern mellan 25 och 29 år, men de senaste åren har kvinnorna mellan 30 och 34 år fött en större andel av barnen. 1973 var det 9 procent av omföderskorna som var 35 år eller äldre, medan motsvarande siffra 2005 är 28 procent.

Diagram 3. Mödrarnas åldersfördelning bland omföderskor, 1973–2005

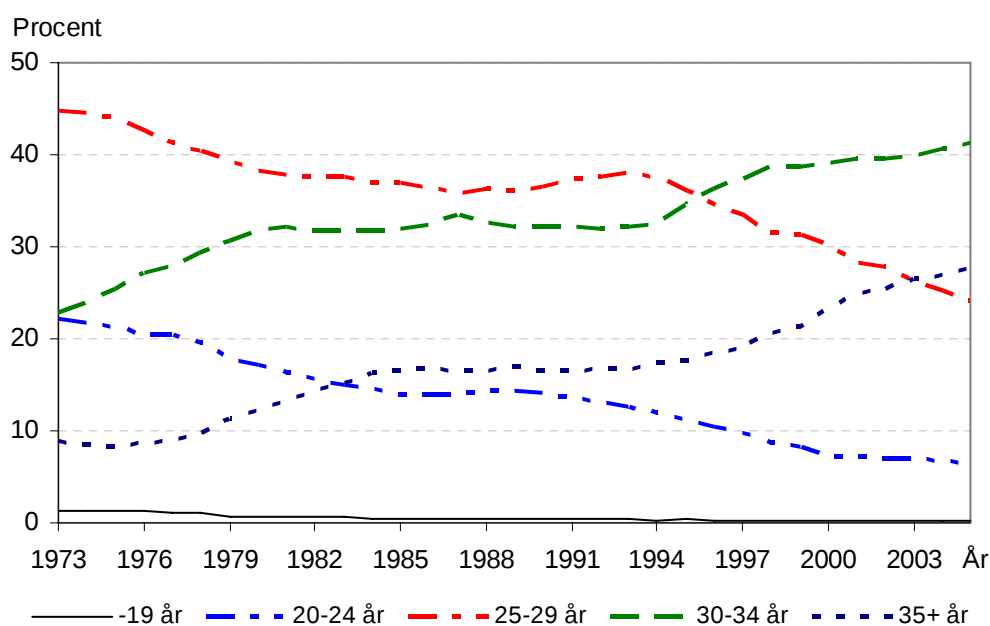
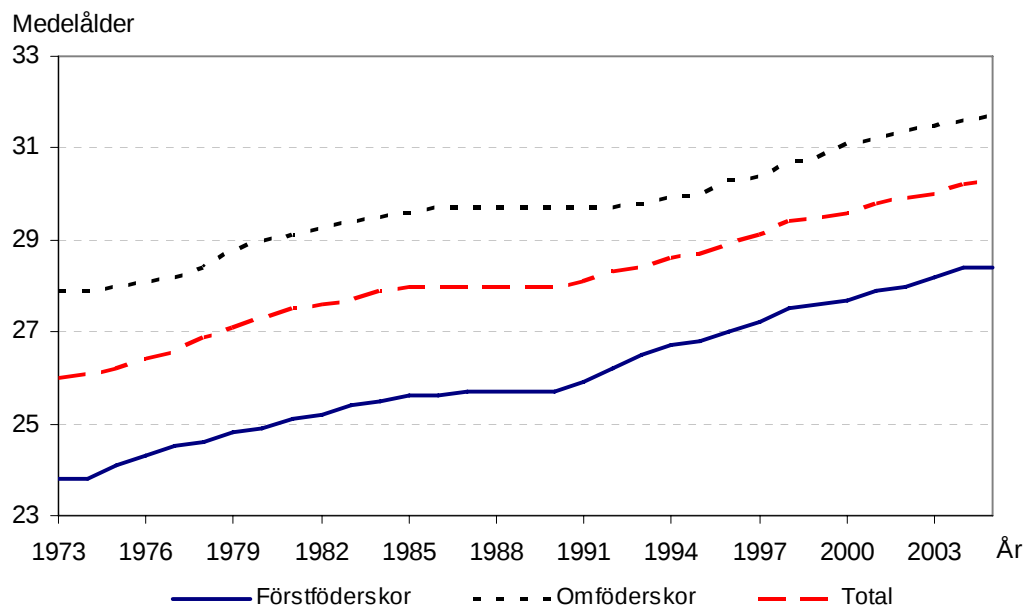
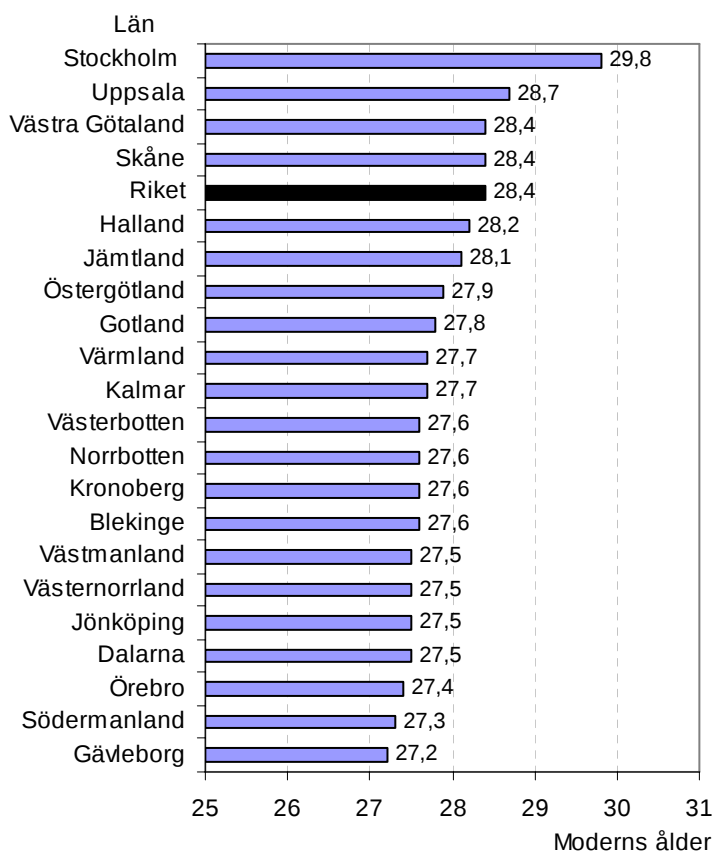


Diagram 4. Mödrarnas medelålder, 1973–2005



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

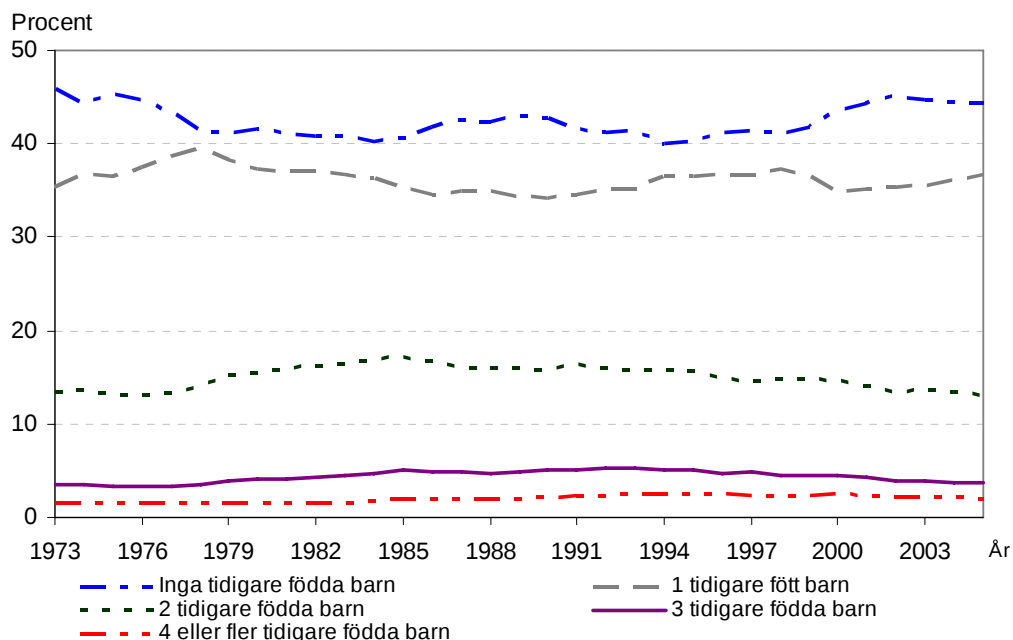
Diagram 5. Mödrarnas medelålder vid första barnet per län, 2005



Antal tidigare födda barn

Fördelning mellan förstföderskor och kvinnor som tidigare fött ett, två, tre, eller minst fyra barn sedan 1973 framgår av diagram 6. Det är vanligast att man föder ett eller två barn och det har inte skett några stora förändringar under åren.

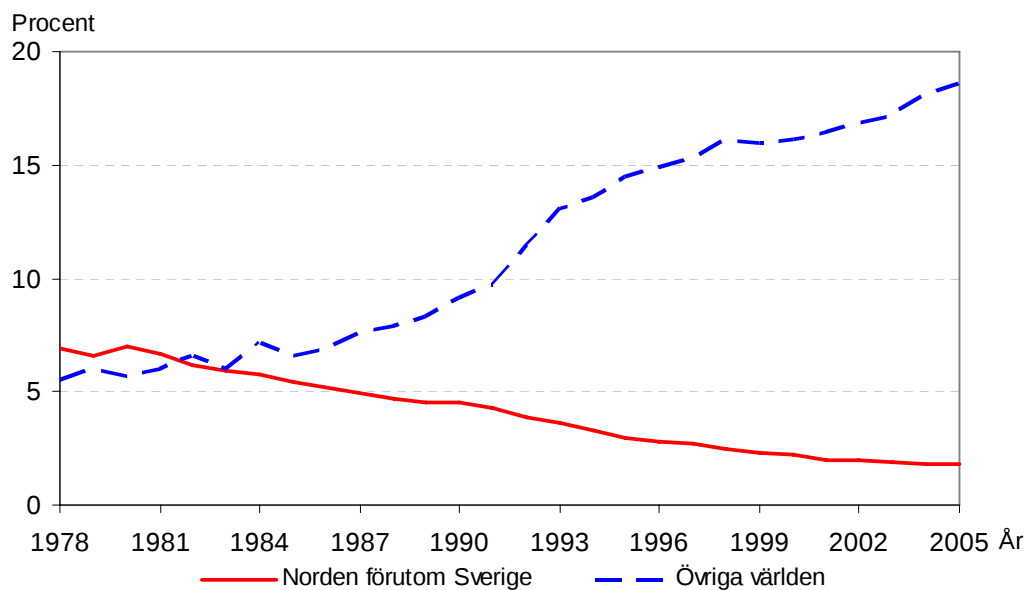
Diagram 6. Antal tidigare födda barn, 1973–2005



Mödrarnas födelseland

Andelen mödrar födda utanför Norden har ökat sedan 1978. För mödrar födda utanför Norden var under 2005 de vanligaste födelseländerna Irak, före detta Jugoslavien, Turkiet, Somalia och Libanon.

