

NATIONELLT KVALITETSREGISTER FÖR MÖDRAHÄLSOVÅRD

Sammanställning av individdata för 2008



INNEHÅLLSFÖRTECKNING	Sid
Representativitet	3
SAMMANFATTNING	
Process- och Individdata	3
Struktur och personaltillgång	4
INLEDNING	
Bakgrund	5
Syfte	5
Metod och applicerbarhet	6
Begränsningar, felkällor och bortfall	6
PROCESS	
Basprogram och besök	7
Orsak till besök utöver basprogram	8
Sjukskrivning	9
Övervikt och fetma	10
Graviditetsdiabetes	13
Rökning under graviditet	18
Amning	18
Small for gestational age (SGA)	20
AUDIT	19
Sectio	24

BILAGOR

Bilaga 1 Antal inskrivna gravida och barnmorsketjänster vid mottagningen 2008

Bilaga 2 Deltagande enheter. Inskrivna gravida kvinnor, förlösta kvinnor med registrerade uppföljningsanteckningar samt besök för preventivmedelsrådgivning.

Bilaga 3a Sammanställning av individbaserade data kring MVC-besök och förlossning (singelgraviditet)

Bilaga 3b Tobaksbruk

Bilaga 3c AUDIT

Bilaga 3d AUDIT

Bilaga 3e Förlossningsdata, komplikationer

Bilaga 3f Förlossningsdata, komplikationer

Bilaga 4 Förlossningsdata (duplexgraviditet)

Bilaga 5 Fullständiga kolumnrubriker, bilaga 3 och 4

Diagram index

Diagram 1	Antal barnmorskebesök på mottagningen/graviditet av samtliga gravida förstföderskor och omföderskor (2004-2006)
Diagram 2a	Fördelning av antal besök utöver basprogram
Diagram 2b	Besök utöver basprogram beroende på psykosociala faktorer och medicinska skäl fördelat på ålder
Diagram 3a	Andel sjukskrivna före v32/landsting
Diagram 3b	Andel sjukskrivna efter v32/landsting
Diagram 4a	Andel (%) av BMI grupperna övervikt (ljusblå) och fetma (lila) per möl/samba-område.
Diagram 4b	Medelvärde av BMI vid inskrivning per möl/samba-område.
Diagram 4c	Medelvikten vid inskrivning per möl/samba-område
Diagram 5a	Andel kvinnor (%) vilka har genomgått glukosbelastning per landsting
Diagram 5b	Andel kvinnor (%) med GDM och andel glukosbelastade per landsting
Diagram 5c	Andel kvinnor (%) med GDM/möl/samba-område.
Diagram 5d	Andel kvinnor (%) som genomgått glukosbelastning/möl/samba-område
Diagram 6a	Andel kvinnor som screenats för riskbruk av alkohol med AUDIT/landsting
Diagram 7a	Andel gravida kvinnor som genomgått ultraljudsundersökning för Tillväxtkontroll/landsting
Diagram 7b	Andel upptäckta SGA-barn i förhållande till antal ultraljud som utförts pga misstanke om tillväxthämning
Diagram 7c	Andel av det totala antalet födda SGA-barn där U-ljud gjorts med misstanke om tillväxthämning
Diagram 7d	Andel av de som remitterats för ultraljud pga misstanke om tillväxthämning där ultraljud visat större viktavvikelse än -21 %
Diagram 8a	Sectio/landsting
Diagram 8b	Sectio/landsting för förstföderskor utan kända riskfaktorer
Figur 1	Flöde SGA Ultraljud

REPRESENTATIVITET

Detta är den elfte sammanställningen av årsrapporter och uppföljningsanteckningar från Mödrahälsovården (MHV) i Sverige. Sedan 1997 har mödrahälsovårdens struktur och process avseende vården av gravida kvinnor beskrivits. År 2002 gjordes ett uppehåll för att utveckla databaserad inrapportering.

Under 2008 förelåg en jämn spridning av deltagande enheter över landet från norr till söder. Såväl storstäder som mindre orter, privat och offentlig vård var representerade.

Av landets mottagningar lämnade 91 % in strukturrapporter och individdata. Antalet enheter som rapporterade år 2008 var 444, totala antalet inskrivna vid dessa enheter var 122 701. Totalt föddes 109 000 barn i Sverige år 2008. I Strukturdatarapporten för 2008 redovisas 443 inrapporterande enheter. Det lägre antalet beror på att flera mottagningar slagits ihop till en organisatorisk enhet vilka rapporterat strukturdata gemensamt.

2008 registrerades individuppgifter från 81 418 förlösta kvinnor, 80 070 singelgraviditeter och 1348 duplexgraviditeter, vilket utgjorde c:a 75 % av samtliga i Sverige förlösta kvinnor under året. I Bilaga 1 framkommer vilka områden som deltagit och hur många enheter som rapporterat från respektive område. I tabellen framgår också hur många av dessa enheter som rapporterat in individdata.

Observera att för år 2000- 2001 och 2003 - 2008 finns uppgifter om duplexgraviditeter för riket. Bilaga 4.

SAMMANFATTNING

Process och individdata

Enligt Socialstyrelsens rapport från 1996, ”Hälsovård före, under och efter graviditet”, rekommenderas 8 barnmorskebesök för förstföderska och 7 barnmorskebesök för omföderska under en normal graviditet. De flesta regionerna i Sverige har basprogram som innehåller fler antal barnmorskebesök än rekommenderat antal och cirka 65 % av enheterna arbetar även efter psykosocialt basprogram. Cirka 58 %, närmare 47000 av de gravida kvinnorna bedöms vid inskrivning kunna följa enhetens basprogram. Ca 9 procent av kvinnorna erfordrade extrabesök hos barnmorska beroende på psykosociala faktorer. Behov av medicinska extrabesök ökar med kvinnans ålder.

Det är känt att underrapportering från den gravida kvinnan förekommer avseende rökning. Det stora flertalet slutar att röka i samband med att de blir gravida. Av de som röker vid inskrivningen upphör 25% med rökning under graviditeten.

Andelen sjukskrivna har successivt minskat men det föreligger stora regionala skillnader i sjukskrivningsmönster.

Det råder idag ingen konsensus om screening för graviditetsdiabetes. Se Strukturrapport för 2008.

Liksom vid tidigare undersökningar föreligger en klar överrepresentation av barn som är ”Lätta för tiden” om modern röker under graviditeten. 3,1 % av de kvinnor som rökte födde barn som var ”Lätta för tiden”. Motsvarande siffra för de som inte rökte var 1,2 %. Det framgår också att de kvinnor som rökt 3 månader innan graviditeten, men slutat före inskrivning i mödrahälsovården föder barn som får diagnosen SGA i samma utsträckning som ickerökande kvinnor.

Ultraljudsundersökning efter avvikande symfys-fundusmått utfördes på c:a 10 % av alla gravida och av dessa fick 14 % diagnosen ”tillväxthämning”. Av de som vid ultraljudsundersökningen bedömdes som tillväxthämmade var vid förlossningen 33 % SGA-barn. Här föreligger stora skillnader inom riket. Det kan vara av intresse att relatera utfallet till i vilken omfattning tillväxtkontroller utförs i olika landstingsområden

I delar av region Skåne utfördes rutinmässigt ultraljud i tredje trimestern med syfte att upptäcka tillväxtavvikelser.

Av det totala antalet kejsarsnitt utfördes 13 % (n= 1582) med anledning av förlossningsrädsla. Fördelningen var 50 % förstföderskor och 50 % omföderskor. Andelen förstföderskor jämfört med omföderskor som genomgått kejsarsnitt med anledning av förlossningsrädsla har ökat, 2006 utgjorde andelen 25 %. Omhändertagandet under förlossning och uppföljningen efteråt behöver utvärderas för att i framtiden minska andelen kvinnor som önskar kejsarsnitt vid nästkommande graviditet.

Struktur och personaltillgång*

Organisation

70 % av mödrahälsovårdens mottagningar organiseras inom primärvården. Andelen mottagningar organiserade inom primärvård under en vårdcentral har minskat något de senaste åren.

Storleken på mottagningarna har varit oförändrad sedan registrets start. Majoriteten av mottagningarna hade färre än 200 inskrivna gravida/år.

Verksamhet på mottagningen

Majoriteten av mottagningarna, 63 %, i Sverige hade tillgång till psykolog. Endast Östergötland saknade helt tillgång till konsultpsykologer.

Andelen mottagningar som ingår i en familjecentral har ökat något. Störst andel fanns i Jämtland (61 %), Gävleborg (60 %) och Uppsala (56 %) län.

Ingen nationell eller internationell enighet om gränsdragning för diagnosen graviditetsdiabetes finns. Majoriteten av enheterna använde sig av plasmavärden runt 10.0 mmol/l för att ställa diagnos.

Under 2008 screenade 96 % av landets mottagningar för riskbruk av alkohol med AUDIT. Förutom Uppsala läns landsting använde sig alla landsting av AUDIT.

Andel mottagningar som rutinmässigt frågade om förekomst av våld är oförändrad sedan föregående år och utgjorde 2008 cirka 50 %.

Bemanning

Riksgenomsnittet för antalet nyinskrivna gravida per barnmorsketjänst har successivt ökat. Antalet inskrivna varierar stort och beror på många olika faktorer som storstad/glesbygd, hur mödrahälsovården är organiserad och omfattningen av mödrahälsovårdens övriga uppdrag.

* Nationella kvalitetsregistret för mödrahälsovård. Sammanställning av strukturrapport 2006

INLEDNING

Bakgrund

Den svenska mödrahälsovården (MHV), regleras av nationella och internationella styrdokument.

På Socialstyrelsens initiativ genomfördes 1996 en utredning¹, vars resultat och förslag fått fungera som styrdokument för den svenska mödrahälsovårdens organisation. Enligt denna utredning är målet för mödrahälsovården att skapa och upprätthålla kvinnans reproduktiva hälsa.

De olika verksamhetsgrenarna i den svenska mödrahälsovården är i dag:

- *Hälsovård under graviditet, både medicinskt och psykosocialt.*
- *Förlossningsförberedelse och stöd i föräldraskap genom utbildning och information*
- *Preventivmedelsrådgivning*
- *Förebyggande av oönskade graviditeter och STI (sexual transmitted infections)*
- *Gynekologisk cellprovtagning*

Hälsovård under graviditet – medicinskt, psykosocialt och stöd i föräldraskapet.

Hälsoövervakning under graviditet syftar till att identifiera maternella sjukdomar och tillstånd av betydelse för graviditet, förlossning och fosterutveckling samt störningar i fostrets utveckling eller tillväxt. Innehållet i denna verksamhet regleras av de kliniska riktlinjer som Socialstyrelsen publicerat.² Syftet med stöd i föräldraskap finns beskrivet av Socialstyrelsen och Folkhälsoinstitutet³

Preventivmedelsrådgivning⁵ och gynekologisk cellprovtagning⁶

Antal besök på enheterna och antal besök/heltidstjänstgörande barnmorska redovisas.

Mödrahälsovård i ett europeiskt perspektiv

WHO:s regionala Europakontor har publicerat ”*WHO regional strategy on sexual and reproduktiv health*”⁷, som skall vara ett stöd för de Europeiska nationerna vid utformandet av reproduktiv hälsa.

Sverige ligger långt framme med sitt mödrahälsovårdsprogram utifrån ovan nämnda dokument avseende åtgärder för den reproduktiva hälsan. Flera av de mål som satts upp i dokumentet är uppfyllda.

Syfte med det nationella mödrahälsovårdsregistret

- Att genom registret verka för likvärdig vård av den gravida kvinnan nationellt.
- Att skapa ett kvalitetsinstrument avseende såväl mottagningarnas process, resultat och struktur. Genom att registrera uppgifter får den enskilda mottagningen underlag för uppföljning och utvärdering av den egna verksamheten, dels över tid, dels i jämförelse med andra mottagningar. Kunskaperna från registret ger möjlighet att utveckla verksamhetsinnehållet.
- Att på nationell, regional och enhetsnivå belysa skillnader och likheter avseende rökvanor, sjukskrivning, förlossningssätt, tillväxthämning, följsamhet till nationella rekommendationer, olikheter och förändringar vad gäller antal besök, kontinuitet hos vårdgivare, patienttillfredsställelse, frågor kring organisation och resursåtgång inom mödrahälsovården.
- Att ge underlag för evidensbaserad vård och forskning inom mödrahälsovård

¹ SoS-rapport 1996:7 *Hälsovård före, under och efter graviditet*

² SoS ”*Kliniska riktlinjer för hälsovård under graviditet*” 1996 10 15

³ SOU 1997:161 ”*Stöd i föräldraskap*”

⁴ Statens folkhälsoinstitut R 2004:49, Bremberg, S red. ”*Nya verktyg för föräldrar*”

⁵ Information från Läkemedelsverket 7:2005, Antikonception Behandlingsrekommendation

⁶ SoS-rapport 1998:15 *Gynekologisk cellprovskontroll*

⁷ WHO regional office for Europe Copenhagen 2001 <http://www.who.dk/document/e74558.pdf>

Metod

Sedan år 2003 är registret Internetbaserat. Individdata rapporteras kontinuerligt under året från deltagande enheter. Data krypteras och överförs till skyddad databas.

Strukturdata inrapporteras via Internet i slutet av året av samordningsbarnmorska och/eller mödrahälsovårdsöverläkare. Dessa data granskas av styrgruppen. Avvikelser noteras, kontrolleras och följs upp.

Styrgruppen gör en sammanställning av det totala materialet, presenterar detta för de ingående enheterna och publicerar rapporten som PDF på www.barnmorskeforbundet.se och www.sfog.se

Applicerbarhet

De ingående enheterna kan kontinuerligt följa sin egen statistik och jämföra den med data på nationell nivå. På regional nivå används registret för uppföljning och utvärdering av verksamheten.

Begränsningar, felkällor och bortfall

Rapporteringen är frivillig och bygger på uppgifter från enskilda barnmorskemottagningar. Av rikets totalt 488 enheter har 443 lämnat strukturrapport och 444 rapporterat individdata. Individdata registreras enbart för den gravida kvinnan. Individdata för övrig verksamhet, preventivmedelsrådgivning och gynekologisk cellprovtagning återfinns ej i detta register.

(Bland individdata saknar 1298. SAMBA/Landstingstillhörighet)

I **Bilaga 3** framkommer vilka områden som deltagit och hur många enheter som rapporterat från respektive område. I tabellen framgår också hur många av dessa enheter som rapporterat in individdata.

Årets bortfall av individdata uppgick till 26,7 %. Bortfallet består dels av enheter som inte deltar i registret, dels av icke inmatade individdata från deltagande enheter. Vi bedömer dock att materialet sannolikt är representativt.

Vid jämförelser inom riket måste hänsyn tas till de olika förutsättningar som föreligger avseende geografi, organisation och avgränsning av verksamheten. Antalet inskrivna gravida/barnmorska varierar t.ex. stort beroende av dessa faktorer.

Handläggning av graviditetskomplikationer kan också variera. Ett sådant exempel är diagnostik av gestationsdiabetes. Olika gränsvärden används i olika delar av landet och påverkar således andelen individer som erhåller diagnos inom respektive område.

Redaktion/Arbetsgrupp för kvalitetssäkring i Mödrahälsovården

Ulla Björklund, Møl Stockholm SöS
Monica Idestrom, Barnmorska/utredare, Socialstyrelsen
Ingrid Mogren tf Møl, docent, NUS, Västerbotten
Carin Nilsson, Møl Västernorrland
Kerstin Petersson, SamBa Stockholm SöS

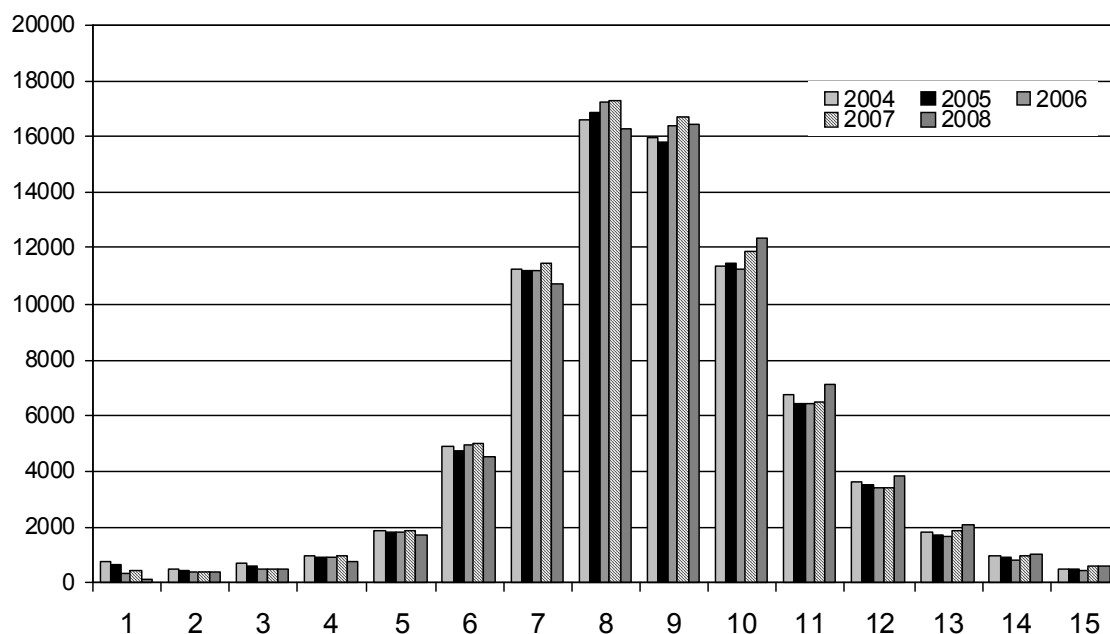
PROCESS

Basprogram och besök

I Socialstyrelsens rapport från 1996, ”Hälsovård före, under och efter graviditet”, rekommenderar det medicinska basprogrammet 8 barnmorskebesök för förstföderska och 7 barnmorskebesök för omföderska. Rekommendationen grundas på *medicinska* skäl, men flertalet enheter arbetar idag också utifrån ett psykosocialt basprogram, som innehåller besök motiverade av psykosociala faktorer. Inom ramen för förebyggande hälsovård diskuteras idag vikten av ett tidigt samtal (v.6-8) med fokus på de levnadsvanor som kan vara skadliga för det väntade barnet. Bl.a. rapporterar 96 % av enheterna att de använde AUDIT som screening instrument för alkoholkonsumtion.

En god kontinuitet i vården av den gravida ses i hela landet. Under 2008 träffade flertalet kvinnor, liksom tidigare år, högst två barnmorskor och en läkare under sin graviditet.

