



Graviditetsregistrets Årsrapport 2024

Innehåll

Sammanfattning	6
Detta är Graviditetsregistret	6
Sammanfattning av resultaten för året 2024	7
Nyheter inom Graviditetsregistret	9
Summary	10
Graviditetsenkäten	13
Utvalda resultat för 2024	13
Fritextsvar	22
Sammanfattning	22
Mödrahälsovård	24
Mödrahälsovårdens organisation och struktur	24
Inledning individdata	27
Graviditetsbesök och kontinuitet	28
Riskfaktorer vid inskrivning	35
Tobak	36
Tillfrågats om våldsutsatthet	43
Insatser vid förlossningsrädsla	44
Psykisk ohälsa under graviditet	46
Föräldraskapsstöd	49
Vikt och viktutveckling under graviditet	52
Självskattad hälsa	58
Vaccinationer under graviditet	61
Tidig uppföljning och eftervårdsbesök	62
Amning fyra veckor efter förlossning	68
Preventivmedel vid eftervårdsbesök	71
Fosterdiagnostik	74
Fosterdiagnostik inom Mödrahälsovården	74
Fosterdiagnostik och obstetrisk ultraljudsverksamhet	77
Täckningsgrad	78
Årsrapportering och återkoppling	79
Förbättringsarbete	79
Resultat - Övergripande	81
Resultat från olika regioner	90
Dateringsultraljud	97
Tillväxtultraljud	102
Förlossning	104
Antal förlossningar	104
Andel förlossningar utan större interventioner eller komplikationer	106
Förlossningsstart	112
Förlossningssätt	116
Planerade, akuta och omedelbara kejsarsnitt	119
Klipp (episiotomi)	122
Perinealbristning grad 3-4 (sfinkterskador)	123
Förlossningsställning	127

Stor blödning	128
Oxytocinbehandling under förlossning	131
Epiduralblockad (EDA)	133
Föda i vatten	135
Apgar	136
Navelsträngsprover	139
Förlossningsupplevelse och delaktighet	142
Efter födseln	144
Graviditetsregistret blickar framåt	150
Bästa skattning variabler Graviditetsregistret, version 2023-08-31	152
Förlossningen startar bästa skattning, hierarkisk ordning	152
Förlossningsavslut bästa skattning, hierarkisk ordning	152
Tidigare kejsarsnitt bästa skattning	153
Bjudning bästa skattning	153
Bristning grad 3-4 bästa skattning	154

Medarbetare 2025

Arbetsgrupp Mödrahälsovård

Yvonne Skogsdal ordförande, Charlotta Hed vice ordförande

Anette Bornhov

Anna Akselsson

Eva Nordberg

Jenny Norlander

Marie Vikström Bolin

Sara Hogmark

Ulrika Bjällmark

Arbetsgrupp Fosterdiagnostik

Peter Conner ordförande, Mårten Ageheim vice ordförande

Maria Kloow

Christina Lindberg

Charlotte Becker

Jana Brodzki

Karin Hildén

Katarina Tunón

Merit Kullinger

Peter Lindgren

Therese Röhlander

Heléne Sangskär

Arbetsgrupp Förlossning

Charlotte Elvander ordförande, Michael Algovik vice ordförande

Anna Rilfors

Erica Gyllencreutz

Hanna Östling

Ingela Hultén Varli

Karin Ängeby

Linda Hjerberg

Linda Rilby

Minna Söreling

Monika Cardell

Mårten Alkmark

Övriga

Sebastjan Wassermeyer, statistiker

John Moshtaghi-Svensson, statistiker

Johanna Signér, administratör

Kerstin Petersson, senior rådgivare

Styrgrupp

Teresia Svanvik, Registerhållare

Michaela Granfors, Styrgruppens ordförande

Maria Bjelke, Vice registerhållare

Yvonne Skogsdal & Charlotta Hed, Mödrahälsovård

Peter Conner & Mårten Ageheim Fosterdiagnostik

Charlotte Elvander & Michael Algovik, Förlossning

Eva Nordlund, Ordförande Barnmorskeförbundet

Marie-Charlotte Nilsson, Representant Vårdförbundet

Christina Bergh, adjungerad, Registerhållare Q-IVF

Michael Norman, adjungerad, Registerhållare SNQ

Eva Uustal, adjungerad, Registerhållare Bristningsregistret

Gunilla Jacobsson Ekman, QRC Stockholm Kvalitetsregistercentrum

Sophia Brismar Wendel, Nationellt programområde (NPO) kvinnosjukdomar och förlossning

Offentlig citering för Årsrapporten

Skogsdal Y och Conner P och Elvander C, Hed C, Ageheim M, Algovik M, Granfors M, Bjelke M, Svanvik T på uppdrag av Graviditetsregistret. Graviditetsregistrets Årsrapport 2024. 2025-09-30. [graviditetsregistret.se](https://www.graviditetsregistret.se)



Sammanfattning

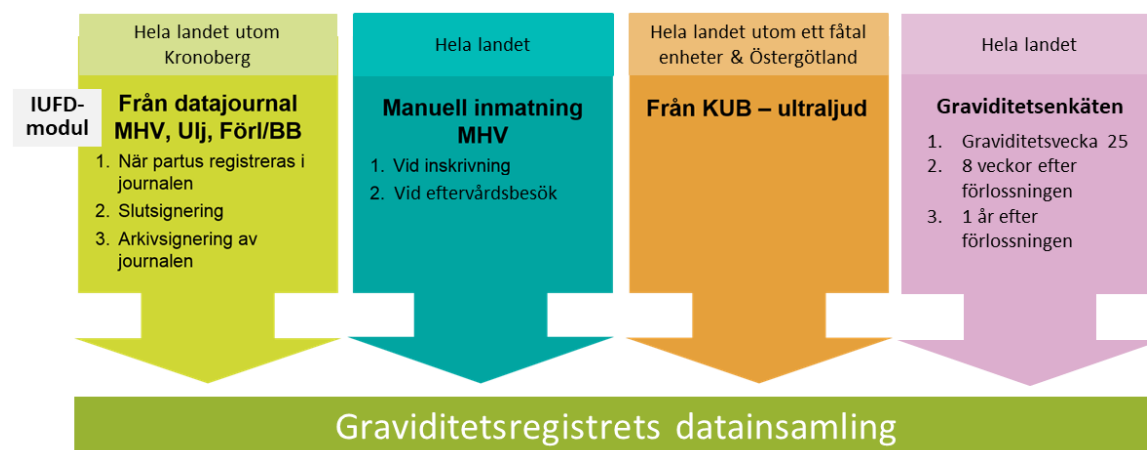
Denna rapport från Graviditetsregistret beskriver bakgrund, data och utfall för gravida och nyblivna mammor som fött barn under 2024. Under 2024 registrerades enligt Statistiska Centralbyrån (SCB) 97 526 förlossningar i Sverige. Av dessa registrerades totalt 97 409 i Graviditetsregistret, vilket gav en täckningsgrad gällande registrerade förlossningar på 99,9%. Antalet förlossningar i Sverige minskar fortsatt, från 99 011 år 2023 till 97 526 år 2024 (enligt data från SCB).

Detta är Graviditetsregistret

Graviditetsregistret är ett nationellt kvalitetsregister med certifieringsgrad 1 (den högsta möjliga certifieringsgraden). Graviditetsregistret består av arbetsgrupperna för mödrahälsovård, fosterdiagnostik och förlossning. Vårdverksamheterna är ansvariga för den egna verksamhetens patientdata i Graviditetsregistret. Karolinska Universitetssjukhuset är personuppgiftsansvarig och ansvarig myndighet för Graviditetsregistret.

Syftet med registret är att ge ett bra underlag gällande data och resultat för verksamheterna i landet. Ett lättillgängligt och lättförståeligt dataunderlag är en förutsättning för att kunna utveckla vården och på det sättet förbättra hälsan för gravida kvinnor och deras barn, och för att främja en jämlik vård med hög kvalitet i vårdkedjan. Förbättringsarbeten i verksamheterna underlättas med hjälp av snabb återkoppling av data och resultat via Graviditetsregistret. Registret är också en rik källa för forskning – inte bara inom området graviditet och förlossning.

Graviditetsregistret hämtar in data via automatisk överföring från journalsystemen, via manuell inmatning inom mödrahälsovården (MHV) samt via direkt registrering vid KUB-undersökningar (kombinerat ultraljud och biokemi för att beräkna risk för kromosomavvikelser). Sedan december 2020 kommer även svaren från Graviditetsenkäten in i Graviditetsregistret ([Läs mer om Graviditetsenkäten på SKR:s hemsida](#)).



Under våren 2025 startade den automatiska dataöverföringen från Region Kronoberg, vilket innebär att samtliga regioner i Sverige nu överför data automatiskt till Graviditetsregistret. Data överförs varje dag och innefattar data från mödrahälsovården, ultraljud, förlossningen och BB-tiden samt uppgifter om barnet. Första överföringen sker i samband med att förlossningen registreras. Variabler som inte har registrerats fram till dess, överförs först när journalen slutsigneras respektive arkivsigneras (i Norrbotten, Värmland, Uppsala och Kronoberg sker den kompletterande överföringen en månad efter förlossningen). Alla barnmorskemottagningar i landet är anslutna till den manuella registreringen i Graviditetsregistret, med viss variation

gällande täckningsgrad för olika regioner/mottagningar. Uppskattningsvis 80% av alla KUB-undersökningar som utförts under 2024 i Sverige har registrerats inom Graviditetsregistret.

Data från den manuella registreringen inom MHV finns sedan 1999 (i nuvarande format sedan 2010), data från KUB sedan 2006, och data från den automatiska journalöverföringen sedan 2014 (sedan 2013 för region Stockholm).

Sammanfattning av resultaten för året 2024

Nedan redovisas några utvalda resultat från Graviditetsenkäten samt för de olika verksamheterna i vårdkedjan under graviditet, fosterdiagnostik, förlossning och eftervård.

Graviditetsenkäten

I årets rapport redovisas de 127 702 svaren från gravida/nyblivna mammor som födde barn under 2024 och svarade på Graviditetsenkät 1 och/eller 2, respektive födde barn under 2023 och svarade på Graviditetsenkät 3 under 2024. Den sammantagna svarsfrekvensen för alla tre enkäter var 47%.

- En positiv utveckling har skett för varje år sedan enkätens start av kvinnors nöjdhet med den **information som ges om fosterdiagnostik** i situationer där graviditeten varit, eller riskerat att vara, avvikande (Enkät 1). I årets rapport angav 72% av kvinnorna att de var nöjda med informationen i jämförelse med 61% år 2021.
- I årets rapport angav 64% av kvinnorna som svarat på Graviditetsenkät 2 (8v efter förlossningen) att de fått det **stöd av vården som de önskat om de haft problem med amning**. Detta är en förbättring jämfört med tidigare år, men siffrorna pekar också på behovet av fortsatta satsningar på eftervård och amningsstöd till nyblivna mödrar. Skillnader ses också mellan regionerna på 49–75%.
- För samtliga tre enkäter syns tyvärr en fortsatt nedgång i **svarsfrekvens** sedan Graviditetsenkäten startade. Nedgången är mest uttalad för Enkät 3, där svarsfrekvensen minskat från 52% (211201 – 210531) till 39% (241201 – 240531). För att vända den trenden vore det värdefullt att alla enheter inom vårdkedjan för graviditet och förlossning uppmärksammar betydelsen av kvinnors deltagande i Graviditetsenkäten. Genom att informera och uppmuntra de kvinnor som besöker dem kan vården tillsammans stärka kunskapsunderlaget och på så sätt bidra till en fortsatt utveckling och förbättring av vården.

Mödrahälsovården

- I Socialstyrelsens kunskapsstöd från 2022 förordas en **tidig eftervårdskontakt**. Kontakten kan ske via telefon, video, mottagningsbesök eller hembesök. Syftet är att fånga eventuella besvär och planera för den fortsatta eftervården. Tidig eftervårdskontakt har ökat ytterligare sedan föregående år. Under 2024 var det 80% av de som fött barn som hade fått en tidig eftervårdskontakt, vilket är en ökning med 10% sedan året innan.
- **Snusning innan graviditet** fortsätter att öka och ligger nu på 10% i riket (9% 2023), med en stor variation mellan olika regioner (3-18%). Snusning är vanligare i norra delen av Sverige och mindre vanligt i de södra delarna av Sverige. Fortfarande är det få som snusar under graviditeten (riket 2%) men i regioner med en hög förekomst av snusning innan graviditeten ses nu en ökning av snusning även under graviditeten. Från 1 september 2025 kommer Graviditetsregistret registrera inte bara rökning och snusning av tobaksprodukter, utan också nikotinsnus, e-cigarett, vattenpipa, nikotinläkemedel och andra nikotin eller tobaksprodukter.

- **Övervikt och obesitas** fortsätter att öka bland gravida. BMI mäts vid inskrivning i möd-
rahälsovården och andelen gravida med övervikt eller obesitas har ökat från 38% till 47%
de senaste 10 åren. Stora variationer mellan regionerna förekommer. Flest gravida med
övervikt eller obesitas finns i Gävleborg (55%) och lägst andel finns i Stockholm (39%).

Fosterdiagnostik

- Tillförlitlig information om graviditetens längd är nödvändig, och datering med ultraljud
innan graviditetsvecka 15 (så kallad tidig datering) är den rekommenderade metoden i
Sverige, precis som i många andra länder. **Andelen tidigt daterade graviditeter** har
ökat kontinuerligt under det senaste decenniet och låg under 2024 på 77% i landet. Ande-
len graviditeter som daterats tidigt varierade betydligt mellan olika regioner (45%-96%),
men skillnaden var påtagligt mindre 2024 än 2023 (20%-95%).
- Trots att allt fler regioner erbjuder ett ultraljud i första trimestern till samtliga gravida
kvarstår regionala skillnader i vad som betecknas som **hög risk vid KUB**. Detta åter-
speglas i olika detektionsgrader för kromosomavvikelser i olika regioner och medför att
vården fortfarande är ojämlik. I Region Skåne, där förhöjd risk definieras som $\geq 1:1\ 000$
(i enlighet med Svensk förening för Obstetrik och Gynekolog:s riktlinjer) är detektions-
graden för trisomi 21 högre än i övriga regioner där hög risk vanligen definieras som $\geq$
1:200.
- Jämfört med föregående år har antalet registrerade **första trimesterultraljud** ökat be-
tydligt, vilket möjliggör utvärdering av anatomigranskning även för graviditeter där kvin-
nan inte valt att genomgå riskbedömning för trisomier. I nuläget saknas dock möjligheter
till nationell utvärdering av anatomigranskning och detektion av kromosomavvikelser i
andra trimestern.

Förlossning

- **Delaktighet i vården** upplevs av många som god. Åtta av tio kvinnor anger att de i hög
grad känt sig delaktiga i beslut som fattats under förlossningen, vilket är en central aspekt
av personcentrerad vård och en viktig indikator på kvaliteten i bemötandet. Samtidigt in-
nebär detta att två av tio inte upplever samma grad av delaktighet, vilket pekar på ett
fortsatt förbättringsområde.
- **Kejsarsnittsfrekvensen** fortsätter att öka och har under det senaste året nått 20% av
alla förlossningar i Sverige. Detta innebär att var femte födsel nu sker genom akut eller
planerat kejsarsnitt. Variationen mellan landets regioner är anmärkningsvärd, från 14% i
Östergötland till 25% i Sörmland. Utvecklingen följer en internationell trend och väcker
frågor kring medicinska indikationer, strategier för att främja säkra vaginala födselar, för-
lossningsvårdens resurser och hur denna förändring kan påverka såväl kvinnor som barn
på kort och lång sikt.
- Andelen **stora blödningar** ($\geq 1\ 000$ ml) i samband med förlossning har också fortsatt
att öka. Detta är en viktig patientsäkerhetsfråga, eftersom blödningar kan leda till allvarli-
ga komplikationer och medföra behov av utökade vårdinsatser samt påverka upplevelsen
av att föda barn. Det kvarstår en utmaning för vården att förebygga och hantera dessa
situationer på ett effektivt och tryggt sätt.

Nyheter inom Graviditetsregistret

Alla regioner är nu anslutna till den automatiska överföringen från journalsystemen till Graviditetsregistret. Arbetet med att ansluta Region Kronoberg till registret påbörjades under 2023 och avslutades våren 2025. Då historiska data inhämtats finns nu data från alla regioner i Sverige för 2024. Automatisk överföring av data från Region Norrbotten pausades i slutet av november på grund av byte av journalsystem. Samtliga regioner i Sverige, förutom de som redan infört Cosmic som obstetriskt journalsystem sedan tidigare, har upphandlat nya journalsystem och ett omfattande arbete med integrering av de nya journalsystemen har fortlöpt under 2024. Graviditetsregistret fortsätter att samarbeta med regionföreträdare kommande år avseende införandet av nya journalsystem för att säkerställa fortsatt dataöverföring till Graviditetsregistret.

Under 2024 har Graviditetsregistret fortsatt sitt kontinuerliga utvecklingsarbete med förenklade dashboards och hemsidans utformning. Som tidigare finns dashboards som uppdateras automatiskt en gång per dygn och där dagsfärska resultat kan ses! Det finns övergripande dashboards som är tillgängliga för allmänheten utan inloggning och andra dashboard som har mer detaljerade valmöjligheter och dessa är tillgängliga för alla barnmorskor och obstetriker i Sverige i inloggat läge i Graviditetsregistret.

Vi ser ett stadigt ökat antal datauttag för forskning och publikationer med Graviditetsregistrets data. Under 2024 publicerades 32 vetenskapliga artiklar baserade på data från Graviditetsregistret samt flertalet konferensbidrag, ST-arbeten och magisteruppsatser. Registrets data efterfrågas även av myndigheter och medier i samband med rapportering, nationell uppföljning och journalistiskt arbete. Sedan 2014 har nu ca 170 vetenskapliga artiklar och rapporter publicerats. Vi är glada att Graviditetsregistret genom detta kan bidra till ökad kunskap! Även data från Graviditetsenkäten finns tillgänglig för datauttag och enkätsvaren kan kombineras med medicinska data från Graviditetsregistret och ger därmed möjligheten att belysa forskningsfrågor med patientupplevelsen.

Summary

This annual report from the Swedish Pregnancy Register describes all childbirths in 2024, as well as the pregnancy and postpartum period. In 2024, according to Statistics Sweden (SCB), 97 526 childbirths were registered in Sweden. Of these, 97 409 were registered in the Swedish Pregnancy Register, which gives a coverage rate of 99,9%.

The Swedish Pregnancy Register

The Pregnancy Register ([www.graviditetsregistret](http://www.graviditetsregistret.se)) is a national quality register. To promote improved quality of care in pregnancy and childbirth, the Swedish Pregnancy Register was started in 2013 by merging the Maternal Health Care Register (established in 1999) and the National Quality Register for Prenatal Diagnosis (established in 2006), combined with the initiation of collecting information on childbirths. It collects data on pregnancy and childbirth, starting at the first registration date at the maternal health clinic and ending at the postnatal follow-up visit, which usually occurs around 4-16 weeks postpartum. Most data are collected directly from standardized electronic medical records. The register includes demographic, reproductive, and maternal health data, as well as information on prenatal diagnostics and pregnancy outcomes for both the mother and the newborn.

The Pregnancy Register receives data from four sources:

- ▶ Electronic transfer of data from the electronic medical records from the first registration date at the maternal health clinic until the postnatal follow-up visit after childbirth.
- ▶ Manually web-entered data by antenatal care midwives at the first registration at the maternal health clinic and the postnatal follow-up visit between four and 16 weeks postpartum for variables that are not registered in the electronic medical records.
- ▶ Manually entered data on first trimester combined ultrasound and biochemistry examinations for detection of chromosomal anomalies.
- ▶ Data from the national Pregnancy Survey, “Graviditetsenkäten”.

Summary of data from the annual report

Below, some selected results are presented, reflecting different aspects of the chain of care during pregnancy, prenatal diagnosis, childbirth, and the postpartum period. Moreover, some results from the Pregnancy Survey are presented.

The Pregnancy Survey

- ▶ In 2024, there were 127 702 answered surveys, resulting in a response rate of 47%.
- ▶ Since the start of the survey, there has been a steady improvement each year in women's satisfaction with the information provided about prenatal diagnostics in cases where the pregnancy was, or was at risk of being, abnormal (Survey 1). In this year's report, 72% of women reported being satisfied with the information, compared to 61% in 2021.
- ▶ In this year's report, 64% of the women who responded to Pregnancy Survey 2 (8 weeks after childbirth) stated that they had received the support from healthcare that they desired if they experienced problems with breastfeeding. This is an improvement compared to previous years, but the figures also indicate the need for continued investment in postnatal care and breastfeeding support for new mothers in Sweden. Differences were also observed between regions, ranging from 49-75%.

- Unfortunately, a continued decline in response rates has been observed across all surveys since the Pregnancy Survey was first introduced. The decline is most pronounced for Survey 3, where the response rate has dropped from 52% (2020-12-01 to 2021-05-31) to 39% (2024-12-01 to 2025-05-31). To help reverse this trend, it is important that all units within antenatal and labor care recognize the value of women's participation in the Pregnancy Survey. By informing and encouraging the women they meet, healthcare professionals can help strengthen the knowledge base and thereby contribute to the ongoing development and improvement of care.

Maternal Health Care

- In the National Board of Health and Welfare's knowledge support from 2022, early postnatal contact is recommended. The contact can take place via telephone, video, clinic visit, or home visit. The purpose is to identify any issues and plan for continued postnatal care. Early postnatal contact has increased compared to the previous year. In 2024, 80% of those who had given birth received early postnatal contact, which is an increase of 10% compared to the previous year.
- The use of snuff before pregnancy continues to rise and is now at 10% nationwide (9% in 2023), with large variations between different regions (3-18%). Snuff is more common in the northern part of Sweden and less common in the southern regions. Still, few women use snuff during pregnancy (nationwide 2%), but in regions with a high prevalence of snuff use before pregnancy, an increase in snuff use during pregnancy is now being observed. From September 1, 2025, the Pregnancy Register will record not only smoking and snuff use of tobacco products but also nicotine snuff, e-cigarettes, water pipes, nicotine medications, and other nicotine or tobacco products.
- Overweight and obesity rates continue to increase among pregnant women. The proportion of pregnant women with overweight or obesity has increased from 38% to 47% over the past 10 years. There were large variations between regions. The highest proportion of pregnant women with overweight or obesity was found in Gävleborg (55%), and the lowest proportion was in Stockholm (39%).

Prenatal diagnosis and obstetric ultrasound

- Reliable information about the length of pregnancy is necessary, and dating by ultrasound before gestational week 15 (so-called early dating) is the recommended method in Sweden, as in many other countries. The proportion of early dated pregnancies has continuously increased over the past decade and was 77% nationwide in 2024. The proportion of pregnancies dated early varied significantly between regions (45%-96%), but the difference was noticeably smaller in 2024 than in 2023 (20-95%).
- Despite the fact that more and more regions offer a first trimester ultrasound to all pregnant women, regional differences remain in what is defined as high risk in the combined ultrasound and biochemical test (KUB). This is reflected in the varying detection rates of chromosomal abnormalities across regions, resulting in continued inequality in care. In Region Skåne, where an increased risk is defined as $\geq 1:1\ 000$ (in accordance with SFOG guidelines), the detection rates for trisomy 21 are higher than those in other regions, where a high risk is usually defined as $\geq 1:200$.
- Compared to the previous year, the number of registered first-trimester ultrasounds has increased significantly, which enables the evaluation of anatomical screening even for pregnancies in which the woman has not chosen to undergo risk assessment for trisomies. However, a national evaluation of anatomical screening and detection of chromosomal abnormalities in the second trimester is currently not possible.

Labor and birth

- ▶ Many women perceived their involvement in decision-making during labor and birth as positive. Eight out of ten women reported that they to a high degree felt involved in decisions made during childbirth, which is a central aspect of person-centred care and an important indicator of the quality of care. At the same time, this means that two out of ten women do not experience the same level of involvement, highlighting a continued area for improvement.
- ▶ The caesarean section rate continues to rise and has reached 20% of all births in Sweden in the past year. This means that one in five childbirths now occurs through emergency or planned caesarean sections. This development follows an international trend and raises questions about medical indications, strategies to promote safe vaginal births, the resources of maternity care, and how this change may affect both women and children in the short and long term. The variation between the country's regions is remarkable, ranging from 14% in Östergötland to 25% in Sörmland.
- ▶ The proportion of major hemorrhage ($\geq 1\ 000$ ml) in connection with childbirth has also continued to increase. This is an important patient safety issue, as bleeding can lead to serious complications, require extended care and affect birth experiences. It remains a challenge for healthcare professionals to prevent and manage these situations effectively and safely.

Graviditetsenkäten

Sedan den 1 december 2020 erbjuds gravida kvinnor och nyblivna mammor möjlighet att besvara "Graviditetsenkäten" och på så sätt uttrycka sina erfarenheter och upplevelser av vården under graviditet, förlossning och året efter förlossningen.

Graviditetsenkäten har tagits fram i ett samarbete mellan Graviditetsregistret, SKR (Sveriges kommuner och regioner), Bristningsregistret, SFOG (Svensk förening för Obstetrik och Gynekologi) samt Svenska Barnmorskeförbundet (SBF). Enkäten innehåller PROM- (patient related outcome measures) och PREM- (patient related experience measures) frågor, och skickas ut digitalt via 1177 till samtliga gravida och nyblivna mammor som har data registrerad i Graviditetsregistret. Enkäten skickas ut vid tre tillfällen; omkring graviditetsvecka 25 samt 8 veckor och ett år efter förlossningen. Varje dag skickas mera än 800 enkäter ut. Enkätsvaren samlas in av Graviditetsregistret, där de sparas och hanteras separat från övriga registerdata. Samtliga kliniskt verksamma barnmorskor och gynekologer/obstetriker kan i inloggat läge i Graviditetsregistret via dashboard ta del av enkätresultat på olika nivåer; för enskild verksamhet, på regional och på nationell nivå. Resultaten uppdateras löpande en gång per dygn. I dashboard finns även möjlighet att göra urval så att exempelvis resultat för kvinnor med olika utbildningsnivå, födelseort eller förlossningssätt visas. Enkäten ger en ny dimension till de mestadels medicinska data som för övrigt finns i Graviditetsregistret och kan ge underlag till olika förbättringsarbeten. Data från enkätsvaren kan också användas av forskare för att belysa sin forskningsfråga med patientupplevelsen och enkätsvaren kan användas tillsammans med medicinska data från Graviditetsregistret.

I juni 2025 publicerade SKR en rapport som presenterar enkätresultat på nationell nivå för 2024. I rapporten presenteras även enkätens fritextsvar.

För mer information se: [Graviditetsenkäten/SKR](#)

Utvalda resultat för 2024

I årets rapport redovisas följande:

- För Graviditetsenkät 1 och 2 redovisas svaren från de som fött barn under 2024
- För Graviditetsenkät 3 redovisas svaren från de som fött barn under 2023 (och svarat på Graviditetsenkät 3 under 2024)

Sammanlagt skickades 274 357 enkäter ut till gravida och nyblivna mammor i Sverige (påminnelser ej medräknade). Svarsfrekvensen var 47% (127 702 besvarade enkäter). Definitionen för "besvarad enkät" i detta övergripande sammanhang är att det finns ett svar på minst en fråga per respektive enkät. Nedan presenteras några utvalda resultat.

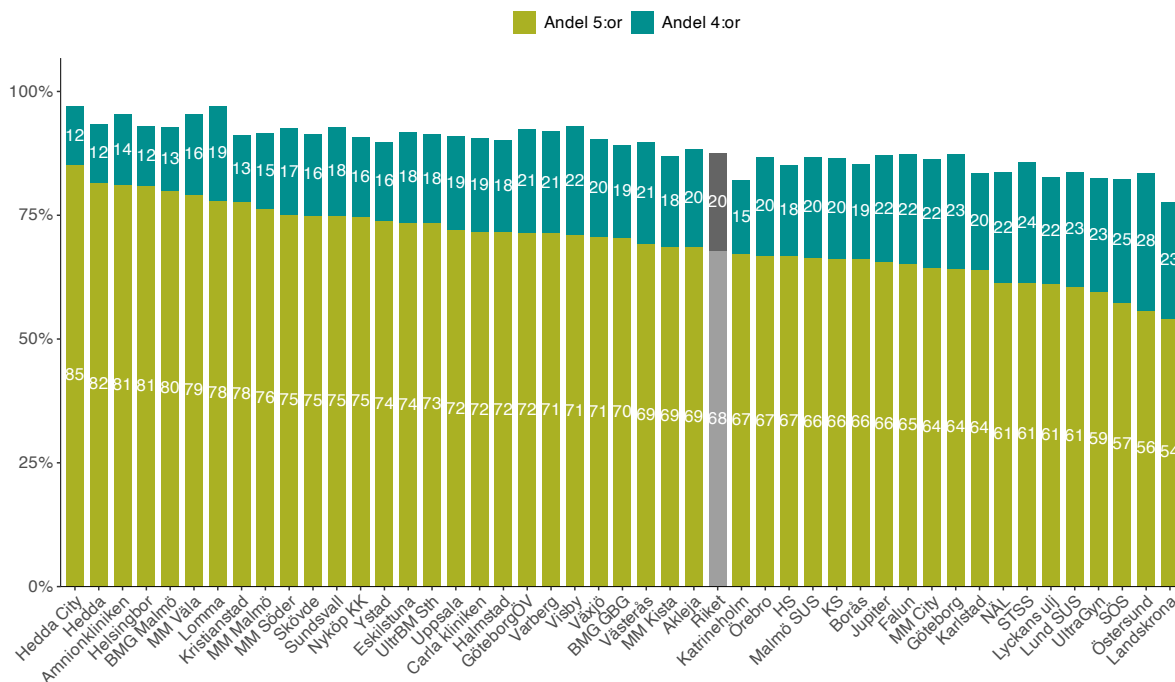
Enkät 1 (ca graviditetsvecka 25)

Enkät 1 skickas ut i ungefär graviditetsvecka 25. Till årets urval av gravida (som sedan födde barn under 2024) var det 82 159 "Enkät 1" som skickades ut. Svarsfrekvensen var 52% (42 725 besvarade enkäter).

De allra flesta gravida har inte hunnit göra så många besök inom vården när Enkät 1 besvaras. I det generella basprogrammet för mödrhälsovård är tre-fyra besök rekommenderade fram till och med graviditetsvecka 25. Utöver det erbjuds besök för ultraljud och eventuell utvidgad fosterdiagnostik. Riktlinjer som gäller erbjudande om fosterdiagnostiska undersökningar varierar mellan regionerna. Detta redovisas i kapitlet "Fosterdiagnostik" (avsnitt: Fosterdiagnostik registrerad inom Mödrhälsovården).

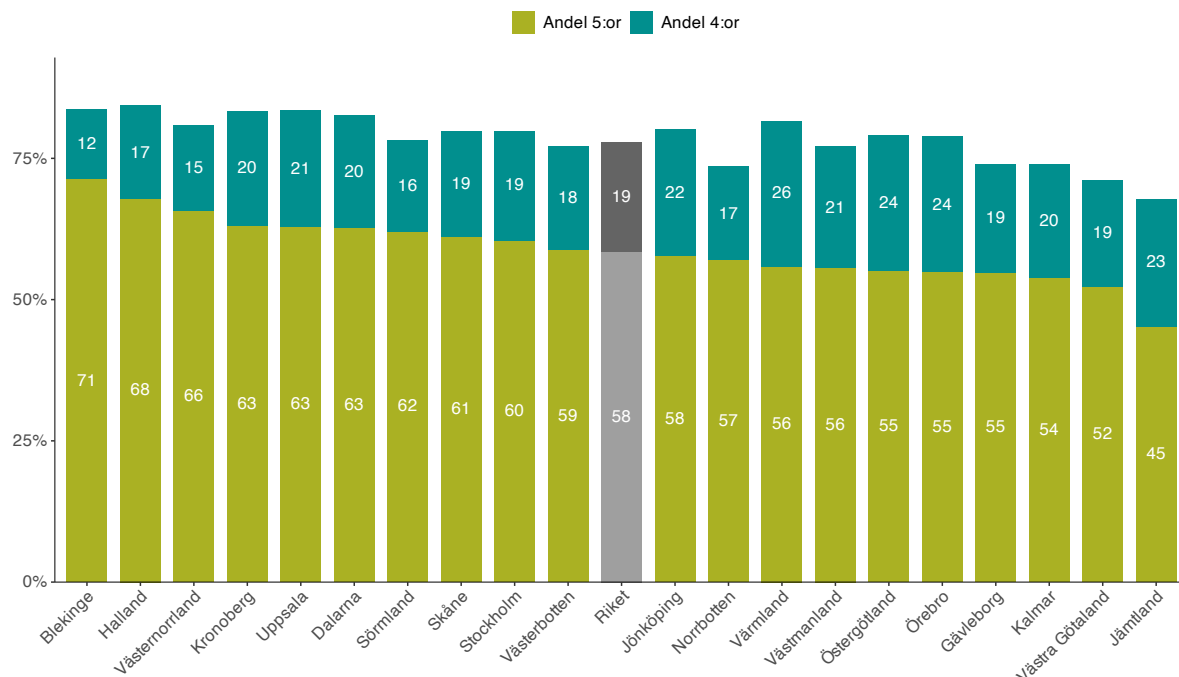
I Graviditetsenkät 1 finns frågor gällande om man genomgått KUB-undersökning och eventuella andra fosterdiagnostiska undersökningar, samt om man vid någon av undersökningarna fått information om att något varit avvikande med graviditeten. För de gravida som svarat ”Ja” på någon av de frågorna visas följdfrågor som redovisas nedan.

Diagram 1: Fick du tillräckligt med information om resultatet av KUB-undersökningen? (Enkät 1, Fråga 13b: 29 001 svar)



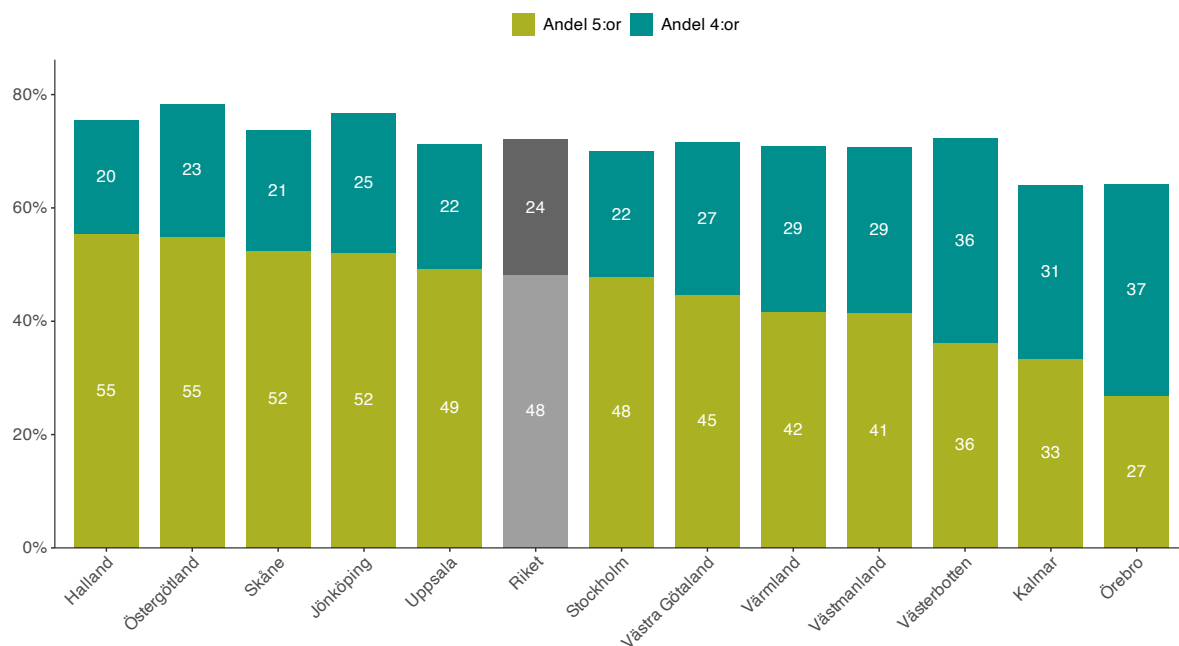
*Frågan besvarades bara av de gravida som genomgått KUB. Svarsalternativen är 1–5, där siffran 1 motsvarar nej, inte alls, och 5 ”ja, helt och hållet”. Norrbotten: Inkluderar data till och med 2024-11-23. Källa: Graviditetsenkäten 2024

Diagram 2: Fick du tillräckligt med information från läkaren/barnmorskan inför beslut att genomgå undersökning med moderkaksprov, fostervattenprov eller NIPT? (Enkät 1, Fråga 14b: 10 811 svar)

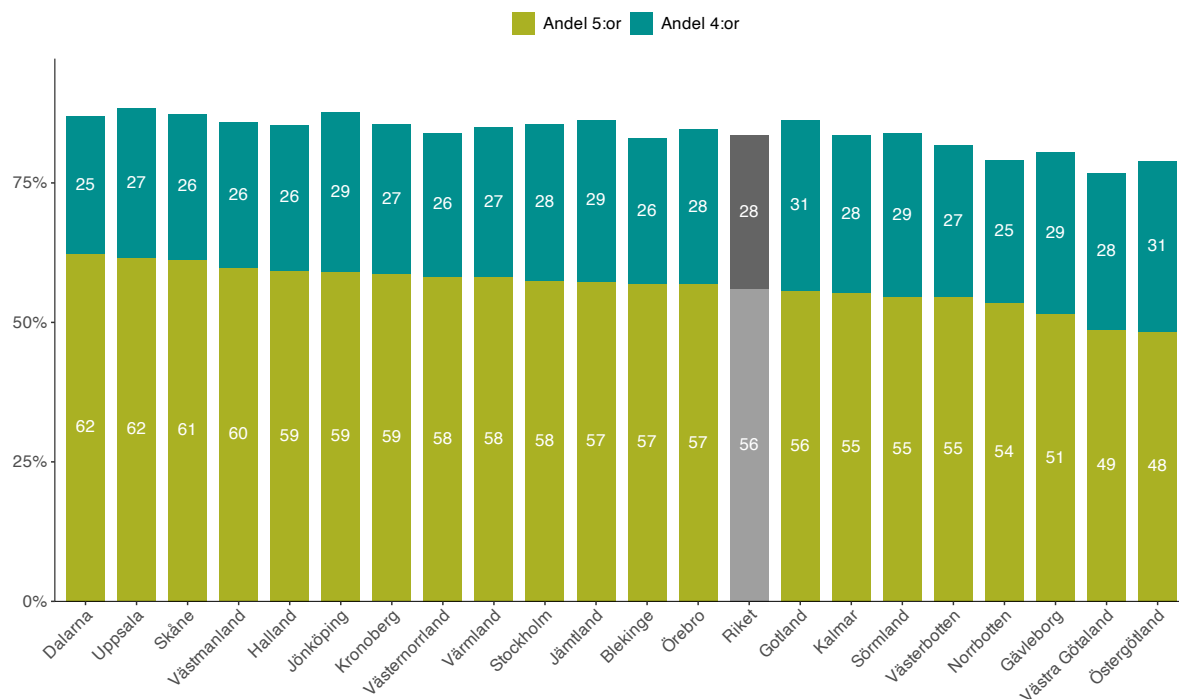


*Frågan besvarades bara av de som genomgått fostervattenprov, moderkaksprov eller NIPT. Svartalternativen är 1–5, där siffran 1 motsvarar "nej, inte alls", och 5 "ja, helt och hållet". Norrbotten: Inkluderar data till och med 2024-11-23. Källa: Graviditetssenketen 2024

Diagram 3: När du fick information om att något var avvikande, fick du då information på ett sätt som du förstod? (Enkät 1, Fråga 15b: 1479 svar)



*Frågan besvarades bara av de gravida som angett att de hade genomgått fostervatten-, moderkaksprov eller NIPT och i samband med det fått information om att någonting var eller kunde vara avvikande. Endast regioner med minst 10 svar per svarsalternativ 4 respektive 5 redovisas. Svartalternativen är 1–5, där siffran 1 motsvarar "nej, inte alls", och 5 "ja, helt och hållet". Norrbotten: Inkluderar data till och med 2024-11-23. Källa: Graviditetssenketen 2024

Diagram 4: Anser du att vården tillgodosett dina behov hittills? (Enkät 1, fråga 17: 39 430 svar)

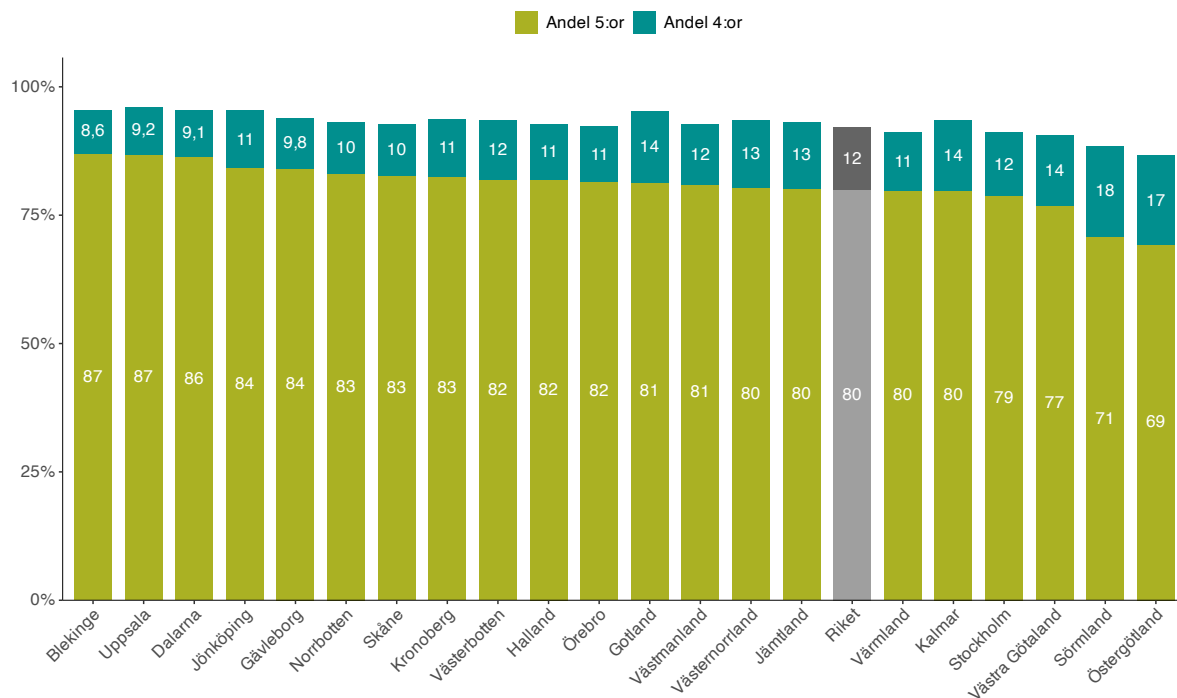
* Norrbotten: Inkluderar data till och med 2024-11-23.
Svarsalternativen är 1-5, där siffran 1 motsvarar 'nej, inte alls', och 5 'ja, helt och hållet'. Källa: Graviditetsenkäten 2024

Enkät 2 (8 veckor efter förlossningen)

Enkät 2 skickas ut 8 veckor efter förlossningen. Det skickades 94 930 "Enkät 2" till nyblivna mammor som hade fött barn under 2024. Svarsfrekvensen var 49% (46 545 besvarade enkäter).

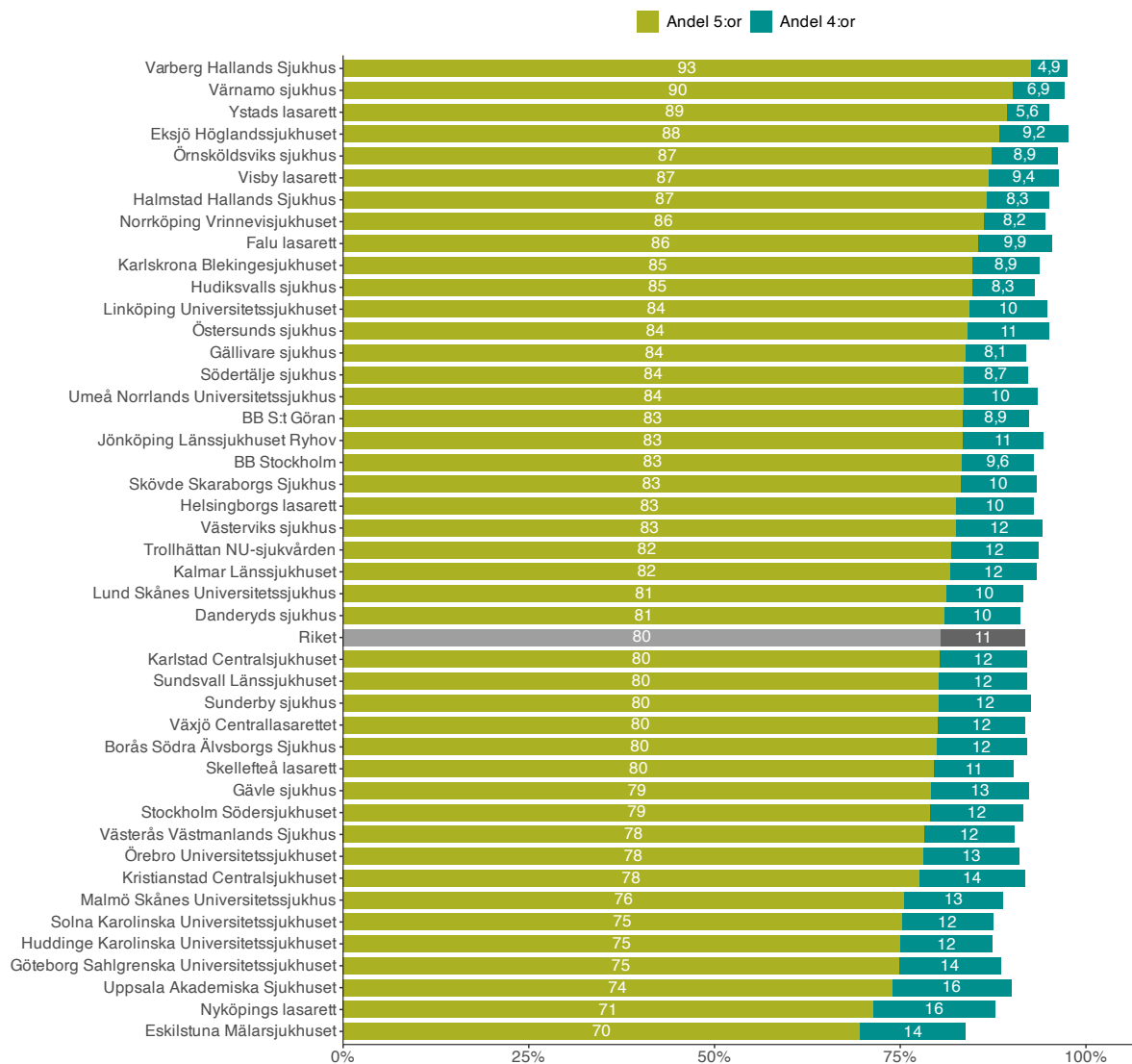
Nedan presenteras resultat från utvalda frågor från Graviditetsenkät 2.

Diagram 5: Skulle du rekommendera den mödrahälsovård du besökt till någon annan som är gravid?
(Enkät 2, fråga 10: 43 082 svar)



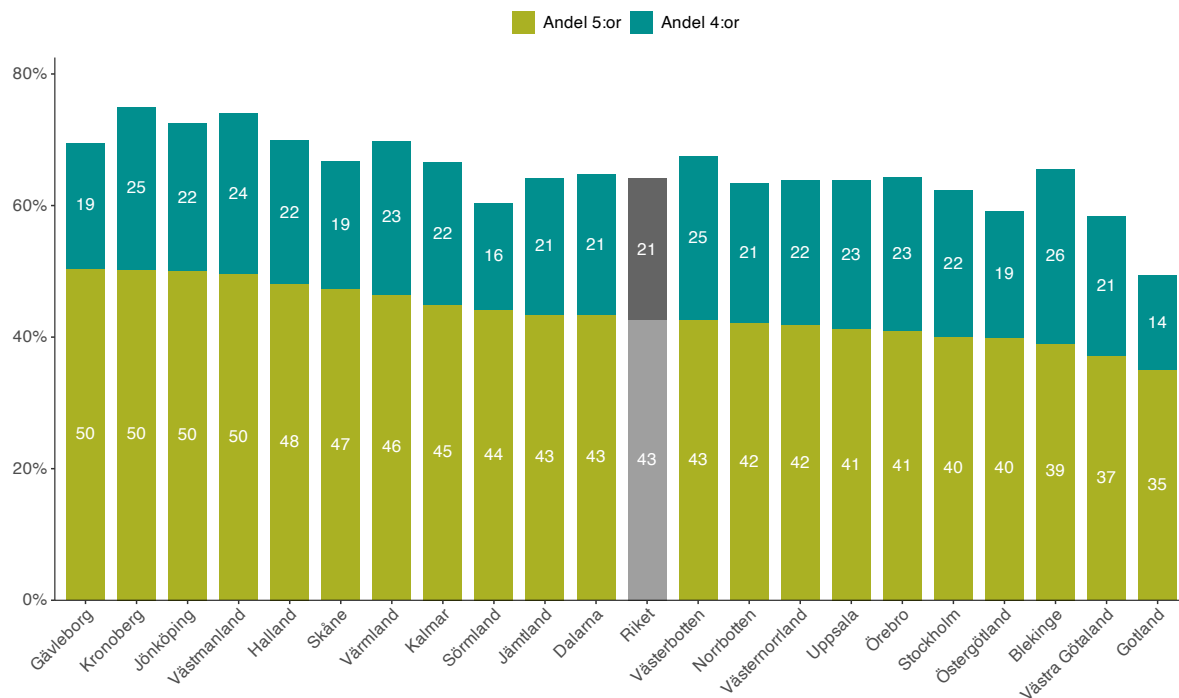
* Norrbotten: Inkluderar data till och med 2024-11-23.
Svarsalternativen är 1-5, där siffran 1 motsvarar 'nej, inte alls', och 5 'ja, helt och hållet'. Källa: Graviditetsenkäten 2024

Diagram 6: Skulle du rekommendera någon annan att föda på samma förlossningsavdelning som du?
(Enkät 2, fråga 27: 41 997 svar)



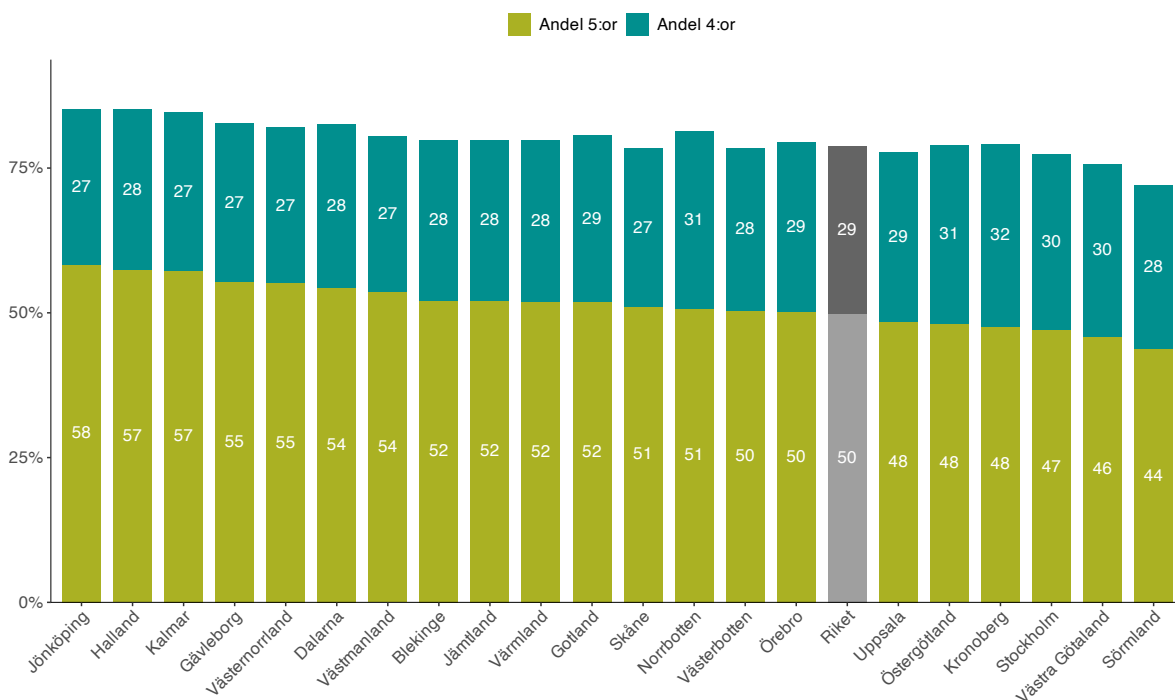
* Norrbotten: Inkluderar data till och med 2024-11-23.
Svarsalternativen är 1-5, där siffran 1 motsvarar 'nej, inte alls', och 5 'ja, helt och hållet'. Källa: Graviditetsenkäten 2024

Diagram 7: Om du har eller har haft problem med amning – har du fått stöd från vården i den utsträckning du önskat? (Enkät 2, fråga 42: 23 636 svar)



* Norrbotten: Inkluderar data till och med 2024-11-23.
Svarsalternativen är 1-5, där siffran 1 motsvarar 'nej, inte alls', och 5 'ja, helt och hållet'. Källa: Graviditetsenkäten 2024

Diagram 8: Anser du att vården tillgodosett dina behov under förlossning och tiden efter förlossning? (Enkät 2, fråga 43: 41 404 svar)



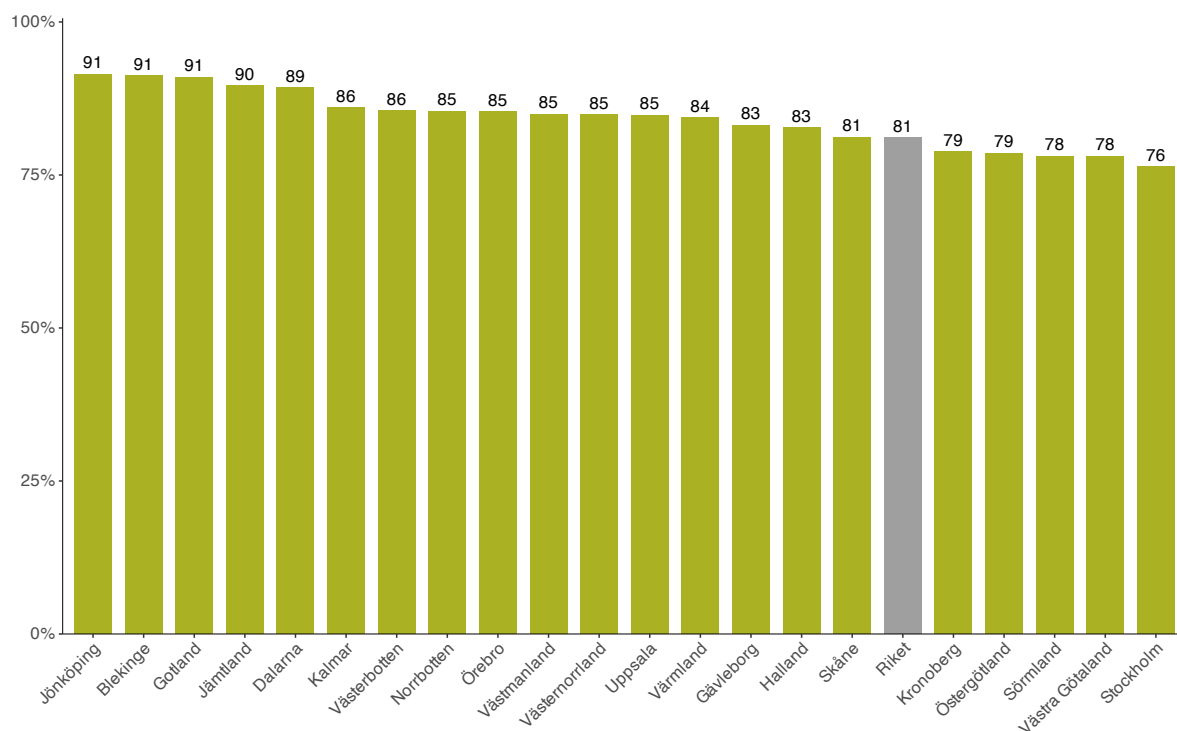
* Norrbotten: Inkluderar data till och med 2024-11-23.
Svarsalternativen är 1-5, där siffran 1 motsvarar 'nej, inte alls', och 5 'ja, helt och hållet'. Källa: Graviditetsenkäten 2024

Enkät 3 (1 år efter förlossningen)

Enkät 3 skickas ut 1 år efter förlossningen. Under 2024 skickades 97 268 ”Enkät 3” till nyblivna mammor (som hade fött barn under 2023). Svarsfrekvensen var 40% (38 432 besvarade enkäter).

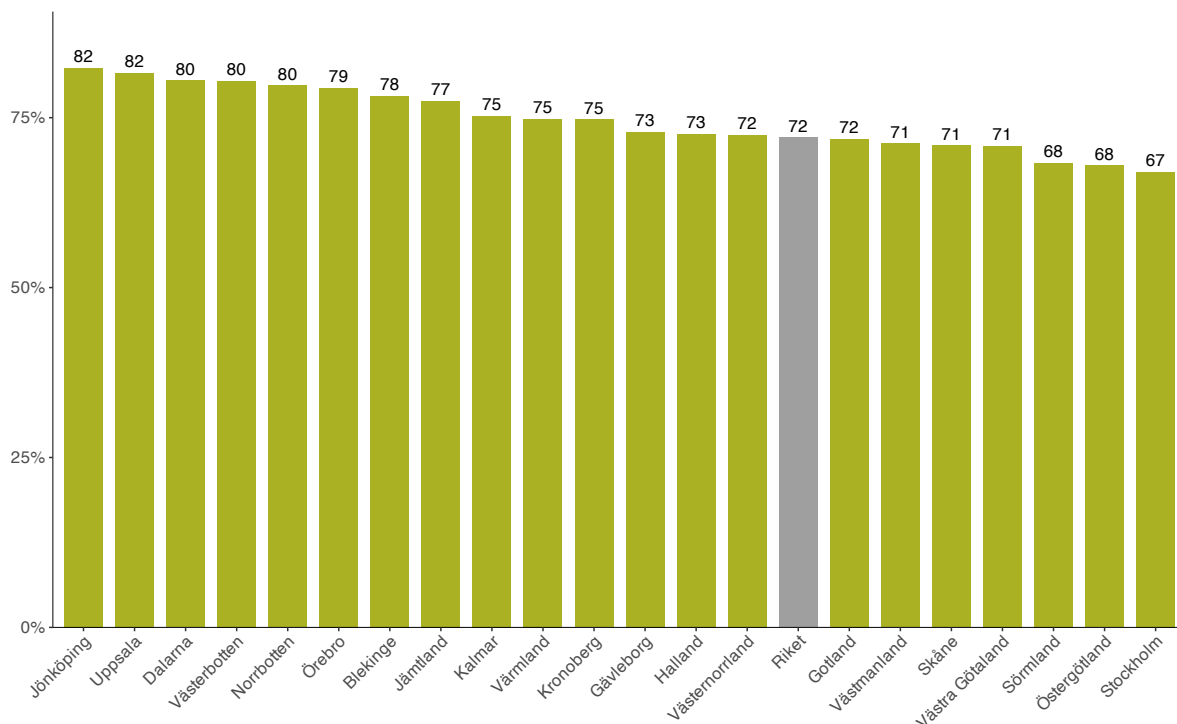
Nedan presenteras resultat från utvalda frågor från Graviditetsenkät 3.

Diagram 9: Om du inte har mått psykiskt bra efter graviditet och förlossning, har du då vetat vart du kunde vända dig? (Enkät 3, fråga 6: 22 971 svar) I diagrammet visas andel som svarat ja.



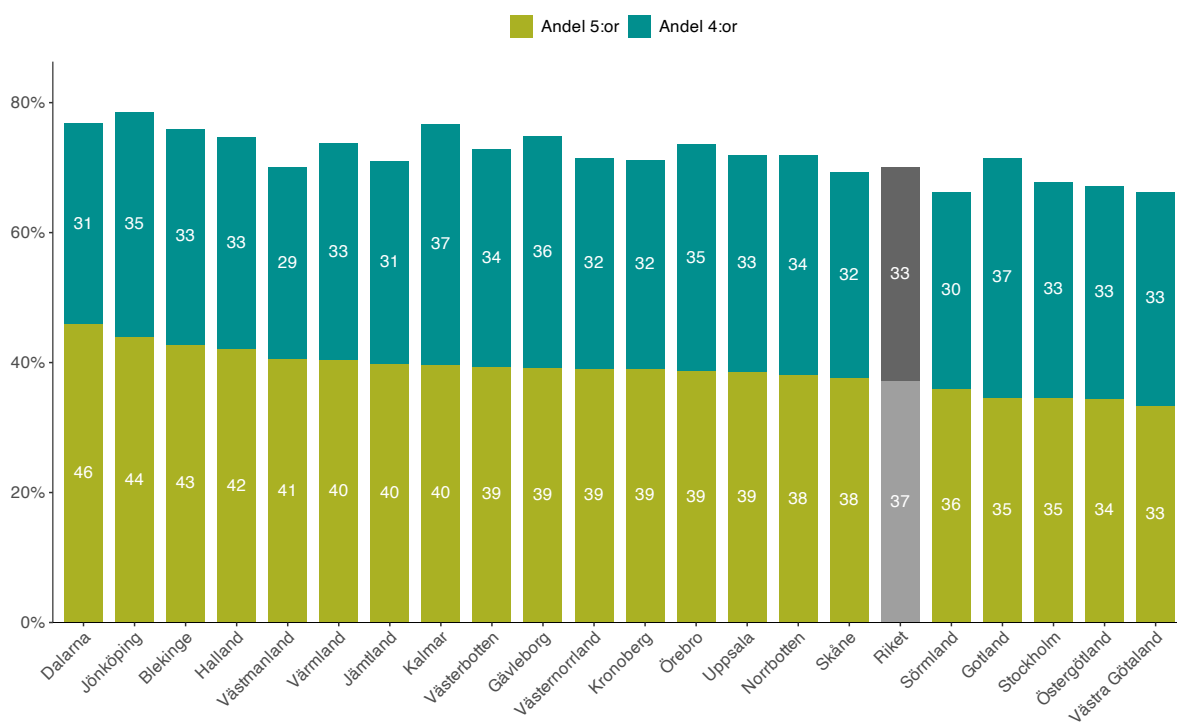
Svarsalternativen är 1-5, där siffran 1 motsvarar 'nej, inte alls', och 5 'ja, helt och hållet'. Källa: Graviditetsenkäten 2024

Diagram 10: Om du inte har mått fysiskt bra efter graviditet och förlossning, har du då vetat vart du kunde vända dig? (Enkät 3, fråga 8: 25 280 svar) I diagrammet visas andel som svarat ja.



Svarsalternativen är 1-5, där siffran 1 motsvarar 'nej, inte alls', och 5 'ja, helt och hållet'. Källa: Graviditetsenkäten 2024

Diagram 11: Anser du att vården tillgodosett dina behov under graviditet, förlossning och tiden efter förlossning? (Enkät 3, fråga 17: 36 121 svar)



Svarsalternativen är 1-5, där siffran 1 motsvarar 'nej, inte alls', och 5 'ja, helt och hållet'. Källa: Graviditetsenkäten 2024

Svarsfrekvens sedan Graviditetsenkätens start

Graviditetsenkäten har nu pågått i snart fem år. För att lätt kunna jämföra svarsfrekvens över tid, så redovisas nedan svarsfrekvens per utskickad enkät under angiven tidsperiod. Definitionen för ”besvarad enkät” är att det finns ett svar på minst en fråga per respektive enkät. Definitioner för svarsfrekvens kan skilja sig i olika rapporter som publicerats på data från Graviditetsenkäten.

Nedan redovisas svarsfrekvens per Graviditetsenkät för två tidsperioder:

Tidsperiod 1 (utskickad enkät 201201 – 210531)

Tidsperiod 2 (utskickad enkät 241201 – 250531)

Graviditetsenkät 1: Svarsfrekvensen har gått ner från 60% (tidsperiod 1) till 51% (tidsperiod 2)

Graviditetsenkät 2: Svarsfrekvensen har gått ner från 57% (tidsperiod 1) till 48% (tidsperiod 2)

Graviditetsenkät 3: Svarsfrekvensen har gått ner från 52% (tidsperiod 1) till 39% (tidsperiod 2)

Fritextsvar

När kvinnor svarar på Graviditetsenkäten erbjuds de också en möjlighet att lämna ett fritextsvar. Varje verksamhet har åtkomst till de fritextsvar som lämnas av kvinnor som hör till den egna enheten. Andelen kvinnor som väljer att lämna fritextsvar skiljer sig åt mellan enkäterna. Bland dem som svarat på Enkät 1 i årets rapport (kvinnor som fött barn under 2024) valde 19% att lämna ett fritextsvar. I Enkät 2 (kvinnor som fött barn under 2024) var motsvarande andel 25%. Den högsta andelen fritextsvar återfinns i Enkät 3, där 38% av kvinnorna (som födde barn under 2023 och besvarade enkäten under 2024) valde att utveckla sina svar i fritext. En [sammanställning från SKR](#) visar att en del kvinnor lyfter positiva aspekter av vården, medan andra uttrycker missnöje eller önskemål om förbättringar. I fritextsvaren lämnas också konstruktiva förbättringsförslag till vården eller förtydliganden kring svar på andra frågor i Graviditetsenkäten. Fritextsvaren utgör en viktig källa för fördjupad förståelse av utvecklingsområden både på regional och nationell nivå.

Sammanfattning

Sammanfattningsvis är det glädjande att kunna konstatera att en stor andel av de gravida och nyblivna mödrarna är nöjda med vården som de har fått under graviditeten och förlossningen. Andelen gravida/nyblivna mammor som är nöjda med vården har ökat något gällande i princip alla frågor som redovisas i detta kapitel.

De flesta nyblivna mammor kunde fortsatt rekommendera sin mödrahälsovårds- eller förlossningsenhet till någon annan som är gravid (Enkät 2). Ett exempel på positiv utveckling är nöjdhet med information om fosterdiagnostik i de fall där någonting med graviditeten var eller kunde vara avvikande (Enkät 1). Nöjdheten ökade från 61% år 2021 till 72% år 2024. Noterbart är regionala skillnader för 2024 på 64–80%. I Graviditetsenkät 3 (ett år efter förlossningen) angav fler kvinnor (77%) under 2024 jämfört med tidigare år (66% 2021) att de visste vart de skulle vända sig om de inte mätte fysiskt bra efter förlossningen. Andelen kvinnor som visste vart de skulle vända sig om de inte mätte psykiskt bra efter förlossningen har också förbättrats från 76% år 2021 till 81% år 2024. Sannolikt är detta ett resultat av riktade insatser som har gjorts under de senaste åren i hela landet gällande tiden efter förlossningen. Tack vare resultat från Graviditetsenkäten har man kunnat identifiera detta behov av förbättringsinsatser.

Det föreligger emellertid fortsatt behov av utveckling inom vissa delar av eftervården. I Graviditetsenkät 2 (8 veckor efter förlossningen) angav 64% att de fått det stöd av vården som de önskat om de haft problem med amningen. Skillnader ses på 49–75% för 2024 mellan regioner. Siffrorna visar på en förbättring jämfört med 2021 då 56% av kvinnorna var nöjda dock tyder siffrorna på ett fortsatt behov på satsningar på amning och amningsstöd till nyblivna mödrar. En lägre andel gravida ansåg också att vården hade tillgodosett deras behov som helhet under graviditet, förlossning och tiden efter i Enkät 3 som besvaras 1 år efter förlossningen (70%) jämfört med i Enkät 2 som besvaras 8 veckor efter förlossningen (79%).

