

Graviditeter, förlossningar och nyfödda barn

Medicinska födelseregistret 1973–2012

Assisterad befruktning 1991–2011

SVERIGES OFFICIELLA STATISTIK
Statistik – Hälso- och Sjukvård
Graviditeter, förlossningar och nyfödda barn
Medicinska födelseregistret 1973-2012
Assisterad befruktning, 1991-2011

OFFICIAL STATISTICS OF SWEDEN
Statistics – Health and Medical Care
Pregnancies, Deliveries and Newborn Infants
The Swedish Medical Birth Register 1973–2012
Assisted Reproduction, treatment 1991–2011

Information:

Karin Gottvall, tfn 075-247 38 99, karin.gottvall@socialstyrelsen.se
Ellen Lundqvist, tfn 075-247 39 45, ellen.lundqvist@socialstyrelsen.se
Karin Källén, tfn 075-247 34 06 vid frågor om assisterad befruktning

Tidigare publicering:

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

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

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

Previous publication:

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

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

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

Du får gärna citera Socialstyrelsens texter om du uppger källan, exempelvis i utbildningsmaterial till självkostnadspris, men du får inte använda texterna i kommersiella sammanhang. Socialstyrelsen har ensamrätt att bestämma hur detta verk får användas, enligt lagen (1960:729) om upphovsrätt till litterära och konstnärliga verk (upphovsrättslagen). Även bilder, fotografier och illustrationer är skyddade av upphovsrätten, och du måste ha upphovsmannens tillstånd för att använda dem

ISSN 1400-3511
ISBN 978-91-7555-123-4
Artikelnr 2013-12-16

Publicerad www.socialstyrelsen.se, december 2013

Förord

Denna publikation presenterar statistik över graviditeter, förlossningar och nyfödda barn under perioden 1973 till 2012 samt statistik över behandlingsresultat vid assisterad befruktning mellan 1991 och 2011. Uppgifter om graviditeter, förlossningar och nyfödda barn rapporteras från landets kvinnokliniker sedan 1973 till det medicinska födelseregistret vid Socialstyrelsen. Syftet med registret är att informationen ska utgöra underlag för kvalitets-säkring av hälso- och sjukvård, forskning och statistik.

I rapporten 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 nyfödda barns födelsevikt och överlevnad m.m. Rapporten beskriver framför allt utvecklingen i landet som helhet sedan 1970-talet, och vissa data redovisas även på regional nivå. Rapporten redovisar beskrivande statistik med korta kommentarer och förklaringar.

Rapporten är sammanställd av Ellen Lundqvist, Karin Gottvall och Karin Källén (uppgifter om assisterad befruktning) vid Socialstyrelsen. Föredragande läkare för medicinska födelseregistret är Olof Stephansson.

Stockholm i december 2013

Anders Åberg
Enhetschef
Enheten för statistik 2
Avdelningen för statistik och jämförelser

Innehåll

<i>Diagram- och tabellförteckning</i>	5
<i>Sammanfattning</i>	8
<i>Summary</i>	9
<i>Material</i>	10
Medicinska födelseregistret (MFR)	10
Bortfall	10
Utbildning	11
Kvalitetsregistret för assisterad befruktning (Q-IVF)	11
<i>Ordlista List of terms</i>	12
<i>Graviditet</i>	14
Mödrarnas ålder	14
Mödrarnas födelse land	16
Mödrarnas utbildning	17
Body mass index (BMI) vid inskrivning i mödrahälsovården	19
Tobaksvanor före och under graviditet	22
Assisterad befruktning	27
In vitro-fertilisering (IVF)	27
Behandling med egna respektive donerade spermier och ägg	30
Behandlingsresultat av IVF och spermie- och äggdonation	31
<i>Förlossning</i>	32
Antal förlossningar	32
Mödrarnas paritet	32
Flerbörder	33
Induktion	34
Smärtlindring	35
Farmakologisk smärtlindring	35
Icke-farmakologisk smärtlindring	39
Kejsarsnitt och instrumentella förlossningar	41
Sätesbjudning	45
Perinealklipp	47
Bristningar grad III och IV	48
Vårdtid	49
<i>Nyfödda barn</i>	52
Födelsevikt	52
Gestationsålder (graviditetslängd)	53
Dödlighet under nyföddhetsperioden	54
<i>Bilaga 1. Tabeller</i>	58

Diagram- och tabellförteckning

Diagram	Diagrams
1 Mödrarnas medelålder, 1973–2012	1 Maternal mean age, 1973–2012
2 Mödrarnas åldersfördelning, 1973–2012	2 Maternal age, 1973–2012
3 Medelålder bland förstföderskor per län, 2012	3 Mean age among primiparas by county, 2012
4 Andel mödrar födda utanför Sverige 1973–2012 fördelat på världsdel	4 Proportion of mothers born outside of Sweden 1973–2012 by continent
5 BMI (medelvärde) vid inskrivning till mödrahälsovården, 1992–2012	5 BMI (mean) at registration to antenatal care, 1992–2012
6 Andel gravida kvinnor med övervikt (BMI 25,0–29,9) och fetma (BMI 30,0 eller mer) vid inskrivning i mödrahälsovården, 1992–2012	6 Proportion of pregnant women with overweight (BMI 25,0–29,9) and obesity (BMI 30,0 or more) at registration to antenatal care, 1992–2012
7 Andel gravida kvinnor med övervikt (BMI 25,0–29,9) och fetma (BMI 30,0) vid inskrivning i mödrahälsovården per län, 2012	7 Proportion of pregnant women with overweight (BMI 25,0–29,9) and obesity (BMI 30,0 or more) at registration to antenatal care by county, 2012
8 Andel gravida kvinnor med (BMI 25,0–29,9) och fetma (BMI 30,0) vid inskrivning i mödrahälsovården fördelat på utbildningsgrupp, 2012. Åldersstandardiserade tal	8 Proportion of pregnant women with overweight (BMI 25,0–29,9) and obesity (BMI 30,0 or more) at registration to antenatal care by educational level, 2012. Age-standardized
9 Andel rökare under tidig graviditet, 1985–2012	9 Proportion of maternal smoking during early pregnancy, 1985–2012
10 Andel rökare före och under graviditet efter mödrarnas ålder, 2012	10 Proportion of maternal smoking before and during pregnancy by age, 2012
11 Dödlighet bland barn i relation till kvinnans tobaksvanor vid inskrivning i mödrahälsovården, 2008–2012	11 Infant mortality related to maternal tobacco use at registration to antenatal care, 2008–2012
12 Andel rökare och snusare under tidig graviditet per län, 2012	12 Proportion of maternal smoking and snuff use during early pregnancy by county, 2012
13 Andel rökare i tidig graviditet och i graviditetsvecka 30–32 fördelat på utbildningsgrupp, 2012 (okänd utbildning ingår ej). Åldersstandardiserade tal	13 Proportion of maternal smoking during early and pregnancy week 30–32 by educational level, 2012 (unknown education not included). Age-standardized
14 Antal återförande av befruktade ägg, efter behandlingstyp, behandlingar gjorda 1991–2011	14 Number of embryo transfers, by method of assisted reproduction, 1991–2011
15 Andel förlossningar per äggåterförande, efter behandlingstyp, behandlingar gjorda 1991–2011	15 Proportion of deliveries per embryo transfer (per cent), by method of assisted reproduction, 1991–2011
16 Andel tvilling- och trillingförlossningar efter assisterad befruktning, behandlingar gjorda 1991–2011	16 Proportion of twin and triplet deliveries after assisted reproduction, 1991–2011
17 Antal förlossningar totalt och per 1 000 kvinnor (15–44 år), 1973–2012	17 Total number of deliveries total and per 1,000 women (15–44 years), 1973–2012
18 Andel kvinnor som genomgått sin 1:a, 18	18 Proportion of 1 st , 2 nd , 3 rd , 4 th or 5 th or

	2:a, 3:e, 4:e, 5:e (eller fler) förlossning, 1973–2012		more delivery, 1973–2012
19	Antal tvilling-, trilling- och fyrlingförlossningar per 1 000 förlossningar, 1973–2012	19	Number of twin, triplet and quadruplet deliveries per 1,000 deliveries, 1973–2012
20	Andel förlossningar som startas med induktion av alla enkelbördsförlossningar vid fullgången graviditet, (≥ 37 veckor), 1991–2012	20	Proportion of induced singleton deliveries at full-term pregnancy (≥ 37 weeks), 1991–2012
21	Farmakologisk smärtlindring vid vaginal förlossning, 1973–2012	21	Pharmacological pain relief at vaginal deliveries, 1973–2012
22	Epiduralblockad vid vaginal förlossning bland förstföderskor per landsting, 2012	22	Epidural block at vaginal deliveries among primiparas by county council, 2012
23	Epiduralbedövning vid vaginal förlossning fördelat på utbildningsgrupp, 2012 (okänd utbildning ingår ej). Åldersstandardiserade tal	23	Epidural anaesthesia at vaginal deliveries by educational level, 2012 (unknown education not included). Age-standardized
24	Andel vaginala förlossningar med icke-farmakologiska smärtlindringsmetoder, 1996–2012	24	Proportion of vaginal deliveries with non-pharmacological pain relief methods, 1996–2012
25	Icke-farmakologisk smärtlindring (akupunktur, TENS eller kvaddlar sammantaget) vid vaginal förlossning fördelat på utbildningsgrupp, 2012 (okänd utbildning ingår ej). Åldersstandardiserade tal	25	Non-pharmacological pain relief at vaginal deliveries by educational level, 2012 (unknown education not included). Age-standardized
26	Kejsarsnitt och vaginala instrumentella förlossningar, 1973–2012	26	Caesarean section and vaginal instrumental deliveries, 1973–2012
27	Kejsarsnitt vid enkelbörd och flerbörd, 1973–2012	27	Caesarean section by singleton and multiple pregnancy, 1973–2012
28	Samtliga kejsarsnitt per landsting, 2012	28	Caesarean section by county council, 2012
29	Förlossningssätt fördelat på utbildningsgrupp, 2012 (okänd utbildning ingår ej). Åldersstandardiserade tal	29	Mode of delivery by educational level, 2012 (unknown education not included). Age-standardized
30	Kejsarsnitt vid sätesbjudning bland enkelbörd, 1973–2012	30	Caesarean section of breech deliveries among singleton pregnancies, 1973–2012
31	Perinealklipp vid vaginal förlossning fördelat på paritet, 2000–2012	31	Episiotomy at vaginal delivery by parity, 2000–2012
32	Bristningar av grad III och IV vid vaginal förlossning, 1990–2012	32	Anal sphincter rupture of the 3rd and 4th degree at vaginal deliveries, 1990–2012
33	Bristningar av grad III och IV vid vaginal förlossning vid instrumentell (sugklocka/tång) respektive icke instrumentell förlossning samt vid barn med födelsevikt ≥ 4500 g respektive < 4500 g, 1991–2012	33	Anal sphincter rupture of the 3rd and 4th degree at vaginal by vaginal instrumental deliveries and birth weight ≥ 4500 g or < 4500 g, 1992–2012
34	Medelvårdtid vid enkelbörd efter vaginal förlossning respektive kejsarsnitt, 1973–2012	34	Time at in-patient care post partum among singleton births by vaginal delivery and caesarean section, 1973–2012
35	Andel kvinnor med kort vårdtid (0–2 dygn) vid enkelbörd efter vaginal förlossning, 1973–2012	35	Proportion of short time at in-patient care post partum (0–2 days) among singleton births by vaginal delivery, 1973–2012
36	Andel kvinnor med kort vårdtid (0–2	36	Proportion of short time at in-patient

	dygn) vid enkelbörd efter vaginal förlösning per landsting, 2012		care post partum (0–2 days) among singleton births by vaginal delivery by county council, 2012
37	Genomsnittlig födelsevikt hos flickor och pojkar, 1973–2012	37	Mean birth weight among girls and boys, 1973–2012
38	Prematuritet och överburenhet bland levande födda barn vid enkelbörd, 1985–2012	38	Preterm and post term births among live singleton births, 1985–2012
39	Dödföddhet (graviditetsvecka ≥ 22) och neonatal dödlighet (0–27 dygn efter födelsen), 1973–2012	39	Stillbirth (gestational length $\geq 22+0$) and neonatal death (0–27 days), 1973–2012
40	Neonatal dödlighet (0–27 dygn) bland för tidigt födda barn 1973–2012	40	Neonatal death (0–27 days) among premature births, 1973–2012

Tabeller		Tables	
1	Bakgrundsfaktorer hos kvinnor som fött barn under 2012 fördelat på utbildningsnivå	1	Maternal background in relation to level of education, 2012
2	Antal IVF-behandlingar med egna ägg och spermier 2011	2	Number of IVF-treatments, 2011
3	Antal IVF-behandlingar med donerade spermier, 2011	3	Number of IVF treatments with donated sperm, 2011
4	Antal äggdonationer, 2011	4	Number of egg donations 2011
5	IVF, äggdonationer och spermiedonationer fördelat på kvinnans ålder, 2011	5	IVF, egg donations and sperm donations by maternal age, 2011
6	Dödföddhet och neonatal dödlighet (0–27 dygn) bland födda barn, 2012	6	Stillbirth and neonatal death (0–27 days), 2012
7	Graviditetslängd för levande födda barn som avlider under neonatalperioden (0–6 dygn eller 7–27 dygn efter födelsen), 2003–2012	7	Neonatal death by gestational week among live births, 2003–2012
8	Bakgrundsfaktorer hos modern i relation till födda barn, dödföddhet och neonatal dödlighet, 2003–2012	8	Maternal background in relation to of live born infants, stillbirth and neonatal death, 2003–2012

Sammanfattning

Sedan medicinska födelseregistret (MFR) startade 1973 har det skett stora förändringar både för kvinnor som föder barn och i omständigheter kring själva förlossningen.

Födelsealen minskade under 1970-talet och början av 1980-talet, för att sedan öka och nå en topp 1990-1992. Strax därefter minskade födelsealen kraftigt för att nå en lägstanivå 1998-1999 med knappt 89 000 födda barn. Under 2000-talet har födelsealen ökat och 2012 föddes totalt 113 630 barn enligt uppgift från Statistiska centralbyrån. Till MFR rapporterades 96,6 procent (n=109 800) av dessa barn. Uppgifter för 2012 saknas för lands-tinget i Värmland. Vid beräkning av riksvärden för 2012 har därför uppgifter för Värmland år 2011 använts.

Jämfört med år 1973 har medelåldern för förstföderskor ökat från knappt 24 år till drygt 28 år. Det senaste decenniet har medelåldern dock legat kring 28,5 år för riket, men det finns stora regionala skillnader. Barnaföderskor i storstadsområden är i genomsnitt äldre än kvinnor på landsbygden och detta syns i statistiken redan år 1973. Andelen mödrar som är födda utanför Sverige var 10 procent 1973 och 24 procent år 2012.

Andelen kvinnor med övervikt eller fetma (BMI 25 eller mer) vid inskrivning i mödrahälsovården har ökat från 25 procent 1992 till 38 procent 2012. Ungefär 6 procent av kvinnorna röker i tidig graviditet. Bland gravida kvinnor med grundskola som högsta utbildning återfanns en större andel med övervikt och fetma och denna grupp rökte i större utsträckning under graviditeten jämfört med kvinnor med gymnasial eller eftergymnasial utbildning.

I genomsnitt fick 50 procent av alla förstföderskor epiduralbedövning (ryggbedövning) vid vaginal förlossning år 2012 men det varierar stort mellan olika sjukhus (30 till 68 procent). Användningen av andra smärtlindringsmetoder varierar också regionalt. Kvinnor med grundskola som högsta utbildning använde i något lägre grad farmakologisk såväl som icke-farmakologisk smärtlindring under förlossningen jämfört med övriga utbildningsgrupper. För epiduralbedövning kvarstod dock inte denna skillnad efter att hänsyn tagits till paritet, födelsealand och hemort i analyserna.

Andelen kejsarsnitt vid enkelbördsförlossningar har ökat från 5 procent 1973 till 17 procent år 2012 och vid flerbörder var andelen kejsarsnitt 55 procent under 2012. Andelen kejsarsnitt var något lägre bland kvinnor med eftergymnasial utbildning jämfört med övriga utbildningsgrupper. Närmare 91 procent av alla sätesändlägen förlöstes med kejsarsnitt år 2012.

Bland förstföderskor med vaginal förlossning drabbades 6 procent av perinealbristningar av grad III och IV och för alla, både först- och omföderskor sammantaget, var siffran 3,8 procent.

Antal dödfödda barn var 3,9 per 1 000 födda barn och den neonatala dödligheten 0-27 dygn efter förlossningen var 1,4 per 1 000 levande födda barn år 2012.

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.

During the 1970s and early 1980s, the number of births decreased but increased again, to peak 1990-1992. After that the number of births decreased considerably and reached a bottom level of less than 89,000 children born per year in 1998-1999. In the 2000s the number of births increased and in 2012 a total of 113,630 children were born according to Statistics Sweden. 96.6 per cent of these children were reported to the Medical Birth Register (n=109,800). Data for 2012 are not delivered from the council of Värmland. Therefore, data for Värmland 2011 have been used in the calculations of the national values for 2012.

Compared to 1973, the mean age of women giving birth to their first child (primiparas) has risen from just under 24 years to just over 28 years in 2012. The last decade, the mean age has remained around 28.5 years for Swedish primiparas, but there are large regional differences. The proportion of pregnant women born outside Sweden was 10 per cent in 1973 and 24 per cent in 2012.

The proportion of women with overweight or obesity (BMI of 25 or more) at registration for antenatal care has increased from 25 per cent in 1992 to 38 per cent in 2012. About 6 per cent of the women smoked in early pregnancy. Pregnant women with compulsory education only had higher BMI and smoked to a larger extent during pregnancy than women with upper secondary and post-secondary education.

On average, 50 per cent of all primiparas had epidural anesthesia during labor in 2012, but there are considerable differences between hospitals (30 to 68 per cent). Women with compulsory education used somewhat less pharmacological and non-pharmacological pain relief during labour compared to women with upper secondary and post-secondary education. For epidural anesthesia, the conclusion was not consistent after adjustment for parity, country of birth and county.

The proportion of caesarean sections in singleton deliveries increased from 5 per cent in 1973 to 17 per cent in 2012. For multiple deliveries the proportion was 55 per cent. The proportion of caesarean sections was somewhat lower for women with post-secondary education. Almost 91 per cent of all breech presentations were delivered by caesarean section in 2012.

Among primiparas, the proportion of anal sphincter ruptures in vaginal delivery was 6 per cent, and for all women, both primiparas and multiparas the proportion was 3.8 per cent.

The number of stillborn was 3.9 per 1,000 births and the neonatal mortality rate 0-27 days after birth was 1.4 per 1,000 live births in 2012.

Material

Medicinska födelseregistret (MFR)

Sedan 1973 finns ett rikstäckande medicinskt födelseregister över samtliga graviditeter som lett till förlossning. MFR omfattar uppgifter om graviditeter, förlossningar och om nyfödda barn. Systemet bygger på journaluppgifter från mödrahälsovård, förlossningsvård och nyföddhetsvård. Bara uppgifter där det finns ett klart motiv för en rikstäckande registrering på individnivå samlas in till MFR.

Bortfall

År 2012 har landstinget i Värmland inte rapporterat några förlossningsuppgifter till medicinska födelseregistret. I tabeller och diagram fördelade på läns-, landstings- eller sjukhusnivå presenteras inga uppgifter för Värmland år 2012. Vid summeringar till riksnivå har 2011 års uppgifter använts för Värmland. Det året var antalet förlossningar i landstinget 2 490 och antalet födda barn 2 517. Enligt Socialstyrelsens patientregister hade landstinget i Värmland 2 668 förlossningar år 2012, vilket är något fler än föregående år. Därför är det viktigt att beakta att rikssiffrorna för 2012 är en skattning.

Det är så gott som omöjligt att undvika mindre felaktigheter i ett register av medicinska födelseregistrets storlek. Enligt folkbokföringsuppgifter från Statistiska centralbyrån (SCB) föddes 113 630 barn mot 109 800 som rapporterats till medicinska födelseregistret (skattad siffra) vilket ger en differens på 3 810 barn. Det innebär att 96,6 procent av alla födda barn rapporterades till MFR år 2012. Eftersökningar av ej rapporterade förlossningar/barn har enbart skett för dödfödda och neonatalt avlidna barn.