Diagram 1.
Antal barnmorskebesök på mottagningen/graviditet av samtliga gravida förstföderskor och omföderskor (2004-2008)



Antal barnmorskebesök under graviditeten/gravid kvinna

Orsaker till besök utöver basprogram

Femtioåtta procent, (ca 47 000), av de gravida kvinnorna bedömdes vid inskrivning kunna följa enhetens basprogram. Totalt gjorde 41 % av kvinnorna besök utöver basprogrammet. Psykosociala faktorer bidrog till 9 % och medicinska faktorer till 72 % av extrabesöken. Annan orsak är där varken medicinsk eller psykosocial orsak är angiven.

Diagram 2a. Fördelning av besök utöver basprogram

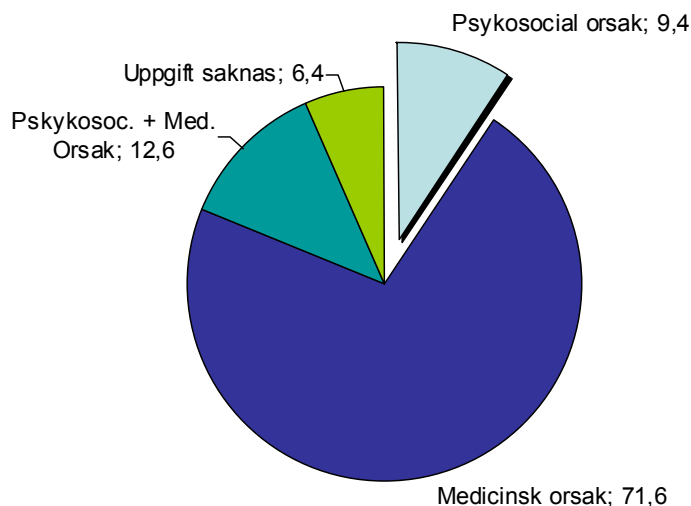
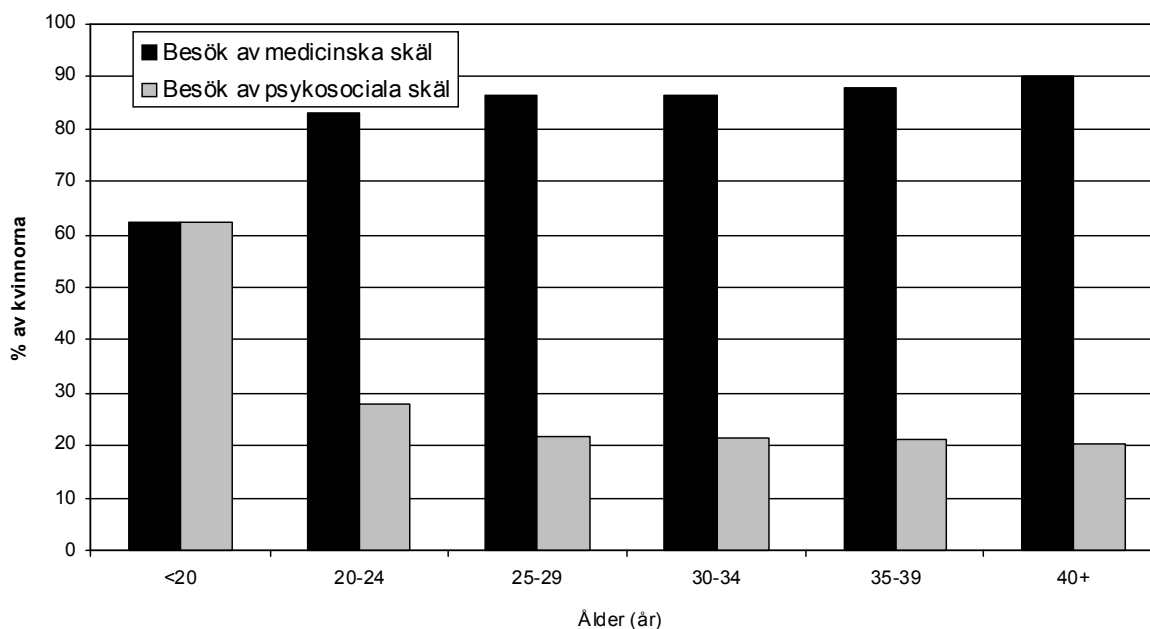


Diagram 2b. Besök utöver basprogram beroende på psykosociala faktorer och medicinska skäl fördelat på ålder.



Behov av medicinska extrabesök ökar med kvinnans ålder. Här bör påpekas att det enbart behövs en misstanke om avvikelse från den normala graviditeten för att barnmorskan skall boka in en extra kontroll. Om denna kontroll visar normala parametrar har kvinnan "gått ur" basprogrammet även om graviditeten visat sig vara normal vid det extrabesök som gjorts.

Åldersmässigt fördelade de sig psykosociala faktorer och medicinska orsaker enligt diagram 2b.

Sjukskrivning

Registrering av sjukskrivning har sedan 2006 varit uppdelat i två perioder, sjukskriven före respektive efter graviditetsvecka 32, detta för att bättre kunna jämföra sjukskrivningspraxis i landet. Sjukskrivning de sista två månaderna under graviditet påverkas i hög grad av de olika försäkringskassornas bedömning av havandeskapspenning, men även av skillnader i praxis kring uttag av föräldrapenning innan barnets födelse.

Det förelåg stora skillnader i andelen sjukskrivna både före och efter vecka 32. Den totala andelen kvinnor sjukskrivna före vecka 32 var 18,0 %, (bortfall 7,9 %). Motsvarande siffra efter vecka 32 var 20,1 %, (bortfall 7,8 %). Sjukskrivningstalen efter vecka 32 var generellt höga i Stockholmsregionen (26,7-42,4 %). Östergötland hade lägsta andelen sjukskrivna både före och efter vecka 32 (11,4 – 11,9 % respektive 9,5-11,2 %)

En successiv minskning av andelen sjukskrivna har noterats under åren. Från 2006 har andelen sjukskrivna minskat från 21,3% till 18,0 % för perioden till och med vecka 32. För perioden efter graviditetsvecka 32 har det skett en minskning från 23,7 till 18,1%.

Diagram 3a. Andel sjukskrivna t.o.m. v32/landsting

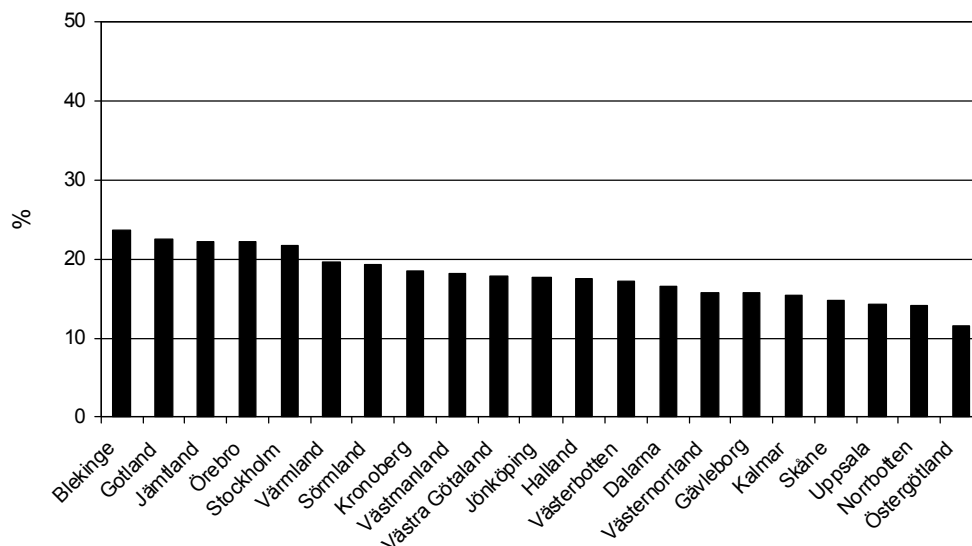
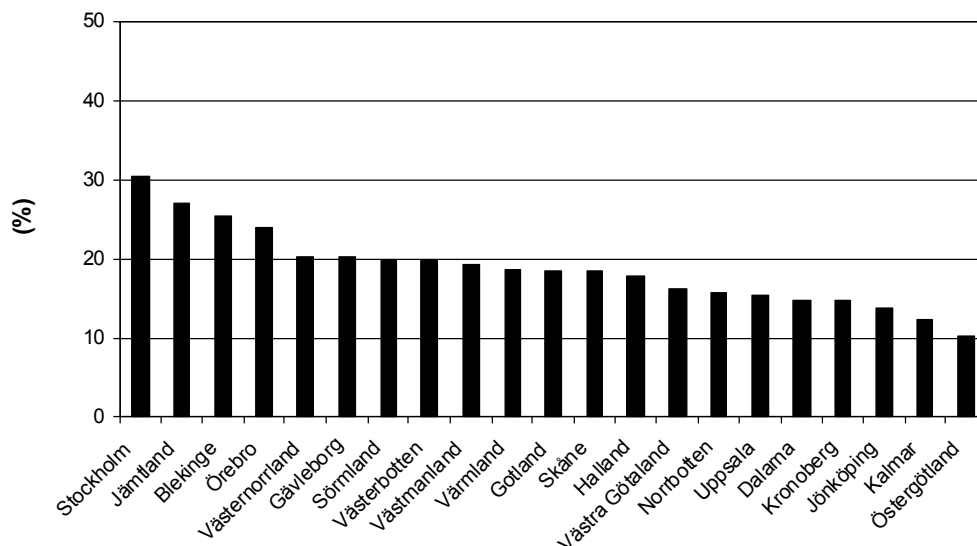


Diagram 3b. Andel sjukskrivna efter v32/landsting



Övervikt och fetma

WHO definierar övervikt som body mass index (BMI) 25-29 och BMI \geq 30 innebär fetma. I västvärlden och inte minst i USA noteras en ökande prevalens av individer med övervikt och fetma vilket innebär ökande medicinska problem och en försämrad folkhälsa (1).

Maternell övervikt och fetma är associerat med ett försämrat maternellt och fetalt graviditetsutfall och graviditetskomplikationer såsom maternell hypertension, preeklampsi, graviditetsdiabetes, tromboemboliska komplikationer, ökad förekomst av kejsarsnitt och instrumentell förlossning, stora barn (large for gestational age; LGA), kongenitala missbildningar och intrauterin fosterdöd med flera tillstånd (2-4).

En ökad viktökning under graviditet är associerat till negativt graviditetsutfall och kvinnans egen ursprungliga viktclass i relation till viktökningen är också av betydelse (5). Kvinnor med excessiv viktökning har en ökad risk för preeklampsi och LGA (5). Dock har viktrestriktion hos feta kvinnor ej visats påverka förlossning eller neonatalt utfall (6).

Maternell övervikt/fetma och dess graviditets- och förlossningskomplikationer har betydelse för avkommans hälsa i unga år och senare i livet. ”Barker-hypotesen” eller ”fosterprogrammeringshypotesen” avseende den intrauterina miljöns betydelse för hälsa senare i livet har konfirmerats i många studier sedan 1980-talet (7-9). LGA-barn till kvinnor med GDM har en ökad risk för metabolt syndrom redan under barndomen (10).

Referenser

1. Reece EA. Perspectives on obesity, pregnancy and birth outcomes in the United States: the scope of the problem. *Am J Obstet Gynecol*. 2008 Jan; 198(1):23-7.
2. Cedergren MI. Maternal morbid obesity and the risk of adverse pregnancy outcome. *Obstet Gynecol*. 2004 Feb;103(2):219-24.
3. Cnattingius S, Bergstrom R, Lipworth L, Kramer MS. Prepregnancy weight and the risk of adverse pregnancy outcomes. *N Engl J Med*. 1998 Jan 15; 228 (3): 147-52.
4. Andreasen KR, Andersen ML, Schantz AL. Obesity and pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2004 Nov;83(11):1022-9.
5. Cedergren M. Effects of gestational weight gain and body mass index on obstetric outcome in Sweden. *Int J Gynaecol Obstet*. 2006 Jun;93(3):269-74.
6. Claesson IM, Sydsjo G, Brynhildsen J, Cedergren M, Jeppsson A, Nystrom F, et al. Weight gain restriction for obese pregnant women: a case-control intervention study. *BJOG*. 2008 Jan;115(1):44-50.
7. Barker DJ. Intrauterine programming of adult disease. *Mol Med Today*. 1995 Dec;1(9):418-23.
8. Godfrey KM, Barker DJ. Fetal programming and adult health. *Public Health Nutr*. 2001 Apr; 4(2B):611-24.
9. McMillen IC, MacLaughlin SM, Muhlhausler BS, Gentili S, Duffield JL, Morrison JL. Developmental origins of adult health and disease: the role of periconceptional and foetal nutrition. *Basic Clin Pharmacol Toxicol*. 2008 Feb;102(2):82-9.
10. BoneyCM, Verma A, Tucker R, Vohr BR. Metabolic syndrome in childhood: association with birth weight, maternal obesity, and gestational diabetes mellitus. *Pediatrics*. 2005 Mar; 115 (3): e290-6.

2008 års data avseende övervikt och fetma

Kvinnornas medelvikt vid inskrivningen var 68,3 kg med en lägsta och högsta vikt av 33 samt 184 kg. Kvinnornas längd i medeltal var 166,3 cm med en lägsta och högsta längd av 140 cm respektive 191 cm i materialet.

Medelvärdet av BMI vid inskrivningen var 24,7 (n=76831 kvinnor) för totalkohorten. Proportionen kvinnor med BMI \leq 25, 25-29 eller \geq 30 beräknades till 62,7 %, 25,1 % respektive 12,2 %.

Diagram 4a nedan visar andel (%) av BMI grupperna övervikt och fetma per landsting

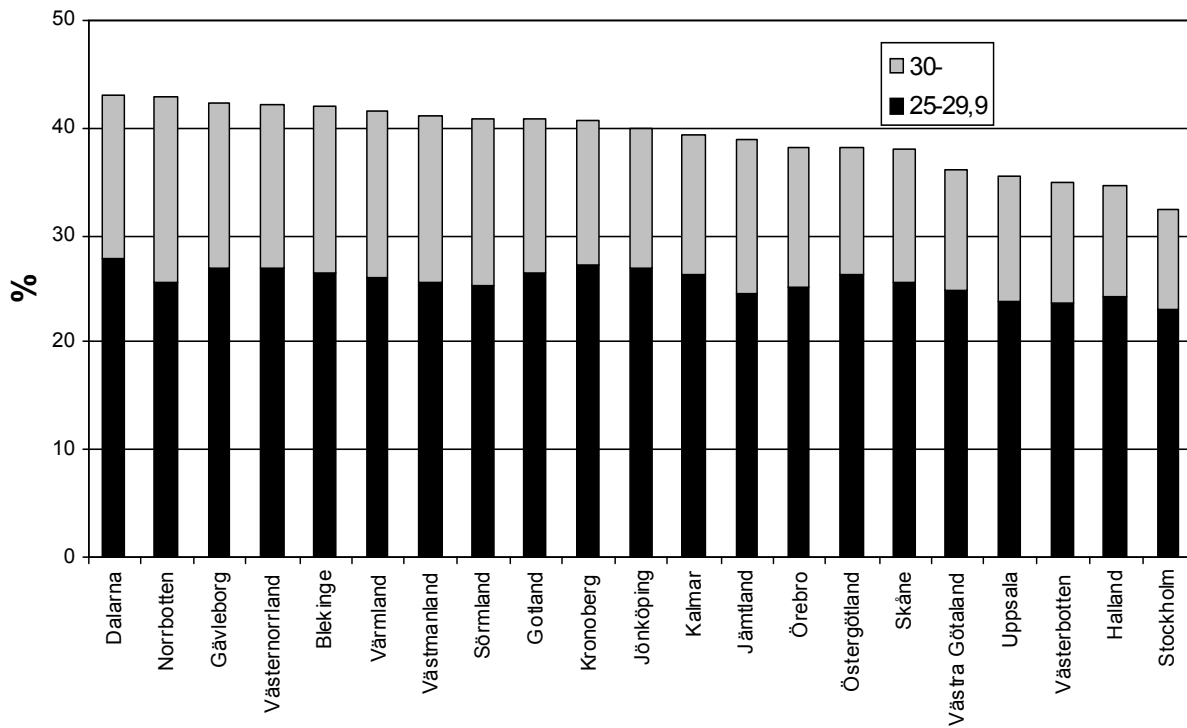
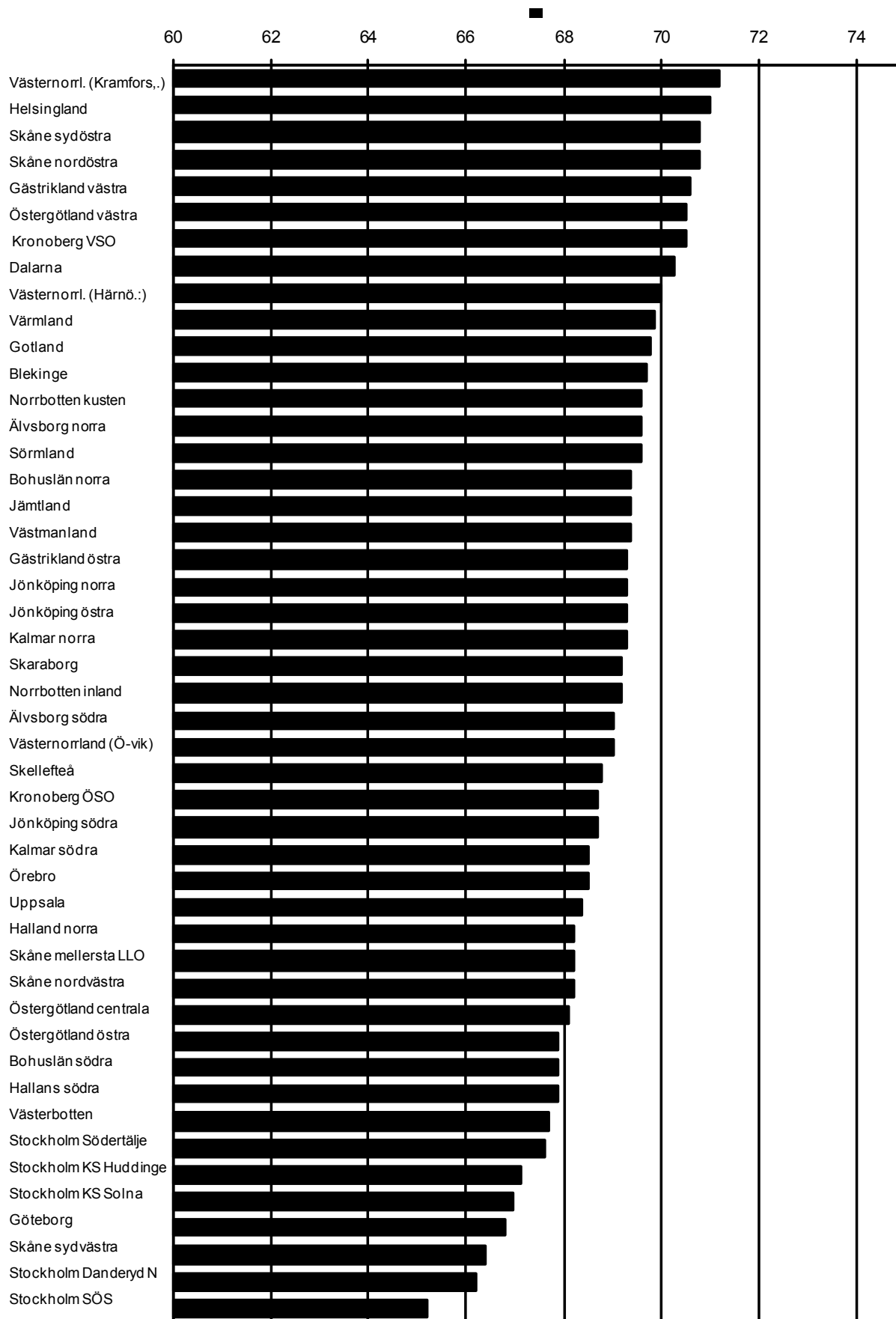


Diagram 4c Medelvikten vid inskrivning per möl/samba-område presenteras i grafen nedan. Medelinskrivningsvikten var lägst i Stockholm SÖS (65,2 kg) och högst i Västernorrland (71,2 kg).