För samtliga frågor finns det skillnader i nöjdhet mellan olika regioner respektive förlossningskliniker. Eventuella orsaker till dessa skillnader, och huruvida skillnaderna är statistiskt säkraställda, kan vi inte uttala oss om i denna rapport. Det är mycket viktigt att komma ihåg att regioner och enheter aldrig är helt jämförbara, eftersom till exempel uppdrag, den gravida populationen och bortfall i svarsfrekvens kan vara olika. Vi hoppas dock att resultaten kan väcka diskussion och nyfikenhet gällande potentiella förbättringsmöjligheter. Samtliga barnmorskor och läkare som arbetar inom vårdkedjan graviditet och förlossning har möjlighet att i inloggat läge i Graviditetsregistret ta del av resultaten för sin egen enhet. Om man har en högre behörighet inom Graviditetsregistret kan man även se helt avidentifierade fritextsvar som hör till den egna enheten.

Dessa kraftfulla verktyg (samt om man önskar ytterligare, fördjupande data, som kan fås via kontakt med Graviditetsregistret) rekommenderas att användas för att identifiera potentiella förbättringsområden på den egna enheten. På SKRs hemsida finns information och handledning i att använda och tolka [resultat från graviditetsenkäten](#) samt hur man kan [arbeta med graviditetsenkäten](#).

Svarsfrekvensen har under åren som Graviditetsenkäten pågått konstant varit högst för Enkät 1 och lägst för Enkät 3. För samtliga tre enkäter ses tyvärr en fortsatt tydlig nedgång av svarsfrekvensen sedan Graviditetsenkätens start. Mest uttalat är nedgången i svarsfrekvensen för Graviditetsenkät 3, som har sjunkit från 52% (201201 – 210531) till 39% (241201 – 250531). Det är värdefullt om alla enheter inom vårdkedjan för graviditet och förlossning uppmärksammar betydelsen av att kvinnor deltar i Graviditetsenkäten. Genom att informera och uppmuntra kvinnorna som besöker dem kan vården tillsammans bidra till att stärka kunskapsunderlaget och på så sätt främja en fortsatt utveckling och förbättring av vården.

Mödrahälsovård

Mödrahälsovårdsdelen i Graviditetsregistret har samlat data om graviditeter sedan 1999. En årlig nationell rapport har sammanställts samtliga år förutom 2002 och 2009. Alla regioner och så gott som alla verksamheter deltar i mödrahälsovårdens del av registret.

Mödrahälsovårdens uppdrag är att främja god sexuell och reproduktiv hälsa samt att, genom förebyggande insatser och tidig identifiering av risker för ohälsa, minska riskerna för kvinnor och barn under graviditet, förlossning och eftervård. I mödrahälsovårdens uppdrag ingår även preventivmedelsrådgivning och gynekologisk cellprovskontroll.

Mödrahälsovårdens organisation och struktur

Mödrahälsovårdens organisation och struktur kartläggs årligen genom en nationell strukturrapport för varje region/del av region s.k. sambaoområde (område för samordningsbarnmorska) gällande riktlinjer, och för varje mottagning gällande organisation och resurser för det gångna året. Det är samordningsbarnmorskorna som fyller i uppgifterna, baserat på underlag från varje mottagning

Totalt lämnades strukturrapport in för 532 mottagningar, jämfört med 521 mottagningar förra året (2023).

Organisationstillhörighet

Under 2024 var den vanligaste organisationstillhörigheten för mottagningarna en privatdriven barnmorskemottagning, vilket också inkluderade att mottagningen tillhörde en privat vårdcentral.

Tabell 1: Mottagningarnas organisationstillhörighet 2017-2024

Organisation	2017 (%)	2018 (%)	2019 (%)	2020 (%)	2021 (%)	2022 (%)	2023 (%)	2024 (%)
Länsjukvård, ingår i kvinnoklinik	77 (15,1)	65 (12,5)	80 (15,4)	91 (16,9)	88 (16,2)	78 (17,5)	86 (16,5)	85 (16)
Länsjukvård, fristående enhet för MHV	7 (1,4)	10 (1,9)	9 (1,7)	2 (0,7)	7 (1,3)	12 (2,7)	7 (1,3)	8 (1,5)
Primärvård, ingår i vård-/hälsocentral	158 (30,9)	158 (30,4)	132 (25,3)	132 (24,5)	148 (27,3)	140 (31,5)	137 (26,3)	135 (25,4)
Primärvård, fristående enhet för MHV	144 (28,2)	149 (28,7)	160 (30,7)	174 (32,3)	161 (29,7)	122 (27,4)	148 (28,5)	144 (27,1)
Privat, inkluderar privat vårdcentral	125 (24,5)	137 (26,4)	140 (26,9)	133 (24,7)	139 (25,6)	90 (20,2)	143 (27,5)	159 (29,9)

* 2022: Skåne saknas

Familjecentral/familjecentralsliknande verksamhet

Under de senaste åren har registret använt sig av den nationella definitionen av familjecentraler. Med familjecentral menas en samlokalisering av mödrahälsovård, barnhälsovård, öppen förskola och socialtjänst med förebyggande verksamhet som basverksamhet. Med familjecentralsliknande verksamhet menas barnhälsovård samlokaliserad med minst en kommunal verksamhet (öppen förskola och/eller förebyggande socialtjänst). Familjecentralsliknande verksamhet kan också innehålla mödrahälsovård, barnhälsovård och minst en kommunal verksamhet. Utifrån denna definition var det 192 (37%) mottagningar som beskrev sig tillhöra en familjecentral och 83 (16%) mottagningar som tillhörde en familjecentralsliknande verksamhet under 2024. Det är en minskning av antalet familjecentraler, och en ökning av familjecentralsliknande verksamhet jämfört med 2023.

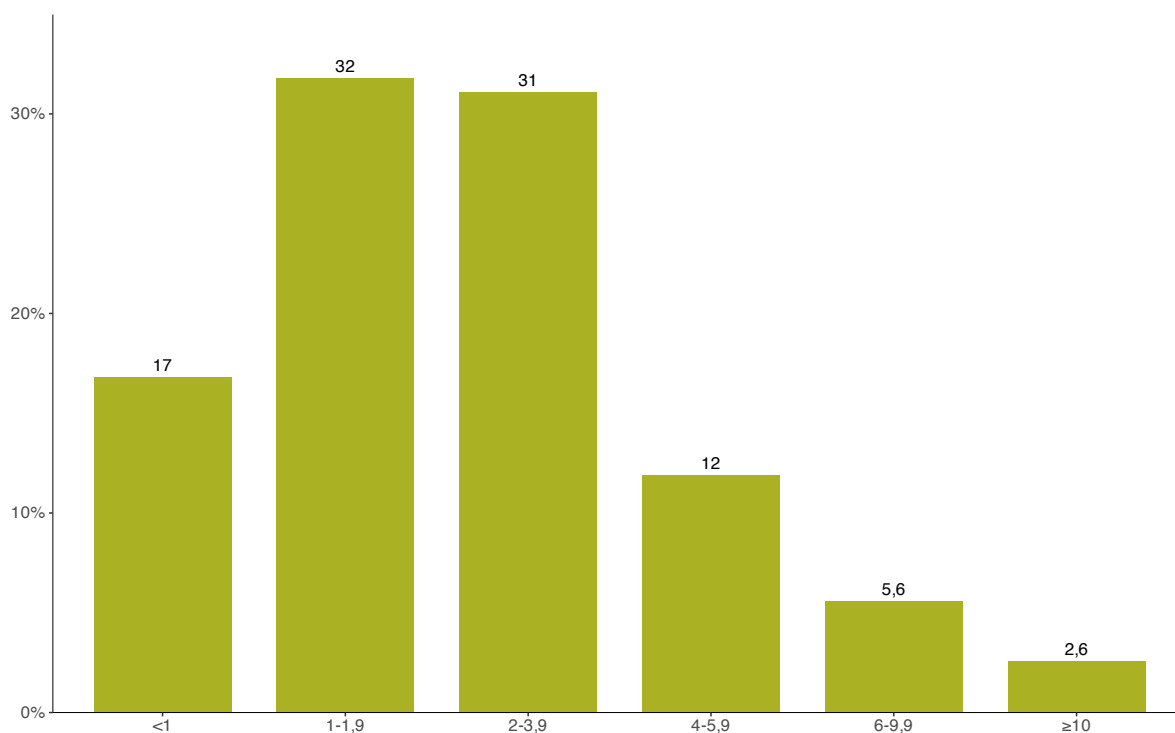
Digitala vårdkontakter (video)

Digitala vårdkontakter kom igång i en större utsträckning under pandemin. Under 2024 var det 284 av 532 (53%) mottagningar som erbjöd digitala vårdkontakter till gravida, vilket är en ökning från förra året (48%). I två av regionerna erbjöds ingen mottagning digitala vårdkontakter, medan i fem regioner erbjöd alla mottagningar digitala vårdkontakter till gravida (Gotland, Halland, Jönköping, Kalmar, Östergötland) under 2024. Utöver graviditetsrelaterade besök erbjöds digitala besök för preventivmedelsrådgivning på 234 av 531 mottagningar (44%) vilket är en marginell ökning från året innan. I tre regioner erbjöd alla mottagningar digital vårdkontakt för preventivmedel och i sex regioner erbjöd ingen av mottagningarna digital vårdkontakt för preventivmedel.

Barnmorskemottagning

Under 2024 hade varje barnmorskemottagning i genomsnitt 2,9 heltidsbarnmorsketjänster, vilket är något mindre än tidigare år, 2023 (3,3) och 2022 (3,0). Under 2024 fanns det som minst 0,1 tjänst på en mottagning och som mest 22 heltidsbarnmorsketjänster. På den största mottagningen arbetar barnmorskorna även på andra så kallade satellitmottagningar. Fördelningen av antalet barnmorsketjänster per mottagning visar, liksom tidigare år, att det vanligaste är att det är färre än 4 tjänster per mottagning.

Diagram 12: Fördelning (%) av antalet barnmorsketjänster per mottagning, 2024



* Norrbotten: Inkluderar data till och med 2024-11-23.

I "Mödrahälsovård, Sexuell och Reproductiv hälsa", Rapport nr 76 2008, reviderad 2016, finns en rekommendation att ha högst 80 inskrivna gravida per heltidsbarnmorska och år. Det finns stora skillnader mellan olika regioner, och jämförelser mellan regionerna är svåra att göra. I vissa regioner räknas gravida som byter mottagning under graviditeten som inskrivna på båda mottagningarna, medan andra regioner enbart registrerar den gravida som inskriven på den första mottagningen. Uppdraget för barnmorskor skiljer sig åt mellan olika regioner. En del

mottagningar har även andra personalkategorier anställda som t.ex. undersköterska eller medicinsk vårdadministratör, medan andra mottagningar inte har något stöd från andra personalkategorier, vilket också påverkar arbetsbelastningen för barnmorskorna.

Antalet inskrivna per heltidsbarnmorska var 80 gravida i riket 2024, vilket är en liten ökning sedan förra året och året innan det, men färre än tidigare år. 2021 (x), 2020 (x) 2019 (x). Antalet inskrivna per heltidsbarnmorska ligger nu precis på det rekommenderade maxvärdet. Antalet inskrivna gravida vid regiondrivna mottagningar var 75 (73 gravida 2023) per heltidsbarnmorska, medan privata mottagningar hade 95 inskrivna (91 gravida 2023) per heltidsbarnmorska. Det är alltså tydligt att de privata mottagningarna generellt har en lägre bemanning än regiondrivna mottagningar. Åtta mottagningar i landet hade fler än 150 inskrivna per heltidsbarnmorska (fem 2023), sex av dessa var privata och två var regiondriven. Av de mottagningarna med mer än 150 inskrivningar per heltidsbarnmorska fanns sex mottagningar i Stockholmsområdet, en i Västra Götaland och en i Skåne. Den med flest antal inskrivningar hade 175 inskrivningar/heltid barnmorska.

Tabell 2: Antalet inskrivna per heltidsbarnmorska totalt för riket 2015–2024

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Inskrivna per heltid barnmorska	89	89	85	84	88	89	84	79	78	80

* 2022: Skåne saknas

Stockholm är den region som utmärkte sig mest med totalt 116 inskrivna per heltidsbarnmorska under 2024, vilket ökat för varje år (2021:106, 2022:111, 2023:114). Stockholm hade mer än dubbelt så många inskrivningar per barnmorska än vad flera andra regioner hade. Privata mottagningar i Stockholm hade i genomsnitt 123 inskrivningar/heltidsbarnmorska, medan de regiondrivna hade 109 inskrivna/heltidsbarnmorska

Tabell 3: Antalet inskrivna per heltidsbarnmorska 2024. Nationell rekommendation max 80

< 80	81-90	91-100	>100
Blekinge	Kronoberg	Sörmland	Stockholm
Dalarna	Skåne		Östergötland
Gotland			
Gävleborg			
Halland			
Jämtland/Härjedalen			
Jönköping			
Kalmar			
Norrbottn			
Uppsala			
Värmland			
Västerbotten			
Västernorrland			
Västmanland			
Västra götaland			
Örebro			

Riktlinjer

I strukturrapporten som samordningsbarnmorskorna fyller i varje år efterfrågas olika riktlinjer, som presenteras tillsammans med relevant individdata. De riktlinjer som inte enkelt kan kopplas ihop med individdata presenteras i korthet nedan.

Provtagning av Tyroideastimulerande hormon (TSH)

Alla regioner uppgav att man kontrollerade TSH i tidig graviditet. I 19 regioner kontrollerades TSH i samband med det första inskrivningsbesöket, medan två regioner hade olika riktlinjer i olika områden, där TSH kontrollerades vid det första eller andra inskrivningsbesöket.

Riktlinjer för ökad fysisk aktivitet

I 14 regioner fanns riktlinjer för barnmorskor vad gäller att skriva ut Fysisk aktivitet på recept (FAR) till de gravida, men alla mottagningar verkade inte ha den möjligheten. I åtta regioner fanns möjlighet för alla barnmorskor att hänvisa till fysioterapeut. Två regioner hade inga skrivna riktlinjer alls när det gäller fysisk aktivitet, och i ytterligare tre regioner var det olika i de olika sammanhangen inom regionen om riktlinjer fanns eller inte.

Inledning individdata

Felkällor och bortfall

Insamling av data till Graviditetsregistret gällande mödrahälsovården sker på två sätt; det ena är direktöverföring av journaldata och det andra är via manuellt inmatade uppgifter av barnmorskor inom mödrahälsovården. Barnmorskor matar in uppgifter både i samband med inskrivning inom mödrahälsovården och efter avslutad graviditet (inklusive eftervårdsbesök). De manuellt inmatade uppgifterna är uppgifter som inte finns registrerade i journalen eller som inte finns i journalen på ett strukturerat sätt, så att de kan överföras direkt till registret.

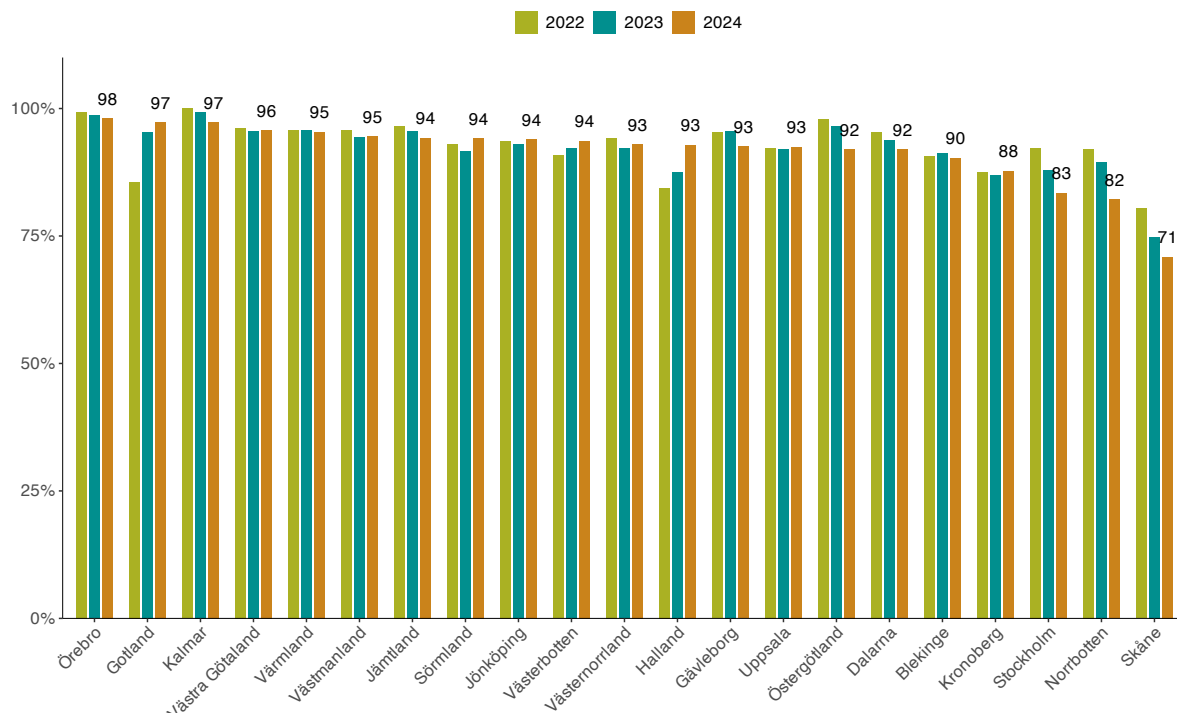
MHV-delen av denna årsrapport är en sammanställning av graviditeter där det finns fullständiga registreringar, d.v.s. där både manuellt inmatade data och journaldata finns. Om förlossning sker i annan region än där mödrahälsovårdsjournalen är upprättad går ingen uppgift om mödrahälsovården automatiskt över till registret. Rutiner för journalföring av vissa uppgifter varierar mellan regioner. Det påverkar resultatet för en del av de överförda uppgifterna från journalen, tex antal barnmorskebesök under graviditet och antal barnmorskor som kvinnan träffat under graviditeten.

Till årets rapport så har samtliga regioner haft digital överföring från journalerna och manuell registrering, men Norrbottens överföring av data upphörde i slutet av november 2024 pga journalbyte. På grund av tekniska skäl saknas även manuella registrering från Norrbotten från samma datum.

Täckningsgrad manuella uppgifter

Under 2024 registrerades enligt Statistikmyndigheten SCB 98 451 levande födda barn. Täckningsgraden för de manuella registreringarna är uträknade på antalet manuella registreringar i förhållande till antalet levande födda barn per region, vilket är något missvisande med tanke på flerbörd. Det finns dock inget bättre underlag att tillgå. Täckningsgraden på de manuella registreringarna för riket 2024 låg på 88%, vilket är lägre än förra året. Högst täckningsgrad hade Örebro (98%) och Gotland (97%), medan Skåne (71%) hade lägst täckningsgrad.

Diagram 13: Andel fullständiga registreringar i Graviditetsregistret vs antal födda barn per år enligt SCB per region 2022-2024



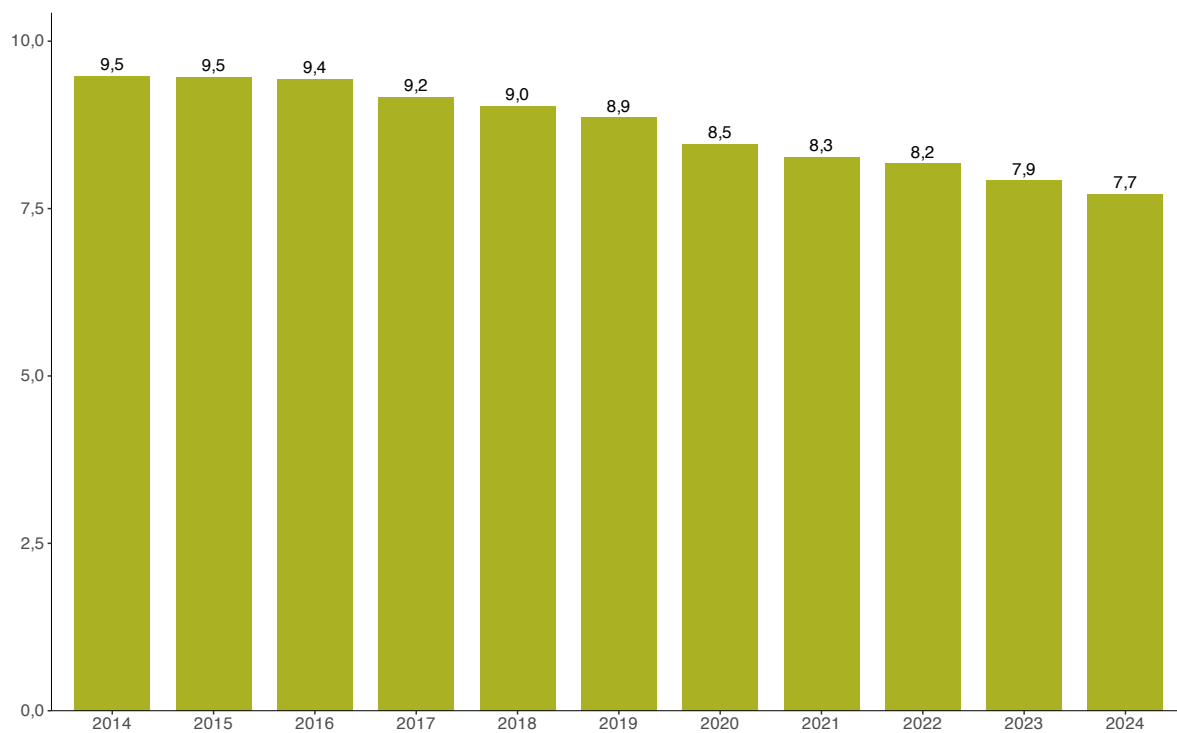
* Norrbotten: Inkluderar data till och med 2024-11-23.

Graviditetsbesök och kontinuitet

Inskrivningsbesöken

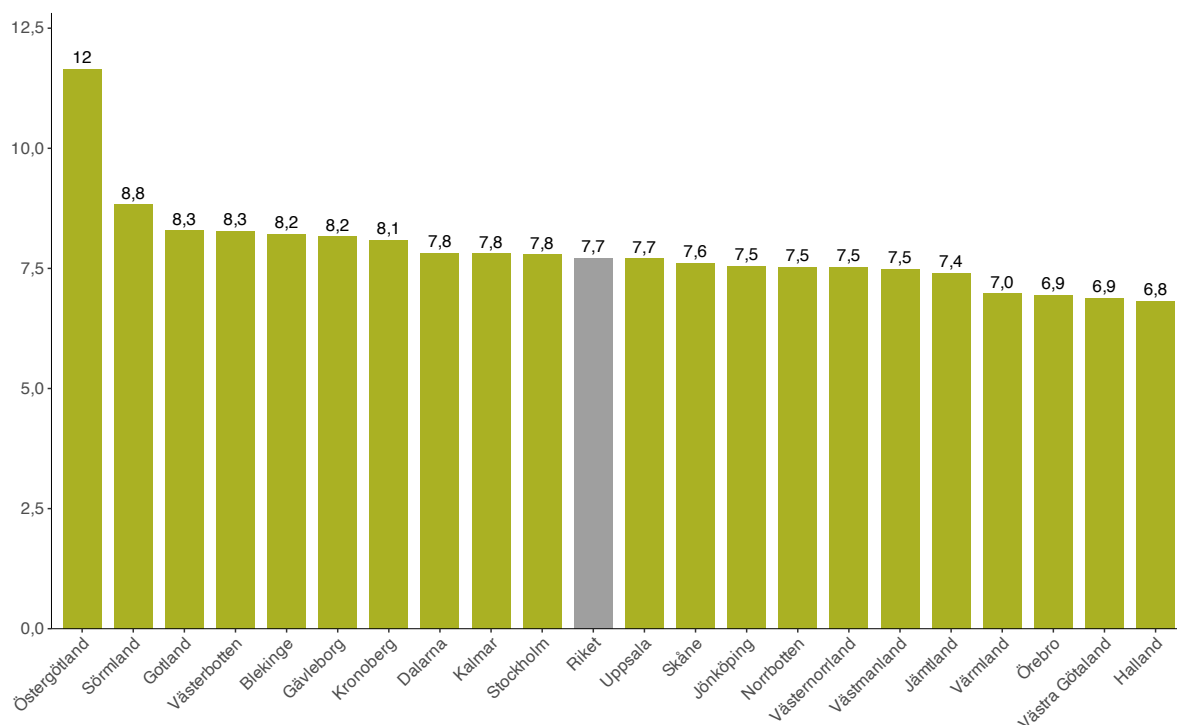
I rapporten "Mödrahälsovård, Sexuell och reproduktiv hälsa" från 2016 rekommenderas att mödrahälsovården ska erbjuda ett första besök inom en vecka efter att kvinnan kontaktat mottagningen. Det första besöket är främst avsett för att samtala om livsstilsfaktorer och läkemedel/substanser som kan påverka det väntade barnet. Den genomsnittliga graviditetsveckan för första journalförda besök för kvinnor som födde barn 2024 var 7,7. I diagrammet nedan visas att tidpunkten för första journalförda besök blir lite tidigare för varje år vilket är positivt. Det finns dock stora skillnader mellan de olika regionerna vilket kan bero på olika rutiner och riktlinjer.

Diagram 14: Genomsnittlig graviditetsvecka för första journalförda besök, riket 2014-2024



* Norrbotten: Inkluderar data till och med 2024-11-23.

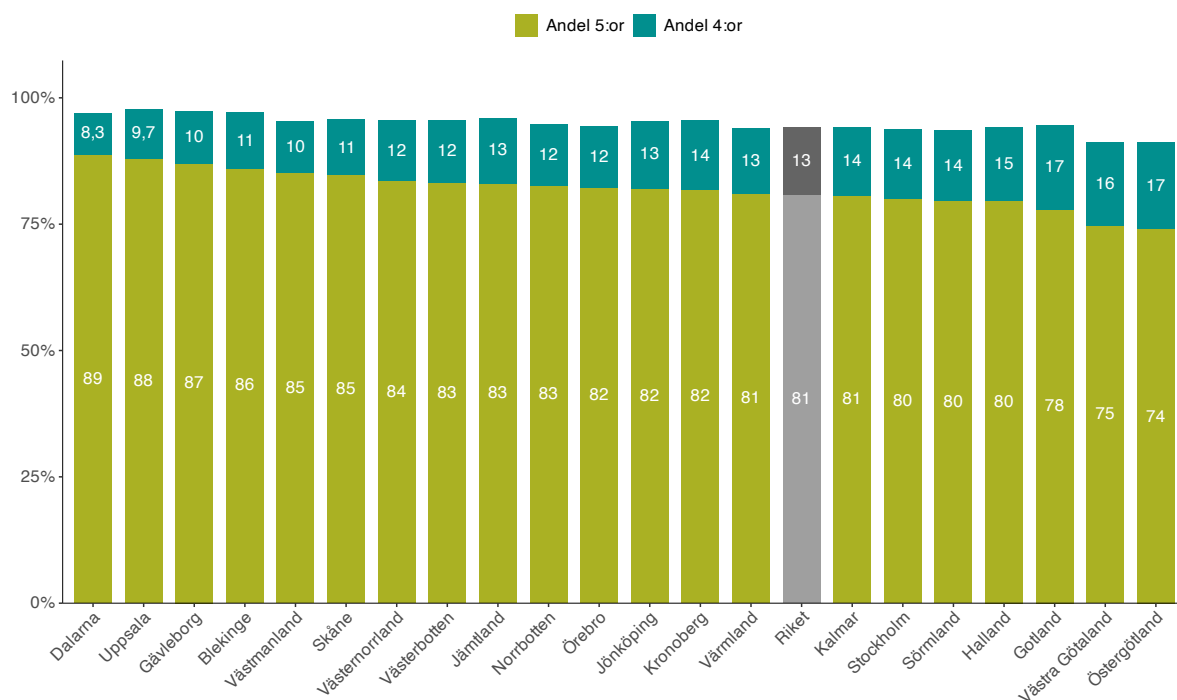
Diagram 15: Genomsnittlig graviditetsvecka för första journalförda besök per region 2024



* Norrbotten: Inkluderar data till och med 2024-11-23.

Inskrivningsbesöken är viktiga eftersom det ger möjlighet att tidigt identifiera eventuella riskfaktorer. Besöken ska enligt "Mödrahälsovård, Sexuell och reproduktiv hälsa" vara goda och förtroendeskapande. I Graviditetsenkät 1 som skickas ut runt graviditetsvecka 25 speglas för mödrahälsovården främst inskrivningsbesöken. En fråga i enkäten är "Har du möjlighet att ställa de frågor du önskar till barnmorskan?". Här ses vissa skillnader i resultatet, där de gravida i region Dalarna, precis som förra året, anger störst nöjdhet.

Diagram 16: Har du möjlighet att ställa de frågor du önskar till barnmorskan?

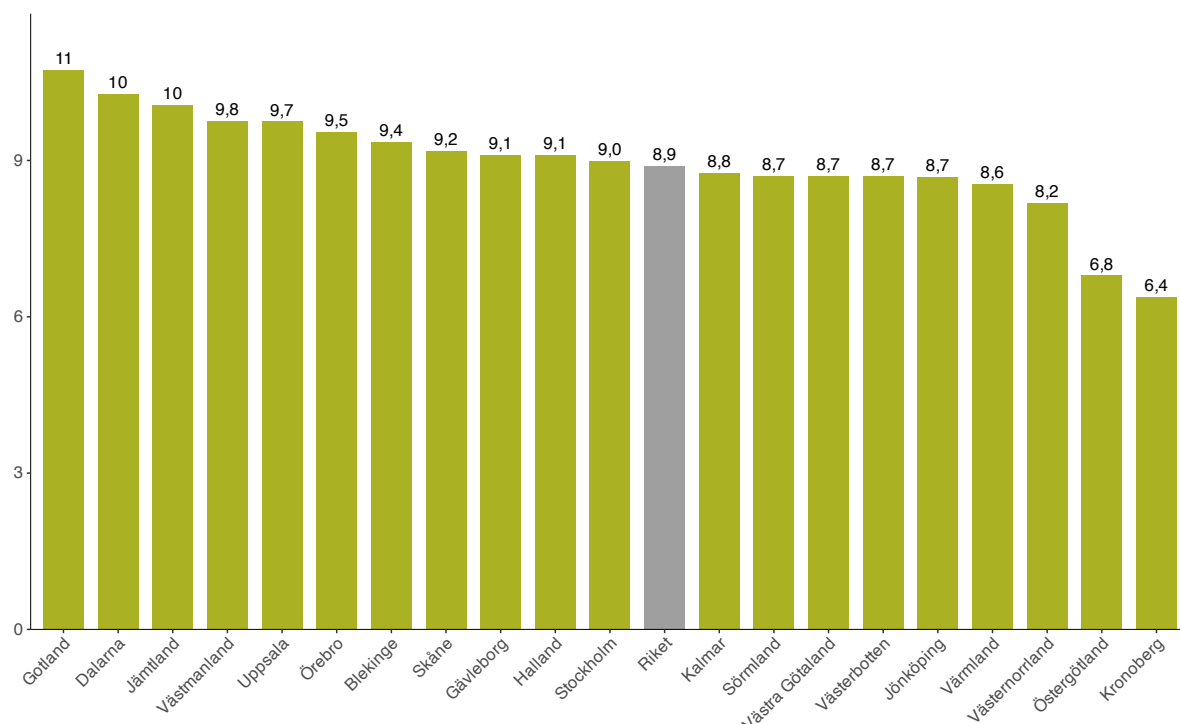


* Norrbotten: Inkluderar data till och med 2024-11-23.
Svarsalternativen är 1-5, där siffran 1 motsvarar 'nej, inte alls', och 5 'ja, helt och hållet'. Källa: Graviditetsenkäten 2024

Antal barnmorskebesök under graviditet

I "Mödrahälsovård, Sexuell och Reproductiv Hälsa" rekommenderas minst 9 besök fram till förlossningen. Rutiner för hur journalen förs varierar mellan olika regioner och olika journalsystem. Uppgiften med antal genomsnittliga barnmorskebesök får därför tolkas med försiktighet. Genomsnittligt antal barnmorskebesök i riket var 9 per graviditet för de som födde barn under 2024, med ett intervall på 6–11 besök mellan regionerna.

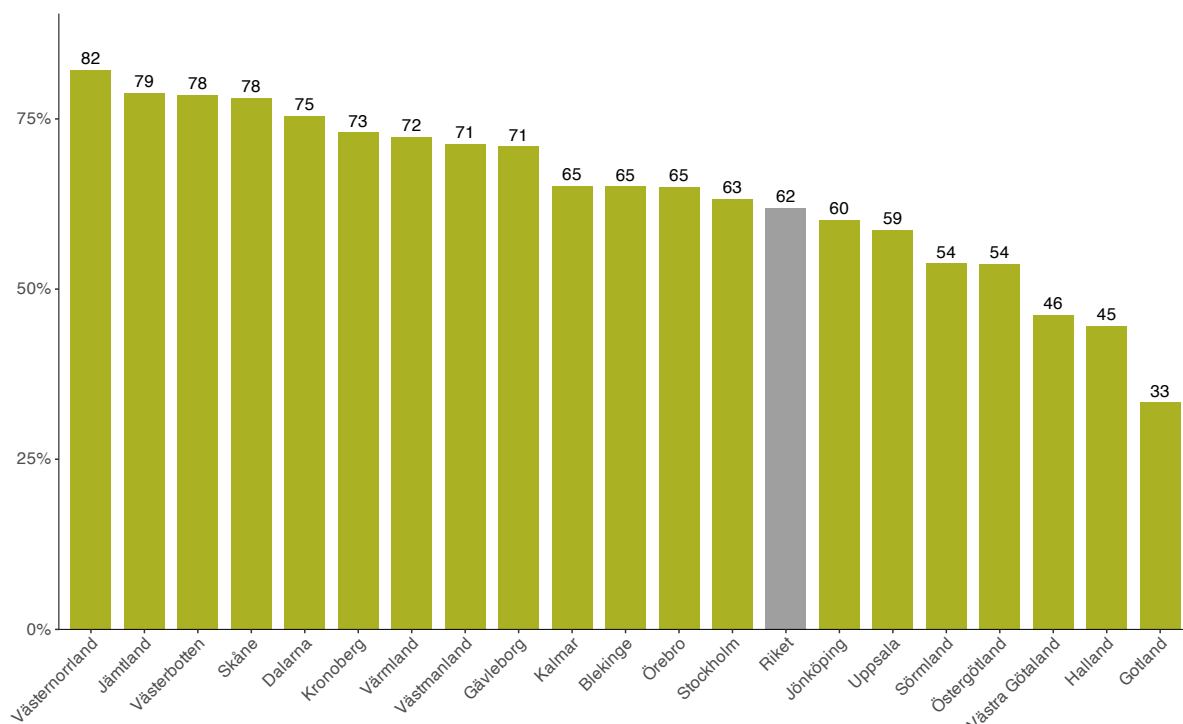
Diagram 17: Antal barnmorskebesök i genomsnitt under graviditeten fram till förlossning*, per region 2024



* Inkluderade är de med ett första besök vecka 15 eller tidigare, och som ej fött barn prematurt

Kontinuitet

Det finns flera aspekter på kontinuitet, och en av dem är antalet barnmorskor inom mödrahälsovården som den gravida träffat under graviditeten. Denna uppgift bör tolkas med försiktighet eftersom det finns olika arbetssätt i olika regioner gällande journalföring/rutiner på mottagning. I genomsnitt träffade 62% av de gravida högst två barnmorskor under graviditeten, vilket är marginellt lägre än 2023 (64%). Dock är det stora skillnader mellan regionerna.

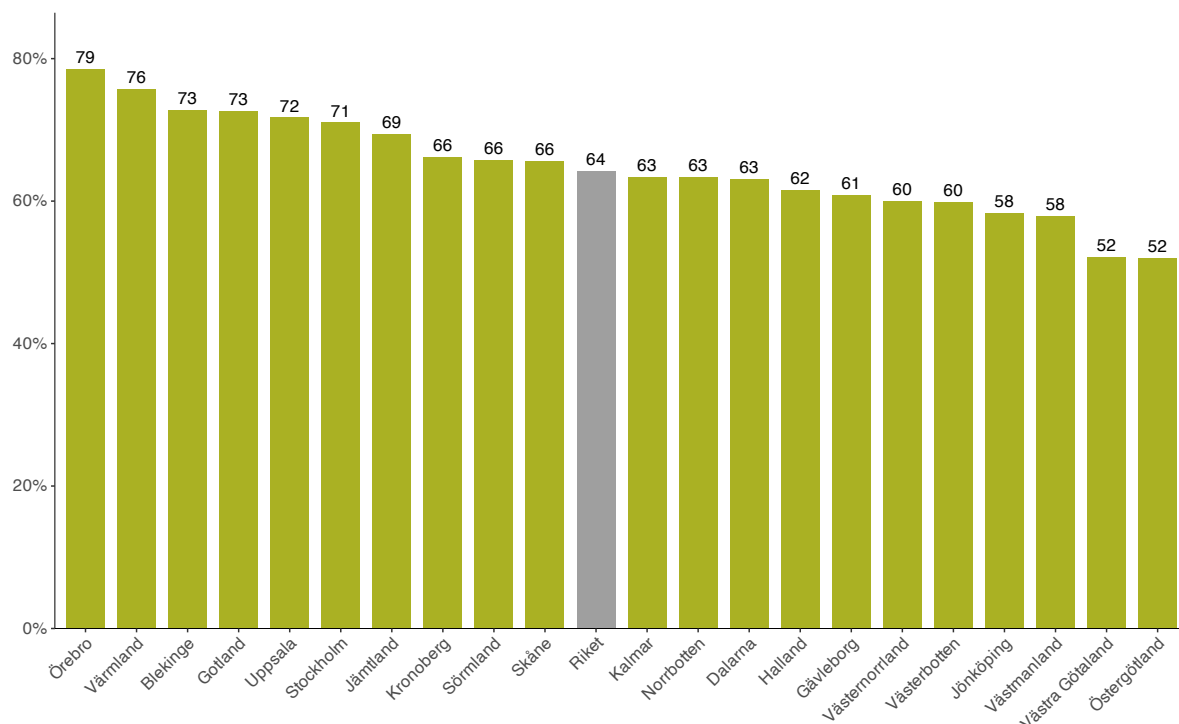
Diagram 18: Andel (%) gravida som träffat högst två barnmorskor under graviditeten, per region 2024

* Norrbotten: Inkluderar data till och med 2024-11-23.

Läkarbesök

Det varierar stort mellan regionerna hur läkarkontakten sker för gravida. I vissa regioner sker läkarbesök på respektive barnmorskemottagning, i andra är det allmänläkare på vårdcentral/hälsocentral som ansvarar för basen av mödrahälsovården, medan specialistmödravården ansvarar för de obstetriska komplikationerna. Att mäta antal läkarbesök för den gravida är därför väldigt svårt. Enligt den manuella registreringen har 64% av de gravida varit på minst ett graviditetsrelaterat läkarbesök under graviditeten. Det är stora skillnader mellan regionerna, och frågan är om alla graviditetsrelaterade läkarbesök verkligen registreras.

Diagram 19: Andel (%) som träffat läkare av graviditetsrelaterade skäl, per region 2024



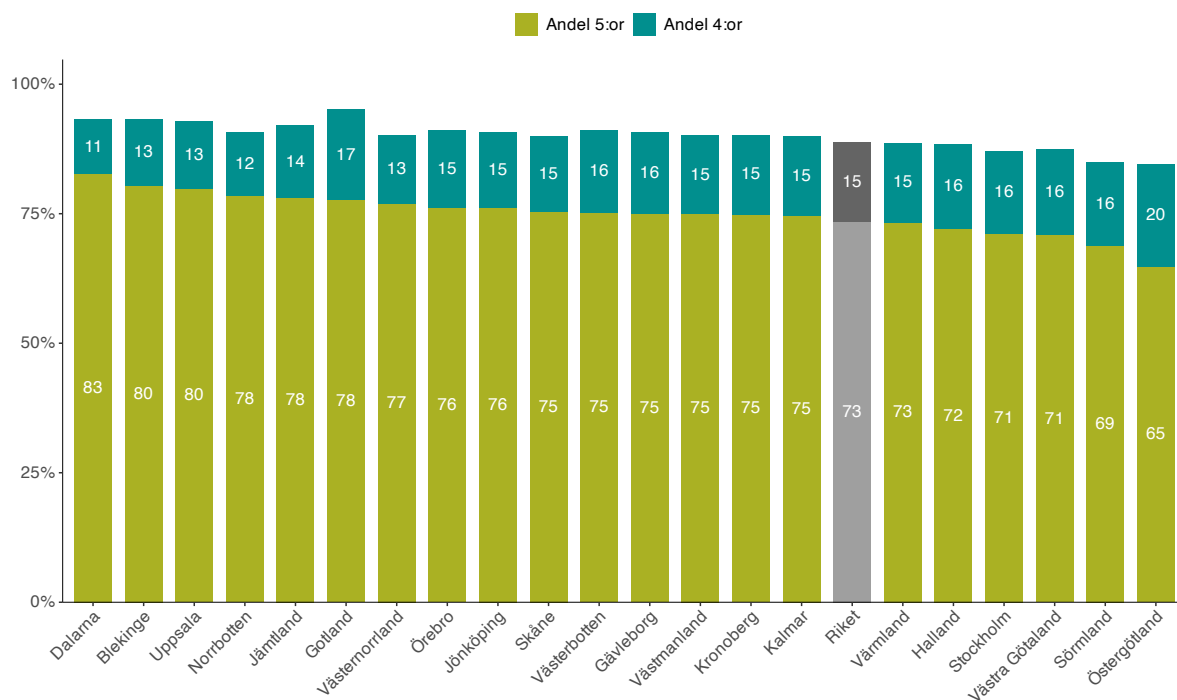
* Norrbotten: Inkluderar data till och med 2024-11-23.

Nöjdhet med mödrahälsovården

Att känna sig trygg med vården under graviditeten är viktigt. I Graviditetsenkät 2 som skickas ut 8 veckor efter förlossningen ställs ett antal frågor som speglar upplevelser av vården exempelvis: trygghet, tillgänglighet, upplevelse av egen delaktighet i vården och partners delaktighet. Resultat på frågan: "Kände du dig trygg med barnmorskan på mödrahälsovården" visar skillnader mellan regionerna, där högst andel nyblivna mammor i Region Blekinge angav att de känt sig trygga med barnmorskan inom mödrahälsovården.

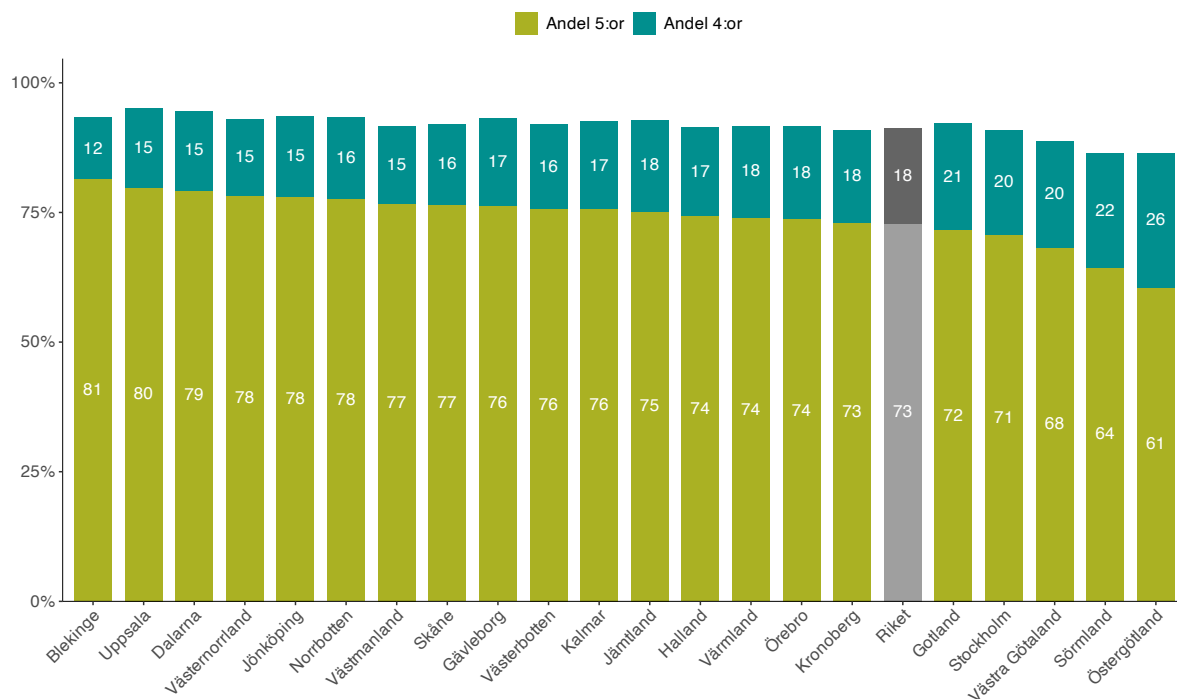
I Enkät 2 ställs även frågan om barnmorskan gjort kvinnans partner/närstående delaktig i den utsträckning som de önskat. Resultat visas i nedanstående diagram. De som fött barn 2024 var mera nöjda än tidigare år då pandemin troligen påverkade nöjdheten. Nyblivna mammor i Dalarna angav störst nöjdhet men generellt är det denna fråga som uppvisar sämst resultat bland frågorna som rör mödrahälsovården.

Diagram 20: Gjorde barnmorskan på mödrahälsovården din partner/närstående delaktiga i den utsträckning du önskade?



* Norrbotten: Inkluderar data till och med 2024-11-23.
Svarsalternativen är 1-5, där siffran 1 motsvarar 'nej, inte alls', och 5 'ja, helt och hållet'. Källa: Graviditetsenkäten 2024

I Enkät 2 finns en övergripande fråga “Anser du att mödrahälsovården tillgodosett dina behov?”. Även här är ses skillnader mellan de olika regionerna,

Diagram 21: Anser du att mödrahälsovården tillgodosett ditt behov?

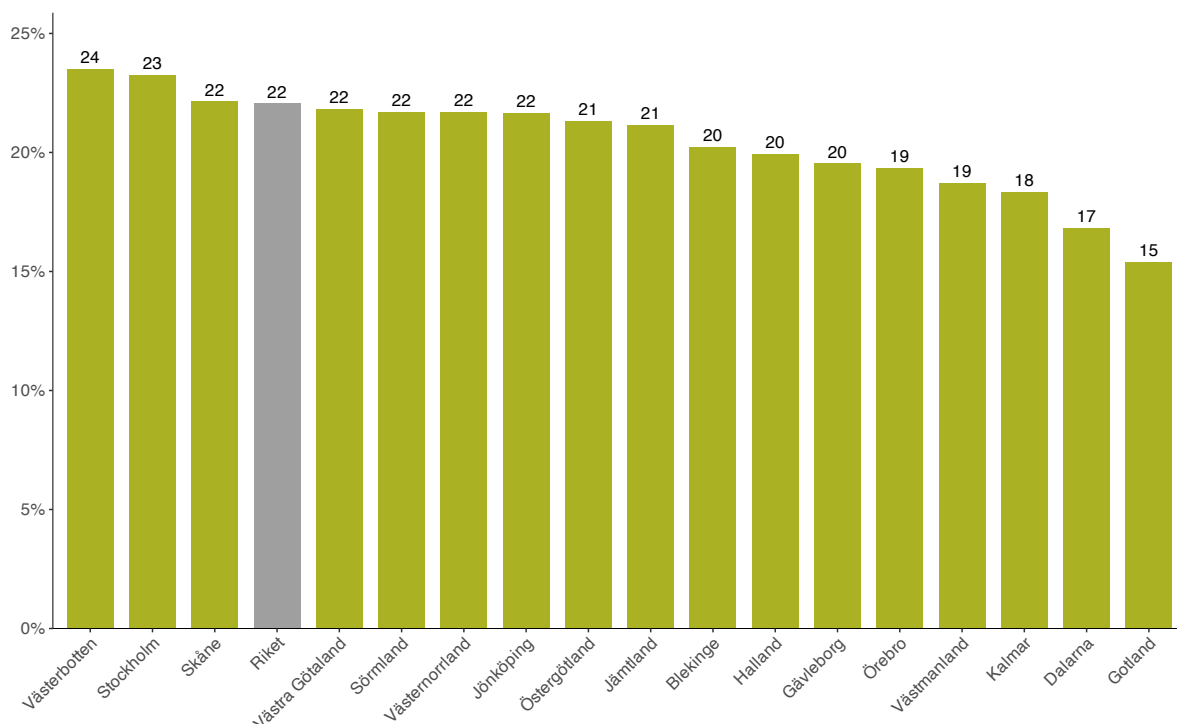
* Norrbotten: Inkluderar data till och med 2024-11-23.
Svarsalternativen är 1-5, där siffran 1 motsvarar 'nej, inte alls', och 5 'ja, helt och hållet'. Källa: Graviditetsenkäten 2024

Riskfaktorer vid inskrivning

Nytt i Årsrapporten sedan 2023 är uppgiften om gravida som har riskfaktorer vid inskrivningen i mödrahälsovården. Förekomst av riskfaktorer kan leda till komplikationer och föranleda extra vårdåtgärder. Riskfaktorerna är: övervikt eller undervikt, yngre än 18 eller äldre än 35 år vid inskrivningen, rökning eller snusning, hjärt-kärlsjukdom, gulsot, upprepade urinvägsinfektioner, diabetes mellitus, trombos, gynekologisk sjukdom, lungsjukdom/astma, systemisk lupus erythematosus (SLE), endokrin sjukdom, njursjukdom, epilepsi, inflammatorisk tarmsjukdom, hypertoni och psykisk ohälsa. Andelen gravida som inte hade någon enligt ovan riskfaktor var 22% under 2024, med en spridning i landet från 15% till 24%. Det här innebär att 78% av de gravida redan vid inskrivningen har en eller flera riskfaktorer vilket som regel leder till vård utöver mödrahälsovårdens basprogram.

Observera att det finns ytterligare riskfaktorer som inte är med i ovan angiven beräkning. Till exempel ingår inte förlossningsrädsla, våldsutsatthet, missbruk, kommunikationssvårigheter, social problematik, utfall på depressionsscreening, flerbörd, tidigare komplicerad förlossning och/eller amning, könsstämpning, hereditet av obstetrisk betydelse samt riskbruk vid läkemedelsanvändning. Dessutom kan gravida som vid inskrivning inte uppvisar några riskfaktorer senare under graviditeten utveckla komplikationer som kräver extra vårdåtgärder.

Diagram 22: Andel (%) kvinnor som går in i graviditeten utan vissa riskfaktorer, per region 2024



*Kompleta uppgifter saknas för Kronoberg, Norrbotten, Uppsala och Värmland

Tobak

Tobaksbruk, och framför allt rökning, ger en förhöjd risk för missfall, fosterdöd, neonatal dödlighet och död hos barnet upp till ett års ålder. Tobaksbruk under graviditeten ökar också risken för för tidig förlossning, tillväxthämning samt placentaavlossning. Under mitten av 80-talet rökte ca 30% av de gravida under tidig graviditet och denna siffra har sedan dess sjunkit stadigt. Det syns istället en tydlig ökning av användande av snus, och sedan förra året är snusning vanligare än rökning hos kvinnor innan graviditet. Det är oroande att snusning ökar och det är ett viktigt område för mödrahälsovården och hela vårdkedjan att arbeta vidare med.

Variablerna för rökning och snus överförs elektroniskt från journal till Graviditetsregistret i samtliga regioner. Riktlinjer gällande extra besök hos barnmorska, läkare och/eller tillväxtultraljud vid tobaksbruk ser olika ut i regioner och vissa regioner saknar helt riktlinjer.

Tabell 4: Riktlinjer vid tobaksbruk per region, 2024.

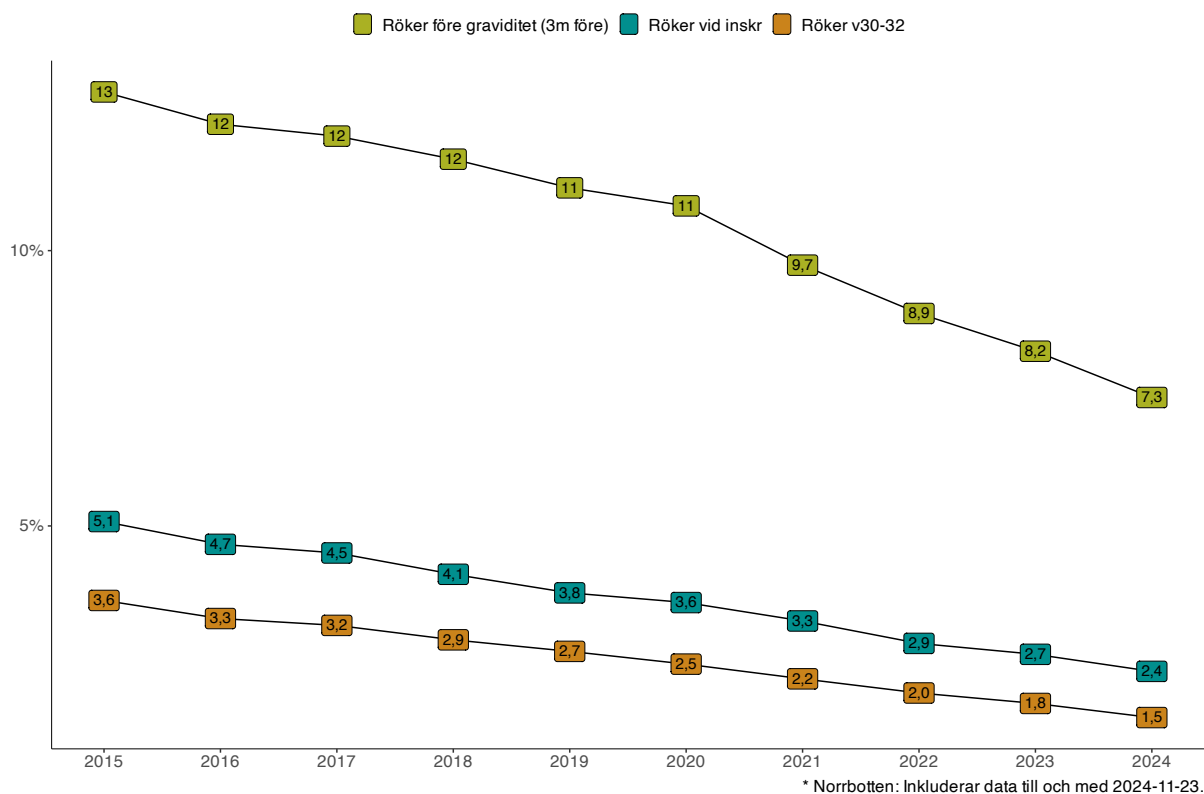
	Extra besök				Tillväxtultraljud		Skrivna riktlinjer saknas
	Hos bm	Hos läkare	Hos bm >10 cig/dag	Hos läkare >10 cig/dag	För alla rökare	Vid >10 cig/dag	
Bleking	x						
Dalarna							
Gotland	x			x	x		
Gävleborg							
Halland	x			x			
Jämtland/Härjedalen							x
Jönköping	x			Jönköping, Värnamo	x		
Kalmar	x				x		
Kronoberg			x				
Norrbottn							x
Stockholm	x			x		x	
Skåne						x	
Sörmland							x
Uppsala							x
Värmland	x			x			
Västerbotten							x
Västernorrland							x
Västmanland	x		x			x	
Västra Götaland	x						
Örebro				x			

* Bm = Barnmorska

Rökning

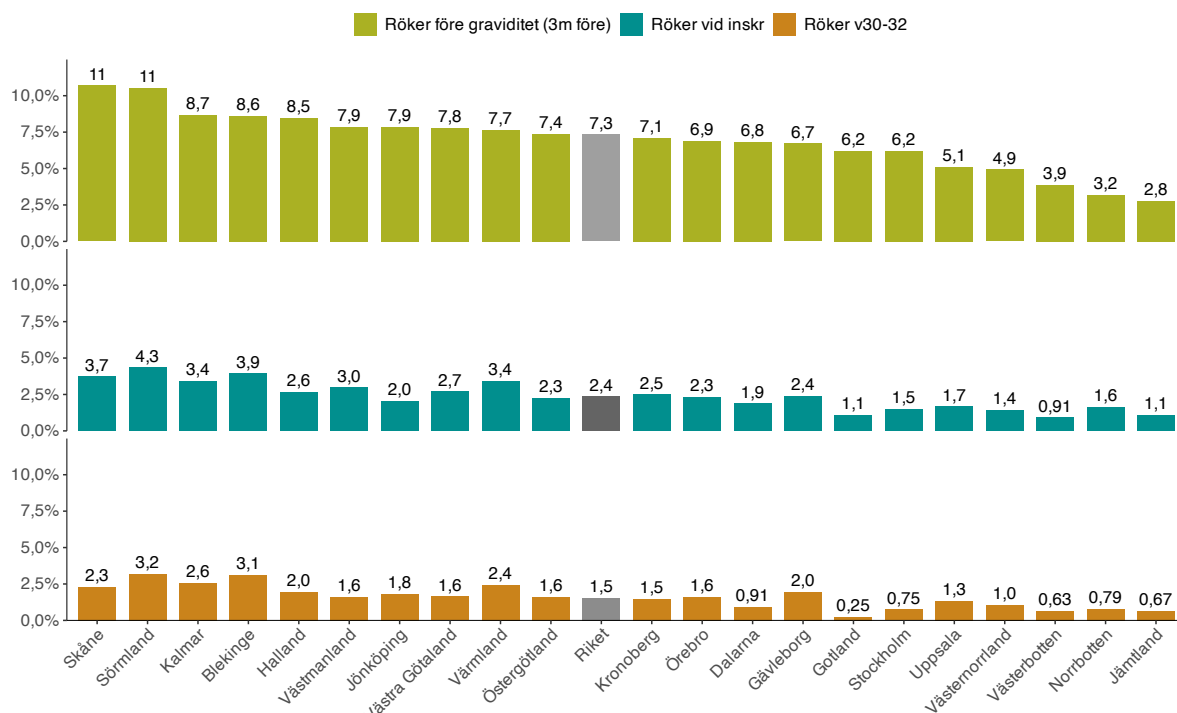
Andelen kvinnor som röker i samband med graviditet sjunker för varje år och har sedan 2015 nästan halverats.

Diagram 23: Andel (%) rökare 3 månader före graviditet, vid inskrivning samt vecka 32, per år 2015-2024



Andel gravida som röker i samband med graviditet skiljer sig mellan olika regioner.

Diagram 24: Andel (%) rökare 3 månader före graviditet, vid inskrivning samt graviditetsvecka 32, per region, 2024

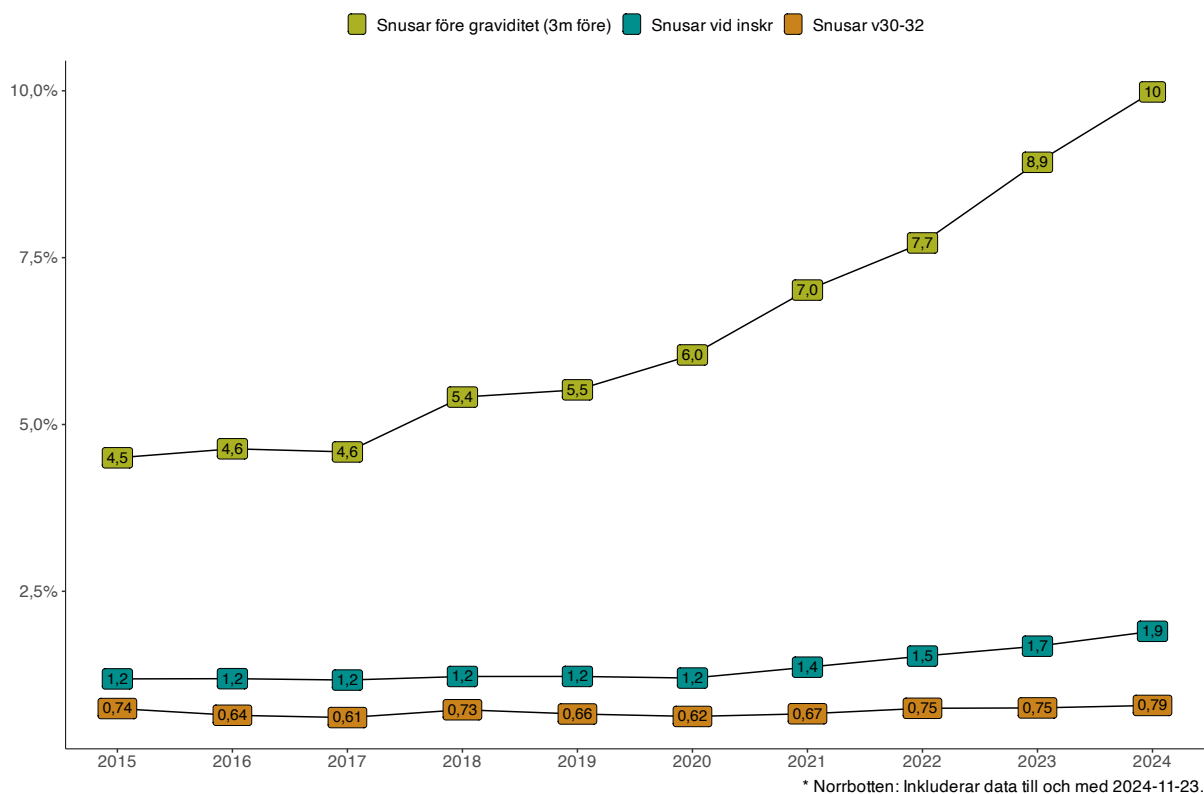


* Norrbotten: Inkluderar data till och med 2024-11-23.

Snusning

Snusning tre månader före graviditet har ökat de senaste åren, från 4,5% år 2015 till 10% år 2024. En liten ökning ses även för de kvinnor som fortfarande snusar i samband med inskrivning på mödrahälsovården, medan snusning i graviditetsvecka 32 har legat i stort sett stabilt sedan 2015.

Diagram 25: Andel (%) snusare 3 månader före graviditet, vid inskrivning samt vecka 32, per år 2015-2024



Andel gravida som snusar i samband med graviditet skiljer sig mellan olika regioner.

Diagram 26: Andel (%) snusare 3 månader före graviditet, vid inskrivning samt graviditetsvecka 32, per region 2024

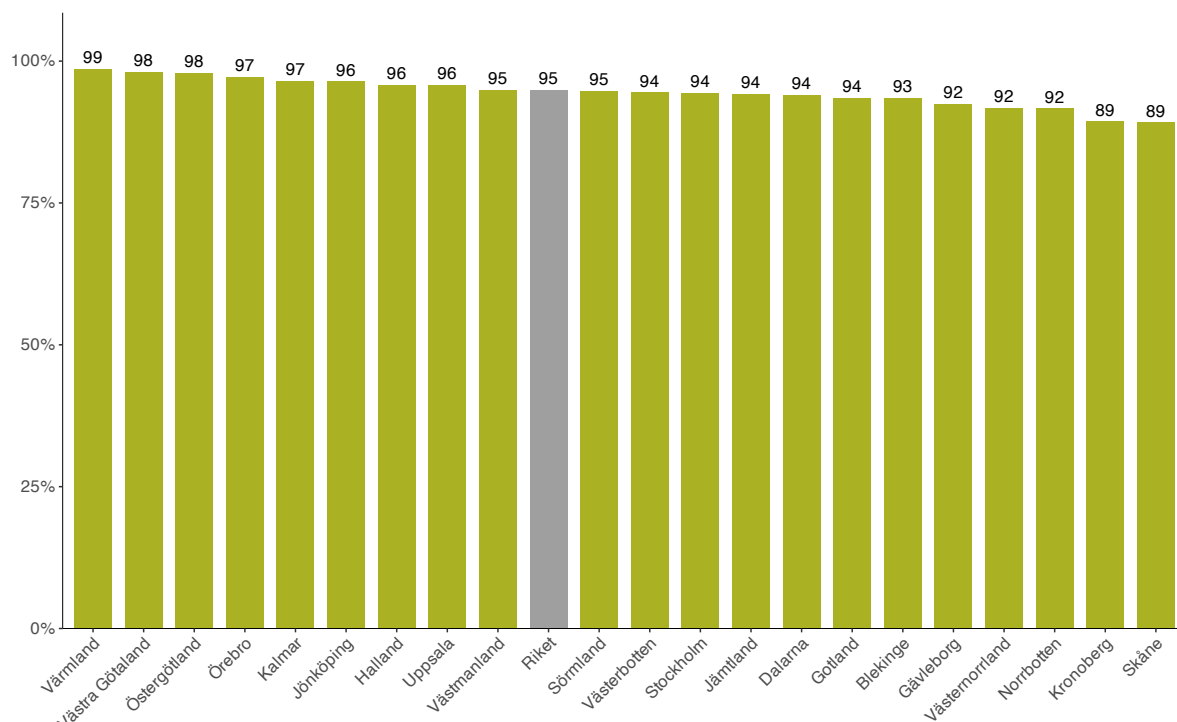
* Norrbotten: Inkluderar data till och med 2024-11-23.

Under hösten 2025 kommer Graviditetsregistret att kompletteras med nya och utökade variabler om tobaks- och nikotin användning, i syfte att möjliggöra en mer detaljerad kartläggning av vilka tobaks- och nikotinprodukter (tobakssnus, nikotinsnus, cigaretter, e-cigaretter, vattenpipa, nikotinläkemedel samt övriga nikotin eller tobaksprodukter) kvinnor använder i samband med graviditet samt omfattningen av denna användning.

Alkohol-AUDIT

Screening av alkoholbruk genomförs på mödrahälsovården med Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT). AUDIT speglar den gravidas alkoholvanor under året innan graviditeten. Frågorna i formuläret poängsätts var för sig och räknas ihop till en totalsumma som kan variera från 0 till 40 poäng. Graviditetsregistret har ett målvärde att minst 95% av de gravida ska ha screenats med AUDIT, och under 2024 screenades 95% av de gravida med AUDIT. Stora skillnader kan ses mellan regionerna. Tio regioner nådde målvärdet på 95%, vilket innebär en liten ökning jämfört med 2023, då 8 regioner nådde målet. Skåne låg lägst gällande AUDIT-screening med 89%, och Värmland låg högst med 99%.

Diagram 27: Andel (%) som screenats med AUDIT i tidig graviditet, per region 2024

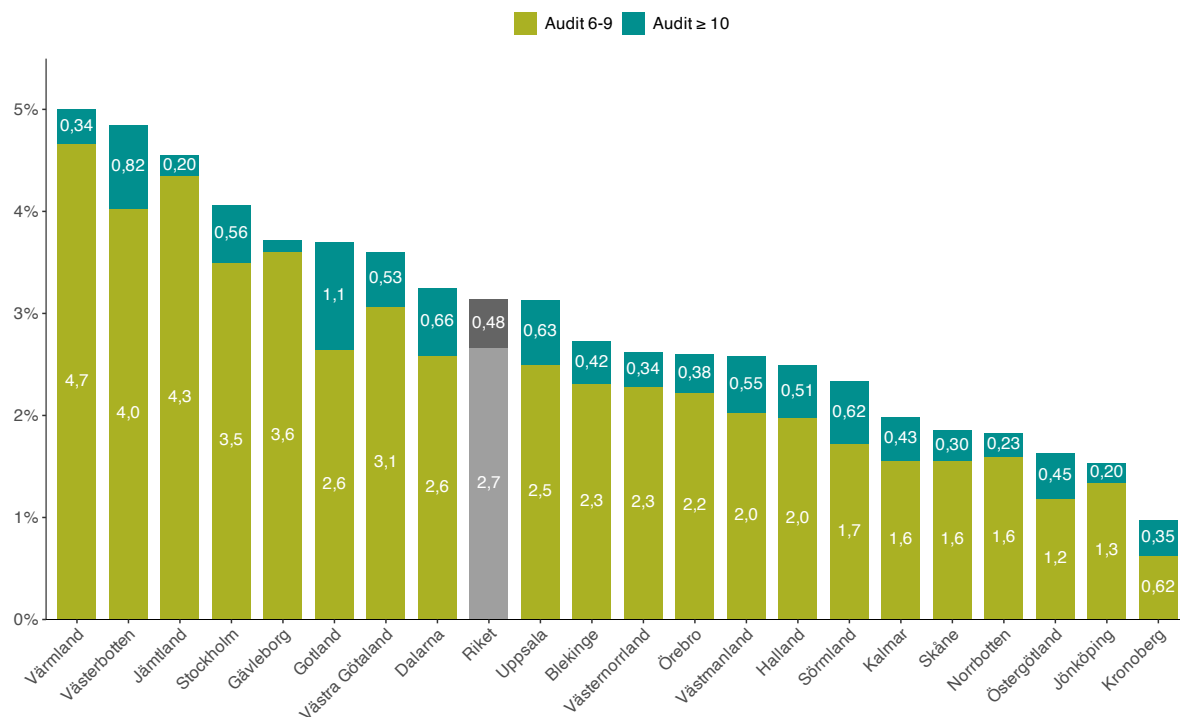


* Norrbotten: Inkluderar data till och med 2024-11-23.

