

Boendets områdestyp och andra socioekonomiska faktorerers påverkan på kvinnors och barns hälsa efter förlossning

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

Publikationen finns som pdf på Socialstyrelsens webbplats. På begäran kan vi ta fram publikationen i ett alternativt format för personer med funktionsnedsättning. Skicka frågor om alternativa format till alternativaformat@socialstyrelsen.se.

Artikelnummer: 2025-9-9745

Publicerad: www.socialstyrelsen.se, september 2025

Förord

Socialstyrelsen har av regeringen fått i uppdrag att ta fram en nationell plan för vården vid graviditet, förlossning och tiden efter. Speciellt fokus har varit att skapa en mer tillgänglig, jämlik och personcentrerad vård i hela landet. För att lyckas med denna målsättning krävs det att existerande ojämlikheter kartläggs och att de grupper som riskerar att inte få sina behov tillgodosedda i tillräckligt hög grad identifieras.

Föreliggande rapport innehåller central bakgrundsinformation för utarbetande av planen för en mer jämlik förlossningsvård, men den innehåller också information som kan vara behjälplig för sjukvårdens huvudmän och befolkningen i allmänhet.

Rapporten har tagits fram av Karin Källén och Karin Bengts. Närmaste ansvarig chef har varit enhetschef Anastasia Nyman, enheten för epidemiologi och kvantitativa analyser och Natalia Borg avdelningschef för Avdelningen för Analys.

Björn Eriksson
Generaldirektör

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	5
Barnöverlevnad	5
Övriga barnutfall	6
Förlossningsskador hos kvinnan (sfinkterrupturer)	6
Förlossningssätt	6
Förekomst av diabetes eller preeklampsi.....	7
Slutsatser	7
Inledning	8
Är förlossningsvården jämlik i Sverige – var står vi idag?	8
Metoder	8
Inledande analyser	11
Tidstrender – exponeringsfaktorer och utfall, 2013–2022.....	11
Samvariation mellan socioekonomiska faktorer och bakgrundsfaktorer	13
Samvariation mellan de olika socioekonomiska faktorerna.....	15
Analysresultat	19
Socioekonomiska faktorer i relation till diabetes eller gestationsdiabetes	19
Socioekonomiska faktorer i relation till risk för preeklampsi.....	23
Socioekonomiska faktorer i relation till förlossningssätt.....	24
Socioekonomiska faktorer i relation till svår bristning (sfinkterruptur) vid förlossning	26
Socioekonomiska faktorer i relation till barnutfall.....	28
Förlossningsutfall bland kvinnor som sökte asyl	33
Referenser.....	35
Bilagor	36

Sammanfattning

I ett regeringsuppdrag som Socialstyrelsen rapporterade år 2016 om socioekonomiska faktorerers betydelse för förlossningsutfallet hittades klara samband mellan socioekonomiska faktorer och kvinnors och barns hälsa efter förlossning. Som exempel kan nämnas att barn till kvinnor från Afrika söder om Sahara, från Mellanöstern, eller barn till kvinnor med enbart grundskola som högsta utbildning löpte ökad risk för komplikationer och/eller dåligt barnutfall.

I det uppdrag Socialstyrelsen fått av regeringen att utarbeta förslag till en nationell plan för att förbättra vården vid graviditet, förlossning och tiden efter, är prioriterade grupper ett fokusområde. Planen ska stödja utvecklingen mot en mer tillgänglig, jämlik och personcentrerad vård i hela landet. Socialstyrelsen har därför beslutat att uppdatera rapporten från 2016, med användande av samma datakällor som den tidigare rapporten baserades på (Socialstyrelsens Medicinska födelseregister samt SCB:s utbildningsregister, RTB, och LISA). En nyhet vid denna uppdatering är att även områdestypen där kvinnorna bor har beaktats genom användande av boverkets klassificering av bostadsområden.

Uppdateringen omfattar åren 2013–2022 och har resulterat i en omfattande rapport. För att isolera de socioekonomiska faktorerna från bakomliggande faktorer har dessa noggrant kartlagts innan huvudanalyserna har gjorts. Det fanns mycket stark samvariation mellan kvinnornas karakteristika, födelseland, utbildningsnivå, och områdestyp. För att kunna isolera de olika faktorernas effekter på förlossningsutfallet så utfördes en multivariabel analys, och resultaten presenteras som relativa risker för de olika utfallen.

Barnöverlevnad

Sverige är ett av de länder som har lägst barnadödlighet i världen. Risken att ett barn ska dö perinatalt (i magen eller under första levnadsveckan) är mycket låg – ungefär 0,5 %. Det finns dock skillnader mellan grupper. Socioekonomiska faktorer hade en signifikant påverkan på barnens överlevnad även då det justerats för samvarierande faktorer. Trots att faktorer som kvinnornas födelseland och utbildningsnivå justerats för fanns det ett signifikant samband mellan boendets områdestyp och risk för perinatal död bland barnen. Barn till kvinnor boende i områden med mycket stora utmaningar löpte 43 % högre risk att dö perinatalt än barn födda av kvinnor som bodde i områden med mycket goda förutsättningar. Barn till kvinnor födda i Afrika söder om Sahara hade 72 % högre risk att dö perinatalt jämfört med barn till kvinnor födda i Sverige. Även barn till kvinnor födda i Mellanöstern/norra Afrika eller till kvinnor som sökte asyl löpte ökad risk för perinatal död (riskökning 28 % respektive 57 %) jämfört

med barn till kvinnor födda i Sverige. Risken för perinatal död sjönk ju högre utbildning kvinnan hade. Jämfört med barn till högutbildade kvinnor hade barn till kvinnor med enbart grundskoleutbildning 37 % högre risk att dö perinatalt.

Övriga barnutfall

I rapporten beaktas andra utfall bland barnen än överlevnad varav några är allvarliga men ovanliga (mycket för tidig födsel och mycket låg Apgarpoäng vid 5 minuter). Dessa utfall gäller 1 % respektive 0,6 % av alla nyfödda. Andra utfall är vanligare men också mindre allvarliga. Det visade sig att boendets områdestyp hade en oberoende effekt på barnens hälsa. Högst risker hade barn till kvinnor som bodde i områden med mycket stora utmaningar.

Barn till kvinnor födda i Afrika söder om Sahara, Mellanöstern/norra Afrika, syd/sydöstra Asien, eller till kvinnor som sökte asyl hade ökad risk för flera av de beaktade utfallen (för tidig födsel <32 respektive <37 veckor, låg Apgarpoäng <4 respektive <7 vid 5 minuter, lätt för tiden, eller tung för tiden). Det sågs också ett ofta linjärt samband mellan ökande utbildningsnivå och minskade risker för barnen.

Förlossningsskador hos kvinnan (sfinkterrupturer)

Risken för att en kvinna i Sverige ska drabbas av en allvarlig bristning som omfattar analsfinkter (s.k. sfinkterruptur) vid vaginal förlossning är i dag ungefär 2 %. Det finns dock ganska stora skillnader, dels mellan regioner och dels mellan olika grupper av kvinnor.

Kvinnor födda i Afrika söder om Sahara, Mellanöstern/norra Afrika, eller syd/sydöstra Asien hade 1,5 till 2 gånger högre risk för sfinkterruptur vid vaginal förlossning än vad kvinnor födda i Sverige hade. Vidare sågs ett negativt samband mellan kvinnans utbildningsnivå och frekvens diagnosticerade sfinkterrupturer: ju högre utbildningsnivå desto högre andel kvinnor hade sfinkterruptursdiagnos. Liknande negativa samband sågs mellan inkomsttyper och sfinkterruptursfrekvens. Sammantaget talar resultaten för att det finns en markant underrapportering av sfinkterrupturer bland kvinnor med låg utbildning.

Förlossningssätt

Kvinnor födda i Afrika söder om Sahara eller syd/sydöstra Asien hade lägre andel planerade, men högre andel akuta kejsarsnitt jämfört med kvinnor födda i Sverige. Annars sågs inte några samband mellan socioekonomiska

faktorer och förlossningssätt: varken utbildningsnivå, inkomsttyp, familjetyp, eller områdestyp var associerade med förlossningssätt i någon högre utsträckning.

Förekomst av diabetes eller preeklampsi

Bland kvinnor födda i Sverige hade 0,9 % typ 1-diabetes, vilket var en väsentligt högre risk än alla andra grupper. Annars sågs inte något samband mellan socioekonomiska faktorer och typ 1-diabetes.

Jämfört med typ 2-diabetesfrekvens bland kvinnor födda i Sverige (0,1 %) var typ 2-diabetes däremot mer frekvent bland kvinnor födda i Afrika söder om Sahara, Mellanöstern, syd/sydöstra Asien, i syd/Centralamerika eller bland kvinnor som sökte asyl. Dessa nämnda grupper hade också högre risk för graviditetsdiabetes än vad kvinnor födda i Sverige hade (ca 1,9 % bland svenskfödda kvinnor). Vidare fanns relativt hög risk för typ 2-diabetes bland kvinnor med låg utbildning, högt bidragsbehov, och/eller som bodde i områden med stora eller mycket stora utmaningar.

Endast små samband sågs mellan socioekonomiska faktorer och preeklampsi. Risk för preeklampsi i samband med för tidig födsel (<34 veckor) var dock nästan dubbelt så hög bland kvinnor födda i Afrika söder om Sahara jämfört med kvinnor födda i Sverige, där den var ungefär 0,3 %.

Slutsatser

Rapporten visar sammanfattningsvis att skillnader finns, och att de inte har förändrats nämnvärt sedan Socialstyrelsens tidigare publicerade förra rapporten 2016. En nyhet i rapporten är dock att områdestypens påverkan på förlossningsutfallet analyserades, och det visade sig att kvinnor som bodde i områden med stora eller mycket stora utmaningar hade en ökad risk för många av de utfall som studerats, oberoende av övriga socioekonomiska förhållanden. Precis som visades i förra rapporten var kvinnor födda i Afrika söder om Sahara, och i viss mån även kvinnor från Mellanöstern eller syd/sydöstra Asien, konsekvent överrepresenterade vid de flesta utfall som beaktats i rapporten. Detsamma gällde kvinnor med låg utbildning.

Inledning

Är förlossningsvården jämlik i Sverige – var står vi idag?

År 2016 publicerade Socialstyrelsen en rapport¹ som analyserade hur olika socioekonomiska faktorer påverkade kvinnors och barns hälsa efter förlossning. Rapporten (baserad på förlossningar 1997–2014) visade att framförallt moderns utbildningsnivå och födelseland hade stor påverkan på de nyfödda barnens hälsa. På uppdrag av regeringen har Socialstyrelsen tagit fram ett förslag till nationell plan för vården vid graviditet, förlossning och tiden efter. Ambitionen med planen är att skapa en mer tillgänglig, jämlik och personcentrerad vård i hela landet. Med planen följer ett stort antal indikatorer som under de närmsta åren ska följa i vilken mån viljeriktningen från planen uppfylls.

Föreliggande epidemiologiska rapport har tagits fram för att ge kunskap om nuläget. Rapporten omfattar förlossningar under en 10-årsperiod (2013–2022), och tar således vid ungefär där den förra rapporten om socioekonomiska faktorerers betydelse för förlossningsutfallet slutade. Förutom att undersöka om de skillnader som uppdagades i den förra sammanställningen kvarstår, har effekter av områdestyp använts för att undersöka i vilken mån områdestyp inverkar på kvinnors och barns hälsa efter förlossning.²

Metoder

En mer omfattande metodbeskrivning finns i metodbilagan.

Faktorer och utfall som har beaktats i analyserna

Bakomliggande faktorer (kvinnornas karaktäristika)

- Ålder
- Antal tidigare födda barn
- Tidigare kejsarsnitt
- Body Mass Index (BMI, kg/m²) i tidig graviditet
- Längd
- Rökning i tidig graviditet

Socioekonomiska faktorer

- Områdestyp
- Kvinnans födelseland
- Kvinnans utbildningsnivå
- Andel av familjens sammanlagda inkomst som kommer från lön
- Familjesituation (sammanboende/ensamstående). Faktorn är inte utvärderad i sig, men ingår som bakgrundsfaktor i de multivariabla analyserna.

