

Öppna jämförelser Jämlik vård 2016

Kvinnors hälso- och sjukvård
Fördjupningsrapport

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

Publikationen finns som pdf på Socialstyrelsens webbplats. Publikationen kan också tas fram i alternativt format på begäran. Frågor om alternativa format skickas till alternativaformat@socialstyrelsen.se

Artikelnummer 2016-11-10

Publicerad www.socialstyrelsen.se, november 2016

Förord

Socialstyrelsen har regeringens uppdrag att årligen utveckla, publicera och sprida öppna jämförelser av hälso- och sjukvården. Inom uppdraget ryms även att ta fram särskilda jämförelser av jämlik vård. Denna rapport är den fjärde öppna jämförelsen som specifikt belyser området jämlik vård. Årets rapport är en fördjupning och vidareutveckling av 2015 års rapport, vilken hade inriktningen kvinnors hälso- och sjukvård. I denna rapport redovisas fördjupade jämförelser och analyser för några indikatorer från föregående års rapport. Allt mot bakgrund av de tidigare resultaten. Vården jämförs med utgångspunkt från jämlikhetsdimensionerna geografi, ålder, utbildningsnivå och/eller födelsebakgrund, beroende på indikator. Rapporten riktar sig i första hand till beslutsfattare i landstingen och till regeringen.

Projektledare för arbetet har varit Petra Sundlöf. Från Socialstyrelsen har även Behzad Koucheqi medverkat i arbetet. Ansvarig enhetschef har varit Birgitta Lindelius.

Mona Heurgren
Avdelningschef
Avdelningen för statistik och jämförelser

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	7
Inledning	8
Syfte	9
Avgränsning	9
Fördjupningsinriktning	9
Metod- och tillvägagångssätt	11
Vad kännetecknar en indikator?	11
Skillnader i förutsättningar	11
Indikatorer och datakällor	12
Resultatredovisning och tolkning	12
Resultat	14
1. Självskattad hälsa före graviditet	14
2. Självskattad hälsa före, under och efter graviditet – en jämförelse ...	16
3. Hög AUDIT-poäng vid screening för riskbruk av alkohol	17
4. Tillfrågats om våldsutsatthet	20
5. Övervikt och fetma vid inskrivning till mödrahälsovård	22
6. Kejsarsnitt bland förstföderskor	24
7. Bristningar vid förlossning bland förstföderskor	27
8. Bristningar vid förlossning i de nordiska länderna	29
9. Låg Apgar-poäng hos nyfödda i de nordiska länderna	32
Epiduralbedövning vid förlossning bland förstföderskor	33
Referenser	36

Sammanfattning

Denna rapport är den fjärde öppna jämförelsen inom området jämlik vård, och den är en vidareutveckling av 2015 års rapport med fokus på kvinnors hälso- och sjukvård. Mot bakgrund av resultaten i *Öppna jämförelser Jämlik vård 2015 – Kvinnors hälso- och sjukvård*, redovisas här fördjupade jämförelser och analyser för några av indikatorerna i rapporten. Samtliga indikatorer som särstuderats genom fördjupade analyser hör till området graviditets- och förlossningsvård.

I rapporten identifieras ett antal patientgrupper med särskilda bakgrunds-egenskaper, för vilka graviditets- och förlossningsvården riskerar att uppnå sämre resultat. Dessa ser olika ut beroende på vilken del av vården som jämförs, men generellt sett utgör unga, lågutbildade samt utomeuropeiskt födda kvinnor sådana grupper. I de allra flesta fall uppvisar vården ett sämre resultat för dessa patienter.

Resultaten från de fördjupade analyserna där vården jämförs i relation till födelsebakgrund, visar tydliga skillnader mellan inomeuropeiskt och utomeuropeiskt födda kvinnor. Exempelvis är övervikt och fetma vanligast förekommande bland utomeuropeiskt födda kvinnor, och då särskilt bland kvinnor födda i afrikanska länder. Mer än hälften av de Afrikafödda kvinnorna hade antingen övervikt eller fetma vid inskrivningen till mödrahälsovård 2012–2013. Även när det gäller kejsarsnitt samt bristningar av grad III och IV bland förstföderskor, märks en tydlig skillnad mellan inomeuropeiskt och utomeuropeiskt födda kvinnor, till nackdel för de senare. Också här är de Afrikafödda kvinnorna överrepresenterade.

De fördjupade analyserna med avseende på utbildningsnivå visar bland annat att kejsarsnitt är vanligare bland förstföderskor med kort utbildning än bland förstföderskor med längre utbildning. Däremot drabbas högutbildade kvinnor oftare av allvarigare bristningar i samband med förlossning i jämförelse med kvinnor med lägre utbildning. En jämförelse mellan de nordiska länderna med utgångspunkt från internationella data, visar också att Sverige näst efter Island, har de högsta andelarna bristningar av grad III och IV.

Vid screening för riskbruk av alkohol i samband med graviditet, uppvisar yngre kvinnor oftare än äldre ett resultat som tyder på riskbruk eller missbruk av alkohol, och det finns även skillnader mellan landsting.

Rapporten ger indikationer på möjliga förbättringsområden för verksamheter inom graviditets- och förlossningsvården. Den kan även tjäna som underlag till vidare analysarbeten inom landstingen.

Inledning

Socialstyrelsen har regeringens uppdrag att årligen utveckla, publicera och sprida öppna jämförelser av hälso- och sjukvården. I uppdraget ingår sedan några år tillbaka även att ta fram särskilda öppna jämförelser av jämlik vård. År 2015 var temat för rapporten kvinnors hälso- och sjukvård. I rapporten *Öppna jämförelser Jämlik vård 2015 – Kvinnors hälso- och sjukvård*, presenterades 30 indikatorer som visade processer och resultat inom tre huvudområden: graviditets- och förlossningsvård, gynekologisk vård samt cancersjukvård [1].

Årets rapport inom området jämlik vård kan beskrivas som en fördjupning och vidareutveckling av 2015 års rapport. Arbetet ingår som en del av ett större samlat uppdrag om förlossningsvård och hälso- och sjukvård som rör kvinnors hälsa (S2015/08111/FS, S2016/00846FS (delvis)). Mot bakgrund av resultaten i *Öppna jämförelser Jämlik vård 2015 – Kvinnors hälso- och sjukvård*, redovisas i denna rapport fördjupade jämförelser för några av indikatorerna. Samtliga indikatorer som särstuderats genom fördjupade jämförande analyser hör till området graviditets- och förlossningsvård. I de fördjupade jämförelserna läggs särskilt fokus vid skillnader kopplade till utbildningsnivå och födelsebakgrund. Detta med anledning av resultaten från jämförelserna i 2015 års rapport, där det blev tydligt att det inte endast finns skillnader mellan olika landsting när det gäller vård, behandling och resultat. För flera indikatorer observerades även skillnader relaterade till utbildningsnivå, där hälso- och sjukvården i de allra flesta fall uppvisade ett sämre resultat för kvinnor med kort utbildning jämfört med för kvinnor med längre utbildning. Inom området graviditets- och förlossningsvård fanns i några fall även skillnader när vården jämfördes i relation till kvinnors födelsebakgrund, där ett sämre resultat uppvisades för kvinnor födda utanför Norden jämfört med kvinnor födda inom Norden.

I fördjupningsrapporten redovisas nio indikatorer samt ett övrigt mått, som alla speglar processer och resultat inom området graviditets- och förlossningsvård. Vid sidan av fördjupade analyser för några av indikatorerna från föregående års rapport, redovisas inom ramen för fördjupningsrapporten även data för två indikatorer som inte fanns med i 2015 års rapport. De har dock utvecklats direkt ur de tidigare publicerade indikatorerna och knyter an till dessa. En sådan indikator handlar om självskattad hälsa i samband med graviditet. I rapporten *Öppna jämförelser Jämlik vård 2015 – Kvinnors hälso- och sjukvård*, redovisades indikatorerna ”självskattad hälsa under graviditet” samt ”självskattad hälsa efter graviditet”. I denna fördjupningsrapport redovisas även data för självskattad hälsa *före* graviditet. Dessutom görs en jämförelse mellan de tre indikatorerna.

Rapporten från 2015 innefattade ett flertal levnadsvanerelaterade indikatorer. En sådan indikator var ”screening för riskbruk av alkohol under graviditet”, vilken redovisade andelen kvinnor som screenats med AUDIT för riskbruk av alkohol i samband med graviditeten. I årets rapport redovisas även resultaten från screeningen med AUDIT, i form av andelen gravida

kvinnor vars screeningresultat bedöms vara tecken på riskbruk eller missbruk av alkohol.

I fördjupningsrapporten redovisas även data för en helt ny tillkommen indikator samt ett övrigt mått som inte publicerats tidigare, men som väl ryms inom temat kvinnors hälso- och sjukvård. Den ny tillkomna indikatorn handlar om våldsutsatthet. Här redovisas uppgifter avseende huruvida gravida kvinnor vid besök hos mödrahälsovård tillfrågats om våldsutsatthet. Det andra måttet som inte redovisats tidigare i samband med öppna jämförelser av jämlik vård visar andelen förstföderskor som fått epiduralbedövning vid vaginal förlossning perioden 2009–2013. För båda dessa sker redovisning på landstingsnivå.

För två av indikatorerna i rapporten redovisas även internationella data i form av en jämförelse mellan nordiska länder.

Syfte

Det övergripande syftet med arbetet är att mot bakgrund av resultaten från rapporten *Öppna jämförelser Jämlik vård 2015 – Kvinnors hälso- och sjukvård*, genom fördjupade jämförande analyser ytterligare följa upp och synliggöra eventuella skillnader i vård, behandling och resultat. Syftet är också att identifiera tänkbara förbättringsområden inom graviditets- och förlossningsvården som kan vara till nytta för vårdens utförare.

Arbetet ingår som en del av ett större samlat uppdrag om förlossningsvård och hälso- och sjukvård som rör kvinnors hälsa (S2015/08111/FS, S2016/00846FS (delvis)).

Avgränsning

Av 2015 års rapport framkom att det fanns skillnader mellan landsting när det gäller graviditets- och förlossningsvård, gynekologisk vård och cancer-sjukvård. Det fanns även skillnader som hänger samman med utbildningsnivå, vilket var särskilt tydligt för några av indikatorerna inom graviditets- och förlossningsvården. I några fall fanns även skillnader när vården jämfördes i relation till kvinnors födelsebakgrund, där ett sämre resultat uppvisades för kvinnor födda utanför Norden jämfört med för kvinnor födda inom Norden. Mot bakgrund av detta har jämförelsen med de fördjupade analyserna avgränsats till att endast omfatta indikatorer inom området graviditets- och förlossningsvård. Särskilt fokus har lagts vid skillnader mellan landsting samt mellan kvinnor med olika utbildningsnivå och födelsebakgrund.

Fördjupningsinriktning

Fördjupningsarbetet har i huvudsak skett genom kompletterande analyser samt utökande av några av de analyser som fanns med i 2015 års rapport. Detta främst genom ytterligare nedbrytningar på födelsebakgrund och utbildningsnivå. Fördjupningen har även kompletterats med data som inte redovisats tidigare men som knyter an till tidigare redovisade indikatorer.