Medelvärde av BMI är relativt lika fördelat avseende möl/samba-områden. Däremot skiljer sig fördelningen av normal respektive övervikt/fetma mellan olika möl/samba-områden.

Då vikt och BMI är relaterat till risk för maternella och fetala graviditets- och förlossningskomplikationer är det av vikt att övervaka denna utveckling i Sverige. Förebyggande åtgärder för att uppnå/bibehålla normal vikt/BMI (livsstilsförändringar; kostintag; fysisk aktivitet) före graviditet i syfte att förbättra folkhälsan och förebygga problem under en kommande graviditet bör understödjas.

Graviditetsdiabetes

Graviditetsdiabetes (GDM) definieras som glukosintolerans av varierande grad som debuterar eller diagnosticeras under graviditet. Denna definition tillämpas oavsett om insulinbehandling eller enbart kostbehandling erfordras och oavsett om tillståndet går i remission eller kvarstår efter graviditeten (1).

Riskfaktorer för GDM är bland annat övervikt/fetma, diabetes mellitus hos nära släktingar, högre maternell ålder, multiparitet, tidigare barn med födelsevikt ≥ 4500 gram och visst etniskt ursprung (2). I litteraturen anges att överviktiga kvinnor (BMI 25-29) löper en fördubblad risk och att kvinnor med fetma (BMI ≥ 30) löper minst sex gånger ökad risk att utveckla GDM (3).

I Sverige utvecklar cirka 1,7 % av gravida kvinnor GDM (4).

GDM utgör en substantiell riskmarkör för att senare i livet utveckla manifest diabetes mellitus typ 2 (DM2). Skandinaviska studier har visat en insjuknandefrekvens i DM2 på 35-40 % inom 5-15 år efter graviditeten (5, 6). Riskfaktorer för att utveckla DM2 inom 10 år är graviditet komplicerad med GDM ökad vikt före graviditet, insulinbehandlad GDM, neonatal hypoglykemi och efterföljande graviditet med GDM (7).

I Sverige råder ingen konsensus avseende screening, diagnostik och handläggning av GDM. En studie i Läkartidningen nr 45, 2007 (8) kunde med uppgifter från bland annat Nationella Kvalitetsregistret (2004) påvisa att enhetliga gränsvärden för fastställande av diagnosen GDM saknas i Sverige, att signifikant fler kvinnor diagnosticeras med GDM när glukosbelastning erbjuds samtliga gravida och att prevalensen GDM varierar stort i Sverige (0-4, 3 %) i olika mödrahälsovårdsområden. Därutöver påvisades skillnader i handläggning av gravida diagnosticerade med GDM (8).

Samtliga mödrahälsovårdsområden följer rekommendationen från European Association for the Study of Diabetes avseende peroral glukosbelastning vilket innebär att den gravida kvinnan intar 75 g glukos efter föregående fasta och att ett 2-timmars plasmaglukosvärde fastställs. Fastevärdet av plasmaglukos fastställs i regel före peroral glukosbelastning.

Screening av GDM i Sverige sker idag huvudsakligen på följande tre sätt:

- 1) Peroral glukosbelastning genomförs utifrån huvudsakligen anamnestiska riskfaktorer och diagnosen GDM fastställs vid plasmaglukos $\geq 10,0$ mmol/liter.
- 2) Peroral glukosbelastning genomförs utifrån huvudsakligen anamnestiska riskfaktorer och diagnosen GDM fastställs vid plasmaglukos $\geq 12,2$ mmol/liter.
- 3) Peroral glukosbelastning erbjuds samtliga gravida och diagnosen GDM fastställs vid plasmaglukos ≥ 10 mmol/liter.

Indikation för glukosbelastning under aktuell graviditet föreligger även vid förhöjt slumpblodsocker, polyhydramnios samt accelererande fostertillväxt.

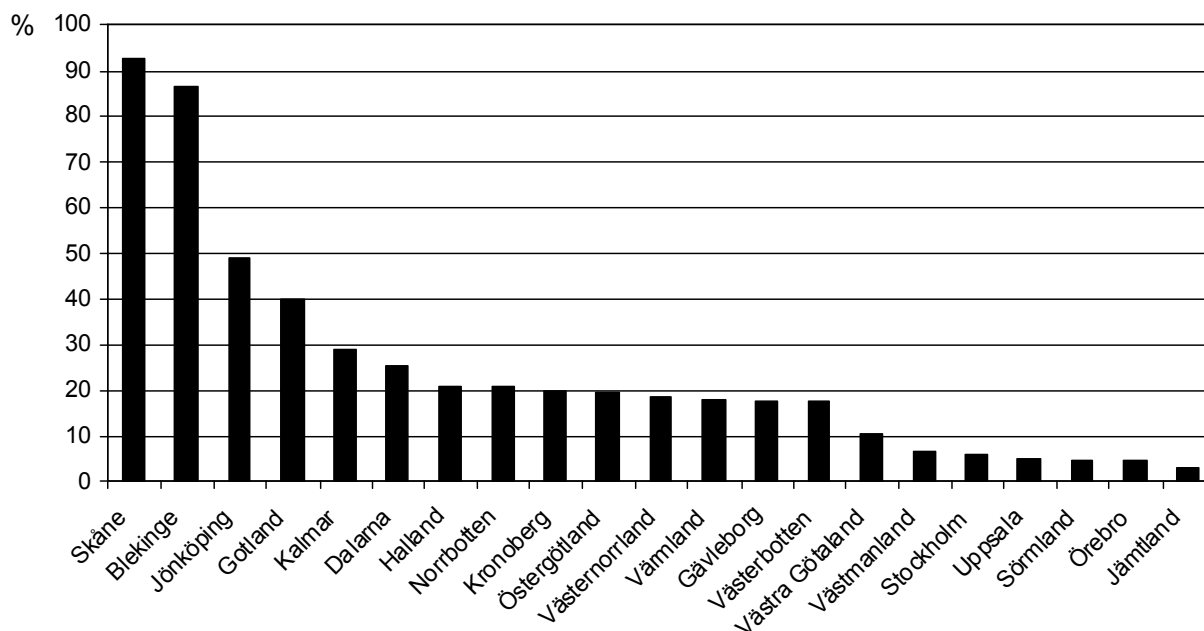
Översiktsartiklar avseende nyttan av screening av GDM konkluderar idag att det saknas tillräcklig evidens för att fastställa säkra positiva effekter av screening för GDM avseende graviditetsutfallet för mor och barn. Det finns dock vissa belägg för att behandling av graviditetsdiabetes minskar risken för neonatal hypoglykemi (9). En studie där WHO-rekommendationens 2-timmars blodsockervärde ($<7,8$ mmol/l) använts för diagnostik av GDM, påvisar att generell screening av gravida kan förbättra utfallet för mor och barn (10).

Referenser

1. Brody SC, Harris R, Lorh K. Screening for gestational diabetes: a summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Obstet Gynecol.* 2003 Feb;101(2):380-92.
2. Ben-Harousch A, Yogev Y, Hod M. Epidemiology of gestational diabetes mellitus and its association with Type 2 diabetes. *Diabet Med.* 2004 Feb;21(2):103-13.
3. Cnattingius S, Lambe M. Trends in smoking and overweight during pregnancy: prevalence, risks of pregnancy complications, and adverse pregnancy outcomes. *Semin Perinatol.* 2002 Aug;26(4):286-95.
4. Ostlund I, Hanson U. Occurrence of gestational diabetes mellitus and the value of different screening indicators for the oral glucose tolerance test. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2003 Feb;82(2):103-8.
5. Linne Y, Barkeling B, Rossner S. Natural course of gestational diabetes mellitus: long term follow up of women in the SPAWN study. *BJOG* 2002 Nov;109(11):1227-31.
6. Lauenborg J, Hansen T, Jensen DM, Vestergaard H, Molsted-Pedersen L, Hornnes P et al. Increasing incidence of diabetes after gestational diabetes: a long-term follow-up in a Danish population. *Diabetes Care.* 2004 May;27(5):1149-9.
7. Russell C, Dodds L, Armson BA, Kephart G, Joseph KS. Diabetes mellitus following gestational diabetes: role of subsequent pregnancy. *BJOG.* 2008 Jan;115(2):253-9; discussion 60.
8. Persson M, Winkvist A, Mogren I. Sverige saknar enhetliga riktlinjer rörande graviditetsdiabetes. Screening, diagnostik och handläggning varierar stort i mödrhälsovården. *Läkartidningen.* 2007;104:3365-9.
9. Tuffnell DJ, West J, Walkinshaw SA. Treatments for gestational diabetes and impaired glucose tolerance in pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev.* 2003(3):CD003395.
10. Cosson E, Benchimol M, Carbillon L, Pharisien I, Paries J, Valensi P, et al. Universal rather than selective screening for gestational diabetes mellitus may improve fetal outcomes. *Diabetes Metab.* 2006 Apr;32(2):140-6.

2008 års siffror avseende graviditetsdiabetes

Diagram 5a Andel kvinnor (%) vilka har genomgått glukosbelastning per landsting.



Av samtliga kvinnor genomgick 19 488 (24,3 %) glukosbelastning under graviditeten. 1014 kvinnor fick diagnosen graviditetsdiabetes. Värdet för plasmaglukos (p-glukos; 2-timmarsvärde) vid graviditetsdiabetes inrapporterades för 947 kvinnor, d.v.s. motsvarande 93,4 % av kvinnorna med diagnosen graviditetsdiabetes. Medelvärdet för p-glukos (2-timmarsvärde) var 10,8 mmol/liter med ett minimivärde av 4,4 mmol/liter och ett maximalt värde av 23,0 mmol/liter.

Graviditetsdiabetes diagnosticerades i 1014 fall vilket motsvarar 1,3 % av de gravida. Uppgift saknades i 0,3 % av fallen (n=276). Högst prevalens av GDM noteras i Skåne sydvästra (3,7 %) och lägst i Skellefteå (0,2 %).

Bilaga 4 c, tabell: Prevalensen diagnosticerade kvinnor med GDM.

Diagram 5b Andel kvinnor (%) med GDM och andel glukosbelastade per landsting.

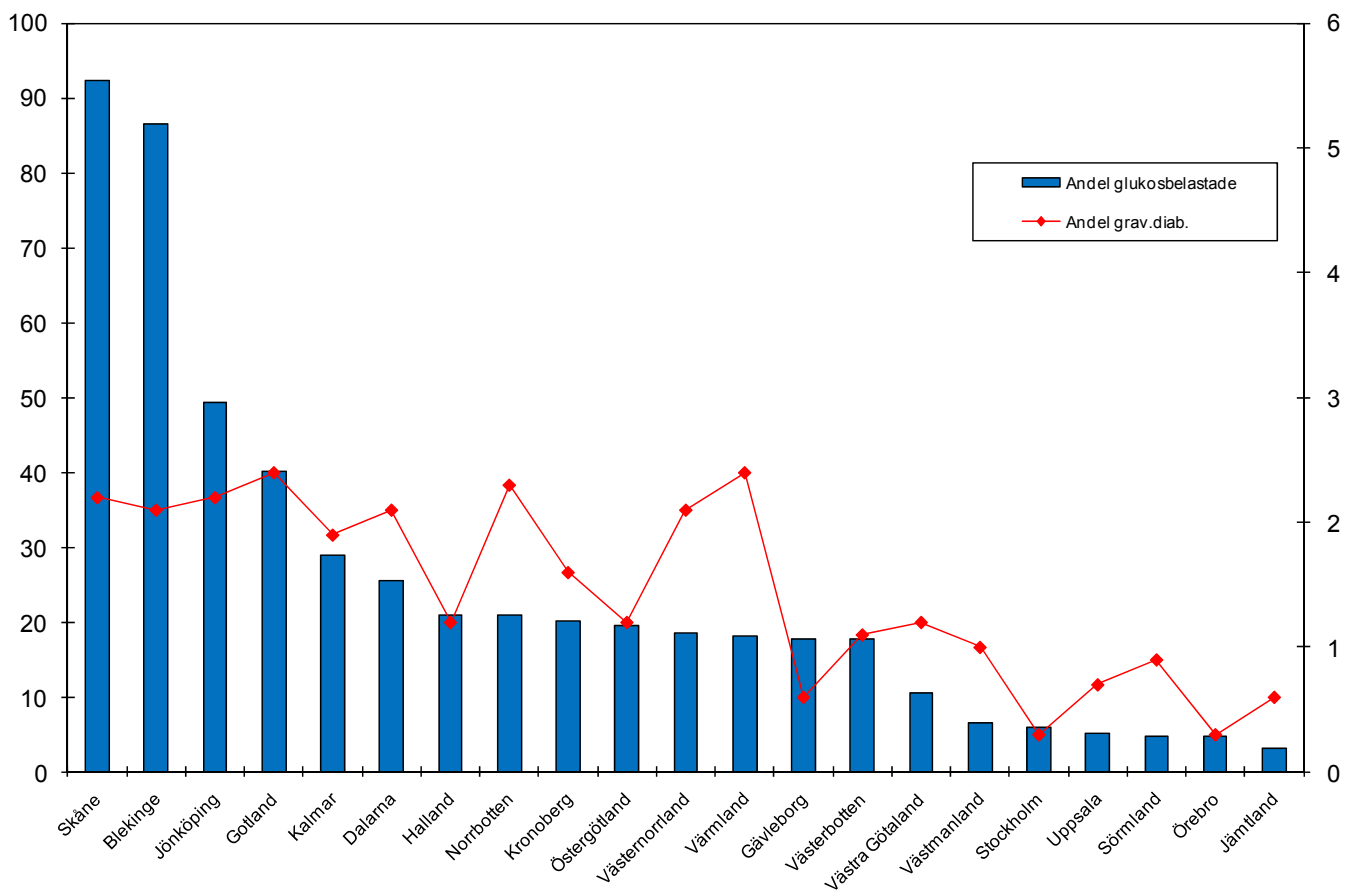


Diagram 5c Andel kvinnor (%) med GDM/möl/samba-område.