Utfall

Maternella graviditets- eller förlossningskomplikationer

- Diabetes typ 1
- Diabetes typ 2
- Graviditetsdiabetes
- Preeklampsi
- Förlossningssätt (vaginal icke-instrumentell förlossning, planerat kejsarsnitt, akut kejsarsnitt, tång/sugklocka)
- Sfinkterruptur (enbart vaginalförlösta)

Allvarliga barnutfall

- Mycket för tidigt född (<32 veckor)
- Dödföddhet
- Perinatal död (dödföddhet eller död första levnadsveckan)
- Mycket låg Apgarpoäng vid 5 minuter (<4)
- Något allvarligt barnutfall.

Övriga barnutfall

- För tidigt född (<37 veckor)
- Lätt-för-tiden (SGA) (mer än två standardavvikelser under förväntad vikt³)
- Tung-för-tiden (LGA) (mer än två standardavvikelser över förväntad vikt)
- Låg Apgarpoäng vid 5 minuter (<7)
- Något av dessa barnutfall

En analys av de socioekonomiska faktorernas betydelse är inte möjlig utan att hänsyn tas till ett stort antal samvarierande faktorer, störfaktorer (s.k. confounders). Därför inleds rapporten med att redovisa tidstrender och samvariationer mellan de socioekonomiska faktorerna, samt samband mellan de socioekonomiska faktorerna och kvinnornas egenskaper (som t.ex. ålder och antal tidigare födda barn). I bilaga 1 finns en komplett

förteckning. Som det framgår av bilaga 1 utgörs datakällorna av Socialstyrelsens Medicinska födelseregister, Statistiska Centralbyråns register av rikets totalbestånd, utbildningsregister, och inkomstregister, samt Boverkets framräknade områdestyp för studier kring boendesegregering.

För att undersöka varje faktors individuella betydelse för förlossningsutfallet har multivariabla modifierade Poissonregressioner med robust variansskattning utförts. För varje undersökt samband och utfallsmått redovisas resultat från tre olika modeller: En univariat (d.v.s. ingen annan faktor i modellen än den för tillfället undersökta), en multivariabel modell där det justerats för kvinnornas egenskaper som ålder, paritet, BMI, rökning, och längd, och slutligen en modell där det justerats för såväl kvinnornas egenskaper som alla de övriga socioekonomiska faktorer som beaktats i rapporten. Kvinnor som söker asyl har inget svenskt personnummer, och ingen information om födelseland, inkomst, utbildningsnivå eller områdestyp är tillgänglig. För dessa kvinnor kommer analyserna således bara omfatta den information som samlats in via det Medicinska födelseregistret.

Inledande analyser

Tidstrender – exponeringsfaktorer och utfall, 2013–2022

Exponeringsfaktorer

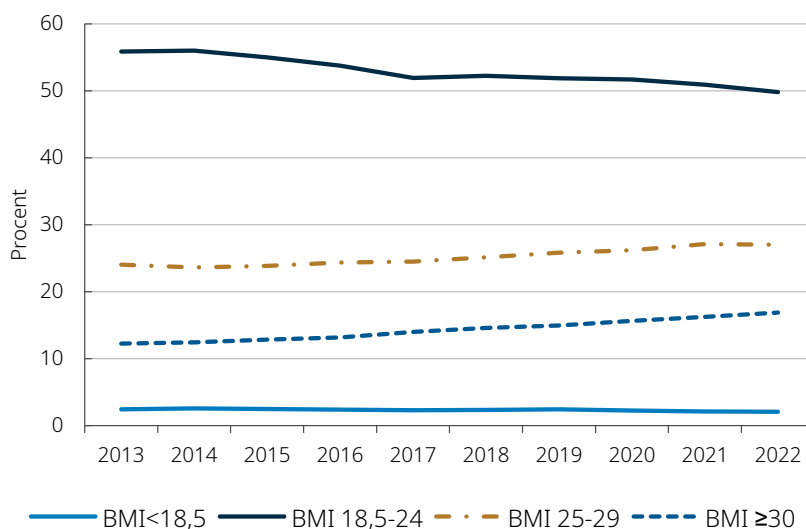
Åldern på de födande ökade under den studerade perioden. Andelen kvinnor 30–34, samt 35–39 år ökade något samtidigt som andelen kvinnor i grupperna 20–24 och 25–29 år minskade. Andelen kvinnor som var yngre än 20 år när de födde barn var låg från början, och minskade från 1,3 % 2013 till 0,6 % 2022 (se diagram, Bilaga 2).

Andelen kvinnor som rapporterar att de rökte vid första mödrahälsovårdstillfället minskade stadigt. År 2013 rapporterade 5,4 % av kvinnorna att de rökte. År 2022 var motsvarande andel 2,8 % (se diagram, Bilaga 3).

Obesitas (BMI 30 eller mer), och i viss mån även övervikt (BMI 25–29,9) i samband med graviditet ökade, vilket utgör en växande utmaning för förlossningsvården⁴. Obesitas är en riskfaktor för framförallt typ 2-diabetes och gestationsdiabetes med därpå ökad risk för komplikationer till följd av stora barn. Obesitas ökar även risken för intrauterin fosterdöd⁴. Andelen gravida kvinnor med obesitas ökade med 38 % under studieperioden – från 12,3 % 2013 till 16,9 % år 2022 (Diagram 1).

Diagram 1. Body Mass Index (BMI) bland gravida kvinnor 2013–2022

Andel kvinnor med BMI 18,5, 18,5–24,9, 25–29,9, respektive ≥ 30 bland alla kvinnor som förlöstes varje år.



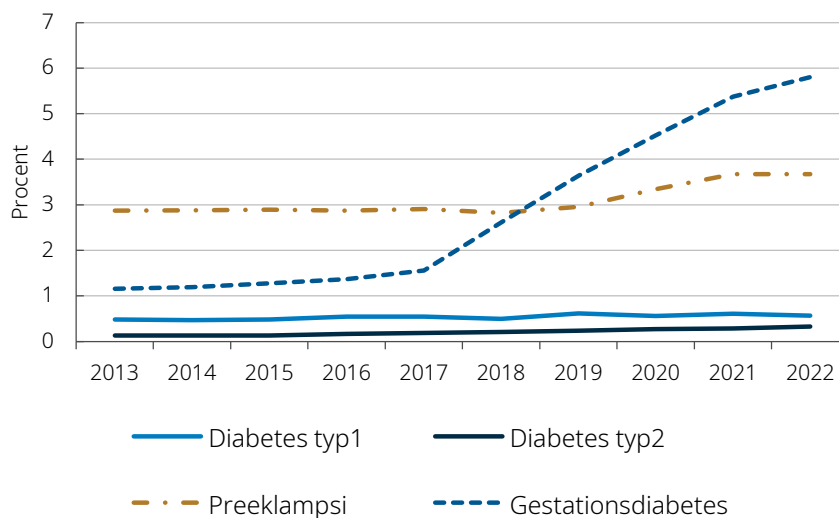
Källa: Medicinska födelseregistret

År 2013 var 73,7 % av de kvinnor som födde barn i Sverige själva födda i Sverige. Andelen sjönk något till 2016, men har sedan dess legat kring ungefär 70 %. Andelen kvinnor som sökte asyl var 1,1 % år 2013, och ökade till 2,9 % år 2016, varefter andelen sjönk och år 2022 låg på endast 0,8 %. Den grupp vars andel ökade mest under studieperioden var kvinnor födda i Mellanöstern eller norra Afrika. Övriga grupper andelar var konstanta, eller minskade något (diagram, Bilaga 4).

Socialstyrelsen publicerade nya nationella riktlinjer för definition av gestationsdiabetes 2015⁵. Dessa började fullt implementeras inom 1–2 år därefter, och är sannolikt den starkast bidragande faktorn för de markant ökade frekvenserna av gestationsdiabetes (Diagram 2), även om den ökande frekvensen av övervikt och obesitas kan ha bidragit till en viss del (se diagram 1). Enligt rekommendationer 2019 från Sveriges Förening för Obstetrik och Gynekologi (SFOG)⁶ kräver inte längre definitionen av preeklampsi att proteinuri påvisas, utan manifest hypertoni i kombination med någon organpåverkan anses vara tillräckligt. Denna förändring av definitioner har förmodligen lett till en ökad frekvens av preeklampsi-diagnoser (se Diagram 2), även om också ökande BMI kan spela en viss risk för preeklampsi förekomst.

Diagram 2. Förekomst av diabetes före graviditeten (typ 1- respektive typ 2-diabetes), gestationsdiabetes, eller preeklampsi bland kvinnor som födde barn 2013–2022.

Andel (%) kvinnor med diabetes (typ 1-, typ 2-, eller graviditetsdiabetes), eller preeklampsi bland alla kvinnor som förlöstes varje år.



Källa: Medicinska födelseregistret

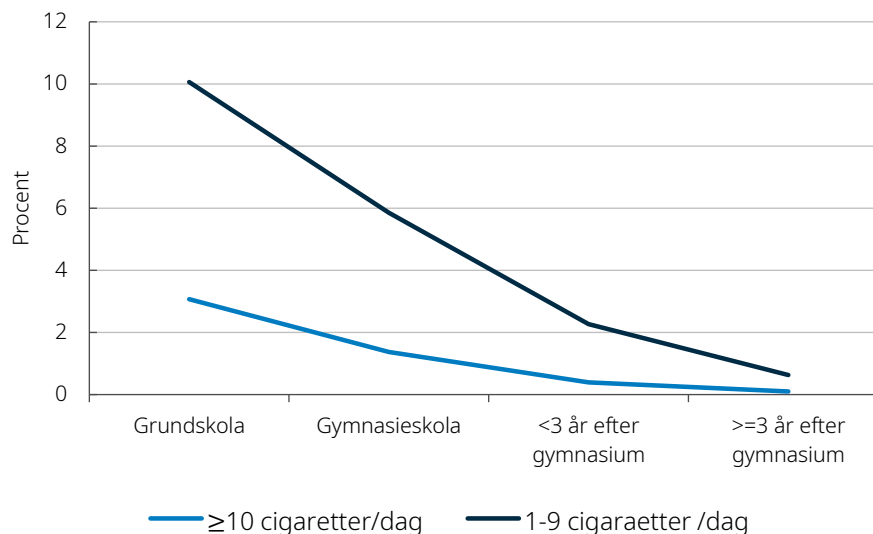
Frekvensen av planerade kejsarsnitt (här definierade som kejsarsnitt före värkdebut) låg kring 7–8 % under hela perioden. Andelen akuta kejsarsnitt minskade först från ca 10 % 2013 till 9,5 % 2018, varefter det ses en stegvis ökning till 11 % år 2022. Andelen förlossningar med sugklocka (eller tång) sjönk från 6,3 % 2013 till 5,2 % 2022 (se diagram, Bilaga 5).

Andel barn med allvarliga utfall blev generellt något lägre under studieperioden. Andelen barn födda mycket för tidigt (<32 veckor) minskade, andelen dödfödda barn eller barn dödfödda eller döda första levnadsveckan (perinatalt döda) minskade. Däremot sågs en liten ökning av barn som föddes med Apgarpoäng <4 vid 5 minuter (diagram, Bilaga 6). Vidare sågs en förbättring också vad gäller övriga (mindre allvarliga) barnutfall. Andelen barn som föddes för tidigt (<37 veckor), och andelen barn födda lätta för tiden minskade, medan andelen barn som var tunga för tiden inte förändrades nämnvärt. Andel barn med Apgarpoäng <7 vid 5 minuter ökade dock aningen (diagram, Bilaga 7).

Som tidigare redovisats, så minskade andelen kvinnor som rökte under tidig graviditet markant under studieperioden (Bilaga 3). Dock varierade andelen rökare kraftigt beroende på utbildningsnivå. Bland gravida kvinnor med grundskola som högsta utbildning rökte 13,1 %. Motsvarande andel rökare bland kvinnor med högskoleutbildning var 0,7 % (se Diagram 3).