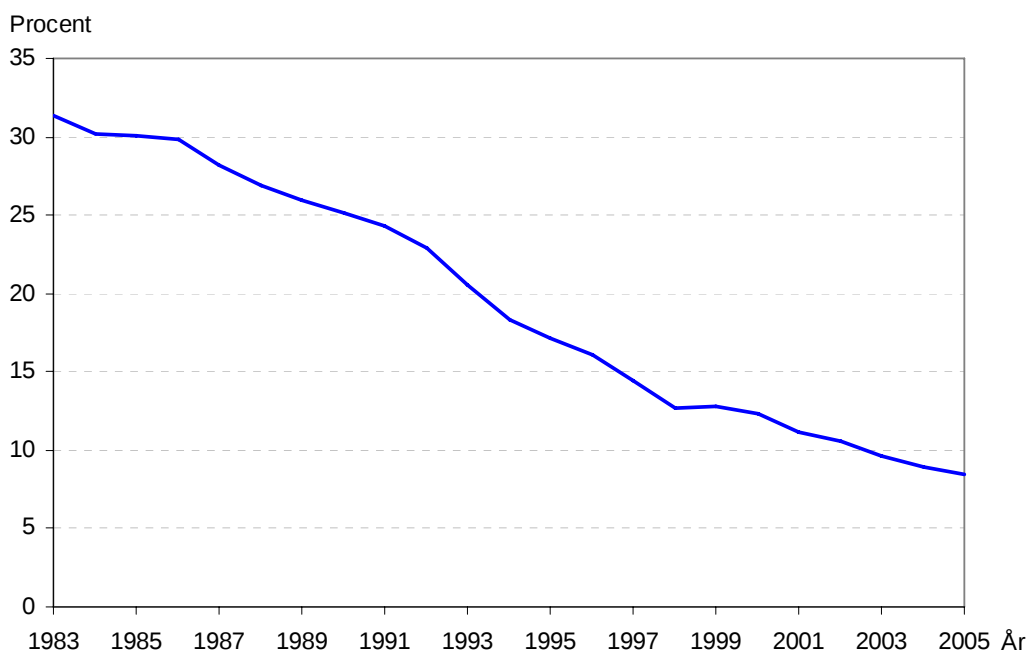
Diagram 7. Mödrarnas födelseland, 1978–2005



Rökning under graviditet

Rökning är en viktig riskfaktor under graviditet och kan bland annat leda till dålig fostertillväxt, för tidig avlossning av moderkakan, för tidig förlossning och dödföddhet. Uppgift om rökning finns i medicinska födelseregistret sedan 1983. Andel gravida som röker vid inskrivning hos mödravårdscentralen har minskat från drygt 31 procent 1983 till omkring 9 procent 2005. Rökningen har minskat i alla åldersgrupper, men är fortfarande vanligast bland de yngsta barnaföderskorna. Andelen gravida tonårsmammor som rökte var 28 procent år 2005 och hos kvinnor mellan 20 och 24 år var motsvarande andel 16 procent.

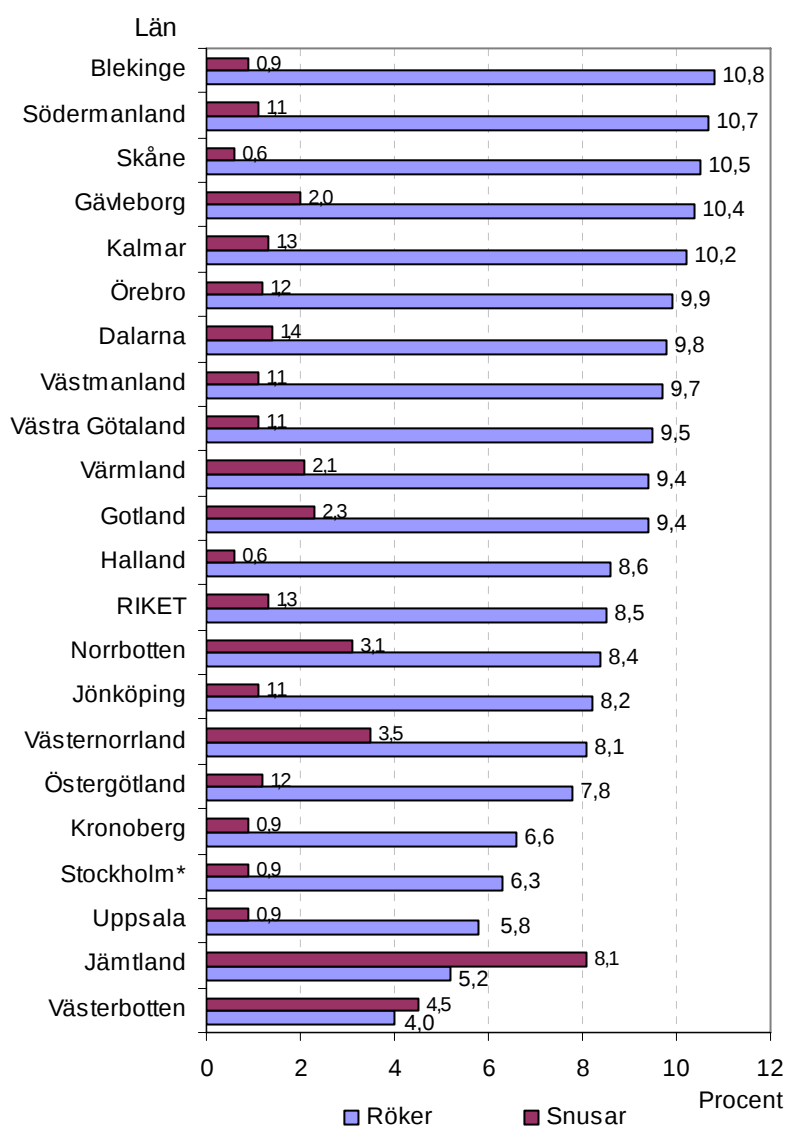
Diagram 8. Andel rökare under tidig graviditet, 1983–2005



Det finns en viss skillnad i förekomst av rökning under graviditet mellan länen (diagram 9). Sedan 1999 finns också uppgifter om snusanvändning i födelseregistret. I diagram 9 framgår det att snusanvändning är vanligast i de län där rökning är minst förekommande. För ytterligare information om rökning och snusning under graviditet och barnets första levnadsår hänvisar vi till rapporten "Tobaksvanor bland gravida och spädbarnsföräldrar" som går att ladda ner från Socialstyrelsens hemsida:

www.socialstyrelsen.se/Statistik/statistik_amne/graviditet/tobaksvanor.htm

Diagram 9. Andel rökare och snusare under tidig graviditet per län, 2005



* Över 30 procent saknar information om rök- och snusvanor.

Mödrarnas BMI

BMI

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

WHO delar in BMI i följande kategorier:

Undervikt: $BMI \leq 18,5$

Normalvikt: $BMI 18,5 - 24,9$

Övervikt: $BMI 25,0 - 29,9$

Fetma: $BMI \geq 30,0$

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

Information om mödrarnas vikt och längd har sedan 1992 noterats vid inskrivningen till mödrahälsovården. Genom information om vikt och längd kan man räkna ut BMI, kroppsmasseindex. Man brukar säga att ett BMI mellan 25 och 30 betecknar övervikt, medan ett BMI på 30 eller mer betecknar fetma. Övervikt och fetma medför ökade risker för komplikationer under graviditet (graviditetsdiabetes och blodtryckssjukdomar), tunga barn och dödföddhet. Från 1992 och framåt har BMI ökat bland såväl förstföderskor som omföderskor (diagram 11). År 2005 var nästan 25 procent av samtliga mödrar överviktiga och drygt 11 procent feta (diagram 10).

Diagram 10. Övervikt (BMI 25–29,9) och fetma (BMI 30 eller mer) vid inskrivning till mödrahälsovården, 1992–2005