Avsaknad av en uppgift får betydelse 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 de problem som finns i registret, till exempel avvikelser i inrapporteringen. Registeruppgifter är inte lämpliga för att göra individuella bedömningar av enskilda personer utan de är avsedda för jämförelser mellan grupper. Ett bortfall uppstår när sjukhusen inte rapporterar en förlossning till registret eller när uppgifter inte journalförts på ett adekvat sätt.

Bortsett från totalbortfallet för Värmland var bortfallet år 2012 för de uppgifter som rapporteras från mödrahälsovårdsjournalen (bland annat tobaksvanor, BMI m.m.) för hela riket 3,0 procent i mödrahälsovårdsjournal 1 (MHV1). Motsvarande siffra för Mödrahälsovårdsjournal 2 (MHV2) var 3,5 procent. Störst bortfall hade Hallands landsting med 10,1 procent på både MHV1 och MHV2. För Skåne var motsvarande bortfallssiffror 7,1 respektive 8,0 procent. Landstinget i Uppsala hade högt bortfall på MHV2, nämligen 8,5 procent.

Rökning i graviditetsvecka 30–32 finns med i medicinska födelseregistret sedan 1991, men på grund av det stora bortfallet publiceras dessa uppgifter endast från år 2000 och framåt. Från och med 1999 registreras användning av snus och även rökning tre månader före aktuell graviditet (bilaga 1).

Utbildning

I denna rapport har några utvalda variabler i medicinska födelseregistret samkörts med Statistiska centralbyråns utbildningsregister. Syftet med samkörningen är att undersöka om utbildningsnivå har betydelse för moderns hälsa i samband med graviditet och förlossning.

Utbildningsvariabeln har kategoriserats enligt följande nivåer:

- Grundskola; ≤ 9 års utbildning
- Gymnasial utbildning; 2- eller 3-årig
- Eftergymnasial utbildning; högskola, universitet inklusive forskarutbildning.

Diagrammen fördelade efter utbildning är åldersstandardiserade. Åldersstandardisering innebär att varje ålderskategori har viktats för att ge varje jämförd grupp samma åldersfördelning som hos standardpopulationen. Åldersstandardisering underlättar jämförelse mellan regioner och år, eftersom man då tar bort de skillnader som beror på olikheter i ålderssammansättningen.

Kvalitetsregistret för assisterad befruktning (Q-IVF)

Från år 2007 rapporteras alla IVF-behandlingar till ett nationellt kvalitetsregister för assisterad befruktning (Q-IVF). Statistik från Q-IVF avseende IVF-behandlingar samt behandlingar med donerade ägg och spermier presenteras i föreliggande rapport i form av trender över behandlingar gjorda under perioden 1991- 2011.

Förhållandevis stor andel av behandlingarna ges av privata vårdgivare. Behandling med donerade spermier eller ägg får dock endast utföras vid allmänna sjukhus. När det gäller IVF-behandlingar utförs något fler behandlingar på privata än på offentliga kliniker. Registerhållare för kvalitetsregistret Q-IVF är Christina Bergh, Sahlgrenska Universitetssjukhuset och huvudman är Västra Götalandsregionen.

Ordlista

List of terms

10 eller fler cigaretter per dag	10 or more cigarettes per day
1–9 cigaretter per dag	1–9 cigarettes per day
Äggåterförande	Embryo transfer
Anal sfinkterruptur, bristning grad III och IV eller bristning i ändtarmens slutmuskel	Anal sphincter rupture, 3rd or 4th degree tear
Antal	Number
Antal levande födda	Number of live births
Andra länder	Other countries
År	Year
Aspirerade	Aspirated
Assisterad befruktning	Assisted reproduction (technologies, ART)
Återföranden av befruktade ägg	Embryo transfer
Återföranden av frysta/tinade befruktade ägg	Transfer of frozen/thawed embryos
Barnet	Child
Behandlingstyp	ART procedure
Befruktat ägg	Embryo
BMI	Body mass index
Bristning i bäckenbotten, grad III och IV	Anal sphincter rupture, 3rd or 4th degree pelvic floor tear
Döda inom 0–6 dygn	Deaths within 0–6 days
Döda inom 7–27 dygn	Deaths within 7–27 days
Dödfödda	Stillbirths
Eftergymnasial utbildning	Post-secondary education
Eller mer	Or more
Eller mindre	Or less
Enkelbörd	Singleton birth
Epiduralbedövning	Epidural anaesthesia
Flerbörd	Multiple birth
Flickor	Girls
Förlossningar	Deliveries
Förstföderskor	Primiparas
Frysta/tinade ägg	Frozen/thawed embryo
Givarinsemination/donatorinsemination	Donor insemination
Gram	Gram
Graviditetslängd i veckor	Length of gestation in weeks
Graviditetsveckor	Gestational age (weeks)
Grundskola som högsta utbildning	Compulsory education
Gymnasial utbildning	Upper secondary education
ICSI (Mikroinjektion)	Intra-cytoplasmic sperm injection
Instrumentella förlossningar	Instrumental deliveries
Inducerad komplett abort	Induced complete abortion
Insemination	Insemination
IVF (in vitro-fertilisering/ provrörsbefruktning)	In-vitro fertilisation
Kejsarsnitt	Caesarean section

Kliniska graviditeter	Clinical pregnancies
Landsting	County council
Länsdelssjukhus	General hospital
Länssjukhus	Central general hospital
Medelålder	Mean age
Moderns födelse land	Maternal county of birth
Moderns tobaksvanor vid inskrivning i mödravård	Maternal smoking at registration to antenatal care
Moderns ålder	Maternal age
Neonatal döda	Neonatal death
Norden förutom Sverige	The Nordic countries except Sweden
Omfödelskor	Multiparas
Övriga	Other
Övriga Norden	The Nordic countries except Sweden
Paracervicalblockad	Paracervical block
Paritet	Parity
Per 1 000 kvinnor	Per 1,000 women
Perinealklipp, Perineotomi	Episiotomy
Pojkar	Boys
Procent	Per cent
Pudendusblockad	Pudendal nerve block
Regionsjukhus	Regional hospital
Riket	The whole country
Röker	Smoke
Samtliga födda	Total birth
Snusar	Use snuff
Sverige	Sweden
Tidigare födda barn	Previous births
Totalt	Total
Trilling- eller fyrlingförlossning	Triples or quadruplets
Tvillingförlossning	Twin delivery
Utbildningsnivå	Educational level
Vaginal	Vaginal

Graviditet

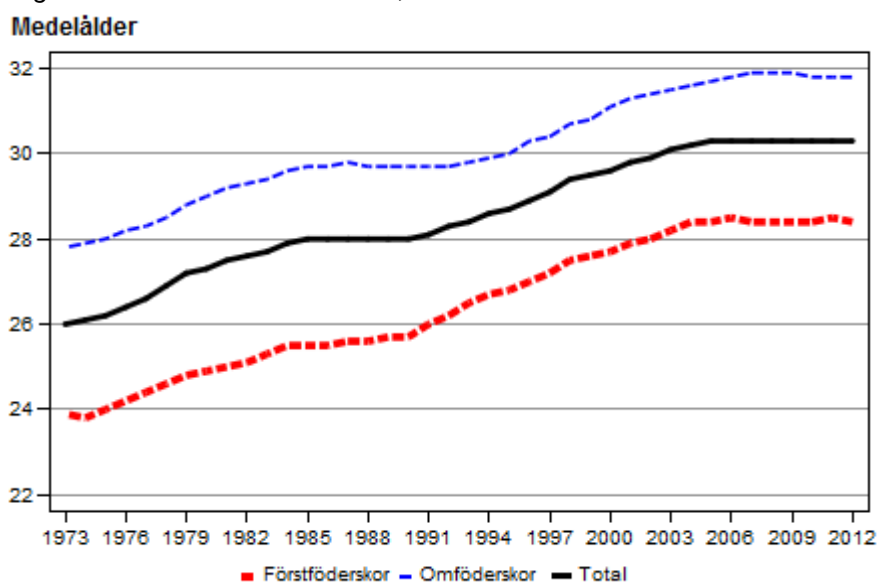
Mödrarnas ålder

Barnaföderskorna har sedan registret startade 1973 blivit allt äldre. Medelåldern totalt för alla kvinnor som fött barn har ökat från 26 år till drygt 30 år 2012. Ökningen för förstföderskor under samma period är från 24 till drygt 28 år (diagram 1 samt bilaga 1, tabell 1).

Det är vanligast att kvinnor föder sitt första barn när de är mellan 25 och 29 år. Andelen tonårsmammor har minskat från ungefär 15 till 3 procent sedan 1970-talet. Under samma period har andelen förstföderskor 35 år och äldre ökat från omkring 3 procent till 13 procent, och 2 procent av mödrarna var 40 år eller äldre år 2012 (diagram 2 samt bilaga 1, tabell 2-3).

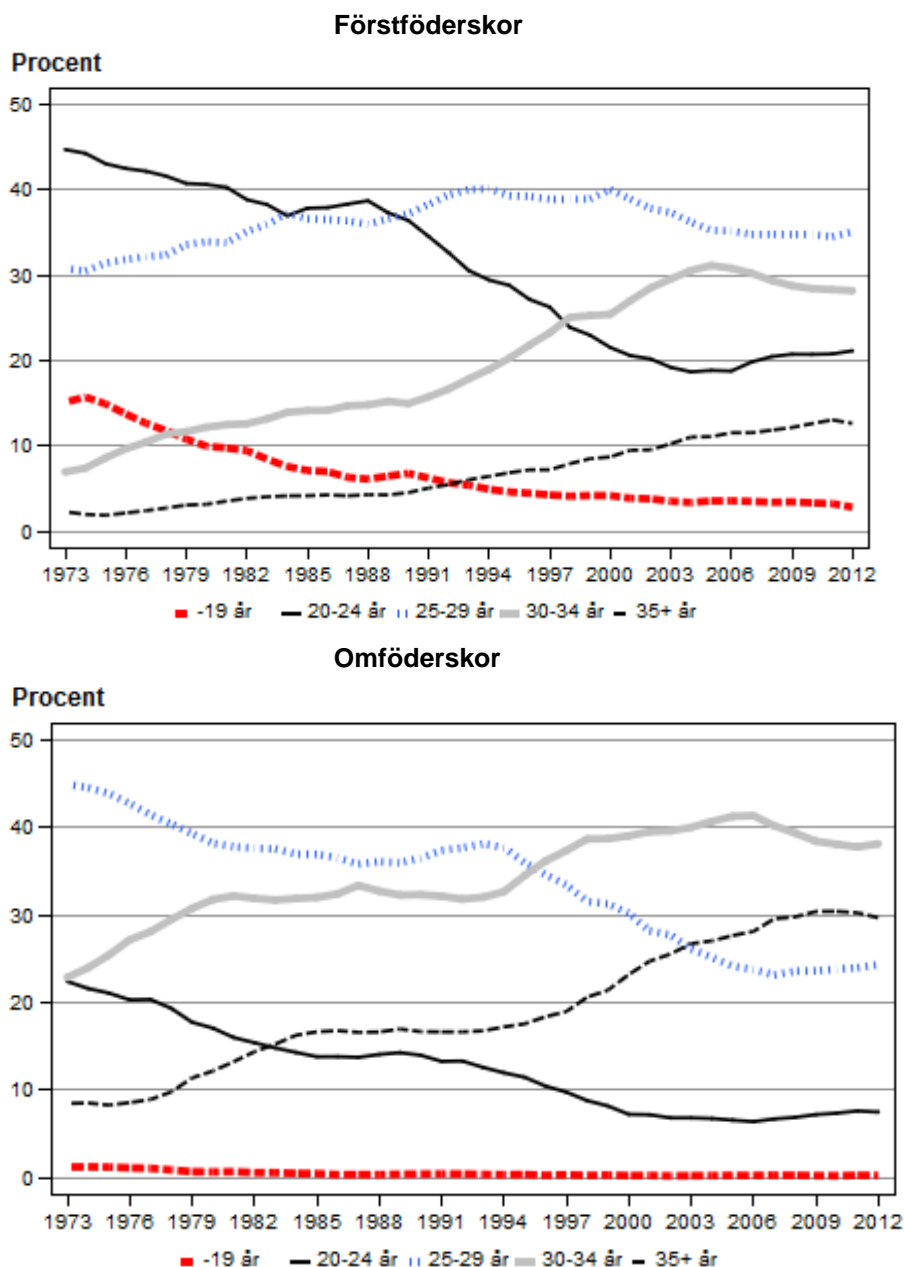
Sedan mitten av 1990-talet har också omföderskorna blivit äldre. För omföderskor är den vanligaste mödraåldern mellan 30 och 34 år. 1973 var 8,5 procent av omföderskorna 35 år eller äldre, medan motsvarande andel 2012 var närmare 30 procent (diagram 2 samt bilaga 1, tabell 2-3).

Diagram 1. Mödrarnas medelålder, 1973–2012.



Not. Skattat riksvärde för 2012, vid beräkningen har uppgifter för Landstinget i Värmland år 2011 använts.

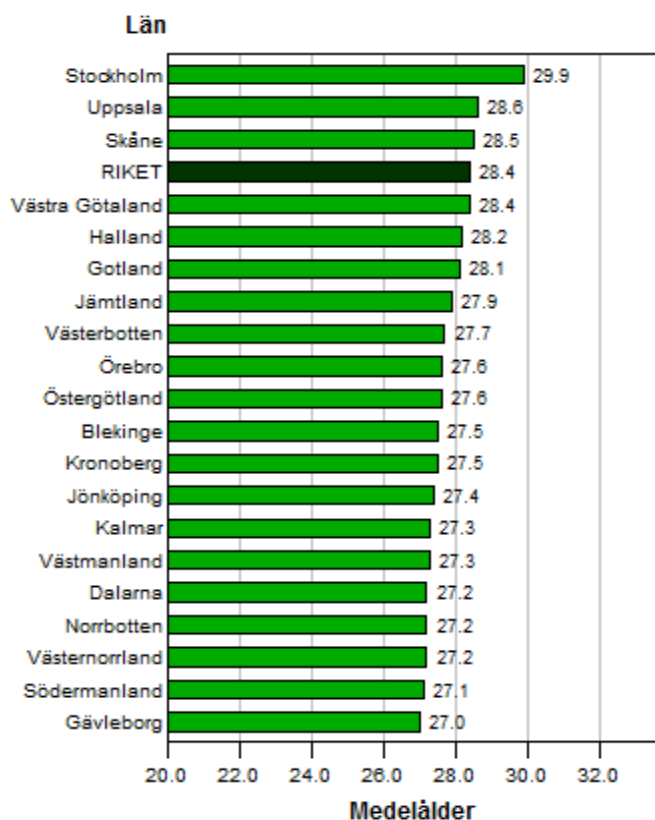
Diagram 2. Mödrarnas åldersfördelning, 1973–2012.



Not. Skattat riksvärde för 2012, vid beräkningen har uppgifter för Landstinget i Värmland år 2011 använts.

Mödrarnas medelålder skiljer sig betydligt mellan länen (diagram 3). Den högsta medelåldern bland förstföderskor har Stockholms län (30 år) och den lägsta medelåldern har Gävleborgs och Södermanlands län (27 år). Se även bilaga 1, tabell 4.

Diagram 3. Medelålder bland förstföderskor per län, 2012.



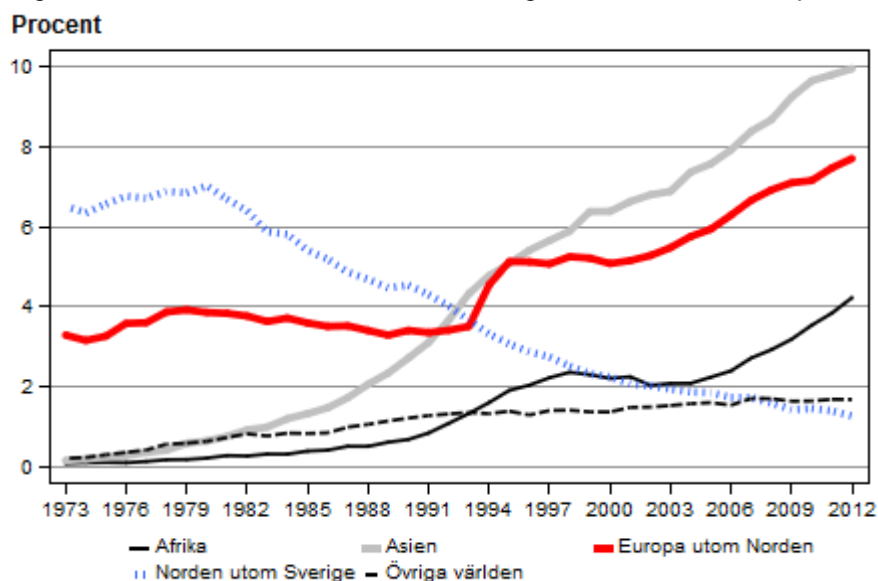
Not. Uppgifter saknas för Landstinget i Värmland. Vid beräkning av riksvärdet har uppgifter för Värmland 2011 använts

Mödrarnas födelse land

Andelen mödrar födda utanför Sverige har ökat från 10 procent 1973 till 24 procent 2012. På 70-talet var det vanligast att kvinnans födelse land var ett annat nordiskt land, men sedan 1993 är det vanligare att utlandsfödda kvinnor kommer från Asien år 2012 (främst Irak, Iran, Thailand, Syrien och Libanon).

Diagram 4 visar andel förlossningar i Sverige fördelat på världsdel för kvinnans födelse land (svenskfödda kvinnor redovisas ej i diagrammet). Under 2012 hade närmare 8 procent av kvinnorna sitt ursprung i Europa utom Norden och 4 procent i Afrika. Drygt 40 procent av de afrikanska kvinnorna kom från Somalia. Se även bilaga 1, tabell 5-6.

Diagram 4. Andel mödrar födda utanför Sverige 1973–2012 fördelat på världsdel.



Not. Skattat riksvärde för 2012, vid beräkningen har uppgifter för Landstinget i Värmland år 2011 använts.

Mödrarnas utbildning

Uppgifter om mödrarnas högsta utbildningsnivå har hämtats från Statistiska centralbyrån (SCB). Tabell 1 visar karaktäristika hos modern fördelat på utbildningsgrupp. Av alla kvinnor som födde barn under 2012 hade 11 procent grundskola som högsta utbildning, 37 procent gymnasial och 52 procent eftergymnasial utbildning.

Kvinnans ålder har stor betydelse för utbildningsnivå. Bland kvinnor i den yngsta åldersgruppen (<20 år) som ännu inte haft möjlighet till högre utbildning hade 86 procent grundskola som högsta utbildning. I den vanligaste åldersgruppen för kvinnor som föder barn (30–34 år) hade 65 procent eftergymnasial utbildning.

Utbildningsnivån skiljer sig inte för kvinnor som föder sitt första, andra eller tredje barn. Skillnaderna uppstår först för kvinnor som föder mer än tre barn, vilka i genomsnitt har en lägre utbildningsnivå än kvinnor som föder färre barn.

Moderns födelseland har också betydelse för utbildningsnivån. Bland kvinnor födda i Sverige som födde barn 2012 hade 54 procent eftergymnasial utbildning och 8 procent hade grundskola som högsta utbildning. Bland kvinnor födda i något land i Afrika eller Asien hade 47 respektive 27 procent grundskola som högsta utbildning. Bortfallet för utbildningsvariabeln är störst bland utrikesfödda kvinnor (tabell 1).

Tabell 1. Bakgrundsfaktorer hos kvinnor som fött barn under 2012 fördelat på utbildningsgrupp.