Följande har åstadkommit inom ramen för delprojektet och redovisas i denna rapport:

- fler analyser med fokus på utbildningsnivå för de indikatorer inom området graviditets- och förlossningsvård som fanns med i 2015 års rapport men som då inte omfattades av detta
- kompletterande analyser med fokus på födelsebakgrund för ytterligare några indikatorer från 2015 års rapport som inte tidigare jämförts med hänsyn till detta
- utökade analyser för samtliga indikatorer inom området graviditets- och förlossningsvård som i rapporten 2015 jämfördes med hänsyn till födelsebakgrund; jämförelserna mellan kvinnor födda inom respektive utanför Norden har utökats genom ytterligare nedbrytningar på världsdelar
- redovisning av kompletterande indikatorer som direkt knyter an till de som publicerades i 2015 års rapport, samt nytillkomna indikatorer och mått som väl ryms under temat kvinnors hälso- och sjukvård

Metod- och tillvägagångssätt

I rapporten används ett flertal olika indikatorer för att följa upp och ytterligare synliggöra skillnader i vård, behandling och resultat. I detta kapitel beskrivs förutsättningar, urvalskriterier och använda datakällor. Till rapporten finns även en separat bilaga med en närmare beskrivning av indikatorerna. Den finns tillgänglig i elektronisk form kort efter att rapporten utgivits.

Vad kännetecknar en indikator?

Indikatorer som används i en öppen jämförelse ska visa olika aspekter av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet med hjälp av tillgängliga data. Socialstyrelsen har satt upp ett antal kriterier som stöd för att fastställa och utveckla indikatorer och för att särskilja dessa från andra nyckeltal och bakgrundsvariabler. Enligt dessa kriterier bör en indikator vara:

- mätbar och tillgänglig
- vedertagen och valid
- relevant
- tolkningsbar
- påverkansbar

Indikatorerna bör främst spegla processer och resultat. Att indikatorn ska vara tolkningsbar betyder bland annat att den ska ha en tydlig riktning. Man ska veta om det är bra eller dåligt att ha ett högt eller lågt värde. Det kan dock finnas flera olika förklaringar till att ett visst värde uppnåtts. För en närmare beskrivning av de kriterier som ligger till grund för hur indikatorer definieras och utformas hänvisas till Socialstyrelsens handbok för utveckling av indikatorer [2].

Skillnader i förutsättningar

Vårdens insatser och resultat av dessa, påverkas av en rad faktorer. Exempel på faktorer som styrs av landstingens olika prioriteringar och resursfördelning är personal- och platstillgång, vårdkultur, tillgänglighet, kompetens och erfarenhet. De kan alla påverka såväl insatser som resultat. Andra faktorer som har betydelse i sammanhanget är regional befolkningsstruktur, invånarnas utbildnings- och inkomstnivåer samt levnadsvanor och hälsa. Skillnader i sådana förutsättningar kan också ha en viss betydelse för att vård, behandling och resultat varierar mellan olika landsting. Det är därför viktigt att ha viss kunskap om dessa faktorer när man bedömer och tolkar indikatorer om jämlik vård.

I rapporten *Öppna jämförelser folkhälsa 2014* ges en fördjupad beskrivning av rådande hälsoskillnader mellan olika landsting [3]. Där redovisas även ett antal bakgrundsvariabler som är kopplade till befolkningsstruktur

och socioekonomi i syfte att förbättra tolkningsmöjligheterna och öka förståelsen för de skillnader som uppvisas i jämförelserna. Även i rapporten *Öppna jämförelser jämlik vård 2013* ger Socialstyrelsen exempel på förutsättningar som kan ha betydelse för hälsa, sjuklighet och vårdens genomförande och som varierar mellan landstingen [4]. Läsaren kan med fördel ta del av dessa två rapporter för att få en ökad förståelse för skillnaderna som finns mellan olika landsting.

Indikatorer och datakällor

Rapporten innehåller fördjupade analyser för några av de indikatorer som publicerades i rapporten *Öppna jämförelser Jämlik vård 2015 – Kvinnors hälso- och sjukvård*.

Urvalet av indikatorer har gjorts med utgångspunkt från resultaten av jämförelserna, där indikatorer som uppvisat skillnader prioriterats. Valet har även styrts av datatillgång samt möjligheterna till nedbrytning. Då detta arbete ingår som en av flera olika delar i ett större samlat uppdrag om kvinnors hälsa har valet av inriktning för de fördjupade analyserna och därtill valet av indikatorer, även gjorts med hänsyn till övriga deluppdrags innehåll.

Två huvudsakliga datakällor används i fördjupningsrapporten. De medicinska kvalitetsmåten bygger på uppgifter från Socialstyrelsens Medicinska födelseregister, medan information rörande kvinnors hälsa under graviditeten hämtats från Graviditetsregistrets mödranhälsovårdsdel.

Uppgifter om mödrarnas födelseland har hämtats från Nationella patientregistret vid Socialstyrelsen. Data från Socialstyrelsens register har även samkörts med data från utbildningsregistret från Statistiska centralbyrån.

De nordiska jämförelserna rörande bristningar och låg Apgar-poäng hos nyfödda baseras på uppgifter som sammanställts av Nordiska ministerrådet.

Resultatredovisning och tolkning

Fördjupningsrapportens indikatorer presenteras i ett antal diagram och tabeller som visar olika typer av skillnader utifrån olika perspektiv: mellan landsting, mellan utbildningsnivåer, mellan åldersgrupper, i relation till födelsebakgrund samt i några fall utvecklingen över tid.

Födelsebakgrund

I rapporten analyseras några av indikatorerna i förhållande till födelsebakgrund i form av födelseland. Redovisning sker i diagramform genom gruppering på världsdelar, där vi skiljer mellan kvinnor födda i Sverige, Norden utom Sverige, Europa utom Norden, Asien, Afrika samt övriga världen. Till kategorin övriga världen räknas Nordamerika, Mellanamerika, Sydamerika och Oceanien.

År 2014 förlöstes närmare 114 000 mödrar i Sverige. Andelen mödrar födda utanför Sverige uppgick då till drygt 26 procent. Allra vanligast är att de utrikesfödda kvinnorna som föder barn i Sverige kommer från Asien, och då främst från länder som Irak, Iran, Thailand, Syrien och Libanon. År 2014 utgjorde de Asienfödda kvinnorna sammantaget 10 procent av de förlösta

kvinnorna. Närmare 8 procent av de förlösta kvinnorna 2014 hade sitt ursprung i Europa utom Norden och 5 procent i Afrika. Av de Afrikafödda kvinnorna kom mer än hälften från Somalia.

Utbildningsnivå

För några av indikatorerna sker även redovisning i förhållande till utbildningsnivå. Tre olika utbildningskategorier används, där vi skiljer mellan grundskoleutbildning, gymnasial utbildning och eftergymnasial utbildning. Bland de kvinnor som födde barn under 2014, uppgick andelen med enbart grundskoleutbildning till 11 procent. Sammanlagt 36 procent av kvinnorna hade gymnasial utbildning, medan 53 procent hade eftergymnasial utbildning.

Landstingsdiagram

Rapportens landstingsdiagram utgörs genomgående av liggande stapeldiagram, där data sorterats efter indikatorvärdet, det vill säga utifrån önskvärd riktning. Sorteringsordningen innebär i normalfallet att en placering högt upp i diagrammet är ett bättre utfall än en placering långt ner. Ett värde för rikets genomsnitt anges också i en annan färg än den för landstingsstaplar.

En placering högt upp i diagrammet kan tala för ett bättre utfall än en lägre placering. Utfallet och därmed rangordningen kan dock påverkas av låg datakvalitet och små skillnader mellan landstingen med statistiskt osäkra uppgifter. En annan viktig faktor som kan ha betydelse för utfallet är skillnader i befolkningsstruktur. I vissa fall har landstingens befolkningar åldersstandardiserats för att göra resultaten mer jämförbara. En åldersstandardisering innebär att man korregerar för den effekt som olika åldersstrukturer i ett landsting kan ha.

Konfidensintervall

I flertalet av rapportens diagram redovisas 95-procentiga konfidensintervall i form av streck vid de staplar som visar värdet. Konfidensintervallet anger den statistiska osäkerheten för ett enskilt mätvärde genom att visa hur stor del av slumpfelen som ligger inom ett givet intervall från det uppmätta värdet. Ju smalare konfidensintervall, desto mindre är osäkerheten. Då antalet observationer är få, ökar utrymmet för slumpen, vilket ger ett bredare konfidensintervall. Där så är möjligt är värdena åldersstandardiserade, vilket då framgår av diagramrubriken.

Årsdata

Merparten av jämförelserna är baserade på årsdata. För några av indikatorerna där datamängden är liten har dock flerårsdata använts. Detta eftersom den statistiska osäkerheten annars skulle bli alltför stor och de årliga resultaten skulle riskera att variera uppåt och nedåt beroende på slumpen.

Resultat

1. Självskattad hälsa före graviditet

I rapporten *Öppna jämförelser Jämlik vård 2015 – Kvinnors hälso- och sjukvård*, redovisades indikatorerna ”självskattad hälsa under graviditet” samt ”självskattad hälsa efter graviditet”. I denna fördjupningsrapport redovisas även data för självskattad hälsa *före* graviditet.

Självskattad hälsa innebär att individen ombeds att skatta sitt eget hälso-tillstånd. Den gravida kvinnan tillfrågas om sin självskattade hälsa av barnmorska i samband med besök vid mödrahälsovården. Detta sker vid två olika tillfällen. I samband med inskrivningen får kvinnan göra en självskattning av sitt allmänna hälsotillstånd *före* graviditeten. Vid eftervårdsbesöket som sker efter förlossningen, tillfrågas kvinnan om sitt självskattade hälsotillstånd *under* respektive *efter* graviditeten. Självskattad hälsa mäts på en femgradig svarsskala (”Mycket bra”, ”Bra”, ”Varken bra eller dåligt”, ”Dåligt” samt ”Mycket dåligt”).

Indikatorn visar andelen kvinnor som svarat ”Mycket bra” eller ”Bra” på frågan om självskattad hälsa *före* graviditeten. I registret finns uppgift om självskattad hälsa under graviditeten för 87 593 kvinnor (omkring 90 procent). Resultatet visar att mer än 90 procent av de gravida kvinnorna anser att den egna hälsan varit ”Mycket bra” eller ”Bra” före graviditeten. Andelen varierar svagt mellan landstingen och ligger mellan 87,1 och 92,8 procent.

Andelen som anser den egna hälsan varit ”Mycket bra” eller ”Bra” före graviditeten är högre bland kvinnor med eftergymnasial utbildning än bland kvinnor med kortare utbildning. Detta överensstämmer med de resultat avseende självskattad hälsa *under* respektive *efter* graviditet, som redovisades i 2015 års rapport, där andelen som anser att den egna hälsan varit ”Mycket bra” eller ”Bra” var högst bland kvinnor med eftergymnasial utbildning. Resultatet stämmer även överens med vad som observerats i flera studier av självskattad hälsa bland befolkningen i stort, och som visar att kvinnor med högre utbildning överlag tenderar att skatta sin hälsa högre än kvinnor med lägre utbildning (se t.ex. *Öppna jämförelser Folkhälsa 2014*).