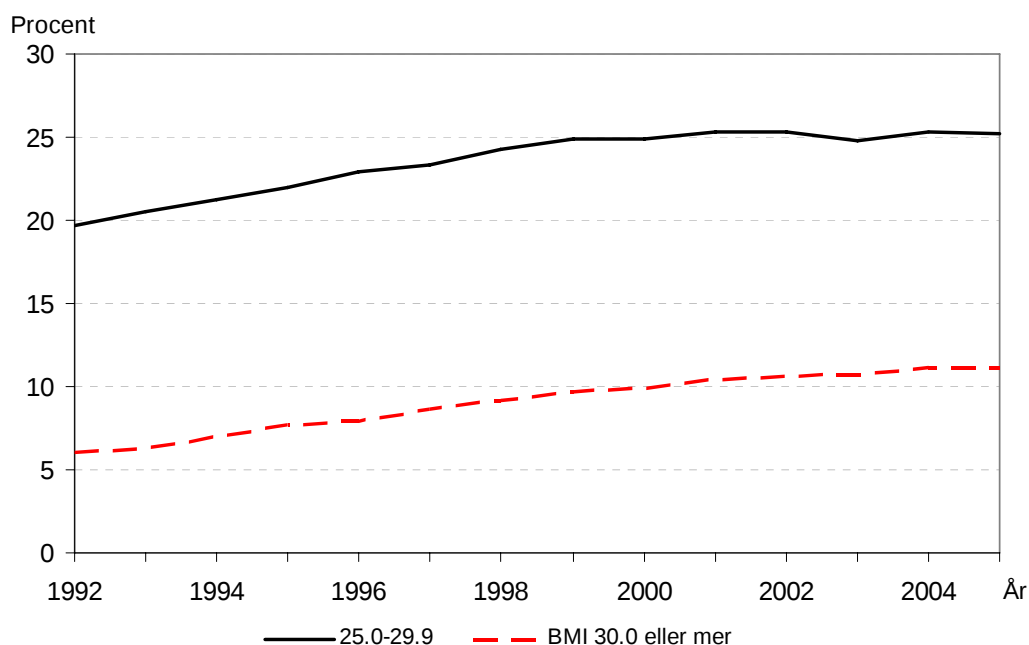
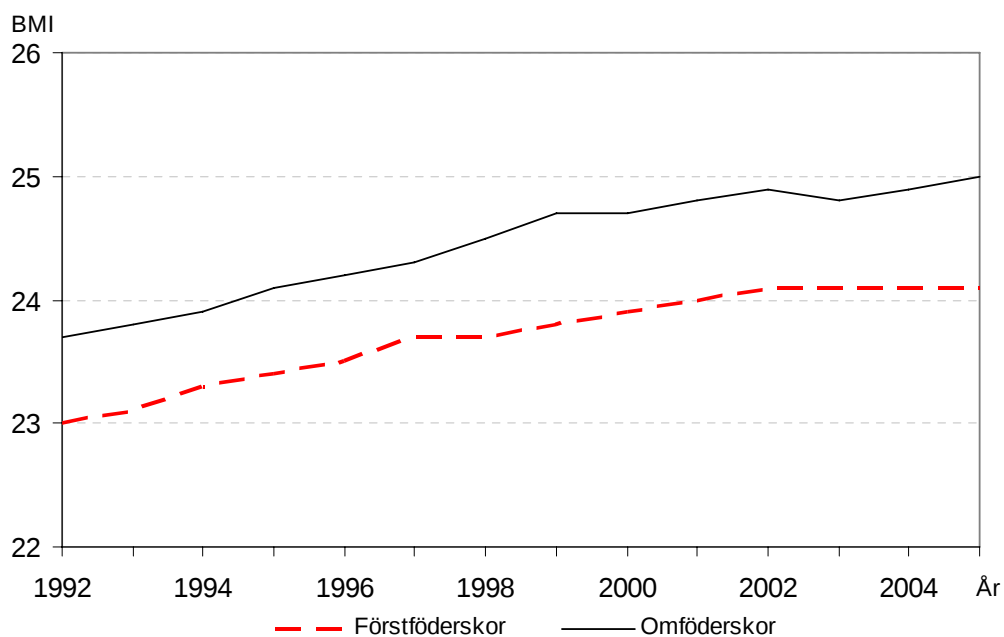
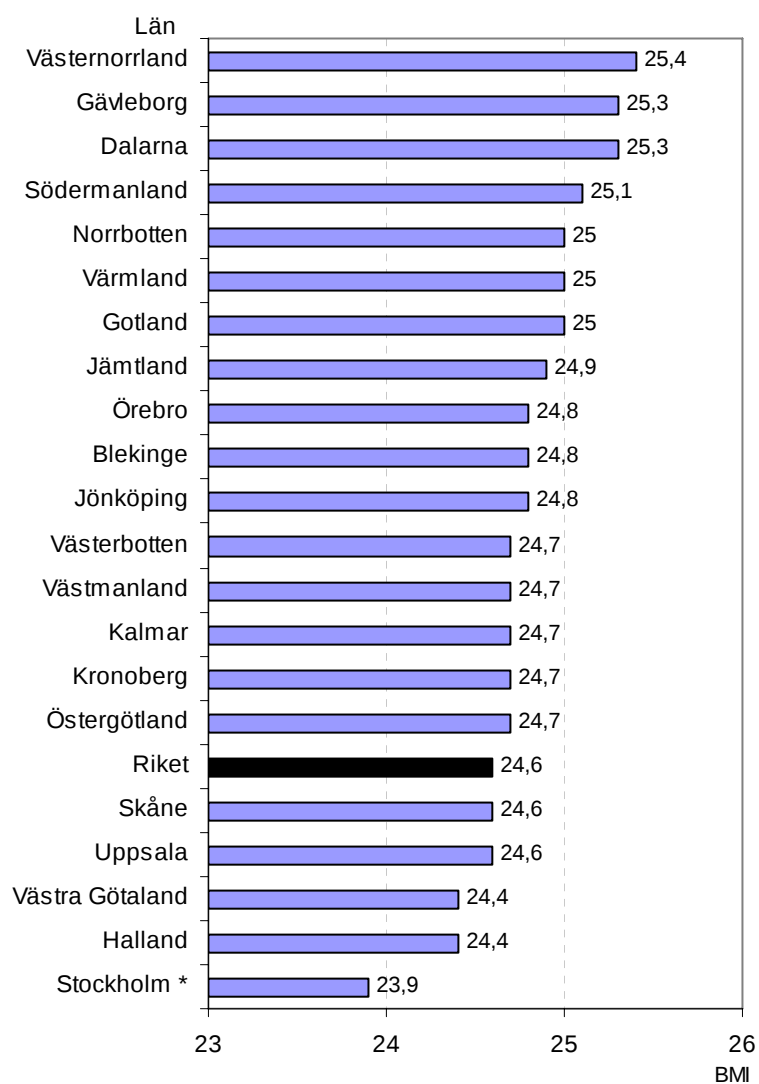


Diagram 11. BMI (medelvärde) vid inskrivning till mödrahälsovården, 1992–2005



Kvinnornas BMI varierar något över länen. Lägst BMI har gravida kvinnor i Stockholm och högst i Västernorrland (diagram 12).

Diagram 12. BMI (medelvärde) vid inskrivning till mödrahälsovården per län, 2005



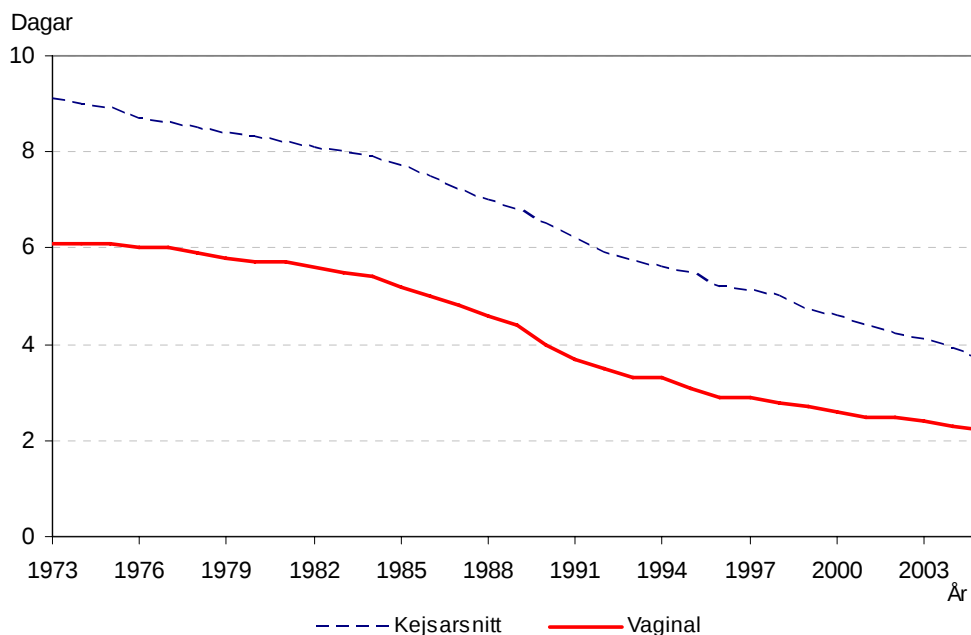
* Över 30 procent saknar information om BMI.

Förlossning

Vårdtid

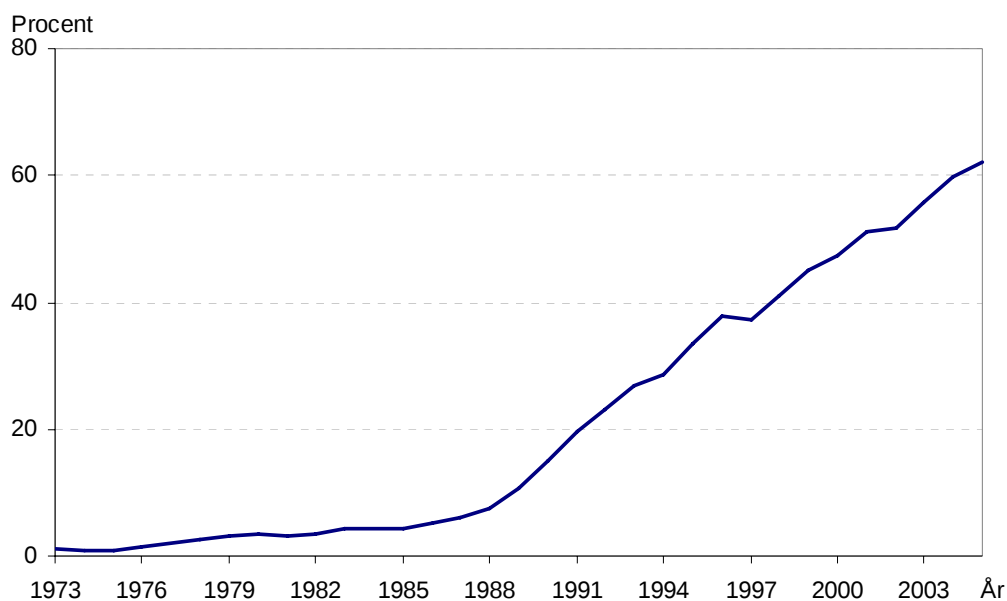
Medelvårdtiden på BB vid vaginal förlossning respektive kejsarsnitt har minskat anmärkningsvärt över tiden. År 2005 var exempelvis medelvårdtiden efter kejsarsnitt lägre än medelvårdtiden för vaginal förlossning under 1970- och 1980-talen (diagram 13).