Diagram 3. Andel kvinnor som rökte under tidig graviditet i relation till utbildningsnivå.

Andel (%) kvinnor som rökte 1–9, respektive 10 eller mer, cigaretter per dag under tidig graviditet bland alla kvinnor i en viss utbildningsgrupp.



Källa: Medicinska födelserregistret och Utbildningsregistret, 2013–2022

Samvariation mellan socioekonomiska faktorer och bakgrundsfaktorer

Kvinnor som är unga när de föder barn har självklart ännu inte haft tid att slutföra en lång utbildning. Om den aktuella utbildningsnivån vid förlossning används vid analyserna så får man därför ett starkt samband

mellan låg ålder och låg utbildningsnivå. För att så gott som det går estimeras utbildningsnivån även för kvinnor som var unga och kanske var under utbildning när de födde barn, användes istället den senast tillgängliga informationen som var giltig vid datauttaget från SCB. Ändå ses ett klart samband mellan utbildningsnivå och ålder: ju högre utbildningsnivå, desto äldre var kvinnorna då de födde barn (diagram, Bilaga 8).

Bland kvinnor som var födda i Afrika söder om Sahara var 2,8 % under 20 år då de födde barn. Motsvarande andel bland kvinnor födda i Sverige eller övriga Europa var kring 0,7 %. Högst andel kvinnor som var 40 år eller mer då de födde barn återfanns i gruppen från Syd/Centralamerika (9,6 % jämfört med 3,9 % bland kvinnor födda i Sverige). Bland kvinnor som sökte asyl var 8 % under 20 år då de födde barn. Se diagram, Bilaga 9.

Andelen kvinnor med högt BMI i tidig graviditet minskade med ökande utbildningsnivå. Bland kvinnor med grundskola som högsta utbildning hade 22,6 % obesitas (definierat som BMI ≥ 30). Motsvarande andel bland kvinnor med högskoleutbildning var 9,4 % (diagram, Bilaga 10). Det sågs även ett klart samband mellan kvinnornas födelseland och BMI. Bland kvinnor som var födda i Sverige och födde barn under studieperioden hade 13,8 % obesitas. Motsvarande andel bland kvinnor födda i Afrika söder om Sahara, Mellanöstern, Syd/sydöstra Asien respektive Syd-/Centralamerika var 26,4 %, 16,6 %, 7,6 %, och 17,6 %. (se diagram, Bilaga 11).

Kvinnor födda i Afrika söder om Sahara eller i Mellanöstern/norra Afrika födde fler barn än kvinnor som var födda i Sverige. Bland kvinnor födda i Sverige utgjordes 44,7 % av förstföderskor, och 4,2 % utgjordes av kvinnor som födde sitt fjärde barn eller mer. Motsvarande andelar var 25,5 % respektive 30,1 % bland kvinnor födda i Afrika söder om Sahara, och 33,5 % respektive 13,8 % bland kvinnor födda i Mellanöstern/norra Afrika. (se diagram, Bilaga 12).

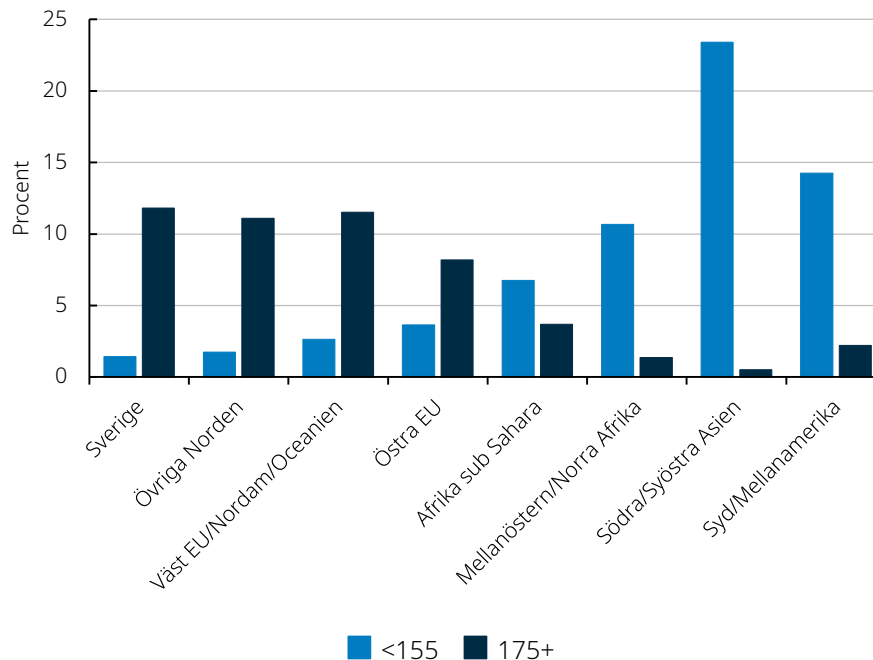
Kvinnor från östra delarna av Europa rökte mer under tidig graviditet än kvinnor födda i Sverige (8,3 % jämfört med 4,3 %), medan kvinnor från Afrika eller Mellanöstern, Syd/sydöstra Asien, eller Syd/Centralamerika rökte väsentligt mindre (mellan 1–3 %). (Diagram, Bilaga 13).

Kvinnor som är kortare än genomsnittet löper ökad risk för att förlösas med kejsarsnitt⁷ eller att få en sfinkterruptur efter en vaginal förlossning⁸. Deras barn är också något mindre än vad barn till långa, eller till kvinnor av medellängd är. Diagram 4 visar andelen kvinnor som är kortare än 155 cm, respektive längre än 175 cm beroende på kvinnornas födelseländer. Bland kvinnor födda i Sverige eller övriga nordiska länder är andelen <155 cm 1,4 % respektive 1,8 %. Motsvarande andelar bland kvinnor födda i Afrika söder om Sahara, Mellanöstern/norra Afrika, Södra/sydöstra Asien, eller Syd/Centralamerika var 6,8 %, 10,7 %, 23,4 %, respektive 14,2 %.

Diagrammet visar nödvändigheten att beakta kvinnornas kroppslängd vid analys av riskfaktorer för olika utfall.

Diagram 4. Födande kvinnors längd (cm) i relation till födelseland.

Andel (%) kvinnor som är kortare än 155 cm, respektive 175 cm eller längre, bland alla kvinnor som var födda i ett visst land, men förlösta i Sverige under studieperioden.



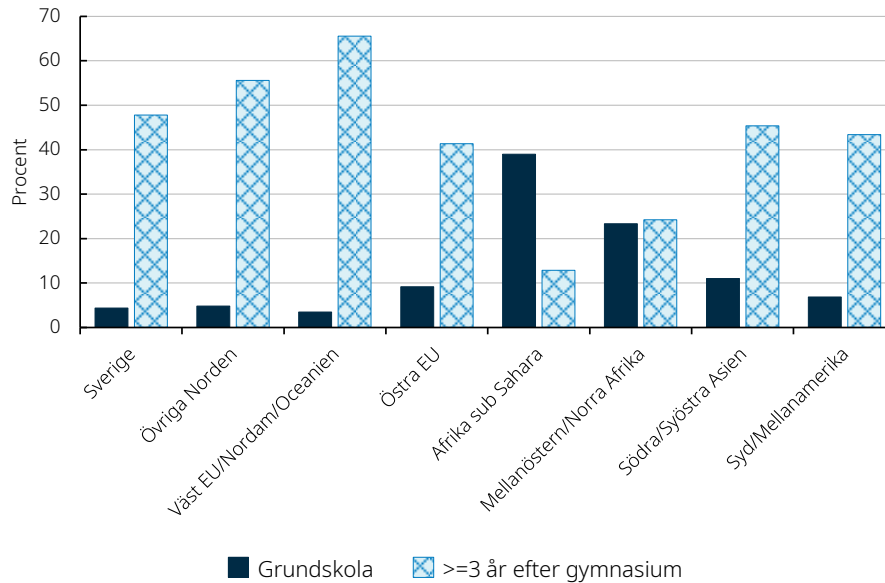
Källa: Medicinska födelseregistret och SCB, 2013–2022

Samvariation mellan de olika socioekonomiska faktorerna

Kvinnornas utbildningsnivå skiljer sig åt beroende på födelseland, se Diagram 5. Bland kvinnor födda i Sverige var det endast 4,3 % som hade en grundskoleexamen som högsta utbildning. Motsvarande andel bland kvinnor från Afrika söder om Sahara, Mellanöstern/norra Afrika, eller södra/sydöstra Asien var 39,0 %, 23,3 %, respektive 11,0 %. Högst andel kvinnor med högskoleutbildning (65,6 %) fanns i gruppen kvinnor från västra Europa/Nordamerika/Oceanien – vilket var en väsentligt högre andel jämfört med andelen högskoleutbildade bland kvinnor födda i Sverige (47,8 %). Motsvarande andel bland kvinnor födda i Afrika söder om Sahara var 12,9 %. Resultaten visar nödvändigheten av att beakta olika invandrargrupper separat då man utvärderar förlossningsutfall i relation till kvinnornas födelseland.

Diagram 5. Utbildningsnivå i relation till kvinnans födelseland bland kvinnor som föder barn i Sverige

Andel (%) kvinnor med enbart grundskoleutbildning, respektive tre år eller mer eftergymnasiala studier bland alla kvinnor som var födda i visst land men som förlöstes i Sverige under studieperioden.



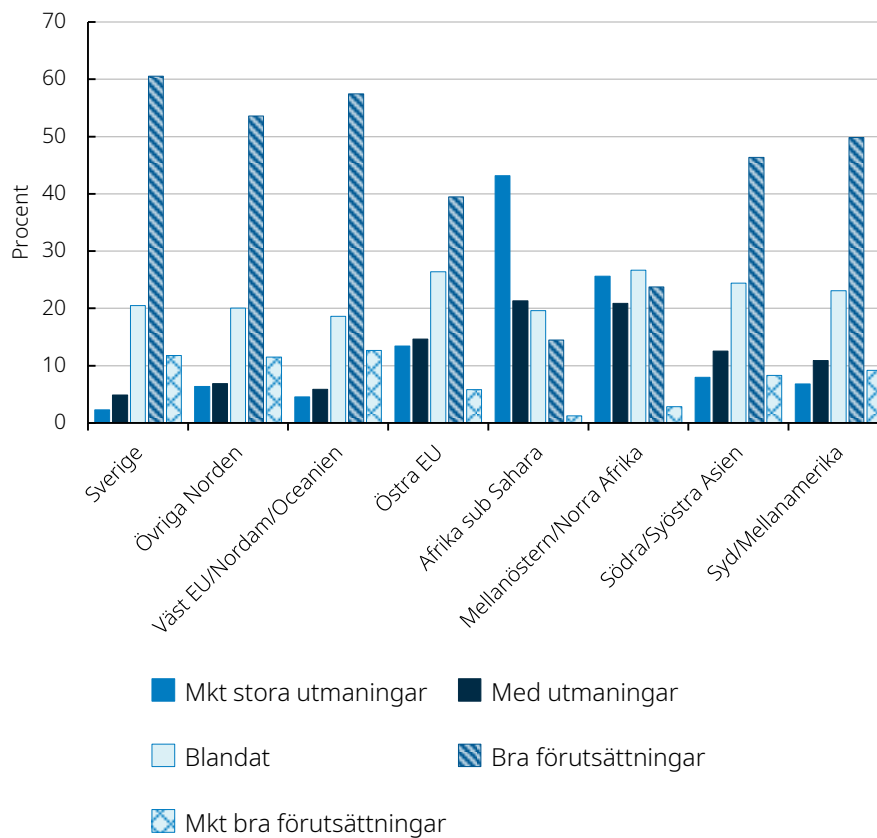
Källa: Medicinska födelseregistret och Utbildningsregistret 2013–2022.