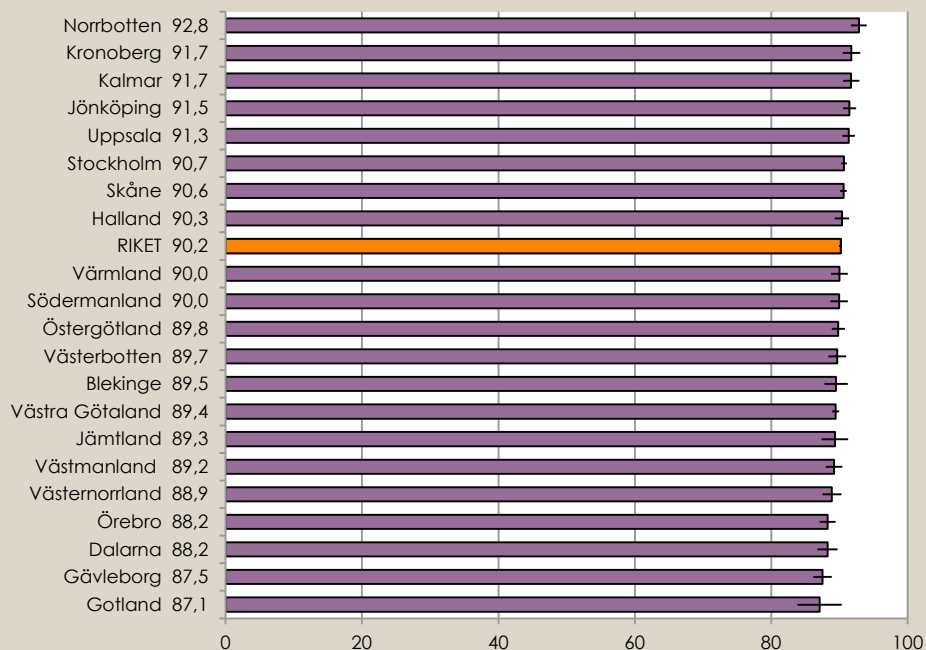
När indikatorn studeras i relation till ålder framgår det att det finns små skillnader mellan kvinnor i olika åldersgrupper. Andelen kvinnor som uppger att hälsan varit ”Mycket bra” eller ”Bra” före graviditeten är något lägre i de yngsta åldersgrupperna och då framför allt bland kvinnor under 20 år. Även inom åldersgruppen 35 år och äldre uppger en något lägre andel att hälsan före graviditeten varit ”Mycket bra” eller ”Bra” (se tabell 1). Liknande skillnader noterades även då indikatorerna självskattad hälsa *under* respektive *efter* graviditet studerades i förhållande till ålder. Dessa resultat redovisades i rapporten 2015.

Sammanfattningsvis visar resultatet att utbildningsnivå är en viktig faktor för välbefinnande i samband med graviditet. Åldern har även betydelse, vilket framgår tydligt när det gäller de allra yngsta blivande mödrarna.

Sammantaget tyder detta på att unga, utbildade blivande mödrar kan betraktas som en särskild riskgrupp för sämre självskattad hälsa.

DIAGRAM 1.1
LANDSTING

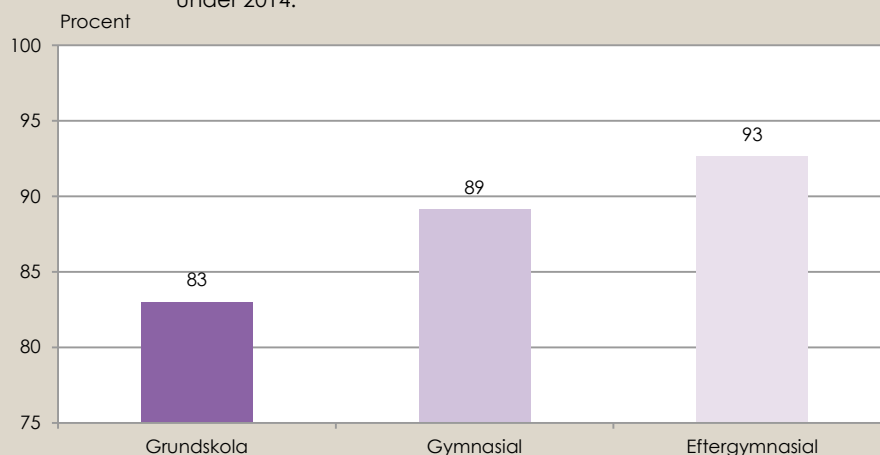
Andel kvinnor som uppger att det egna hälsotillståndet varit "mycket bra" eller "bra" före graviditeten, 2014. Avser kvinnor som födde barn under 2014.



Källa: Graviditetsregistret/mödrahälsovård

DIAGRAM 1.2
UTBILDNING

Andel kvinnor som uppger att det egna hälsotillståndet varit "mycket bra" eller "bra" före graviditeten, 2014. Avser kvinnor som födde barn under 2014.



Källa: Graviditetsregistret/mödrahälsovård

Tabell 1. Antal respektive andel kvinnor som uppger att det allmänna hälsotillståndet varit "Mycket bra" eller "Bra" före graviditeten, fördelat på åldersgrupper. Avser kvinnor som födde barn under 2014.

Åldersgrupp	Antal gravida kvinnor som svarat "Mycket bra" eller "Bra"	Andel gravida kvinnor (%) som svarat "Mycket bra" eller "Bra"
≤ 19 år	748	83,7
20-24 år	10 109	89,0
25-29 år	25 251	90,9
30-34 år	26 750	90,9
≥ 35 år	16 111	88,8
Totalt	54 438	78,3

Källa: Graviditetsregistret/mödrahälsövård.

2. Självskattad hälsa före, under och efter graviditet – en jämförelse

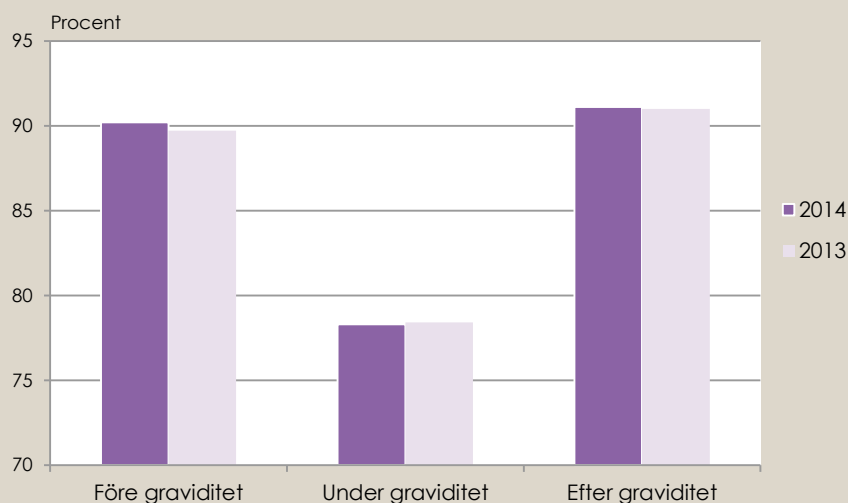
De uppgifter om självskattad hälsa *under* graviditet samt självskattad hälsa *efter* graviditet som publicerades i rapporten *Öppna jämförelser Jämlig vård 2015 – Kvinnors hälso- och sjukvård*, har i denna fördjupade rapport kompletterats med uppgifter om kvinnornas självskattade hälsa *före* graviditeten. Detta möjliggör en jämförelse mellan de tre indikatorerna. Även en jämförelse med data på riksnivå från föregående år kan göras.

Diagram 2.1 nedan visar självskattad hälsa före, under samt efter graviditet, redovisat genom andelen kvinnor som uppger att det allmänna hälsotillståndet varit "Mycket bra" eller "Bra". Av diagrammet framgår att andelen kvinnor som anser den egna hälsan varit "Mycket bra" eller "Bra" är högst *före* och *efter* graviditeten. Hela 90 procent av kvinnorna uppger det allmänna hälsotillståndet vara "Mycket bra" eller "Bra" *före* graviditeten. En ungefär lika stor andel av kvinnorna (91 procent) uppfattar det egna hälsotillståndet som "Mycket bra" eller "Bra" *efter* graviditeten, medan endast 78 procent av kvinnorna anger något av dessa svarsalternativ på frågan om det egna allmänna hälsotillståndet *under* graviditeten. Detta kan dock knappast anses förvånande, då det är väl känt att kvinnans självskattade hälsa generellt försämras under graviditeten [5, 6, 7].

Resultaten från jämförelsen visar således att trots att många kvinnor upplever en försämring av hälsan under graviditeten, så återgår de allra flesta till sitt ursprungliga hälsoläge efter graviditeten. Av diagrammet framgår också att inga större förändringar skett sedan föregående mätperiod.

DIAGRAM 2.1
JÄMFÖRELSE

Andel kvinnor som uppger att det egna hälsotillståndet varit "mycket bra" eller "bra" före, under, respektive efter graviditeten.



Källa: Graviditetsregistret/mödrahälsovård

3. Hög AUDIT-poäng vid screening för riskbruk av alkohol

Rapporten *Jämlig vård 2015 – Kvinnors hälso- och sjukvård*, innefattade ett flertal levnadsvanerrelaterade indikatorer, däribland ”screening för riskbruk av alkohol under graviditet”. Indikatorn redovisade andelen kvinnor som screenats med AUDIT för riskbruk av alkohol i samband med graviditeten i respektive landsting år 2014. Resultaten från jämförelsen visade att andelen gravida kvinnor som screenats uppgick till drygt 92 procent i riket som helhet 2014, med en relativt stor spridning mellan landstingen (från 60 till drygt 97 procent).

I denna fördjupade rapport redovisas även resultaten från screeningen i form av andelen gravida kvinnor vars screeningresultat bedöms vara tecken på riskbruk eller missbruk av alkohol. Uppgiften finns för 90 122 kvinnor i registret (92 procent).

Screeningmetoden AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test), som närmare beskrivits i rapporten från 2015, är idag väl inarbetad och används i samtliga landsting för att upptäcka riskbruk av alkohol. I AUDIT-formuläret svarar kvinnan på frågor om alkoholvanor året före graviditeten och varje svar poängsätts. Poängen summeras sedan från 0 till 40 poäng. En sammanlagd AUDIT-poäng mellan 6 och 9 kan vara tecken på riskbruk av alkohol, medan 10 poäng eller högre bedöms kunna tyda på missbruk.

Indikatorn visar andelen gravida kvinnor med ett screeningresultat som tyder på riskbruk respektive missbruk av alkohol (AUDIT-poäng 6 – 9 samt 10 eller högre) vid screening år 2014. Under screeningen 2014 uppvisade sammanlagt 5,2 procent av kvinnorna ett AUDIT-resultat som tyder på ett riskbruk eller missbruk av alkohol (diagram 3.1). Variationen mellan lands-

tingen låg mellan 3,1 och 8,3 procent. Andelen kvinnor med ett resultat som kan tyda på riskbruk (AUDIT-poäng 6 – 9) uppgick i riket som helhet till 4,3 procent, medan andelen kvinnor med ett resultat som kan tyda på missbruksproblem (AUDIT 10 eller högre) var omkring 0,9 procent.

På landstingsnivå har inga större förändringar skett sedan föregående år. De landsting som under mätperioden 2014 hade de största andelarna kvinnor med hög AUDIT-poäng, hade detta även 2013 [8]. Detsamma gäller i det omvända fallet – de landsting som 2014 uppvisade de lägsta andelarna kvinnor med hög AUDIT-poäng, hade de lägsta andelarna även 2013 (resultatet visas inte i tabell eller diagram).