Diagram 13. Medelvårdtid på BB vid enkelbörd med vaginal förlossning respektive kejsarsnitt, 1973–2005



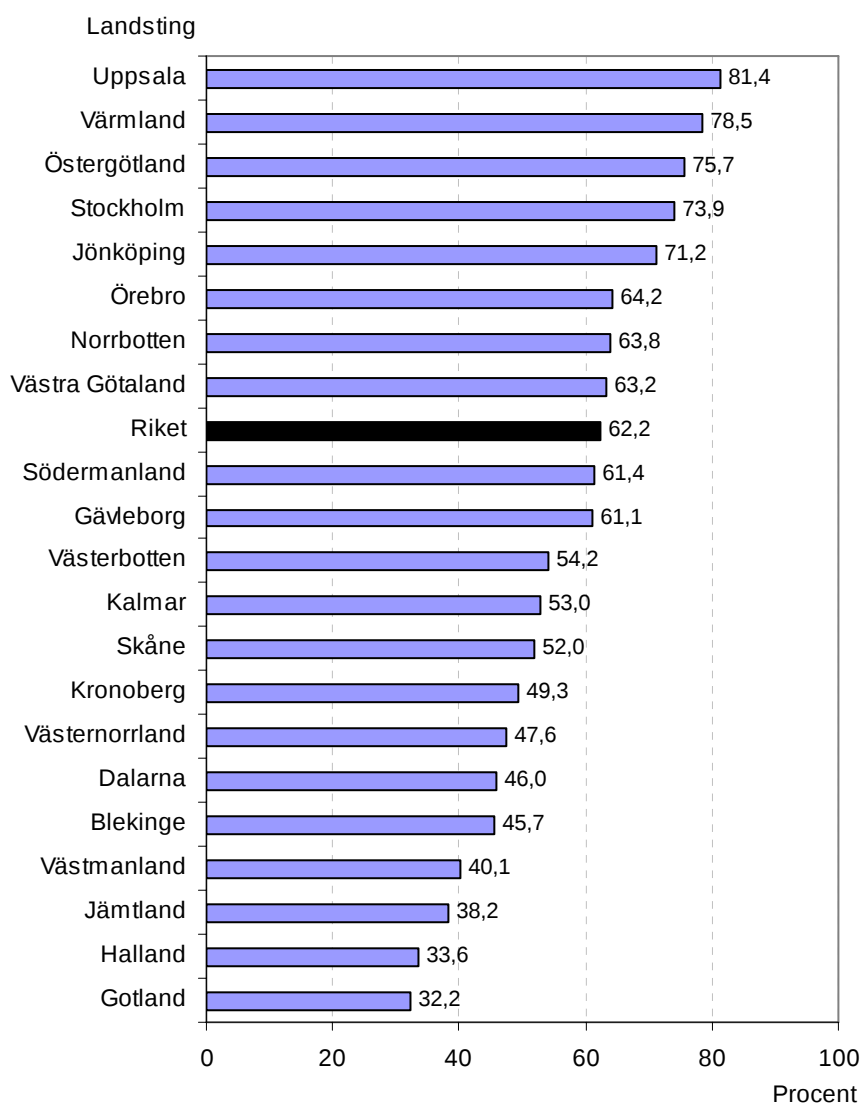
Det har skett en dramatisk förändring av andelen kvinnor med kort vårdtid på BB. År 2005 vårdades mer än 60 procent av alla vaginalförlösta kvinnor i högst två dygn (diagram 14).

Diagram 14. Andel med kort vårdtid (0–2 dygn) vid vaginal förlossning, 1973–2005



Andelen med kort vårdtid med vaginalförlossning varierar anmärkningsvärt: från drygt 80 procent i Uppsala till omkring 32 procent på Gotland (diagram 15). Vissa län, exempelvis Uppsala län, har en utbyggd verksamhet med barnmorskebesök i hemmet, vilket inte syns i statistiken. Vi ser stora skillnader mellan olika landsting, eftersom faktorer som avstånd till sjukhus, tillgång på uppföljning i hemmet, patienthotell eller annan kvalificerad efteruppföljning sannolikt påverkar vårdtiderna. Troligen kan skillnaderna också avspegla variationen i resurstillgång och lokala vårdtraditioner.

Diagram 15. Andel med kort vårdtid (0–2 dygn) vid vaginal förlossning per landsting, 2005



Smärtlindring

Smärtlindringar

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

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

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

Ryggbedövning (epiduralblockad) är vanligare hos förstföderskor (diagram 16) jämfört med omföderskor (diagram 17). Användning av epiduralblockad ökade i början av 1990-talet, men nådde en plåtå omkring 1997. Ökningen beror sannolikt på att man införde en ny epiduralmetod som tillåter kvinnan att vara uppe och gå trots blockaden. Det har skett en påtaglig nedgång i användningen av pudendusblockad sedan slutet på 1980-talet. En möjlig förklaring till den kraftiga nedgången av pudendusblockader är att metoden har uppfattats hämma värkarbetet i förlossningens slutskede.

Diagram 16. Smärtlindring vid vaginal förlossning bland förstföderskor, 1973–2005

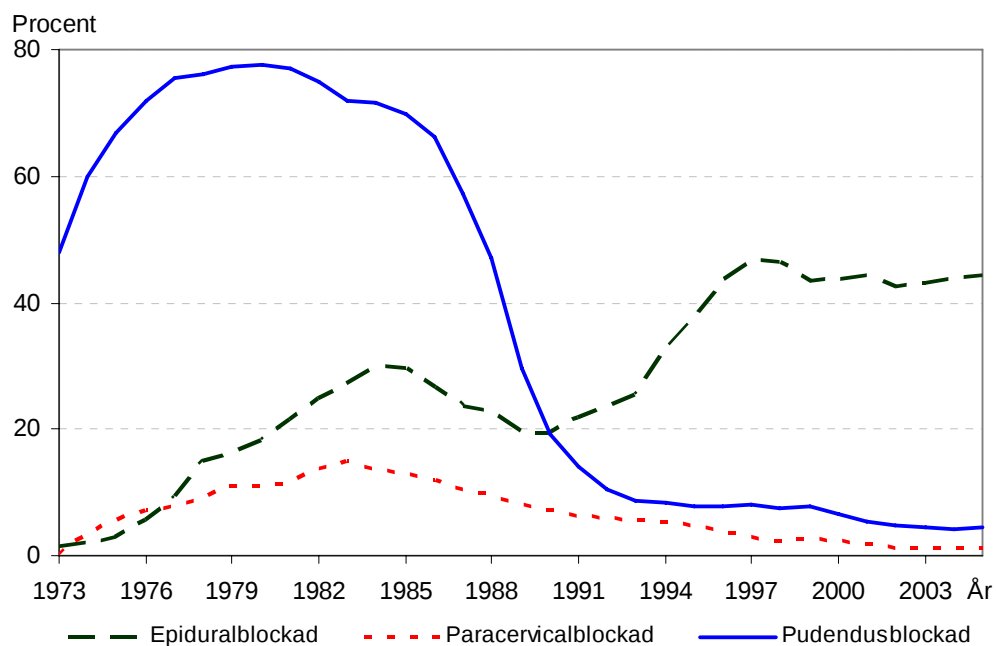
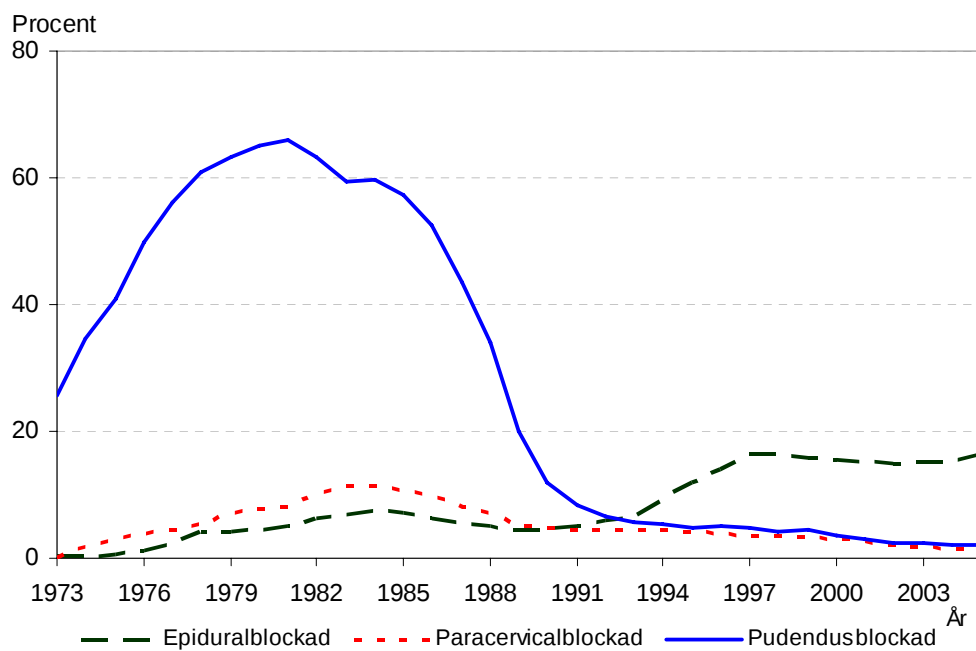


Diagram 17. Smärtlindring vid vaginal förlossning bland omföderskor, 1973–2005



De variationer i användning av epiduralblockad som vi under 1980-talet kunde se över dygnet och mellan sjukhus var under perioden 2003–2005 betydligt mindre (diagram 18 och 19).