Om resultatet av AUDIT är noll poäng innebär det att den gravida uppgett att hon ej druckit alkohol alls under det gångna året innan graviditeten. AUDIT-poäng 1-5 betraktas som ett bruk av alkohol, 6-9 poäng betraktas som ett riskbruk och 10 poäng eller mer visar risk för beroende.

I riket hade 3,2% av de gravida ett riskbruk eller risk för beroende 2024, vilket är en liten minskning jämfört med 2023 (3,3%). 2015 var motsvarande siffra 4,9%, vilket visar att gravida med riskbruk eller risk för missbruk sjunker. Lägst andel gravida med riskbruk eller risk för beroende hade Kronoberg med 1,0 % och högst andel hade Värmland med 5%.

Diagram 28: Andel (%) gravida med AUDIT-poäng 6-9 samt ≥ 10 , per region 2024



* Norrbotten: Inkluderar data till och med 2024-11-23.

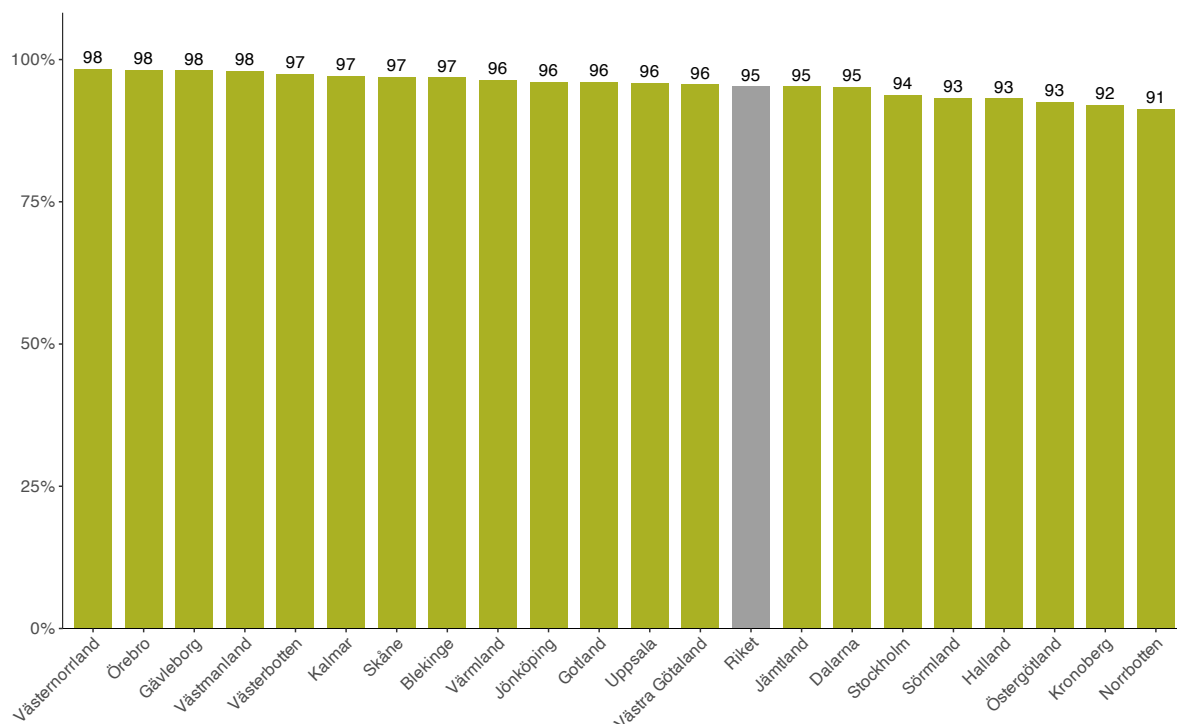
Det är positivt att andelen gravida som screenats med AUDIT stiger för varje år. Önskvärt är dock att samtliga regioner når målvärdet för att möjliggöra identifiering av gravida med ett riskbruk/beroende och kunna erbjuda stöd så tidigt som möjligt i graviditeten.

Tillfrågats om våldsutsatthet

Personer som utsatts för våld löper en förhöjd risk att drabbas av både psykisk och fysisk ohälsa, med konsekvenser på både kort och lång sikt. Mot denna bakgrund har hälso- och sjukvården ett särskilt ansvar att identifiera våldsutsatthet i syfte att erbjuda adekvat vård och stöd.

Inom mödrahälsovården har det sedan många år funnits etablerade riktlinjer som anger att samtliga gravida ska tillfrågas om erfarenheter av våld, antingen muntligt eller skriftligt, vid minst ett tillfälle under graviditeten. Denna rutinmässiga screening är en viktig del i det förebyggande arbetet för att upptäcka våldsutsatthet.

Graviditetsregistret har sedan många år ett fastställt målvärde som innebär att minst 95% av de gravida ska ha tillfrågats om våld minst en gång under graviditeten. Trots detta uppnår sex regioner inte det uppsatta målvärdet.

Diagram 29: Andel (%) gravida som tillfrågats om våldsutsatthet, per region 2024

* Norrbotten: Inkluderar data till och med 2024-11-23.

Insatser vid förlossningsrädsla

En viss grad av oro och rädsla inför förlossningen är vanligt förekommande bland gravida. För mer än 10% är rädslan så uttalad att den klassificeras som kliniskt relevant förlossningsrädsla, vilket kan påverka både den psykiska hälsan och förlossningen negativt.

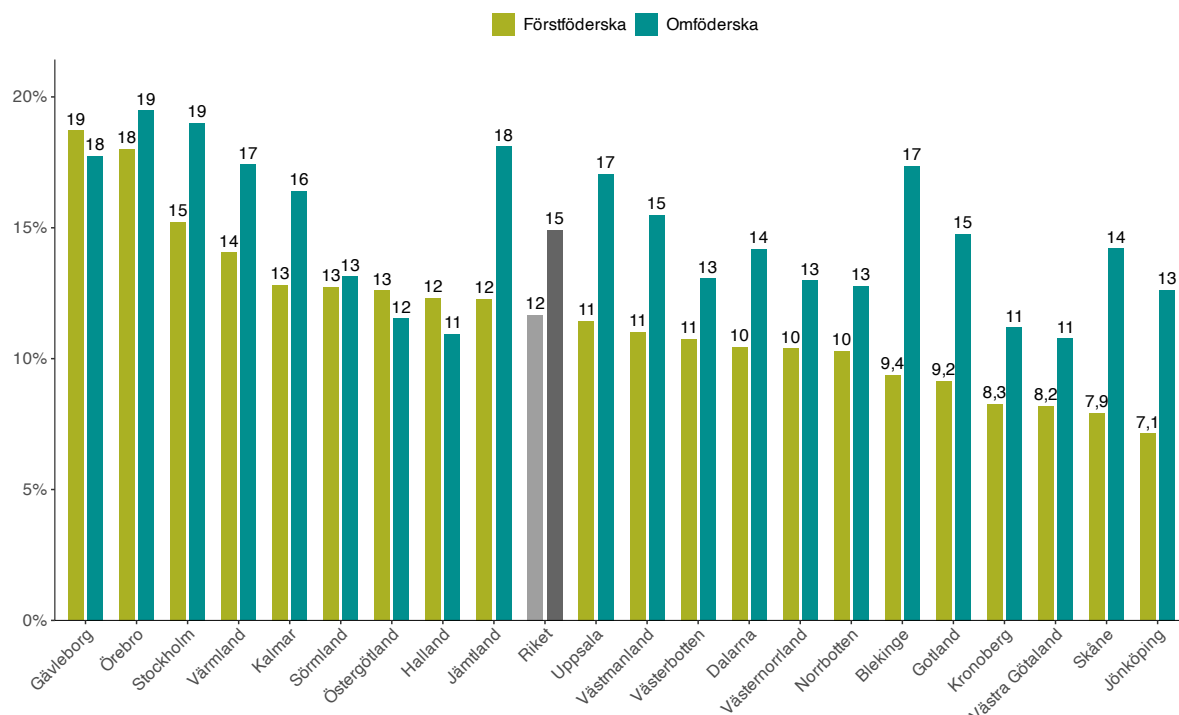
Inom mödrahälsovården har barnmorskan ett ansvar att identifiera förlossningsrädsla genom strukturerad bedömning. I majoriteten av Sveriges regioner används idag screeninginstrumentet *Fear Of Birth Scale* (FOBS), antingen rutinmässigt för samtliga gravida eller selektivt vid indikation. Under de senaste åren har screening av samtliga ökat.

Stödinsatser vid förlossningsrädsla kan omfatta samtalsstöd och/eller behandling, och handläggningen sker inom olika enheter beroende på regionens organisation. Insatserna ges av olika professioner såsom barnmorskor, läkare, psykologer eller kuratorer, beroende på typ och svårighetsgrad av rädslan. Samtliga regioner har enheter inom förlossningsvården som är särskilt inriktade på förlossningsrädsla, även om resurstillgång och organisatorisk struktur varierar. Dessa enheter benämns i stora delar av landet som *Auroraverksamhet*, men andra namn förekommer också, exempelvis *Freja* och *Norea*.

I de flesta regioner finns även mödrahälsovårdpsykologer dit förlossningsrädda kan remitteras för stöd och/eller behandling.

Andelen gravida som erhållit stödåtgärder med anledning av förlossningsrädsla har ökat kontinuerligt sedan 2018. År 2018 uppgick andelen till 8,9% och 2024 till 14%. Ökningen återfinns både bland förstföderskor och omföderskor. Historiskt har omföderskor i högre utsträckning erhållit stöd men sedan 2022 ses en förändring där förstföderskor fått mer insatser i en region. Under 2024 har denna utveckling breddats till tre regioner.

Diagram 30: Andel (%) först- respektive omföderskor som erhållit stödåtgärder pga förlossningsrädsla, 2024



* Norrbotten: Inkluderar data till och med 2024-11-23.

I Graviditetsregistret kan flera typer av stödinsatser riktade till gravida med förlossningsrädsla registreras och omfattar följande:

- Besök hos barnmorska inom Auroraverksamhet eller motsvarande specialiserad enhet
- Besök hos läkare inom Auroraverksamhet eller motsvarande
- Kontakt med psykolog eller socionom för samtalsstöd eller behandling
- Extra samtalstid med barnmorska vid den ordinarie barnmorskemottagningen

I den följande sammanställningen presenteras insatta stödåtgärder uppdelade efter region samt i förstföderskor respektive omföderskor. Det är viktigt att notera att en och samma individ kan ha erhållit flera olika stödinsatser och därmed förekomma i mer än en kategori.

Tabell 5: Andel(%) först- respektive omföderskor och typ av stödåtgärder pga förlossningsrädsla 2024

Region	Förstföderska				Omföderska			
	Aurora bm. (%)	Aurora läk. (%)	Psyk/socionom (%)	Bm. mott. extra (%)	Aurora bm. (%)	Aurora läk. (%)	Psyk/socionom (%)	Bm. mott. extra besökstid (%)
Riket	7,8	3,9	1,2	4,5	8,6	7,5	1,1	4,5
Blekinge	8,2	3,0	0,68	2,1	15	8,2	0,52	2,2
Dalarna	7,0	4,4	1,7	5,1	7,4	8,1	1,1	4,2
Gotland	6,5	2,6	1,3	2,6	11	5,3	2,0	3,3
Gävleborg	16	5,9	2,1	3,0	12	9,8	1,3	2,5
Halland	10	3,4	4,7	4,0	7,5	5,2	2,4	3,1
Jämtland	7,9	1,8	2,6	6,1	14	5,2	1,0	8,3
Jönköping	4,7	2,3	0,91	4,1	8,5	4,7	1,4	5,8
Kalmar	12	2,7	0,53	1,5	16	5,5	0,94	2,6
Kronoberg	6,6	2,8	0,32	1,9	7,4	6,3	0,62	2,0
Norrbottn	8,5	4,5	1,4	2,4	9,3	7,3	0,93	3,0
Skåne	5,9	3,3	1,7	3,5	9,1	7,3	1,9	4,8
Stockholm	9,0	5,8	0,44	6,1	9,2	11	0,36	4,9
Sörmland	8,1	3,8	0,64	5,4	9,7	6,2	0,83	3,2
Uppsala	4,6	3,7	0,62	8,4	4,7	10	1,2	9,8
Värmland	10	6,5	0,79	3,7	7,7	12	0,34	3,6
Västerbotten	9,7	3,0	0,52	1,1	11	4,4	0,65	1,9
Västernorrland	7,3	3,1	2,0	2,6	7,5	7,3	2,2	3,8
Västmanland	7,0	3,3	2,6	5,6	9,1	7,8	2,4	6,3
Västra Götaland	5,8	1,4	0,60	3,6	7,2	2,7	0,52	3,8
Örebro	13	7,7	4,5	7,3	9,5	13	2,8	7,4
Östergötland	6,9	4,9	1,8	3,7	4,2	6,9	1,7	2,1

* bm. = barnmorska, läk. = läkare. Norrbotten: Inkluderar data till och med 2024-11-23.

Psykisk ohälsa under graviditet

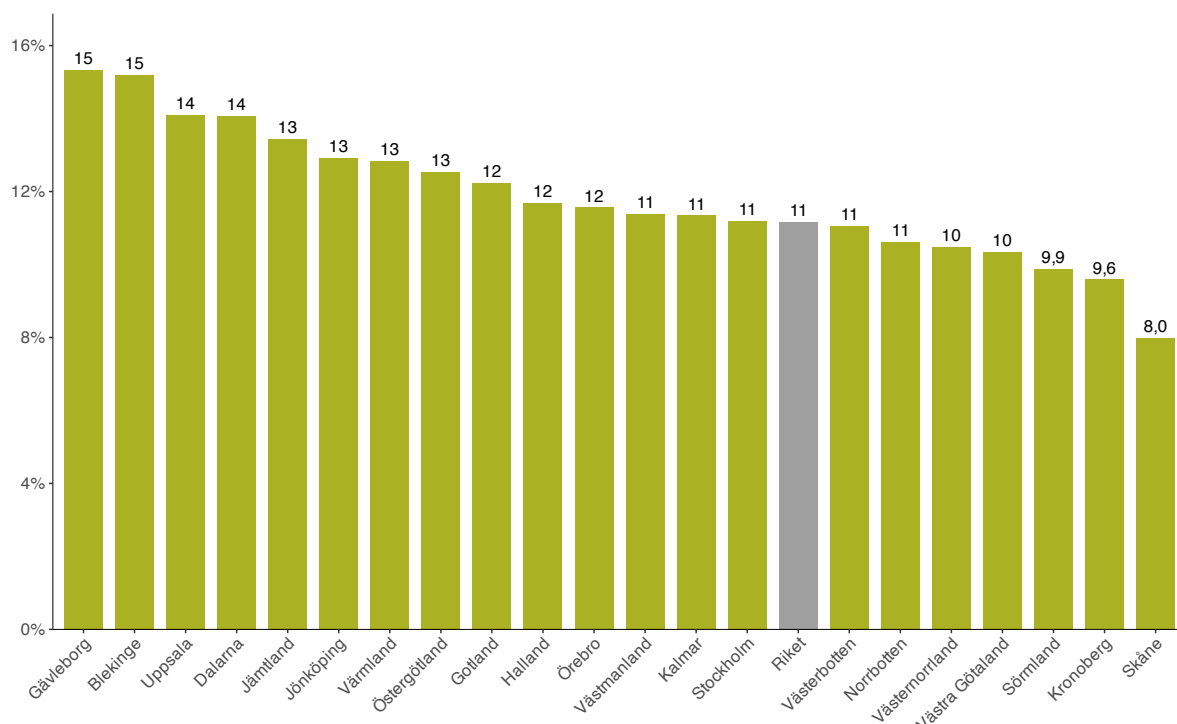
Psykisk ohälsa i samband med graviditet drabbar 10–20%, vilket är i stort sett lika vanligt som hos kvinnor som inte är gravida. Det är av särskild vikt att uppmärksamma, bemöta och behandla psykisk ohälsa under graviditeten, såväl för den gravidas egna hälsa som för det kommande barnets, och omsorgsrelationen dem emellan. Obehandlad psykisk ohälsa medför risker för förlossningskomplikationer och har samband med fysiska ohälsotillstånd.

Barnmorskan ställer frågor tidigt i graviditeten om tidigare och pågående psykisk ohälsa och uppmärksammar tecken på nyuppkommen ohälsa, för att kunna initiera rätt insatser. I vissa regioner sker generell screening för depression under graviditet på barnmorskemottagningarna med exempelvis metoden EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale).

Psykisk ohälsa omfattar i registret både psykiska besvär och psykiatriska tillstånd. För allvarigare tillstånd behövs ofta multiprofessionella insatser. Vid lindriga till måttliga tillstånd rekommenderas psykologisk och/eller medicinsk behandling som kan ges på hälso-/vårdcentral. I många regioner finns mödra- och barnhälsovårdpsykologer att remittera till för psykologiskt stöd och/eller behandling. Extra stödinsatser på barnmorskemottagningen behövs i de flesta fall.

Andelen gravida som fått behandling för psykisk ohälsa under sin graviditet skiljer sig mellan regionerna, från 8–15 %, med ett genomsnitt för riket på 11%. En liten ökning har skett de senaste åren (9% 2021, 10% 2022, 11% 2023). Behandlingen vid psykisk ohälsa anges som medicinsk, psykologisk eller både och, samt inkluderar alla former av behandling.

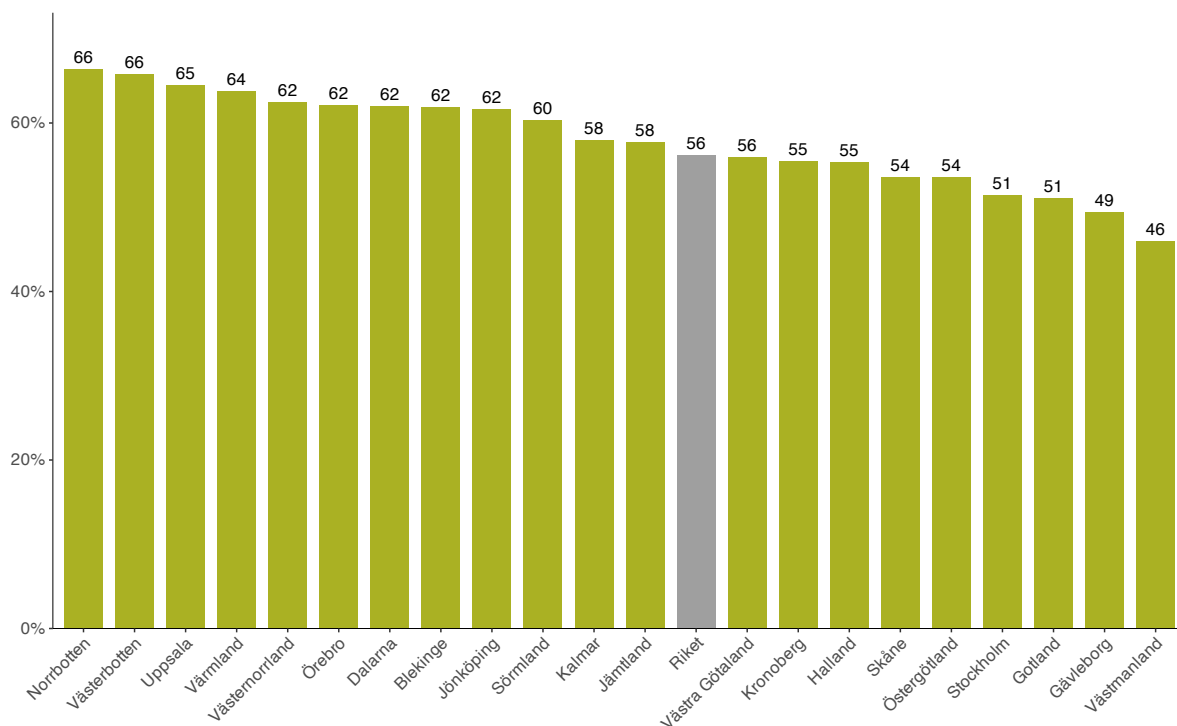
Diagram 31: Andel (%) som behandlats för psykisk ohälsa under graviditet (avser endast de som behandlats för psykisk ohälsa), per region 2024



* Norrbotten: Inkluderar data till och med 2024-11-23.

Andelen gravida som behandlats med medicin i någon form för psykisk ohälsa varierade mellan regionerna, 46–66% med ett genomsnitt för riket på 56% under 2024, vilket ligger i nivå med året innan. En stor andel av de gravida (88%) påbörjade sin medicinska behandling innan graviditeten.

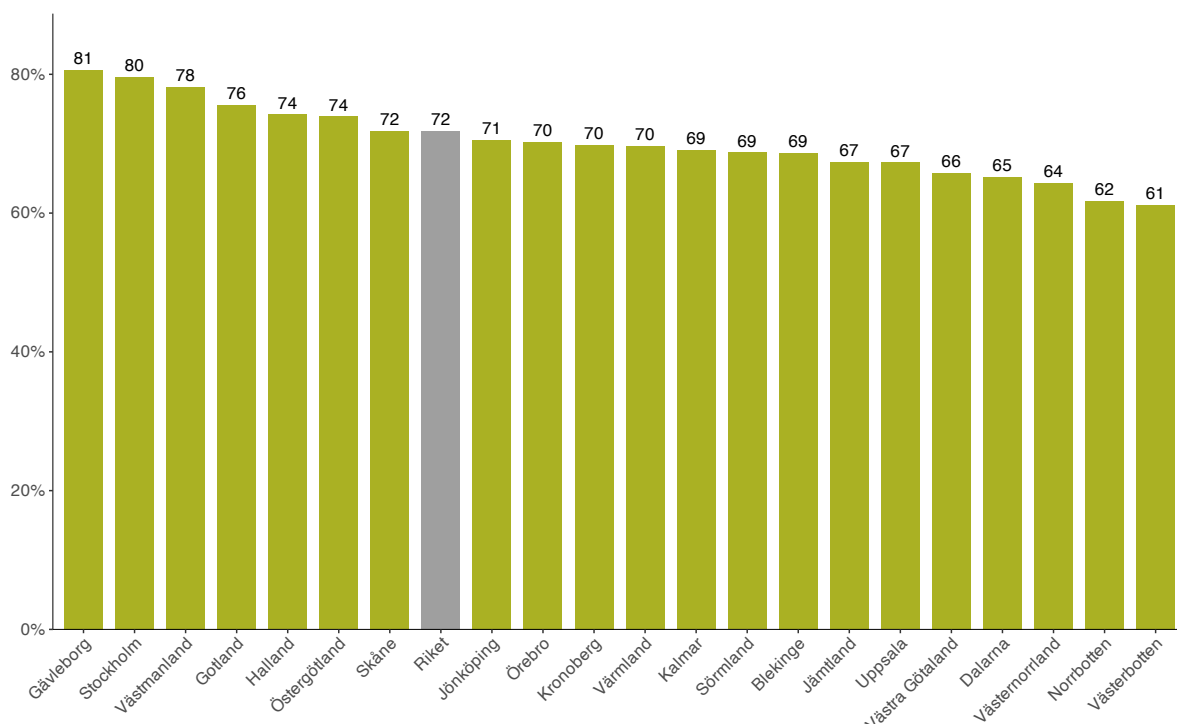
Diagram 32: Andel (%) som behandlats medicinskt psykisk ohälsa under graviditet, per region 2024



* Norrbotten: Inkluderar data till och med 2024-11-23.

Andelen gravida som fått psykologisk behandling för psykisk ohälsa varierar avsevärt mellan regionerna – från 61% till 81%, med ett genomsnitt för riket på 74%. Den siffran är oförändrad från föregående år, efter en markant ökning med 19 procentenheter jämfört med 2022. Ungefär hälften av dem som fått psykologisk behandling inledde den under graviditeten under 2024.

Diagram 33: Andel (%) som fått psykologisk behandling för psykisk ohälsa under graviditet, per region 2024



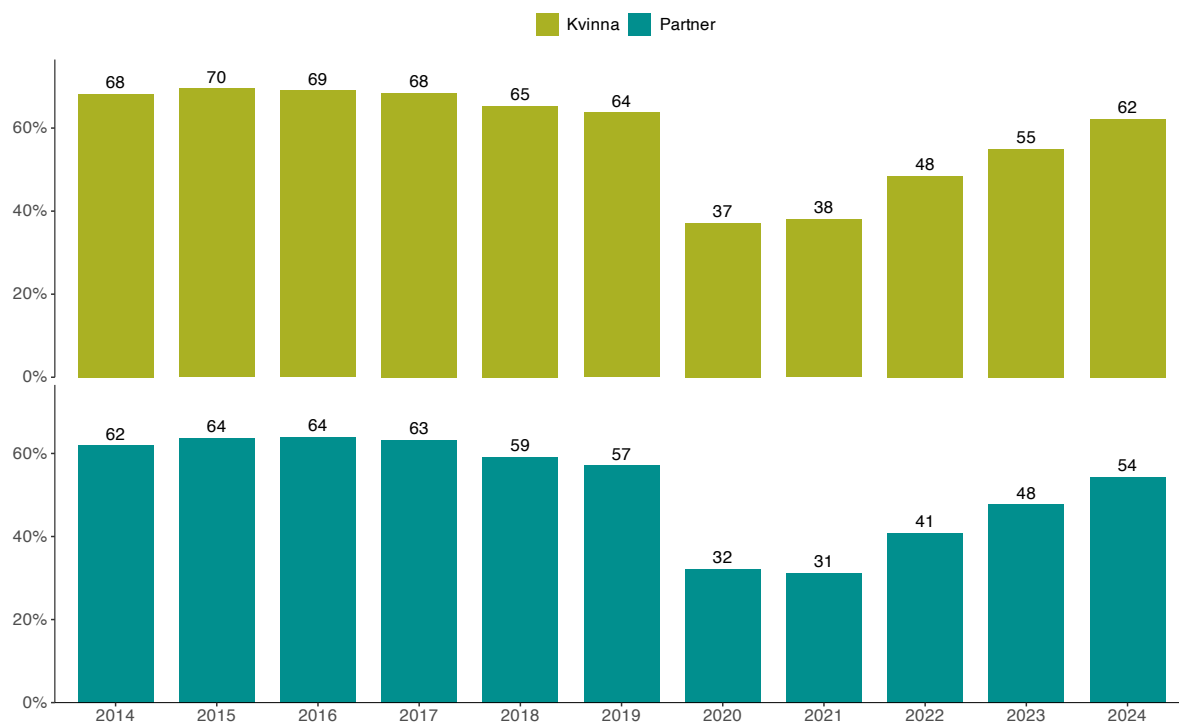
* Norrbotten: Inkluderar data till och med 2024-11-23.

Av de som fått behandling för psykisk ohälsa under sin graviditet har något fler fått enbart psykologisk behandling men det varierar stort mellan regionerna. Ungefär en tredjedel har fått både medicinsk och psykologisk behandling.

Föräldraskapsstöd

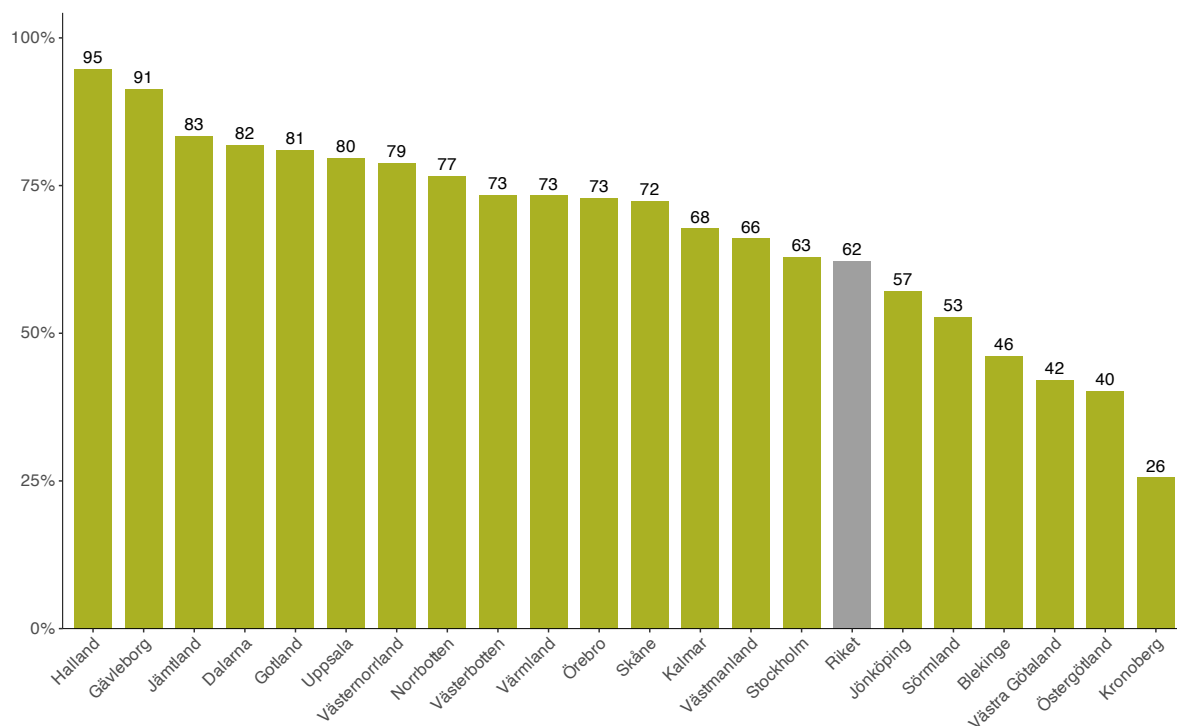
Föräldraskapsstöd med målet att stärka blivande föräldrar under graviditet, inför förlossningen och det blivande föräldraskapet är en del av mödrahälsovårdens uppdrag. Vilket föräldraskapsstöd som erbjuds och i vilken omfattning förstföderskor och deras partner deltagit varierar mycket stort mellan regionerna.

Diagram 34: Andel (%) blivande föräldrar (%) som deltagit i föräldraskapsstöd (förstföderskor och deras partner), år 2014-2024



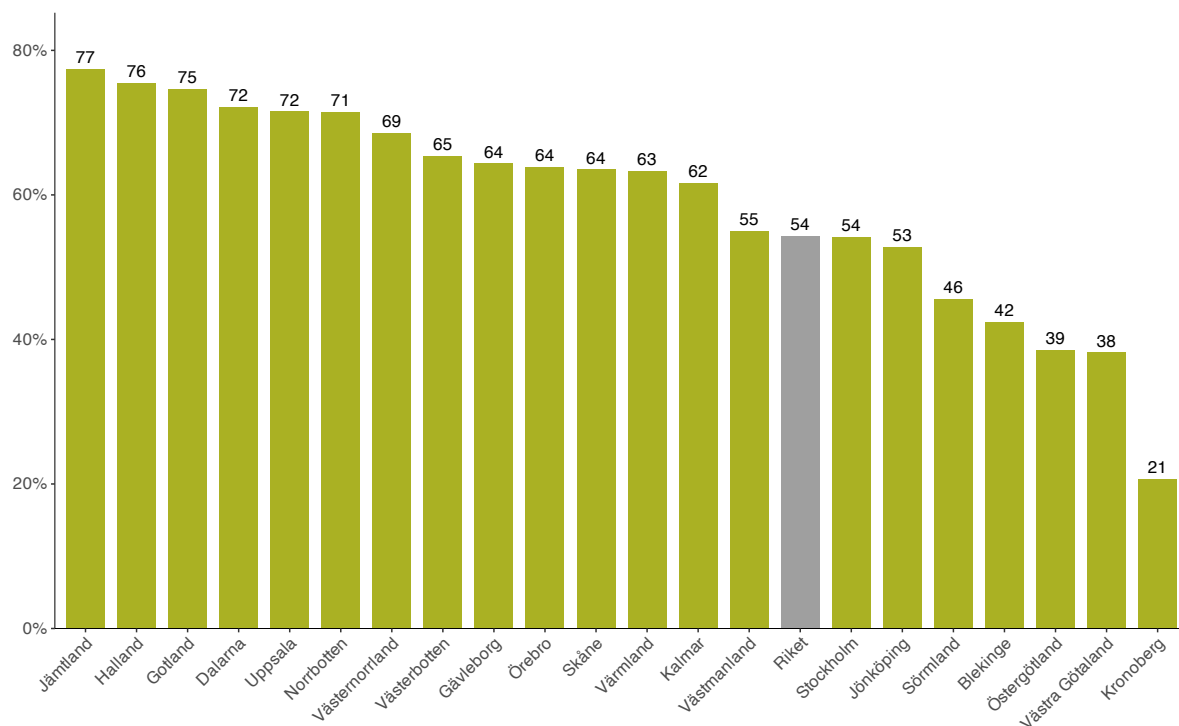
* Norrbotten: Inkluderar data till och med 2024-11-23.

Diagram 35: Andel (%) förstföderskor som deltagit i föräldraskapsstöd, per region 2024



* Norrbotten: Inkluderar data till och med 2024-11-23.

Diagram 36: Andel (%) partner till förstföderskor som deltagit i föräldraskapsstöd, per region 2024



* Norrbotten: Inkluderar data till och med 2024-11-23.

Föräldraskapsstödet kan erbjudas i olika former och möjlighet att delta i flera finns. Under 2024 hade 62% av landets förstföderskor deltagit i någon form av föräldraskapsstöd och av de olika föräldraskapsstöden som erbjuds är det endast 10% av andelen gravida i Sverige som deltagit i fysiskt sammanhållna grupper.

Tabell 6: Andel gravida (%) som deltagit i följande föräldraskapsstöd per region 2024

Region	Fysisk			Digital	
	Sammanhållen grupp*	Storgruppsföreläsningar**	Enskilt informationsstöd	Gruppträff	Enskilt föräldraskapsstöd
Halland			81	0,88	1,3
Gävleborg	5,9		66		9,0
Västernorrland	18	6,8	17	3,1	12
Jämtland	28	9,1		0,95	19
Uppsala	30	8,6	1,2	0,84	5,8
Dalarna	22	1,3	0,76	4,6	18
Skåne	16	9,7	5,8	6,4	7,4
Örebro	12	0,26	22	0,18	7,7
Norrbottn	25	6,3		0,49	9,9
Västmanland	14	0,83	4,6	0,48	21
Stockholm	4,3	17	4,3	7,7	6,2
Riket	10	9,7	7,9	5,2	6,0
Gotland	5,2	31		1,2	
Värmland	19	6,8		1,6	9,9
Västerbotten	27	0,50	1,9	1,4	4,3
Kalmar	25	2,8	0,36		3,3
Blekinge	11	16			1,7
Jönköping	20	3,8	0,82	0,66	2,1
Sörmland	7,1	6,9	1,0	8,8	3,2
Västra Götaland	0,52	12	2,3	9,8	1,1
Kronoberg	0,37	1,1	1,1		18
Östergötland	7,6	8,9	0,99	0,91	1,0

* Sammanhållen grupp motsvarar variablerna "Sammanhållen grupp med flera träffar" och "Mindre sammanhållen grupp"

** Föreläsningar motsvarar variablerna "Storgruppsföreläsning/ar" samt "Föreläsning med teman"

Norrbottn: Inkluderar data till och med 2024-11-23.

Vikt och viktutveckling under graviditet

Under perioden 2004–2024 ökade andelen vuxna (16–84 år) med övervikt och obesitas, från 46% till 54% i Sverige. Ökningen är störst i åldersgruppen 16–29 år där förekomsten av övervikt och obesitas ligger strax över 30% enligt Nationella folkhälsoenkäten, Folkhälsomyndigheten.

Även i Graviditetsregistret framkommer en ökning av andelen gravida med övervikt och obesitas. Med ökande Body Mass Index (BMI) ökar risken för komplikationer under graviditeten som missfall, blodpropp, graviditetsdiabetes, havandeskapsförgiftning eller högt blodtryck. För tidig förlossning, kejsarsnitt och stor blödning i samband med förlossningen ökar också med stigande BMI.

Barnets födelsevikt är direkt korrelerad till moderns BMI. För barnet finns det ökade risker för vissa missbildningar, att barnet dör i magen under graviditeten samt sjuklighet före, under och kort efter förlossningen om det föreligger övervikt och obesitas hos den gravida. Riskerna ökar successivt med stigande BMI. Gravida med högt BMI behöver därför extra uppmärksamhet under graviditeten för att, om möjligt, förebygga och i tid upptäcka eventuella komplikationer men också för att främja hälsosamma levnadsvanor.

Även gravida kvinnor med undervikt har ökad risk för komplikationer som för tidig förlossning och att barnet har låg födelsevikt (<2 500g).

För indelning i BMI-klasser i detta avsnitt användes WHO:s definitioner:

- undervikt (BMI < 18,5 kg/m²)
- normalvikt (BMI 18,5–24,9 kg/m²)

- övervikt (BMI 25,0–29,9 kg/m²)
- obesitas grad 1 (BMI 30,0–34,9 kg/m²)
- obesitas grad 2 (BMI 35,0–39,9 kg/m²)
- obesitas grad 3 (BMI >40,0 kg/m²)

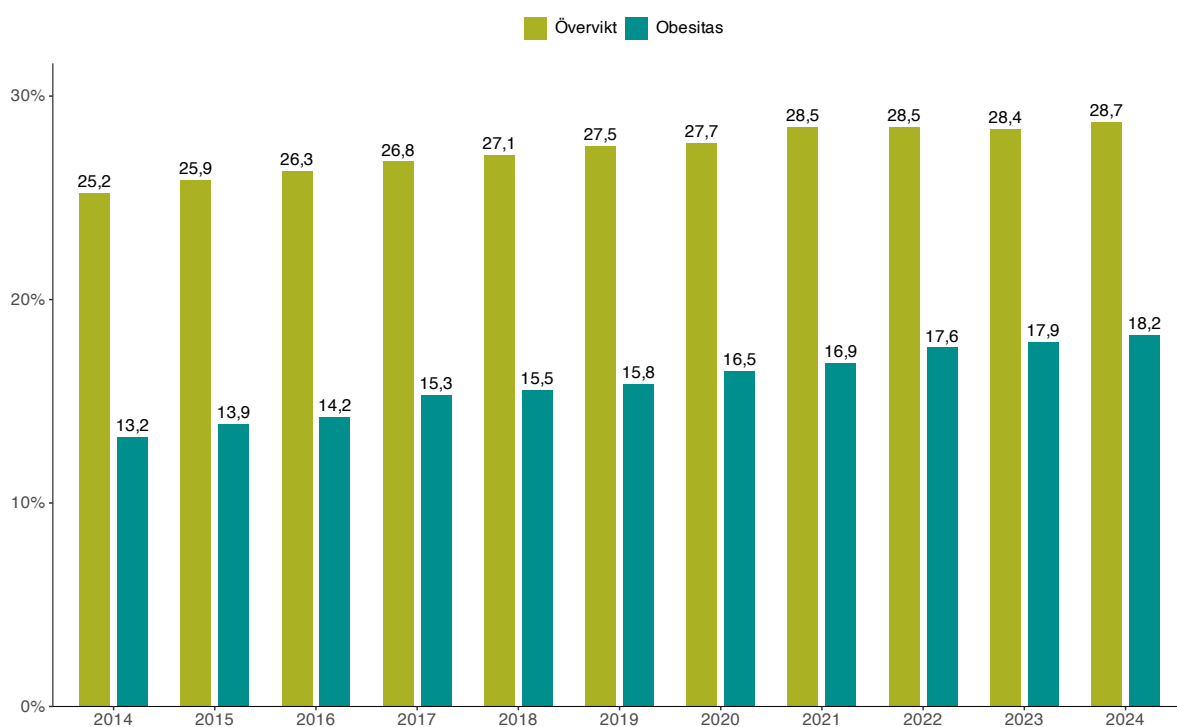
Alla regioner har vårdriktlinjer för gravida med övervikt och obesitas. Det som rekommenderas kan vara ett eller flera extra besök till barnmorska, ultraljud med tillväxtkontroll, läkarbesök för graviditetsplanering och remittering till dietist eller fysioterapeut.

BMI vid inskrivning inom Mödrahälsovård

Vid inskrivningen på barnmorskemottagningen under 2024 hade 29% av de gravida ett BMI som motsvarade övervikt och 18% ett BMI som motsvarade obesitas. Andel underviktiga gravida var 2%, vilket varit i stort sett oförändrat under de senaste åren.

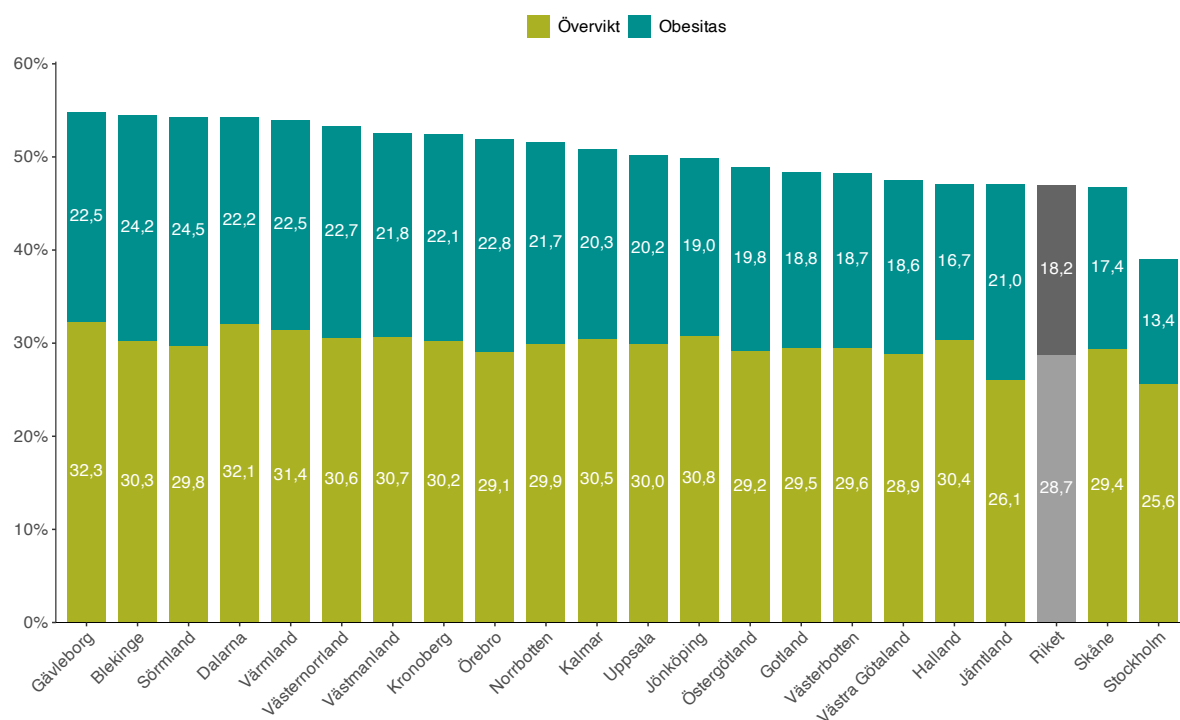
BMI skiljer sig mellan regioner och kvinnors bakgrundsfaktorer. Två exempel på det är att övervikt och obesitas är vanligare i glesbygd och hos kvinnor med lägre utbildningsnivå

Diagram 37: Andel (%) gravida med övervikt respektive obesitas under åren 2014-2024, riket



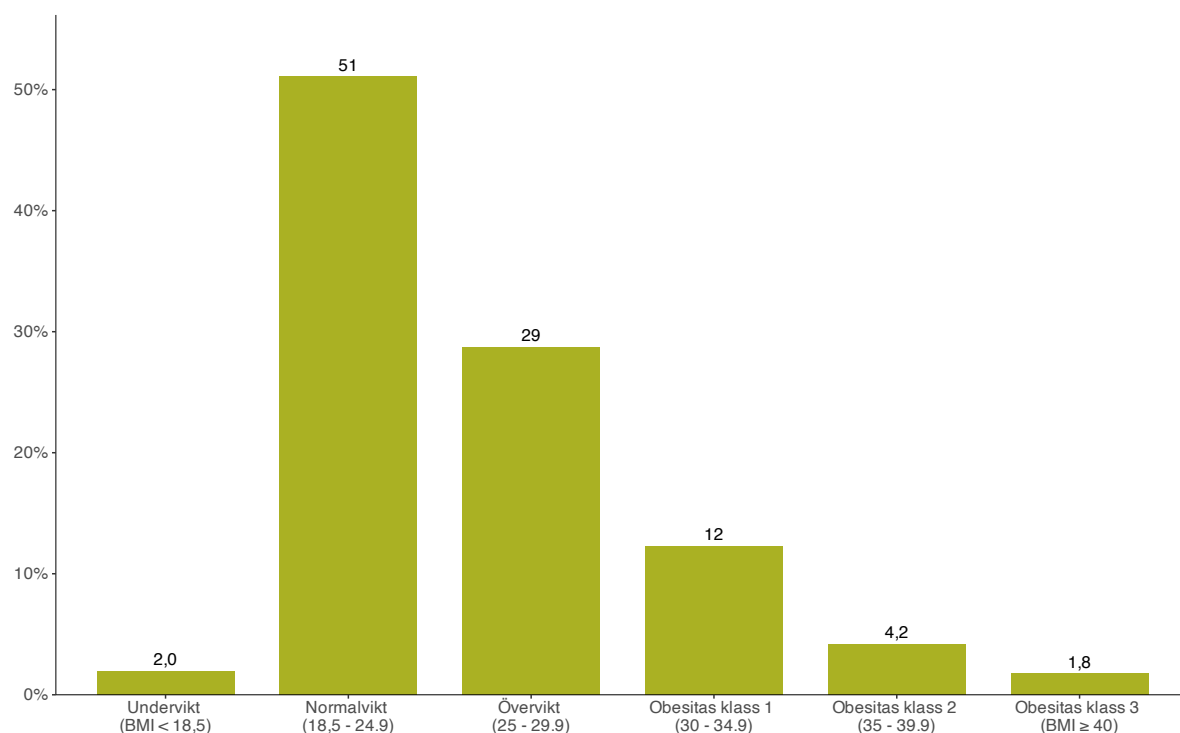
* Norrbotten: Inkluderar data till och med 2024-11-23.

Diagram 38: Andel (%) gravida med övervikt respektive obesitas, per region 2024



* Norrbotten: Inkluderar data till och med 2024-11-23.

Diagram 39: Andel (%) gravida per BMI-grupp, riket 2024



* Norrbotten: Inkluderar data till och med 2024-11-23.

Viktuppgång per BMI-grupp

De internationella rekommendationerna om lämplig viktuppgång under graviditet baseras på kvinnans BMI vid inskrivningen på mödrahälsovården. Underviktiga rekommenderas en större viktuppgång än kvinnor med övervikt och obesitas. Rekommendationerna håller på att revideras och flera studier visar att det är säkert för kvinnan och fostret i de högre BMI grupperna att sträva mot liten eller ingen viktuppgång.

Graviditetsdiabetes

Graviditetsdiabetes (GDM) innebär förhöjda blodsockervärden som uppstår och upptäcks under graviditeten. Diagnosen GDM leder för den gravida kvinnan till egenprovtagning av blodsockret, information och rekommendationer kring kost, livstil, motion samt utökade antal kontroller hos barnmorska och läkare i olika omfattning. Ofta är kostbehandling tillräcklig som behandling eller så krävs en läkemedelsbehandling som i de flesta fall kan avslutas i samband med förlossningen. Det finns ett samband mellan förhöjda blodsockervärden under graviditet och både kort- och långsiktiga risker för den gravida och barnet. På kort sikt föreligger risk för födelsevikt över 4 500 g, och ökad risk för kejsarsnitt. För barnet finns en ökad risk att drabbas av lågt blodsocker efter förlossningen vilket innebär att det rekommenderas utökade kontroller och provtagning på BB. Långsiktigt är GDM också en riskmarkör för att den gravida senare utvecklar diabetes mellitus typ 2. Det finns också en framtida ökad risk för obesitas hos barnet.

Diagnosen GDM definieras på olika sätt i landet. Diagnosen ställs i första hand med oral glukosbelastning, OGTT (Oral Glucose Tolerance Test). I en del fall används så kallad glukosprofil, där kvinnan med hjälp av en blodsockermätare själv mäter p-glukos upprepat under ett par dygn.

Kriterier för att erbjuda OGTT samt gränsvärden på p-glukos för att sätta diagnosen har varierat under åren både i Sverige och internationellt. Även behandlingsriktlinjer vid ställd diagnos skiljer sig åt mellan regionerna. Det betyder att sannolikheten för att en gravid ska få diagnosen GDM och eventuella åtgärder för hyperglykemi under graviditeten beror på var den gravida bor och söker hälsovård.

Ett nationellt arbete pågår angående både screening och indikationerna för behandling av GDM.

Sedan 2015 rekommenderar Socialstyrelsen följande definition för diagnos av GDM baserat på p-glukosvärden vid OGTT (venös provtagning):

- fastande $\geq 5,1$ mmol/l
- 1 timme efter 75 g glukosbelastning $\geq 10,0$ mmol/l
- 2 timmar efter 75 g glukosbelastning $\geq 8,5$ mmol/l

Under 2024 var det 7 av 21 regioner som använde venöst faste-p-glukos 5,1 mmol/L som gränsvärde för GDM-diagnos och 9 av 21 regioner använde gränsvärdet p-glukos 8,5 mmol/L vid 2 timmar efter OGTT.

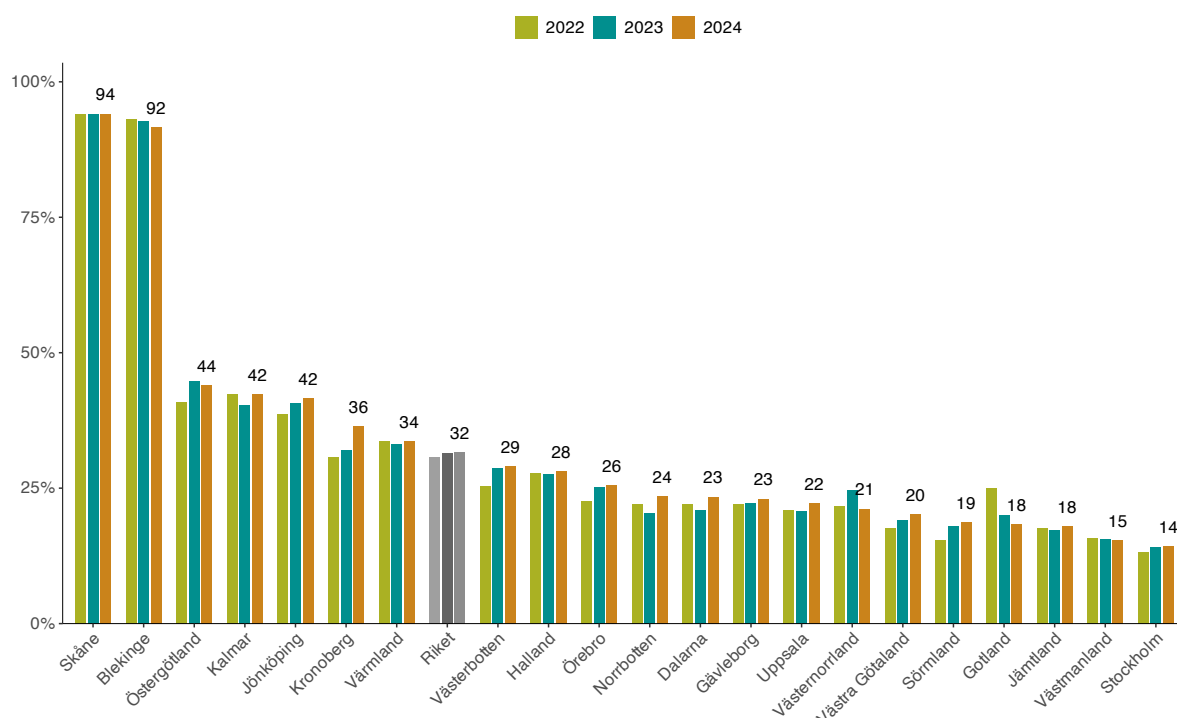
Tabell 7: Gränsvärden (p-glukos, mmol/L) för diagnos graviditetsdiabetes, baserat på oral glukosbelastning, per region 2024.

Region	Fastevärde	1-timmarsvärde	2-timmarsvärde
Gotland	5,1	10	8,5
Halland	5,1	10	8,5
Stockholm	5,1	10	8,5
Värmland	5,1	10	8,5
Västmanland	5,1	10	8,5
Örebro	5,1	10	8,5
Jönköping	5,1		8,5
Östergötland	5,3		9,4
Dalarna	5,4		8,5
Gävleborg	6,5		9,0
Kalmar	7,0		8,5
Sörmland	7,0		9,0
Uppsala	7,0		9,0
Jämtland/Härjedalen	7,0		10
Kronoberg	7,0		10
Norrbottn	7,0		10
Skåne	7,0		10
Västerbotten	7,0		10
Västernorrland	7,0		10
Västra Götaland	7,0		10

* Gränsvärde (p-glukos, mmol/L) för diagnos graviditetsdiabetes, baserat på oral glukosbelastning, per region 2024.

Under 2024 genomgick 32% av de gravida i Sverige OGTT under graviditeten, men skillnaden mellan regionerna var uttalad (14 – 94%). Region Skåne och Region Blekinge erbjuder alla gravida OGTT, medan övriga regioner erbjuder OGTT vid förekomst av olika riskfaktorer, som till exempel högt BMI (>30), tidigare GDM, tidigare stort barn, ärftlighet eller accelererande fostertillväxt.

Diagram 40: Andel (%), gravida som genomgått glukosbelastning, per region, 2020-2024

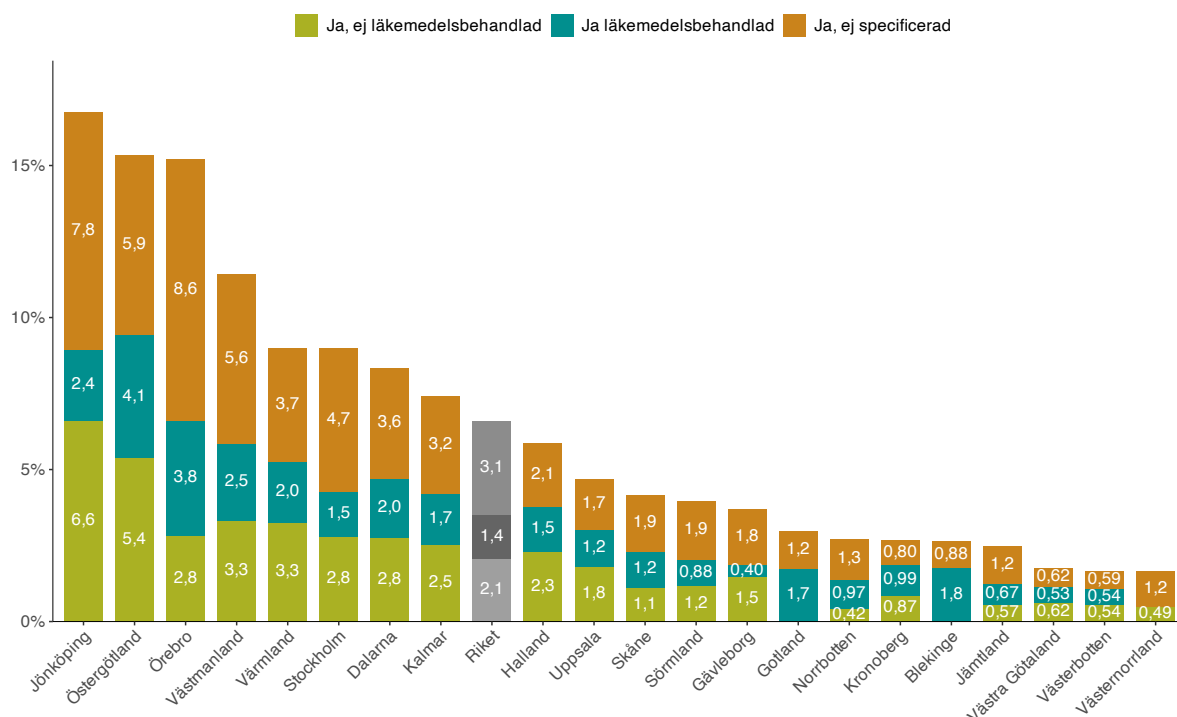


* Norrbotten: Inkluderar data till och med 2024-11-23.

Andelen gravida som fått diagnosen GDM skiljer sig åt med stora skillnader mellan regionerna (1,6-17% totalt under 2024). Sannolikt beror det främst på skillnader i screeningmetoder, arbetssätt och definitioner av GDM. Men det finns också regionala skillnader vad gäller hur många som har riskfaktorer i befolkningen.

Här ses diagnosen GDM uppdelad i andelen kost- respektive läkemedelsbehandlad per region. En stor andel anges ospecificerad och det beror på att frågan angående specifik behandling infördes först i juli 2024.

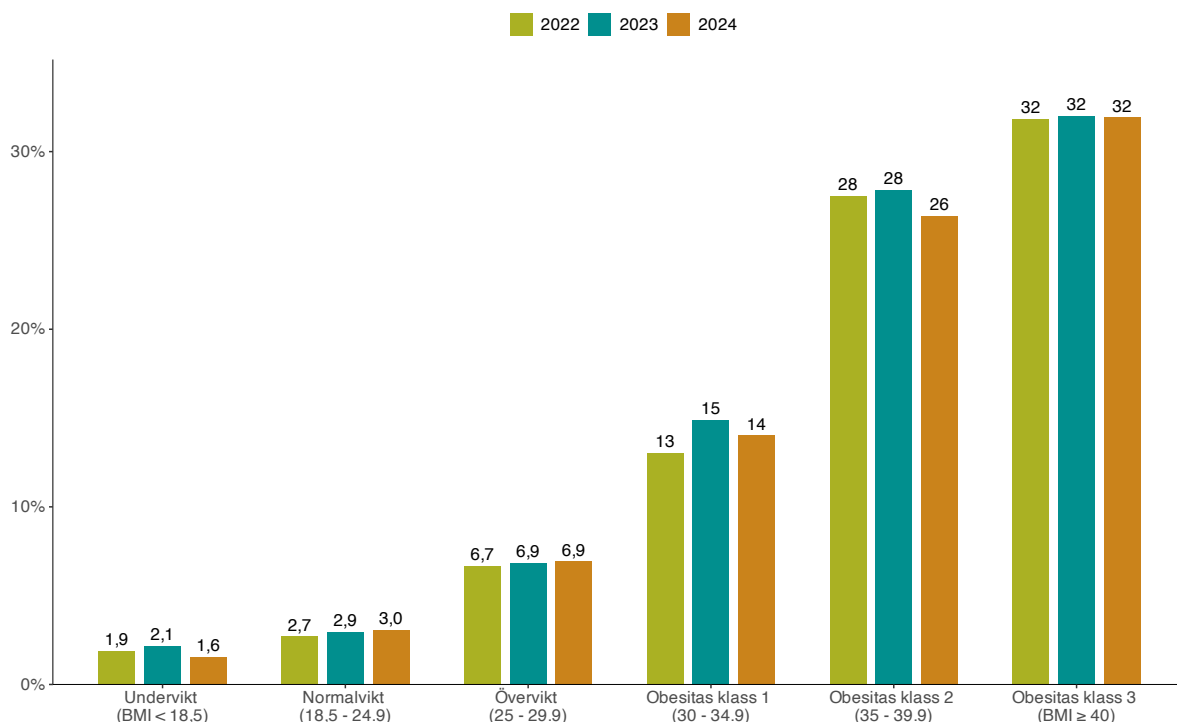
Diagram 41: Andel (%) gravida som diagnostiserats med graviditetsdiabetes som, per region 2024



* Norrbotten: Inkluderar data till och med 2024-11-23.

En stark riskfaktor för GDM är övervikt och obesitas. Under 2024 diagnostiserades 3,0% av normalviktiga gravida i Sverige med GDM, medan motsvarande siffra för gravida med BMI ≥ 40 var 32%, dock kan den stora skillnaden till viss del bero på att av gravida med ett BMI > 40 screenas i större utsträckning med OGTT.

Diagram 42: Andel (%) gravida som diagnostiserats med graviditetdiabetes fördelat på BMI-grupp, 2022-2024

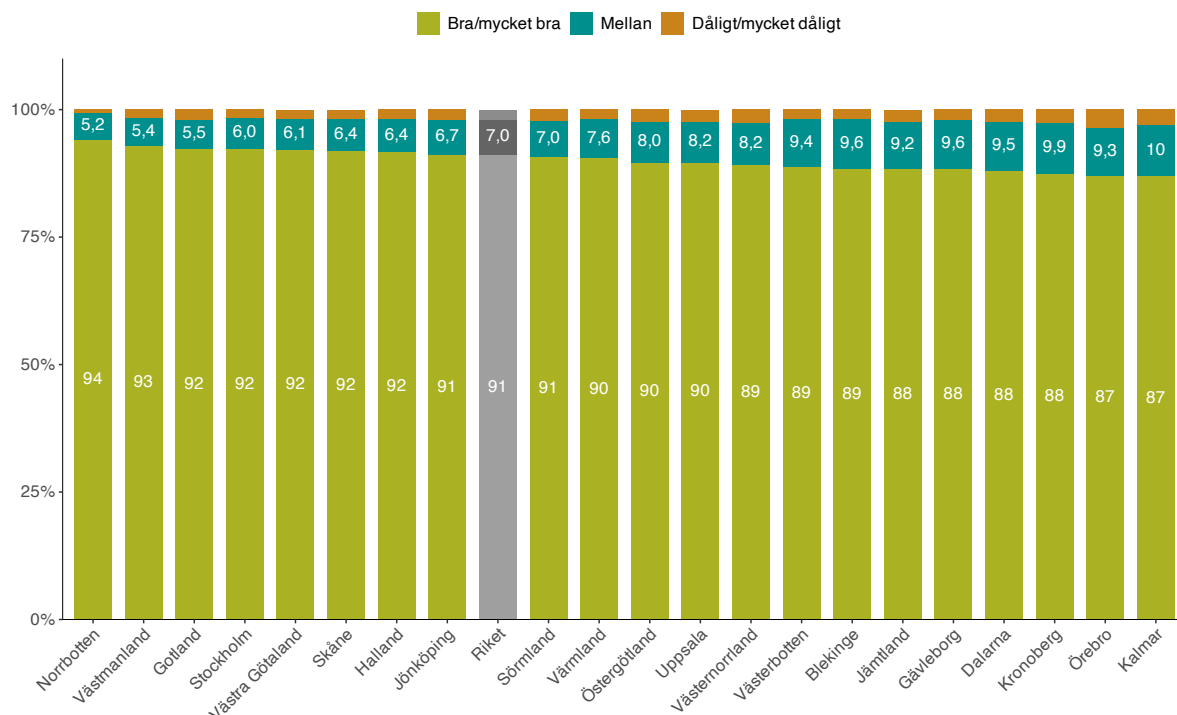


* Norrbotten: Inkluderar data till och med 2024-11-23.

Självskattad hälsa

Det självskattade allmänna hälsotillståndet speglar individens egen uppfattning om sin hälsa. Måttet har visats ha betydelse för att kunna förutsäga en persons framtida hälsa, både fysiskt och psykiskt. Självskattad hälsa anges på en skala från 1 (mycket dåligt) till 5 (mycket bra). Barnmorskan ber kvinnan att skatta sin hälsa vid inskrivningsbesöket (gällande tiden innan graviditeten) samt vid eftervårdsbesöket (gällande sitt mående tiden under graviditeten, samt just då, vid tiden för eftervårdsbesöket) och uppgifterna matas in manuellt i Graviditetsregistret. I genomsnitt skattade 91% av de gravida sin hälsa före graviditeten som mycket bra eller bra under 2024, även om det finns skillnader mellan regionerna. Dessa skillnader är svåra att förklara. Förutom att det kan vara en sann skillnad i måendet kan det också till exempel bero på tradition hur barnmorskan ställer frågan eller hur personer i regionen skattar bra respektive dålig hälsa.

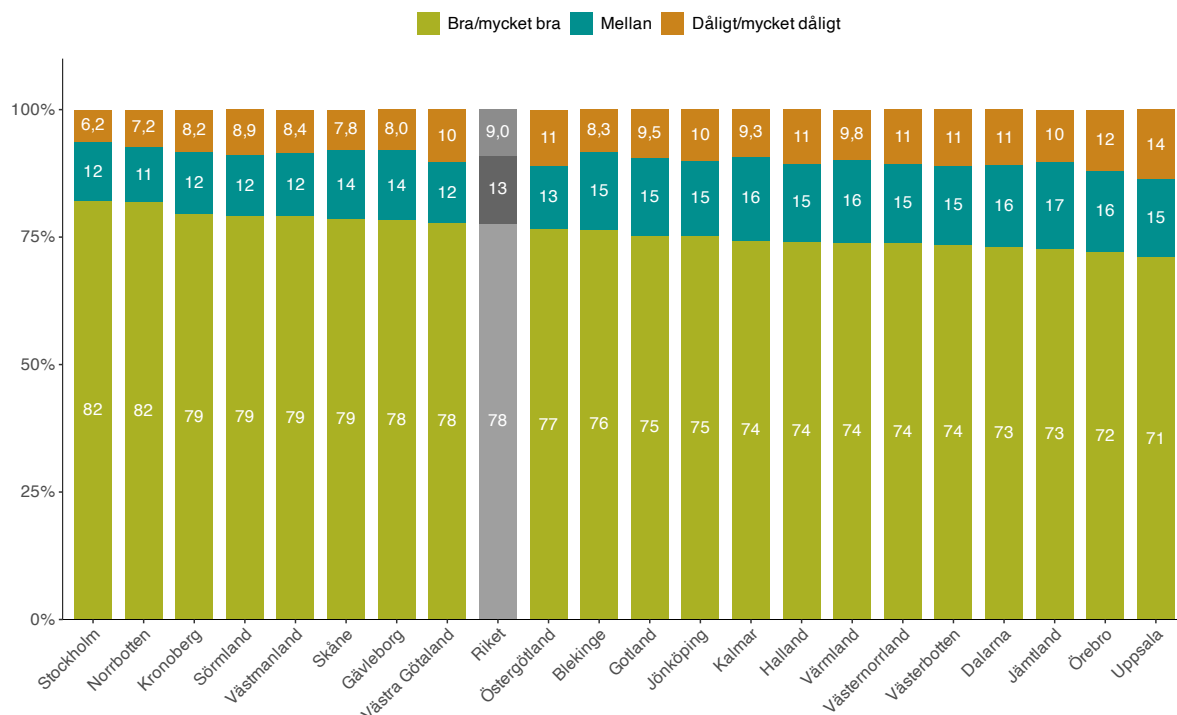
Diagram 43: Fördelning av självskattad hälsa före graviditeten, per region 2024



* Norrbotten: Inkluderar data till och med 2024-11-23.