Utbildningsnivån är starkt förknippat med familjens inkomst, och därmed finns också ett starkt samband mellan kvinnans födelseland och andelen familjer där mindre än 25 % av den sammanlagda inkomsten kommer från lön. Bland kvinnor födda i Sverige levde 2,5 % i familjer där mindre än 25 % av inkomsterna kom från lön. Motsvarande andel bland kvinnor födda i Afrika söder om Sahara eller Mellanöstern/norra Afrika var 30,8 % respektive 24,9 % (se diagram, Bilaga 14).

Eftersom Boverket utvecklat variabeln områdestyp utifrån socioekonomiska förutsättningar som till exempel inkomstnivå och utbildningsnivå, så förväntas områdestyp vara starkt samvarierande med dessa båda parametrar (se diagram i Bilaga 15 och 16). Bland kvinnor med högskoleutbildning var det 3,1 % som bodde i områden med mycket stora utmaningar, medan 14,5 % bodde i områden med mycket goda förutsättningar. Motsvarande andelar bland kvinnor med enbart grundskoleutbildning var 25,3 % respektive 3,9 % (Bilaga 15). Som väntat såg också starka samband mellan familjens bidragsberoende och områdestyp (Bilaga 16).

Diagram 6. Områdestyp i relation till kvinnans födelseland.

Fördelning (%) av områdestyp bland alla kvinnor som var födda i visst land men som förlöstes i Sverige under studieperioden.



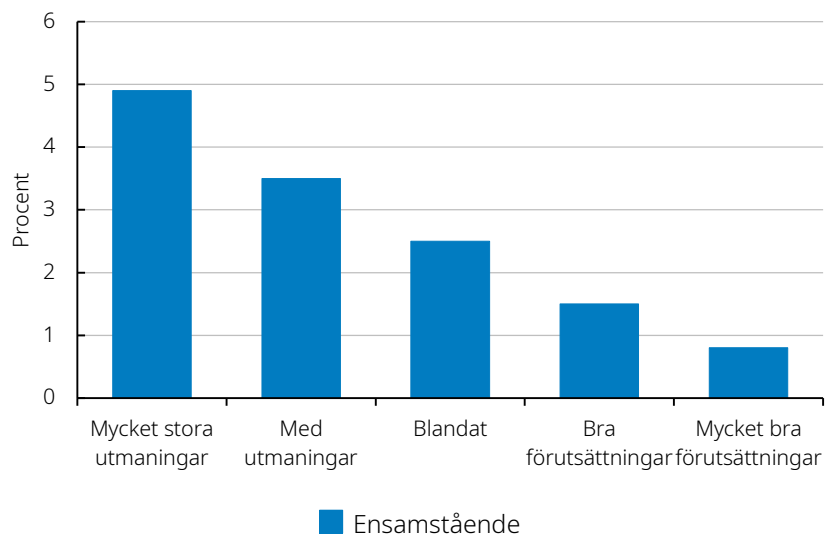
Källa: Medicinska födelseregistret, SCB, och Boverkets segregationsbarometer. 2013–2022

Bland kvinnor födda i Sverige bodde 2,3 % i områden med mycket stora utmaningar, och 11,8 % i områden med mycket bra förutsättningar. De flesta (60,5 %) bodde i områden med bra förutsättningar. Ungefär samma fördelning av områdestyper sågs bland kvinnor som var födda i övriga Norden eller i västra Europa/Nordamerika/Oceanien. Bland kvinnor födda i Afrika söder om Sahara bodde nästan hälften (43,2 %) i områden med mycket stora utmaningar, och endast 15,7 % bodde i områden med bra eller mycket bra förutsättningar. Även bland kvinnor födda i Mellanöstern/norra Afrika fanns en hög andel (46,5 %) som bodde i områden med stora, eller mycket stora utmaningar (Diagram 6).

I områden med stora utmaningar var andelen kvinnor som var ensamstående i tidig graviditet jämförelsevis hög (Diagram 7).

Diagram 7. Områdestyp i relation till andel ensamstående kvinnor i tidig graviditet.

Andel (%) av alla kvinnor som är ensamstående bland alla kvinnor som bodde i ett område med viss områdestyp vid förlossningen.



Källa: Medicinska födelseregistret, SCB, och Boverkets segregationsbarometer 2013–2022

Analysresultat

Som visats i de förberedande sammanställningarna, så är de undersökta faktorerna starkt beroende av varandra. För att undersöka varje faktors individuella betydelse för förlossningsutfallet krävs därför att man justerar för de samvarierande faktorerna. Man måste göra s.k. multivariabla modeller. Eftersom det finns så stark samvariation mellan de olika socioekonomiska faktorerna finns det en viss risk för att de 'tar ut' varandra. Därför visas resultat från tre modeller. Ojusterat, justerat för kvinnans karakteristiska, och justerat för alla de beaktade faktorerna i denna rapport. Resultaten från dessa tre modeller redovisas som Relativa Risker (Risk Ratio), där varje grupps utfall jämförs med en referensgrupp (som t.ex. gruppen kvinnor födda i Sverige). Om risken för en viss grupp är dubbelt så hög som referensgruppens risk blir den Relativa Risken 2,0. Om risken istället är hälften så hög som referensgruppens så resulterar det i en Relativ Risk på 0,5. Om konfidensintervallet för ett visst estimat inte innehåller 1,0 sägs sambandet vara statistiskt signifikant (på tvåsidig 5 %-nivå).

En sammanställning av alla resultat uttryckta som antal och procent finns i Bilaga 17. Samtliga resultat från de multivariabla analyserna visas i tabellbilaga 18, uttryckta som relativa risker.

Socioekonomiska faktorer i relation till diabetes eller gestationsdiabetes

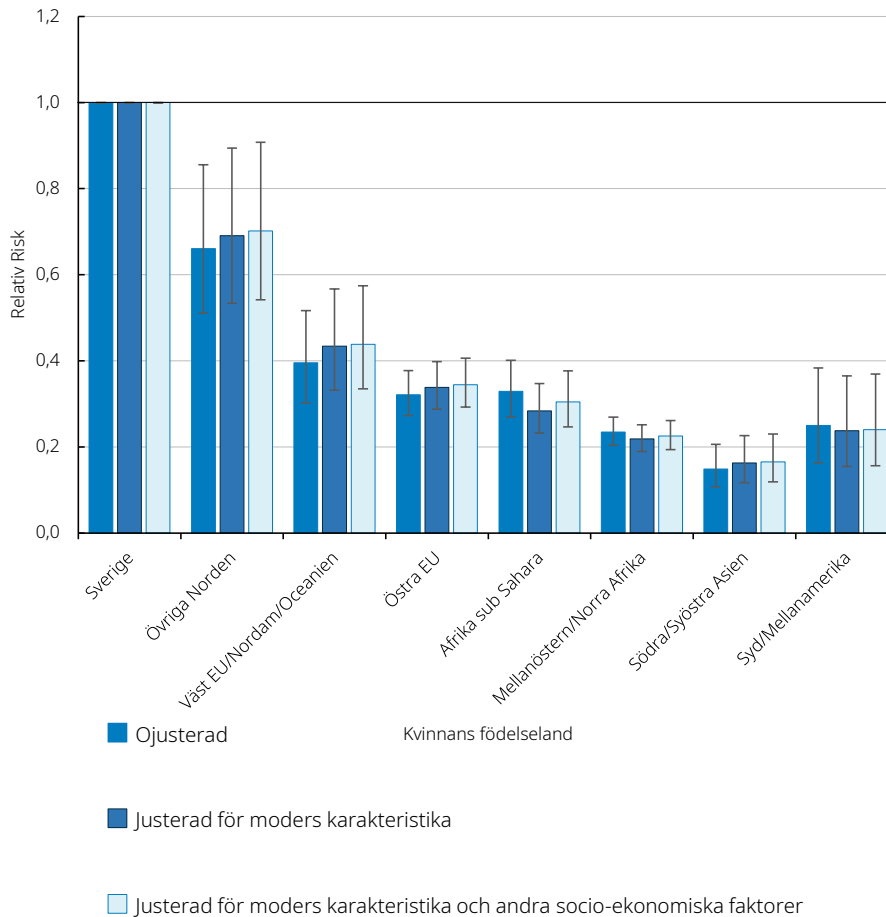
Diabetes som funnits före graviditeten

Typ 1-diabetes under graviditet ökar risken för förlossningskomplikationer, för tidig förlossning, preeklampsi och hjärt-kärldkomplikationer. För barnet ökar risken för bland annat fosterskador och intrauterin fosterdöd. Diabetes typ 1 kräver därför en noggrann övervakning under hela graviditeten. Diagram 8 visar relativ risk för typ 1-diabetes bland kvinnor som fött barn i relation till kvinnans födelseland. Som framgår av diagrammet, så är andelen kvinnor som har typ 1-diabetes i samband med graviditet signifikant lägre bland alla grupper jämfört med kvinnor som är födda i Sverige. Justering för olika samvarierande faktorer påverkade inte estimaten nämnvärt.

Det var ingen av de andra socioekonomiska faktorerna som var särskilt associerad med diabetes typ 1 (se Bilagor 17 och 18, tabeller 17-1 och 18-1).

Diagram 8. Relativ risk för diabetes typ 1 baserat på kvinnans födelseland

Relativ risk för diabetes typ 1 bland kvinnor med olika födelseländer jämfört med kvinnor födda i Sverige.

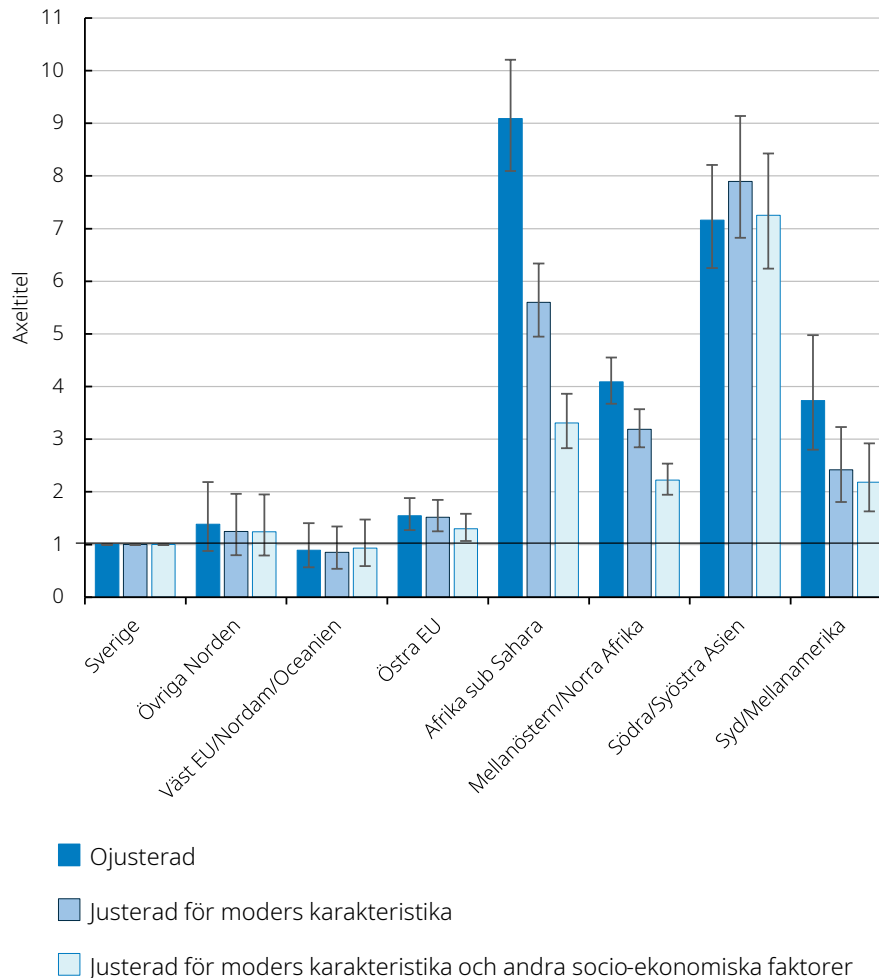


Källa: Medicinska födelseregistret och SCB, 2013–2022

Typ 2-diabetes var däremot mycket mer frekvent bland kvinnor födda i Afrika söder om Sahara, Mellanöstern, södra/sydöstra Asien, eller Syd-/Mellanamerika jämfört med förekomsten bland kvinnor födda i Sverige (se Diagram 9, bilaga 17 tabell 17-1, samt bilaga 18, tabell 18-2). Justering för samvarierande faktorer, och andra socioekonomiska faktorer reducerade de relativa riskerna markant, men signifikanserna kvarstod, och talar för att det finns en reell skillnad i risk för typ 2-diabetes mellan olika grupper av kvinnor beroende på födelseland. Huruvida denna skillnad beror på genetiska skillnader eller skillnader i bl.a. kosthåll kommer inte att diskuteras i denna rapport.