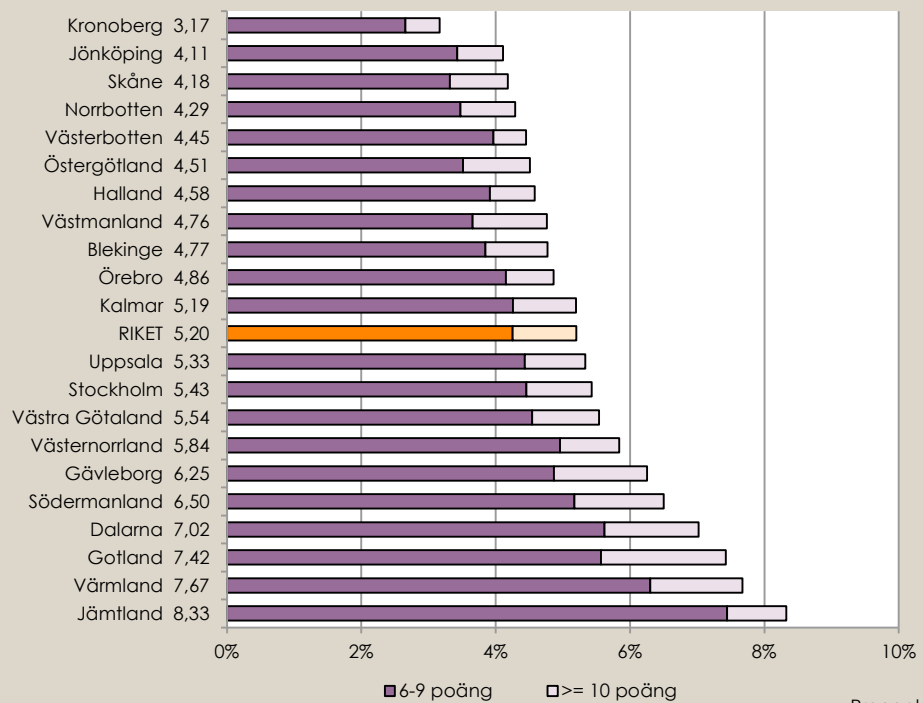
Bland kvinnor med eftergymnasial utbildning var andelen kvinnor med AUDIT-poäng 6 eller mer, lägre än bland kvinnor med gymnasial utbildning respektive grundskoleutbildning (se diagram 3.2).

När indikatorn studeras i relation till ålder visar resultatet att unga kvinnor i åldersgrupperna ≤ 19 år samt 20-24 år oftare hade hög AUDIT-poäng än kvinnor som var 25 år och äldre (se tabell 2).

Två huvudresultat framträder således tydligt ur jämförelsen. Bortsett från en stor spridning mellan landstingen i andelen kvinnor som screenats med AUDIT (redovisat i föregående års rapport), så finns även en geografisk spridning när det gäller hög AUDIT-poäng, det vill säga screeningresultat som tyder på riskbruk eller missbruk av alkohol. Unga kvinnor med grundskole- eller gymnasieutbildning framstår som en särskild riskgrupp. Då det förefaller som om unga kvinnor i högre grad än äldre har ett riskbruk av alkohol samt risk för missbruksproblem, bör förebyggande insatser främst riktas mot dessa.

DIAGRAM 3.1
LANDSTING

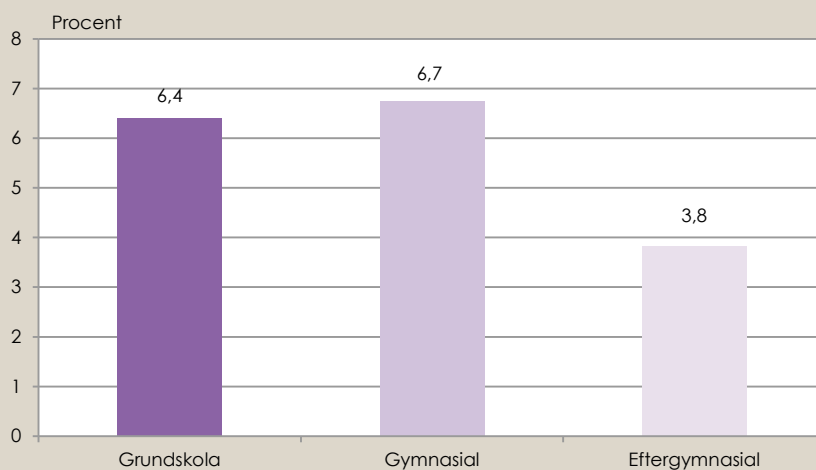
Andel kvinnor med riskbruk av alkohol (AUDIT-poäng 6-9 samt 10 eller högre) vid screening under graviditet. Avser kvinnor som födde barn under 2014.



Källa: Graviditetsregistret/mödravårsvård

DIAGRAM 3.2
UTBILDNING

Andel kvinnor med riskbruk av alkohol (AUDIT-poäng 6-9 samt 10 eller högre) vid screening under graviditet, 2014.



Källa: Graviditetsregistret/mödravårsvård

Tabell 2. Antal respektive andel kvinnor med riskbruk eller missbruk av alkohol (AUDIT-poäng ≥ 6) i relation till åldersgrupp, 2014.

Åldersgrupp	Antal kvinnor med AUDIT ≥ 6 poäng	Andel kvinnor (%) med AUDIT ≥ 6 poäng
≤ 19 år	130	13,9
20-24 år	1 247	10,6
25-29 år	1 633	5,7
30-34 år	1 159	3,8
≥ 35 år	518	2,8
Totalt	4 687	5,2

Källa: Graviditetsregistret/mödrahälsovård.

4. Tillfrågats om våldsutsatthet

Våld i nära relationer är ett samhällsproblem med allvarliga fysiska och psykiska konsekvenser för den som utsätts. Med begreppet våld i nära relationer avses våld eller andra övergrepp av fysiskt, psykiskt och sexuellt slag som sker mot närstående. Vanligast är att kvinnor utsätts för våld i nära relationer, och den som utövar våldet är oftast en manlig partner eller före detta partner.

Enligt Socialstyrelsens rekommendationer till hälso- och sjukvården bör alla kvinnor som uppsöker mödrahälsovården rutinemässigt tillfrågas om erfarenhet av våld [9]. Det finns vetenskapligt stöd i form av forskning som visar att rutinfrågor inom mödrahälsovården markant ökar upptäckten av våld. Mödrahälsovården anses också vara en lämplig verksamhet att ställa frågor genom, eftersom de gravida kvinnorna befinner sig i en viktig fas i livet och ofta har en regelbunden kontakt med personalen. Även Världshälsoorganisationen (WHO) lyfter fram mödrahälsovården som en lämplig verksamhet där rutinfrågor om våld kan ställas [10].

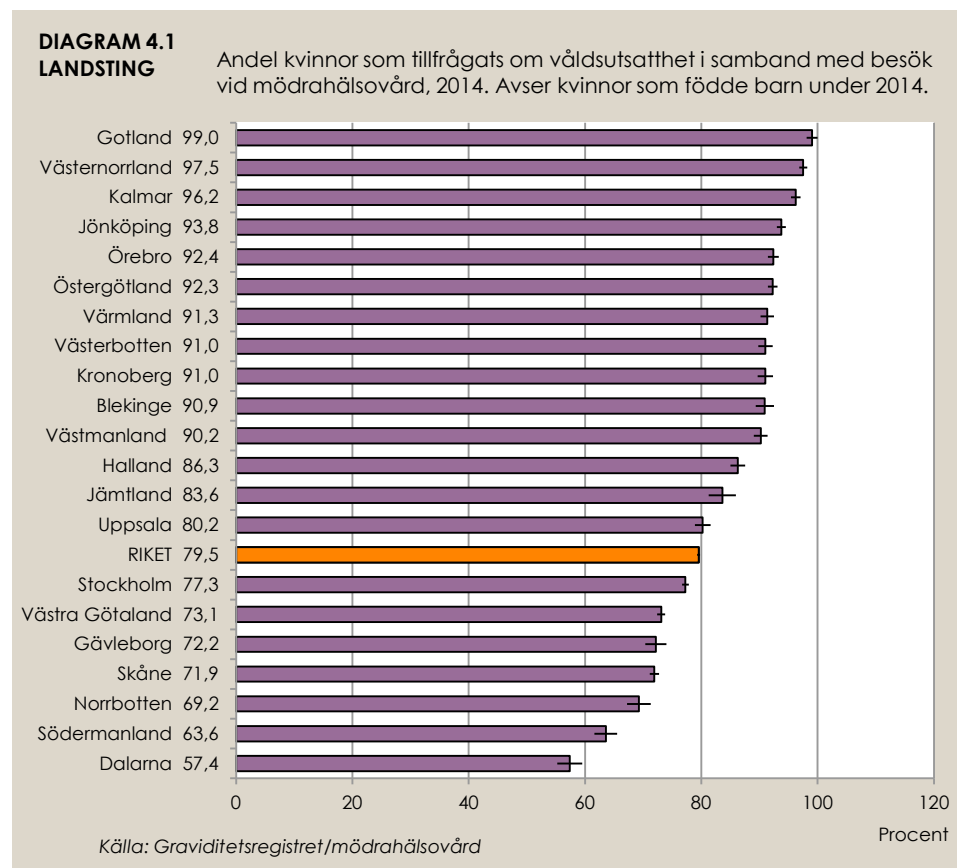
När frågor om våld ska ställas är det av stor betydelse hur och under vilka omständigheter detta görs. Inom varje verksamhet/mottagning bör det finnas en utarbetad handlingsplan med rutiner för hur frågeproceduren ska gå till. Att personalen har utbildning i hur man frågar om våld, samt att verksamheten även har rutiner för var och hur patienten kan hänvisas vidare vid behov av stöd, är också viktigt i sammanhanget. År 2013 hade samtliga landsting särskilt utformade riktlinjer att använda i samband med frågor om gravida kvinnors våldsutsatthet. Detta ska jämföras med 2010, då endast hälften av landstingen hade detta [8].

Indikatorn redovisar andelen gravida kvinnor som i samband med inskrivning till mödrahälsovård år 2014 tillfrågades om utsatthet för våld. Läsaren bör här uppmärksammas att indikatorn mäter andelen gravida kvinnor som *tillfrågats* om de varit utsatta för våld. Den mäter således inte andelen våldsutsatta kvinnor.

I Graviditetsregistrets mödrahälsovårdsdel finns denna uppgift för drygt 90 000 (närmare 93 procent) av kvinnorna. Andelen som tillfrågats om våldsutsatthet uppgick i riket som helhet till 79,5 procent, med en spridning mellan landstingen från drygt 57 till 99 procent. Det innebär att i merparten av landstingen tillfrågades minst tre fjärdedelar av gravida kvinnorna.

Av resultatet framgår också att yngre kvinnor (under 30 år), kvinnor med AUDIT-poäng 6 eller högre (riskbruk av alkohol) samt kvinnor som fått behandling för psykisk ohälsa under graviditeten, i något högre utsträckning tillfrågats om våldsutsatthet än kvinnor utan dessa bakgrundsegenskaper (se tabell 3). Resultatet indikerar att vissa landsting har en betydande förbättringspotential när det gäller att ställa frågor och fånga upp problematik kring våld.

Sättet att ställa frågor kan skilja sig mellan mödrahälsovårdens mottagningar, liksom frågeomständigheterna i stort, vilket kan påverka resultatet.



Tabell 3. Antal respektive andel gravida kvinnor som tillfrågats om våld i relation till åldersgrupp, utbildningsnivå, AUDIT-poäng samt behandling för psykisk ohälsa, 2014.