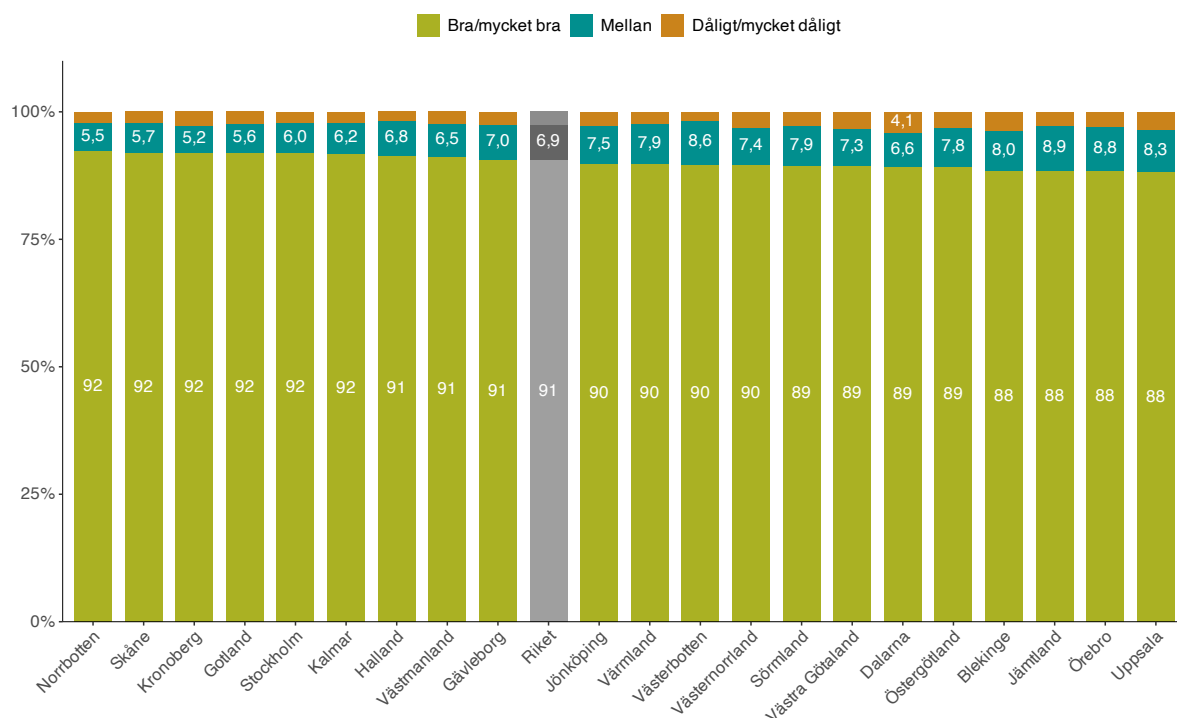
Betydligt fler gravida får medicinsk och psykologisk hjälp mot psykisk ohälsa än de som uppger att de mår dåligt/mycket dåligt under graviditeten. Andelen som uppgav att de mår dåligt/mycket dåligt var betydligt högre under graviditeten (9%) än efter graviditeten (2,6%) under 2024. Även under och efter graviditeten var det skillnader mellan regionerna.

Diagram 44: Fördelning av självskattad hälsa under graviditeten, per region 2024



* Norrbotten: Inkluderar data till och med 2024-11-23.

Diagram 45: Fördelning av självskattad hälsa efter graviditeten, per region 2024



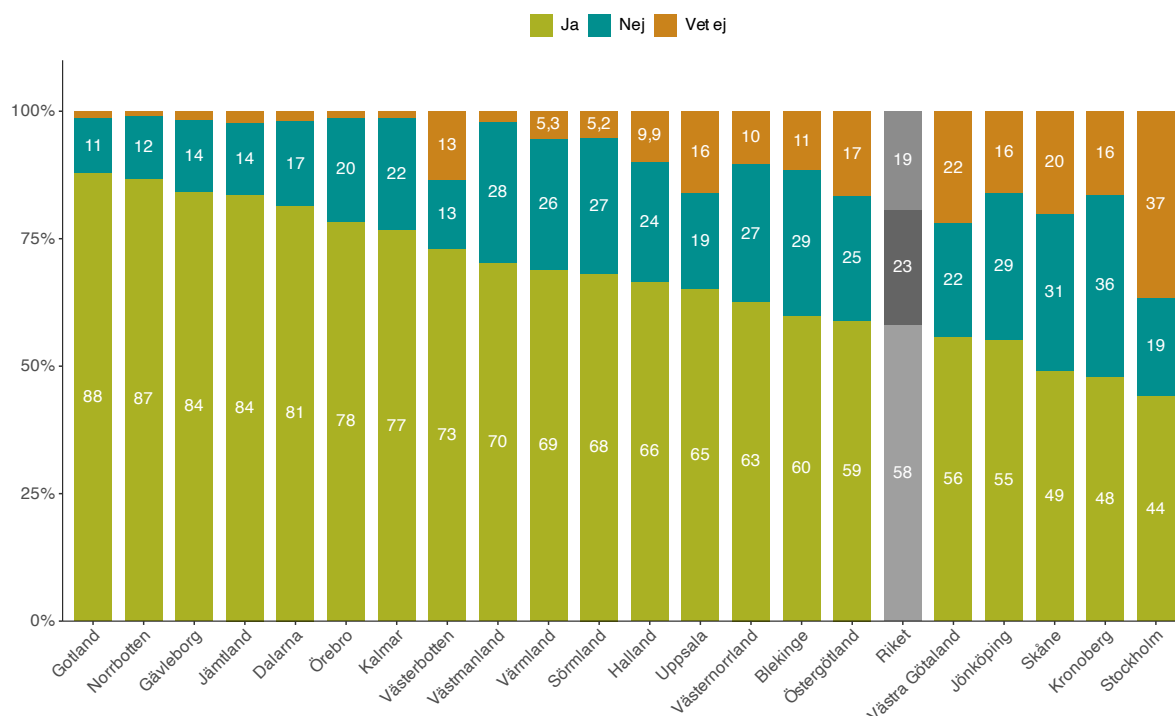
* Norrbotten: Inkluderar data till och med 2024-11-23.

Vaccinationer under graviditet

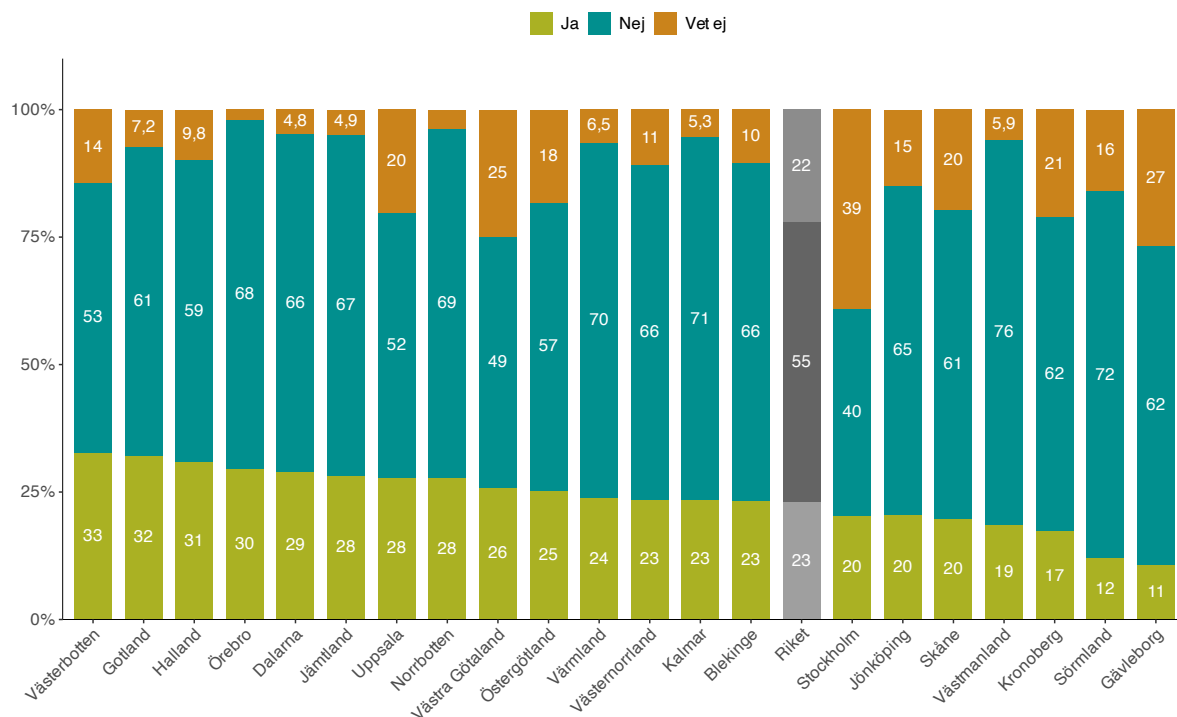
De vaccinationer som rekommenderas av Folkhälsomyndigheten under graviditet är mot säsongsinfluensa, kikhosta samt Covid-19. Vaccination mot Covid-19 registreras i Nationella vaccinationsregistret (NVR) till skillnad från vaccination mot kikhosta och säsongsinfluensa. Graviditetsregistret utgör därmed den enda källan för att följa vaccinationstäckningen mot kikhosta och säsongsinfluensa bland gravida i Sverige. Barnmorskan på mödrahälsovården behöver fråga kvinnan om eventuella vaccinationer under graviditeten för att kunna registrera manuellt i registret. Åtgärden kan betraktas som tidskrävande, vilket återspeglas i både bortfall och en hög andel svarsalternativet "Vet ej" i flera regioner. Önskvärt vore att registreringen primärt kunde göras i NVR.

Andel gravida som vaccinerade sig mot kikhosta var 38% år 2023. För 2024 hade andelen gravida som vaccinerat sig mot kikhosta ökat till 58%.

Diagram 46: Vaccination mot kikhosta, per region 2024



* Norrbotten: Inkluderar data till och med 2024-11-23.

Diagram 47: Vaccination mot influensa, per region 2024

* Norrbotten: Inkluderar data till och med 2024-11-23.

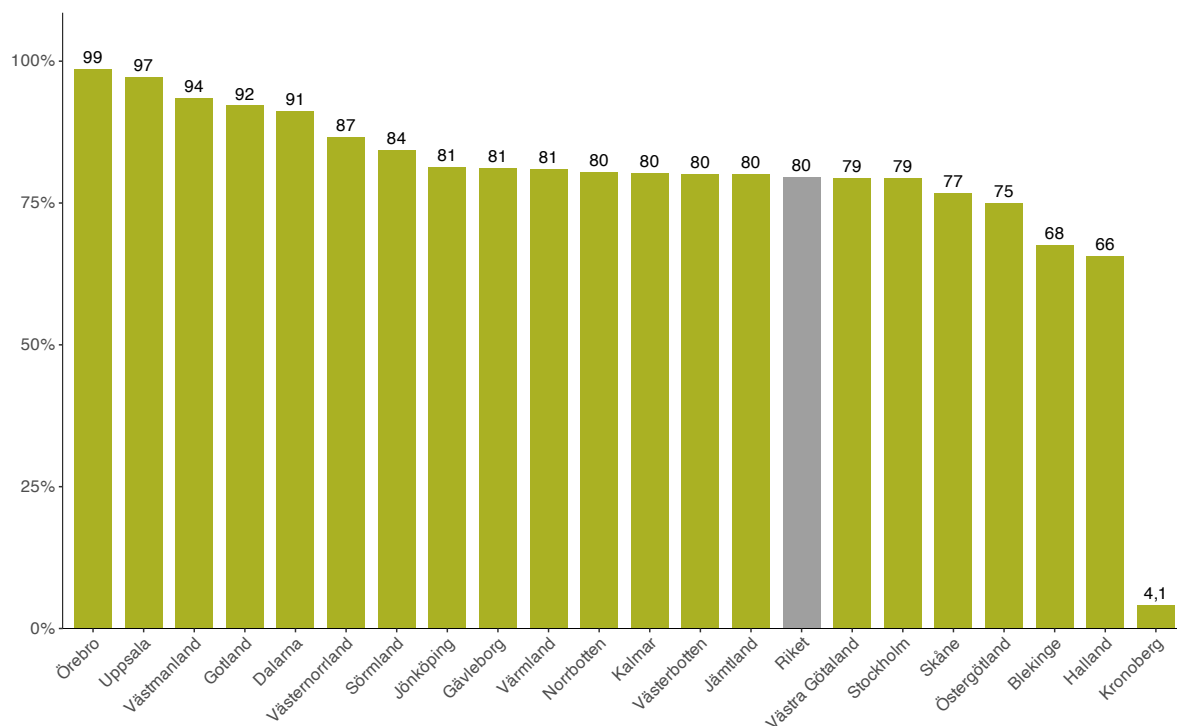
Tidig uppföljning och eftervårdsbesök

Tidig uppföljning

Alla regioner utom Kronoberg har infört riktlinjer för tidig uppföljning och rådgivning inom tre veckor efter förlossningen, som ett komplement till eftervårdsbesöket (se beskrivning nedan). Åtgärden bygger på Socialstyrelsens kunskapsstöd från 2022 och syftar även till att möta resultat från Graviditetsenkäten, där en stor andel kvinnor angett osäkerhet kring vart de skall vända sig med fysiska och psykiska besvär efter förlossningen. Andelen kvinnor som har fått någon form av tidig uppföljning har ökat med 10 procentenheter sedan 2023 och låg 2024 på 80%.

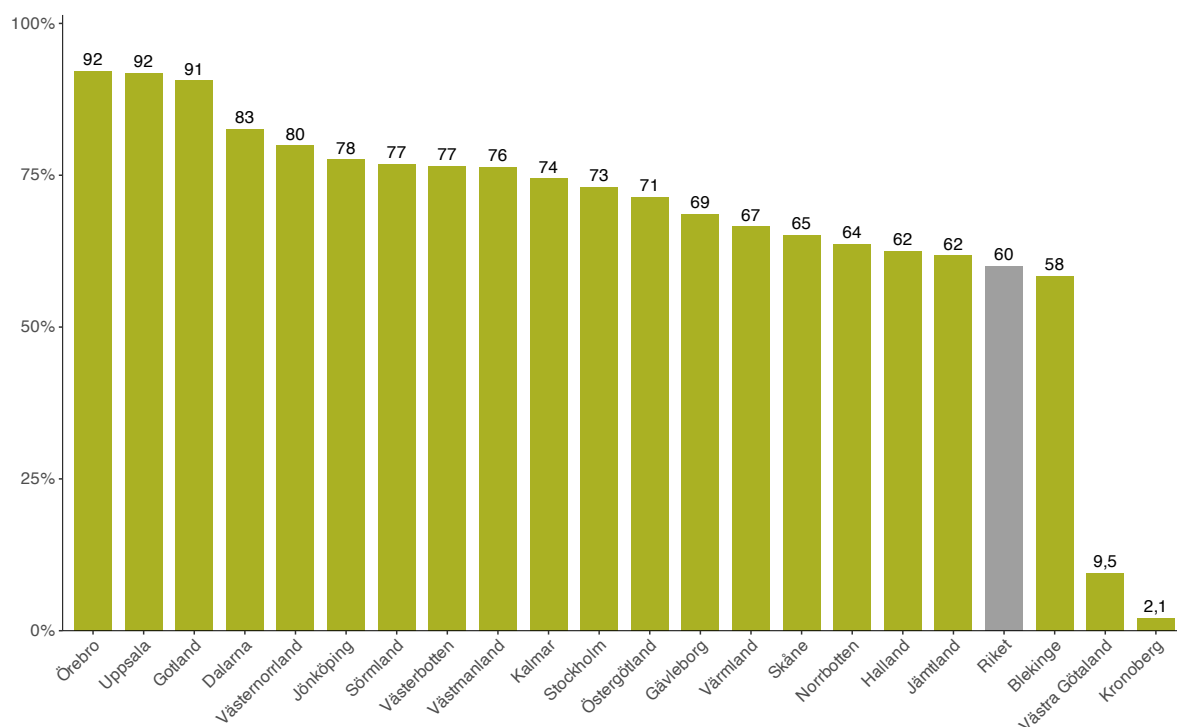
Tidig uppföljning utformas i nuläget på olika sätt, telefonkontakt, fysiskt, digitalt besök eller hembesök. Flera kontakter kan också förekomma.

Diagram 48: Andel (%) som fått någon form av tidig eftervård per region, 2024



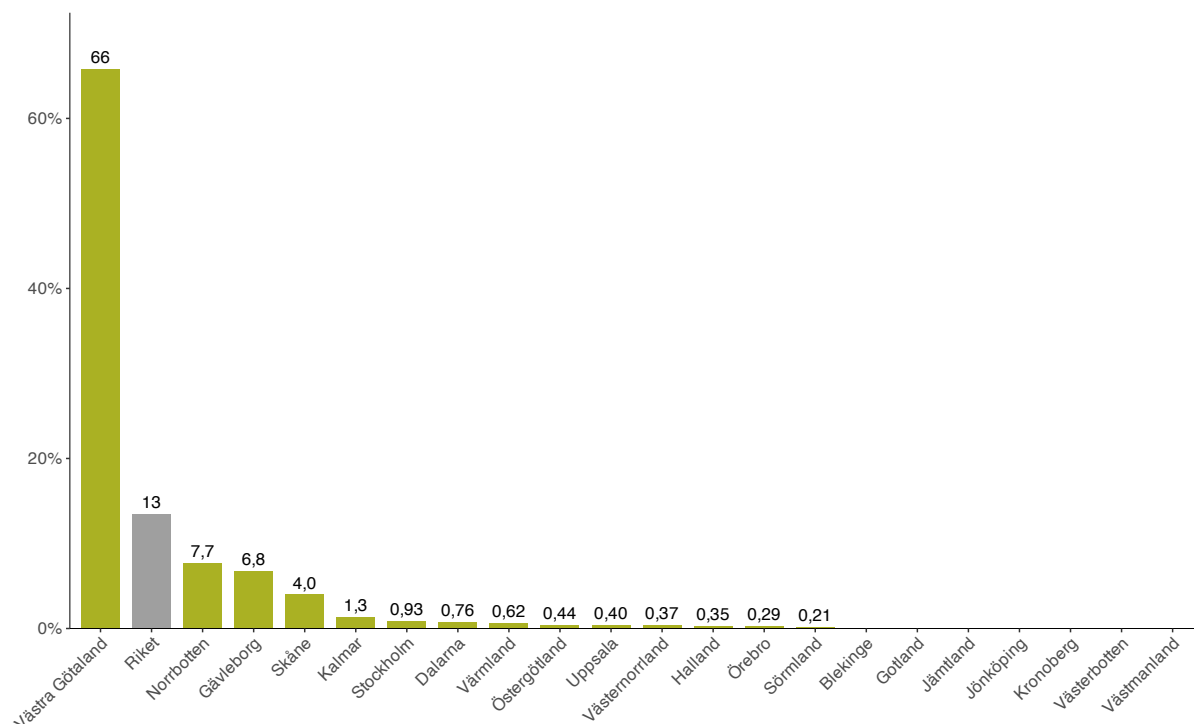
* Norrbotten: Inkluderar data till och med 2024-11-23.

Diagram 49: Andel (%) som fått telefonuppföljning, per region 2024



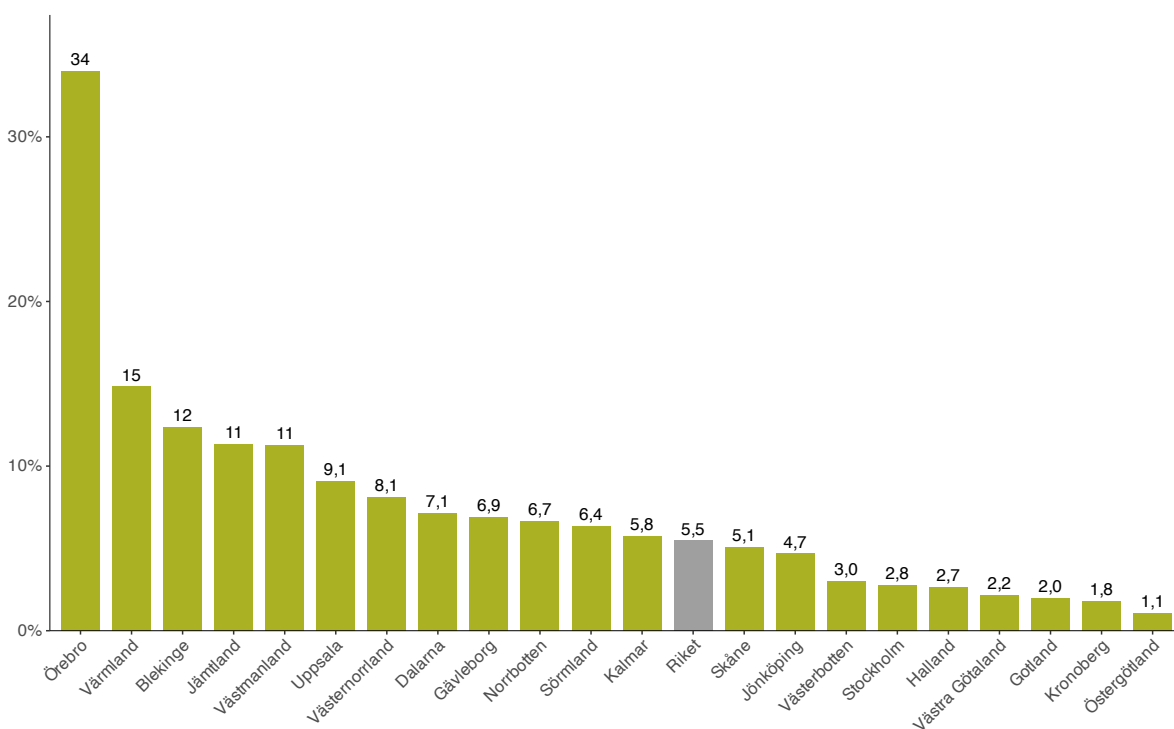
* Norrbotten: Inkluderar data till och med 2024-11-23.

Diagram 50: Andel (%) som fått digitalt vårdmöte, per region 2024



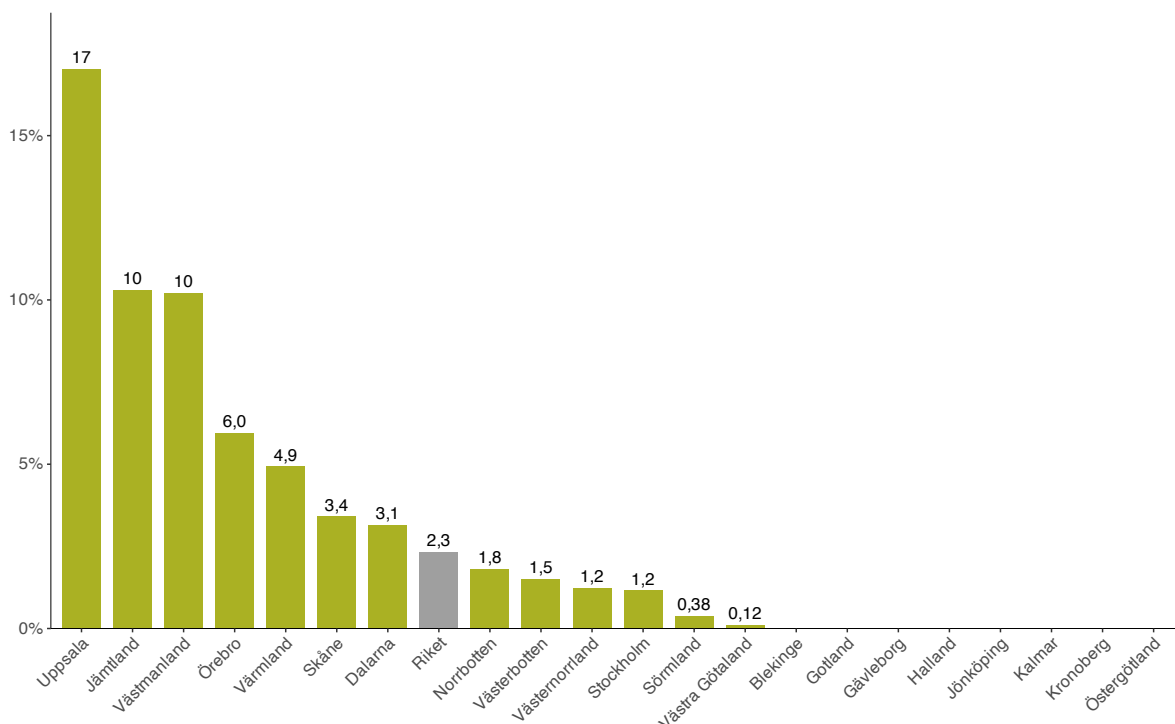
* Norrbotten: Inkluderar data till och med 2024-11-23.

Diagram 51: Andel (%) som fått mottagningsbesök, per region 2024



* Norrbotten: Inkluderar data till och med 2024-11-23.

Diagram 52: Andel (%) som fått hembesök, per region 2024



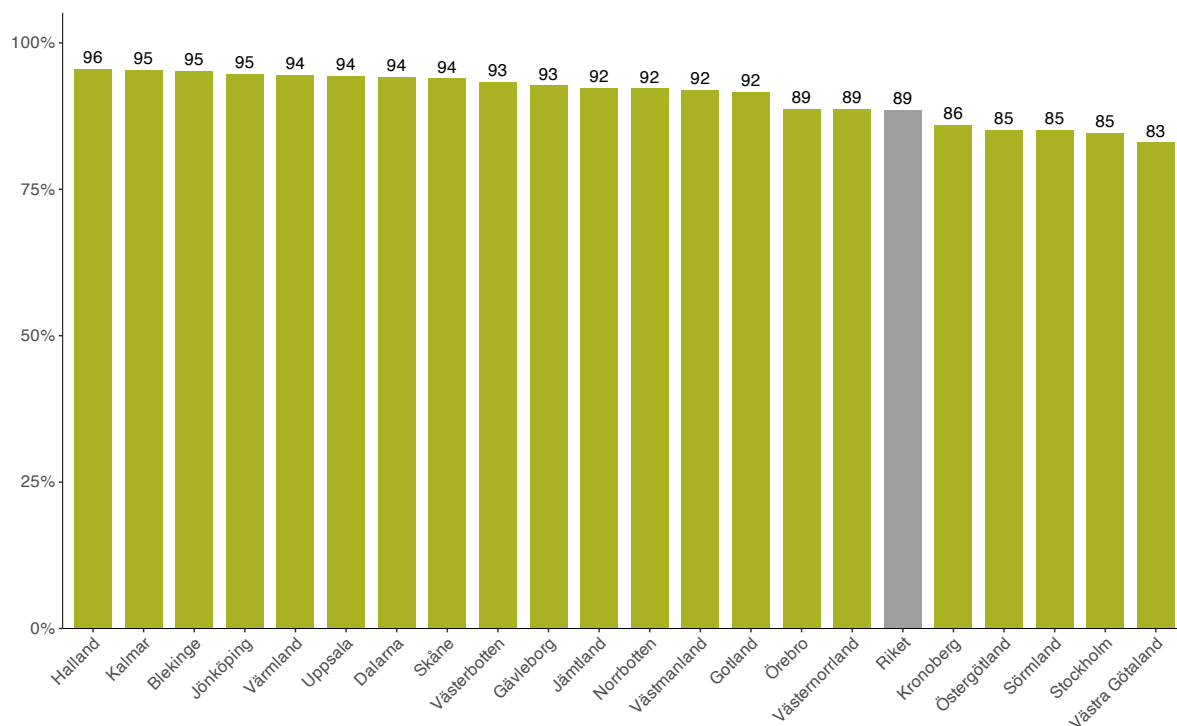
* Norrbotten: Inkluderar data till och med 2024-11-23.

Eftervårdsbesök

En väl fungerande vårdkedja mellan mödrahälsovård, förlossningsklinik och barnhälsovård är nödvändig för att de nyblivna föräldrarna ska kunna erbjudas bra stöd och uppföljning. Eftervården har sedan ett flertal år uppmärksamats, brister har identifierats och behovet av uppföljning ur olika aspekter har betonats, vilket har gett upphov till omfattande förbättringsarbeten. Under 2022 publicerade Socialstyrelsen Kunskapsunderlag för nationellt basprogram för graviditetsövervakning - Graviditet, förlossning och tiden efter.

Andel eftervårdsbesök hos barnmorska har ökat genom åren, från 74% år 2014 till 89% år 2024. Läkargesök efter förlossningen registreras inte i Graviditetsregistret.

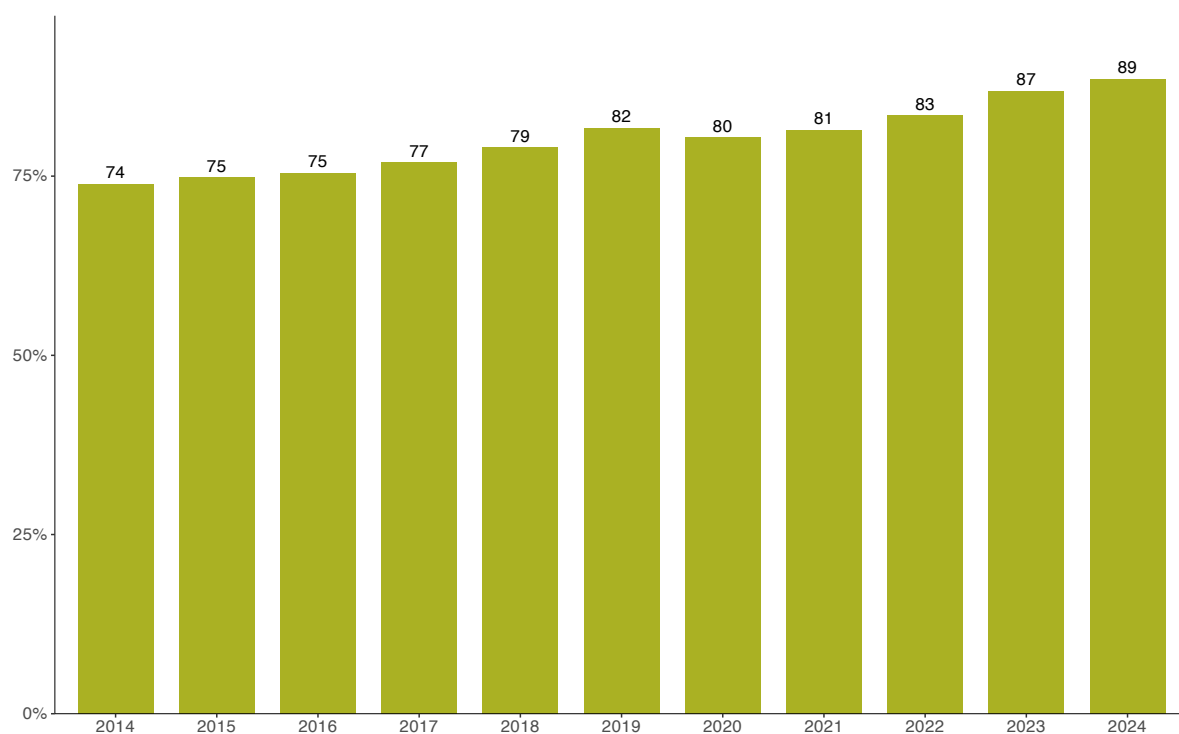
Diagram 53: Andel (%) som kom på eftervårdsbesök, per region 2024



* Norrbotten: Inkluderar data till och med 2024-11-23.

Det nationella målvärdet för andelen kvinnor som kommer på eftervårdsbesök är 90% och nåddes av 14 regioner under 2024.

Diagram 54: Andel (%) eftervårdsbesök per år, riket 2014-2024



* Norrbotten: Inkluderar data till och med 2024-11-23.

Eftervårdsbesöket som erbjuds 4-16 veckor efter förlossningen innehåller:

- samtal om kvinnans och partners förlossningsupplevelse
- uppföljning av tidigare samtal om levnadsvanor, såsom alkohol, tobak/nikotin, mediciner, vikt, matvanor och motion
- preventivmedelsrådgivning
- gynekologisk undersökning (inspektion av slemhinnor och eventuella bristningar samt utvärdering av bäckenbotten och knipförmåga) och instruktion kring bäckenbottenträning
- kontroll av blodtryck, blodvärde, vikt, urinprov
- amnings-/uppfödningsstöd
- utvärdering av psykiskt hälsotillstånd

I tabellen nedan visas sociodemografiska bakgrundsfaktorer relaterade till eftervårdsbesöket 2024.

Förstföderskor var mer benägna än omföderskor att komma på eftervårdsbesök. I den yngre åldersgruppen kom färre till eftervårdsbesök än genomsnittet. En större andel med högskole- eller universitetsutbildning kom på eftervårdsbesök jämfört med kvinnor med lägre utbildningsnivå. Kvinnor födda utanför Norden kom i lägre grad på eftervårdsbesök jämfört med de som var födda inom Norden. Dessa siffror är dock inte justerade för andra bakgrundsfaktorer.

Tabell 8: Eftervårdsbesök uppdelat på bakgrundsfaktorer, riket 2024

Bakgrundsfaktor	Antal	(%)
Förstföderska	33558	91
Omföderska	40819	86
< 20 år	266	80
20-24 år	5084	88
25-29 år	18824	90
30-34 år	30864	89
35-39 år	15706	87
≥ 40 år	3607	86
Ingen eller skolgång kortare än 9 år	767	84
Grundskola	3237	82
Upp till och med gymnasium	21807	87
Universitet eller högskola	43901	91
Födelseland, Norden	54867	91
Födelseland, övriga länder	14007	81

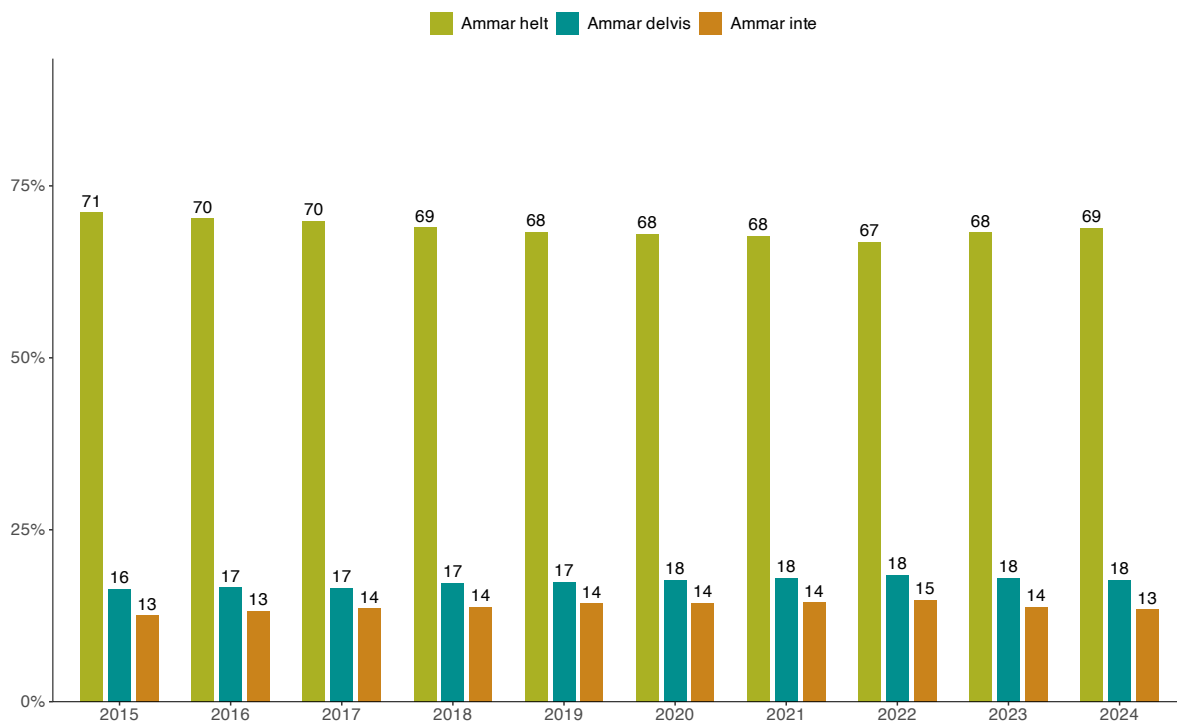
Amning fyra veckor efter förlossning

Amning betraktas som en global folkhälsofråga och fungerar som en viktig indikator för att främja hälsa hos både barn och kvinnor ur ett befolkningsperspektiv. Ett aktivt arbete med att stödja och främja amning är därför ett strategiskt uppdrag för hela vårdkedjan, i linje med målet god och jämlik hälsa.

I Graviditetsregistret registreras uppgiften ”amning vid fyra veckor efter förlossningen” i samband med eftervårdsbesöket hos barnmorska i mödrahälsovården. För de kvinnor som inte genomfört detta besök saknas uppgiften.

Det är sedan tidigare känt att de som inte ammar kommer i lägre utsträckning på eftervårdsbesök. Trots att andelen som genomfört eftervårdsbesök har ökat med 14% mellan 2015 och 2024 så har amningsfrekvensen under samma period i stort sett förblivit oförändrad.

Diagram 55: Andel (%) amning fyra veckor efter förlossning, riket 2015-2024

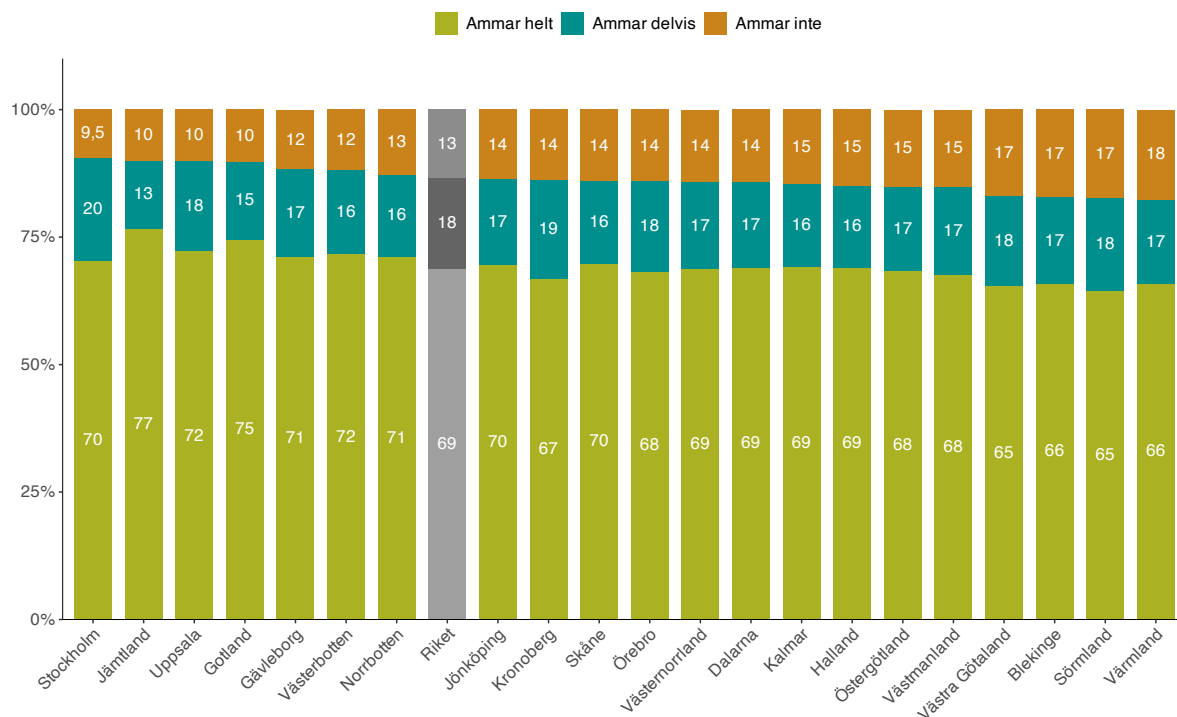


* Norrbotten: Inkluderar data till och med 2024-11-23.

Regionala skillnader i amningsfrekvens

Högst andel ammande (hel- och delvisamning sammanslaget) fyra veckor efter förlossningen hade Stockholm med 90% och lägst andel ammande hade Värmland med 83%.

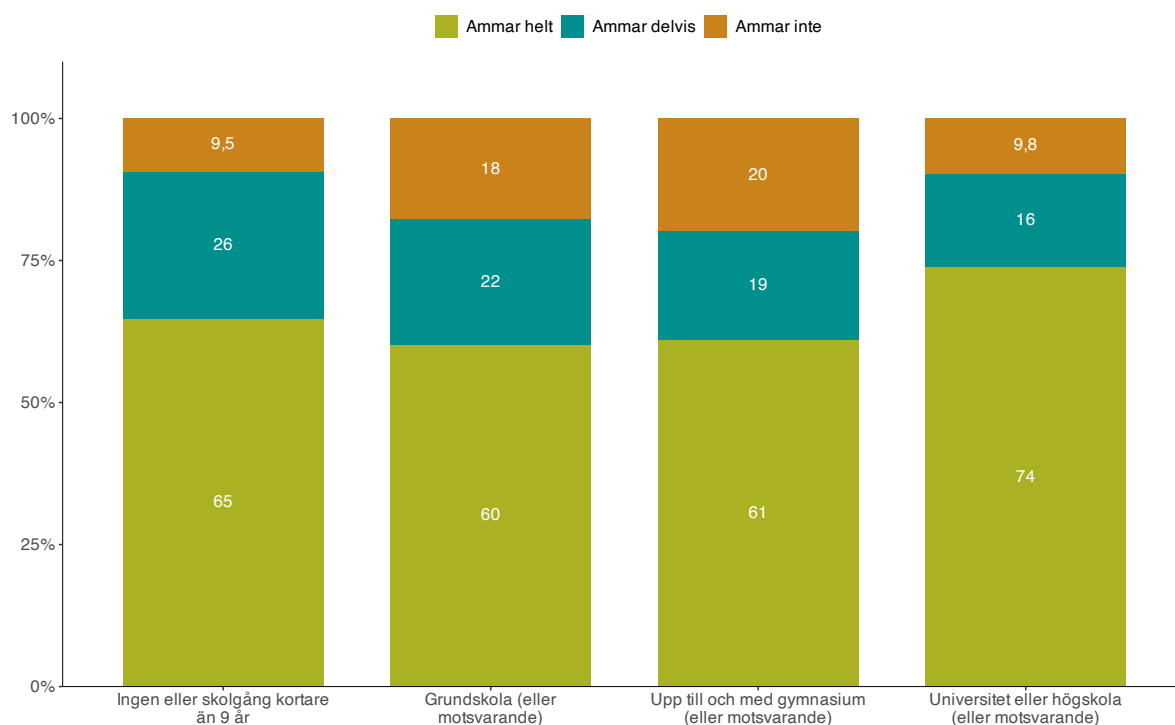
Diagram 56: Amning fyra veckor efter förlossning (av de som gjort eftervårdsbesök), per region, 2024



* Norrbotten: Inkluderar data till och med 2024-11-23.

Amningsfrekvens och utbildningsnivå

Vid redovisning av amningsfrekvens fyra veckor efter förlossning kopplat till utbildningsnivå så framträder vissa skillnader. För att tolka resultaten korrekt bör hänsyn tas till variationer i andelen som genomfört eftervårdsbesök.

Diagram 57: Fördelning av amning per utbildningsnivå, riket 2024

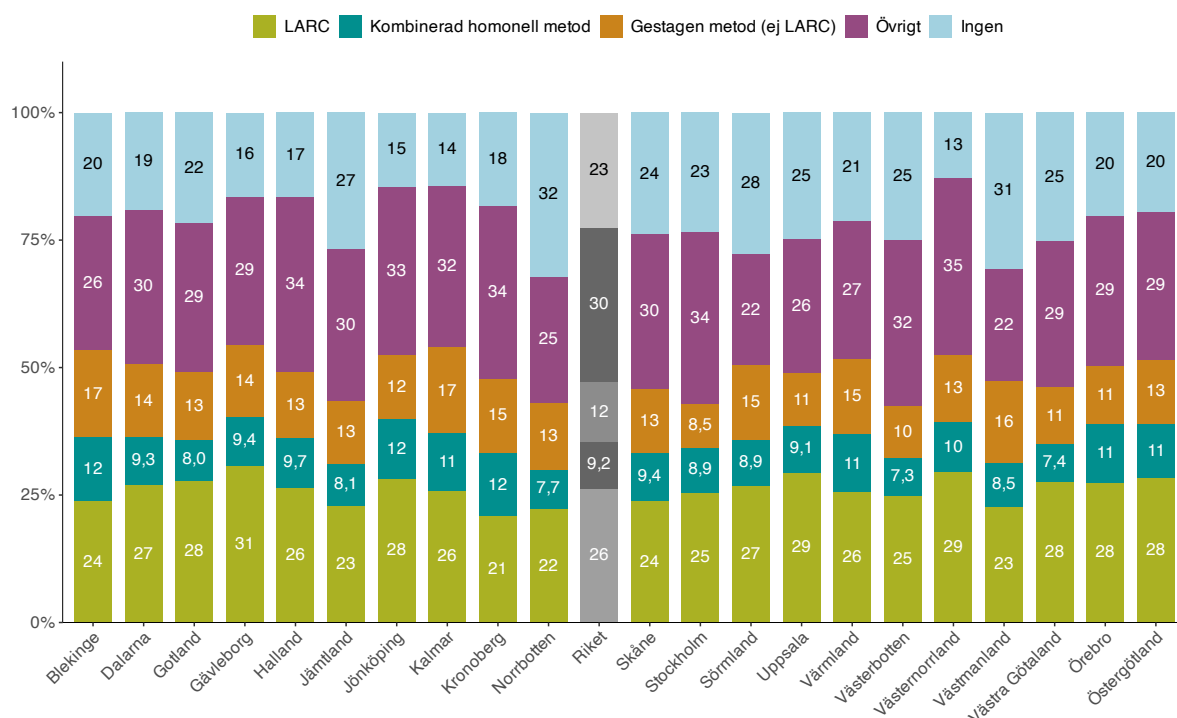
* Norrbotten: Inkluderar data till och med 2024-11-23.

Preventivmedel vid eftervårdsbesök

Val av preventivmedel efter graviditeten registreras i Graviditetsregistret sedan 2022. Barnmorskan ska erbjuda rådgivning om samtliga tillgängliga preventivmedel och insättning av den metod som patienten väljer. För att undvika oönskade graviditeter är det viktigt att kvinnor som nyss fött barn får tillgång till en effektiv preventivmetod. Spiral och p-stav (LARC, long-acting reversible contraception) är i jämförelse med andra reversibla preventivmedel mest effektiva och förknippade med störst nöjdhet bland användare. Andra metoder med hormonet gestagen inkluderar, förutom LARC, minipiller eller mellanpiller och p-spruta. Kombinerad hormonell metod med östrogen och gestagen är p-piller, p-plåster och p-ring. Övriga preventivmedel definieras här som cykelbaserade metoder och/eller barriärmetoder såsom kondom och pessar. I jämförelse med LARC är effektiviteten av andra metoder i större utsträckning beroende av användarens vanor.

Andelen kvinnor som valde LARC vid efterkontrollen varierade 2024 mellan 21–31% i olika regioner, vilket är oförändrat jämfört med år 2023. Drygt hälften (53%) av alla kvinnor som kom till eftervårdsbesök valde inget eller en betydligt mindre effektiv metod, såsom cykelbaserad metod och/eller barriärmetod.

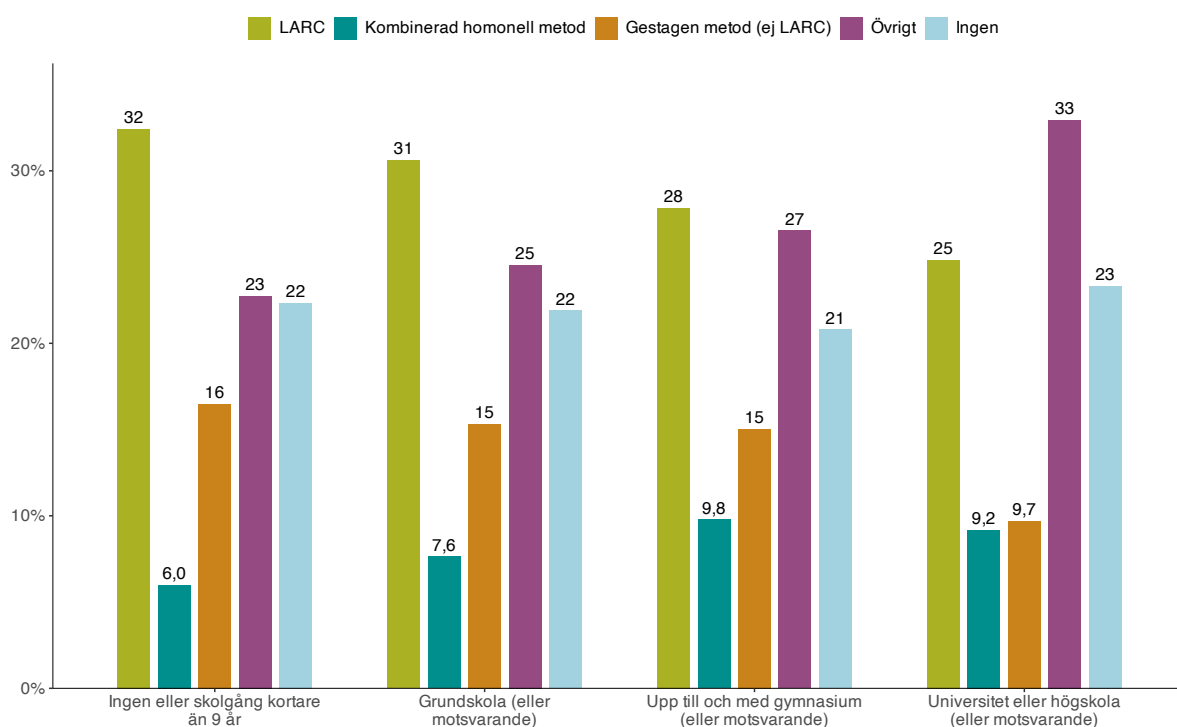
Diagram 58: Fördelning av preventivmedel, per region 2024



* Norrbotten: Inkluderar data till och med 2024-11-23.

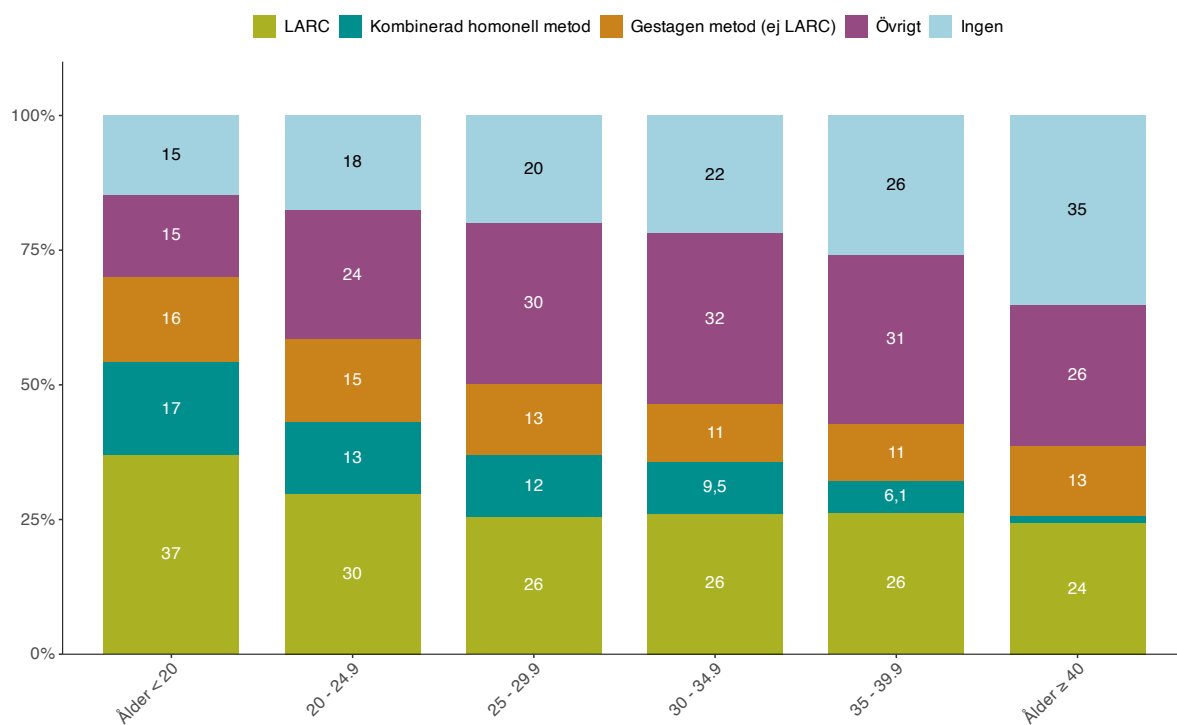
Kvinnans val av preventivmedel varierade med faktorer som utbildning och ålder.

Diagram 59: Fördelning av preventivmedel per utbildningsnivå, riket 2024



* Norrbotten: Inkluderar data till och med 2024-11-23.

Diagram 60: Fördelning av preventivmedel per åldersgrupp, riket 2024



* Norrbotten: Inkluderar data till och med 2024-11-23.

Fosterdiagnostik

Bakgrund och syfte

Alla gravida erbjuds information om och tillgång till fosterdiagnostik via mödrahälsovården. Fosterdiagnostik innefattar icke invasiv (ultraljud och blodprover) och invasiva undersökningar (fostervattenprov eller moderkaksprov).

Under normal graviditet erbjuds på de flesta enheter två ultraljudsundersökningar, en i första trimestern, 12–14 graviditetsveckor, och en i andra trimestern, 18–20 graviditetsveckor. Vid dessa screeningundersökningar dateras graviditeten, kontrolleras antal foster, man bedömer moderkakans läge och granskar fosteranatomin. Syftet med undersökningen är att optimera handläggningen av graviditeten med eventuella ytterligare undersökningar.

Fosterdiagnostik inom Mödrahälsovården

Mödrahälsovårdens informationsuppdrag

Enligt Socialstyrelsens föreskrift (SOSFS 2012:20) ska mödrahälsovården (MHV) erbjuda alla blivande föräldrar information om fosterdiagnostik. Informationen ges i de flesta fall av ordinarie barnmorska. I vissa regioner hänvisas de blivande föräldrarna till en särskilt utbildad barnmorska eller annan genetisk vägledare. Regionerna har trots nationella rekommendationer olika rutiner för vilka gravida och vilken form av fosterdiagnostik som erbjuds.

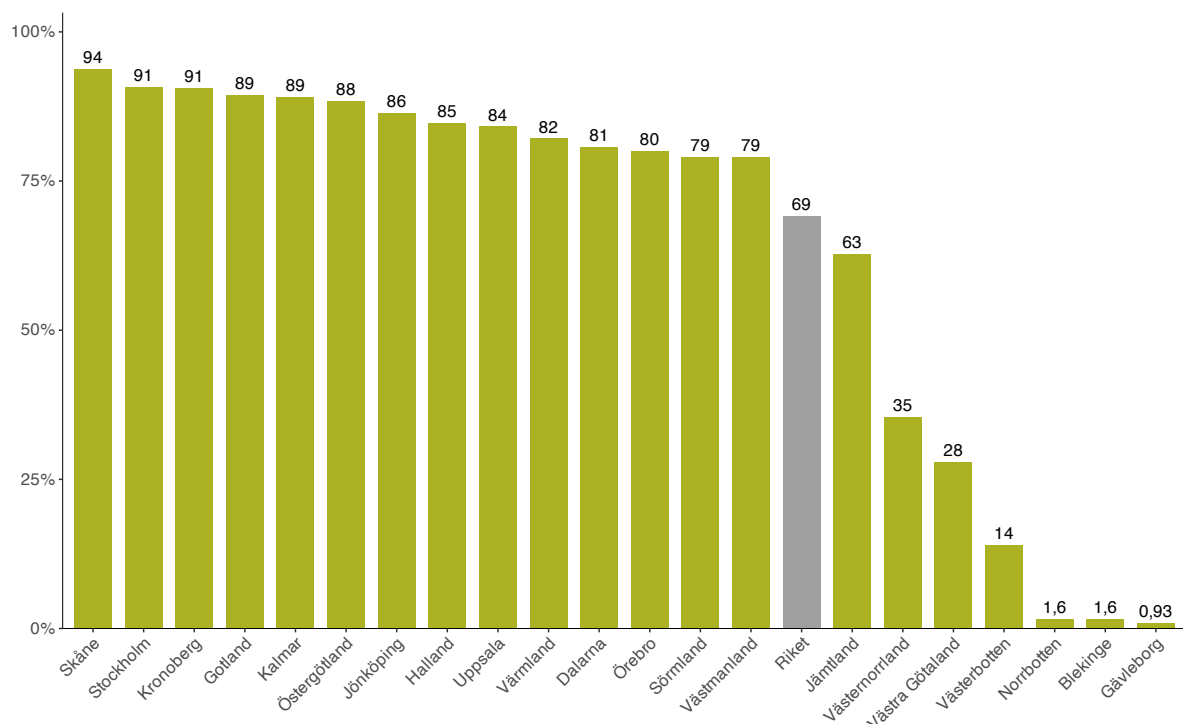
Fosterdiagnostik registrerad inom Mödrahälsovården

Uppgifter som redovisas om genomgången fosterdiagnostisk undersökning i MHV-delen av rapporten baseras på den manuella registreringen i Graviditetsregistret som görs av barnmorska inom MHV. Här registreras om den gravida kvinnan genomgått: KUB-test (Kombinerat Ultraljud och Biokemiskt test), NIPT (Non-Invasivt Prenatalt Test), Amniocentes (AC, fostervattenprov) och/eller Chorionvillibiopsi (CVB, moderkaksprov).

KUB-test

KUB är en metod som beräknar sannolikheten att fostret har en kromosomavvikelse (trisomi 21, 18 eller 13) genom att kombinera flera faktorer: kvinnans (eller eventuell äggdonators) ålder, ultraljudsmätning av fostrets nackuppkällning och analys av biokemiska markörer i blodprov från kvinnan.

Andelen gravida som genomgått KUB-test i riket 2024 var 69%, vilken i stort sett är oförändrad jämfört med året innan. Andelen gravida som genomgått KUB-test 2024 i olika regioner varierade påtagligt (mellan 1 och 94%). Troligen beror variationen på huruvida undersökningen erbjuds i offentlig regi eller inte, och om KUB exempelvis enbart erbjuds för vissa åldersgrupper.

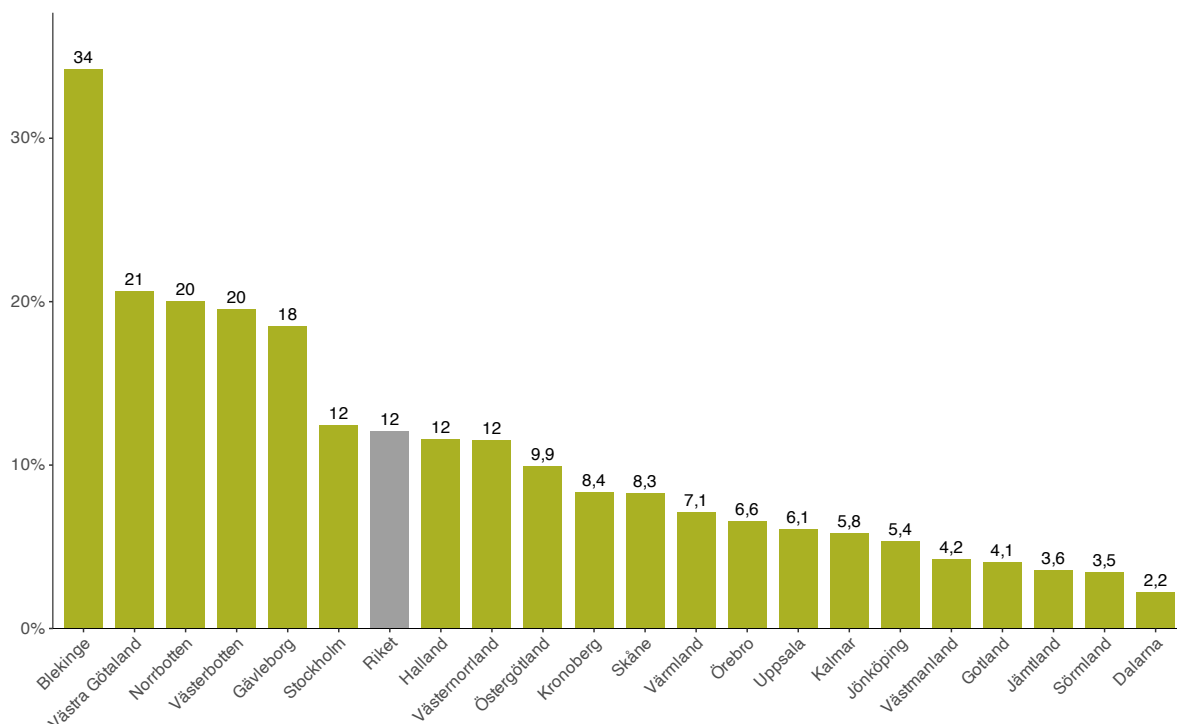
Diagram 61: Andel (%) som gjort KUB-test, per region 2024

* Norrbotten: Inkluderar data till och med 2024-11-23.

Non-invasivt prenatalt test (NIPT)

Metoden bygger på att foster-DNA identifieras i den gravida kvinnans blod efter cirka 9 fullgångna graviditetsveckor. Sannolikheten att upptäcka kromosomavvikelsen trisomi 21 (Downs syndrom) är hög, över 99,5%, men falskt positiva resultat kan förekomma. Misstanke om kromosomavvikelse vid NIPT bör bekräftas med fostervatten- eller moderkaksprov. Sedan 2015 finns möjlighet att utföra NIPT-analyser i Sverige inom den offentliga vården. I redovisningen av andel som gjort NIPT inkluderas undersökningar utförda inom såväl den offentliga vården som av privat aktör och om prov beställts via internet.

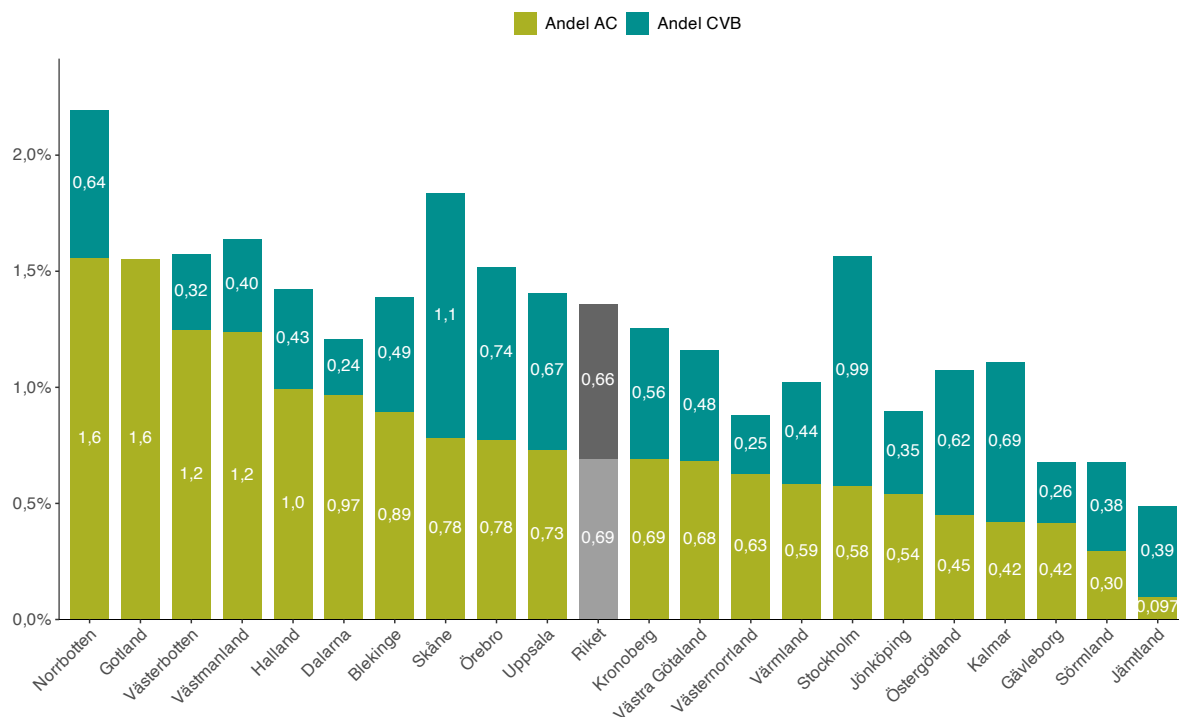
Andelen gravida som gjorde NIPT i riket 2024 var 12%, vilken i stort sett är oförändrad jämfört med året innan. Andelen som gjorde NIPT i olika regioner under 2024 varierade mellan 2 och 34%. Det finns ett fåtal regioner som erbjuder NIPT som primär screeningmetod, medan de flesta regioner erbjuder NIPT vid en hög sannolikhet för trisomi utifrån resultatet på KUB-testet. Definitionen av "hög sannolikhet" vid KUB varierar mellan regionerna, precis som möjligheten att bekosta och utföra NIPT privat, vilket kan påverka skillnaden.

Diagram 62: Andel (%) som gjort NIPT, per region 2024

* Norrbotten: Inkluderar data till och med 2024-11-23.

Fostervatten- och moderkaksprov (AC och CVB) i riket och per region

Under de senaste åren har andelen kvinnor som har gjort KUB och/eller NIPT ökat medan en minskning kan ses gällande andelen som har genomgått AC eller CVB, vilka båda medför en viss risk för missfall. Vanligtvis utförs numera AC eller CVB endast på specifik indikation, exempelvis vid misstänkt fostermissbildning, ärftlig sjukdom i familjen, hög sannolikhet för trisomi enligt KUB-test eller positivt utfall på NIPT. Andelen som har genomgått AC har minskat från 4,2% år 2010 till 0,7% år 2024. Några regioner utför inte CVB utan remitterar vid behov till annan region, vilket sannolikt förklarar att fördelningen av de två olika undersökningarna är olika vid jämförelse mellan regionerna. Om siffrorna för de invasiva testerna (AC + CVB) läggs ihop blir andelen gravida som har genomgått endera provtagningen i riket 1,4% under 2024. Andelen som genomgick invasiv provtagning under 2024 var 0,5% för den region med lägst och 2,2% för den region med högst andel invasiv provtagning.

Diagram 63: Andel (%) gravida som fött barn som gjort AC eller CVB, per region 2024

* Norrbotten: Inkluderar data till och med 2024-11-23.

Fosterdiagnostik och obstetrisk ultraljudsverksamhet

Första trimesterultraljud

De allra flesta regioner i landet erbjuder gravida en undersökning i första trimestern i form av endera ett första trimesterultraljud i graviditetsvecka 12–14 eller ett KUB-test. Undersökningens syften är datering av graviditeten, tidig diagnostik av vissa allvarliga fosteravvikelser, identifiering av flerbörd eller andra riskgraviditeter samt diagnostik av kvarhållet missfall. Vid KUB-test beräknas dessutom sannolikheten för kromosomavvikelse hos fostret.

KUB-test

Kombinerat ultraljud och biokemiskt test (KUB) är en riskbedömningsmetod där man genom att kombinera kvinnans ålder med ultraljudsmätning av fostrets nackuppkalning och analys i maternellt blod av graviditetshormonerna fritt β -hCG och PAPP-A under perioden 11–13 graviditetsveckor, kan identifiera graviditeter med en ökad risk för kromosomavvikelser (trisomi 21, 18 eller 13). Metoden bygger på en algoritm framtagen från data avseende ultraljudsmätningar samt analyser av biokemiska parametrar från kvinnor i Sverige. Tillägg av biokemiska parametrar ger en 10–15% högre detektionsnivå av trisomi 21, cirka 90% om 5% av de undersökta graviditeterna får en förhöjd risk, jämfört med enbart mätning av fostrets nackuppkalning.

KUB-delen av Graviditetsregistret startade 2006 och innehåller nu information från över 690 000 graviditeter. Graviditetsregistrets syfte gällande KUB-delen är att kvalitetssäkra både ultraljudsmätningarna samt de biokemiska analyserna som genomförs vid ultraljudsundersökning och mätning av nackuppkalning. Ett register är nödvändigt för att försäkra sig om att undersökningar håller samma höga kvalitet oavsett var i landet de utförs och bidrar till en säkrare fosterdiagnostik för gravida kvinnor i Sverige.

Andra trimesterultraljud

Andra trimesterultraljud erbjuds till alla gravida i vecka 18–20. Datering av graviditeten sker om det inte redan utförts i första trimestern. Granskning av fosteranatomin enligt en checklista samt bedömning av moderkakans läge ingår i denna undersökning. I dagsläget finns inga data i Graviditetsregistret avseende anatomisk granskning i andra trimestern.

