

NATIONELLT KVALITETSREGISTER FÖR MÖDRAHÄLSOVÅRD

Sammanställning av individdata för 2006



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	16
Amning	18
Small for gestational age (SGA)	19
Sectio	23

BILAGOR

Bilaga 1 Antal inskrivna gravida och barnmorsketjänster vid mottagningen 2006

Bilaga 2 Rökning före och efter graviditet i olika områden 2006

Bilaga 3 Deltagande enheter. Inskrivna gravida kvinnor, förlösta kvinnor med registrerade uppföljningsanteckningar, besök för preventivmedelsrådgivning samt kallade till gynekologisk cellprovtagning 2006

Bilaga 4a Sammanställning av individbaserade data kring MVC-besök och förlossning (singelgraviditet)

Bilaga 4b Tobaksbruk

Bilaga 4c Komplikationer

Bilaga 4d Förlossningsdata

Bilaga 5 Förlossningsdata (duplexgraviditet)

Bilaga 6 Fullständiga kolumnrubriker, bilaga 4 och 5

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/möl/samba-område.
Diagram 5c	Andel kvinnor som genomgått glukosbelastning för motsvarande möl/samba område
Diagram 6a	Rökning före graviditet, vid inskrivningen och i v32
Diagram 6b	Andel kvinnor som slutat röka under graviditeten
Diagram 6c	Andel födda barn som fått diagnos SGA, i relation till moderns rökvanor.
Diagram 7	Amning i grupperna rökare/ickerökare under graviditet, i % av förlösta kvinnor som gjort efterkontroll
Diagram 8a	Andel gravida kvinnor som genomgått ultraljudsundersökning för Tillväxtkontroll/landsting
Diagram 8b	Andel upptäckta SGA-barn i förhållande till antal ultraljud som utförts pga misstanke om tillväxthämning
Diagram 8c	Andel av det totala antalet födda SGA-barn där U-ljud gjorts med misstanke om tillväxthämning
Diagram 8d	Andel av de som remitterats för ultraljud pga misstanke om tillväxthämning där ultraljud visat större viktavvikelse än -21 %
Diagram 9a	Sectio/landsting
Diagram 9b	Sectio/landsting för förstföderskor utan kända riskfaktorer
Figur 1	Flöde SGA Ultraljud

REPRESENTATIVITET

Detta är den nionde 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 2006 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 2006 var 472, totala antalet inskrivna vid dessa enheter var 113.001. Totalt föddes 105 913 barn i Sverige år 2006. I Strukturdatarapporten för 2006 redovisas 453 inrapporterande enheter. Det lägre antalet beror på att flera mottagningar slagits ihop till en organisatorisk enhet vilka rapporterat strukturdata gemensamt.

2006 registrerades individuppgifter från 81 103 förlösta kvinnor, 79 794 singelgraviditeter och 1103 duplexgraviditeter, vilket utgjorde c:a 77 % 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, 2003, 2004, 2005 och 2006 finns uppgifter om duplexgraviditeter för riket. Bilaga 5.

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 76 %, närmare 60 000 av de gravida kvinnorna bedöms vid inskrivning kunna följa enhetens basprogram. Ca 10 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. Gränsvärden för diagnostik av graviditetsdiabetes är antingen 10,0 eller 12,2 mmol/l.

Liksom vid tidigare undersökningar föreligger en klar överrepresentation av barn som är "Lätta för tiden" om modern röker under graviditeten. 4 % av de kvinnor som rökte födde barn som var "Lätta för tiden". Motsvarande siffra för de som inte rökte var 1,5 %. 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 15 % diagnosen "tillväxthämning" (d.v.s. uppvisar en viktdeviation på mer än minus 21 %). Av de som vid ultraljudsundersökningen bedömdes som tillväxthämmade var vid förlossningen 50 % 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 två ultraljud för att därigenom öka sannolikheten av att upptäcka tillväxthämningar.

Av det totala antalet sectio utfördes 12,4 % (n= 1581) på indikation förlossningsrädsla. Av 2006 års gravida förlöstes 2,0 % med sectio på grund av förlossningsrädsla. Av dessa var 24 % förstföderskor och 76 % omföderskor. Det stora antalet omföderskor tyder på att det framför allt är omhändertagandet under förlossning och uppföljningen efteråt som man behöver fokusera på för att i framtiden minska andelen kvinnor som önskar snitt vid nästkommande graviditet.

Struktur och personaltillgång*

Organisation

72 % av mödrahälsovårdens mottagningar organiseras inom primärvården. Storleken på mottagningarna har varit oförändrad sedan registrets start. Majoriteten av mottagningarna hade färre än 200 inskrivna gravida. Av de enheter som hade datoriserad MHV-journal (70 %) var 90 % sammankopplade med förlossningskliniken journalförning.