Åldersgrupp	Antal kvinnor som tillfrågats om våldsutsatthet	Andel kvinnor (%) som tillfrågats om våldsutsatthet
≤ 19 år	783	80,9
20-24 år	9 545	81,3
25-29 år	22 871	80,7
30-34 år	23 833	78,8
≥ 35 år	14 695	77,5
Utbildningsnivå		
Grundskole-utbildning	5 049	79,6
Gymnasial utbildning	27 434	82,6
Eftergymnasial utbildning	32 587	79,1
AUDIT-poäng		
≥ 6	3 630	83,4
< 6	64 177	80,5
Behandlats för psykisk ohälsa under graviditet		
Ja	5 147	85,7
Nej	66 273	79,1

Källa: Graviditetsregistret/mödrahälsovård.

5. Övervikt och fetma vid inskrivning till mödrahälsovård

I rapporten *Jämlig vård 2015 – Kvinnors hälso- och sjukvård*, redovisades indikatorn ”övervikt och fetma vid inskrivning till mödrahälsovård”. Resultaten visade att andelen kvinnor med övervikt och fetma och som födde barn 2012 – 2013 uppgick till drygt 38 procent i riket som helhet. Bland dessa hade drygt 25 procent övervikt (BMI ≥ 25) medan resterande 13 procent led av fetma (BMI ≥ 30).

I rapporten från 2015 studerades indikatorn i relation till utbildningsnivå. I denna fördjupningsrapport analyseras indikatorn även i förhållande till födelsebakgrund i form av födelseland. Redovisningen av kvinnors födelseland sker genom gruppering på världsdelar, där vi skiljer mellan kvinnor födda i Sverige, Norden utom Sverige, Europa utom Norden, Asien, Afrika samt övriga världen.

Av diagram 5.1 framgår att andelen kvinnor med övervikt och fetma perioden 2012 – 2013 var allra högst bland kvinnor födda i Afrika. Närmare 55 procent av kvinnorna födda i afrikanska länder hade antingen övervikt eller fetma vid inskrivningen till mödrahälsovård. Även bland kvinnor födda i Asien samt i övriga världen (Nord- Mellan- och Sydamerika samt Oceanien) fanns en relativt stor andel med övervikt och fetma, i jämförelse med siffrorna för riket som helhet. Lägst andel överviktiga och feta fanns bland kvinnor födda i Europa samt bland kvinnor födda i Norden utom Sverige, där andelen uppgick till drygt 34 procent. Resultatet visar också att övervikt och

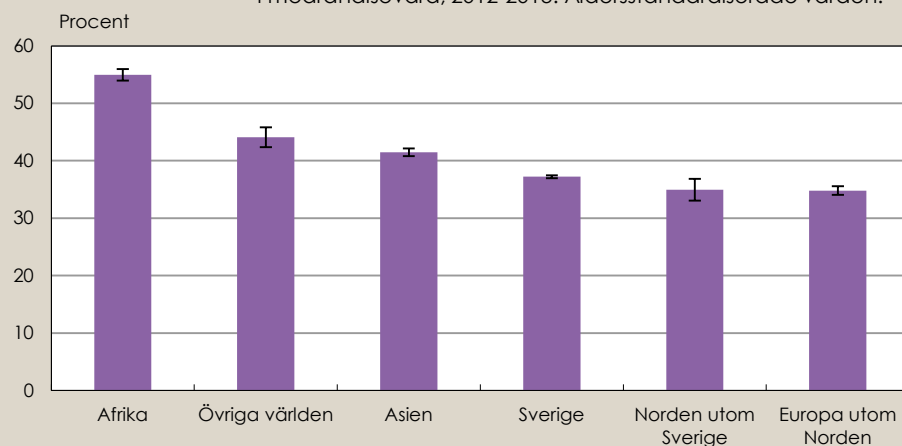
fetma är betydligt vanligare bland omföderskor än bland förstföderskor (se diagram 5.2).

Sammanfattningsvis tyder resultaten av jämförelsen på att övervikt och fetma är ett allt vanligare problem bland blivande mödrar, och att detta särskilt gäller för kvinnor födda utanför Europa. Noterbart är också att andelen överviktiga och feta är klart högre bland omföderskor i jämförelse med bland förstföderskor. Här har mödrahälsovården en viktig roll, då dessa kvinnor ofta redan tidigare i egenskap av förstföderskor, varit i kontakt med vården.

DIAGRAM 5.1

FÖDELSEBAKGRUND

Andel gravida kvinnor med övervikt och fetma vid inskrivning i mödrahälsovård, 2012-2013. Åldersstandardiserade värden.

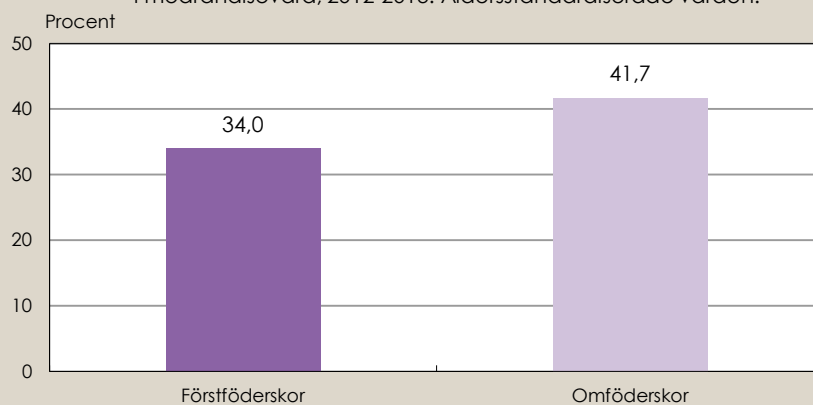


Källa: Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen

DIAGRAM 5.2

PARITET

Andel gravida kvinnor med övervikt och fetma vid inskrivning i mödrahälsovård, 2012-2013. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen

6. Kejsarsnitt bland förstföderskor

Rapporten *Jämlik vård 2015 – Kvinnors hälso- och sjukvård*, innefattade en redovisning av indikatorn ”kejsarsnitt bland förstföderskor”. Indikatorn studerades både på landstingsnivå och i förhållande till mödrarnas födelsebakgrund perioden 2009 – 2013, där andelen kejsarsnitt bland Nordenfödda respektive utomnordenfödda kvinnor analyserades. Resultatet visade bland annat att risken för att förlösas med kejsarsnitt var något högre bland förstföderskor födda utanför Norden. I denna fördjupningsrapport analyseras indikatorn vidare genom ytterligare nedbrytning på födelsebakgrund. Liksom för andra indikatorer sker redovisningen grupperad på världsdelar.

Resultaten från jämförelsen 2015 visade att andelen kejsarsnitt enligt Robson grupp 1 (enkelbörd med huvudbudning och spontan förlossningsstart), uppgick till knappt 10 procent bland förstföderskor den studerade perioden. Då indikatorn studeras i relation till födelsebakgrund (diagram 6.1), framgår att andelen kejsarsnitt enligt Robson 1, är högst bland kvinnor födda i Afrika samt inom födelsekategorin övriga världen. Drygt 12 procent av förstföderskorna med ursprung i Afrika respektive övriga världen förlöstes med kejsarsnitt, perioden 2009 – 2013. För kvinnor födda i Sverige uppgår andelen till drygt 8 procent. Lägst kejsarsnittsfrekvens enligt Robson 1 har kvinnor födda i Norden utom Sverige (7,2 procent).

Av rapporten 2015 framkom också att den totala kejsarsnittsfrekvensen bland förstföderskor enligt Robson 1 och Robson 2 sammantaget (det vill säga både enkelbörd med huvudbudning och spontan förlossningsstart samt igångsatt förlossning och planerat kejsarsnitt) var drygt 16 procent i riket den studerade perioden. Av diagram 6.2 framgår att även när det gäller kejsarsnitt enligt Robson 1 och Robson 2 sammantaget, så är andelen högst bland förstföderskor födda i Afrika (22,7 procent), följt av kvinnor födda i länder inom kategorin övriga världen (19,7 procent) samt kvinnor födda i Asien (17,4 procent). De lägsta andelarna återfinns bland kvinnor födda i Sverige (13,8 procent), kvinnor födda i europeiska länder samt Norden utom Sverige (12,7 procent vardera).

Resultatet stämmer väl överens med andra studier som bland annat visat att utrikesfödda kvinnor – och då särskilt kvinnor från låginkomstländer i Afrika, Asien och Latinamerika – löper större risk för komplikationer i samband med förlossning, däribland kejsarsnitt [11]. I flera studier konstateras också att afrikanska kvinnor som migrerat till väst, och då särskilt somaliska kvinnor, är klart överrepresenterade när det gäller akuta kejsarsnitt [12, 13, 14, 15, 16].

Orsakerna till de förhållandevis höga andelarna kejsarsnitt bland kvinnor födda utanför Europa anses bland annat bottna i bristande kommunikation mellan kvinnorna och vården. Den språkliga kommunikationen mellan vården och kvinnan är central under både graviditets- och förlossningsförloppet och får ännu större betydelse i möten där kvinnan har ett annat modersmål. Språkproblem medför en ökad risk för missförstånd mellan patient och vårdgivare jämfört med situationen för patienter födda och uppvuxna i Sverige. Om kunskaperna i svenska är bristfälliga, kan användningen av tolk vara helt avgörande. Viss strukturell diskriminering antas

också förekomma, där sjukvårdspersonalen omedvetet inte är lika lyhörd mot patienter som har en annan etnisk eller kulturell bakgrund än de själva [11, 12, 16].

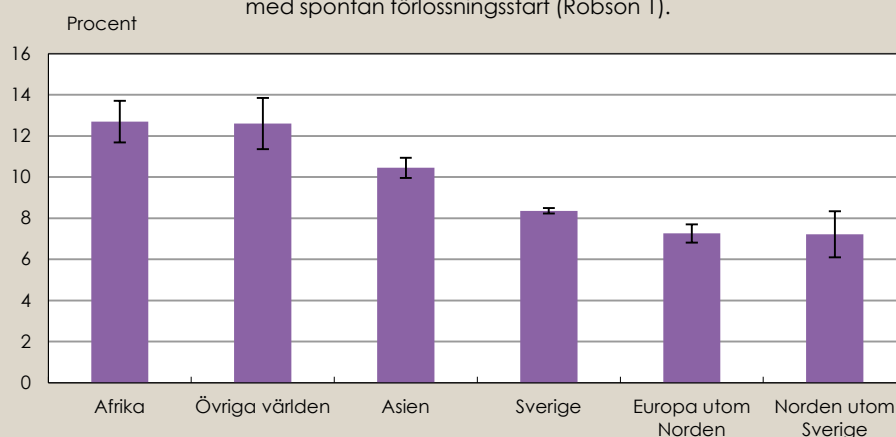
Vid sidan av språkproblem och strukturell diskriminering finns även andra faktorer som kan antas ha betydelse i sammanhanget. Könstympning – något som är vanligt förekommande i flera afrikanska men även vissa asiatiska länder – tenderar också att öka risken för att kvinnan skall drabbas av utdragna förlossningar och för akut kejsarsnitt [14, 15, 17]. Hög maternell ålder, rökning, låg utbildning samt högt BMI är andra kända riskfaktorer för kejsarsnitt [18]. Den sistnämnda av dessa faktorer – högt BMI – återfanns hos mer än hälften av de afrikanska kvinnor som skrevs in vid mödrahälsövården åren 2012 – 2013.