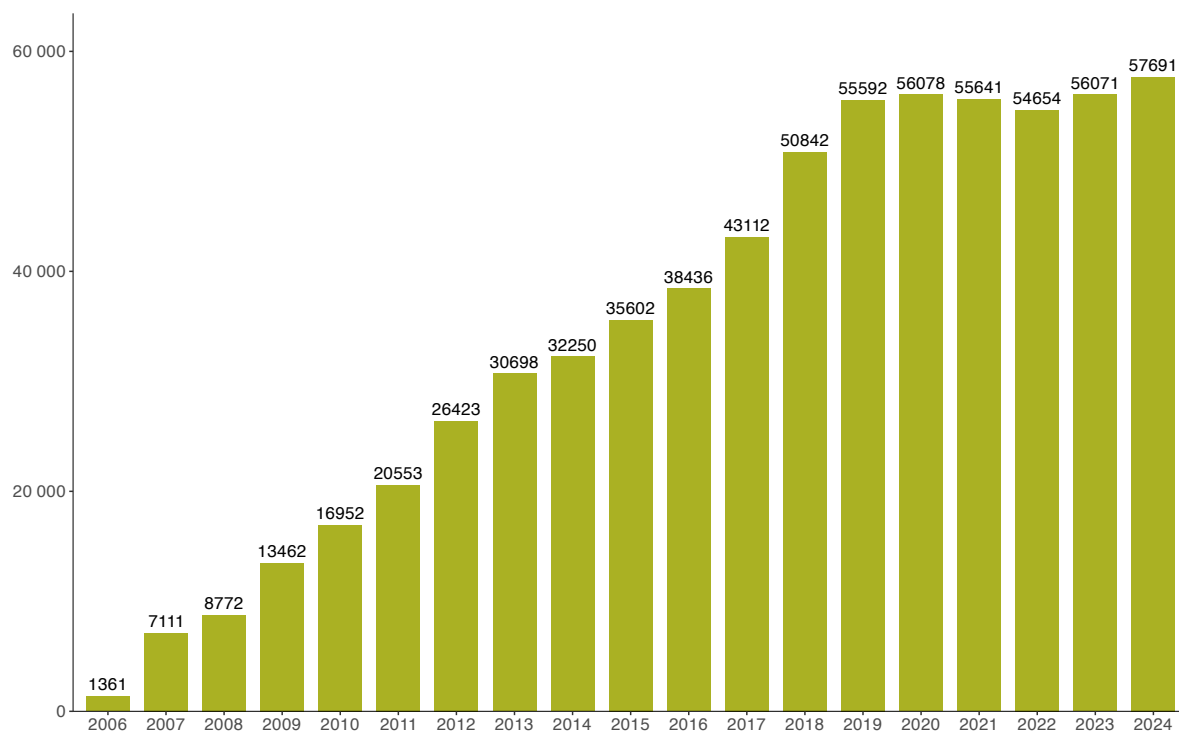
Tillväxtultraljud

Undersökningen utförs vid misstanke om intrauterin tillväxthämning eller vid komplicerande sjukdomar och tillstånd under graviditeten som kan påverka fostrets tillväxt och utveckling. Informationen från dessa undersökningar används ofta för att kunna planera övervakning av graviditeten samt eventuella interventioner, såsom induktion av förlossning eller kejsarsnitt.

Täckningsgrad

Antalet registrerade undersökningar i KUB-delen av Graviditetsregistret har ökat från 1 300 undersökningar år 2006 till 57 618 undersökningar år 2024. Det finns även 5 925 tidiga ultraljudsundersökningar införda i databasen under 2024 i TUL-modulen. Sannolikt har många fler TUL-undersökningar utförts, men endast registrerats i journalsystemen på ultraljudsenheterna. Första trimesterultraljud erbjuds i vissa regioner till kvinnor <35 år som ett alternativ till KUB.

Diagram 64: Antal registrerade KUB



I landet finns dessutom ett fåtal enheter som utför KUB-undersökningar, men som inte är anslutna till Graviditetsregistret utan använder ett brittiskt riskberäkningsprogram (FMF). Sydöstra sjukvårdsregionen står för merparten av dessa, där 8 177 undersökningar gjordes under 2024. Det totala antalet undersökningar som utförts med FMF-algoritmen är

okänt, men uppskattas till cirka 10 000 per år. Detta medför att registrets täckningsgrad för KUB-undersökningar som görs inom Graviditetsregistret blir drygt 80% nationellt.

Årsrapportering och återkoppling

Varje deltagande användare på respektive enhet har öppen tillgång till sina egna mätresultat gällande nackuppkalning liksom genomsnittsvärden för sin egen och andra enheter i landet. På varje enhet finns en enhetsadministratör som har tillgång till enhetens samtliga data. Inom arbetsgruppen för fosterdiagnostik utses årligen en regional granskningskommitté bestående av både läkare och barnmorskor som har till uppgift att granska användarnas distributioner av nackuppkalningsmätningar och laboratorieresultat. Kvalitetssäkring erhålls genom att identifiera lågpresterande enheter eller operatörer så att dessa kan optimera sin teknik samt vid behov auskultera och träna vid nationella referenscentra.

Vid de laboratorier som analyserar de biokemiska parametrarna finns motsvarande organisation med en lokalt ansvarig läkare eller kemist som kontinuerligt övervakar sitt laboratoriums medianmätningar samt jämför sig med de övriga verksamheterna med hjälp av referensprover. AUDIT av både nackuppkalningsmätningar samt biokemiska mätresultat genomförs två gånger per år och återkopplas i samband med årliga användarmöten till fosterdiagnostikgruppens styrgrupp, laboratorieansvariga samt lokala administratörer från samtliga enheter. Resultaten läggs även upp på KUB-registrets hemsida.

Förbättringsarbete

Målet är att bygga ut Graviditetsregistret och databasen för att i framtiden även kunna kvalitetssäkra övriga obstetriska ultraljud som används för upptäckt av medfödda missbildningar, för bedömningar av cervix och placenta samt för övervakning av riskgraviditeter med intrauterin tillväxthämning eller havandeskapsförgiftning nationellt. Register och kvalitetssäkring som därmed kan utföras kommer att ha en avgörande positiv effekt på den obstetriska vården generellt.

Genom fosterdiagnostikdelen i Graviditetsregistret kan olika uppgifter gällande samma graviditet jämföras i syfte att höja kvaliteten och identifiera suboptimala rutiner inom vården av den gravida kvinnan. Ett heltäckande svenskt register som täcker all utförd fosterdiagnostik under graviditeten skulle vara av stort värde. Detta skulle kunna uppnås om alla enheter där obstetriska ultraljudsundersökningar utförs anslöt sig till Graviditetsregistret.

Mätning av nackuppkalning (NUPP) med ultraljud utgör en viktig del av KUB-testet. För att kunna mäta denna nackspalt på ett säkert sätt med små intra- och interindividuella variationer behövs särskilt utbildade ultraljudsoperatörer. Erfarenheter visar att kontinuerlig uppföljning samt kvalitetssäkring är nödvändig för att upprätthålla en hög kvalitet på utförda mätningar på längre sikt.

AUDIT-gruppen från ultraljudsenheterna vid kvinnokliniken i Malmö/Lund har i september 2024 gått igenom samtliga 48 enheters 269 operatörer i landet som var aktuella för AUDIT-bedömning. De har bedömt kvaliteten på enheternas nackuppkalningsmätningar under perioden 1 september 2023–1 september 2024.

Vid AUDIT fann man att 248/269 (92%) aktiva användare hade ett tillräckligt antal undersökningar samt en godkänd distribution på sina mätningar för att utan ytterligare åtgärder kunna fortsätta att arbeta i Graviditetsregistrets riskberäkningsprogram. Distributionerna av nackuppkalningsmätningarna har legat relativt konstant under åren.

Icke godkänd AUDIT kan bero på:

- icke godkänd distribution på grund av felmätningar

- för få undersökningar exempelvis vid föräldraledighet eller sjukdom
- nytillkomna operatörer

Tabell 9: AUDIT av ultraljudsmätningar från samtliga anslutna operatörer (2023-09-01 - 2024-09-01)

Region	Enhet	Undersökningar (n)	Undersökare (n)
Stockholm	HS	1820	11
	Hedda	959	4
	Hedda City	526	3
	Jupiter	575	5
	KS	1442	7
	MM City	1819	10
	MM Kista	2260	9
	MM Söder	1950	8
	STSS	1179	6
	SÖS	2264	14
	UltrBM Sth	4577	15
	UltraGyn	3948	11
Västra Götaland	Akleja	198	2
	BMG GBG	988	2
	Borås	375	4
	Carla kliniken	1016	3
	Göteborg	1167	10
	GöteborgÖV	391	3
	NÄL	317	2
Skåne	Skövde	271	3
	Amnionkliniken	874	4
	BMG Malmö	714	4
	Helsingborg	1944	6
	Kristianstad	1349	10
	Landskrona	535	2
	Lomma	235	1
	Lund SUS	805	14
	MM Malmö	782	6
	MM Trelleborg	3	1
	MM Väla	697	4
Övriga	Malmö SUS	1867	10
	Ystad	470	4
	Eskilstuna	876	5
	Falun	1829	5
	Halmstad	1161	7
	Juno ulj	5	1
	Karlstad	1791	5
	Katrineholm	355	3
	Lyckans ulj	280	1
	Nyköp KK	689	4
	Sundsvall	598	7
	Två Barnmorskor	54	1
	Uppsala	3107	10
	Varberg	1395	7
	Visby	378	2
	Västerås	1642	5
	Växjö	1645	7
	Örebro	2260	9
	Östersund	686	4
Total	Riket	57068	281

Graviditetshormonerna β -hCG och PAPP-A utgör biokemiska riskmarkörer för graviditeter med kromosomavvikelser. Mätning av dessa variabler i maternellt serum kan ske med flera olika laboratoriemetoder. Ett multidisciplinärt arbete har utförts tillsammans med laboratorieläkare för att hitta sätt att kvalitetssäkra dessa analyser för att säkerställa korrekta riskberäkningar

oavsett metod och var proverna har analyserats. Vi kan nu notera att metoderna inte skiljer sig åt när det gäller mätresultaten.

Kontinuerlig uppföljning av varje laboratoriums ”multiple of the median” (MoM) ger enheterna möjlighet att se förändringar över tid i sina mätresultat. Samtliga laboratorier är anslutna till det internationella kvalitetssäkringsorganet UK NEQAS och kan jämföra mätresultat på referensprover med andra kliniker.

Kvalitetssäkring genomförs av de biokemiska analyserna av PAPP-A och fritt β -hCG utförda med de två analysmetoderna som används i landet.

Tabell 10: Median MoM av PAPP-A och fritt B-hCG per laboratorium, 2024

Lab	Analysmetod KUB	Registreringar (n)	PAPP-A (median)	B-hCG (median)
CSK	Kryptor	1758	1,1	0,96
Eskilstuna	Kryptor	1923	1,2	0,99
Göteborg	Kryptor	4601	1,2	1,0
Malmö	Kryptor	14925	1,1	0,98
Örebro	Kryptor	4088	1,1	1,0
Total kryptor	Kryptor	27295	1,1	1,0
Karolinska	AutoDelfia	29900	1,0	1,0

Gränser för MoM-värden avseende mätningar av de två biokemiska parametrarna bör ligga $\pm 10\%$, dvs mellan 0,9–1,1. Fyra laboratorier uppvisar MoM-värden avseende PAPP-A och B-hCG som ligger inom riktlinjerna och två laboratorier ligger just utanför målintervallet för PAPP-A. Överlag visar resultaten på en god kvalitet av analyserna av de biokemiska markörerna som ingår i riskberäkningen vid KUB-testet, men att det också finns utrymme för förbättring.

I Årsrapporten presenteras även nationella data gällande KUB- undersökningar. Dessutom presenteras data separat för region Stockholm, VGR, Skåne samt för övriga enheter med inrapporterande mottagningar enligt nedan.

Resultat - Övergripande

I resultatpresentationen anges både kumulativa siffror från KUB-registrets start (för att minska risken för feltolkning av slumpmässiga variationer i detektionsgrader) och observationer från undersökningar som genomförts under 2024 för att kunna påvisa förändringar i resultat och trender gällande exempelvis:

- åldersprofil hos de undersökta
- andel gravida med ökad risk för kromosomavvikelse
- NIPT
- fortsatt utredning med invasivt prov eller NIPT under graviditeten
- detektionsnivåer av kromosomavvikelser
- anatomisk granskning och rapport om registrerade avvikelser i samband med KUB- undersökning

Definitioner som används i resultatdelen

Definition av risk vid KUB-undersökning (om inget annat anges)

- ▶ Låg risk: 1:201 – 1:20 000 för både trisomi 21 och trisomi 13/18
- ▶ Förhöjd risk: 1:2 – 1:200
 - Förhöjd risk 1:51 – 1:200
 - Förhöjd risk 1:2-1:50

Definition av risk för trisomi 21 respektive risk för trisomi 13/18

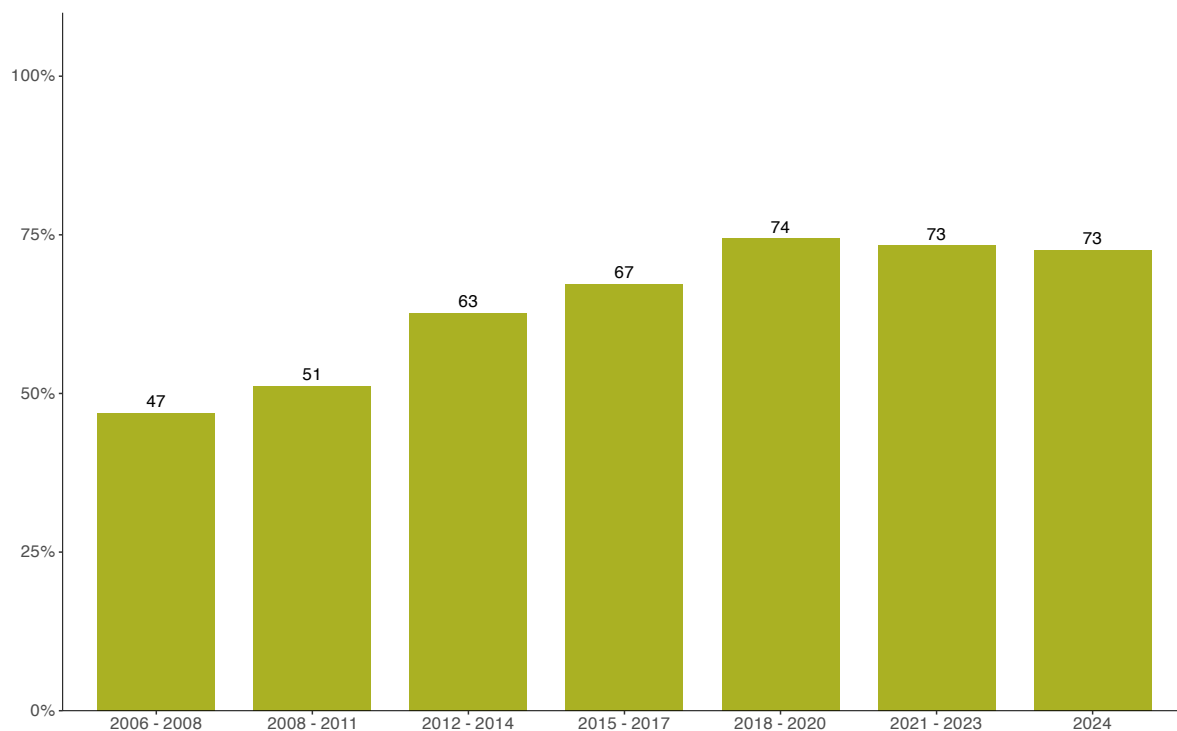
- ▶ Risk för trisomi 21: förhöjd risk för trisomi 21 med eller utan förhöjd risk för trisomi 13/18
- ▶ Risk för trisomi 13/18: förhöjd risk för trisomi 13/18 i kombination med låg risk för trisomi 21

Vidare utredning efter KUB

- ▶ NIPT: Non-Invasivt Prenatalt Test
- ▶ Invasivt prov
 - AC: Amniocentes
 - CVB: Chorionvillibiopsi
- ▶ Om en gravid har gjort fler än en av undersökningarna (NIPT, AC, CVB), så anges i statistiken den först gjorda undersökningen.

Hela landet under perioden 2006 – 2024

Åldersprofilen av de gravida som har genomgått KUB har ändrats sedan registrets start. Medan 47% av de gravida som genomgått en KUB-undersökning var yngre än 35 år under åren 2006–2008, så var motsvarande andel 73% år 2024.

Diagram 65: Maternell ålder, andel under 35 år vid KUB-undersökning, 2006–2024

Nedan visas andelen testpositiva med förhöjd risk ($\geq 1:200$) vid samtliga enheter sedan KUB-modulens start. Andelen som får en förhöjd risk har sjunkit över tid, vilket bör bero på att KUB-undersökning initialt enbart erbjöds till äldre gravida kvinnor i de flesta regioner, medan fler regioner nu erbjuder KUB till alla gravida oberoende av ålder.

Diagram 66: Andel testpositiva med förhöjd risk ($\geq 1:200$) för trisomi 21 (med eller utan förhöjd risk för trisomi 13/18), respektive enbart för trisomi 13/18, av alla som gjort KUB-undersökning vid samtliga enheter, 2006–2024



Non-Invasivt Prenatalt Test (NIPT)

Metoden bygger på analys av cellfritt foster-DNA i moderns blod. Analysen kräver en tillräckligt hög fetal fraktion som i regel uppnås efter 10 fullgångna graviditetsveckor. Detektionsgraden är mycket hög för trisomi 21 (>99,5%) men falskt positiva resultat förekommer, varför metoden får anses vara en avancerad screeningundersökning där avvikande fynd bör konfirmeras med ett invasivt test. Testets positiva och negativa prediktiva värde beror på populationen den används i. Provtagning i en lågriskpopulation kan komma att innebära att ett ökat antal invasiva prover utförs efter fler falskt positiva provresultat. Kostnaden för NIPT-analys är för närvarande betydligt högre än för en KUB-undersökning. Detta är en av flera anledningar till att specialistför- eningar tills vidare rekommenderar att använda NIPT som en sekundär screeningundersökning av en definierad högriskgrupp, vilken först undersökts med KUB.

Sannolikt har en relativt stor andel av NIPT-analyserna under 2024 beställts och bekostats av den gravida kvinnan själv utanför ultraljudsenheterna. Andelen analyser vid dessa privata prov- tagningar kan ej anges helt exakt då dessa prover inte alltid rapporteras in i fosterdiagnostikde- len av Graviditetsregistret.

När NIPT nu har introducerats i större skala i landet ser vi en uttalad minskning av invasiv fos- terdiagnostik (fostervattenprov och moderkaksprov) med potentiellt färre missfall som orsakas sekundärt till provtagningarna. Erbjudandet till gravida i de olika regionerna om att genomgå NIPT är olika. Skillnaderna kan komma att bli ännu större i framtiden, delvis beroende på om man redan erbjuder KUB-test eller inte. NIPT-prover analyseras sedan sommaren 2015 i Sveri- ge och under 2024 fanns två universitetskliniker samt två privata genetiskt laboratorier i landet som har utfört analyser.

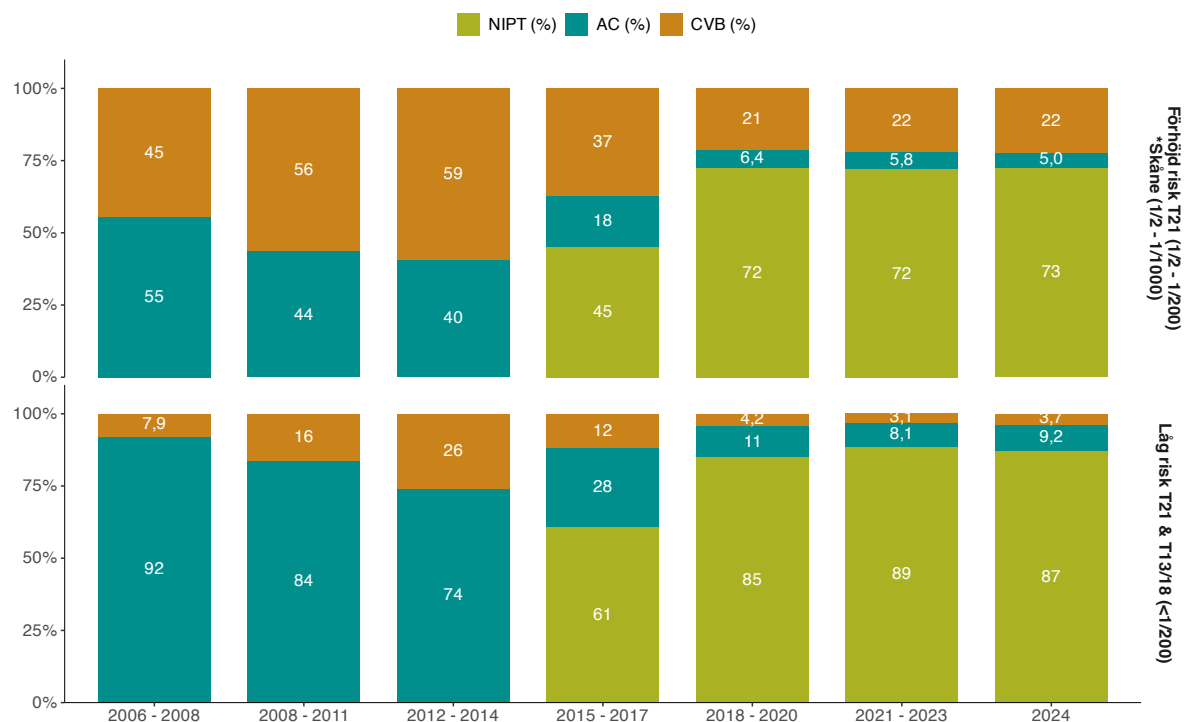
Antalet invasiva provtagningar förväntas minska ytterligare under de närmaste åren när NIPT-metoden används i allt större utsträckning och analyseras vid fler laboratorier. Det kommer fortsatt att finnas behov att kunna utföra invasiva provtagningar, med genomförande av mer avancerade genetiska metoder när fosteravvikelse upptäcks på ultraljud, samt vid utredning av genetiska sjukdomar. Sannolikt kommer ytterligare centralisering av denna verksamhet att behöva göras på sikt, eftersom kompetensen att utföra dessa prover avtar i takt med ett minskat antal provtagningar vid mindre kliniker i landet.

Idag registreras de flesta KUB-undersökningar i landet i Graviditetsregistret. Det gör att man kan följa upp kvaliteten avseende KUB. Gällande NIPT finns det ett stort värde i att alla NIPT-undersökningar följs upp på ett motsvarande sätt, oavsett om NIPT utförs vid en offentlig eller privat mottagning. Från Uppsala överförs nu NIPT-analysvar automatiskt till Graviditetsregistret. I Stockholm överförs samtliga perinatale genetiska resultat gällande fostret/barnet, från all prenatal till postnatal (nyföddhetsperioden) genetisk diagnostik till Graviditetsregistret, vilket gör att data från Stockholmsregionen avseende perinatal genetisk diagnostik är mycket tillförlitliga och överföringsfel liksom underrapportering undviks. Överföringen av genetiska resultat till Graviditetsregistret sker enbart för dem som har gjort en KUB-undersökning i Graviditetsregistret. Ett arbete pågår med att initiera en automatisk överföring av resultat även från de övriga genetiska laboratorier i landet till Graviditetsregistret, för att kunna kvalitetssäkra NIPT och invasiva test och följa utnyttjandet av den relativt nya fosterdiagnostiska metoden.

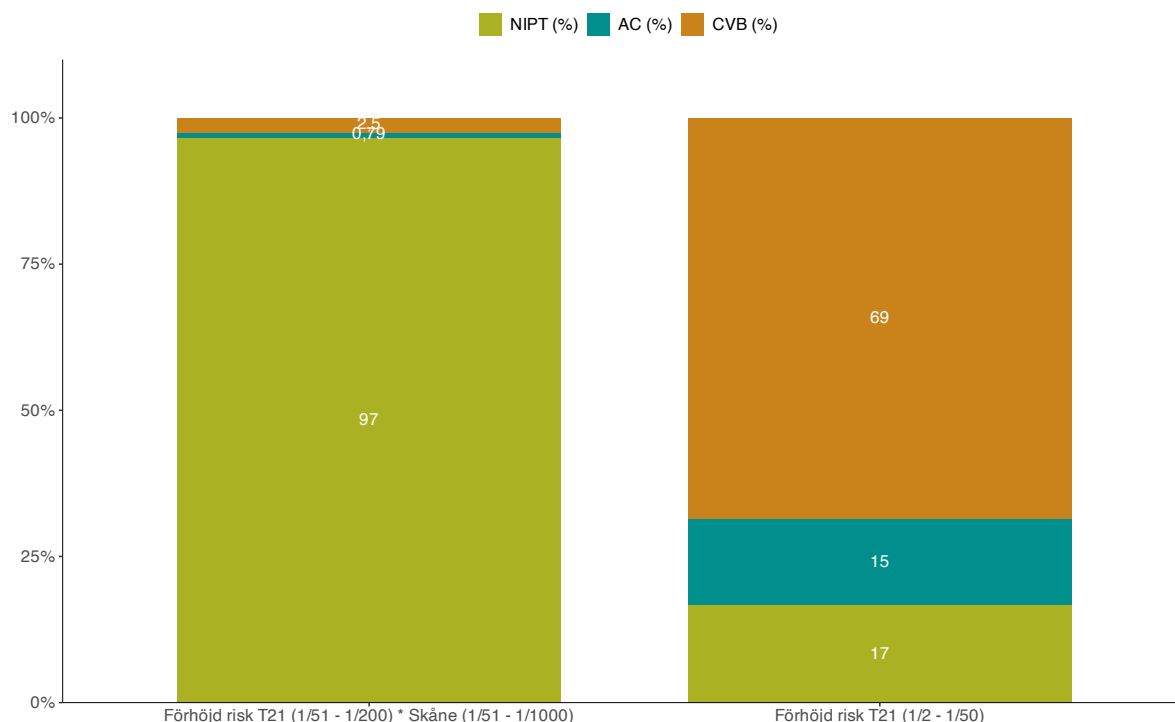
Utredning vid förhöjd risk

Vid en förhöjd risk för trisomi 21 efter KUB ($\geq 1:200$) valde 95% av kvinnorna att gå vidare med fortsatt utredning under 2024, varav närmare tre fjärdedelar genom NIPT. Sedan KUB-modulens början 2006 har den valda metoden för vidare utredning efter KUB ändrat sig signifikant. Av alla gravida som fick en förhöjd risk för trisomi 21 och valde att gå vidare med utredning, gjorde 100% ett invasivt prov under åren 2006–2008 (45% CVB, 55% AC) innan NIPT hade utvecklats. År 2024 gjorde endast 27% ett invasivt prov i den gruppen (22% CVB och 5% AC), medan 73% valde att gå vidare med NIPT. I gruppen med låg risk för samtliga trisomier gick 6% vidare med fortsatt utredning, i 87% av fallen med NIPT.

Diagram 67: Fördelning av metoder för fortsatt utredning av samtliga som har gjort någon ytterligare utredning efter KUB, uppdelat efter riskgrupp för trisomi 21, 2006–2024



I gruppen som fått en förhöjd risk på 1:2-1:50 för trisomi 21 valde nästan var femte gravid kvinna (17%) att gå vidare med NIPT, vilket är färre i jämförelse med tidigare år, men ändå inte följer rekommendationerna från specialistföreningen SFOG. Invasiv diagnostik valdes i drygt 80% av fallen, varav två tredjedelar med CVB som är den metod som kan tillämpas i nära anslutning till KUB-undersökningen i första trimestern. Microarray utfördes endast i 44% av fallen där invasiv diagnostik gjordes. Enligt rekommendationer från SFOG bör microarray övervägas i denna grupp med risk 1:2-1:50 för att kunna detektera atypiska kromosomavvikelser som förekommer i högre andel i denna grupp.

Diagram 68: Typ av utredning hos olika riskgrupper, vid fortsatt utredning för trisomi 21 efter KUB-undersökning, 2024

Under perioden 2006–2024 har KUB-undersökningar utförts på närmare 700 000 graviditeter. Bland dessa var det närmare 3 700 graviditeter som uppvisade numeriska kromosomavvikelser av typen trisomi 21, 13 eller 18, Turners syndrom eller triploidi. Bland KUB-undersökningarna som registrerades under 2024 fanns 293 graviditeter med registrerade kromosomavvikelser, varav 263 (90%) detekterades via en förhöjd risk på KUB, en något högre detektionsgrad jämfört med hela perioden 2006–2023 (87%). Jämförelsen av detektionsgrad mellan att använda enbart en anatomisk markör i form av nackuppkällning (NUPP) jämfört med den kombinerade metoden KUB, visar behovet av att använda inte bara ultraljud utan även biokemiska markörer för att identifiera graviditeter med kromosomavvikelser. Tydligaste exemplet här gäller triploidi som bara detekteras i 34% av fallen med NUPP, men i hela 89% med KUB.

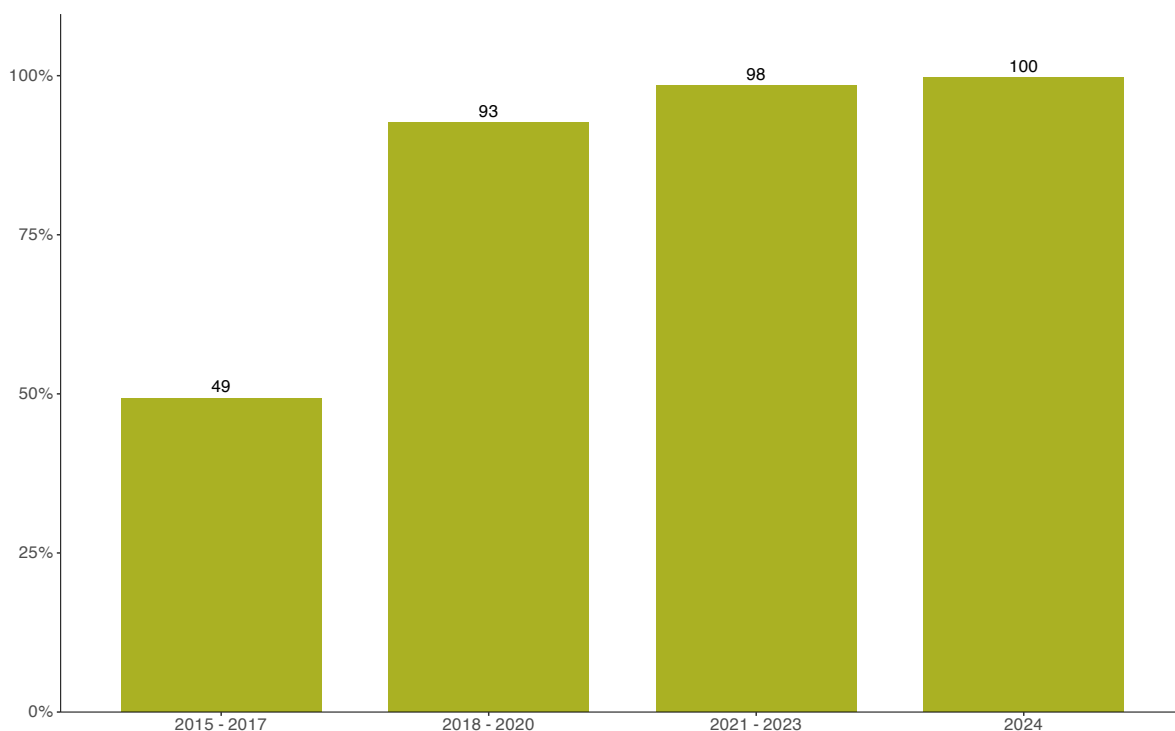
Tabell 11: Kromosomavvikelser detekterade med NUPP och KUB 2006–2024

Kromosomavvikelse	Avvikelse (n)	Detekterat NUPP (n)	Detekterat NUPP (%)	Detekterat KUB (n)	Detekterat KUB (%)
2006 - 2023					
Trisomi 21	2134	1507	71	1864	87
Trisomi 13	237	156	66	191	81
Trisomi 18	672	399	59	569	85
Triploidi	131	34	26	117	89
Turner	220	190	86	203	92
Total	3394	2286	67	2944	87
2024					
Trisomi 21	181	127	70	163	90
Trisomi 13	18	16	89	16	89
Trisomi 18	67	46	69	59	88
Triploidi	12	<5		10	83
Turner	15	15	100	15	100
Total	293	206	70	263	90

Anatomisk granskning av fosteranatomien vid KUB

Under 2015 infördes möjligheten att registrera om en strukturerad granskning av fosteranatomien skett i samband med KUB-undersökningen, och om någon allvarlig avvikelse noterats. Studier visar att en stor del av allvarliga/letala fosteravvikelser kan påvisas redan vid ultraljudsundersökning i första trimestern och särskilt i gruppen med förhöjd risk vid KUB, samt om undersökningen följer en checklista för undersökning av fosteranatomien. Under 2024 utfördes vid nästan samtliga KUB-undersökningar en anatomisk granskning av fosteranatomien. Detta är i linje med föregående år och en stor ökning jämfört med tidigare år (49% under åren 2015–2017). Denna andel har tidigare varit oberoende av om fostret har en förhöjd sannolikhet eller ej för kromosomavvikelse vid riskbedömningen, en faktor som annars är känd för att vara associerad med förekomsten av missbildningar.

Diagram 69: Andel KUB-undersökningar där det angetts att fullständig granskning av fosteranatomien har skett vid KUB, 2015–2024

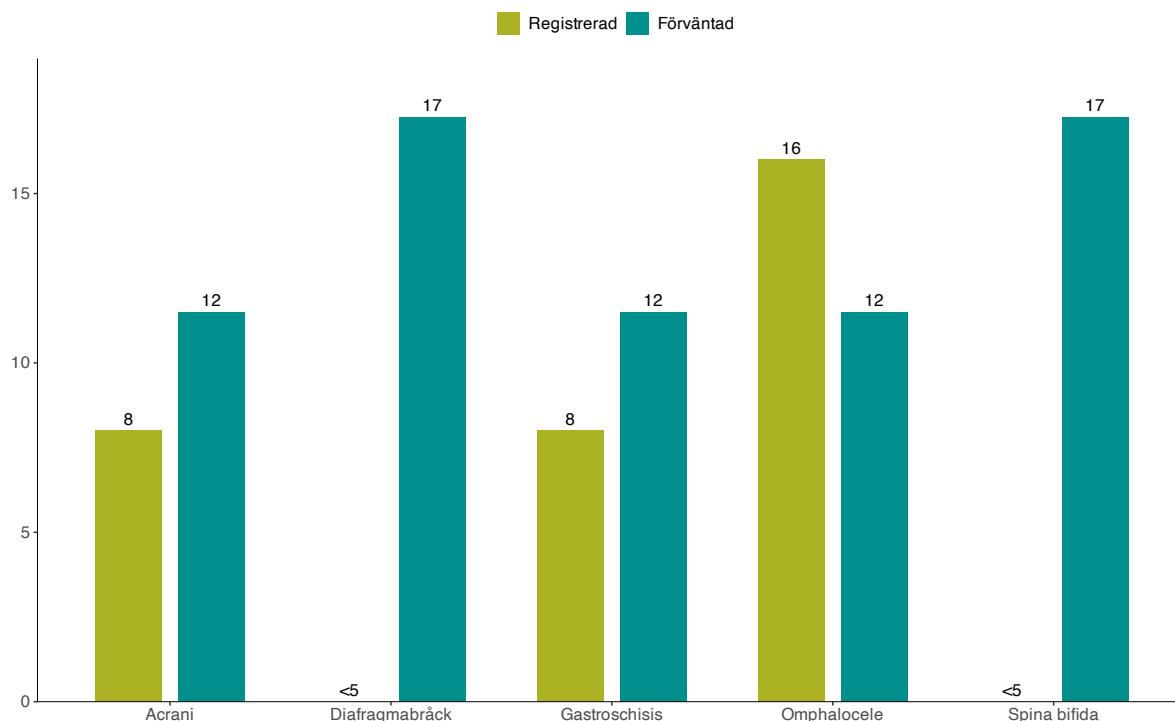


Analys av registrerade avvikelser vid den anatomiska granskningen i samband med första trimesterultraljud/KUB under 2024

Registrering av typ-missbildningar. Förväntat antal per 10 000 graviditeter (enligt Fosterskaderegistret 2022, Socialstyrelsen).

- Acrani (2/10 000)
- Omphalocele (2/10 000)
- Gastroschisis (2/10 000)
- Diafragmabråck (3/10 000)

► Spina bifida (3/ 10 000)

Diagram 70: Antal registrerade avvikelser i TUL- och KUB-modulerna jämfört med förväntat antal, 2024

Registreringen av bukväggsdefekter av typen omphalocele är hög, sannolikt nästan komplett, precis som föregående år. Däremot observeras en något lägre registrering än förväntat av den andra typen av bukväggsbräck, gastroschis. Anledning till detta är oklar då dessa två typer har snarlikt utseende och borde kunna identifieras i samma höga utsträckning vid en ultraljudsundersökning i första trimestern. Vid graviditeter med acrani underlåter sannolikt många enheter, med anledning av avvikelens svårighetsgrad, att registrera graviditeten i KUB-modulen, vilket påverkar registrets möjligheter att rapportera. I år registrerades ingen graviditet med diafragmabräck som upptäcktes i samband med första trimester-ultraljudet vilket skiljer sig från internationella erfarenheter där åtminstone en tredjedel kan identifieras i första trimestern. Även antalet registrerade öppna ryggmärgsbräck i första trimestern är lågt jämfört med observationer från tidigare studier. Av integritetsskäl skrivs inte antal under 5 ut i årsrapporten. Det bör beaktas att Graviditetsregistret enbart kan ange registreringsgraden av missbildningar, men inte detektionsgraden. Det är viktigt att alla barnmorskor och läkare som gör första trimesterultraljud registrerar samtliga upptäckta missbildningar i modulen så att jämförelser kan göras över tid.

Kommentar gällande KUB-undersökningar i hela landet

Åldersprofilen hos gravida som genomgått KUB under 2024 (27% var ≥ 35 år) var snarlik den hos samtliga gravida i landet (24% var ≥ 35 år). Detektionsgraden för trisomi 21 var 90% under 2024, vilket är en förbättring med kumulativa data från registrets start (87%). Vid en förhöjd risk för trisomi 21 och/eller 13/18 vid KUB, valde närmare tre av fyra kvinnor fortsatt utredning med NIPT. Nästan var femte gravid kvinna (17%) valde att gå vidare med NIPT även i gruppen med förhöjd risk (1:2-1:50), vilket inte följer rekommendationerna från specialistförening-

en SFOG. En annan observation är att mer än var tjugonde gravid kvinna (6%) med låg risk vid KUB-undersökning genomgick någon form av ytterligare genetisk utredning under sin graviditet, och att denna utgjordes av NIPT i 87% av fallen. Troligen har denna provtagning skett till största del med anledning av fortsatt oro för en kromosomavvikelse hos fostret trots låg risk vid KUB och inte med anledning av misstänkt fosteravvikelse vid en senare rutinultraljudsundersökning i vecka 18–20. Därutöver sker även ett okänt antal NIPT-provtagningar genom privata laboratorier som ej återrapporterats varken till ultraljudsenheterna eller KUB-delen av Graviditetsregistret. Troligen har därför fler gravida i lågriskgruppen än vi rapporterar här genomgått någon form av ytterligare genetisk utredning under sin graviditet.

Resultat från olika regioner

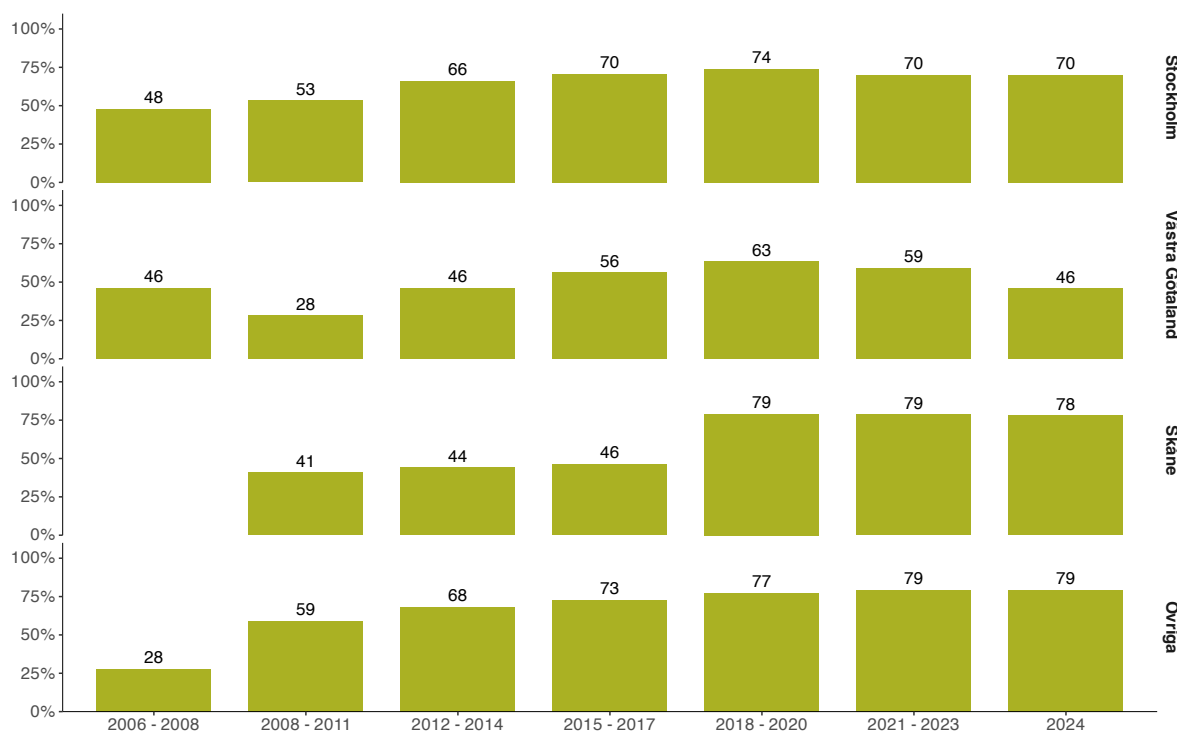
Tabell 12: Antal KUB-undersökningar per region, 2024

Region	Undersökningar (n)
Stockholm	23625
Västra Götaland	4619
Skåne	10798
Övriga	18649
Riket	57691

Andel som var yngre än 35 år vid tidpunkt för KUB-undersökning i de olika regionerna

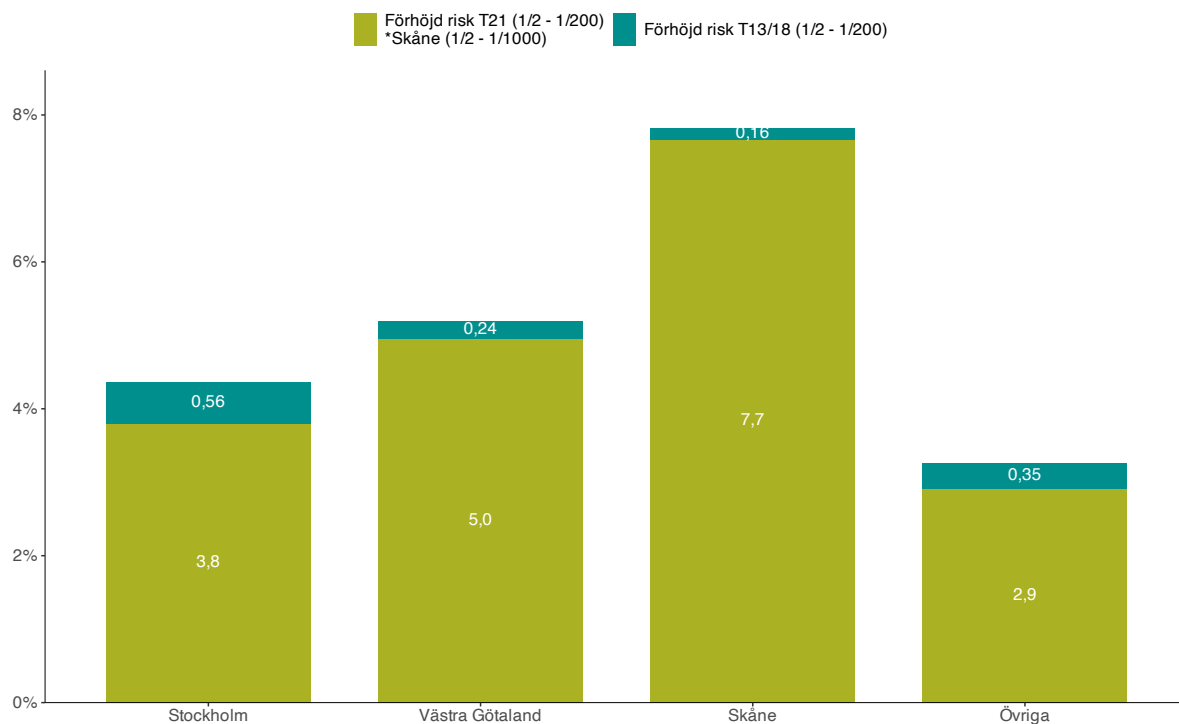
Åldersprofilen hos gravida som genomgått KUB under 2024 varierar i de olika regionerna liksom över tid, troligen mest beroende på hur erbjudandet om att få genomgå en KUB-undersökning har sett ut. Ett tydligt exempel på det är region Skåne, där KUB innan 2018 endast erbjöds till gravida över 32 år, men därefter till alla gravida. Därefter har andelen under 35 år varit relativt likartad i alla regioner utom i Västra Götaland, där KUB erbjuds först från 35 års ålder. Under 2024 har andelen yngre sjunkit ytterligare i denna region till 46%.

Diagram 71: Andel gravida som var under 35 år vid KUB-undersökningen av samtliga som gjort KUB. Per region, 2006–2024



Andelen testpositiva skiljer sig mellan regionerna. I region Skåne definieras testpositiv som en risk $\geq 1:1000$ vilket ger en högre andel testpositiva än i övriga landet. Övriga skillnader kan bero på olika ålderssammansättningar hos de testade kvinnorna i de olika regionerna, se ovan.

Diagram 72: Andel med förhöjd risk för trisomi 21 eller trisomi 13/18, vid KUB- undersökning i de olika regionerna under 2024 (i Skåne $\geq 1:1\ 000$, i större delen av övriga landet $\geq 1:200$)



Tidigare noterade regionala skillnader i andel som går vidare med utredning vid ökad KUB-risk är nu små. En långvarig trend är att vidare utredning görs i något lägre grad i gruppen med högst risk (1:2–1:50). Val av utredningsmetod skiljer sig delvis mellan regionerna, men andelen invasiv diagnostik i denna grupp har senaste åren ökat medan andelen NIPT har minskat.

Diagram 73: Andel av gravida med förhöjd risk för trisomi 21 som gått vidare med fortsatt utredning, per region 2024

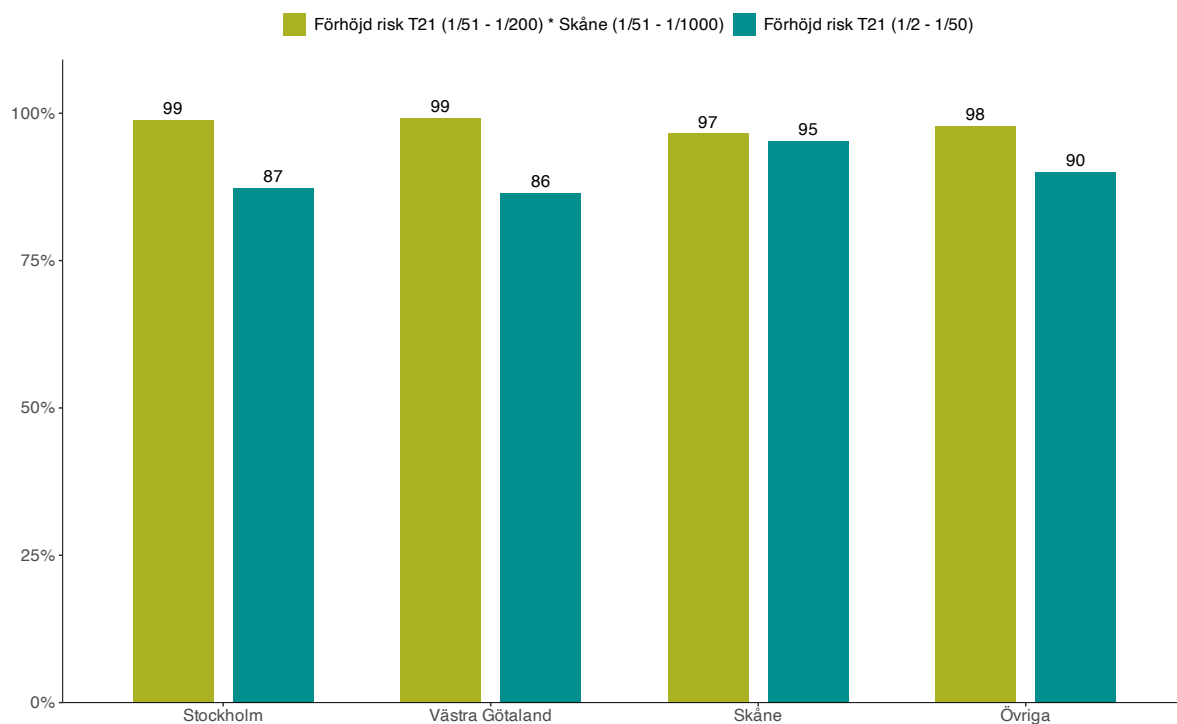
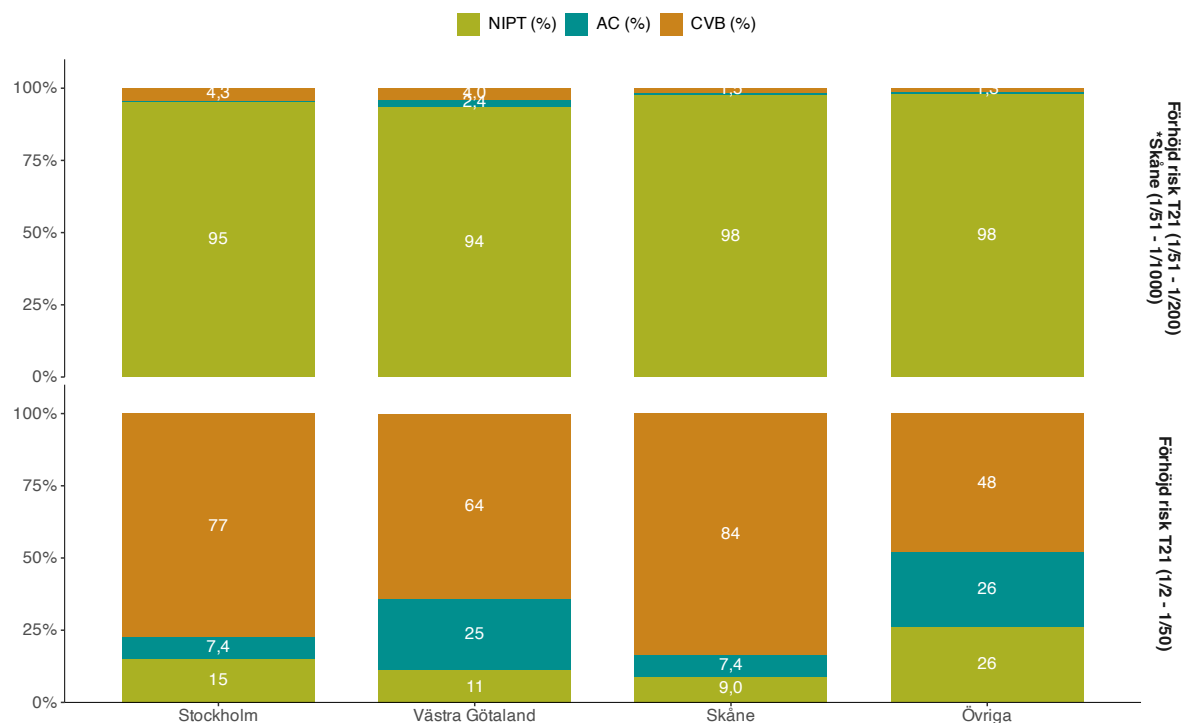


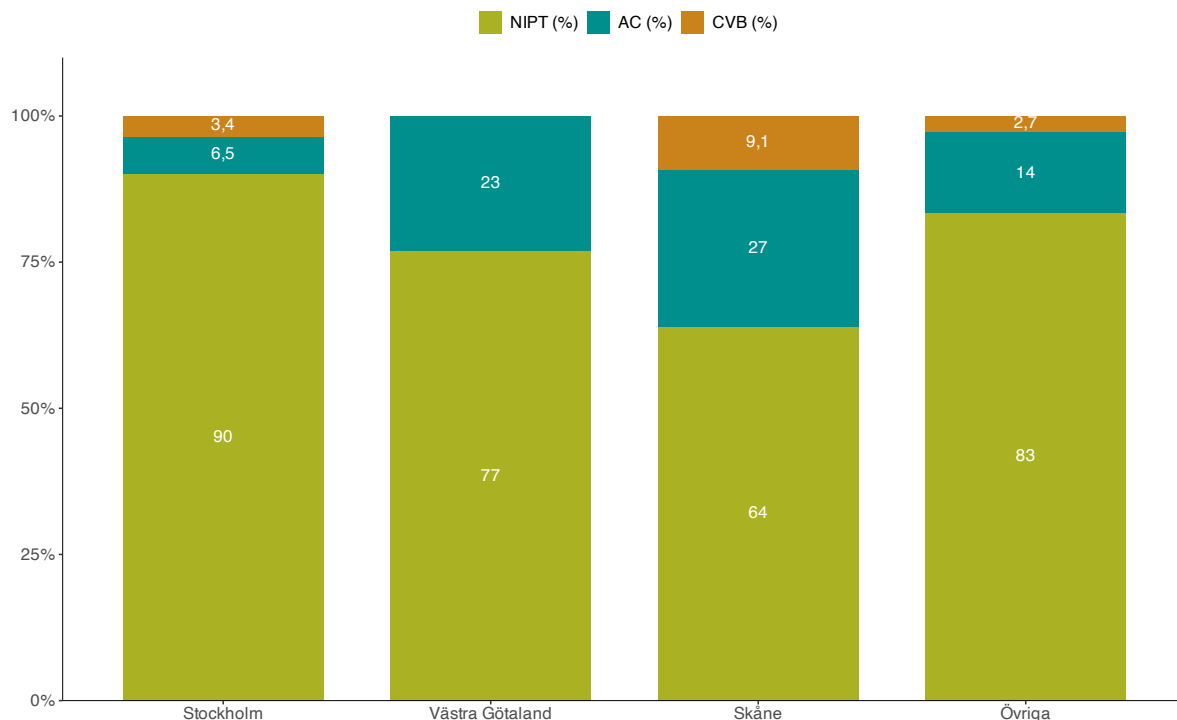
Diagram 74: Fördelning av metoder för fortsatt utredning av samtliga som har gjort någon ytterligare utredning efter KUB, uppdelat efter riskgrupp för trisomi 21. Risk 1:2–1:50 för samtliga regioner och intervallet 1:51–1:200 för Stockholm, VGR, samt övriga enheter. För region Skåne risk 1:51–1:1 000. Per region, 2024



Fortsatt utredning efter låg risk vid KUB i de olika regionerna

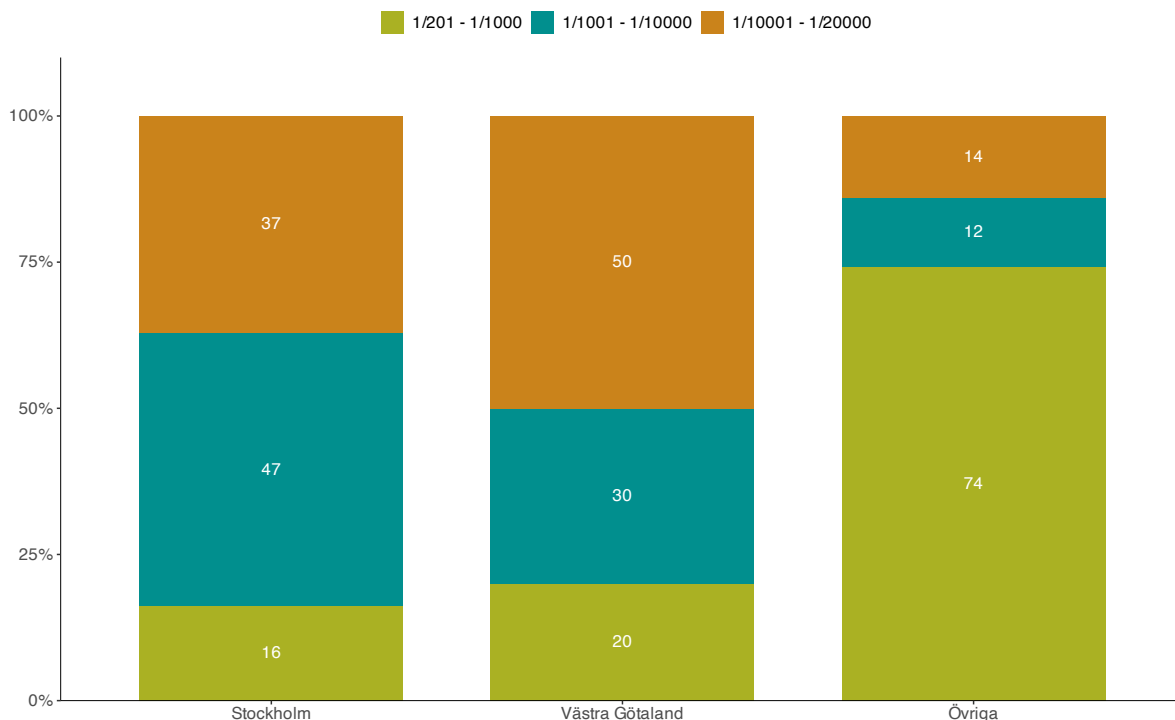
Av de gravida som fått en låg risk vid KUB under 2024 genomgick, liksom året innan, ca 6% någon form av genetisk utredning under sin graviditet. Typ av fortsatt utredning har förändrats över tid, från huvudsakligen invasiv diagnostik i början, till dominans av NIPT efter införandet av denna metod 2015. Andelen gravida i lågriskgruppen som utretts vidare varierade under 2024 mellan 0,3% i VGR till 11% i region Stockholm, utifrån data i KUB-databasen. Självrapporterade data från MHV talar dock för att de faktiska siffrorna är betydligt högre, där till exempel 21% av alla kvinnor uppgav att de genomgått NIPT. Sannolikt är en stor andel av NIPT, utförda såväl före KUB som efter KUB med låg risk, utförda av privata laboratorier, varför man utifrån registerdata har svårt att överblicka omfattningen. I region Skåne, där endast 2% i lågriskgruppen utreddes vidare, gjordes detta i större utsträckning med invasiv diagnostik jämfört med andra regioner. Man kan förmoda att orsaken till denna skillnad beror på att färre gravida kvinnor i Skåne genomgick ytterligare utredningar på oros-indikation när man infört den högre gränsen, 1:1 000. Men även här talar data från MVH för att betydligt fler genomgått NIPT, 8%. Vidare utredning kan vara motiverad av fortsatt oro för kromosomavvikelse trots låg risk vid KUB, eller vara kliniskt indicerad på grund av misstänkta missbildningar i första eller andra trimestern.

Diagram 75: Typ av utredning vid låg risk för trisomi 21 och trisomi 13/18. Per region, 2024. Låg risk definieras som <1:200 i samtliga regioner förutom Skåne, där låg risk definieras som <1:1 000



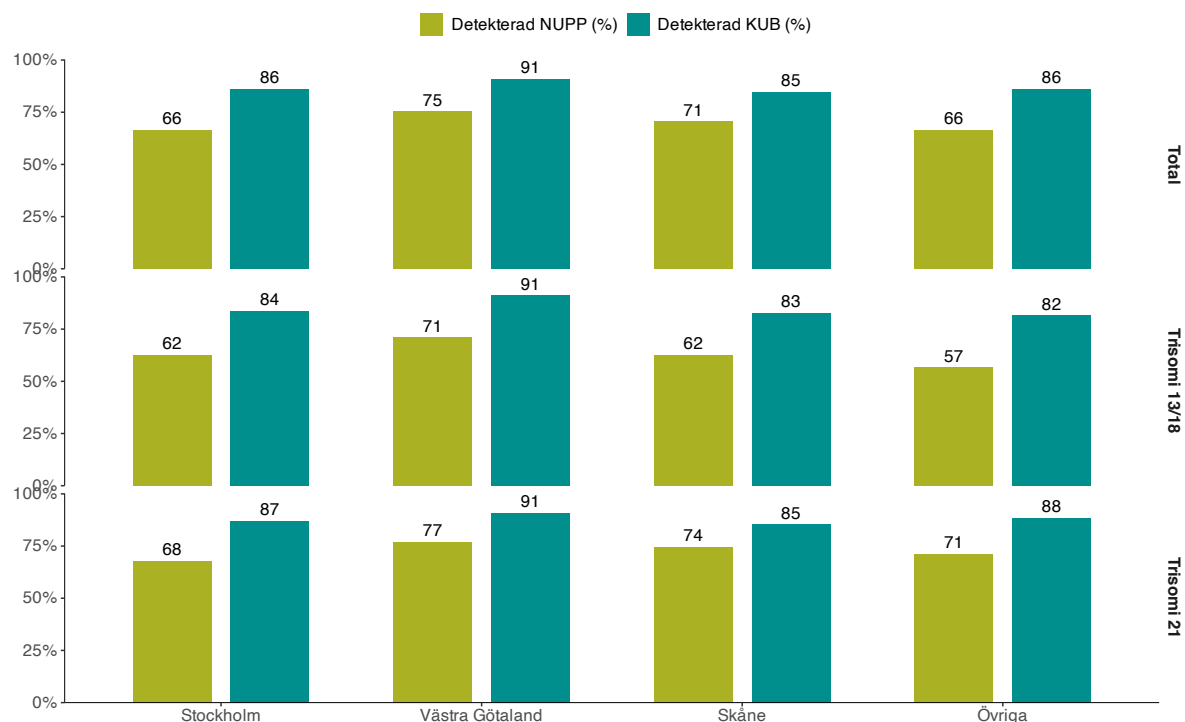
De flesta NIPT-test i lågriskgruppen bekostades av kvinnorna själva. I Stockholm och VGR hade hela 84% respektive 80% av kvinnor som gick vidare med NIPT i lågriskgruppen en mycket låg risk för kromosomavvikelse (1:1 001–1:20 000). Vid övriga enheter var denna andel endast 26%. Den faktiska andelen vidare utredning i lågriskgruppen är dock svårvärderad i och med att data saknas från privata aktörer.

Diagram 76: Fördelning av KUB-risk bland de gravida i lågriskgruppen som gått vidare med NIPT efter KUB (med eller utan AC/CVB), per region, 2024



Detektionsgrad av kromosomavvikelser i de olika regionerna med KUB och NUPP

Detektionsnivåerna av kromosomavvikelser i de olika regionerna redovisas som kumulativa resultat under perioden 2006–2024 med anledning av få rapporterade fall årligen. Fallet bedöms som sant positivt om graviditeten hade en förhöjd risk $\geq 1:200$ och resultatet av pre- eller post-natal genetisk analys varit positivt. De gravida kvinnornas åldersprofil har historiskt legat över 35 år i genomsnitt för att sedan sjunka under senare år då fler regioner erbjuder KUB undersökning av samtliga gravida. Detektionsnivåerna kan påverkas av denna faktor samt hur sensitiviteten hos de två metoderna KUB samt NUPP har varit i de olika regionerna. Detektionsnivåerna för trisomi 21 med endast NUPP varierar mellan 68% och 77%, och med KUB mellan 85% och 91%, väl överensstämmande med internationella studier med rapporterad sensitivitet för enbart NUPP 70–75% och för KUB 85–90%.

Diagram 77: Detektionsgrader av olika kromosomavvikelser (vid risk $\geq 1/200$) för KUB och NUPP, per region 2006–2024

I region Skåne, där förhöjd risk definieras som $\geq 1:1\,000$ enligt SFOG:s riktlinjer noteras en högre detektionsnivå av graviditeter med trisomi 21 (92%) jämfört med övriga regioner, samtidigt som betydligt färre kvinnor i lågriskgruppen gått vidare med fortsatt fosterdiagnostik. Detektionsgraden av kromosomavvikelser med KUB är högre när en övre gräns för förhöjd risk på 1:1 000 används, jämfört med 1:200 som används vid flertalet enheter i landet.

Tabell 13: Detektionsgrader av olika kromosomavvikelser (vid risk $\geq 1/1\,000$) för KUB och NUPP i Skåne, 2006–2024

Kromosomavvikelse	Avvikelse (n)	Detekterat NUPP (n)	Detekterat NUPP (%)	Detekterat KUB (n)	Detekterat KUB (%)
Trisomi 21	266	239	90	246	92
Trisomi 13/18	128	90	70	117	91
Triploidi	19	8	42	17	89
Total	432	351	81	395	91

Dateringsultraljud

Bakgrund

Tillförlitlig information om graviditetens längd är nödvändig för optimal obstetrisk handläggning och är grunden för bedömning av fostrets tillväxt. Datering med ultraljud är den rekommenderade metoden i Sverige sedan flera decennier, med undantag för graviditeter efter assisterad befruktning, men tidpunkten för ultraljudsundersökningen och vilka formler den baserats på har varierat.

I Sverige erbjuds alla kvinnor minst en ultraljudsundersökning under graviditeten. Det rutinemässiga ultraljudet i andra trimestern (RUL) utförs ofta kring graviditetsvecka 18–20, och drygt 97% av alla gravida deltar i denna frivilliga undersökning. Dateringen har länge varit ett av huvudsyften med RUL-undersökningen, men numera rekommenderas en tidigare datering om möjligt.

Det finns två olika svenska rekommendationer gällande kvalitetskontroll av dateringsultraljud. Enligt SFOG:s ”Riktlinjer för fetometri” är datering vid 11–14 fulla graviditetsveckor att föredra framför datering vid 15–22 graviditetsveckor. Dessutom anges att standarddeviationen för skillnaden mellan sant och ultraljudsberäknat förlossningsdatum ska vara högst 8,5 dagar. Förutsättningarna har dock ändrats sedan detta målvärde definierades då de uppmätta standarddeviationerna noterats minska över åren parallellt med förändrad klinisk handläggning, vilket gjort att färre graviditeter fortlöper lika långt efter beräknad partus. Enligt SFOG:s ARG-rapport nr 73 från 2014 bör dessutom medelvärdet av skillnaden mellan verklig graviditetslängd och ultraljudsberäknat förlossningsdatum vara 0 dagar. Dessutom har medianskillnaden i litteraturen lyfts fram som ett utfallsmått som skulle kunna föredras framför medelskillnad och bör då optimalt vara 0. Överburenhetsfrekvens har också använts som ett kvalitetsmått på datering och överburenhet definieras fortfarande som $\geq v 42+0$ oberoende av förändringar i rutiner gällande tidpunkten för induktion vid graviditet som fortlöper efter beräknad partus.

I tidigare årsrapporter från Graviditetsregistret har det konstaterats att dessa kvalitetsmått blivit allt svårare att använda p.g.a. den ökade andelen induktioner vilket gör att för få graviditeter fortgår efter BP. Dessa mått går inte att använda längre och går heller inte att jämföra med resultat från tidigare år.

Då det finns tydliga fördelar med att datera i tidig graviditet, och detta rekommenderas både nationellt och internationellt, har en diskussion förts inom ULTRA-ARG (arbets- och referensgrupp inom SFOG), vilket lett till ett beslut 2025. Målsättningen är att så stor andel som möjligt av alla ultraljudsdaterade graviditeter är daterade av en certifierad undersökare vid ett första trimesterultraljud, utifrån CRL eller tidig BPD, samt att använda andelen tidigt daterade graviditeter som kvalitetsmått för graviditetsdatering. Detta kvalitetsmått är inkluderat i Graviditetsregistrets dashboards för fosterdiagnostik samt i Graviditetsregistrets Årsrapporter.