Diagram 18. Epiduralblockad vid vaginal förlossning bland förstföderskor efter födel-
seklockslag, 1973–2005

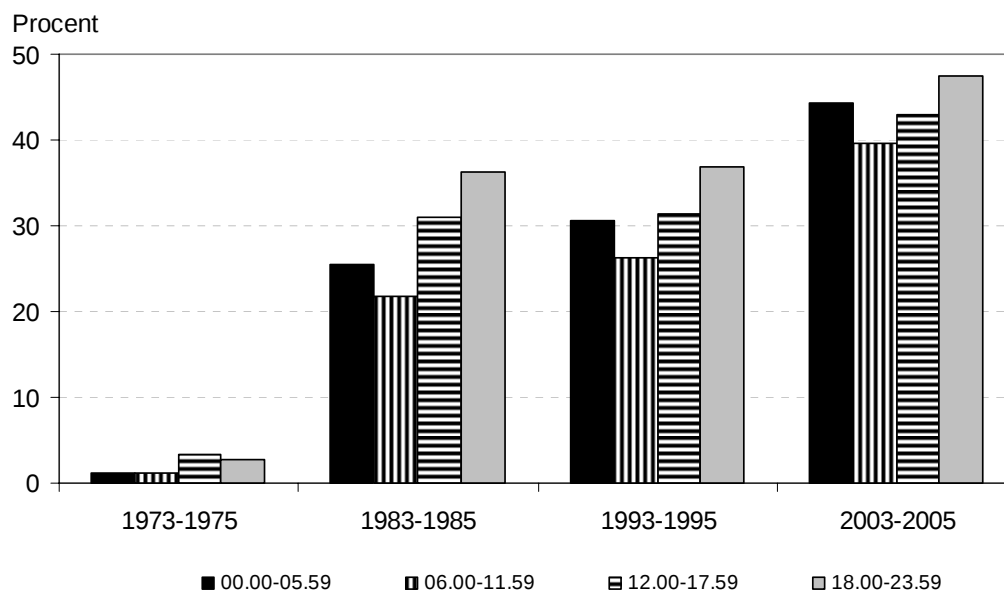
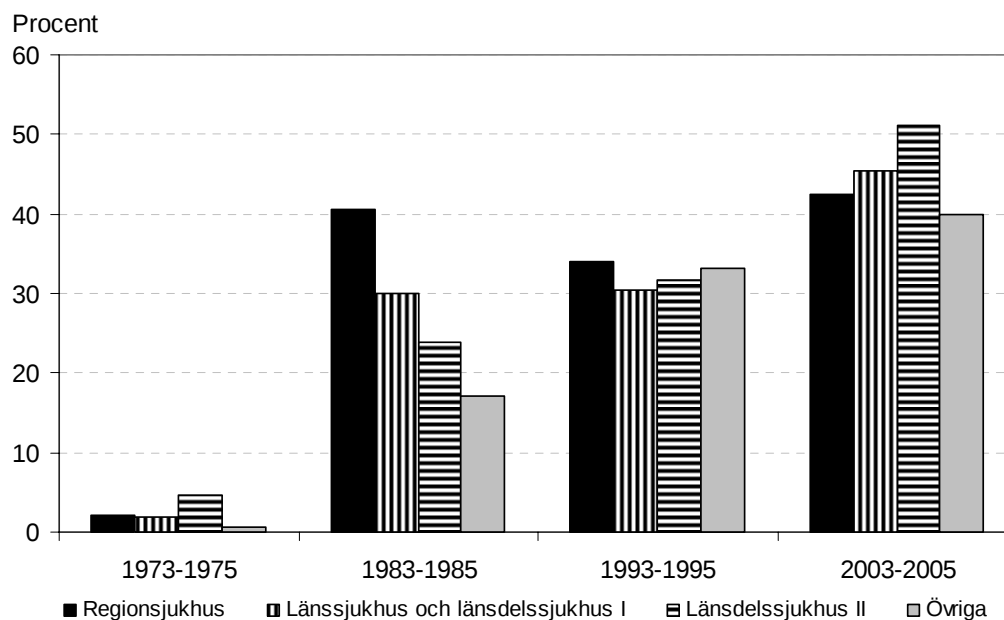


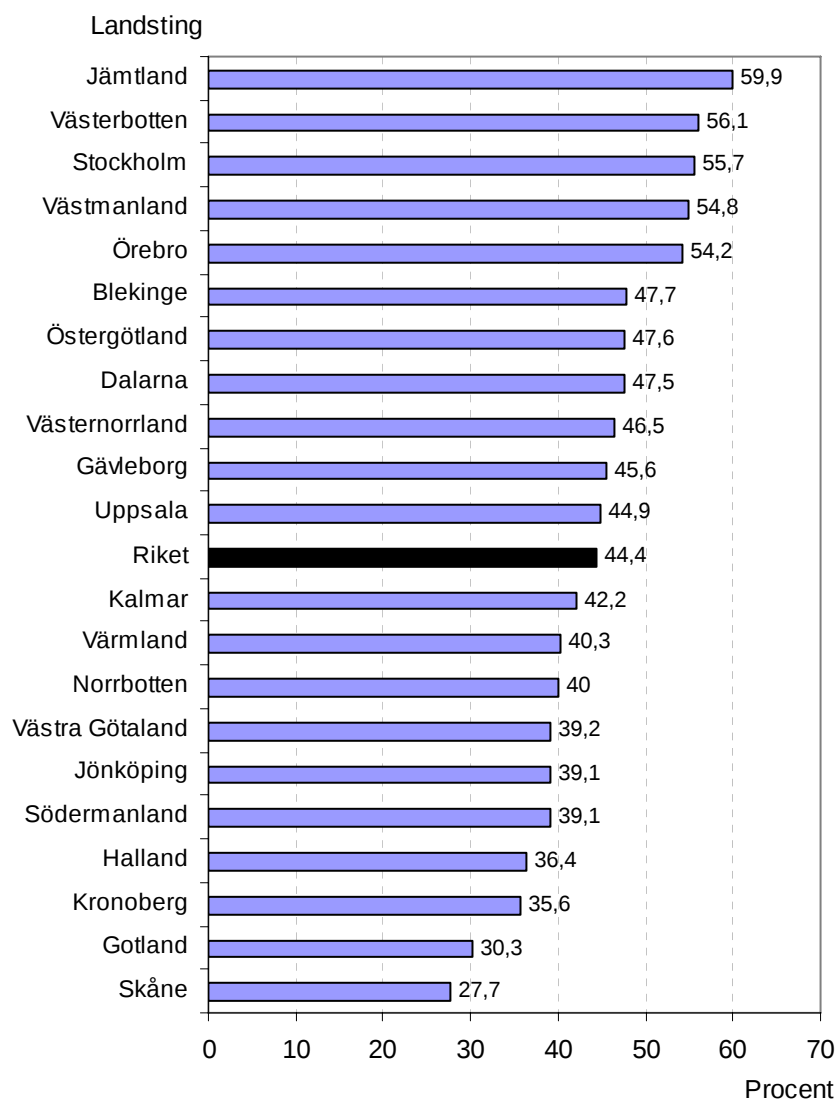
Diagram 19. Epiduralblockad vid vaginal förlossning bland förstföderskor efter sjuk-
hustyp, 1973–2005



Förekomst av epiduralblockad bland förstföderskor vid vaginalförlossning varierar mellan landstingen. Skillnader mellan olika landsting kan avspegla skillnader

i inställningar och vårdtraditioner inom mödra- och förlossningsvård och variationer i tillgång på narkosläkare. Lägst andel blockader lades i Skåne med 28 procent och den högsta andelen hade Jämtland med 60 procent (diagram 20).

Diagram 20. Epiduralblockad vid vaginal förlossning bland förstföderskor per landsting, 2005



Kejsarsnitt och vaginala instrumentella förlossningar

Kejsarsnitt och instrumentell förlossning

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

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

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

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

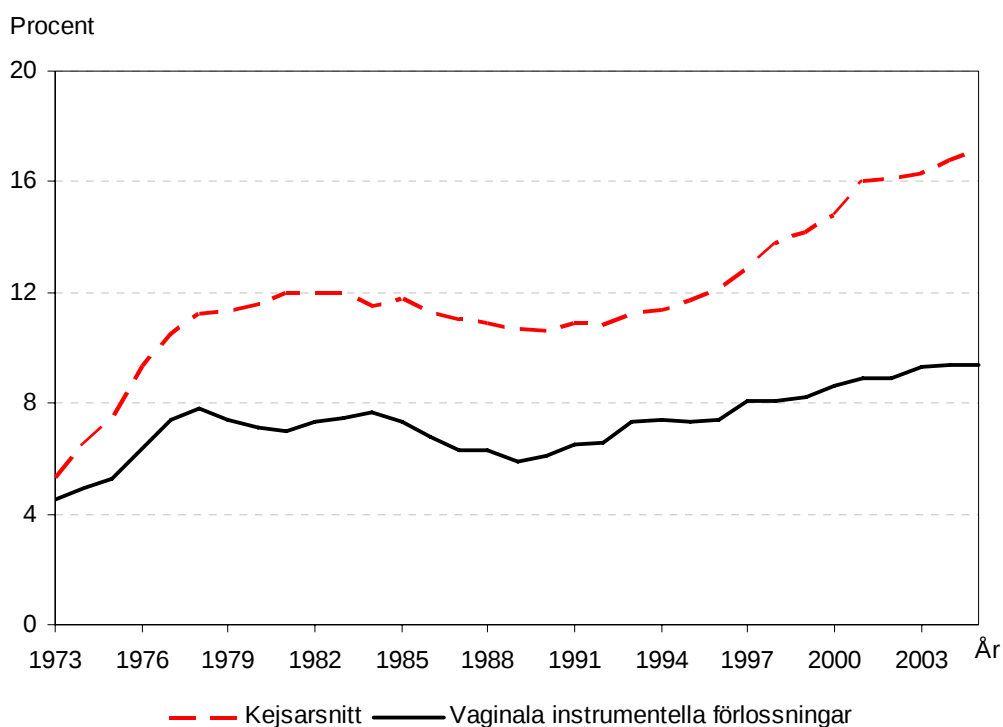
Tång har använts sedan länge, men har mer och mer kommit att ersättas av sugklockan. Många erfarna förlossningsläkare föredrar dock tång i vissa situationer. En förlossningstång består av två metallskedar, som kan kopplas ihop och läggas som en tång runt barnets huvud och tången låses så att barnets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

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

Andelen kvinnor som blir förlösta med kejsarsnitt ökar i Sverige. Under slutet av 1980-talet och början av 1990-talet var andelen kejsarsnitt cirka 12 procent vilket har stigit till nästan 17 procent år 2005. Vaginala instrumentella förlossningar (sugklocka och tång) visar också en tendens till att öka, men inte lika snabbt som

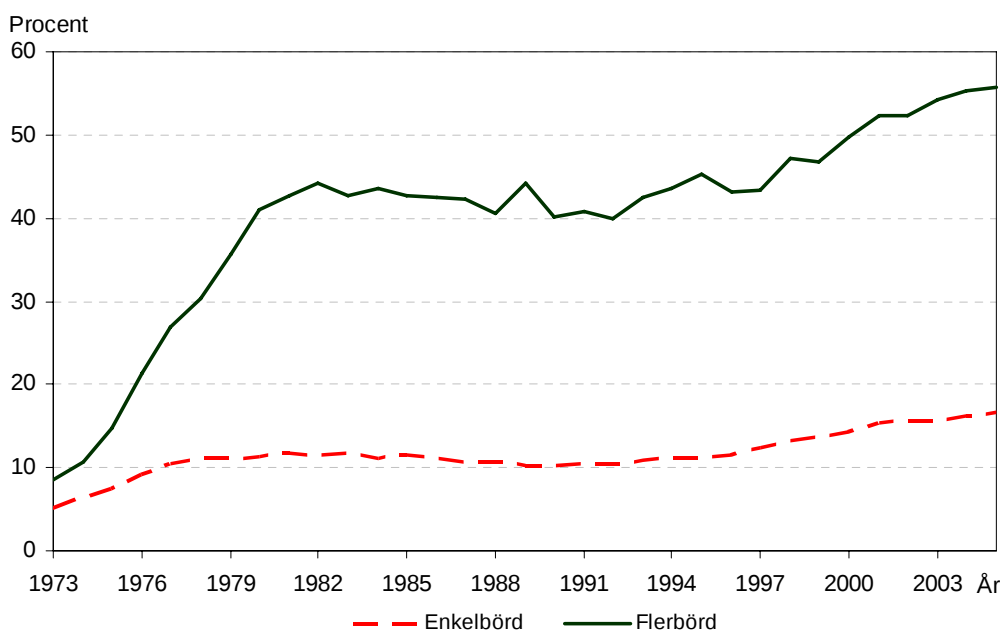
andelen kejsarsnitt. Över 9 procent av kvinnorna blir förlösta med sugklocka eller tång.