Diagram 9. Relativ risk för diabetes typ 2 baserat på kvinnans födelseland

Relativ risk för diabetes typ 2 bland kvinnor med olika födelseländer jämfört med kvinnor födda i Sverige.

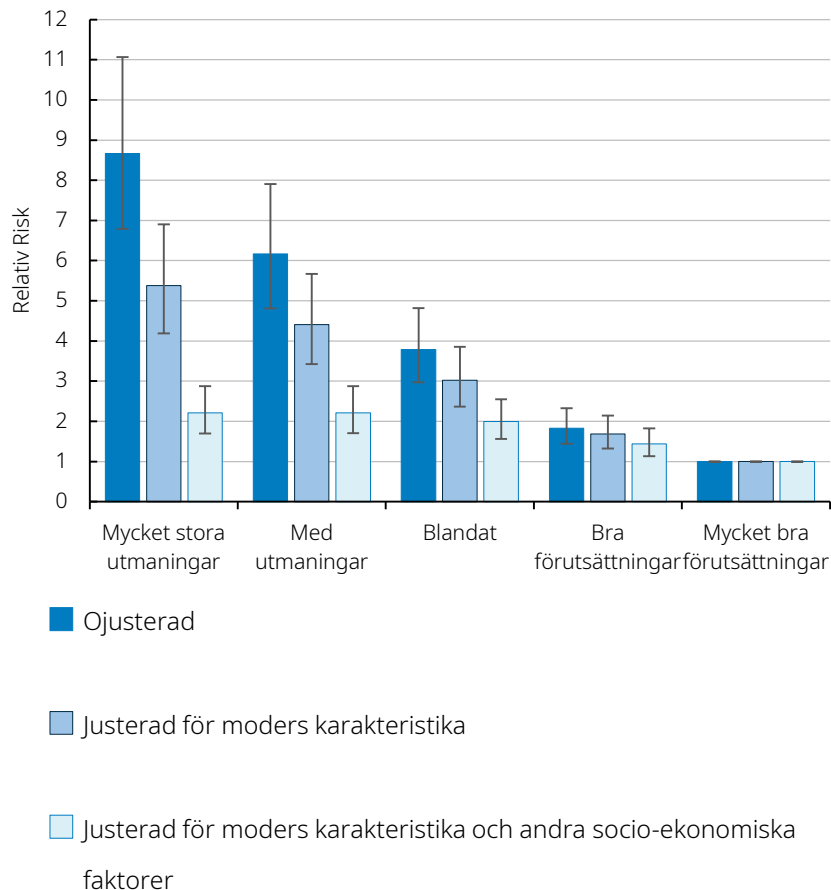


Källa: Medicinska födelseregistret 2013–2022, och SCB

Kvinnor med låg utbildningsnivå hade högre risk för typ 2-diabetes, och kvinnor med familjer som hade låg andel inkomst från lön, eller som var asylsökande, hade också jämförelsevis hög risk (se bilaga 17, tabell 17-1, och bilaga 18, tabell 18-2). Givet de starka sambanden mellan diabetes typ 2, utbildning, födelseland, och lön så förväntar man sig ett samband mellan områdestyp och typ 2-diabetes. Så förhåller det sig också. Kvinnor som bodde i områden med stora eller mycket stora utmaningar hade väsentligt ökad risk för typ 2-diabetes jämfört med kvinnor som bodde i områden med mycket goda förutsättningar. Vad som är något förvånande är att en fördubbling av risken och signifikanser kvarstod även när faktorer som födelseland, utbildningsnivå, och lönetyp justerats för. Områdestyp tycks således utgöra en oberoende riskfaktor för typ 2-diabetes (se diagram 10).

Diagram 10. Relativ risk för diabetes typ 2 baserat på kvinnans boendes områdestyp

Relativ risk för diabetes typ 2 bland kvinnor boende i olika områdestyper jämfört med kvinnor som bor i områden med mycket bra förutsättningar.



Källa: Medicinska födelseregistret, SCB, och Boverkets segregationsbarometer

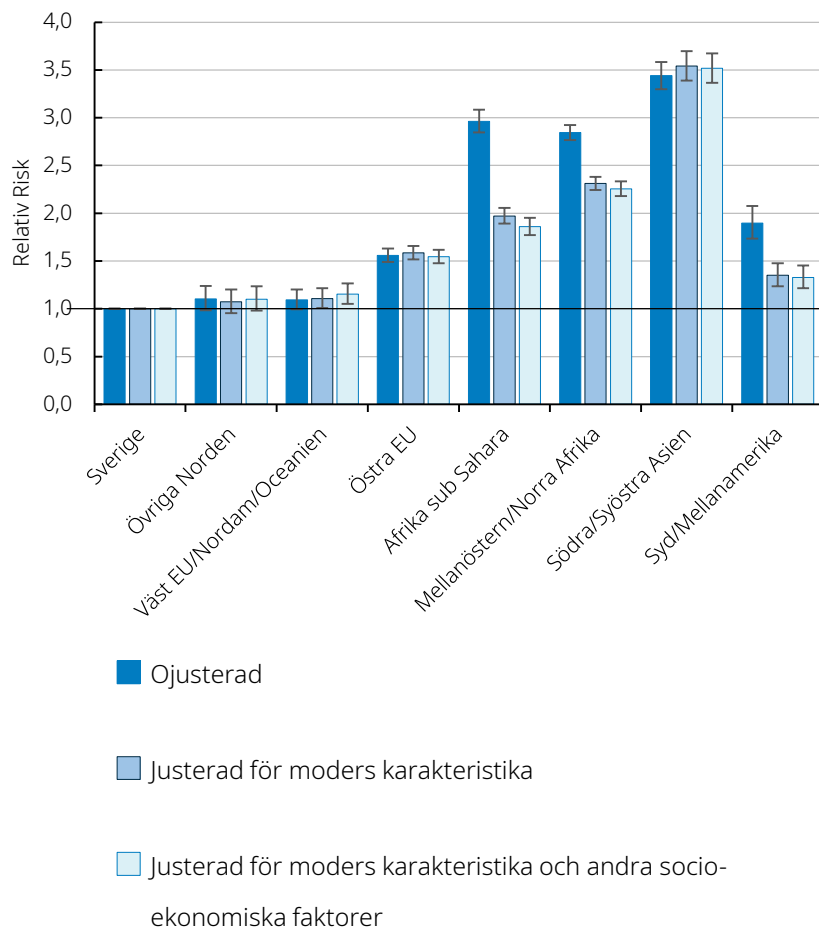
Gestationsdiabetes

Gestationsdiabetes är besläktat med typ 2-diabetes. Det är därför förväntat att riskfaktorerna för gestationsdiabetes påminner om de som finns för typ 2-diabetes. Diagram 11 visar gestationsdiabetes i relation till kvinnornas födelseland. Kvinnor födda i Afrika söder om Sahara, Mellanöstern/norra Afrika, eller syd/sydöstra Asien hade markant ökad risk för gestationsdiabetes jämfört med kvinnor födda i Sverige. Då det justerades för framförallt BMI sjönk de relativa riskerna för kvinnor födda i de två förstnämnda grupperna, men för kvinnor födda i syd/sydöstra Asien kvarstod en fyrfaldig riskökning för gestationsdiabetes (se Diagram 11).

Övriga samband mellan gestationsdiabetes och socioekonomiska faktorer var inte så starka (se bilaga 17, tabell 17-1, och bilaga 18, tabell 18-3).

Diagram 11. Gestationsdiabetes i relation till kvinnornas födelseland

Relativ risk för gestationsdiabetes bland kvinnor med olika födelseländer jämfört med kvinnor födda i Sverige.



Källa: Medicinska födelseregistret 2013–2022 och SCB

Socioekonomiska faktorer i relation till risk för preeklampsi

I den tidigare rapporten från Socialstyrelsen om socioekonomiska betydelse för förlossningsutfall¹ sågs kvinnor från Afrika söder om Sahara ha klart ökad risk för preeklampsi. Som tidigare nämnts har kriterierna för diagnosen preeklampsi ändrats under studieperioden så att fler diagnostiseras⁶, och nu syns endast små samband mellan kvinnans födelseland och risk för preeklampsi (se Bilaga 17, tabeller 17-2 och bilaga 18, tabell 18-4). Om man däremot studerar preeklampsi i samband med för tidig förlossning (<34 veckor) ses en nästan dubbelt så hög risk för kvinnor födda i Afrika söder om Sahara jämfört med svenskfödda kvinnor, även då alla andra faktorer var justerade för (justerat Risk Ratio 1,9; 95 % konfidensintervall 1,6–2,2) (se Bilaga 18, tabell 18-5). Varken utbildningsnivå, inkomsttyp, eller

områdestyp hade några starka samband med risk för preeklampsi i samband med prematuritet.

Socioekonomiska faktorer i relation till förlossningssätt

Planerat kejsarsnitt

Som tidigare redovisats har frekvens planerade kejsarsnitt legat kring 7–8 %, och har inte förändrats nämnvärt under perioden (se Bilaga 5). Planerat kejsarsnitt tycks inte vara relaterat till de socioekonomiska faktorerna i någon högre grad. De ojusterade estimaten av relativ risk visade att kvinnor från Syd/Centralamerika hade ca 50 % högre sannolikhet att få planerat kejsarsnitt jämfört med svenskfödda kvinnor, men skillnaden försvann när det korrigerats för framförallt moderns karakteristika såsom ålder, paritet, längd, och BMI. Då det korrigerats för alla samvarierande faktorer hade de flesta grupper lägre frekvens planerade kejsarsnitt än kvinnor födda i Sverige (se Bilaga 17, tabell 17-3, och bilaga 18, tabell 18-6). Endast kvinnor födda i Mellanöstern/norra Afrika hade en något högre frekvens (Relativ Risk 1,2). Varken utbildningsnivå eller inkomsttyp var associerat med planerat kejsarsnitt i någon högre grad. Däremot var planerat kejsarsnitt vanligast bland kvinnor som bodde i områden med mycket goda förutsättningar (se Bilaga 17, tabell 17-3 och Bilaga 18, tabell 18-6).

Akut kejsarsnitt

Frekvensen akut kejsarsnitt har ökat något sedan 2018, från ca 9 % till 11 % (se Bilaga 5). Enligt de ojusterade estimaten hade kvinnor födda i syd/sydöstra Asien ungefär 50 % högre risk för akut kejsarsnitt jämfört med kvinnor födda i Sverige (relativ risk 1,5), men överrisken försvann nästan helt när det justerades för kvinnornas längd. Kvinnor från Afrika söder om Sahara hade dock en klart ökad risk för akut kejsarsnitt (relativ risk 1,3) även efter justering för alla samvarierande faktorer. Annars sågs inte något samband mellan socioekonomiska faktorer och akut kejsarsnitt: varken utbildningsnivå, inkomsttyp eller områdestyp var associerade i någon högre grad (se bilaga 17, tabell 17-3, och bilaga 18, tabell 18-7).

