



Graviditetsregistrets Årsrapport 2025

Innehåll

Sammanfattning	7
Detta är Graviditetsregistret	7
Sammanfattning av resultaten för året 2025	8
Nyheter inom Graviditetsregistret 2025	10
Summary	11
Graviditetsenkäten	14
Utvalda resultat för 2025	14
Svarsfrekvens	24
Tillgänglighet på flera språk	25
Fritextsvar	25
Sammanfattning	25
Mödrahälsovård	27
Mödrahälsovården organisation och struktur	27
Graviditetsbesök och kontinuitet	31
Riskfaktorer vid inskrivning	39
Nikotin och tobak	40
Alkohol	43
Tillfrågats om våldsutsatthet	45
Insatser vid förlossningsrädsla	46
Psykisk ohälsa under graviditet	48
Föräldraskapsstöd	53
Body Mass Index (BMI) vid inskrivning inom mödrahälsovården	56
Graviditetsdiabetes (GDM)	58
Självskattad hälsa	62
Vaccinationer under graviditet	65
Komplikationer	66
Tidig uppföljning och eftervårdsbesök	67
Amning fyra veckor efter förlossningen	73
Preventivmedel vid eftervårdsbesöket	76
Fosterdiagnostik	79
Fosterdiagnostik registrerad inom Mödrahälsovården	81
Fosterdiagnostik och obstetrisk ultraljudsverksamhet	83
Resultat	85
Dateringsultraljud	94
Tillväxtultraljud	97
Graviditetsenkäten	99
Framtida utveckling	102
Förlossning	104
Antal förlossningar	105
Andel förlossningar utan större interventioner eller komplikationer i olika Robson-grupper	105
Förlossningsutfall för standardförstföderskan	112
Förlossningsstart	114
Förlossningssätt	117

Epiduralbedövning	124
Oxytocinbehandling under förlossning	126
Föda i vatten	128
Klipp (episiotomi)	129
Perinealbristning grad 3–4 (sfinkterskador)	130
Förlossningsställning	134
Stor blödning (mer eller lika med 1 000ml)	135
Apgar	138
Navelsträngsprover	141
Förlossningsupplevelse och delaktighet	144
Efter födseln	146
Graviditetsregistret blickar framåt	152
Bästa skattning variabler Graviditetsregistret, version 2023-08-31	154
Förlossningen startar bästa skattning, hierarkisk ordning	154
Förlossningsavslut bästa skattning, hierarkisk ordning	154
Tidigare kejsarsnitt bästa skattning	155
Bjudning bästa skattning	155
Bristning grad 3-4 bästa skattning	156

Medarbetare 2025

Arbetsgrupp Mödrahälsovård

Yvonne Skogsdal ordförande, Charlotta Hed vice ordförande

Anette Bornhov

Anna Akselsson

Annika Jönsson

Eva Nordberg

Jenny Norlander

Marie Vikström Bolin

Ulrika Bjällmark

Arbetsgrupp Fosterdiagnostik

Mårten Ageheim ordförande, Christina Lindberg vice ordförande

Charlotte Becker

Karin Hildén

Maria Kloow

Merit Kullinger

Michaela Granfors

Nadine Raab

Peter Conner

Peter Lindgren

Therese Röhlander

Arbetsgrupp Förlossning

Charlotte Elvander ordförande, Erika Gyllencreutz vice ordförande

Anna Rilfors

Hanna Fahlbeck

Hanna Östling

Ingela Hultén Varli

Linda Hjertberg

Linda Rilby

Mikael Algovik

Minna Söreling

Mårten Alkmark

Sara Jansson

Övriga

Sebastjan Wassermeyer, statistiker

John Moshtaghi-Svensson, statistiker

Johanna Signér, administratör

Michaela Granfors, senior rådgivare

Styrgrupp

Maria Bjelke, Registerhållare

Teresia Svanvik, Styrgruppens ordförande

Sofia Nevander, Biträdande Registerhållare

Yvonne Skogsdal & Charlotta Hed, Mödrahälsovård

Mårten Ageheim & Christina Lindberg, Fosterdiagnostik

Charlotte Elvander & Erica Gyllencreutz, Förlossning

Mårten Alkmark, Nationellt programområde (NPO) kvinnosjukdomar och förlossning

Evangelia Elenis, adjungerad, Registerhållare Q-IVF

Gunilla Jacobsson Ekman, QRC Stockholm Kvalitetsregistercentrum

Lisa-Marie Larisch, adjungerad, Patientrepresentant Birth Rights Sweden

Linnéa Lindroos, Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi

Lars Navér, adjungerad, Registerhållare SNQ

Marie-Charlotte Nilsson, Vårdförbundet

Eva Nordlund, Svenska Barnmorskeförbundet

Sofia Pihl, adjungerad, Registerhållare Bristningsregistret

Begreppsanvändning

I rapporten används begreppet *kvinnor* som samlingsbegrepp för personer som är gravida, föder barn eller har fött barn. Detta inkluderar även personer med annan könsidentitet som varit gravida och fött barn.

Offentlig citering för Årsrapporten

Skogsdal Y och Ageheim M och Elvander C, Hed C, Lindberg C, Gyllencreutz E, Granfors M, Svanvik T, Nevander S & Bjelke M på uppdrag av Graviditetsregistret. *Graviditetsregistrets årsrapport 2025*. Version 1.1. 2026.

graviditetsregistret.se

Version	Datum	Beskrivning
1.0	2026-10-01	Första versionen
1.1	2026-10-21	Något högre andel rökning, främst för åren innan 2018.



Sammanfattning

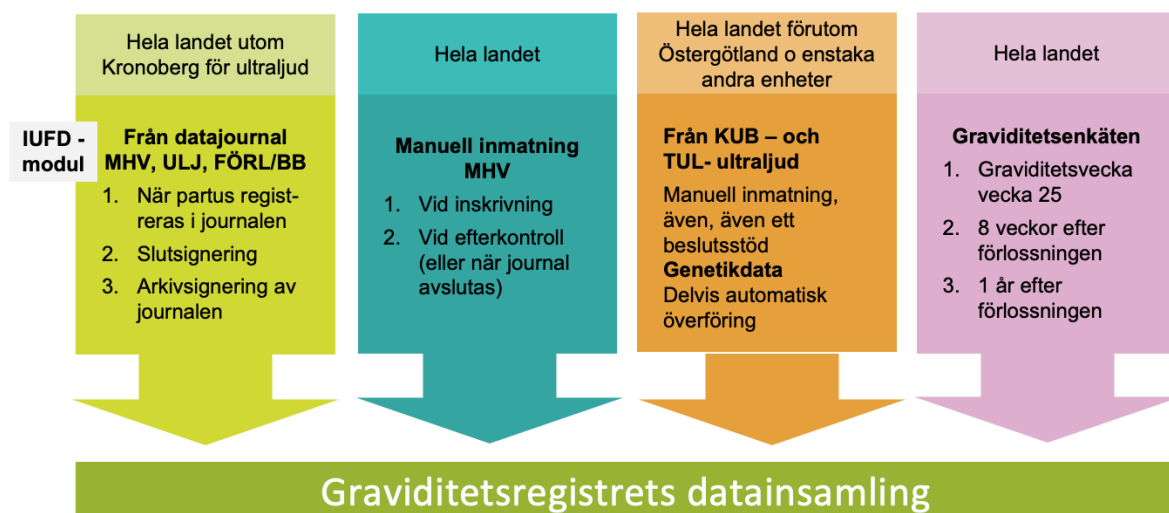
Denna rapport från Graviditetsregistret beskriver bakgrund, data och utfall för gravida och nyblivna mammor som fött barn under 2025. Under 2025 registrerades enligt Statistiska Centralbyrån 96 409 förlossningar i Sverige. Av dessa registrerades totalt 94 262 i Graviditetsregistret, vilket gav en täckningsgrad gällande registrerade förlossningar på 97,8 %.

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 samt via direkt registrering vid KUB-undersökningar (kombinerat ultraljud och biokemi för att beräkna risk för kromosomavvikelse). Sedan december 2020 kommer även svaren från Graviditetsenkäten in i Graviditetsregistret.



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-två månader 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 i Sverige registreras i 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 2025

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 108 650 svaren från gravida och nyblivna mammor som födde barn under 2025 och svarade på Graviditetsenkät 1 och/eller 2, respektive födde barn under 2024 och svarade på Graviditetsenkät 3 under 2025. Den sammantagna svarsfrekvensen för alla tre enkäter var 46%.

- ▶ Sedan Graviditetsenkätens införande har en successiv ökning skett av andelen gravida som upplever att **vården tillgodosett deras behov**. I Graviditetsenkät 1, som besvaras omkring graviditetsvecka 25, ökade andelen från 79% bland kvinnor som födde barn 2021 till 84% bland kvinnor som födde barn 2025.
- ▶ I årets rapport angav 65% 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 ytterligare förbättring från föregående år men regionala skillnader ses fortsatt (59–74%). Resultaten indikerar att det fortfarande finns utrymme för fortsatt utveckling av amningsstödet för att fler kvinnor ska få det stöd de önskar.
- ▶ En av fyra kvinnor uppger att de inte vet vart de ska vända sig om de **inte mår bra fysiskt efter graviditet och förlossning**. Frågan ställs i Graviditetsenkät 3, som besvaras ett år efter förlossningen. Resultaten visar dessutom regionala skillnader. Andelen kvinnor som uppger att de vet vart de kan vända sig varierar mellan 67–83% beroende på region.

Mödrahälsovården

- ▶ Eftervården efter förlossning har under de senaste åren varit ett prioriterat utvecklingsområde, mot bakgrund av att nationella och regionala uppföljningar identifierat brister i vårdkedjan, vilket har resulterat i omfattande förbättringsarbeten med fokus på tillgänglighet, kontinuitet och uppföljning. Samtliga regioner har nu infört riktlinjer för **tidig uppföljning** inom tre veckor efter förlossningen. Bland kvinnor som födde barn 2025 fick 83% en tidig uppföljningskontakt, och 89% kom på ett eftervårdsbesök.
- ▶ Arbetet med att identifiera psykisk ohälsa under graviditeten fortsätter att utvecklas. Hälften av landets regioner har nu infört generell **screening för depression** under graviditeten, vilket innebär att gravida erbjuds bedömning med ett strukturerat tillvägagångssätt för att upptäcka depressiva symtom. När det gäller **förlossningsrädsla** använder samtliga regioner utom en Fear of Birth Scale (FOBS) som screeninginstrument. Det innebär att nästan hela landet idag arbetar standardiserat för att identifiera gravida med behov av stöd och insatser relaterade till förlossningsrädsla.

- Den 1 september 2025 infördes **registrering av nikotinprodukter** i Graviditetsregistret. Till skillnad från tidigare registreras nu flera typer av nikotinprodukter, inklusive tobaks- och nikotinsnus, e-cigarettor och vattenpipa. Eftersom registreringen infördes sent under året är underlaget för 2025 ofullständigt. De tillgängliga uppgifterna visar att 16% av gravida använde någon tobaks- eller nikotinprodukt tre månader före graviditeten, med variation mellan regionerna på 14 till 23%.

Fosterdiagnostik

- Andelen gravida som **dateras med tidigt ultraljud** fortsätter att öka och uppgick under 2025 till 84%. Samtidigt har skillnaderna mellan olika delar av landet minskat (68–97%). Tidig ultraljudsdatering ger en säkrare bedömning av graviditetens längd och skapar därmed bättre förutsättningar att följa fostrets tillväxt.
- Det saknas ännu en teknisk lösning för **kvalitetsuppföljning av fosterdiagnostik** i Sverige. I första trimestern är rapporteringsgraden av missbildningar låg och för resterande efterföljande undersökningar saknas uppgifter helt. Inför avvecklingen av KUB-modulen vid utgången av 2028 pågår ett arbete inom Graviditetsregistret för att utveckla en mer heltäckande nationell lösning för kvalitetsuppföljning av fosterdiagnostik.
- Årets rapport innehåller en mer utförlig redovisning av **träffsäkerheten av ultraljudsbaserade viktskattningar**. Förutom analyser utifrån graviditetslängd och vikt redovisas precisionen även grupperad efter skattad viktavvikelse. Också andelen viktskattningar inom 10% av faktisk födelsevikt redovisas. Den metod som används i Sverige har under flera år visat sig underskatta fostervikten något. Denna underskattning var mer uttalad tidigt i graviditeten och hos foster som bedömdes vara små för tiden.

Förlossning

- I förra årets rapport uppmärksammades att **andelen kejsarsnitt** hade ökat och för första gången nått 20 procent under 2024. I årets rapport kan vi konstatera att denna ökning nu har avstannat. Kejsarsnittsfrekvensen ligger kvar på omkring 20 procent, vilket innebär att den uppåtgående trend som setts under de senaste åren inte har fortsatt.
- **Oxytocinbehandling** under förlossning har minskat i samtliga grupper av födande. En möjlig förklaring till denna nedgång är en ökad medvetenhet om när oxytocin är indicerat, samt förändrade rekommendationer i samband med den nationella studien PICRINO, som uppmuntrar till att avvakta längre innan värkstimulering initieras.
- **Förstföderskor som föder utan större interventioner eller komplikationer*** har minskat i Sverige under de senaste åren. Det finns dessutom stora variationer mellan landets förlossningskliniker. Bland förstföderskor varierar andelen förlossningar utan större interventioner eller komplikationer mellan 57 och 71 procent mellan klinikerna. Skillnaderna mellan klinikerna är mindre bland kvinnor som tidigare har fött vaginalt, men större bland kvinnor som tidigare har fött med kejsarsnitt.

*Vaginal (icke-instrumentell) födsel utan sugklocka, tång, kejsarsnitt frånvaro av allvarlig bristning i bäckenbotten (grad 3–4), lågt Apgar-värde (<7 efter 5 minuter) eller större blödning hos kvinnan (≥1000 ml) eller behov av blodtransfusion.

Nyheter inom Graviditetsregistret 2025

Sedan våren 2025 är samtliga regioner anslutna till den automatiska överföringen från journalsystemen till Graviditetsregistret. Den automatiska dataöverföringen från Region Norrbotten har dock varit pausad sedan november 2024 i samband med byte av journalsystem i regionen. Som en följd av detta är täckningsgraden för registrerade förlossningar under 2025 något lägre än föregående år. När dataöverföringen återupptas kommer även historiska data från den period då överföringen varit pausad att kunna hämtas in. Samarbetet med regionföreträdare och journalsystemsleverantörer avseende införande av nya journalsystem i flera andra regioner har fortlöpt under 2025, för att säkerställa fortsatt dataöverföring till Graviditetsregistret efter genomförda journalsystemsbyten.

Under 2025 har Graviditetsregistret fortsatt det kontinuerliga utvecklingsarbetet med dashboards. Liksom tidigare finns dashboards som uppdateras automatiskt en gång per dygn och som ger tillgång till dagsaktuella resultat. Det finns övergripande dashboards som är tillgängliga för allmänheten utan inloggning, samt mer detaljerade dashboards med utökade analysmöjligheter som är tillgängliga för barnmorskor och obstetriker i Sverige via inloggning i Graviditetsregistret. Arbetet med en ny dashboard för Graviditetsenkäten har också pågått under året. Denna planeras att lanseras under hösten 2026.

Hösten 2025 påbörjades insamlingen av manuellt registrerade uppgifter om användning av nikotinprodukter i Graviditetsregistret. Insamlingen möjliggör en mer detaljerad kartläggning av användningen av olika tobaks- och nikotinprodukter, med syfte att förbättra kunskapen om nikotinanvändning före och under graviditet. I mödrahälsovårdskapitlet i årets rapport presenteras data från gravida kvinnor som skrevs in mellan september 2025 och februari 2026.

Graviditetsregistret är fortsatt en viktig resurs för forskning och kunskapsutveckling, och efterfrågan på registrets data är hög. Under 2025 publicerades 27 vetenskapliga artiklar baserade på data från Graviditetsregistret. Därutöver användes registret i konferensbidrag, ST-arbeten och magisteruppsatser inom barnmorskeutbildningar. Registrets data efterfrågas även av myndigheter och medier för nationell uppföljning, rapportering och journalistiskt arbete. Data från Graviditetsenkäten är också tillgängliga för forskning och kan kombineras med medicinska uppgifter från Graviditetsregistret. Detta skapar unika möjligheter att studera samband mellan kvinnors erfarenheter och upplevelser av vården och medicinska utfall under graviditet, förlossning och eftervård. Det är glädjande att Graviditetsregistret bidrar till ökad kunskap och utveckling inom vården före, under och efter graviditet.

Summary

This annual report from the Swedish Pregnancy Register presents background information, data, and outcomes for pregnant women and new mothers who gave birth during 2025. According to Statistics Sweden (SCB), a total of 96 409 births were recorded in Sweden in 2025. Of these, 94 262 were registered in the Swedish Pregnancy Register, corresponding to a coverage rate of 97.8%.

The Swedish Pregnancy Register

The Swedish Pregnancy Register (www.graviditetsregistret.se) is a national quality register. The register was established in 2013 by merging the Maternal Health Care Register (established in 1999) and the National Quality Register for Prenatal Diagnosis (established in 2006), and by introducing the collection of data on childbirth. It collects data on pregnancy and childbirth, from the first visit to maternal health care through to the postnatal follow-up visit, which usually takes place 4–16 weeks postpartum. The register includes demographic, reproductive, and maternal health data, as well as information on prenatal diagnosis and pregnancy outcomes for both the mother and the newborn.

The purpose of the register is to provide data and outcomes that support the development of maternity care in Sweden. Accessible and easy-to-understand data contribute to improved maternal and child health and promote equitable, high-quality care throughout the care pathway. By providing rapid feedback, the register supports local quality improvement efforts. The register is also an important resource for research, both within and beyond the fields of pregnancy and childbirth.

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 Pregnancy Survey, “Graviditetsenkäten”.

Summary of the 2025 Annual Report

Below, selected results are presented, reflecting various aspects of the care pathway during pregnancy, prenatal diagnosis, childbirth, and the postpartum period. Selected results from the Pregnancy Survey are also included.

The Pregnancy Survey

This year’s report includes 108,650 responses from pregnant women and new mothers who gave birth in 2025 and responded to Questionnaire 1 and/or 2, as well as women who gave birth in 2024 and responded to Questionnaire 3 during 2025. The overall response rate across all three surveys was 46%.

- ▶ Since the introduction of the Pregnancy Survey, the proportion of pregnant women reporting that their **care met their needs** has increased steadily. In Questionnaire 1, administered at approximately 25 weeks of gestation, this proportion rose from 79% among women giving birth in 2021 to 84% among women giving birth in 2025.
- ▶ In this year's report, 65% of women who responded to Questionnaire 2 (8 weeks postpartum) reported **receiving the breastfeeding support they wanted** if they experienced breastfeeding difficulties. This represents a further improvement compared with the previous year, although regional differences persist (59-74%). The results also indicate that there is still room for improvement in breastfeeding support, so that more women receive the support they want.
- ▶ One in four women report that they **do not know where to seek care if they experience physical health problems after pregnancy and childbirth**. This question is included in Questionnaire 3, administered one year postpartum. The results also show regional variation, with the proportion of women reporting that they know where to seek care ranging from 67% to 83% across regions.

Maternal Health Care

- ▶ Postnatal care has been a priority area for development in recent years, following national and regional evaluations that identified gaps in the continuum of care and led to extensive improvement initiatives focusing on accessibility, continuity, and follow-up. All regions have now implemented guidelines for **early follow-up contact** within three weeks of childbirth. Among women who gave birth in 2025, 83% received an early follow-up contact, and 89% attended a postnatal care visit.
- ▶ Efforts to identify mental health problems during pregnancy continue to evolve. Half of Sweden's regions have now implemented **routine screening for depression** during pregnancy, meaning that pregnant women are offered assessment through a structured approach to identify depressive symptoms. Regarding **fear of childbirth**, all but one region uses the Fear of Birth Scale (FOBS) as a screening instrument. As a result, almost the entire country now applies a standardized approach to identify pregnant women in need of support and interventions related to fear of childbirth.
- ▶ On 1 September 2025, the **registration of nicotine products** was introduced in the Swedish Pregnancy Register. Unlike previously, multiple types of nicotine products are now recorded, including tobacco and nicotine pouches, e-cigarettes, and waterpipe tobacco. As the registration was introduced late in the year, the data for 2025 are incomplete. Available data show that 16% of pregnant women used a tobacco or nicotine product during the three months preceding pregnancy, with regional variation ranging from 14% to 23%.

Prenatal diagnosis and obstetric ultrasound

- ▶ The proportion of **pregnancies dated by early ultrasound** continued to increase and reached 84% in 2025. At the same time, regional differences across the country decreased (68% to 97%). Early ultrasound dating provides a more accurate assessment of gestational age and thereby creates better conditions for monitoring fetal growth.
- ▶ A technical solution for the **quality assessment of fetal diagnostics** is still lacking in Sweden. During the first trimester, the reporting rate of fetal anomalies is low, while no data are available from subsequent examinations. In preparation for the discontinuation of the Combined First-Trimester Screening module at the end of 2028, the Swedish Pregnancy Register is working to develop a more comprehensive national solution for the quality monitoring of fetal diagnostics.

- This year's report includes a more detailed evaluation of the **accuracy of ultrasound-based fetal weight estimation**. In addition to analyses by gestational age and weight, accuracy is also presented according to the estimated weight deviation. The proportion of weight estimates within 10% of the actual birth weight is also presented. The method used in Sweden has been shown over several years to slightly underestimate fetal weight. This underestimation was more pronounced early in pregnancy and in fetuses assessed as small for gestational age.

Labour and birth

- Last year's report highlighted that the **caesarean section rate** had increased and, for the first time, reached 20% in 2024. This year's report shows that the increase has now plateaued. The caesarean section rate remains at around 20%, indicating that the upward trend observed in recent years has not continued.
- The use of **oxytocin augmentation** during labour has decreased across all groups of women giving birth. One possible explanation is increased awareness of when oxytocin augmentation is indicated, along with changes in recommendations following the national PICRINO study, which encourage waiting longer before initiating oxytocin augmentation.
- The proportion of first-time mothers experiencing **childbirth without major interventions or complications*** has decreased in Sweden over recent years. Considerable variation is also observed between maternity units nationwide. Among first-time mothers, the proportion of births without major interventions or complications varies between 57% and 71% across units. Differences between units are smaller among women who have previously given birth vaginally, but larger among women with a previous caesarean birth.

*Vaginal birth without vacuum extraction, forceps delivery, or caesarean section, and with no severe perineal tear (grade 3-4), low Apgar score (<7 at 5 minutes), major maternal hemorrhage (≥1000 mL), or need for blood transfusion.

Graviditetsenkäten

Sedan den 1 december 2020 erbjuds gravida 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, Svensk förening för Obstetrik och Gynekologi (SFOG) 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 cirka 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 gruppnivå 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, födelseland eller förlossningssätt visas. Enhetsadministratörer med utökad behörighet har även möjlighet att ta del av fritextsvar för den egna verksamheten.

Graviditetsenkäten ger en ny dimension till de medicinska data som finns i Graviditetsregistret och utgör ett viktigt underlag för såväl kvalitetsutveckling som forskning. Enkätsvaren kan analyseras separat eller kombineras med medicinska registerdata för att ge en mer heltäckande bild av vårdens resultat och kvinnors erfarenheter. Datauttag för forskning kan beställas via Graviditetsregistret enligt gällande rutiner och regelverk.

Under hösten 2025 reviderades Graviditetsenkäten genom ett arbete lett av SKR. Den reviderade versionen (version 2) började skickas ut den 1 januari 2026. Enkät svar från version 2 kommer att presenteras i Årsrapport 2026.

På SKR:s hemsida finns mer information om Graviditetsenkäten

Utvalda resultat för 2025

I årets rapport redovisas följande:

- För **Graviditetsenkät 1** redovisas resultat och svarsfrekvens för kvinnor som födde barn under 2025 och besvarade version 1 av Graviditetsenkäten.
- För **Graviditetsenkät 2** redovisas resultat för kvinnor som födde barn under 2025 och besvarade version 1 av Graviditetsenkäten. Svarsfrekvensen beräknas för dem som fått Graviditetsenkät 2 i version 1 utskickad senast den 19 november 2025.
- För **Graviditetsenkät 3** redovisas resultat för kvinnor som födde barn under 2024 och besvarade version 1 av Graviditetsenkäten. Svarsfrekvensen beräknas för dem som fått Graviditetsenkät 3 i version 1 utskickad senast den 19 november 2025.

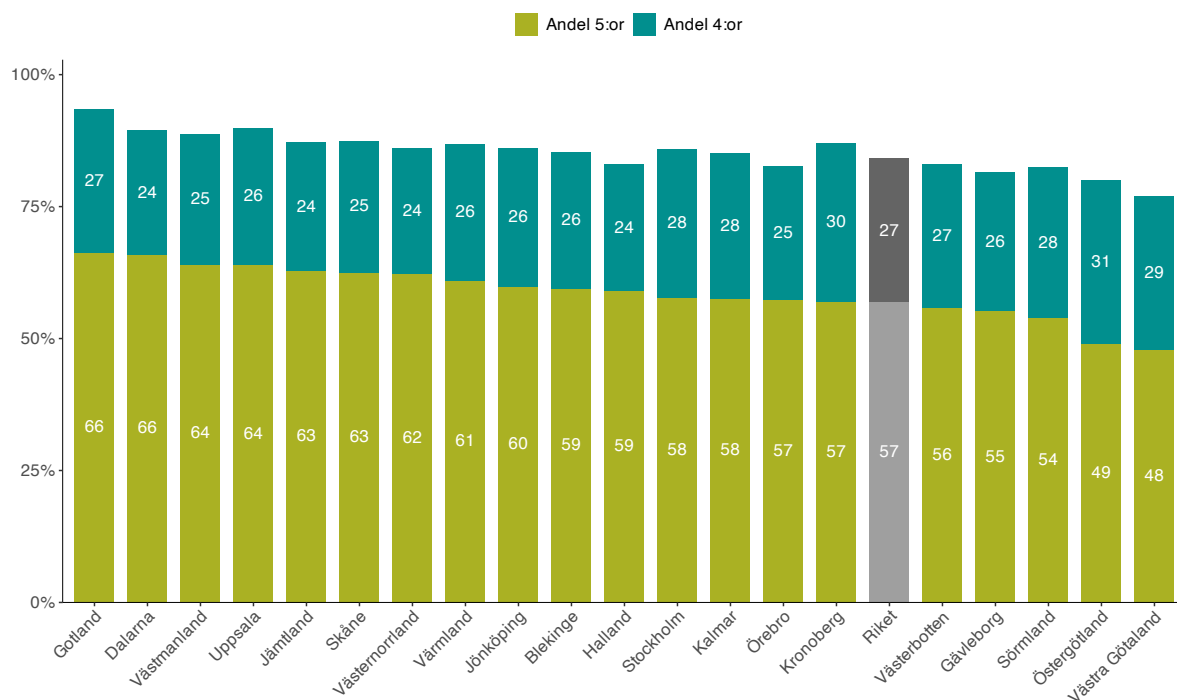
Enkät 1 (ca graviditetsvecka 25)

Enkät 1 skickas ut i ungefär graviditetsvecka 25. När enkäten besvaras har de flesta gravida endast haft ett fåtal kontakter med vården. I det generella basprogrammet för mödrahälsovård 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

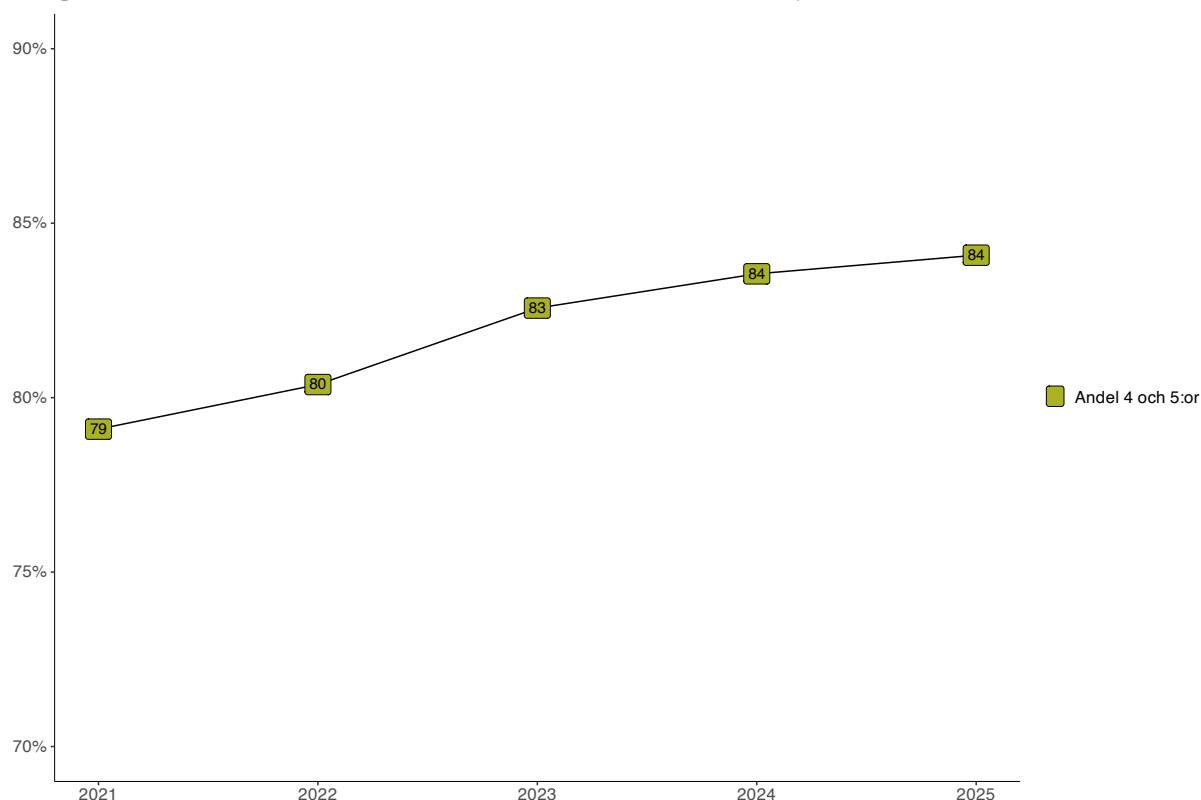
fosterdiagnostiska undersökningar varierar mellan regionerna. Resultat från frågor i Graviditetsenkät 1 som rör information inför och efter fosterdiagnostik redovisas i kapitlet Fosterdiagnostik.

Resultaten från Enkät 1 visar generellt en hög nöjdhet med vården bland de gravida som besvarat enkäten. Samtidigt kvarstår tidigare beskrivna regionala skillnader. Andelen som uppger att vården har tillgodosett deras behov varierar mellan 77% och 93% mellan regionerna. Sedan enkäten introducerades för fem år sedan har dock andelen gravida som upplever att vården tillgodoser deras behov ökat.

Diagram 1: Anser du att vården tillgodosett dina behov hittills? (Enkät 1, fråga 17: 37 713 besvarade enkäter)



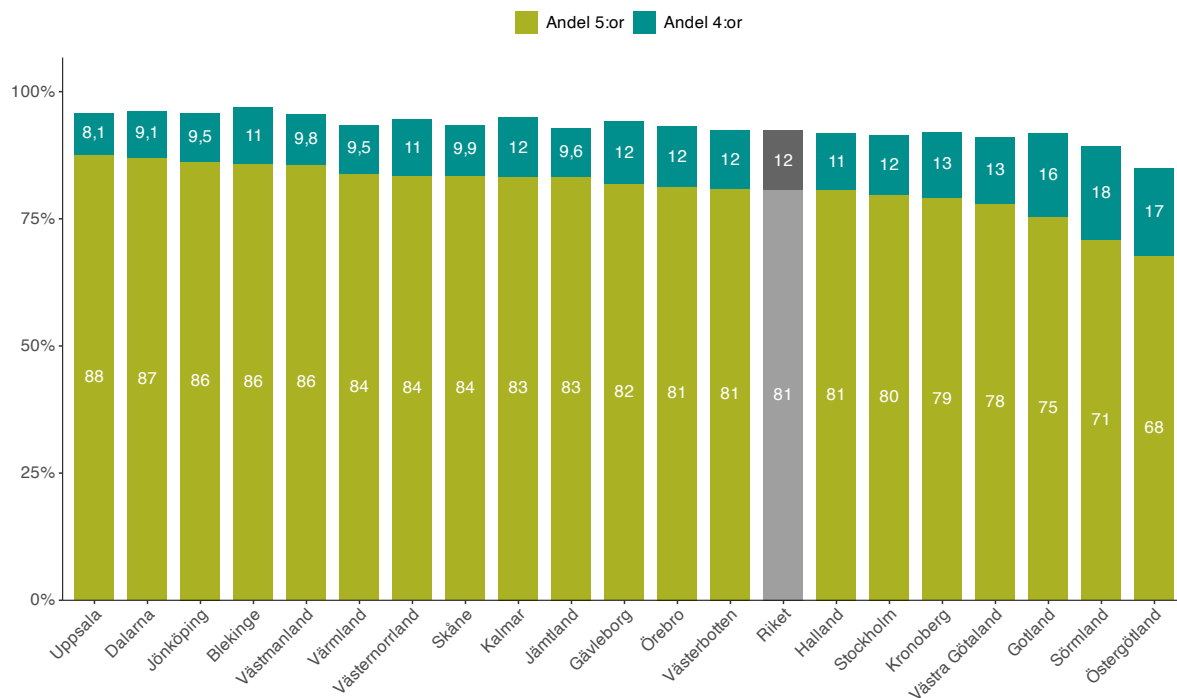
Svarsalternativen är 1-5, där siffran 1 motsvarar 'nej, inte alls', och 5 'ja, helt och hållet'. Källa: Graviditetsenkäten 2025

Diagram 2: Anser du att vården tillgodosett dina behov hittills? (Enkät 1, fråga 17: riket, 2021–2025)

Enkät 2 (8 veckor efter förlossningen)

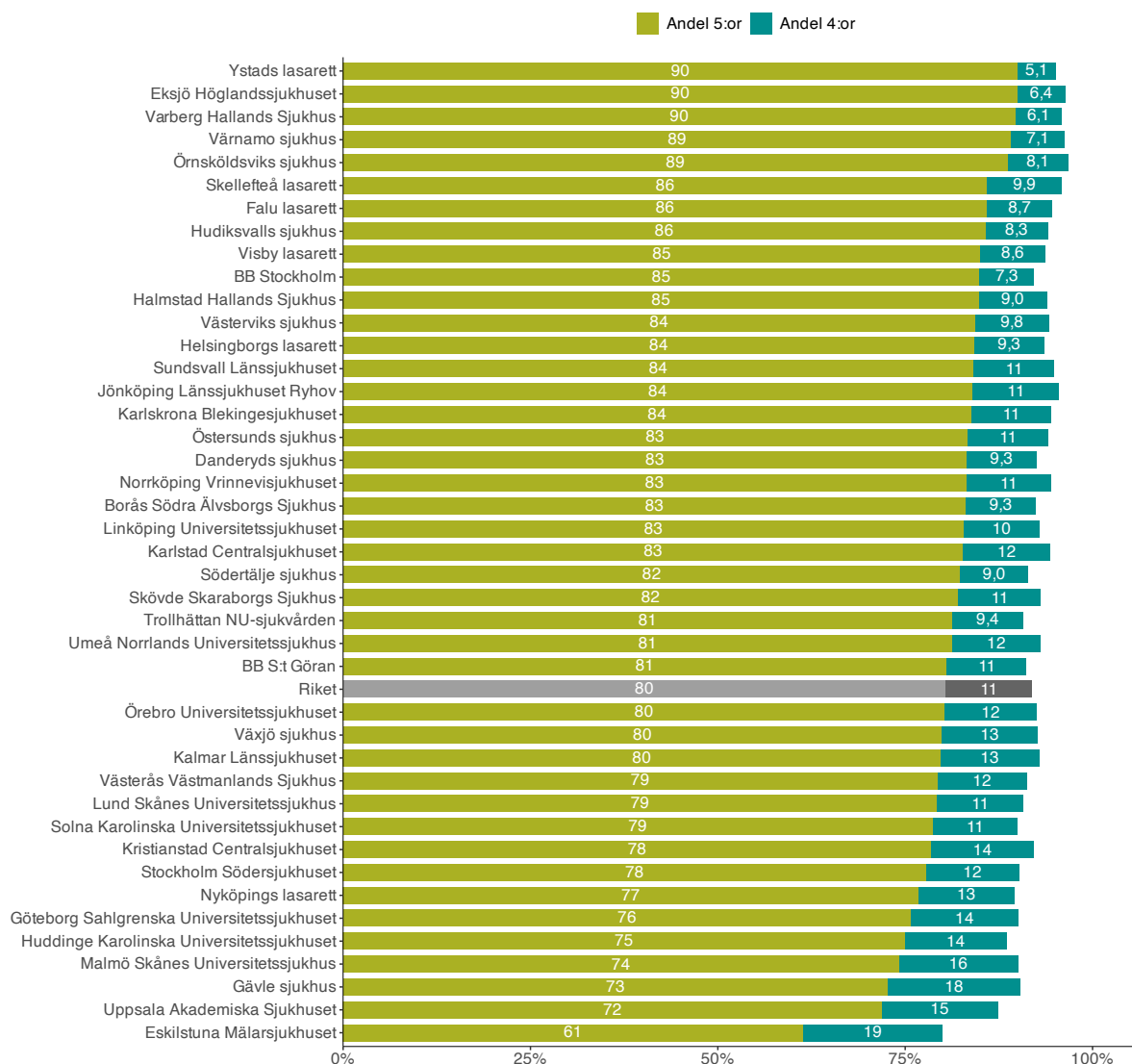
I Enkät 2 tillfrågas kvinnor om de skulle rekommendera den mödrahälsovård de besökt till någon annan gravid samt om de skulle rekommendera någon annan att föda på samma förlossningsavdelning. Resultaten varierar mellan regioner och förlossningsavdelningar. Totalt i riket skulle 91% rekommendera den förlossningsavdelning där de födde. Mellan olika avdelningar varierade andelen från 80 till 95%.

Diagram 3: Skulle du rekommendera den mödrahälsovård du besökt till någon annan som är gravid?
(Enkät 2, fråga 10: 35 952 svar)



Svarsalternativen är 1-5, där siffran 1 motsvarar 'nej, inte alls', och 5 'ja, helt och hållet'. Källa: Graviditetsenkäten 2025

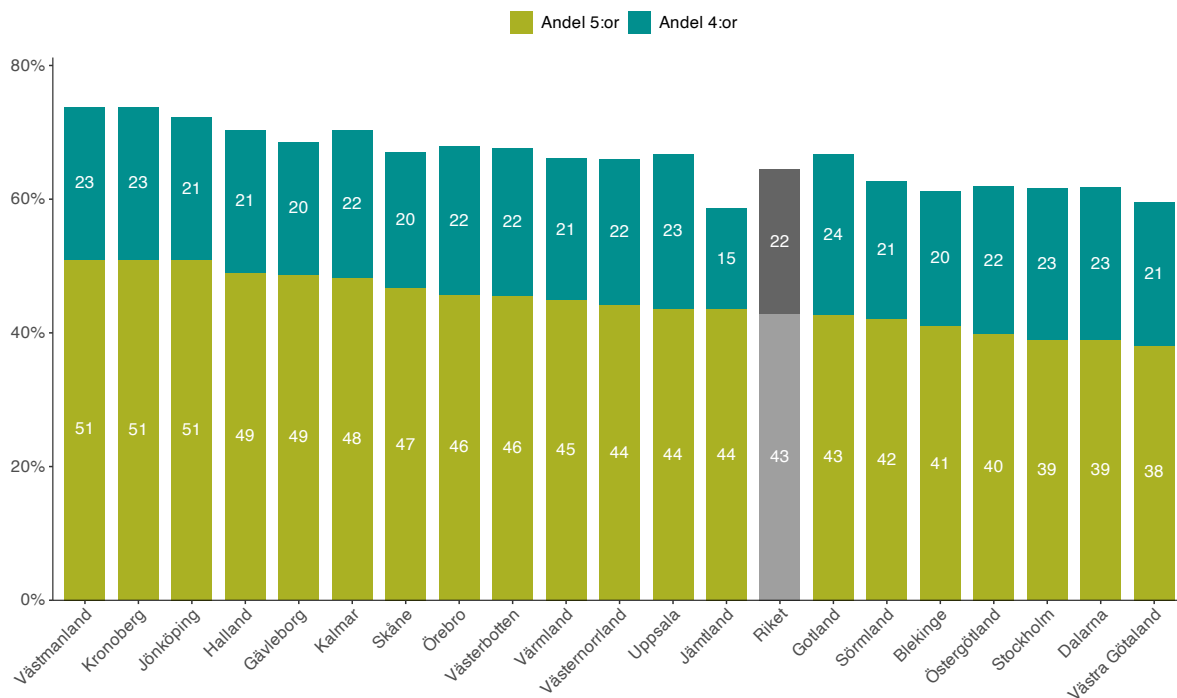
Diagram 4: Skulle du rekommendera någon annan att föda på samma förlossningsavdelning som du? (Enkät 2, fråga 27: 35 135 svar)



Svarsalternativen är 1-5, där siffran 1 motsvarar 'nej, inte alls', och 5 'ja, helt och hållet'. Källa: Graviditetsenkäten 2025

I årets rapport angav 65% av kvinnorna som svarat på Enkät 2 att de fått det stöd av vården som de önskat om de haft problem med amning. Detta innebär ytterligare en förbättring jämfört med föregående år, men regionala skillnader kvarstår (59–74%). Resultaten indikerar samtidigt att det fortfarande finns utrymme för att utveckla amningsstödet, så att fler kvinnor får det stöd de efterfrågar och önskar.

Diagram 5: Om du har eller har haft problem med amning – har du fått stöd från vården i den utsträckning du önskat? (Enkät 2, fråga 42: 34 601 svar)



Svarsalternativen är 1-5, där siffran 1 motsvarar 'nej, inte alls', och 5 'ja, helt och hållet'. Källa: Graviditetsenkäten 2025

Diagram 6: Om du har eller har haft problem med amning – har du fått stöd från vården i den utsträckning du önskat? (Enkät 2, fråga 42: riket, 2021–2025)

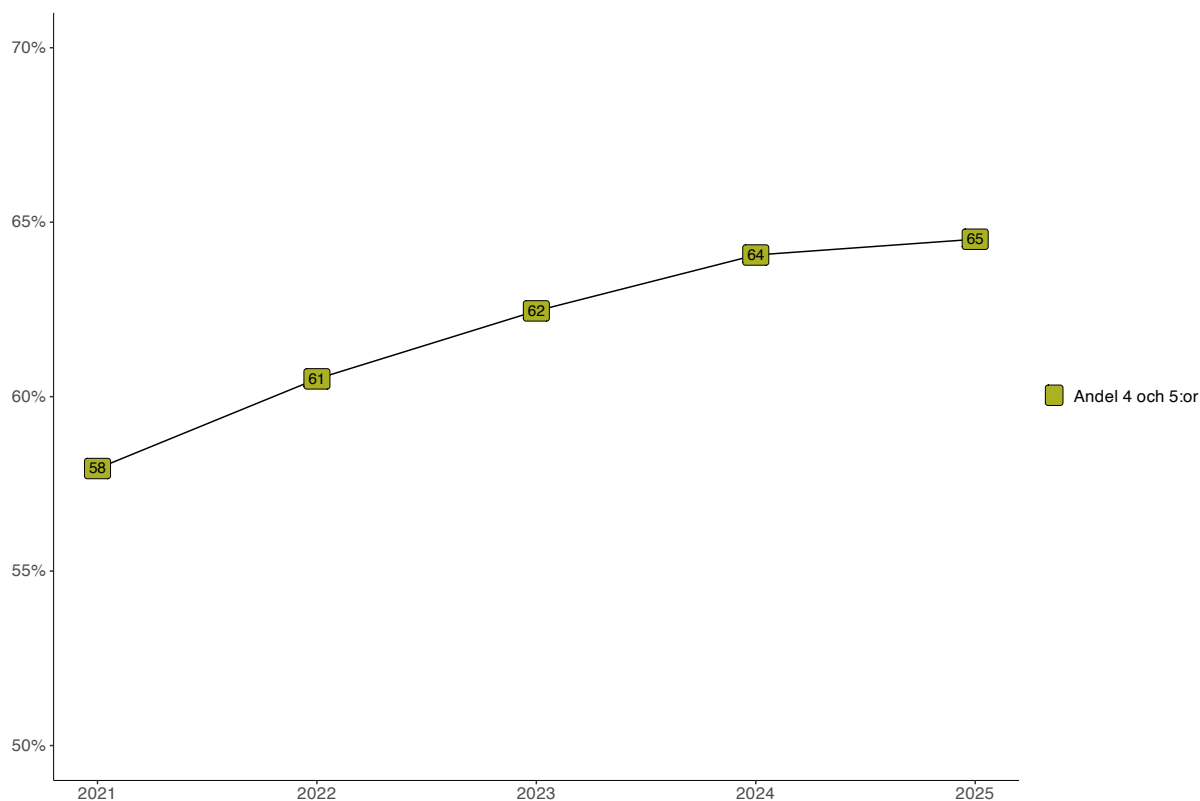
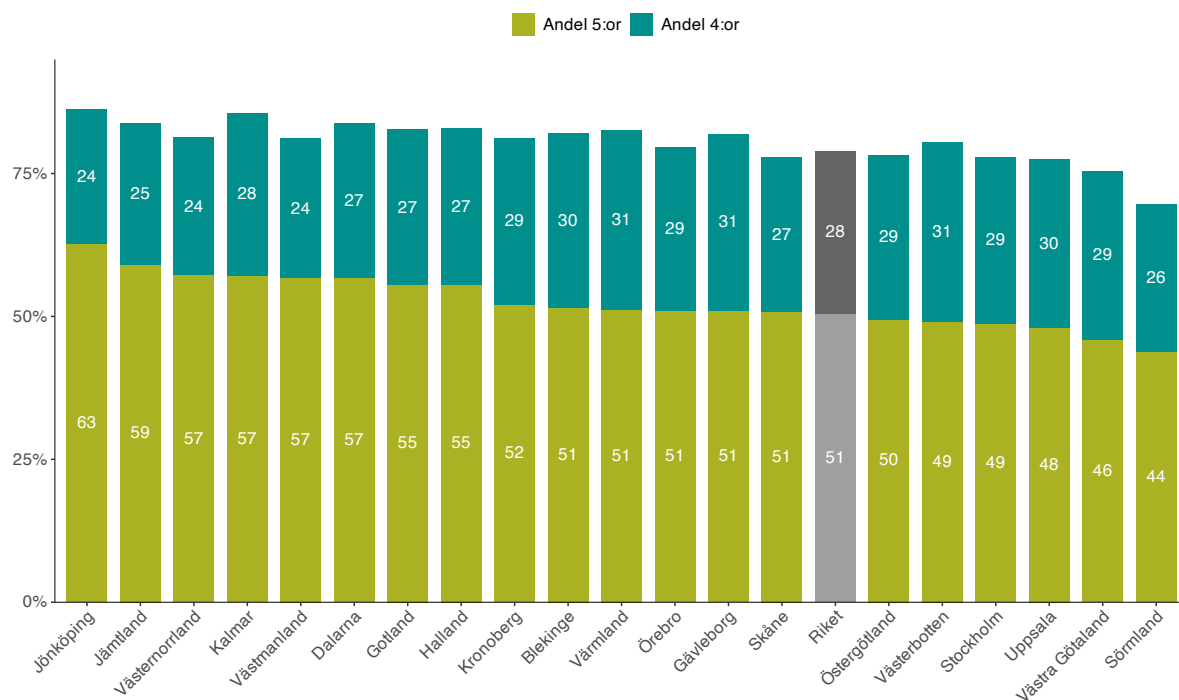


Diagram 7: Anser du att vården tillgodosett dina behov under förlossning och tiden efter förlossning? (Enkät 2, fråga 43: 34 569 svar)



Svarsalternativen är 1-5, där siffran 1 motsvarar 'nej, inte alls', och 5 'ja, helt och hållet'. Källa: Graviditetsenkäten 2025

Enkät 3 (1 år efter förlossningen)

Enkät 3 skickas ut ett år efter förlossningen. I enkäten tillfrågas kvinnor om de har vetat vart de kunnat vända sig om de inte mått fysiskt eller psykiskt bra efter graviditet och förlossning. Totalt uppgav 73 respektive 82% att de visste vart de kunde vända sig vid fysiska respektive psykiska besvär. En positiv utveckling har skett sedan enkäten introducerades och utvecklingen kan möjligen spegla de nationella och regionala satsningar som under senare år genomförts för att stärka vården och stödet efter förlossningen, där resultaten från Graviditetsenkäten kan ha bidragit till att synliggöra behovet av sådana förbättringsinsatser.

Diagram 8: Om du inte har mått bra fysiskt bra efter graviditet och förlossning, har du då vetat vart du kunde vända dig? (Enkät 3, fråga 8: riket, 2021–2025) I diagrammet visas andel som svarat ja

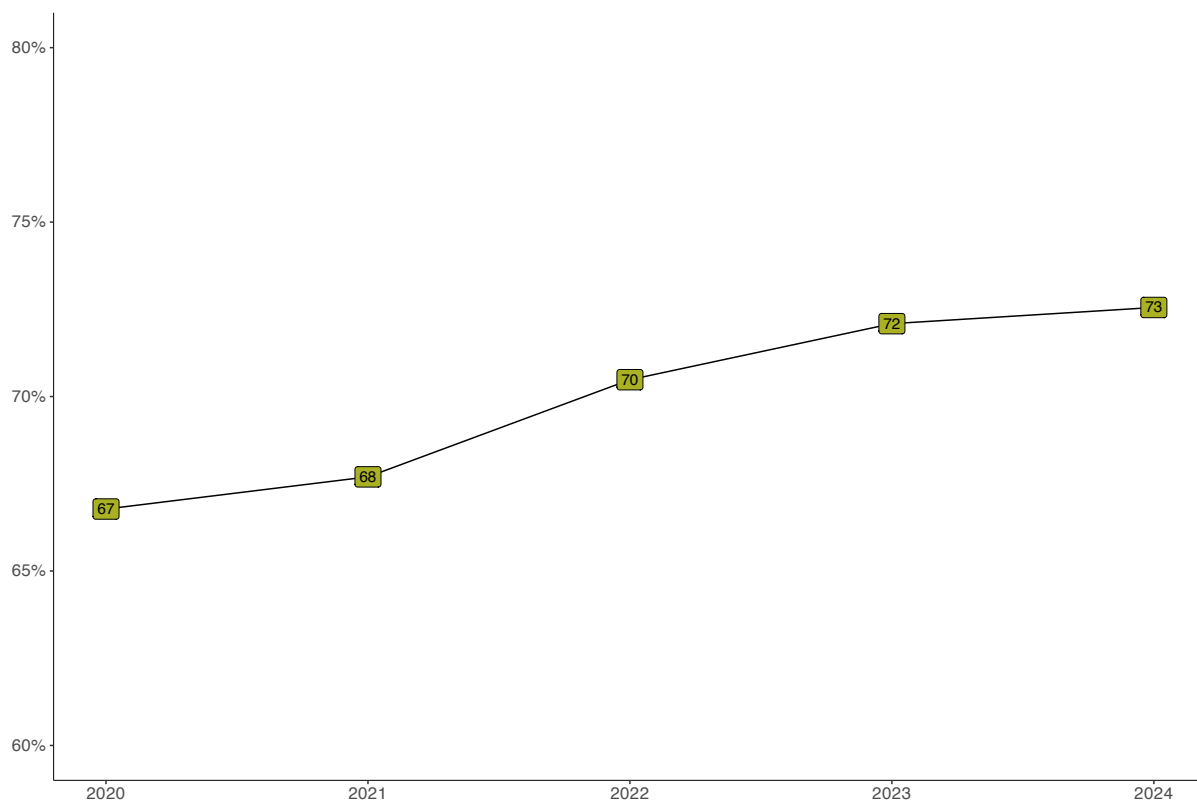
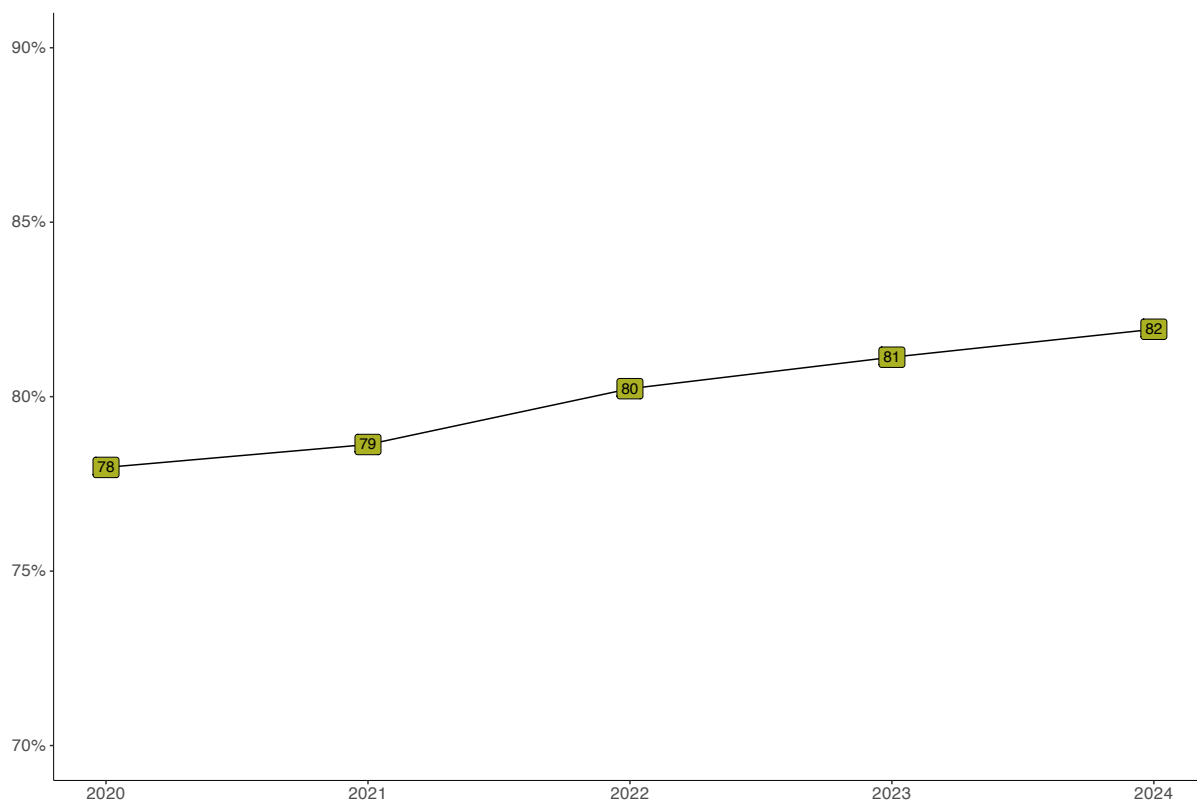


Diagram 9: Om du inte har mått bra psykiskt bra efter graviditet och förlossning, har du då vetat vart du kunde vända dig? (Enkät 3, fråga 6: riket, 2021–2025) I diagrammet visas andel som svarat ja



Trots denna positiva utveckling visar resultaten för 2025 att drygt en fjärdedel av kvinnorna inte visste vart de kunde vända sig vid fysiska besvär. Även när det gäller psykiska besvär saknade en betydande andel kunskap om vart de kunde vända sig. Därtill kvarstår regionala skillnader. Andelen kvinnor som uppgav att de visste vart de skulle vända sig vid fysiska besvär varierade mellan 67% och 83% mellan regionerna. För psykiska besvär varierade motsvarande andel mellan 77% och 92%. Resultaten tyder på att informationen om vart kvinnor kan vända sig för stöd och vård efter graviditet och förlossning fortfarande kan stärkas i delar av landet.

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: 35 441 svar) I diagrammet visas andel som svarat ja.

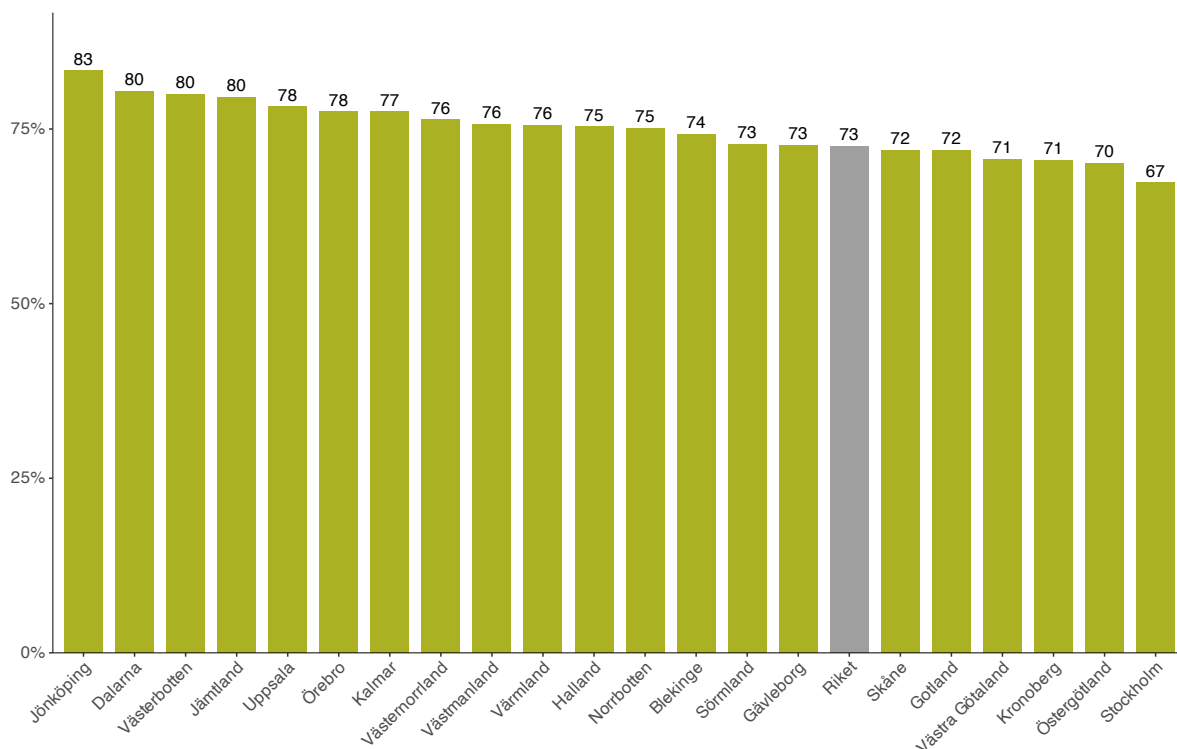
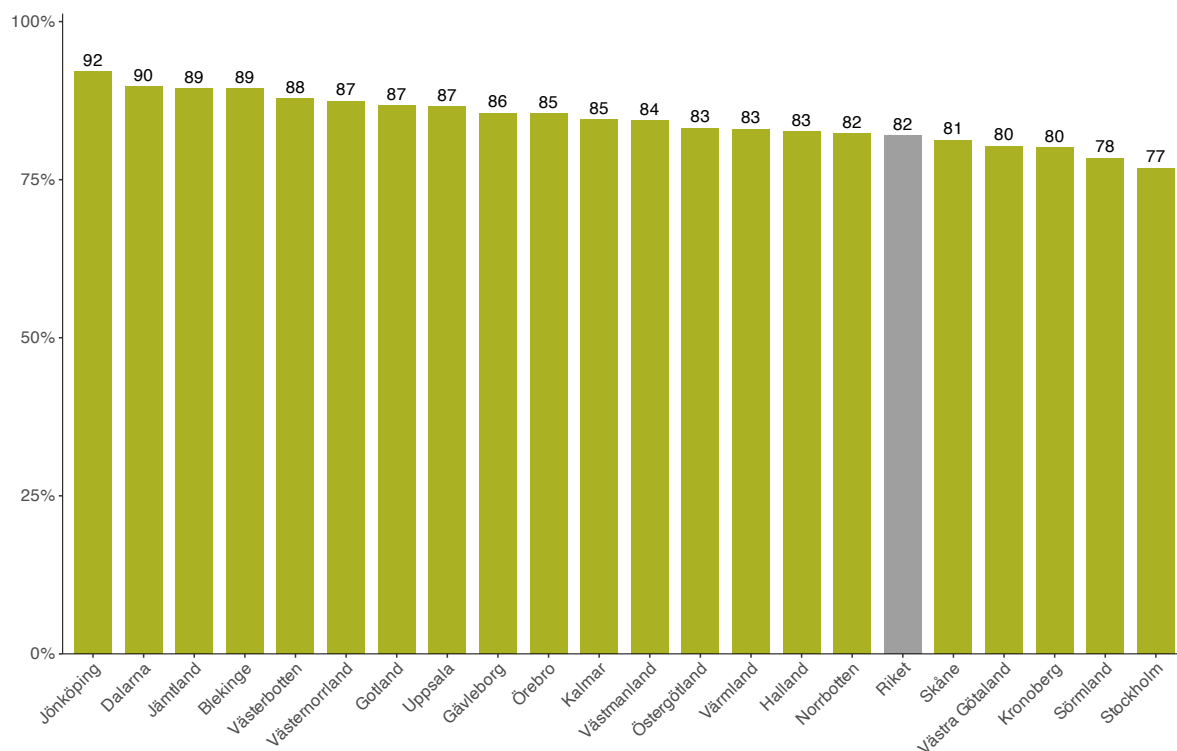
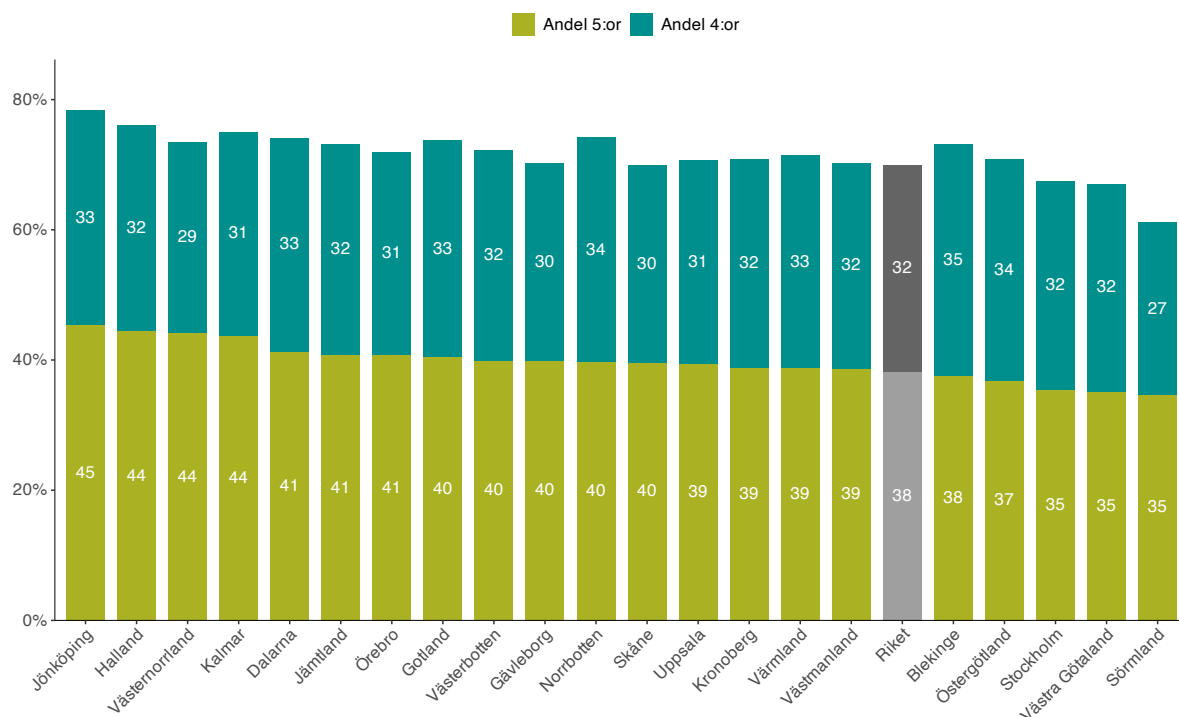


Diagram 11: Om du inte har mått psykiskt bra efter graviditet och förlossning, har du du vetat vart du kunde vända dig? (Enkät 3, fråga 6: 35 678 svar) I diagrammet visas andel som svarat ja.