	Grundskola		Gymnasial		Eftergymnasial		Total	Okänd
Ålder	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	Antal
-19 år	934	86,1	151	13,9	-	0,0	1 085	471
20-24 år	3 441	25,3	8 257	60,8	1 881	13,9	13 579	1 396
25-29 år	3 364	11,0	13 279	43,6	13 805	45,3	30 448	1 656
30-34 år	2 631	7,3	9 906	27,5	23 469	65,2	36 006	1 203
35+ år	1 695	7,2	6 841	28,9	15 141	63,9	23 677	738
Totalt	12 065	11,5	38 434	36,7	54 296	51,8	104 795	5 464
Paritet								
Första barnet	4 453	9,8	16 656	36,6	24 437	53,7	45 546	2 886
Andra, tredje barnet	5 770	10,8	19 296	36,1	28 359	53,1	53 425	1 951
Fjärde eller följande	1 842	31,6	2 482	42,6	1 500	25,8	5 824	627
Totalt	12 065	11,5	38 434	36,7	54 296	51,8	104 795	5 464
Födelseland								
Sverige	6 438	7,9	31 310	38,3	43 902	53,8	81 650	371
Norden utom Sverige	88	7,3	293	24,3	827	68,5	1 208	175
Europa utom Norden	1 167	16,0	2 454	33,6	3 681	50,4	7 302	1 107
Afrika	1 679	47,2	1 045	29,4	834	23,4	3 558	1 060
Asien	2 504	26,7	2 782	29,7	4 094	43,6	9 380	1 479
Övriga världen	184	11,0	543	32,4	949	56,6	1 676	160
Totalt	12 065	11,5	38 434	36,7	54 296	51,8	104 795	5 464

Not. Skattat riksvärde för 2012, vid beräkningen har uppgifter för Landstinget i Värmland år 2011 använts.

Body mass index (BMI) vid inskrivning i mödrahälsovården

BMI eller kroppsmasseindex är ett sätt att beskriva kroppsvikten i förhållande till kroppslängden och beräknas (vikten i kg)/(längden i m)².

BMI delas in i följande kategorier (enligt WHO:s klassificering):

Undervikt: BMI < 18,5

Normalvikt: BMI 18,5 – 24,9

Övervikt: BMI 25,0 – 29,9

Fetma grad 1: BMI 30,0 – 34,4

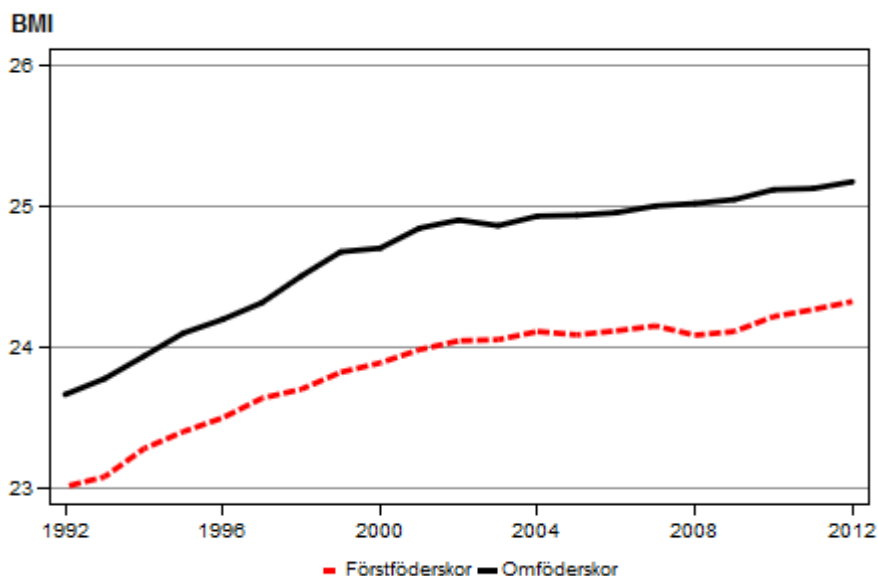
Fetma grad 2: BMI 35,0 – 39,9

Fetma grad 3: BMI ≥ 40,0

Kvinnans BMI kan påverka graviditet och förlossning. Kvinnor med övervikt och fetma har ökad risk att utveckla graviditetsdiabetes och blodtryckssjukdomar inklusive havandeskapsförgiftning (preeklampsi). Det finns en koppling mellan moderns vikt och barnets födelsevikt och överviktiga kvinnor föder i större utsträckning barn som är stora för tiden. Härigenom ökar risken för att förlossningen får ett utdraget förlopp och bristning av grad III och IV. Ett högt BMI ökar även sannolikheten för kejsarsnitt.

Information om mödrarnas vikt och längd har sedan 1992 noterats i mödrahälsovårdsjournalen. Från 1996 och fram till 2002 ökade BMI i medeltal förhållandevis kraftigt bland såväl förstföderskor som omföderskor (diagram 5).

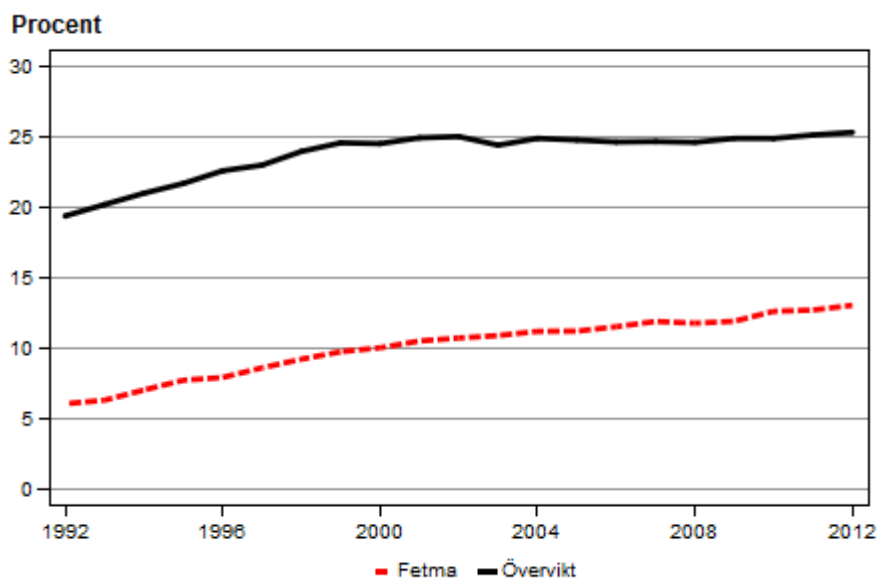
Diagram 5. BMI (medelvärde) vid inskrivning i mödrahälsovården, 1992–2012.



Not. Skattat riksvärde för 2012, vid beräkningen har uppgifter för Landstinget i Värmland år 2011 använts.

Efter 2002 har andelen gravida kvinnor med övervikt och fetma fortsatt att öka men i långsammare takt. År 2012 hade drygt 25 procent av samtliga mödrar övervikt och närmare 13 procent hade fetma (diagram 6 samt bilaga 1, tabell 7-9).

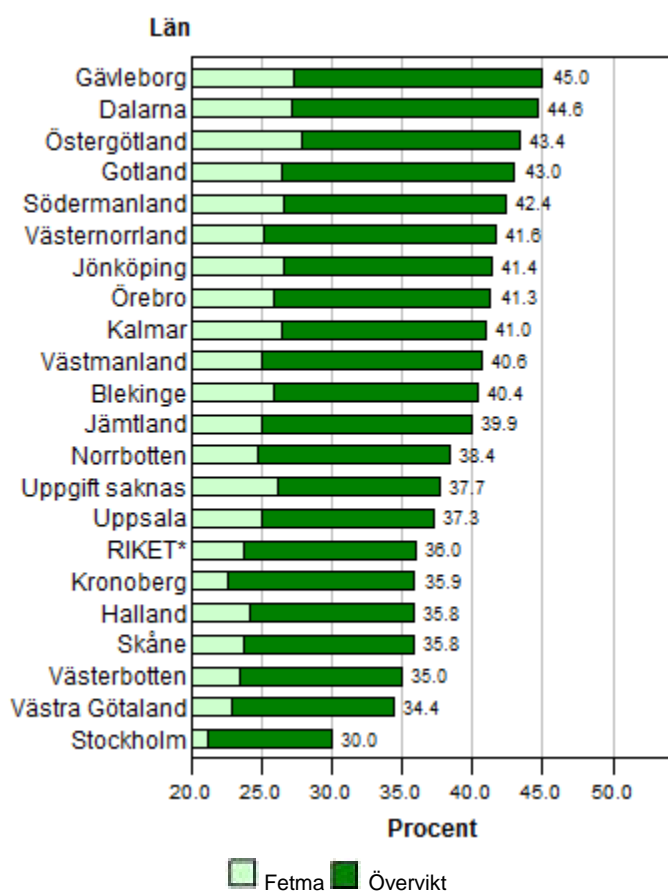
Diagram 6. Andel gravida kvinnor med övervikt (BMI 25,0–29,9) och fetma (BMI 30,0 eller mer) vid inskrivning i mödrhälsövården, 1992–2012.



Not. Skattat riksvärde för 2012, vid beräkningen har uppgifter för Landstinget i Värmland år 2011 använts.

Kvinnornas BMI varierar mellan länen. I Gävleborgs län hade 45 procent av de gravida kvinnorna övervikt eller fetma (BMI \geq 25,0) i början av graviditeten, medan motsvarande siffra i Stockholms län var 30 procent (diagram 7 samt bilaga 1, tabell 10).

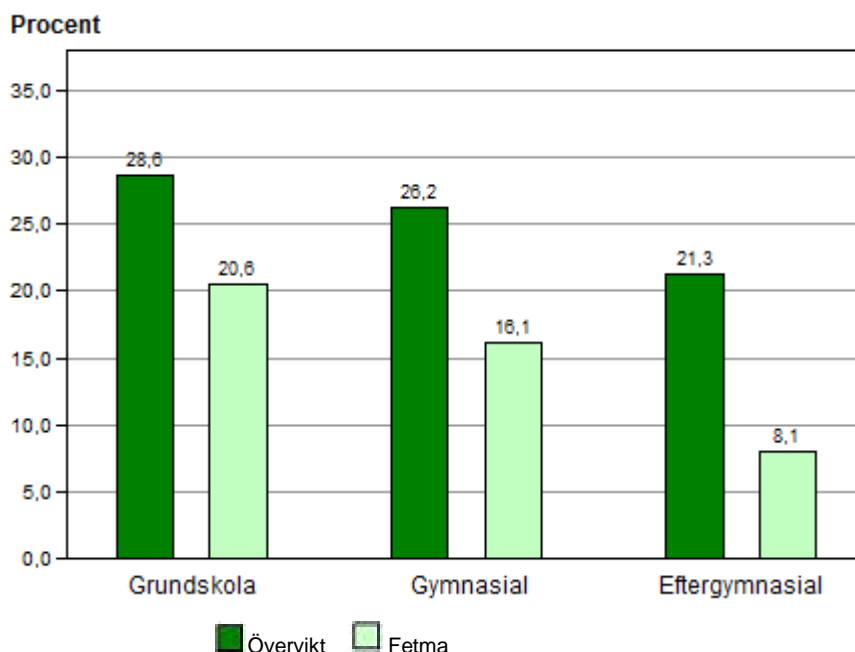
Diagram 7. Andel gravida kvinnor med övervikt (BMI 25,0–29,9) och fetma (BMI 30,0 eller mer) vid inskrivning i mödravård per län, 2012.



Not. Uppgifter saknas för Landstinget i Värmland. Vid beräkning av riksvärdet har uppgifter för Värmland 2011 använts

I diagram 8 visas övervikt och fetma bland kvinnor som tillhör olika utbildningsgrupper. En mindre andel gravida kvinnor som har eftergymnasial utbildning har övervikt och fetma jämfört med kvinnor från de övriga utbildningsgrupperna.

Diagram 8. Andel gravida kvinnor med övervikt (BMI 25,0–29,9) och fetma (BMI 30,0 eller mer) vid inskrivning i mödrahälsovården fördelat på utbildningsgrupp, 2012 (okänd utbildning ingår ej). Åldersstandardiserade tal.



Not. Skattat riksvärde för 2012, vid beräkningen har uppgifter för Landstinget i Värmland år 2011 använts.

Tobaksvanor före och under graviditet

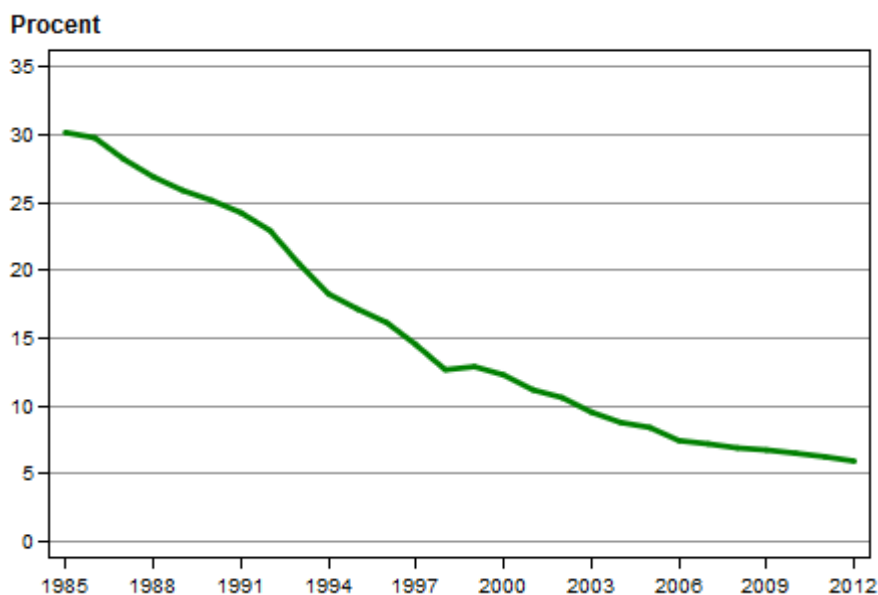
Uppgifter om gravida kvinnors rökvanor vid inskrivning i mödrahälsovården började samlas in år 1983. År 1990 infördes även registrering av rökning i graviditetsvecka 30-32, men p.g.a. brister i rapporteringen är uppgiften användbar först från år 2000. År 1999, i samband med revidering av MHV-journalen, inkluderades uppgifter om rökning tre månader före aktuell graviditet samt användning av snus i registret.

Användning av tobak under graviditet kan påverka barnet och graviditeten negativt. Rökning och snusning under graviditet kan leda till dålig fostertillväxt och därigenom öka risken för dödföddhet. Tobaksanvändning ökar också risken för prematur förlossning, vilket i sin tur ökar risken för neonatal död (död under de första fyra levnadsveckorna). Rökning under graviditeten ökar också risken för att barnet dör under senare delen av det första levnadsåret, en risk som sannolikt beror på att rökning ökar risken för plötslig spädbarnsdöd.

Bland kvinnor som födde barn 2012 rökte drygt 15 procent tre månader före aktuell graviditet. Andelen gravida kvinnor som röker vid inskrivning i mödrahälsovård har minskat från drygt 31 procent 1983 till knappt 6 procent 2012. Rökning har minskat i alla åldersgrupper, men är fortfarande vanligast bland de yngsta barnaföderna. Andelen gravida tonåringar som rökte tidigt i graviditeten var knappt 22 procent år 2012. Hos kvinnor mellan 20 och 24 år var motsvarande andel 12 procent. Andelen som rökte sent i graviditeten (graviditetsvecka 30-32) var cirka 18 procent bland tonåringar och 9 procent i åldersgruppen 20-24 år (se diagram 10).

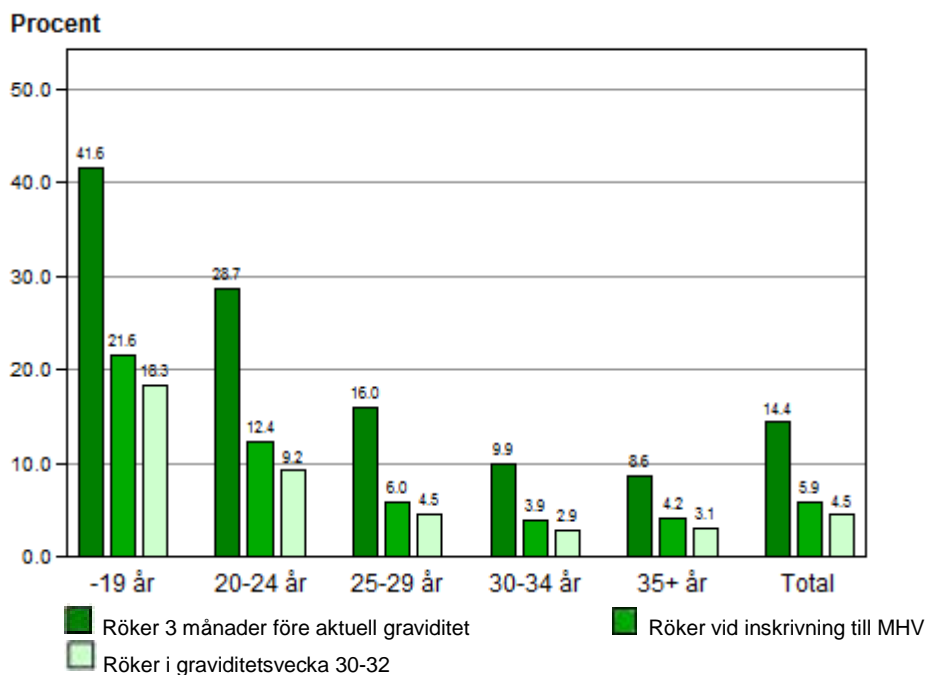
I bilaga 1, tabell 11–20 redovisas mer detaljerad statistik över kvinnors tobaksvanor i samband med graviditet, både över tid och uppdelat på åldersgrupper, och på regional nivå.

Diagram 9. Andel rökare under tidig graviditet, 1985–2012.



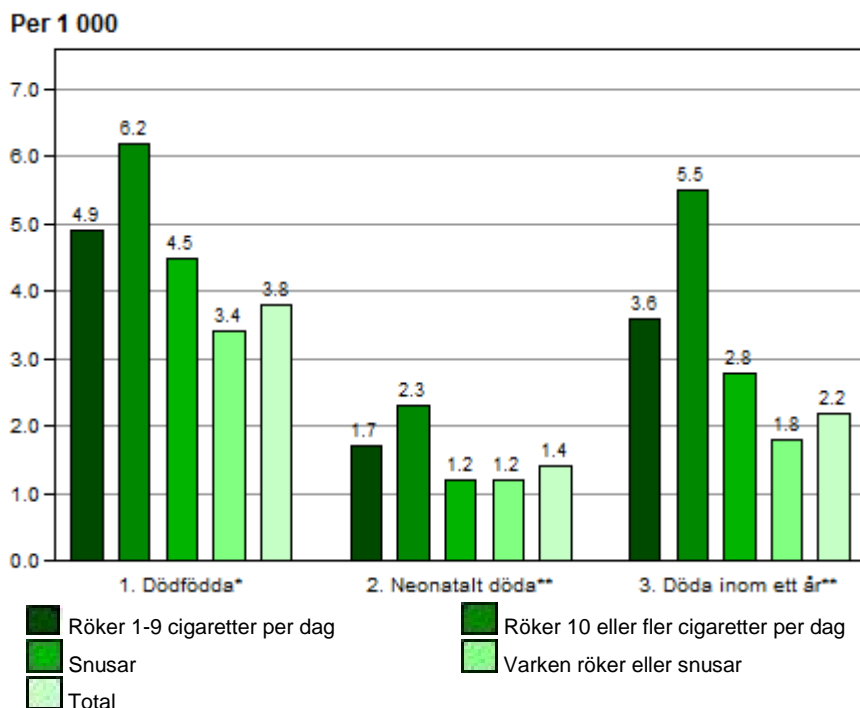
Not. Skattat riksvärde för 2012, vid beräkningen har uppgifter för Landstinget i Värmland år 2011 använts.

Diagram 10. Andel rökare före och under graviditet efter mödrarnas ålder, 2012.



Not. Skattat riksvärde för 2012, vid beräkningen har uppgifter för Landstinget i Värmland år 2011 använts.

Diagram 11. Dödlighet bland barn i relation till kvinnans tobaksvanor vid inskrivning i mödrahälsovården, 2008–2012.



*Dödfödda (gestationsålder $\geq 22+0$ veckor) beräknas per 1 000 födda barn.