Metod

Samtliga graviditeter som lett till förlossning under 2024 identifierades i Graviditetsregistret för att se på vilket sätt graviditetsdatering hade utförts: enligt embryotransfer, enligt ultraljud, enligt senaste mens eller om det inte fanns ett beräknat förlossningsdatum registrerat.

Regioner med ingen eller bristfällig överföring av data från ultraljudsundersökningar till Graviditetsregistret har inte tagits med i genomgången (Blekinge, Kronoberg, Norrbotten, Uppsala och Värmland).

För de graviditeter som daterats enligt ultraljud och där det även fanns mått från ultraljudsundersökningen i Graviditetsregistret gjordes en översikt avseende på vilket sätt de daterats enligt ultraljud: enligt CRL 4–44 mm, CRL- 45–84 mm, BPD 21–31 mm, BPD 32–55 mm, BPD >55 mm eller annat mått.

Antalet graviditeter med tidig datering identifierades och denna andel beräknades i förhållande till det totala antalet ultraljudsdaterade graviditeter och angavs för respektive region.

För att bedöma kvaliteten av utförd datering enligt ultraljud undersöktes, som för tidigare år, skillnaden i dagar mellan skattat och faktiskt förlossningsdatum. I Obstetrix är beräknat förlossningsdatum (beräknad partus) definierat som graviditetsvecka 39+6 dagar medan det är definierat som graviditetsvecka 40+0 dagar i journalsystemen Cosmic och Partus, som används i någ-

ra regioner i Sverige. I enlighet med internationell standard definieras här beräknad partus som graviditetsvecka 40+0. De graviditeter som ledde till förlossning 2024 och som daterats enligt ultraljud med dokumenterade mått från undersökningen inkluderades och därefter exkluderades födselar med flerbörd, prematurbörd (<vecka 37 + 0), planerade kejsarsnitt samt induktioner innan vecka 42 + 0. Tre olika metoder för datering enligt ultraljud utvärderades: crown-rump-length (CRL) 45–85 mm, tidig biparietal diameter (BPD) 21–31 mm och sen BPD 32–55 mm. Datering enligt CRL i detta spann eller tidig BPD motsvarar första trimester-ultraljud (TUL eller KUB), medan datering enligt sen BPD motsvarar andra trimester-ultraljud (RUL). Skillnaden mellan skattat och faktiskt förlossningsdatum angavs som medelskillnad i dagar med standard-deviation samt antal dagars medianskillnad.

I tidigare årsrapporter har det noterats en tendens till avrundning av uppmätta BPD-värden, vilket även granskats detta år. För denna årsrapport har antal undersökningar där datering utförts på BPD mellan 40–45 mm tagits fram för 2024 samt för 2018 som jämförelse.

Resultat

Den stora majoriteten av de graviditeter som lett till förlossning 2024 var daterade enligt ultraljud och endast en mindre del var daterade på annat sätt.

Tabell 14: Dateringsmetoder för de graviditeter som lett till förlossning 2024 (hela riket förutom Blekinge, Kronoberg, Norrbotten, Uppsala och Värmland)

Datering typ	N	Andel (%)
BPET	5375	6,1
BPU	82030	93
BPSM	1023	1,2
Övrigt	155	0,17

För de graviditeter där datering skett enligt ultraljud och där mått från ultraljudsundersökningen fanns i Graviditetsregistret var det vanligaste att graviditeten hade daterats enligt tidig BPD.

Tabell 15: Antal och andel av de graviditeter som daterats enligt ultraljud och ledde till förlossning 2024 (hela riket förutom Blekinge, Kronoberg, Norrbotten, Uppsala och Värmland), som daterades enligt CRL 4–44 mm, CRL 45–84 mm, BPD 21–31 mm, BPD 32–55 mm, BPD >55 mm eller annat mått

Region	CRL 4-44mm		CRL 45-84mm		Tidig BPD 21-31mm		Sen BPD 32-55mm		BPD >55mm		Övrigt	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Dalarna	0	0	2	0,1	1194	58	875	42	3	0,1	0	0
Gotland	0	0	1	0,3	305	79	76	20	2	0,5	0	0
Gävleborg	49	3	188	10	1288	66	392	20	16	0,8	5	0,3
Halland	12	0,4	373	13	2331	83	102	4	3	0,1	1	0,04
Jämtland	0	0	4	0,4	456	45	553	54	7	0,7	4	0,4
Jönköping	21	0,7	48	2	2428	77	655	21	4	0,1	0	0
Kalmar	3	0,2	16	0,9	1597	88	201	11	3	0,2	0	0
Skåne	8	0,07	2090	18	9187	78	464	4	10	0,09	0	0
Stockholm	10	0,04	47	0,2	14797	66	7531	34	8	0,04	7	0,03
Sörmland	2	0,09	3	0,1	1541	71	607	28	15	0,7	0	0
Västerbotten	11	0,5	18	0,8	1324	61	796	37	8	0,4	0	0
Västernorrland	5	0,6	2	0,2	424	47	462	52	3	0,3	1	0,1
Västmanland	3	0,1	6	0,3	1692	78	471	22	0	0	1	0,05
Västra Götaland	11	0,08	39	0,3	10405	77	3036	22	22	0,2	3	0,02
Örebro	22	0,9	74	3	2121	82	351	14	5	0,2	0	0
Östergötland	2	0,05	53	1	3108	83	556	15	18	0,5	0	0
Riket	159	0,2	2964	4	54198	73	17128	23	127	0,2	22	0,03

Av de graviditeter som ledde till förlossning 2024, och där dateringen gjordes med ultraljud med registrerade ultraljudsmått, så hade totalt 77% daterats tidigt enligt CRL eller tidig BPD. Föregående år, 2023, var andelen 72%.

Tabell 16: Antal och andel med tidig datering (enligt CRL 45–84 mm eller BPD 21–31 mm) av de graviditeter som daterats enligt ultraljud och ledde till förlossning 2024 (hela riket förutom Blekinge, Kronoberg, Norrbotten, Uppsala och Värmland)

Region	Datering enligt ultraljud (n)	Tidig datering (n)	Andel (%)
Dalarna	2074	1196	58
Gotland	384	306	80
Gävleborg	1938	1525	79
Halland	2822	2716	96
Jämtland	1024	460	45
Jönköping	3156	2497	79
Kalmar	1820	1616	89
Skåne	11759	11285	96
Stockholm	22400	14854	66
Sörmland	2168	1546	71
Västerbotten	2157	1353	63
Västernorrland	897	431	48
Västmanland	2173	1701	78
Västra Götaland	13516	10455	77
Örebro	2573	2217	86
Östergötland	3737	3163	85
Riket	74598	57321	77

Andelen med tidig datering varierade mellan 45 och 96% av alla ultraljudsdaterade graviditeter i de regioner där detta var möjligt att redovisa. Föregående år, 2023, var spannet mellan 20 och 95%.

Avseende medelskillnaden i dagar mellan faktiskt och beräknat förlossningsdatum år 2024 sågs fortsatt liten skillnad mellan datering enligt CRL, tidig BPD eller sen BPD.

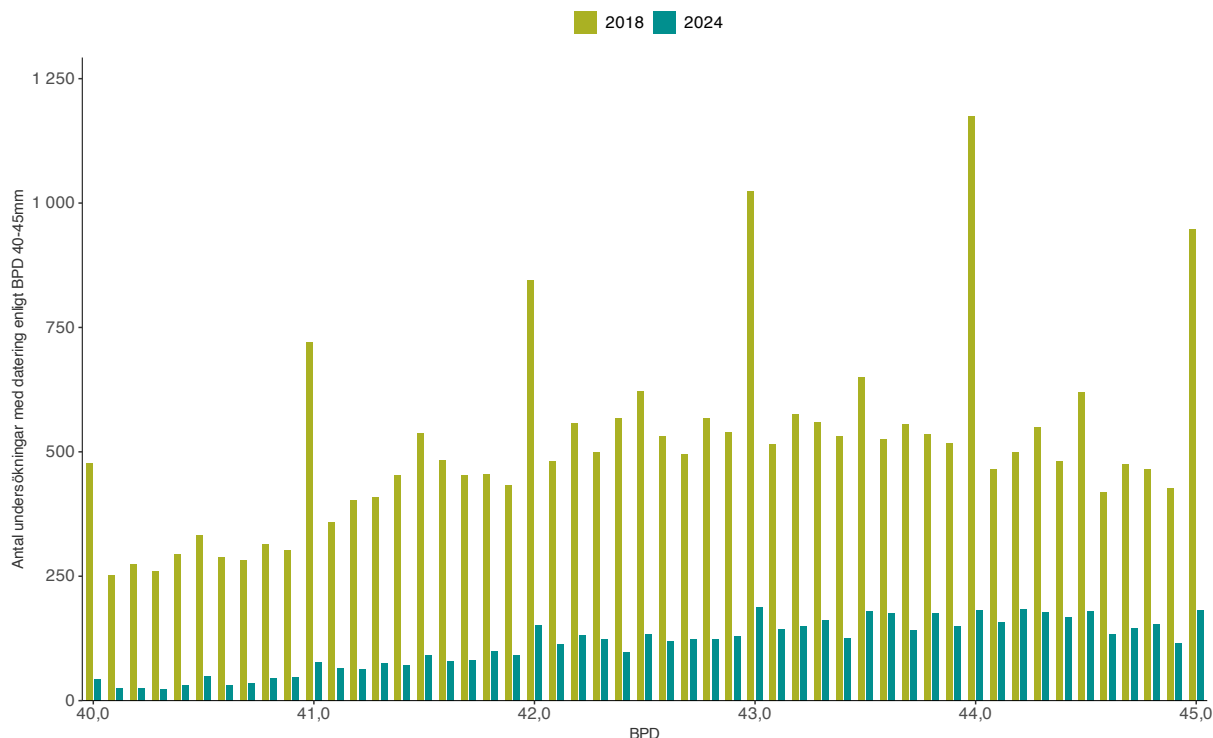
Tabell 17: Skillnad mellan faktiskt och beräknat datum för förlossning i dagar (medelvärde och median) med 95% konfidensintervall och standarddeviation (SD) vid förlossning 2024. Flerbörd, prematurbörd, induktioner innan v 42+0 och elektiva kejsarsnitt är inte inkluderade

Dateringsmetod	Antal undersökningar	Medelvärde	(Konfidensintervall)	SD	Median
CRL 45-84mm	1371	-0,36	(-0,73 - 0,022)	7,1	0
Tidig BPD 21-31mm	28056	-0,76	(-0,85 - -0,68)	7,1	0
Sen BPD 32-55mm	9016	-1,3	(-1,5 - -1,2)	7,3	-1,0
Totalt 2024	38443	-0,88	(-0,95 - -0,81)	7,2	0

Under 2024, liksom under 2023, födde kvinnorna i median vid en graviditetslängd motsvarande v 40+0 vid datering enligt CRL och enligt tidig BPD och vid datering enligt sen BPD födde kvinnorna i median vid en graviditetslängd motsvarande v 39+6.

Distribution av mått på biparietal diameter (BPD) från sena dateringstillfällen visar för 2024 jämfört med 2018 både att antalet sena dateringar minskat samt en tydlig minskning av den tidigare oönskade avrundningen till heltal och halvtal.

Diagram 78: Antal undersökningar med fördelning av ett urval mått på BPD i mm vid ultraljudsundersökning för datering av graviditet som lett till förlossning 2018 samt 2024



Diskussion

Det är svårt att utvärdera kvalitet på ultraljudsdatering enligt tidigare satta mål p.g.a. en förändrad klinisk situation med fler och tidigare förlossningsinduktioner. Därmed har fokus flyttats till att undersöka hur stor andel av graviditeter som dateras tidigt i graviditeten med ultraljud, enligt nationella och internationella aktuella rekommendationer.

Majoriteten av de graviditeter som lett till förlossning 2024 är daterade enligt ultraljud, vilket är rekommenderad metod undantaget graviditeter som tillkommit efter assisterad befruktning samt graviditeter där ingen ultraljudsundersökning utförts tillräckligt tidigt. Detta har varit rutin i Sverige sedan lång tid tillbaka. Det är tyvärr fortfarande så att data från ultraljudsundersökningar inte är heltäckande p.g.a. överföringsproblem från regioner som inte har journalsystemet Obstetrix.

Tidig datering (CRL eller tidig BPD) var totalt sett den dominerande metoden i det redovisade urvalet av graviditeter som ledde till förlossning under 2024. Här sker en fortsatt positiv utveckling då denna andel ökat ytterligare. Det finns fortfarande en stor skillnad mellan olika regioner i andel med tidig datering, men skillnaden var påtagligt mindre 2024 än 2023. Regionernas möjlighet att bemanna ultraljudsenheterna med certifierad personal under hela kalenderåret utgör grunden för att kunna erbjuda ultraljud i första trimestern till alla gravida och därmed kunna uppnå en hög andel tidig datering. Det blir spännande att se utvecklingen nästföljande år efter ULTRA-ARGs beslut och tydliggörande att datering i första trimestern av certifierad undersökare är det som rekommenderas.

Ultraljudsdateringen i ett urval från 2024 uppfyller mycket väl de tidigare satta kvalitetsmålen. Alla metoderna förutsäger förlossningsdatumet väl på grupp-nivå, men vid datering enligt CRL

eller tidig BPD var resultat något bättre i förhållande till kvalitetsmålen än vid datering enligt sen BPD.

En glädjande utveckling är att personal som utför och dokumenterar ultraljudsundersökningarna i hög grad registrerar uppmätta mätvärden med en decimal utan att avrunda till hel- eller halvtal. Det är viktigt att detta även fortsatt lärs ut i samband med ultraljudsutbildningar.

Sammanfattningsvis uppnåddes de tidigare satta kvalitetsmålen 2024 oavsett vilken metod som använts för graviditetsdatering, men målen uppnåddes i något högre grad vid tidig datering, enligt CRL eller tidig BPD. Dessa resultat var därmed i linje med nationella och internationella rekommendationer avseende tidig datering. Fokus i årsrapporten har flyttats till att bedöma kvalitet på ultraljudsdatering i form av andel graviditeter med tidig datering. Det kan konstateras att andelen graviditeter med tidig datering är hög, men att det fortfarande finns en stor skillnad mellan olika regioner och en potential för att andelen graviditeter som daterats vid ultraljudsundersökning i första trimestern kan öka ännu mer under följande år.

Tillväxtultraljud

Bakgrund

Kunskap om fostrets vikt ger viktig information om graviditeten. Att kunna skatta och följa fostrets vikt och tillväxt under graviditeten är viktigt för att kunna planera eventuella interventioner, såsom induktion av förlossning eller kejsarsnitt. Ultraljudsbaserade mätningar ger större säkerhet än till exempel mätning av SF-mått vid storleksbedömning av fostret. Förutsättningen för detta är givetvis att viktskattningen utförs korrekt. Syftet med denna analys är att göra en kvalitetskontroll av viktskattningar som utförts i Sverige.

Metod

Enligt SFOG:s riktlinjer för fetometri har vi använt oss av viktskattningar som har utförts i nära anslutning till barnets födelse (0–2 dagar innan förlossningen, ofta kallad ”akut viktskattning”). Samtliga akuta viktskattningar från och med graviditetsvecka 24 som utfördes under 2024 har identifierats i Graviditetsregistret. Flerbörder har exkluderats. Skillnaden mellan den med ultraljud skattade fostervikten och födelsevikten har beräknats i % av födelsevikten (FV):

$$\blacktriangleright \text{Procentavvikelse i viktskattning} = (\text{Beräknat FV} - \text{FV}) / (\text{FV} \times 100)$$

Skillnaden mellan skattad vikt och sann födelsevikt uttryckt i % av den sanna födelsevikten bör ha ett medelvärde på 0% (95%-konfidensintervallet skall inkludera 0), standarddeviationen för skillnaden bör vara högst 8% (SFOG, riktlinje fetometri).

Resultat

3 870 akuta viktskattningar under 2024 finns registrerade i Graviditetsregistret. Antal utförda undersökningar i relation till graviditetslängd respektive födelsevikt presenteras i tabellerna nedan. Majoriteten av undersökningarna utfördes i fullgången tid. I medel underskattades fostervikten med 1,9% jämfört med den faktiska födelsevikten. Om man jämför precision i viktskattning vid olika födelsevikter ser man att det finns en tendens att underskatta (-3,3%) de stora barnen mest. Denna tendens har setts även tidigare år.

Tabell 18: Antal akuta viktskattningar inom två dagar från förlossningsdatum, samt avvikelse från födelsevikt i relation till graviditetslängd under 2024

Graviditetslängd (v)	Barn (n)	Avvikelse viktskattning (medel %)	Avvikelse viktskattning (sd %)
<v32+0	144	-2,4	9,3
v32+0 - v36+6	550	-3,1	8,4
v37+0 - v40+6	2691	-1,8	8,0
>=v41+0	987	-1,4	8,2
Total	4372	-1,9	8,2

Tabell 19: Antal akuta viktskattningar inom två dagar från förlossningsdatum, samt avvikelse jämfört med födelsevikt under 2024 grupperat på faktisk födelsevikt

Viktkategori (g)	Barn (n)	Avvikelse viktskattning (medel %)	Avvikelse viktskattning (sd %)
300-1000g	52	-0,55	11
1000-4000g	3557	-1,6	8,2
4000g+	763	-3,3	7,7
Total	4372	-1,9	8,2

Tabell 20: Antal akuta viktskattningar inom två dagar från förlossningsdatum och avvikelse jämfört med födelsevikt under 2024 per region. Avvikelse är skillnaden i procent mellan den skattade viktavvikelsen och den sanna födelseviktens avvikelse från förväntad medelvikt utifrån graviditetslängd. Standarddeviation (SD) för skillnaden är angiven i procent

Region	Barn (n)	Avvikelse viktskattning (medel %)	Avvikelse viktskattning (sd %)
Blekinge	19	-5,0	6,8
Dalarna	146	-4,5	9,0
Gotland	30	-0,31	8,0
Gävleborg	178	-2,5	7,7
Halland	244	-1,1	7,2
Jämtland	68	-2,5	7,2
Jönköping	361	-2,2	8,0
Kalmar	81	-3,8	11
Skåne	391	-1,6	7,7
Stockholm	914	-0,11	7,6
Sörmland	90	-2,3	9,4
Värmland	40	0,68	6,9
Västerbotten	79	-0,81	8,6
Västernorrland	52	-2,7	7,0
Västmanland	215	-3,8	7,1
Västra Götaland	686	-3,0	9,1
Örebro	141	-2,4	7,3
Östergötland	135	-1,8	8,2
Total	3870	-1,9	8,2

Diskussion

Målen för kvalitetskriterier gällande tillväxtmätningar med ultraljud uppfylls inte. Resultaten innebär att barnets vikt systematiskt underskattas. Att standardavvikelsen låg högre än målet betyder också att det finns stora skillnader i träffsäkerheten mellan olika mätningar. Dock kan man se att precisionen legat relativt konstant senaste åren utan större variation vilket är positivt.

Det är fortsatt oklart om kvaliteten av ultraljudsmätningarna eller formeln som används för att skatta ultraljudsvikten, eller båda dessa, är suboptimala. En förbättring är fortfarande önskvärd.

Förlossning

Sverige har internationellt sett en god förlossningsvård. Det kan dock noteras att vissa negativa trender som uppmärksammats under de senaste åren kvarstår, bland annat en ökad andel kejsarsnitt och fler större blödningar. På nationell nivå har andelen kejsarsnitt för första gången nått 20%, med betydande variationer mellan regioner – från 14% i Östergötland till 25% i Sörmland. Någon etablerad internationell rekommendation för andelen kejsarsnitt finns inte, men WHO anser att nivåer över 15% inte leder till ett sammantaget bättre utfall för mödrar och/eller barn. Trenden med fler igångsatta förlossningar fortsätter också, även här med stora regionala skillnader. Andelen barn som avlider innan eller under förlossning vid fullgången graviditet ligger fortsatt stabilt lågt, omkring 1/1 000. Andelen svåra perinealbristningar (grad 3 och 4) har varit låg och stabil under de senaste sex åren. Tillgången till bad och möjligheten att föda i vatten ökar men varierar mellan kliniker.

Det finns flera exempel på kliniker och regioner med goda vårdresultat, medan andra visar en mer negativ utveckling. Rapporten innehåller inga statistiska analyser, men siffrorna kan inspirera till förbättringsarbete och nya vetenskapliga frågeställningar, samt bekräfta var vården fungerar väl. Vikten av ett systematiskt kvalitetsarbete för att minska skillnaderna mellan kliniker och regioner kan inte nog betonas.

Graviditetsenkäten

Graviditetsenkäten ger en unik inblick i gravida och nyblivna mammors upplevelser före, under och efter graviditet. Genom att kombinera dessa patientupplevelser med medicinska utfallsmått får vi en mer komplett och nyanserad bild av vårdens kvalitet.

Resultaten, tillgängliga i dashboards på Graviditetsregistrets webbplats, hjälper verksamheter att följa upp, jämföra och identifiera förbättringsområden. Enkäten visar både styrkor – som högt förtroende för personalen – och brister, till exempel behov av bättre stöd vid amning och information om eftervården. Att använda patientupplevelser tillsammans med medicinska indikatorer är avgörande för en personcentrerad, tillgänglig och jämlik vård i hela landet.

Målvärden

SFOG, Svenska Barnmorskeförbundet och Graviditetsregistret har gemensamt tagit fram målvärden för förlossningsvården. Dessa målvärden är pragmatiska och baseras på siffror som bedömts vara realistiska att uppnå. Syftet är att målvärdena ska användas som ett verktyg i vårdens verksamheter för att följa upp och förbättra kvaliteten. Genom att arbeta mot gemensamma, tydliga mål kan vården utvecklas mer jämlikt vilket i slutändan gynnar de födande kvinnorna och stärker svensk förlossningsvård. I tabellen nedan redovisas ett urval av dessa målvärden.

Antal förlossningar

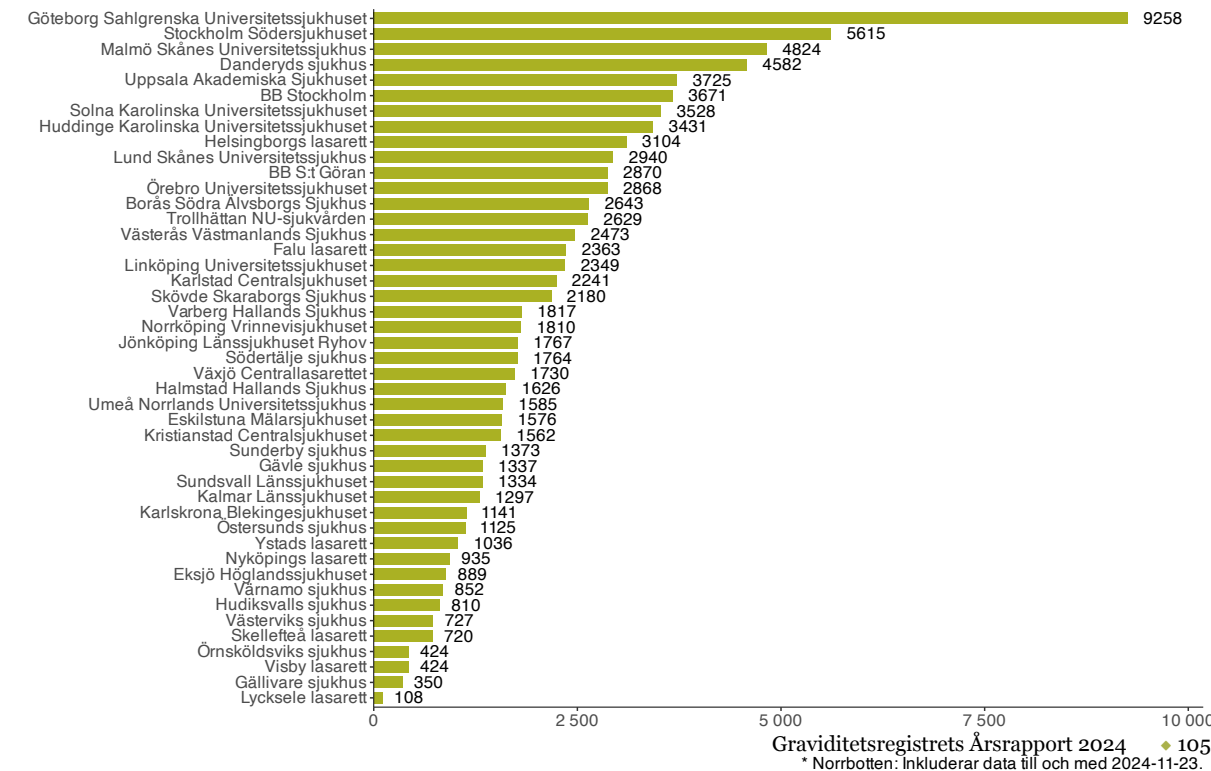
Under 2024 registrerades totalt 97 409 förlossningar i Graviditetsregistret. De största förlossningsklinikerna fanns vid Göteborg Sahlgrenska Universitetssjukhuset (n=9 258), Södersjukhuset i Stockholm (n= 5 615) och Skånes Universitetssjukhus i Malmö (n=4 823). Tillsammans stod de tio största sjukhusen för drygt 40% av alla förlossningar i landet. Samtidigt visar statistiken på en stor variation i volym, från storstadssjukhus med flera tusen förlossningar per år till mindre enheter som Lycksele lasarett med 108 förlossningar.

Tabell 21: Målvärden för förlossningsvården samt resultat för riket och per klinik, 2024

	Förlossningar (n)	Kejsarsnitt		Blödning ≥ 1000ml		Bristningar grad 3-4	
		Robson 1+2b	Efter induktion	Vaginal	Kejsarsnitt	Ej instr. förlossning	Instr.förl
Målvärde		<13%	<17%	<6%	<16%	<2%	<9%
Riket	97506	15%	18%	7,0%	17%	2,2%	10%
BB S:t Göran	2870	14%	19%	9,6%	19%	2,1%	7,8%
BB Stockholm	3671	13%	16%	7,8%	20%	2,2%	15%
Borås Södra Älvsborgs Sjukhus	2643	19%	21%	6,8%	15%	1,6%	11%
Danderyds sjukhus	4582	17%	17%	7,2%	18%	2,2%	10%
Eksjö Höglandssjukhuset	889	13%	18%	6,6%	25%	2,1%	-
Eskilstuna Mälarsjukhuset	1576	21%	25%	7,7%	14%	2,3%	17%
Falu lasarett	2363	11%	11%	7,4%	16%	1,8%	9,7%
Gällivare sjukhus	350	21%	22%	5,0%	17%	-	-
Gävle sjukhus	1337	23%	24%	7,4%	22%	3,2%	-
Göteborg Sahlgrenska Universitetssjukhuset	9258	16%	21%	7,9%	18%	2,0%	7,9%
Halmstad Hallands Sjukhus	1626	13%	15%	7,8%	15%	1,0%	11%
Helsingborgs lasarett	3104	8,0%	11%	7,6%	11%	1,8%	8,3%
Huddinge Karolinska Universitetssjukhuset	3431	19%	21%	8,8%	15%	3,2%	8,8%
Hudiksvalls sjukhus	810	15%	19%	8,4%	11%	0,97%	-
Jönköping Länssjukhuset Ryhov	1767	13%	18%	5,7%	16%	1,2%	11%
Kalmar Länssjukhuset	1297	11%	16%	8,2%	9,9%	2,6%	11%
Karlskrona Blekingesjukhuset	1141	21%	24%	7,1%	20%	3,2%	13%
Karlstad Centralsjukhuset	2241	16%	19%	6,0%	17%	2,5%	9,9%
Kristianstad Centralsjukhuset	1562	14%	17%	4,3%	13%	2,0%	-
Linköping Universitetssjukhuset	2349	9,0%	13%	6,5%	15%	2,4%	16%
Lund Skånes Universitetssjukhus	2940	15%	17%	7,0%	23%	2,6%	9,4%
Lycksele lasarett	108	-	-	5,1%	-	-	-
Malmö Skånes Universitetssjukhus	4824	13%	16%	6,1%	11%	2,4%	9,6%
Norrköping Vrinnevisjukhuset	1810	10%	13%	5,8%	18%	2,6%	12%
Nyköpings lasarett	936	15%	17%	7,7%	10%	1,9%	10%
Skellefteå lasarett	720	16%	22%	6,3%	21%	2,6%	20%
Skövde Skaraborgs Sjukhus	2180	15%	20%	6,4%	23%	1,4%	9,8%
Solna Karolinska Universitetssjukhuset	3528	16%	20%	8,0%	15%	2,9%	11%
Stockholm Södersjukhuset	5615	14%	16%	8,8%	13%	1,9%	8,0%
Sunderby sjukhus	1373	16%	20%	6,2%	26%	2,6%	9,2%
Sundsvall Länssjukhuset	1334	14%	16%	4,8%	7,7%	2,4%	8,8%
Södertälje sjukhus	1764	15%	17%	9,5%	16%	2,4%	11%
Trollhättan NU-sjukvården	2629	12%	17%	6,6%	18%	1,6%	11%
Umeå Norrlands Universitetssjukhus	1584	16%	20%	8,5%	17%	3,4%	9,9%
Uppsala Akademiska Sjukhuset	3725	15%	19%	8,6%	24%	2,0%	6,7%
Varberg Hallands Sjukhus	1817	15%	14%	5,8%	18%	1,9%	9,1%
Visby lasarett	424	19%	16%	7,0%	17%	1,5%	-
Värnamo sjukhus	852	12%	12%	6,4%	19%	1,6%	20%
Västerviks sjukhus	727	13%	17%	8,4%	16%	2,2%	-
Västerås Västmanlands Sjukhus	2473	20%	22%	8,0%	24%	2,4%	6,2%
Växjö Centrallasarett	1730	-	17%	7,2%	20%	3,2%	12%
Ystads lasarett	1036	14%	17%	9,0%	18%	2,6%	11%
Örebro Universitetssjukhuset	2868	17%	15%	8,6%	31%	2,0%	9,3%
Örnsköldsviks sjukhus	424	8,7%	9,0%	6,7%	13%	2,4%	-
Östersunds sjukhus	1125	16%	17%	9,9%	22%	3,4%	8,1%

instr. = instrumentell

Diagram 79: Antal förlossningar per förlossningsklinik, 2024



Andel förlossningar utan större interventioner eller komplikationer

I Graviditetsregistret används ett mått som kallas ”Förlossning utan större interventioner eller komplikationer”. Det beskriver hur stor andel av förlossningarna som kan betraktas som medicinskt okomplicerade. För att räknas som okomplicerad får följande inte ha inträffat: användning av sugklocka eller tång, kejsarsnitt, allvarlig bristning i bäckenbotten (grad 3–4), lågt Apgar-värde (<7 efter 5 minuter), blödning hos kvinnan ($\geq 1\ 000$ ml) eller behov av blodtransfusion.

I rapporten presenteras resultaten för de största Robson-grupperna. Robsonklassifikationen är ett internationellt system som delar in alla födande i tio tydliga grupper, baserat på faktorer som:

- om man fött barn tidigare eller inte
- graviditetens längd
- barnets läge i magen (t.ex. huvudändläge)
- antal barn i magen
- om förlossningen startade spontant eller med igångsättning/kejsarsnitt

Syftet med systemet är att göra det lättare att jämföra och följa upp förlossningsutfall, särskilt när det gäller kejsarsnitt och andra ingrepp.

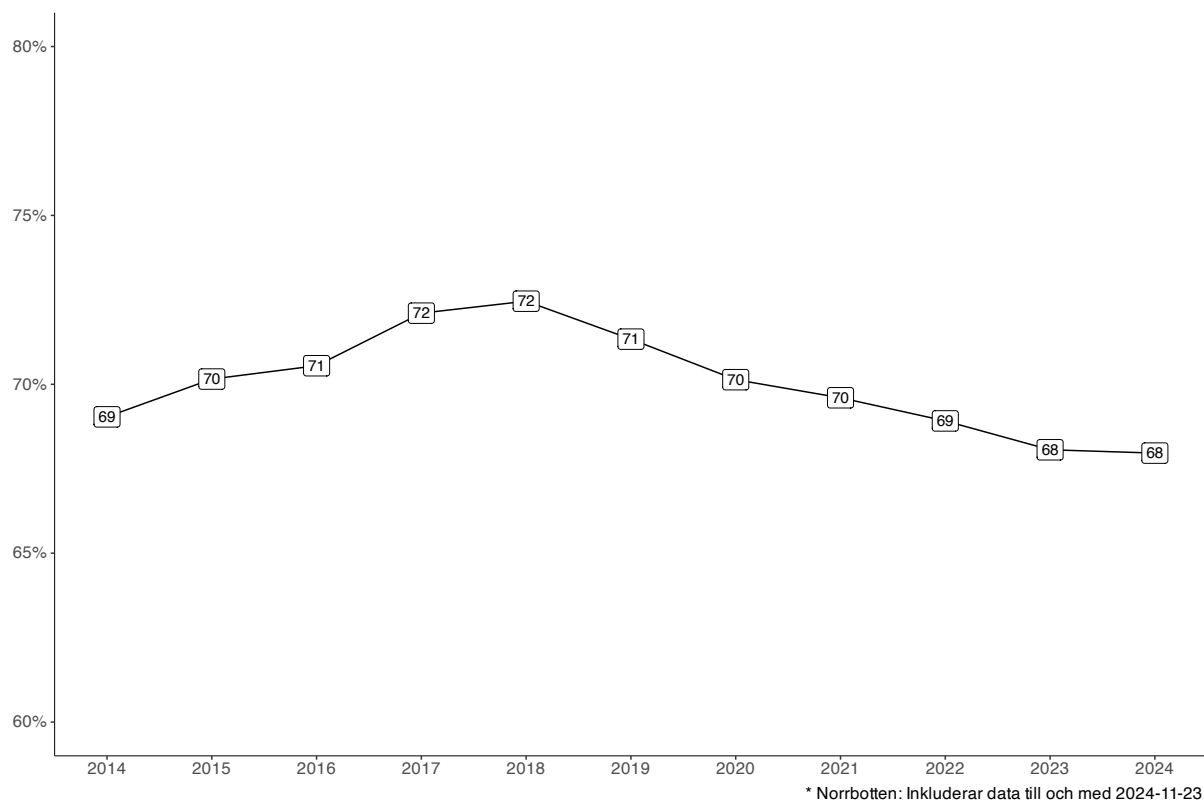
Totalt omfattade analysen 82 137 förlossningar i de största Robson-grupperna. Av dessa var nästan 80% okomplicerade enligt definitionen ovan. Resultaten skilde sig mellan grupperna enligt tabellen nedan.

Tabell 22

Grupp	Definition av Robsongrupp	Förlossningar utan större interventioner eller komplikationer (%)
1	Förstföderska, enkelbörd, huvudbjudning, fullgången ($\geq 37+0$). Spontan förlossningsstart	74
2b	Förstföderska, enkelbörd, huvudbjudning, fullgången ($\geq 37+0$). Induktion före spontan förlossningsstart (inkl. vattenavgång utan värkar)	57
3	Omföderska, enkelbörd, huvudbjudning, fullgången ($\geq 37+0$). Ej tidigare kejsarsnitt. Spontan förlossningsstart	94
4b	Omföderska, enkelbörd, huvudbjudning, fullgången ($\geq 37+0$). Ej tidigare kejsarsnitt. Induktion före spontan förlossningsstart (inkl. vattenavgång utan värkar)	90
5a	Tidigare kejsarsnitt, nu enkelbörd, huvudbjudning, fullgången ($\geq 37+0$). Spontan förlossningsstart	63
5b	Tidigare kejsarsnitt, nu enkelbörd, huvudbjudning, fullgången ($\geq 37+0$). Induktion före spontan förlossningsstart (inkl. vattenavgång utan värkar)	53

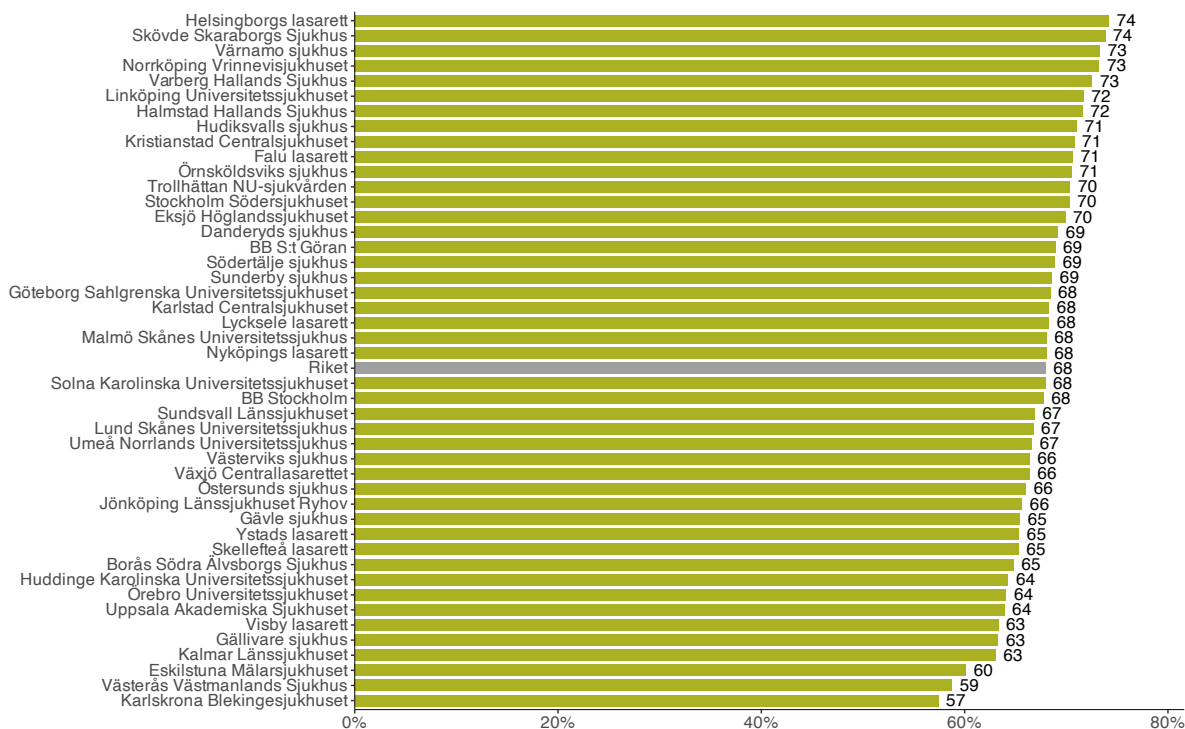
* Norrbotten: Inkluderar data till och med 2024-11-23.

Nedanstående diagram redovisar andelen förlossningar utan större interventioner eller komplikationer bland förstföderskor i Robsongrupp 1 + 2b under åren 2014-2024. Den andelen har varierat mellan 68% och 72% i landet under de senaste 11 åren, där 2023 och 2024 års värden utgjorde de lägsta under tidsperioden (68%).

Diagram 80: Andel (%) förlossningar utan större interventioner eller komplikationer i Robsongrupp 1+2b, riket 2014-2024

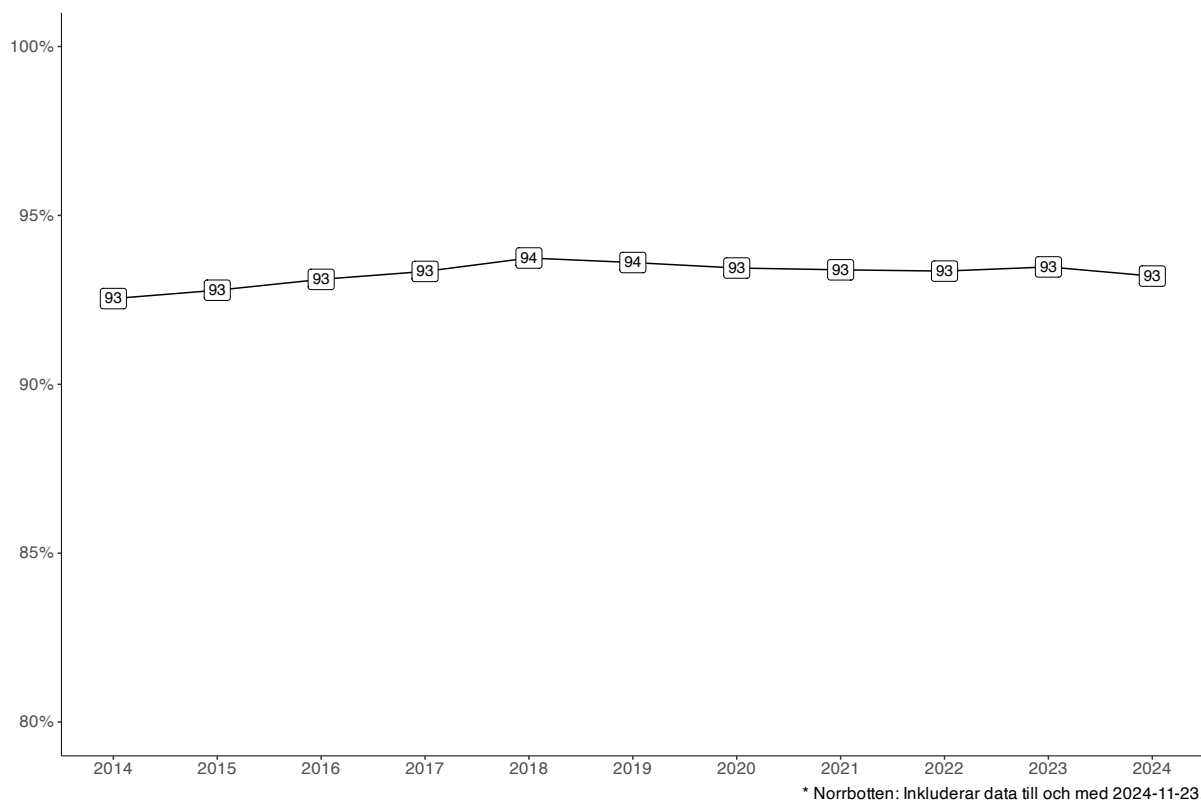
Andelen förlossningar utan större interventioner eller komplikationer i Robson 1+2b (n=36 811) redovisas per klinik i diagrammet nedan. Rikets genomsnitt var 68% med en variation från 57% på Karlskrona Blekingesjukhuset och 74% på Helsingborgs lasarett.

Diagram 81: Andel (%) förlossningar utan större interventioner eller komplikationer i Robsongrupp 1+2b, per klinik 2024



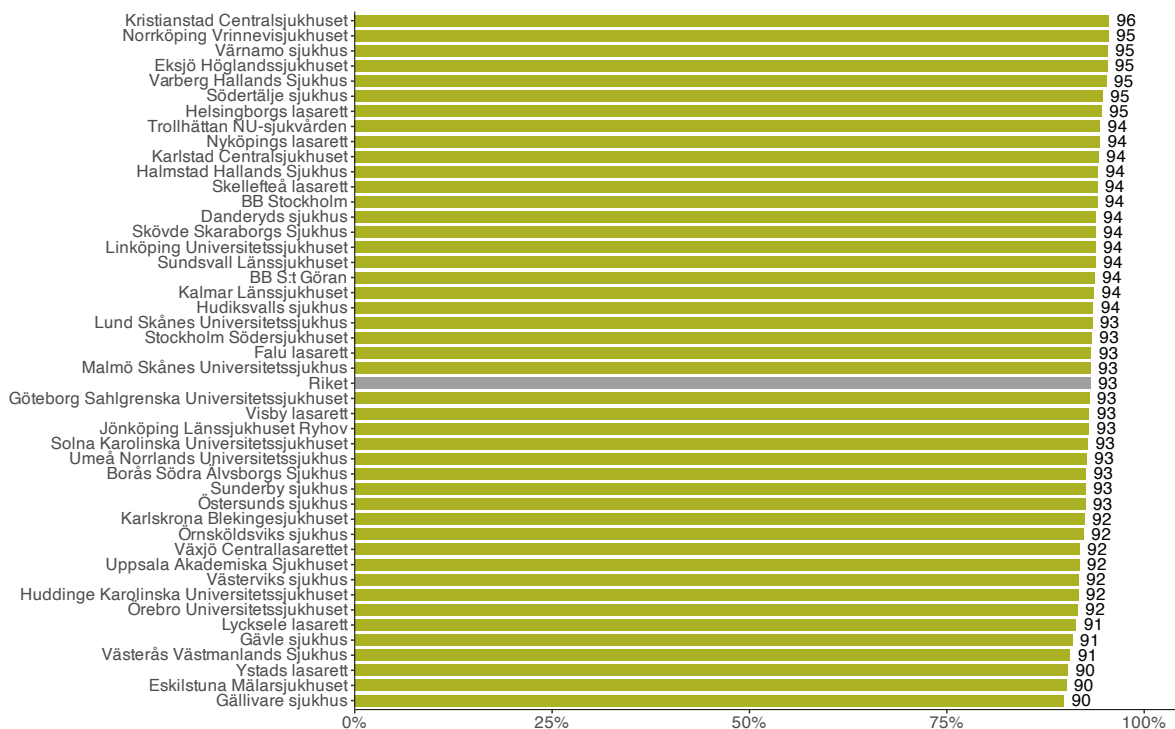
* Norrbotten: Inkluderar data till och med 2024-11-23.

Vid motsvarande analys av grupperna med omfödernor, Robsongrupp 3+4b, har andelen förlossningar utan större interventioner eller komplikationer varierat mellan 92% och 94% under åren 2014-2024.

Diagram 82: Andel (%) förlossningar utan större interventioner eller komplikationer i Robsongrupp 3+4b, riket 2014-2024

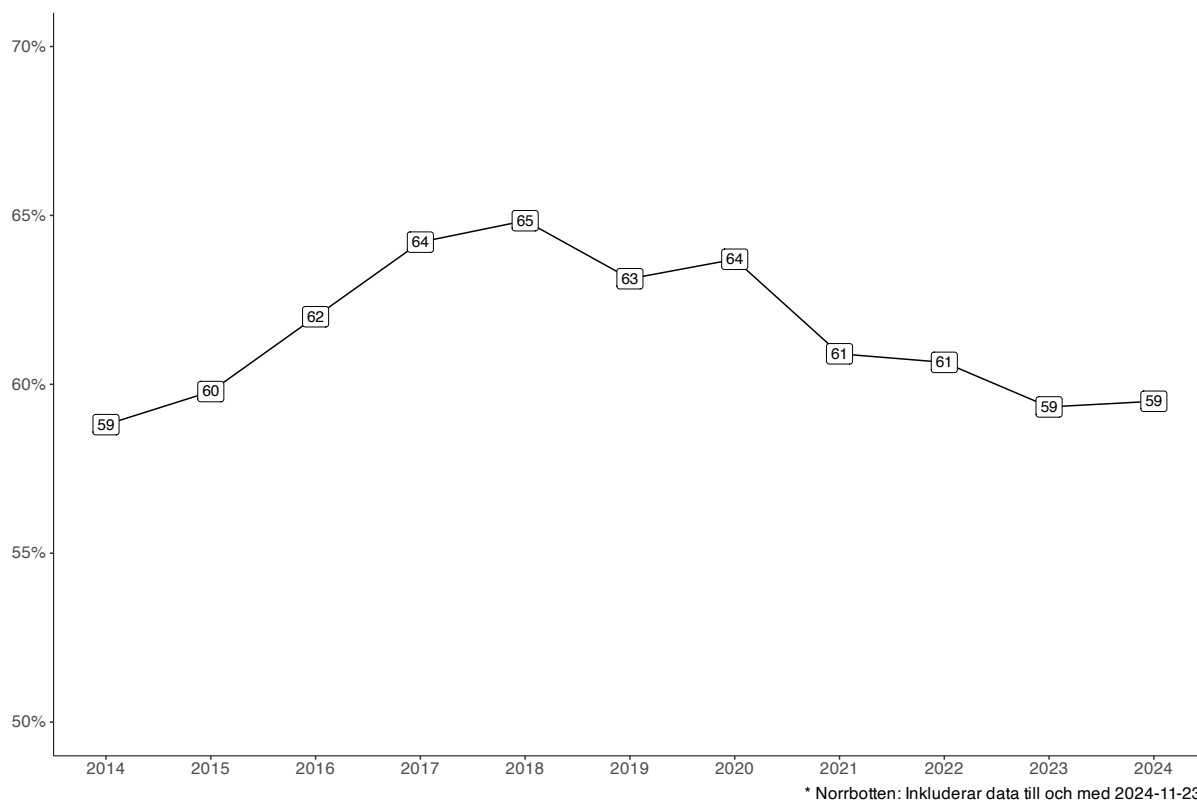
Andelen förlossningar utan större interventioner eller komplikationer i Robson 3+4b (n=39 684) redovisas per klinik i diagrammet nedan. Rikets genomsnitt var 93% med en variation från 90% på Gällivare sjukhus till 96% på Kristianstad Centralsjukhuset.

Diagram 83: Andel (%) förlossningar utan större interventioner eller komplikationer i Robsongrupp 3+4b, per klinik 2024



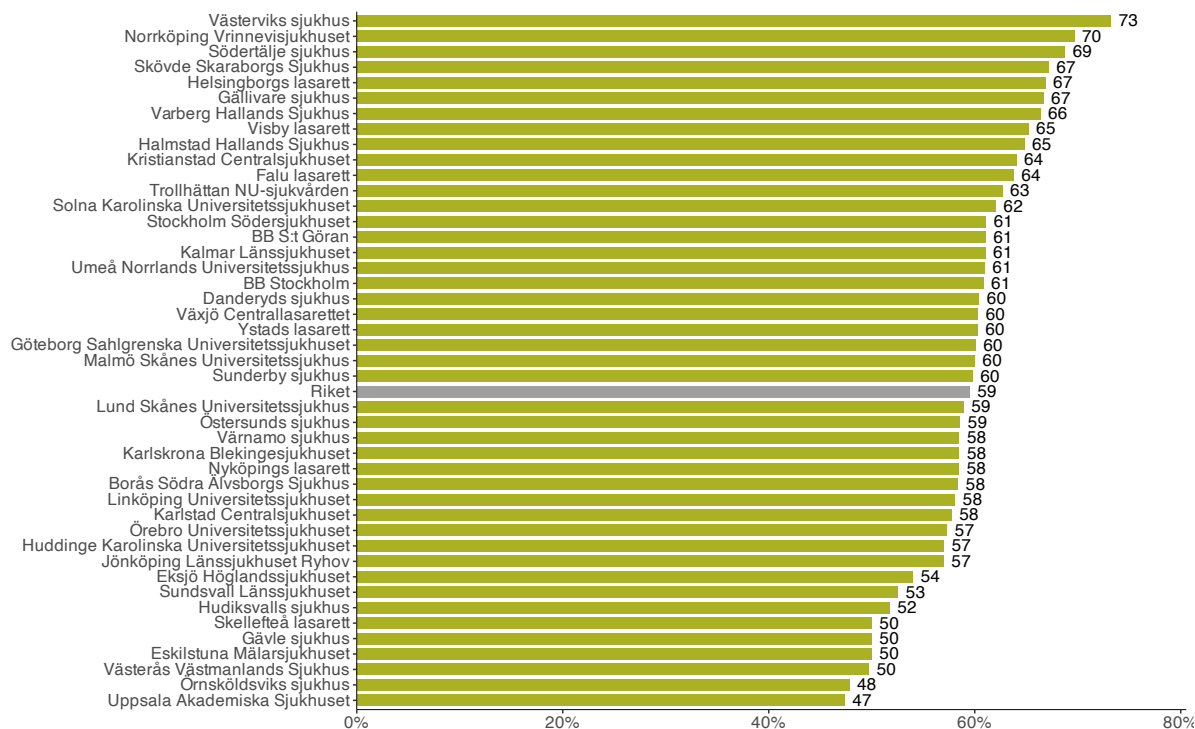
* Norrbotten: Inkluderar data till och med 2024-11-23.

Omfödernor med tidigare kejsarsnitt, Robsongrupp 5a+5b, analyserades även de som en sammanlagd grupp. Andelen förlossningar utan större interventioner eller komplikationer har varierat mellan 59% och 65% under åren 2014-2024.

Diagram 84: Andel (%) förlossningar utan större interventioner eller komplikationer i Robsongrupp 5a+5b, riket 2014-2024

Andelen förlossningar utan större interventioner eller komplikationer i Robson 5a+5b (n=5 691) redovisas per klinik i diagrammet nedan. Rikets genomsnitt var 60% med en variation från 47% på Uppsala Akademiska Sjukhuset till 73% på Västerviks sjukhus.

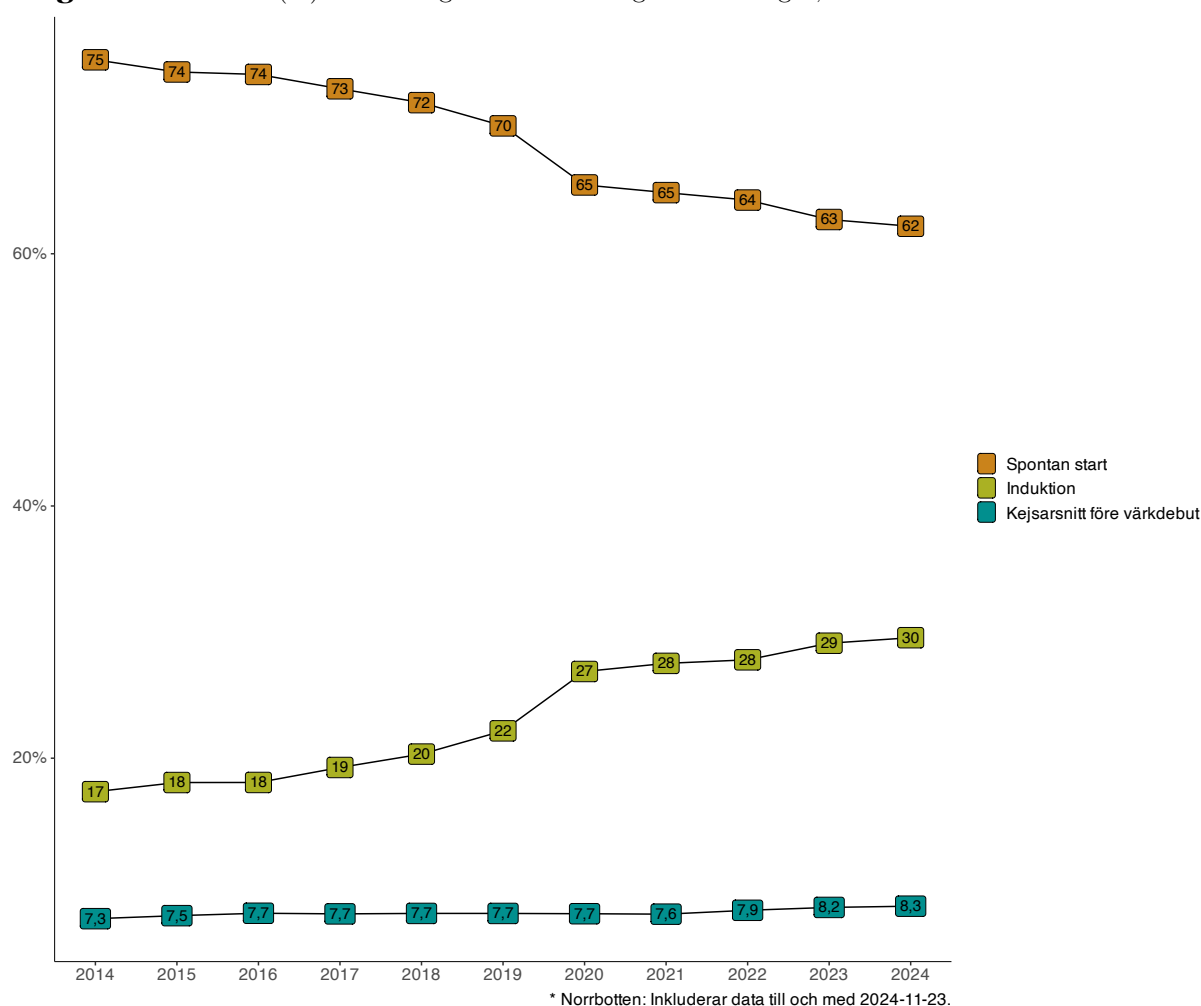
Diagram 85: Andel (%) förlossningar utan större interventioner eller komplikationer i Robsongrupp 5a+5b, per klinik 2024



* Norrbotten: Inkluderar data till och med 2024-11-23.

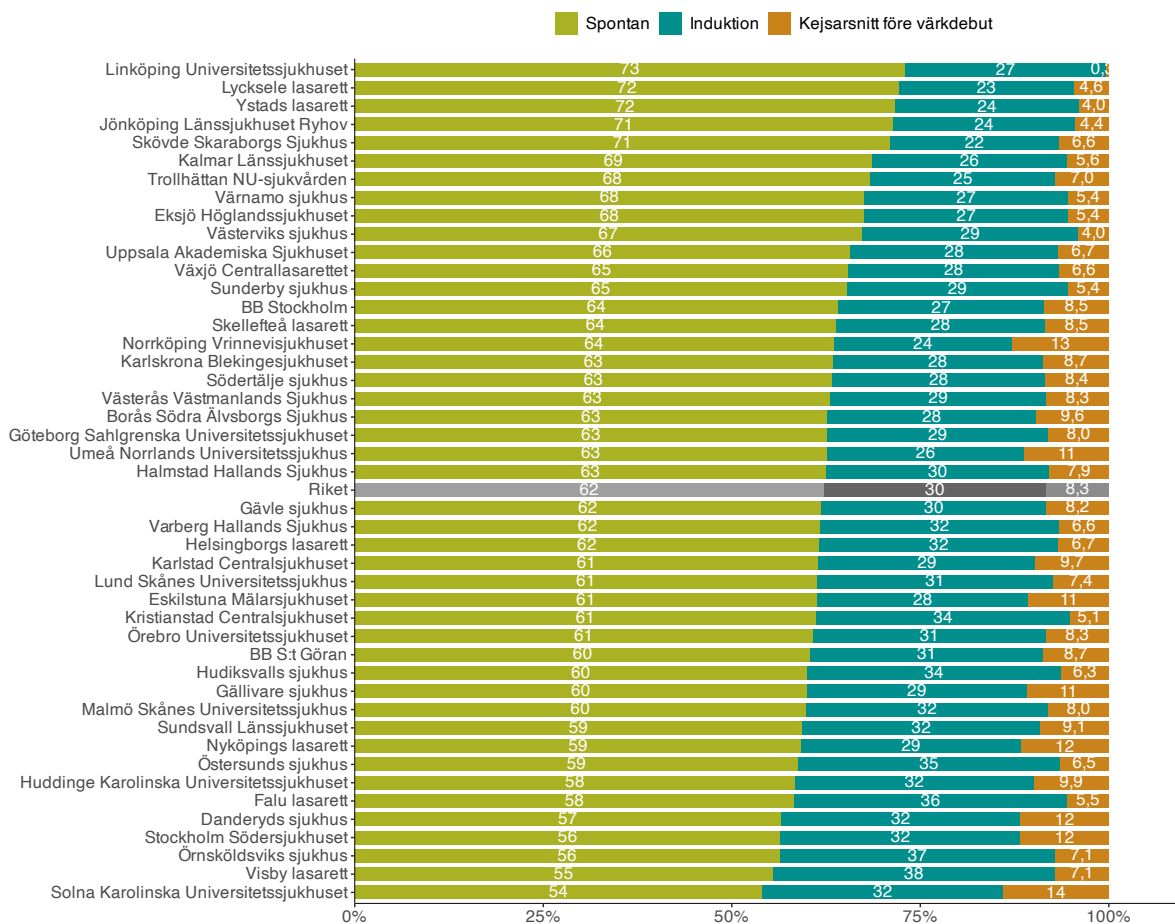
Förlossningsstart

En förlossning kan starta spontant, med igångsättning eller med kejsarsnitt före värkdebut. Sedan Graviditetsregistret startade 2014 ses en fortsatt trend där andelen förlossningar som startar spontant minskar och andelen igångsatta förlossningar och kejsarsnitt före värkdebut ökar. För information om hur Graviditetsregistret tar fram variabler kring förlossningsstart och förlossningsslut kan du läsa mer i avsnittet "Bästa skattning av variabler i Graviditetsregistret" i slutet av rapporten.

Diagram 86: Andel (%) förlossningsstart av samtliga förlossningar, riket 2014-2024

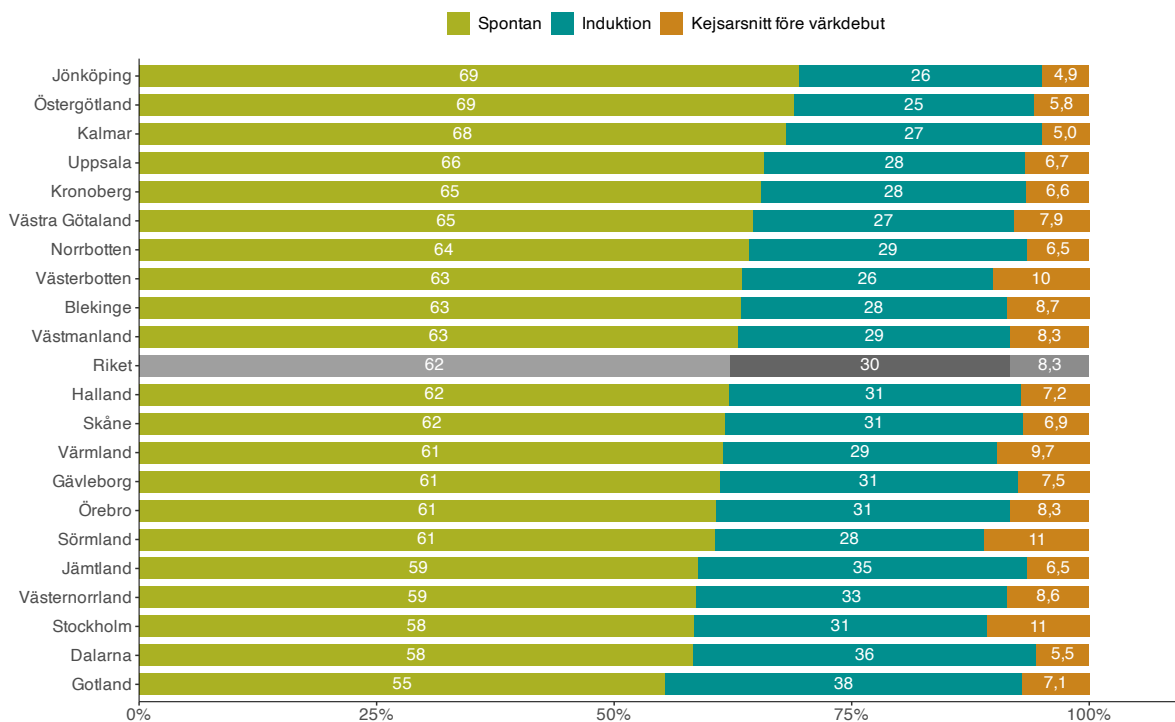
Variationen mellan sjukhus och regioner är stor. Under 2024 varierade andelen förlossningar som startade spontant från 54% på Solna Karolinska Universitetssjukhuset till 73% på Linköpings Universitetssjukhus, med ett genomsnitt på 62% i riket. Andelen igångsatta förlossningar varierade mellan 22% på Skövde Skaraborgs Sjukhus till 38% på Visby lasarett.

Andelen kejsarsnitt före värkdebut var 8,2% under 2024 med en variation från ex 4,0% i Västerviks sjukhus, Ystads lasarett och Jönköping Länssjukhuset Ryhov till 14% på Solna Karolinska Universitetssjukhuset. "Kejsarsnitt före värkdebut" är oftast samma sak som "planerat kejsarsnitt" men kan även innefatta kejsarsnitt som utförs akut utan att förlossningen startat med värkar, till exempel vid blödning från moderkakan eller andra tillstånd som gör att kejsarsnitt är indicerat och igångsättning inte är ett alternativ för en säker förlossning. Planerade kejsarsnitt som tidigareläggs på grund av spontan värkstart eller vattenavgång registreras på vissa sjukhus som planerade kejsarsnitt och på andra sjukhus som akuta kejsarsnitt. Därför får siffrorna tolkas med viss försiktighet.

Diagram 87: Andel (%) förlossningsstart av samtliga förlossningar, per klinik 2024

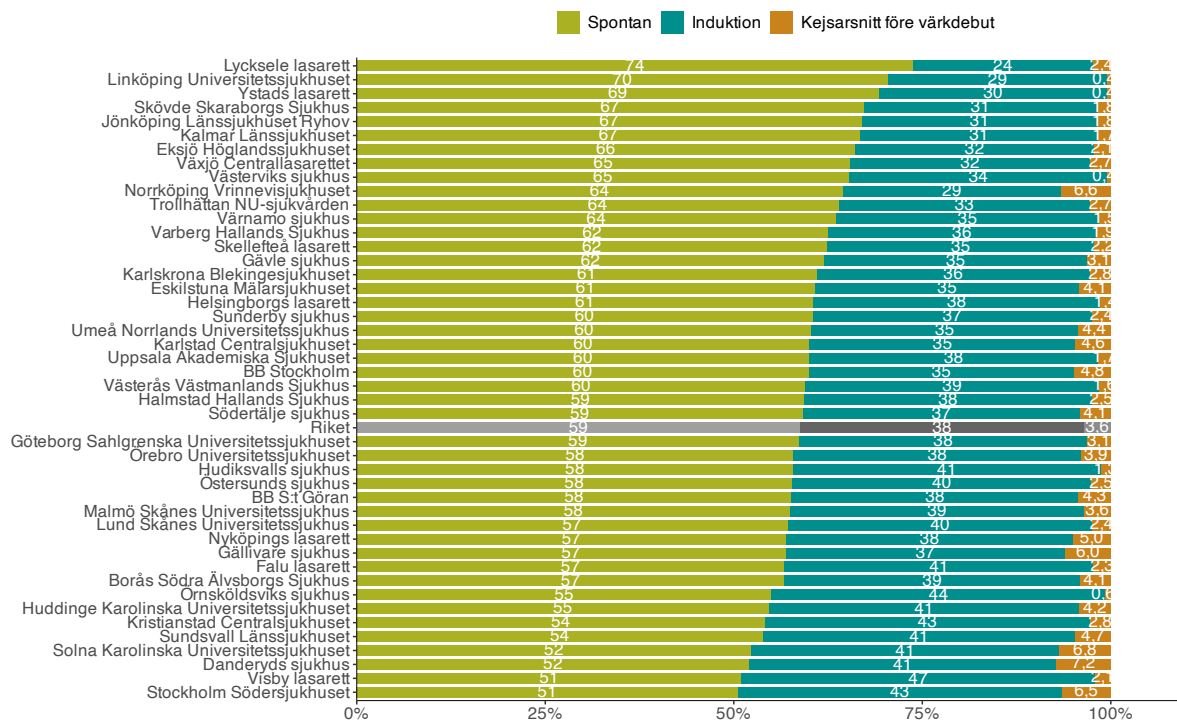
* Norrbotten: Inkluderar data till och med 2024-11-23.

Vissa regioner i landet har överenskommelser rörande vilket sjukhus planerade kejsarsnitt ska ske på. Exempelvis utförs Linköpings Universitetssjukhus planerade kejsarsnitt på Norrköping, Vrinnevisjukhuset, men även andra sjukhus kan ha särskilda överenskommelser. Med anledning av detta visas nedan ett diagram över förlossningsstart på regionnivå. En stor variation noteras mellan regionerna avseende andel som har en spontan förlossningsstart, från 55% på Gotland till 70% i Jönköping.

Diagram 88: Andel (%) förlossningsstart av samtliga förlossningar per region, 2024

* Norrbotten: Inkluderar data till och med 2024-11-23.