I Enkät 1 uppgav 84% av kvinnorna att vården hade tillgodosett deras behov. Motsvarande andel var 79% i Enkät 2 och 70% i Enkät 3. Även om majoriteten av kvinnorna anger att vården tillgodoser deras behov ses en minskning från graviditetsvecka 25 till ett år efter förlossningen. Utvecklingen över tid pekar på vikten av att följa upp och utveckla vård- och stödinsatser även efter den tidiga postpartumperioden.

Diagram 12: Anser du att vården tillgodosett dina behov under graviditet, förlossning och tiden efter förlossning? (Enkät 3, fråga 17: 34 623 svar)



Svarsalternativen är 1-5, där siffran 1 motsvarar 'nej, inte alls', och 5 'ja, helt och hållet'. Källa: Graviditetsenkäten 2025

Svarsfrekvens

Graviditetsenkäten har nu pågått i snart sex år. Sedan enkäten introducerades har cirka 685 000 enkäter har besvarats av gravida och nyblivna mammor under perioden december 2020 till december 2025! Resultaten ger viktiga insikter som stödjer det fortsatta utvecklingsarbetet för en vård som möter kvinnors behov från graviditet till tiden efter förlossningen.

Sammanlagt skickades 237 182 enkäter ut i version 1 till gravida och nyblivna mammor i Sverige (påminnelser ej medräknade) under 2025. Svarsfrekvensen var 46% (108 650 besvarade enkäter). Definitionen för "besvarad enkät" i denna årsrapport 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.

För att möjliggöra jämförelser av svarsfrekvens över tid redovisas nedan svarsfrekvens per utskickad enkät från och med 2021, vilket är det första hela året efter att Graviditetsenkäten infördes i december 2020.

Graviditetsenkät 1

Svarsfrekvensen har gått ner från 55,3% (2021) till 51,0% (2025).

Graviditetsenkät 2

Svarsfrekvensen har gått ner från 56,6% (2021) till 48,5% (2025).

Graviditetsenkät 3

Svarsfrekvensen har gått ner från 51,1% (2021) till 38,9% (2025).

En sjunkande svarsfrekvens innebär att eventuell påverkan av bortfall behöver beaktas vid tolkningen av resultaten. Om de som besvarar enkäten skiljer sig från dem som inte svarar kan det påverka hur väl resultaten speglar hela populationen. Trots att svarsfrekvensen har minskat över tid omfattar enkäten fortfarande ett stort antal svarande från samtliga regioner. Samtidigt understryker utvecklingen vikten av fortsatta insatser för att främja deltagandet och säkerställa att enkätsvaren speglar erfarenheter från så stor del av målgruppen som möjligt. Informationsmaterial till vårdens lokaler, i form av affischer och innehåll för väntrumsskärmar som informerar om enkäten, kan beställas via info@skr.se. Materialet kan användas både inom mödrhälsovården, förlossningsvården och i verksamheter som kvinnor möter efter förlossningen, exempelvis barnhälsovård och familjecentraler.

Tillgänglighet på flera språk

För att göra enkäten tillgänglig för gravida och nyblivna mammor erbjuds den på svenska samt sju ytterligare språk: engelska, arabiska, farsi, finska, franska, spanska och somaliska. Möjligheten att besvara enkäten på olika språk är viktig för att fler personer ska kunna ta del av och besvara enkäten på lika villkor. Ett ökat deltagande från grupper med olika språklig bakgrund bidrar till att resultaten blir mer representativa för den födande befolkningen och ger verksamheterna ett bättre underlag för kvalitetsutveckling utifrån hela målgruppens erfarenheter och behov. Under 2025 besvarades 98% av enkäterna på svenska, 1,4% på engelska och 0,3% på arabiska. De övriga språken användes i mindre omfattning och svarade tillsammans för 0,3% av enkätsvaren. Eftersom aviseringen om enkäten enbart skickas på svenska kan tillgängligheten för personer med begränsade kunskaper i svenska påverkas. Informationsmaterial i form av affischer och innehåll för väntrumsskärmar finns tillgängligt på de åtta språk som enkäten erbjuds på och kan beställas via info@skr.se.

Fritextsvar

När kvinnor svarar på Graviditetsenkäten erbjuds de också en möjlighet att lämna 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 valde 18% att lämna ett fritextsvar. I Enkät 2 var motsvarande andel 26%. Den högsta andelen fritextsvar återfanns i Enkät 3, där 38% av kvinnorna valde att utveckla sina svar i fritext. I fritextsvaren lämnades positiva aspekter av vården, medan andra uttryckte missnöje eller önskemål om förbättringar, konstruktiva förbättringsförslag till vården eller förtydliganden kring svar på 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 konstatera att en stor andel av de gravida och nyblivna mammorna är nöjda med den vård de fått under graviditet, förlossning och tiden därefter. För de flesta frågor som redovisas i detta kapitel har andelen kvinnor som uppger positiva erfarenheter ökat över tid, vilket tyder på en gynnsam utveckling. Samtidigt finns skillnader mellan regioner, enheter och förlossningskliniker. Någon analys av bakomliggande orsaker till dessa skillnader eller av om de är statistiskt säkerställda görs inte i denna rapport. Det är också viktigt att komma ihåg att regioner och enheter inte är helt jämförbara, eftersom exempelvis uppdrag, sammansättningen av den gravida populationen och svarsfrekvensen kan skilja sig åt. Resultaten kan

dock bidra till reflektion, dialog och fortsatt utvecklingsarbete genom att synliggöra områden där förbättringar kan vara möjliga.

För samtliga tre enkäter ses tyvärr en fortsatt tydlig nedgång av svarsfrekvensen sedan Graviditetsenkätens start. Det är värdefullt att alla verksamheter inom vårdkedjan uppmärksammar betydelsen av ett högt deltagande i Graviditetsenkäten. Genom att informera om och uppmuntra till deltagande kan vården bidra till ett starkare kunskapsunderlag och därmed skapa bättre förutsättningar för fortsatt utveckling av en trygg, personcentrerad och kunskapsbaserad vård före, under och efter graviditet. Särskilt viktigt är att öka deltagandet bland grupper som i dag är underrepresenterade bland de svarande och att uppmärksamma möjligheten att besvara enkäten på flera språk, så att resultaten i högre grad speglar hela den gravida populationen.

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 (MHV) 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.

Mödrahälsovården 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 barnmorskemottagning gällande organisation och resurser för det gångna året. Det är samordningsbarnmorskorna som fyller i uppgifterna, baserat på underlag från varje mottagning

Strukturrapport lämnades in för 532 mottagningar, vilket är samma antal som 2024. Trots det oförändrade antalet har det skett en förändring, då flera mottagningar har öppnat, samtidigt som andra mottagningar har stängt under året.

Organisationstillhörighet

De vanligaste organisationsformerna är fristående enheter inom primärvården och privatdrivna mottagningar. Samtidigt fortsätter andelen mottagningar som tillhör regiondrivna vård- eller hälsocentraler att minska.

Tabell 1: Mottagningarnas organisationstillhörighet riket, 2018-2025

Organisation	2018 (%)	2019 (%)	2020 (%)	2021 (%)	2022 (%)	2023 (%)	2024 (%)	2025 (%)
Länssjukvård, ingår i kvinnoklinik	65 (12,5)	80 (15,4)	91 (16,9)	88 (16,2)	78 (17,5)	86 (16,5)	85 (16)	87 (16,4)
Länssjukvård, är en fristående enhet för MHV	10 (1,9)	9 (1,7)	2 (0,7)	7 (1,3)	12 (2,7)	7 (1,3)	8 (1,5)	9 (1,7)
Primärvård, ingår i en vård-/hälsocentral	158 (30,4)	132 (25,3)	132 (24,5)	148 (27,3)	140 (31,5)	137 (26,3)	135 (25,4)	128 (24,1)
Primärvård, är en fristående enhet för MHV	149 (28,7)	160 (30,7)	174 (32,3)	161 (29,7)	122 (27,4)	148 (28,5)	144 (27,1)	151 (28,4)
Privat, inkluderar privat vård-/hälsovård	137 (26,4)	140 (26,9)	133 (24,7)	139 (25,6)	90 (20,2)	143 (27,5)	159 (29,9)	157 (29,5)

* 2022: Skåne saknas

Familjecentral/familjecentralsliknande verksamhet

Enligt den nationella definitionen av en familjecentral ska mödrahälsovård, barnhälsovård, öppen förskola och förebyggande socialtjänst vara samlokaliserade. Med familjecentralsliknande verksamhet avses verksamheter där barnhälsovård är samlokaliserad med minst en kommunal verksamhet, det vill säga öppen förskola och/eller förebyggande socialtjänst. I vissa fall ingår även mödrahälsovård i dessa verksamheter.

Utifrån denna definition tillhörde 203 enheter (38%) en familjecentral och ytterligare 83 enheter (16%) en familjecentralsliknande verksamhet. Antalet familjecentraler har ökat jämfört med föregående år, medan antalet familjecentralsliknande verksamheter är oförändrat jämfört med 2024.

Digitala vårdkontakter (video)

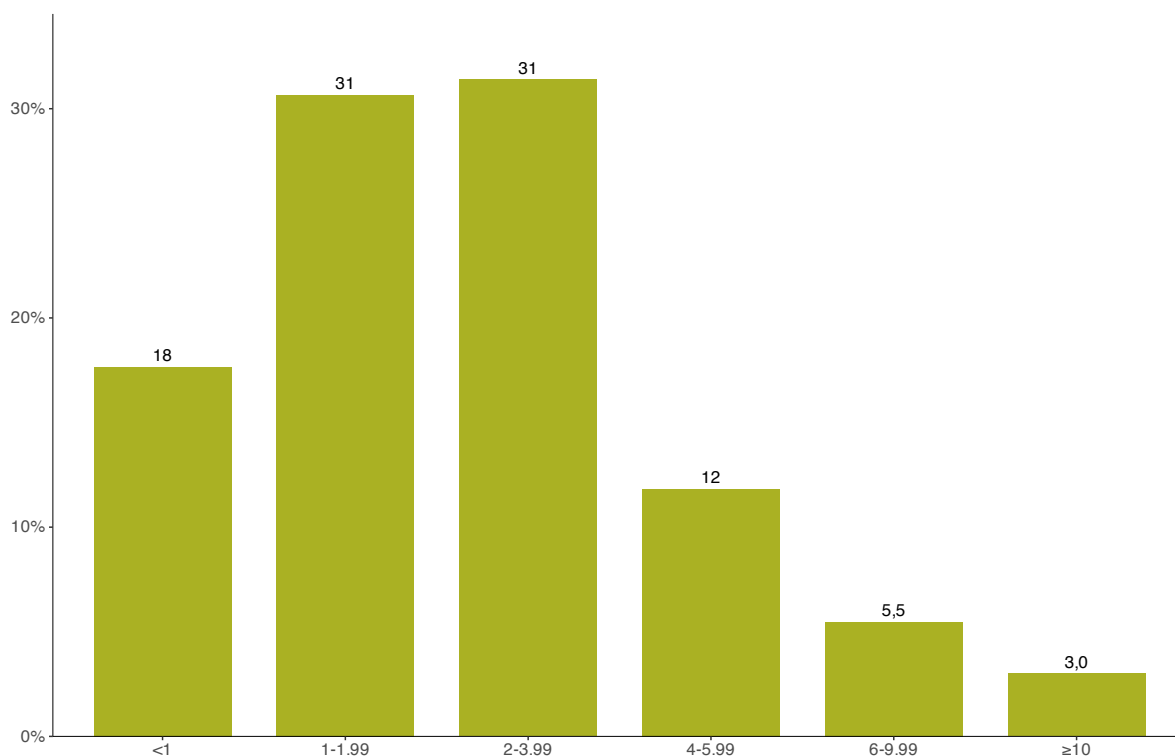
Digitala vårdkontakter började användas i en större utsträckning under pandemin. Under 2025 var det 278 (52%) mottagningar som erbjöd digitala vårdkontakter till gravida, en andel som i stort sett är oförändrad jämfört med 2024. I en region erbjöd ingen av mottagningarna digitala vårdbesök, medan i fyra regioner (Gotland, Halland, Kalmar och Östergötland) erbjöd alla mottagningarna digitala vårdbesök 2025.

Digitala besök för preventivmedelsrådgivning erbjöds av 247 mottagningar (46%) under 2025, vilket är i stort sett oförändrat jämfört med 2024. Skillnaderna mellan regionerna var dock stora. I fem regioner erbjöd ingen mottagning digitala besök för preventivmedelsrådgivning, medan samtliga mottagningar gjorde det i två regioner.

Barnmorskemottagning

Under 2025 hade barnmorskemottagningarna i genomsnitt 2,8 heltidsbarnmorsketjänster per mottagning, vilket är något lägre än 2024 (2,9) och 2023 (3,3), medan antalet heltidsbarnmorsketjänster per mottagning varierade från 0,1 till 26. På den mottagningen med flest barnmorskor arbetade barnmorskorna också på andra mindre mottagningar som huvudmottagningen ansvarade för. Fördelningen av antalet barnmorsketjänster per mottagning visar, liksom tidigare år, att det vanligaste är att det är färre än fyra tjänster per mottagning.

Diagram 13: Fördelning (%) av antalet barnmorsketjänster per mottagning, riket 2025



I rapporten "Mödrahälsovård, Sexuell och Reproductiv hälsa" (SFOG & SBF, rapport nr 76, 2008, reviderad 2016) rekommenderas högst 80 inskrivna gravida per heltidsbarnmorska och år. I takt med att mödrahälsovårdens uppdrag har utökats och de gravida kvinnornas riskprofil förändrats, diskuteras inom det nationella nätverket för mödrahälsovård om den rekommenderade nivån bör sänkas. Svenska Barnmorskeförbundet anger i sitt 10-punktsprogram från 2026 att en heltidsarbetande barnmorska bör ha maximalt 65 eller färre nyinskrivna per år. Vidare står att hänsyn behöver tas till övriga verksamhetsområden samt patientens vårdbehov exempelvis medicinska eller obstetriska tillstånd, psykisk ohälsa, socioekonomisk utsatthet, eller behov av tolk. Antalet inskrivna gravida per barnmorska varierar kraftigt mellan mottagningar och regioner, och jämförelser är svåra. Skillnader i registreringsätt (t.ex. vid byte av mottagning), uppdragets omfattning och tillgång till stödpersonal påverkar arbetsbelastningen.

Antalet inskrivna gravida per heltidsbarnmorska var 80 i riket 2025, vilket är samma som föregående år. Antalet inskrivna gravida vid regiondrivna mottagningar var 76 (75 gravida 2024) per heltidsbarnmorska, medan privata mottagningar hade 93 inskrivna (95 gravida 2024) per heltidsbarnmorska. Det är tydligt att de privata mottagningarna generellt har en lägre bemanning än regiondrivna mottagningar. Fem mottagningar i landet hade fler än 150 inskrivna per heltidsbarnmorska (tio 2024), fyra av dessa var privata och en var regiondriven. Av de mottagningarna med fler än 150 inskrivningar per heltidsbarnmorska fanns tre mottagningar i Stockholmsområdet, och en i Skåne. Mottagningen med flest antal inskrivningar hade 168 inskrivningar/heltid barnmorska vilket är färre än förra året (176 inskrivningar/heltid barnmorska).

Tabell 2: Antalet inskrivna per heltid barnmorska totalt för riket 2015–2025

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Inskrivna per heltid barnmorska	89	89	85	84	88	89	84	79	78	80	80

* 2022: Skåne saknas

Stockholm hade det högsta antalet inskrivna gravida per heltidsbarnmorska, 114, vilket är i nivå med tidigare år (2022: 111, 2023: 114, 2024: 116). Privata mottagningar i Stockholm hade under 2025 117 inskrivna per heltidsbarnmorska, vilket är färre än förra året (123), medan de regiondrivna hade 111 inskrivna per heltidsbarnmorska vilket är fler än förra året (109). Även Östergötland hade över 100 inskrivna per heltidsbarnmorska. Regionen tillämpar dock ett förkortat basprogram för gravida utan riskfaktorer vilket försvårar jämförelse med övriga regioner.

Tabell 3: Antalet inskrivna per heltid barnmorska. Nationell rekommendation max 80

RegionNamn	≤80	81-90	91-100	>100
Blekinge	X			
Dalarna	X			
Gotland		X		
Gävleborg	X			
Götalandregionen	X			
Halland	X			
Jämtland Härjedalen	X			
Jönköpings län	X			
Kalmar län	X			
Kronoberg			X	
Norrbottn	X			
Skåne		X		
Stockholm				X
Sörmland		X		
Uppsala	X			
Värmland	X			
Västerbotten	X			
Västernorrland	X			
Västmanland	X			
Örebro län	X			
Östergötland				X

Riktlinjer

I strukturrapporten som samordningsbarnmorskorna fyller i varje år efterfrågas olika riktlinjer, som presenteras tillsammans med relevant individdata. Då individdata saknas för tyreoidestimulerande hormon (TSH), presenteras strukturdata för TSH nedan.

Provtagning av TSH

Samtliga regioner uppgav att TSH kontrollerades i tidig graviditet. I 18 regioner kontrollerades TSH i samband med det första inskrivningsbesöket, i en region kontrollerades TSH vid andra inskrivningsbesöket, och i två regioner hade man olika riktlinjer inom olika sambaområden inom regionen, där TSH kontrollerades vid första eller andra inskrivningsbesöket.

Inledning individdata

Felkällor och bortfall

Insamling av data till Graviditetsregistret sker på två sätt:

1. Genom digital direktöverföring av uppgifter från journalen
2. Genom att barnmorskor manuellt registrerar uppgifter

Barnmorskor registrerar manuella uppgifter både vid inskrivning i mödrahälsovården och efter avslutad graviditet (inklusive eftervårdsbesök). Dessa manuella uppgifter behövs eftersom de inte alltid finns i journalen, eller inte är registrerade på ett sådant sätt att de kan överföras automatiskt.

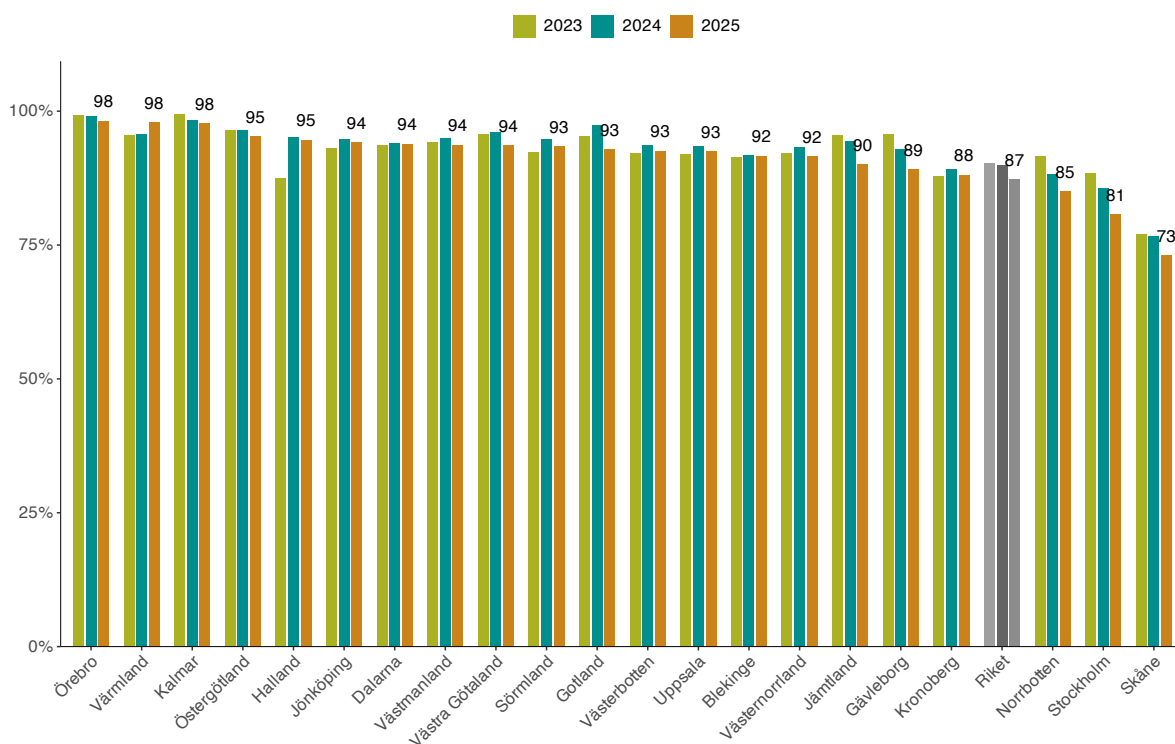
Om en gravid föder i en annan region än där hennes mödrahälsovårdsjournal är upprättad, överförs inga uppgifter från mödrahälsovårdsjournalen. Rutinerna för journalföring mellan regioner kan variera. Det kan påverka resultatet, till exempel uppgifter om antal barnmorskebesök och hur många barnmorskor kvinnan har träffat under graviditeten.

I årets rapport har alla regioner utom Norrbotten haft digital överföring av journaluppgifter, då regionen genomfört ett byte av journalsystem. Vissa regioner saknar några variabler då data inte har överförts på dessa variabler. Samtliga regioner har haft manuell registrering.

Täckningsgrad manuella uppgifter

Under 2025 registrerades enligt 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 men något bättre jämförelseunderlag finns inte att tillgå. Täckningsgraden på de manuella registreringarna för riket 2025 låg på 87%, vilket är lägre än förra året (90%). Högst täckningsgrad hade Örebro, Värmland och Kalmar (98%), medan Skåne hade lägst (73%).

Diagram 14: Andel fullständiga registreringar i Graviditetsregistret i förhållande till antal födda barn per år enligt SCB per region 2023-2025



Graviditetsbesök och kontinuitet

Inskrivningsbesöken

I rapporten "Mödrahälsovård, Sexuell och Reproductiv hälsa" från 2016 rekommenderas att mödrahälsovården ska erbjuda ett första besök inom en vecka efter att den gravida tagit kontakt med 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 2025 var 7,5. I diagrammet

nedan visas att tidpunkten för första journalförda besök blir lite tidigare för varje år vilket är positivt. Samtidigt finns betydande skillnader mellan regionerna, vilket kan bero på olika rutiner och riktlinjer.

Diagram 15: Genomsnittlig graviditetsvecka för första journalförda besök riket 2014-2025

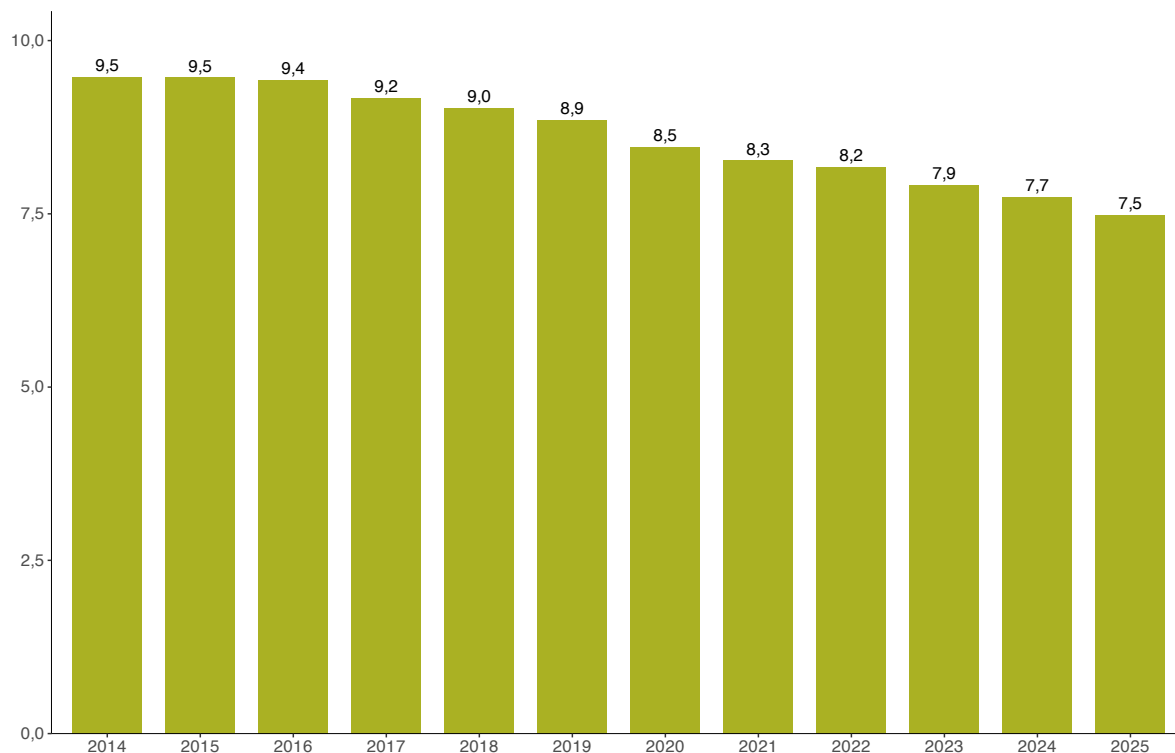
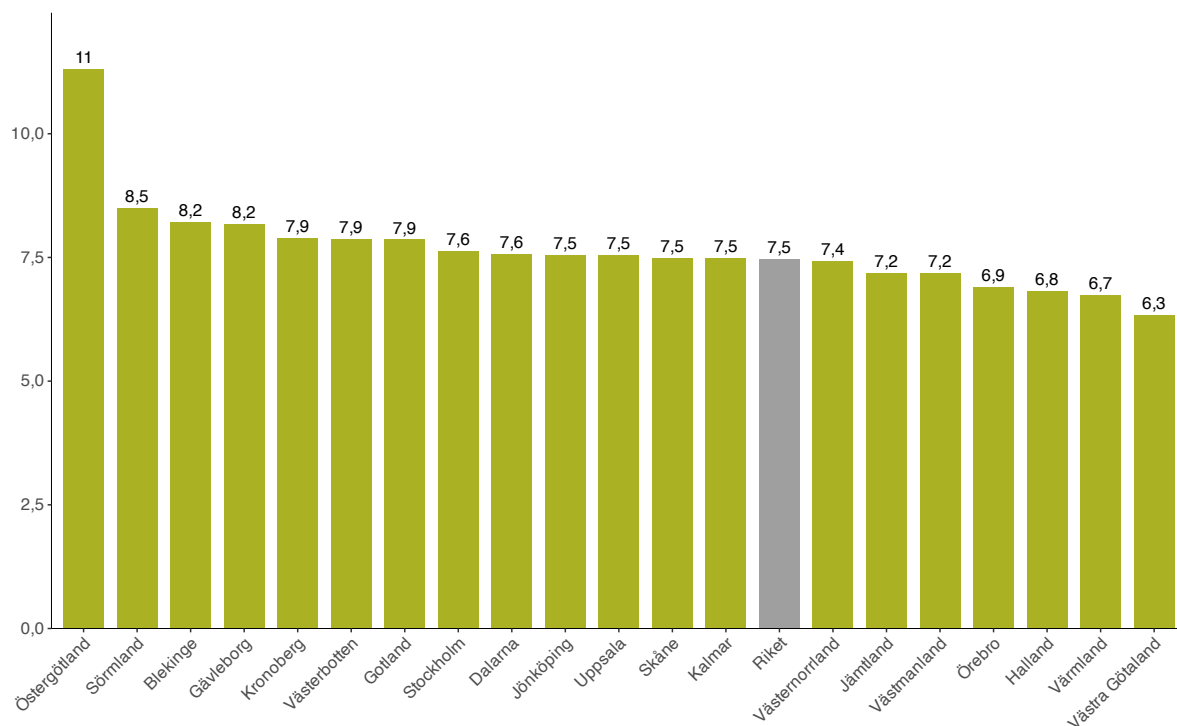


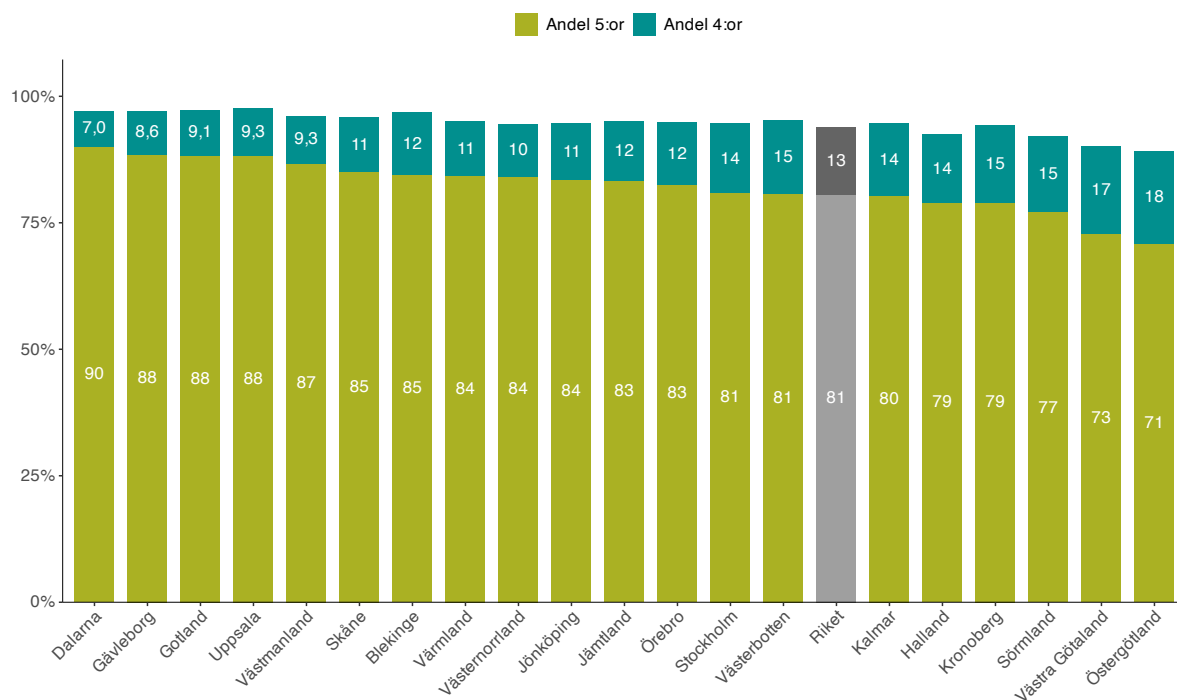
Diagram 16: Genomsnittlig graviditetsvecka för första journalförda besök per region 2025



* Uppgifter för Norrbotten redovisas inte.

Inskrivningsbesöken är viktiga eftersom det ger möjlighet att tidigt identifiera riskfaktorer. Besöken ska enligt "Mödrahälsovård, Sexuell och Reproductiv 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 regionala skillnader, där gravida i Region Dalarna, liksom under de senaste åren, rapporterar högst nöjdhet.

Diagram 17: Har du möjlighet att ställa de frågor du önskar till barnmorskan? (Enkät 1, fråga 6: 39 104 besvarade enkäter)

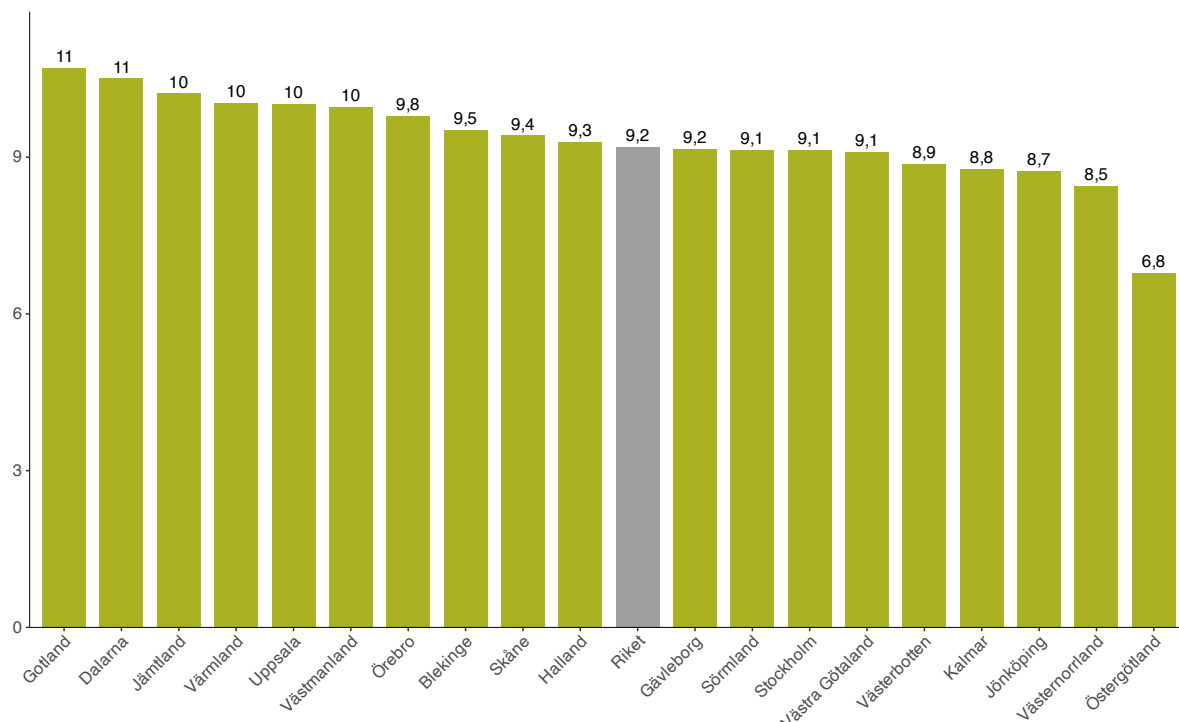


Svarsalternativen är 1-5, där siffran 1 motsvarar 'nej, inte alls', och 5 'ja, helt och hållet'. Källa: Graviditetsenkäten 2025

Antal barnmorskebesök under graviditet

I "Mödrahälsovård, Sexuell och Reproductiv Hälsa" rekommenderas minst nio besök fram till förlossningen. Rutiner för hur journalen förs varierar mellan olika regioner och olika journalsystem. Östergötland har också ett förkortat basprogram för kvinnor som inte har några riskfaktorer. Uppgiften med antal genomsnittliga barnmorskebesök får därför tolkas med försiktighet. Genomsnittligt antal barnmorskebesök i riket var 9,2 per graviditet för de som födde barn under 2025, med ett intervall på 6,8–11 besök mellan regionerna.

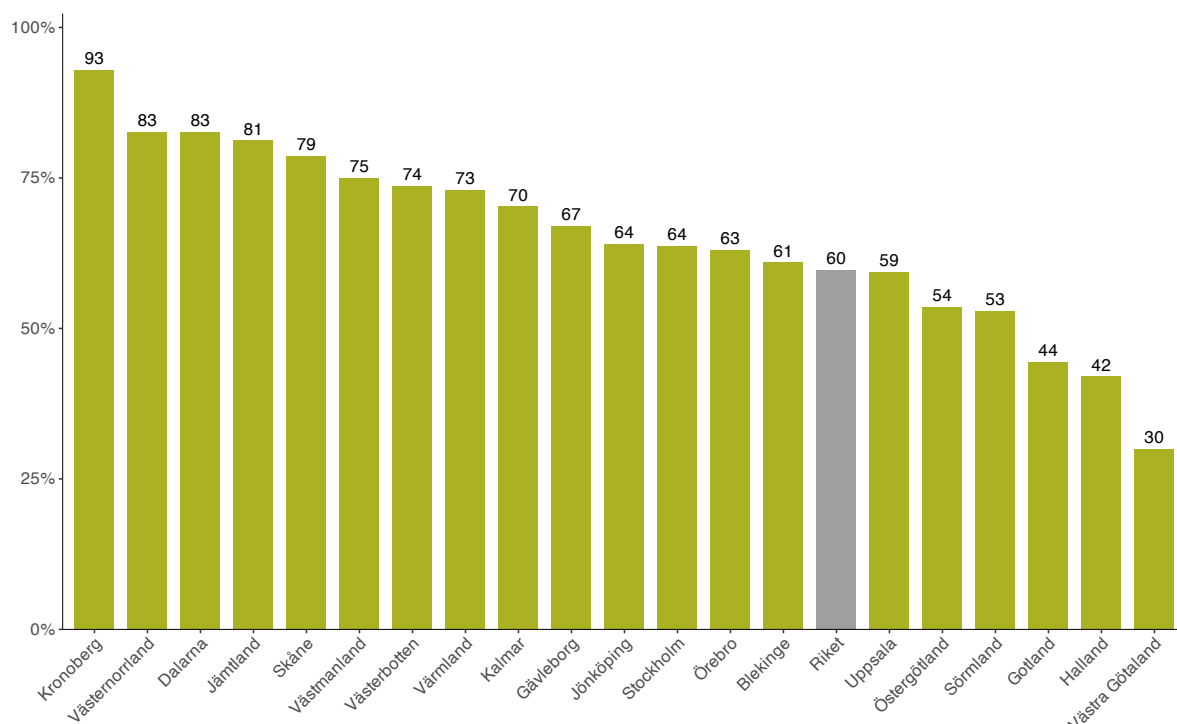
Diagram 18: Antal barnmorskebesök i genomsnitt under graviditeten fram till förlossning*, per region 2025



* Inkluderade är de med ett första besök vecka 15 eller tidigare, och som ej fött barn innan v37. Uppgifter för Norrbotten och Kronoberg redovisas inte.

Kontinuitet

Kontinuitet inom mödrahälsovården kan beskrivas på flera olika sätt, och en aspekt är hur många barnmorskor inom mödrahälsovården som den gravida träffat under graviditeten. I denna rapport bör uppgiften tolkas med viss försiktighet, eftersom rutiner för journalföring och arbetssätt skiljer sig mellan regioner och mottagningar. I genomsnitt träffade 60% av de gravida högst två barnmorskor under graviditeten, vilket är något lägre än 2024 (62%). Dock är det stora skillnader mellan regionerna.

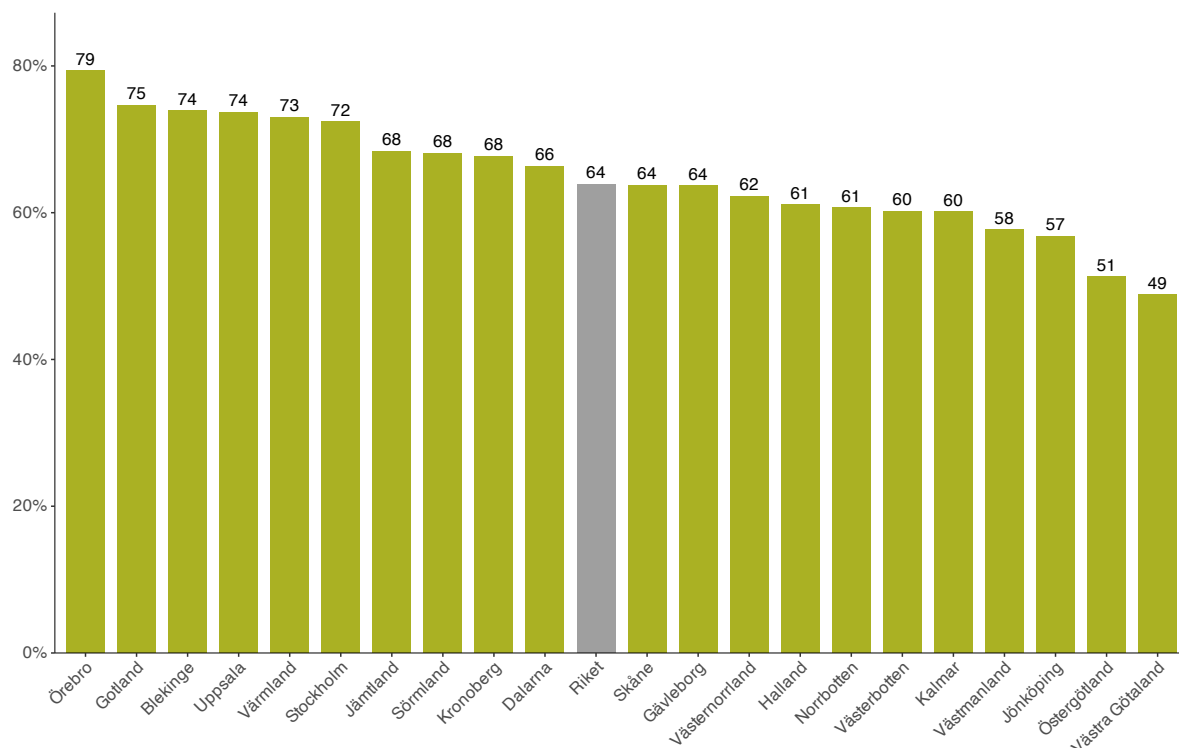
Diagram 19: Andel (%) gravida som träffat högst två barnmorskor under graviditeten, per region 2025

* Uppgifter för Norrbotten redovisas inte.

Läkarbesök

Det varierar stort mellan regionerna hur läkarkontakter 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. De organisatoriska skillnaderna mellan regionerna medför att uppgifter om antal läkarbesök per gravid, hämtade från journalsystemen, inte är direkt jämförbara. För att möjliggöra nationella jämförelser har därför en variabel tagits fram inom den manuella registreringen som avser att fånga det sammanlagda antalet läkarbesök relaterade till graviditeten. Enligt den manuella registreringen har 64% av de gravida varit på minst ett graviditetsrelaterat läkarbesök under graviditeten, vilket var samma som förra året. Det är stora skillnader mellan regionerna. En möjlig förklaring kan vara att graviditetsrelaterade läkarbesök inte registrerats på ett helt enhetligt sätt.

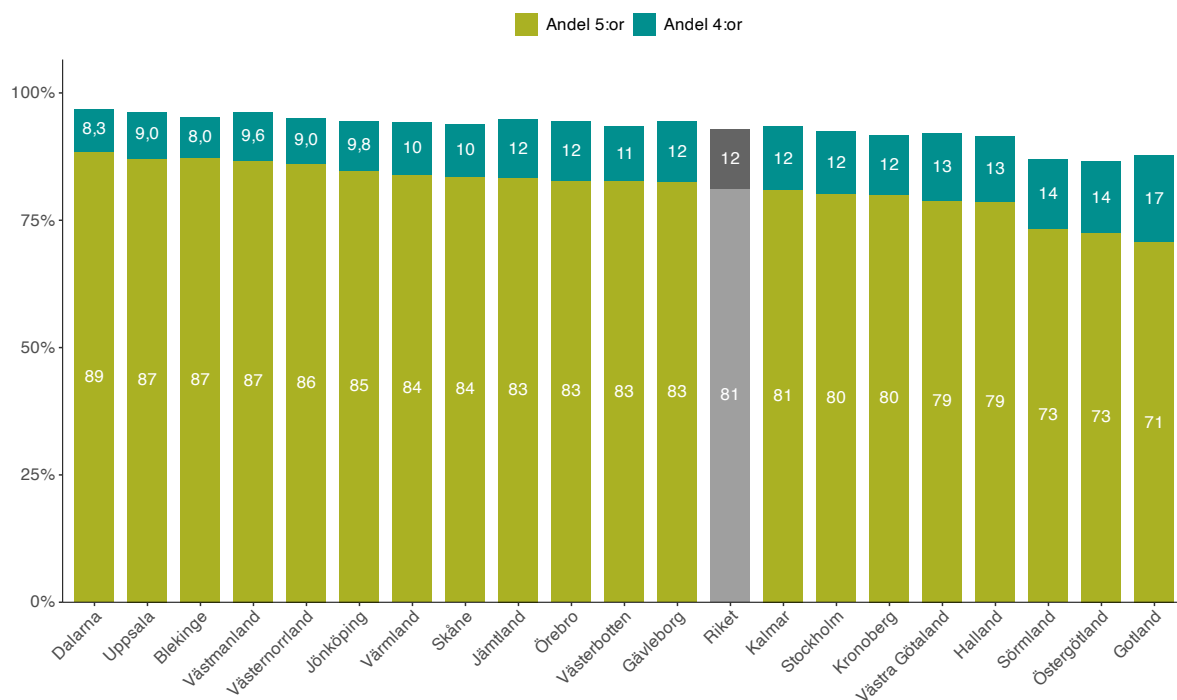
Diagram 20: Andel (%) som träffat läkare av graviditetsrelaterade skäl, per region 2025



Nöjdhet med mödrahälsovården

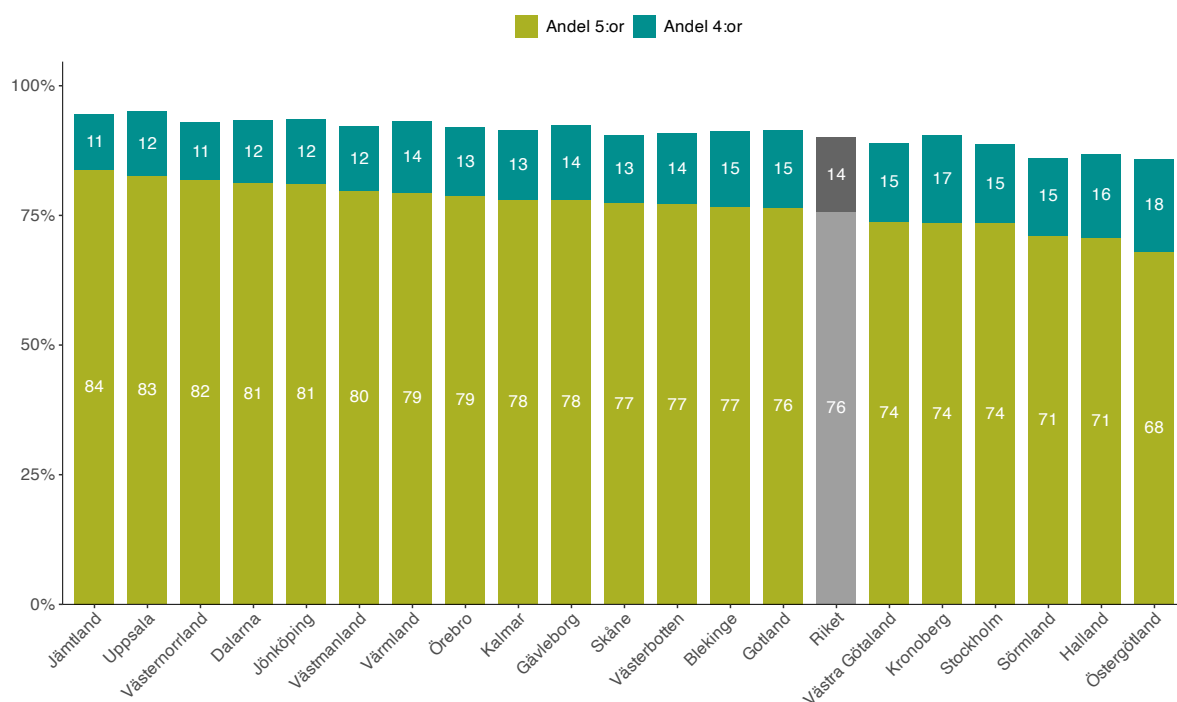
Att känna sig trygg med vården under graviditeten är viktigt. I Graviditetsenkät 2 som skickas ut 8 veckor efter förlossningen ställs ett antal frågor som speglar upplevelser av vården exempelvis: trygghet, tillgänglighet, upplevelse av egen delaktighet i vården och partners delaktighet. Resultat på frågan: "Kände du dig trygg med barnmorskan på mödrahälsovården" visar skillnader mellan regionerna, där högst andel nyblivna mammor i Region Dalarna 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. Kvinnor som fött barn 2025 var mera nöjda än tidigare år då pandemin troligen påverkade nöjdheten. Kvinnor i Jämtland angav störst nöjdhet men generellt är det denna fråga som uppvisar sämst resultat i enkät 2 bland frågorna som rör mödrahälsovården

Diagram 21: Kände du dig trygg med barnmorskan på mödrahälsovården? (Enkät 2, fråga 5: 37 346 besvarade enkäter)



Svarsalternativen är 1-5, där siffran 1 motsvarar 'nej, inte alls', och 5 'ja, helt och hållet'. Källa: Graviditetsenkäten 2025

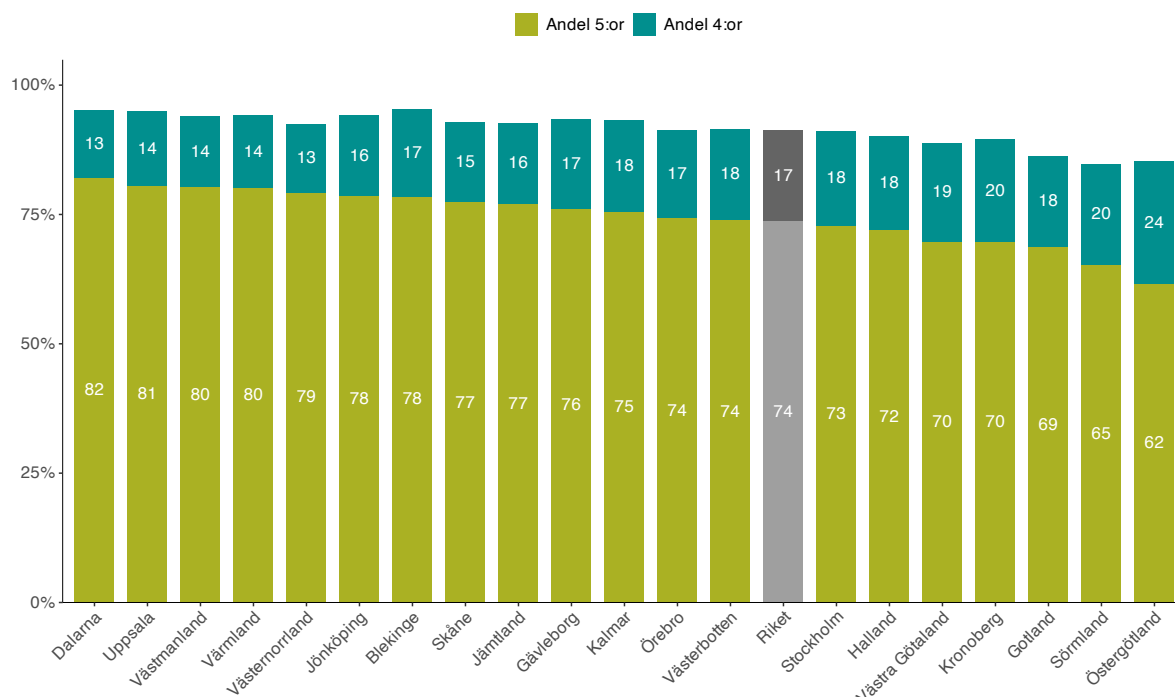
Diagram 22: Gjorde barnmorskan på mödrahälsovården din partner/närstående delaktiga i den utsträckning du önskade? (Enkät 2, fråga 7: 36 808 besvarade enkäter)



Svarsalternativen är 1-5, där siffran 1 motsvarar 'nej, inte alls', och 5 'ja, helt och hållet'. Källa: Graviditetsenkäten 2025

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

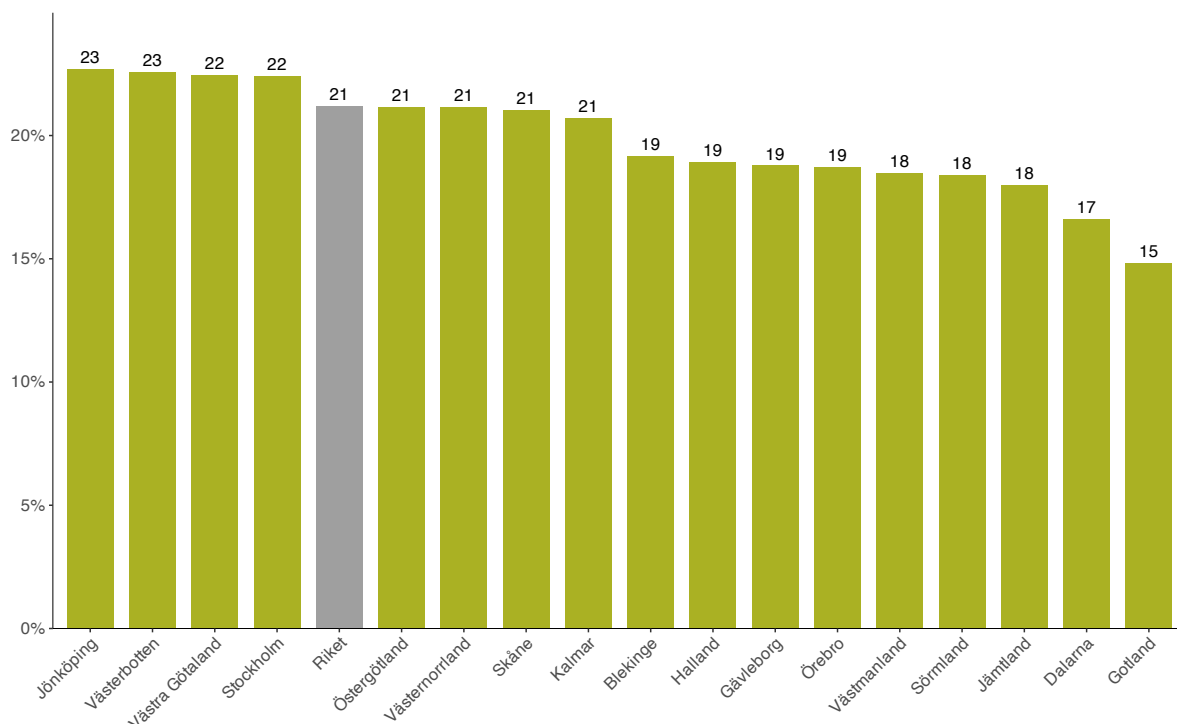
Diagram 23: Anser du att mödrahälsovården tillgodosett ditt behov? (Enkät 2, fråga 11: 35 774 besvarade enkäter)



Svarsalternativen är 1-5, där siffran 1 motsvarar 'nej, inte alls', och 5 'ja, helt och hållet'. Källa: Graviditetsenkäten 2025

Riskfaktorer vid inskrivning

Andelen gravida som vid inskrivning i mödrahälsovården har uppgett en eller flera riskfaktorer har redovisats i Årsrapporten sedan 2023. Riskfaktorerna som ingår i sammanställningen och som kan öka risken för komplikationer under graviditeten är övervikt, obesitas eller undervikt, ålder under 18 år eller över 35 år, rökning eller snusning, förekomst av hjärt-kärlsjukdom, upprepade urinvägsinfektioner, diabetes mellitus, trombos, gynekologisk sjukdom, lungsjukdom (t.ex. astma), systemisk lupus erythematosus (SLE), endokrin sjukdom, njursjukdom, epilepsi, inflammatorisk tarmsjukdom, hypertoni och psykisk ohälsa. Andelen gravida som inte hade någon ovan nämnd riskfaktor vid inskrivningen var 21% under 2025 med en spridning i landet från 15% till 23%. Andelen gravida som inte uppgav någon riskfaktor vid inskrivningen har minskat något från 2024 (22%). Det innebär att 79% av de gravida i regel erbjuds vård utöver mödrahälsovårdens basprogram. Utöver de riskfaktorer som ingår i denna redovisning finns flera andra riskfaktorer som kan påverka graviditetsutfall, men som inte omfattas av beräkningen. Exempel på sådana faktorer är förlossningsrädsla, våldsutsatthet, riskbruk av alkohol, kommunikations-svårigheter, social problematik, utfall på depressionsscreening, flerbörd, könsstympning, samt hereditet av obstetrisk betydelse, tidigare komplicerad graviditet, förlossning eller amning.

Diagram 24: Andel (%) kvinnor som går in i graviditeten utan vissa riskfaktorer 2025

*Uppgifter saknas för Kronoberg, Norrbotten, Uppsala och Värmland

Nikotin och tobak

Tobaks- och nikotinanvändning under graviditet är förknippad med ökade risker för den gravida och barnet. Användning har kopplats till bland annat missfall, tillväxthämning, för tidig förlossning, placentaavlossning, fosterdöd, neonatal dödlighet och spädbarnsdöd.

I mitten av 1980-talet rökte omkring 30% av de gravida i tidig graviditet. Sedan dess har andelen minskat stadigt. Samtidigt har användningen av snus ökat tydligt, vilket främst verkar vara kopplat till en ökad användning av nikotinsnus, dvs vitt snus. Sedan 2023 är snusning vanligare än rökning bland kvinnor före graviditeten.

Rökning

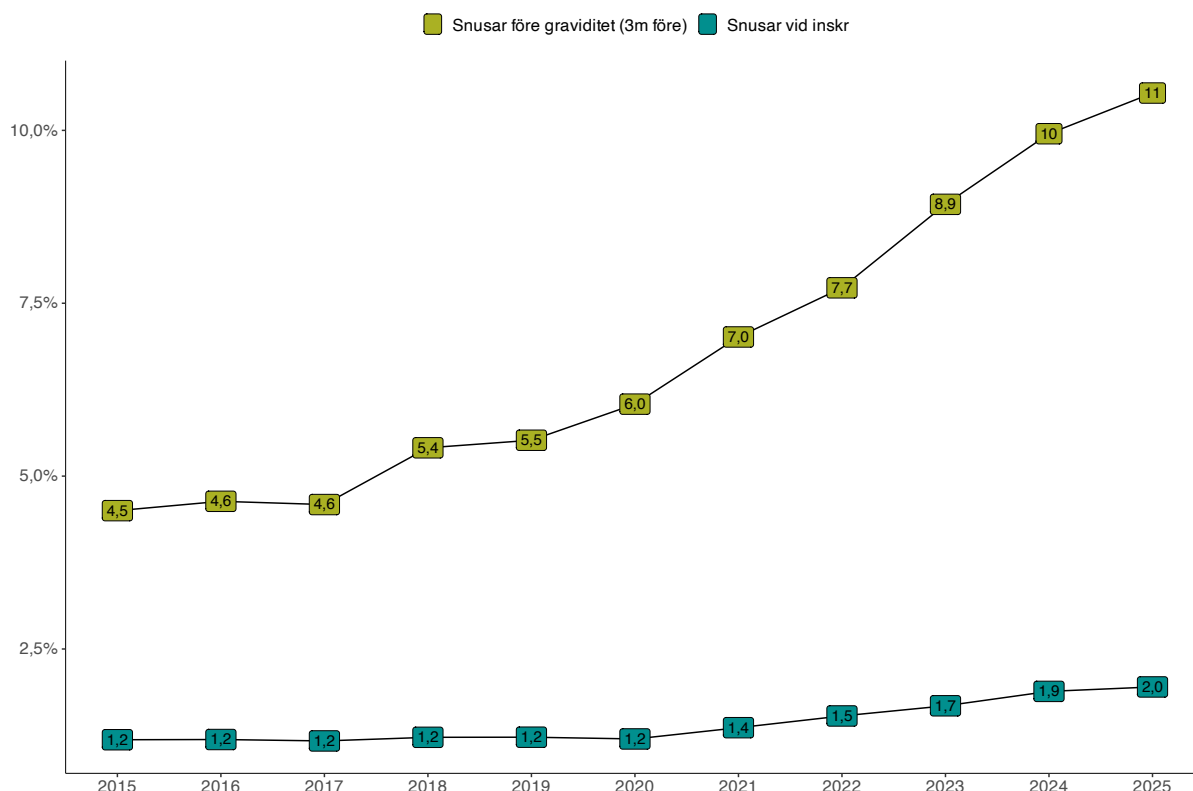
Andelen kvinnor som röker i samband med graviditet sjunker för varje år och har sedan 2015 halverats.

Diagram 25: Andel (%) rökare 3 månader före graviditet samt vid inskrivning, riket per år 2014-2025



Snusning

Snusning tre månader före graviditet ökar för varje år, från 4,5% år 2015 till 11% år 2025.

Diagram 26: Andel (%) snusare 3 månader före graviditet samt vid inskrivning, riket, per år 2015-2025

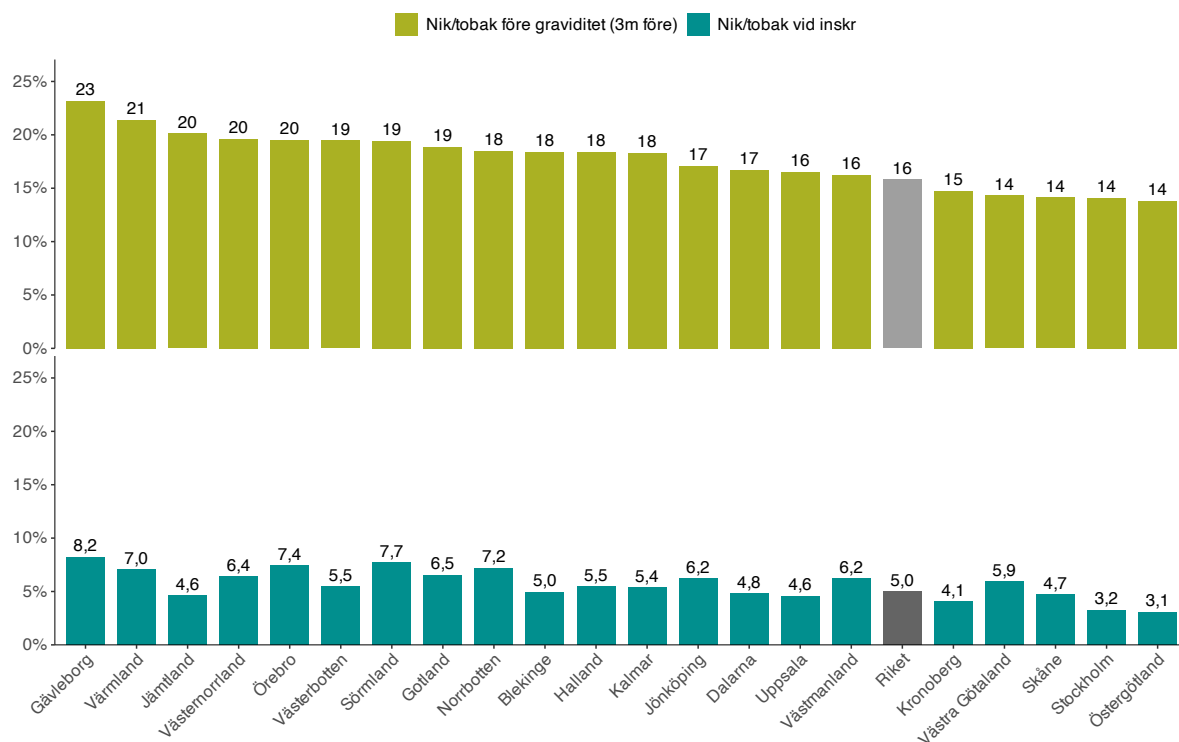
Den ökande snusanvändningen är oroande på grund av de risker som nikotinet har för den gravida och barnet och utgör ett viktigt område för fortsatt arbete inom mödrahälsovården och hela vårdkedjan. Utvecklingen speglar ett bredare samhällsproblem och bör uppmärksammas som ett viktigt folkhälsoområde.