Verksamhet på mottagningen

Majoriteten av mottagningarna i Sverige hade tillgång till psykologer. Norrbottens och Kronobergs län saknade helt tillgång till konsultpsykologer.

79 % av mottagningarna uppgav att de överrapporterar på individnivå till barnhälsovården. I sammanställningen över individdata framgår att 45 % av kvinnorna var överrapporterade till barnhälsovården. 24 % av mottagningarna ansvarade för kvinnans tidiga eftervård med PKU-provtagning av barnet. På många platser i Sverige startar och utvecklas familjecentraler. Störst andel fanns i Jämtlands (57 %) och Västmanlands (45 %) län.

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

Andelen mottagningar som screenar för riskbruk av alkohol har fördubblats. Knappt hälften av Sveriges mottagningar screenade för alkohol med AUDIT. Under 2006 screenades 20 % av de gravida kvinnorna för alkoholbruk med AUDIT. Andel mottagningar som rutinmässigt frågar om förekomst av våld har också ökat och utgjorde 2006 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. En kontinuerlig minskning av läkartiden på MVC har skett sedan registrets start.

* Nationella kvalitetsregistret för mödrahälsovård. Sammanställning av strukturreport 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 Folkhälsoinstitutet^{3 4}

Preventivmedelsrådgivning⁵ och gynekologisk cellprovtagning⁶

Antal besök på enheterna och antal besök/heltidstjänstgörande barnmorska och hörsamhet avseende gynekologisk cellprovtagning 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 Internet.

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 453 lämnat strukturrapport och 472 rapporterat individdata. Individdata registreras enbart för den gravida kvinnan. Individdata för övrig verksamhet, preventivmedelsrådgivning och gynekologisk cellprovtagning återfinns ej i detta register.

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 23 %. 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

Lena Brissman, Verksamhetschef MHV Södra Kalmar län

Madeleine Kilsbeck, Verksamhetschef MHV BB Stockholm

Ingrid Mogren tf Møl, docent, NUS, Västerbotten

Carin Nilsson, Møl Västernorrland

Kerstin Petersson, SamBa Stockholm SöS

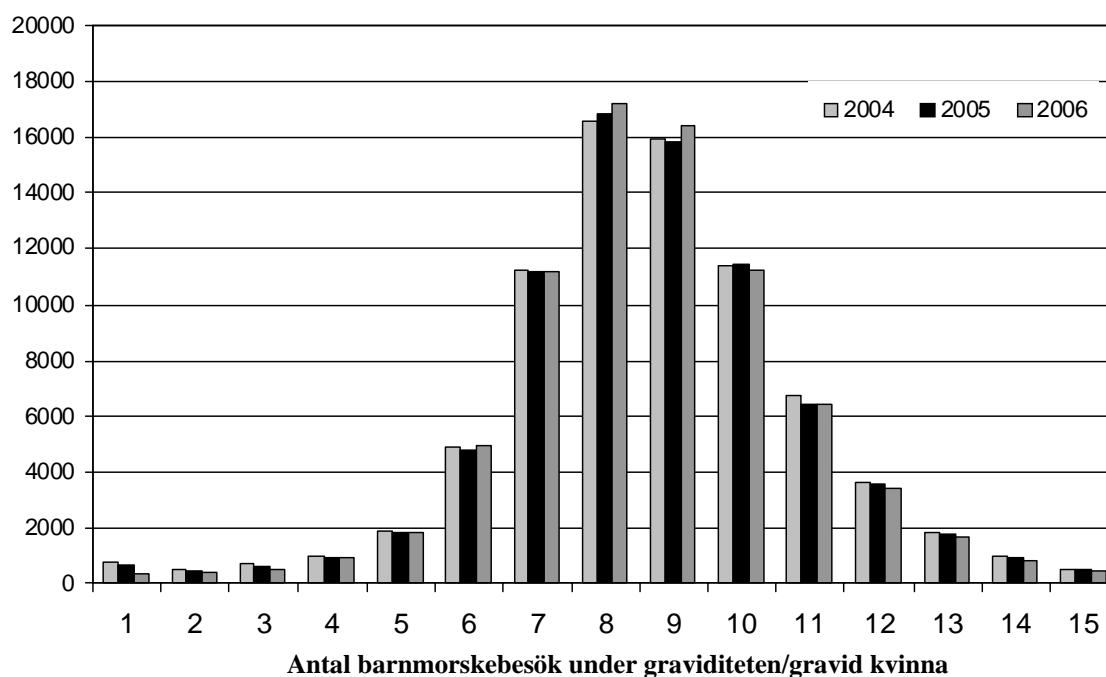
PROCESS

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 livsstilsfrågor som kan vara skadliga för det väntande barnet. Bl.a. rapporterar 46 % av enheterna att de använder AUDIT som screening instrument för alkoholkonsumtion.