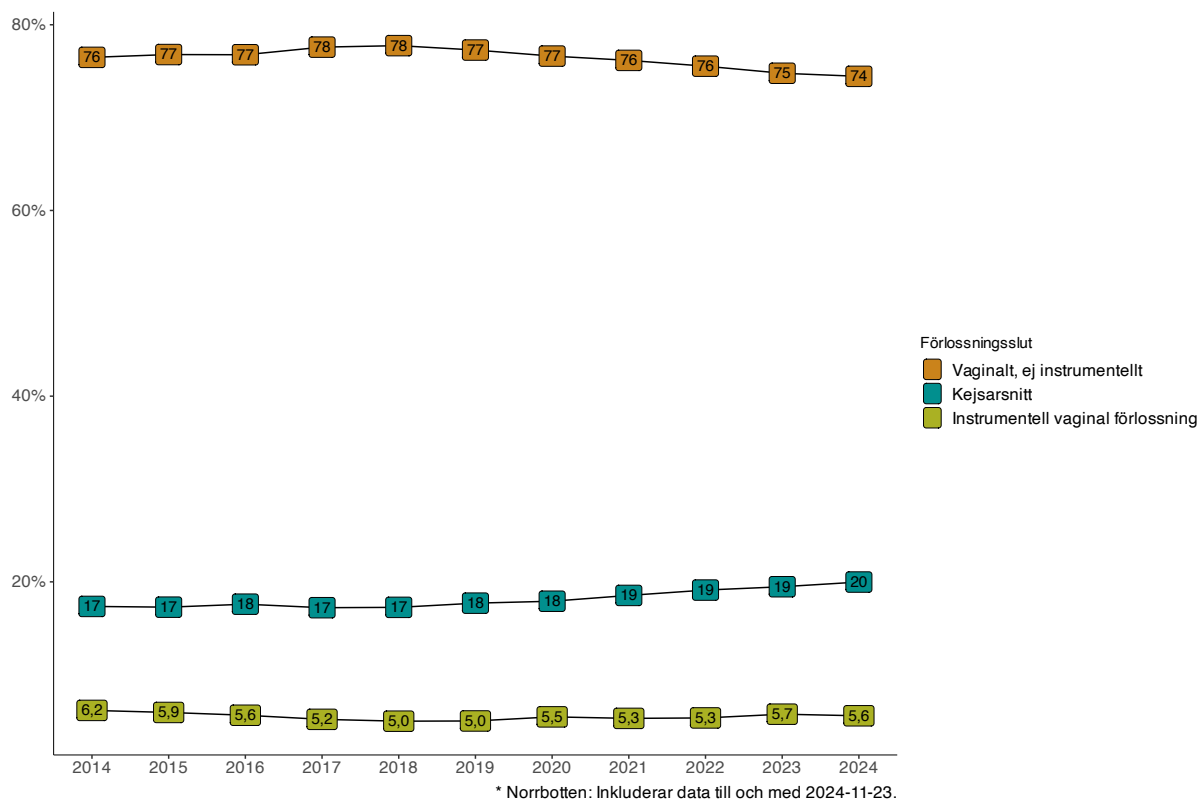
Gruppen med förstföderskor som föder ett (1) barn i huvudändläge i fullgången graviditet (Robsongrupp 1, 2b eller 2c) utgör ca 40% av alla som föder barn. Hur förlossningen startar avgör om kvinnan tillhör grupp 1, 2b eller 2c. Andelen förstföderskor i respektive Robsongrupp varierar mellan sjukhusen och kan exempelvis spegla skillnader i praxis och rutiner kring planerat kejsarsnitt eller rekommendationer kring igångsättning.

Diagram 89: Andel (%) Robsongrupp 1 (spontan), 2b (induktion) och 2c (kejsarsnitt före värkdebut) på respektive klinik, 2024

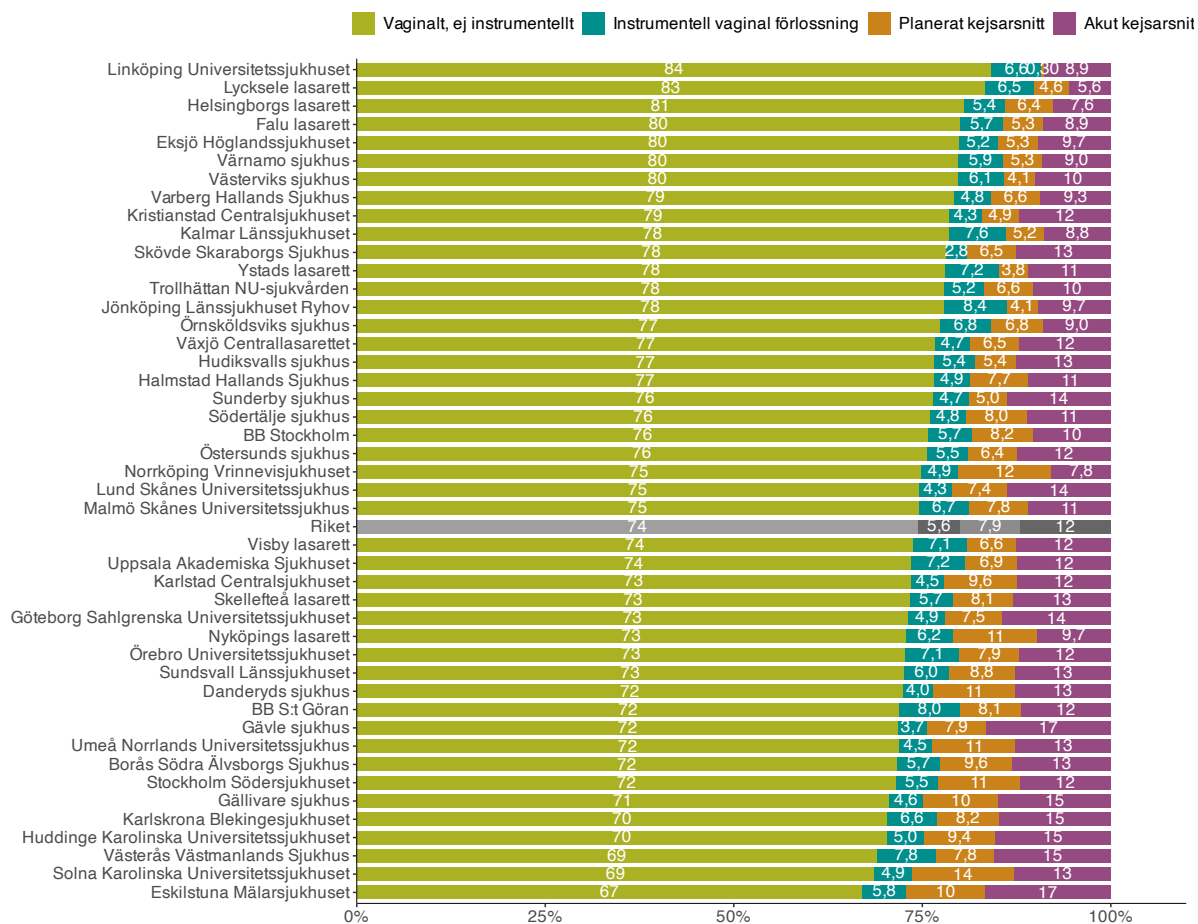
* Norrbotten: Inkluderar data till och med 2024-11-23.

Förlossningssätt

Under perioden 2014–2024 har andelen kejsarsnitt i Sverige ökat från 18% till 20%, vilket innebär att landet nu för första gången når den symboliska 20%-nivån. Samtidigt har andelen vaginala, ej instrumentella förlossningar minskat från cirka 76 % till drygt 74 %, medan instrumentella vaginala förlossningar utgjort 5–6 % av alla förlossningar. Den ökande andelen kejsarsnitt är inte önskvärd ur ett medicinskt eller folkhälsoperspektiv då det medför ökade risker för kvinnan och barnet samt högre vårdbelastning, vilket understryker behovet av riktade åtgärder för att bromsa utvecklingen. Det är också värt att betona att majoriteten av kejsarsnitten är utförda under pågående förlossning på kvinnor som önskat eller planerats för vaginal födsel.

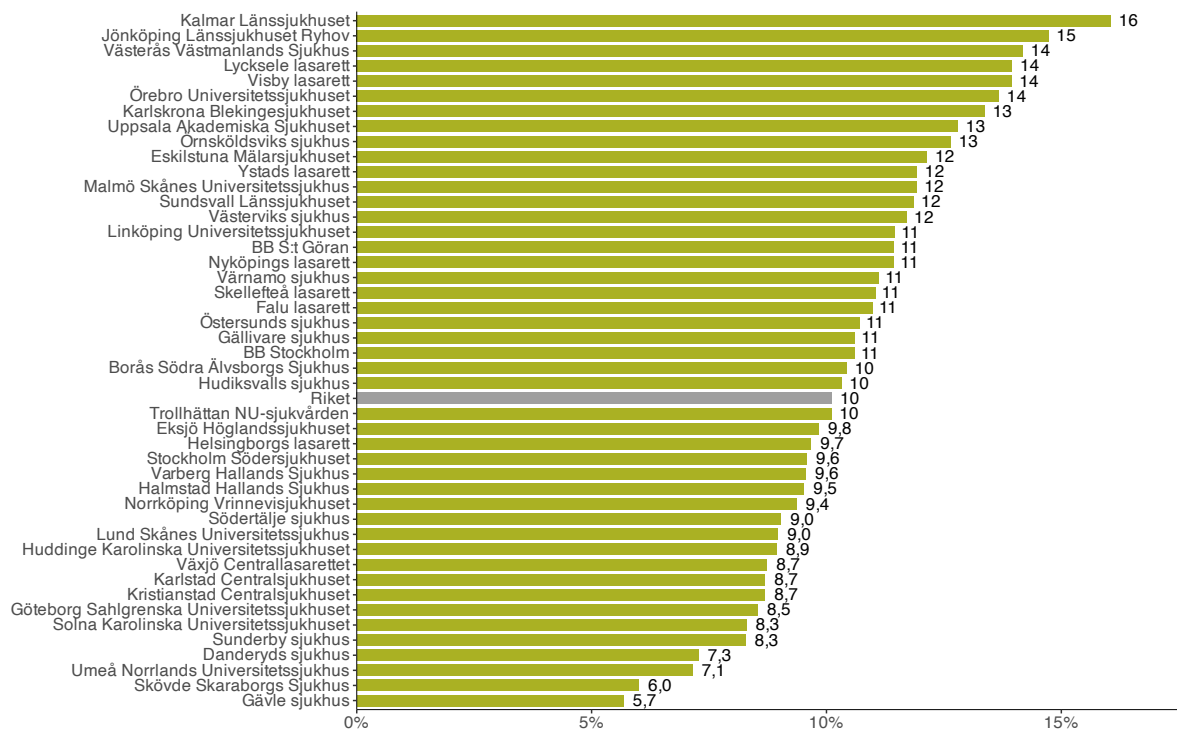
Diagram 90: Andel (%) förlossningssätt i riket, 2014-2024

Under 2024 var rikets genomsnitt för andelen vaginala förlossningar (icke-instrumentella) 74% med en spridning från 67% i Eskilstuna Mälarsjukhuset till 84% på Linköpings Universitetssjukhus.

Diagram 91: Andel (%) förlossningsätt per klinik, 2024

* Norrbotten: Inkluderar data till och med 2024-11-23.

Andelen förlossningar med sugklocka har legat stabilt mellan 5,0% och 6,2% sedan 2014. Förstföderskorna utgör majoriteten av alla sugklockeförlossningar och förekomsten av sugklocka i denna grupp är 10%. I diagrammet nedan visas andelen sugklockor bland förstföderskor per klinik. Variationen i landet är stor från 5,7% i Gävle till 16% i Kalmar.

Diagram 92: Andel (%) förstföderskor med instrumentell vaginal förlossning (av samtliga förstföderskor), 2024

* Norrbotten: Inkluderar data till och med 2024-11-23.

Planerade, akuta och omedelbara kejsarsnitt

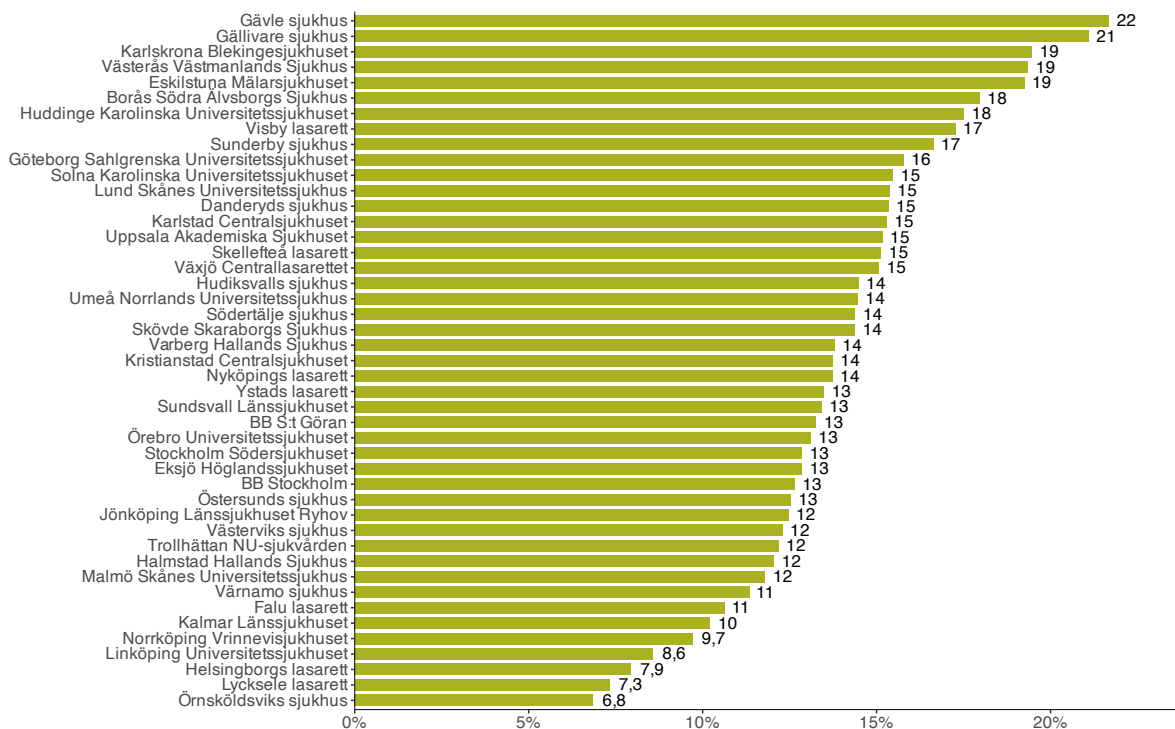
Den totala andelen kejsarsnitt har ökat över tid i Sverige från 18% 2014 till 20% 2024. I landet varierade andelen kejsarsnitt 2024 från 9,2% på Linköpings Universitetssjukhus till 27% på Eskilstuna Mälarsjukhuset. De flesta av Linköpings Universitetssjukhus planerade kejsarsnitt utförs dock vid Norrköping Vrinnevisjukhuset. Det sjukhus med näst lägst andel kejsarsnitt under 2024 var Jönköping Länssjukhuset Ryhov med 14%.

Kejsarsnitt registreras som planerade, akuta och omedelbara. Under 2024 registrerades 7,9% som planerade, 11% som akuta och 1,2% som omedelbara/urakuta enligt Graviditetsregistrets bästa skattning. Andelen akuta kejsarsnitt varierade mellan 4,6% på Lycksele lasarett och 15% (Eskilstuna Mälarsjukhuset och Västerås Västmanlands Sjukhus).

Andel kejsarsnitt i Robsongrupp 1, 2b (förstföderskor) och 3 och 4b (omföderskor)

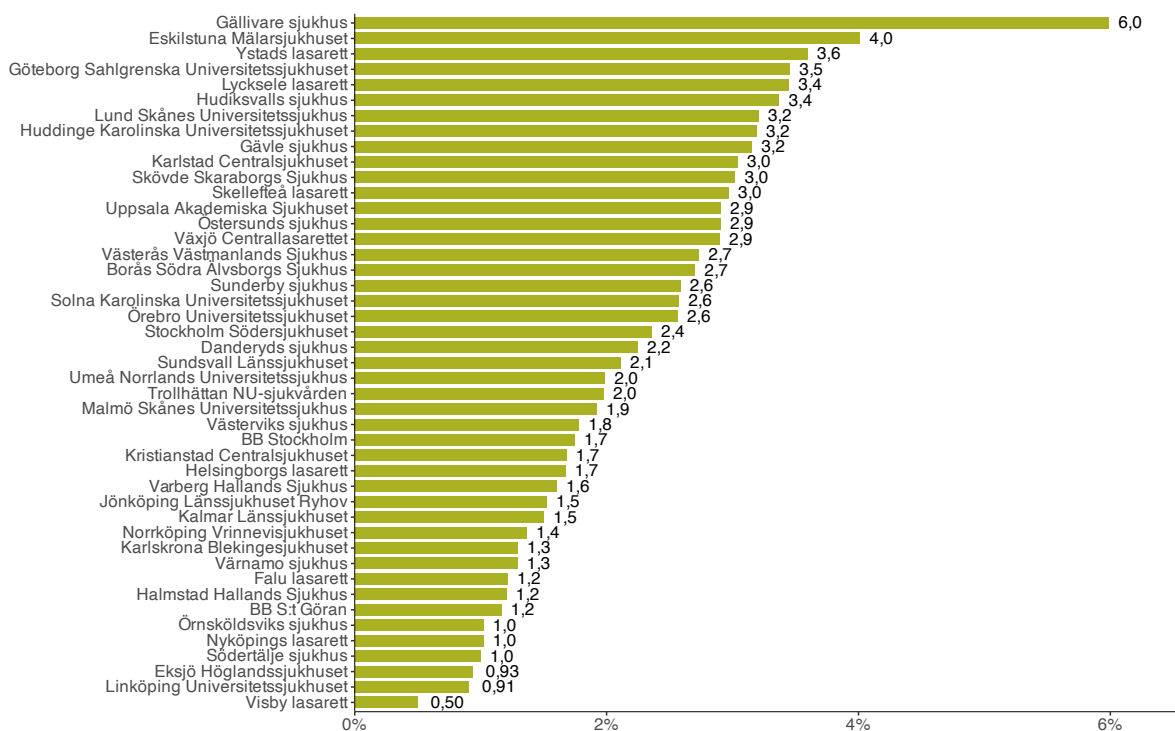
Att jämföra andelen kejsarsnitt i olika Robsongrupper är brukligt inom förlossningsvården och kan spegla hur väl kliniker lyckas främja vaginala (icke-instrumentella) förlossningar. Andelen kejsarsnitt i Robsongrupp 1 och 2b varierade mellan cirka 6,8% och 22% beroende på klinik, vilket visar på betydande variationer i vårdpraxis. Bland omföderskorna i grupp 3 och 4b var variationerna mindre.

Diagram 93: Kejsarsnitt bland förstföderskor med spontan start (Robsongrupp 1) och induktion (Robsongrupp 2b) per klinik, 2024



* Norrbotten: Inkluderar data till och med 2024-11-23.

Diagram 94: Kejsarsnitt bland omföderskor med spontan start (Robsongrupp 3) och induktion (Robsongrupp 4b) per klinik, 2024



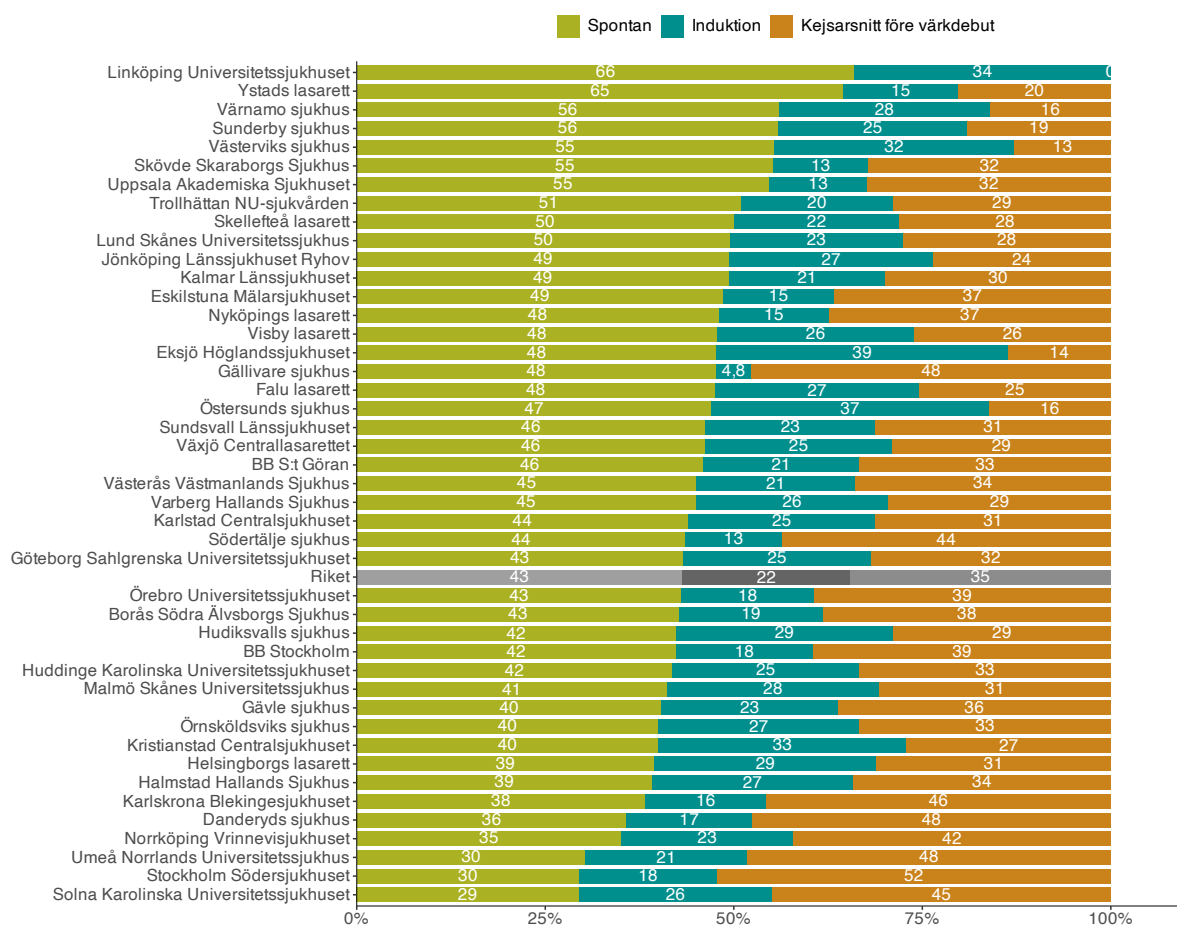
* Norrbotten: Inkluderar data till och med 2024-11-23.

Förlossning efter tidigare kejsarsnitt

Att visa andelen kvinnor med tidigare kejsarsnitt och deras förlossningssätt i nästkommande graviditet är viktigt för att följa hur ofta kejsarsnitt som förlossningssätt återupprepas och bedöma hur ofta vaginal födsel efter kejsarsnitt sker. Det ger insikt i klinikpraxis, säkerhet och kvalitet i vården, möjliggör jämförelser mellan länder och regioner, samt underlättar informerade val och planering för både vårdpersonal och patienter.

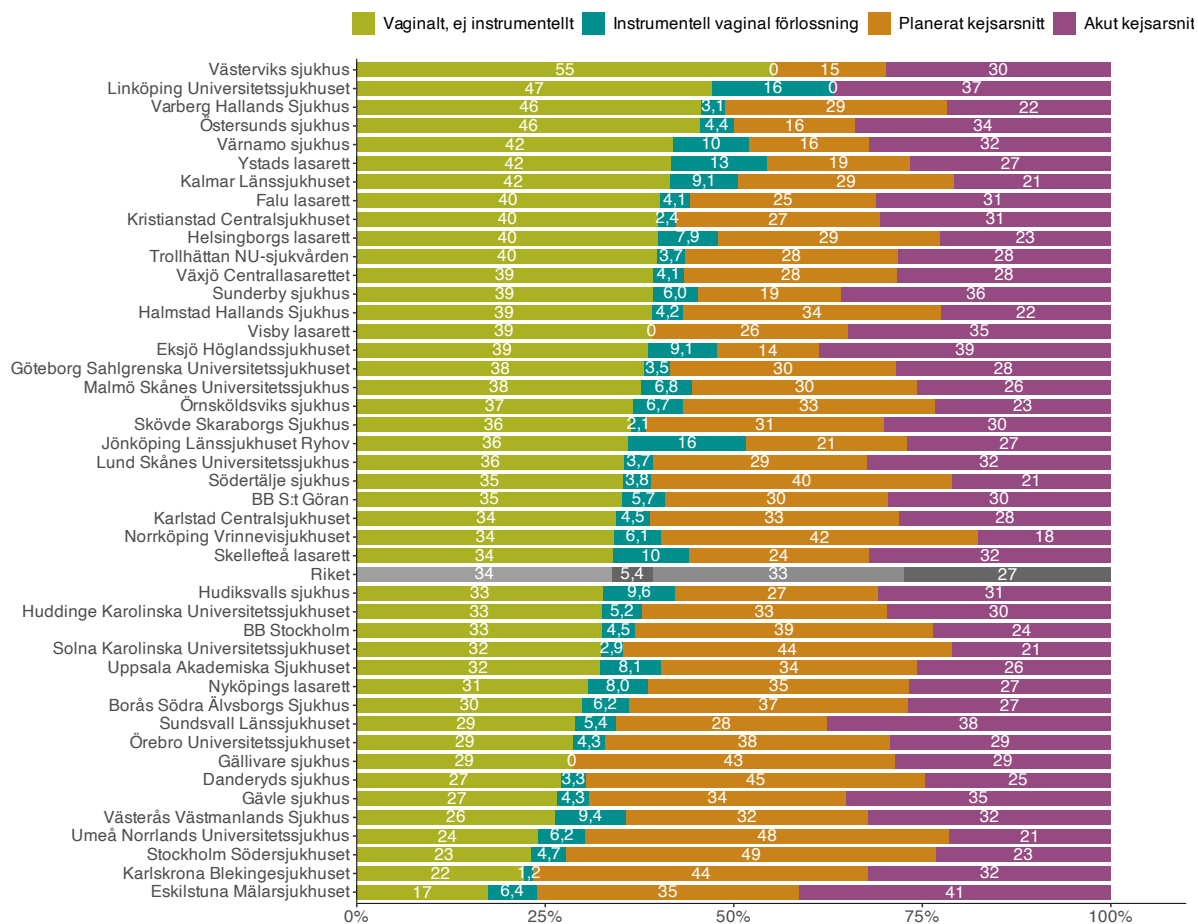
Av de 6 844 omfödernor som under 2024 skulle föda sitt andra barn efter en första förlossning med kejsarsnitt startade 43% spontant, 22% med induktion och 34% födde med kejsarsnitt före värddebut.

Diagram 95: Förlossningsstart för omfödernor (1-para) med ett tidigare kejsarsnitt, per klinik 2024



* Norrbotten: Inkluderar data till och med 2024-11-23.

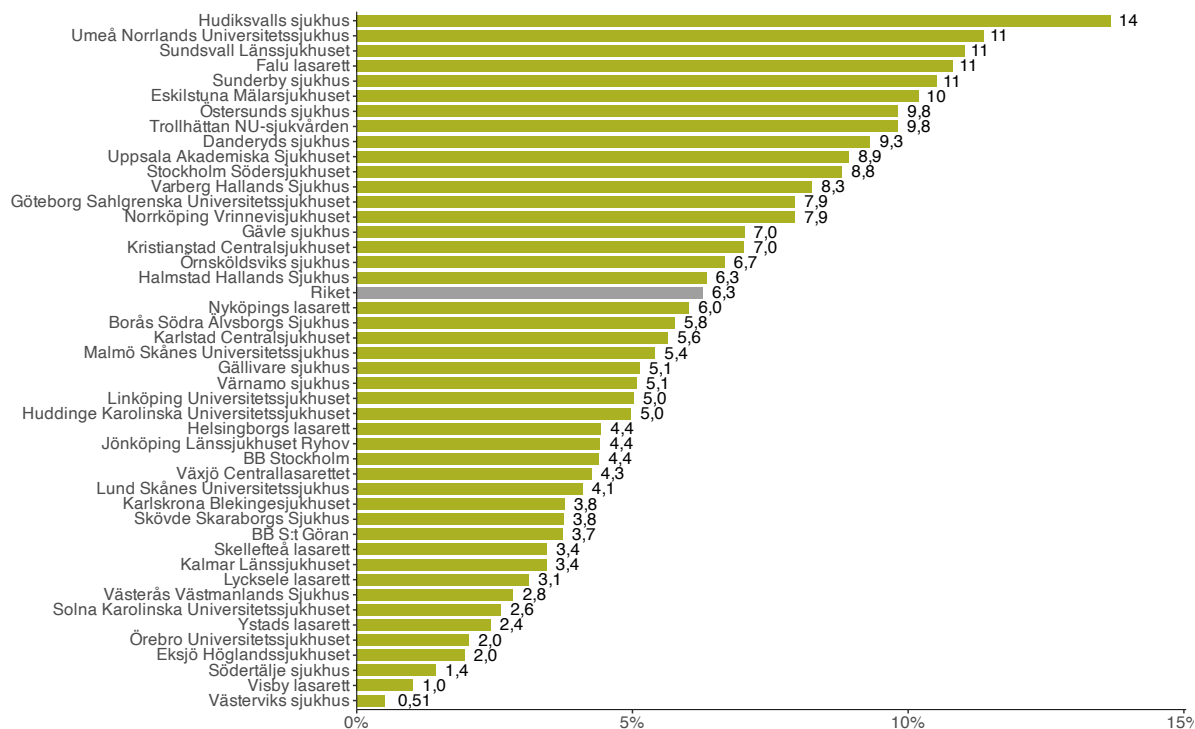
Diagrammet nedan visar förlossningsslut bland omfödernor, 1-para, med ett tidigare kejsarsnitt på respektive sjukhus, samma grupp som beskrivits ovan (n=6 844). I denna grupp födde 34% vaginalt (icke-instrumentellt), 5,4% instrumentellt vaginalt, 33% med elektivt kejsarsnitt och 27% med akut kejsarsnitt. På vissa kliniker var antalet förlossningar i denna grupp liten vilket bör beaktas vid jämförelse mellan klinikerna och tolkning av siffrorna.

Diagram 96: Förlossningsslut för omfödskor (1-para) med ett tidigare kejsarsnitt, per klinik 2024

* Norrbotten: Inkluderar data till och med 2024-11-23.

Klipp (episiotomi)

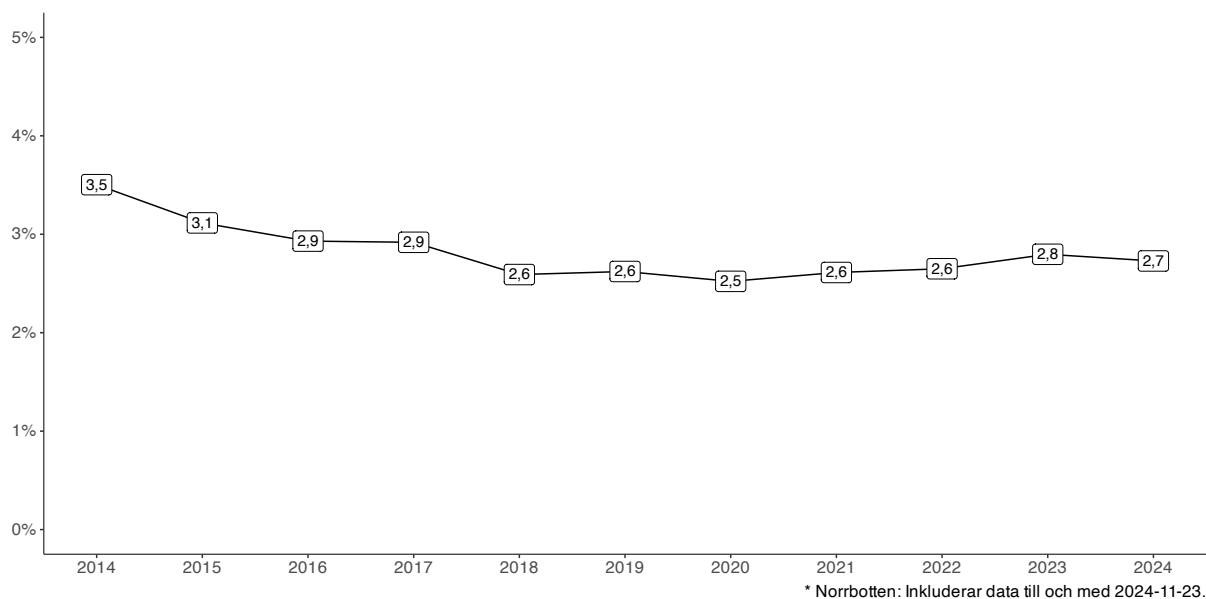
Förekomst av klipp i mellangården var vanligare bland förstfödskor än bland omfödskor (10% jämfört med 5%). Förekomsten av klipp bland förstfödskor som födde med hjälp av sugklocka var högre än bland förstfödskor som födde utan sugklocka (36% jämfört med 6,3%). Praxis varierade mellan kliniker enligt diagrammen nedan.

Diagram 97: Andel (%) klipp hos förstföderskor med vaginal förlossning (icke-instrumentell), per klinik 2024

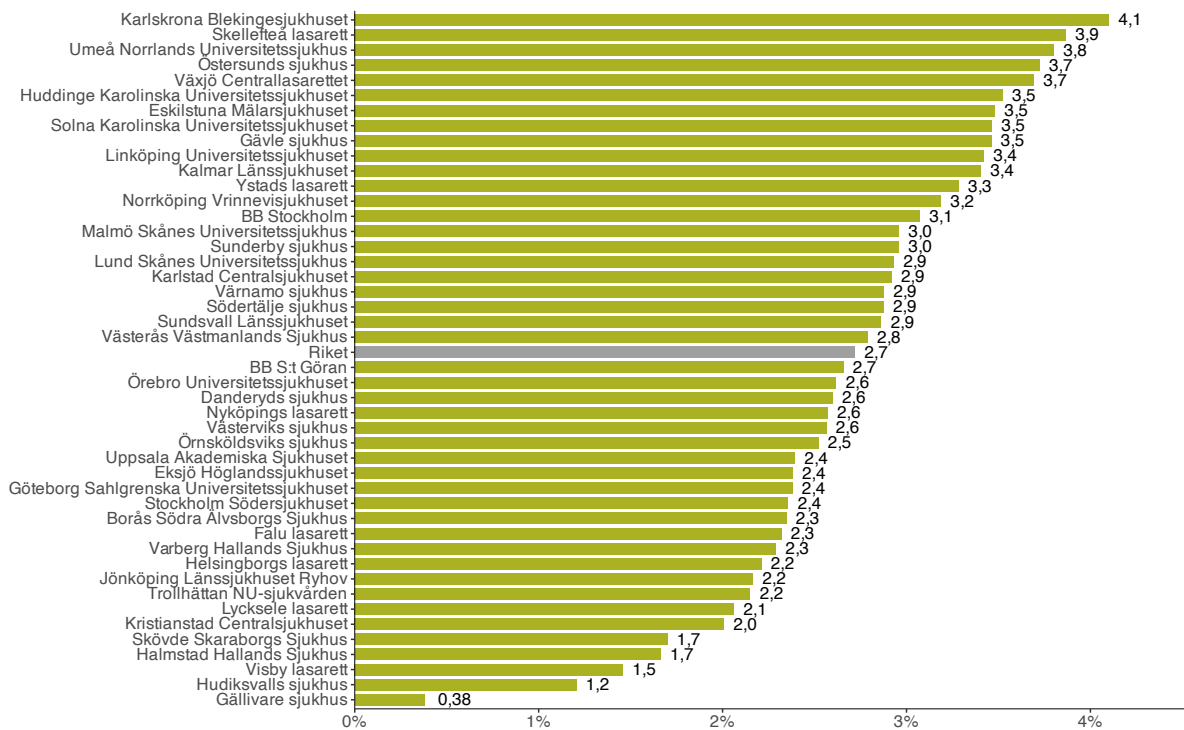
* Norrbotten: Inkluderar data till och med 2024-11-23.

Perinealbristning grad 3-4 (sfinkterskador)

Andelen kvinnor med grad 3–4 bristningar vid förlossning har under perioden 2014-2024 minskat från 3,5% till 2,7%. Den största förbättringen skedde mellan 2014 och 2018, och därefter har nivåerna legat relativt stabilt. Minskningen tyder på framgångsrika insatser inom förlossningsvården, bland annat förbättrade förlossningstekniker och riktade preventiva åtgärder.

Diagram 98: Andel (%) perinealbristning grad 3-4 av samtliga vaginala förlossningar, riket 2014 - 2024

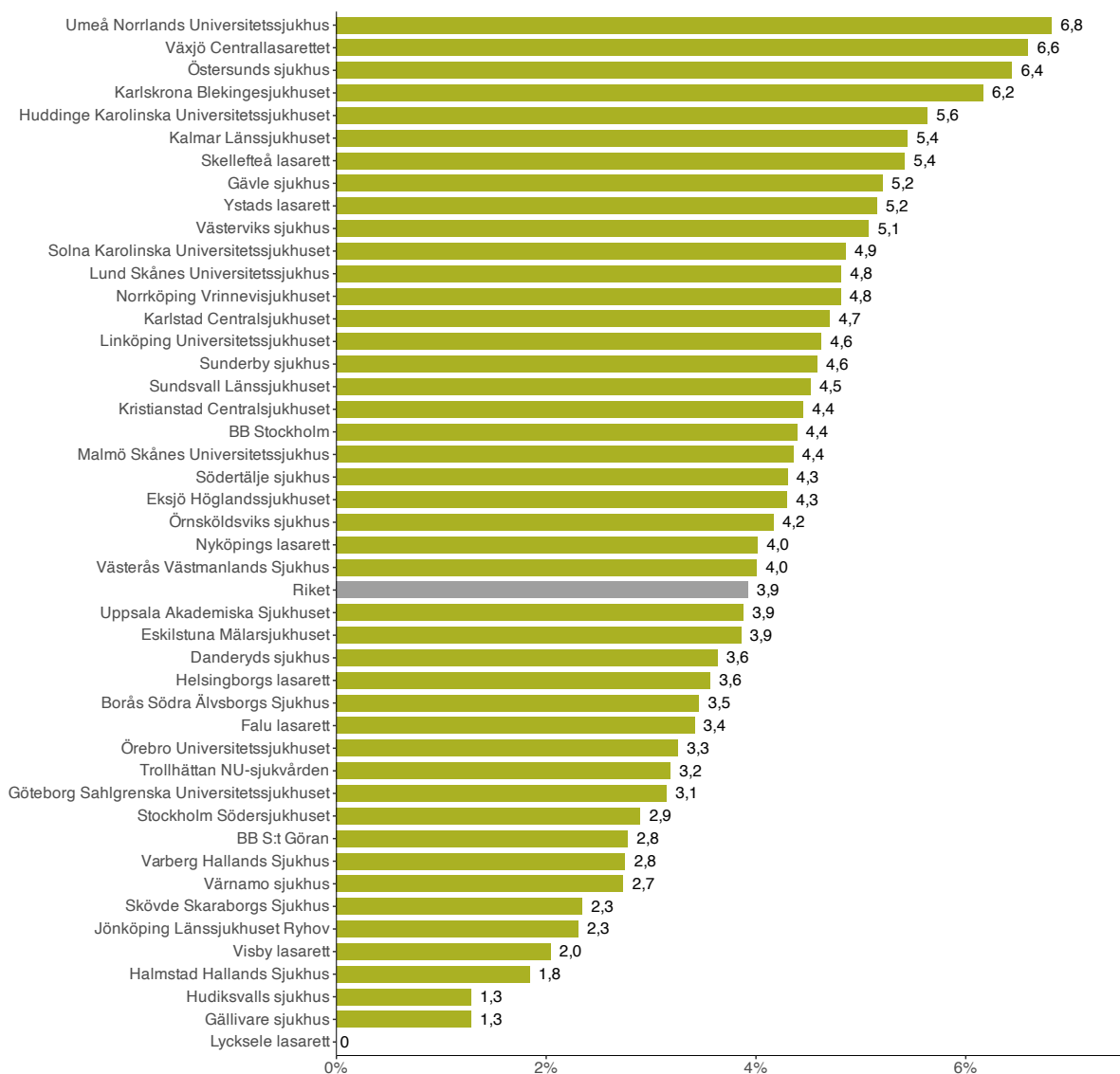
År 2024 varierade den totala andelen perinealbristning grad 3–4 mellan 0,4% på Gällivare sjukhus och 4,1% på Karlskrona Blekingesjukhuset.

Diagram 99: Andel (%) perinealbristning grad 3-4 av samtliga vaginala förlossningar, per klinik 2024

Perinealbristning grad 3-4 hos förstföderskor, vaginal förlossning (icke-instrumentell)

Under år 2024 varierade perinealbristning grad 3–4 hos förstföderskor efter vaginal förlossning (icke-instrumentell) mellan 0,0% på Lycksele lasarett och 6,8% på Umeå Norrlands Universitetssjukhus. Andelen i riket har minskat över tid från 5,1% (2014) till 3,9% (2024).

Diagram 100: Andel (%) förstföderskor med perinealbristning grad 3–4 vid vaginal förlossning (icke-instrumentell), per klinik 2024



* Norrbotten: Inkluderar data till och med 2024-11-23.

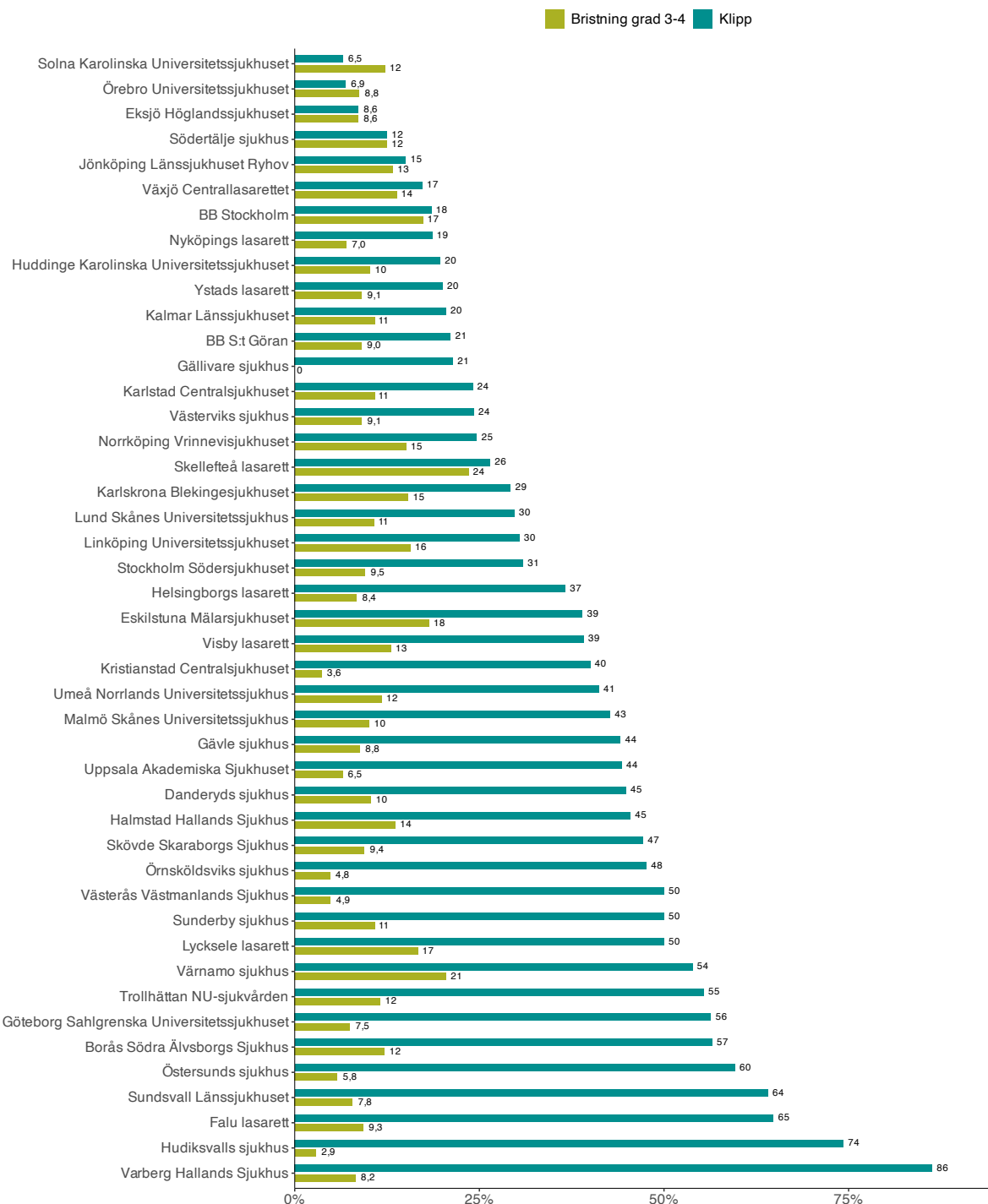
Perinealbristning grad 3-4 och klipp bland förstföderskor som föder med sugklocka

Statistiken avser förstföderskor med instrumentell vaginal förlossning (tång eller sugklocka) och visar både andelen perinealbristning grad 3–4 och andelen klipp per klinik under 2024.

I riket totalt varierade andelen perinealbristning grad 3–4 mellan 2,9% (Hudiksvalls sjukhus) och 24% (Skellefteå lasarett), med ett genomsnitt på 10%.

Användningen av klipp varierade kraftigt – från 6,5% på Solna Karolinska Universitetssjukhuset till 86% på Varberg Hallands Sjukhus vid instrumentell vaginal förlossning med sugklocka. Fyra av landets kliniker klipper över 60% av kvinnorna och lika många klipper under 15%. Skillnaderna kan spegla lokala förlossningsrutiner, synen på klippets förebyggande effekt mot perinealbristning grad 3–4 och patientgruppens sammansättning.

Övergripande visar statistiken att både förekomsten av perinealbristning grad 3–4 och användningen av klipp vid instrumentell förlossning varierar stort i landet.

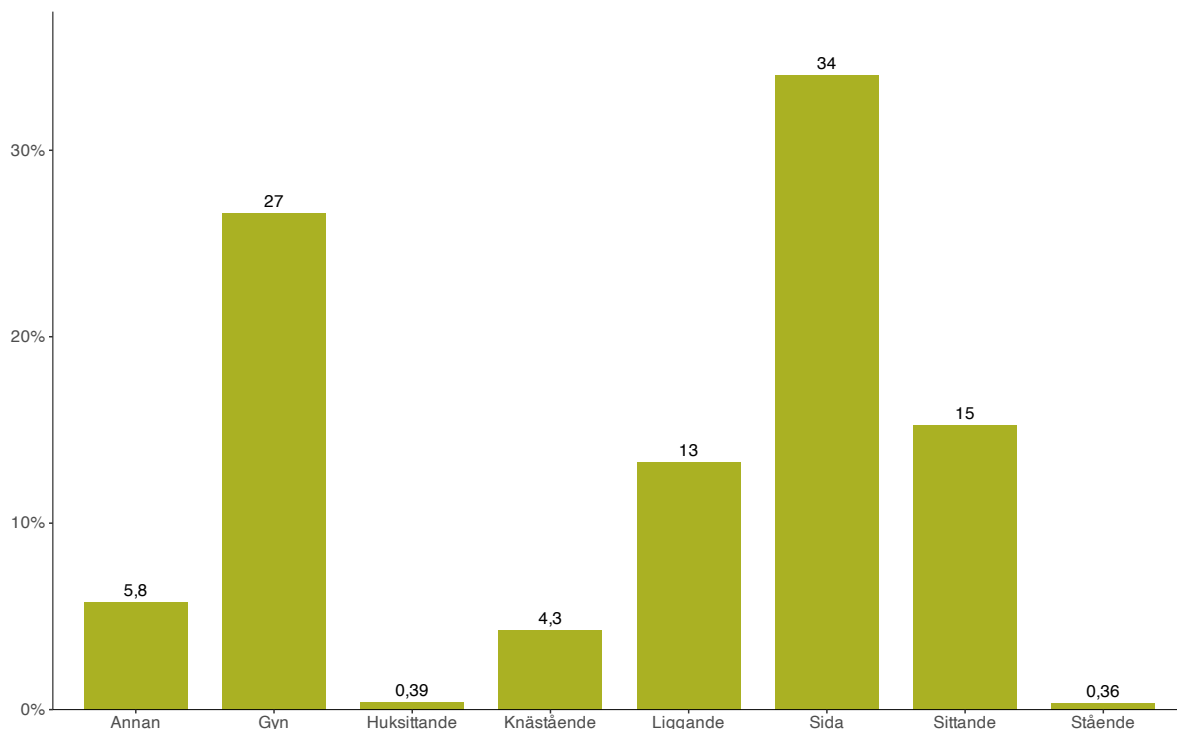
Diagram 101: Andel perinealbristning grad 3–4 och klipp bland förstföderskor med instrumentell vaginal förlossning, per klinik 2024

* Norrbotten: Inkluderar data till och med 2024-11-23.

Förlossningsställning

Man kan föda barn i olika ställningar, ex på sida, liggande, knästående m.m. I kategorin "Annat" ingår bland annat förlossningsball, fyrfota och vattenfödsel. Bland förstföderskor med vaginal förlossning (icke-instrumentell) var det vanligast att föda på sida (34%) följt av gynläge, vilket innebär att man ligger på rygg med benen i benstöd (27%).

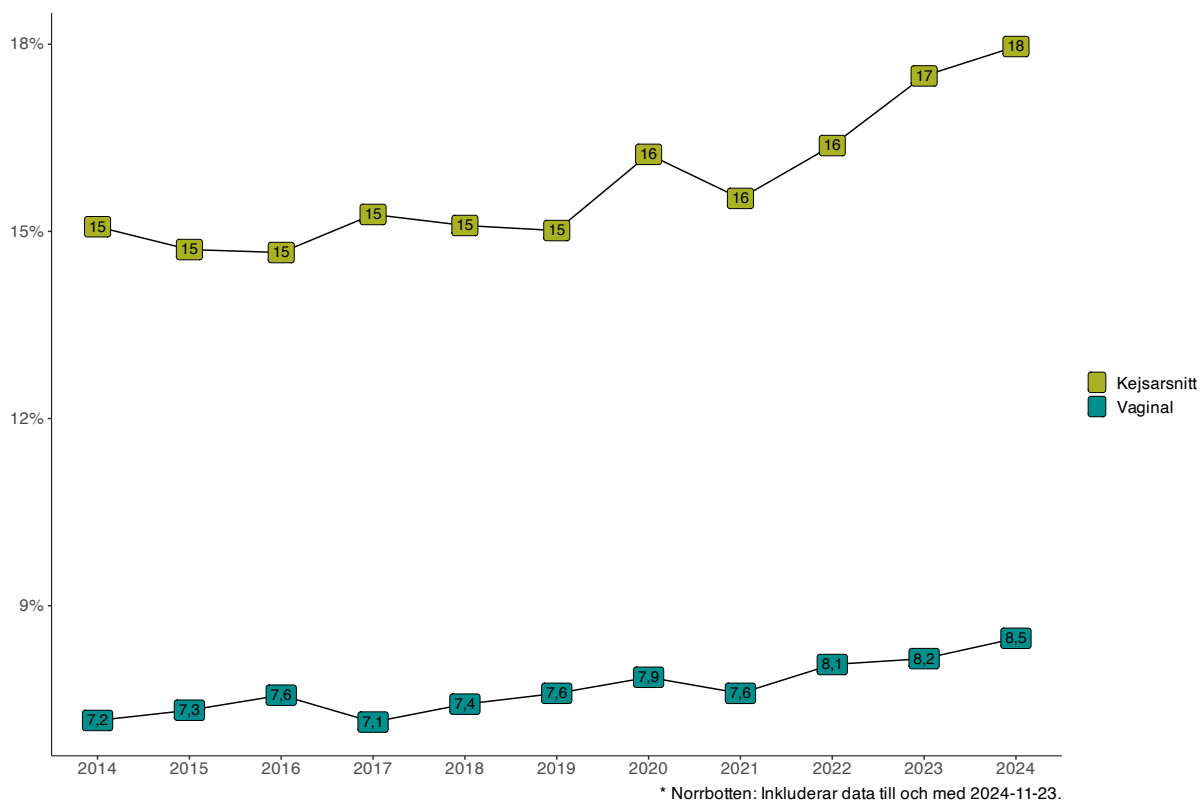
Diagram 102: Förlossningsställning bland förstföderskor med vaginal (icke-instrumentell) förlossning, riket 2024



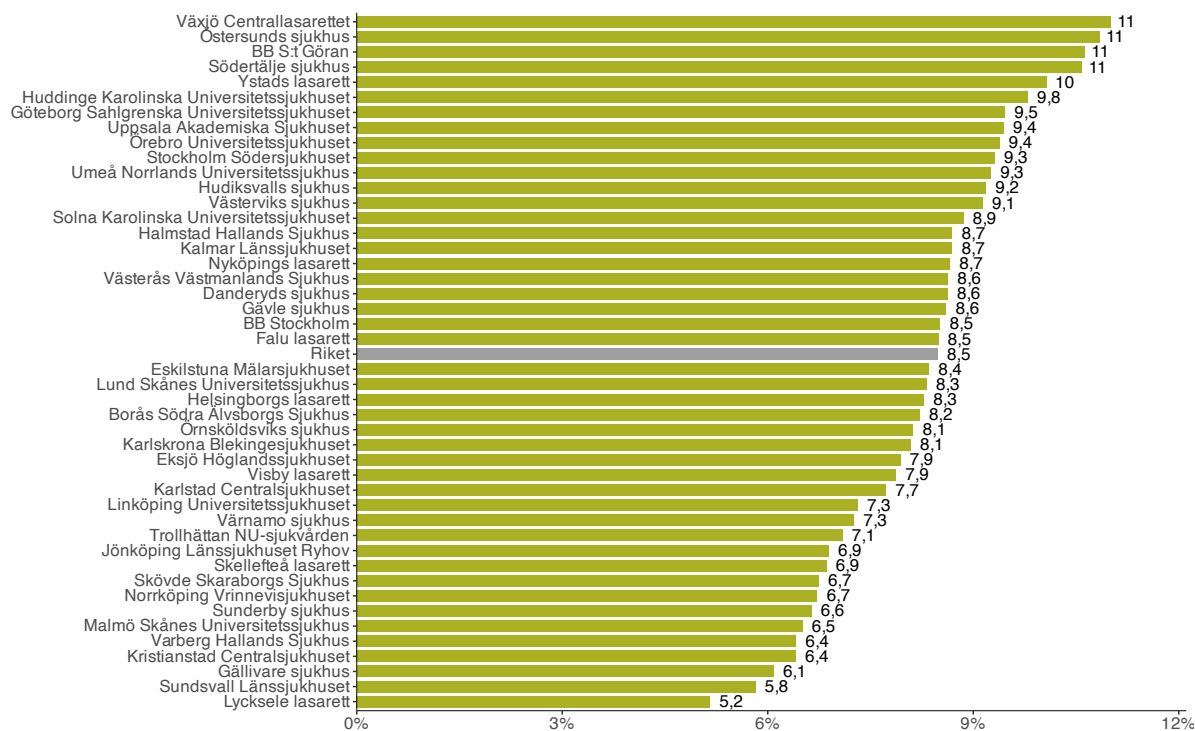
* Norrbotten: Inkluderar data till och med 2024-11-23.

Stor blödning

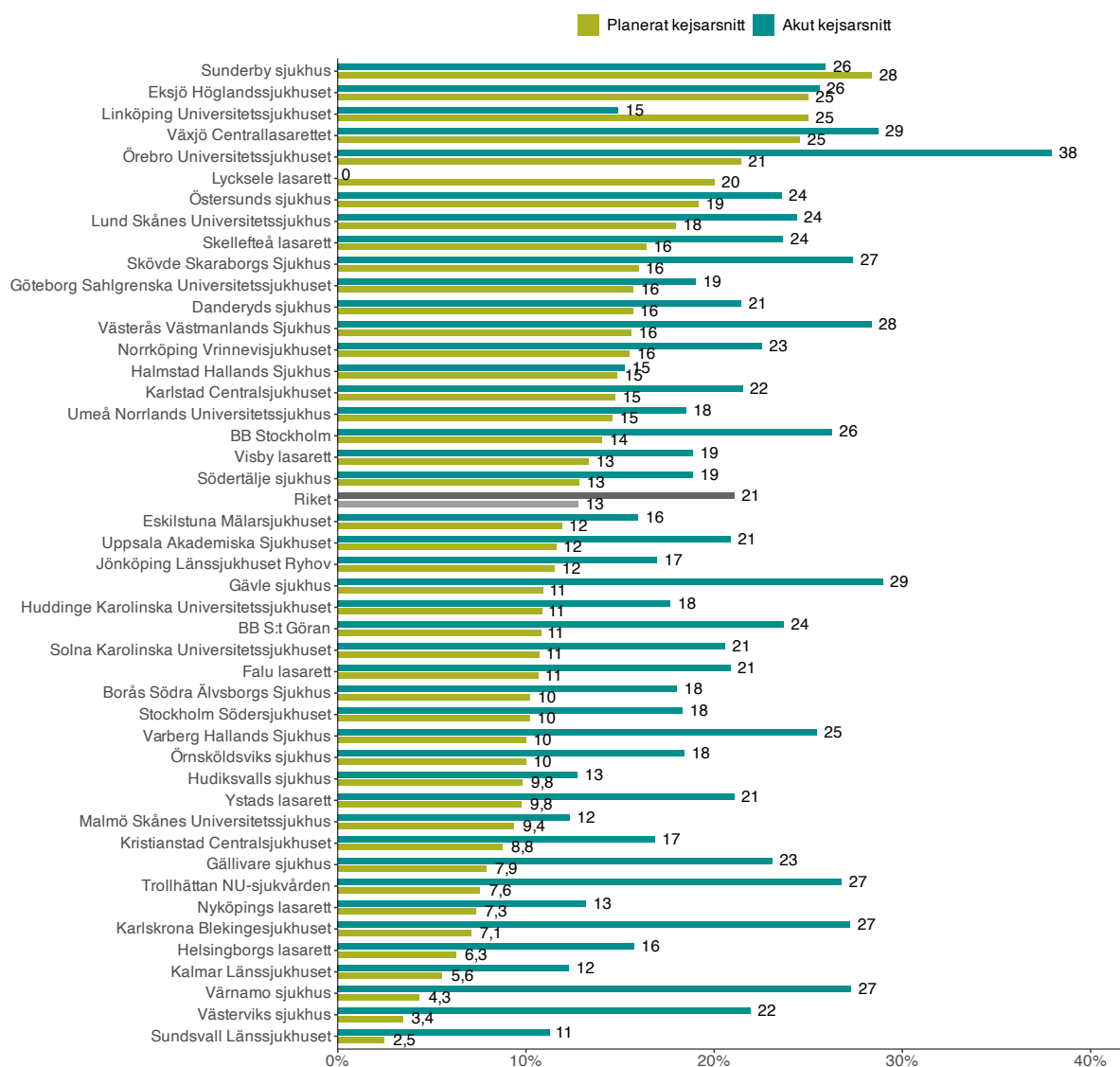
Mellan 2014 och 2024 har andelen kvinnor som drabbas av blödning $\geq 1\ 000\text{ml}$ i samband med förlossning ökat oavsett förlossningssätt. Bland vaginala förlossningar har frekvensen stigit från drygt 7,2% i början av perioden till närmare 8,5% år 2024. Även vid förlossning med kejsarsnitt ses en tydlig ökning, från cirka 15% 2014 till närmare 18% 2024. Utvecklingen visar därmed på en generell uppgång i blödningsfrekvensen oberoende av förlossningssätt.

Diagram 103: Andel (%) med blödning $\geq 1\ 000\text{ml}$ vid kejsarsnitt respektive vaginal förlossning, riket 2014-2024

Vid vaginala förlossningar noterades de lägsta blödningsfrekvenserna under 2024 vid Gällivare sjukhus och Trollhättan NU-sjukvården, medan de högsta återfanns vid Södertälje sjukhus och BB S:t Görän. För planerade kejsarsnitt varierade resultaten från mycket låga nivåer vid Västerviks sjukhus till över 28% vid Sunderby sjukhus. Även för akuta kejsarsnitt var variationen stor, med värden under 10% vid exempelvis Lycksele lasarett och Sundsvall Länssjukhus, men nära 38% vid Örebro Universitetssjukhus.

Diagram 104: Andel (%) stor blödning ($\geq 1\ 000$ ml) vid vaginal förlossning, per klinik 2024

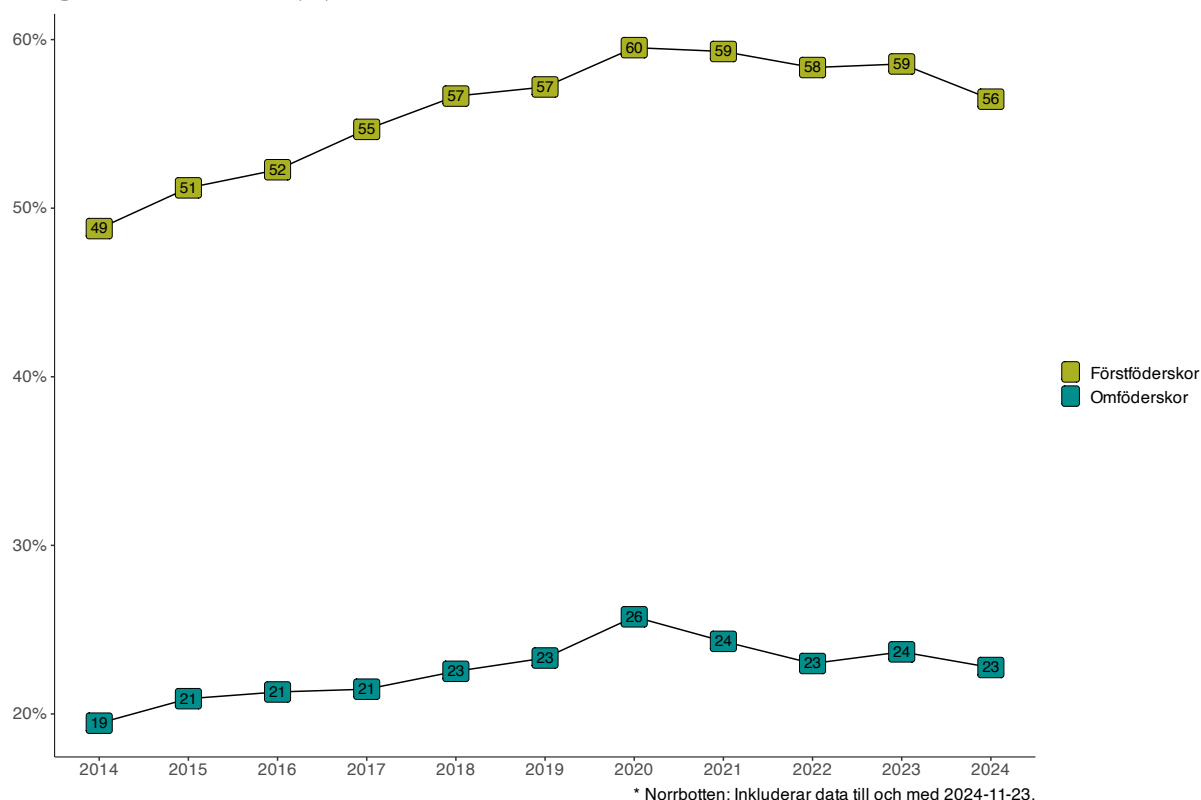
* Norrbotten: Inkluderar data till och med 2024-11-23.

Diagram 105: Andel (%) stor blödning ($\geq 1\ 000$ ml) vid kejsarsnitt, per klinik 2024

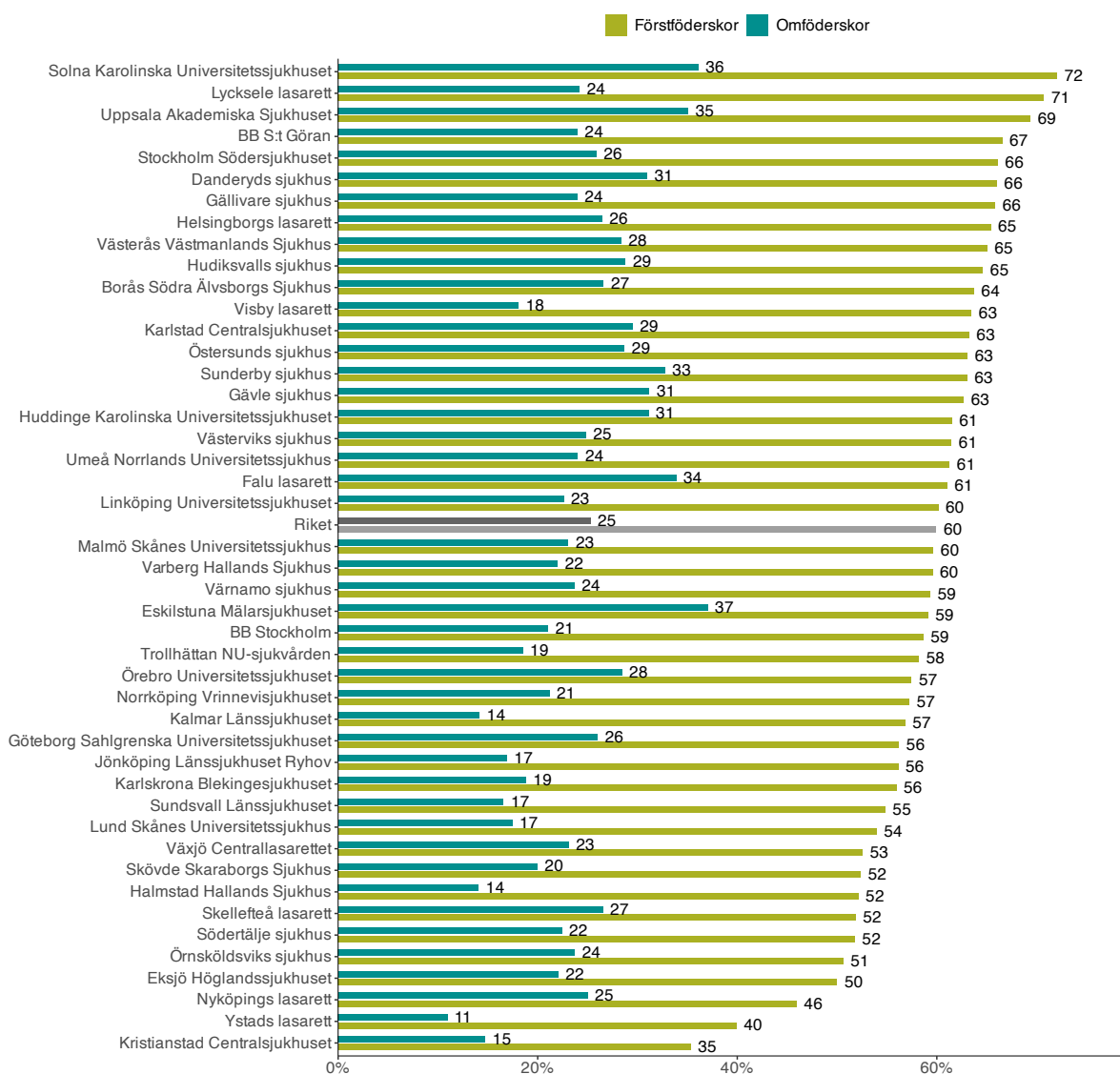
* Norrbotten: Inkluderar data till och med 2024-11-23.

Oxytocinbehandling under förlossning

Oxytocinbehandling används vid induktion eller långsam progress för att påskynda förlossningen. Diagrammet nedan visar att användningen av oxytocin (bland kvinnor som startar sin förlossning spontant eller med induktion) har ökat över tid, särskilt bland förstföderskor. År 2014 fick knappt hälften av förstföderskorna oxytocin (49%), medan andelen steg till över 59% 2020–2021 innan den planade ut kring 56–58% de senaste åren. Sammantaget tyder utvecklingen på en gradvis mer utbredd användning av oxytocin, med en särskilt hög och stabil andel bland förstföderskor.