Kartläggning av tobaks- och nikotinanvändning

Från och med den 1 september 2025 har frågorna om tobak och nikotin i Graviditetsregistret reviderats och utökats för att möjliggöra en mer detaljerad kartläggning av vilka tobaks- och nikotinprodukter såsom nikotinsnus, tobakssnus, e-cigarett med mera, som används. Syftet är att förbättra kunskapen om nikotinanvändning före och under graviditet.

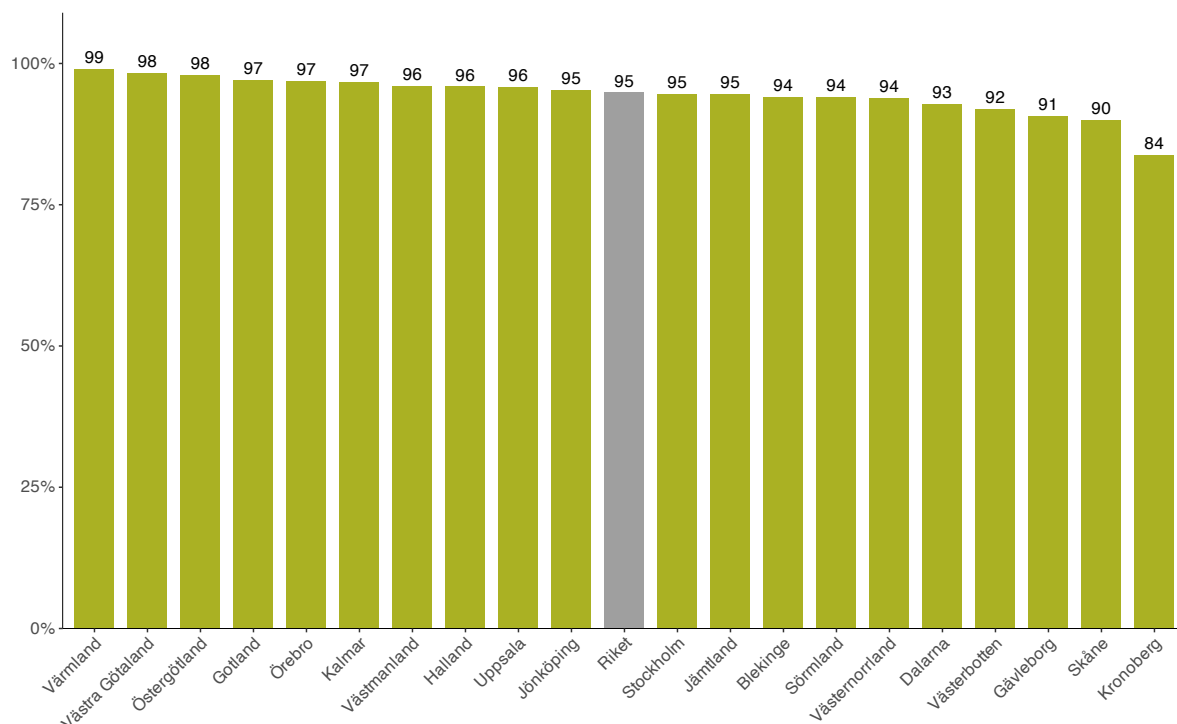
En påtaglig andel av kvinnorna använder någon form av tobaks- eller nikotinprodukt före graviditeten. Andelen är lägre vid inskrivningen, vilket indikerar att många kvinnor avslutar sin användning tidigt i graviditeten. Eftersom de reviderade frågorna infördes sent under 2025 baseras resultaten på data från gravida med inskrivning september 2025 till februari 2026. I årsrapporten för 2026 förväntas underlaget vara mer komplett, vilket möjliggör en heltäckande beskrivning av tobaks- och nikotinanvändning före och under graviditet samt en bättre uppföljning av detta viktiga folkhälsoområde.

Diagram 27: Andel (%) som använder nikotin/tobak 3 månader före graviditet samt vid inskrivning, per region, registreringsdatum inskrivning mellan 1 sept 2025 - 28 feb 2026



Alkohol

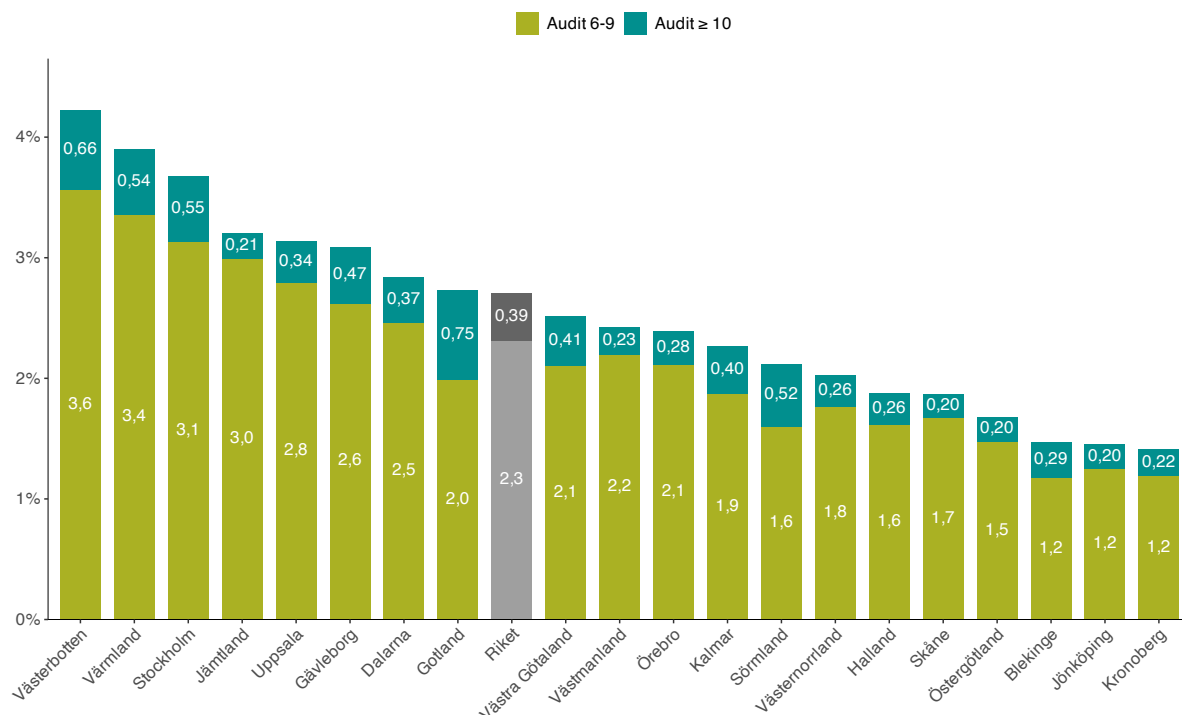
Screening av alkoholbruk genomförs på mödrahälsovården i samband med inskrivningen med Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT). AUDIT speglar den gravidas alkoholvanor under året innan graviditeten. Graviditetsregistret har ett målvärde att minst 95% av de gravida ska ha screenats med AUDIT, och under 2025 screenades 95%. Tolv regioner nådde målvärdet på 95%, vilket innebär en ökning jämfört med 2024, då tio regioner nådde målet. 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 eller beroende och kunna erbjuda stöd så tidigt som möjligt i graviditeten.

Diagram 28: Andel (%) kvinnor som screenats med AUDIT, per region 2025

* Uppgifter för Norrbotten redovisas inte.

Frågorna i formuläret poängsätts var för sig och räknas ihop till en totalsumma som kan variera från 0 till 40 poäng. Om resultatet av AUDIT är noll poäng innebär det att den gravida uppgett att hon inte 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 2,7% av de gravida ett riskbruk eller risk för beroende 2025, vilket är en minskning jämfört med 2024 (3,2%). År 2015 var motsvarande siffra 4,9%. Den långsiktigt nedåtgående trenden är positiv och kan bidra till minskad risk för negativa konsekvenser för både den gravida och barnet.

Diagram 29: Andel (%) kvinnor med AUDIT-poäng 6-9 samt ≥ 10 , per region 2025



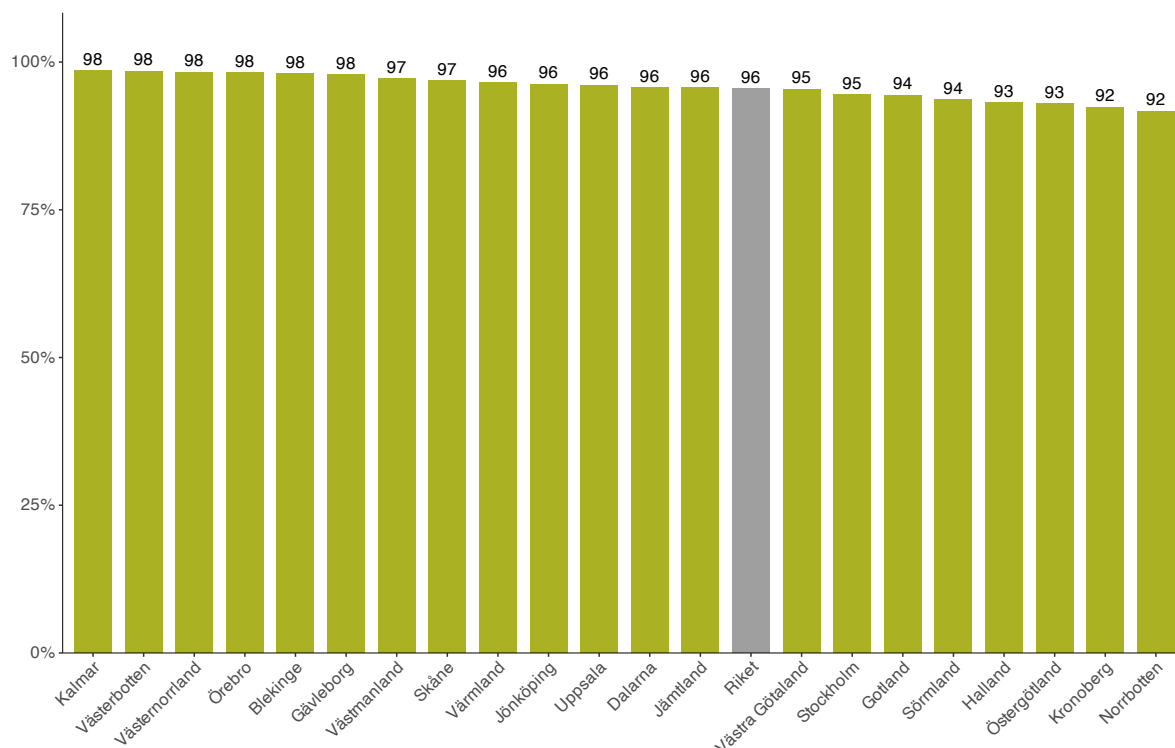
* Uppgifter för Norrbotten redovisas inte.

Tillfrågats om våldsutsatthet

Personer som utsätts 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. Jämfört med 2024 så har andelen som tillfrågats stigit från 95% till 96% i riket. 2025 var det sex regioner som inte nådde målvärdet på 95%, fem av dessa regioner var samma som låg under målvärdet även 2024.

Diagram 30: Andel (%) gravida som tillfrågats om våldsutsatthet, per region, 2025

Insatser vid förlossningsrädsla

En viss grad av oro, rädsla eller ångest inför förlossningen är vanligt förekommande bland gravida. För 10–15% är rädslan så uttalad att den klassificeras som måttlig till svår förlossningsrädsla, vilket kan påverka den psykiska hälsan, förlossningsutfall och förlossningsupplevelsen negativt.

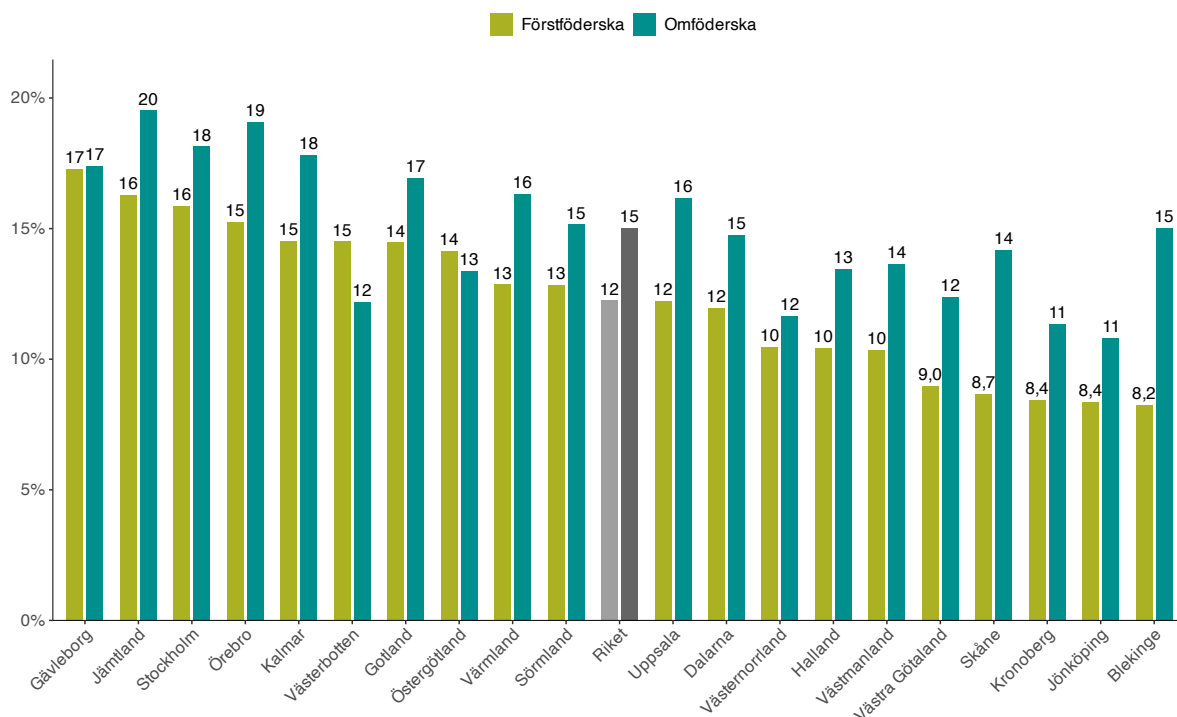
Inom mödrahälsovården har barnmorskan ett uppdrag att identifiera förlossningsrädsla hos gravida. Under de senaste åren har strukturerad bedömning med screeninginstrumentet Fear Of Birth Scale (FOBS) införts. Under 2025 används FOBS i samtliga regioner utom Gotland. I de flesta regioner används instrumentet rutinmässigt för alla gravida medan det i några regioner används selektivt utifrån särskilda indikationer.

Stödinsatser vid förlossningsrädsla kan omfatta samtalsstöd och/eller psykologisk behandling, och handläggningen sker inom olika enheter beroende på regionens organisation. Insatserna ges av olika professioner såsom barnmorskor, läkare, psykologer eller socionomer, 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 mödrahälsovårdspsykologer dit förlossningsrädda kan remitteras för stöd och/eller psykologisk behandling.

Andelen gravida som erhållit stödåtgärder med anledning av förlossningsrädsla har ökat kontinuerligt sedan 2018. År 2018 uppgick andelen till 8,9% jämfört med 14% år 2025, vilket är på samma nivå som år 2024. Ökningen återfinns både bland förstföderskor och omföderskor.

Diagram 31: Andel (%) först- resp. omföderskor som erhållit stödåtgärder pga. förlossningsrädsla, 2025



* Uppgifter för Norrbotten redovisas inte.

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 4: Andel(%) först- resp. omföderskor samt personalkategori som gett stödåtgärder pga. förlossningsrädsla 2025

Region	Förstföderska				Omföderska			
	Aurora bm. (%)	Aurora läk. (%)	Psyk/Socionom (%)	Bm. mott. extra (%)	Aurora bm. (%)	Aurora läk. (%)	Psyk/Socionom (%)	Bm. mott. extra besökstid (%)
Blekinge	6,4	2,4	1,4	2,1	13	6,2	1,1	2,1
Dalarna	8,1	4,1	1,5	4,4	7,8	10	1,9	5,3
Gotland	13	2,5	3,1	3,1	13	4,3	1,6	3,1
Gävleborg	16	4,9	1,9	2,8	12	9,8	1,1	1,4
Halland	7,6	2,2	4,2	4,0	9,8	5,9	4,9	3,8
Jämtland	12	3,4	5,7	7,9	15	7,4	2,2	9,2
Jönköping	6,0	2,7	0,73	4,1	7,6	5,5	1,0	3,9
Kalmar	14	2,9	0,93	2,8	17	5,7	0,56	3,2
Kronoberg	6,8	2,2	0,48	1,6	8,5	5,9	0,31	2,1
Riket	8,4	3,9	1,2	4,9	9,1	7,3	1,1	4,6
Skåne	6,1	3,5	1,7	4,2	9,6	7,5	1,7	4,9
Stockholm	9,3	5,9	0,56	6,3	8,3	10	0,39	5,0
Sörmland	8,7	3,4	0,45	5,6	10	5,5	0,30	4,3
Uppsala	5,5	4,5	1,4	9,0	5,7	9,6	0,63	7,8
Värmland	9,9	4,7	0,46	3,3	9,0	10	0,43	3,2
Västerbotten	12	2,5	0,73	2,5	9,8	4,0	0,43	1,6
Västernorrland	7,4	2,2	1,2	3,1	6,5	5,3	0,96	4,3
Västmanland	6,5	3,2	2,2	5,2	8,3	6,0	2,5	5,5
Västra Götaland	7,0	1,8	0,64	4,2	9,4	3,0	0,59	5,0
Örebro	12	6,3	3,5	5,2	11	12	3,1	6,4
Östergötland	8,7	4,8	1,5	3,8	6,5	8,5	0,98	2,2

* bm. = barnmorska, läk. = läkare. Uppgifter för Norrbotten redovisas inte i diagrammet.

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, både för den gravidas egen hälsa och för det kommande barnets hälsa samt för omsorgsrelationerna i familjen. Dessutom medför obehandlad psykisk ohälsa en ökad risk för förlossningskomplikationer och har samband med fysiska ohälsotillstånd under graviditeten.

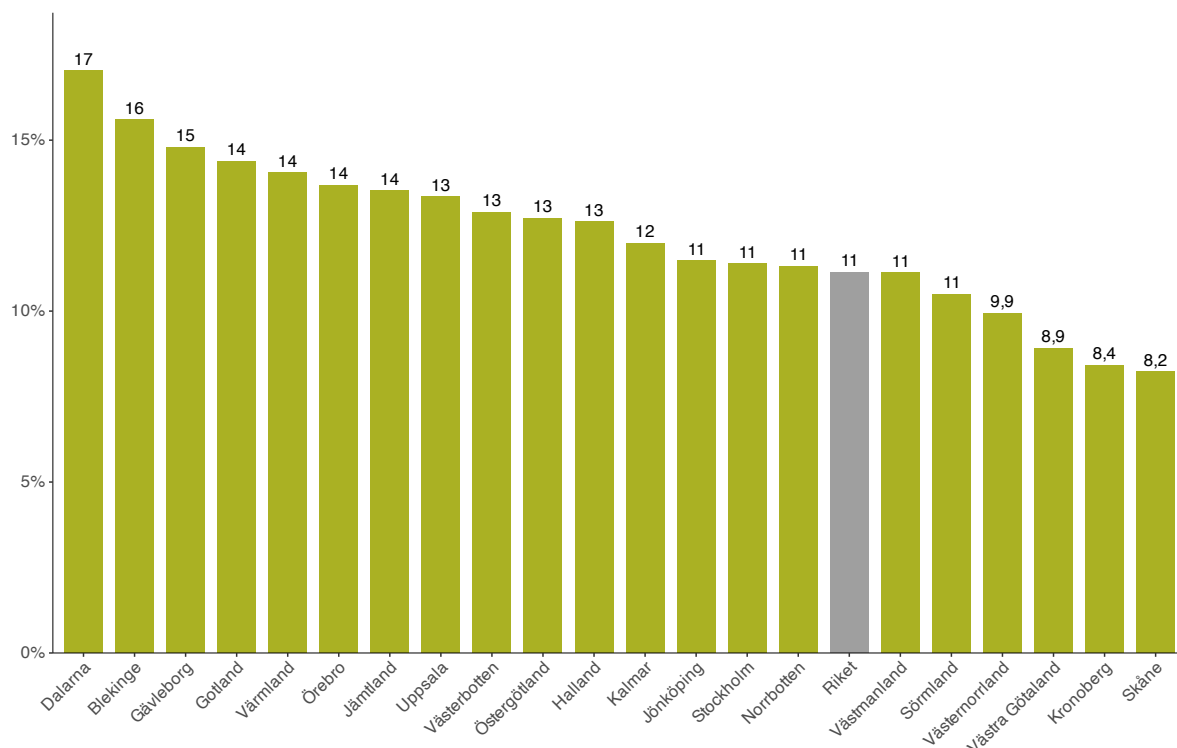
Vid inskrivningsbesöken ställer barnmorskan frågor om tidigare och pågående psykisk ohälsa och uppmärksammar därefter fortlöpande tecken på nyuppkommen ohälsa, för att kunna initiera rätt insatser. I cirka hälften av regionerna sker generell screening för depression under graviditet på barnmorskemottagningarna, de flesta med metoden Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) och oftast vid graviditetsvecka 20. I några regioner används en screeningmetod på indikation.

Tabell 5: Användning av screening för psykisk ohälsa under graviditet, per region 2025

Region	Whooley/GAD till alla	Whooley/GAD på indikation	EPDS till alla	EPDS på indikation efter Whooley/GAD	EPDS på annan indikation	Annan metod	Ingen metod
Blekinge			x			x	
Dalarna			x				
Gotland	x						
Gävleborg			x				
Halland							x
Jämtland						x	
Jönköping					Södra/Östra		Norra
Kalmar					x		
Kronoberg							x
Norrbottn							x
Skåne							x
Stockholm			x				
Sörmland		x					
Uppsala			x				
Värmland			x				
Västra Götaland		x					
Västerbotten							x
Västernorrland							x
Västmanland	x	x		x	x		
Örebro	x						
Östergötland			x				

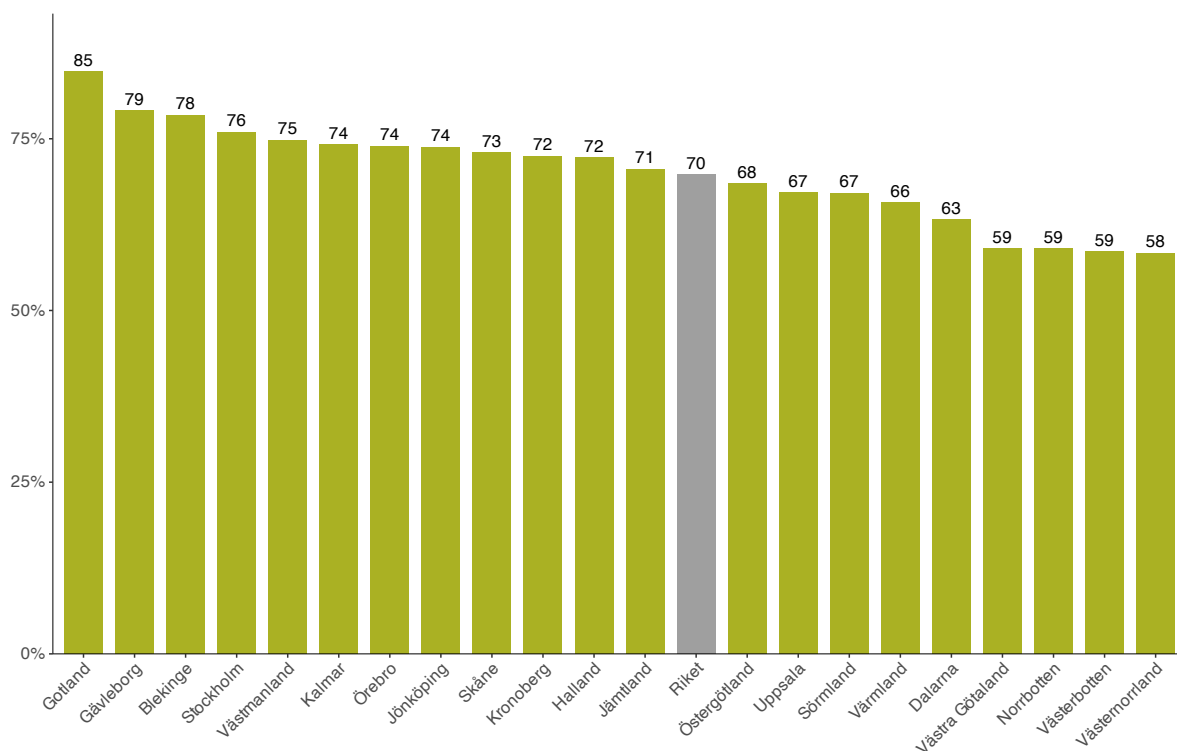
Psykisk ohälsa omfattar i registrets data både psykiska besvär och psykiatriska tillstånd. För allvarligare tillstånd behövs ofta multiprofessionella insatser. I många regioner finns mödra- och barnhälsovårdpsykologer att remittera till för psykologiskt stöd och/eller behandling. Extra stödinsatser från den egna MHV-barnmorskan ges oftast i samtliga av dessa fall.

Andelen gravida som fått behandling för psykisk ohälsa under sin graviditet skiljer sig mellan regionerna, från 8–17%, med ett genomsnitt för riket på 11%, vilket är oförändrat från 2024.

Diagram 32: Andel (%) gravida som behandlats för psykisk ohälsa under graviditet, per region 2025

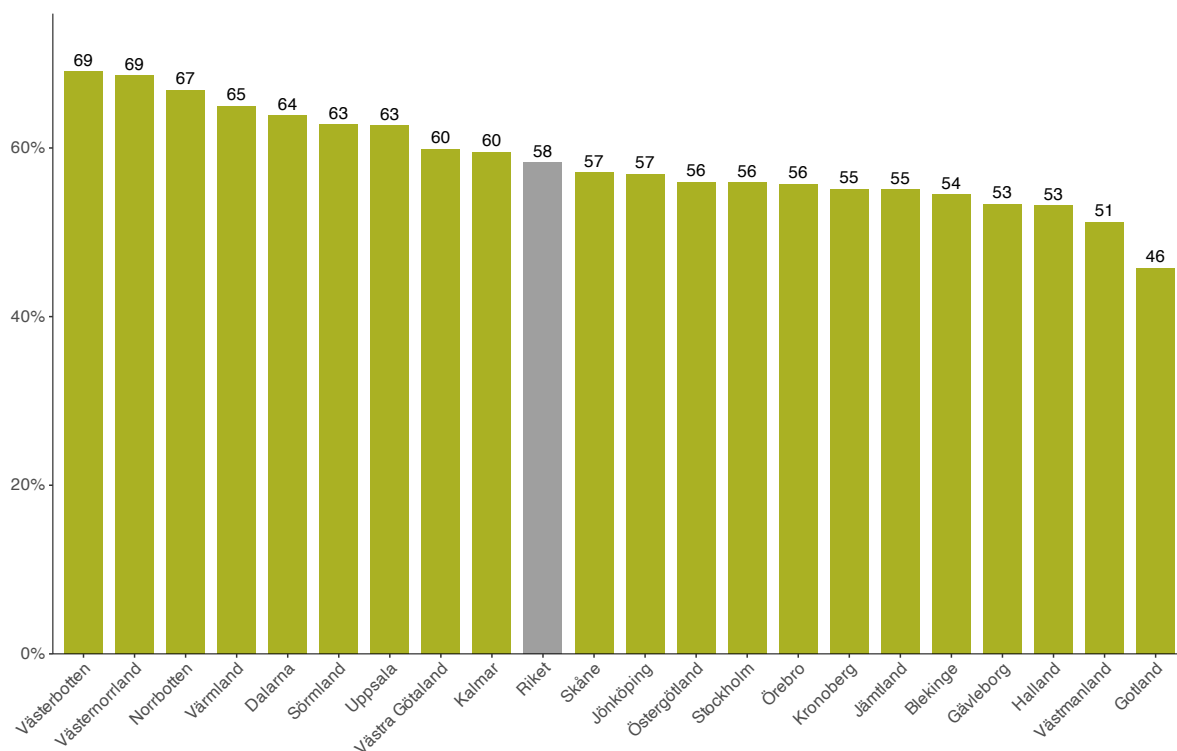
Bland gravida med psykisk ohälsa som fått psykologisk behandling finns tydliga skillnader mellan regionerna. Andelen varierade mellan 58–85%. Riksgenomsnittet var 70%, vilket var en minskning jämfört med 2024 (74%). Ungefär hälften av dem som fick psykologisk behandling påbörjade behandlingen under graviditeten.

Diagram 33: Andel (%) gravida med psykisk ohälsa som fått psykologisk behandling under graviditet, per region 2025



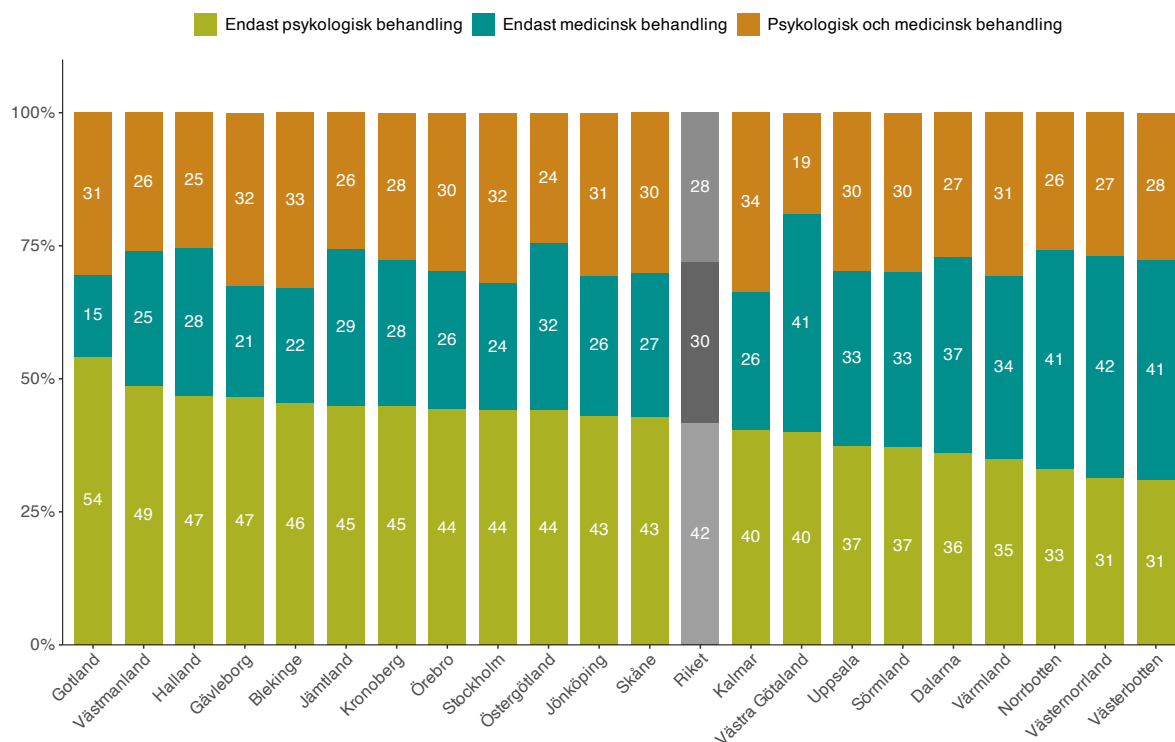
Bland gravida med psykisk ohälsa som fått medicinsk behandling finns också stora regionala skillnader. Andelen varierade mellan 46–69% med ett genomsnitt för riket på 58% under 2025, vilket är en ökning med ett par procentenheter. En stor andel av de gravida som fick medicinsk behandling för psykisk ohälsa under sin graviditet (88%) påbörjade den innan graviditeten.

Diagram 34: Andel (%) gravida med psykisk ohälsa som fått medicinsk behandling under graviditet, per region 2025



Av de som fått behandling för psykisk ohälsa under sin graviditet har något fler fått enbart psykologisk behandling, men med stor variation mellan regionerna. Ungefär en tredjedel har fått både medicinsk och psykologisk behandling samtidigt.

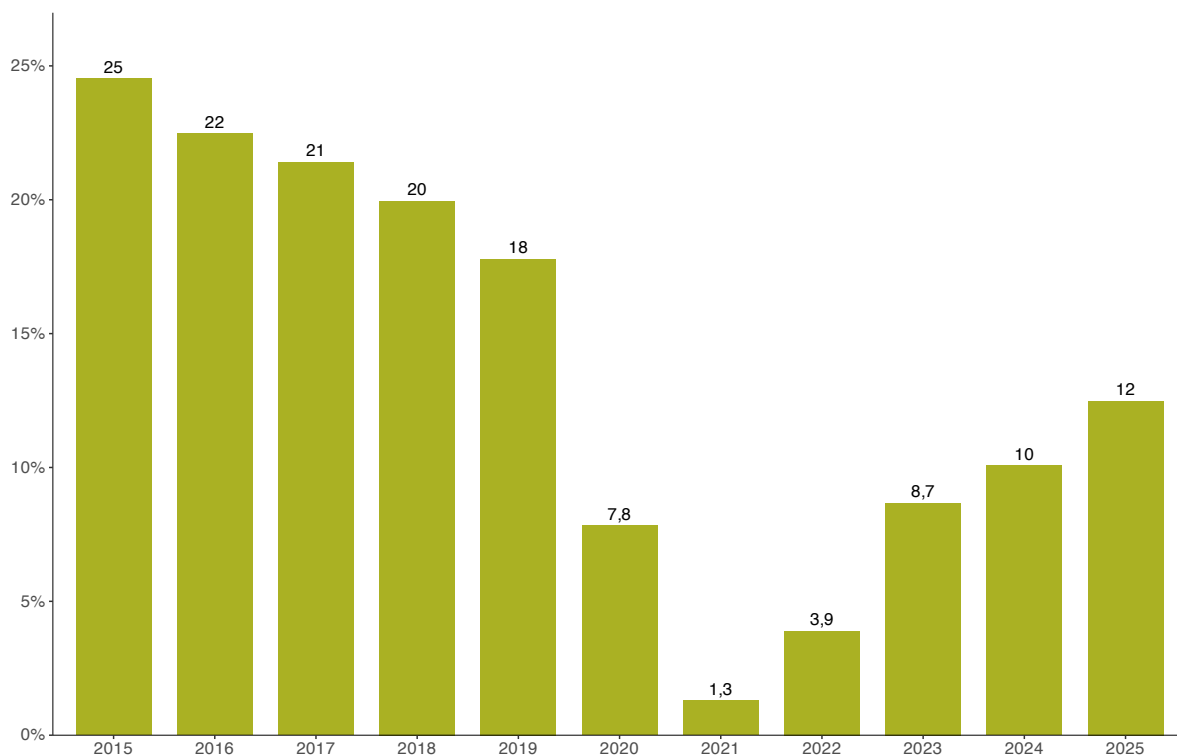
Diagram 35: Fördelning (%) av behandling (enbart medicinsk, enbart psykologisk, både medicinsk och psykologisk) bland gravida med psykisk ohälsa per region, 2025



Föräldraskapsstöd

Föräldraskapsstöd med målet att stärka blivande föräldrar under graviditet, inför förlossningen och det blivande föräldraskapet är en del av mödrahälsovårdens uppdrag. Enligt Socialstyrelsens "Nationella riktlinjer för graviditet, förlossning och tiden efter" ska föräldragrupper erbjudas till alla gravida. Med föräldragrupp avses en mindre grupp som träffas fysiskt på barnmorskemottagningen vid två eller fler träffar. I samband med pandemin sågs en tydlig nedgång i andel gravida som deltog i föräldragrupp, vilket sannolikt hade samband med de restriktioner för fysiska träffar som gällde under denna period. Därefter har andel gravida som deltar i föräldragrupp ökat igen, men inte till samma nivå som före pandemin.

Diagram 36: Andel (%) gravida som deltagit i föräldraskapsstöd, riket år 2015-2025



Det är stora skillnader mellan regionerna i deltagandet i föräldragrupper, både vad gäller förstföderskor och samtliga gravida. Andra förlossnings-, amnings- och föräldraförberedande insatser än föräldragrupper erbjuds också i olika former i regionerna, men dessa insatser registreras inte i Graviditetsregistret längre eftersom de inte är jämförbara.

Diagram 37: Andel (%) förstföderskor som deltagit i föräldragrupp per region 2025

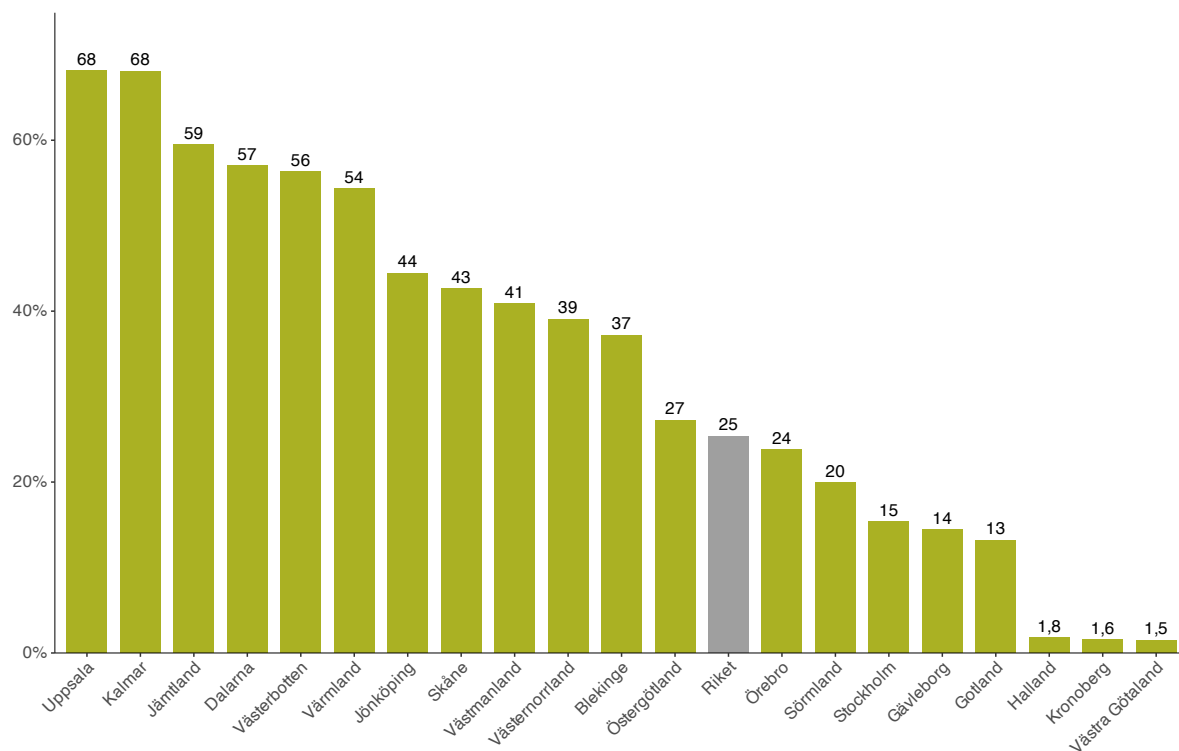
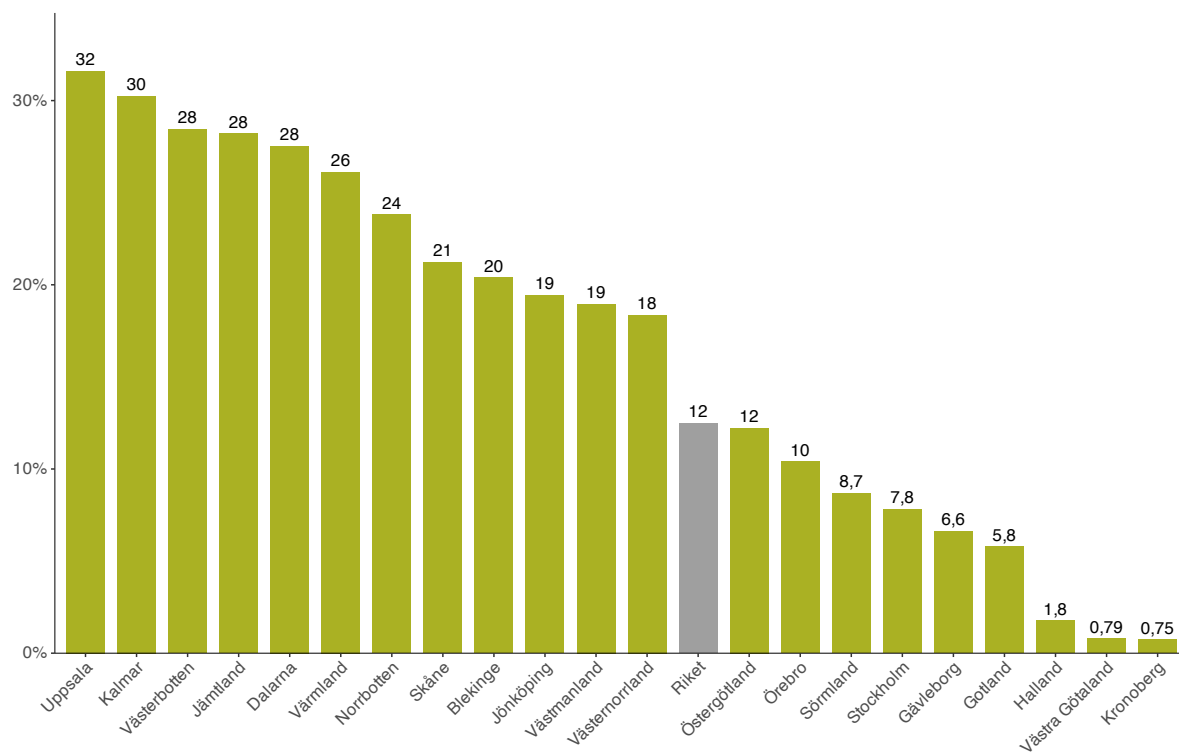


Diagram 38: Andel (%) gravida som deltagit i sammanhållen föräldragrupp per region 2025



Body Mass Index (BMI) vid inskrivning inom mödrahälsovården

BMI räknas ut utifrån längd och vikt. Vid inskrivningen på barnmorskemottagningarna under 2025 hade 29% av de gravida ett BMI som motsvarade övervikt och 18% ett BMI som motsvarade obesitas, medan andelen underviktiga gravida var oförändrad, cirka 2%. Förekomsten av övervikt och obesitas varierar mellan regioner. Eftersom övervikt och obesitas medför en ökad risk för komplikationer under graviditet och förlossning för både den gravida och för barnet, innebär det behov av utökade resurser för diagnostik, uppföljning och behandling. Detta är ett folkhälsoproblem och understryker även behovet av förebyggande insatser med ett långsiktigt perspektiv för den gravidas, barnets och familjens hälsa.

Diagram 39: Andel (%) gravida med övervikt respektive obesitas riket, år 2014-2025

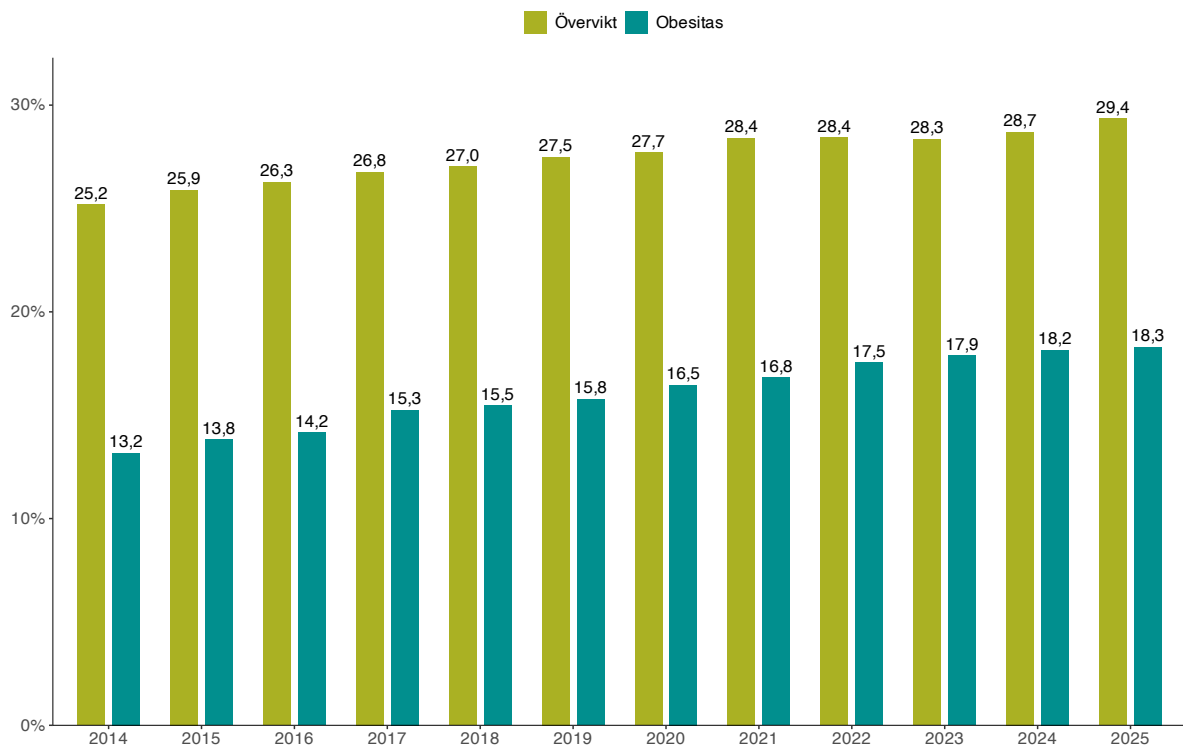
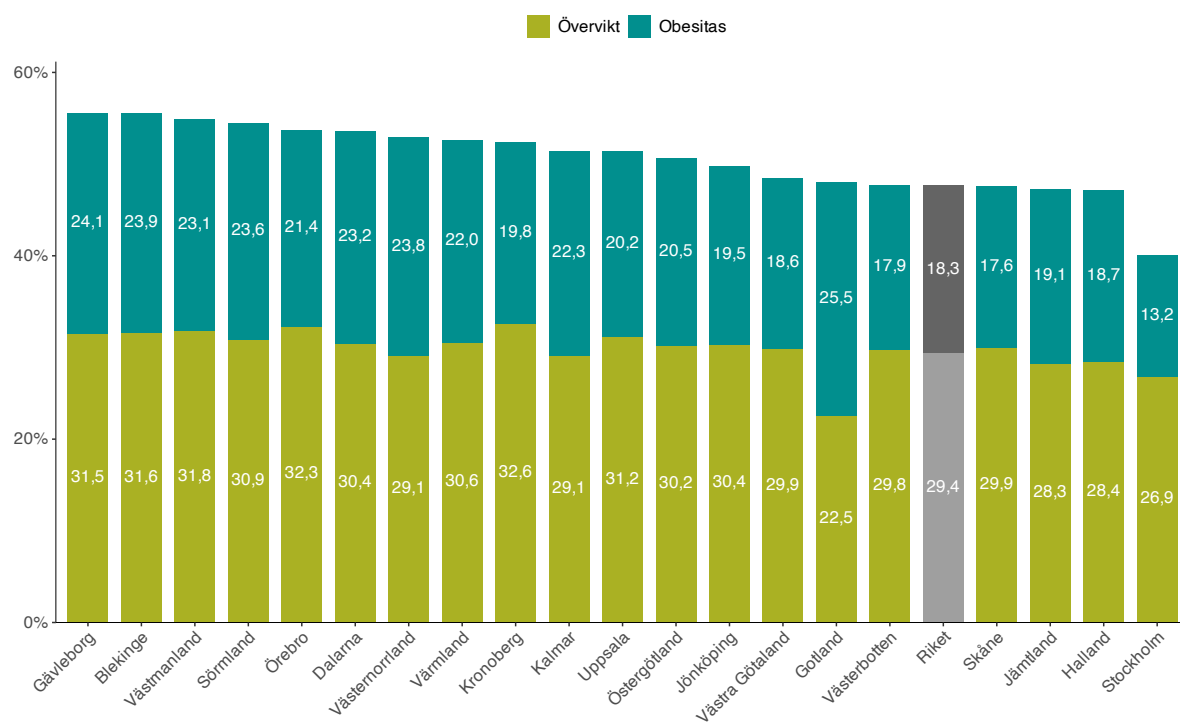
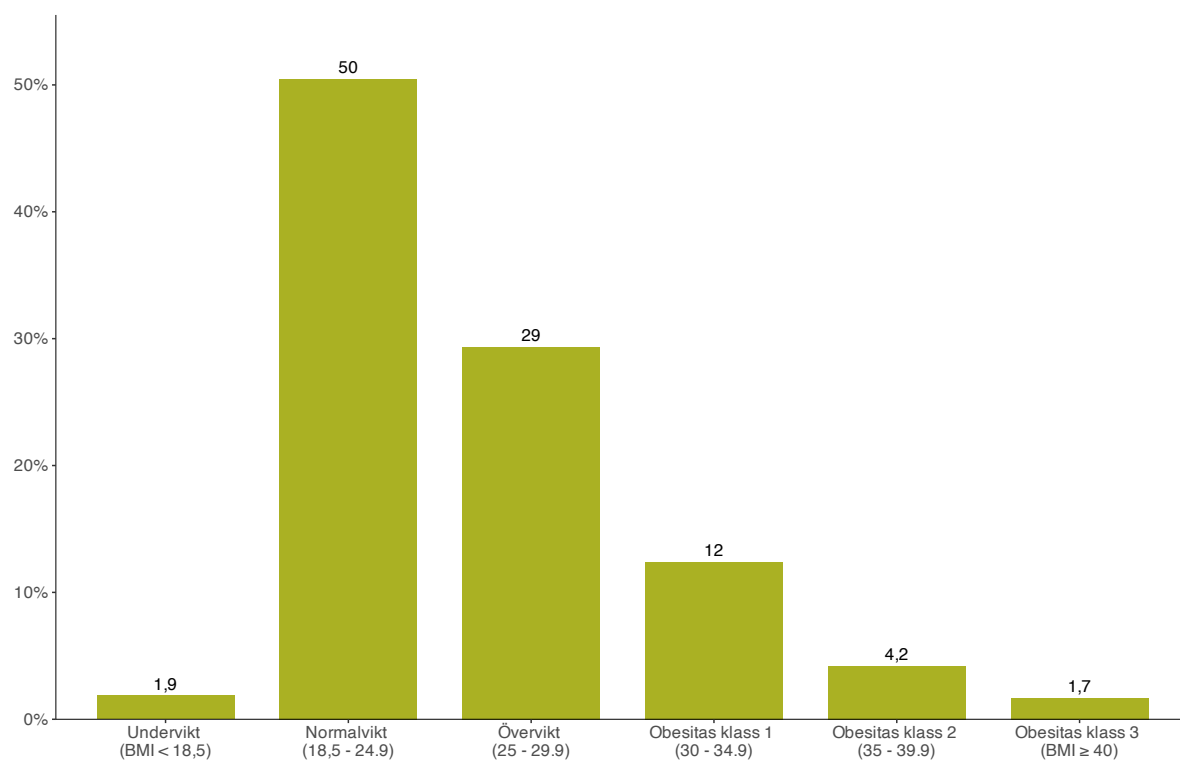


Diagram 40: Andel (%) gravida med övervikt respektive obesitas, per region 2025



* Uppgifter för Norrbotten redovisas inte.

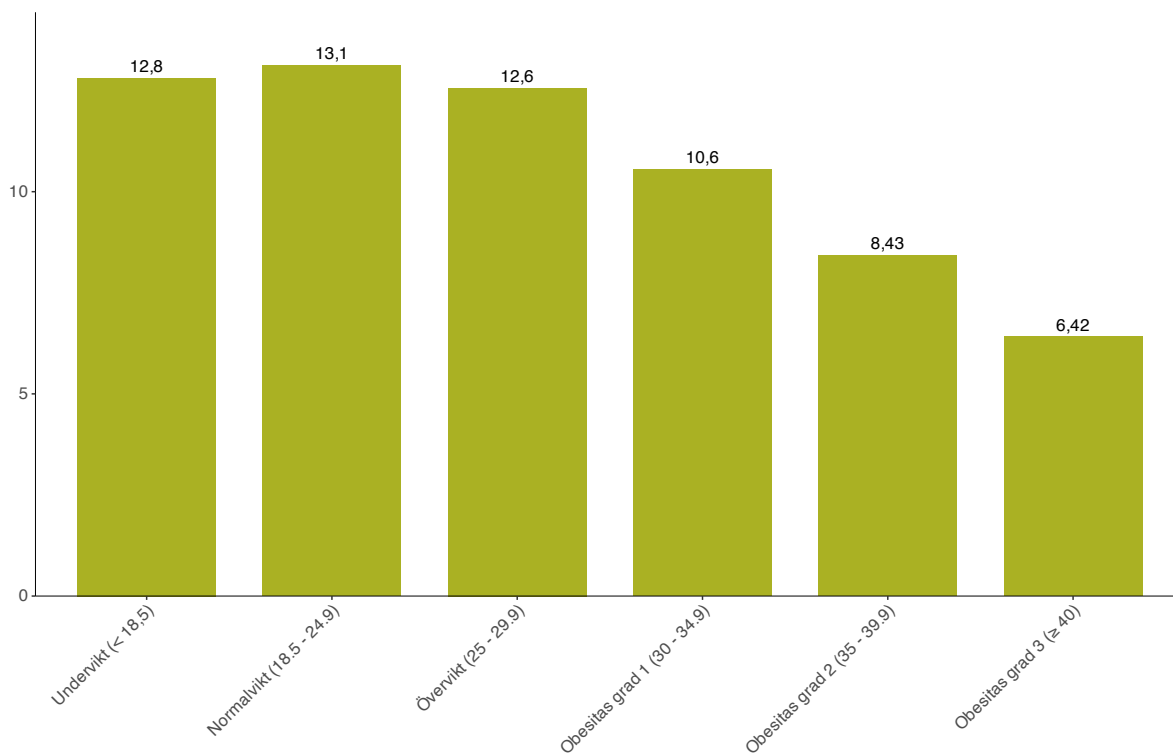
Diagram 41: Andel (%) gravida per BMI-grupp, riket 2025



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. Vid obesitas rekommenderas numera att eftersträva en begränsad eller ingen viktuppgång under graviditeten.

Diagram 42: Genomsnittlig viktuppgång (kilo) per BMI-grupp 2025



Graviditetsdiabetes (GDM)

Graviditetsdiabetes definieras som förhöjda blodsockernivåer som debuterar eller upptäcks under graviditeten. Under graviditeten ökar insulinbehovet normalt två till tre gånger på grund av den fysiologiskt ökade insulinresistensen. Hos kvinnor med GDM räcker bukspottkörtelns insulinproduktion inte till för att kompensera för den ökade insulinresistensen. Det finns ett samband mellan GDM och både kort- och långsiktiga hälsorisker samt förlossningskomplikationer för den gravida och barnet. I samband med graviditeten finns en ökad risk att utveckla havandeskapsförgiftning och större sannolikhet för behov av kejsarsnitt. För barnet föreligger det en ökad risk för makrosomi (födelsevikt över 4 500 g) och lågt blodsocker efter förlossningen. Långsiktigt är GDM både kopplat till en ökad risk för modern att senare i livet utveckla diabetes mellitus typ 2 och för barnet att utveckla obesitas. Socialstyrelsen framhåller i de nationella riktlinjerna för 2026 att diagnostik och behandling av GDM är en viktig folkhälsofråga.

Efter en GDM-diagnos erbjuds den gravida egenprovtagning samt råd och information om kost, motion och livsstil. Det innebär utökade antal kontroller hos barnmorska och läkare i olika omfattning. I många fall är livsstilsåtgärder och kostråd tillräckliga för att uppnå god blodsockerkontroll, medan andra gravida behöver läkemedelsbehandling som i de flesta fall kan avslutas efter förlossningen.

Diagnosen ställs i första hand med oral glukosbelastning, Oral Glucose Tolerance Test (OGTT), men andra metoder för blodsockerkontroll kan också användas. Kriterier för att erbjuda OGTT samt gränsvärden för blodsocker varierar mellan regionerna fortsatt under 2025. Även behandlingsriktlinjerna vid ställd diagnos skiljer sig åt. Det betyder att sannolikheten för att en gravid ska få diagnosen GDM och eventuella åtgärder vid förhöjt blodsocker under graviditeten beror på var den gravida bor. För att främja en mer jämlik vård rekommenderar Socialstyrelsen i de nationella riktlinjerna 2026 uppdaterade diagnostiska gränsvärden, och Nationellt basprogram för graviditetsövervakning rekommenderar screening av p-glukos i graviditetsvecka 24-28 för samtliga gravida.

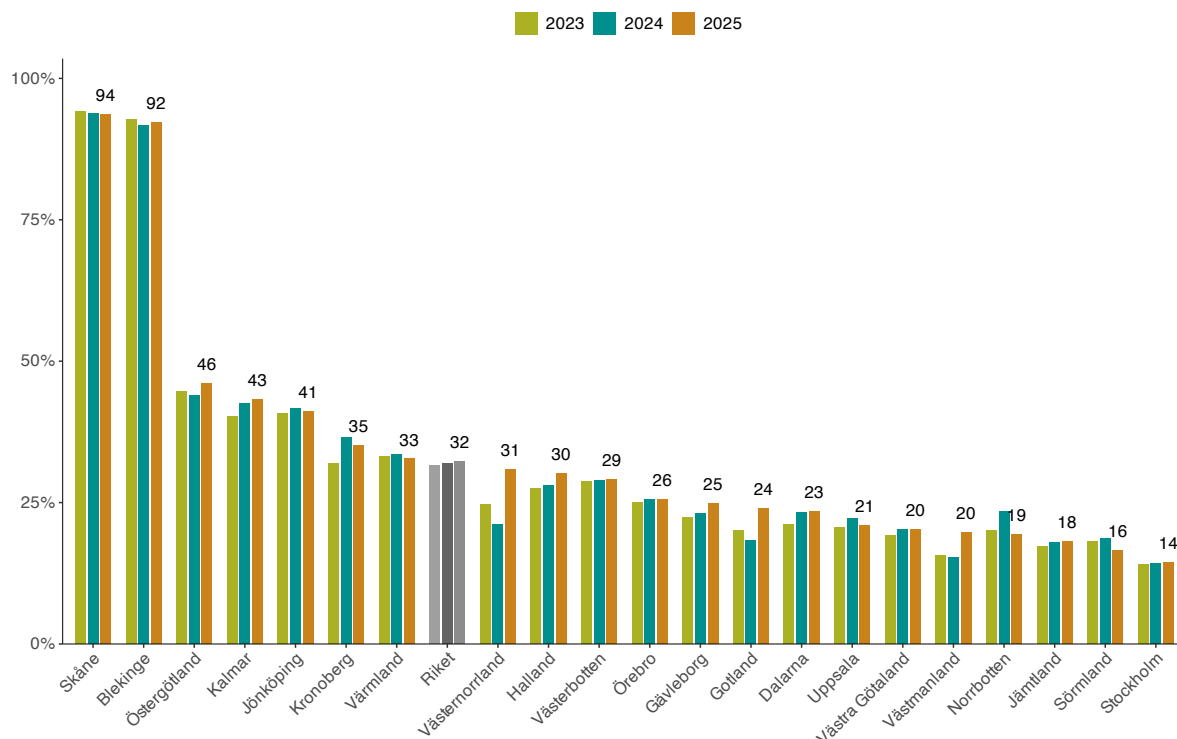
Tabell 6: Gränsvärden vid glukosbelastning, 2025

Mättidpunkt	2015 (mmol/l)	2026 (mmol/l)
Fastande	5,1	5,4
1 timme efter 75 g glukosbelastning	10	10,1
2 timmar efter 75 g glukosbelastning	8,5	8,6

Regionerna arbetar för närvarande med att anpassa sina rutiner till de nya rekommendationerna. Tabellen redovisar aktuellt läge, inklusive provtagningsmetod (venös eller kapillär), för att möjliggöra framtida jämförelser. Vid kapillär provtagning anges korregerade gränsvärden, eftersom resultaten inte är helt jämförbara med de vid venös provtagning.

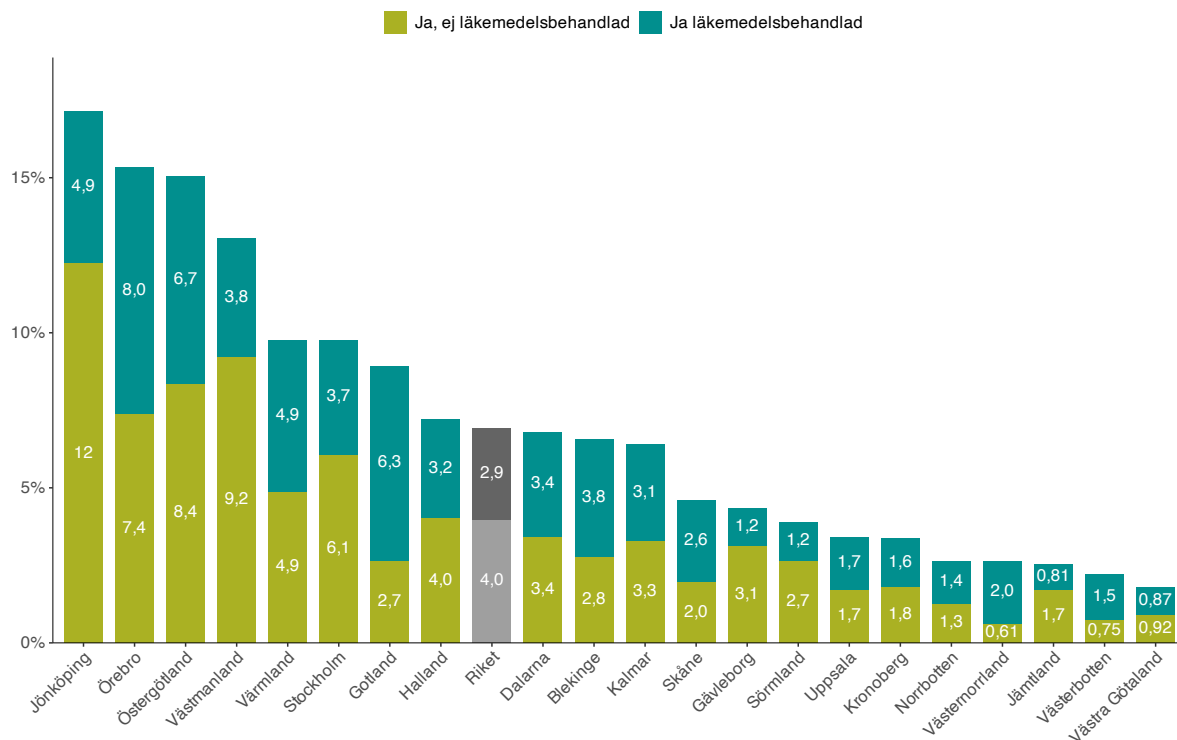
Tabell 7: Gränsvärden (p-glukos, mmol/L) för diagnos graviditetsdiabetes, baserat på oral glukosbelastning, per region 2025.