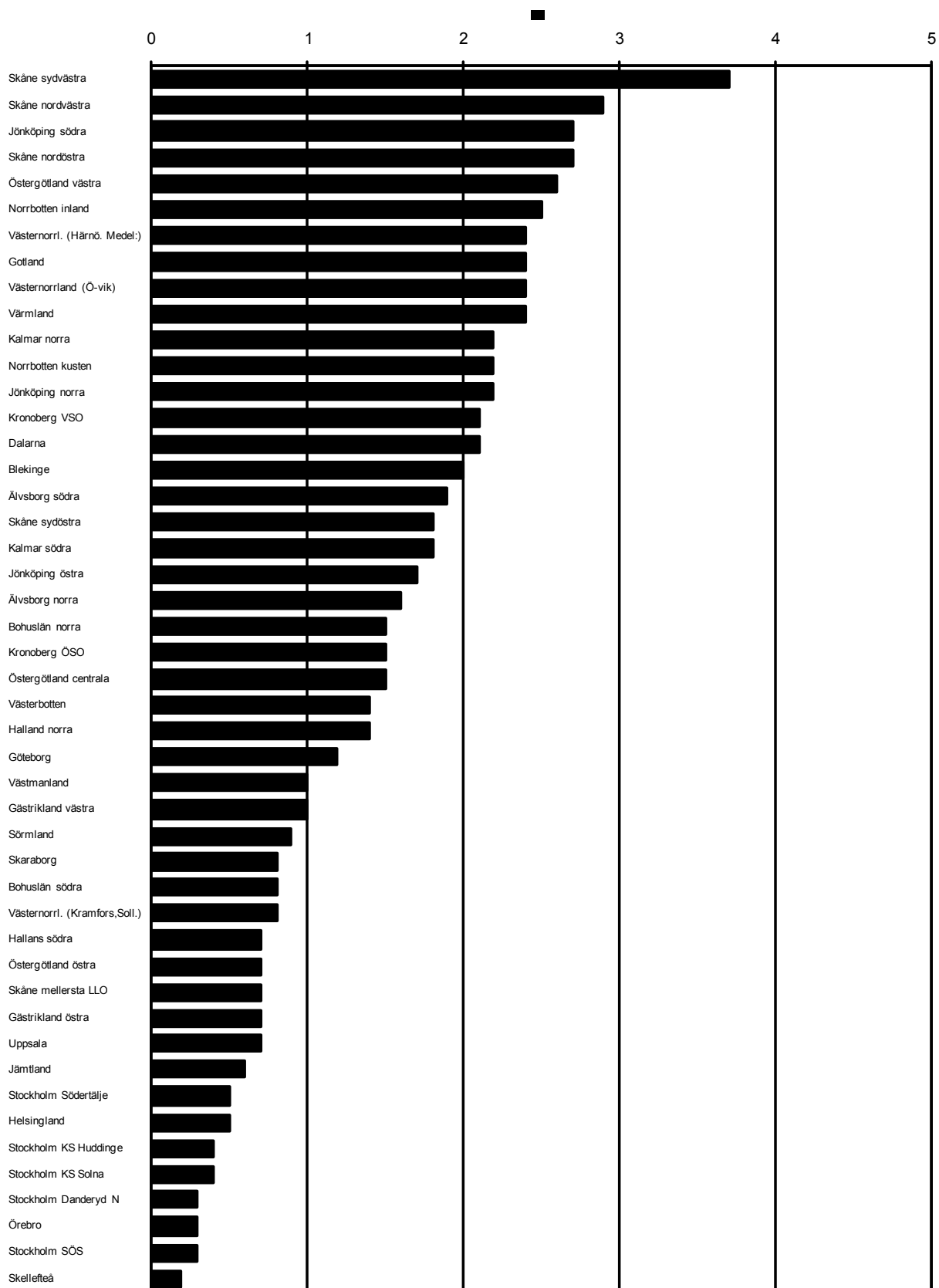
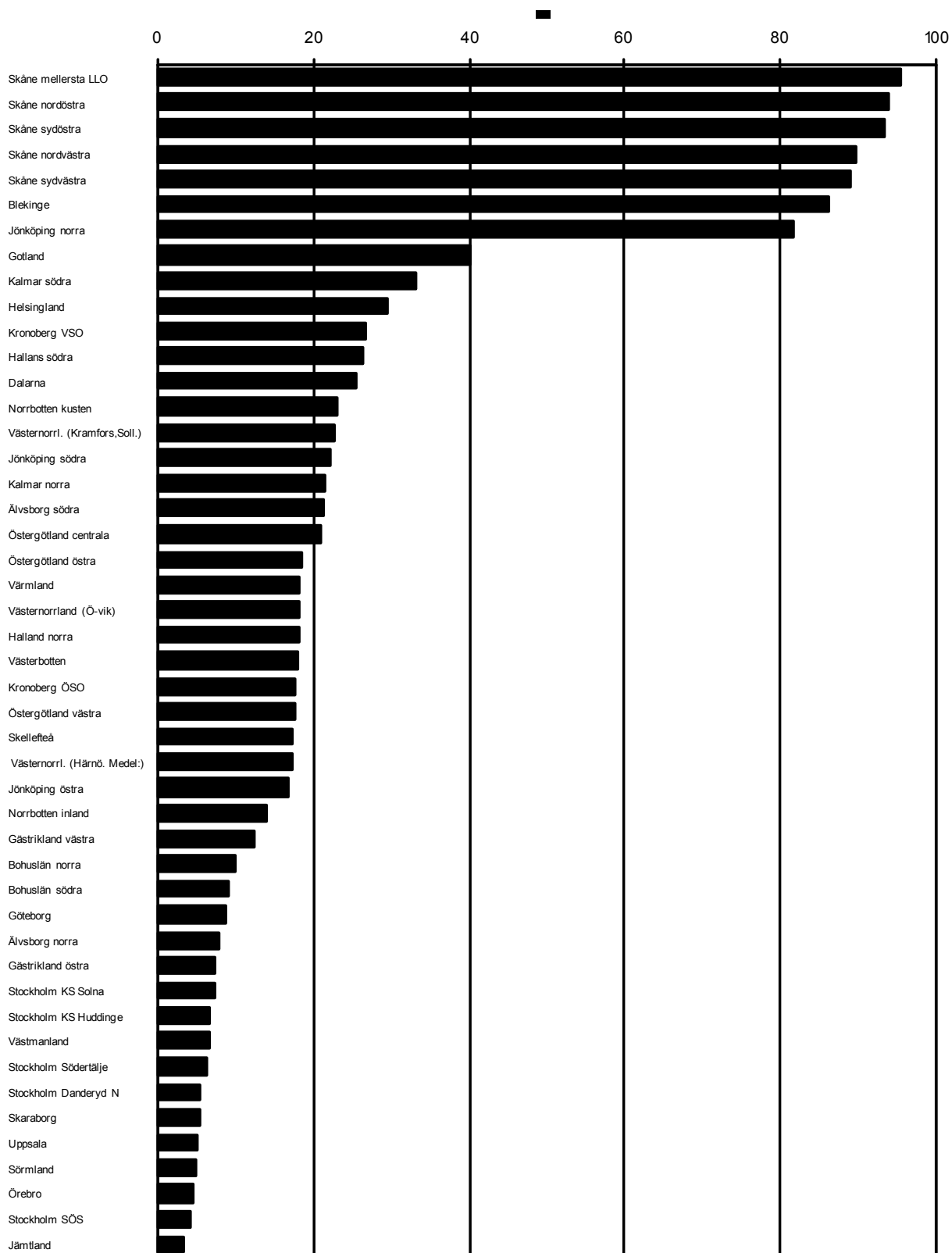


Diagram 5d Andel kvinnor (%) som genomgått glukosbelastning/möl/samba-område.



Sammanfattningsvis föreligger för närvarande ingen konsensus avseende screening, diagnostik och handläggning av graviditetsdiabetes i Sverige. Signifikant fler kvinnor diagnosticeras med GDM när glukosbelastning erbjuds samtliga gravida. Sannolikt råder för närvarande en underdiagnostik av graviditetsdiabetes i Sverige. Säker evidens för att behandling av graviditetsdiabetes förbättrar graviditetsutfallet saknas idag men enstaka studier indikerar positiva effekter för kvinna och foster vid monitorering och behandling. Graviditetsdiabetes är dock starkt associerat till utveckling av DM2 hos kvinnan senare i livet och vid diagnostik av GDM finns således möjligheter att insätta förebyggande åtgärder. Livsstilsförändringar riktade mot fetma, dålig kosthållning och fysisk aktivitet kan försena eller förhindra debut av DM2 hos kvinnor som haft GDM. Av denna orsak är effektiv screening för GDM motiverad utifrån möjligheten till förbättrad folkhälsa.

Rökning under graviditet

Rökningen bland kvinnor i fertil ålder minskar kontinuerligt medan snusförsäljningen ökar.

Under perioden 2003 till 2008 minskade andelen kvinnor som rökte tre månader före graviditeten från 19 % till 15 %. Cirka hälften av alla dessa slutar att röka i samband med att de planerar graviditet eller positiv graviditetstest. Mödrahälsovårdens uppgift är att arbeta för ytterligare rökstopp under graviditet. Områden lyckas i varierande grad, men i genomsnitt lyckas ytterligare 2 % av rökarna att sluta röka under graviditeten. Ett motiverande förhållningssätt har visat sig vara ett framgångsrikt stöd.

Referenser

1. Folkhälsorapport 2009. Socialstyrelsen.

Amning

Cirka 80 % av alla kvinnor kommer till mottagningen på ett eftervårdsbesök. I den gruppen är andelen som ammar helt 76 % och andelen som delvis ammar 12 %, fyra veckor efter förlossningen. Kvinnor som röker ammar i mindre utsträckning. I ett internationellt perspektiv är amningsfrekvensen i Sverige hög. Sedan 2004 har Sverige anpassat sig till WHO:s definition av amning. Det innebär att barn som får smakportioner inte räknas som enbart ammade. Förändringen av definition av helamning kan påverka våra data.

Referenser:

1. Amning och föräldrars rökvanor – barn födda 2007 Artikelnummer: 2009-11-15. Socialstyrelsen 2009.
2. Wallby T, Hjern A. Breastfeeding in ethnic and socio-economic context. *Acta Paediatrica*. 2008;97:1542-5

AUDIT

Numera rekommenderas att det första besöket under graviditeten bör ske så tidigt som möjligt och inom en vecka från det att kvinnan har tagit kontakt med MHV. Vid detta besök ska hälsofaktorer som rökning, alkohol, andra droger, läkemedel, samt eventuellt annan exponering som kvinnan bör undvika tas upp. Besöket ska bygga på dialog om vad som är riskfyllt för fostret i tidig graviditet.

Folkhälsoinstitutet driver ett riskbruksprojekt inom primärvården i Sverige där man rekommenderar AUDIT som ett lämpligt instrument för screening och en möjlighet att upptäcka riskbruk av alkohol. Under graviditet ska kvinnan uppge sitt alkoholbruk innan hon blev gravid. De tio frågorna i testet har tagits fram av WHO. AUDIT rekommenderas av Statens Folkhälsoinstitut. Om kvinnan ombeds fylla i AUDIT bör det alltid användas som utgångspunkt för ett samtal om hur hon ser på sin tidigare och eventuellt pågående alkoholbruk.

Alla landsting utom Uppsala använde under 2008 AUDIT. Av de landsting som använde AUDIT screenades 66,9 % av alla gravida och 7,5 % av kvinnorna hade ≥ 6 poäng.

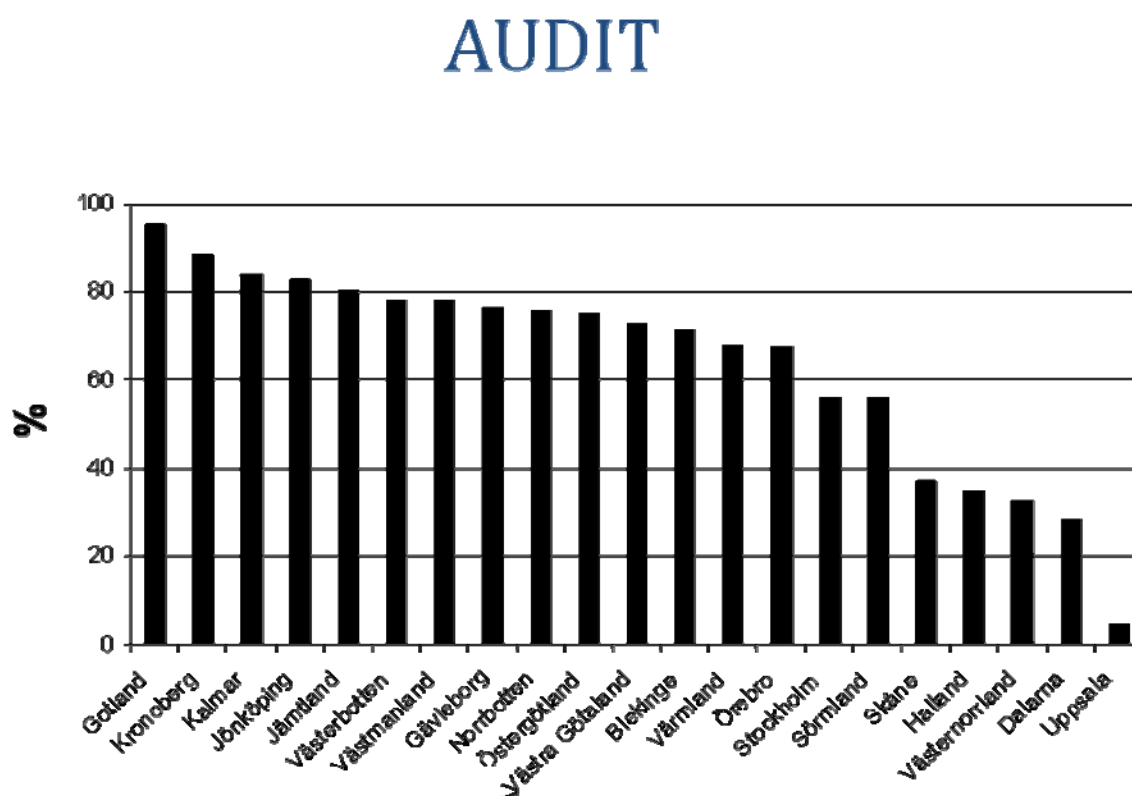
Av de som screenats med AUDIT hade i Dalarna, Jämtland, Gotland, Värmland och Västmanland ca 10 % av kvinnorna ≥ 6 poäng. Andelen kvinnor som screenades med AUDIT varierade i dessa landsting mellan 28 % i Dalarna, till 95 % på Gotland.

Om kvinnan tillfrågats i ett enskilt samtal eller i grupp kan ha betydelse. Att använda AUDIT som utgångspunkt i ett samtal med motiverande förhållningssätt är ett sätt att skapa en självreflektion hos kvinnan som kan leda till förändring.

Referenser:

1. Folkhälsoinstitutet Riskbruksprojektet www.fhi.se
2. Babor T. Higgins-Biddle J. Saunders J & Monteiro M. AUDIT, The Alcohol Use Disorders Identification Test. World Health Organization 2001.

Diagram 6. Andel kvinnor som screenats för riskbruk av alkohol med AUDIT/landsting.



Small for gestational age (SGA)

Som barn lätta för tiden räknas de vars födelsevikt ligger mer än 2 SD under den förväntade medelvikten för graviditetslängden räknat i dagar. I barnmorskans rutiner ingår att remittera för ultraljudsbaserad viktskattning om SF-mått eller annan uppskattning av livmoderns storlek leder till misstanke om tillväxtavvikelse hos barnet.

Det är känt att det är svårt att under graviditeten hitta barn med tillväxthämning. Olika studier visar på en upptäckandegrad av ca 50 %. Enstaka viktskattningar ger inte ett säkert underlag för diagnos då de inte beskriver förändring över tid. Även om "Lätt för tiden" och "Tillväxthämning" inte är synonyma begrepp, talar siffrorna för att ultraljud ibland felbedömer fostervikten. En annan orsak till att tillväxthämning inte spårats via ultraljud kan tänkas vara att tillväxthämningen etablerats senare än vid den aktuella undersökningen, som kanske gjordes flera månader före förlossningen.

Registret kan endast ge svar på om en kvinna genomgått tillväxtkontroll pga uppkommen misstanke om minskad tillväxt, däremot inte hur många ultraljudsundersökningar som utförts, om ultraljudsundersökning utförts på annan indikation eller hur långt innan förlossningen undersökningen gjordes. Den uppgivna andelen SGA –barn är enligt registret 1,4 % vilket är lägre än vad som rapporterats från MFR. För 2006 rapporteras 2,3 % SGA barn i MFR. Skillnaden kan till viss del bero på att dödfödda barns vikt troligen inte registrerats i kvalitetsregistret men det finns också anledning att misstänka annat registreringsbortfall.

Sammanställningarna som visas i diagram 8a till 8d visar på stora skillnader mellan länen, men analysen baseras endast på riksdatabas. I kommande registeranalyser bör vi göra liknande analyser på länsnivå.

Ultraljudsundersökning efter avvikande symfys-fundusmått (SF-mått) eller annan misstanke om minskad tillväxt gjordes i medeltal på ca 10 % (7798/80070) av alla gravida. Se diagram 8a.

Andelen upptäckta SGA-barn i förhållande till antal kvinnor där ultraljud utförts på misstanke om tillväxthämning var ca 14 % (1123/7798). Se diagram 8b.

31 % (352/1123) av de barn som föddes med SGA hade remitterats för ulj på misstanke om tillväxthämning men 20 % (219/1123) avfördes från misstanke efter ultraljud. 46 % (515/1123) av de barn som föddes med SGA hade inte remitterats för ultraljud (pga uppkommen misstanke om tillväxthämning). Vi saknar dock data vad gäller eventuella ultraljudsundersökningar som gjorts pga riskfaktorer som exempelvis tidigare tillväxthämmat barn, övervikt, preeklampsi och interkurrenta sjukdomar. Slutsatsen blir därför att det troligen förekommit en del ultraljudsundersökningar i denna grupp. Se diagram 8c

Av dem som remitterades för ultraljudsundersökning p.g.a. avvikande SF-mått eller andra tecken på förlångsam tillväxt visade också ultraljudsundersökningen misstanke om tillväxthämning hos 14 % (1053/7798) Se diagram 8d.

Före förlossningen misstänktes 1,3 % av fostren (1053/80070) vara tillväxthämmade, varav 0,4 % (352/80070) också visade sig vara lätta för tiden. Totalt fick vid förlossningen 1,3 % av alla barn diagnosen "Lätt för tiden". Majoriteten av dessa små barn hade således inte upptäckts före förlossningen utifrån barnmorskans misstanke. Se flödesschema figur 1.

Vid förlossningen var 33 % (352/1053) av de barn som vid ultraljudsundersökning (pga misstanke om tillväxthämning) bedömts ha en större negativ viktdeviation än 21 % också "Lätta för tiden" (SGA). Dessa barn hade således identifierats via SF-mått och påföljande ultraljud.