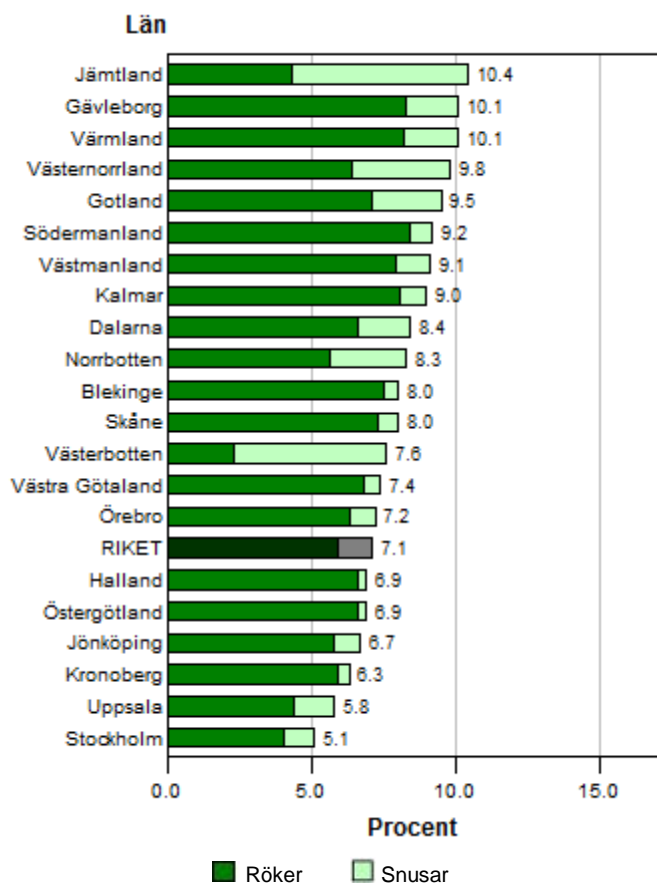
**Neonatalt döda och döda inom ett år beräknas per 1 000 levande födda barn

Not. Skattat riksvärde för 2012, vid beräkningen har uppgifter för Landstinget i Värmland år 2011 använts.

Det finns tydliga skillnader i tobaksvanor under graviditet mellan länen. I diagram 12 framgår det att snusanvändning är vanligast i de län där rökning är mindre förekommande, det gäller framför allt i de nordligaste länen. I Jämtland är andelen som snusar högre än andelen som röker. I tidig graviditet snusade omkring 6 procent av kvinnorna i Jämtlands län och drygt 5 procent i Västerbottens län. I hela landet snusade drygt 1 procent av mödrarna till barn födda 2012 i tidig graviditet.

Det finns också regionala skillnader vad gäller rökning under graviditet. I Södermanlands, Kalmar och Västmanlands län rökte omkring 8 procent av de gravida kvinnorna tidigt i graviditeten. De lägsta andelarna återfinns i Stockholm och Uppsala där motsvarande siffra var cirka 4 procent.

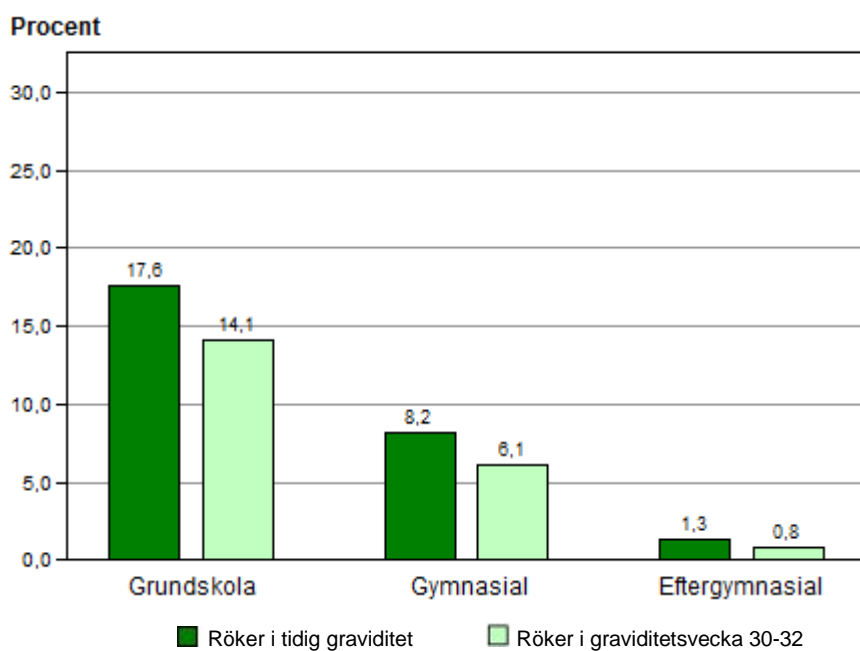
Diagram 12. Andel rökare och snusare under tidig graviditet per län, 2012.



Not. Uppgifter saknas för Landstinget i Värmland. Vid beräkning av riksvärdet har uppgifter för Värmland 2011 använts

Hur stor andel kvinnor som röker under graviditeten skiljer sig mycket mellan olika utbildningsgrupper. Bland kvinnor med grundskola som högsta utbildning röker fler både i tidig och sen graviditet jämfört med dem som har en högre utbildningsnivå (diagram 13).

Diagram 13. Andel rökare i tidig graviditet och i graviditetsvecka 30-32 fördelat på utbildningsgrupp, 2012 (okänd utbildning ingår ej). Åldersstandardiserade tal.



Not. Skattat riksvärde för 2012, vid beräkningen har uppgifter för Landstinget i Värmland år 2011 använts.

Assisterad befruktning

Uppgifterna om assisterad befruktning är hämtade från kvalitetsregistret Q-IVF.

Assisterad befruktning innebär att gameterna (ägg och/eller spermier) hanteras utanför kroppen (insemination). Detta kan ske med partners spermier eller från en givare/donator.

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 i sin tur 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. daglig bestämning av hormonnivån samt ultraljudsundersökningar) för att undvika överstimulering.

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

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

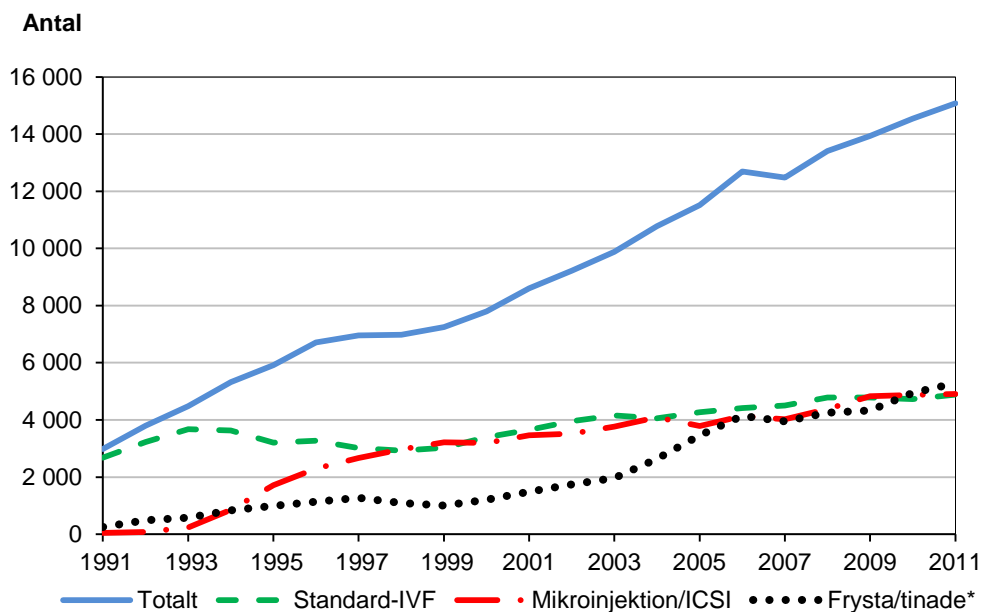
De första graviditeterna efter provrörsbefruktning (IVF) i Sverige inträffade 1981 och det första IVF-barnet föddes 1982 i Göteborg. Under 1980-talet etablerades flera nya IVF-enheter och antalet fullständiga behandlingar steg successivt. Idag sker en noggrann registrering av alla IVF-behandlingar som utförs i Sverige i Q-IVF - Nationellt kvalitetsregister för assisterad befruktning. Någon central rapportering av hormonstimuleringar eller inseminationer finns däremot inte. I denna rapport redovisas således endast statistik rörande IVF-behandlingar med data från kvalitetsregistret.

In vitro-fertilisering (IVF)

Antalet fullständiga IVF-behandlingar har ökat från cirka 3 000 år 1991 till drygt 15 000 behandlingar 2011. I början av perioden utgjordes nästan samtliga behandlingar av standard-IVF. ICSI-tekniken infördes 1993 för behandling av par med huvudsakligen manlig infertilitet. Indikationen för denna teknik har breddats och tekniken svarade för huvuddelen av den totala ökningen av alla IVF-behandlingar mellan 1991 och 1997 (diagram 14).

Totalt under 2011 gjordes vid 16 kliniker närmare 9 800 återföranden av färska ägg och det var lika vanligt att man använde standard-IVF som ICSI. Utöver detta tinades embryon i 5 900 cykler som ledde till närmare 5 300 återföranden.

Diagram 14. Antal återförande av befruktade ägg, efter behandlingstyp, behandlingar gjorda 1991–2011.

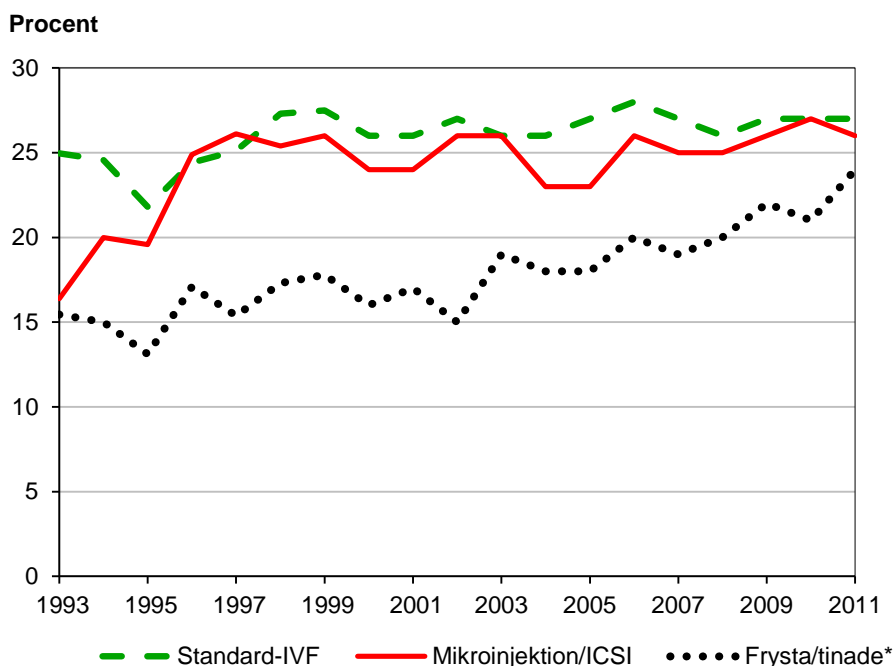


* Frysta/tinade omfattar både standard-IVF och mikroinjektion/ICSI

Antalet graviditeter och förlossningar efter standard-IVF ökade successivt fram till 1993, då var tredje kvinna blev gravid och var fjärde fick barn efter en behandling med återförande av befruktade ägg. Sedan slutet av 1990-talet har graviditetsfrekvensen vid standard-IVF legat strax över 25 procent och vid ICSI omkring 25 procent (se diagram 15).

Som resultat av de 15 075 behandlingar som genomfördes 2011, föddes 3 850 levande barn vid 3 667 förlossningar. Närmare 22 procent av behandlingarna med "färska ägg" ledde till förlossning medan 18 procent av de behandlingar som startades med att tina upp frysta befruktade ägg ledde till förlossning.

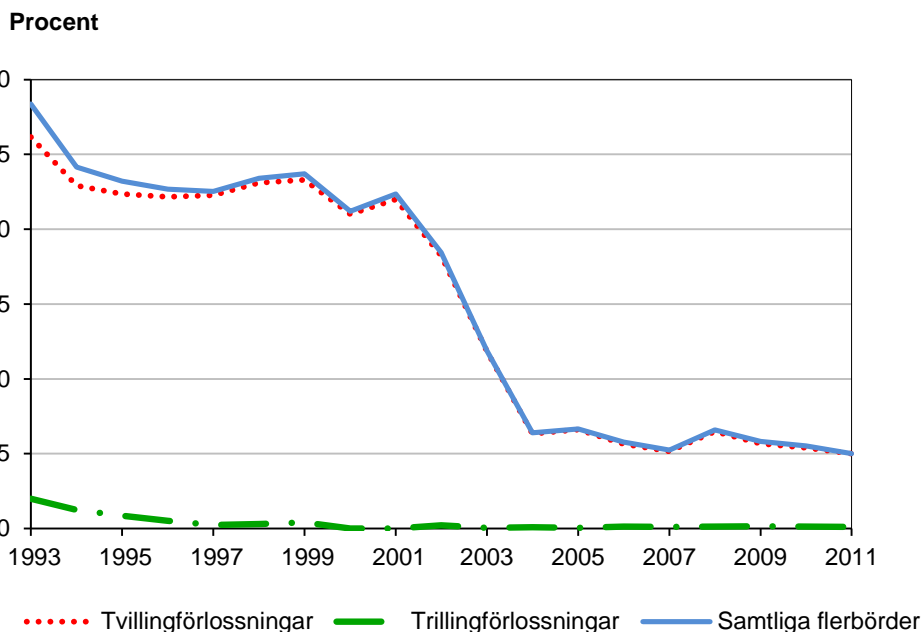
Diagram 15. Andel förlossningar per äggåterförande efter behandlingstyp, behandlingar gjorda 1993–2011.



*Frysta/tinade omfattar både standard-IVF och mikroinjektion/ICSI

Den totala flerbördsfrekvensen vid förlossning efter assisterad befruktning har sjunkit från cirka 32 procent 1991 till 5 procent år 2011 (diagram 16). Minskningen av flerbörder under åren 2001-2004 kan förklaras med den successiva reduktionen av antalet återförda befruktade ägg under denna period.

Diagram 16. Andel tvilling- och trillingförlossningar efter assisterad befruktning, behandlingar gjorda 1993–2011.



Behandling med egna respektive donerade spermier och ägg
 Resultaten av IVF-behandlingar där egna ägg och spermier använts framgår
 av tabell 2.

Tabell 2. Antal IVF-behandlingar med egna ägg och spermier 2011.

	Färska behandlingar		Frysta behandlingar	
	IVF	ICSI	IVF	ICSI
Startade cykler	5 941	5 884	3 178	2 680
Återföranden av befruktade ägg	4 885	4 909	2 915	2 366
Kliniska graviditeter	1 641	1 558	749	599
Dödfödda barn 22-v	3	3	3	6
Förlossningar	1 328	1 284	581	474
– enkelgraviditet	1 261	1 214	546	454
– tvillinggraviditet	65	70	33	18
– trillinggraviditet	1	0	2	1
Levande födda barn	1 393	1 348	616	493

För par där mannen inte producerar några spermier är givarinsemination den mest närliggande möjligheten för kvinnan att få ett biologiskt barn. IVF med donerade spermier blev tillåtet från januari 2003. Från och med 1 juli 2005 är det möjligt även för lesbiska par att få barn genom assisterad befruktning på sjukhus i Sverige.

Under år 2011 genomfördes med donerade spermier 248 fullständiga behandlingar med färska befruktade ägg vilket ledde till 91 graviditeter, 72 förlossningar och 73 levande födda barn, samt 205 återföringar med frystinade befruktade ägg som gav 61 graviditeter, 49 förlossningar och 49 levande födda barn (tabell 3).

Tabell 3. Antal IVF-behandlingar med donerade spermier 2011.

	Färska behandlingar	Frysta behandlingar
Startade cykler	276	215
Återföranden av befruktade ägg	248	205
Kliniska graviditeter	91	61
Dödfödda barn 22-v	0	0
Förlossningar	72	49
– enkelgraviditet	71	49
– tvillinggraviditet	1	0
– trillinggraviditet	0	0
Levande födda barn	73	49

I januari 2003 blev det tillåtet med äggdonation. Äggdonation kan göras med såväl anonym givare som med anhörig/känd donator för det behandlade paret. En känd donator bör användas endast i undantagsfall enligt de allmänna råd som utfärdats. Totalt under 2011 genomfördes 190 återföranden med färska befruktade ägg och 167 med frystinade befruktade ägg. Detta resulterade i 65 respektive 33 kliniska graviditeter (tabell 4).

Tabell 4. Antal äggdonationer 2011.

	Färska behandlings	Frysta behandlings
Startade cykler	209	186
Återföranden av befruktade ägg	190	167
Kliniska graviditeter	65	33
Dödfödda barn 22-v	0	0
Förlossningar	53	25
– enkelgraviditet	51	24
– tvillinggraviditet	2	1
– trillinggraviditet	0	0
Levande födda barn	55	26

Behandlingsresultat av IVF, samt spermie- och äggdonation

Resultaten av IVF-behandlingar med egna eller donerade spermie- respektive äggdonationer visas i tabell 5.

Tabell 5. IVF, äggdonationer och spermiedonationer fördelat på kvinnas ålder 2011.

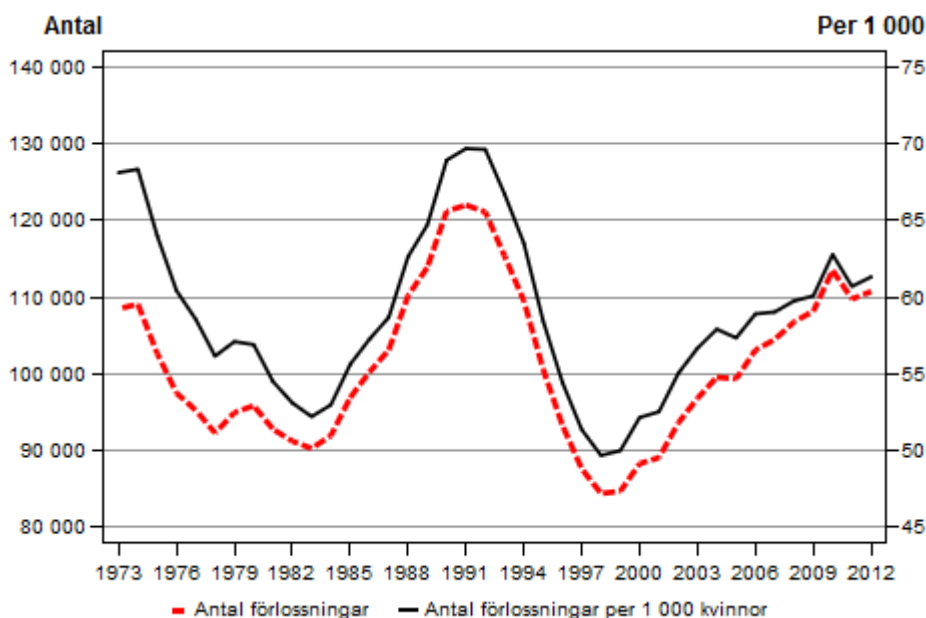
Ålder	Återföranden/ insemination	Förlossningar	Förlossningar per återförande/ insemination
	Antal	Antal	Procent
IVF			
– 29	2 264	670	29,6
30-34	5 034	1 436	28,5
35-39	5 962	1 322	22,1
40-	1 804	235	13,0
Okänt	11	4	36,4
Spermiedonationer			
– 29	53	19	35,8
30-34	159	48	30,2
35-39	226	52	23,0
40-	13	2	15,4
Okänt	–	–	–
Äggdonationer			
– 29	32	4	12,5
30-34	111	25	22,5
35-39	174	42	24,1
40-	40	7	17,5
Okänt	–	–	–

Förlossning

Antal förlossningar

Sedan 1973 då uppgifter började samlas till medicinska födelseregistret har födelsetalen fluktuerat i 10-årsperioder. Vändningen efter den första nedåtgående trenden på 1970-talet kom efter 1983. Därefter ökade födelsetalen kraftigt igen för att nå en högsta topp 1990–1992 då mer än 120 000 barn föddes. Antalet förlossningar var som lägst i slutet av 1990-talet då mindre än 85 000 kvinnor födde barn. Det senaste decenniet har antalet förlossningar ökat för varje år fram till år 2010 och därefter har antalet varit något lägre både 2011 och 2012 (diagram 17 samt bilaga 1, tabell 21–24).

Diagram 17. Antal förlossningar totalt och per 1 000 kvinnor (15–44 år), 1973–2012.