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

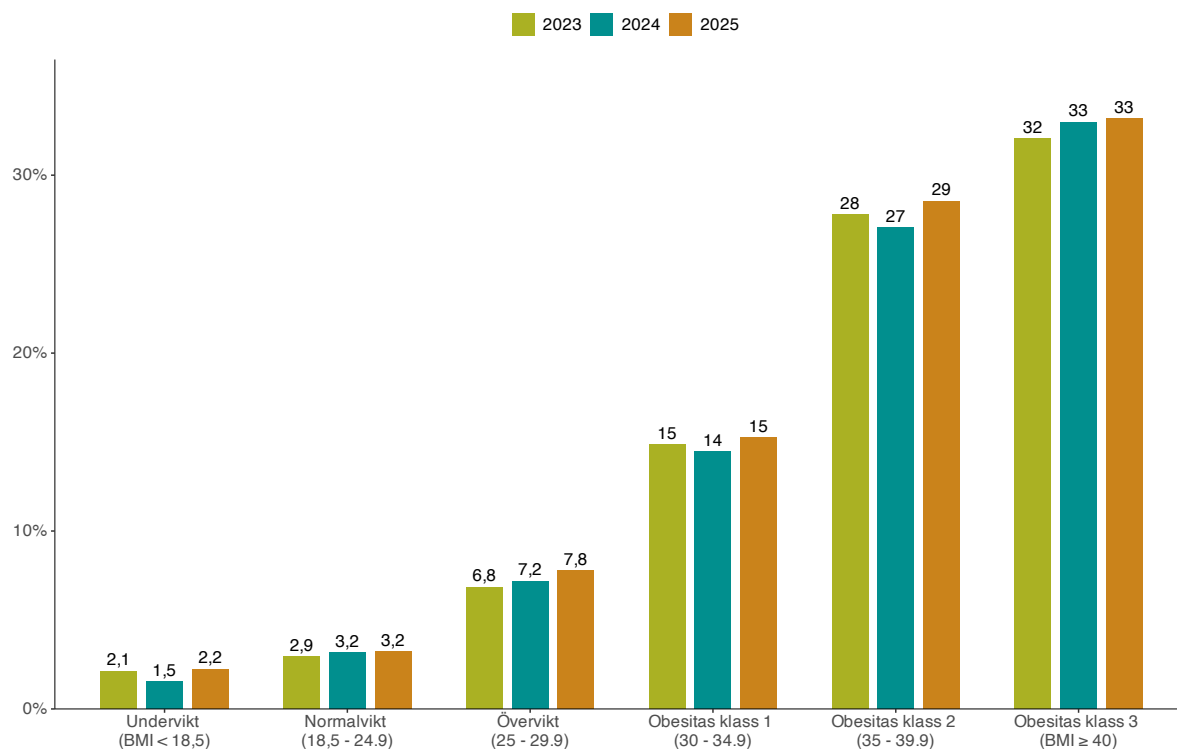
Diagram 43: Andel (%), gravida som genomgått glukosbelastning, per region, 2023-2025

Andelen gravida som diagnostiseras med GDM varierar mellan regionerna. Skillnaderna kan sannolikt till stor del förklaras av skillnader i screeningrutiner, arbetssätt och diagnostiska kriterier, men även av regionala variationer i förekomsten av riskfaktorer. Tabellen visar också fördelningen mellan kost- och läkemedelsbehandlade gravida i respektive region.

Diagram 44: Andel (%) gravida som diagnostiserats med graviditetsdiabetes som har läkemedelbehandlats respektive ej läkemedelbehandlats, per region 2025



En stark riskfaktor för GDM är övervikt och obesitas. Under 2025 diagnostiserades 3% av normalviktiga gravida i Sverige med GDM, medan motsvarande siffra för gravida med BMI ≥ 40 var 33%, dock kan spridningen till viss del bero på att gravida med ett BMI ≥ 40 screenas i större utsträckning med OGTT.

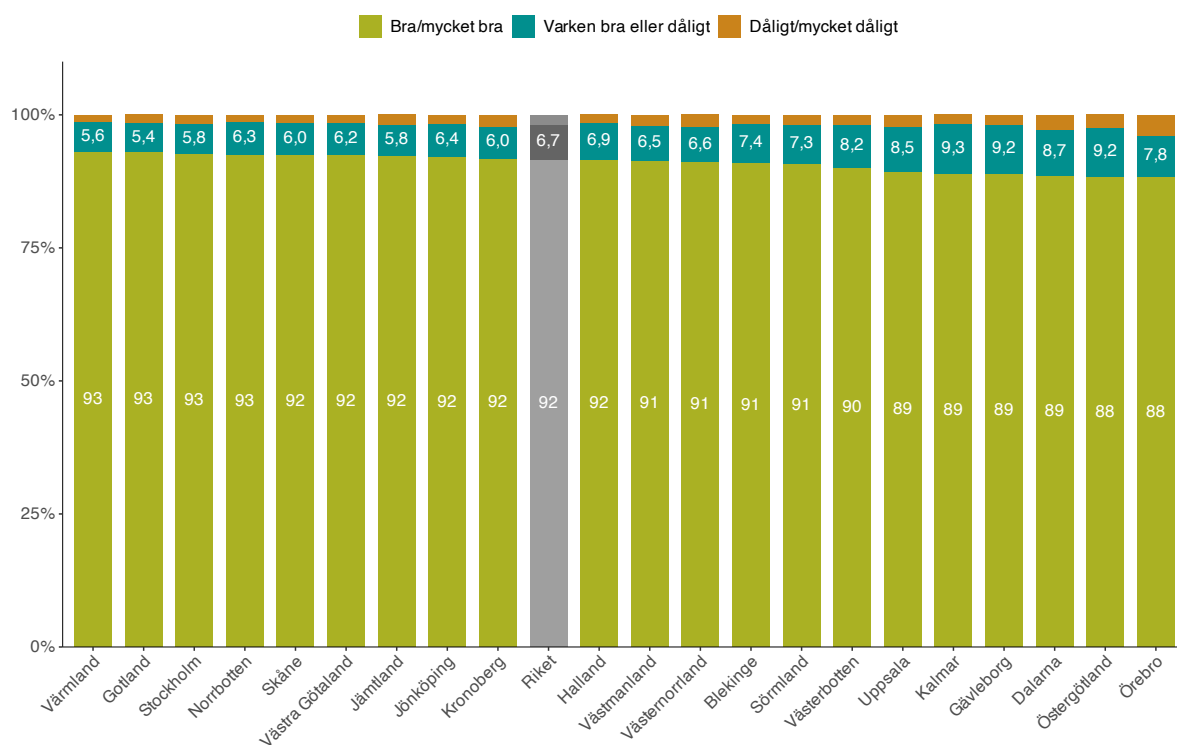
Diagram 45: Andel (%) gravida som diagnostiserats med graviditetsdiabetes fördelat på BMI-grupp, riket 2023-2025

Självskattad hälsa

Självskattat allmänt hälsotillstånd beskriver individens egen upplevelse av 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 dålig) till 5 (mycket bra). Kvinnan ombeds vid inskrivningsbesöket att skatta sin hälsa före graviditeten. Vid eftervårdsbesöket skattas hälsan både avseende tiden under graviditeten och vid tidpunkten för eftervårdsbesöket. Uppgifterna matas in manuellt i Graviditetsregistret. Det finns skillnader i självskattad hälsa mellan regionerna. Dessa skillnader är svåra att förklara, men förutom att det kan vara en sann skillnad i måendet, så kan det också till exempel bero på tradition hur barnmorskan ställer frågan eller hur personer i regionen skattar bra respektive dålig hälsa.

I genomsnitt skattade 92% av de gravida sin hälsa före graviditeten som mycket bra eller bra under 2025.

Diagram 46: Fördelning av självskattad hälsa före graviditeten per region, 2025



Under graviditeten skattade i genomsnitt 78% av de gravida sin hälsa som mycket bra eller bra och efter graviditeten 90%.

Diagram 47: Fördelning av självskattad hälsa under graviditeten per region, 2025

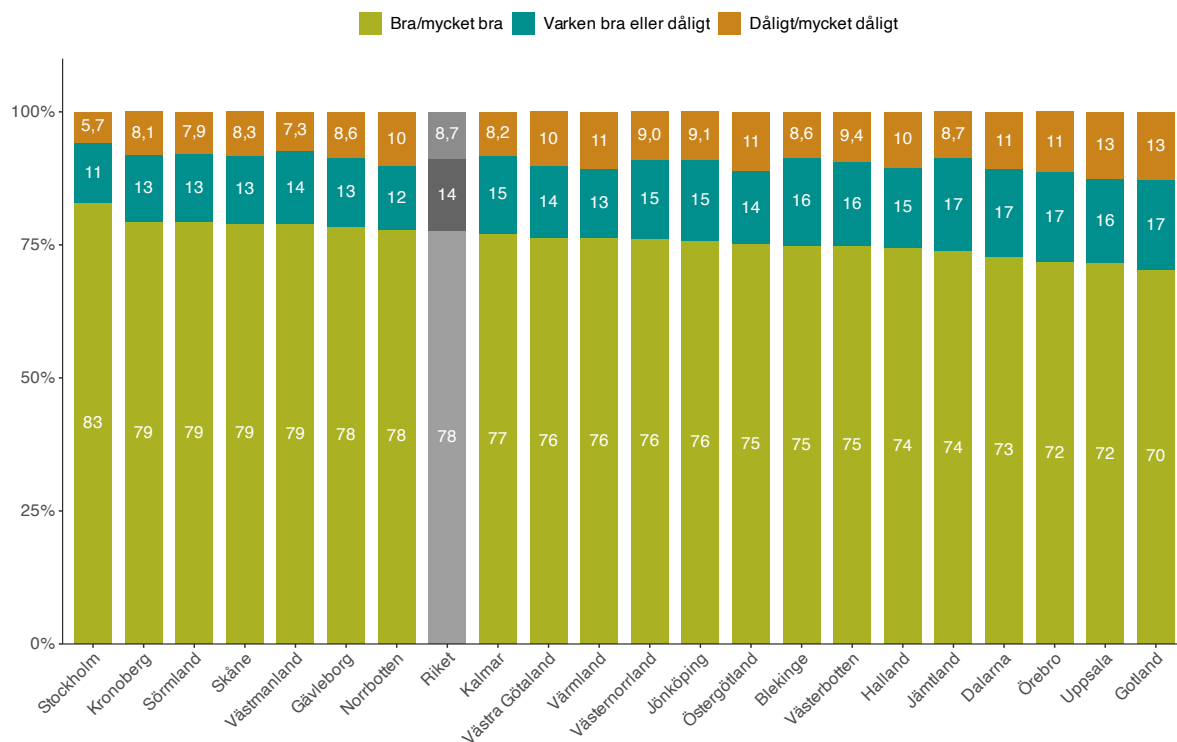
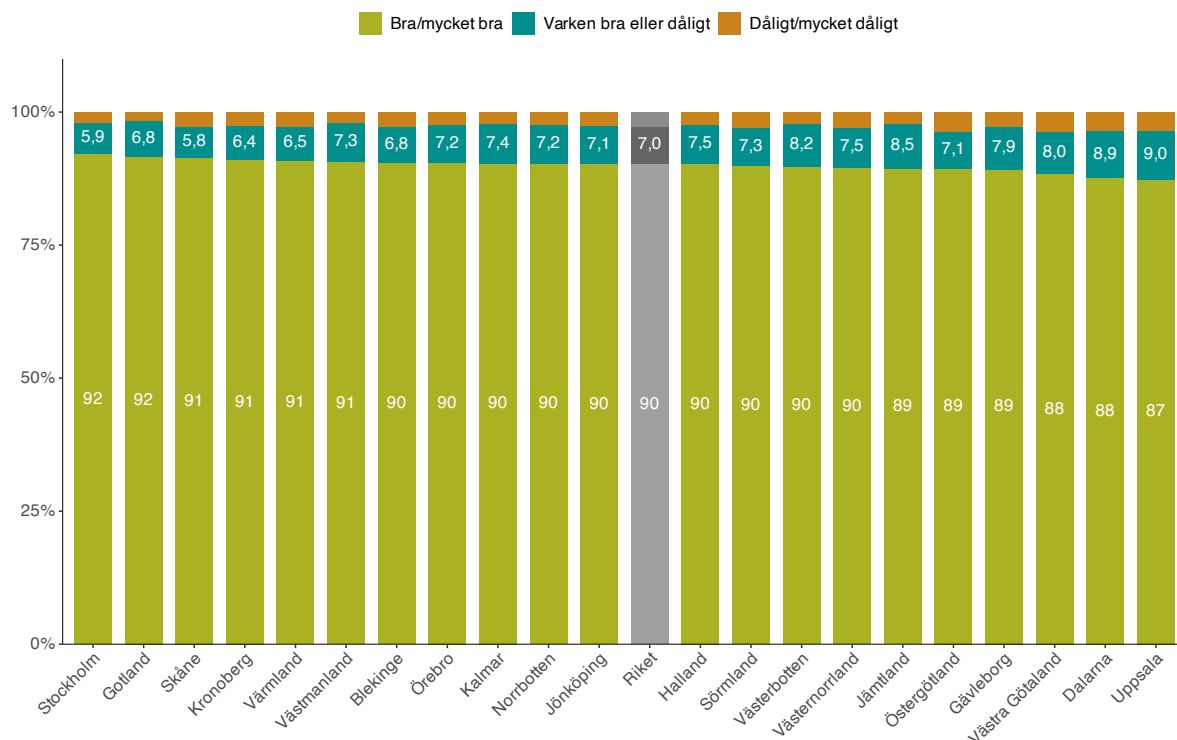


Diagram 48: Fördelning av självskattad hälsa efter graviditeten per region, 2025



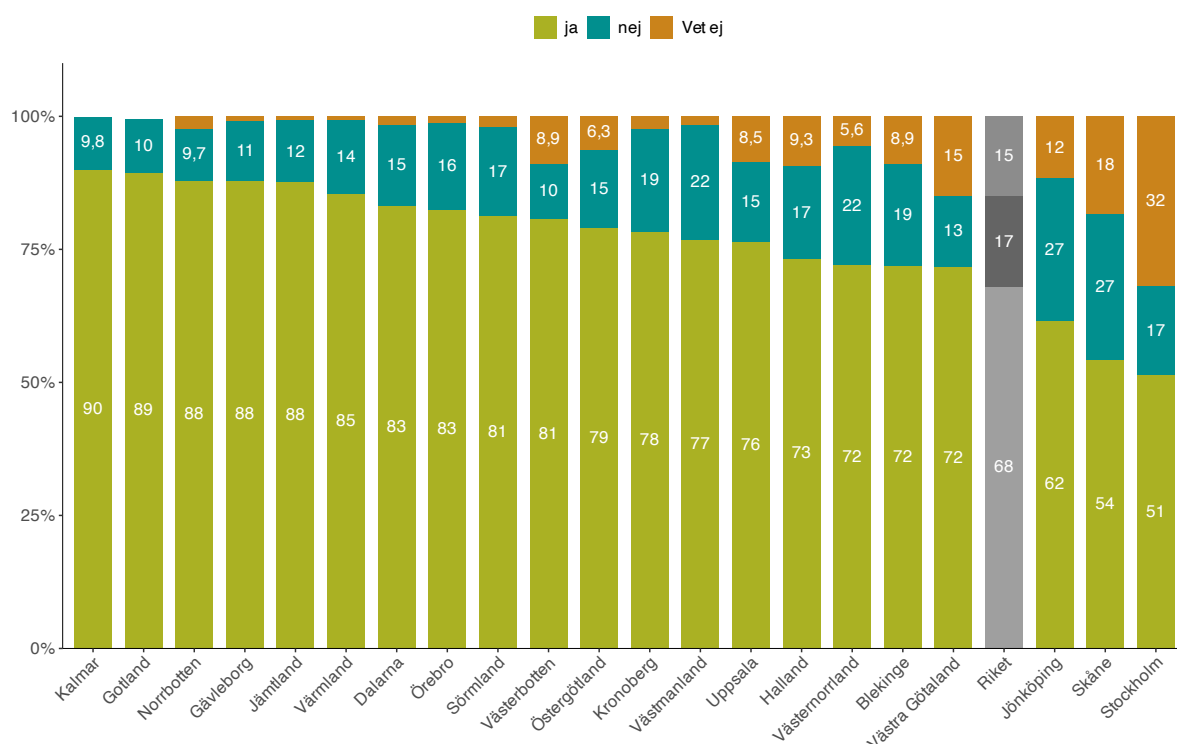
Vaccinationer under graviditet

Under graviditeten rekommenderas vaccination mot säsongsinfluensa och kikhosta. Folkhälso-myndigheten införde en nationell rekommendation om vaccination mot kikhosta under gravi-ditet i augusti 2022.

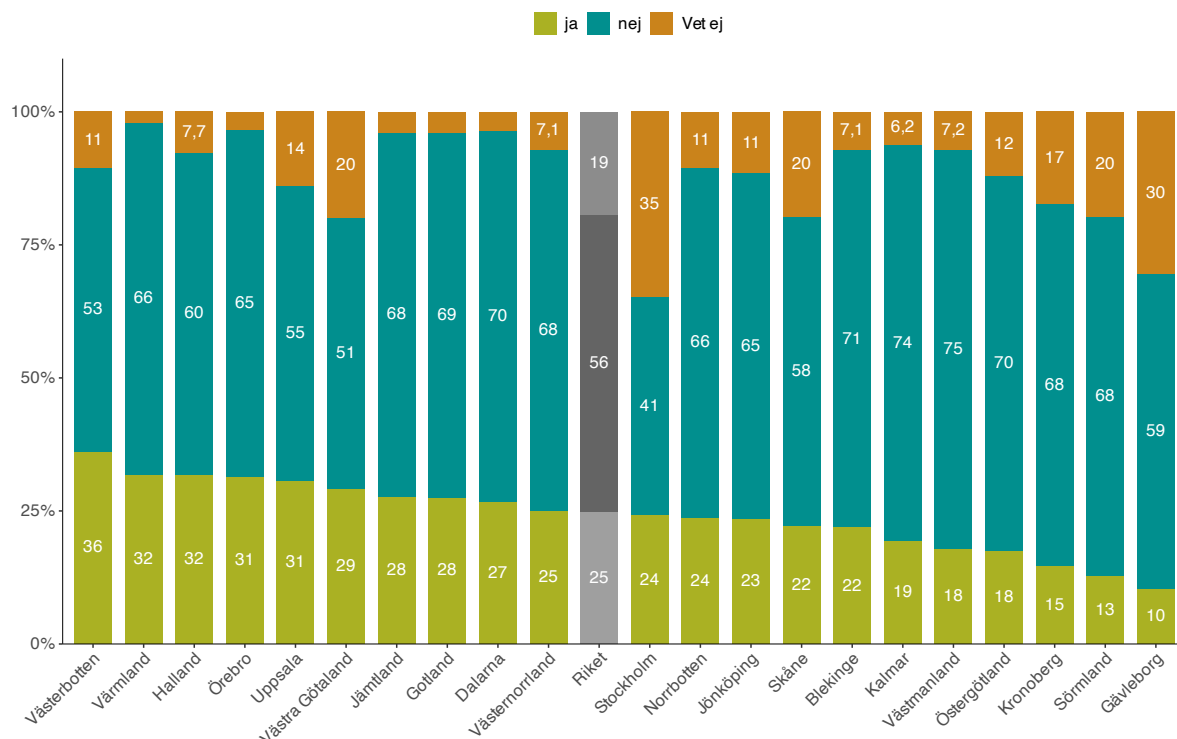
Vaccinationerna registreras inte i Nationella vaccinationsregistret vilket gör att registreringen i Graviditetsregistret är det enda register där vi kan se vaccinationstäckningen bland gravida mot kikhosta och säsongsinfluensa. Uppgifterna registreras manuellt i Graviditetsregistret.

Andel gravida som vaccinerat sig mot kikhosta har ökat från 38% 2023, 58% 2024 till 68% 2025. Rutinerna för vaccinering av kikhosta ser olika ut i landet vilket troligtvis påverkar andelen vaccinerade.

Diagram 49: Vaccination mot kihosta per region2025



Vaccination mot influensa erbjuds enbart under influensasäsong, vilket gör att alla gravida inte blir erbjudna vaccineringen, vilket påverkar andelen vaccinerade.

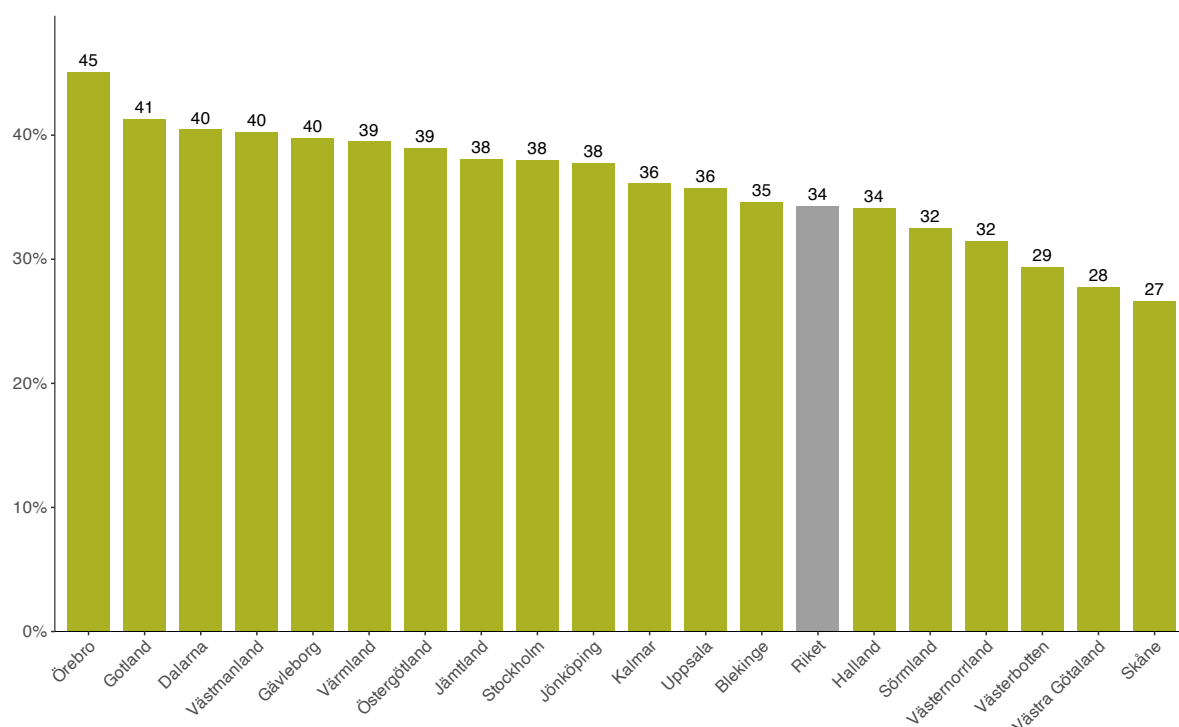
Diagram 50: Vaccination mot influensa per region 2025

Komplikationer

Nytt i Årsrapporten 2025 är rapportering om förekomst av olika graviditetsrelaterade tillstånd och komplikationer under graviditet. Tillstånd som ingår i denna rapportering är graviditetsdiabetes (GDM), stöd- och eller behandling för psykisk ohälsa, graviditetshypertoni, preeklampsi, eklampsi, djup ventrombos, intrahepatisk kolestas, pyelonefrit, samt stöd vid förlossningsrädsla. I riket fick 34% av de gravida någon av ovanstående diagnoser under sin graviditet med en spridning i landet på 27–45%. Då registreringen sannolikt inte är fullständig kan viss underrapportering av diagnoser förekomma, vilket innebär att förekomsten av dessa tillstånd kan vara underskattad. Den stora skillnaden mellan regionerna beror sannolikt delvis på de olika kriterierna för diagnos och behandling av GDM. Det hade varit önskvärt att ha med fler tillstånd eller komplikationer, såsom exempelvis anemi och hyperemesis, men här förefaller data saknas i olika omfattning, varpå vi valt att inte ta med detta.

Graviditetsrelaterade tillstånd och komplikationer är vanliga orsaker till utökade kontroller och/eller utökad vård under graviditeten. Flera av dessa tillstånd är också kopplade till en ökad risk för framtida sjuklighet, vilket understryker vikten av tidig upptäckt, för behandling, uppföljning och i vissa fall förebyggande insatser.

Diagram 51: Andel (%) med vissa komplikationer/tillstånd under graviditet per region, 2025



* Uppgifter för Kronoberg och Norrbotten redovisas inte.

Tidig uppföljning och eftervårdsbesök

En väl fungerande vårdkedja mellan mödrahälsovård, förlossningsklinik och barnhälsovård är nödvändig för att nyblivna föräldrar ska kunna erbjudas bra stöd och uppföljning.

Tidig uppföljning

Vård efter förlossning, eftervård, har sedan ett flertal år uppmärksammats, brister har identifierats och behovet av uppföljning ur olika aspekter har betonats, vilket har gett upphov till omfattande förbättringsarbeten. Alla regioner har nu infört riktlinjer för tidig uppföljning och rådgivning inom tre veckor efter förlossningen som ett komplement till eftervårdsbesöket (se beskrivning nedan). Kronoberg införde dessa riktlinjer först i slutet av 2025. Riktlinjerna bygger på Socialstyrelsens kunskapsstöd från 2022 och syftar även till att möta resultat från Graviditetsenkäten, där en stor andel kvinnor har uppgett osäkerhet kring vart de skall vända sig med både fysiska och psykiska besvär efter förlossningen. Andelen kvinnor som har fått någon form av tidig uppföljning har ökat med 13 procentenheter sedan 2023 och uppgick 2025 till 83%.

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

Diagram 52: Andel (%) som fått någon form av tidig eftervård per region, 2025

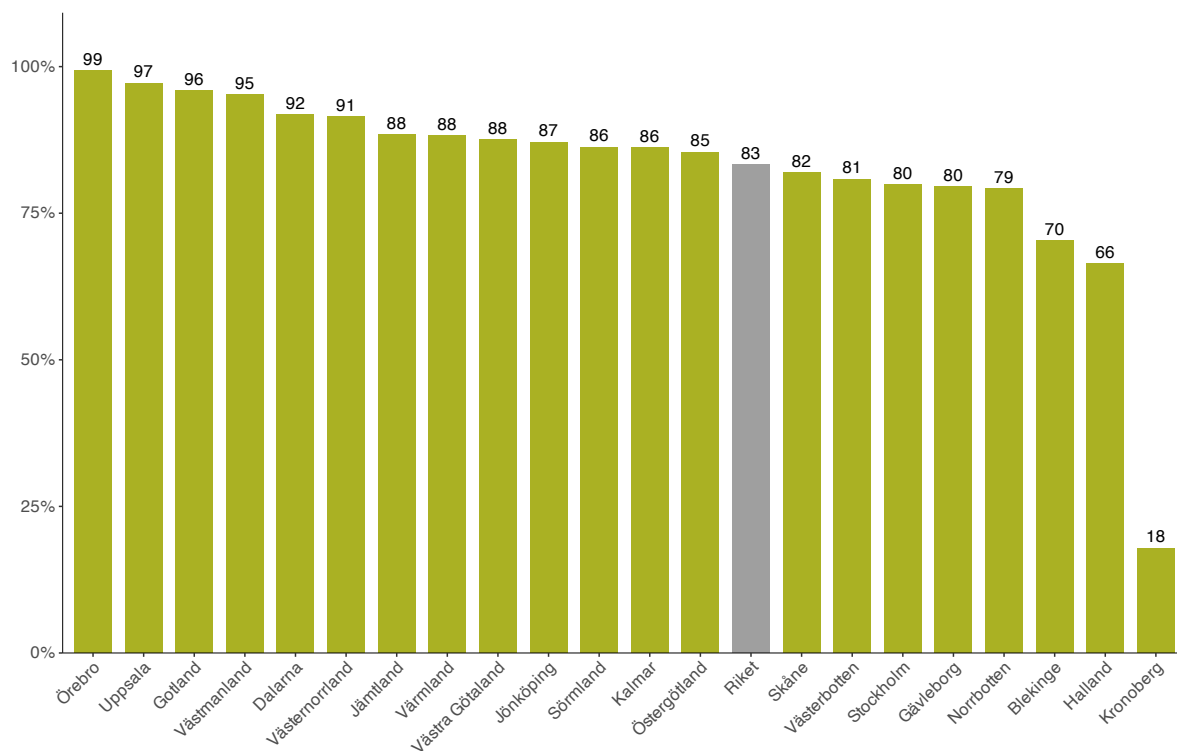


Diagram 53: Andel (%) som fått tidig eftervård i form av telefonkontakt per region, 2025

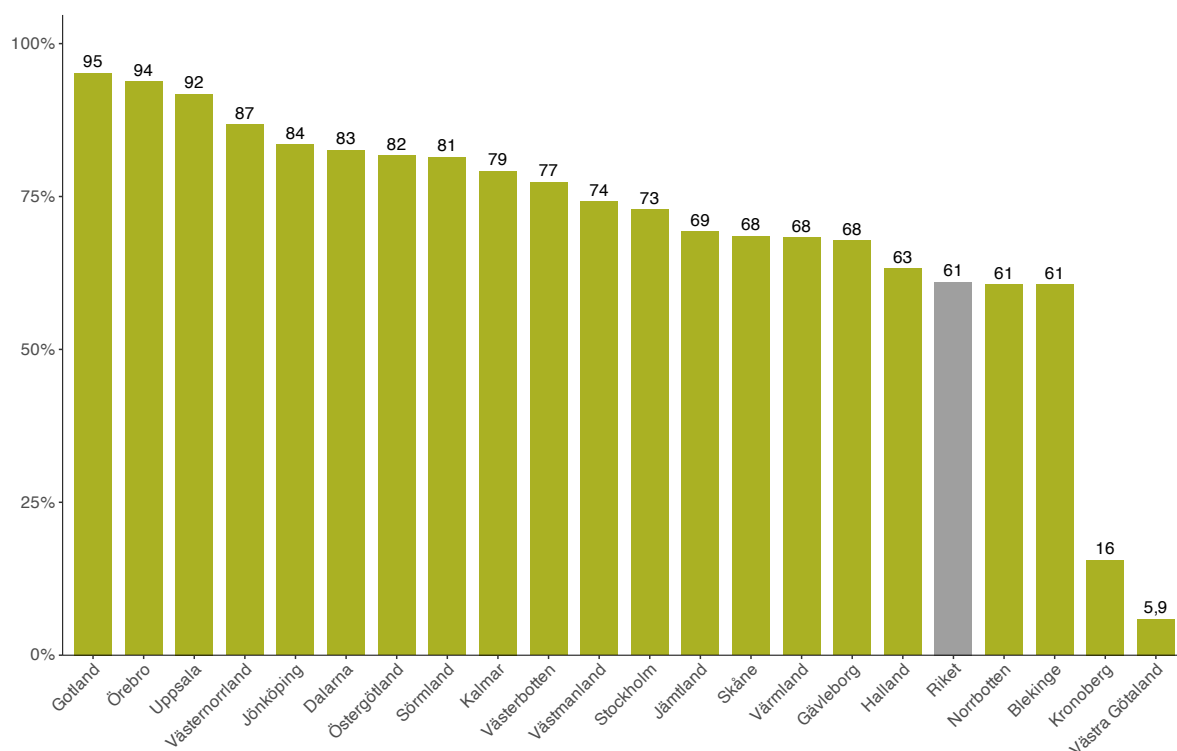


Diagram 54: Andel (%) som fått tidig eftervård i form av digitalt vårdmöte per region, 2025

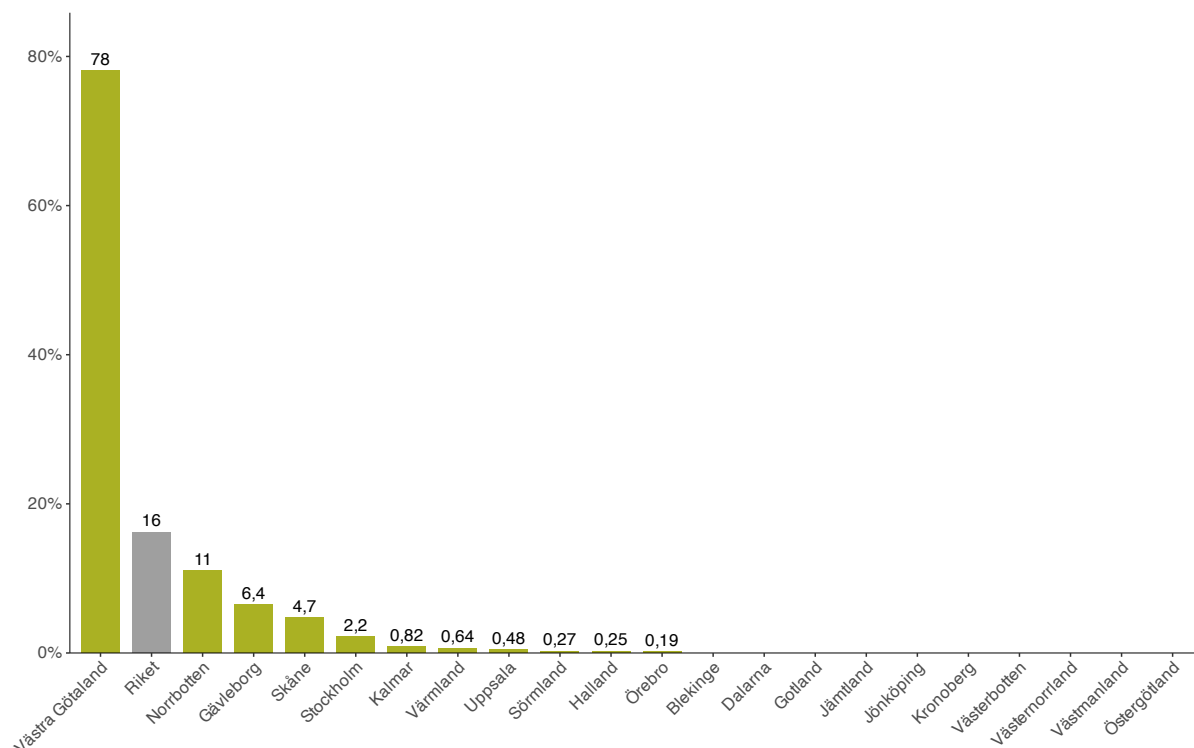


Diagram 55: Andel (%) som fått tidig eftervård i form av mottagningsbesök per region, 2025

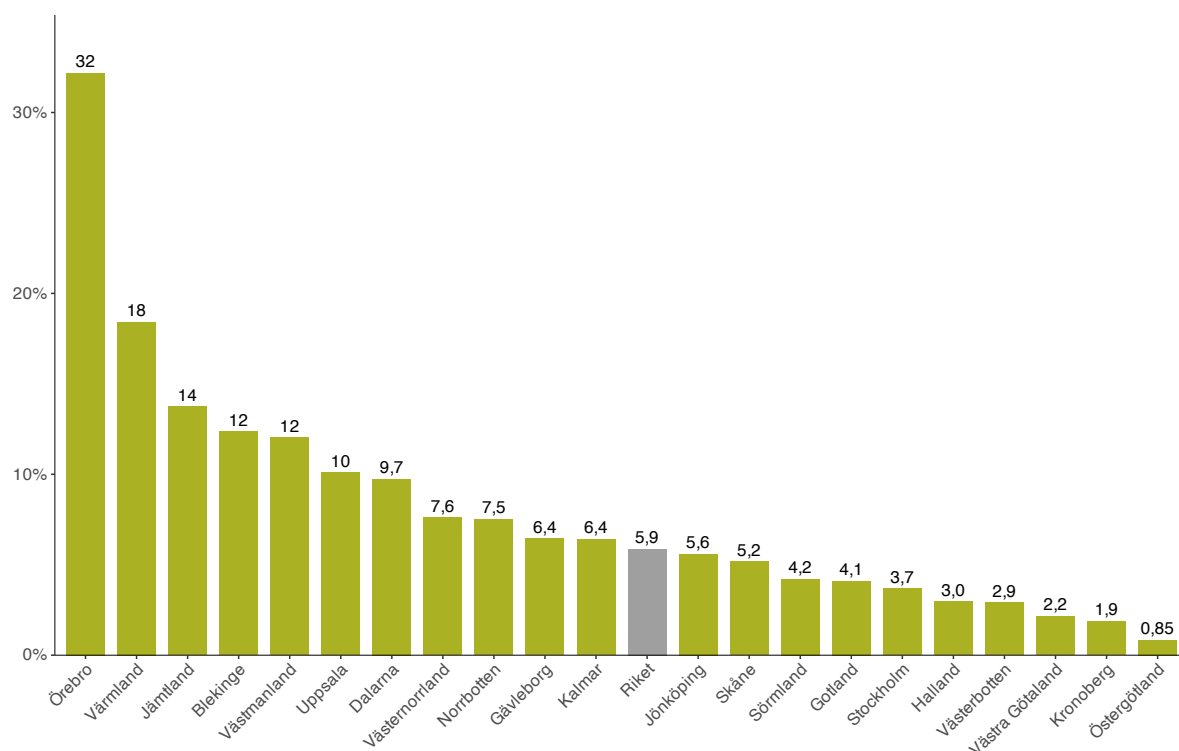
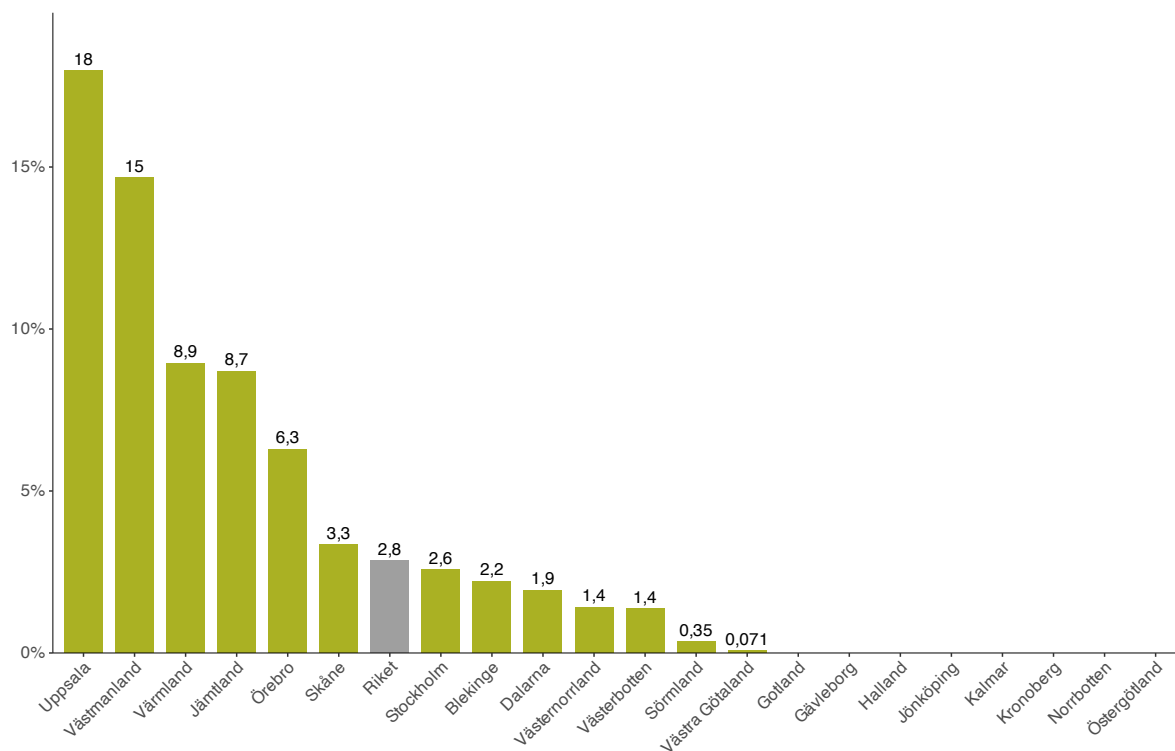


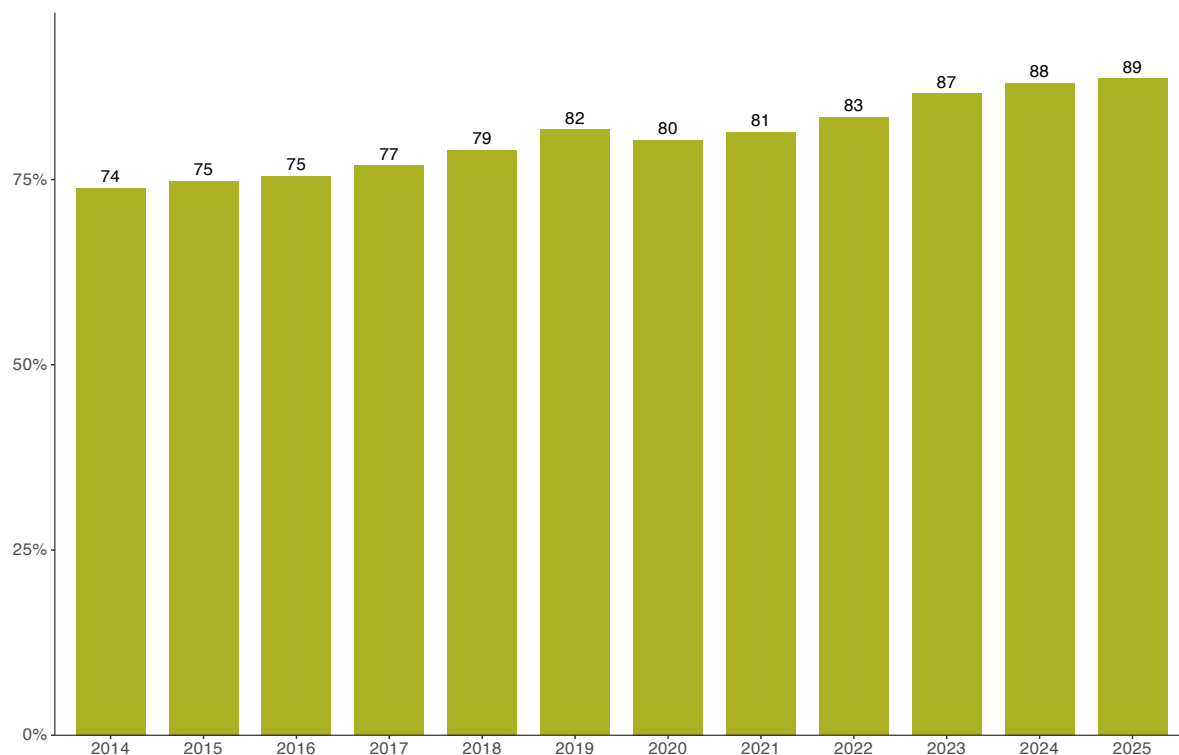
Diagram 56: Andel (%) som fått tidig eftervård i form av hembesök per region, 2025



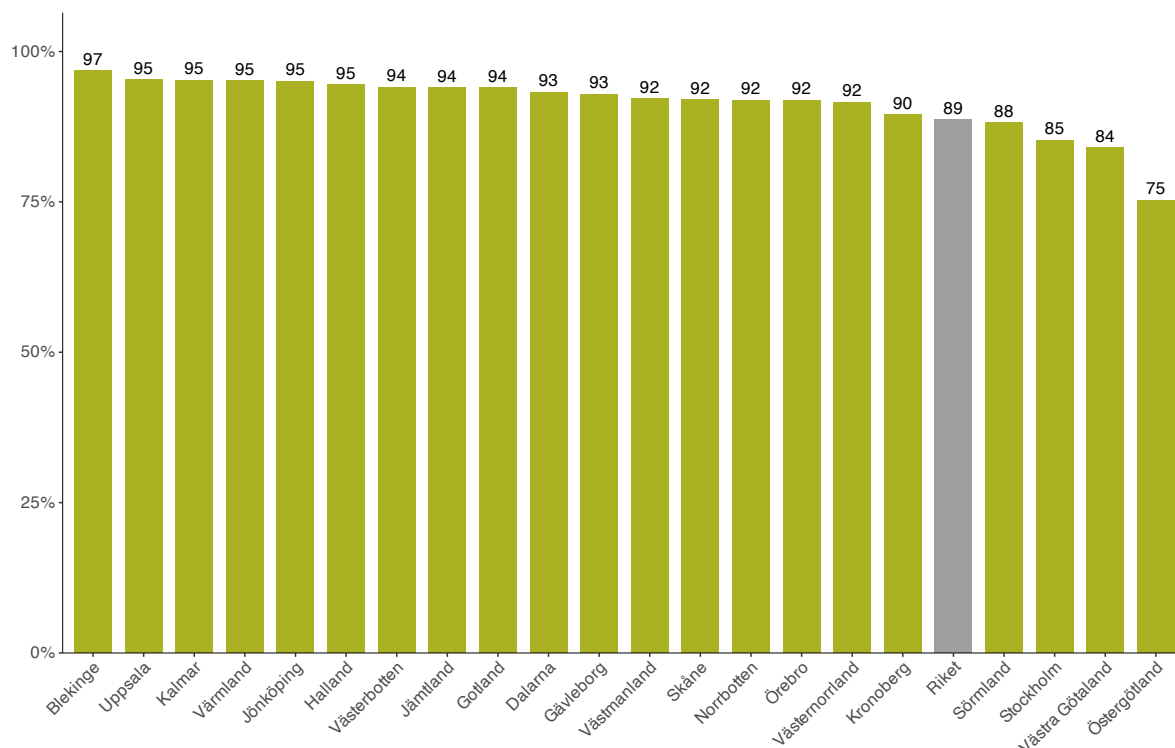
Eftervårdsbesök

Andel eftervårdsbesök hos barnmorska har ökat genom åren, från 74% år 2014 till 89% år 2025. Läkargesök efter förlossningen registreras inte i Graviditetsregistret.

Diagram 57: Andel (%) eftervårdsbesök riket, per år, 2014-2025



Det nationella målvärdet för andelen kvinnor som kommer på eftervårdsbesök är 90% och nåddes av 17 regioner under 2025.

Diagram 58: Andel (%) kvinnor som kom på eftervårdsbesök per region, 2025

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-/uppfödningssöd
- Utvärdering av psykiskt hälsotillstånd

I tabellen nedan visas sociodemografiska bakgrundsfaktorer relaterade till eftervårdsbesöket 2025. Förstföderskor var mer benägna än omföderskor att komma på eftervårdsbesök. I den yngre åldersgruppen kom färre på 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: Andel eftervårdsbesök uppdelat på bakgrundsfaktorer riket, 2025

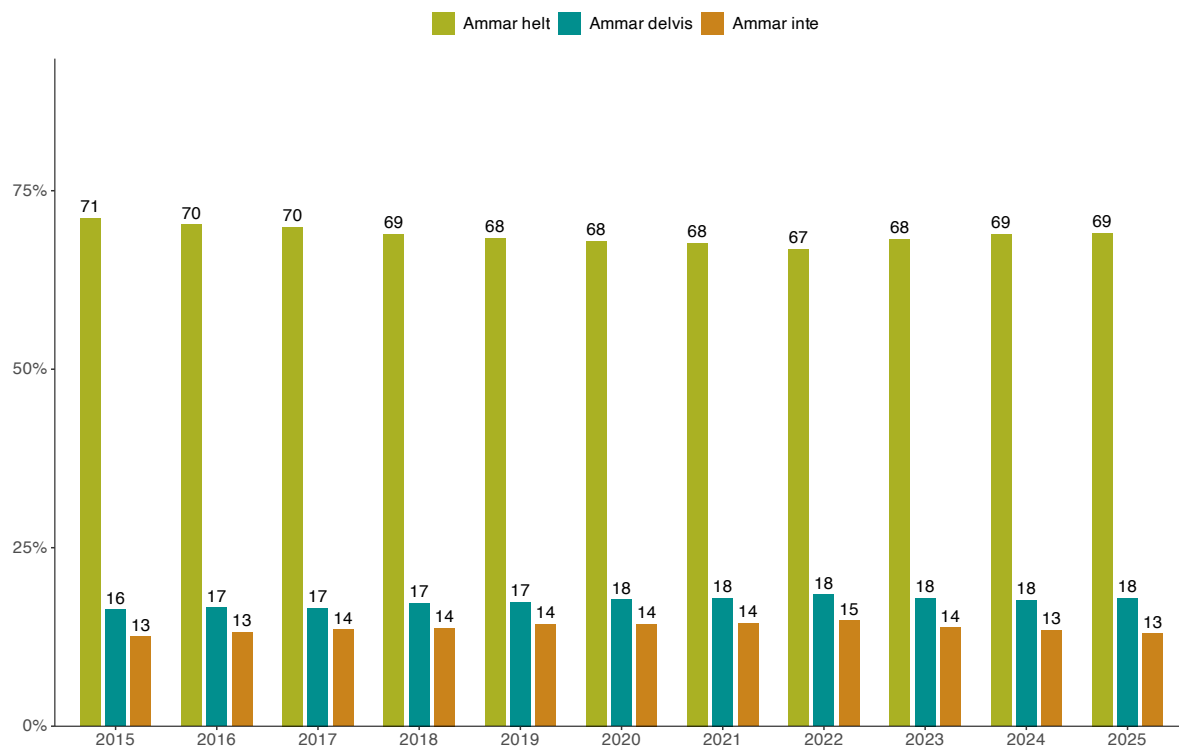
Bakgrundsfaktor	Antal	(%)
Förstföderska	32171	91
Omföderska	39512	87
< 20 år	233	82
20-24 år	4517	87
25-29 år	17490	89
30-34 år	30177	89
35-39 år	15824	88
≥ 40 år	3391	85
Ingen eller skolgång kortare än 9 år	654	82
Grundskola	3090	83
Upp till och med gymnasium	21548	88
Universitet eller högskola	44103	90
Födelseland, Norden	52909	90
Födelseland, övriga länder	13534	85

Amning fyra veckor efter förlossningen

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. För kvinnor som inte genomfört detta besök saknas dessa uppgifter. Trots att andelen som genomfört eftervårdsbesök har ökat med 14% mellan 2015 och 2025 så har amningsfrekvensen under samma period i stort sett förblivit oförändrad.

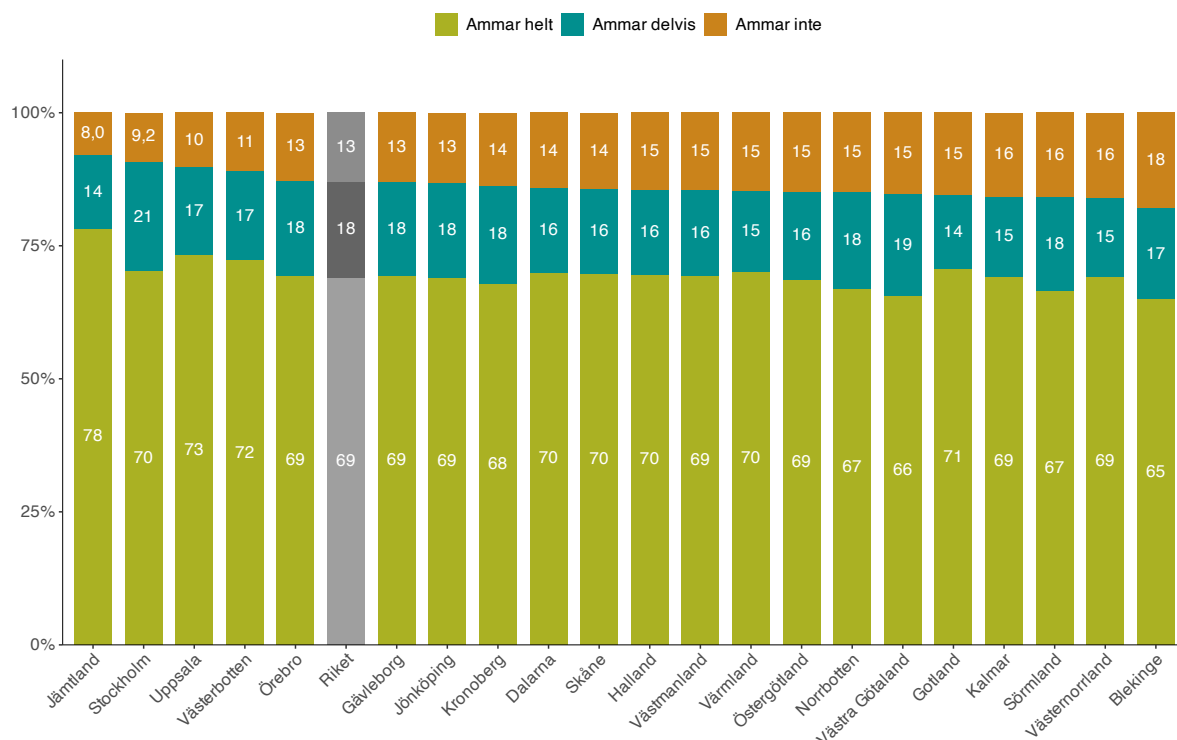
Diagram 59: Andel (%) amning fyra veckor efter förlossning, riket, per år 2015-2025



Regionala skillnader i amningsfrekvens

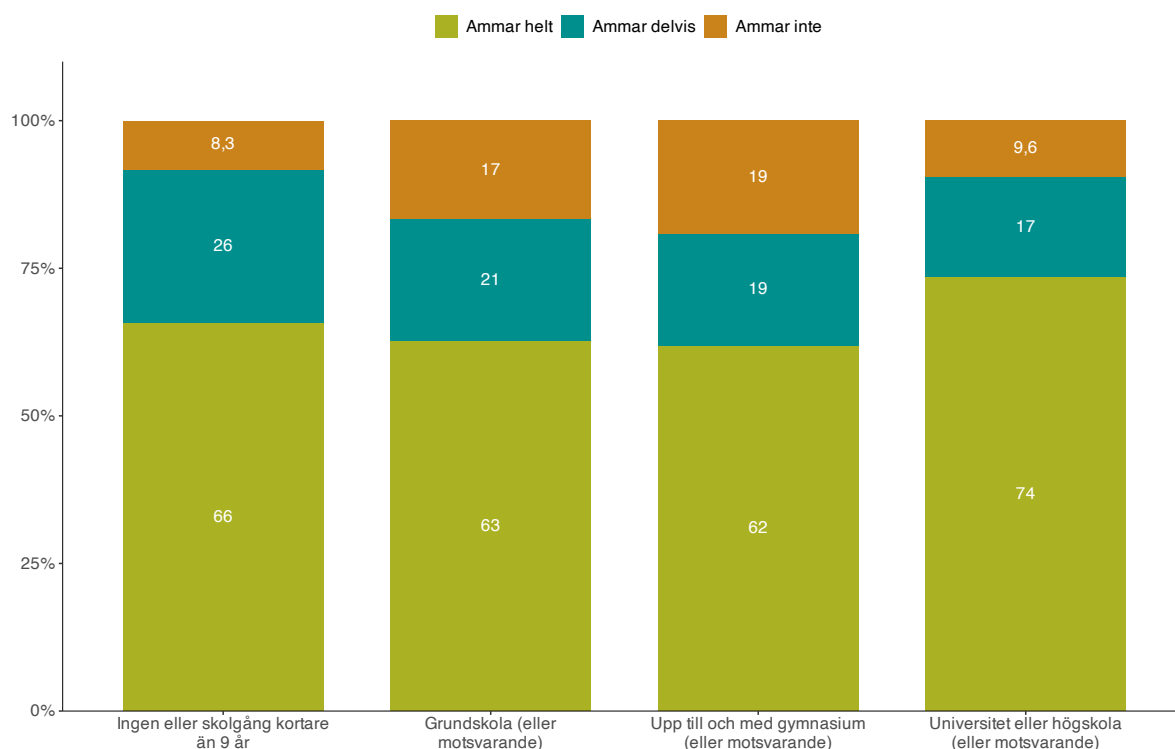
Högst andel ammande (hel- och delamning sammanslaget) fyra veckor efter förlossningen hade Jämtland med 92% och lägst andel ammande hade Blekinge med 82%.

Diagram 60: Andel amning fyra veckor efter förlossning (av de som gjort eftervårdsbesök), per region, 2025



Amningsfrekvens och utbildningsnivå

Vid redovisning av amningsfrekvens fyra veckor efter förlossning uppdelat efter utbildningsnivå framträder vissa skillnader mellan grupperna. Resultatet bör dock tolkas med försiktighet eftersom andelen som genomfört eftervårdsbesök varierar mellan utbildningsnivåerna.

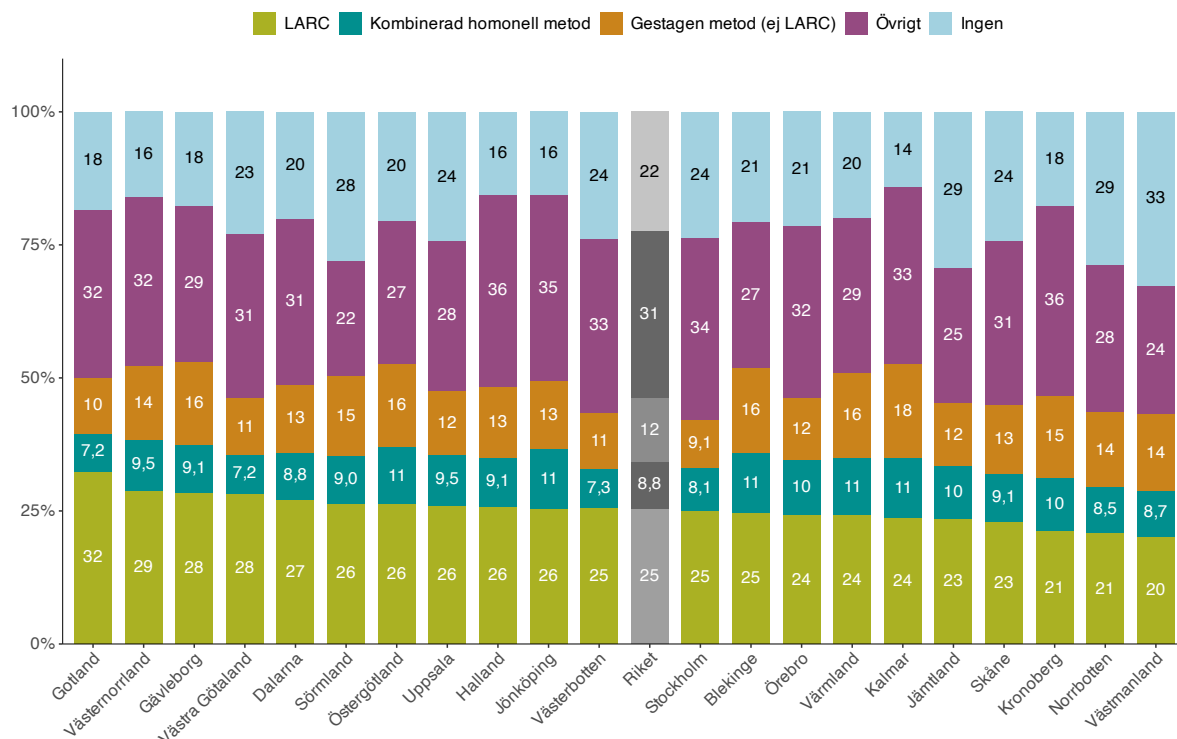
Diagram 61: Andel amning per utbildningsnivå, riket, 2025

Preventivmedel vid eftervårdsbesöket

Barnmorskan ska erbjuda rådgivning om samtliga tillgängliga preventivmedel samt insättning av vald metod. Sedan 2022 registreras val av preventivmedel efter graviditeten i Graviditetsregistret. För att minska risken för oönskade graviditeter är det viktigt att individen får tillgång till en effektiv preventivmetod. Spiral och p-stav (LARC, long-acting reversible contraception) är i jämförelse med andra reversibla preventivmedel förknippade med högst effektivitet och nöjdhet bland användare. Hormonet gestagen finns även, förutom i LARC, i minipiller, mellanpiller samt p-spruta. Kombinerad hormonell metod med östrogen och gestagen är p-piller, p-plåster samt p-ring. Övriga preventivmedel definieras här som cykelbaserade metoder och/eller barriärmetoder såsom kondom och pessar. I jämförelse med LARC är effektiviteten av dessa metoder i större utsträckning beroende av användarens vanor. Andelen individer som valde LARC vid eftervårdsbesöket varierade 2025 mellan 21–32% i olika regioner vilket är i paritet med motsvarande siffror för 2022–2024.

I riket valde drygt hälften av kvinnorna som fött barn (53%) ingen preventivmetod eller en mindre effektiv metod, såsom cykelbaserad metod och/eller barriärmetod, vid eftervårdsbesöket. Även denna siffra är i paritet med motsvarande siffra som registrerats sedan 2022.

Diagram 62: Fördelning av preventivmedel efter förlossning per region, 2025



Val av preventivmedel varierar med faktorer såsom utbildning och ålder.

Diagram 63: Fördelning av preventivmedel efter förlossning per utbildningsnivå, riket 2025

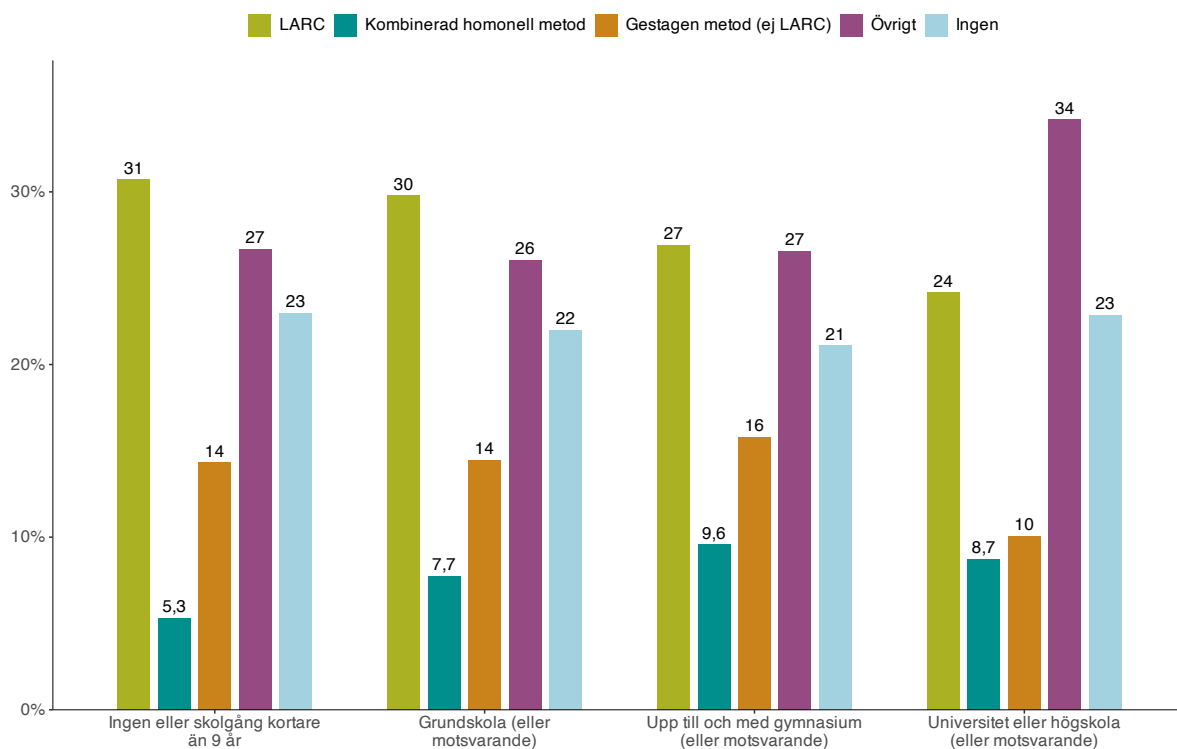
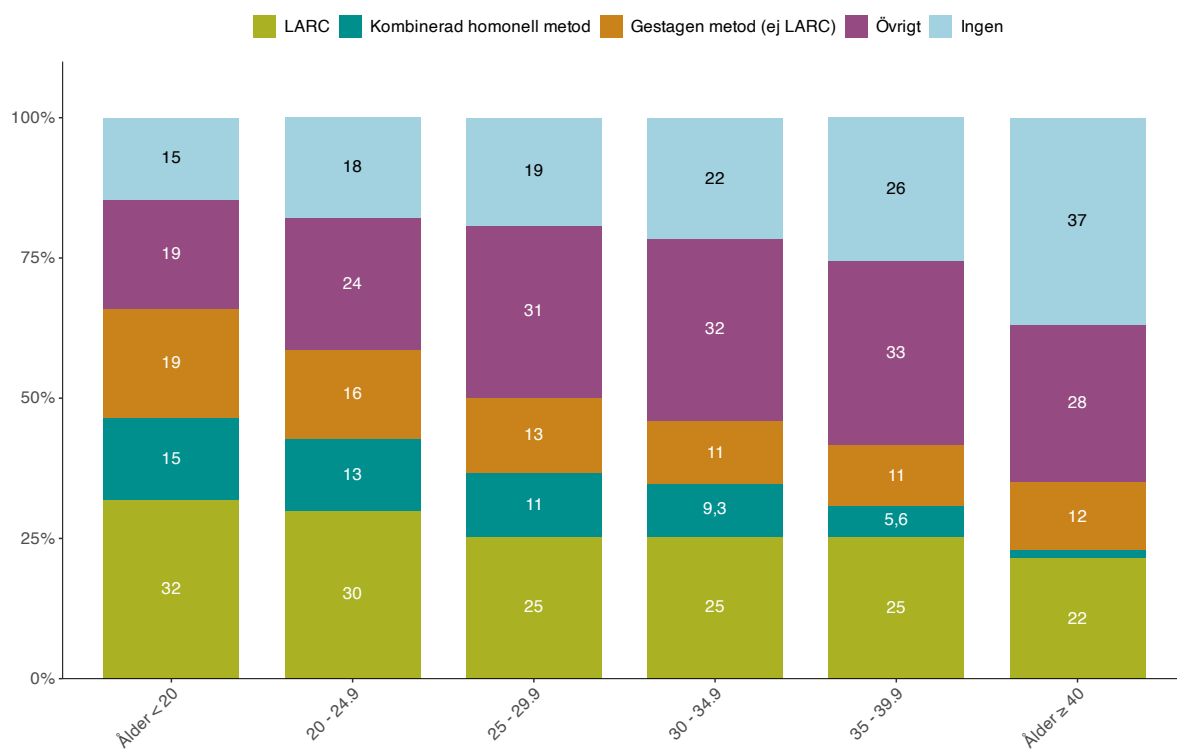


Diagram 64: Fördelning av preventivmedel efter förlossning per åldersgrupp, riket 2025



Fosterdiagnostik

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. Enligt nationella riktlinjer ska alla kvinnor erbjudas screening för de vanligaste kromosomavvikelserna. Hur denna utformas kan se olika ut i olika regioner, men trots rekommendationerna kvarstår ändå regionala olikheter då screening inte erbjuds alla i landet.