Förlossning med sugklocka

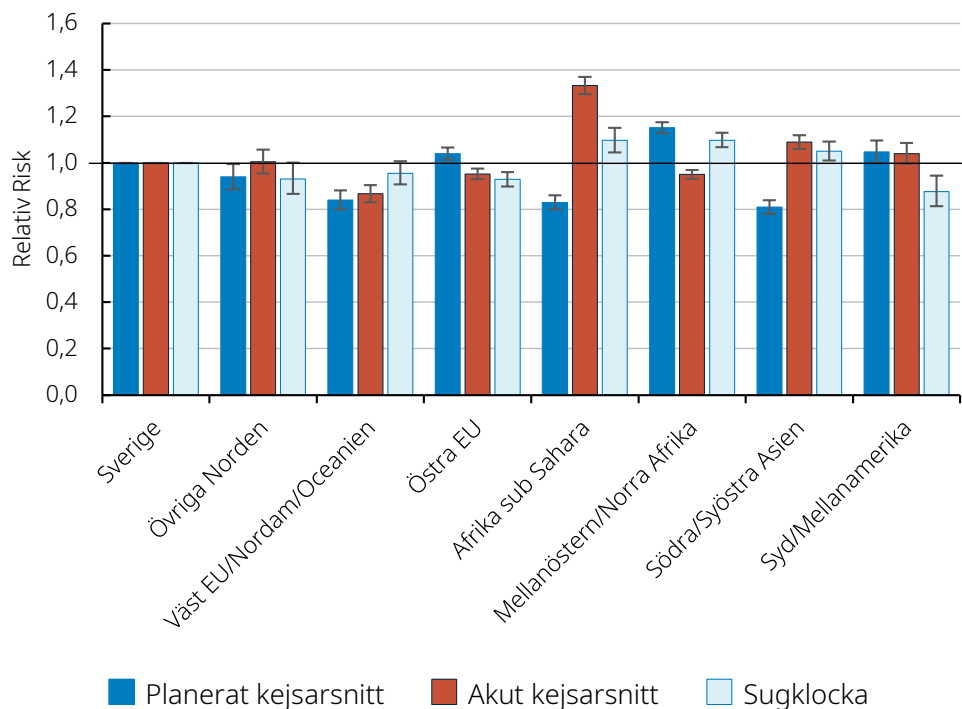
Andelen kvinnor som förlöses med sugklocka sjönk under studieperioden (se Bilaga 5), från ca 6,5 % 2013 till 5 % 2022. Efter justering för samvarierande faktorer kvarstod en ca 10-procentig riskökning för kvinnor födda i Afrika söder om Sahara, Mellanöstern/norra Afrika, eller syd/sydöstra Asien, jämfört med motsvarande risk för kvinnor födda i

Sverige. I övrigt sågs inga samband mellan socioekonomiska faktorer och risk för behov av förlossning med sugklocka. (se bilaga 17, tabell 17-3, och bilaga 18, tabell 18-8).

I Diagram 12 visas de framräknade relativa riskerna för planerat kejsarsnitt, akut kejsarsnitt eller förlossning med sugklocka i relation till kvinnans födelseland, då alla samvarierande faktorer har justerats för.

Diagram 12. Förlossningssätt i relation till kvinnans födelseland.

Relativa risker för olika förlossningsutfall bland kvinnor födda i olika länder jämfört med kvinnor födda i Sverige. De relativa riskerna är Justerade för ålder, paritet, BMI, längd, utbildningsnivå, familjesituation, inkomsttyp och områdestyp.



Källa: Medicinska födelseregistret och SCB

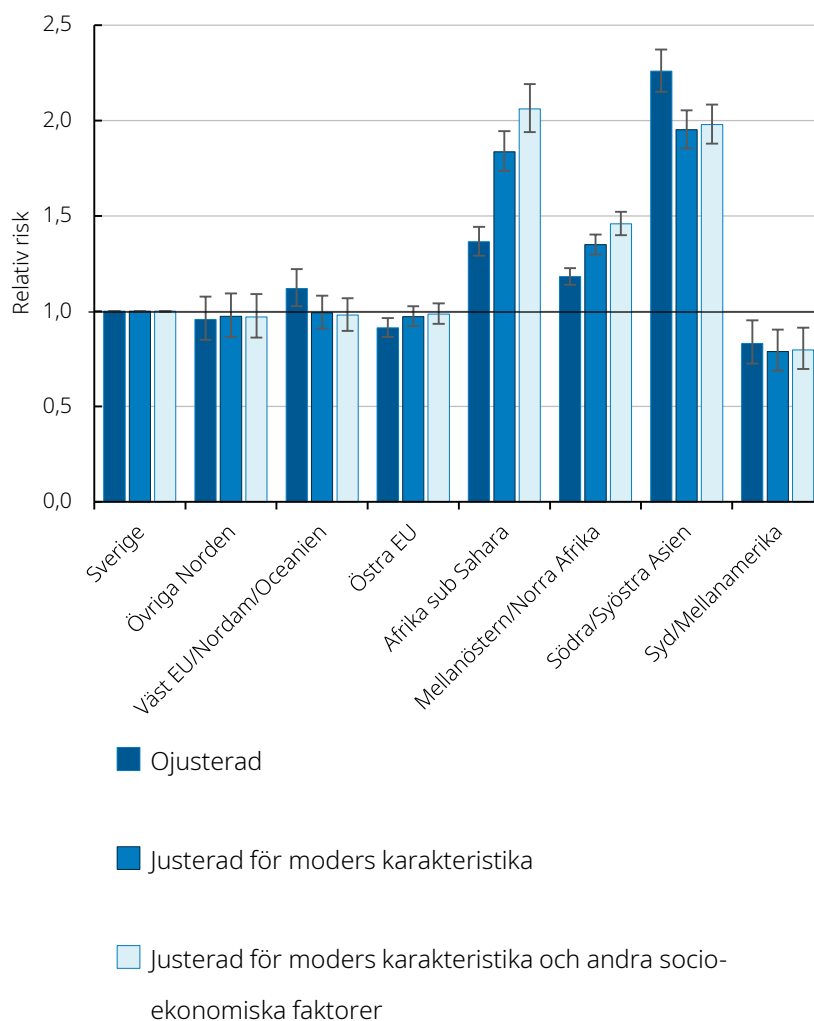
Jämfört med kvinnor födda i Sverige har kvinnor födda i östra Europa, eller i Mellanöstern/norra Afrika högre frekvens planerade kejsarsnitt, medan kvinnor från Afrika söder om Sahara eller södra/sydöstra Asien hade lägre frekvens. Som tidigare nämnts ska det påpekas att dessa estimat är justerade för bl.a. kvinnornas längd. Vad som är intressant att notera är skillnaderna mellan de framtagna relativa riskerna för planerat och akut kejsarsnitt. Kvinnor födda i Afrika söder om Sahara hade signifikant lägre risk för planerat kejsarsnitt, men signifikant ökad risk för akut kejsarsnitt jämfört med kvinnor födda i Sverige. Detsamma gällde i viss mån även kvinnor födda i syd/sydöstra Asien, medan det omvända sågs bland kvinnor födda i Mellanöstern/norra Afrika (dvs hög risk för planerat, men låg risk för akut kejsarsnitt).

Socioekonomiska faktorer i relation till svår bristning (sfinkterruptur) vid förlossning

Om kvinnan får en bristning som omfattar sfinktern (s.k. sfinkterruptur) är risken stor för att hon ska få besvär med att hålla avföring. På senare år har dessa problem uppmärksammats, och det har gjorts stora ansträngningar för att minska andelen kvinnor som råkar ut för denna typ av skador. Diagram 13 visar att risken för att råka ut för en sfinkterruptur varierar beroende på kvinnans födelseland. Kvinnor födda i Afrika söder om Sahara, eller syd/sydöstra Asien löpte dubbelt så hög risk att drabbas av sfinkterruptur, och kvinnor från Mellanöstern hade 50 % högre risk, jämfört med kvinnor födda i Sverige.

Diagram 13. Relativ risk för sfinkterruptur per kvinnans födelseland

Relativ risk för sfinkterruptur bland kvinnor födda i olika länder jämfört med kvinnor födda i Sverige. Inkluderar endast vaginalförlösta.



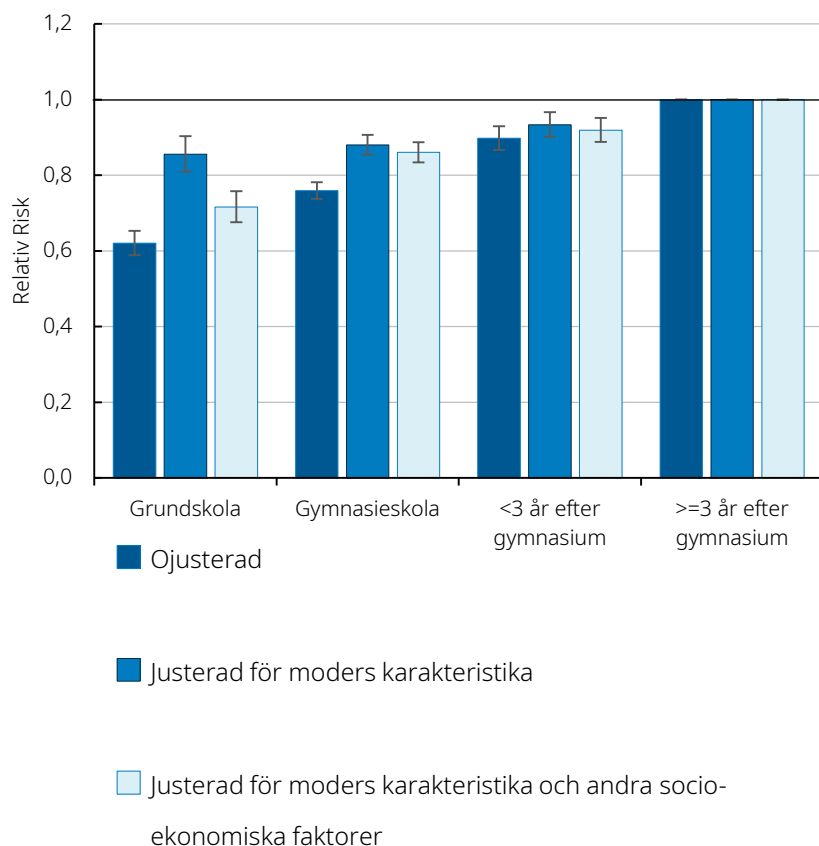
Källa: Medicinska födelseregistret 2013–2022 och SCB

För att minska risken för kvarstående besvär är det av yttersta vikt att sfinkterrupturer diagnostiseras. Diagram 14 visar dock att andelen kvinnor med diagnostiserad sfinkterruptur är lägre bland kvinnor med låg utbildning jämfört med högutbildade kvinnor. Sambandet beror sannolikt inte på några bakomliggande faktorer eftersom faktorer som ålder, paritet, tidigare kejsarsnitt, rökning, BMI, födelseland samt inkomst- och områdestyp är justerade för. Det kan därför inte uteslutas att skillnaderna i registrerad sfinkterruptur beror på underrapportering bland grupper som inte i tillräckligt stor utsträckning har nåtts av information om att hjälp finns att få, och vart man ska vända sig om man har besvär.

Liknande samband rådde mellan områdestyp och sfinkterruptur: högst 'risk' återfanns bland kvinnor som bodde i områden med mycket goda förutsättningar. På samma sätt hade kvinnor med lågt ekonomiskt bidragsbehov högst risk för att få en sfinkterruptur (se bilaga 17, tabell 17-4, och bilaga 18, tabell 18-9).