20 % (219/1123) av de barn som vid födseln befanns vara lätta för tiden, hade kontrollerats med ultraljud utan att man då kunnat konstatera någon misstanke om tillväxthämning. Se flödesschema figur 1

Diagram 7a Andel gravida kvinnor som genomgått ultraljudsundersökning för tillväxtkontroll / landsting

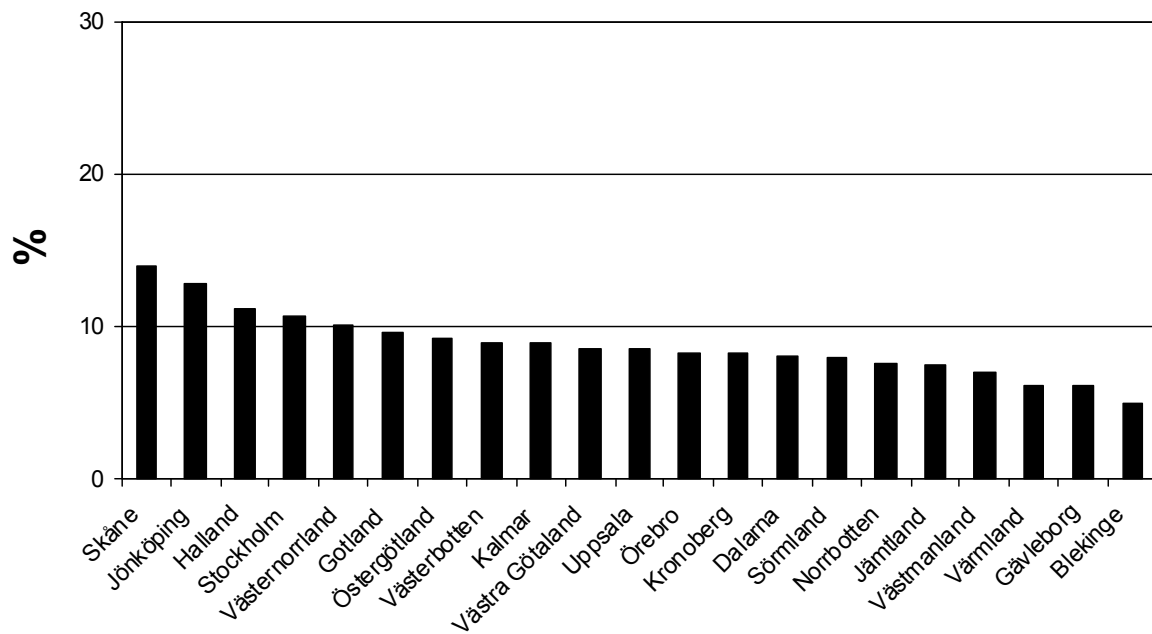


Diagram 7b Andel upptäckta SGA-barn i förhållande till antal kvinnor där ultraljud utförts p.g.a. misstanke om tillväxthämning

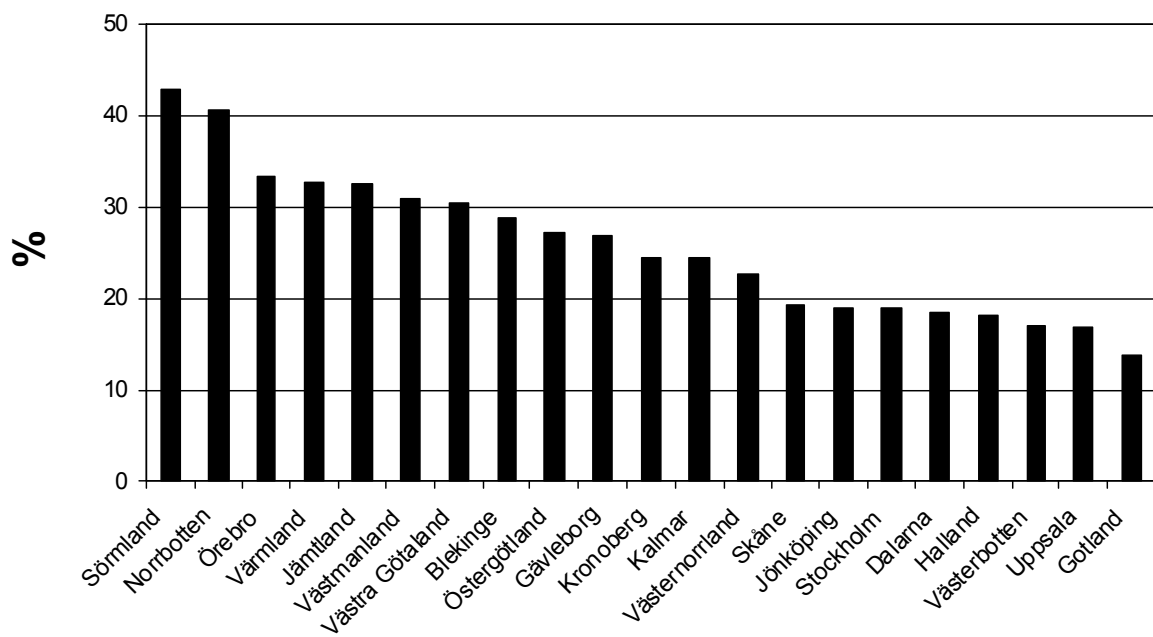


Diagram 7c Andel av det totala antalet födda SGA-barn där U-ljud gjorts med misstanke om tillväxthämning

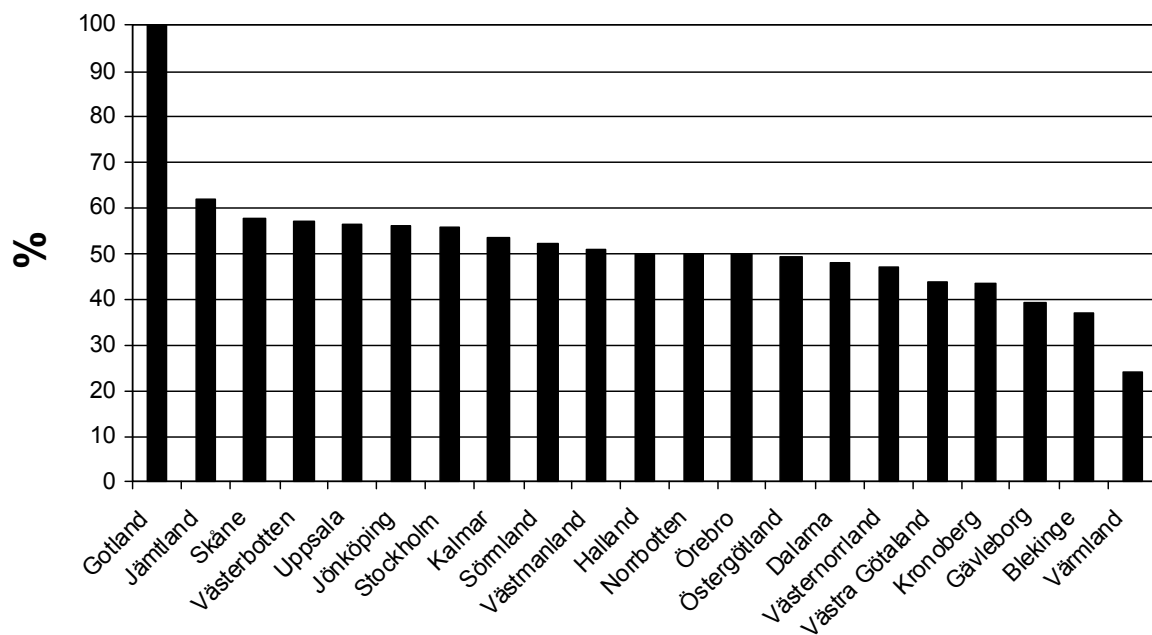
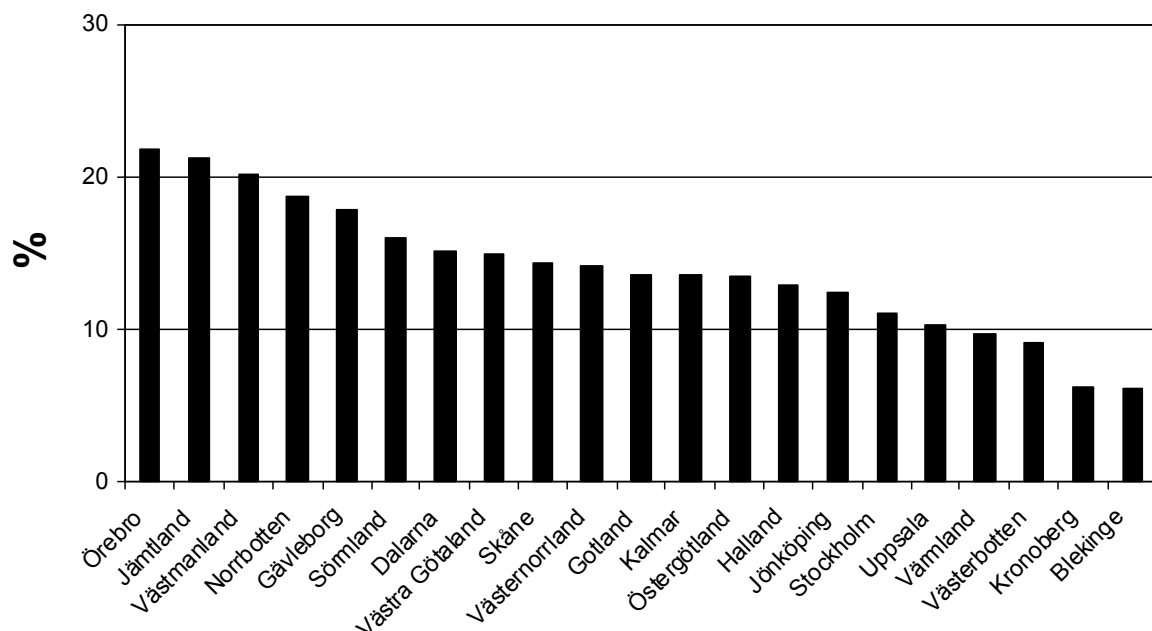
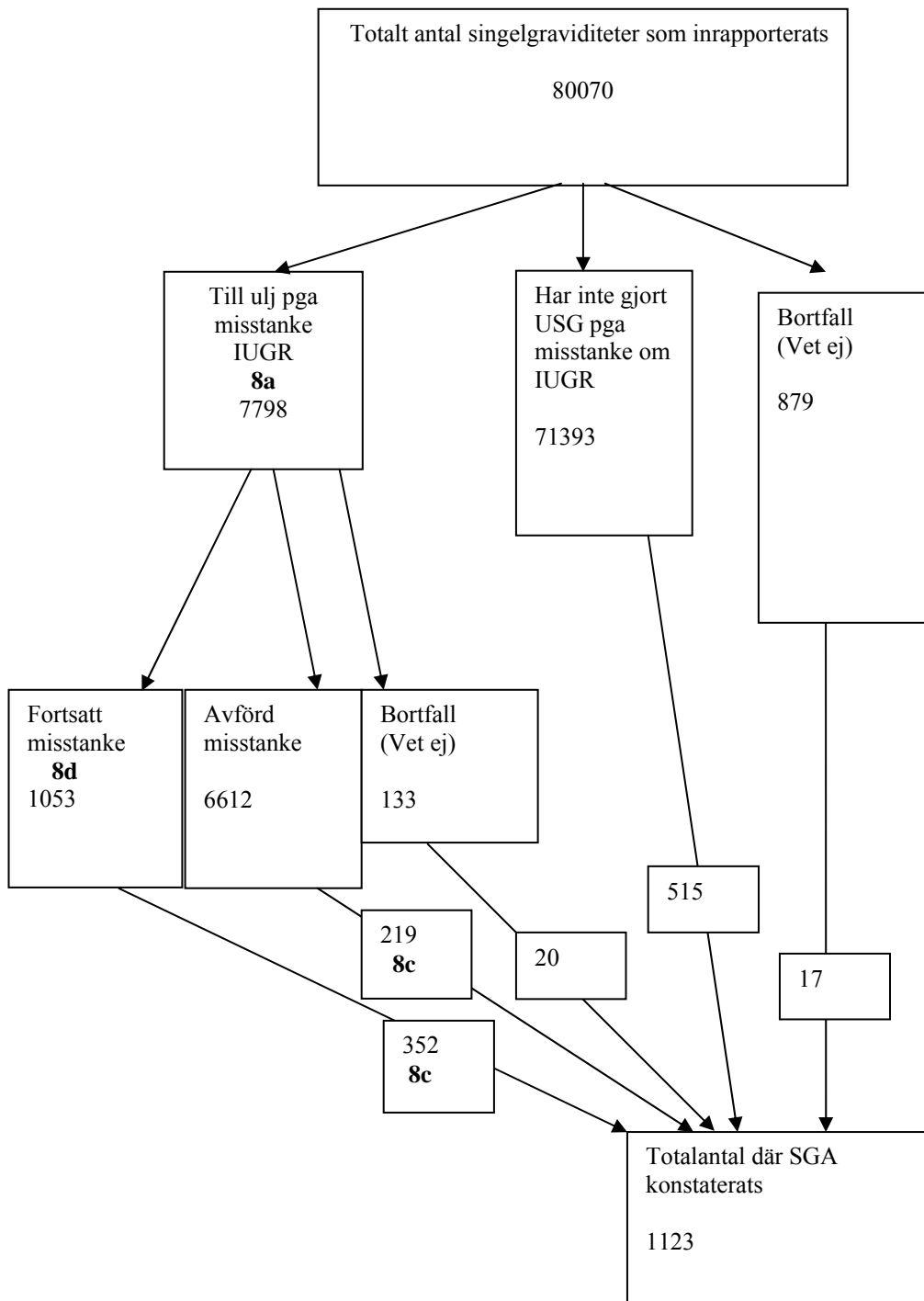


Diagram 7d Andel av de som remitterats för ultraljud pga misstanke om tillväxthämning där ultraljud visat större viktavvikelse än -21 %





Sectio

Totala kejsarsnittfrekvensen för singelgraviditeter var 2008, 15,4 %. Lägst frekvens hade Jämtland (11,5 %) och högst Västernorrland (18,8 %). Andelen kejsarsnitt för singelgraviditeter har i Kvalitetsregistret för mödrhälsovård under åren 2003-2008 legat relativt konstant på omkring 15% (se bilaga 4d).

I Medicinska födelseregistret har andelen kvinnor med singelgraviditet och kejsarsnitt varit omkring 18 % sedan 2006. För 2008 fanns i MFR en tendens till viss minskning, 17 %. Detta talar för en underrapportering gällande sectiofrekvensen i Kvalitetsregistrets data. En trolig förklaring är att andelen kvinnor som förlöses med akut kejsarsnitt (55 % av alla sectio) i mindre omfattning kommer på eftervårdsbesök till patientansvarig barnmorska inom MHV.

Diagram 8a Sectio/landsting år 2008.

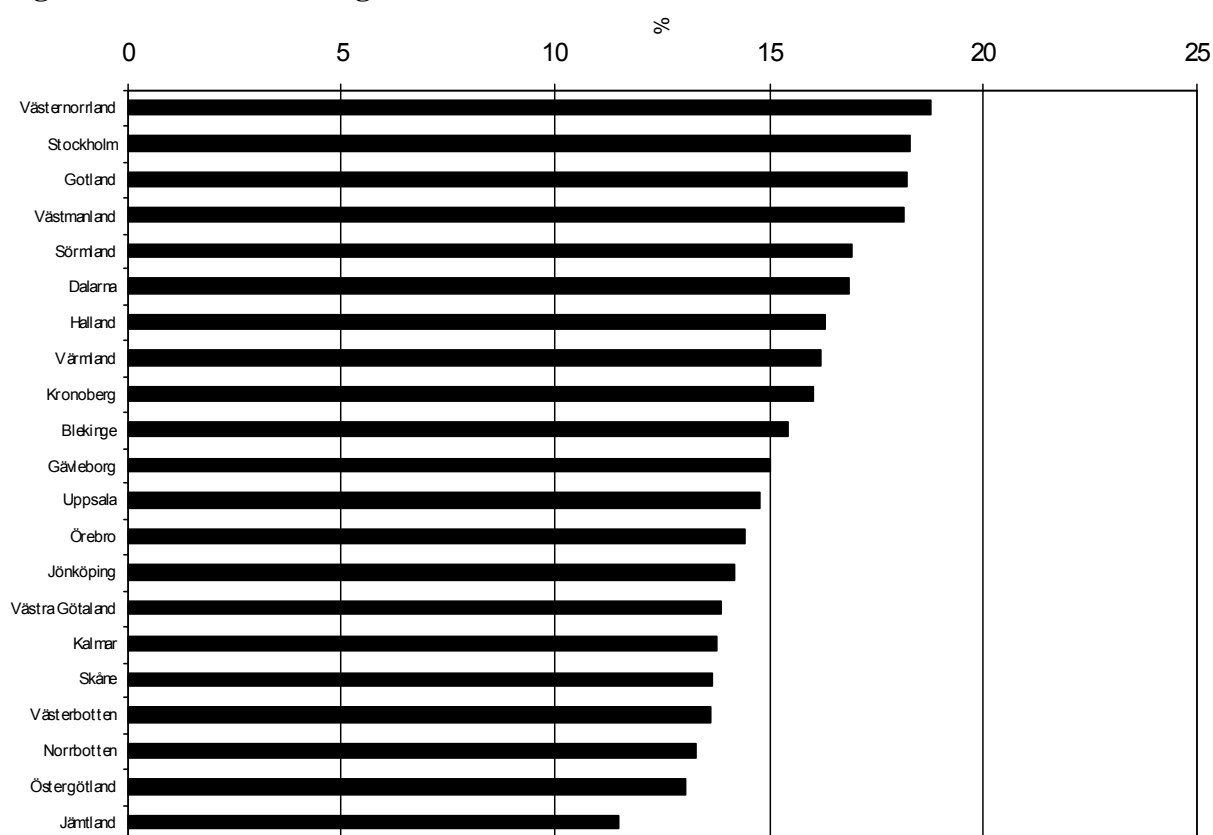
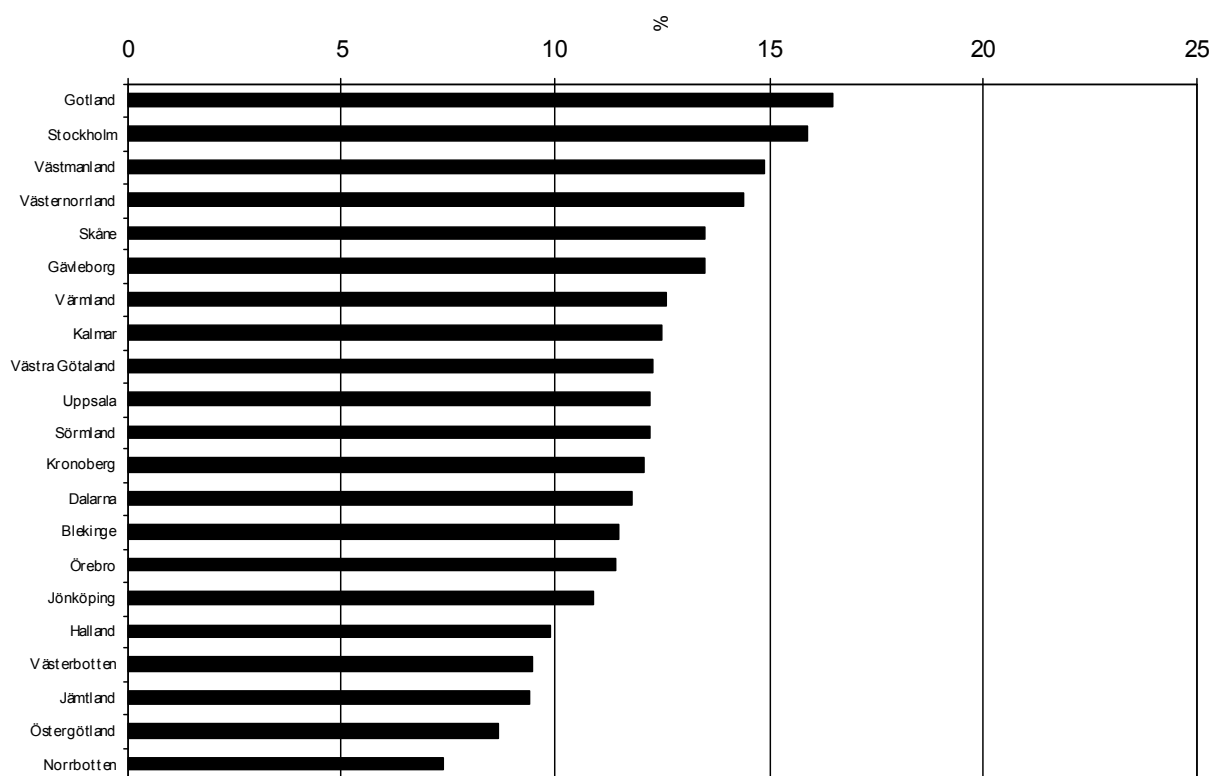


Diagram 8b Sectio/landsting för förstföderskor utan kända riskfaktorer (18.4< BMI <25.0 vid inskrivningen, ej rökare vecka 32, födde barn mellan v 37-42, barnets födelsevikt var 3000 – 3999 g). Ålder finns ej med i selectionen.