Fosterdiagnostik innefattar icke invasiva (ultraljud och blodprover) och invasiva undersökningar (fostervattenprov eller moderkaksprov). Under normal graviditet erbjuds på de flesta enheter två ultraljundsundersökningar, en i första trimestern och en i andra trimestern. Syftet med undersökningarna är att optimera handläggningen av graviditeten.

Första trimesterultraljud

De allra flesta regioner i landet erbjuder gravida en undersökning i första trimestern i form av endera endast ett ultraljud i graviditetsvecka 11–14 eller ett KUB-test (kombinerat ultraljud och biokemi). 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 risken för kromosomavvikelse hos fostret.

KUB-test

KUB är en riskbedömningsmetod där man genom att kombinera kvinnans ålder med ultraljudsmätning av fostrets nackuppklarning 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 13, 18, eller 21). Metoden bygger på en algoritm framtagen från data avseende ultraljudsmätningar samt analyser av biokemiska parametrar från gravida kvinnor i Sverige. Tillägg av biokemiska parametrar ger en högre detektionsnivå för trisomi 21 jämfört med enbart mätning av fostrets nackuppklarning.

KUB-delen av Graviditetsregistret startade 2006 och innehåller nu information från över 716 484 graviditeter. Syftet med Graviditetsregistrets KUB-del är att kvalitetssäkra såväl mätning av nackuppklarning som de biokemiska analyser som genomförs i samband med ultraljundsundersökning. Ett register är nödvändigt för att säkerställa att undersökningar håller samma höga kvalitet oavsett var i landet de utförs, och bidrar till en säkrare fosterdiagnostik för gravida kvinnor i Sverige. Med anledning av ett skärpt regelverk kring medicintekniska produkter kommer beslutsstödet i KUB-delen att avvecklas vid utgången av 2028. Det innebär att de kliniker som nu erbjuder KUB måste se över sina rutiner inför att den möjligheten upphör. En tillsatt NAG (nationell arbetsgrupp) kommer att ställning till den frågan under det kommande året.

Andra trimesterultraljud

Ett andra trimester-ultraljud 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. Graviditetsregistret innehåller data på dessa biometriska mått för graviditeter som avslutas från och med 22 fulla graviditetsveckor.

Non-Invasivt Prenatalt Test (NIPT)

Metoden bygger på analys av cellfritt DNA från moderkakan 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 avvikande fynd bör bekräftas med ett invasivt prov. Testets positiva och negativa prediktiva värden varierar beroende på i vilken populationen det används. Provtagning i en lågriskpopulation innebär en ökad andel falskt positiva resultat, vilket kan leda till efterföljande invasiv provtagning. Kostnaden för NIPT är för närvarande betydligt högre än för KUB, varför det hittills huvudsakligen har använts som en sekundär screeningundersökning av en definierad högriskgrupp, identifierad med KUB.

Efter införandet av NIPT i Sverige 2015 har invasiv fosterdiagnostik (fostervattenprov och moderkaksprov) minskat betydligt, med potentiellt färre missfall sekundärt till provtagningarna. Erbjudandet om att genomgå NIPT skiljer sig åt mellan regioner och stora förändringar i screeningverksamheterna pågår. I och med nedstängningen av beslutsstödet i KUB-modulen kommer NIPT troligen att framöver erbjudas som primär screening i ett flertal regioner.

Graviditetsregistret innehåller enbart resultat på genetiska analyser för gravida som har gjort en KUB-undersökning inom registret. Från Uppsala överförs alla svar på NIPT och negativa (normala) svar på invasiva prover automatiskt till Graviditetsregistret, medan positiva (avvikande) svar i nuläget förs in manuellt. Från Stockholm överförs samtliga perinatala genetiska resultat gällande fostret/barnet till Graviditetsregistret. Analyser utförda på övriga laboratorier förs i dagsläget in manuellt och då huvudsakligen vid avvikande fynd.

Arbete pågår för att möjliggöra automatisk överföring av resultat även från landets övriga genetiska laboratorier till Graviditetsregistret, för att säkerställa en hög täckningsgrad och minimera risken för felaktiga data. En hög täckningsgrad är viktig för att kunna följa detektionsgraden av kromosomavvikelser med olika fosterdiagnostiska metoder och för att kunna kvalitetssäkra NIPT. Utöver de NIPT-analyser som finns i KUB-databasen görs ett stort antal tester privat. Därför kan man utifrån KUB-databasen inte uttala sig om totala antalet utförda tester. Troligen får man en mer sanningsenlig siffra från de självrapporterade uppgifterna som registreras i MHV-delen.

Fostervattenprov och moderkaksprov

Invasiv fosterdiagnostik utgörs nästan uteslutande av fostervattenprov (amniocentes, AC) eller moderkaksprov (korionvillibiopsi, CVB) varifrån olika genetiska analyser kan göras. CVB kan utföras från graviditetsvecka 11 medan AC kan utföras från graviditetsvecka 15. Diagnostik av antal kromosomer 13, 18 och 21 samt könskromosomer görs vanligen med QF-PCR medan andra kopietalsförändringar huvudsakligen diagnostiseras med mikroarray.

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 risk för trisomi enligt KUB-test eller positivt utfall på NIPT.

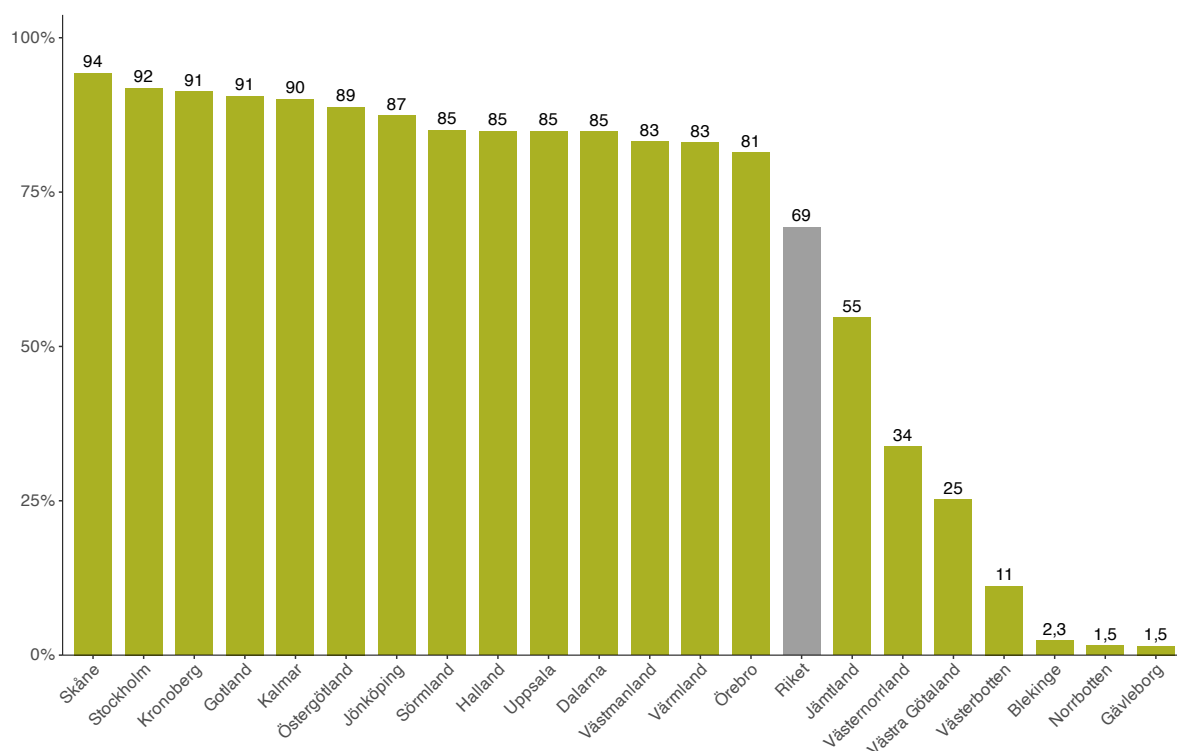
Fosterdiagnostik registrerad inom Mödrahälsovården

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, NIPT, AC och/eller CVB, oavsett om dessa utförts vid en enhet som rapporterar till KUB-modulen eller ej.

KUB

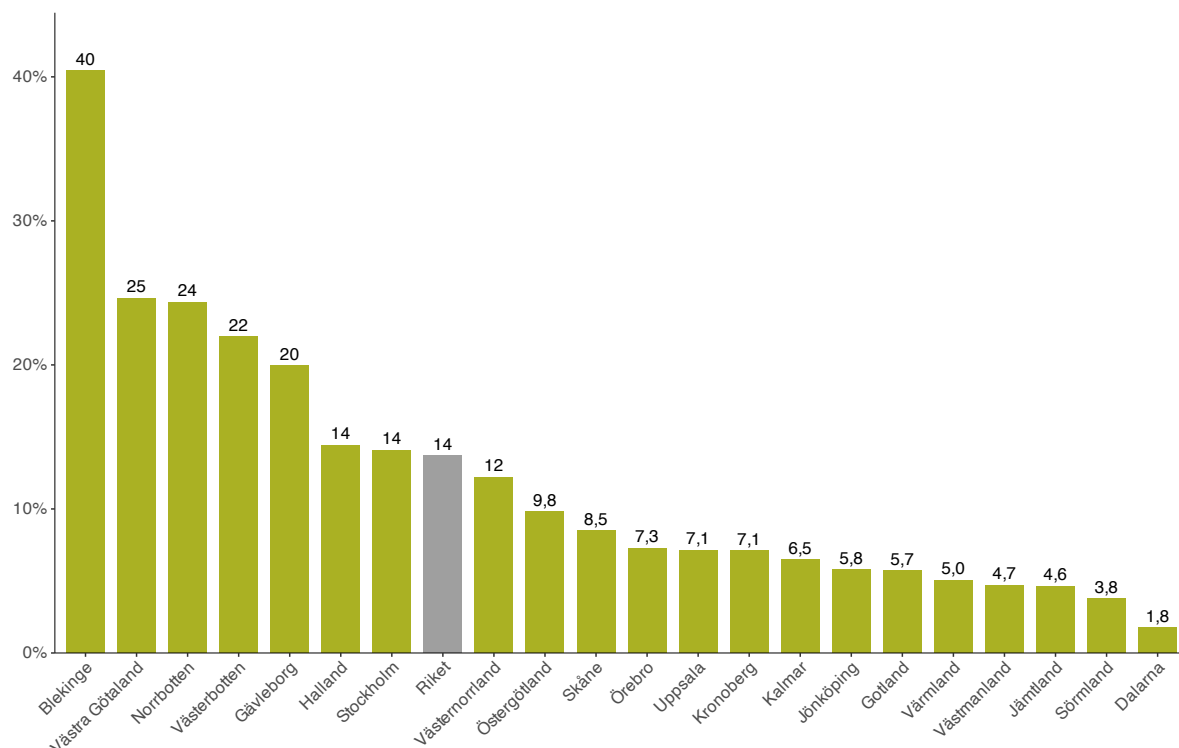
Andelen gravida som genomgått KUB-test i riket 2025 var 69%, vilken är oförändrad jämfört med året innan. Andelen varierade påtagligt i olika regioner (mellan 1 och 94 %). Troligen beror variationen på huruvida undersökningen erbjuds i offentlig regi eller inte, och om KUB exempelvis endast erbjuds för vissa åldersgrupper. Vissa regioner erbjuder i stället NIPT i kombination med ett första trimester-ultraljud som primär screening.

Diagram 65: Andel (%) som gjort KUB-test enligt manuell registrering inom MHV, per region 2025



NIPT

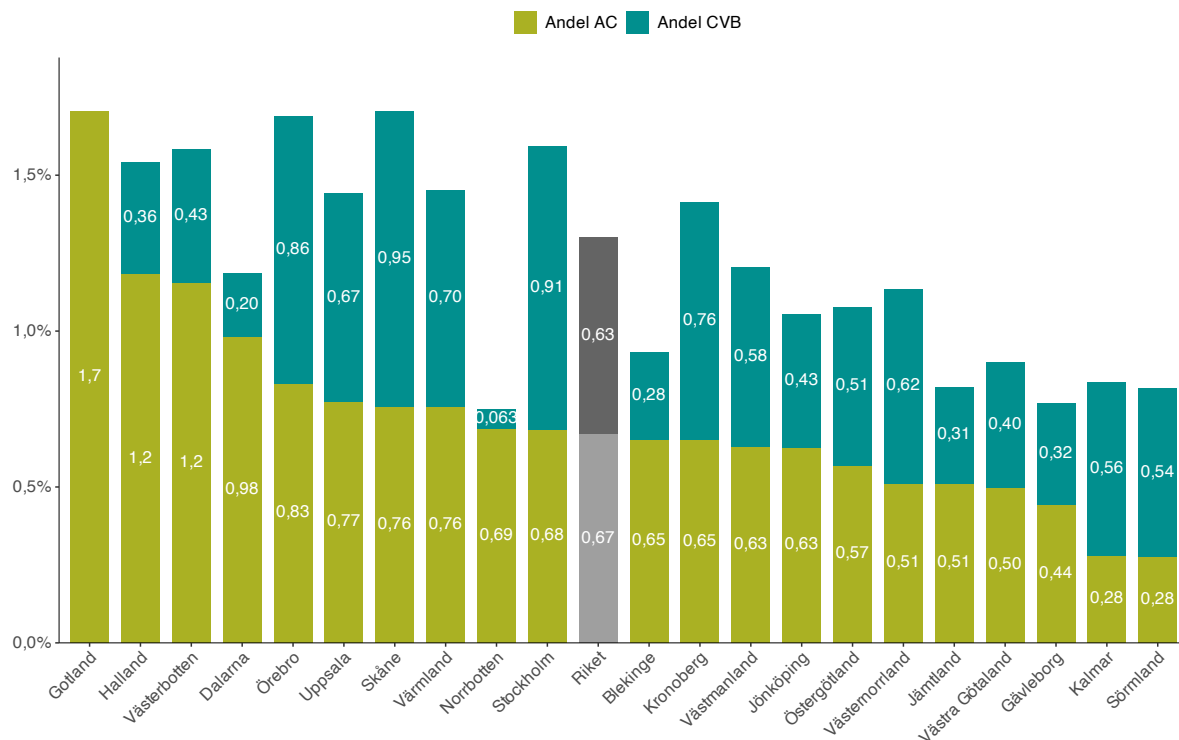
Andelen gravida som gjorde NIPT i riket 2025 var 14%, vilken i stort sett är oförändrad jämfört med året innan. Andelen varierade mellan 2 och 40% i olika regioner. Definitionen av "hög risk" vid KUB varierar mellan regionerna, precis som möjligheten att bekosta och utföra NIPT privat, vilket kan påverka skillnaden.

Diagram 66: Andel (%) som gjort NIPT enligt manuell registrering inom MHV, per region 2025

Invasiva prover i riket och per region

Andelen som har genomgått AC har minskat från 4,2% år 2010 till 0,7% år 2025. 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 1,3 % under 2025. Andelen som genomgick invasiv provtagning under 2025 var 1,7% för den region med högst och 0,8% för den region med lägst andel invasiv provtagning.

Diagram 67: Andel (%) gravida som fött barn och som gjort AC eller CVB, enligt manuell registrering inom MHV, per region 2025



Fosterdiagnostik och obstetrisk ultraljudsverksamhet

Täckningsgrad

Antalet registrerade undersökningar i KUB-delen av Graviditetsregistret har ökat från 1 300 undersökningar år 2006 till 58 129 undersökningar år 2025. I vissa regioner har kvinnor under 35 år endast erbjudits första trimesterultraljud utan riskberäkning. För att kunna följa kvaliteten på anatomigranskning också för kvinnor som genomgått första trimesterultraljud utan riskberäkning för trisomier (i många regioner benämnt tidigt ultraljud, TUL) skapades TUL-modulen 2023. Under 2025 finns 5257 undersökningar registrerade i databasen. Sannolikt har många fler undersökningar utförts, men endast registrerats i journalsystemen på ultraljudsenheterna.

I landet finns dessutom ett fåtal enheter som utför KUB-undersökningar, men som inte är anslutna till Graviditetsregistret utan använder ett brittiskt riskberäkningsprogram (FMF). 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 enhet. På varje enhet finns en enhetsadministratör som har tillgång till enhetens samtliga data. Graviditetsregistret har en

granskningskommitté bestående av både läkare och barnmorskor som har till uppgift att granska användarnas distributioner av nackuppkarningsmätningar och laboratorieresultat. Kvalitetssäkring sker genom att identifiera operatörer eller enheter med skeva distributioner. Dessa ges möjlighet att optimera sin teknik och vid behov auskultera och träna vid nationella referenscentra.

Vid de laboratorier som utför de biokemiska analyserna finns motsvarande organisation med en lokalt ansvarig läkare eller kemist som kontinuerligt övervakar sitt laboratoriums mediamätningar samt jämför sig med de övriga verksamheterna med hjälp av referensprover. AUDIT (systematisk kvalitetsgranskning) av både mätning av nackuppkarning och biokemiska mätresultat genomförs två gånger per år och återkopplas i samband med årliga användarmöten till fosterdiagnostikgruppens styrgrupp, laboratorieansvariga samt lokala administratörer från samtliga enheter. Distributioner av nackuppkarningsmätningar läggs även upp på Graviditetsregistrets dashboards.

Mätning av nackuppkarning (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 nödvändiga för att upprätthålla en hög kvalitet på utförda mätningar på längre sikt.

Graviditetsregistrets granskningskommitté har i september 2025 gått igenom samtliga 49 enheters 280 operatörer i landet för AUDIT-bedömning. De har bedömt kvaliteten på enheternas nackuppkarningsmätningar under perioden 1 september 2024–1 september 2025.

Vid denna AUDIT fann man att 267/280 (95%) 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 nackuppkarningsmätningarna har legat relativt konstant under åren.

Icke godkänd AUDIT kan bero på:

- icke godkänd distribution på grund av felmätningar
- för få undersökningar (kravet är minst 50 undersökningar/år)

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. Metoderna skiljer sig inte 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. Två laboratorier uppvisar MoM-värden avseende PAPP-A och B-hCG som ligger inom riktlinjerna och fyra laboratorier ligger just utanför målintervall för PAPP-A. Överlag visar resultaten på en god kvalitet på analyserna av de biokemiska markörerna som ingår i riskberäkningen vid KUB-testet, men fler laboratorier ligger utanför rekommenderat intervall jämfört med föregående år. Det finns därmed utrymme för förbättring.

Resultat

I resultatpresentationen anges både kumulativa siffror från KUB-modulens start (för att minska risken för feltolkning av slumpmässiga variationer i detektionsgrader) och observationer från undersökningar som genomförts under 2025 för att kunna påvisa förändringar i resultat och trender gällande exempelvis:

- ▶ åldersprofil hos de undersökta
- ▶ andel gravida med ökad risk för kromosomavvikelse
- ▶ 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

Låg risk

- ▶ Vanligen 1:201–1:20 000 för både trisomi 21 och trisomi 13/18
- ▶ I Skåne och enstaka andra enheter 1:1001–1:20 000

Förhöjd risk

- ▶ Vanligen 1:2–1:200
- ▶ I Skåne och enstaka andra enheter 1:2–1:1000
- ▶ Förhöjd risk 1:2–1:50 redovisas separat i vissa resultat

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
- Invasivt prov
- AC: Amniocentes
- CVB: Chorionvillibiopsi

Om en gravid kvinna gjort fler än en av undersökningarna (NIPT, AC, CVB), så anges i statistiken den först gjorda undersökningen.

Tabell 9: Antal KUB-undersökningar, riket och per region, 2025

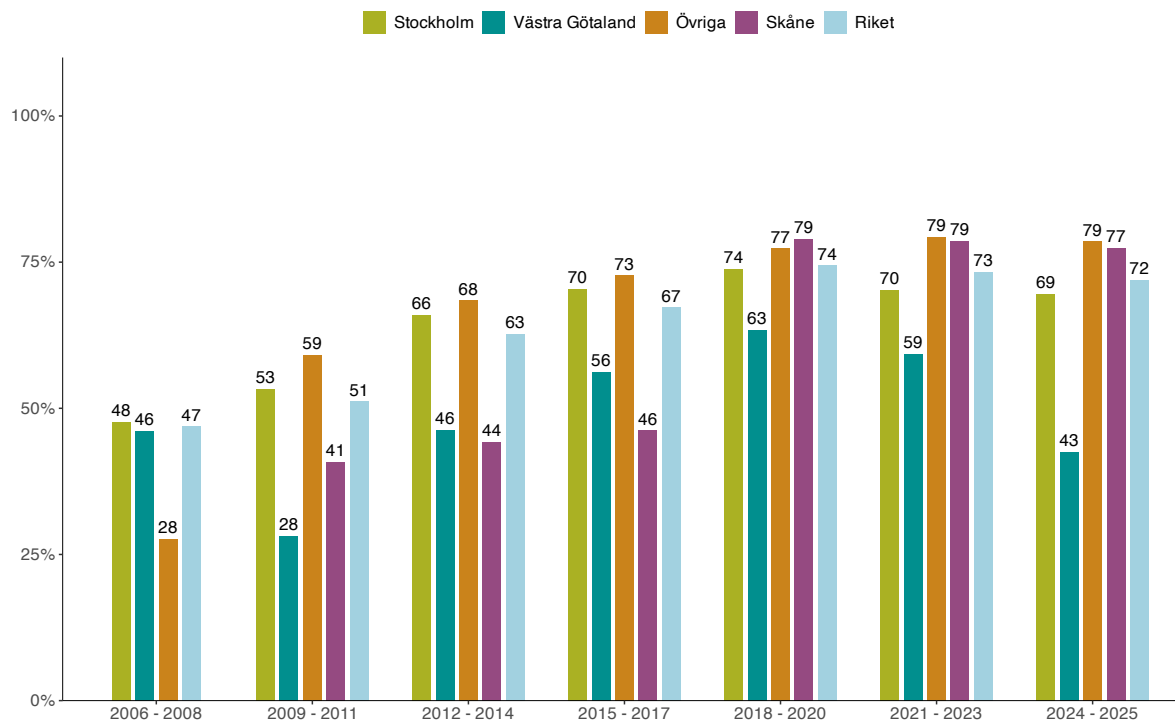
Region	Undersökningar (n)
Stockholm	24018
Västra Götaland	4072
Skåne	10936
Övriga	19103
Riket	58129

Åldersprofil hos kvinnor som genomgått KUB

Ålderssammansättningen hos 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, var motsvarande andel 72% år 2024–2025.

Åldersprofilen hos gravida som genomgått KUB under 2025 varierar mellan de olika regionerna, liksom över tid, troligen mest beroende på skillnader i vilka som erbjudits KUB. Ett tydligt exempel på det är Region Skåne, där KUB innan 2018 endast erbjöds till gravida över 32 år, men sedan dess 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 2024–2025 låg andelen som var under 35 år i Västra Götaland så lågt som 43%.

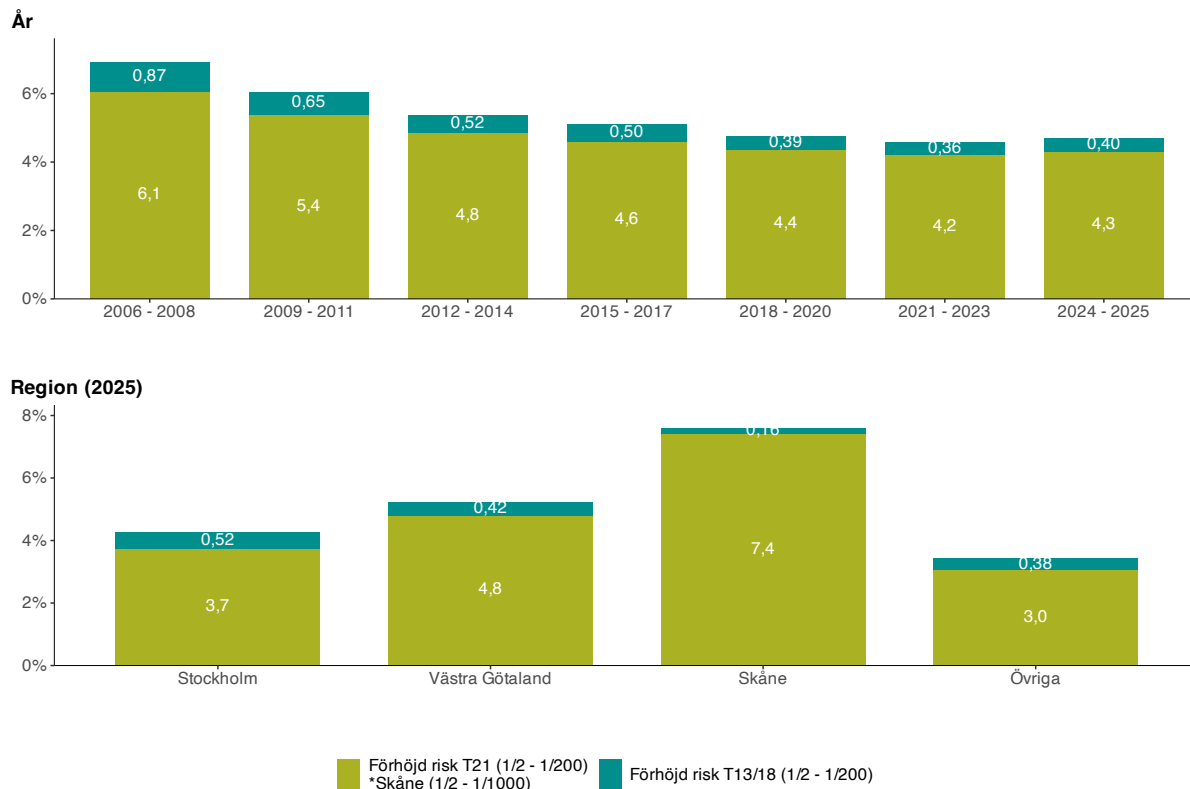
Diagram 68: Andel gravida som var under 35 år vid KUB-undersökningen av samtliga som gjort KUB. Riket och per region, 2006–2025



Andel testpositiva

Nedan visas andelen testpositiva sedan KUB-modulens start. Andelen som får en förhöjd risk har sjunkit över tid, vilket bör bero på att de flesta regioner initialt enbart erbjöd äldre kvinnor KUB-test, medan fler regioner nu erbjuder KUB till alla gravida oberoende av ålder. Andelen testpositiva skiljer sig mellan regionerna. I region Skåne definieras testpositiv som en risk $\geq 1:1000$ vilket ger en högre andel positiva än i övriga landet där flertalet definierar testpositiv som en risk $\geq 1:200$. Övriga skillnader kan bero på olika ålderssammansättningar hos de testade kvinnorna i de olika regionerna, se ovan.

Diagram 69: Andel testpositiva med förhöjd risk för trisomi 21 (med eller utan förhöjd risk för trisomi 13/18), respektive enbart för trisomi 13/18, av alla som gjort KUB-undersökning. Förhöjd risk Skåne $\geq 1:1000$ och i större delar av övriga riket $\geq 1:200$. Riket och samtliga enheter, 2006–2025



Utredning vid förhöjd risk

Vid en förhöjd risk för trisomi 21 efter KUB valde 94% av kvinnorna att gå vidare med fortsatt utredning under 2025, varav närmare tre fjärdedelar genom NIPT. Sedan KUB-modulens början 2006 har den valda metoden för vidare utredning efter KUB ändrats signifikant. Av alla gravida som under åren 2006–2008, innan införandet av NIPT, fick en förhöjd risk för trisomi 21 och valde att gå vidare med utredning, gjorde 100% ett invasivt prov (45% CVB, 55% AC). År 2025 gjorde endast 27% ett invasivt prov i den gruppen (22% CVB och 5% AC), medan 73% valde att gå vidare med NIPT. Tidigare noterade regionala skillnader i andelen som gick 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 de senaste åren ökat, medan andelen NIPT har minskat.

Diagram 70: Andel av gravida med förhöjd risk för trisomi 21 som gått vidare med fortsatt utredning. Riket och per region 2025

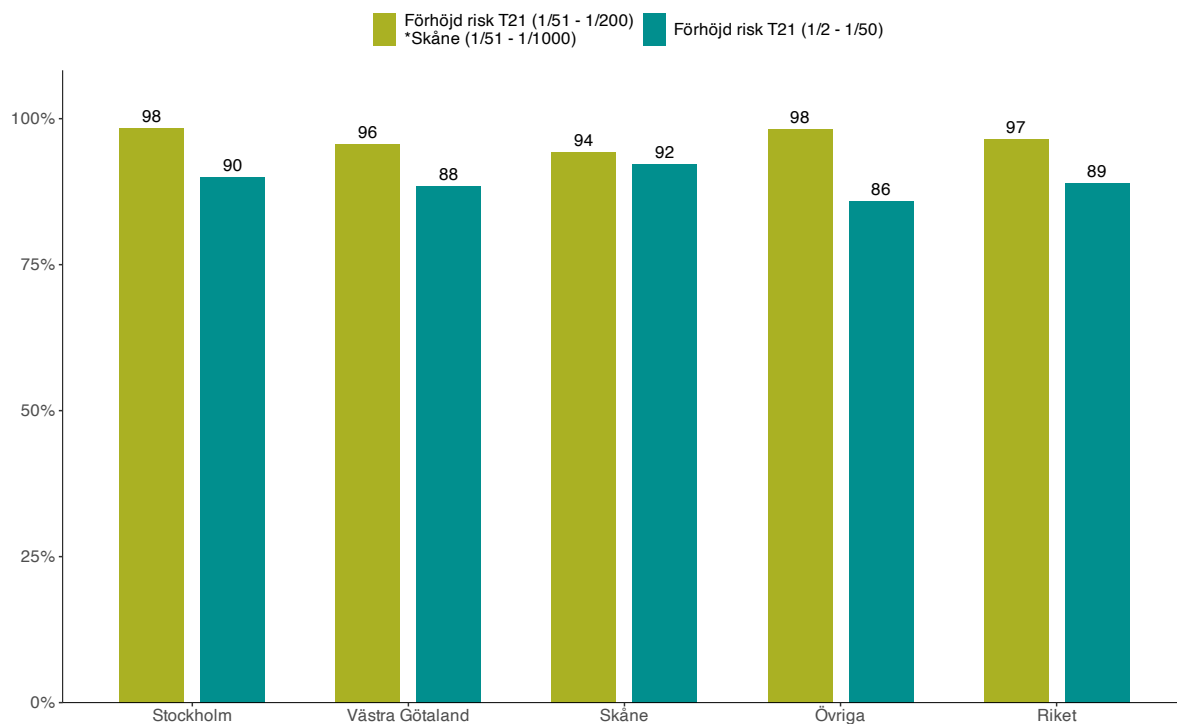
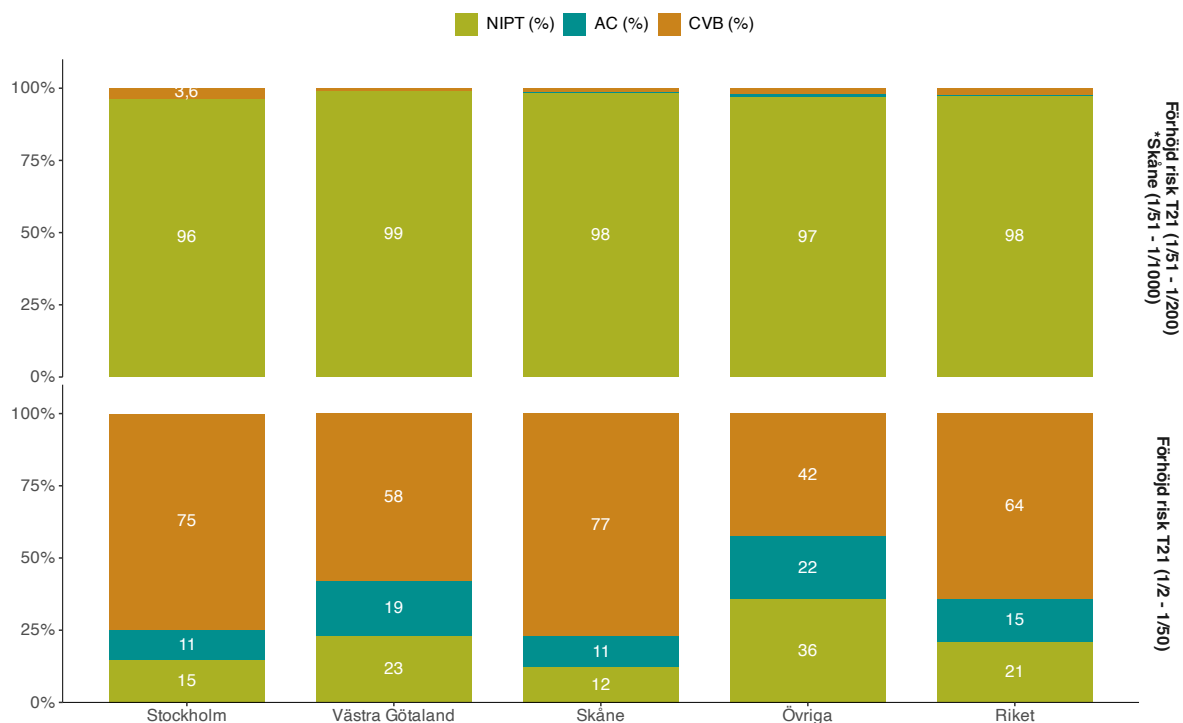


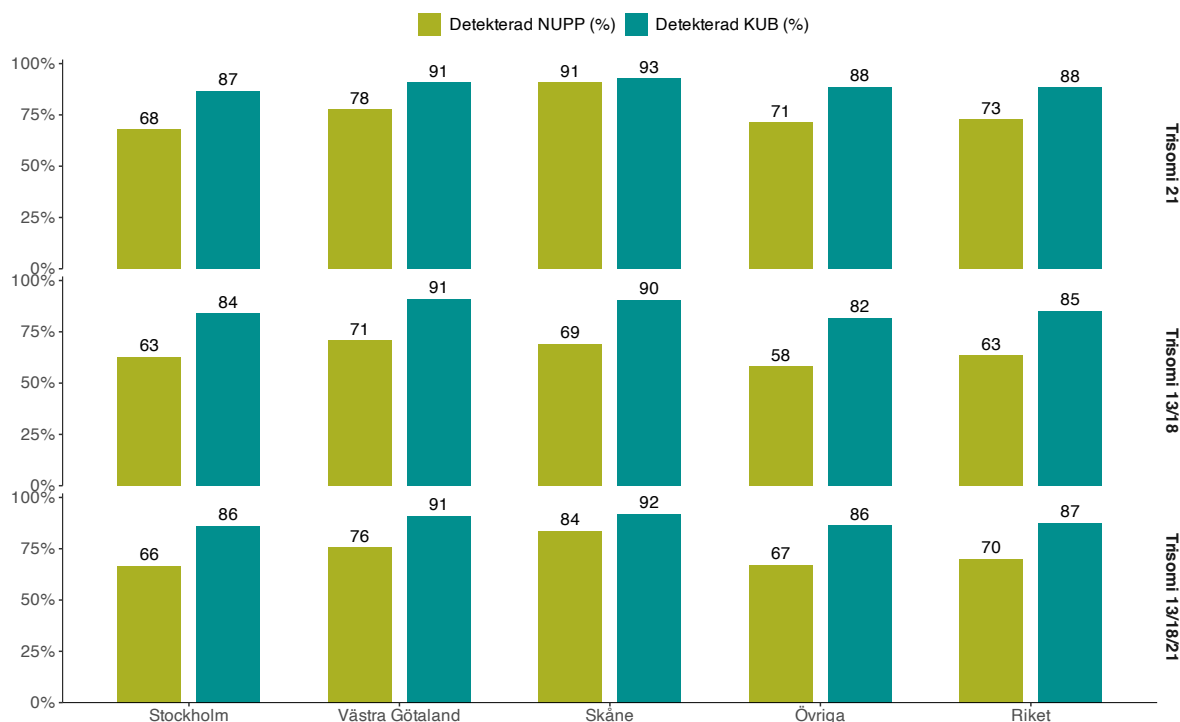
Diagram 71: Fördelning av metoder för fortsatt utredning, av samtliga som har gjort någon ytterligare utredning efter KUB, uppdelat efter riskgrupp för trisomi 21. Risk 1:2–1:50 för samtliga regioner och intervallet 1:51–1:200 för Stockholm, VGR samt övriga enheter. För region Skåne risk 1:51–1:1 000. Per region, 2025



Utredning i gruppen som fått en förhöjd risk på 1:2–1:50 för trisomi 21 gjordes under 2025 med NIPT i 21%. Invasiv diagnostik gjordes i 79% av fallen, merparten med CVB, den metod som kan tillämpas i nära anslutning till KUB-undersökningen i första trimestern. Det finns ingen generell rekommendation om ytterligare fördjupad genetisk utredning i denna grupp med risk 1:2–1:50 utan påvisade missbildningar. Enligt rekommendationer från SFOG bör microarray dock övervägas. På grund av bristfällig manuell rapportering kan andelen där denna analys utförts inte bedömas.

Detektionsgrad av kromosomavvikelser med KUB och NUPP

Detektionsnivåerna för kromosomavvikelser i de olika regionerna redovisas som kumulativa resultat under perioden 2006–2025 med anledning av få rapporterade fall årligen. Fallet bedöms som sant positivt om graviditeten hade en förhöjd risk och resultatet av pre- eller postnatal genetisk analys varit positivt. Detektionsnivåerna påverkas av förändringen i ålderssammansättningen i gruppen som genomgått KUB, var gränsen mellan låg och hög risk har satts, samt av sensitiviteten hos de två metoderna KUB och NUPP i de olika regionerna.

Diagram 72: Detektionsgrader av olika kromosomavvikelser för KUB och NUPP, per region 2006–2025

Detektionsgraden för trisomi 21 var 88% under 2025, i nivå med data från registrets start. 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 (93%) jämfört med övriga regioner. 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.

Jämförelsen av detektionsgrad mellan att använda enbart en anatomisk markör i form av nackupplärning (NUPP) och den kombinerade metoden (KUB) visar behovet av att använda inte bara ultraljud utan även biokemiska markörer för att identifiera graviditeter med kromosomavvikelser. Detektionsnivåerna för trisomi 21 med endast NUPP varierar mellan 68% och 90%, och med KUB mellan 87% och 93%, väl överensstämmande med internationella studier med rapporterad sensitivitet för enbart NUPP 70–75% och för KUB 85–90%. Triploidi detekteras exempelvis endast i 28% av fallen med NUPP, men i hela 90% med KUB.

Tabell 10: Kromosomavvikelser detekterade med NUPP och KUB 2006–2025

Kromosomavvikelse	Avvikelse (n)	Detekterat NUPP (n)	Detekterat NUPP (%)	Detekterat KUB (n)	Detekterat KUB (%)
2006 - 2024					
Trisomi 21	2316	1675	72	2046	88
Trisomi 13	255	173	68	209	82
Trisomi 18	739	454	61	637	86
Triploidi	143	40	28	129	90
Turner		206		219	
Total	3688	2548	69	3240	88
2025					
Trisomi 21	183	140	77	162	89
Trisomi 13	15	11	73	13	87
Trisomi 18	70	47	67	59	84
Triploidi	17	5	29	15	88
Turner		14		13	
Total	300	217	72	262	87

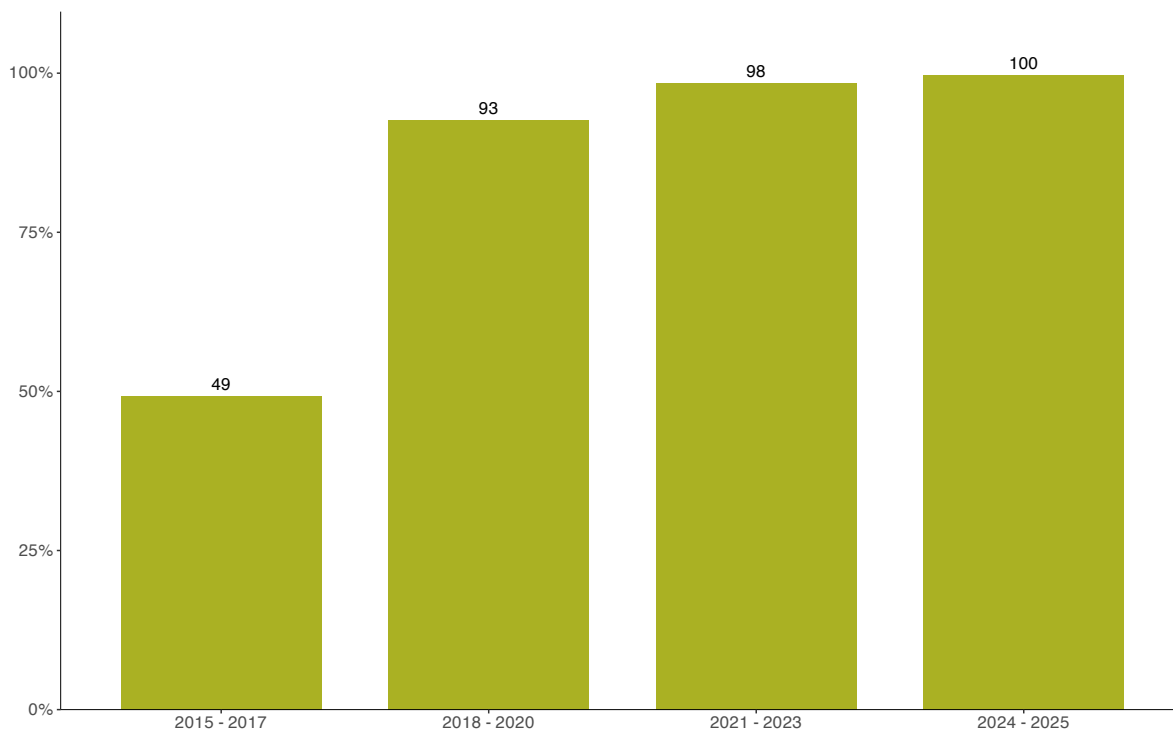
Fortsatt utredning efter låg risk vid KUB

Andelen kvinnor som trots låg risk vid KUB genomgått någon ytterligare genetisk utredning är svår att bedöma. De senaste åren har, enligt data från KUB-databasen, andelen i lågriskgruppen i riket som gått vidare med NIPT varit ca 6%. Självrapporterade data från MHV talar för att de faktiska siffrorna är betydligt högre, där till exempel 14% av alla kvinnor uppgav att de genomgått NIPT. Vidare utredning kan utgöras av NIPT-provtagning före KUB eller fortsatt oro för kromosomavvikelse trots låg risk vid KUB, där resultaten endast i undantagsfall registreras i KUB-modulen, eller vara kliniskt indicerad på grund av misstänkta missbildningar i första eller andra trimestern.

Anatomisk granskning av fosteranatomin vid KUB

Under 2015 infördes möjligheten att registrera om en strukturerad granskning av fosteranatomin skett i samband med KUB-undersökningen och om någon avvikelse noterats. Studier visar att en stor del av allvarliga fosteravvikelser kan påvisas redan i första trimestern, särskilt i gruppen med förhöjd risk vid KUB, samt om undersökningen följer en checklista för undersökning av fosteranatomin. Under 2025 uppgavs att anatomigranskning utförts vid 100% av KUB-undersökningarna. 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 risk eller ej för kromosomavvikelse vid riskbedömningen, en faktor som annars är känd för att vara associerad med förekomsten av missbildningar.

Diagram 73: Andel KUB-undersökningar där det angetts att fullständig granskning av fosteranatomin har skett vid KUB, 2015–2025



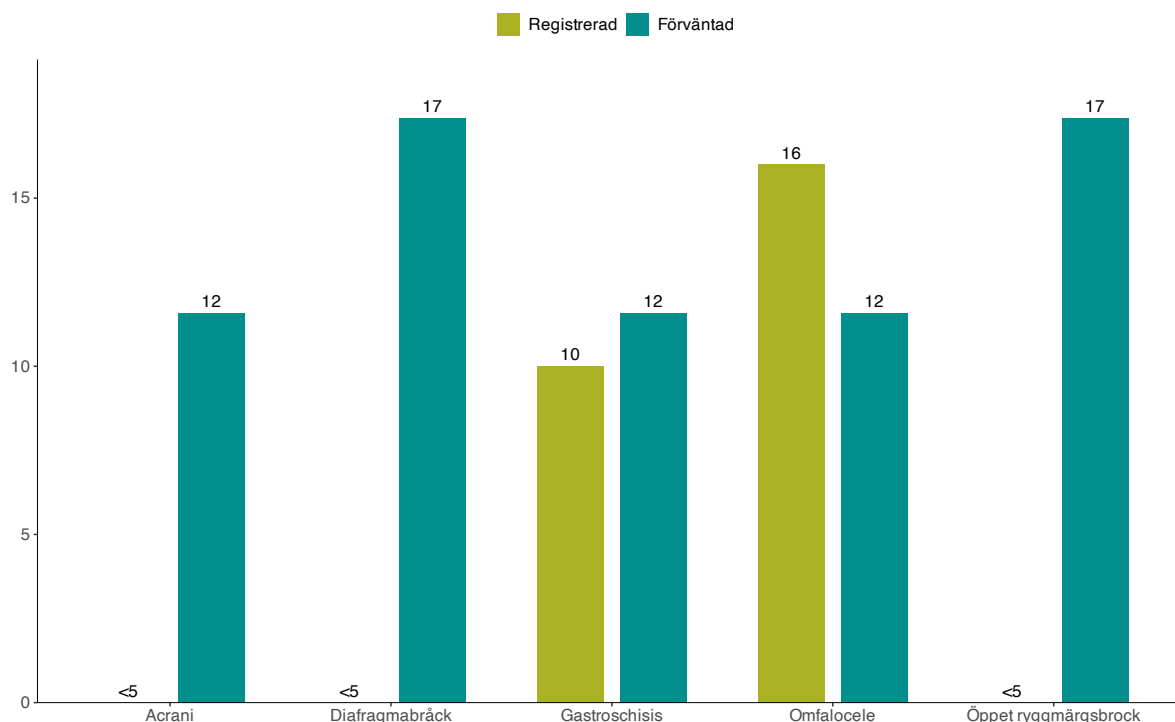
Registrerade anatomiska avvikelser i samband med första trimesterultraljud/KUB under 2025

Då tillförlitliga uppgifter saknas vad gäller den sanna förekomsten av missbildningar hos foster och födda barn i Sverige, görs här en jämförelse av registrerat och förväntat antal fall.

Förväntat antal per 10 000 graviditeter (enligt Fosterskaderegistret 2022, Socialstyrelsen).

- Acrani (2/10 000)
- Omfalocele (2/10 000)
- Gastroschisis (2/10 000)
- Diafragmabräck (3/10 000)
- Öppet ryggmärgsbräck (3/ 10 000)

Registreringen av bukväggsdefekter av typen omfalocele och gastroschis är hög, sannolikt nästan komplett. Däremot är antalet registreringar för övriga avvikelser lågt. Av integritetsskäl skrivs inte antal under 5 ut i årsrapporten. Vid graviditeter med acrani underlåter sannolikt många enheter, med anledning av avvikelens svårighetsgrad, att registrera graviditeten i KUB-modulen och de framstår då som ej diagnostiserade. Utifrån internationella erfarenheter bör åtminstone en tredjedel av diafragmabräck kunna identifieras i första trimestern. Också öppna ryggmärgsbräck bör kunna misstänkas. 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.

Diagram 74: Antal vid KUB-undersökning registrerade respektive förväntat antal anatomisk avvikelse, 2025

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 ultraljundsundersökningen och vilka formler den baserats på har varierat.

I Sverige erbjuds alla kvinnor minst en ultraljundsundersökning 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 huvudsyftena med RUL-undersökningen, men numera rekommenderas en tidigare datering om möjligt. Enligt SFOG:s ”Riktlinjer för fetometri” är datering vid 11–14 fulla graviditetsveckor att föredra framför datering vid 15–22 graviditetsveckor.

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 obstetrik (arbets- och referensgrupp inom SFOG), vilket lett till ett beslut 2025. Målsättningen är att så stor andel som möjligt av alla ultraljundsdaterade graviditeter ska vara daterade av en certifierad undersökare vid ett första trimesterultraljud, utifrån crown rump length (CRL) eller tidig biparietal diameter (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 2025 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 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, tidig BPD 21–31 mm, sen BPD 32–55 mm, BPD >55 mm (för sent för datering) eller annat mått. Datering enligt CRL 4–44 mm motsvarar viabilitetsultraljud, medan CRL 45–84 mm eller tidig BPD motsvarar första trimester-ultraljud (TUL eller KUB), och datering enligt sen BPD motsvarar andra trimester-ultraljud (RUL).

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

Resultat

Den stora majoriteten av de graviditeter som lett till förlossning 2025 var daterade enligt ultraljud och endast en mindre del var daterade på annat sätt.

Tabell 11: Dateringsmetoder för de graviditeter som lett till förlossning 2025 (hela riket förutom Blekinge, Kronoberg, Norrbotten och Värmland)

Datering typ	n	Andel (%)
BPET	5365	6,1
BPU	81084	93
BPSM	813	0,93
Övrigt	139	0,16

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 12: Andel daterade med respektive metod, av de graviditeter som daterats enligt ultraljud och ledde till förlossning 2025 (hela riket förutom Blekinge, Kronoberg, Norrbotten och Värmland).

Region	CRL 4-44mm (%)	CRL 45-84mm (%)	Tidig BPD 21-31mm (%)	Sen BPD 32-55mm (%)	BPD >55mm (%)	Övrigt (%)	Andel med tidig datering (%)
Dalarna	<1	14	70	15	<1	<1	85
Gotland	<1	4	80	15	<1	<1	85
Gävleborg	3	13	70	14	<1	<1	85
Halland	<1	12	84	2	<1	<1	97
Jämtland	<1	<1	68	31	<1	<1	68
Jönköping	1	11	76	12	<1	<1	88
Kalmar	<1	3	88	8	<1	<1	92
Skåne	<1	15	82	3	<1	<1	97
Stockholm	<1	10	70	20	<1	<1	80
Sörmland	<1	10	70	19	<1	<1	81
Uppsala	2	19	72	6	<1	<1	93
Västerbotten	<1	<1	89	10	<1	<1	90
Västmanland	<1	4	79	17	<1	<1	83
Västra Götaland	<1	2	79	19	<1	<1	81
Örebro	2	11	78	9	<1	<1	91
Östergötland	<1	7	83	10	<1	<1	90
Riket	<1	9	76	14	<1	<1	86

Av de graviditeter som ledde till förlossning 2025, och där dateringen gjordes med ultraljud med registrerade ultraljudsmått, hade totalt 85% daterats tidigt enligt CRL eller tidig BPD. Föregående år, 2024, var andelen 77% och året innan dess, 2023, var andelen 72%.

Andelen med tidig datering varierade mellan 68% och 97% av alla ultraljudsdaterade graviditeter i de regioner där detta var möjligt att redovisa. Föregående år, 2024, var spannet mellan 45 och 96%. Året innan dess, 2023, var spannet 20 till 95%.

Diskussion

Majoriteten av de graviditeter som lett till förlossning 2025 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 några regioner.

Tidig datering (CRL eller tidig BPD) var totalt sett den dominerande metoden i det redovisade urvalet av graviditeter som ledde till förlossning under 2025. 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 har minskat betydligt de senaste åren. 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. ULTRA-ARG obstetriks beslut och tydliggörande att datering i första trimestern av certifierad undersökare är det som rekommenderas kan ha påverkat utvecklingen det senaste året.

Det kan konstateras att andelen graviditeter med tidig datering är hög jämfört med tidigare år och att en positiv utveckling har skett. En utvecklingspotential finns fortfarande avseende skillnaden i andel med tidig datering mellan olika regioner samt tekniska lösningar för överföring av data från journalsystem till Graviditetsregistret.

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 2025 har identifierats i Graviditetsregistret. Flerbörder har exkluderats. Skillnaden mellan den med ultraljud skattade fostervikten och födelsevikten har beräknats i % av den skattade vikten enligt nedan, medan man i tidigare årsrapporter använt födelsevikten (FV) i nämnaren. Denna förändring syftar till att bättre spegla den kliniska situationen där endast den skattade vikten är känd.

► Procentavvikelse i viktskattning = $(\text{skattad vikt} - \text{födelsevikt}) / \text{skattad vikt} \times 100$.

Skillnaden mellan skattad vikt och sann födelsevikt uttryckt i % av den skattade vikten bör ha ett medelvärde på 0% (95%-konfidensintervallet skall inkludera 0), standarddeviationen för skillnaden bör vara högst 8% (SFOG, kommande ARG-rapport om obstetriskt ultraljud).

Vi redovisar också andel foster som skattats väga ≥ 4500 g (makrosomi) vid sista ultraljudet, oavsett tid till förlossningen, som var sant makrosoma vid födseln.

Resultat

4401 akuta viktskattningar under 2025 finns registrerade i Graviditetsregistret. Antalet utförda undersökningar och precisionen i dessa, grupperade efter skattad fostervikt, skattad viktavvikelse, graviditetslängd respektive region, presenteras i tabellerna nedan. Det totala antalet undersökningar skiljer sig något mellan jämförelserna då det för vissa undersökningar saknas data på exempelvis graviditetslängd eller region. Majoriteten av undersökningarna utfördes i fullgången tid. I medel underskattades fostervikten med 2,1%. Om man jämför viktskattningens precision vid olika skattade vikter ser man att det fanns en tendens till mer uttalad underskattning vid skattad vikt under 3000g, medan fostervikten i medel överskattades vid skattad fostervikt på 4000g eller mer. Vid jämförelse av precisionen utifrån skattad viktavvikelse ses en tydligare underskattning av fostervikten hos foster med skattad vikt $\leq -15\%$.

Tabell 13: Precision av viktskattning och andel med födelsevikt inom $\pm 10\%$ från skattad fostervikt, utifrån skattad fostervikt (≥ 300 g) vid ultraljudsundersökningen under 2025

Viktkategori (g)	Barn (n)	Avvikelse viktskattning (medel %)	Avvikelse viktskattning (sd %)	Andel inom 10%
300-999g	69	-3,6	11	62
1000-1999g	234	-3,1	10	69
2000-2999g	1215	-4,7	8,5	70
3000-3999g	2174	-1,7	7,7	81
4000g+	708	1,6	7,1	82
Total	4400	-2,1	8,3	77

Tabell 14: Precision av viktskattning och andel med födelsevikt inom $\pm 10\%$ från skattad fostervikt, utifrån viktavvikelse vid ultraljudsundersökningen under 2025

Skattad viktkategori (g)	Barn (n)	Avvikelse viktskattning (medel %)	Avvikelse viktskattning (sd %)	Andel inom 10%
$\leq -22\%$	784	-5,5	9,1	66
$> -22\%$ till $\leq -15\%$	418	-3,8	8,5	74
$> -15\%$ till $\leq 15\%$	2405	-1,7	7,9	80
$> 15\%$ till $\leq 22\%$	344	1,3	6,8	83
$> 22\%$	209	2,9	7,3	78
Total	4160	-2,1	8,4	77

Tabell 15: Precision av viktskattning och andel födelsevikter inom $\pm 10\%$ från skattad fostervikt, utifrån graviditetslängd vid ultraljudsundersökningen under 2025

Graviditetslängd (v)	Barn (n)	Avvikelse viktskattning (medel %)	Avvikelse viktskattning (sd %)	Andel inom 10%
$< v32+0$	156	-1,5	11	66
$v32+0 - v36+6$	548	-3,9	8,8	70
$v37+0 - v40+6$	2696	-1,9	8,1	79
$\geq v41+0$	1001	-1,8	8,0	80
Total	4401	-2,1	8,3	77

Tabell 16: Precision av viktskattning och andel födelsevikter inom $\pm 10\%$ från skattad fostervikt, utifrån region under 2025.

Region	Barn (n)	Avvikelse viktskattning (medel %)	Avvikelse viktskattning (sd %)	Andel inom 10%
Blekinge	20	-5,1	9,2	60
Dalarna	154	-4,5	8,1	73
Gotland	39	1,7	7,0	82
Gävleborg	190	-2,4	8,3	73
Halland	215	-2,3	8,1	78
Jämtland	61	0,60	7,3	84
Jönköping	364	-2,5	8,0	78
Kalmar	80	-3,7	9,4	71
Skåne	393	-1,9	8,0	80
Stockholm	956	-1,2	7,9	82
Sörmland	62	-3,4	10	63
Uppsala	161	-2,4	8,5	71
Värmland	141	-1,8	6,6	84
Västerbotten	100	-1,4	8,6	75
Västernorrland	35	-4,0	12	54
Västmanland	200	-2,0	8,9	78
Västra Götaland	674	-2,5	9,0	73
Örebro	148	-3,4	6,7	82
Östergötland	127	-1,5	8,3	80
Total	4120	-2,1	8,3	77

Av foster som vid sista viktskattningen innan förlossningen bedömdes ha en fostervikt ≥ 4500 g hade barnen under 2025 en födelsevikt ≥ 4500 g i 60% av fallen. Denna andelen har varit konstant under åren 2014 till 2025.

Tabell 17: Andel av foster som prenatalt bedömts vara makrosoma ($\geq 4500\text{g}$) som också föddes makrosoma, riket 2014-2025.

Födelseår	Antal ultraljud med skattad makrosomi	Andel sant makrosoma (%)
2014	158	59
2015	198	59
2016	280	65
2017	275	64
2018	199	56
2019	233	57
2020	200	59
2021	243	59
2022	209	59
2023	157	59
2024	158	54
2025	178	60

Diskussion

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

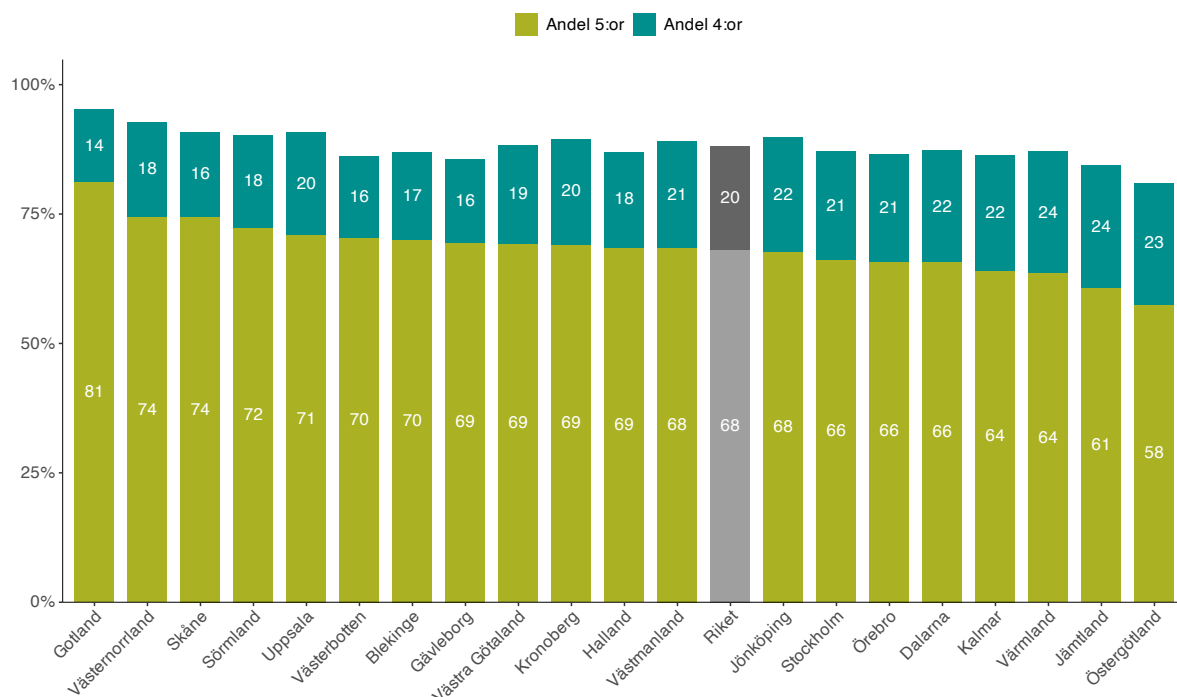
Sannolikt spelar kvaliteten på ultraljudsmätningarna en viss roll. Det är dock också känt att formeln som används för att skatta ultraljudsvikten är suboptimal och systematiskt underskattar fostervikt. Det är viktigt att vara medveten om dessa svagheter i den kliniska vardagen.

Graviditetsenkäten

Här redovisas ett urval av resultat från Graviditetsenkät 1 som rör information inför och efter fosterdiagnostik. Graviditetsenkäten beskrivs i ett tidigare kapitel i årsrapporten. Resultaten avser kvinnor som födde barn under 2025.

I enkäten finns frågor om kvinnan har genomgått KUB eller andra fosterdiagnostiska undersökningar samt om hon i samband med någon av undersökningarna fått information om att något i graviditeten varit avvikande. De som svarat ”Ja” på någon av frågorna får även besvara följdfrågor. I riket angav 88% av dem som genomgått KUB att de fått tillräcklig information om resultatet, motsvarande svarsalternativ 4 eller 5. Mellan regionerna varierade andelen från 81 till 95%.