Diagram 14. Risk för diagnostiserad sfinkterruptur i relation till kvinnans utbildningsnivå

Relativ risk för diagnostiserad sfinkterruptur bland kvinnor med olika utbildningsnivåer jämfört med kvinnor med 3 års eftergymnasiala studier eller mer. Inkluderar endast vaginalförlösta



Källa: Medicinska födelseregistret 2013–2022 och Utbildningsregistret

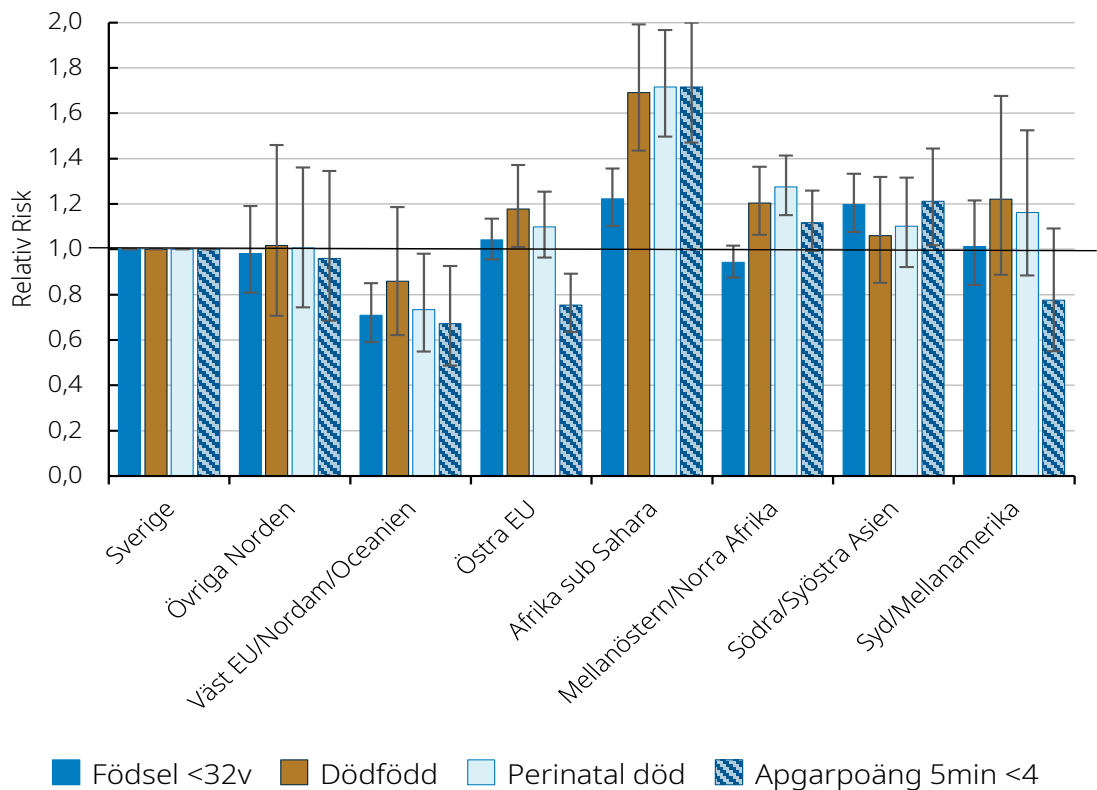
Socioekonomiska faktorer i relation till barnutfall

Barnutfall i relation till kvinnans födelseland

Först redovisas kvinnans födelseland i relation till fyra allvarliga barnutfall. I diagram 15 visas de relativa riskerna då alla samvarierande faktorer är justerade för. De ojusterade estimaten är generellt sett avsevärt högre eftersom många av de kvinnor som är födda utanför Europa har många andra samvarierande riskfaktorer vars effekter därigenom 'justeras bort'. Risken för mycket för tidig födsel var 0,8 % bland kvinnor födda i Sverige, och det var endast kvinnor från Afrika söder om Sahara som hade en signifikant högre risk för att födda så mycket för tidigt jämfört med kvinnor födda i Sverige. Risken för dödföddhet var signifikant ökad bland barn till kvinnor födda i Afrika söder om Sahara (RR 1,69), Mellanöstern/norra Afrika (RR 1,20), eller bland kvinnor som sökte asyl (RR 1,88), jämfört med risken bland barn till kvinnor som var födda i Sverige. De relativa riskerna för perinatal död (dödfödda eller död första levnadsveckan) liknade estimaten för dödföddhet. Risk för mycket låg Apgarpoäng (<4) vid 5 minuter var signifikant högre bland barn till kvinnor från Afrika söder om Sahara jämfört med risken bland barn till kvinnor födda i Sverige. Se bilaga 17, tabell 17-5, och bilaga 18, tabeller 18-10, 18-11, 18-12, och 18-13.

Diagram 15. Allvarliga barnutfall i relation till moderns födelseland

Relativa risker för fyra olika allvarliga utfall bland barn till kvinnor födda i olika länder jämfört med barn till kvinnor födda i Sverige. De relativa riskerna är Justerade för ålder, paritet, BMI, ngd, utbildningsnivå, familjesituation, inkomsttyp och områdestyp



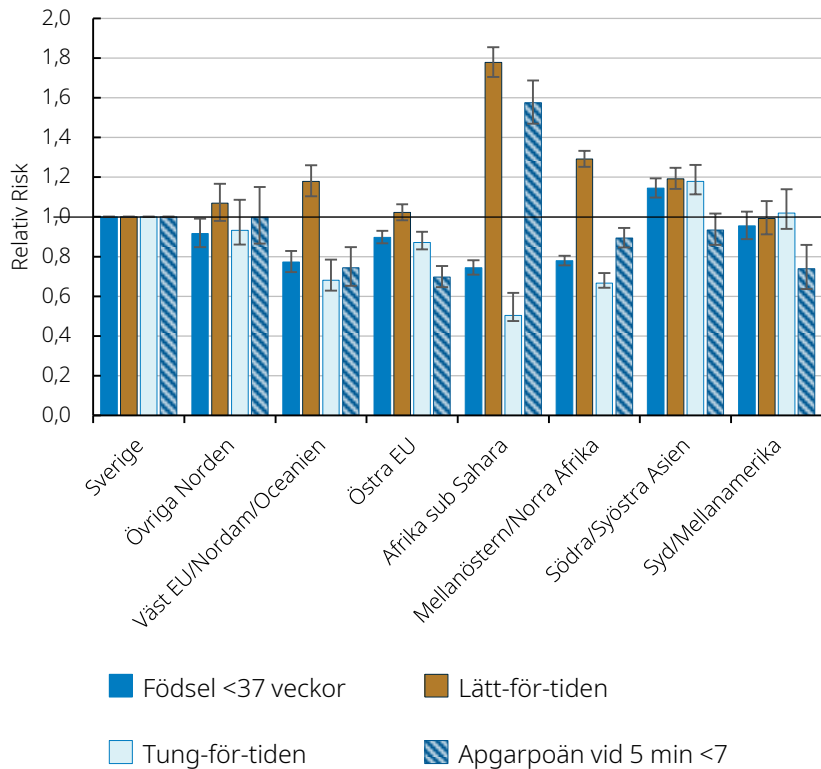
Källa: Medicinska födelseregistret och SCB

I diagram 16 visas övriga, jämförelsevis vanliga, barnutfall: för tidig födsel (<37 veckor), risk att barn föds lätta för tiden, tunga för tiden, eller har något låg Apgarpoäng (<7) vid fem minuter.

Jämfört med barn till kvinnor födda i Sverige, så löpte barn till kvinnor födda i Afrika söder om Sahara, ökad risk att födas för tidigt, att födas lätta för tiden, att födas tunga för tiden, eller att födas med låg Apgarpoäng efter 5 minuter. Barn till kvinnor födda i Mellanöstern eller kvinnor som sökte asyl, löpte också en något ökad risk att födas lätta eller tunga för tiden. eller syd/sydöstra Asien hade en något ökad risk att få låg Apgarpoäng efter 5 minuter. Se detaljerade resultat i bilaga 17, tabell 17-6, och bilaga 18, tabeller 18-14, 18-15, 18-16, och 18-17.

Diagram 16. Övriga barnutfall i relation till moderns födelseland

Relativa risker för fyra olika utfall bland barn till kvinnor födda i olika länder jämfört med barn till kvinnor födda i Sverige. De relativa riskerna är Justerade för ålder, paritet, BMI, ngd, utbildningsnivå, familjesituation, inkomsttyp och områdestyp



Källa: Medicinska födelseregistret och SCB

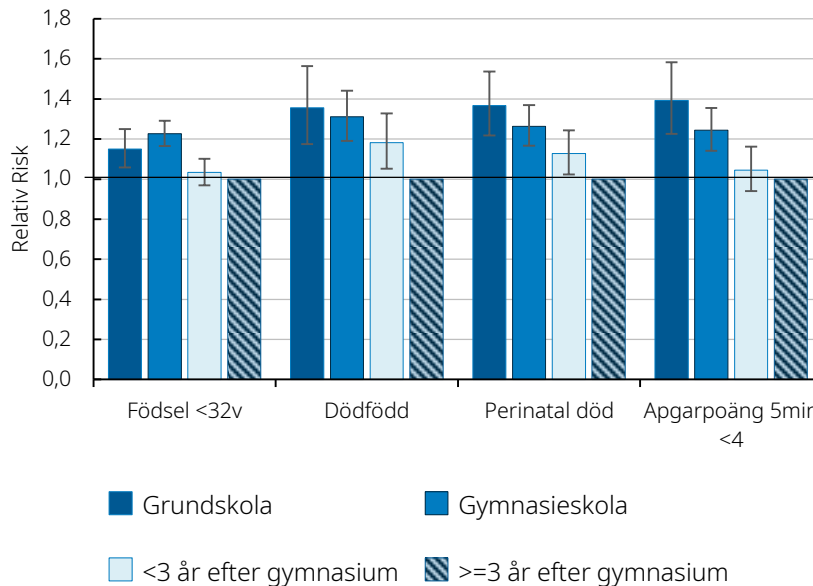
Barnutfall i relation till kvinnans utbildningsnivå

I diagram 17 redovisas riskerna för allvarliga barnutfall i relation till kvinnans utbildningsnivå. Det syns ett klart signifikant samband mellan utbildningsnivå och de undersökta utfallen: födsel <32 veckor, dödföddhet, perinatal död, och mycket låg Apgarpoäng (<4) vid 5 minuter, där kvinnor med lägst utbildning hade klart ökade risker.

Det fanns också, visserligen mindre uttalade, men statistiskt signifikanta samband mellan låg utbildningsnivå och ökad risk för de vanligare barnutfallen (<37 veckor, lätt-för-tiden, tung-för-tiden, och Apgarpoäng <7 vid 5 minuter), se diagram 18.

Diagram 17. Risk för allvarliga barnutfall i relation till moderns utbildningsnivå

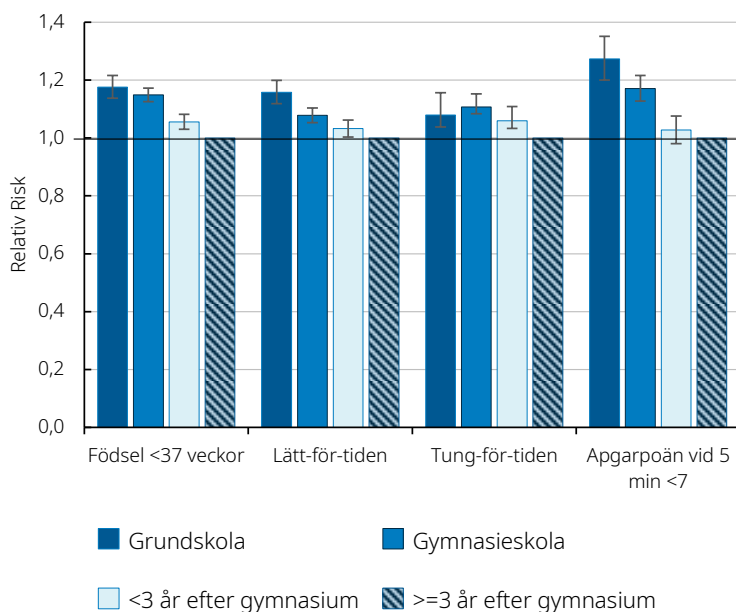
Relativa risker för fyra allvarliga utfall bland barn till kvinnor med olika utbildningsnivåer jämfört med barn till kvinnor med tre eller fler års postgymnasiala studier. De relativa riskerna är justerade för ålder, paritet, BMI, rökning, längd, moders födelseland, familjesituation, inkomsttyp och områdestyp