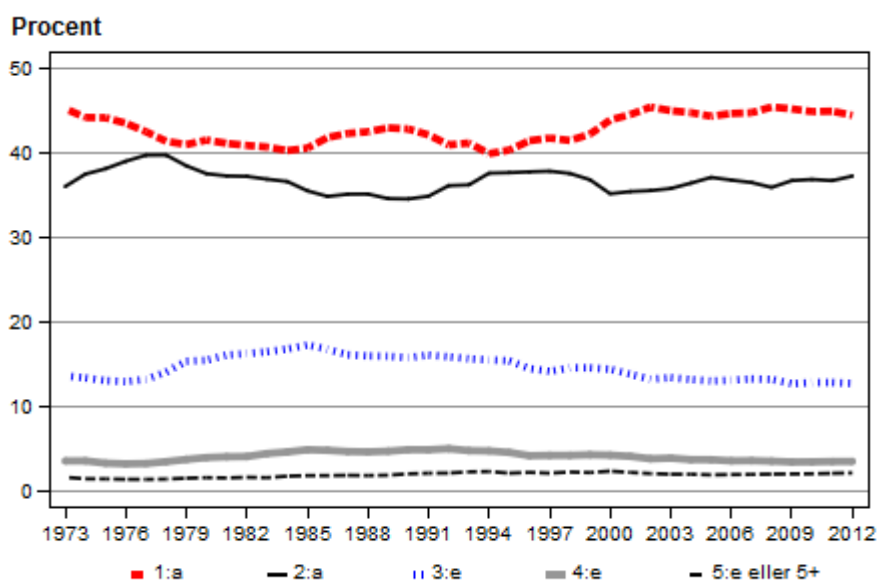


Not. Skattat riksvärde för 2012, vid beräkningen har uppgifter för Landstinget i Värmland år 2011 använts.

Mödrarnas paritet

Det är vanligast att kvinnor föder ett eller två barn och det har inte skett några stora förändringar i det totala antalet barn/förlossningar per kvinna under tidsperioden (diagram 18 samt bilaga 1, tabell 25).

Diagram 18. Andel kvinnor som genomgått sin 1:a, 2:a, 3:e, 4:e, 5:e (eller fler) förlossning, 1973–2012.

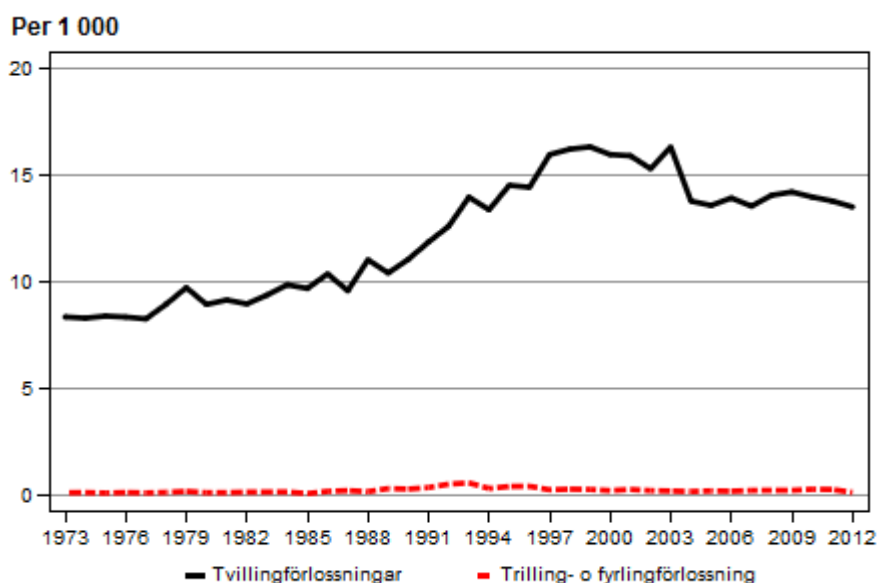


Not. Skattat riksvärde för 2012, vid beräkningen har uppgifter för Landstinget i Värmland år 2011 använts.

Flerbörder

Tvillinggraviditeterna ökade från slutet av 1970-talet till början på 2000-talet på grund av ökad förekomst av assisterad befruktning med införande av flera befruktade ägg. Sedan 2002 har trenden vänt tack vare den nuvarande rekommendationen att endast ett befruktat ägg återförs vid in vitro-fertilisering (IVF). Andelen trilling- och fyrlingsfödslar har legat relativt konstant sedan 1970-talet (diagram 19 samt bilaga 1, tabell 26). Under 2012 föddes 3 044 barn vid 1 515 flerbördsförlossningar.

Diagram 19. Antal tvilling-, trilling- och fyrlingsfödslar per 1 000 förlossningar, 1973–2012.



Not. Skattat riksvärde för 2012, vid beräkningen har uppgifter för Landstinget i Värmland år 2011 använts.

Induktion

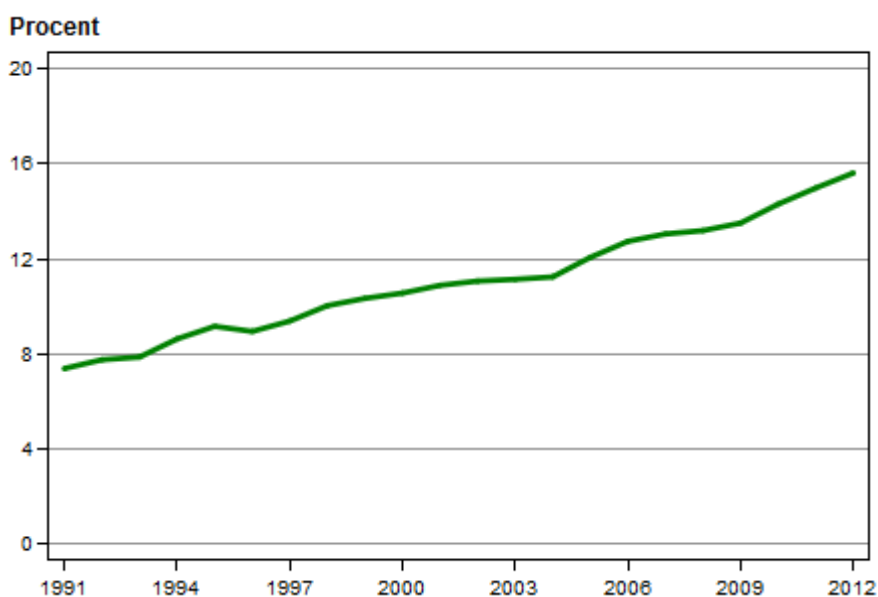
Överburenhet (42 fullgångna graviditetsveckor eller mer) är den vanligaste anledningen till att man kan behöva sätta igång, inducera, en förlossning. Om den gravida kvinnan är överburen finns det risk både för att barnets ökande tillväxt kan göra själva förlossningen mer komplicerad, och att moderkakan 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 hos kvinnan. Vid båda dessa tillstånd finns det risk att fostrets hälsa kan påverkas negativt om graviditeten tillåts fortsätta. Flerbördsgraviditet eller oklar blödning under graviditeten kan också vara orsaker till induktion.

För fostrets del är den vanligaste orsaken till att man vill sätta igång förlossningen att tillväxten har saktat av. Man kan se det genom att beräkna fostrets vikt med ultraljud. Om fostret växer sämre beror det oftast på att moderkakan fungerar sämre. Moderkakans funktion kan bedömas genom blodflödesmätning av navelsträngen och genom att undersöka blodcirkulationen i fostret med hjälp av ultraljud.

Sedan 1994 har andelen induktioner ökat. En orsak till ökningen är att förlossningskliniker numera oftare sätter igång förlossningar redan innan 42 fullgångna graviditetsveckor uppnåtts. År 2012 var närmare 16 procent av alla fullgångna enkelbördsförlossningar inducerade (diagram 20).

Diagram 20. Andel förlossningar som startades med induktion av alla enkelbördsförlossningar vid fullgången graviditet (≥ 37 veckor), 1991–2012.



Not. Skattat riksvärde för 2012, vid beräkningen har uppgifter för Landstinget i Värmland år 2011 använts.

Smärtlindring

Farmakologisk smärtlindring

Epiduralbedövning (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 ger en mycket god smärtlindrande effekt under öppningsskedet av förlossningen. EDA påverkar inte barnet. Med moderna bedövningsmedel kan man åstadkomma en bedövning som inte nämnvärt 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 används främst under öppningsskedet har effekt ca 1 timme.

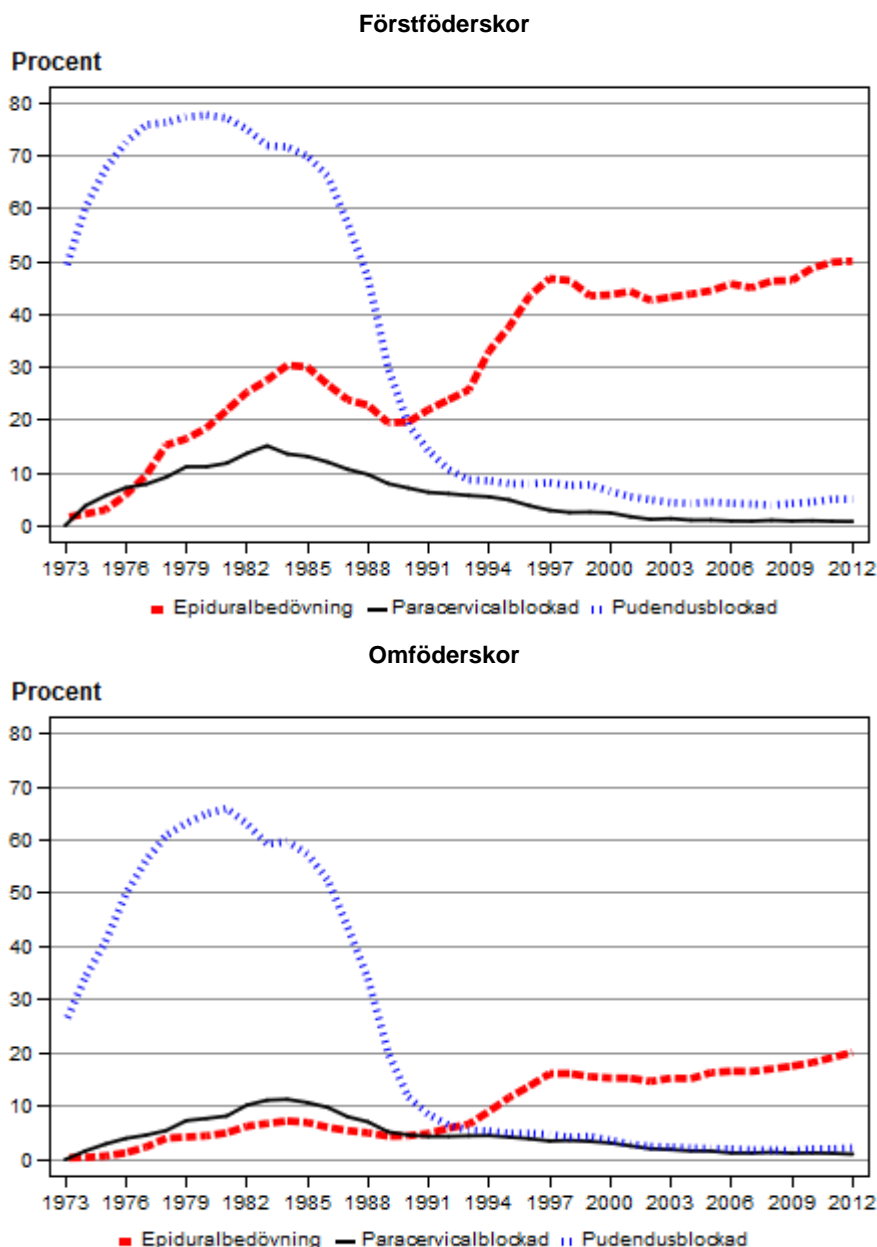
Pudendusblockad (bäckenbottenbedövning, PDB): PDB ger god smärtlindring i bäckenbotten och används därför i utdrivningsskedet (under krystningen). Den används också inför perinealklipp och när klipp eller bristningar sys efter förlossning (suturering). Vid PDB injiceras bedövningsmedlet via slidan, intill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

I diagram 21 visas användningen av farmakologiska smärtlindringsmetoder sedan 1973. Epiduralbedövning (EDA) är vanligare hos förstföderskor än hos omföderskor. Användningen ökade i början av 1990-talet, vilket sanno-

likt berodde på att man införde en ny epiduralmetod som tillåter kvinnan att vara uppe och gå trots bedövningen. Vid vaginal förlossning fick 50 procent av förstföderna och 20 procent av omföderna EDA under 2012. Förutom paritet skiljer sig epiduralanvändningen mellan kvinnor från olika län (se diagram 22), födelseländer och utbildningsnivå (se diagram 23).

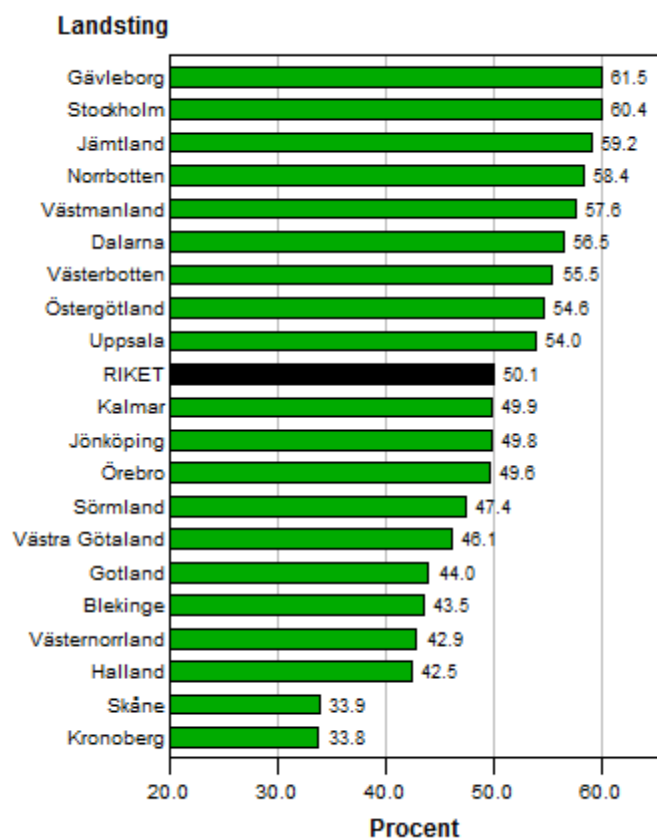
Pudendusblockad (PDB) som användes vid större delen av alla vaginala förlossningar under 1970 och 1980-talen används sällan idag. Den kraftiga nedgången från 1990-talet kan förklaras med att metoden uppfattades som hämmande på värkarbetet i förlossningens slutskede. PDB används numera mest inför suturering av perinealklipp eller större bristningar i bäckenbotten. Under 2000-talet har användningen av PDB i samband med vaginal förlossning legat relativt konstant på drygt 3 procent (se diagram 21). Se även bilaga 1, tabell 28-30.

Diagram 21. Farmakologisk smärtlindring vid vaginal förlossning, 1973-2012.



Förekomsten av epiduralbedövning bland förstfödorskor vid vaginal förlossning varierar mellan landstingen. Skillnader mellan olika landsting kan avspegla skillnader i vårdtradition inom mödra- och förlossningsvården och tillgången på narkosläkare. Den lägsta andelen epiduralbedövningar bland förstfödorskor hade Skåne och Kronoberg med 34 procent och den högsta andelen hade Gävleborg med drygt 61 procent (diagram 22).

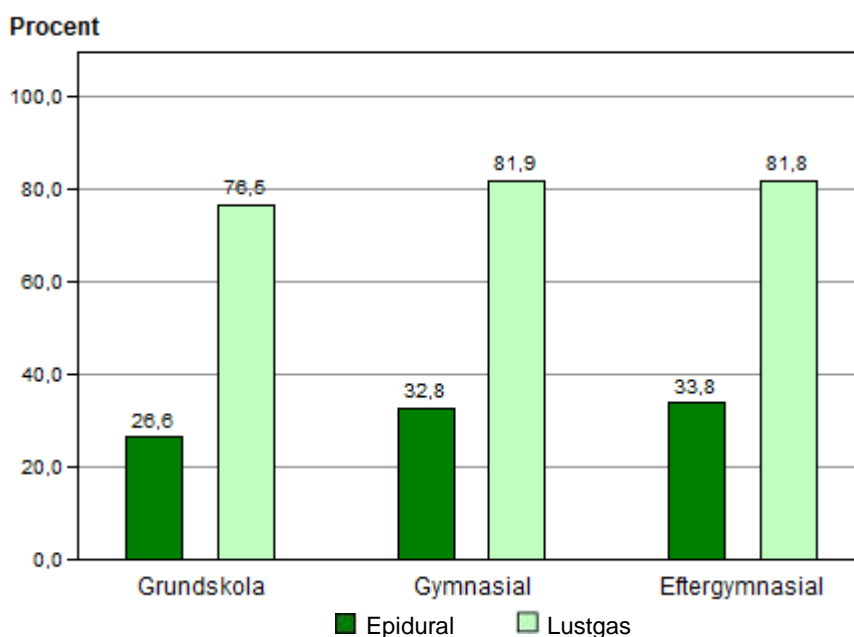
Diagram 22. Epiduralbedövning vid vaginal förlossning bland förstföderskor per landsting, 2012.



Not. Uppgifter saknas för Landstinget i Värmland. Vid beräkning av riksvärdet har uppgifter för Värmland 2011 använts

Diagram 23 visar användning av epiduralbedövning och lustgas i relation till utbildningsnivå. Kvinnor med grundskola som högsta utbildning fick sådan smärtlindring i något lägre grad jämfört med övriga utbildningsgrupper. Skillnaden kvarstår dock inte för epiduralbedövning då hänsyn tagits till paritet, födelseland och hemort.

Diagram 23. Epiduralbedövning och lustgasanvändning vid vaginal förlossning fördelat på utbildningsgrupp, 2012 (okänd utbildning ingår ej). Åldersstandardiserade tal.



Not. Skattat riksvärde för 2012, vid beräkningen har uppgifter för Landstinget i Värmland år 2011 använts.

Icke-farmakologisk smärtlindring

Akupunktur, sterila kvaddlar och TENS är metoder som alla har det gemensamt att de stimulerar frisättningen av endorfiner som har avslappande och smärtlindrande effekt och ökar blodcirkulationen. Dessa metoder kan användas under hela förlossningen men anses ha bäst effekt under öppningsskedet.

Akupunktur: Akupunktur härstammar från traditionell kinesisk medicin och innebär att tunna nålar placeras genom huden på särskilda punkter i syfte att stimulera endorfinproduktionen.