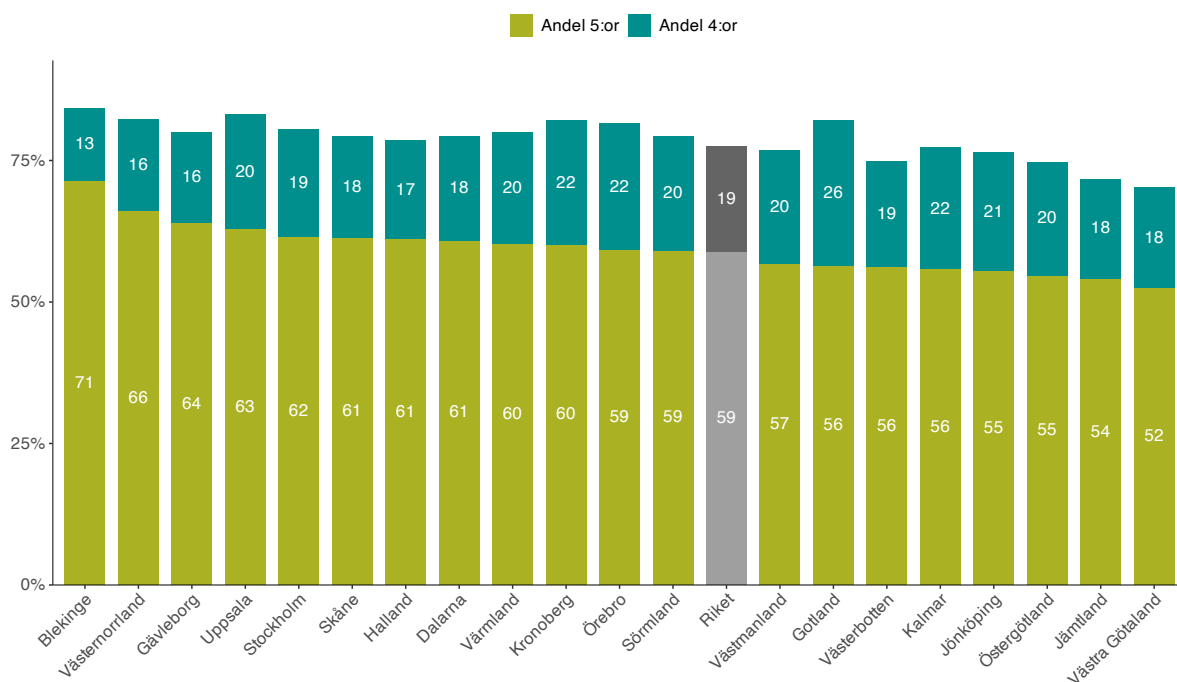
Diagram 75: Fick du tillräckligt med information om resultatet av KUB-undersökningen? (Enkät 1, Fråga 13b: 27 970 svar) Frågan besvarades endast av gravida som genomgått KUB



Svarsalternativen är 1-5, där siffran 1 motsvarar 'nej, inte alls', och 5 'ja, helt och hållet'. Källa: Graviditetsenkäten 2025

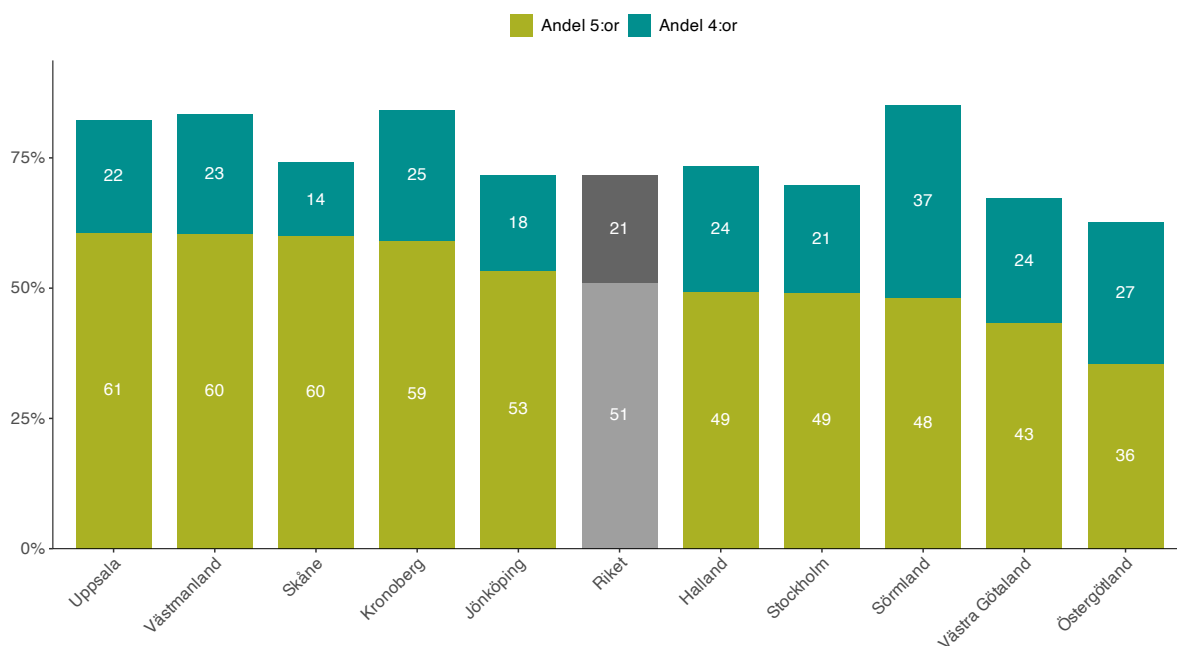
Av de som genomgått invasiv undersökning eller NIPT angav 78% att de fått tillräcklig information inför beslutet att genomgå undersökningen (spridningen mellan regionerna var 70–84%). Bland dem som fått besked om avvikande svar på fortsatt utredning angav 72% att informationen hade getts på ett sätt som de förstod. Här var skillnaderna mellan regionerna större, med andelar som varierade från 63 till 85%.

Diagram 76: Fick du tillräckligt med information från läkaren/barnmorskan inför beslut att genomgå undersökning med moderkaksprov, fostervattenprov eller NIPT? (Enkät 1, Fråga 14b: 11 527 svar) Frågan besvarades endast av gravida som genomgått fostervattenprov, moderkaksprov eller NIPT



*Frågan besvarades bara av de som genomgått fostervattenprov, moderkaksprov eller NIPT.
Svarsalternativen är 1–5, där siffran 1 motsvarar "nej, inte alls", och 5 "ja, helt och hållet".
Källa: Graviditetsenkäten 2025

Diagram 77: När du fick information om att något var avvikande, fick du då information på ett sätt som du förstod? (Enkät 1, Fråga 15b: 1 582 svar) Frågan besvarades endast av gravida som genomgått fostervattenprov, moderkaksprov eller NIPT



*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. Svarsalternativen är 1–5, där siffran 1 motsvarar "nej, inte alls", och 5 "ja, helt och hållet". Källa: Graviditetsenkäten 2025

Framtida utveckling

På grund av nya certifieringskrav på medicintekniska verktyg kommer beslutsstödet KUB inom Graviditetsregistret att stängas ned vid utgången av 2028. Graviditetsregistret ser ett stort värde i att behålla KUB-databasen som kvalitetsregister även i framtiden. Det finns skäl att befara att antalet registreringar i modulen kan komma att minska väsentligt efter att beslutsstödet tas ur drift, varför ett arbete nu pågår för att möjliggöra automatisk överföring till registret. Nuvarande automatiska överföring av ultraljudsdata innehåller inga uppgifter om fosteranatomi och överförs endast när en förlossning registrerats, det vill säga inte alls för graviditeter som inte avslutas med förlossning från och med vecka 22+0. Därmed saknas helt uppgifter om ultraljudsfynd i graviditeter som leder till missfall eller abort. Att utvärdera detektionsgraden av olika missbildningar via diagnoskoder har också visat sig vara opålitligt. Inom ULTRA-ARG obstetrik har uppdaterade mål för detektion av fostermissbildningar definierats under 2026. Dessa kan i nuläget inte följas på nationell nivå utan endast lokalt. Ett arbete har därför inletts för att vidareutveckla en heltäckande fosterdiagnostikmodul inom Graviditetsregistret. Modulen ska omfatta all fosterdiagnostik och möjliggöra kvalitetssäkring av obstetriska ultraljud även efter första trimestern, inklusive missbildningsdiagnostik, bedömning av cervix och placenta samt övervakning av riskgraviditeter med tillväxthämning eller havandeskapsförgiftning. Den kvalitetssäkring som därmed kan utföras bedöms kunna ha en avgörande positiv effekt på den obstetriska vården generellt. För att upprätthålla en hög täckningsgrad är det viktigt att den manuella registreringen till KUB-/TUL-modulerna fortsätter tills vidare, inte minst av misstänkta missbildningar. Detta gäller oavsett om enheten fortsätter att använda sig av KUB eller går över till primär screening i form av första trimesterultraljud och NIPT. I arbetet med att utforma alternativa strategier för screening efter nedstängningen av beslutstödet är det också

viktigt att säkerställa att korrekta uppgifter från genetiska analyser förs in i registret. Automatisk överföring är att föredra för att säkerställa kompletta data.

Förlossning

Sverige har en god förlossningsvård med låg mödradödlighet och låg sjuklighet hos både mödrar och barn. Förutsättningarna för att uppnå en vaginal och okomplicerad födsel är goda. Tre av fyra gravida föder vaginalt (icke-instrumentellt), vilket är en hög andel ur ett internationellt perspektiv. Det kvarstår variationer mellan regioner i förekomst av flera förlossningsutfall som till exempel akuta kejsarsnitt bland förstföderskor som varierar mellan 9% och 22%.

I årets rapport redovisas även andelen födslar utan obstetriska interventioner (igångsättning, värkstimulerande dropp, epiduralbedövning, klipp, sugklocka och kejsarsnitt) och komplikationer (blödning >1000ml, Apgar <7 vid 5 min eller grad 3-4 bristning) i en selekterad grupp föderskor som vi valt att kalla för "standardförstföderskan". Gruppen omfattar förstföderskor med BMI 18,5–29,9, ålder upp till 35 år och utan sjukdomar vid inskrivningen och utgör 55% av alla förstföderskor. Andelen födslar utan obstetriska interventioner i denna grupp har minskat från omkring 20% till 13% under de senaste tio åren. Resultaten visar således att även bland förstföderskor med förväntat låg risk föder allt färre utan obstetriska interventioner eller komplikationer jämfört med tidigare.

Andelen barn med Apgar <7 vid 5 min samt stor blödning >1000ml har ökat kontinuerligt de senaste åren och så även i år.

Graviditetsenkäten

Graviditetsenkäten är ett viktigt komplement till de medicinska och övriga utfall som följs i Graviditetsregistret. Ur ett internationellt perspektiv är det unikt att kunna följa även patientupplevelse så som vi kan göra i Sverige. Genom enkäten fångas erfarenheter och upplevelser före, under och efter graviditeten, information som tillsammans med medicinska utfall ger en bredare bild av vårdens kvalitet och resultat.

År 2025 var det sista året som den nuvarande versionen av Graviditetsenkäten användes. Under 2026 uppdateras enkäten med syfte att bättre spegla dagens förlossnings- och eftervård samt att fortsatt ge relevant och användbar kunskap om patienternas erfarenheter.

Målvärden

Svenska Föreningen för Obstetrik och Gynekologi (SFOG), Svenska Barnmorskeförbundet (SBF) 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.

Följande målvärden har fastställts:

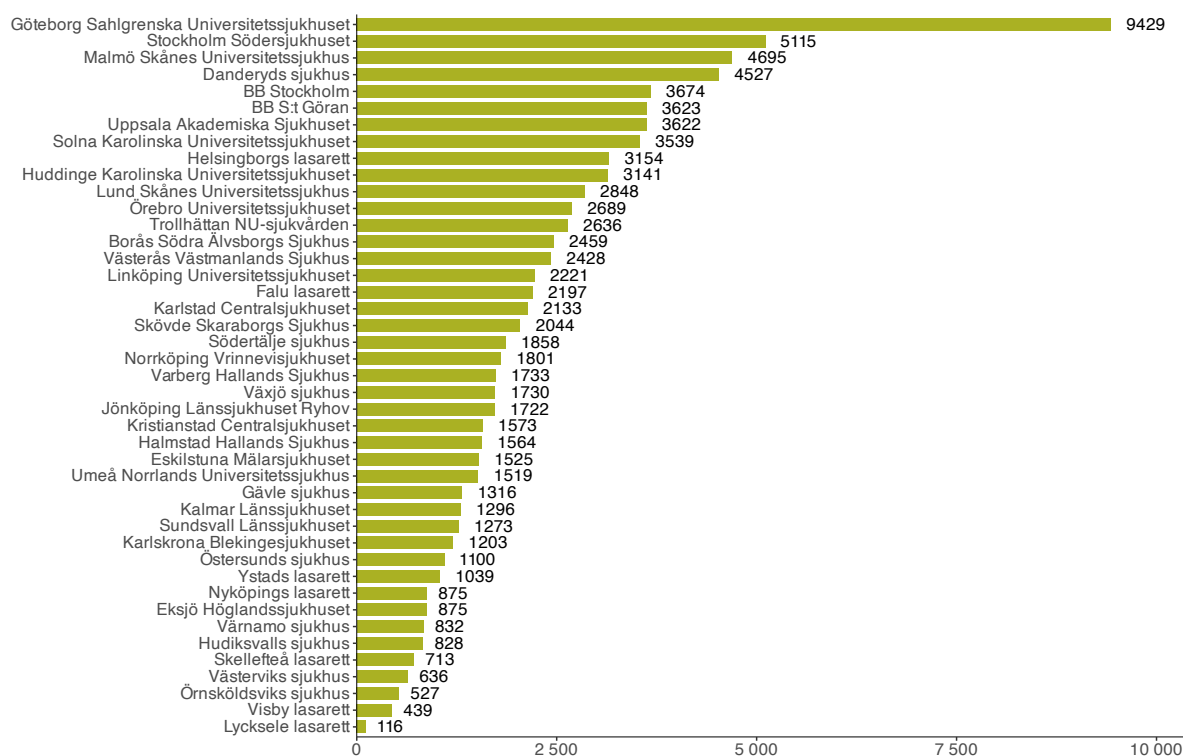
- Vaginal (icke-instrumentell) födsel: >76%
- Kejsarsnitt: <18%
- Kejsarsnitt Robson 1 + 2b <13%
- Kejsarsnitt efter induktion: <17%
- Blödning $\geq$ 1000ml vid vaginal födsel: <6%
- Blödning $\geq$ 1000ml vid kejsarsnitt: <16%

- Grad 3-4 bristning vid vaginal (icke-instrumentell) födsel: <2%
- Grad 3-4 bristning vid vaginal (instrumentell) födsel: <9%
- Apgar <4 vid 5 min: <0,2%
- Andel kvinnor som har tillfrågats om förlossningsupplevelse innan hemgång från BB: 85%
- Andel kvinnor som skattat sin förlossningsupplevelse över 7 (skala från 1-10) vid hemgång från BB: 80%

Antal förlossningar

Under 2025 registrerades totalt 94 262 förlossningar i Graviditetsregistret. De största förlossningsklinikerna fanns vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset i Göteborg (n=9 429), Södersjukhuset i Stockholm (n= 5 115) och Skånes Universitetssjukhus i Malmö (n=4 695). 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 116 förlossningar.

Diagram 78: Antal förlossningar per förlossningsklinik, 2025



Andel förlossningar utan större interventioner eller komplikationer i olika Robsongrupper

OBSERVERA NY DEFINITION!

I Graviditetsregistret finns indikatorn ”Förlossning utan större interventioner eller komplikationer” som är ett salutogent (önskat) utfallsmått. Definitionen är: förlossning utan sugklocka, tång, kejsarsnitt, ej perinealbristning grad 3-4, ej Apgar <7 vid 5 min och ej blödning ≥ 1000 ml eller blodtransfusion. Nytt för i år är att mängden blödning ändrats från ≥ 1500 ml till ≥ 1000 ml för att bättre stämma överens med den sedvanliga definitionen av stor blödning.

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

- om man fött barn tidigare eller inte
- graviditetens längd
- barnets läge i magen (exempelvis 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 som t.ex. kejsarsnitt.

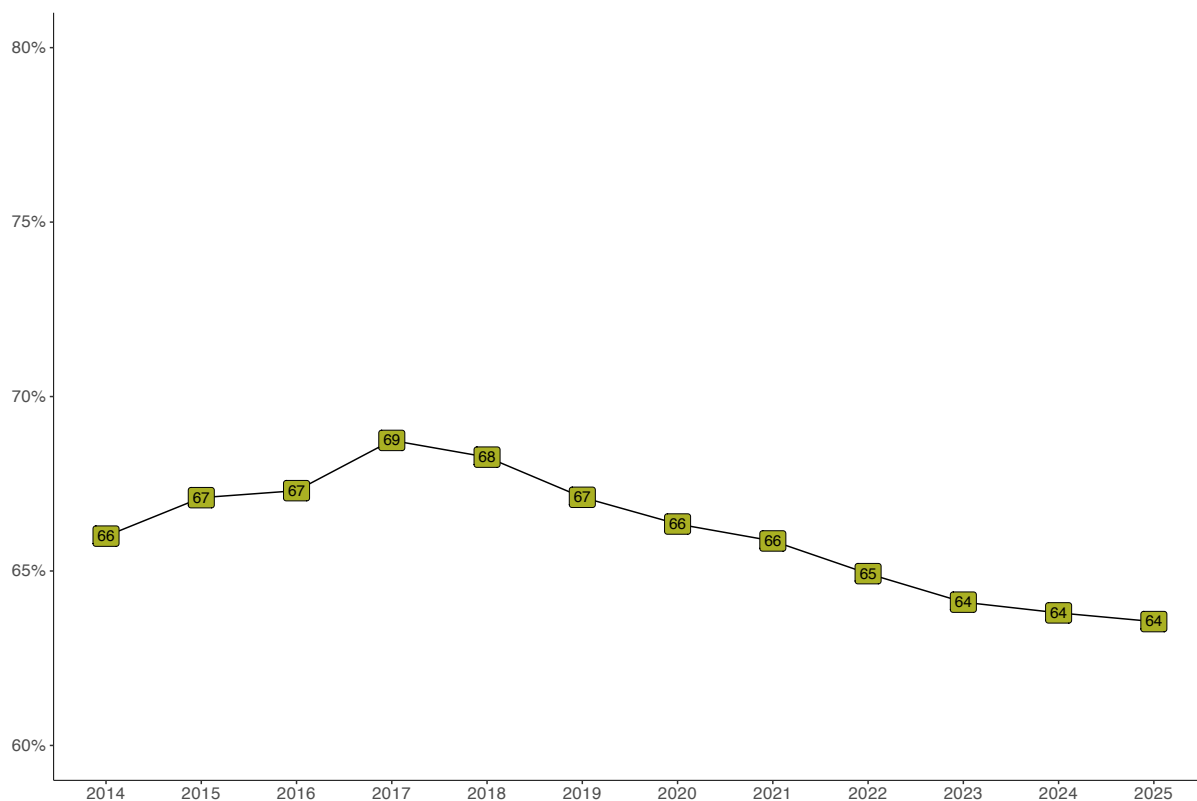
Totalt omfattade analysen 78 544 förlossningar i de största Robson-grupperna. Av dessa var nästan 76% okomplicerade enligt definitionen ovan. Resultaten skilde sig mellan grupperna enligt tabellen nedan.

Tabell 18: Andel (%) förlossningar utan större interventioner eller komplikationer i respektive Robsongrupp, 2025

Grupp	Definition av Robsongrupp	Förlossningar utan större interventioner eller komplikationer (%)
1	Förstföderska, enkelbörd, huvudbjudning, fullgången ($\geq 37+0$). Spontan förlossningsstart	71
2b	Förstföderska, enkelbörd, huvudbjudning, fullgången ($\geq 37+0$). Induktion före spontan förlossningsstart (inkl. vattenavgång utan värkar)	53
3	Omföderska, enkelbörd, huvudbjudning, fullgången ($\geq 37+0$). Ej tidigare kejsarsnitt. Spontan förlossningsstart	92
4b	Omföderska, enkelbörd, huvudbjudning, fullgången ($\geq 37+0$). Ej tidigare kejsarsnitt. Induktion före spontan förlossningsstart (inkl. vattenavgång utan värkar)	87
5a	Tidigare kejsarsnitt, nu enkelbörd, huvudbjudning, fullgången ($\geq 37+0$). Spontan förlossningsstart	60
5b	Tidigare kejsarsnitt, nu enkelbörd, huvudbjudning, fullgången ($\geq 37+0$). Induktion före spontan förlossningsstart (inkl. vattenavgång utan värkar)	49

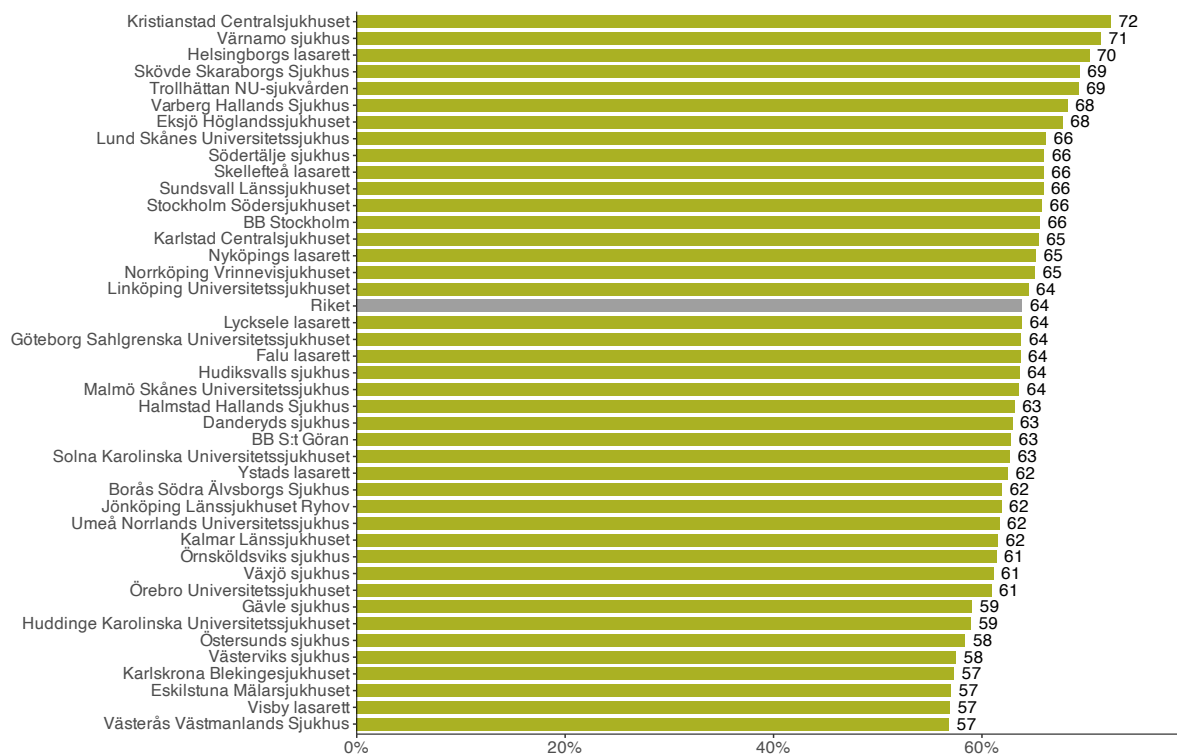
Nedanstående diagram redovisar andelen förlossningar utan större interventioner eller komplikationer bland förstföderskor i Robsongrupp 1 + 2b under åren 2014–2025. Den andelen har varierat mellan 64% och 69% i landet under de senaste elva åren, där 2025 års värden utgjorde de lägsta under tidsperioden (64%).

Diagram 79: Andel (%) förlossningar utan större interventioner eller komplikationer i Robsongrupp 1+2b, riket 2014–2025

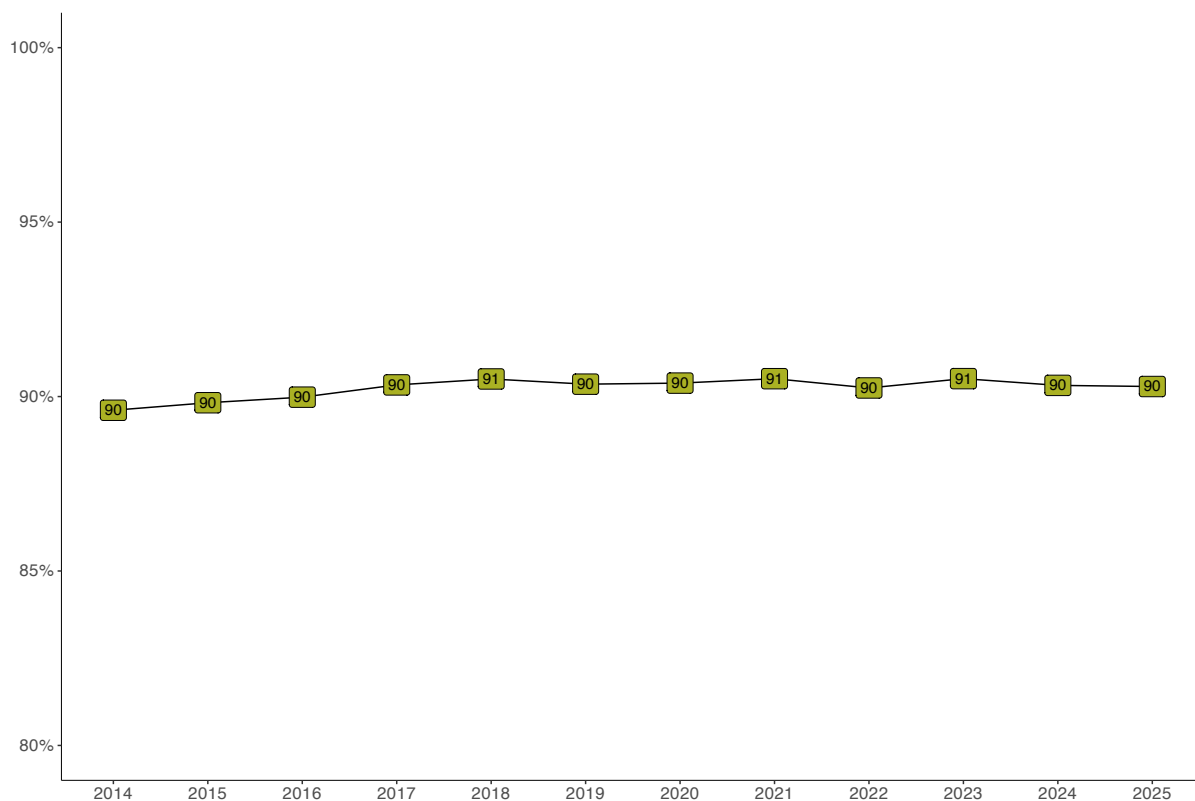


Andelen förlossningar utan större interventioner eller komplikationer i Robson 1+2b (n=35 495) redovisas per klinik i diagrammet nedan. Rikets genomsnitt var 64% med en variation från 57% till 72%.

Diagram 80: Andel (%) förlossningar utan större interventioner eller komplikationer i Robsongrupp 1+2b, per klinik 2025

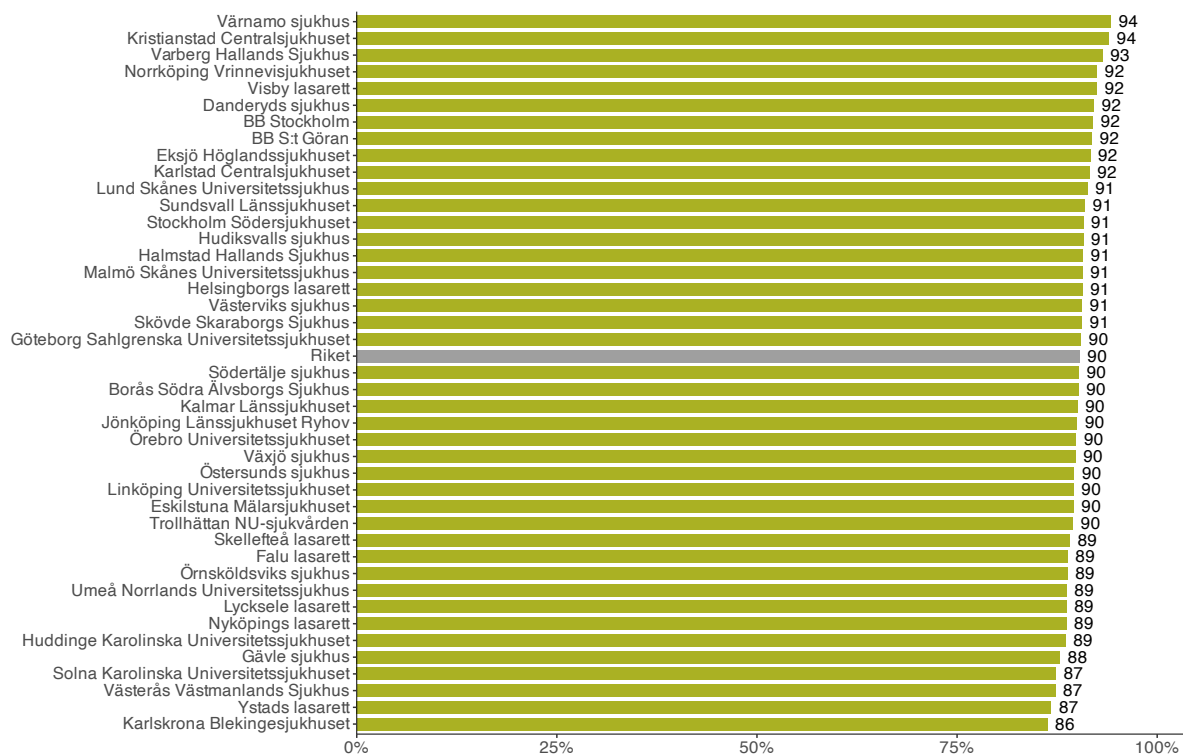


Vid motsvarande analys av grupperna med omfödskor, Robsongrupp 3+4b, har andelen förlossningar utan större interventioner eller komplikationer varierat mellan 90% och 91% under åren 2014–2025, med lägst nivå år 2014 (90%).

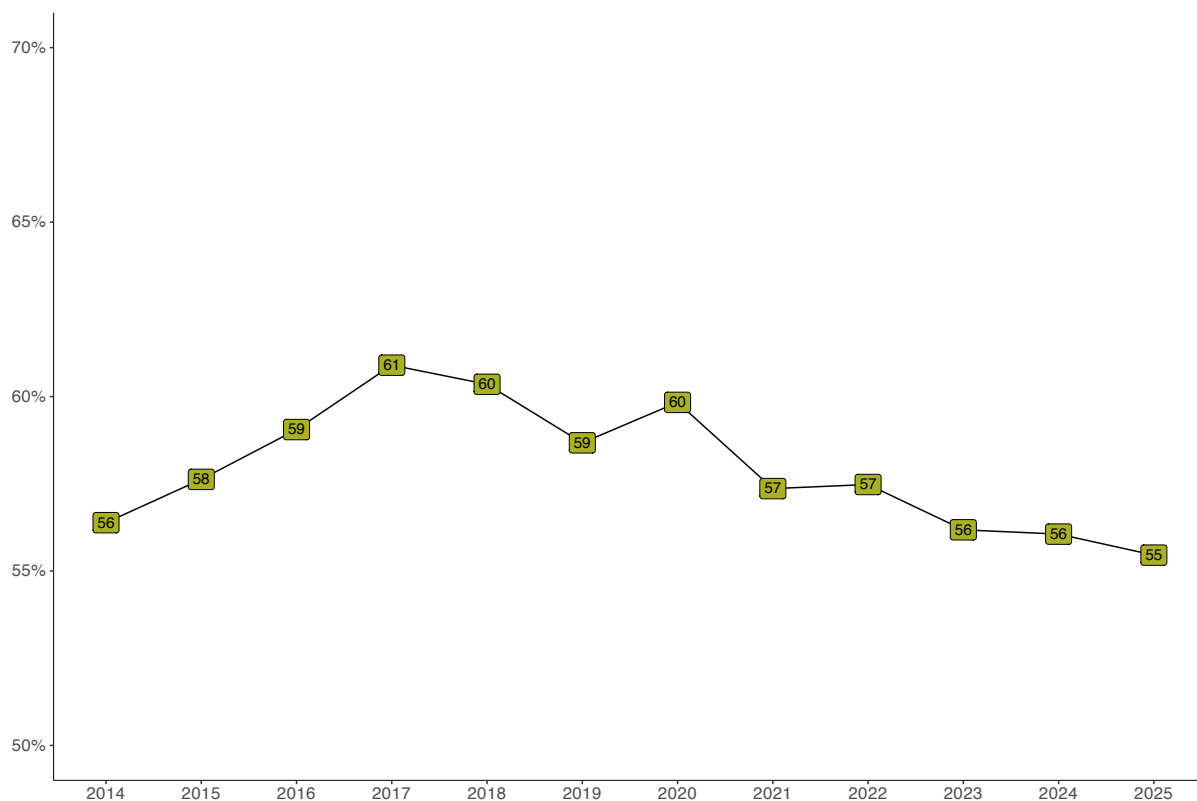
Diagram 81: Andel (%) förlossningar utan större interventioner eller komplikationer i Robsongrupp 3+4b, riket 2014–2025

Andelen förlossningar utan större interventioner eller komplikationer i Robson 3+4b (n=37 549) redovisas per klinik i diagrammet nedan. Rikets genomsnitt var 90% med en variation från 86% på Blekingesjukhuset i Karlskrona till 94% på Värnamo Sjukhus och Kristianstad Central-sjukhus.

Diagram 82: Andel (%) förlossningar utan större interventioner eller komplikationer i Robsongrupp 3+4b, per klinik 2025

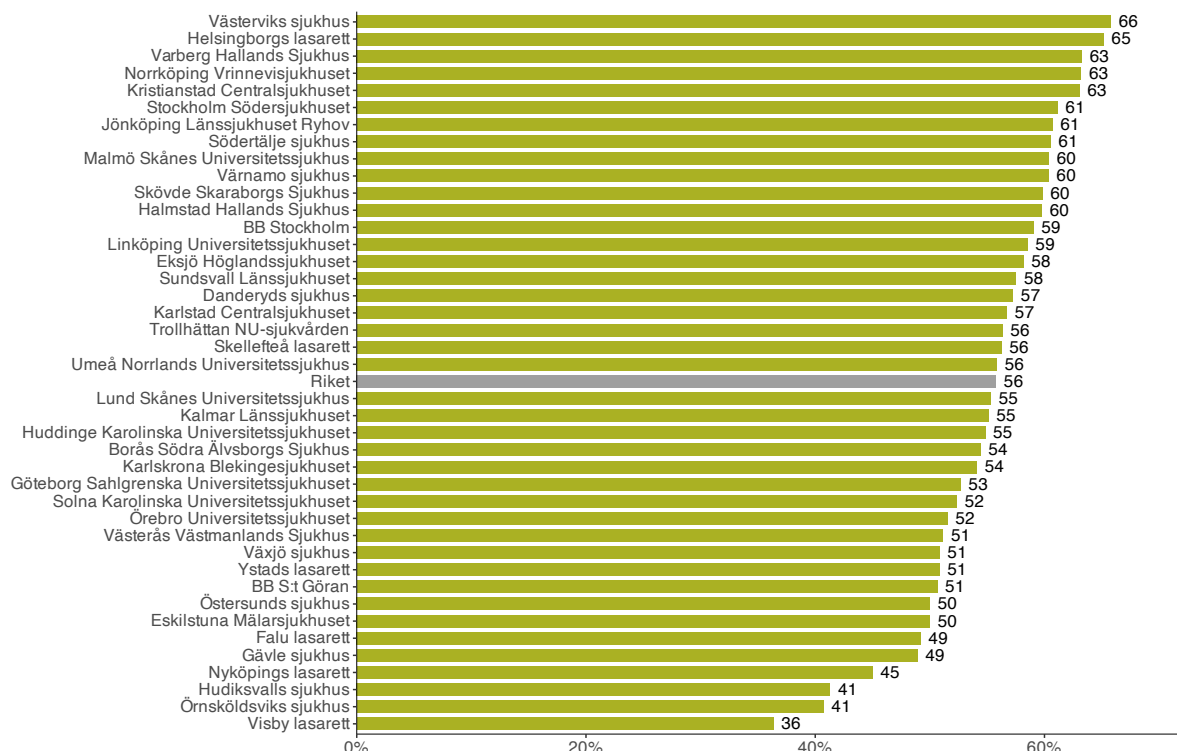


Omfödreskor med tidigare kejsarsnitt, Robsongrupp 5a+5b, analyserades även de som en sammanlagd grupp. Andelen förlossningar utan större interventioner eller komplikationer har varierat mellan 55% och 61% under åren 2014–2025.

Diagram 83: Andel (%) förlossningar utan större interventioner eller komplikationer i Robsongrupp 5a+5b, riket 2014–2025

Andelen förlossningar utan större interventioner eller komplikationer i Robson 5a+5b (n=5 500) redovisas per klinik i diagrammet nedan. Rikets genomsnitt var 55% med en variation från 36% på Visby Lasarett till 66% på Västerviks sjukhus.

Diagram 84: Andel (%) förlossningar utan större interventioner eller komplikationer i Robsongrupp 5a+5b, per klinik 2025



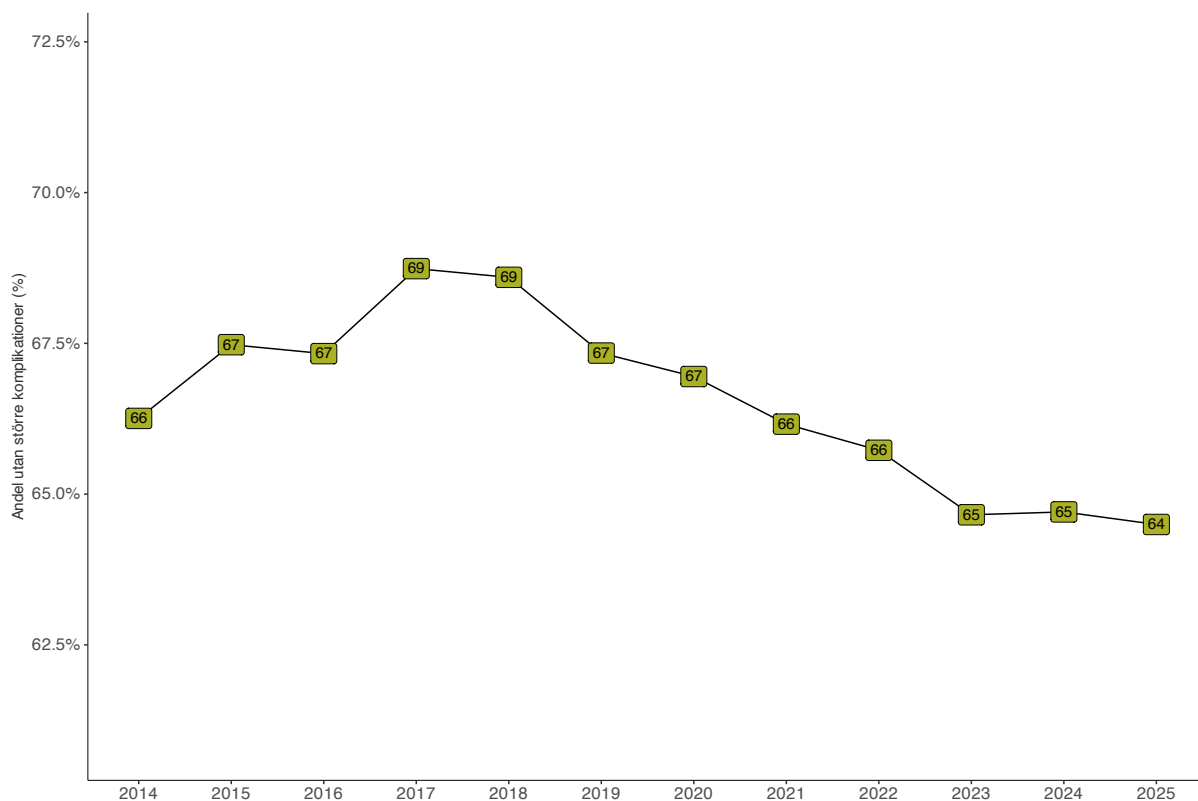
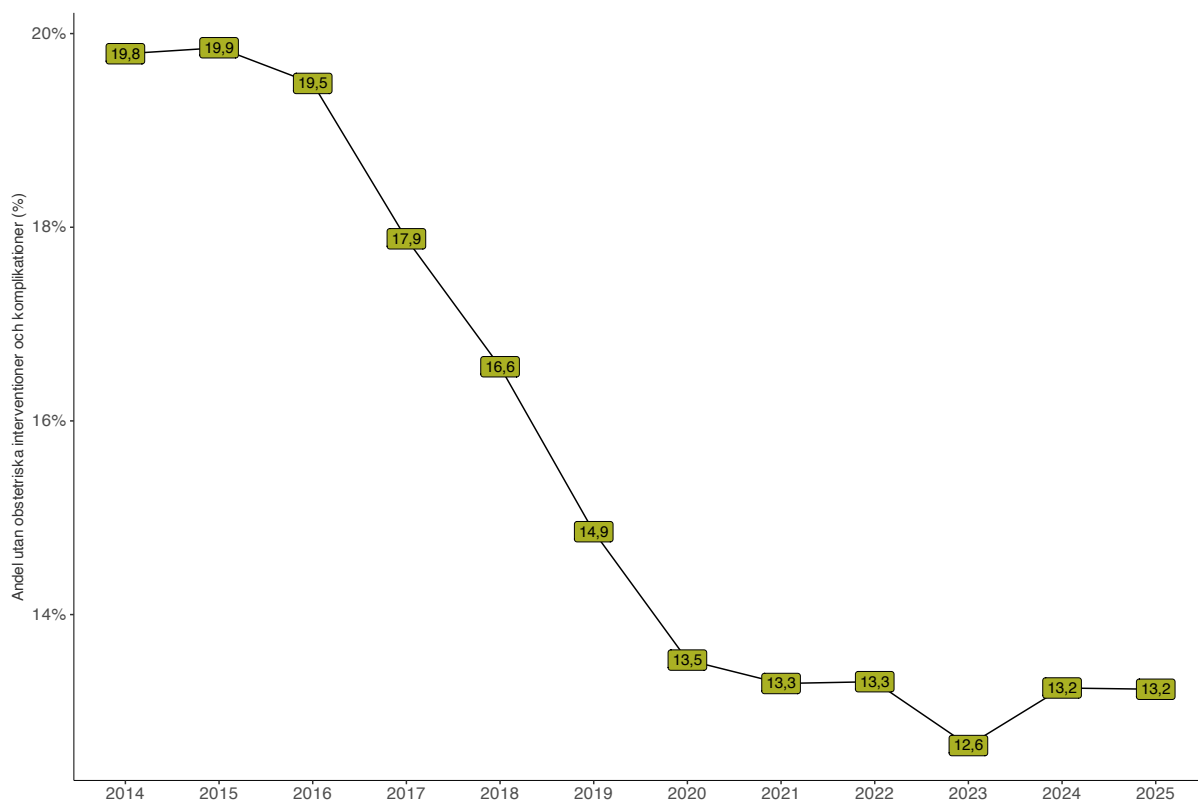
Förlossningsutfall för standardförstföderskan

Populationen omfattar förstföderskor som vid inskrivningen på barnmorskemottagningen var högst 35 år, hade BMI 18,5–29,9 och inte hade komplicerande sjukdomar såsom SLE, essentiell hypertoni, njursjukdom, epilepsi eller diabetes. Samtliga födde ett barn i huvudbjudning efter fullgången graviditet, det vill säga från och med graviditetsvecka 37. Denna grupp utgjorde 55% av alla förstföderskor (n=22 546).

Det första utfallsmåttet, **förlossning utan större interventioner eller komplikationer**, beskriver en förlossning som avslutades med vaginal (icke-instrumentell) födsel. Utfallet innefattar även att kvinnan inte hade en blödning på $\geq 1\,000$ ml eller en grad 3–4-bristning samt att barnet hade Apgar ≥ 7 vid fem minuters ålder.

Det andra utfallsmåttet, **förlossning utan obstetriska interventioner eller komplikationer**, beskriver förlossningar som startade spontant och fortlöpte utan värkstimulerande dropp eller epiduralbedövning. Kvinnan födde vaginalt (icke-instrumentellt) utan klipp. Utfallet innefattar även att kvinnan inte hade en blödning på $\geq 1\,000$ ml eller en grad 3–4-bristning samt att barnet hade Apgar ≥ 7 vid fem minuters ålder.

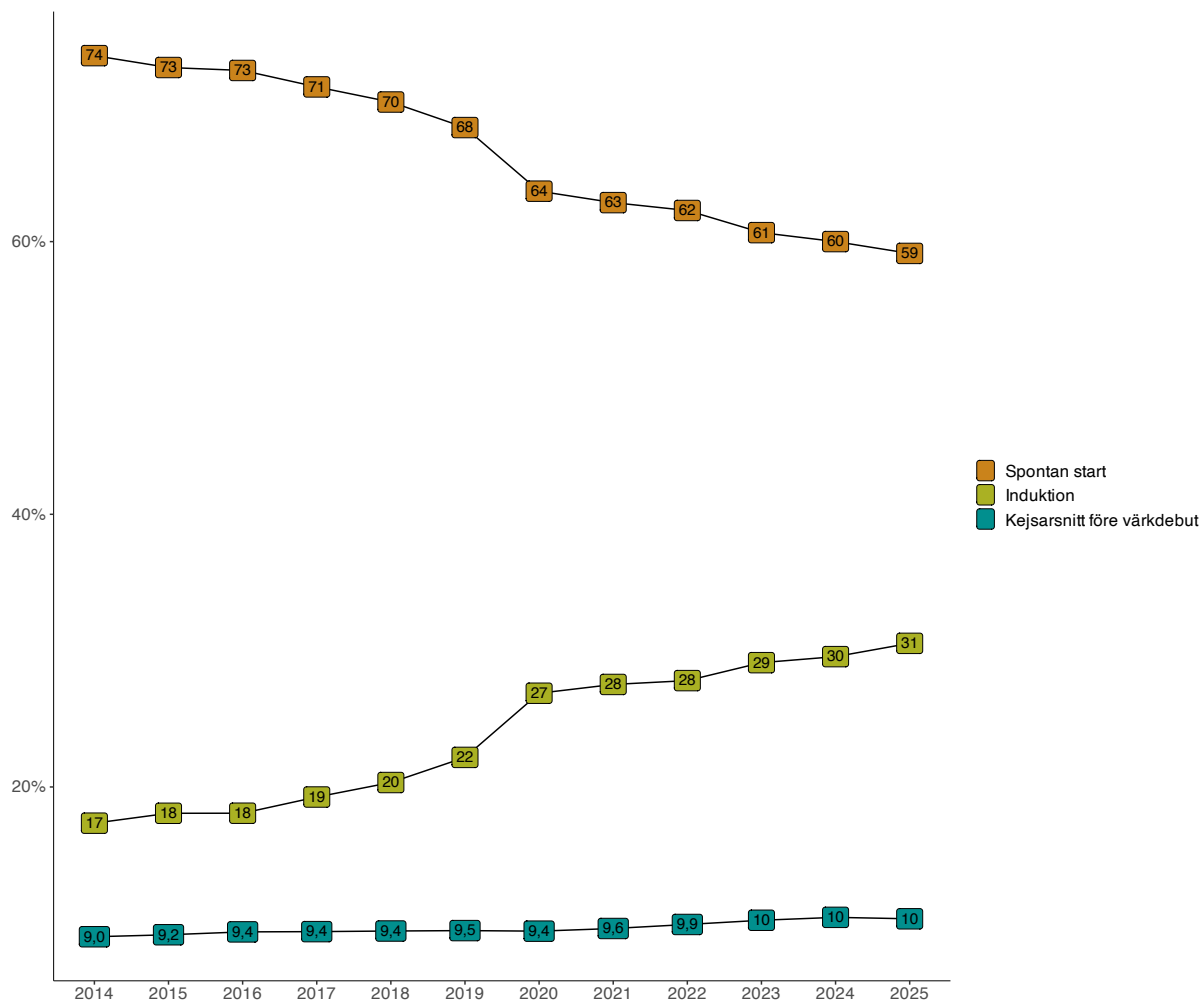
För båda utfallen kan en nedåtgående trend ses under perioden 2014–2025. Minskningen är särskilt tydlig för utfallet förlossning utan obstetriska interventioner eller komplikationer, där andelen minskade från 20 procent år 2014 till 13 procent år 2025. Orsakerna till detta är framförallt att färre gravida har en spontan förlossningsstart. För utfallet förlossning utan interventioner eller komplikationer hos standardförstföderskan ses en nedåtgående trend från 2017 med lägsta nivå 2025 som framförallt beror på ökningen av kejsarsnitt och stor blödning.

Diagram 85: Andel (%) förstföderskor som föder utan större interventioner eller komplikationer, riket 2014–2025**Diagram 86:** Andel (%) förstföderskor som föder utan obstetriska interventioner eller komplikationer, riket 2014–2025

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 87: Andel (%) förlossningsstart av samtliga förlossningar, riket 2014–2025

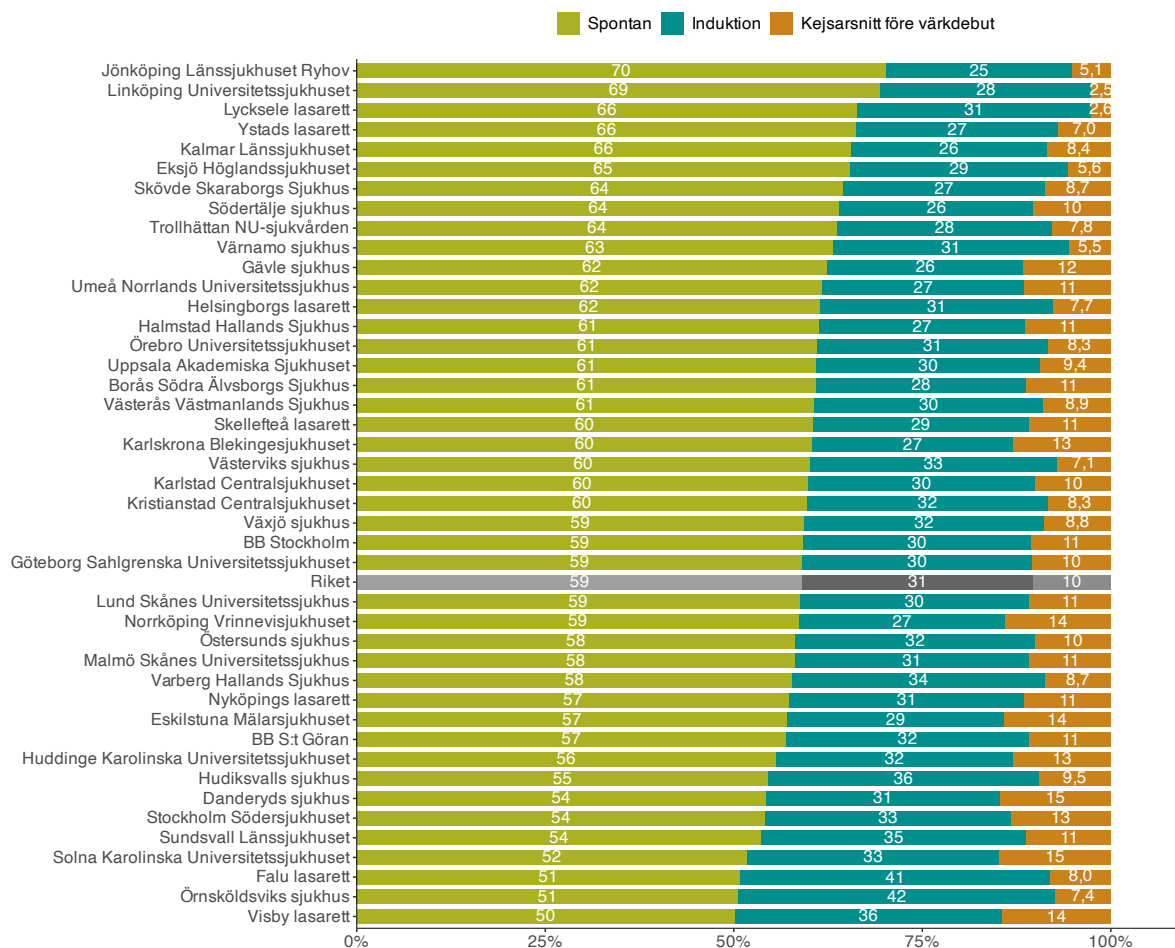


Variationen mellan sjukhus och regioner är stor. Under 2025 varierade andelen förlossningar som startade spontant från 50% på Visby lasarett till 70% på Länssjukhuset Ryhov i Jönköping med ett genomsnitt på 59% i riket. Andelen igångsatta förlossningar varierade mellan 25% på Länssjukhuset Ryhov i Jönköping till 42% på Örnsköldsviks sjukhus.

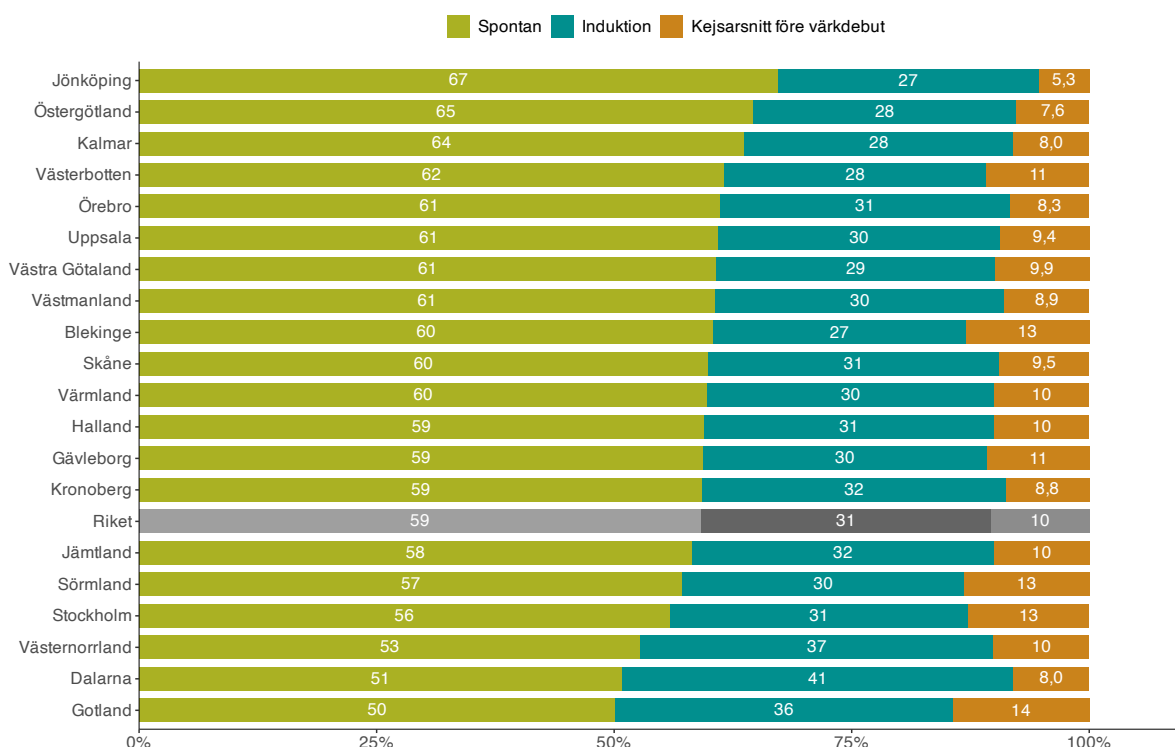
Rikets genomsnitt för andelen kejsarsnitt före värkdebut var 10% under 2025 med en variation från 5,1% på Länssjukhuset Ryhov i Jönköping till 15% på Danderyds sjukhus och Solna Karolinska Universitetssjukhus. ”Kejsarsnitt före värkdebut” är oftast samma sak som ”planerat kejsarsnitt” men kan även innefatta 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 tidigare läggs 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 88: Andel (%) förlossningsstart av samtliga förlossningar, per klinik 2025

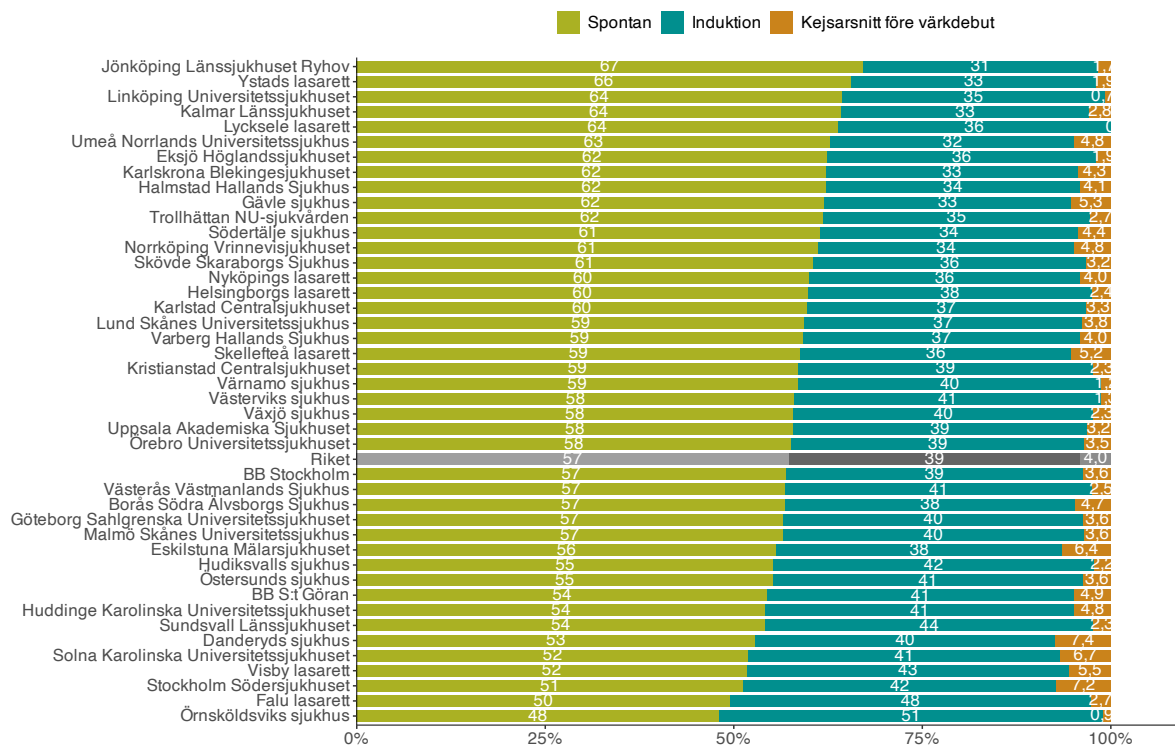


Vissa regioner i landet har överenskommelser rörande vilket sjukhus planerade kejsarsnitt ska ske på. Exempelvis utförs Linköpings Universitetssjukhus planerade kejsarsnitt på Vrinnevisjukhuset i Norrköping, men även andra sjukhus kan ha särskilda överenskommelser. Med anledning av detta visas nedan ett diagram över förlossningsstart på regionnivå. En stor variation noteras mellan regionerna avseende andel som har en spontan förlossningsstart, från 50% i Visby till 67% i Jönköping.