Källa: Medicinska födelseregistret 2013–2022 och Utbildningsregistret

Diagram 18. Risk för övriga barnutfall i relation till moderns utbildningsnivå

Relativa risker för fyra utfall bland barn till kvinnor med olika utbildningsnivåer jämfört med barn till kvinnor med tre eller fler års postgymnasiala studier. De relativa riskerna är justerade för ålder, paritet, BMI, rökning, längd, moders födelseland, familjesituation, inkomsttyp och områdestyp



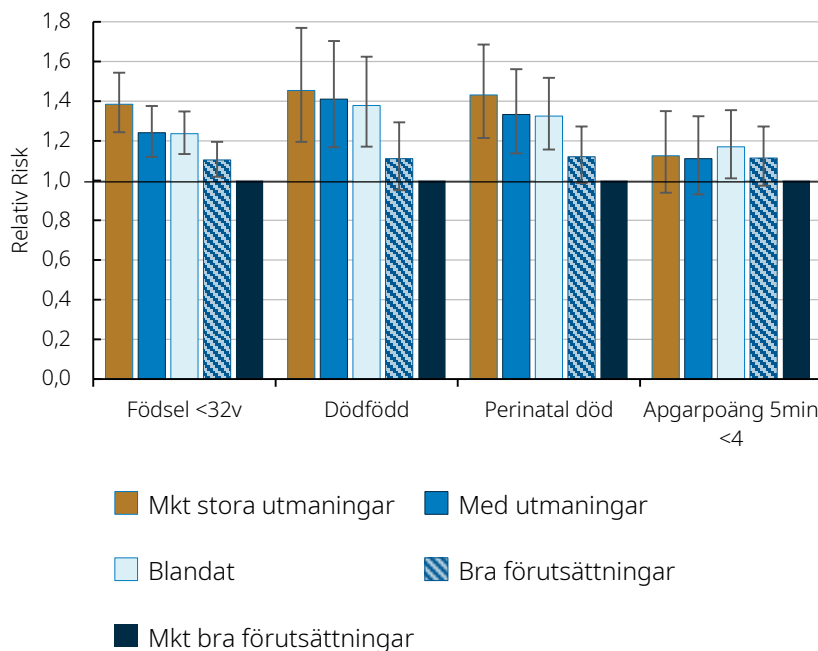
Källa: Medicinska födelseregistret 2013–2022 och Utbildningsregistret

Barnutfall i relation till områdestyp

Trots att det justerats för samvarierande faktorer som ålder, paritet, BMI, rökning, längd, födelseland och utbildningsnivå, så fanns det klara samband mellan områdestyp och risk för allvarliga barnutfall (se diagram 19). Barn till kvinnor som bodde i områden med stora, eller mycket stora utmaningar, eller i blandade områden hade signifikant ökad risk att födas mycket för tidigt, att vara dödfödd, eller att dö perinatalt (dödfödd eller död första levnadsveckan). Områdestyp tycks således ha en egen effekt på de nyfödda barnens hälsa, oberoende av andra samvarierande faktorer.

Diagram 19. Risk för allvarliga barnutfall i relation till moderns boendes områdestyp

Relativa risker för fyra allvarliga utfall bland barn till kvinnor boende i olika områdestyper, jämfört med barn till kvinnor som bor i områden med mycket bra förutsättningar. De relativa riskerna är Justerade för ålder, paritet, BMI, rökning, längd, moders födelseland, familjesituation och utbildningsnivå.

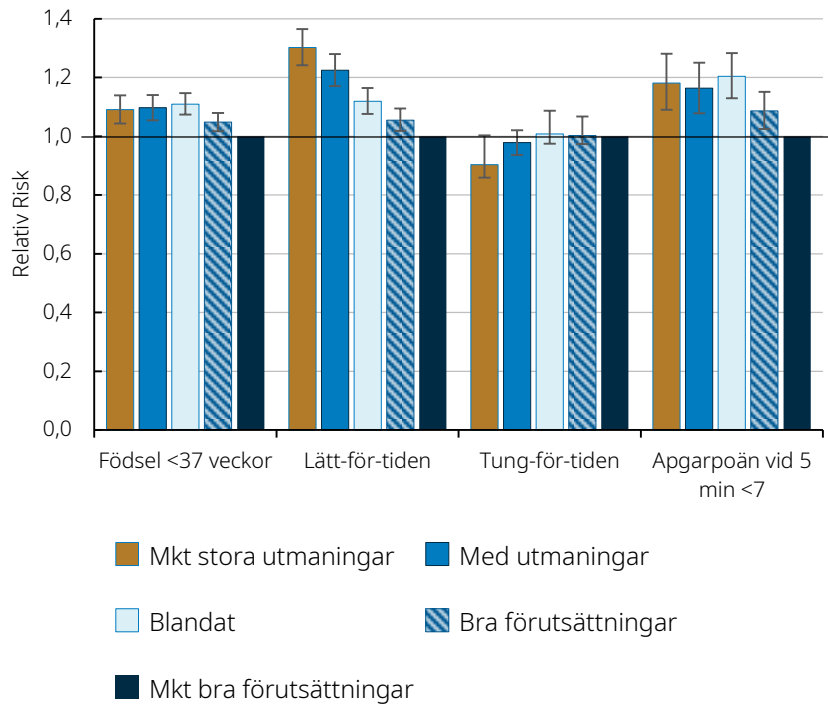


Källa: Medicinska födelseregistret 2013–2022 och Boverkets segregationsbarometer

Det fanns också ett starkt och signifikant samband mellan områdestyp och risk för att barnet var lätt för tiden vid födelsen (se diagram 20). Vidare hade barn till kvinnor som bodde i områden med mycket bra förutsättningar mindre risk för för tidig födsel, födas stora för tiden, eller för låg Apgarpoäng vid 5 minuter.

Diagram 20. Risk för övriga barnutfall i relation till moderns boendes områdestyp

Relativa risker för fyra utfall bland barn till kvinnor boende i olika områdestyper, jämfört med barn till kvinnor som bor i områden med mycket bra förutsättningar. De relativa riskerna är justerade för ålder, paritet, BMI, rökning, längd, moders födelseland, familjesituation och utbildningsnivå.



Källa: Medicinska födelseregistret 2013–2022 och Boverkets segregationsbarometer

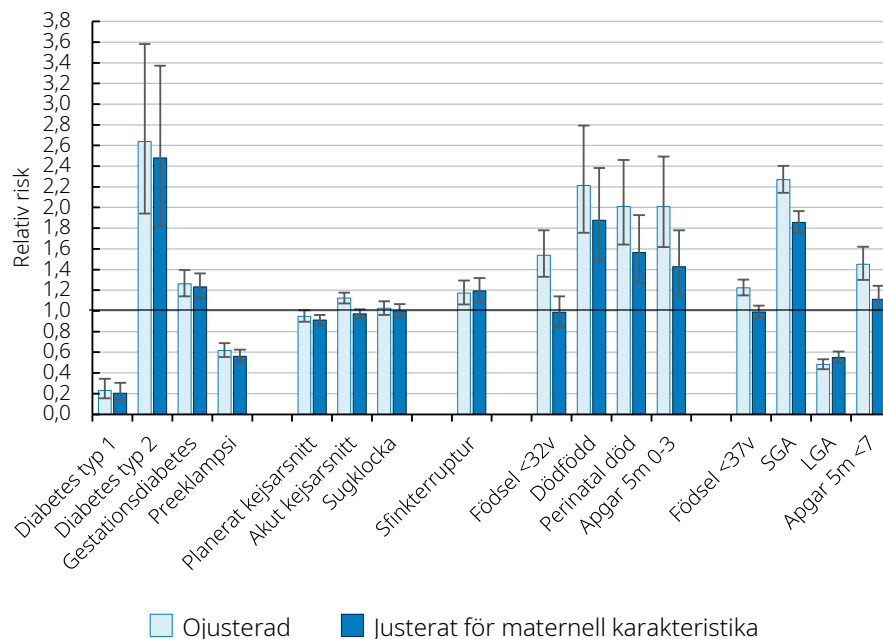
Förlossningsutfall bland kvinnor som sökte asyl

Som nämndes i inledningen har kvinnor som söker asyl inte något svenskt personnummer, och det finns ingen information i centrala register om deras födelseland, utbildningsnivå, boendes områdestyp, eller inkomstförhållande. Den enda information som är tillgänglig är den information som samlats in via det medicinska födelseregistret. Analyserna är således begränsade till dessa faktorer.

I diagram 21 redovisas de relativa riskerna för de olika utfall (för kvinnor och deras barn) som beaktats i rapporten för kvinnor som sökte asyl då de födde barn jämfört med utfall bland kvinnor som var födda i Sverige.

Diagram 21. Förlossningsutfall bland kvinnor som söker asyl

Relativ risk för olika förlossningsutfall bland kvinnor som söker asyl då de födde barn jämfört med utfallet bland kvinnor födda i Sverige.



Källa: Medicinska födelserregistret 2013–2022

Kvinnor som sökte asyl hade högre risk för diabetes typ 2, och graviditetsdiabetes jämfört med kvinnor födda i Sverige, men lägre risk för diabetes typ 1 och preeklampsi. Riskerna för kejsarsnitt eller sugklocka skiljde sig inte nämnvärt mellan asylsökande och svenskfödda kvinnor. Riskerna för allvarliga barnutfall (dödföddhet, dödföddhet eller död första levnadsveckan, och Apgarpoäng vid fem minuter 0–3) var signifikant sämre bland barn till kvinnor som sökte asyl än risker bland barn till kvinnor födda i Sverige. Asylsökandes kvinnors barn hade också väsentligt högre risk att vara små för tiden (SGA).

Utfallet bland kvinnor (och deras nyfödda barn) som sökte asyl var således något sämre än motsvarande utfall bland kvinnor födda i Sverige. Framförallt var riskerna för allvarliga barnutfall markant förhöjda. Förmodligen var en del av de kvinnor som söker asyl redan gravida då de kom till Sverige, och hade således inte nåtts av svensk mödrahälsovård förrän en tid in i graviditeten.

Referenser

1. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2016-12-14.pdf>
2. <https://segregationsbarometern.boverket.se/om-segregationsbarometern/>
3. Marsál K, Persson PH, Larsen T, Lilja H, Selbing A, Sultan B. Intrauterine growth curves based on ultrasonically estimated foetal weights. *Acta Paediatr.* 1996 Jul;85(7):843–8. doi: 10.1111/j.1651-2227.1996.tb14164.x. PMID: 8819552.
4. Paredes C, Hsu RC, Tong A, Johnson JR. Obesity and Pregnancy. *Neoreviews.* 2021 Feb; 22(2):e78–e87. doi: 10.1542/neo.22-2-e78. PMID: 33526637.
5. Gränsvärden för graviditetsdiabetes Stöd för beslut om behandling. Socialstyrelsen 2015.
6. Riktlinjer för hypertonisjukdomar under graviditet. SFOG 2019-10-23.
7. Kejsarsnitt? – Ett kunskapsstöd inför beslut om planerat kejsarsnitt vid oklara indikationer. Artikelnummer: 2022-12-8278 | Publicerad: 2022-12-14
8. André K, Stuart A, Källén K. Obstetric anal sphincter injuries-Maternal, fetal and sociodemographic risk factors: A retrospective register-based study. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2022 Nov; 101(11):1262–1268. doi: 10.1111/aogs.14425. Epub 2022 Aug 3. PMID: 35920107; PMCID: PMC9812064.

Bilagor

Bilaga 1–16. Metodbeskrivningar och kompletterande deskriptiva diagram.

Bilaga 17. Tabellbilaga. Antal och andelar för samtliga beaktade utfall och riskfaktorer.

Bilaga 18. Tabellbilaga. Redovisning av alla resultat från analyserna.
Relativa risker med 95 % konfidensintervall.

Boendets områdestyp och andra socioekonomiska faktorerers påverkan på kvinnors och barns hälsa efter förlossning



Boendets områdestyp och andra socioekonomiska faktorerers påverkan på kvinnors och barns hälsa efter förlossning (artikelnr 2025-9-9745)
kan laddas ner från socialstyrelsen.se/publikationer.