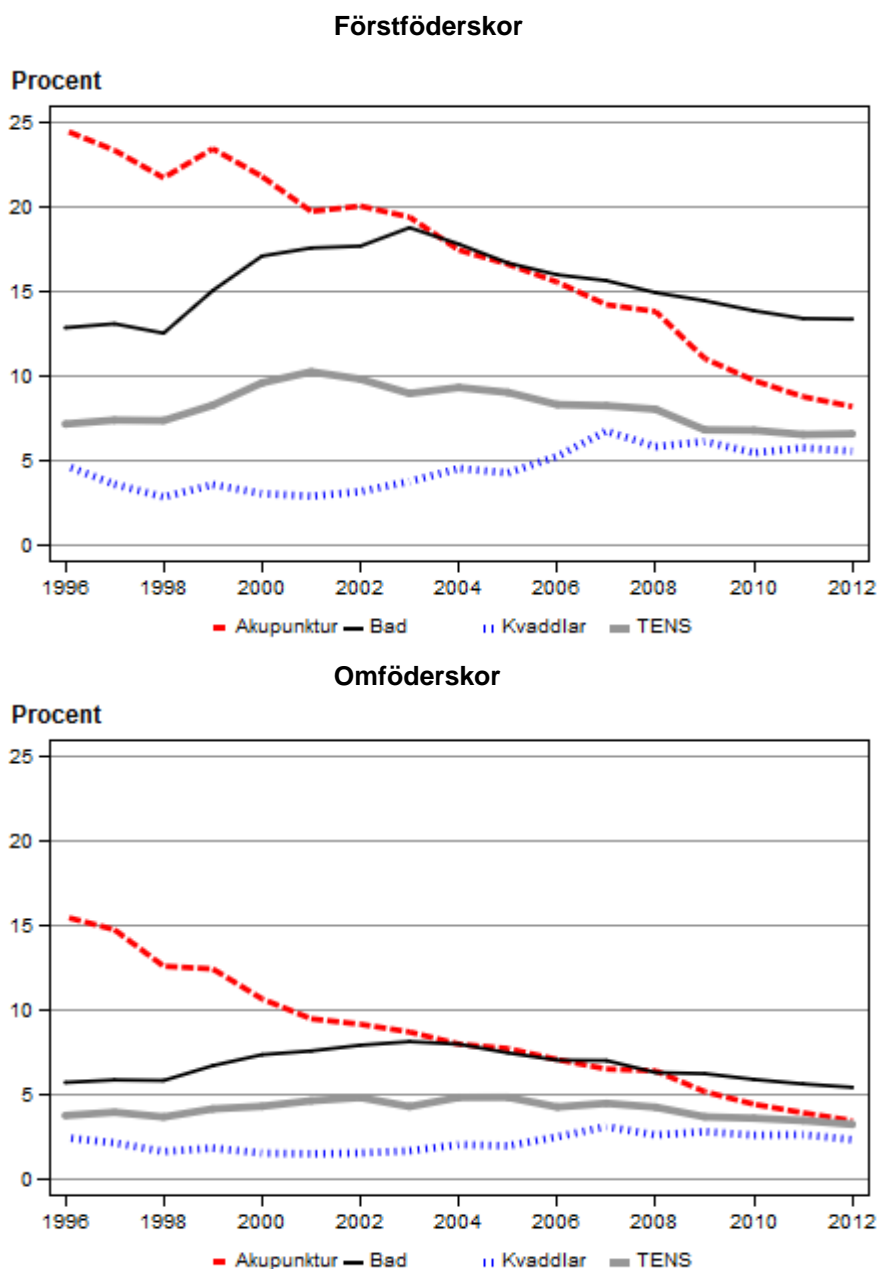
Kvaddlar: Kvaddlarna ges genom att man injicerar en liten mängd sterilt vatten under huden vanligen i ländryggen eller nedre delen av magen. Vissa kvinnor upplever då att smärtan försvinner helt från det området där kvaddlarna har getts.

TENS (transkutan elektrisk nervstimulering): Vid TENS-behandling stimuleras hudnära nerver med en svag elektrisk ström genom plattor som placeras på nedre delen av magen eller ländryggen.

Icke-farmakologisk smärtlindring används ofta i kombination med de farmakologiska metoderna. Förekomsten av akupunktur, bad och kvaddlar har dock minskat under de senaste åren. De regionala skillnaderna är stora vilket kan bero på rapporteringsbenägenheten men också resurser, vårdtraditioner och efterfrågan.

Akupunktur introducerades i Sverige under 1990-talet. För 15 år sedan fick 23 procent av förstföderskorna akupunktur i samband med vaginal förlossning och motsvarande andel bland omföderskor var 15 procent. Under 2012 var motsvarande siffror 8 respektive 3 procent (diagram 24). Se även bilaga 1, tabell 31-33.

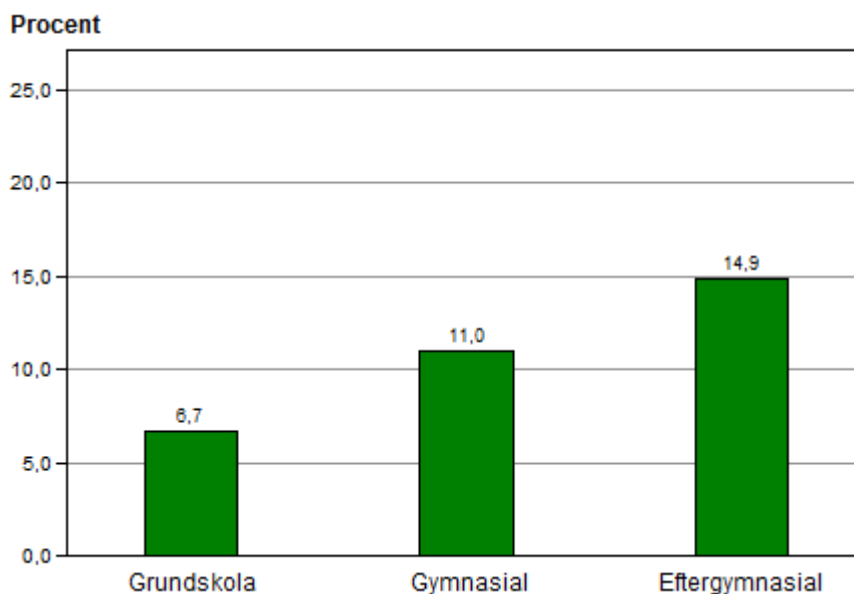
Diagram 24. Andel vaginala förlossningar med icke-farmakologiska smärtlindringsmetoder, 1996-2012.



Not. Skattat riksvärde för 2012, vid beräkningen har uppgifter för Landstinget i Värmland år 2011 använts.

Diagram 25 visar andelen kvinnor som fick icke-farmakologisk smärtlindring under förlossningen (dvs. akupunktur, TENS, eller kvaddlar) fördelat på utbildningsnivå. Kvinnor med grundskola som högsta utbildning använde i något lägre grad icke-farmakologiska smärtlindringsalternativ jämfört med övriga utbildningsgrupper. Drygt 7 procent av kvinnorna med eftergymnasial utbildning fick akupunkturbehandling vid förlossningen jämfört med 3 procent av dem med grundskola som högsta utbildning.

Diagram 25. Icke-farmakologisk smärtlindring (akupunktur, TENS och kvaddlar sammantaget) vid vaginal förlossning fördelat på utbildningsgrupp, 2012 (okänd utbildning ingår ej). Åldersstandardiserade tal.



Not. Skattat riksvärde för 2012, vid beräkningen har uppgifter för Landstinget i Värmland år 2011 använts.

Kejsarsnitt och instrumentella förlossningar

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 vilken barnet tas ut. Operatören tar sedan ut moderkakan (placenta) och resten av fosterhinnorna och syr ihop snittet i livmodern och bukväggen i flera lager.

Ett planerat (elektivt) kejsarsnitt sker ofta i spinal- eller epiduralbedövning, vilket innebär att kvinnan är bedövad men vaken. Akut kejsarsnitt görs på grund av en plötslig uppkommen komplikation hos modern eller barnet. Detta sker oftast under full narkos.

Instrumentell förlossning (sugklocka och tång): Instrumentell vaginal förlossning innebär att barnet tas ut med antingen sugklocka (vakuumentraktion, 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 livmoderssammandragningar (värkarna) är för svaga eller mamman är uttröttad eller sjuk.

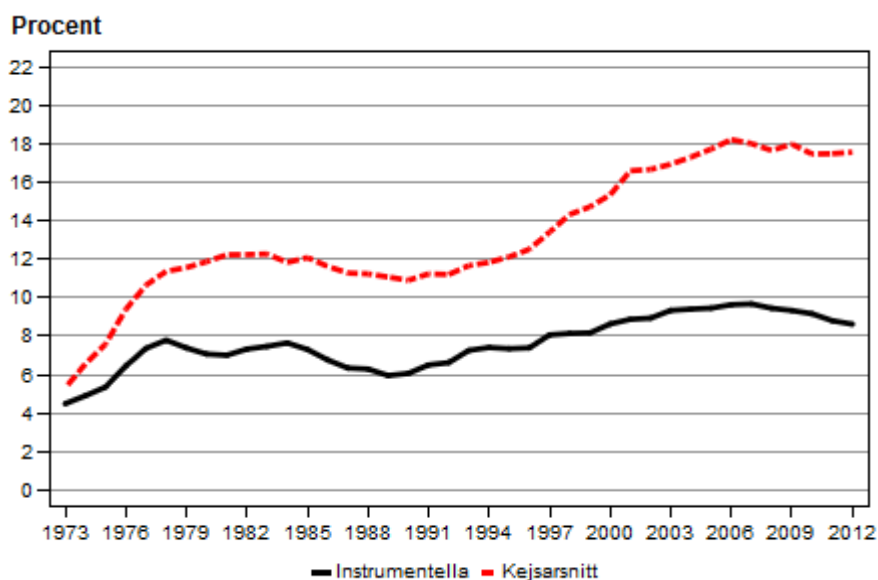
Vanligast är sugklocka, vilket innebär att man sätter en "sugkopp" på fostrets huvud och låter den långsamt suga fast genom vakuum, varefter man drar försiktigt samtidigt som modern krystar.

Tång har använts sedan länge, men har mer och mer kommit att ersättas av sugklocka. 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 skadas.

Under tre decennier ökade antalet kejsarsnitt stort i Sverige, från 5 procent av alla förlossningar i början på 1970-talet till 17 procent under de senaste åren. År 1991, vilket var första året som typ av kejsarsnitt rapporterades till medicinska födelseregistret, utgjorde andelen akuta och planerade kejsarsnitt 4,4 respektive 4,7 procent av alla förlossningar. År 2012 var motsvarande siffror 8,2 respektive 8,6 procent.

Vaginala instrumentella förlossningar (sugklocka och tång) har också ökat, men inte lika snabbt som andelen kejsarsnitt. Knappt 9 procent av kvinnorna blev förlösta med sugklocka eller tång år 2012 (diagram 26). Se även bilaga 1, tabell 34).

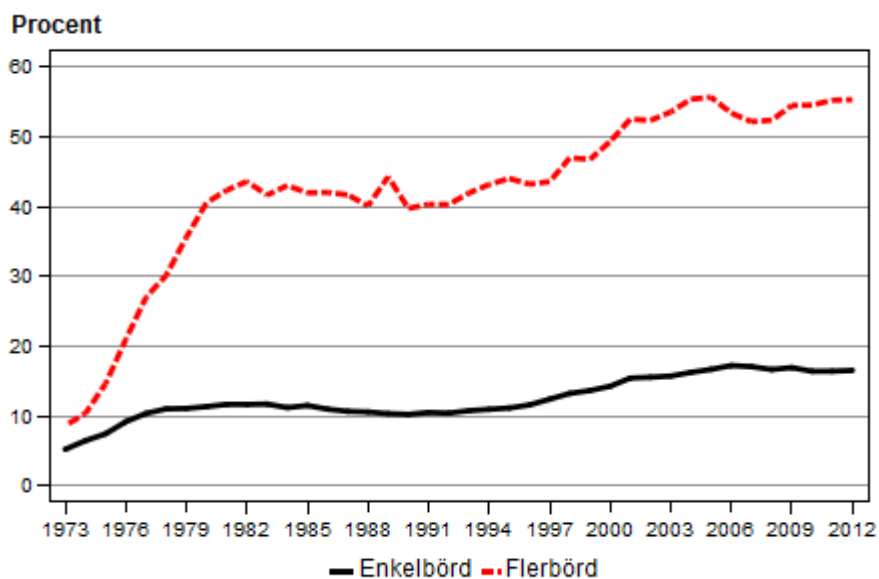
Diagram 26. Kejsarsnitt och vaginala instrumentella förlossningar, 1973–2012.



Not. Skattat riksvärde för 2012, vid beräkningen har uppgifter för Landstinget i Värmland år 2011 använts.

För enkelbörder har andelen kejsarsnitt ökat långsamt medan ökningen för flerbörder har skett snabbare, särskilt under 1970-talet. Under 2000-talet har omkring 55 procent av alla kvinnor med flerbördsgraviditet förlösts med kejsarsnitt (diagram 27 samt bilaga 1, tabell 35).

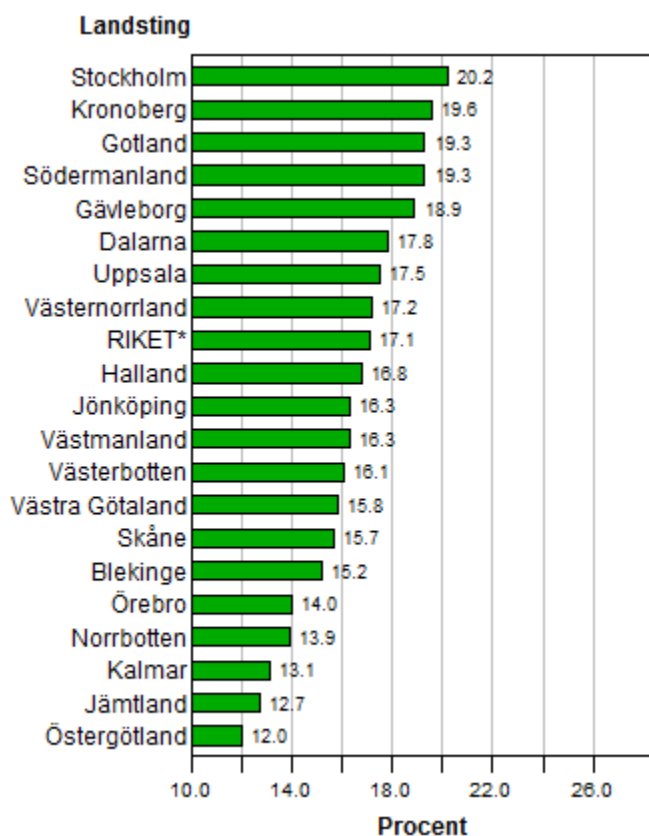
Diagram 27. Kejsarsnitt vid enkelbörd och flerbörd, 1973–2012.



Not. Skattat riksvärde för 2012, vid beräkningen har uppgifter för Landstinget i Värmland år 2011 använts.

Kejsarsnittsfrekvensen varierar mycket i landet. Flest kejsarsnitt utfördes 2012 på Gotland och i Stockholms läns landsting där mer än 20 procent av alla kvinnor förlöstes med kejsarsnitt. I Östergötlands län var andelen kejsarsnitt lägst i landet med 12 procent. Även landstingen i Kalmar och Jämtland hade låga andelar kejsarsnitt (cirka 13 procent) (diagram 28 samt bilaga 1, tabell 36).

Diagram 28. Samtliga kejsarsnitt per landsting, 2012.

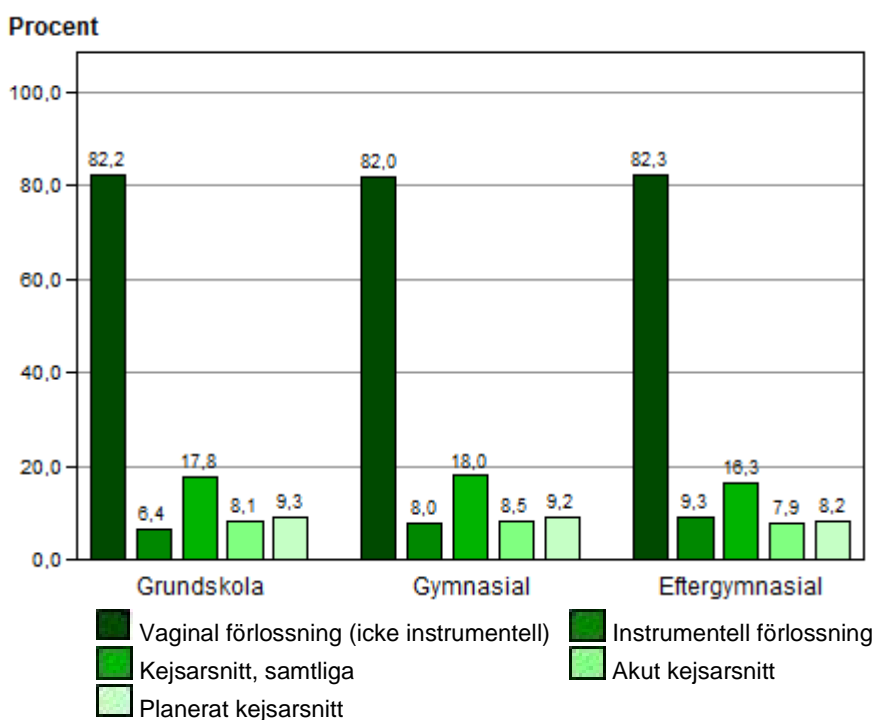


Not. Uppgifter saknas för Landstinget i Värmland. Vid beräkning av riksvärdet har uppgifter för Värmland 2011 använts

Även mellan olika sjukhus varierar andelen utförda kejsarsnitt. Högsta kejsarsnittsfrekvensen i riket har Danderyds sjukhus (exkl. BB Stockholm) med 23 procent följt av Karolinska Universitetssjukhuset Solna med 22 procent. Ytterligare information om kejsarsnitt fördelat på sjukhusnivå återfinns i bilaga 1, tabell 37.

Det finns vissa skillnader i förlossningssätt mellan kvinnor med olika utbildningsnivå. Bland kvinnor med eftergymnasial utbildning är andelen instrumentella vaginala förlossningar något högre, jämfört med kvinnor med kortare utbildning (diagram 29).

Diagram 29. Förlossningsätt fördelat på utbildningsgrupp, 2012 (okänd utbildning ingår ej). Åldersstandardiserade tal.



Not. Skattat riksvärde för 2012, vid beräkningen har uppgifter för Landstinget i Värmland år 2011 använts.

Sätetsbjudning

Cirka 3 procent av alla barn lägger sig med sätet nedåt i slutet av graviditeten. Den del av barnet som kräver störst utrymme i förlossningskanalen är huvudet. När barnets huvud 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 kan komma i kläm. Det finns därför en ökad risk både för syrebrist och andra skador på barnet vid sätetsförlossning. Denna risk är speciellt stor om barnet är litet eller för tidigt född, men sätetsförlossning kan vara ogynnsamt även för ett stort barn.

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

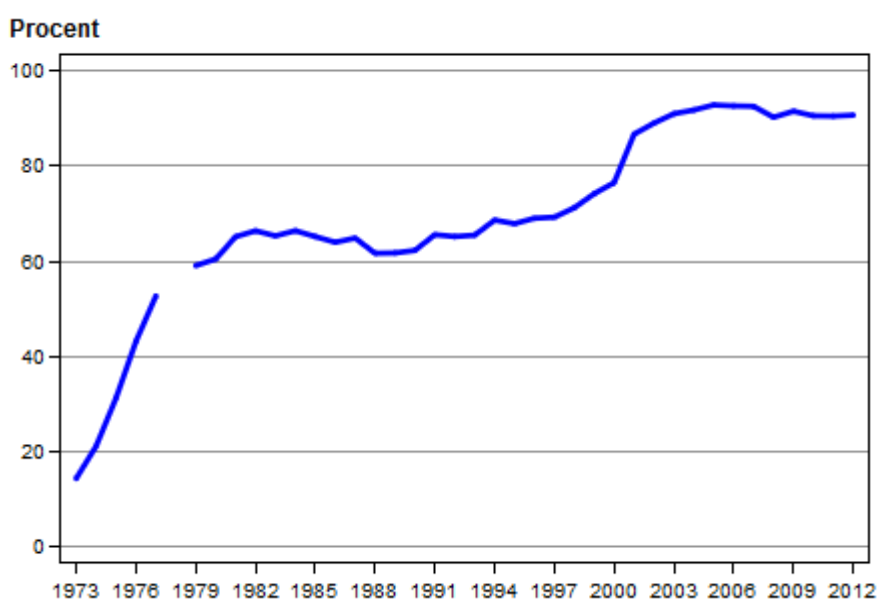
Eftersom det inte är möjligt att på förhand helt och hållet veta hur förlossningen kommer att framskrida görs idag ofta planerat kejsarsnitt vid sätetsbjudning, speciellt när barnet är litet eller mycket stort eller vid misstänkt trångt bäcken hos modern.

Andelen mödrar med barn i sätesändläge som blir förlösta med kejsarsnitt har ökat sedan 1975 och utgör nu mer än 90 procent av samtliga sätesförlossningar (diagram 30).

Läkare och barnmorskor diskuterade bästa sättet att förlösa vid sätesbjudning redan under 1970-talet då också elektronisk fosterövervakning började användas. Detta bidrog till en påtaglig ökning av andelen kejsarsnitt. En ny ökning kan ses i slutet av 1990-talet, troligen som en följd av nationell och internationell forskning, som visade att även vid fullgången graviditet innebär sätesförlossning en ökad risk för skador på barnet. De senare forskningsresultaten har börjat ifrågasättas men det har inte lett till några synbara förändringar i statistiken.

Information om sätesförlossningar på regional nivå återfinns i bilaga 1, tabell 39-40.

Diagram 30. Kejsarsnitt vid sätesbjudning bland enkelbörder, 1973–2012.