Diagram 89: Andel (%) förlossningsstart av samtliga förlossningar per region, 2025

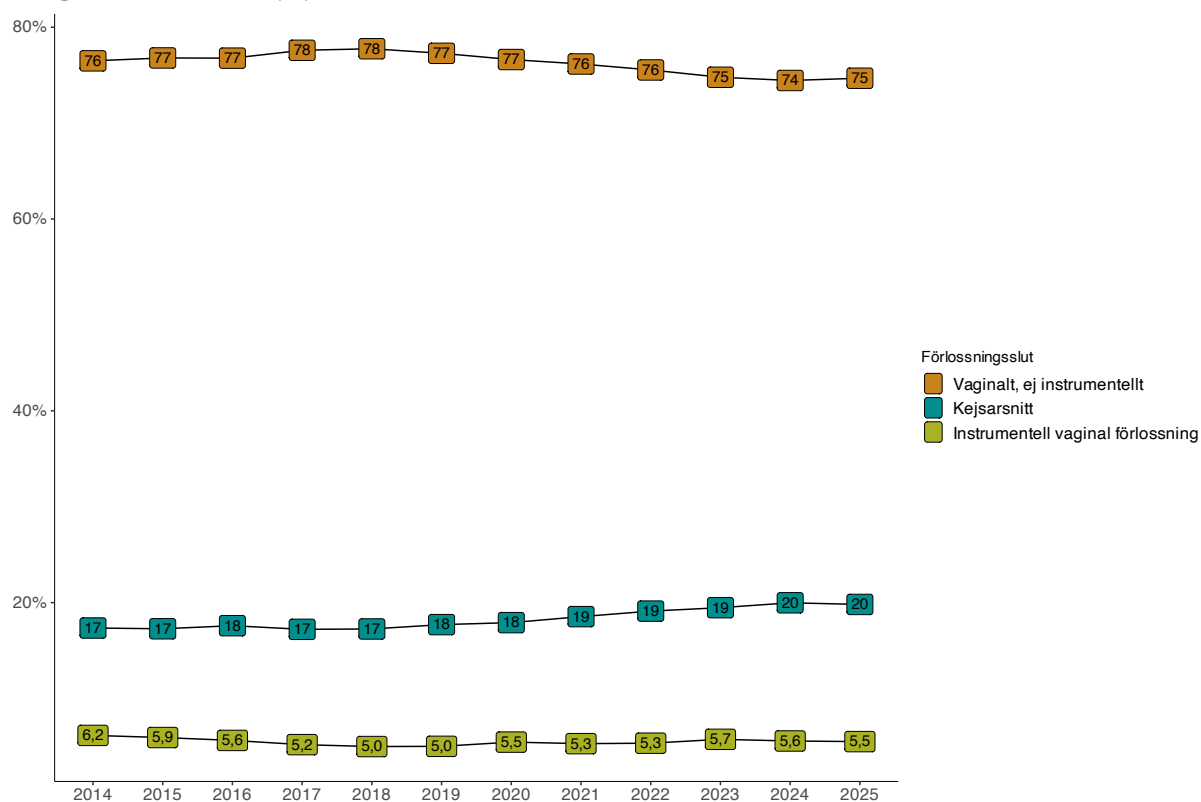
Gruppen med förstföderskor som föder ett (1) barn i huvudändläge i fullgången graviditet (Robsongrupp 1, 2b eller 2c) utgör ca 40% av alla som föder barn. Hur förlossningen startar avgör om kvinnan tillhör grupp 1 (spontan start), 2b (induktion) eller 2c (kejsarsnitt före värkdebut). Andelen förstföderskor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

Diagram 90: Andel (%) förlossningar med spontan start (Robsongrupp 1), induktion (Robsongrupp 2b) och kejsarsnitt före värddebut (Robsongrupp 2c) på respektive klinik, 2025

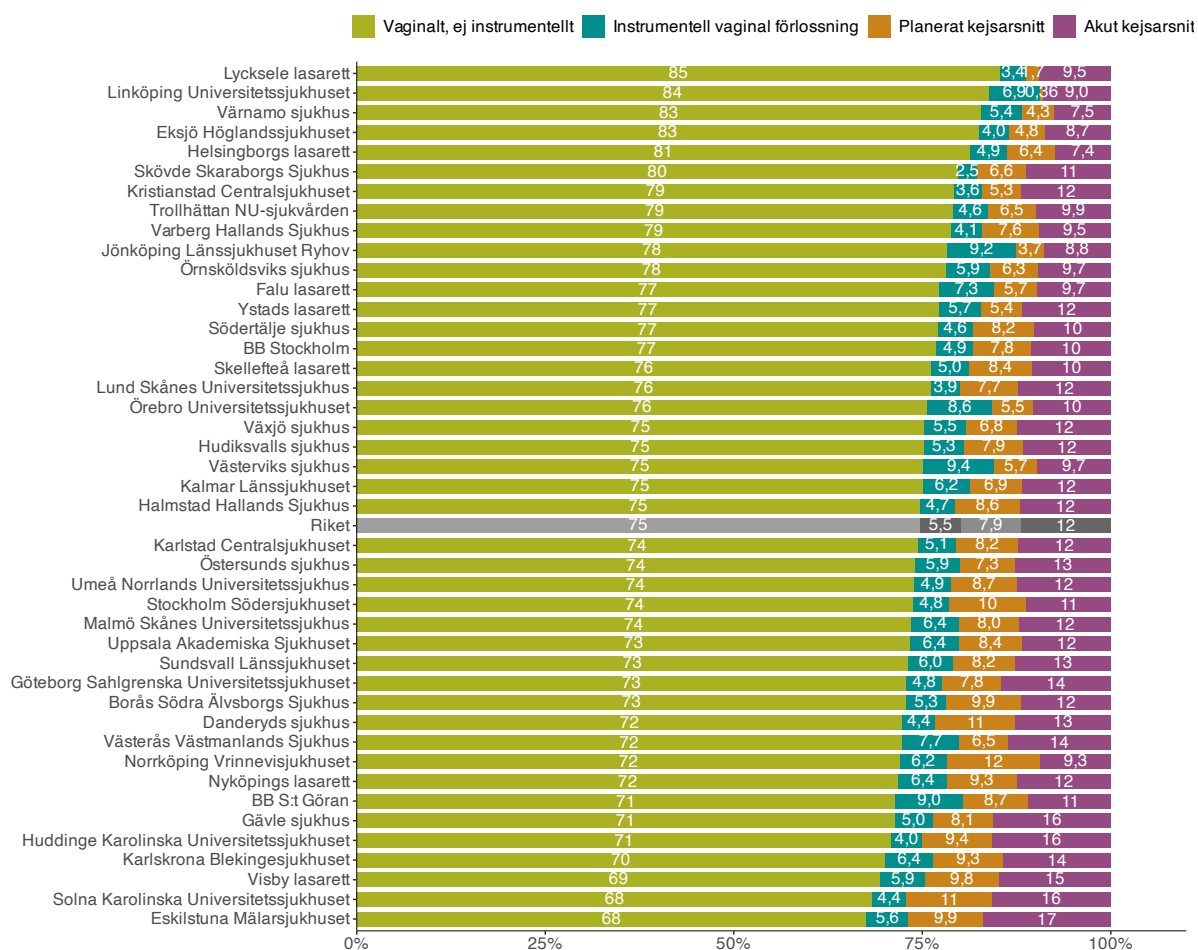


Förlossningssätt

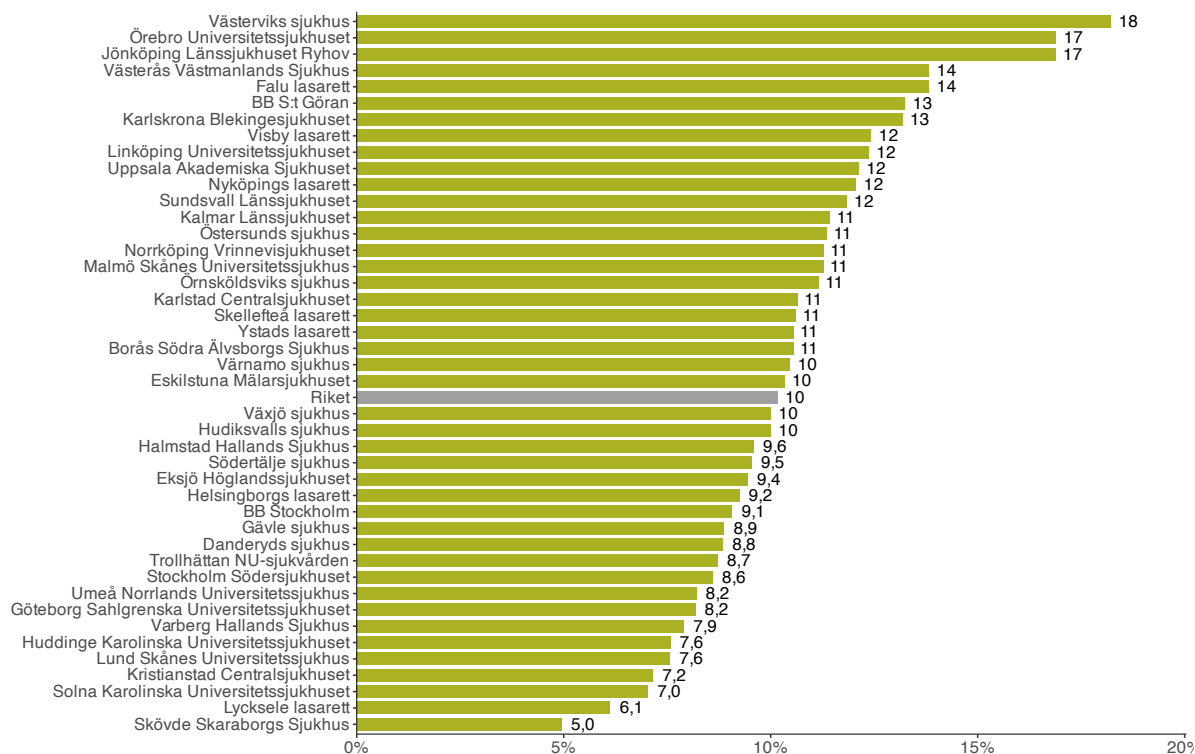
Under perioden 2014–2025 har andelen gravida som föder vaginalt (icke-instrumentell) varierat från 74% till 78%. Under 2025 var andelen 75%. Förekomsten av kejsarsnitt har under samma tidsperiod ökat från 17% till 20%.

Diagram 91: Andel (%) förlossningar fördelat per förlossningssätt i riket, 2014–2025

Under 2025 var rikets genomsnitt för andelen vaginala förlossningar (icke-instrumentella) 75% med en spridning från 68% i Eskilstuna till 85% i Lycksele.

Diagram 92: Andel (%) av förlossningarna efter förlossningssätt vid respektive klinik, 2025

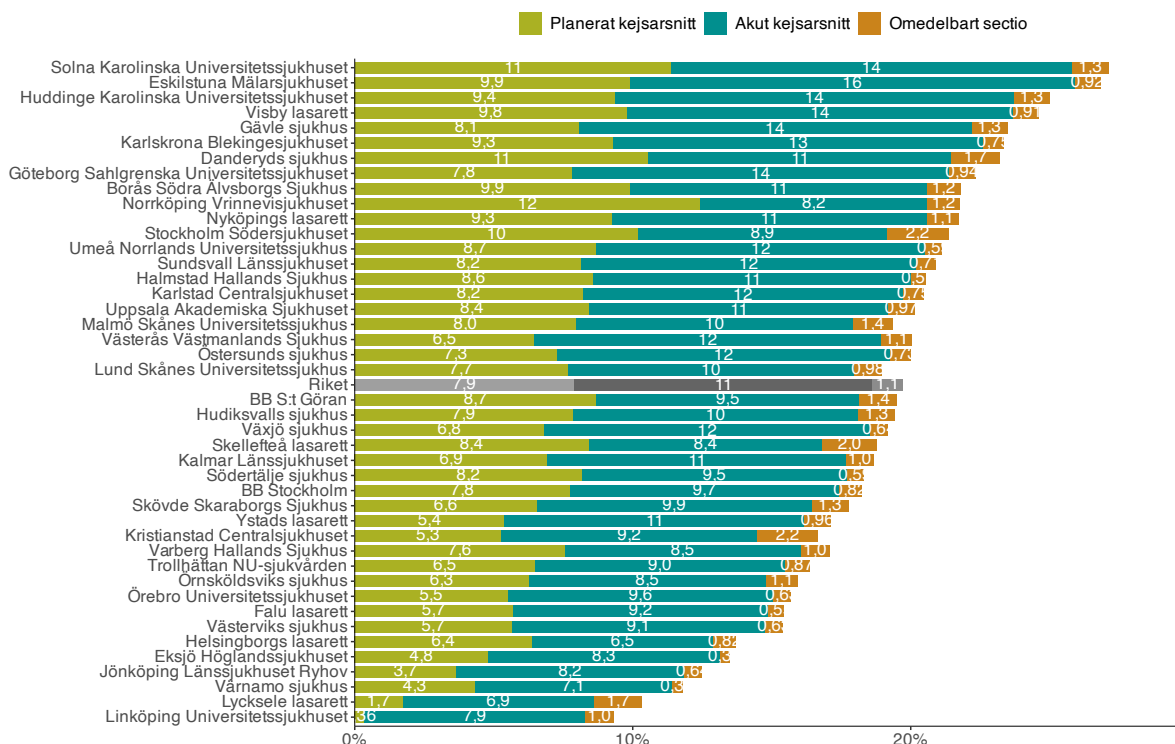
Andelen förlossningar med sugklocka har legat stabilt mellan 5,0% och 6,2% sedan 2014. Majoriteten av alla förlossningar med sugklocka sker bland förstföderskor och förekomsten av förlossningar med sugklocka i denna grupp är 10%. I diagrammet nedan visas andelen sugklockor bland förstföderskor per klinik. Variationen i landet är stor från 5,0% på Skaraborgs sjukhus i Skövde till 18% på Västerviks sjukhus.

Diagram 93: Andel (%) förstföderskor med instrumentell vaginal förlossning (av samtliga förstföderskor), 2025

Planerade, akuta och omedelbara kejsarsnitt

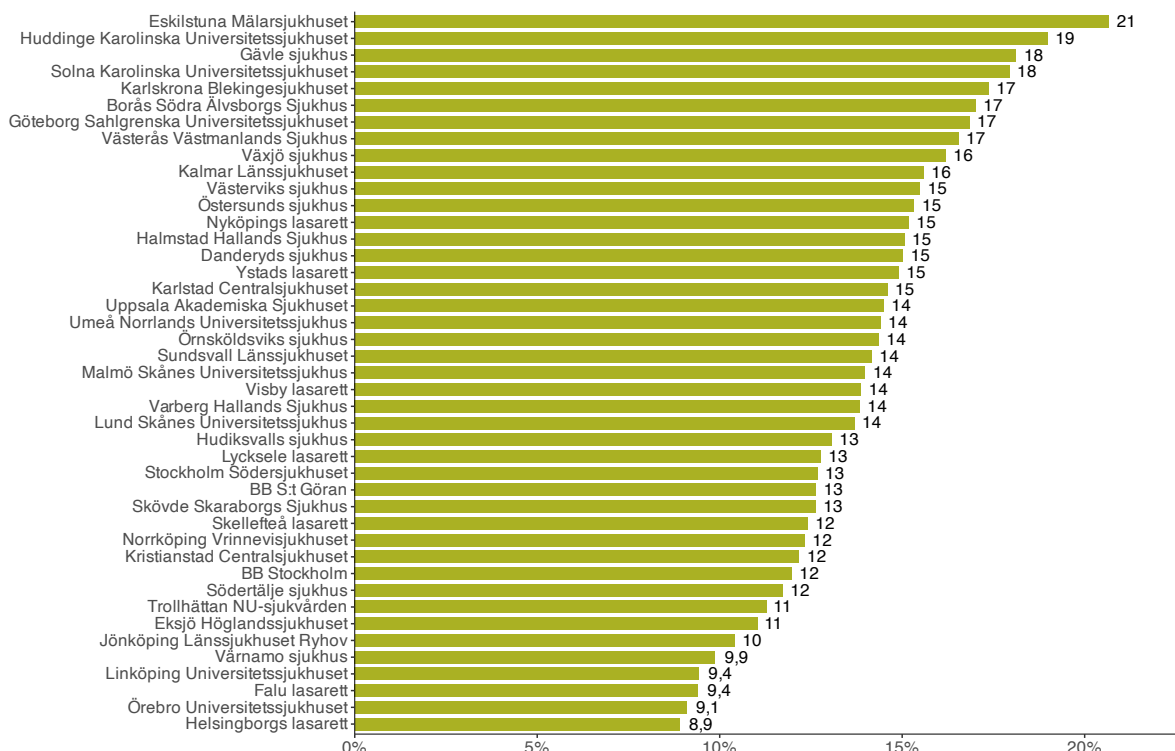
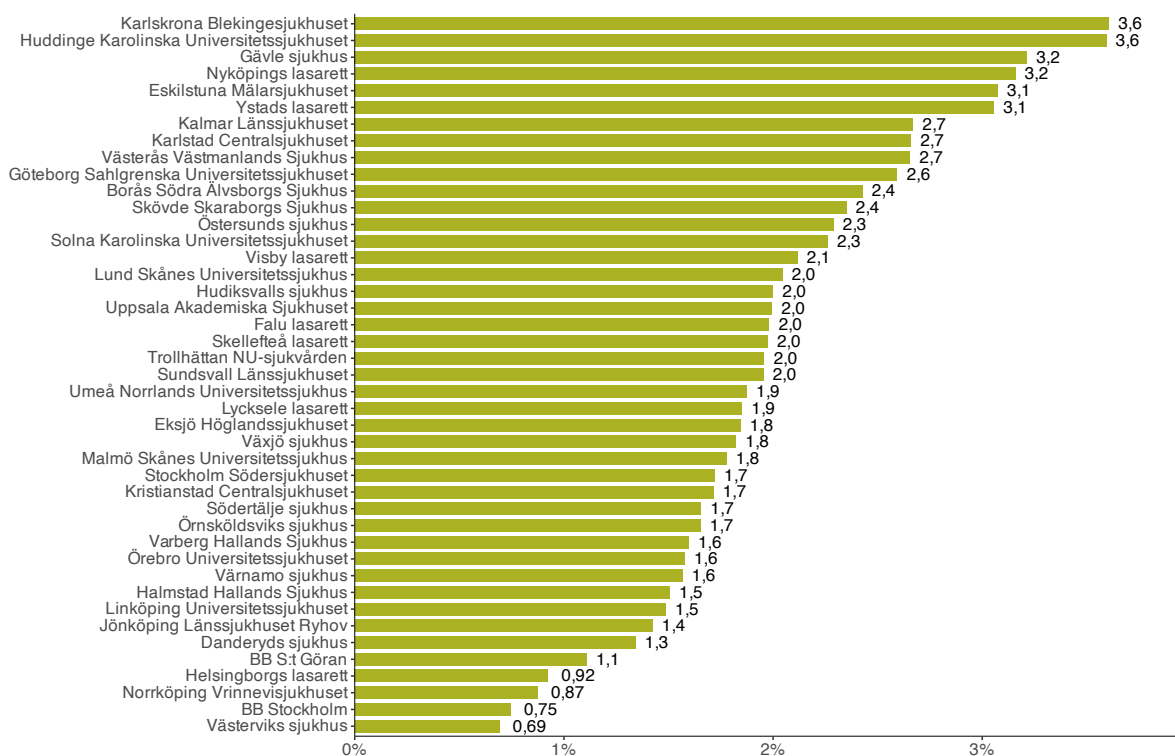
Den totala andelen kejsarsnitt har ökat över tid i Sverige från 17% 2014 till 20% 2025. I landet varierade andelen kejsarsnitt 2025 från 9,2% på Linköpings Universitetssjukhus till 27% på Eskilstuna Mälarsjukhus. De flesta av Linköpings Universitetssjukhus planerade kejsarsnitt utförs dock på Vrinnevisjukhuset i Norrköping. Det sjukhus med näst lägst andel kejsarsnitt under 2025 var Jönköping Länssjukhuset Ryhov med 12%.

Kejsarsnitt registreras som planerade, akuta och omedelbara. Under 2025 registrerades 7,9% planerade kejsarsnitt, 11% akuta och 1,1% omedelbara av den totala andelen förlossningar. Andelen akuta kejsarsnitt (inklusive omedelbara kejsarsnitt) varierade mellan 7,3% på Helsingborgs lasarett och 17% på Eskilstuna Mälarsjukhus.

Diagram 94: Andel (%) planerade, akuta och omedelbara kejsarsnitt per klinik, 2025**Andel kejsarsnitt i Robsongrupp 1, 2b (förstföderskor) och 3 och 4b (omföderskor)**

Att jämföra kejsarsnittsfrekvensen i de olika Robsongrupperna är ett etablerat sätt att följa och beskriva variationer i förlossningsvården. Skillnader mellan kliniker kan bland annat ge information om i vilken utsträckning vaginal förlossning uppnås i olika grupper av födande.

I Robsongrupp 1 och 2b varierade andelen kejsarsnitt mellan 8,9% på Helsingborg Lasarett till 21% på Eskilstuna Mälarsjukhuset, vilket visar på betydande variationer i förlossningssätt och vårdpraxis. Bland omföderskor i Robsongrupp 3 och 4b varierade andelen kejsarsnitt mellan 0,69% på Västerviks sjukhus till 3,6% på Karlskrona Blekingesjukhuset och Huddinge Karolinska Universitetssjukhus.

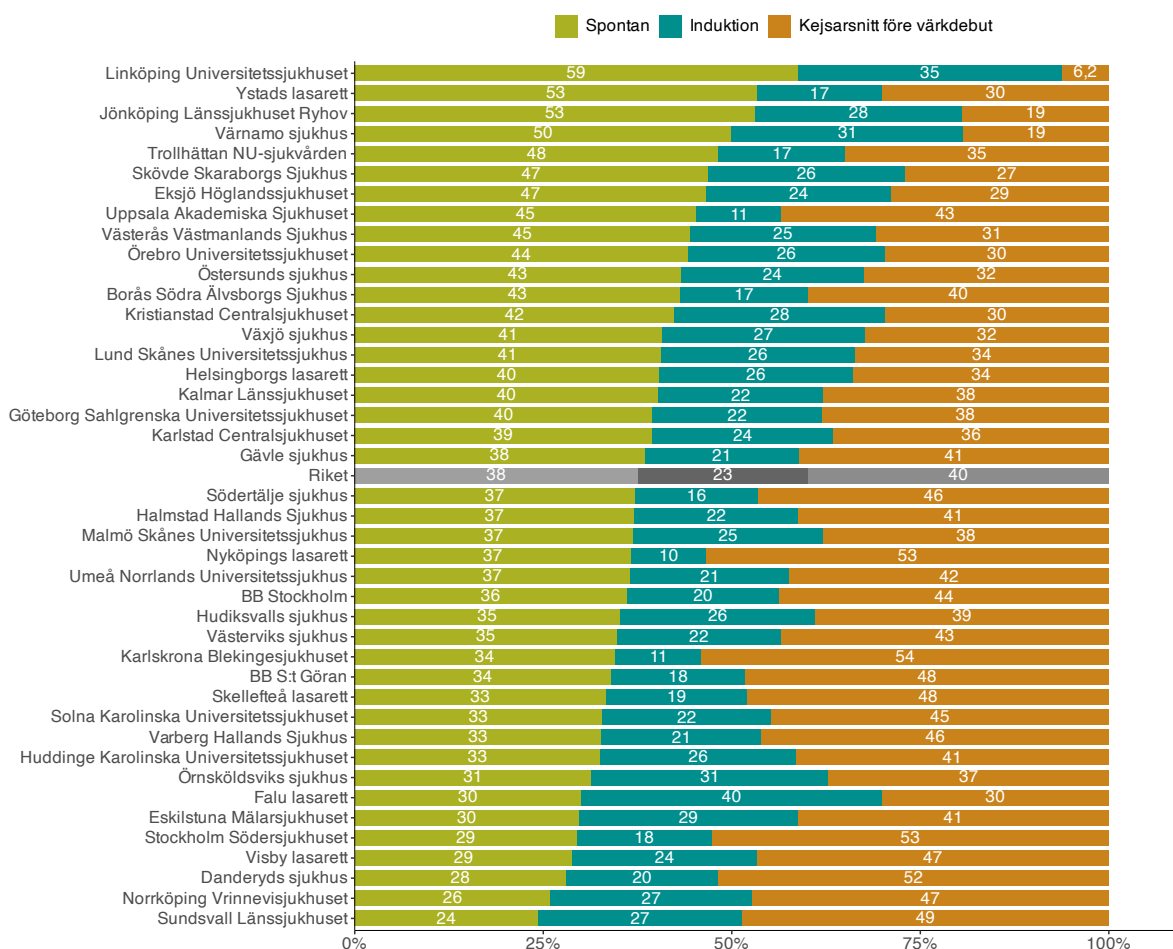
Diagram 95: Kejsarsnitt bland förstföderskor med spontan start (Robsongrupp 1) och induktion (Robsongrupp 2b) per klinik, 2025**Diagram 96:** Kejsarsnitt bland omföderskor med spontan start (Robsongrupp 3) och induktion (Robsongrupp 4b) per klinik, 2025

Förlossning efter tidigare kejsarsnitt

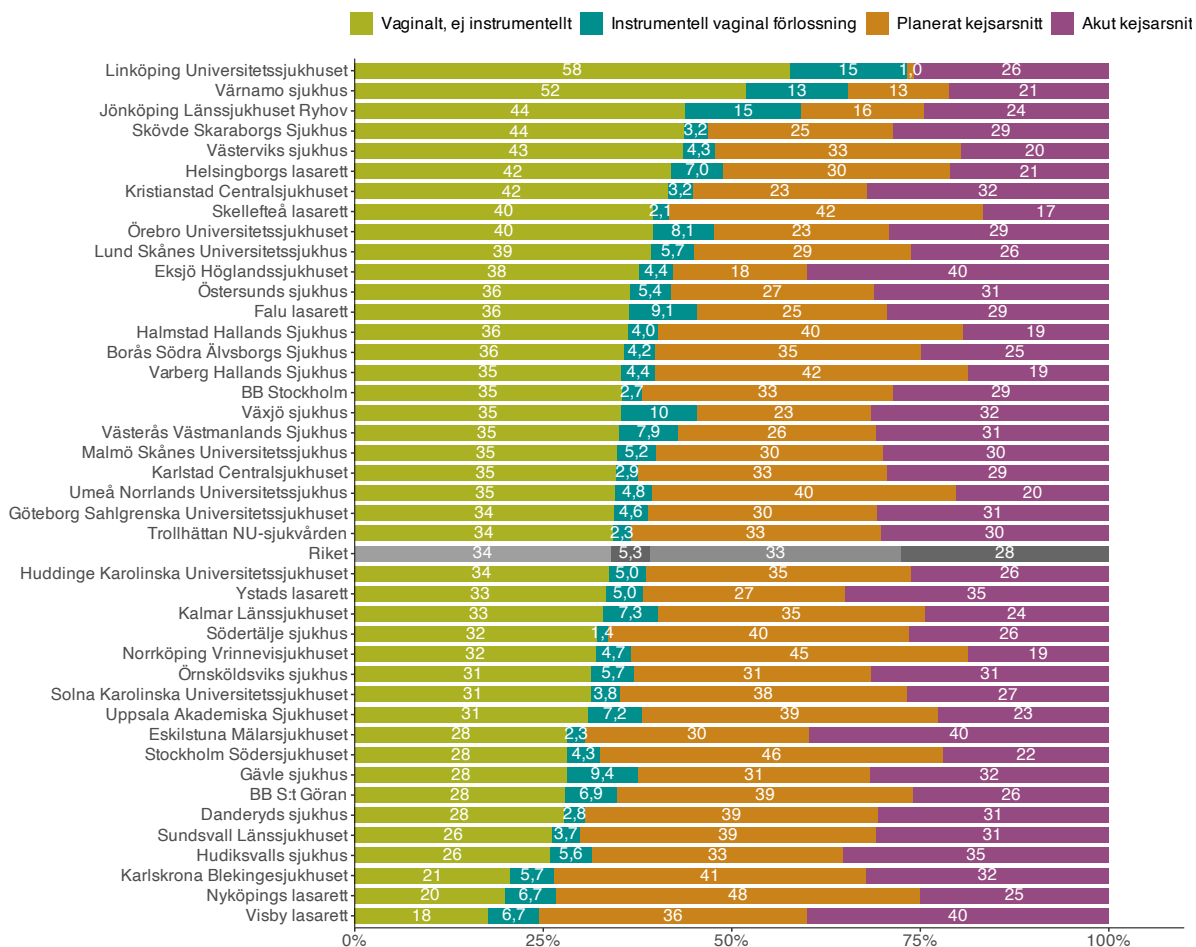
Att visa andelen kvinnor med tidigare kejsarsnitt och deras förlossningssätt i nästkommande graviditet är viktigt för att följa hur ofta kejsarsnitt som förlossningssätt återupprepas och bedöma hur ofta vaginal födsel efter kejsarsnitt sker. Det ger insikt i klinikpraxis, säkerhet och kvalitet i vården,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

Av de 7 022 omfödelskor som under 2025 skulle föda sitt andra barn efter en första förlossning med kejsarsnitt startade 38% spontant, 23% med induktion och 40% födde med kejsarsnitt före värddebut.

Diagram 97: Förlossningsstart för omfödelskor (1-para) med ett tidigare kejsarsnitt, per klinik 2025



Diagrammet nedan visar förlossningsslut bland omfödelskor, 1-para, med ett tidigare kejsarsnitt på respektive sjukhus, samma grupp som beskrivits ovan (n=7 022). I denna grupp födde 34% vaginalt (icke-instrumentellt), 5,3% instrumentellt vaginalt, 33% med elektivt kejsarsnitt och 28% med akut kejsarsnitt. På vissa kliniker var antalet förlossningar i denna grupp liten vilket bör beaktas vid jämförelse mellan klinikerna och tolkning av siffrorna.

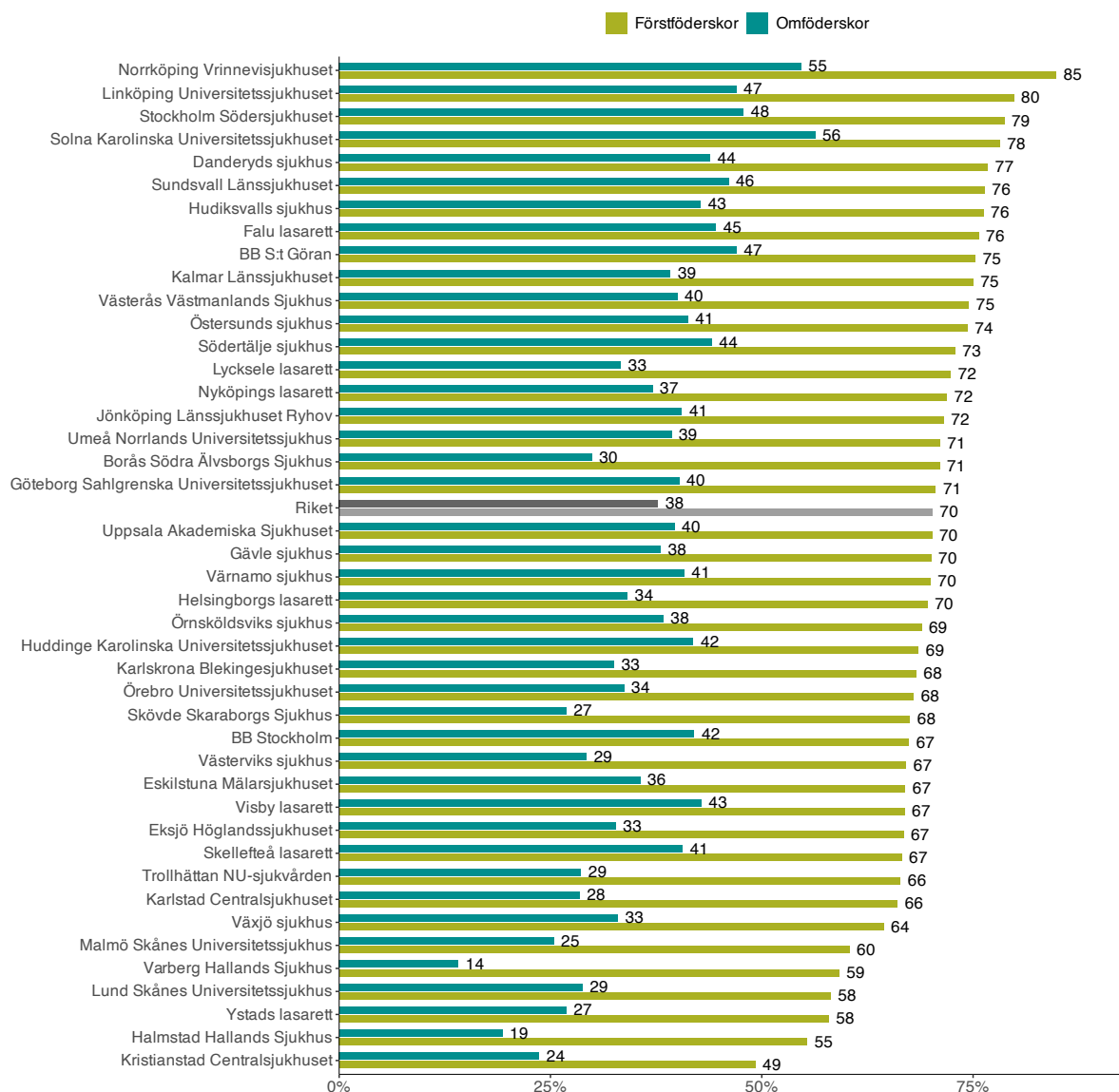
Diagram 98: Förlossningsslut för omfödorskor (1-para) med ett tidigare kejsarsnitt, per klinik 2025

Epiduralbedövning

Användningen av epiduralbedövning har ökat successivt mellan 2014 och 2025, både för förstfödorskor och omfödorskor. Bland förstfödorskor har andelen stigit från cirka 54% år 2014 till 70% år 2025. För omfödorskor är användningen lägre men har ökat tydligt, från drygt 22% år 2014 till 38% år 2025. Förekomsten av epiduralbedövning på respektive klinik styrs av flera faktorer så som tillgång och efterfrågan men även arbetssätt kring alternativ smärtlindring, stöd och närvaro.

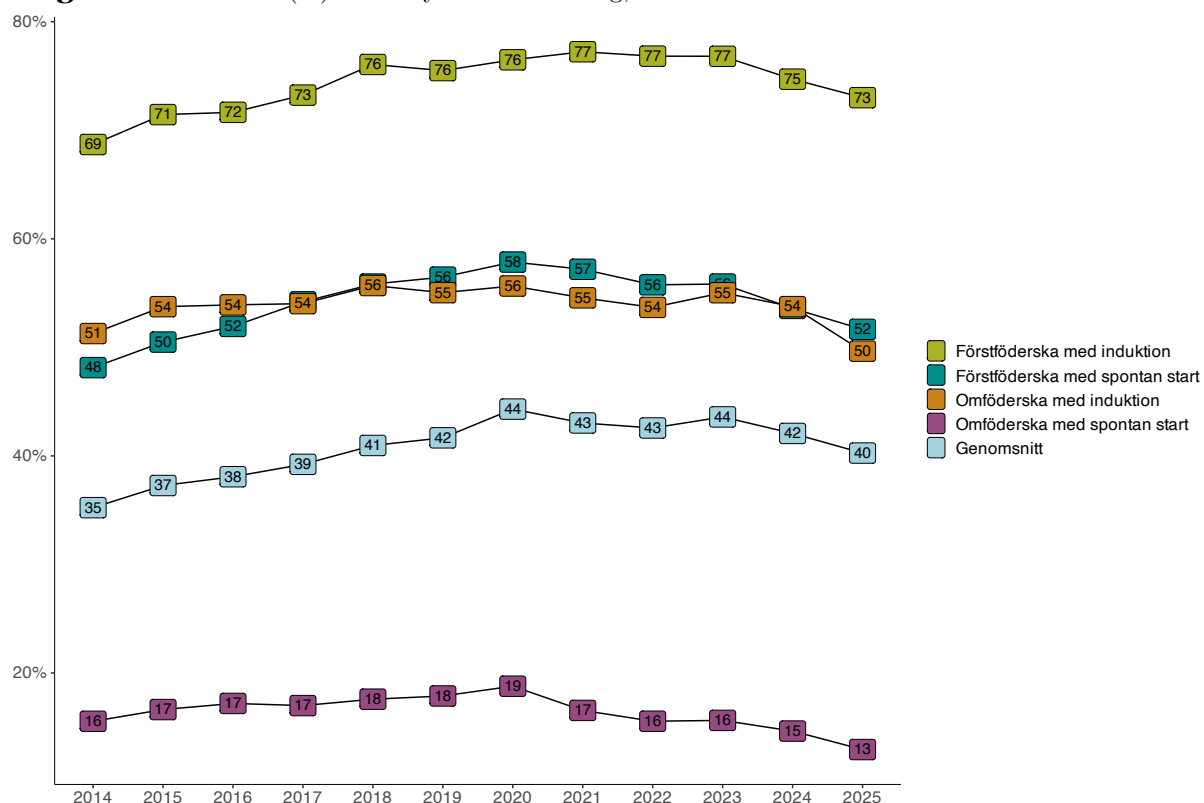
Diagram 99: Andel (%) först- och omfödelskor med epiduralbedövning under förlossning, riket 2014-2025

Lägst användning fanns på Centralsjukhuset i Kristianstad där drygt 49% av förstfödelskorna födde med epiduralbedövning, jämfört med 85% på Vrinnevisjukhuset i Norrköping. Riksnomsnittet är 70% för förstfödelskorna och 38% för omfödelskorna.

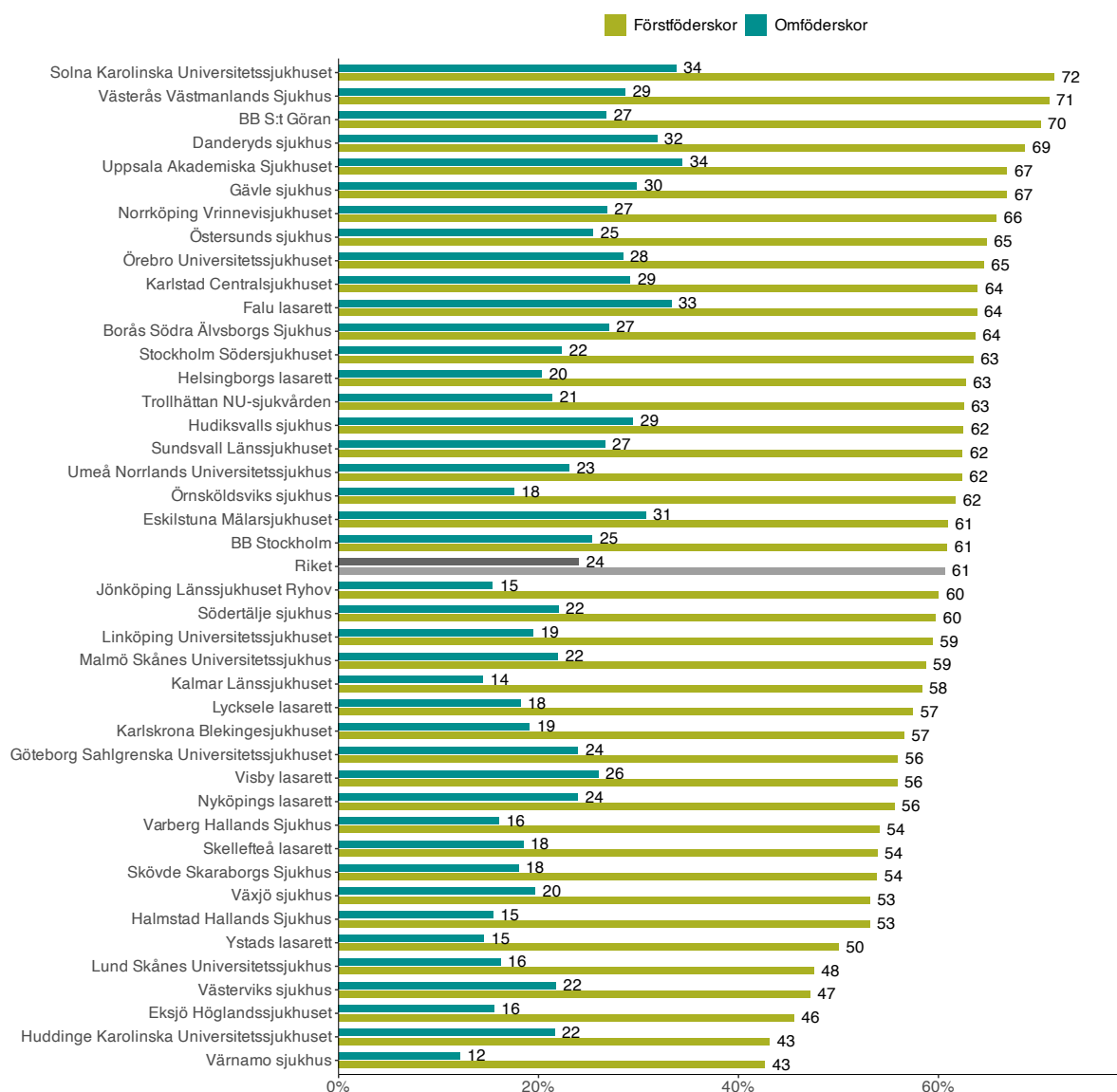
Diagram 100: Andel (%) förstföderskor respektive omföderskor med epiduralbedövning under förlossning som startat spontant eller med induktion, per klinik 2025

Oxytocinbehandling under förlossning

Oxytocinbehandling används vid induktion eller vid långsam progress för att påskynda förlossningen. Under året 2014-2020 steg användningen men därefter har det skett en minskning. År 2025 låg den totala användningen på 40%. År 2014 fick 69% av förstföderskor med induktion och 48% av förstföderskor med spontan förlossningsstart oxytocin. Andelarna ökade successivt och nådde som högst 77% respektive 56% år 2021, men har därefter minskat till 73% respektive 52% år 2025. Bland omföderskor är användningen lägre än för förstföderskor, men ligger tydligt högre efter induktion (50% år 2025) än vid spontan start (13%). Användningen av oxytocininfusion för omföderskor med spontan förlossningsstart har minskat från 19% år 2020 till 13% år 2025 vilket får ses som en positiv utveckling.

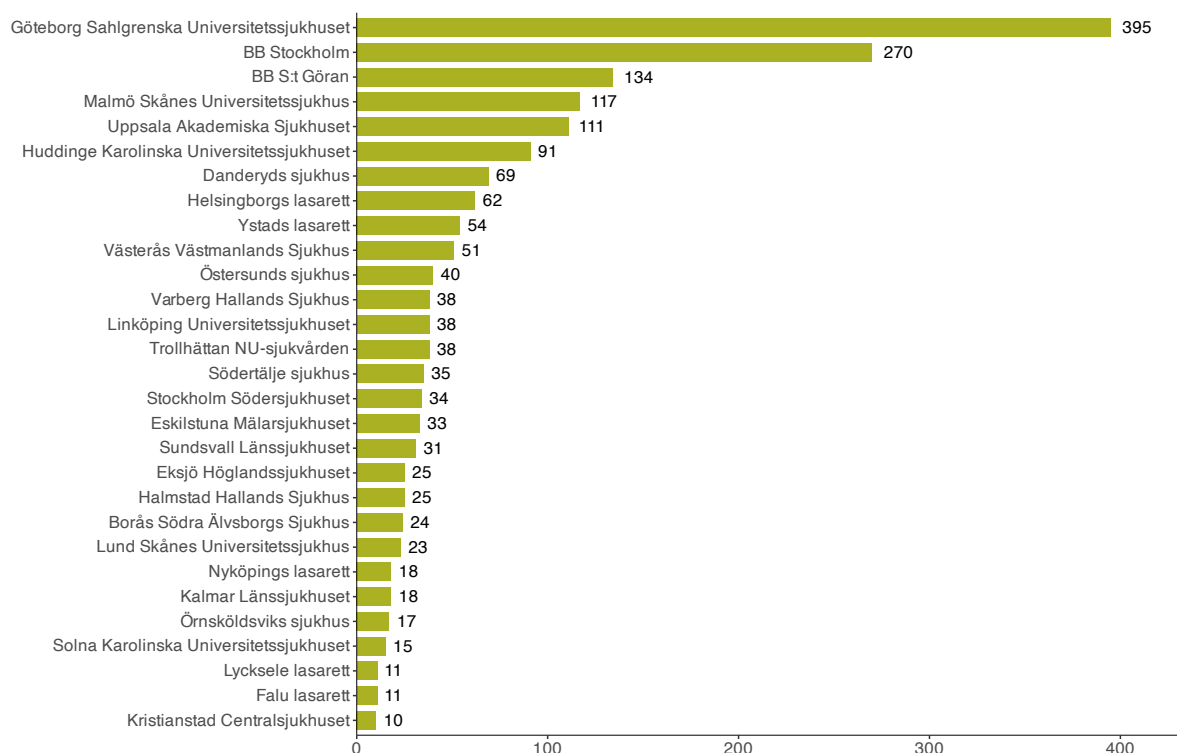
Diagram 101: Andel (%) med oxytocinbehandling, riket 2014–2025

Diagrammet nedan visar stora skillnader mellan förlossningskliniker i användningen av oxytocinbehandling. Bland förstföderskor varierar andelen från runt 43% i Värnamo till 72% på Karolinska Universitetssjukhuset i Solna. För omföderskor är nivåerna generellt lägre, men skillnaderna mellan kliniker är ändå påtagliga – från cirka 12% på Värnamo sjukhus till 34% på Uppsala Akademiska och Karolinska Universitetssjukhuset i Solna. Riksgenomsnittet ligger på ca 61% för förstföderskor och 24% för omföderskor.

Diagram 102: Andel (%) först- och omföderskor med oxytocinbehandling per klinik, 2025

Föda i vatten

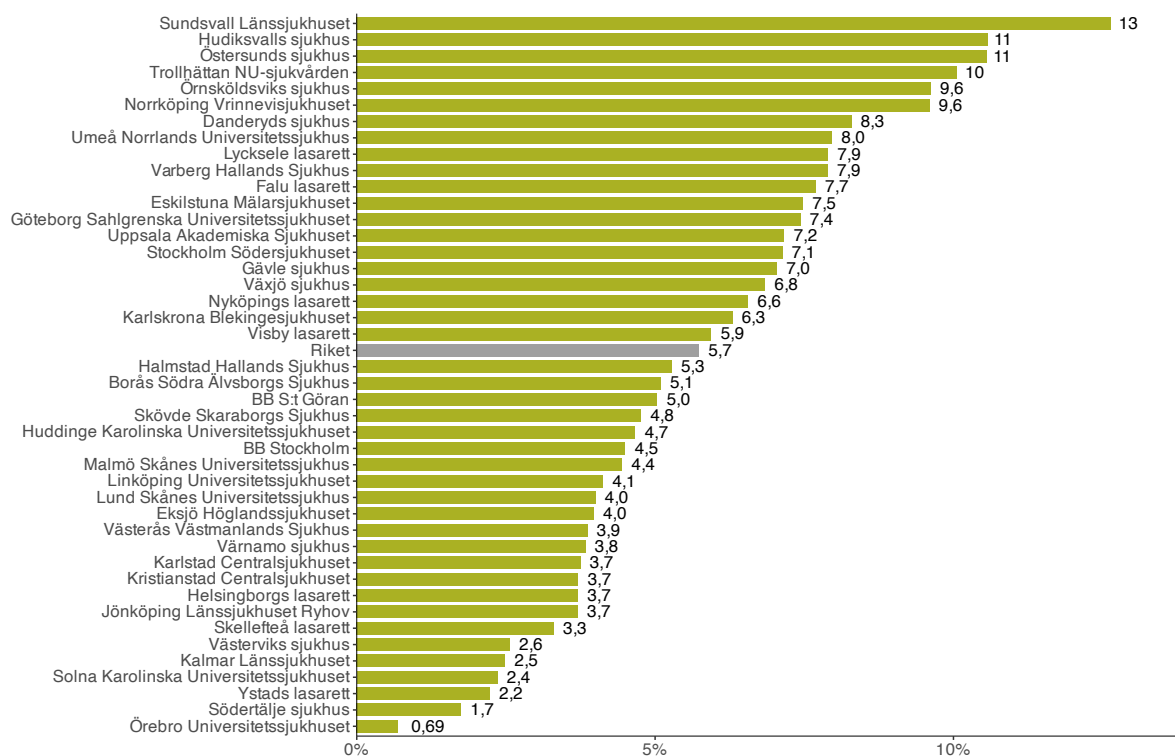
Möjligheten att föda i vatten ökar på landets kliniker. Under 2025 registrerades 1 855 (2,2%) vattenfödslar fördelade på 36 av landets 42 förlossningssjukhus. Sedan 2019 finns diagnoskod DM008 som bör användas för registrering. Många sjukhus har aktivt arbetat med att kunna erbjuda vattenfödslar som ett led i att erbjuda större valmöjlighet för de födande. Det sjukhus som hade flest vattenfödslar i antal var Sahlgrenska Universitetssjukhuset i Göteborg (n=395) vilket utgjorde 4,2% av alla födslar på sjukhuset. Kliniker med färre än fem vattenfödslar under året redovisas inte i rapporten.

Diagram 103: Antal vattenfödslar per klinik, 2025

Klipp (episiotomi)

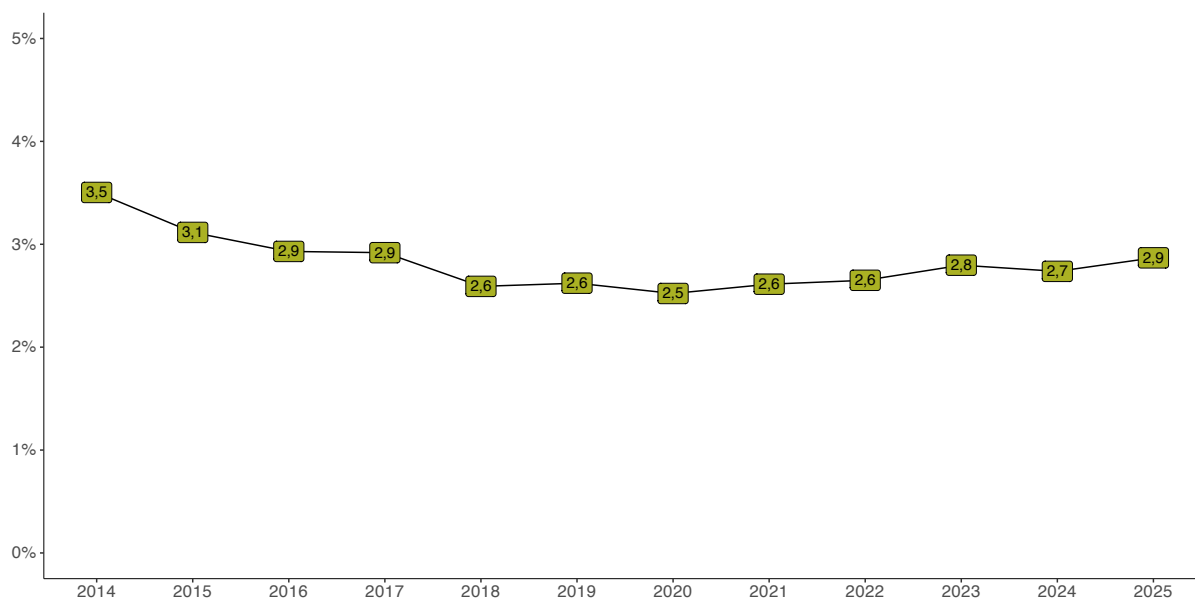
Förekomst av klipp bland förstföderskor är högre vid förlossning med sugklocka (39%) jämfört med vaginal (icke-instrumentell) förlossning (5,7%). Praxis varierade mellan kliniker enligt diagrammet nedan.

Diagram 104: Andel (%) klipp hos förstföderskor med vaginal förlossning (icke-instrumentell), per klinik 2025

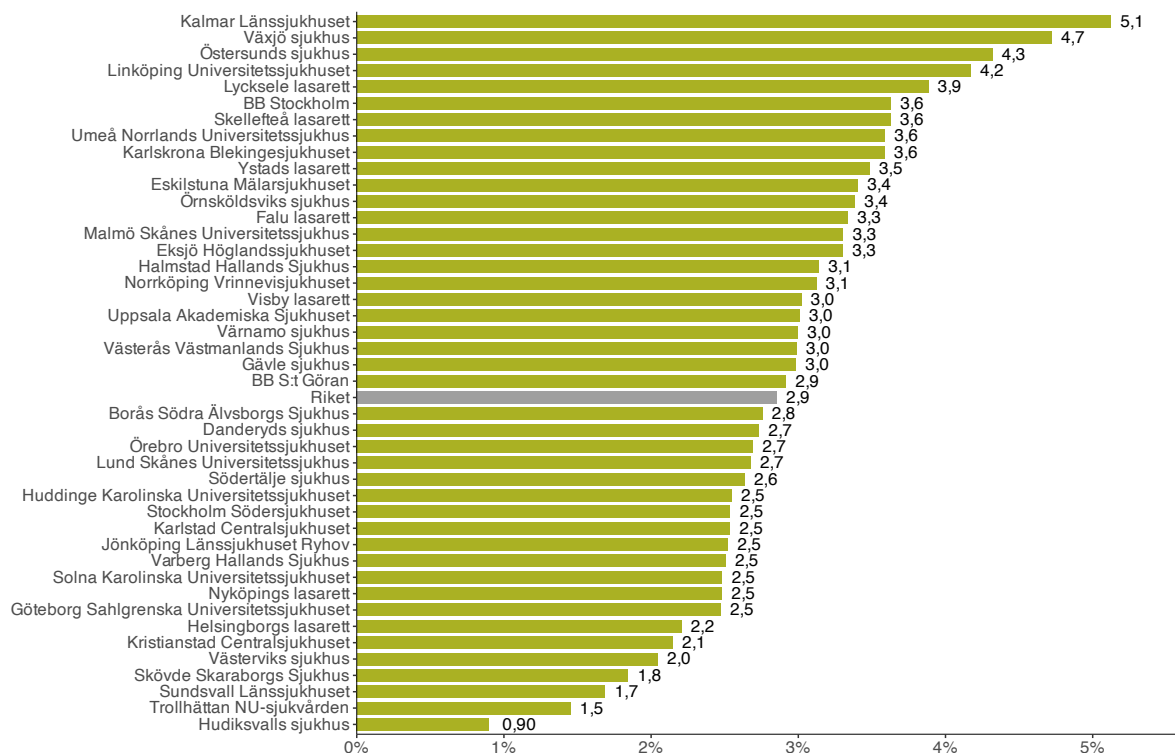


Perinealbristning grad 3–4 (sfinkterskador)

Andelen kvinnor med grad 3–4 bristningar vid förlossning har under perioden 2014–2025 minskat från 3,5% till 2,9%. 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 105: Andel (%) perinealbristning grad 3-4 av samtliga vaginala förlossningar, riket 2014 - 2025

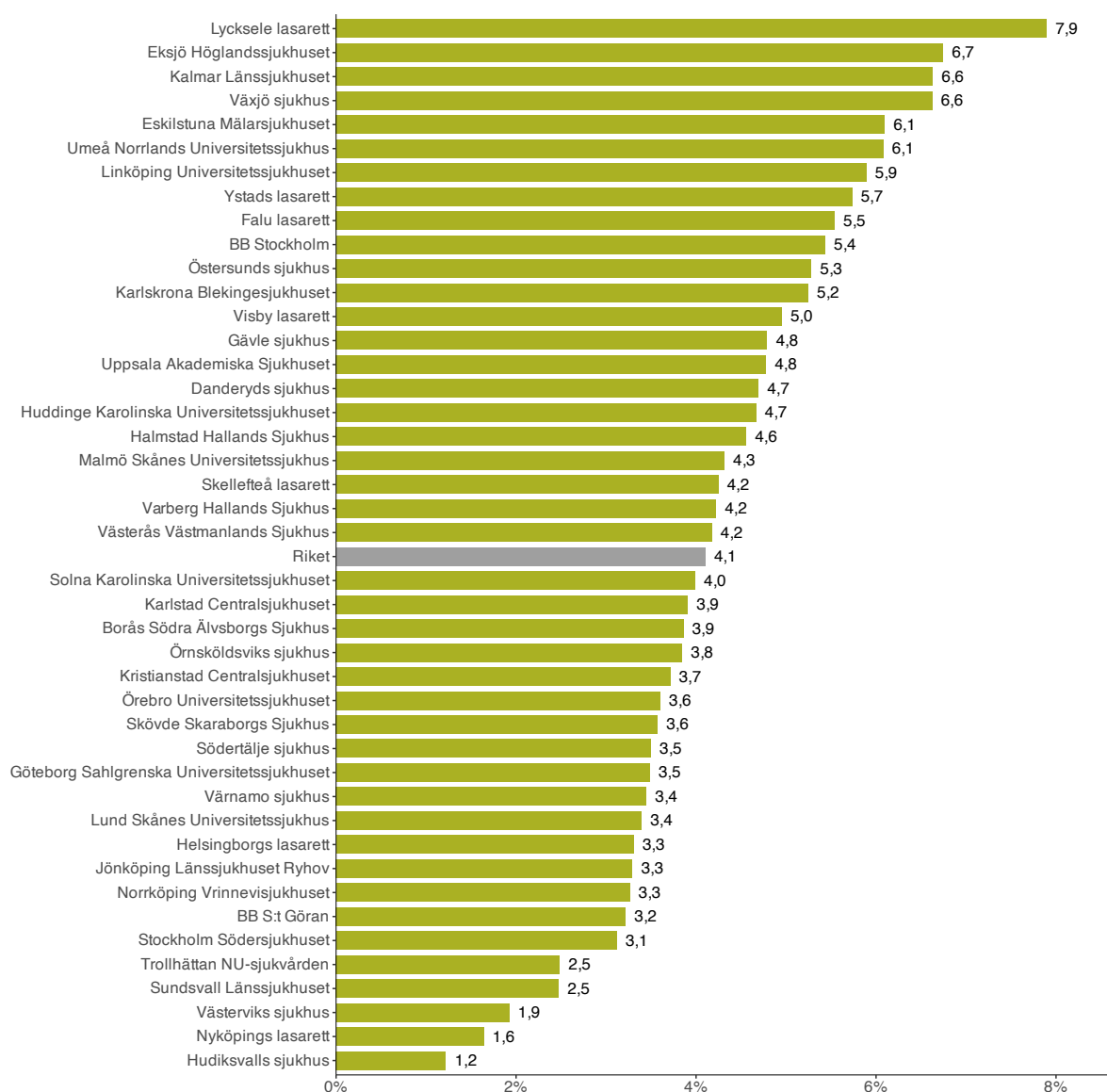
År 2025 varierade den totala andelen perinealbristning grad 3-4 mellan 0,9% på Hudiksvalls sjukhus och 5,1% på Kalmar Sjukhus.

Diagram 106: Andel (%) perinealbristning grad 3-4 av samtliga vaginala förlossningar, per klinik 2025

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

Under år 2025 varierade perinealbristning grad 3–4 hos förstföderskor efter vaginal förlossning (icke-instrumentell) mellan 1,2% på Hudiksvalls sjukhus och 7,9% på Lycksele lasarett. Andelen i riket har minskat över tid från 5,1% (2014) till 4,1% (2025).

Diagram 107: Andel (%) förstföderskor med perinealbristning grad 3–4 vid vaginal förlossning (icke-instrumentell), per klinik 2025



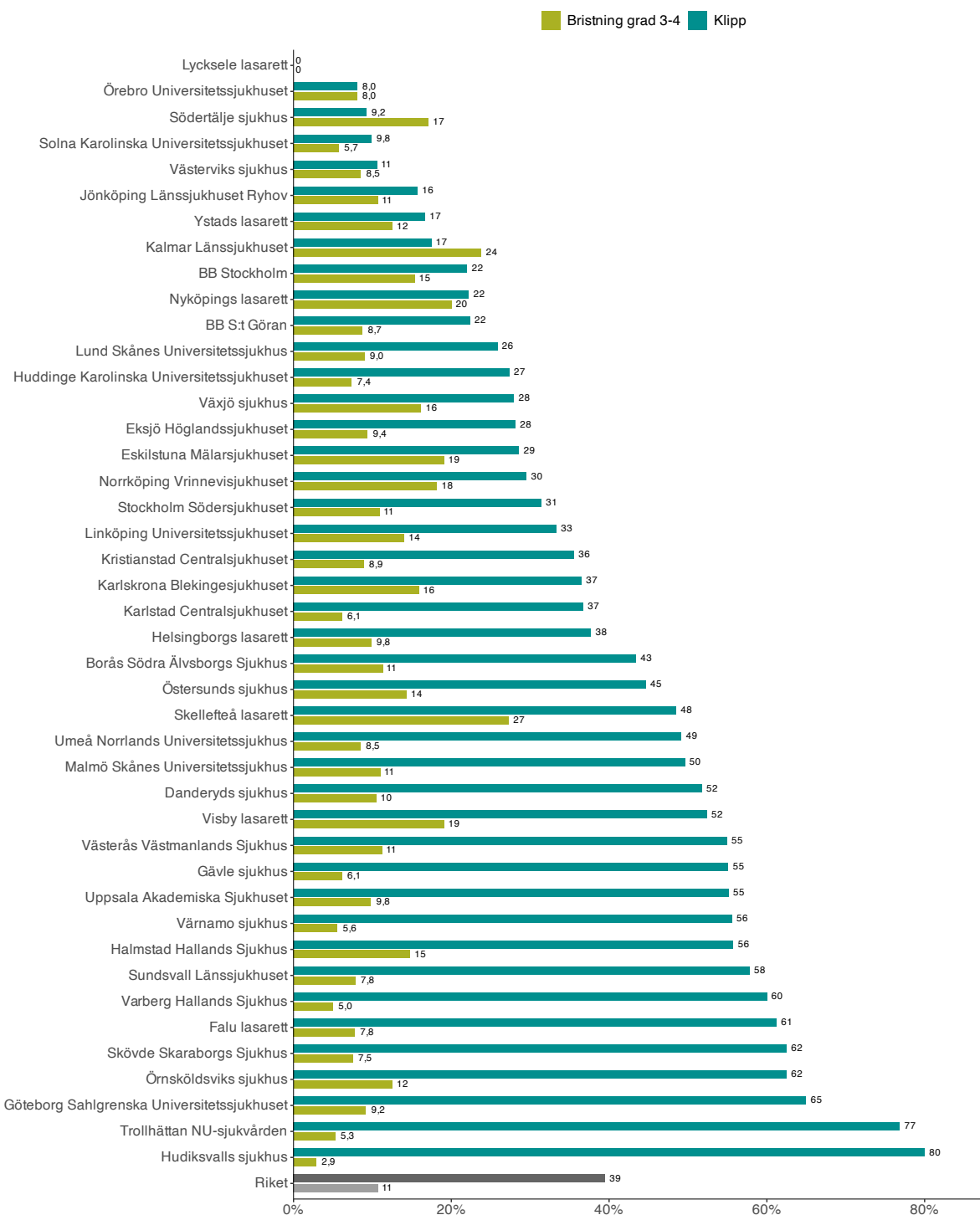
Perinealbristning grad 3–4 och klipp bland förstföderskor, vaginal (instrumentell) förlossning

Statistiken avser förstföderskor med instrumentell vaginal förlossning (tång eller sugklocka) och visar både andelen perinealbristning grad 3–4 och andelen klipp per klinik under 2025.

I riket totalt varierade andelen perinealbristning grad 3–4 mellan 2,9% (Hudiksvalls sjukhus) och 27% (Skellefteå lasarett), med ett genomsnitt på 11%.

Användningen av klipp hos förstföderskor vid vaginal instrumentell förlossning varierade kraftigt – från 8,0% på Örebro Universitetsjukhus till 80% på Hudiksvalls Sjukhus. Sju av landets kliniker klipper över 60% av kvinnorna och lika många klipper under 20%. Skillnaderna kan spegla både lokala förlossningsrutiner och synen på klippets förebyggande effekt mot perinealbristning grad 3–4.

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

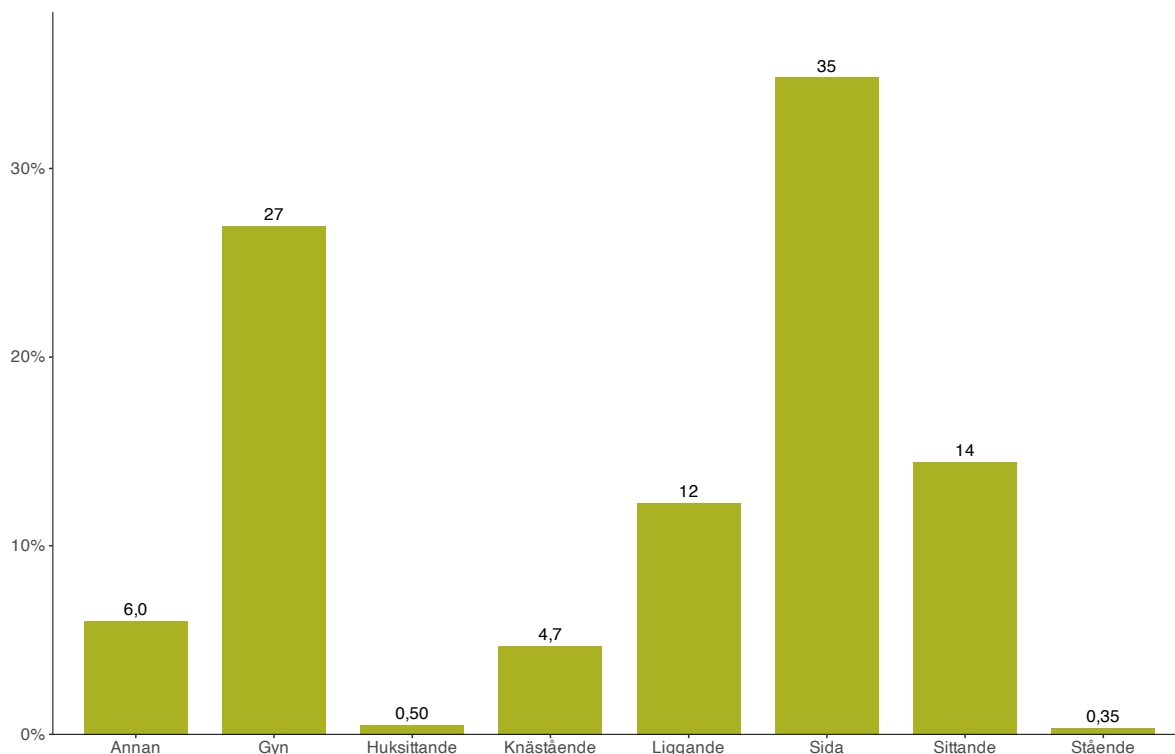
Diagram 108: Andel perinealbristning grad 3–4 och klipp bland förstföderskor med instrumentell vaginal förlossning, per klinik 2025

Förlossningsställning

Man kan föda barn i olika ställningar, t ex liggandes på sida, liggandes på rygg eller knästående. I kategorin "Annat" ingår bland annat förlossningspall, fyrfota och ibland även vattenfödsel.