En god kontinuitet i vården av den gravida ses i hela landet. Flertalet kvinnor träffar idag, liksom tidigare år, högst två barnmorskor under sin graviditet, och en läkare. Antalet inskrivna kvinnor/läkartimme avspeglar hur mycket tid läkare ägnar åt mödrahälsovård på mottagningarna. Denna tid varierar högst avsevärt i landet. År 2006 var riksgenomsnittet 61 kvinnor/läkartimme med stora variationer över landet. Trenden från tidigare år visar en minskning av läkarmedverkan över tid.

Diagram 1.
Antal barnmorskebesök på mottagningen/graviditet av samtliga gravida förstföderskor och omföderskor (2004-2006)



Orsaker till besök utöver basprogram

Sjuttiosex procent, närmare 60 000, av de gravida kvinnorna bedöms vid inskrivning kunna följa enhetens basprogram. Totalt gör 42 % av kvinnorna besök utöver basprogrammet. Psykosociala faktorer bidrar till 19 % och medicinska faktorer till 68 % av extrabesöken.

Annan orsak är där varken medicinsk eller psykosocial orsak är angiven.

Diagram 2a. Fördelning av besök utöver basprogram

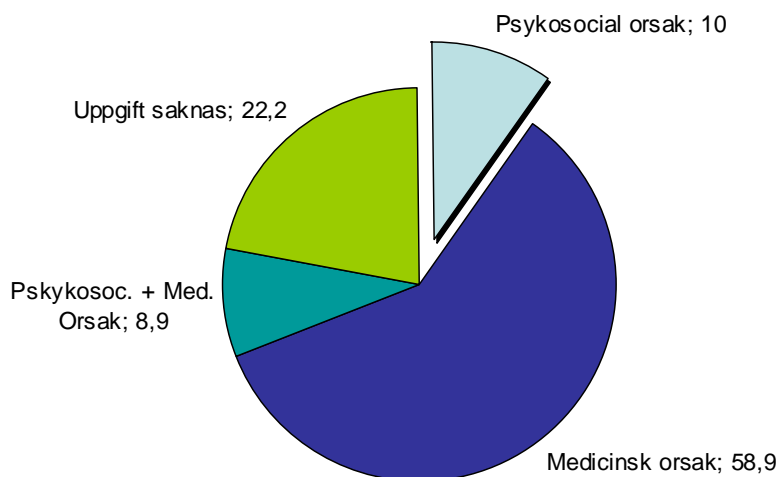
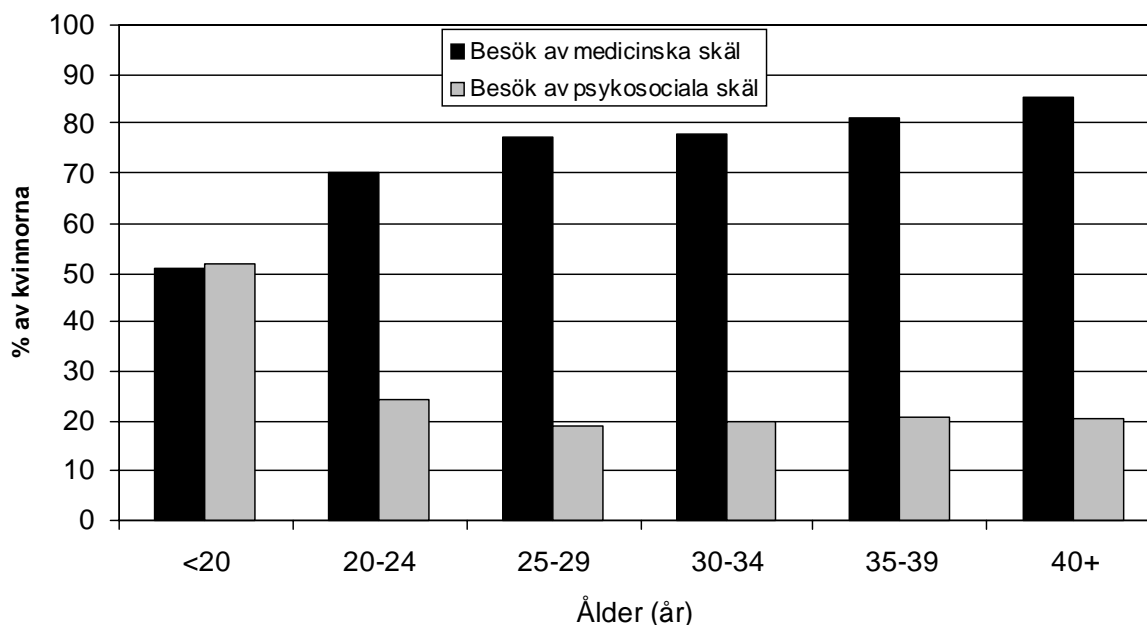


Diagram 2b. Besök utöver basprogram beroende på psykosociala faktorer och medicinska skäl fördelat på ålder.