Jämfört med föregående år har Gotland också 2008 den högsta andelen kejsarsnitt hos gruppen normalviktiga förstföderskor med normalstora barn vecka 37-42. Viss minskning har ändå skett, år 2007 var andelen 20 %.

Sectiofrekvensen för duplex år 2008 var 41,3 %, motsvarande siffra år 2007 var 44,1 %. Det är osannolikt att andelen kejsarsnitt vid duplex har minskat. MFR anger att snittfrekvensen för duplex har varit över 50 % sedan år 2000. Data i Mödrhälsovårdsregistret är sannolikt inte heltäckande för duplexgravida då det är troligt att denna grupp i likhet med kvinnor som genomgår akut sectio i mindre utsträckning gör eftervårdsbesök inom MHV och därför inte rapporteras till registret.

Av det totala antalet kejsarsnitt utfördes 13 % (n= 1582) med anledning av förlossningsrädsla. Fördelningen var 50 % förstföderskor och 50 % omföderskor. Andelen förstföderskor jämfört med omföderskor som genomgått kejsarsnitt med anledning av förlossningsrädsla har ökat, 2006 utgjorde andelen 25 %. För omföderskor gäller dock fortfarande att det är viktigt att i samband med eftervårdsbesök fånga upp kvinnor med negativa förlossningsupplevelser och erbjuda dessa kvinnor möjligheter till bearbetning och stöd. Den allt kortare vårdtiden på BB kan också bidra till att dessa kvinnors bekymmer sällan fångas upp i samband med förlossningen

56 % av alla kvinnor som förlöstes med sectio på indikationen förlossningsrädsla hade fått särskilt stöd under graviditeten. Spridningen är stor, också inom geografiskt närliggande områden. I Region Skåne varierar stödet mellan 31-78 %. Andelen som erbjudits stöd kan ha varit högre eftersom en del kvinnor avböjer detta. I sju Møl/Samba-områden fick över 80 % av de kvinnor som genomgick kejsarsnitt på grund av förlossningsrädsla, stöd under graviditeten i Aurora-grupp eller liknande. Det kan bero på att dessa områden haft bättre resurser för att erbjuda stöd. Det kan också bero på att det i dessa områden fanns tydliga vårdprogram där Aurora-samtal ingår innan beslut fattas om sectio på icke medicinsk indikation. Av de kvinnor som gått i Aurorasamtal förlöstes senare 37 % med sectio (spridning 22-50 %). Resultaten måste tolkas med försiktighet då uppgifter om vilka kvinnor som fick stöd saknas.

Bilaga 1 Antal inskrivna gravida och barnmorsketjänster vid mottagningen 2008

MÖL/SAMBA-område	Inskrivna gravida	Barnmorske tjänster	Inskrivna/ barnmorske tjänst	Antal preventiv-medelsbesök /Bmtj
Riket 2008	122701	1265,1	97,0	415
2007	112733	1212,3	93,0	418
2006	113001	1234,0	91,6	428
2005	108970	1266,7	86,0	467,1
2004	105471	1215,1	86,8	477,8
2003	99143	1145,2	86,6	468,1
Blekinge	1701	19,8	85,9	319
Bohuslän norra	1387	16,5	84,1	400
Bohuslän södra	2837	29,9	94,9	278
Dalarna	2918	46,3	63,0	395
Gotland	567	7,3	78,2	367
Gästrikland västra	515	6,5	79,2	447
Gästrikland östra	1198	15,0	79,9	223
Göteborg	8572	86,9	98,6	348
Halland norra	1975	21,0	94,0	228
Hallans södra	1460	15,0	97,3	450
Helsingland	1286	14,6	88,4	401
Jämtland	1427	24,2	59,1	294
Jönköping norra	2012	24,8	81,3	406
Jönköping södra	1004	10,2	98,9	494
Jönköping östra	1200	12,7	94,7	689
Kalmar norra	893	11,7	76,6	413
Kalmar södra	1517	16,1	94,5	453
Kronoberg VSO	592	5,8	102,1	953
Kronoberg ÖSO	1686	18,2	92,5	425
Norrbottnen inland	570	6,4	88,6	317
Norrbottnen kusten	2087	29,6	70,5	406
Skaraborg	2893	36,4	79,4	510
Skellefteå	902	9,8	92,5	233
Skåne mellersta LLO	3955	44,5	88,9	478
Skåne nordvästra	2583	27,8	93,1	426
Skåne nordöstra	1984	17,9	110,8	459
Skåne sydvästra	3540	25,5	138,8	385
Skåne sydöstra	1656	19,1	86,8	514
Stockholm Danderyd N	8177	58,4	140,0	559
Stockholm KS Huddinge	5191	44,7	116,2	421
Stockholm KS Solna	10247	73,6	139,2	569
Stockholm Södertälje	1850	15,3	121,3	409
Stockholm SÖS	9973	83,6	119,3	344
Sörmland	3030	32,3	93,8	312
Uppsala	4239	41,8	101,4	317
Värmland	3071	42,2	72,8	495
Västerbotten	2213	25,1	88,2	380
Västernorr. (Härnö. Medel:)	1531	17,4	88,0	326
Västernorr. (Kramfors,Soll.)	336	4,3	79,1	342
Västernorrland (Ö-vik)	612	5,6	109,3	300
Västmanland	3149	37,2	84,6	438
Älvsborg norra	1824	20,5	88,8	444
Älvsborg södra	3786	44,4	85,4	610
Örebro	3569	47,6	75,1	349
Östergötland centrala	2076	22,9	90,7	233
Östergötland västra	777	9,5	81,8	415
Östergötland östra	2133	19,8	108,0	373

Bilaga 2. Deltagande enheter. Inskrivna gravida kvinnor, förlösta kvinnor med registrerade uppföljningsanteckningar, samt besök för preventivmedels-rådgivning

MÖL/SAMBA-område	Mottagn enheter	Inskrivna gravida	Förlösta med uppf. Ant.	Prev.medels besök
2008 (samtliga inrapporterade)	443	122701	78772	524762
2007	443	112733	81309	507169
2006	453	113001	81103	527963
2005	470	108970	78789	591728
2004	477	105471	79915	580500
2003	427	99143	68867	534864
Blekinge	5	1701	1349	6325
Bohuslän norra	8	1387	1088	6598
Bohuslän södra	10	2837	2275	8311
Dalarna	20	2918	1546	18307
Gotland	1	567	456	2662
Gästrikland västra	3	515	291	2908
Gästrikland östra	1	1198	836	3349
Göteborg	15	8572	5557	30269
Halland norra	3	1975	1518	4786
Halland södra	3	1460	826	6752
Helsingland	6	1286	888	5833
Jämtland	23	1427	1174	7100
Jönköping norra	10	2012	1654	10047
Jönköping södra	4	1004	841	5010
Jönköping östra	6	1200	952	8726
Kalmar norra	5	893	713	4816
Kalmar södra	8	1517	1252	7264
Kronoberg VSO	3	592	514	5526
Kronoberg ÖSO	7	1686	1428	7749
Norrbottnen inland	4	570	402	2037
Norrbottnen kust	24	2087	1209	12029
Skaraborg	16	2893	2122	18572
Skellefteå	1	902	557	2272
Skåne mellersta LLO	2	3955	2784	21261
Skåne nordvästra	10	2583	1324	11813
Skåne nordöstra	9	1984	1344	8213
Skåne sydvästra	1	3540	2211	9817
Skåne sydöstra	8	1656	1053	9806
Stockholm Danderyd N	12	8177	3590	32641
Stockholm KS Huddinge	10	5191	3829	18802
Stockholm KS Solna	16	10247	3420	41909
Stockholm Södertälje	7	1850	750	6243
Stockholm SÖS	15	9973	5111	28787
Sörmland	11	3030	2176	10080
Uppsala	16	4239	3159	13265
Värmland	24	3071	2493	20868
Västerbotten	20	2213	1395	9537
Västernorr. (Härnö, Medel:)	6	1531	1363	5668
Västernorr. (Kramfors,Soll.)	2	336	388	1453
Västernorrland (Ö-vik)	1	612	456	1678
Västmanland	26	3149	2223	16300
Älvsborg norra	8	1824	1403	9113
Älvsborg södra	13	3786	2707	27032
Örebro	29	3569	2537	16572
Östergötland centrala	4	2076	1517	5341
Östergötland västra	1	777	427	3946
Östergötland östra	6	2133	1664	7369

Bilaga 3a. Sammanställning av individbaserade data kring MHV- besök och förlossning (singelgraviditeter)

Se not	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
MÖL/SAMBA-område	Inskrivna gravida	Register data	BM-besök/ Ff	BM-besök/ Omf	Fler besök än basp Ff	Fler besök än basp Omf	Föräldraut >50% Ff	Föräldraut >50% Omf	Aurora ff	Aurora omf	Remitterats till högre vårdnivå
	Antal	Antal	Medelv	Medelv	%	%	%	%	%	%	%
2008 (Samtliga inrapp)	122701	78772	9,4	8,6	40,0	41,3	75,5	7,8	4,4	6,7	24,9
2007	112733	81309	9,2	8,4	39,6	41,2	76,5	8,7	4,4	6,7	22,9
2006	113001	81103	8,9	8,2	41,8	42,5	77,1	10,4	4,1	6,6	22,0
2005	108970	78789	9,1	8,4	41,4	42,2	79,4	11,0			27,6
2004	105471	79915	9,1	8,4	43,5	45,1	78,5	11,2			28,1
2003	99143	68867	9,1	8,4			80,3	11,4			28,8
Blekinge	1701	1349	9,8	9,4	50,4	53,2	68,5	14,5	3,4	11,7	24,8
Bohuslän norra	1387	1088	10,0	9,4	49,0	45,9	80,3	20,1	5,0	5,6	30,1
Bohuslän södra	2837	2275	11,1	9,5	53,9	53,0	84,4	10,7	5,3	7,8	27,3
Dalarna	2918	1546	10,0	9,7	46,9	45,7	78,6	8,9	3,9	6,1	32,2
Gotland	567	456	8,2	8,0	49,3	47,3	74,9	5,8	5,6	8,3	10,3
Gästrikland västra	515	291	10,7	9,5	46,9	44,5	82,8	0,0	4,1	5,5	21,3
Gästrikland östra	1198	836	9,6	8,7	36,5	30,3	65,3	7,8	5,5	11,0	17,2
Göteborg	8572	5557	9,8	9,3	45,0	52,0	77,0	3,9	4,0	7,1	24,9
Halland norra	1975	1518	10,3	8,3	62,0	67,3	83,1	3,4	4,8	7,9	19,2
Halland södra	1460	826	8,4	7,8	50,1	44,6	82,3	4,0	4,6	8,6	23,5
Helsingland	1286	888	10,0	9,6	40,1	35,9	81,4	8,7	2,6	6,0	23,4
Jämtland	1427	1174	10,4	9,3	38,9	34,3	84,9	16,7	3,7	7,8	22,8
Jönköping norra	2012	1654	8,8	8,8	46,4	49,9	78,1	5,1	5,8	8,6	31,3
Jönköping södra	1004	841	8,4	7,9	53,3	54,9	76,1	3,2	4,3	8,5	20,8
Jönköping östra	1200	952	8,5	8,2	45,5	48,1	73,8	3,7	4,4	5,9	19,4
Kalmar norra	893	713	9,3	8,4	47,6	49,3	80,1	19,4	4,5	5,5	14,3
Kalmar södra	1517	1252	8,3	7,6	59,0	58,8	83,4	21,7	4,6	10,7	27,9
Kronoberg VSO	592	514	9,0	8,6	38,7	33,8	70,8	1,0	2,8	4,6	22,2
Kronoberg ÖSO	1686	1428	8,9	8,5	56,7	58,3	76,5	3,3	2,5	6,0	18,6
Norrbottnen inland	570	402	9,5	8,5	49,7	51,1	67,4	5,4	3,3	7,2	16,7
Norrbottnen kust	2087	1209	10,0	9,2	42,4	32,4	69,2	4,2	3,5	9,7	31,6
Skaraborg	2893	2122	9,0	8,3	34,6	31,0	79,7	5,9	4,7	6,4	27,2
Skellefteå	902	557	9,2	8,9	20,7	17,2	81,2	8,6	6,4	8,6	8,1
Skåne mellersta LLO	3955	2784	8,9	8,1	33,8	31,3	72,2	15,0	3,6	6,1	23,5
Skåne nordvästra	2583	1324	11,2	10,1	40,4	45,2	62,2	9,6	4,2	6,6	14,5
Skåne nordöstra	1984	1344	8,6	8,2	29,2	34,4	72,0	8,8	3,4	6,5	21,0
Skåne sydvästra	3540	2211	9,2	8,5	42,5	47,1	46,7	6,2	2,2	3,9	80,1
Skåne sydöstra	1656	1053	9,5	8,8	35,4	34,4	79,8	5,0	3,5	6,5	38,7
Stockholm Danderyd N	8177	3590	9,3	8,7	28,0	27,0	82,2	12,4	5,9	7,0	17,3
Stockholm KS Huddinge	5191	3829	9,2	8,5	43,3	44,2	62,3	1,5	4,3	6,8	31,3
Stockholm KS Solna	10247	3420	8,9	8,0	39,2	43,4	72,1	3,8	5,1	4,8	21,1
Stockholm Södertälje	1850	750	9,0	8,3	26,5	30,7	67,5	8,1	6,6	5,1	18,5
Stockholm SÖS	9973	5111	9,3	8,5	27,0	34,1	86,1	15,6	4,2	5,6	18,9
Sörmland	3030	2176	8,8	7,9	33,9	33,3	71,5	5,3	4,9	6,5	14,7
Uppsala	4239	3159	8,5	7,6	27,1	24,2	80,7	2,4	4,4	5,0	23,3
Värmland	3071	2493	9,2	8,4	46,6	44,7	70,0	7,6	4,2	6,0	32,0
Västerbotten	2213	1395	10,0	9,1	27,4	26,4	89,4	14,2	3,2	6,5	33,9
Västernorr. (Härnö. Med.)	1531	1363	8,7	8,2	37,6	40,0	72,3	2,8	5,1	5,9	22,2
Västernorr. (Kramf., Soll.)	336	388	9,2	8,5	44,4	51,3	70,4	17,3	3,7	6,6	14,9
Västernorrland (Ö-vik)	612	456	8,8	7,9	38,6	44,4	76,1	3,1	5,6	5,0	13,8
Västmanland	3149	2223	9,4	8,4	41,2	37,6	74,0	6,8	5,5	7,5	23,7
Älvsborg norra	1824	1403	9,9	9,1	41,7	42,4	70,9	8,2	4,6	8,0	27,9
Älvsborg södra	3786	2707	11,0	9,9	48,3	50,2	75,8	7,3	3,9	5,3	24,7
Örebro	3569	2537	9,3	8,5	44,4	39,8	73,6	10,2	4,4	6,3	32,5
Östergötland centrala	2076	1517	8,3	7,8	31,0	38,8	79,4	2,6	4,0	7,0	13,6
Östergötland västra	777	427	7,9	7,3	49,4	52,9	79,5	2,3	8,4	10,7	9,8
Östergötland östra	2133	1664	8,2	7,5	29,5	34,0	77,2	2,4	5,5	6,7	7,6