Både brister i vården och olika problem som kvinnorna själva bär med sig, tycks således ligga bakom skillnaderna mellan inomeuropeiskt och utomeuropeiskt födda kvinnor när det gäller kejsarsnitt. Utbildningssatsningar som syftar till att göra det lättare för vårdpersonal att bemöta kvinnor med annan etnisk och kulturell bakgrund än majoritetsbefolkningens, är en av de åtgärder som nämns i forskningslitteraturen på området och som antas kunna leda till en minskning av antalet förlossningskomplikationer, däribland kejsarsnitt. Bland övriga föreslagna åtgärder finns inrättande av särskilda mottagningar med specialistkompetens där man arbetar förebyggande och utgår från patientens individuella livssituation [11, 16].

Indikatoren ”kejsarsnitt bland förstföderskor” har även analyserats i relation till utbildningsbakgrund. Som nämndes ovan är låg utbildningsnivå en av de mest kända riskfaktorerna för kejsarsnitt. Resultatet av jämförelsen tyder också på detta (se diagram 6.3). Den totala andelen kejsarsnitt (Robson 1 och Robson 2) är högre bland kvinnor med endast grundskola (18 procent), i jämförelse med kvinnor i övriga utbildningsgrupper (15 procent respektive 13 procent).

DIAGRAM 6.1
FÖDELSEBAKGRUND

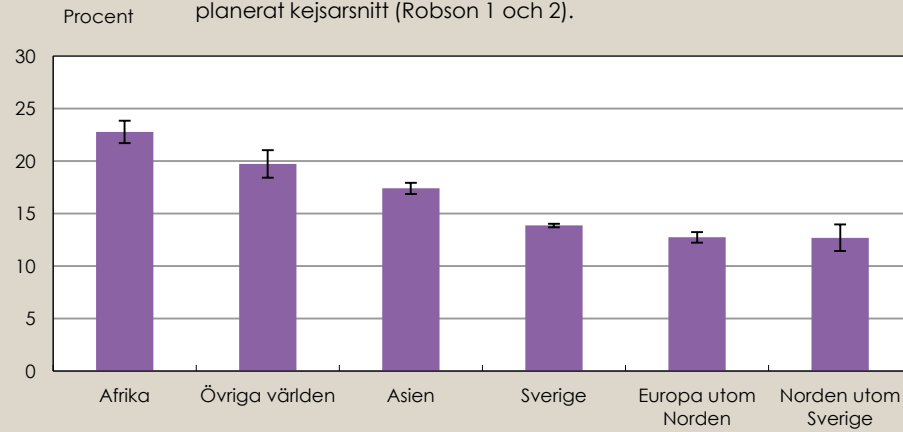
Andel kejsarsnitt vid fullgången graviditet (≥37 veckor) bland förstföderskor 2009-2013. Avser enkelbörd och huvudbjudning med spontan förlossningsstart (Robson 1).



Källa: Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen

DIAGRAM 6.2 FÖDELSEBAKGRUND

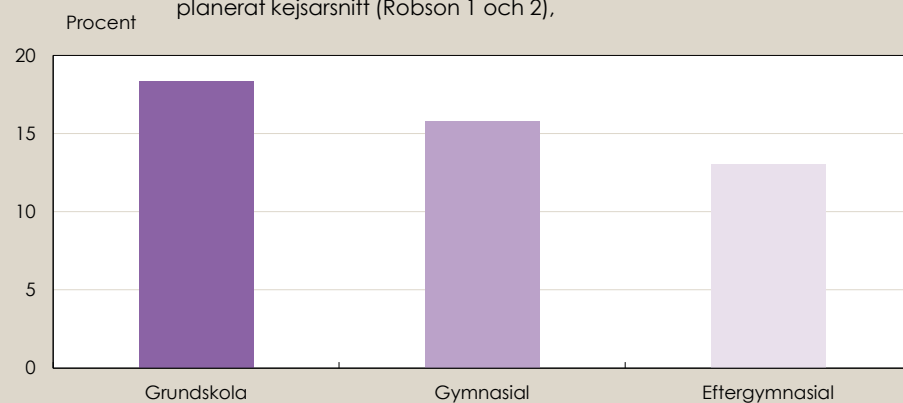
Andel kejsarsnitt vid fullgången graviditet (≥ 37 veckor) bland förstföderskor 2009-2013. Avser **både** enkelbörd och huvudbudning med spontan förlossningsstart samt igångsatt förlossningssätt och planerat kejsarsnitt (Robson 1 och 2).



Källa: Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen

DIAGRAM 6.3 UTBILDNING

Andel kejsarsnitt vid fullgången graviditet (≥ 37 veckor) bland förstföderskor 2009-2013. Avser **både** enkelbörd och huvudbudning med spontan förlossningsstart samt igångsatt förlossningssätt och planerat kejsarsnitt (Robson 1 och 2).



Källa: Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen

7. Bristningar vid förlossning bland förstföderskor

Ytterligare en indikator som redovisades i rapporten *Jämlig vård 2015 – kvinnors hälso- och sjukvård* var ”bristningar vid förlossning bland förstföderskor”. Analysen på landstingsnivå, visade att andelen perinealbristningar av grad III och IV uppgick till 6,2 procent i riket som helhet den studerade perioden och varierade mellan olika landsting och mellan sjukhus.¹

En särskild sambandsanalys kring bristningar har tidigare gjorts vid Socialstyrelsen för den aktuella tidsperioden 2009 – 2013. Även där konstaterades att det fanns skillnader i förekomst av grad III- och IV-bristningar bland förstföderskor mellan olika landsting och sjukhus. Skillnaderna kvarstod även då hänsyn tagits till fler faktorer, t.ex. kvinnans ålder, paritet, instrumentell förlossning samt barnets födelseår och födelsevikt [19].

I rapporten 2015 studerades indikatorn även i relation till mödrarnas födelsebakgrund, där andelen bristningar bland kvinnor födda inom respektive utanför Norden särskilt analyserades. Resultatet visade bland annat att risken för bristningar av grad III och IV i samband med förlossning var signifikant högre (23 procent) bland förstföderskor födda utanför Norden, i jämförelse med förstföderskor födda inom Norden.

I denna fördjupningsrapport analyseras även denna indikator vidare, genom ytterligare nedbrytning på födelsebakgrund. Liksom i analyserna av övervikt och fetma vid inskrivning till mödrahälsovård och kejsarsnitt bland förstföderskor, sker redovisning av kvinnornas födelseland grupperad på världsdelar, där vi skiljer mellan kvinnor födda i Sverige, Norden utom Sverige, Europa utom Norden, Asien, Afrika samt övriga världen.

Diagram 7.1 visar andelen bristningar av grad III och IV bland förstföderskor i relation till kvinnors födelsebakgrund fördelat på världsdel, perioden 2009 – 2013. Resultatet visar att andelen bristningar är högst bland kvinnor födda i afrikanska länder (10 procent), följt av kvinnor födda i Asien (7,8 procent). Bland kvinnor födda i Sverige uppgår andelen till drygt 5 procent.

Resultatet överensstämmer med andra studier som visat att utrikesfödda kvinnor i högre utsträckning än inrikesfödda drabbas av komplikationer i samband med förlossningar. I en rikstäckande svensk studie konstateras att kvinnor födda i Afrika söder om Sahara, Asien samt Latinamerika, löper en klart högre risk för bland annat bristningar, stora blödningar och kejsarsnittskomplikationer i jämförelse med kvinnor födda i Sverige [11]. Som nämndes i föregående avsnitt, där kejsarsnitt bland utrikesfödda kvinnor behandlades, antas orsakerna till skillnaderna bland annat bottna i bristande kommunikation mellan kvinnan och vården. Det handlar till viss del om språkproblem, som riskerar att leda till missförstånd mellan kvinnan och vården. Viss strukturell diskriminering antas också förekomma, där sjukvårdspersonalen – utan att vara medveten om det – inte är lika lyhörd mot patienter som har en

¹ Perinealbristningar indelas i fyra grader, där tredje och fjärde gradens bristningar räknas till de mest allvariga. Tredje gradens bristningar omfattar förutom ytliga vävnader i slidan, även hela eller delar av ändtarmens slutmuskel. Fjärde gradens bristningar omfattar även rektalslemhinnan.

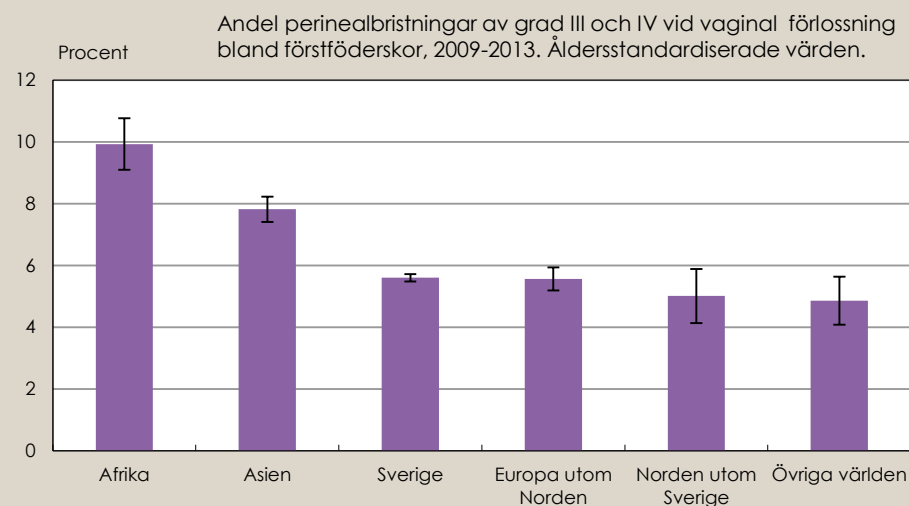
annan etnisk eller kulturell bakgrund än de själva [11, 12, 16,]. Könsstympade kvinnor, vilka ofta har sitt ursprung i länder kring Afrikas horn och Asien, tenderar också att ha en ökad risk för sfinkterrupturer [20].

En annan viktig förklaringsfaktor i sammanhanget kan vara det faktum att utrikesfödda gravida kvinnor från vissa delar av världen inte alltid har lika nära och kontinuerlig kontakt med mödrahälsovården som svenskfödda gravida kvinnor. Studier på området har visat att det är svårt att få vissa utrikesfödda kvinnor att delta fullt ut i den prenatala vården [21]. Att inte ha kontinuerlig kontakt med mödrahälsovården riskerar att göra både graviditet och förlossning mer komplicerade än nödvändigt.

Som nämndes i föregående avsnitt om kejsarsnitt, antas utbildningssatsningar som syftar till att göra det lättare för vårdpersonal att bemöta kvinnor med en annan etnisk och kulturell bakgrund än majoritetsbefolkningens, kunna bidra till att reducera antalet förlossningskomplikationer. Kunskapsfrämjande satsningar riktade till personal inom mödra- och förlossningsvård, kan sannolikt också öka tilliten för vården bland dessa kvinnor [11, 16].

Indikatorn har även studerats i relation till kvinnornas utbildningsbakgrund. Av diagram 7.2 framgår att andelen bristningar är något vanligare bland förstföderskor med eftergymnasial utbildning (6,6 procent) än bland kvinnor med högst grundskola eller gymnasial utbildning (5,4 procent). Det faktum att kvinnor med eftergymnasial utbildning i regel är äldre än andra när de föder sitt första barn och då ofta föder större barn, kan troligtvis ligga bakom en del av skillnaden.