Diagram 21. Kejsarsnitt och vaginala instrumentella förlossningar, 1973–2005



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

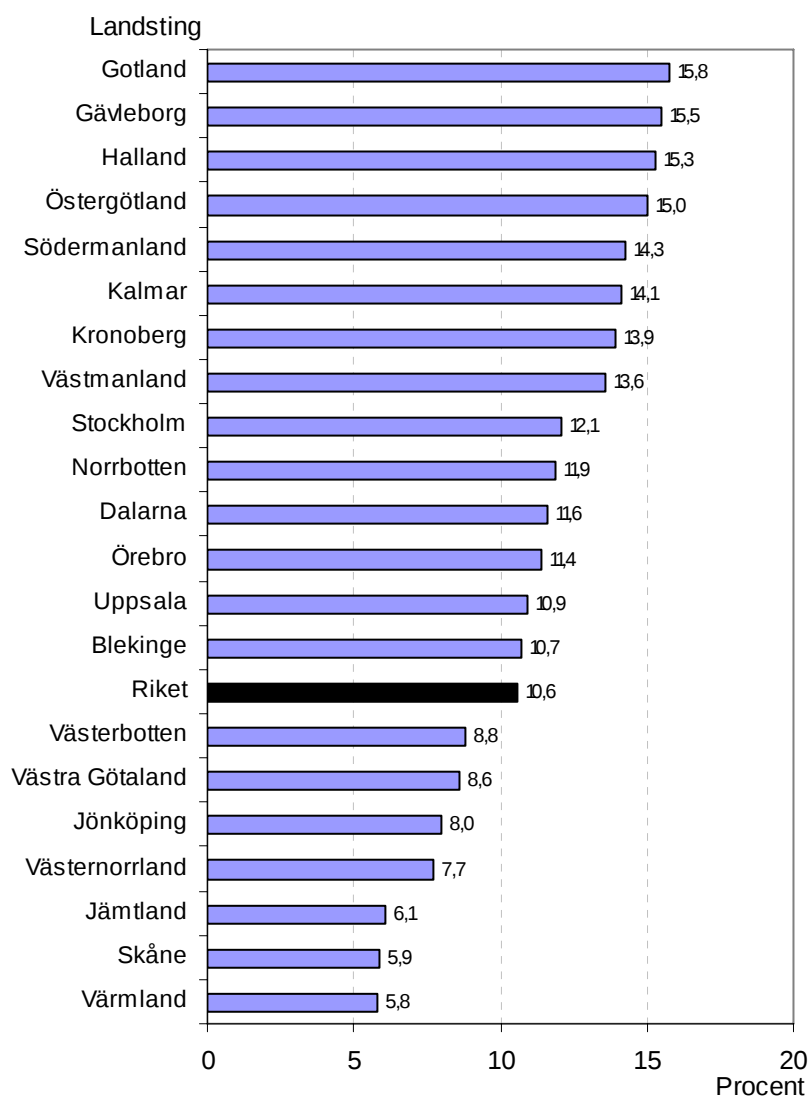
Diagram 22. Kejsarsnitt vid enkelbörd och flerbörd, 1973–2005



Andelen kejsarsnitt hos förstföderskor utan riskfaktorer och med okomplicerad graviditet (blir förlöst i normal tid, frisk, icke-rökare, icke-snusare, normal vikt vid inskrivning till mödravården, mellan 25 och 29 år, sammanboende, inga sjukdomar under graviditeten och normal barnvikt) skiljer sig inom Sverige.

För dessa graviditeter uppvisar Gotland, Gävleborg och Halland den högsta kejsarsnittsfrekvensen medan Värmland, Skåne och Jämtland har den lägsta förekomsten av kejsarsnitt.

Diagram 23. Andel kejsarsnitt bland förstföderskor utan riskfaktorer och med okomplicerad graviditet* per landsting, 2005



* Moders ålder 25–29, BMI 18,5–24,9, födelsevikt 3000–3999 gram, icke-rökare, icke-snusare, inga sjukdomar, graviditetslängd 38–41 veckor (+6 dagar) och sammanboende.

Sätesbjudning

Sätesförlossningar

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

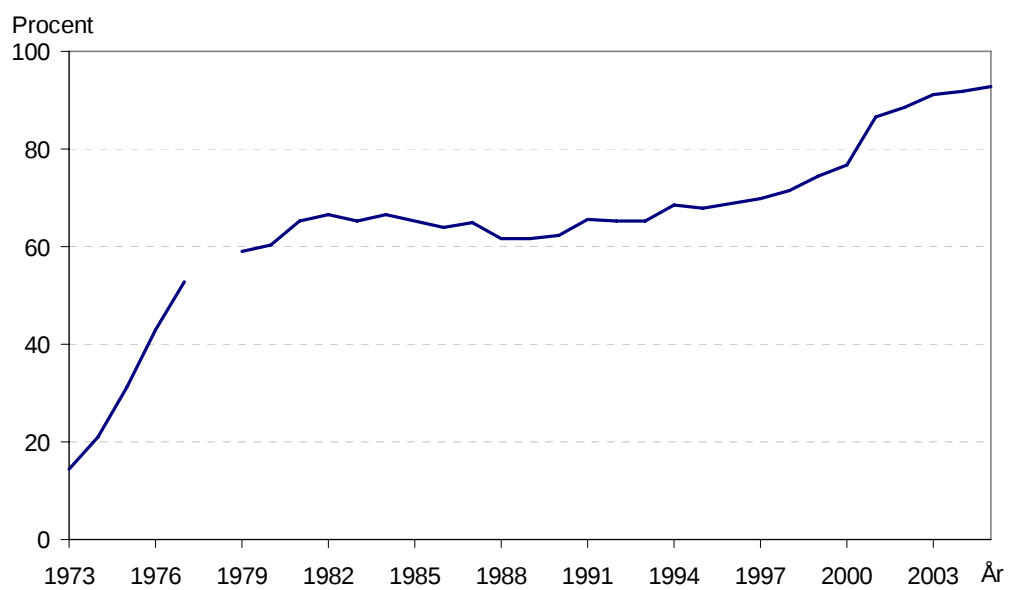
Barnet kan komma med benen böjda i höfter och knän framför kroppen (fot-säte) eller med benen uppåträckta längs kroppen (rent säte) eller med en eller båda fötterna först (fotbjudning). Av dessa bjudningar är den förstnämnda den mest gynnsamma för vaginal förlossning.

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

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

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

Diagram 24. Kejsarsnitt vid sätesbjudning bland enkelbörder, 1973–2005



Not: Tillförlitliga uppgifter saknas för år 1978.

Uppgifter om barnen

Flerbörd och assisterad befruktning

Assisterad befruktning

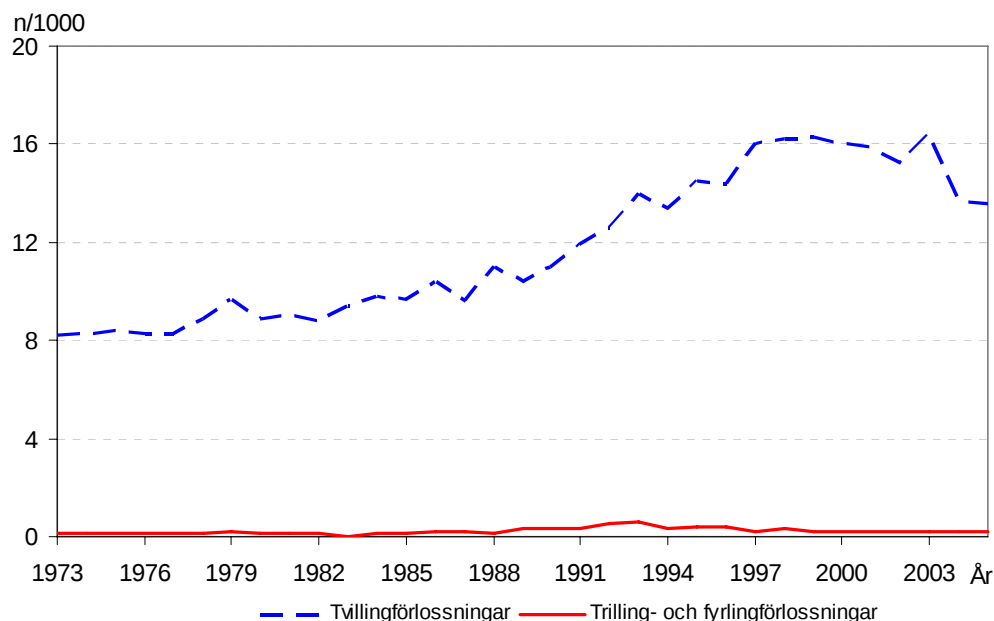
Assisterad befruktning innebär att gameterna (ägg och spermier) hanteras utanför kroppen. Det kan ske med spermier enbart; insemination antingen med partners spermier, så kallad makeinsemination, eller insemination med spermier från en givare/donator. Det kan också ske genom att både ägg och spermier sammanförs på laboratoriet, provrörsbefruktning eller så kallad in vitro-fertilisering (IVF).