Not. Tillförlitliga uppgifter saknas för år 1978

Not. Skattat riksvärde för 2012, vid beräkningen har uppgifter för Landstinget i Värmland år 2011 använts.

Perinealklipp

Perinealklipp, perineotomi eller episiotomi är olika benämningar på samma åtgärd som innebär att ett rakt klipp (medialt) eller snedklipp (medio-lateralt) görs i mellangården dvs. området mellan slidmynningen och ändtarmsöppningen. Åtgärden utförs i syfte att vidga slidöppningen i samband med framfödandet av barnet. På så sätt kan man påskynda förlossningen.

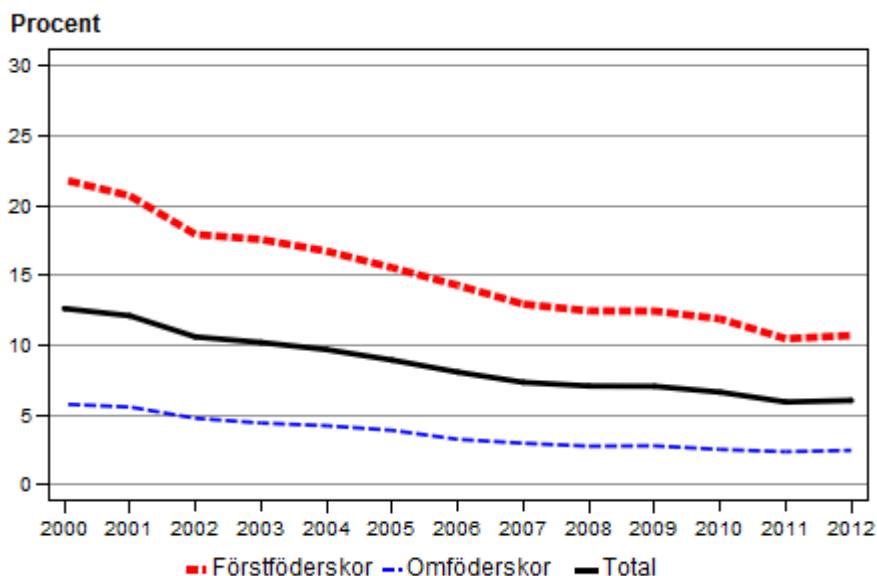
De vanligaste indikationerna för perinealklipp är om barnet måste ut snabbt såsom vid akut hotande syrebrist, sätesbjudning, om barnet visar sig vara stort eller vid instrumentell förlossning med sugklocka eller tång. Bedöms vävnaden runt slidöppningen som stram är perinealklipp ett relativt vanligt ingrepp vid förlossning vilket avlastar trycket på barnets huvud.

Komplikationer efter perinealklipp är att bristningen fortsätter och skadar ändtarmens slutmuskel (se nedan bristningar i bäckenbotten av grad 3 och 4). För att undvika skador i vagina och mellangården är det viktigt att barnets framfödande inte forceras i onödan.

Perinealklipp är ett okomplicerat kirurgiskt ingrepp i de allra flesta fall men det utförs inte rutinmässigt.

Flest perinealklipp utfördes i slutet av 70-talet och i början av 80-talet då de gjordes mer eller mindre rutinmässigt. Forskningsresultat visar att restriktiv användning av perinealklipp är bättre för att minska risken för stora bristningar men motsägande resultat har också presenterats. Andelen perinealklipp har minskat över tid, år 2000 utfördes perinealklipp vid 22 procent av de vaginala förlossningarna bland förstföderskor och 6 procent bland omföderskorna. Motsvarande siffror år 2012 var 11 procent och 2,5 procent (diagram 31 samt bilaga 1, tabell 41-43).

Diagram 31. Perinealklipp vid vaginal förlossning fördelat på paritet, 2000–2012.



Not. Skattat riksvärde för 2012, vid beräkningen har uppgifter för Landstinget i Värmland år 2011 använts.

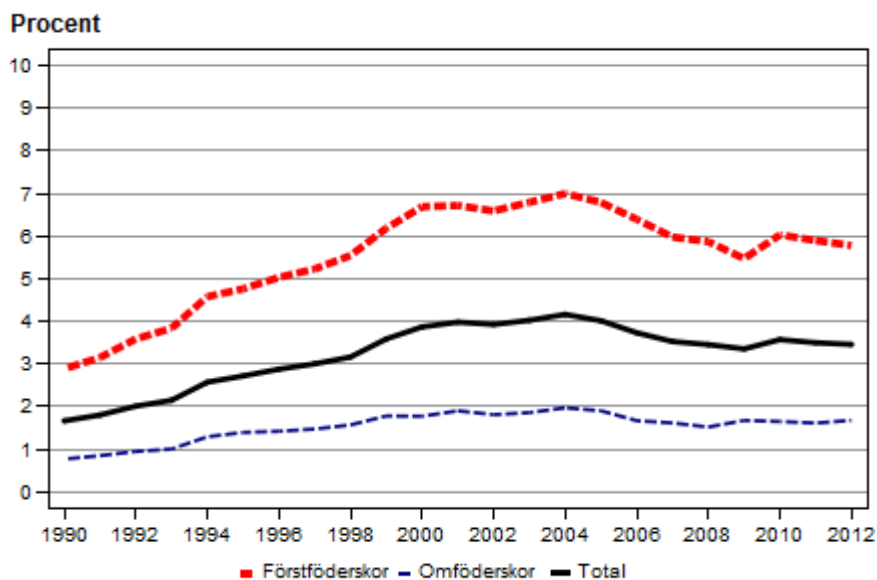
Bristningar grad III och IV

Bristningar i bäckenbotten i samband med förlossning indelas i fyra grader. I:a graden är en bristning i slidans slemhinna, mynning eller i mellangården (området mellan slidan och ändtarmsöppningen) men inte i underliggande vävnad. II:a graden är en bristning i slidans slemhinna, mynning samt i hud och muskler i mellangården. III:e graden är en bristning i muskler i bäckenbotten och i ändtarmens slutmuskel. IV:e graden är en bristning in i ändtarmens slutmuskel och slemhinna, s.k. totalruptur.

Bristningar av grad I och II är vanligt förekommande. De läker oftast snabbt och orsakar sällan långsiktiga problem. Skador på ändtarmsslutmuskeln, bristning grad III och IV, ökar risken för inkontinens, samt smärtor i underlivet. Faktorer som ökar risken för bristningar i ändtarmens slutmuskel är instrumentella förlossningar och om barnet är stort. Perinealskydd är en metod att med händerna skydda bäckenbotten och därmed förhindra att barnets huvud föds fram för snabbt. Härigenom kan man minska skadorna på bäckenbotten.

Andelen kvinnor med III:e eller IV:e gradens bristning ökade under 1990-talet och var som högst år 2004 (med 7 procent bland förstföderskor och 2 procent bland omföderskor). Inom förlossningsvården har ökningen uppmärksamats och förebyggande åtgärder har vidtagits på många sjukhus. Efter 2004 minskade andelen bristningar av grad III och IV något men den nedåtgående trenden har inte fortsatt (diagram 32 samt bilaga 1, tabell 44-46).

Diagram 32. Bristningar av grad III och IV vid vaginal förlossning, 1990–2012.



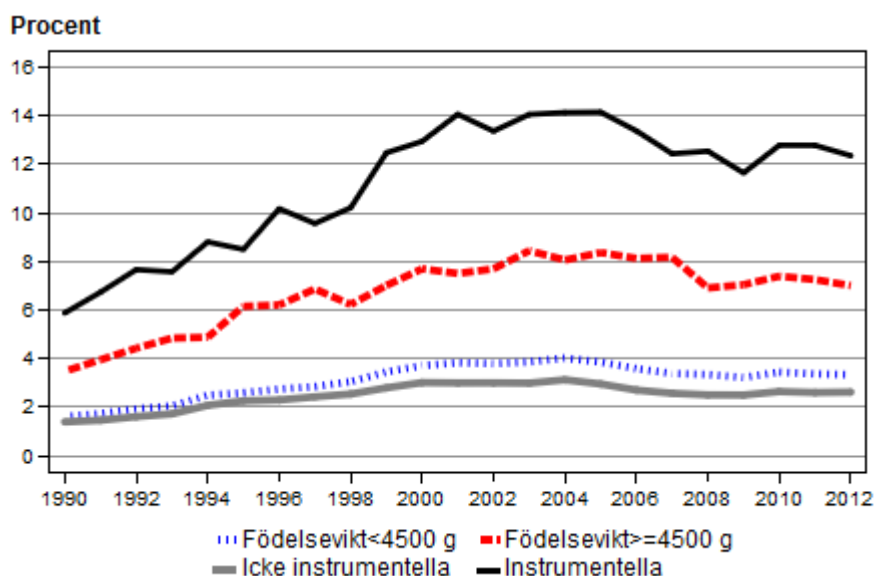
Not. Skattat riksvärde för 2012, vid beräkningen har uppgifter för Landstinget i Värmland år 2011 använts.

Det finns betydande skillnader i förekomst av grad III- och IV-bristningar mellan olika landsting och sjukhus. Skillnaderna kvarstår även efter att man tagit hänsyn till faktorer som kvinnans ålder, paritet, instrumentella förloss-

ningar (sugklocka/tång) samt barnets födelseår och födelsevikt under perioden 2008-2012. För förstföderskor var andelen bristningar av grad III och IV under denna period högst i Stockholms läns landsting med 7,2 procent och lägst i Jönköpings läns landsting med 4,2 procent (jämfört med 5,8 procent för hela riket). Se även bilaga 1, tabell 44-46.

Bland kvinnor som förlöstes med sugklocka eller tång var andelen bristningar av tredje och fjärde graden 12 procent år 2012. För kvinnor vars barn vägde 4 500 g eller mer, var andelen bristningar i ändtarmens slutmuskel 7 procent (diagram 33).

Diagram 33. Bristningar av grad III och IV vid vaginal förlossning vid instrumentell (sugklocka/tång) respektive icke instrumentell förlossning samt vid födelsevikt \geq 4500 gram respektive $<$ 4500 gram, år 1990–2012.

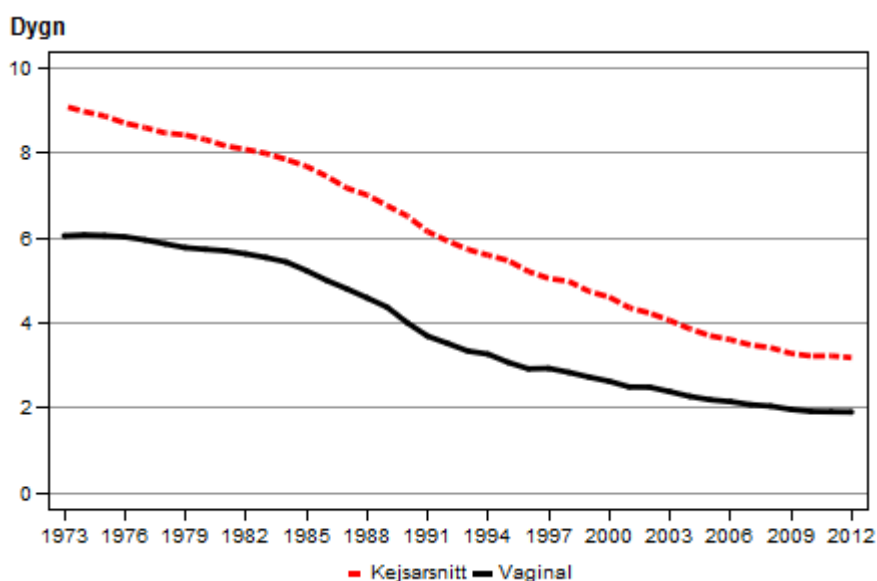


Not. Skattat riksvärde för 2012, vid beräkningen har uppgifter för Landstinget i Värmland år 2011 använts.

Vårdtid

Det har skett en stor förändring av vårdtiden efter förlossningen vid såväl vaginala förlossningar som vid kejsarsnitt. Medelvårdtiden vid vaginal förlossning var sex dygn 1973 och mindre än två dygn 2012. Vid kejsarsnitt under motsvarande period minskade medelvårdtiden från nio till cirka tre dygn. Minskningen var som kraftigast under senare delen av 1980-talet. År 2012 var medelvårdtiden efter kejsarsnitt mycket kortare än medelvårdtiden efter vaginal förlossning under 1970- och 1980-talet (diagram 34 samt bilaga 1, tabell 47).

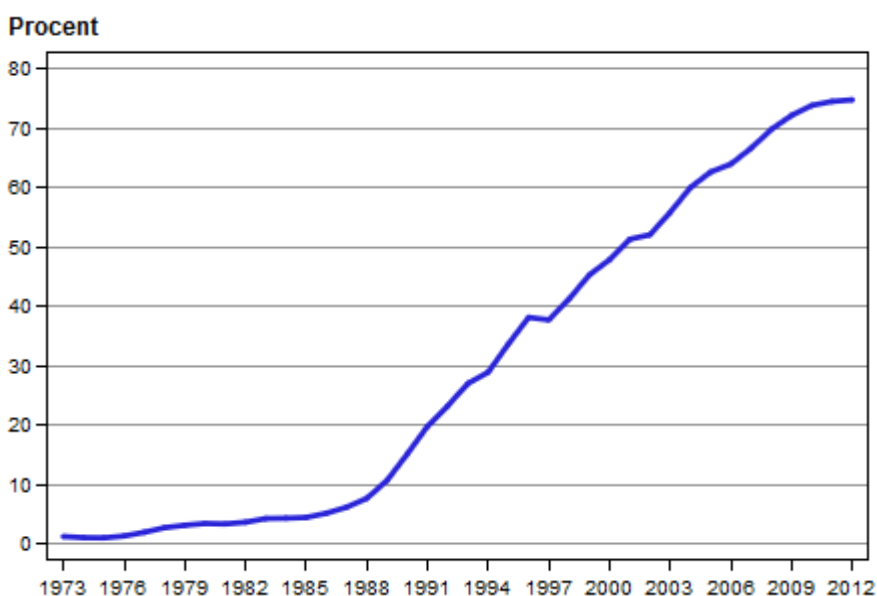
Diagram 34. Medelvårdtid vid enkelbörd efter vaginal förllossning respektive kejsarsnitt, 1973-2012.



Not. Skattat riksvärde för 2012, vid beräkningen har uppgifter för Landstinget i Värmland år 2011 använts.

Andelen kvinnor med kort vårdtid (0-2 dygn) har ökat kraftigt sedan slutet av 1980-talet. År 2012 vårdades närmare 74 procent av alla vaginalförlösta kvinnor i högst två dygn på sjukhus efter förllossningen (diagram 35). Medelvårdtiden för förstföderskor var 2,4 dygn och för omföderskor 1,5 dygn. Se även bilaga 1, tabell 47.

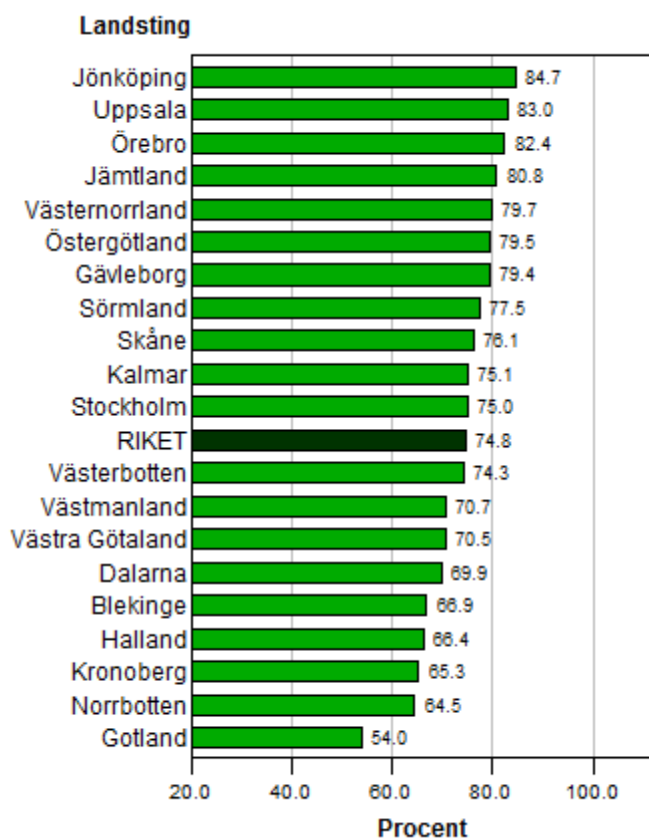
Diagram 35. Andel kvinnor med kort vårdtid (0-2 dygn) vid enkelbörd efter vaginal förllossning, 1973-2012.



Not. Skattat riksvärde för 2012, vid beräkningen har uppgifter för Landstinget i Värmland år 2011 använts.

Andelen kvinnor med kort vårdtid efter vaginal förlossning varierar anmärkningsvärt mellan olika landsting; från knappt 85 procent i Jönköpings län till 54 procent på Gotland (diagram 36). Faktorer som avstånd till sjukhus, tillgång på uppföljning i hemmet, patienthotell eller annan eftervård påverkar sannolikt vårdtiderna. Troligen kan skillnaderna också avspegla variation i resurstillgång och lokala vårdtraditioner (diagram 36 samt bilaga 1, tabell 48-49).

Diagram 36. Andel kvinnor med kort vårdtid (0–2 dygn) vid enkelbörd efter vaginal förlossning per landsting, 2012.



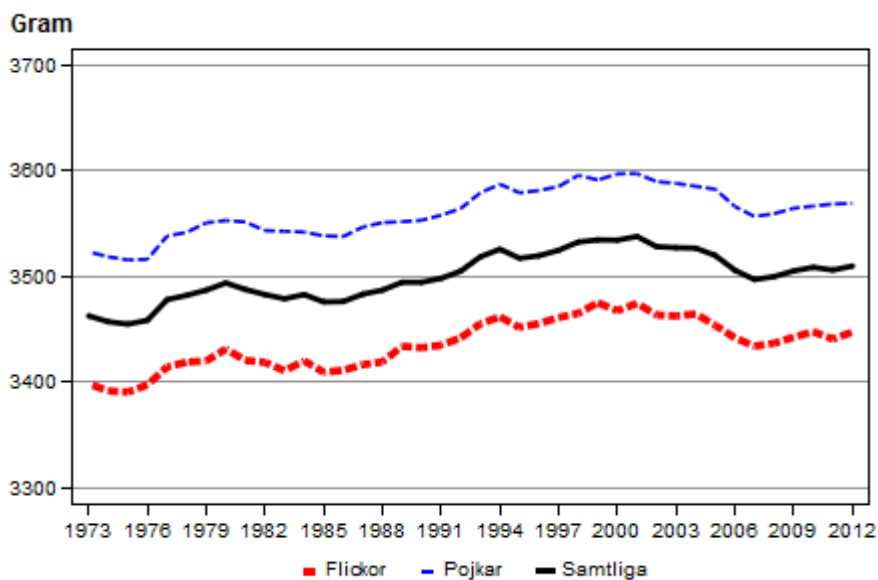
Not. Uppgifter saknas för Landstinget i Värmland. Vid beräkning av riksvärdet har uppgifter för Värmland 2011 använts

Nyfödda barn

Födelsevikt

Mellan 1973 och 2001 ökade nyfödda barns medelfödelsevikt något, andelen tunga barn ökade och andelen lätta barn minskade. Därefter minskade medelfödelsevikten något, både för flickor och för pojkar. Det kan troligen förklaras med att andelen överburna graviditeter minskade under samma period. Efter 2007 har den genomsnittliga födelsevikten ökat marginellt (diagram 37). År 2012 var födelsevikten i genomsnitt för flickor 3 447 gram och för pojkar 3 569 gram. Födelsevikten för det förstfödda barnet är i genomsnitt något lägre än för efterföljande barn. Se även bilaga 1, tabell 50-51.

Diagram 37. Genomsnittlig födelsevikt hos flickor och pojkar, 1973–2012.



Not. Skattat riksvärde för 2012, vid beräkningen har uppgifter för Landstinget i Värmland år 2011 använts.