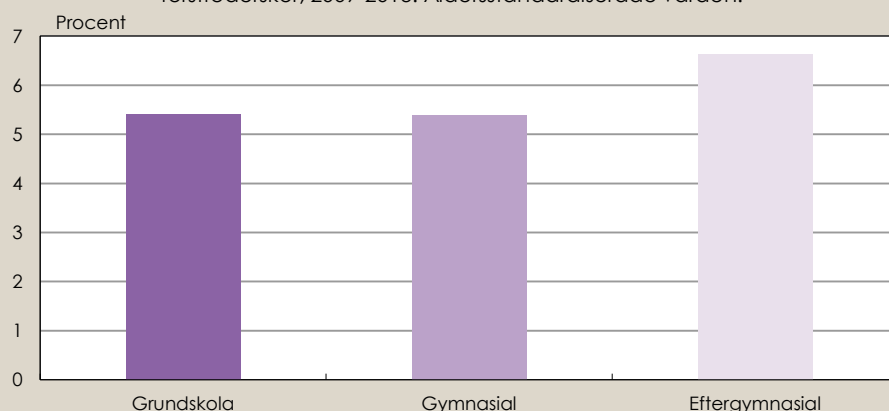
DIAGRAM 7.1
FÖDELSEBAKGRUND



Källa: Medicinska Födelseregistret, Socialstyrelsen

DIAGRAM 7.2
UTBILDNING

Andel perinealbristningar av grad III och IV vid vaginal förlossning bland förstföderskor, 2009-2013. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen

8. Bristningar vid förlossning i de nordiska länderna

Bristningar av grad III och IV vid vaginal förlossning har i denna fördjupningsrapport även studerats med utgångspunkt från internationella data.

I detta avsnitt presenteras en nordisk jämförelse rörande bristningar av grad III och IV vid vaginal förlossning, baserad på årsdata för perioden 2008 – 2012. Materialet omfattar samtliga mödrar och förlossningar, det vill säga inte enbart förstföderskor, till skillnad från redovisningen av föregående indikator. De nordiska jämförelserna rörande bristningar baseras på uppgifter som sammanställts vid Nordiska ministerrådet [22].

Nedan redovisas andelen perinealbristningar av grad III och IV vid vaginal förlossning i de nordiska länderna över tid. Redovisningen sker i tre separata diagram fördelat på förlossningssätt. Det första diagrammet (8.1) visar den totala andelen bristningar per land sammantaget, det vill säga bristningar som inträffat vid såväl instrumentella som icke-instrumentella förlossningar. Det andra diagrammet (8.2) visar bristningar vid instrumentell vaginal förlossning (sugklocka eller tång), medan det tredje diagrammet (8.3) avser bristningar vid icke-instrumentell vaginal förlossning.

Av diagram 8.1 framgår att Island länge haft den högsta andelen perinealbristningar av de nordiska länderna. Andelen bristningar i samband med förlossningar på Island har dock stadigt minskat de senaste åren och uppgick sammantaget till 3,8 procent år 2012. Motsvarande värde för Sverige var 3,3 procent, medan Danmark och Norges andelar uppgick till 2,9 respektive 2,1 procent. Den allra lägsta andelen perinealbristningar 2012 hade Finland (1,2 procent) vars nivåer länge legat lågt.

Då andelen perinealbristningar i de nordiska länderna studeras fördelade på förlossningssätt (diagram 8.2 – 8.3) märks tydligt att andelen bristningar

är klart högst vid instrumentella vaginala förlossningar, det vill säga förlossningar som avslutas med sugklocka eller tång.

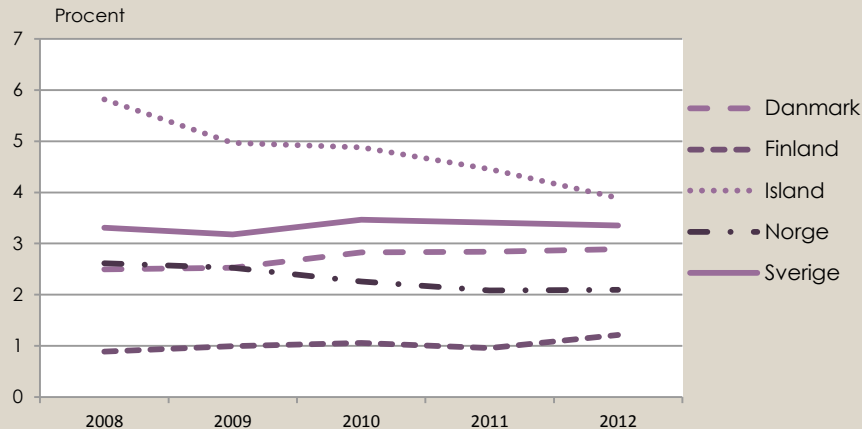
Den högsta andelen bristningar av grad III och IV vid instrumentella förlossningar 2012 hade Danmark, vars andel uppgick till 13,7 procent. Av diagram 8.2 framgår också att andelen bristningar vid instrumentella förlossningar i Danmark ökat sedan 2008. Islands och Sveriges andelar uppgick till drygt 12 procent vardera 2012, medan motsvarande andel i Norge var 5,7 procent. Även här hade Finland den lägsta andelen (4,0 procent).

När det gäller bristningar av grad III och IV vid icke-instrumentella vaginala förlossningar, är nivåerna betydligt lägre. År 2012 varierade de mellan 0,9 procent (Finland) och 2,9 procent (Island). Skillnader mellan länderna när det gäller rapportering och registrering av bristningar kan inte uteslutas, vilket kan påverka resultatet.

Socialstyrelsen har under flera år följt utvecklingen när det gäller bristningar av grad III och IV i samband med vaginala förlossningar i Sverige. Efter en svag uppgång i början av 2000-talet, har andelen bristningar legat på en relativt konstant nivå, vilket även gäller för den studerade perioden åren 2008-2012. Siffrorna efter år 2012 visar inte heller på några större förändringar i andelen bristningar, utan dessa ligger kvar på ungefär samma nivå som tidigare [23].

DIAGRAM 8.1
JÄMFÖRELSE

Andel perinealbristningar av grad III och IV vid vaginala förlossningar i de nordiska länderna



Källa: Nordiska ministerrådet

DIAGRAM 8.2
JÄMFÖRELSE

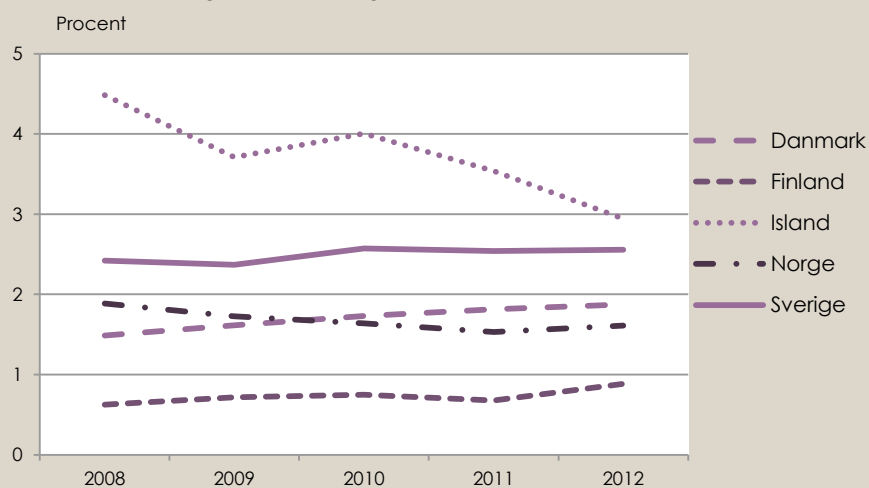
Andel perinealbristningar av grad III och IV vid instrumentella vaginala förlossningar i de nordiska länderna



Källa: Nordiska ministerrådet

DIAGRAM 8.3
JÄMFÖRELSE

Andel perinealbristningar av grad III och IV vid icke-instrumentella vaginala förlossningar i de nordiska länderna



Källa: Nordiska ministerrådet

9. Låg Apgar-poäng hos nyfödda i de nordiska länderna

I rapporten *Jämlik vård 2015 – Kvinnors hälso- och sjukvård*, redovisades också indikatorn låg Apgar-poäng bland nyfödda.² Resultaten visade att andelen barn med en Apgar-poäng lägre än 7 vid fem minuters ålder uppgick till knappt 1,3 procent i riket som helhet, perioden 2009 – 2013. Mellan landstingen varierade andelen från 0,7 till 2,1 procent.

Även denna indikator har i samband med fördjupningsarbetet studerats med utgångspunkt från internationella data. Nedan redovisas resultatet från en nordisk jämförelse av låg Apgar-poäng hos nyfödda, baserad på årsdata för perioden 2008 – 2012. I likhet med den jämförande analysen mellan de nordiska länderna rörande bristningar, baseras den nordiska jämförelsen rörande låg Apgar-poäng hos nyfödda på uppgifter som sammanställts av Nordiska ministerrådet [22].

Diagram 9.1 nedan visar andelen nyfödda barn med låg Apgar poäng (< 7 vid fem minuters ålder) i de nordiska länderna över tid. Av detta framgår att Island länge haft de högsta andelarna nyfödda med låg Apgar-poäng bland de nordiska länderna. År 2012 uppgick andelen nyfödda i landet med låg Apgar-poäng till 2,3 procent. Även i Finland var andelen nyfödda med låg Apgar-poäng strax över 2 procent.

I Sverige har andelen nyfödda barn med låg Apgar-poäng legat på en konstant nivå de senaste fem åren. År 2012 uppgick andelen till 1,3 procent. Motsvarande värde för Norge, vars andelar legat strax över Sveriges de senaste åren, var 1,5 procent.

De allra lägsta andelarna nyfödda med låg Apgar-poäng uppvisar Danmark (0,9 procent), vars nivåer legat under 1 procent hela den studerade perioden, trots en marginell ökning sedan 2009.

Skillnader mellan länderna när det gäller rapportering och registrering av nyfödda med låg Apgar-poäng kan inte uteslutas, vilket kan påverka resultatet.

² Apgar är ett poängsystem som används för att bedöma hälsotillståndet hos nyfödda. Barnet bedöms enligt fem kriterier: hjärtfrekvens, andning, hudfärg, muskeltonus och reflexer på en skala mellan noll och två. Den totala poängsumman kan variera mellan 0 och 10 poäng.

DIAGRAM 9.1
JÄMFÖRELSE

Andel födda barn per 100 levande födda med låg Apgar-poäng (< 7) vid fem minuters ålder i de nordiska länderna



Källa: Nordiska ministerrådet

Epiduralbedövning vid förlossning bland förstföderskor

Det finns flera olika metoder som används för att dämpa smärtan under en förlossning. Ryggbedövning, så kallad epiduralbedövning (EDA), har visat sig vara den mest använda metoden när det gäller att lindra förlossnings-smärta. Metoden innebär att kvinnan får bedövningsmedel insprutat i ett smalt hålrum, det så kallade epiduralrummet utanför ryggmärgen. Bedövningen ges av narkosläkare. Oftast används en slang (en så kallad epidural-kateter) som får ligga kvar, vilket gör att mer bedövningsmedel kan fyllas på om det behövs. Bedövningsmedlet blockerar de nerver som förmedlar smärta från livmodern och bäckenbotten. Bedövningen påverkar inte kvinnans medvetande, vilket gör att hon kan behålla kontrollen över förlossningen.