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

Provrörsbefruktning: Man plockar ägg från mogna äggblåsor på kvinnans äggstock efter hormonstimulering och befruktar äggen med mannens sperma i ett provrör, varefter ett eller flera befruktade ägg återförs in i kvinnans livmoder för att utvecklas vidare. Under perioden 1991–1993 förbättrades behandlingsresultaten vid IVF successivt. Därefter har de legat relativt oförändrade trots en övergång från först tre till två befruktade ägg som inleddes 1993 och därefter en övergång från två till ett befruktat ägg som påbörjades i liten omfattning år 2000. Socialstyrelsens nya föreskrifter gällande från januari 2003, att endast ett befruktat ägg som regel skall återföras, påskyndade övergången till ett befruktat ägg med bibehållna resultat men klar sänkning av flerbördsfrekvensen.

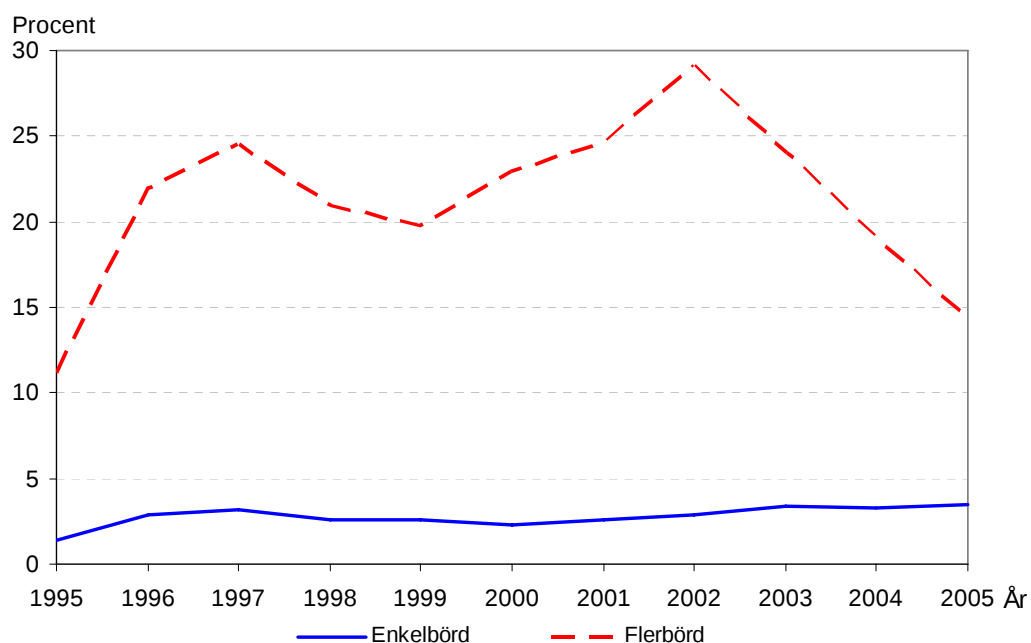
Tvillinggraviditet blev vanligare mellan 1980-talet och slutet av 1990-talet på grund av ökad förekomst av assisterad befruktning med införande av flera befruktade ägg. Sedan 2002 har trenden brutits tack vare att rekommendationen nu är att man vid in vitro-fertilisering (IVF) endast återför ett befruktat ägg. Andelen trilling- och fyrlingförlossningar har endast ökat marginellt sedan 1970-talet.

Diagram 25. Antal tvilling-, trilling- och fyrlingförlossningar per 1 000 förlossningar, 1973–2005



Andelen barn som föds efter assisterad befruktning har ökat sedan 1973. Andelen barn som föds efter assisterad befruktning är högre för flerbördsgraviditeter och utgjorde år 2002 nästan 30 procent. Andelen minskar sedan 2002.

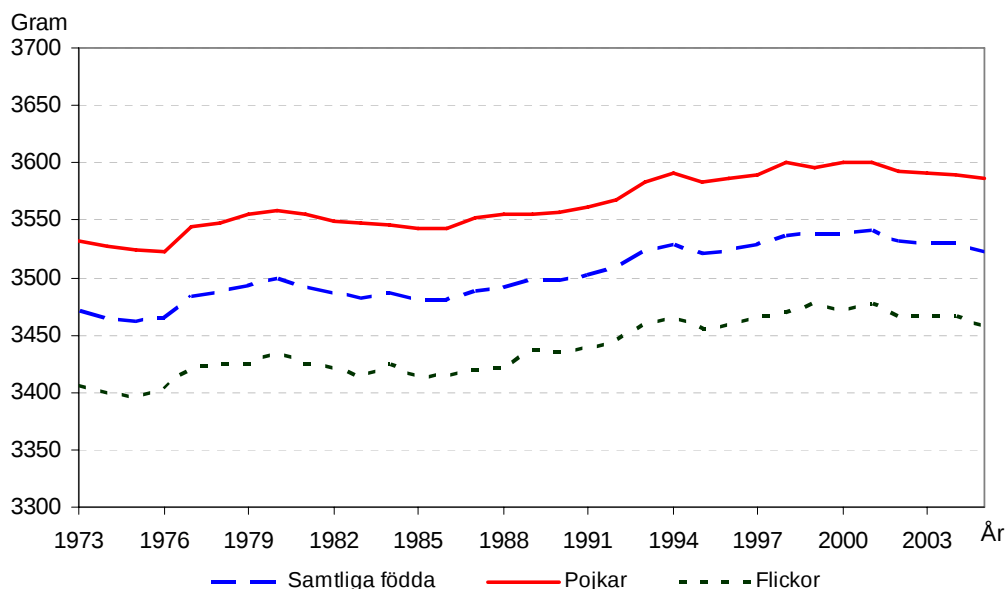
Diagram 26. Andel assisterad befruktning vid enkelbörd och flerbörd 1995–2005



Födelsevikt

Medelfödelsevikten har ökat vilket beror på att andelen tunga barn har ökat och andelen lätta barn har minskat. Det kan i sin tur bero på att mödrarnas kroppsvikt har blivit högre och att andelen rökare bland de födande kvinnorna har minskat. Födelsevikten vid första barnet är i de flesta fall lägre än för efterföljande barn.

Diagram 27. Genomsnittlig födelsevikt hos flickor och pojkar, 1973–2005



Induktion

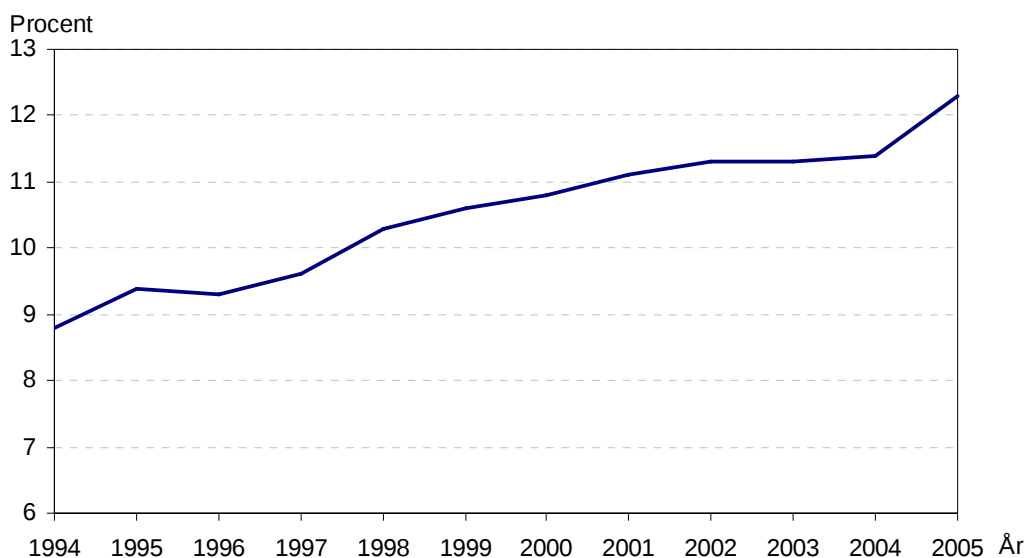
Överburen graviditet (42 graviditetsveckor eller längre) är den vanligaste anledningen till att man kan behöva sätta igång, inducera, en förlossning. Om den gravida kvinnan är överburen finns det risk både för att barnet blir för stort, vilket kan göra själva förlossningen mer komplicerad, och för att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

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

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

Sedan 1994 har andelen vaginala förlossningar som startar med induktion ökat. Orsaken till ökningen beror delvis på att förlossningsklinikerna i ett tidigare skede sätter igång överburna graviditeter.

Diagram 28. Förlossningar som startas med induktion av alla vaginala förlossningar, 1994–2005



Gestationsålder

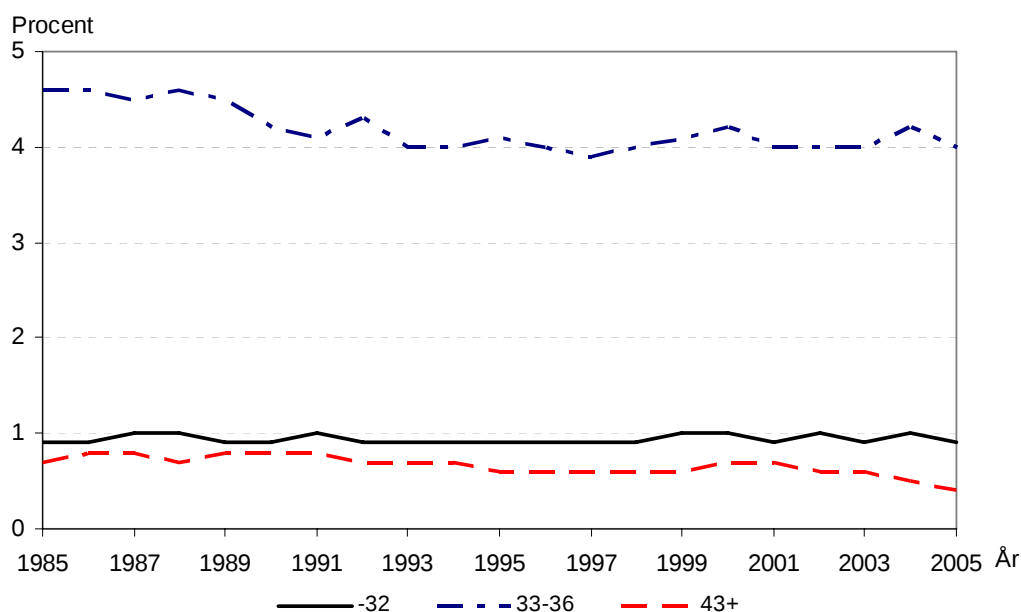
Gestationsålder

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

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

Mellan 1985 och 2005 har inga större förändringar skett i andelen barn som blir förlösta prematurt dvs. före utgången av 37:e graviditetsveckan. När det gäller graviditeter som är överburna, det vill säga graviditeter som gått längre än vecka 43, har en liten minskning skett sedan 1985.