Diagram 106: Andel (%) med oxytocinbehandling, riket 2014-2024

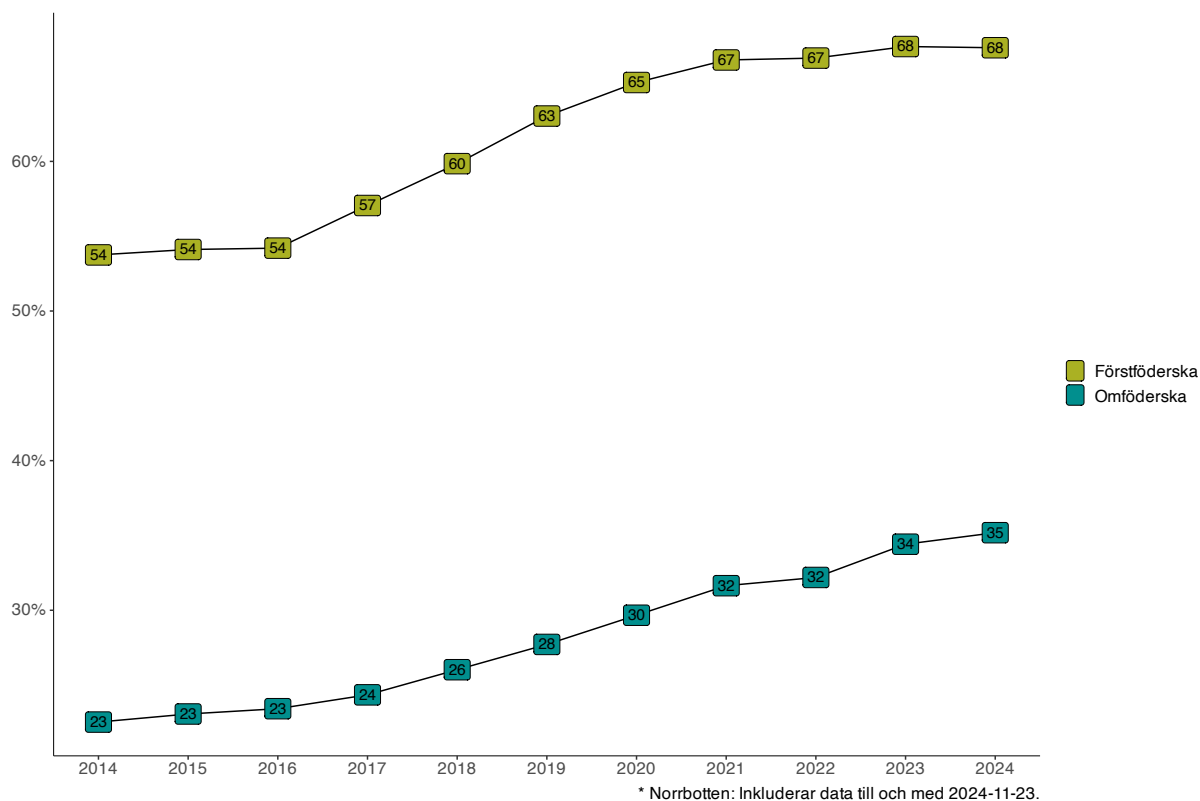
Diagrammet nedan visar stora skillnader mellan förlossningskliniker i användningen av oxytocinbehandling. Bland förstföderskor varierar andelen från runt 35–40% på Kristianstad Centralsjukhuset och Ystad lasarett till över 70% på Lycksele lasarett och Solna Karolinska Universitetssjukhuset. För omföderskor är nivåerna generellt lägre, men skillnaderna mellan kliniker är ändå påtagliga – från cirka 11% på Ystad lasarett till över 36% på Solna Karolinska Universitetssjukhuset och Eskilstuna Mälarsjukhuset. Riksgenomsnittet ligger på ca 60% för förstföderskor och 25% för omföderskor.

Diagram 107: Andel (%) först- och omfödelskor med oxytocinbehandling per klinik, 2024

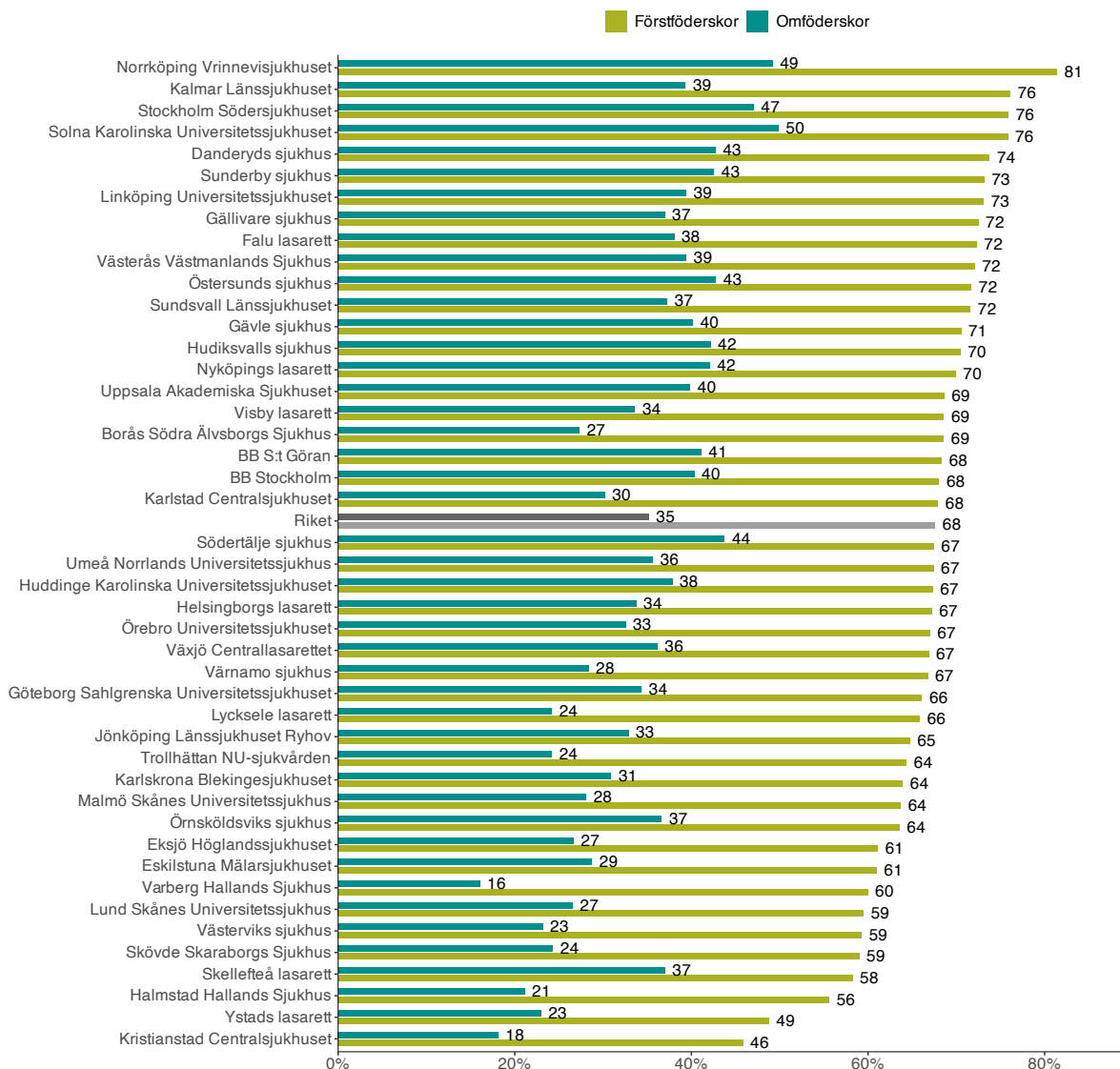
* Norrbotten: Inkluderar data till och med 2024-11-23.

Epiduralblockad (EDA)

Användningen av EDA (epiduralbedövning) har ökat successivt mellan 2014 och 2024, både för förstfödelskor och omfödelskor. Bland förstfödelskor har andelen stigit från cirka 54% år 2014 till 68% år 2023–2024, vilket innebär att EDA idag används av mer än två tredjedelar i denna grupp. För omfödelskor är nivåerna lägre men har ökat tydligt, från drygt 22% år 2014 till över 35% år 2024. Utvecklingen speglar en långsiktig trend mot allt mer frekvent användning av epiduralbedövning vid vaginal förlossning, särskilt bland förstfödelskor. Förekomsten av EDA på respektive klinik styrs av flera faktorer så som tillgång och efterfråga men även arbetssätt kring alternativ smärtlindring och stöd och närvaro.

Diagram 108: Andel (%) först- och omföderskor med epiduralbedövning under förlossning, riket 2014-2024

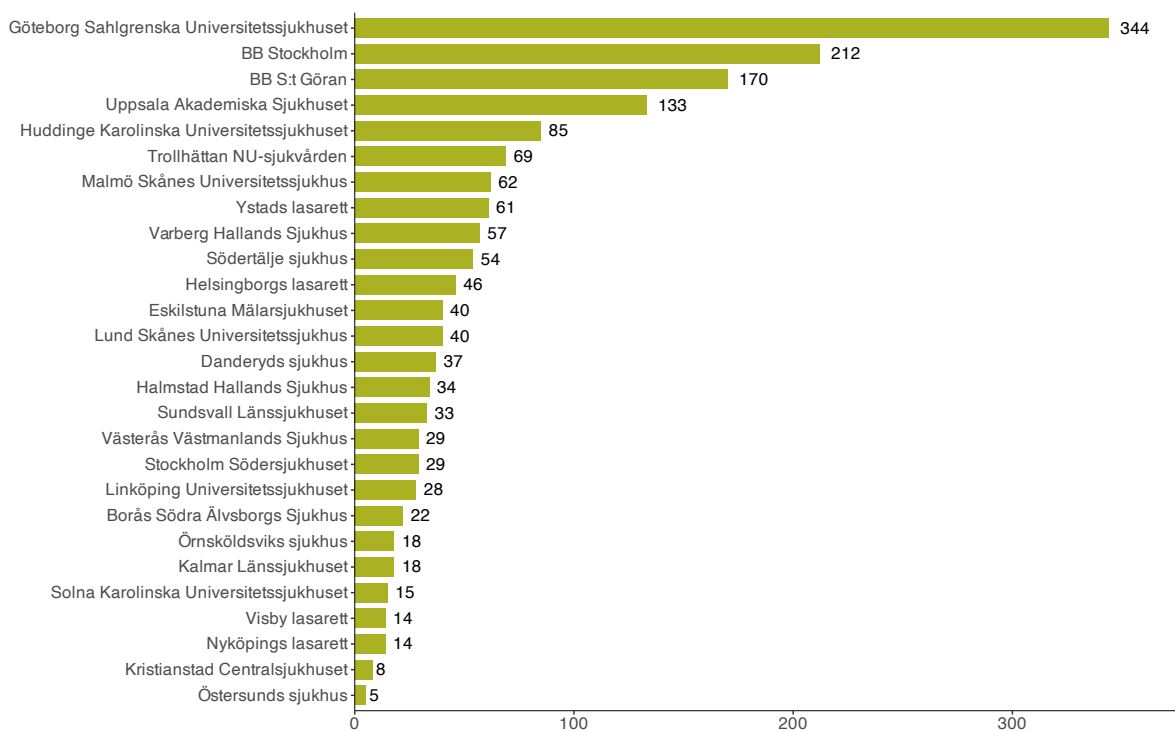
Lägst användning fanns på Kristianstad Centralsjukhuset där drygt 46% av förstföderskorna föder med EDA, jämfört med 81% på Norrköping Vrinnevisjukhuset. Riksgenomsnittet är 35% för omföderskor men med en variation från 16% på Varberg Hallands Sjukhus till 50% på Solna Karolinska Universitetssjukhuset.

Diagram 109: Andel (%) förstföderskor respektive omföderskor med epiduralbedövning under förlossning som startat spontant eller med induktion, per klinik 2024

* Norrbotten: Inkluderar data till och med 2024-11-23.

Föda i vatten

Möjligheten att föda i vatten ökar på landets kliniker. Under 2024 registrerades 1 686 (2,1%) vattenfödslar fördelade på 27 av landets 42 förlossningssjukhus. Sedan 2019 finns diagnoskoderna DMoo8 som bör användas för registrering. Många sjukhus har aktivt arbetat med att kunna erbjuda vattenförlossning som ett led i att erbjuda större valmöjlighet för de födande. Det sjukhus som hade flest vattenförlossningar i antal var Göteborg Sahlgrenska Universitetssjukhuset (n=343) vilket utgjorde 3,7% av alla förlossningar på sjukhuset.

Diagram 110: Antal vattenfödselar per klinik, 2024

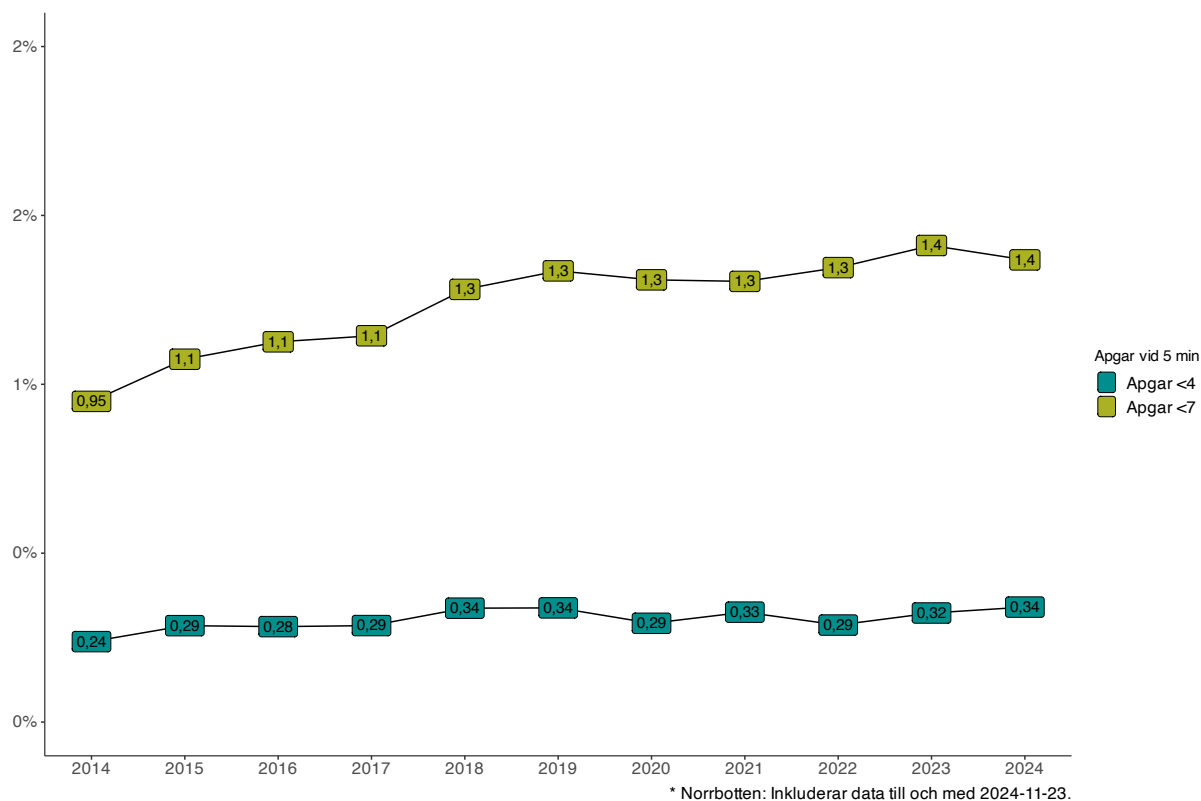
* Norrbotten: Inkluderar data till och med 2024-11-23.

Apgar

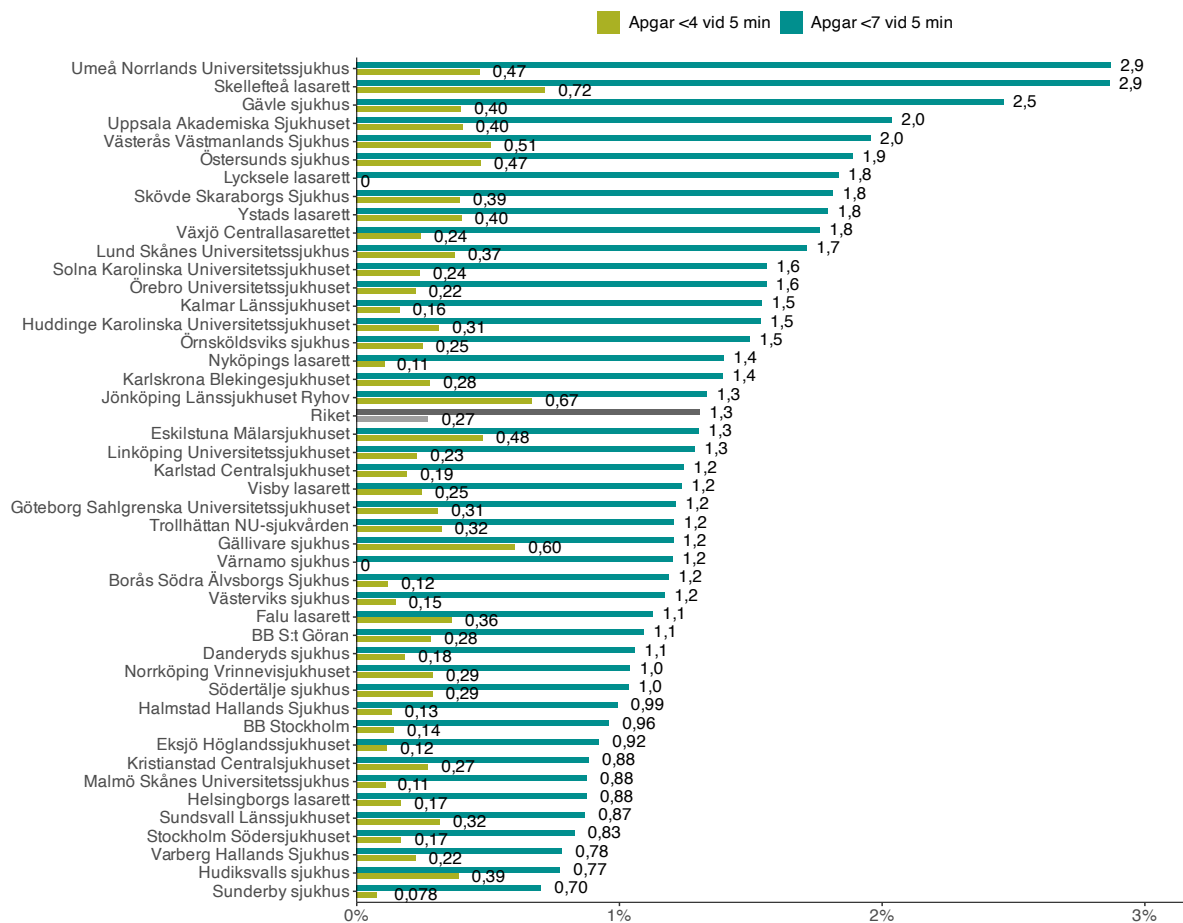
Apgar är en skattning av barnets allmänna tillstånd efter förlossningen. Apgar är en poängskala som utvärderar hjärtfrekvens, andning, hudfärg, tonus och retbarhet med 0-2 poäng per indikator. Total Apgar kan variera mellan 0 (livlös) och 10 (livlig) och mäts vid 1 minut, 5 minuter och 10 minuter efter födseln. Apgar <4 vid 5 minuter identifierar i högre utsträckning barn med allvarlig syrebrist och risk för framtida komplikationer än apgar <7 vid 5 minuter. I denna årsrapport redovisas Apgar endast för levande födda fullgångna barn (graviditetsveckor $\geq 37+0$).

Andelen barn med Apgar <7 vid 5 minuter har ökat från 0,96% till 1,4% under åren 2014-2024 och andelen barn med Apgar <4 vid 5 min har ökat från 0,24 % till 0,34%.

Diagram 111: Andelen (%) levande födda fullgångna barn med Apgar <7 respektive <4 vid 5 minuter, riket 2014-2024



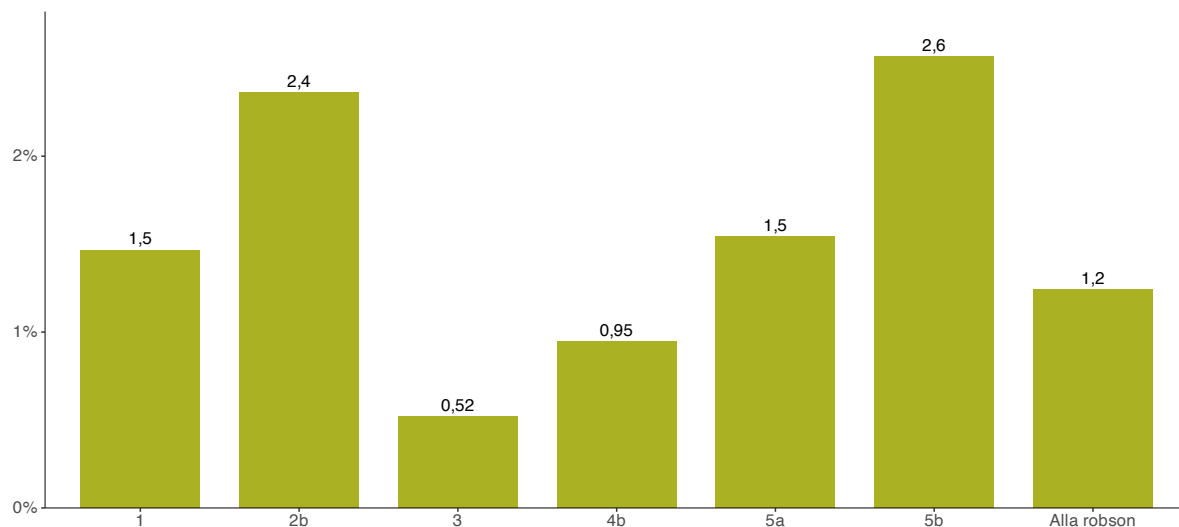
I diagrammet nedan redovisas andelen levande födda fullgångna barn med Apgar <4 vid 5 minuter respektive Apgar <7 vid 5 minuter uppdelat på klinik. Det totala antalet barn med Apgar <4 vid 5 min av levande födda fullgångna barn var 250 under 2024, vilket gör det till ett ovanligt utfall. Detta innebär att underlaget utgörs av enstaka barn på mindre kliniker. På mindre kliniker kan därför enstaka barn sticka ut i statistiken.

Diagram 112: Andel barn med Apgar <4 respektive Apgar <7 vid 5 minuter bland levande födda barn $\geq 37+0$ veckor, 2024

* Norrbotten: Inkluderar data till och med 2024-11-23.

Förekomsten av Apgar <7 vid 5 minuter ser olika ut i de olika Robsongrupperna. I gruppen omfödorskor med tidigare kejsarsnitt var andelen barn med Apgar <7 vid 5 min 2,6% och bland förstfödorskor med induktion, 2,4%.

Diagram 113: Andel barn med Apgar <7 vid 5 minuter för levande födda barn $\geq 37+0$ veckor per Robsongrupp, riket 2024

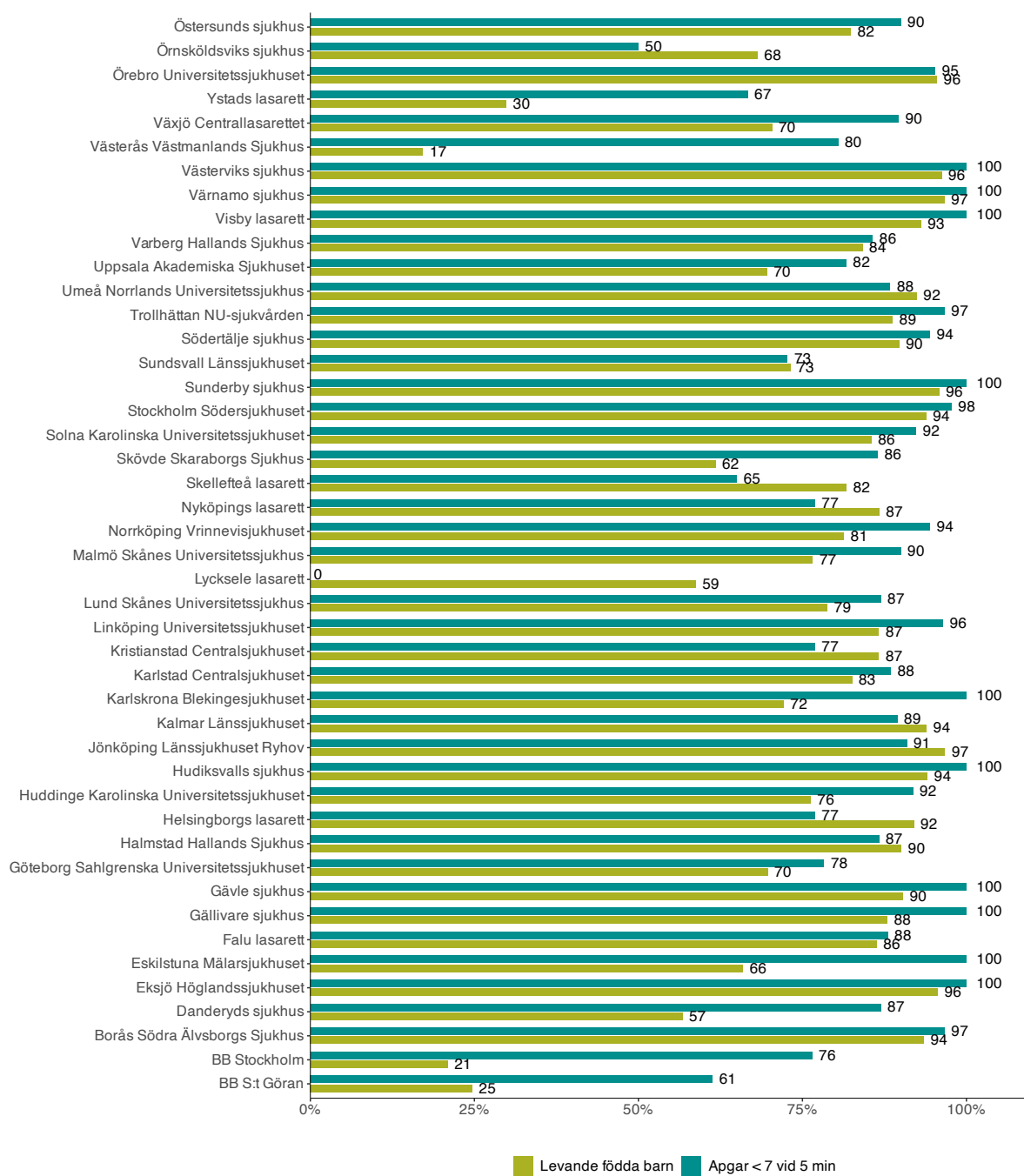


* Norrbotten: Inkluderar data till och med 2024-11-23.

Navelsträngsprover

Som ett mått på syrebrist hos barnet kan navelsträngsprover tas i samband med födseln. Vissa kliniker tar prover rutinmässigt, medan andra tar prover enbart vid misstanke om eller vid förhöjd risk för syrebrist. Om det fullgångna barnet har Apgar < 7 vid 5 minuter bedöms det som värdefullt att det finns ett navelsträngsprov taget vid födseln. I diagrammet nedan visas dels hur ofta varje klinik tar navelsträngsprov, dels hur stor andel av de barn som hade Apgar < 7 efter 5 minuter där ett prov faktiskt finns registrerat.

Diagram 114: Andel (%) registrerade navelsträngsprover samt andel registrerade navelsträngsprov bland barn med Apgar < 7 vid 5 minuter, per klinik 2024. Enbart levande födda barn $\geq 37+0$ veckor inkluderade.



Dödfödda barn

Intrauterin fosterdöd (IUFD) definieras i Sverige som dödföddhet (ante- eller intrapartalt) från och med graviditetsvecka 22+0. Det finns flera mått för att mäta dödlighet hos nyfödda.

- Intrauterin fosterdöd (IUFD) eller dödföddhet är framfödande av ett dött barn från och med graviditetsvecka 22+0
- Perinatal död definieras som IUFD eller att barnet dör dag 0-6 efter födseln

- Tidig neonatal död innebär att ett levande fött barn dör dag 0-6 efter födseln
- Neonatal död innebär att ett levande fött barn dör dag 0-27 dagar efter födseln

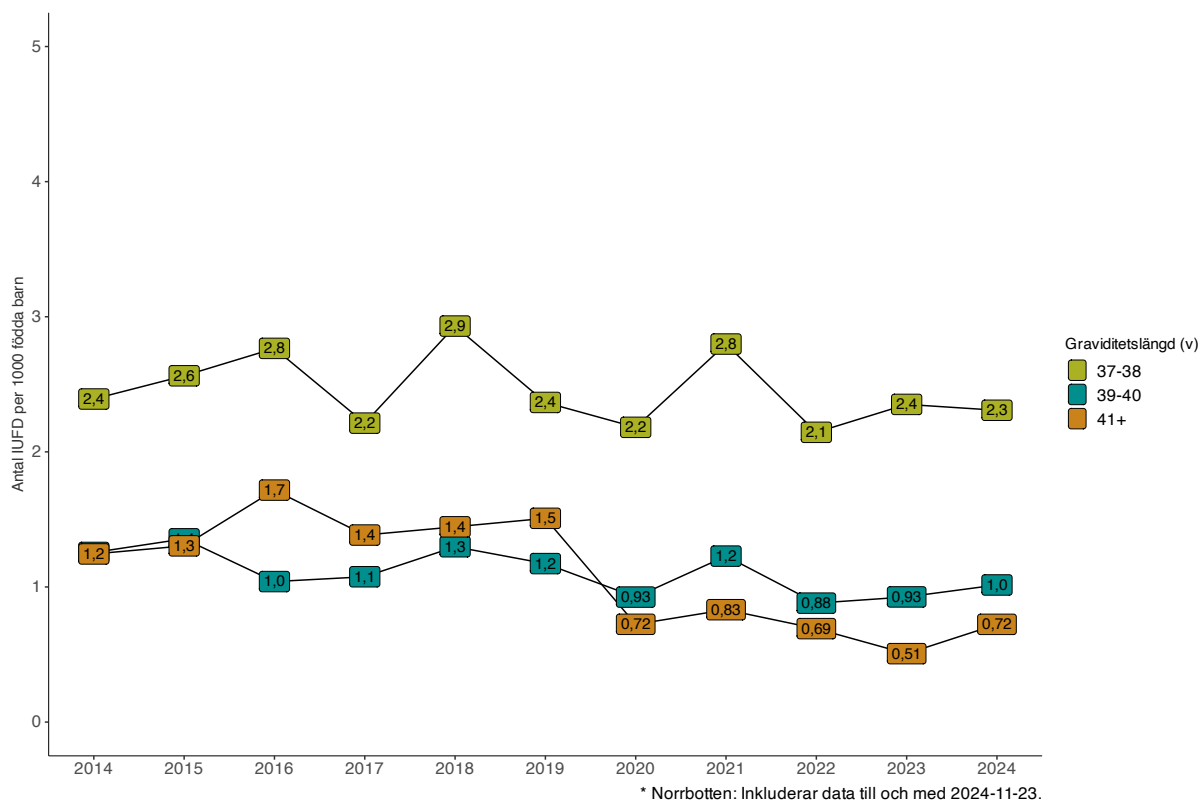
Under 2024 föddes 307 döda barn i Sverige varav 116 i fullgången graviditet (graviditetsvecka $\geq 37+0$) och 191 prematurt (graviditetsvecka $< 37+0$). Frekvensen intrauterin fosterdöd (IUFD) vid fullgången graviditet i Sverige har legat stabilt på en mycket låg nivå, mellan 1,1 och 1,7 per 1 000 födda barn sedan registret startade 2014. Den lägsta nivån noterades 2022 (1,1/1 000) och den högsta 2018 (1,7/1 000). Den konsekvent låga nivån är en stark indikation på att svensk förlossningsvård upprätthåller en hög säkerhet vid fullgångna graviditeter, och att dödfödselar i denna grupp är mycket ovanliga.

Diagram 115: Antal barn per 1 000 som föddes döda bland prematura respektive fullgångna barn 2014-2024



I nedanstående diagram illustreras andelen dödfödda barn i promille uppdelade på graviditetsvecka 37-38, 39-40 samt 41+ mellan åren 2014-2024.

Diagram 116: Andelen dödfödda barn per tusen (promille) uppdelade på graviditetsvecka 37-38, 39-40 samt 41+ mellan åren 2014-2024



IUFD-modulen

Sedan 2019 kan alla Sveriges förlossningskliniker registrera sina IUFD-fall i en separat modul i Graviditetsregistret och det går även att registrera bakåt i tiden. Registrering har långsamt påbörjats av flertal kliniker i Sverige, några har även registrerat bakåt i tiden. Elva kliniker hade inte registrerat i modulen alls när denna årsrapport skrevs. För tidsperioden 2016–2024 finns totalt 1 285 dödfödda barn registrerade och under 2024 registrerades 160 av 307 (53%) av alla fall. Av dessa dödsfall inträffade 87% innan förlossningen startade och 9% intrapartalt, dvs under förlossningen. I 4% av fallen kunde det inte avgöras om dödsfallet inträffat innan eller under förlossningen då kvinnan inkom i aktiv förlossning och IUFD konstaterades vid inkomsten.

Undersökning av moderkakan (placenta-PAD) och obduktion har i flera studier visat sig vara de viktigaste utredningarna för att kunna bidra till en förklaring till varför barnet dog. Placenta-PAD utfördes i 94% och obduktion i 63% bland de registrerade fallen. Kromosomanalys var utförd i 83% av de registrerade fallen och av dessa var 5% avvikande.

Förlossningsupplevelse och delaktighet

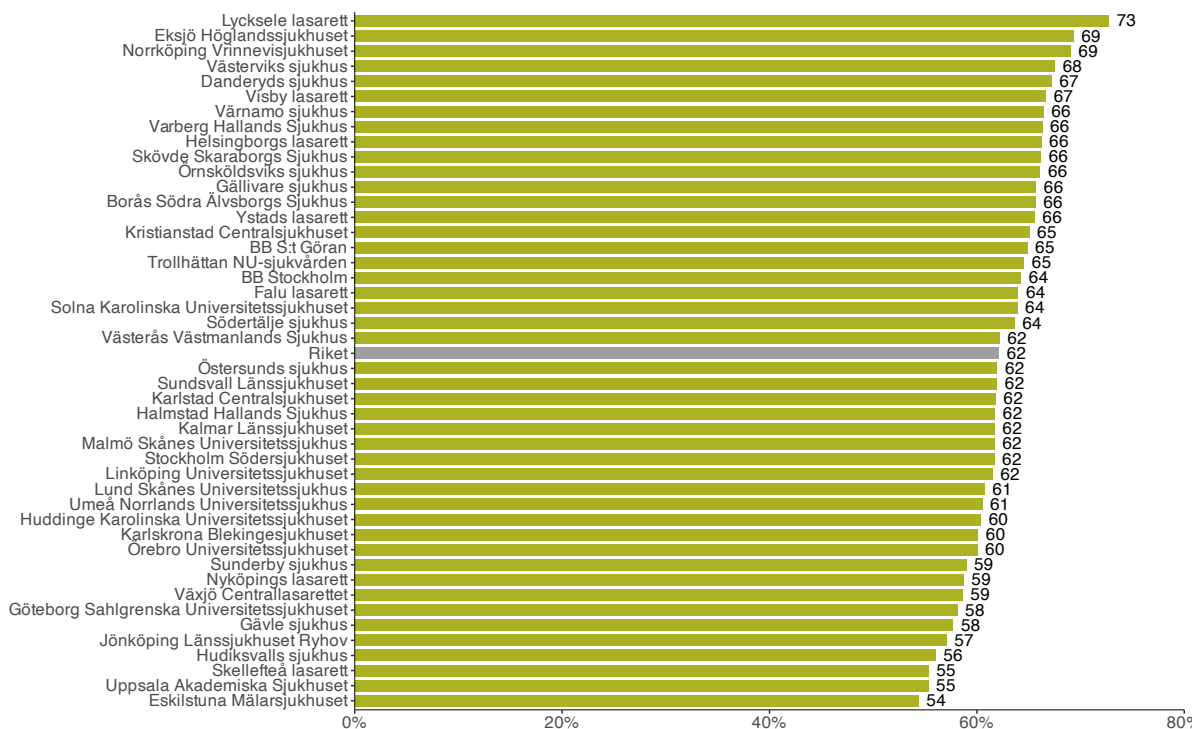
Uppgifter om förlossningsupplevelse hämtas från Graviditetsenkät 2 som skickas ut 8 veckor efter förlossningen men kan besvaras upp till 15 veckor efter.

Förlossningsupplevelsen har stor betydelse för tiden efter födseln och är något som många bär med sig hela livet. Upplevelsen kan också påverka när och om man väljer att skaffa barn igen, önskemål om antal barn och val av förlossningssätt i nästkommande graviditeter.

Sedan december 2020 erbjuds gravida och nyblivna mammor i hela Sverige att svara på Graviditetsenkäten, läs gärna mer om den [här](#). I enkät 2, som skickas ut 8 veckor efter förlossningen, ställs frågan "Hur upplevde du din förlossning?". Den födande ombeds svara på en 10 gradig

skala från 1–10, där 1 betyder värsta tänkbara upplevelse och 10 bästa tänkbara. Diagrammet nedan presenterar hur stor andel kvinnor som uppgivit 8–10 på respektive klinik.

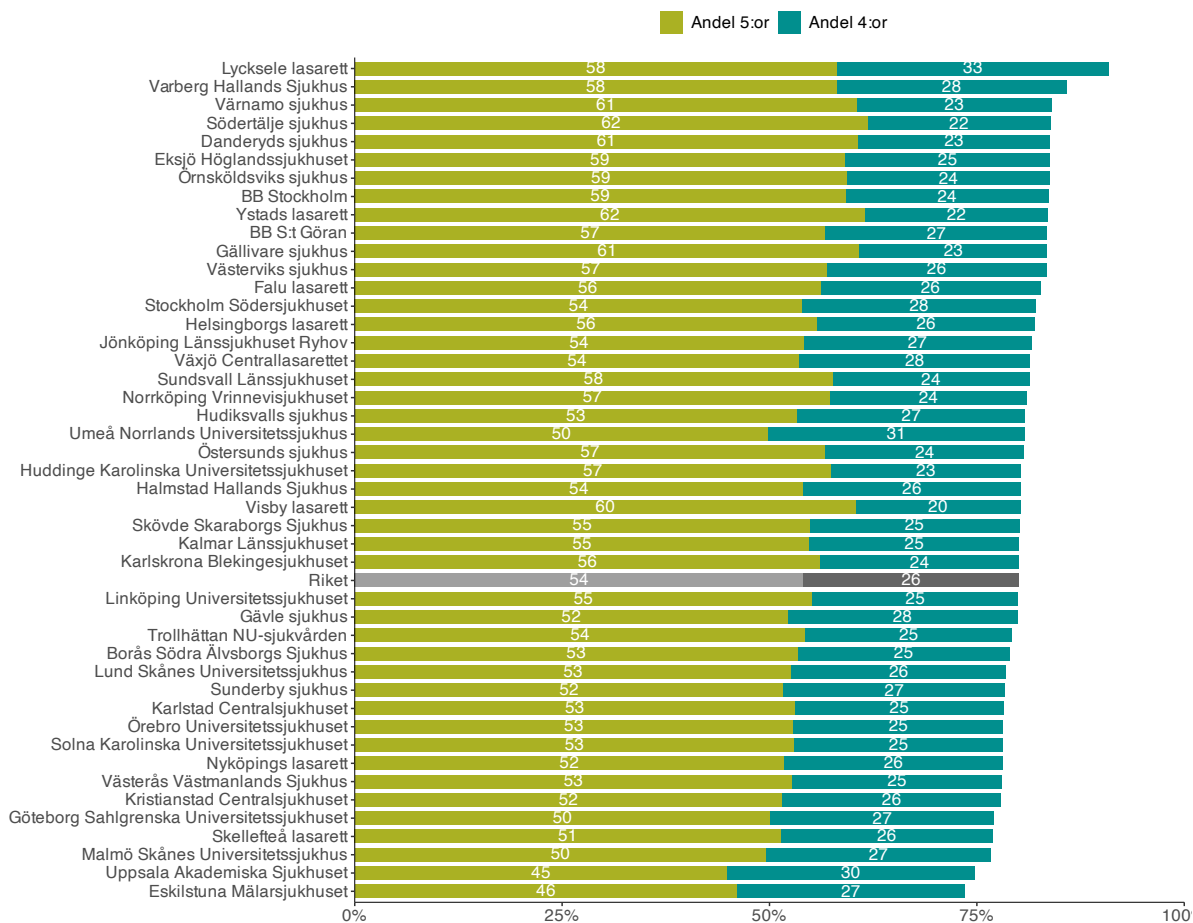
Diagram 117: Andelen (%) med högt skattad förlossningsupplevelse (VAS 8-10) på respektive klinik, 2024.



* Norrbotten: Inkluderar data till och med 2024-11-23.

I samma enkät ställs även frågan ”Var du delaktig i planering och beslut under din förlossning i den utsträckning du önskade?”. Svarsalternativen är 1–5 där 1 står för ”Nej, inte alls” och 5 står för ”Ja, helt och hållet”. Diagrammet visar hur stor andel kvinnor som uppgivit 4 och 5 på respektive klinik.

Diagram 118: Var du delaktig i planering och beslut under din förlossning i den utsträckning du önskade? Per klinik, 2024



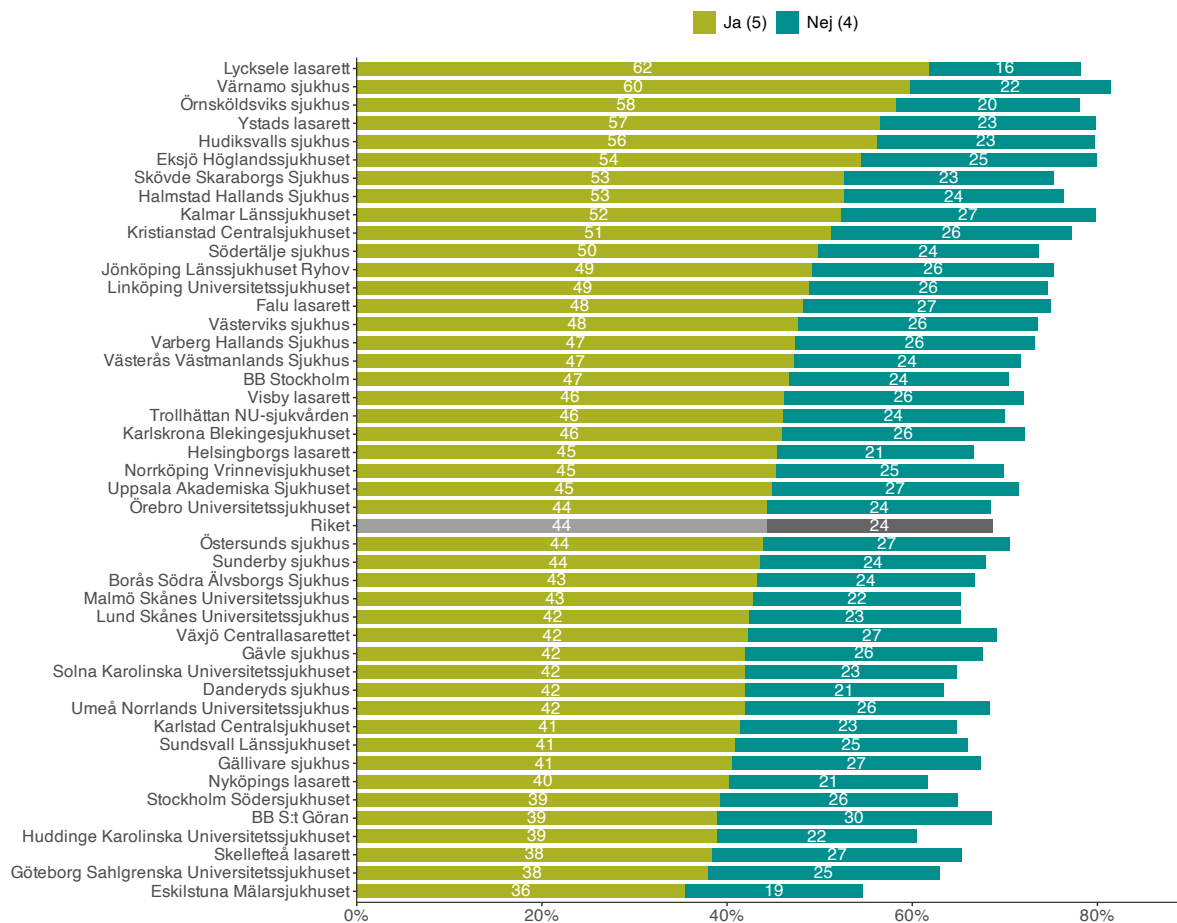
* Norrbotten: Inkluderar data till och med 2024-11-23.

Efter födseln

Information angående återhämtning efter förlossningen

Hämtas från Graviditetsenkät 2

I Graviditetsenkäten ställs frågan "Fick du den information du behövde om vad du kunde förvänta dig angående återhämtning/tiden efter förlossningen?". Andelen kvinnor som svarat 4 eller 5 på den 5-gradiga skalan var 68% i riket, med en stor variation från 55% till 78% mellan sjukhusen.

Diagram 119: Fick du den information du behövde om vad du kunde förvänta dig angående återhämtning/tiden efter förlossningen? Per klinik, 2024

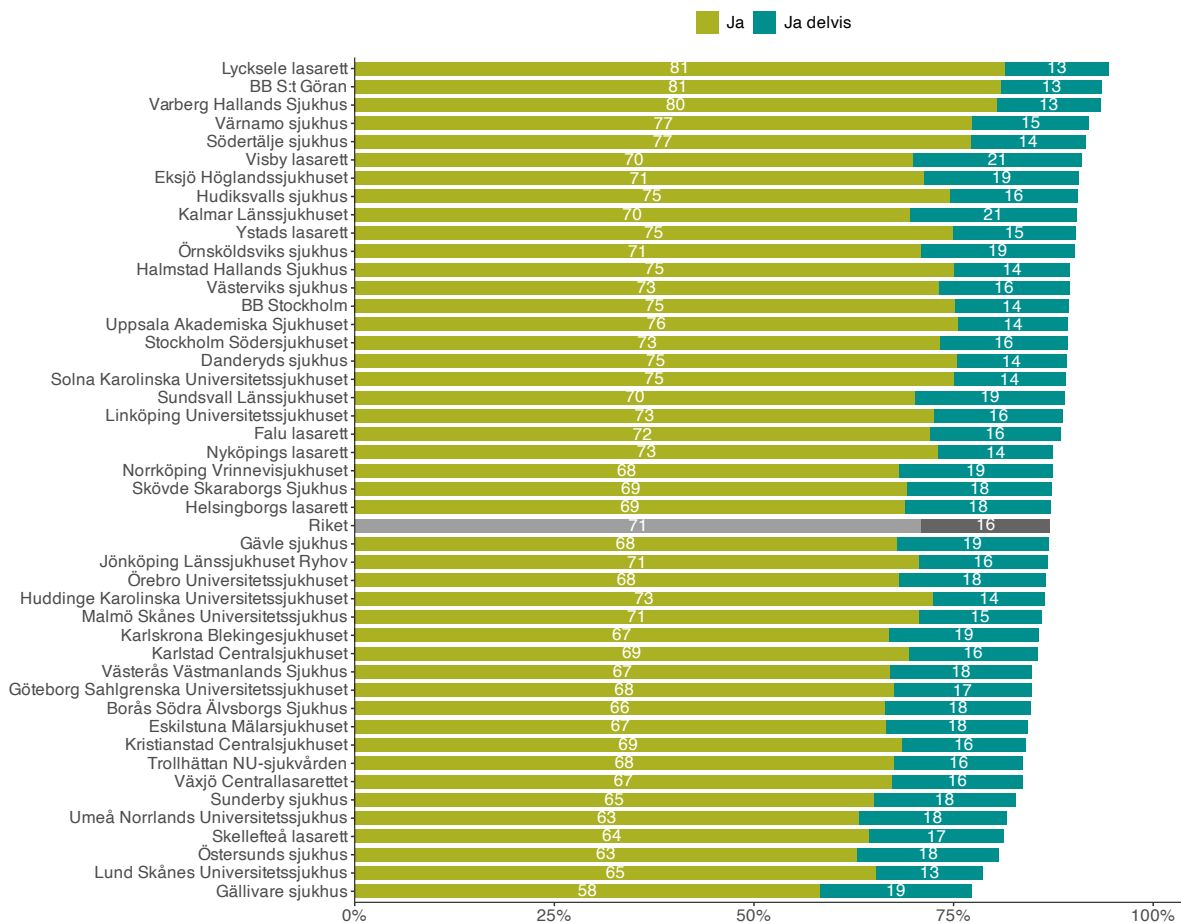
* Norrbotten: Inkluderar data till och med 2024-11-23.

Hud mot hud

Hämtas från Graviditetsenkät 2

Hud mot hud innebär att barnet läggs på den nyblivna mammans bröst direkt efter födseln. När barnet ligger hud mot hud håller barnet bättre sin temperatur och blodsockernivå samt anknytning och amningsstart främjas. I Graviditetsenkäten ställs frågan ”Låg barnet hud mot hud med dig direkt efter förlossningen tills barnet sugit och/eller somnat?” Nedanstående diagram beskriver andel kvinnor som svarat ”Ja, delvis” och ”Ja” på denna fråga på respektive klinik.

Diagram 120: Låg barnet hud mot hud med dig direkt efter förlossningen tills barnet sugit och/eller somnat? Per klinik 2024.

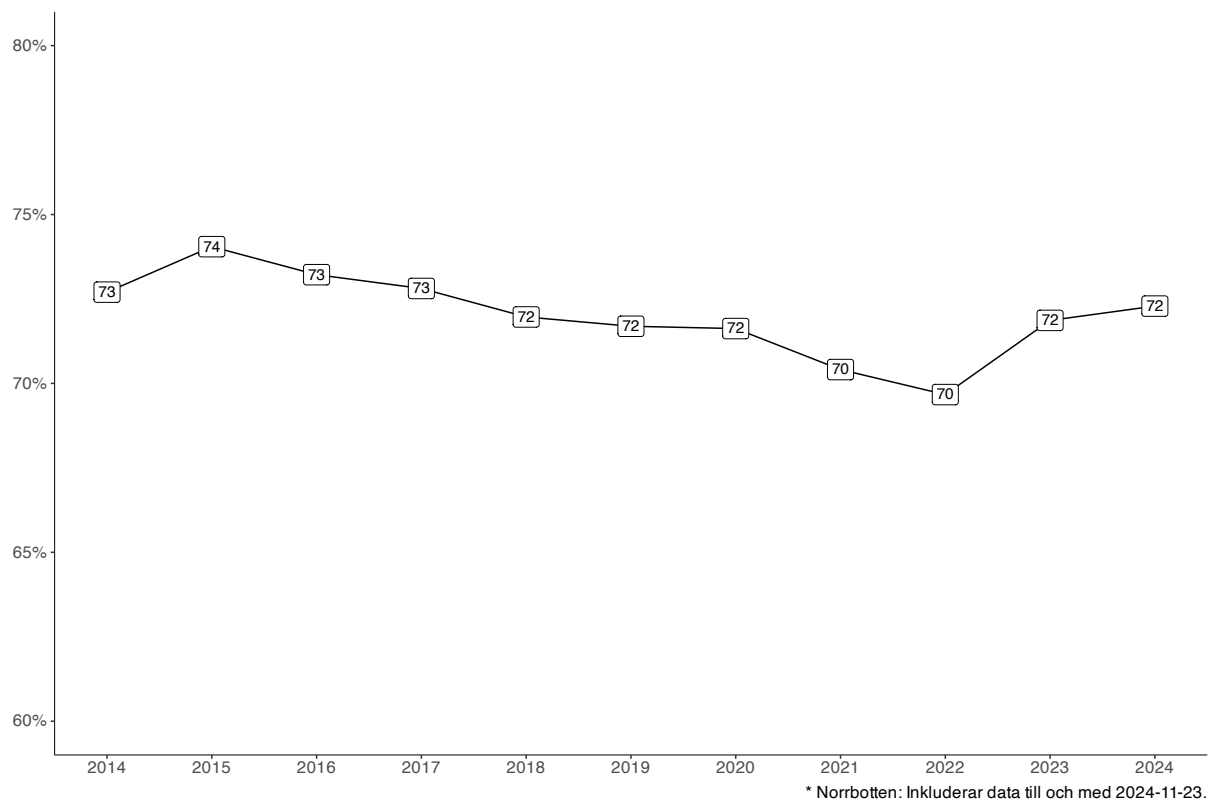


* Norrbotten: Inkluderar data till och med 2024-11-23.

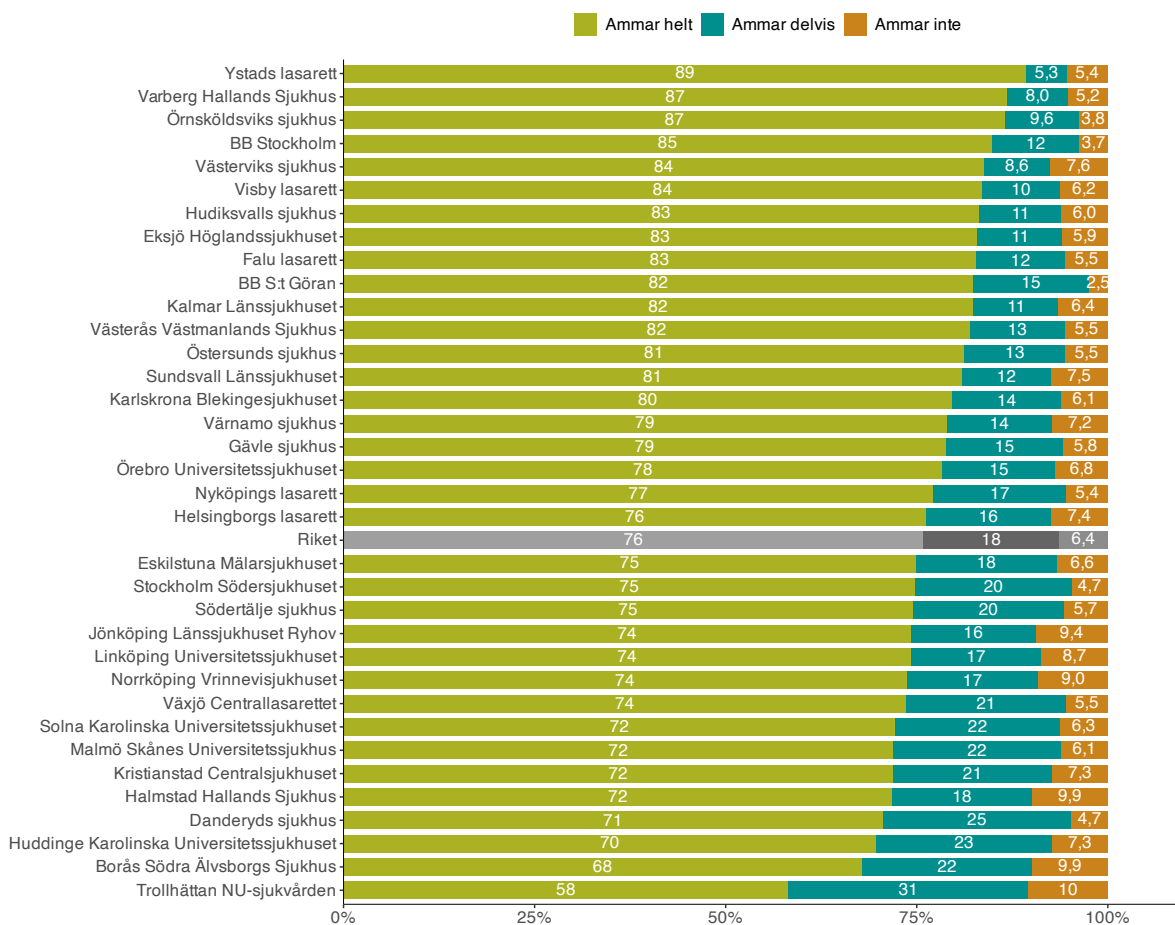
Amning

Hämtas från vårdsammanfattning vid hemgång från BB

Vid hemgång från sjukhuset efter förlossningen dokumenteras om barnet ammas. Kliniker som saknade dokumentation för mer än 20% av de födande visas inte i diagrammet.

Diagram 121: Andel barn som helammas vid utskrivning, riket 2014-2024

Nedanstående diagram visar andel barn per klinik som ammas helt, delvis eller inte alls.

Diagram 122: Andel (%) barn som ammas helt, delvis eller inte alls vid hemgång från BB, per klinik 2024

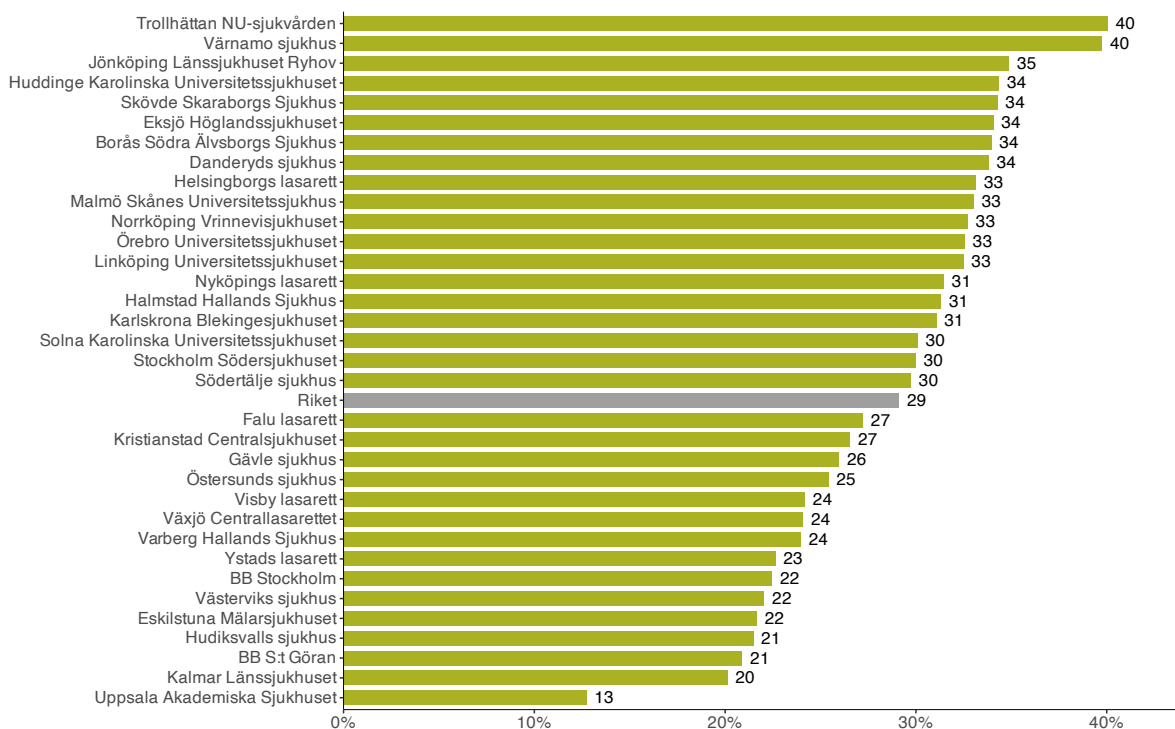
* Norrbotten: Inkluderar data till och med 2024-11-23.

Tillmatning

Hämtas från vårdsammanfattning vid hemgång från BB

Tillmatning innebär att barnet får modersmjölksersättning minst en gång under vårdtiden. Det finns olika anledningar att tillmata ett nyfött barn, exempelvis om det är förtidigt fött, är tillväxthämmat eller om mamman har diabetes. Ibland tillmatas barn utan medicinsk anledning, till exempel då det upplevs otröstligt eller på önskemål av föräldrar. I diagrammet nedan visas andelen tillmatade barn bland de som fötts i fullgången tid, är normalstora för tiden och där mamman inte har diabetes. Kliniker som saknade dokumentation för mer än 20% av de födande visas inte i diagrammet. I genomsnitt tillmatades 29% av dessa barn under 2024, med en variation i landet från 13% på Akademiska sjukhuset i Uppsala till 40% i Trollhättan NU-sjukvården.

Diagram 123: Andel (%) av fullgångna barn, födda normalstora för graviditetslängden, till kvinnor utan diabetes som tillmatats på BB, per klinik 2024



* Norrbotten: Inkluderar data till och med 2024-11-23.

Graviditetsregistret blickar framåt

Graviditetsregistret arbetar kontinuerligt med utveckling och förbättring för att kunna tillhandahålla ett alltmer komplett kvalitetsverktyg för vården. Efterfrågan på data från Graviditetsregistret är hög och den används för förbättrings- och kvalitetsarbeten inom vården, samt till vetenskapliga studier, av myndigheter och av media. Många av Graviditetsregistrets resultat visas publikt och är därmed tillgängligt för allmänheten via vår hemsida.

Graviditetsregistret fortsätter arbetet med att vara ett omfattande verktyg för kvalitetsuppföljning, forskning och utveckling inom hela vårdkedjan, i hela landet. Glädjande har i dagsläget alla landets regioner automatisk överföring av data till Graviditetsregistret, vilket innebär nationell täckning. Byte till nya journalsystem har dock inneburit att en enstaka region ännu inte återupptagit automatisk dataöverföring till Graviditetsregistret. Graviditetsregistret fortsätter att samarbeta med regionföreträdare avseende införandet av nya journalsystem och Cosmic Birth. Detta arbete kommer att fortgå under de kommande åren och Graviditetsregistret kommer att arbeta kontinuerlig för att säkerställa att den automatiska överföringen skall fungera i framtiden. Graviditetsenkäten, som skickas ut sedan 1 december 2020, kommer att pågå fortsatt. SKR har under året initierat en revidering av enkätens frågor. Arbetet beräknas vara färdigt under hösten 2025 och de uppdaterade enkäterna kommer att tas i bruk under 2026. Parallellt uppdaterar Graviditetsregistret sina dashboards för Graviditetsenkätens resultat med finansiella medel från SKR.

Graviditetsregistret fick, precis som många kvalitetsregister, sin medelstilldelning för 2025 sänkt, samtidigt som Graviditetsregistret fick ett betydande anslag från Region Stockholm. Medel som regionen rekviderat från Socialstyrelsen, har inneburit att registret kunnat fortsätta sitt arbete utan större inskränkningar. Samtidigt har omprioriteringar i budgeten tillsammans med ökade kostnad per förlossning under 2025 möjliggjort en pågående uppdatering av registrets variabellista. Detta för att vara fortsatt relevanta och med målet att registrera de variabler Medicinska Födelseregistret kommer att ha, samt tillkomst av helt nya variabler som har inkommit som önskemål från de verksamheter som levererar data till registret, från myndigheter och forskare. Hittills har registret genomfört en uppdatering av variabler som rör bruk av nikotinprodukter.

Tack alla!

Vi vill rikta ett stort tack till alla medarbetare inom mödrahälsovårds-, fosterdiagnostik- och förlossningsgruppen som deltar i vårt viktiga och spännande arbete. Ett extra tack vill vi även rikta till alla gravida och nyblivna mammor, som bidrar med uppgifter till Graviditetsregistret och med alla sina synpunkter i Graviditetsenkäten. För ytterligare information se vår hemsida: www.graviditetsregistret.se.



Maria-Teresia Svanvik
Registerhållare

Maria Bjelke
Vice registerhållare

Michaela Granfors
Ordförande styrgruppen

Bästa skattning variabler

Graviditetsregistret, version 2023-08-31

Förlossningen startar bästa skattning, hierarkisk ordning

1. Induktion

om något av följande:

- Kryssruta *Förlossningen startar* = "induktion" (förlossningsstart från Barn)
- Induktion = "Ja" (induktion från FV1)
- Diagnoskod för induktion (O61, O756B) (moderns diagnoser)

2. Spontan start

- Kryssruta (spontan_start från FV1)

3. Kejsarsnitt före värkdebut

om något av följande:

- Kryssruta *Förlossningen startar* = "kejsarsnitt före värkdebut" (förlossningsstart barn)
- *Indikation* = "Elektiv" (indikation från fv1)
- *Kejsarsnitt FV1* = "Elektivt" (*kejsarsnitt_fv1* från FV1)
- Diagnoskod för elektivt kejsarsnitt (O820, O828) (moderns diagnoser)

4. Om förlossningen startar bästa skattning saknas efter steg 1-3 -> **Spontan start**

Förlossningsavslut bästa skattning, hierarkisk ordning

OBS – förtydligande: Vid flerbördsförlossning där barnen har olika förlossningsavslut, så blir inte "förlossningsavslut bästa skattning" korrekt på barnnivå. För korrekt redovisning i dessa fall bör "grund"-variablerna från Graviditetsregistret användas.

1. Akut kejsarsnitt

om något av följande:

- *Förlossningsslut FV1* = "kejsarsnitt" och *Indikation* = ("Akut", "Urakut") (*forlossningsslut_fv1* från FV1 och *indikation* från FV1)
- diagnoskod för akut kejsarsnitt (O821) (moderns diagnoser)
- *Kejsarsnitt FV1* = "Akut" (*kejsarsnitt_fv1* från FV1)

1. Planerat kejsarsnitt

om något av följande:

- Kryssruta *Förlossningen startar* = "kejsarsnitt före värkdebut" (förlossningsstart barn)
- *Förlossningsslut FV1* = "kejsarsnitt" och *Indikation* = "Elektiv" (*forlossningsslut_fv1* från FV1)

- ▶ *Kejsarsnitt FV1* = "Elektivt" (*kejsarsnitt_fv1* från FV1)
- ▶ Diagnoskod för elektivt kejsarsnitt (O820, O828) (moderns diagnoser)

1. Instrumentell vaginal förlossning

om något av följande:

- ▶ *Förlossningsslut FV1* = ("VE", "Tång") (*forlossningsslut_fv1* från FV1)
- ▶ Följande operationskoder/diagnoskoder (moderns diagnoser / moderns åtgärder)
 - Alla diagnoskoder som börjar med O81 (instrumentell vaginalförlossning enkelbörd)
 - O84.1 (= flerbördsförlossning med tång eller sugklocka)- antal i börd kontrolleras inte
 - O84.8, enbart om det är i kombination med åtg-kod MAE eller MAF (=flerbördsförlossning med kombinerade metoder) – antal i börd kontrolleras inte men kräver samtidig åtgärds kod som indikerar sugklocka / tång krävs)
 - Åtg-kod som börjar med MAE (förlossning med sugklocka)
 - Åtg-kod som börjar med MAF (förlossning med tång)

1. Vaginalt, ej instrumentellt

- ▶ *Förlossningsslut FV1* = "Vaginalt, ej instrumentellt"
 - 1. Om förlossningsavslut bästa skattning saknas efter steg 1-4, och om förlossningen startar bästa skattning = "Kejsarsnitt före värkdebut" -> **Planerat kejsarsnitt**
 - 2. Om förlossningsslut bästa skattning saknas efter steg 1-6 **Vaginalt -> ej instrumentellt**

Tidigare kejsarsnitt bästa skattning

om något av följande:

1. *Tidigare kejsarsnitt* = "Ja"
2. Använda historik av kejsarsnitt i Graviditetsregistret

Bjudning bästa skattning

Om *Presentation* saknas eller har värdet "annan bjudning" bör den senast satta diagnosen av säte/tvär/huvudbjudning användas.

1. Sätetsbjudning, om något av följande:
 - ▶ *Presentation* = "Sätets- eller fotbjudning"
 - ▶ Diagnoskod för sätetsbjudning (O641, O801, O831, O321)
 1. Tvärbjudning
 - ▶ Diagnoskod för tvärbjudning (O644, O322)
 1. Huvudbjudning, om något av följande
 - ▶ *Presentation* = ("Framstupa kronbjudning", "Vidöppen nack / hjäss")

- ▶ Diagnoskod för huvudbudning (O800, O809, O642, O643, O800W, O814A, O814B)
- ▶ Om förlossningssätt = "VE"
 1. Om budning bästa skattning saknas efter steg 1-3 -> "Huvudbudning"

Bristning grad 3-4 bästa skattning

1. Variabeln Bristning grad III-IV (med diagnoskod) = "Ja"