Socialstyrelsen har satt upp ett antal kriterier som stöd för att fastställa indikatorer och för att skilja dessa från andra typer av mått. Ett av dessa kriterier handlar om att indikatorn ska ha en tydlig riktning. Det innebär att man ska veta om det är bra eller dåligt att ha ett högt eller lågt värde. När det gäller smärtlindringsmetoder i samband med förlossning, existerar dock inga nationella riktlinjer som tydligt visar vilka smärtlindringsformer och medicinska preparat som bör användas. Det är upp till varje enskild förlossningsklinik att avgöra. Då epiduralbedövning är den smärtlindringsmetod som används mest i samband med vaginal förlossning bland förstföderskor, så har vi i denna rapport valt att redovisa uppgifter rörande detta på landstingsnivå. Detta för att stimulera till en diskussion om användandet av epiduralbedövning som smärtlindringsmetod vid förlossning. Samtidigt innebär avsaknaden av riktlinjer att måttet inte kan betraktas som en fullvärdig indikator. Eftersom någon önskvärd riktning inte existerar, har de data som redovisas i landstingsdiagrammet nedan inte heller sorterats efter värdets storlek. De redovisas istället sorterade efter landstingsnamn.

Måttet visar andelen förstföderskor som fått epiduralbedövning i samband med vaginal förlossning perioden 2009 – 2013. Av diagram 10.1 framgår att andelen förstföderskor som fått epiduralbedövning ökat något det senaste decenniet. Under femårsperioden 2009 – 2013 fick i genomsnitt 49,2 procent av förstföderskorna som födde barn genom vaginal förlossning epiduralbedövning. I landstingen varierade andelen från 33 procent till närmare 60 procent (diagram 10.2).

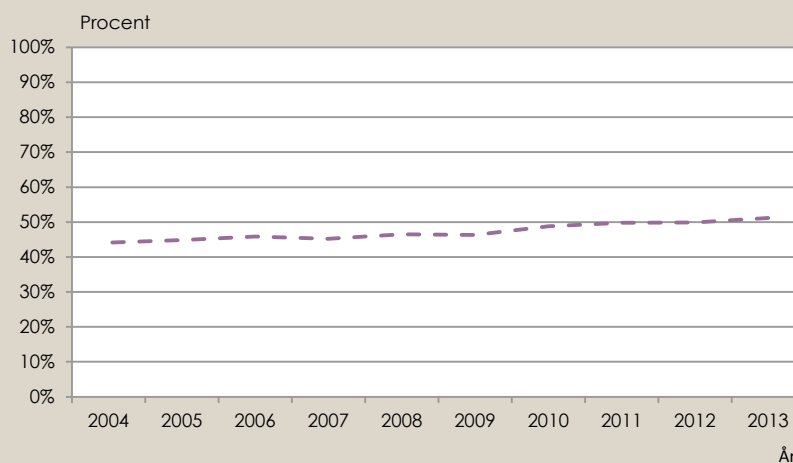
Skillnaderna mellan landstingen när det gäller användandet av epiduralbedövning kan ha flera orsaker. Fler komplicerade förlossningar samt förlossningar med stora barn ökar ofta behovet av smärtlindring. Även faktorer som arbetsbelastning och vårdrutiner kan ha betydelse för användandet av epiduralbedövning, liksom kvinnors efterfrågan på sådan smärtlindring. Det är inte heller uteslutet att variationerna mellan landstingen till viss del kan avspegla skillnader i vårdtraditioner, attityder och tillgången till narkosläkare [19].

I tidigare publicerad statistik från Medicinska födelseregistret rörande smärtlindring vid förlossning, har även konstaterats att kvinnor med högst grundskoleutbildning får epiduralbedövning i något lägre utsträckning än kvinnor med gymnasial och eftergymnasial utbildning. De vidare analyser som gjorts på området visar dock att skillnaderna inte kvarstår då hänsyn tas till andra faktorer som paritet (antal barn som kvinnan fött), födelseland och hemort [19, 23].

Sammantaget visar resultatet av jämförelsen att det råder relativt stora skillnader mellan landstingen när det gäller andelen förstföderskor som får epiduralbedövning i samband med vaginala förlossningar. Resultatet indikerar att landstingen har incitament för att se över sin praxis vad gäller användandet av smärtlindring i samband med förlossning.

DIAGRAM 10.1
RIKET

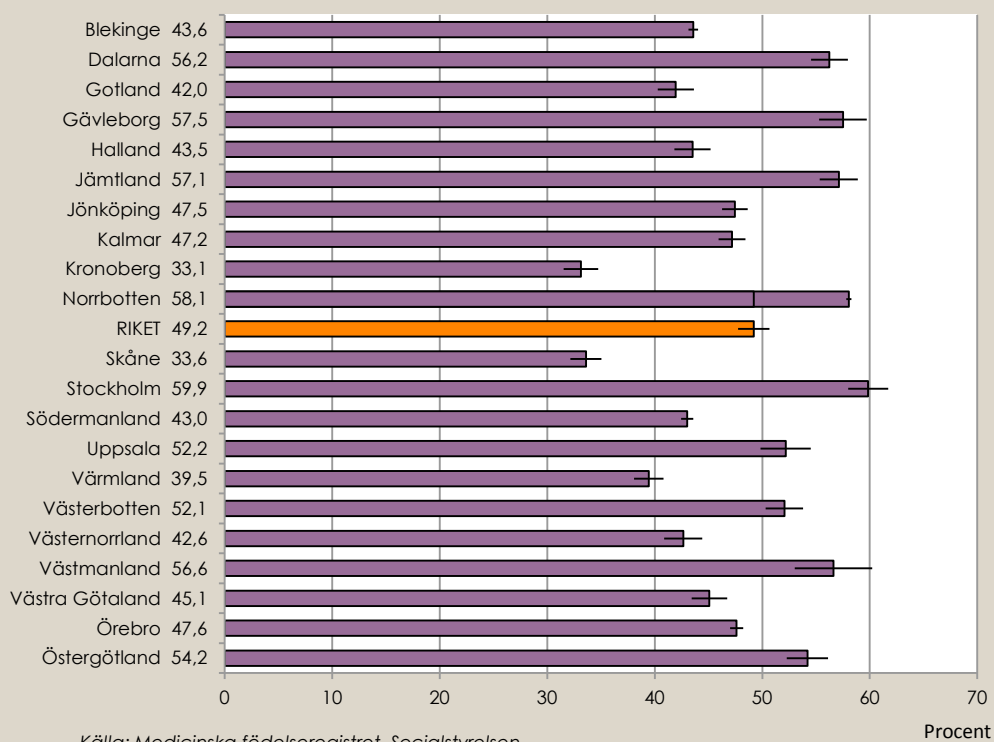
Andel förstföderskor som fått epiduralbedövning vid vaginal förlossning. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen

DIAGRAM 10.2
LANDSTING

Andel förstföderskor som fått epiduralbedövning vid vaginal förlossning 2009-2013. Åldersstandardiserade värden.



Referenser

1. Öppna jämförelser 2015. Jämlik vård. Kvinnors hälso- och sjukvård. Socialstyrelsen; 2015.
2. Handbok för utveckling av indikatorer. Socialstyrelsen; 2014.
3. Öppna jämförelser 2014. Folkhälsa. Socialstyrelsen i samarbete med Sveriges Kommuner och Landsting och Folkhälsomyndigheten; 2014.
4. Öppna jämförelser 2013. Jämlik vård. Socialstyrelsen; 2015.
5. Mogren I. Perceived health, sick leave, psychosocial situation, and sexual life in women with low-back pain and pelvic pain during pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 2006; 85(6): p. 647 – 56.
6. Schytt, E. & Hildingsson, I. Physical and emotional self-rated health among Swedish women and men during pregnancy and the first year of parenthood. *Sexual & reproductive health care: official journal of the Swedish Association of Midwives*, 2011; 2(2): p. 57 – 64.
7. Graviditetsregistrets årsrapport 2014. Webbrapport. www.barnmorskeforbundet.se
8. Graviditetsregistrets årsrapport 2013. Webbrapport. www.barnmorskeforbundet.se
9. Att vilja se, vilja veta och att våga fråga. Vägledning för att öka förutsättningarna att upptäcka våldsutsatthet. Socialstyrelsen; 2014
10. World Health Organization. Responding to intimate partner violence and sexual violence against women. WHO Clinical and policy guidelines; 2013.
11. Robertson, E., Malmström, M. & Johansson, S-E. Do foreign born women in Sweden have an increased risk of non-normal childbirth? *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2005; 84 (9): p.825 – 32.
12. Essén, B., Bodker, B., Sjöberg, N-O., Langhoff-Roos, J., Greisen, G., Gudmundsson, S. & Östergren, P-O. Are some perinatal deaths in immigrant groups linked to suboptimal perinatal care services? *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2002; 109(6): p. 677 – 82.
13. Ibison, J.M. Ethnicity and mode of delivery in 'low-risk' first-time mothers, East London, 1988-1997. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2005; 118(2): p 199 – 205.
14. Johnson, E.B., Reed, S.D., Hitti, J. & Batra, M. Increased risk of adverse pregnancy outcome among Somali immigrants in Washington state. *Am J Obstet Gynecol* 2005; 193(2): p 475 – 82.
15. Vangen, S., Stoltenberg, C., Skrandal, A., Magnus, P. & Stray-Pedersen, B. Cesarean section among immigrants in Norway. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2000; 79(7): p 553 – 8.
16. Johnsdotter, S. & Essén, B. Förhöjd förekomst av akuta kejsarsnitt bland kvinnor med ursprung i Somalia: Patientens eller vårdens ansvar? *Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund, Aarhus Universitet* 2007; 4 (7).

17. Vangen, S., Stoltenberg, C., Johansen, REB., Sundby, J. & Stray-Pedersen, B. Perinatal complications among ethnic Somali in Norway. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2002; 81: p. 317 – 22.
18. Kejsarsnitt i Sverige 1990 – 2001. Forskningsrapport. Epidemiologiskt Centrum (EpC), Socialstyrelsen; 2005.
19. Graviditeter, förlossningar och nyfödda barn. Medicinska födelseregistret 1973 – 2013. Assisterad befruktning 1991 – 2012. Sveriges officiella statistik. Statistik – Hälso- och sjukvård. Socialstyrelsen; 2014.
20. Berggren V., Gottvall K., Isman E., Bergström S. & Ekéus C. Infibulated women have an increased risk of anal sphincter tears at delivery: a population-based Swedish register study of 250 000 births. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2013 Jan; 92(1): p. 101-8. doi: 10.1111/aogs.12010. Epub 2012 Nov 1.
21. Ny, P. Swedish Maternal Health Care in a Multiethnic Society - Including the Fathers. Malmö University. Faculty of Health and Society. Doctoral Thesis; 2007:1
22. Nordiska ministerrådet. En rapport om patientsikkerhed. Nordiska ministerrådets arbetsgrupp om patientsäkerhet samt Styrelsen for Patientsikkerhed/Danish Patient Safety Authority; 2016.
23. Graviditeter, förlossningar och nyfödda barn. Medicinska födelseregistret 1973 – 2014. Assisterad befruktning 1991 – 2013. Sveriges officiella statistik. Statistik – Hälso- och sjukvård. Socialstyrelsen; 2015.