Bilaga 3a. forts

Se not	12	13	14	15	16	17	18	19	20
MÖL/SAMBA-område	Antal BM Ff	Antal BM Omf	Hemb BM	Besök på mott inom 2 v	Besök för effervård	Sjukskriven under grav Tom v32	Sjukskriven under grav Efter v32	Ammar helt	Ammar delvis
	Medelv	Medelv	%	%	%	%	%	%	%
2008 (Samtliga inrapp)	2,0	1,9	2,7	8,4	79,9	18,0	20,1	63,7	10,0
2007	1,9	1,8	3,1	9,8	77,1	21,1	23,3	63,6	9,8
2006	1,9	1,8	3,2	9,1	78,7	21,3	23,7	61,8	10,0
2005	1,9	1,8	3,7	10,4	81,6			63,6	9,4
2004	1,8	1,8	3,2	9,0	77,8			64,0	8,7
2003	1,9	1,8	3,0	9,0	82,0			64,5	8,9
Blekinge	2,1	2,1	0,1	1,3	82,7	23,7	25,4	58,9	12,7
Bohuslän norra	1,7	1,6	0,6	8,9	78,5	17,9	15,2	61,8	10,3
Bohuslän södra	2,1	1,9	1,4	4,4	95,0	25,7	24,0	77,5	11,1
Dalarna	1,8	1,7	9,6	10,2	81,8	16,4	14,8	68,2	10,4
Gotland	1,9	1,8	0,4	5,5	85,7	22,6	18,4	73,0	9,9
Gästrikland västra	1,6	1,4	0,7	4,5	87,6	20,3	25,4	67,7	13,1
Gästrikland östra	1,9	1,9	0,0	0,6	89,1	14,2	17,3	68,8	12,8
Göteborg	2,1	2,0	1,2	4,7	87,2	15,9	16,9	71,8	10,8
Halland norra	2,1	1,9	1,4	3,2	93,3	18,6	17,9	74,2	11,7
Halland södra	2,1	2,0	2,4	1,2	95,3	15,5	17,9	75,5	13,4
Helsingland	2,2	2,0	6,1	17,5	84,3	15,5	21,1	69,8	11,8
Jämtland	1,9	1,8	5,5	7,3	81,9	22,1	27,0	71,4	8,9
Jönköping norra	1,9	1,8	0,7	2,2	82,8	16,0	12,8	66,4	10,1
Jönköping södra	1,9	1,9	0,2	9,2	86,4	22,0	18,2	66,0	11,7
Jönköping östra	1,7	1,6	0,1	1,2	89,4	16,9	11,3	68,7	10,4
Kalmar norra	1,8	1,7	0,4	6,2	93,0	16,5	10,2	71,1	9,8
Kalmar södra	1,9	1,9	0,6	1,4	85,1	14,9	13,5	71,0	8,5
Kronoberg VSO	2,4	2,4	0,4	0,6	73,2	14,0	12,3	54,9	11,1
Kronoberg ÖSO	2,0	2,0	0,1	2,6	77,4	20,1	15,6	62,5	8,7
Norrbottnen inland	1,8	1,6	23,4	37,1	79,6	10,9	10,7	70,1	8,0
Norrbottnen kust	2,1	2,0	6,1	31,3	90,2	15,3	17,4	77,0	9,8
Skaraborg	1,8	1,7	0,9	2,6	82,7	13,2	10,1	68,4	8,9
Skellefteå	2,2	2,0	1,1	1,3	98,4	16,9	17,8	77,0	14,2
Skåne mellersta LLO	1,9	1,7	0,2	7,0	94,0	19,7	22,8	72,9	11,5
Skåne nordvästra	3,1	3,0	0,0	11,4	73,0	12,9*	18,3*	48,0	9,1
Skåne nordöstra	2,0	1,8	0,4	4,7	85,2	14,6	15,5	61,5	11,1
Skåne sydvästra	3,0	3,0	0,0	0,0	61,7	8,0*	13,3*	41,6*	9,8*
Skåne sydöstra	2,2	2,2	0,3	2,0	78,3	17,9	20,5	56,8	9,7
Stockholm Danderyd N	1,9	1,8	0,2	21,2	77,0	20,0	27,8	69,1	9,5
Stockholm KS Huddinge	2,0	1,9	3,2	4,4	66,4	26,3	34,4	52,6*	9,9*
Stockholm KS Solna	1,8	1,7	0,3	7,0	71,3	23,8	31,7	58,5	10,5
Stockholm Södertälje	1,7	1,6	2,4	10,0	77,5	30,8	42,4	57,3	14,0
Stockholm SÖS	2,3	2,1	0,4	26,0	63,6	17,0	26,7	40,8*	5,6*
Sörmland	1,8	1,7	0,4	6,7	73,5	19,3	19,9	58,3	9,1
Uppsala	2,1	1,9	1,4	3,5	75,6	14,4	15,4	63,8	9,2
Värmland	1,9	1,9	0,6	10,1	83,2	19,7	18,7	66,1	10,3
Västerbotten	1,8	1,6	0,4	2,1	84,3	17,3	20,6	70,0	10,5
Västernorr. (Härnö. Med.)	1,7	1,6	0,1	1,7	82,6	17,5	23,8	68,8	8,4
Västernorr. (Kramf.,Soll.)	1,9	1,9	0,0	3,6	72,4	17,0	20,1	60,3	10,6
Västernorrland (Ö-vik)	2,4	2,1	0,0	0,9	63,4	9,6	9,4	52,2	8,1
Västmanland	1,7	1,7	3,6	3,6	79,9	18,2	19,3	62,2	12,5
Älvsborg norra	1,8	1,7	7,9	3,0	81,7	15,5	12,5	62,9	11,7
Älvsborg södra	2,1	2,0	0,3	3,1	89,3	19,8	16,2	73,0	10,1
Örebro	2,0	1,9	40,1	27,4	65,2	22,1	23,9	61,5	9,5
Östergötland centrala	2,0	1,9	0,4	10,8	88,1	11,9	11,2	69,9	11,5
Östergötland västra	2,2	2,0	0,7	29,5	83,4	11,2	9,6	63,2	8,0
Östergötland östra	1,8	1,8	0,4	1,7	84,5	11,4	9,5	69,9	9,1

* Stort bortfall

Bilaga 3b, Tobaksbruk

Se not	1	2	3	4	5	6
MÖL/SAMBA-område	Rökare före graviditeten	Rökare vid inskrivning	Rökare i v32	Snusare före graviditeten	Snusare vid inskrivning	Snusare i v32
	%	%	%	%	%	%
2008 (Samtliga inrapp.)	15,1	7,0	5,4	2,2	0,9	0,7
2007	15,4	7,1	5,6	2,2	1,0	0,7
2006	15,7	7,4	5,8	2,5	1,1	0,9
2005	15,9	7,8	6,0	2,4	1,3	0,9
2004	17,2	8,8	6,8	2,3	1,3	0,9
2003	19,3	9,9	7,9			
Blekinge	17,2	8,2	6,4	1,5	0,7	0,4
Bohuslän norra	16,0	7,4	6,1	2,4	0,9	0,2
Bohuslän södra	13,8	5,3	3,7	1,8	0,9	0,5
Dalarna	15,3	6,6	5,4	2,9	1,0	0,8
Gotland	16,7	7,0	5,5	4,4	2,9	2,0
Gästrikland västra	22,3	14,1	11,7	0,7	1,0	0,7
Gästrikland östra	14,6	7,4	6,3	0,8	0,7	0,7
Göteborg	12,5	5,6	4,2	1,4	0,6	0,3
Halland norra	14,9	7,3	4,9	1,3	0,9	0,5
Halland södra	15,9	8,2	6,4	1,5	0,7	0,7
Helsingland	14,5	7,7	5,9	3,3	1,8	1,2
Jämtland	9,3	4,3	3,1	9,7	4,0	2,6
Jönköping norra	14,1	6,7	5,1	1,1	0,4	0,3
Jönköping södra	19,5	10,6	9,3	1,3	0,7	1,0
Jönköping östra	16,4	7,5	5,9	1,1	0,2	0,2
Kalmar norra	19,6	9,5	7,3	1,3	0,8	0,4
Kalmar södra	16,9	7,3	5,4	1,7	1,0	0,7
Kronoberg VSO	19,6	9,3	7,0	1,2	0,8	0,4
Kronoberg ÖSO	15,8	6,7	5,0	1,5	0,6	0,6
Norrbottnen inland	8,0	4,0	2,7	10,7	6,2	5,2
Norrbottnen kust	12,6	5,4	3,7	6,6	2,2	1,2
Skaraborg	17,5	9,2	7,7	1,5	0,8	0,3
Skellefteå	11,8	4,1	3,4	13,3	5,4	4,1
Skåne mellersta LLO	13,9	8,0	7,1	1,1	0,5	0,3
Skåne nordvästra	21,6	10,8	6,9	0,5	0,3	0,3
Skåne nordöstra	19,8	10,8	9,2	1,1	0,7	0,4
Skåne sydvästra	20,7	9,4	5,5	1,4	0,3	0,1
Skåne sydöstra	19,3	9,5	7,1	1,3	0,5	0,4
Stockholm Danderyd N	9,9	3,7	2,9	1,0	0,5	0,4
Stockholm KS Huddinge	15,6	7,2	5,5	0,8	0,4	0,3
Stockholm KS Solna	13,5	5,3	3,9	0,9	0,5	0,2
Stockholm Södertälje	21,7	10,1	8,9	1,9	1,2	0,8
Stockholm SÖS	10,1	3,5	2,5	1,2	0,5	0,2
Sörmland	17,5	9,1	7,1	1,8	0,4	0,6
Uppsala	15,1	5,7	4,7	2,7	1,2	0,8
Värmland	20,2	10,1	7,4	5,2	2,2	1,7
Västerbotten	8,4	2,6	2,3	7,7	2,4	1,8
Västernorr. (Härnö. Med:)	12,1	7,6	6,1	3,0	1,5	1,3
Västernorr. (Kramf., Soll.)	9,0	5,9	4,9	11,1	4,4	3,4
Västernorrland (Ö-vik)	8,3	5,0	3,3	6,4	2,6	2,0
Västmanland	16,8	8,4	6,7	2,5	1,1	0,9
Älvsborg norra	20,1	10,3	8,6	2,4	1,1	1,1
Älvsborg södra	16,7	8,5	6,9	1,5	0,7	0,3
Örebro	17,0	7,7	6,0	2,2	0,9	0,5
Östergötland centrala	11,7	5,7	4,7	0,7	0,4	0,6
Östergötland västra	16,6	8,9	7,7	0,9	0,5	0,7
Östergötland östra	18,2	8,1	6,9	2,1	1,0	0,5

Bilaga 3c Screening för riskbruk av alkohol med AUDIT/Landsting

Landsting	AUDIT	AUDIT %	≥ 6 poäng %	≥10 poäng %
2008-Riket Totalt	477361	60,6	6,9	1,2
2007-	26471	32,9	6,4	1,0
Blekinge	964	71,5	7,6	2,2
Dalarna	437	28,3	10,3	2,5
Gotland	434	95,2	9,9	2,8
Gävleborg	1542	76,5	7,1	1,2
Halland	818	34,9	8,2	1,5
Jämtland	942	80,2	10,0	1,4
Jönköping	2847	82,6	5,4	1,1
Kalmar	1646	83,8	6,4	0,9
Kronoberg	1720	88,6	4,0	0,5
Norrbottn	1221	75,8	6,5	1,5
Skåne	3241	37,2	4,3	0,9
Stockholm	9394	56,3	6,4	1,1
Sörmland	1220	56,1	8,7	1,5
Uppsala	148	4,7	-	-
Värmland	1689	67,7	10,7	2,1
Västerbotten	1526	78,2	6,8	0,8
Västernorrland	718	32,5	7,1	0,7
Västmanland	1732	77,9	9,8	1,7
Västra Götaland	10997	72,6	7,7	1,2
Örebro	1715	67,6	8,5	1,1
Östergötland	2712	75,2	4,9	0,4

Bilaga 3d Screening för riskbruk av alkohol med AUDIT/MÖL-SAMBA område

MÖL/SAMBA-område	Inskrivna gravida	Register data	AUDIT	%	≥ 6 poäng	≥ 10 poäng
	Antal	Antal			%	%
2008 (Samtliga inrap)	122701	78772	477361	60,6	6,9	1,2
2007	112733	81309	26471	32,9	6,4	1,0
Blekinge	1701	1349	964	71,5	7,6	2,2
Bohuslän norra	1387	1088	867	79,7	9,3	1,3
Bohuslän södra	2837	2275	1911	84,0	6,5	1,0
Dalarna	2918	1546	437	28,3	10,3	2,5
Gotland	567	456	434	95,2	9,9	2,8
Gästrikland västra	515	291	250	85,9	8,0	1,2
Gästrikland östra	1198	836	767	91,7	7,3	1,3
Göteborg	8572	5557	3336	60,0	8,9	1,0
Halland norra	1975	1518	502	33,1	9,2	1,8
Halland södra	1460	826	316	38,3	6,6	0,9
Helsingland	1286	888	525	59,1	6,5	1,0
Jämtland	1427	1174	942	80,2	10,0	1,4
Jönköping norra	2012	1654	1390	84,0	5,6	1,3
Jönköping södra	1004	841	662	78,7	4,7	0,8
Jönköping östra	1200	952	795	83,5	5,8	1,1
Kalmar norra	893	713	529	74,2	8,1	0,9
Kalmar södra	1517	1252	1117	89,2	5,6	0,8
Kronoberg VSO	592	514	459	89,3	2,6	0,4
Kronoberg ÖSO	1686	1428	1261	88,3	4,5	0,6
Norrbottnen inland	570	402	199	49,5	4,5	0,0
Norrbottnen kust	2087	1209	1022	84,5	6,8	1,8
Skaraborg	2893	2122	1476	69,6	8,2	1,8
Skellefteå	902	557	287	51,5	6,3	1,0
Skåne mellersta LLO	3955	2784	1148	41,2	7,4	1,3
Skåne nordvästra	2583	1324	687	51,9	0,9	0,1
Skåne nordöstra	1984	1344	385	28,6	4,4	1,0
Skåne sydvästra	3540	2211	741	33,5	0,1	0,1
Skåne sydöstra	1656	1053	353	33,5	8,5	2,3
Stockholm Danderyd N	8177	3590	1141	31,8	6,0	0,7
Stockholm KS Huddinge	5191	3829	3068	80,1	5,4	0,8
Stockholm KS Solna	10247	3420	1840	53,8	6,0	0,9
Stockholm Södertälje	1850	750	573	76,4	4,5	0,5
Stockholm SÖS	9973	5111	2772	54,2	8,3	1,9
Sörmland	3030	2176	1220	56,1	8,7	1,5
Uppsala	4239	3159	148	4,7	0,0	0,0
Värmland	3071	2493	1689	67,7	10,7	2,1
Västerbotten	2213	1395	1239	88,8	6,9	0,7
Västernorr. (Härnö. Med.)	1531	1363	451	33,1	7,5	0,9
Västernorr. (Kramf., Soll.)	336	388	114	29,4	5,3	0,0
Västernorrland (Ö-vik)	612	456	153	33,6	7,2	0,7
Västmanland	3149	2223	1732	77,9	9,8	1,7
Älvsborg norra	1824	1403	1217	86,7	10,3	1,7
Älvsborg södra	3786	2707	2190	80,9	4,6	0,8
Örebro	3569	2537	1715	67,6	8,5	1,1
Östergötland centrala	2076	1517	1175	77,5	4,7	0,3
Östergötland västra	777	427	379	88,8	6,6	1,3
Östergötland östra	2133	1664	1158	69,6	4,6	0,2

Bilaga 3e Komplikationer

Se not	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
MÖL/SAMBA-område	Ultraljud efter SF-mått Antal	Ultraljud efter SF-mått %	Ultraljud visar >-21% Antal	Ultraljud visar >-21% %	Lätta för tiden Antal	Lätta för tiden %	Diag, Tiiv, hämn, %	Intraut. dödsfall efter v22 %	Lätta för tiden Antal	Lätta för tiden %	Glukos-belast, %	Diag, Gravdiab %
2008 (Samtliga inrapp.)	7613	9,7	1024	13,5	1114	1,4	1,4	0,3	360	32,3	23,8	1,3
2007	8071	10,0	1028	12,7	1097	1,4	1,3	0,3	345	33,6	23,9	1,1
2006	8574	10,6	1167	13,6	1294	1,6	1,6	0,3	421	32,5	21,6	1,1
2005	8282	10,5	1111	13,4			1,6	0,8			23,1	1,0
2004	8196	10,3	1175	14,3			1,6	0,9			24,3	1,3
2003	6283	9,1	973	15,5			1,6	0,9			20,0	1,3
Blekinge	91	4,9	7	6,1	18	1,3	0,5	0,5	3	16,7	86,4	2,0
Bohuslän norra	86	8,0	13	10,3	12	1,1	0,9	0,3	4	33,3	9,9	1,5
Bohuslän södra	252	9,2	26	10,0	35	1,5	1,1	0,4	12	34,3	9,1	0,8
Dalarna	140	8,1	18	15,2	15	1,0	1,6	0,6	5	33,3	25,6	2,1
Gotland	49	9,6	3	13,6	7	1,5	1,5	0,2	3	42,9	40,1	2,4
Gästrikland västra	17	8,2	4	16,7	3	1,0	1,4	0,3	1	33,3	12,4	1,0
Gästrikland östra	25	6,8	2	17,5	12	1,4	1,2	0,5	2	16,7	7,4	0,7
Göteborg	69	7,4	6	17,1	124	2,2	1,4	0,3	34	27,4	8,7	1,2
Halland norra	582	9,6	85	15,9	21	1,4	1,6	0,3	11	52,4	18,1	1,4
Halland södra	106	14,3	15	9,3	14	1,7	1,3	0,1	3	21,4	26,3	0,7
Helsingland	109	4,7	12	19,0	12	1,4	1,0	0,0	4	33,3	29,4	0,5
Jämtland	44	7,6	6	21,3	16	1,4	1,7	0,3	7	43,8	3,2	0,6
Jönköping norra	70	11,7	5	11,3	29	1,8	1,5	0,2	14	48,3	81,7	2,2
Jönköping södra	200	16,9	27	15,5	10	1,2	2,7	0,1	6	60,0	22,2	2,7
Jönköping östra	129	11,1	8	10,4	17	1,8	1,5	0,1	5	29,4	16,6	1,7
Kalmar norra	119	13,5	7	19,8	14	2,0	2,8	0,4	6	42,9	21,6	2,2
Kalmar södra	94	6,4	16	6,3	12	1,0	0,7	0,4	3	25,0	33,2	1,8
Kronoberg VSO	96	12,3	14	4,8	4	0,8	0,6	0,2	0	0,0	26,8	2,1
Kronoberg ÖSO	10	6,7	0	7,3	18	1,3	0,6	0,4	2	11,1	17,7	1,5
Norrbottnen inland	50	9,0	7	13,9	7	1,7	1,5	0,2	2	28,6	13,9	2,5
Norrbottnen kust	116	7,2	15	20,7	14	1,2	1,5	0,2	6	42,9	23,2	2,2
Skaraborg	90	8,2	14	15,0	30	1,4	1,5	0,4	11	36,7	5,5	0,8
Skellefteå	148	10,6	17	6,8	6	1,1	0,7	0,5	2	33,3	17,4	0,2
Skåne mellersta LLO	75	8,4	8	20,1	28	1,0	1,8	0,2	14	50,0	95,3	0,7
Skåne nordvästra	253	24,8	53	9,1	0	0,0	2,5	0,3	0	0,0	89,8	2,9
Skåne nordöstra	515	8,5	31	17,5	21	1,6	1,6	0,2	7	33,3	93,8	2,7
Skåne sydvästra	97	20,4	13	14,0	0	0,0	3,6	0,2	0	0,0	89,2	3,7
Skåne sydöstra	525	7,4	75	16,7	6	0,6	1,7	0,4	2	33,3	93,2	1,8
Stockholm Danderyd N	101	11,8	13	7,8	56	1,6	1,1	0,4	19	33,9	5,6	0,3
Stockholm KS Huddinge	327	13,6	40	11,1	53	1,4	1,6	0,1	17	32,1	6,8	0,4
Stockholm KS Solna	447	8,3	53	12,0	59	1,7	1,1	0,5	10	16,9	7,3	0,4
Stockholm Södertälje	406	11,9	51	14,6	15	2,0	1,7	0,0	5	33,3	6,3	0,5
Stockholm SÖS	92	9,2	8	12,8	59	1,2	1,2	0,2	21	35,6	4,3	0,3
Sörmland	412	8,0	42	16,0	36	1,7	1,4	0,2	13	36,1	4,8	0,9
Uppsala	192	8,6	31	10,3	29	0,9	1,0	0,2	8	27,6	5,2	0,7
Värmland	266	6,1	35	9,8	22	0,9	0,7	0,3	6	27,3	18,2	2,4
Västerbotten	153	8,3	13	10,3	21	1,5	0,9	0,3	6	28,6	17,8	1,4
Västernorr. (Härnö. Med:)	157	11,4	15	14,7	18	1,3	2,1	0,1	8	44,4	17,2	2,4
Västernorr. (Kramf., Soll.)	125	11,3	14	11,4	8	2,1	1,3	0,0	4	50,0	22,9	0,8
Västernorrland (Ö-vik)	47	5,3	7	16,7	8	1,8	1,1	0,0	1	12,5	18,2	2,4
Västmanland	26	7,1	3	20,3	38	1,7	1,6	0,3	10	26,3	6,6	1,0
Älvsborg norra	196	7,8	30	12,8	28	2,0	1,1	0,5	6	21,4	7,8	1,6
Älvsborg södra	101	11,8	22	17,2	55	2,0	2,1	0,4	19	34,5	21,4	1,9
Örebro	294	8,3	58	21,9	42	1,7	1,9	0,1	17	40,5	4,7	0,3
Östergötland centrala	222	7,8	30	16,8	28	1,8	1,5	0,3	10	35,7	21,1	1,5
Östergötland västra	135	9,8	24	14,3	6	1,4	1,4	0,0	2	33,3	17,6	2,6
Östergötland östra	24	10,4	4	11,0	28	1,7	1,2	0,3	9	32,1	18,6	0,7