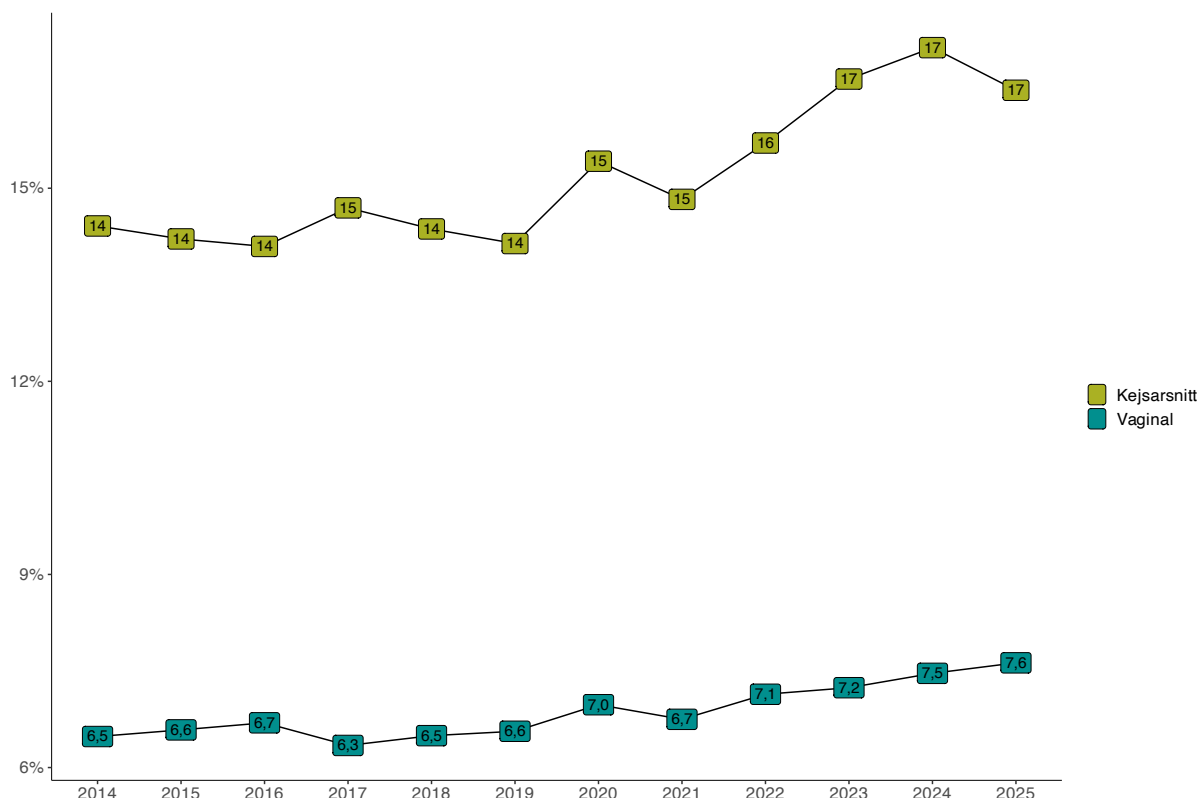
Bland förstföderskor med vaginal förlossning (icke-instrumentell) var det vanligast att föda på sida (35%) följt av gynläge, vilket innebär att man ligger på rygg med benen i benstöd (27%).

Diagram 109: Förlossningsställning bland förstföderskor med vaginal (icke-instrumentell) förlossning, riket 2025



Stor blödning (mer eller lika med 1 000ml)

Mellan 2014 och 2025 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 6,5% i början av perioden till 7,6% år 2025. Även vid förlossning med kejsarsnitt ses en ökning, från cirka 14% 2014 till närmare 17% 2025. Utvecklingen visar därmed på en generell uppgång i blödningsfrekvensen oberoende av förlossningssätt.

Diagram 110: Andel (%) med blödning ≥ 1000 ml vid kejsarsnitt respektive vaginal förlossning, riket 2014–2025

Vid vaginala förlossningar noterades de lägsta blödningsfrekvenserna under 2025 vid Värnamo sjukhus och Kristianstads Centralsjukhus med 4,1%, medan de högsta återfanns vid Solna Karolinska Universitetssjukhus och Östersunds sjukhus med 10%. För planerade kejsarsnitt varierade resultaten från låga nivåer vid Länssjukhuset i Sundsvall och Helsingborgs lasarett med 2,9% respektive 4,1% till över 30% på Örebro Universitetssjukhus. Lycksele hade ingen registrerad blödning ≥ 1000 ml men kliniken hade endast tre stycken planerade kejsarsnitt under 2025. Även bland akuta kejsarsnitt var förekomsten av blödning ≥ 1000 ml påtagligt varierande mellan sjukhusen, från 7,4 % vid Sundsvalls sjukhus till 35–36 % vid Värnamo sjukhus och Skellefteå lasarett.

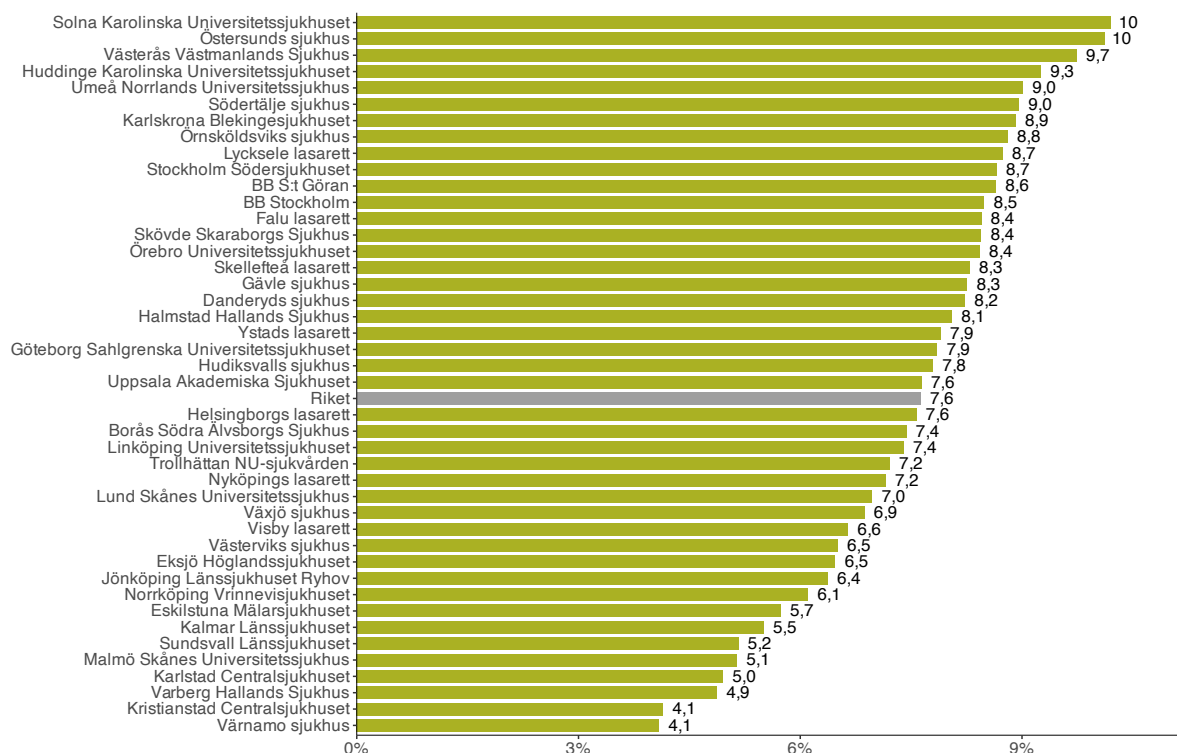
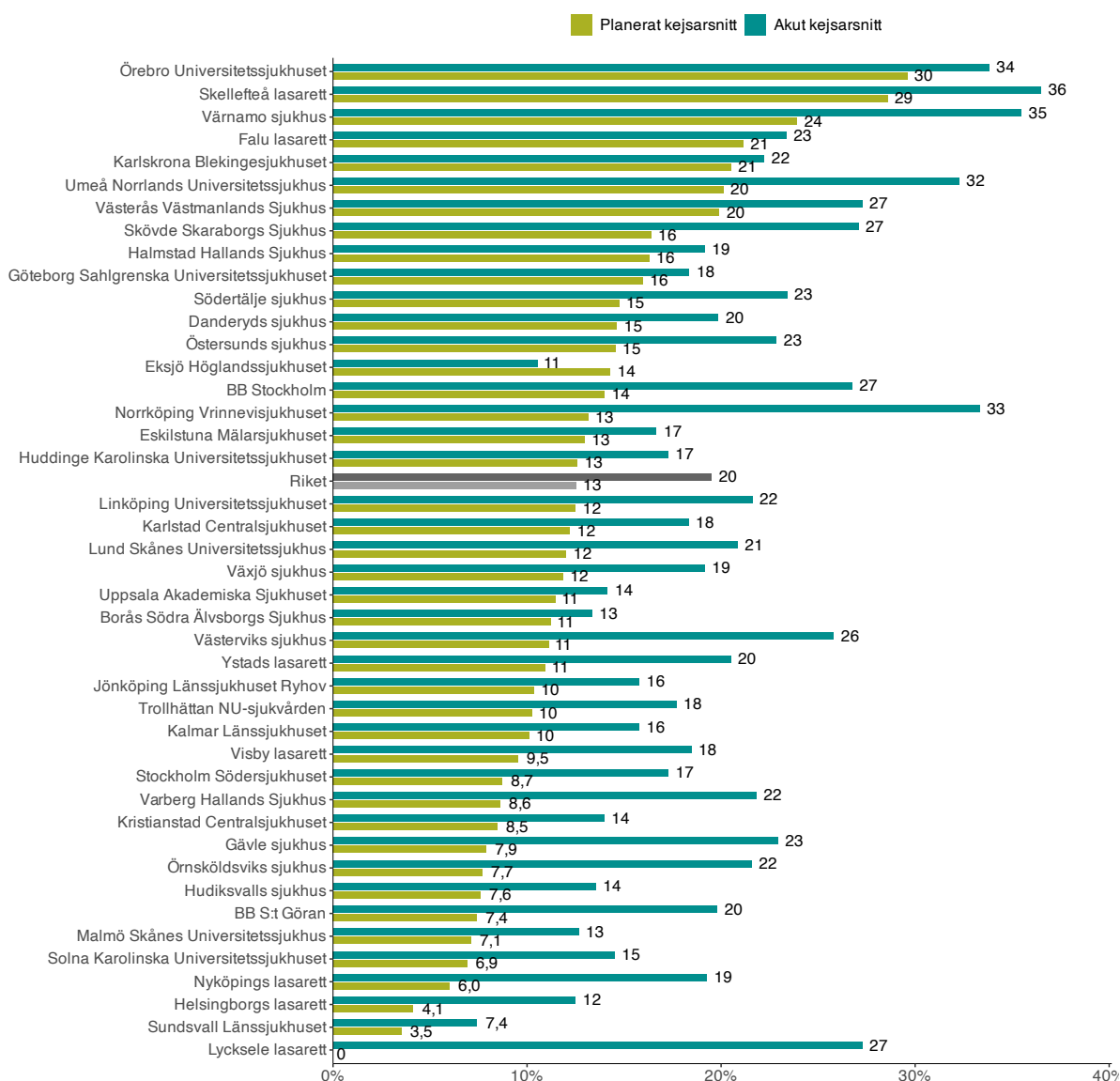
Diagram 111: Andel (%) stor blödning (≥ 1000 ml) vid vaginal förlossning, per klinik 2025

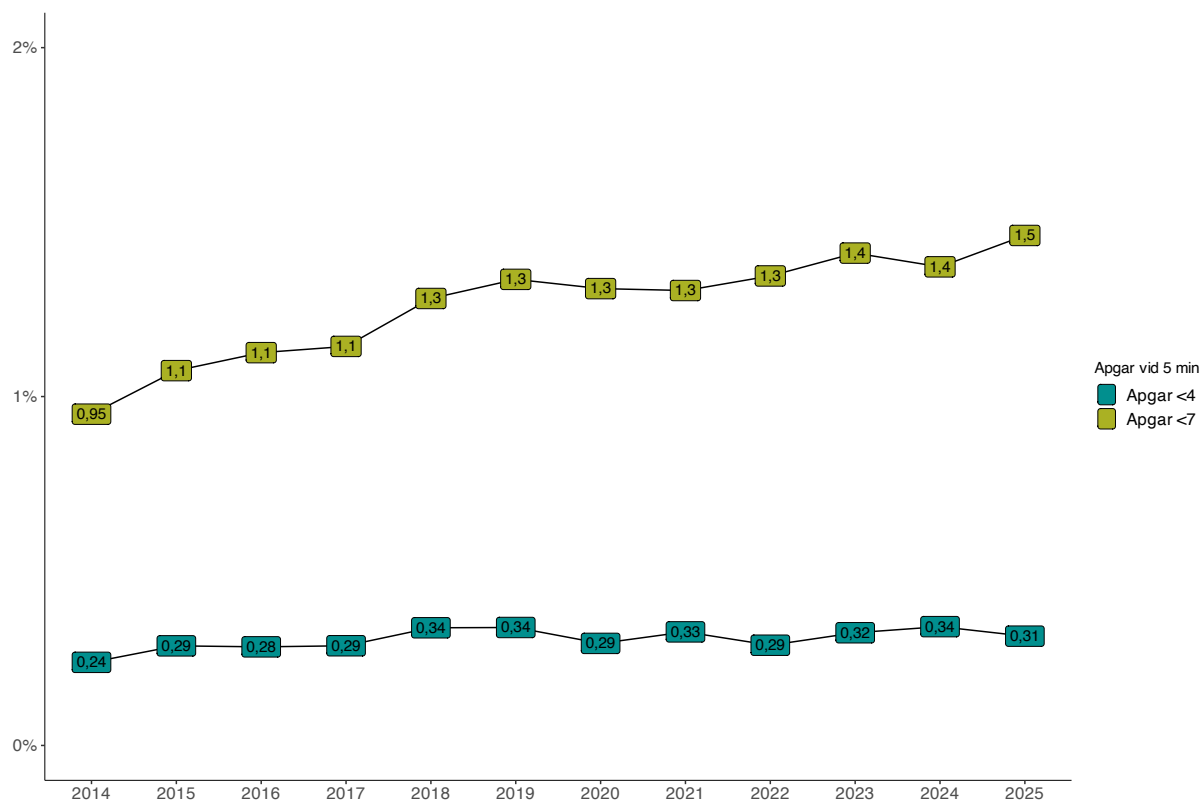
Diagram 112: Andel (%) stor blödning (≥ 1000 ml) vid kejsarsnitt, per klinik 2025

Apgar

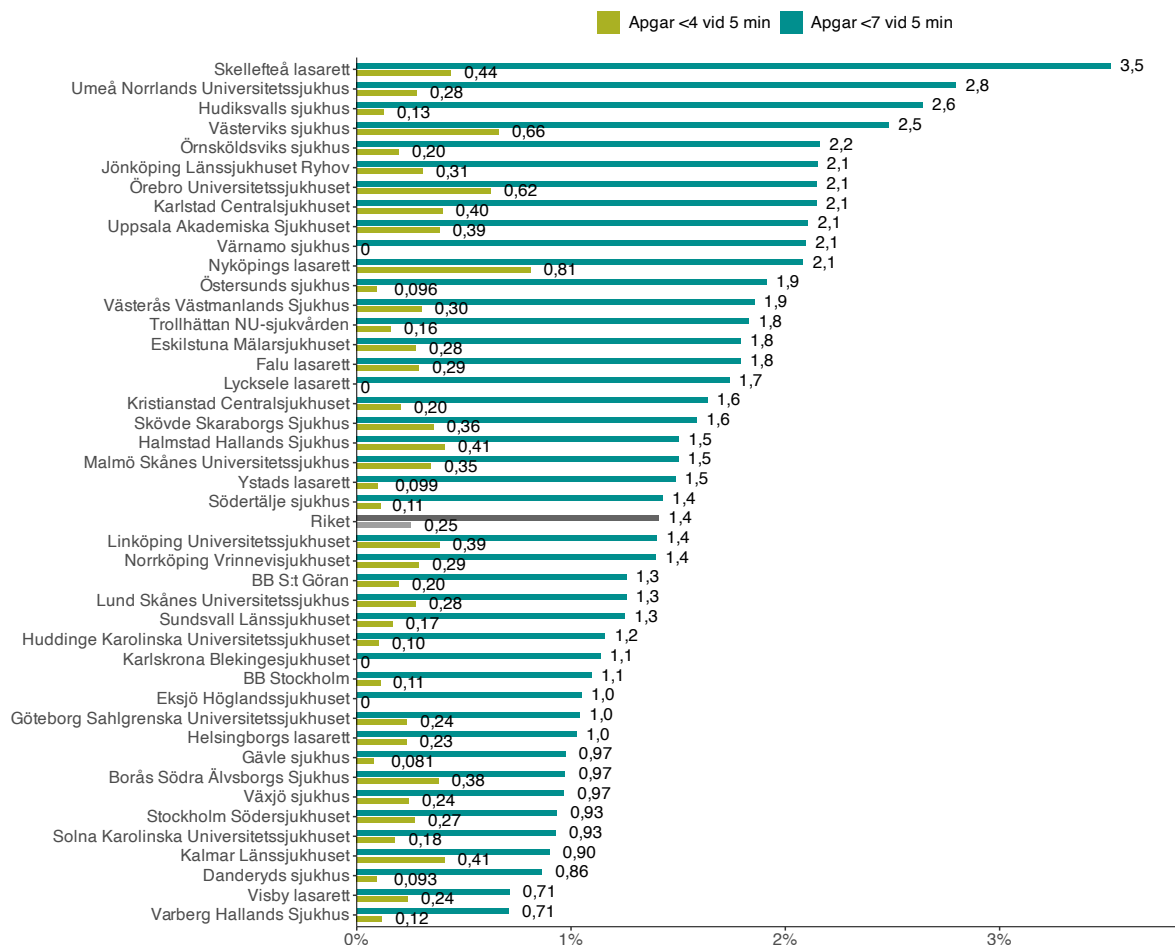
Apgar är en skattning av barnets allmänna tillstånd efter förlossningen. Apgar är en poängskala som utvärderar hjärtfrekvens, andning, hudfärg, tonus och retbarhet med 0–2 poäng per indikator. Total Apgar kan variera mellan 0 (livlös) och 10 (livlig) och mäts vid 1 minut, 5 minuter och 10 minuter efter födelsen. 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 fullgångna barn med Apgar <7 vid 5 minuter har ökat från 0,95% till 1,5% under åren 2014–2025 och andelen fullgångna barn med Apgar <4 vid 5 min har varierat mellan 0,24 % till 0,34%. År 2025 var andelen 0,31%.

Diagram 113: Andelen (%) levande födda fullgångna barn med Apgar <7 respektive <4 vid 5 minuter, riket 2014-2025

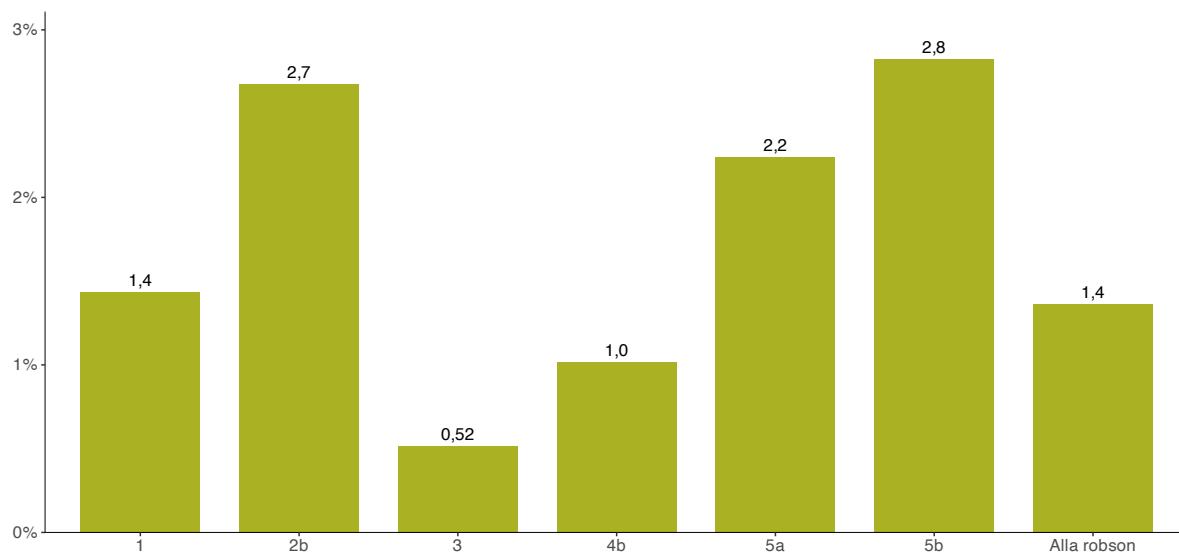


I diagrammet nedan redovisas andelen levande födda fullgångna barn med Apgar <4 vid 5 minuter respektive Apgar <7 vid 5 minuter uppdelat på klinik. Det totala antalet barn med Apgar <4 vid 5 min av levande födda fullgångna barn var 227 under 2025, vilket gör det till ett ovanligt utfall. Detta innebär att underlaget utgörs av enstaka barn på mindre kliniker.

Diagram 114: Andel levande födda barn $\geq 37+0$ veckor med Apgar <4 respektive Apgar <7 vid 5 minuter per klinik, 2025

Förekomsten av Apgar <7 vid 5 minuter varierar mellan de olika Robsongrupperna. Högst andel ses bland omfödelskor med tidigare kejsarsnitt, där 2,8% av barnen hade Apgar <7 vid 5 minuter, följt av förstfödelskor med inducerad förlossningsstart, där andelen var 2,7%. Som jämförelse var andelen betydligt lägre, 0,52%, bland omfödelskor med tidigare vaginal förlossning och spontan förlossningsstart.

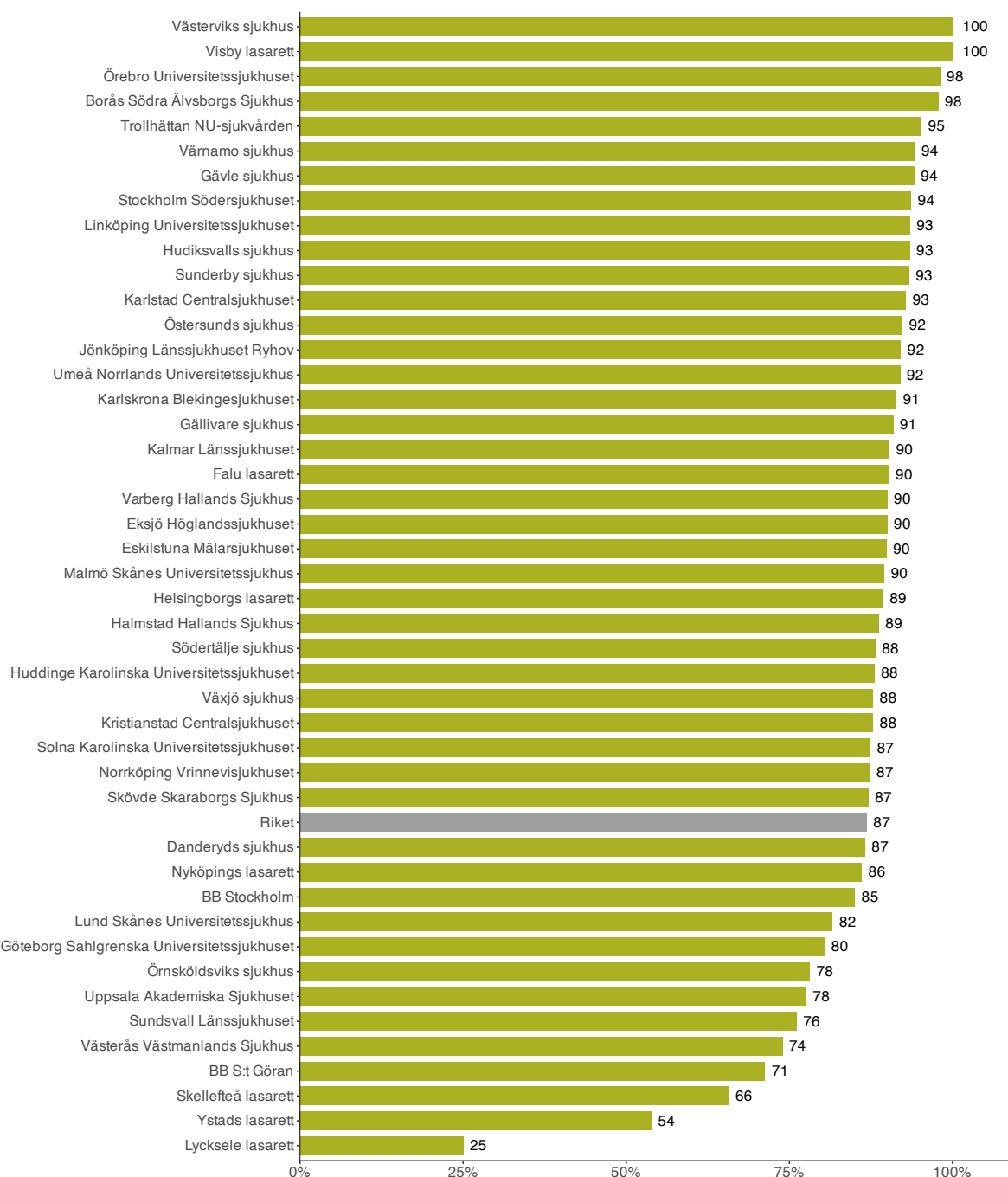
Diagram 115: Andel barn med Apgar <7 vid 5 minuter för levande födda barn $\geq 37+0$ veckor per Robsonggrupp, riket 2025



Navelsträngsprover

Navelsträngsprov kan tas i samband med födseln för att ge information om barnets syrabasstatus och kan vara ett värdefullt underlag vid bedömning av eventuell syrebrist. Provtagningen skiljer sig mellan kliniker; vissa tar navelsträngsprover rutinmässigt, medan andra tar prov vid misstanke om eller förhöjd risk för syrebrist. Hos fullgångna barn med Apgar <7 vid 5 minuters ålder är det värdefullt att ett navelsträngsprov har tagits i samband med födseln. Diagrammet nedan visar andelen barn födda från graviditetsvecka 34+0 med Apgar <7 vid 5 minuter som också hade ett registrerat navelsträngsprov.

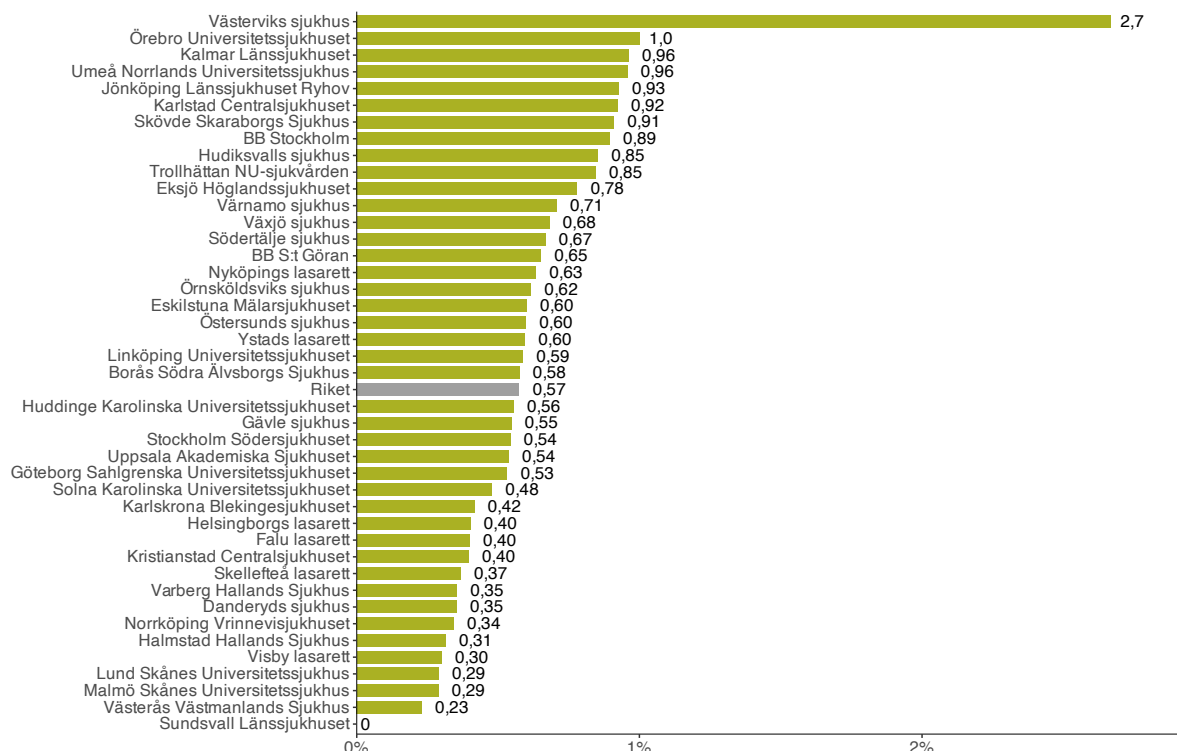
Diagram 116: Andel (%) registrerade navelsträngsprover från artär eller ven bland levande födda barn $\geq 34+0$ barn med Apgar <7 vid 5 minuter, per klinik 2023–2025.



Ett normalt pH-värde i navelsträngen är vanligen över 7,10. Ett lägre pH-värde behöver inte innebära att barnet är påverkat vid födseln, men vid pH $<7,00$ anses syrebristen vara så pass påtaglig att risken för kort- och långvariga komplikationer kan vara ökad.

Sedan 2014 har andelen barn födda i graviditetsvecka $\geq 34+0$ med registrerat pH $<7,00$ varierat mellan 0,48% och 0,64%. År 2025 var andelen 0,59 procent. Diagrammet nedan visar andelen barn med registrerat pH $<7,00$ per klinik bland samtliga barn födda i graviditetsvecka $\geq 34+0$ under perioden 2023–2025, det vill säga både barn med och utan registrerat navelsträngsprov.

Diagram 117: Andel (%) levande födda barn från $\geq 34+0$ graviditetsveckor med registrerat pH $< 7,00$, per klinik 2023-2025.



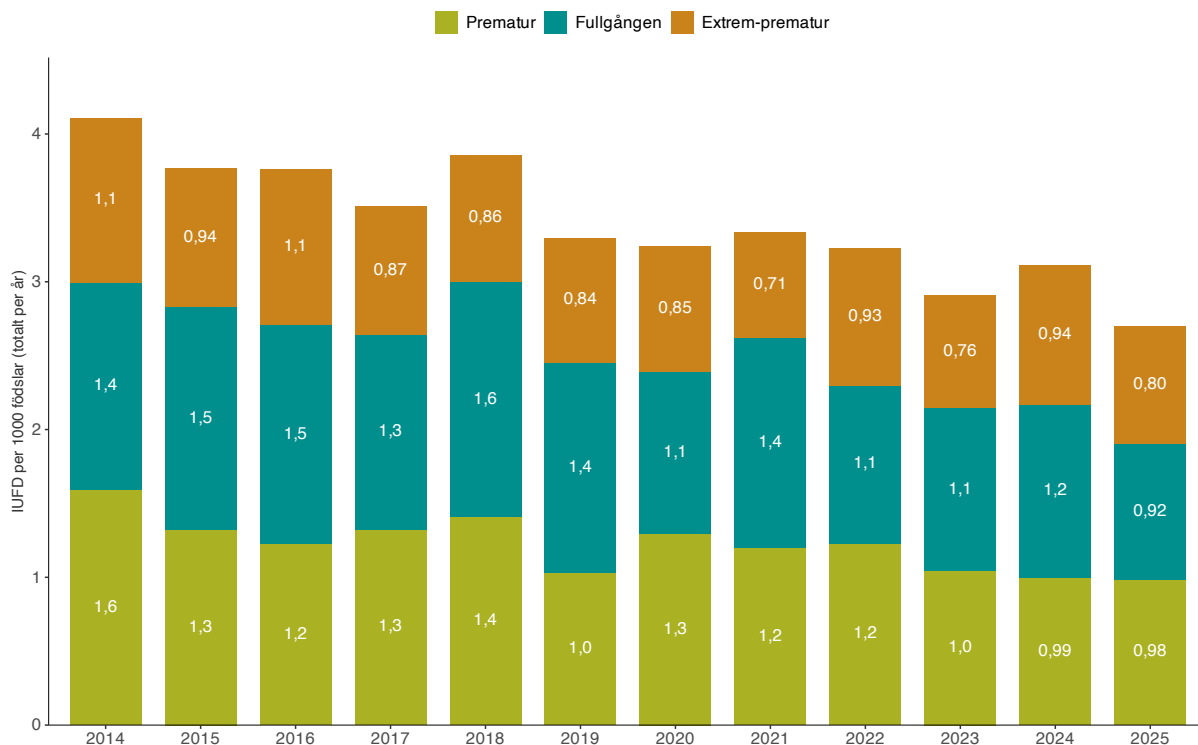
Dödfödda barn

Intrauterin fosterdöd (IUFD) definieras i Sverige som dödföddhet (innan eller under förlossning) 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 2025 föddes 258 barn döda varav 88 i fullgången graviditet (graviditetsvecka $\geq 37+0$) och 170 prematurt (graviditetsvecka $< 37+0$). Frekvensen för enbart intrauterin fosterdöd (IUFD) vid fullgången graviditet i Sverige har legat stabilt på en mycket låg nivå, mellan 0,98 och 1,7 per 1 000 födda barn sedan registret startade 2014. Den lägsta nivån noterades 2025 (0,98/1 000) och den högsta 2018 (1,7/1 000). Den konsekvent låga nivån är en stark indikation på att svensk förlossningsvård upprätthåller en hög säkerhet.

Diagram 118: Antal barn per 1 000 som föddes döda bland extremprematura (vecka 22+0 – 27+6), prematura (vecka 28+0 – 36+6) och fullgångna barn 2014-2025



IUFD-modulen

Sedan 2019 har samtliga av Sveriges förlossningskliniker möjlighet att registrera fall av intrauterin fosterdöd (IUFD) i en separat modul i Graviditetsregistret. Modulen möjliggör även registrering av historiska fall. Registreringen har successivt kommit igång vid ett flertal kliniker, och vissa kliniker har även registrerat fall retroaktivt. Vid tidpunkten för denna årsrapport hade elva kliniker ännu inte registrerat några fall i modulen. Kliniker som önskar komma igång och rapportera kan kontakta registret via info@graviditetsregistret.se. En hög andel registrerade fall är eftersträfvansvärt då det möjliggör kvalitetsutveckling och forskning.

Under perioden 2016–2025 inträffade totalt 3 643 dödfödselar. Under 2025 registrerades 143 av de totalt 258 dödfödselarna, motsvarande 55 %. Bland de registrerade fallen inträffade 88% före förlossningens start och 7,7 % intrapartalt, det vill säga under pågående förlossning. I resterande 4,2 % av fallen kunde tidpunkten för fosterdöden inte fastställas, eftersom kvinnan inkom i aktiv förlossning och IUFD konstaterades vid ankomsten.

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. Under 2025 utfördes placenta-PAD i 93% och obduktion i 59% bland de registrerade fallen. Kromosomanalys var utförd i 80% av de registrerade fallen och av dessa var 11% avvikande.

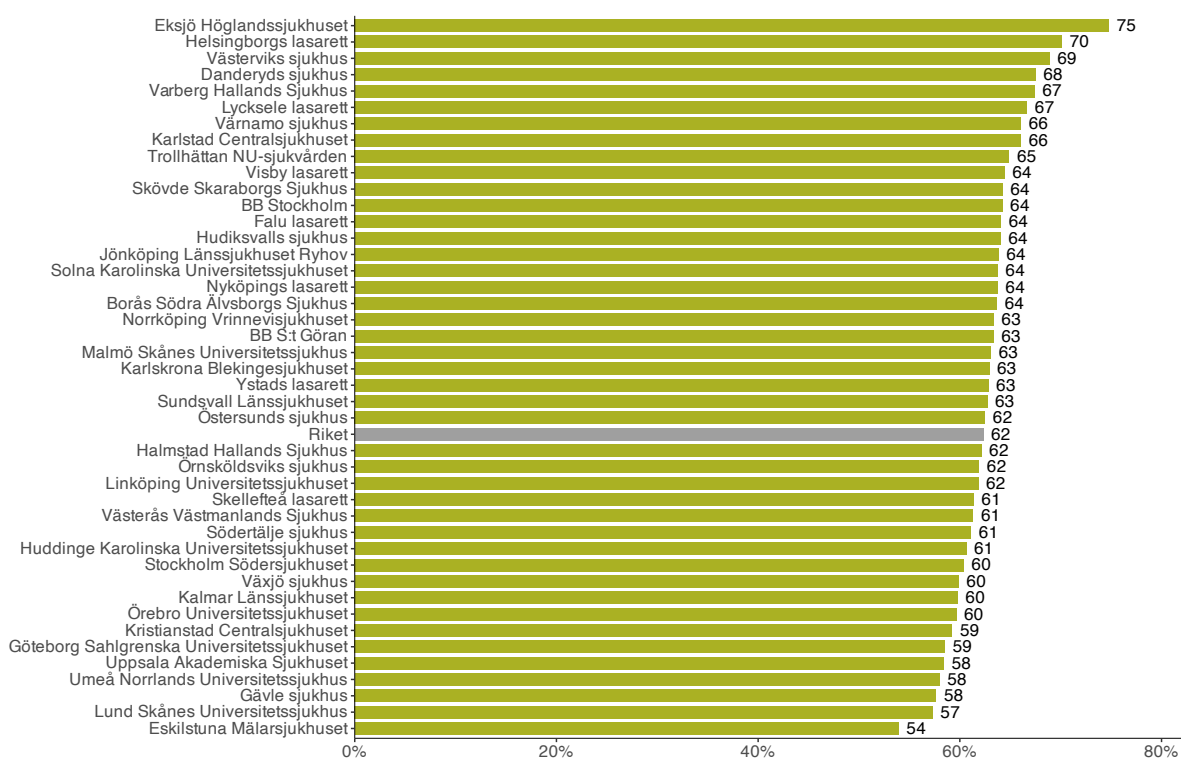
Förlossningsupplevelse och delaktighet

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

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.

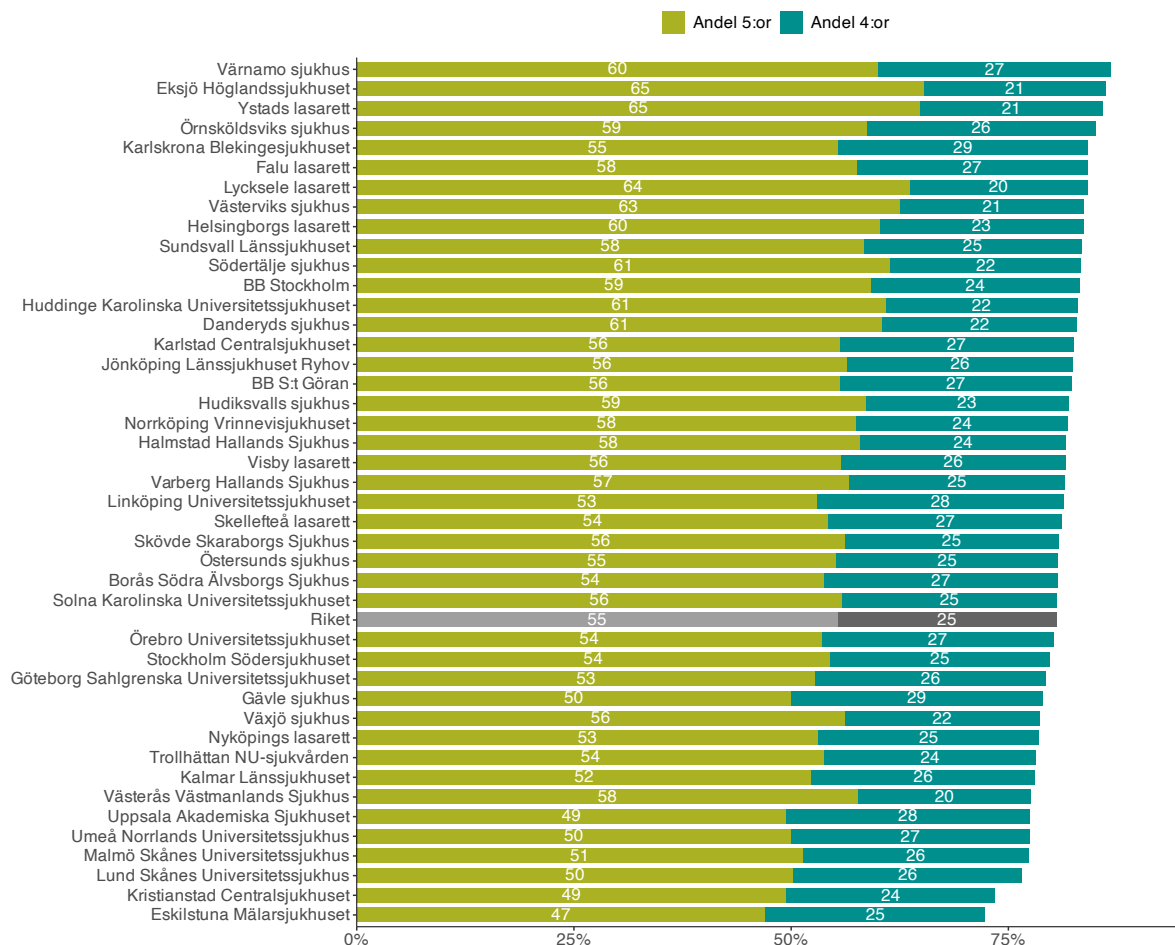
Sedan december 2020 erbjuds gravida och nyblivna mammor i hela Sverige att svara på Graviditetsenkäten, läs gärna mer om den [här](#). I enkät 2, som skickas ut 8 veckor efter förlossningen, ställs frågan ”Hur upplevde du din förlossning?”. Den födande ombeds svara på en 10-gradig skala från 1–10, där 1 betyder värsta tänkbara upplevelse och 10 bästa tänkbara. Diagrammet nedan presenterar hur stor andel kvinnor som uppgivit 8–10 på respektive klinik.

Diagram 119: Andelen (%) med högt skattad förlossningsupplevelse (VAS 8-10) på respektive klinik, 2025. (Enkät 2, Fråga 14: 35 457 besvarade enkäter)



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 120: Var du delaktig i planering och beslut under din förlossning i den utsträckning du önskade? Per klinik, 2025. (Enkät 2, fråga 16: 34 331 besvarade enkäter)

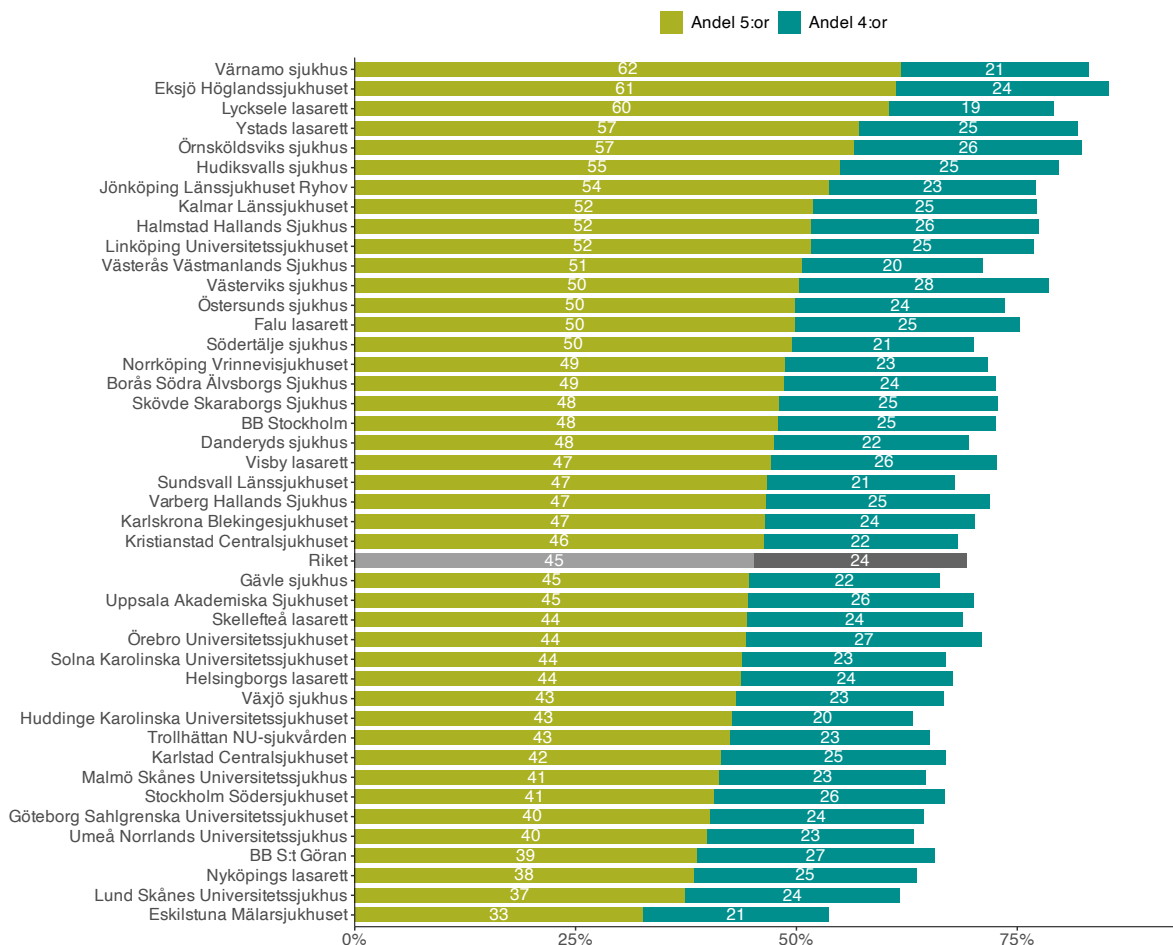


Efter födseln

Information angående återhämtning efter förlossningen

I Graviditetsenkät 2 som skickas ut 8 veckor efter förlossningen 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 69% i riket, med en stor variation från 54% till 85% mellan sjukhusen.

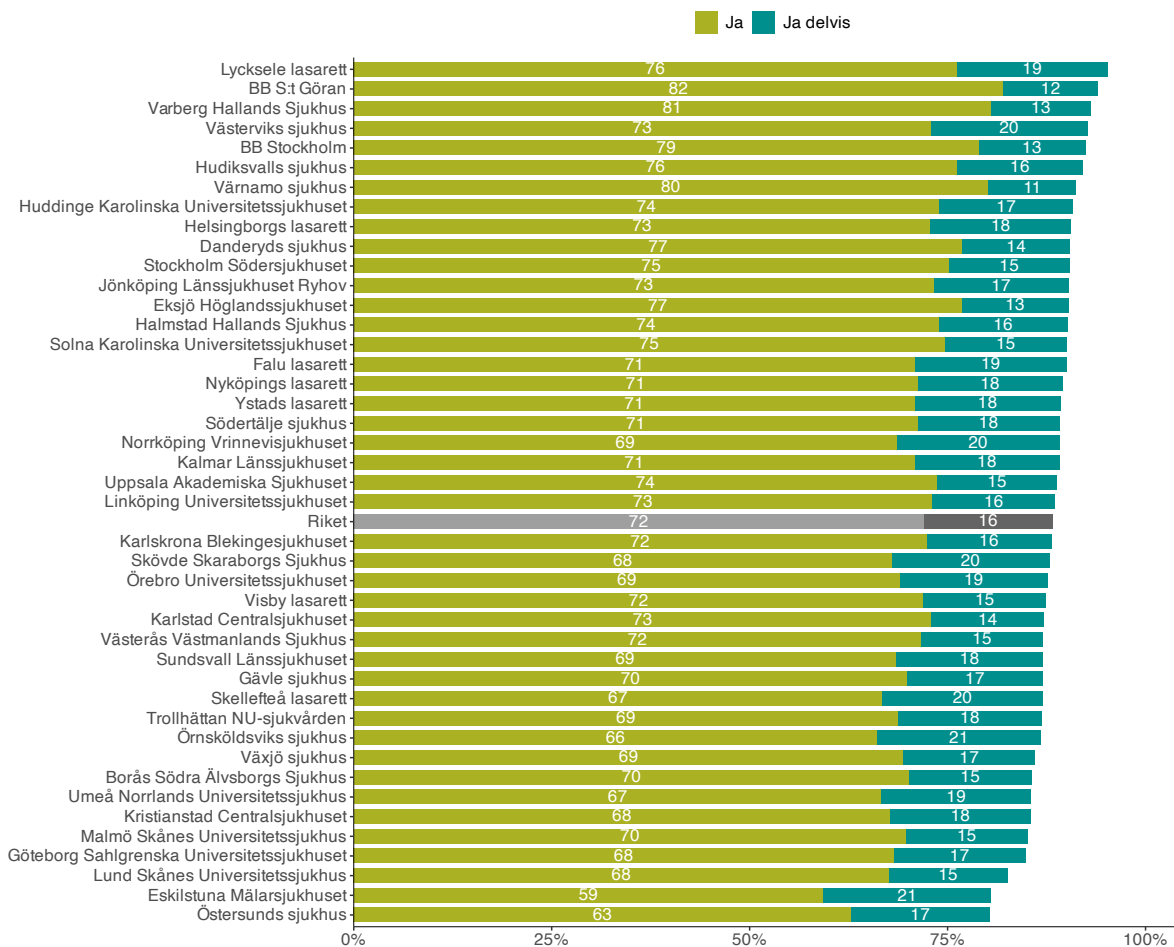
Diagram 121: Fick du den information du behövde om vad du kunde förvänta dig angående återhämtning/tiden efter förlossningen? Per klinik, 2025. (Enkät 2, fråga 31: 34 748 besvarade enkäter)



Hud mot hud

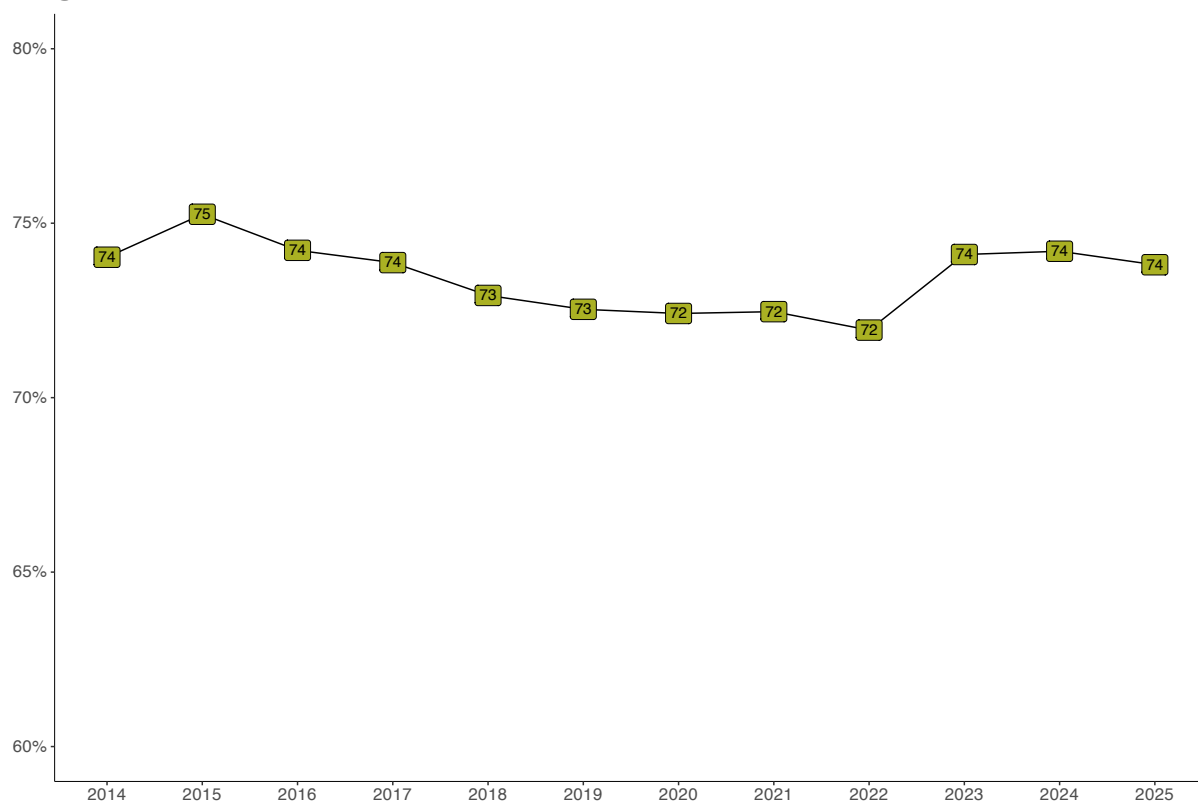
Hud mot hud innebär att barnet läggs på den nyblivna mammans bröst direkt efter födseln. När barnet ligger hud mot hud håller barnet bättre sin temperatur och blodsockernivå samt anknytning och amningsstart främjas. I Graviditetsenkät 2 ställs frågan ”Låg barnet hud mot hud med dig direkt efter förlossningen tills barnet sugit och/eller somnat?” Nedanstående diagram beskriver andel kvinnor som svarat ”Ja, delvis” och ”Ja” på denna fråga på respektive klinik. Andelen har ökat från 70% 2023 till 88% 2025.

Diagram 122: Låg barnet hud mot hud med dig direkt efter förlossningen tills barnet sugit och/eller somnat? Per klinik 2025. (Enkät 2, fråga 25: 34 313 besvarade enkäter)

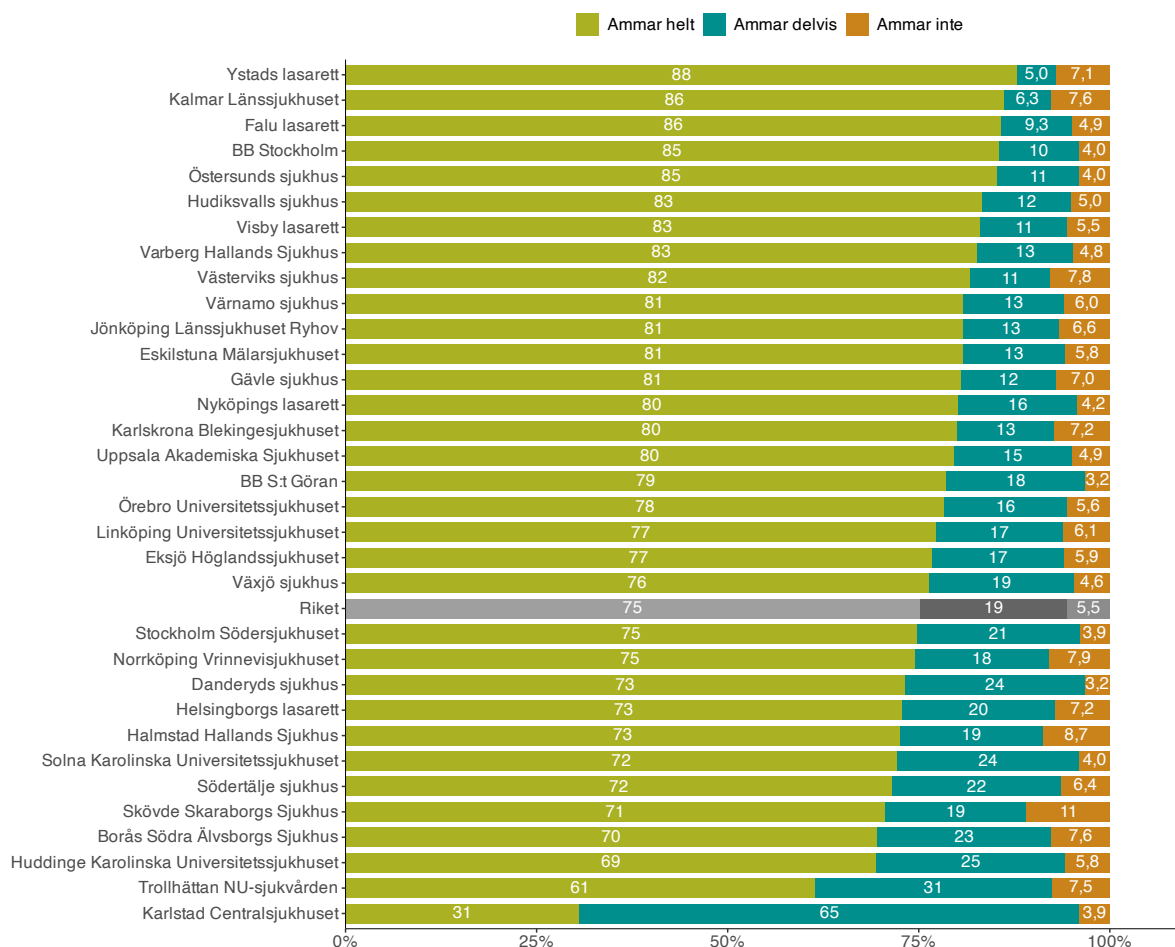


Amning

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 123: Andel barn som helammas vid utskrivning, riket 2014-2025.

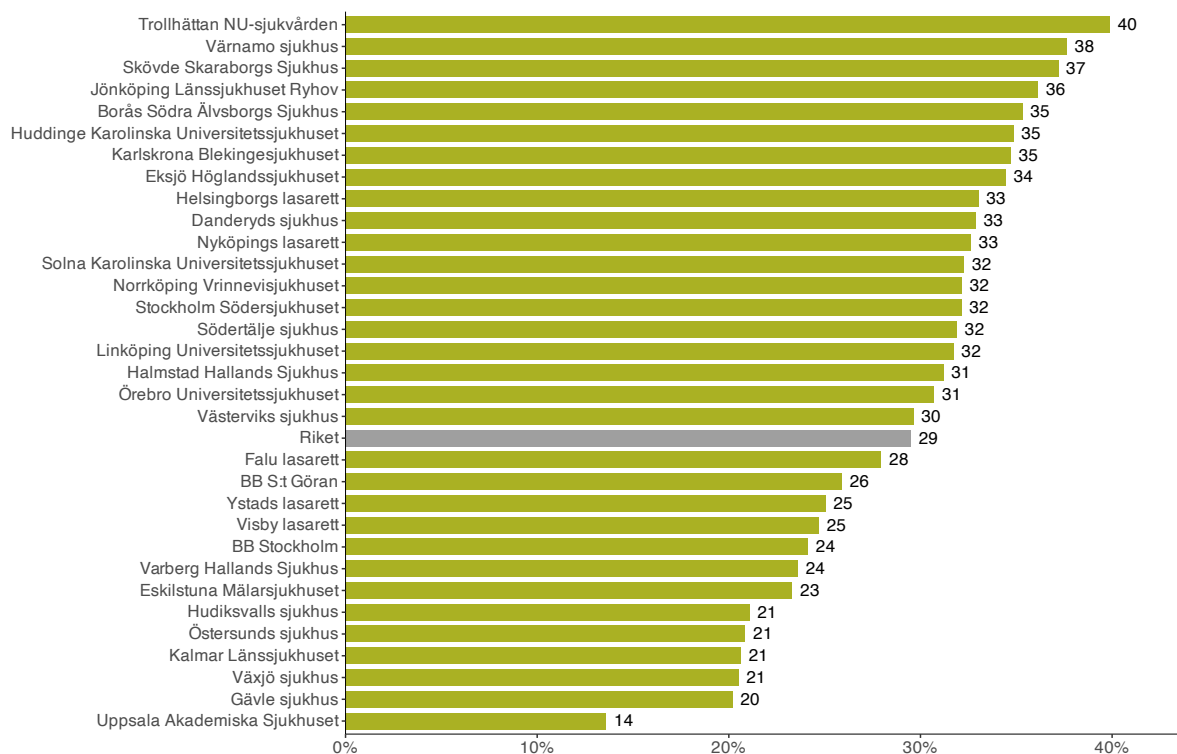
Nedanstående diagram visar andel barn per klinik som ammas helt, delvis eller inte alls.

Diagram 124: Andel (%) barn som ammas helt, delvis eller inte alls vid hemgång från BB, per klinik 2025

Tillmatning

Tillmatning innebär att barnet får modersmjölksersättning minst en gång under vårdtiden. Det finns olika anledningar att tillmata ett nyfött barn, exempelvis om det är för tidigt 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 dem 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% under 2025, med en variation i landet från 14% på Akademiska sjukhuset i Uppsala till 40% i Trollhättan NU-sjukvården.

Diagram 125: Andel (%) av fullgångna barn, födda normalstora för graviditetslängden, till kvinnor utan diabetes som tillmatats på BB, per klinik 2025



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. Flera av Graviditetsregistrets resultat visas publikt och är därmed tillgängligt för allmänheten via vår hemsida.

Under 2025 infördes automatisk dataöverföring i samtliga regioner. I samband med införandet av ett nytt journalsystem har dock en region fått avbrott i överföringen och har ännu inte kunnat återuppta dataöverföringen. Den manuella registreringen av data har fortsatt under året. Graviditetsregistret fortsätter samarbetet med regionerna kring införandet av nya journalsystem. Arbetet kommer att fortgå under de kommande åren, och registret kommer löpande att verka för att säkerställa en stabil, långsiktigt och hållbar automatisk dataöverföring.

Graviditetsregistret fick, precis som övriga svenska kvalitetsregister, sin medelstilldelning från SKR sänkt. Samtidigt fick Graviditetsregistret anslag från Region Stockholm. Dessa medel som regionen rekviderat från Socialstyrelsen, har tillsammans med de intäkter från datauttag och klinikavgifter som Graviditetsregistret erhållit inneburit att registret under 2025 har kunnat fortsätta sitt arbete utan större inskränkningar. Hur medelstilldelning för Graviditetsregistret och andra kvalitetsregister kommer se ut framåt är i nuläget inte fastställt.

Graviditetsenkäten, som skickas ut sedan 1 december 2020, kommer att pågå fortsatt. Enkäten har hittills finansierats genom medel som förmedlats av SKR inom ramen för den nationella satsningen på kvinnors hälsa och förlossningsvård. I och med att denna satsning avslutas vid utgången av 2025 är formerna för fortsatt finansiering ännu inte fastställd.

Sedan den 1 januari 2026 finns en uppdaterad version av Graviditetsenkäten. Den nya versionen har en tydligare struktur för att följa vårdkedjan, fler frågor som följer upp eftervården samt fler möjligheter att lämna fritextsvar. Resultat från den nya versionen kommer att börja presenteras i Årsrapporten 2026. Parallellt uppdaterar Graviditetsregistret, med finansiellt stöd från SKR, sin dashboard för Graviditetsenkäten. Ny dashboard för enkäten kommer att publiceras på registrets webbplats under hösten 2026. En uppdatering av Graviditetsregistrets webbplats är också planerad.

En uppdaterad variabellista infördes i Graviditetsregistret i mars 2026. Listan innehåller bland annat nya variabler som efterfrågats av verksamheter, myndigheter och forskare. Dessa kan tas emot successivt i takt med att regionerna byter journalsystem och möjligheten att lägga till nya variabler ökar. Aktuell variabellista med detaljerade variabelbeskrivningar kan erhållas via info@graviditetsregistret.se.

Graviditetsregistret planerar att under 2026–2027 införa en ny modul för rapportering av s.k. maternal near-miss cases, det vill säga kvinnor som drabbats av livshotande komplikationer under graviditet, förlossning eller postpartumperiod men överlevt. Den nya modulen möjliggör rapportering av sällsynta men allvarliga komplikationer i samband med graviditet och förlossning. Uppgifterna ger ett värdefullt underlag för både patientsäkerhetsarbete och forskning.

Inför nedstängningen av KUB-modulen vid utgången av 2028 pågår arbete i Graviditetsregistret med att planera för framtida lösningar som kan möjliggöra en mer heltäckande nationell uppföljning av fosterdiagnostik. Vidare beskrivning av detta finns i kapitlet för fosterdiagnostik under rubriken "Framtida utveckling".

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 Bjelke
Registerhållare

Sofia Nevander
Biträdande registerhållare

Maria-Teresia Svanvik
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") (förlossningsslut_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" (förlossningsslut_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"