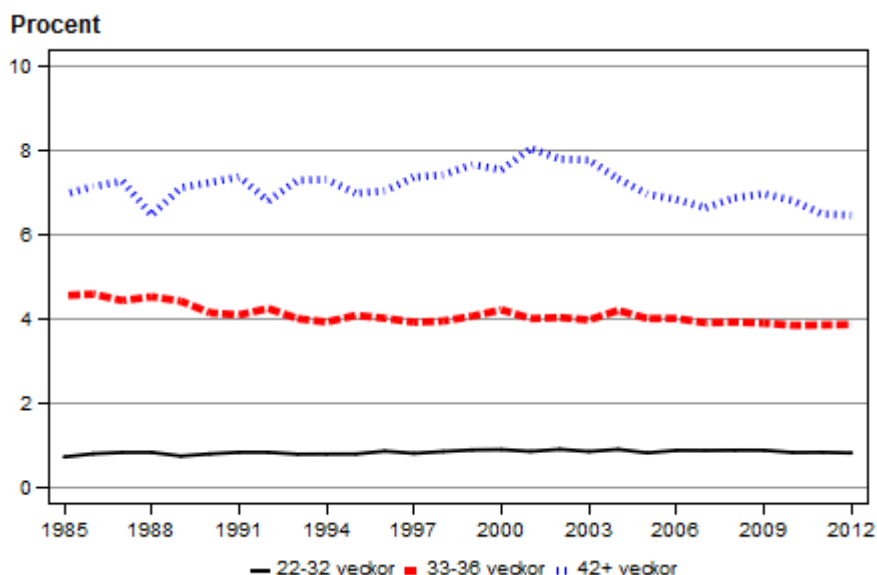
Gestationsålder (graviditetslängd)

En graviditet pågår i ungefär 280 dagar eller 40 fullgångna 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 ultraljud mäter man fostret på ett standardiserat sätt och fastställer gestationsålder med en exakthet på ungefär ± 7 dagar, vilket är något bättre än genom beräkning av SM. Dateringen görs oftast runt graviditetsvecka 16–21.

De allra flesta barn föds efter 37 men före 42 fullgångna veckor. En gestationsålder kortare än 37 fullgångna veckor innebär prematurförlossning och om den överskrider 42 veckor talar man om överburenhet. Prematuritet och överburenhet kan innebära viss ökad risk för komplikationer hos barnet. På de flesta förlossningskliniker tillämpas igångsättning (induktion) av förlossningen vid viss grad av överburenhet. Fler kvinnor induceras före vecka 42 och denna policy varierar mellan kliniker inom Sverige och mellan Sverige och andra länder, och har sannolikt varierat över tid.

Andelen barn som föds prematurt, dvs. före utgången av 37:e graviditetsveckan, har varit relativt konstant under de senaste decennierna. Sett till alla levande födda barn 2012 föddes närmare 5 procent av alla enkelbördor och 39 procent av flerbörderna prematurt. När det gäller graviditeter som är överburna, dvs. mer än 42 fullgångna graviditetsveckor, har en minskning skett sedan 2001. Detta år föddes 8 procent av alla enkelbördor efter mer än 42 fullgångna veckor och år 2012 var denna siffra 6,5 procent (diagram 38). Detta beror sannolikt på att det blivit vanligare att förlossningar induceras redan vid 41 fullgångna graviditetsveckor. Se även bilaga 1, tabell 52.

Diagram 38. Prematuritet och överburenhet bland levande födda barn vid enkelbörd, 1985–2012.



Not. Skattat riksvärde för 2012, vid beräkningen har uppgifter för Landstinget i Värmland år 2011 använts.

Dödlighet under nyföddhetsperioden

Intrauterin fosterdöd (dödföddhet): Intrauterin fosterdöd innebär att ett barn med en gestationsålder på minst 22 fullgångna graviditetsveckor efter framfödandet inte visar några livstecken. Från medicinska födelseregistrets start 1973 till och med juni 2008 definierades intrauterin fosterdöd i Sverige som framfödandet av ett dött foster, som hade en gestationsålder av minst 28 fullgångna graviditetsveckor. Från och med juli 2008 rapporteras intrauterin fosterdöd efter 22 fullgångna graviditetsveckor till medicinska födelseregistret. Definitionsåändringen är en anpassning till internationell praxis.

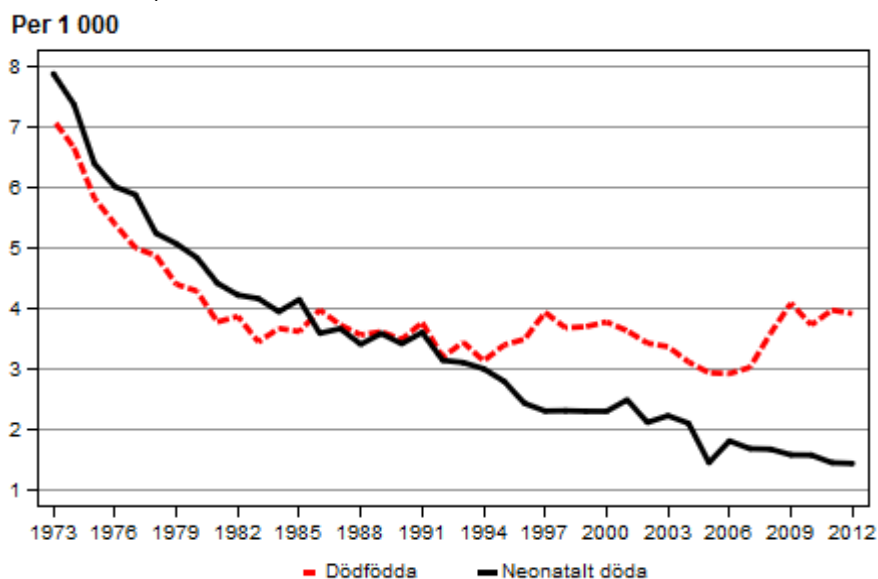
Fosterdöd kan inträffa innan förlossningen startat eller under förlossningen, det senare är mer ovanligt. Missbildningar, infektioner, allvarlig sjukdom hos modern, komplikationer i moderkaka eller navelsträng är några orsaker till fosterdöd, men fortfarande kan man inte identifiera någon uppenbar orsak till fosterdöden i 10–15 procent av fallen. Den viktigaste kända riskfaktorn för intrauterin fosterdöd är moderns användning av tobak under graviditeten.

Neonatal död: Levande födda barn som avlidit inom 28 dagar efter födelsen. Graviditetslängden har en avgörande betydelse för överlevnad under den tidiga spädbarnstiden, framför allt under den första levnadsveckan. En relativt hög andel av de för tidigt födda barnen som dör under neonatalperioden har en medfödd sjukdom eller missbildning.

Förekomsten av intrauterin fosterdöd (dödföddhet) minskade kraftigt från 1975 till 1985, därefter har utvecklingen stannat av och andelen dödfödda barn ligger på en nivå av 3-4 per 1 000 födda barn. Ökningen av dödfödda barn som ses från 2008 (se diagram 39) beror med största sannolikhet på att dödfödda barn från 22 fullgångna graviditetsveckor inkluderas i statistiken (se definitionsändring i faktarutan ovan). Förekomst av neonatal dödlighet har stadigt minskat sedan 1975.

I tabell 6 redovisas antalet dödfödda barn år 2012 från 22 fullgångna graviditetsveckor. Se även bilaga 1, tabell 53-57.

Diagram 39. Dödföddhet (graviditetsvecka ≥ 22) och neonatal dödlighet (0–27 dygn efter födelsen), 1973–2012.



Not. Skattat riksvärde för 2012, vid beräkningen har uppgifter för Landstinget i Värmland år 2011 använts.

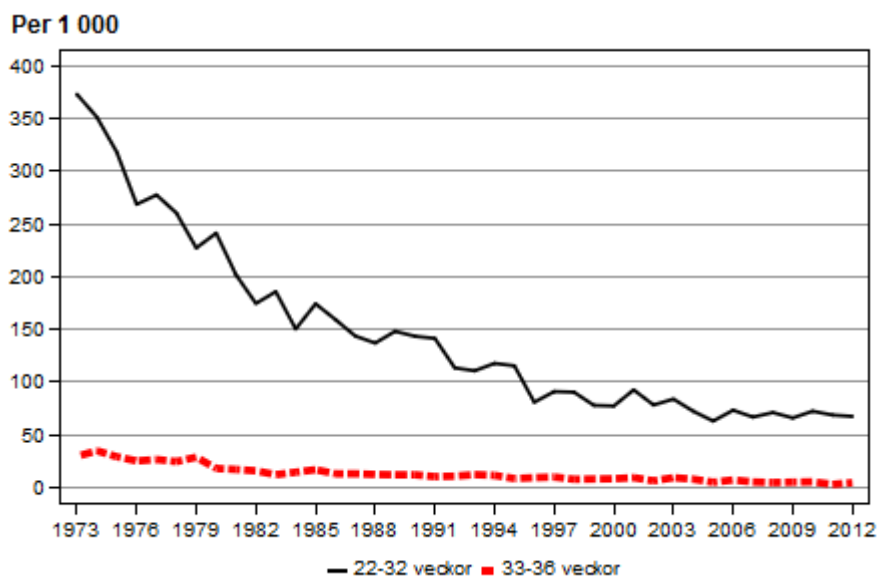
Tabell 6. Dödföddhet och neonatal dödlighet (0–27 dygn efter födelsen), bland barn födda 2012.

	Enkelbörd	Flerbörd	Alla födda
Födda barn			
Antal	109 239	3 044	112 286
Dödfödda, graviditetsvecka 22–27			
Antal	105	9	114
Per 1 000 födda	329,2	73,2	257,9
Dödfödda, graviditetsvecka 28+			
Antal	302	23	325
Per 1 000 födda	2,8	7,9	2,9
Dödfödda, total			
Antal	408	32	440
Per 1 000 födda	3,7	10,5	3,9
Neonatalt döda (0–27 dygn)			
Antal	128	32	160
Per 1 000 levande födda	1,2	10,6	1,4

Not. Skattat riksvärde för 2012, vid beräkningen har uppgifter för Landstinget i Värmland år 2011 använts.

Andelen för tidigt födda barn som dör neonatalt har minskat successivt från 1975 (se diagram 40) och det beror troligen på att neonatalvården har blivit bättre. Mycket få barn avlider senare i neonatalperioden och någon tydlig trend kan inte skönjas (se tabell 7).

Diagram 40. Neonatal dödlighet (0–27 dygn) bland för tidigt födda barn, 1973–2012.



Not. Skattat riksvärde för 2012, vid beräkningen har uppgifter för Landstinget i Värmland år 2011 använts.

Tabell 7. Graviditetslängd för levande födda barn som avlider under neonatalperioden (0–6 dygn eller 7–27 dygn efter födelsen), 2003–2012.

Graviditetslängd 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	964	313	324,7	88	91,3
25–26	1 359	117	86,1	52	38,3
27–28	1 965	92	46,8	41	20,9
29–30	3 058	82	26,8	18	5,9
31–32	5 714	90	15,8	24	4,2
33–34	13 179	96	7,3	22	1,7
35–36	37 240	110	3,0	40	1,1
37–38	207 150	125	0,6	82	0,4
39–41	721 517	213	0,3	112	0,2
42+	71 275	52	0,7	12	0,2
Totalt	1 063 942	1299	1,2	492	0,5

Som framgår av tabell 8 är både dödföddhet och neonatal dödlighet högre för barn till unga (19 år eller yngre) och äldre (35 år eller äldre) kvinnor, för barn till kvinnor som röker och snusar, och för barn till kvinnor med övervikt och fetma. Risken för dödföddhet är också högre för det förstfödda barnet och för barn till kvinnor med födelseland utanför de nordiska länderna.

Tabell 8. Bakgrundsfaktorer hos modern i relation till antalet födda barn, dödföddhet och neonatal dödlighet, 2003–2012.

	Födda barn		Dödfödda		Döda inom 0–6 dygn		Döda inom 7–27 dygn	
	Antal	Antal	Per 1 000 födda	Antal	Per 1 000 levande födda	Antal	Per 1 000 levande födda	
Ålder								
19 år eller yngre	17 552	77	4,4	39	2,2	6	0,3	
20–24 år	135 615	469	3,5	184	1,4	71	0,5	
25–29 år	309 028	938	3,0	325	1,1	118	0,4	
30–34 år	372 806	1 205	3,2	422	1,1	170	0,5	
35 år eller äldre	228 201	1 011	4,4	327	1,4	125	0,6	
Paritet								
Första barnet	472 181	1 788	3,8	595	1,3	226	0,5	
Andra, tredje barnet	532 777	1 635	3,1	580	1,1	222	0,4	
Fjärde, eller efterföljande barn	62 704	300	4,8	124	2,0	44	0,7	
Födelseland								
Sverige	827 446	2 646	3,2	966	1,2	351	0,4	
Norden utom Sverige	17 057	44	2,6	31	1,8	6	0,4	
Europa utom Norden	70 306	249	3,5	85	1,2	36	0,5	
Afrika	31 132	228	7,3	54	1,8	19	0,6	
Asien	90 292	382	4,2	133	1,5	60	0,7	
Övriga världen	17 210	55	3,2	16	0,9	14	0,8	
Tobaksvanor vid inskrivning till MHV								
Röker ej	939 703	2 958	3,2	959	1,0	368	0,4	
1–9 cigaretter per dag	56 207	252	4,5	81	1,5	37	0,7	
10 eller fler cig/dag	17 931	100	5,6	30	1,7	18	1,0	
Snusar	12 525	63	5,0	13	1,0	5	0,4	
BMI vid inskrivning till MVC								
<18,5	23 082	58	2,5	14	0,6	5	0,2	
18,5–24,9	587 044	1 477	2,5	524	0,9	216	0,4	
25,0–29,9	240 075	928	3,9	299	1,3	110	0,5	
30,0–34,9	80 927	420	5,2	104	1,3	44	0,6	
35,0–39,9	25 068	181	7,2	59	2,4	20	0,8	
40,0+	9 220	61	6,6	20	2,2	11	1,2	
Totalt	1 067 662	3 723	3,5	1 299	1,2	492	0,5	

Bilaga 1. Tabeller

Tabell

1	Mödrarnas medel- och medianålder fördelat på paritet, 1973-2012.
2	Mödrarnas ålder fördelat på paritet, 1973-2012. Antal kvinnor.
3	Mödrarnas ålder fördelat på paritet, 1973-2012. Procentuell fördelning.
4	Förstfödorskors medelålder, per län, 1973-2012. Skattat riksvärde för 2012.
5	Mödrarnas födelseland, 1973-2012 Antal kvinnor.
6	Mödrarnas födelseland, 1973-2012 Procentuell fördelning.
7	BMI (medelvärde) för först- och omfödorskör vid inskrivning till mödrahälsovården, 1992-2012.
8	BMI vid inskrivning till mödrahälsovården, 1992-2012. Antal kvinnor.
9	BMI vid inskrivning till mödrahälsovården, 1992-2012. Procentuell fördelning.
10	BMI (medelvärde) vid inskrivning till mödrahälsovården per län, 1996-2012.
11	Gravida kvinnors tobaksvanor tre månader före aktuell graviditet, 2000-2012.
12	Gravida kvinnors tobaksvanor tre månader före aktuell graviditet fördelat på moderns ålder, 2000-2012.
13	Gravida kvinnors tobaksvanor tre månader före aktuell graviditet per län, 2012
14	Gravida kvinnors tobaksvanor vid inskrivning till mödrahälsovården, 1983-2012.
15	Gravida kvinnors tobaksvanor vid inskrivning till mödrahälsovården fördelat på moderns ålder, 1983-2012.
16	Gravida kvinnors tobaksvanor vid inskrivning till mödrahälsovården per län, 2012.
17	Gravida kvinnors tobaksvanor i graviditetsvecka 30-32, år 2000-2012.
18	Gravida kvinnors tobaksvanor i graviditetsvecka 30-32 fördelat på moderns ålder, 2000-2012.
19	Gravida kvinnors tobaksvanor i graviditetsvecka 30-32 per län, 2012.
20	Tobaksvanor i samband med graviditet per kommun, år 2012.
21	Antal förlossningar, antal levande födda barn registrerade hos Statistiska centralbyrån, antal födda barn registrerade i medicinska födelseregistret, antal enkel- och flerbörder samt barnens könsfördelning, 1973-2012.
22	Antal förlossningar, födda barn, enkelbörder och flerbörder samt könsfördelning per län, 2012.
23	Antal förlossningar, födda barn, enkel- och flerbörder samt könsfördelning per sjukhus, 2012.
24	Antal förlossningar totalt och per 1 000 kvinnor (15-44 år), 1973-2012.
25	Antal och andel kvinnor som genomgått sin 1:a, 2:a, 3:e, 4:e och >=5:e förlossning, 1973-2012.
26	Antal flerbördsförlossningar. Tvilling-, trilling- och fyrlingförlossningar, 1973-2012.
27	Induktion och spontan förlossningsstart vid vaginala förlossningar, 1990-2012.
28	Farmakologisk smärtlindring vid vaginal förlossning, 1973-2012.
29	Farmakologisk smärtlindring vid vaginal förlossning bland förstfödorskör per landsting, 2012.
30	Farmakologisk smärtlindring vid vaginal förlossning bland förstfödorskör per sjukhus, 2012.
31	Icke-farmakologisk smärtlindring vid vaginal förlossning, 1994-2012,
32	Icke-farmakologisk smärtlindring vid vaginal förlossning bland förstfödorskör per landsting, 2012.
33	Icke-farmakologisk smärtlindring vid vaginal förlossning bland förstfödorskör per sjukhus, 2012.
34	Totalt antal kejsarsnitt och typ av kejsarsnitt - akuta och planerade och samtliga instrumentella vaginala förlossningar, 1973-2012.
35	Samtliga kejsarsnitt och instrumentella vaginala förlossningar vid enkelbörd och flerbörd, 1973-2012.

36	Totalt antal kejsarsnitt och typ av kejsarsnitt - akuta och planerade och samtliga instrumentella vaginala förlossningar per landsting, 2012.
37	Totalt antal kejsarsnitt och typ av kejsarsnitt - akuta och planerade och samtliga instrumentella vaginala förlossningar per sjukhus, 2012.
38	Utfall fördelat på utbildningsgrupp, först- och omfödernkor, 2012. Åldersstandardiserade tal.
39	Sätessjudning efter förlossnings sätt bland enkelbörd, 1973-2012.
40	Sätessjudning i relation till alla enkelbördsförlossningar. Kejsarsnitt vid sätessjudning per landsting, 2012.
41	Perinealklipp vid vaginal förlossning fördelat på paritet, 2002-2012.
42	Perinealklipp vid vaginal förlossning fördelat på paritet per landsting, 2012.
43	Perinealklipp vid vaginal förlossning fördelat på paritet per sjukhus, 2012.
44	Bristningar grad III och IV vid vaginal förlossning fördelat på paritet, 1990-2012.
45	Bristningar grad III och IV vid vaginal förlossning fördelat på paritet per landsting, 2012.
46	Bristningar grad III och IV vid vaginal förlossning per sjukhus, femårsperioderna 2003-2007, 2008-2012 samt år 2012 särredovisat.
47	Medelvårdtid efter förlossning vid enkelbörd samt andel med kort vårdtid (0-2 dygn) efter vaginal förlossning, 1973-2012.
48	Kort vårdtid (0-2 dygn) efter vaginal förlossning vid enkelbörd per landsting, 1995-2012.
49	Kort vårdtid (0-2 dygn) efter vaginal förlossning vid enkelbörd fördelat på paritet per sjukhus, 2012.
50	Genomsnittlig födelsevikt (i gram), 1973-2012.
51	Födelsevikt (i gram) hos levande födda barn vid enkelbörd, 1973-2012. Procentuell fördelning.
52	Gestationsålder bland levande födda barn vid enkel- och flerbörd, 1985-2012.
53	Dödföddhet vid ≥ 22 graviditetsveckor och neonatal dödlighet inom 0-27 dygn efter födseln, 1973-2012.
54	Dödföddhet vid ≥ 22 graviditetsveckor fördelat på gestationsålder, 2002-2012.
55	Neonatal dödlighet inom 0-27 dygn efter födseln (vid ≥ 22 graviditetsveckor) fördelat på gestationsålder, 1973-2012.
56	Dödföddhet vid ≥ 22 graviditetsveckor fördelat på barnets födelsevikt, 1973-2012. Procentuell fördelning.
57	Neonatal dödlighet inom 0-27 dygn efter födseln fördelat på barnets födelsevikt, 1973-2012. Procentuell fördelning.