Bilaga 3f Förlossningsdata komplikationer

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
MÖL/SAMBA-område	Vaginal förloss ej instr %	Vaginal instrum, %	Sectio Antal	Sectio %	Akut %	Plan- erad %	Sectio pga Rädsla Antal	%	Sectio efter stöd Antal	Sectio efter stöd %	Extra stöd Antal	Extra stöd sectio Antal	Extra stöd sectio %
2008 /Samtliga inrapporterade)	76,9	6,9	12164	15,4	55,1	43,8	1582	13,0	883	55,7	4446	1627	36,6
2007	76,2	6,9	12630	15,6	52,9	46,2	1492	11,8	922	61,8	4571	1659	36,3
2006	76,3	6,7	12726	15,6	54,1	43,0	1581	12,4	903	57,1	4469	1632	36,5
2005	76,5	6,5	12094	15,4	53,5	44,4	1456	12,0	814	55,9	5099	1700	33,3
2004	76,8,	6,4	12036	15,1	53,7	43,3	1354	11,2	770	56,9	5015		
2003	77,4	6,4	10114	14,7			1140	11,3	703	61,7	4482		
Blekinge	76,5	7,9	208	15,4	55,8	43,8	29	13,9	24	82,8	108	42	40,9
Bohuslän norra	82,1	5,9	129	11,9	62,0	36,4	10	7,8	9	90,0	58	21	26,3
Bohuslän södra	80,0	4,7	347	15,3	55,3	44,4	57	16,4	35	61,4	154	63	62,5
Dalarna	77,0	6,1	261	16,9	62,5	37,2	17	6,5	12	70,6	80	21	21,4
Gotland	72,4	9,4	83	18,2	61,4	38,6	12	14,5	11	91,7	32	20	32,9
Gästrikland västra	83,2	6,2	30	10,3	53,3	46,7	2	6,7	1	50,0	14	3	41,0
Gästrikland östra	79,5	6,2	119	14,2	56,3	42,9	16	13,4	11	68,8	70	23	39,0
Göteborg	78,8	6,1	823	14,8	58,8	41,1	129	15,7	87	67,4	307	126	35,7
Halland norra	79,9	3,8	247	16,3	56,7	42,9	29	11,7	15	51,7	100	39	37,5
Halland södra	75,5	8,1	135	16,3	55,6	43,0	15	11,1	9	60,0	56	20	25,7
Helsingland	76,8	5,9	154	17,3	63,6	36,4	8	5,2	7	87,5	40	15	40,2
Jämtland	82,4	5,9	135	11,5	71,9	24,4	12	8,9	6	50,0	70	18	31,6
Jönköping norra	76,5	7,7	256	15,5	59,4	40,6	30	11,7	24	80,0	122	49	38,0
Jönköping södra	78,7	6,7	121	14,4	57,0	41,3	9	7,4	7	77,8	57	18	44,4
Jönköping östra	82,0	5,8	111	11,7	53,2	41,4	11	9,9	8	72,7	50	19	21,8
Kalmar norra	78,1	5,3	118	16,5	60,2	39,8	8	6,8	6	75,0	36	16	45,0
Kalmar södra	79,1	8,6	152	12,1	61,8	38,2	14	9,2	10	71,4	101	22	21,9
Kronoberg VSO	73,3	8,4	91	17,7	57,1	42,9	7	7,7	4	57,1	20	9	50,0
Kronoberg ÖSO	76,3	7,8	220	15,4	56,8	43,2	20	9,1	9	45,0	64	14	34,1
Norrbottnen inland	76,1	5,0	76	18,9	63,2	36,8	9	11,8	8	88,9	22	11	30,3
Norrbottnen kust	81,9	6,6	138	11,4	55,1	44,9	21	15,2	18	85,7	85	29	28,6
Skaraborg	78,9	6,1	309	14,6	61,5	38,2	39	12,6	22	56,4	119	36	37,0
Skellefteå	74,5	11,7	77	13,8	66,2	33,8	9	11,7	4	44,4	42	12	28,8
Skåne mellersta LLO	77,4	6,4	444	15,9	52,5	45,9	51	11,5	31	60,8	138	51	47,1
Skåne nordvästra	75,9	6,6	161	12,2	57,8	42,2	29	18,0	10	34,5	73	21	23,9
Skåne nordöstra	76,9	7,9	202	15,0	52,5	47,5	27	13,4	21	77,8	68	32	32,7
Skåne sydvästra	77,4	6,1	220	10,0	64,1	35,9	19	8,6	6	31,6	67	16	38,9
Skåne sydöstra	77,0	6,6	162	15,4	63,0	37,0	7	4,3	4	57,1	55	18	36,5
Stockholm Danderyd N	71,6	6,3	764	21,3	52,7	47,0	110	14,4	42	38,2	234	91	40,5
Stockholm KS Huddinge	73,8	9,3	605	15,8	56,2	43,3	77	12,7	43	55,8	219	80	37,2
Stockholm KS Solna	72,7	8,0	584	17,1	52,6	46,9	80	13,7	47	58,8	168	68	39,9
Stockholm Södertälje	71,5	7,9	146	19,5	61,6	37,7	8	5,5	5	62,5	43	16	32,3
Stockholm SÖS	70,8	8,6	957	18,7	42,4	49,0	214	22,4	48	22,4	248	99	38,9
Sörmland	76,1	6,2	369	17,0	59,6	38,8	28	7,6	15	53,6	127	41	46,9
Uppsala	77,2	7,3	467	14,8	49,7	48,6	53	11,3	27	50,9	149	58	37,3
Värmland	75,8	6,9	404	16,2	50,5	49,0	68	16,8	47	69,1	130	61	46,1
Västerbotten	79,1	7,3	189	13,5	51,9	47,6	35	18,5	21	60,0	67	25	28,6
Västernorr. (Härnö. Med:)	73,1	7,6	263	19,3	55,9	44,1	33	12,5	18	54,5	76	35	41,7
Västernorr. (Kramf.,Soll.)	78,6	4,1	66	17,0	54,5	45,5	5	7,6	4	80,0	21	6	34,7
Västernorrland (Ö-vik)	74,3	6,8	86	18,9	39,5	60,5	12	14,0	6	50,0	24	10	28,6
Västmanland	74,6	7,0	404	18,2	52,2	47,3	49	12,1	26	53,1	147	51	32,3
Älvsborg norra	81,3	5,8	179	12,8	67,6	32,4	15	8,4	11	73,3	91	26	36,5
Älvsborg södra	82,9	5,2	316	11,7	53,2	46,5	40	12,7	24	60,0	127	41	33,7
Örebro	78,4	6,9	366	14,4	52,2	47,8	44	12,0	27	61,4	137	50	42,9
Östergötland centrala	82,1	6,1	172	11,3	51,2	47,7	25	14,5	18	72,0	86	29	37,3
Östergötland västra	82,4	2,6	62	14,5	40,3	59,7	10	16,1	9	90,0	42	18	40,9
Östergötland östra	78,1	7,7	236	14,2	55,1	44,1	33	14,0	26	78,8	102	38	26,3

De områden som ej fört uppföljningsanteckningar, eller där dessa varit ofullständiga är ej medtagna i redovisningen av individdata,

Bilaga 4 Sammanställning av data över Duplexgraviditeter 2008

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
	Mottagn enheter	Förlösta med uppf,ant	BM- besök/ Ff	BM- besök/ Omf	Fler besök än basp Ff	Fler besök än basp Omf	Föräldraut >50% Ff	Föräldraut >50% Omf	Remitterats till högre vårdsnivå	
Duplex 2008	443	1348	9,0	9,0	72,8	68,8	66,7	12,8	51,1	
Duplex 2007	443	1302	8,5	8,3	71,6	66,8	71,6	13,2	54,1	
Duplex 2006	453	1309	8,2	8,4	68,5	63,9	69,6	13,8	49,8	
Duplex 2005	470	1136	8,4	8,3	68,4	63,9	68,6	16,5		
Duplex 2004	477	1206	8,1	8,2	66,4	65,4	69,2	17,5		
Duplex 2003	427	1256	8,0	8,0			73,8	16,6		
	10	11	12	13	14	15	16			
	Rökare före grav	Rökare vid inskr	Rökare i v32	Rökare vid efterk	Snusare före grav	Snusare vid inskr	Snusare i v32			
Duplex 2008	13,5	6,3	4,7		2,0	1,2	0,6			
Duplex 2007	14,5	6,9	4,0		1,8	0,7	0,5			
Duplex 2006	15,4	7,2	4,6	4,1	2,8	0,8	0,6			
Duplex 2005	15,3	8,5	5,4	4,8	1,3	0,8	0,5			
Duplex 2004	15,8	7,9	4,6	4,4	1,4	0,7	0,3			
Duplex 2003	18,6	11,3	8,0	6,5						
	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
	Ultraljud Efter SF-mått	Hemb BM	Besök på mott inom 2 v	Besök för efterv	Glukos- belast	Diagnos Gravdiab	Diag tillvh	Missf,/i ntrauter in	Sjukskriv en tom v32	Sjukskriv en efter v32
Duplex 2008	25,1	1,8	5,6	78,4	24,4	1,4	11,3	1,3	64,6	66,4
Duplex 2007	25,3	2,2	5,4	74,9	23,1	1,4	9,4	1,8	67,2	65,4
Duplex 2006	27,7	2,3	6,3	77,0	20,9	2,0	11,7	2,1	69,4	69,8
Duplex 2005	41,3	1,5	7,6	78,7	23,0	1,3	12,0	1,8		
Duplex 2004	42,1	2,5	6,8	77,4	20,4	1,6	12,2	3,3		
Duplex 2003	38,9	2,6	6,4	77,0	20,8	1,2	11,9	2,6		
	27	28	29	30	31					
	Ammar helt	Ammar delvis	Vaginal förloss ej instr	Vaginal instrument	Sectio					
Duplex 2008	38,2	29,8	52,3	5,5	41,3					
Duplex 2007	35,3	31,5	49,4	5,2	44,1					
Duplex 2006	31,0	29,0	51,3	4,5	43,2					
Duplex 2005	31,7	31,3	43,9	4,5	50,1					
Duplex 2004	35,1	26,8	46,5	4,6	47,0					
Duplex 2003	34,0	25,8	46,7	4,8	46,7					

Bilaga 5 Fullständiga kolumnrubriker till bilaga 3 och 4

Bilaga 3a

- 1 Totalantalet inskrivna gravida i regionen
- 2 Kvinnor som är förlösta under året och där det finns en uppföljningsanteckning
- 3 Antal barnmorskebesök i medeltal för förstföderskor
- 4 Antal barnmorskebesök i medeltal för omföderskor
- 5 Andel av förstföderskor som haft fler besök än enligt gällande basprogram
- 6 Andel av omföderskor som haft fler besök än enligt gällande basprogram
- 7 Andel av förstföderskor som deltagit i föräldrautbildningen > 50% av tiden
- 8 Andel av omföderskor som deltagit i föräldrautbildningen > 50% av tiden
- 9 Andel av förstföderskor som varit i kontakt med Aurora
- 10 Andel av omföderskor som varit i kontakt med Aurora
- 11 Andel av kvinnorna som remitterats till en högre vårdnivå ("Specialmödravård")
- 12 Antal olika barnmorskor som förstföderskor i medeltal träffat på mottagningen
- 13 Antal olika barnmorskor som omföderskor i medeltal träffat på mottagningen
- 14 Andel kvinnor som fått ett hembesök av mödravårdens barnmorska
- 15 Andel kvinnor som besökt mottagningen inom 2 veckor efter förlossningen
- 16 Andel kvinnor som gjort ett besök på mottagningen 10 – 12 veckor efter förlossningen för kontroll efter förlossning
- 17 Andel kvinnor som någon gång varit sjukskrivna före graviditetsvecka 32
- 18 Andel kvinnor som någon gång varit sjukskrivna efter graviditetsvecka 32
- 19 Andel kvinnor som vid efterkontrollen ammar helt
- 20 Andel kvinnor som vid efterkontrollen ammar delvis

Bilaga 3b

- 1 Andel rökare 3 månader före graviditeten
- 2 Andel rökare vid inskrivningen
- 3 Andel rökare i graviditetsvecka 32
- 4 Andel snusare 3 månader före graviditeten
- 5 Andel snusare vid inskrivningen
- 6 Andel snusare i graviditetsvecka 32

Bilaga 3c, 3d

- 1 Antal kvinnor screenade för riskbruk av alkohol med AUDIT
- 2 Andel kvinnor screenade för riskbruk av alkohol med AUDIT
- 3 Andel kvinnor med 6 poäng eller mer
- 4 Andel kvinnor med 10 poäng eller mer

Bilaga 3e

- 1 Antal som gjort en ultraljudsundersökning efter att symfys-fundusmätning givit misstanke om tillväxthämning
- 2 Andel som gjort en ultraljudsundersökning efter att symfys-fundusmätning givit misstanke om tillväxthämning
- 3 Antal barn av de som gjort ultraljudsundersökning under misstanke på tillväxthämning där ultraljud visar större avvikelse mer än 21%
- 4 Andel barn av de som gjort ultraljudsundersökning under misstanke på tillväxthämning där ultraljud visar större avvikelse mer än 21%
- 5 Antal kvinnor som fött barn som vid förlossningen varit lätta för tiden
- 6 Andel kvinnor som fött barn som vid förlossningen varit lätta för tiden
- 7 Andel kvinnor som före förlossningen fått "diagnosen" tillväxthämning
- 8 Andel kvinnor som haft ett intrauterint dödsfall efter graviditetsvecka 22
- 9 Antal barn som vid förlossningen var lätta för tiden och där man före förlossningen haft misstanke om tillväxthämning
- 10 Andel barn som vid förlossningen var lätta för tiden och där man före förlossningen haft misstanke om tillväxthämning (Detta är ett mått som i viss mån speglar på hur ofta man upptäcker en tillväxthämning före förlossningen)
- 11 Andel kvinnor som gjort en glucosbelastning
- 12 Andel kvinnor som fått diagnosen graviditetsdiabetes

Bilaga 3f

- 1 Andel kvinnor som haft en icke-instrumentell vaginal förlossning
- 2 Andel kvinnor som haft en instrumentell vaginal förlossning (Sugklocka eller tång)
- 3 Antal kvinnor som blivit förlösta med kejsarsnitt
- 4 Andel kvinnor som blivit förlösta med kejsarsnitt
- 5 Andel av alla kejsarsnitt som utförts akut
- 6 Andel av alla kejsarsnitt som utförts planerat
- 7 Antal av alla kejsarsnitt som utförts på grund av rädsla för vaginal förlossning
- 8 Andel av alla kejsarsnitt som utförts på grund av rädsla för vaginal förlossning
- 9 Antal kvinnor som gjort kejsarsnitt på grund av rädsla för vaginal förlossning och som före förlossningen haft kontakt med speciell enhet för extra stöd
- 10 Andel kvinnor som gjort kejsarsnitt på grund av rädsla för vaginal förlossning och som före förlossningen haft kontakt med speciell enhet för extra stöd
- 11 Antal kvinnor som före förlossningen haft kontakt med speciell enhet för extra stöd
- 12 Antal kvinnor som före förlossningen haft kontakt med speciell enhet för extra stöd och som senare gjorde kejsarsnitt pga rädsla för vaginal förlossning
- 13 Andel kvinnor som före förlossningen haft kontakt med speciell enhet för extra stöd och som senare gjorde kejsarsnitt pga rädsla för vaginal förlossning

Bilaga 4 (Duplex)

- 1 Antalet enheter som ingår i varje region
- 2 Kvinnor som är förlösta under året och där det finns en uppföljningsanteckning
- 3 Antal barnmorskebesök i medeltal för förstföderskor
- 4 Antal barnmorskebesök i medeltal för omföderskor
- 5 Andel av förstföderskor som haft fler besök än enligt gällande basprogram
- 6 Andel av förstföderskor som haft fler besök än enligt gällande basprogram
- 7 Andel av förstföderskor som deltagit i föräldrautbildningen > 50% av tiden
- 8 Andel av omföderskor som deltagit i föräldrautbildningen > 50% av tiden
- 9 Andel av kvinnorna som remitterats till en högre vårdnivå ("Specialmödravård")
en individuell vårdplan
- 10 Andel rökare 3 månader före graviditeten
- 11 Andel rökare vid inskrivningen
- 12 Andel rökare i graviditetsvecka 32
- 13 Andel rökare vid efterkontrollen 12 veckor efter förlossningen
- 14 Andel snusare 3 månader före graviditeten
- 15 Andel snusare vid inskrivningen
- 16 Andel snusare i graviditetsvecka 32
- 17 Andel som gjort en ultraljudsundersökning efter att symfys-fundusmätning givit
misstanke om tillväxthämning
- 18 Andel kvinnor som fått ett hembesök av mödravårdens barnmorska
- 19 Andel kvinnor som besökt mottagningen inom 2 veckor efter förlossningen
- 20 Andel kvinnor som gjort ett besök på mottagningen 10 – 12 veckor efter
förlossningen för kontroll efter förlossning
- 21 Andel kvinnor som gjort en sockerbelastning
- 22 Andel kvinnor som fått diagnosen graviditetsdiabetes
- 23 Andel kvinnor som fått diagnosen "tillväxthämning"
- 24 Andel kvinnor som någon gång varit sjukskrivna före graviditetsvecka 32
- 25 Andel kvinnor som någon gång varit sjukskrivna efter graviditetsvecka 32
- 26 Andel kvinnor som haft ett intrauterint dödsfall efter graviditetsvecka 22
- 27 Andel kvinnor som vid efterkontrollen ammar helt
- 28 Andel kvinnor som vid efterkontrollen ammar delvis
- 29 Andel kvinnor som haft en icke-instrumentell vaginal förlossning
- 30 Andel kvinnor som haft en instrumentell vaginal förlossning (Sugklocka eller tång)
- 31 Andel kvinnor som blivit förlösta med kejsarsnitt