Diagram 29. Gestationsålder bland levande födda i enkelbörd, 1985–2005



Döda under nyföddhetsperioden

Dödlighet

Intrauterin fosterdöd (dödföddhet): I Sverige definieras intrauterin fosterdöd som framfödandet av ett dött foster, som har en gestationsålder av minst 28 kompletta veckor. Internationellt brukar gränsen vara 22 kompletta veckor och om gestationsåldern inte är känd, en födelsevikt på 500 gram.

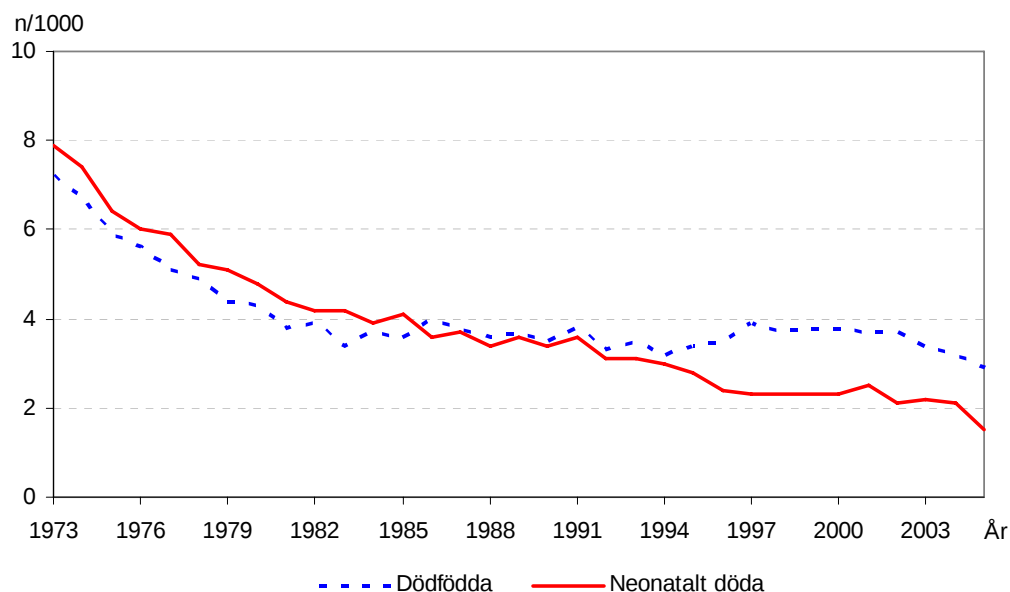
Fosterdöden kan inträffa under förlossningen, vilket är ovanligare, eller före förlossningen. Missbildningar, infektioner, allvarlig sjukdom hos modern, komplikationer i moderkaka och/eller navelsträng är några orsaker till fosterdöd, men fortfarande kan man inte identifiera någon uppenbar orsak till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

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

Neonatal dödlighet: Neonatal dödlighet är det antal barn som avlidit inom 28 dagar efter förlossningen.

Förekomsten av intrauterin fosterdöd (dödfödda barn) minskade kraftigt från 1973 till 1985, och därefter har utvecklingen stannat av och andelen dödfödda är fortfarande 3–4 per 1 000 förlossningar. Förekomst av neonatal dödlighet (levande födda barn som avlider inom 28 dagar) fortsätter att minska i omfattning.

Diagram 30. Dödföddhet och neonatal dödlighet (0–27 dygn), 1973–2005

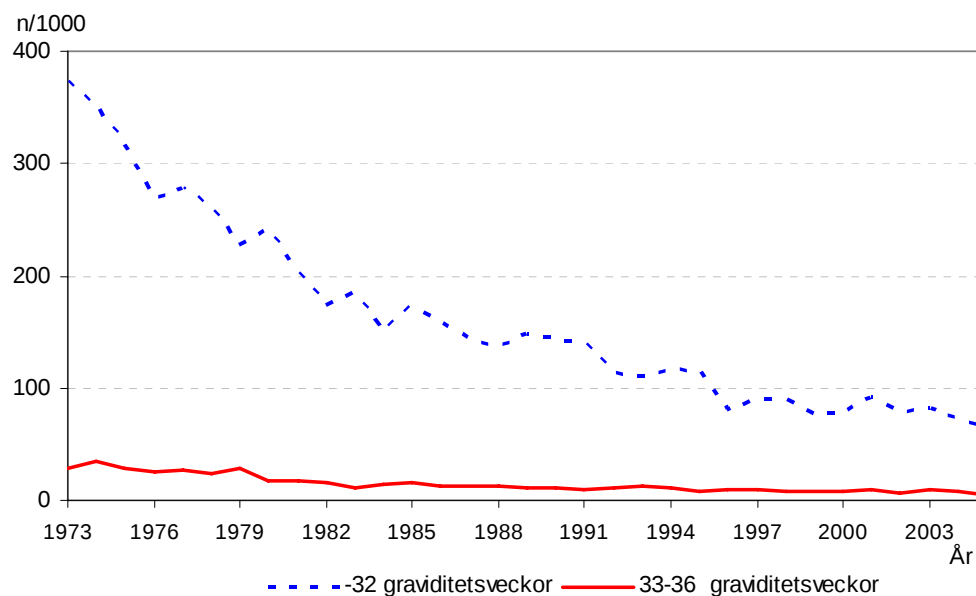


Tabell 2. Dödföddhet och neonatal dödlighet (0–27 dygn), 2005

	Antal födda	Dödfödda		Neonatalt döda	
		Antal	Per 1 000 födda	Antal	Per 1 000 levande födda
Enkelbörd	97 306	280	2,9	129	1,3
Flerbörd	2 730	11	4,0	19	7,0
Alla födda	100 045	291	2,9	148	1,5

Andelen av de för tidigt födda barnen som dör neonatalt har minskat successivt från 1973, och det gäller framför allt för de barn som är födda före graviditetsvecka 32, vilket framgår av diagram 31. Detta beror troligen på att neonatalvården har blivit bättre. Mycket få barn avlider senare i neonatalperioden och någon tydlig trend kan knappast skönjas. Anledning till kort gestationsålder kan variera (till exempel planerad förlossning på grund av sjukdom hos modern eller sjukdom hos barnet eller för tidig spontan förlossning) och förstås påverka barnets hälsotillstånd och vitalitet efter förlossningen. En relativt hög andel av de för tidigt födda barnen som dör under den senare neonatalperioden har en medfödd sjukdom eller missbildning.

Diagram 31 . Neonatal dödlighet (0–27 dygn) bland för tidigt födda barn, 1973–2005



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

Tabell 3. Dödlighet per graviditetsvecka bland levande födda enkelbörder, 1995–2005

Graviditets- längd i veckor	Antal levande födda	Döda inom 0–6 dygn		Döda inom 7–27 dygn	
		Antal	Per 1 000 levande födda	Antal	Per 1 000 levande födda
22–24	507	180	355,0	39	76,9
25–26	997	128	128,4	49	49,1
27–28	1 447	102	70,5	29	20,0
29–30	2 217	82	37,0	13	5,9
31–32	4 011	112	27,9	23	5,7
33–34	9 792	136	13,9	22	2,2
35–36	30 684	134	4,4	48	1,6
37–38	183 374	151	0,8	90	0,5
39–41	687 407	283	0,4	152	0,2
42+	73 827	76	1,0	18	0,2
Totalt	995 431	1407	1,4	493	0,5

Som framgår av Tabell 4 är både dödföddheten och den tidiga spädbarnsdödligheten ökad för barn till unga (19 år eller yngre) och äldre (35 år eller äldre) kvinnor, för barn till kvinnor som röker, och för barn till överviktiga eller feta kvinnor. Risken för dödföddhet är också högre för det första barnet och för barn till kvinnor med födelseland utanför de nordiska länderna.

Tabell 4. Dödföddhet och neonatal dödlighet uppdelad på mödrarnas karaktäristiska, 1995–2005

		Dödfödda		Döda inom 0–6 dygn		Döda inom 7–27 dygn	
	Antal födda	Antal	Per 1 000 födda	Antal	Per 1 000 levande födda	Antal	Per 1 000 levande födda
Moderns ålder							
19 år eller yngre	19 239	77	4,0	44	2,3	14	0,7
20–24 år	147 107	451	3,1	253	1,7	93	0,6
25–29 år	344 231	1 059	3,1	519	1,5	159	0,5
30–34 år	344 276	1 214	3,5	554	1,6	176	0,5
35 år eller äldre	174 768	849	4,9	367	2,1	126	0,7
Paritet							
Första barnet	440 580	2 023	4,6	725	1,7	247	0,6
Andra, tredje barnet	520 870	1 344	2,6	818	1,6	247	0,5
Fjärde eller följande barn	69 114	286	4,1	197	2,9	74	1,1
Moderns födelseland							
Sverige	838 224	2 742	3,3	1 382	1,7	450	0,5
Övriga Norden	23 653	74	3,1	42	1,8	16	0,7
Andra länder	168 688	838	5,0	316	1,9	102	0,6
Moderns rökvanor vid inskrivning till MVC							
Röker ej	839 060	2 604	3,1	1 233	1,5	389	0,5
1–9 cigaretter per dag	79 968	348	4,4	132	1,7	52	0,7
10 eller fler cigaretter per dag	37 378	223	6,0	77	2,1	41	1,1
Moderns BMI vid inskrivning till MVC							
24,9 eller mindre	565 074	1 518	2,7	683	1,2	236	0,4
25–29,9	207 949	811	3,9	329	1,6	90	0,4
30 eller mer	84 211	498	5,9	187	2,2	59	0,7
Totalt	1 030 565	3654	3,5	1 740	1,7	568	0,6