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

I rapporten för 2006 är sjukskrivningarna uppdelade i två perioder, sjukskriven före respektive efter vecka 32. Tanken med detta var att bättre kunna jämföra sjukskrivningspraxis i landet eftersom sjukskrivning de sista två månaderna i hög utsträckning påverkas av försäkringskassornas bedömningar av ansökningar för havandeskapspenning samt sjukskrivningspolicy i förhållande till praxis kring uttag av föräldrapenning innan barnets födelse. I årets rapport har vi inte heller tagit med uppgifter kring havandeskapspenning eller föräldrapenning eftersom detta i högre utsträckning berör försäkringskassan än mödrhälsovården.

Det förelåg stora skillnader i andelen sjukskrivna både före och efter v 32. Även inom samma region var skillnaderna stora. Inom region Skåne (före vecka 32) var den lägsta sjukskrivningsfrekvensen 10.7% (Skåne sydvästra) och den högsta 23.5% (Skåne mellersta LLO). Den totala andelen kvinnor sjukskrivna före v 32 var 21.3%, bortfall 8.9% och motsvarande siffra efter v 32 var 23.7%, bortfall 8.7%. Sjukskrivningstalen efter vecka 32 var generellt höga i Stockholmsregionen (30.9 – 41.4%). Kalmar hade lägsta andelen sjukskrivna efter v 32 (15 %)

Eftersom det är första gången vi registrerar sjukskrivningstalen uppdelat på två perioder är det inte möjligt att direkt jämföra dessa med föregående års sjukskrivningstal. Av de som var sjukskrivna efter graviditetsvecka 20 år 2005 (33 %) är det sannolikt att övervägande andelen också var sjukskrivna någon period också senare under graviditeten. År 2006 var i medeltal 27.3% sjukskrivna efter vecka 32. Detta stöder vår uppfattning att andelen sjukskrivna under graviditet fortsätter att minska.

Diagram 3a. Andel sjukskrivna före v32/landsting

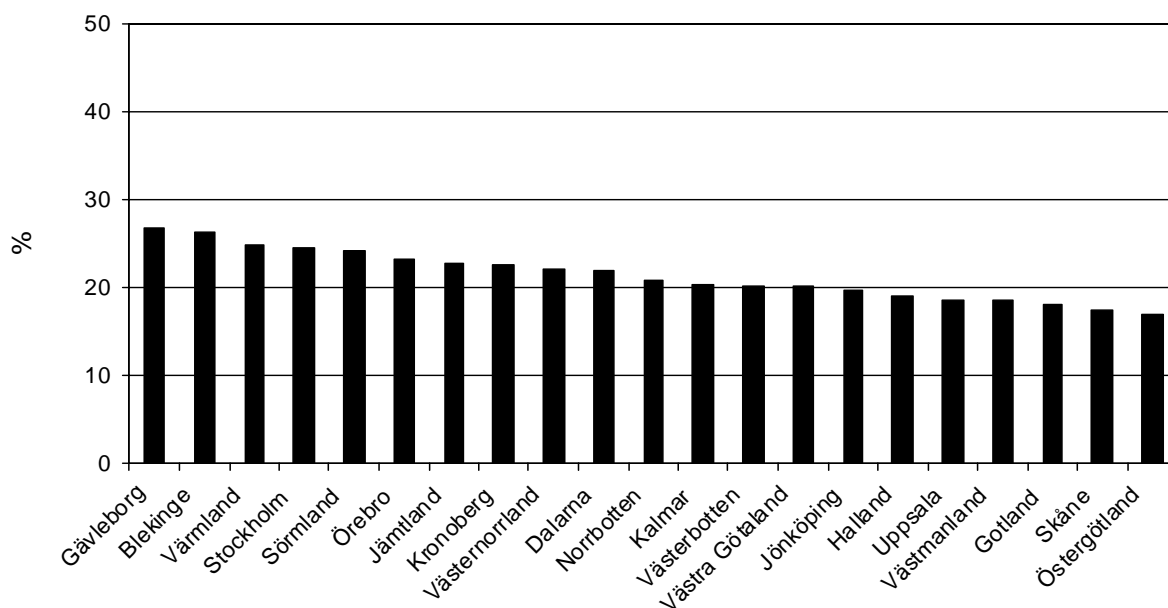
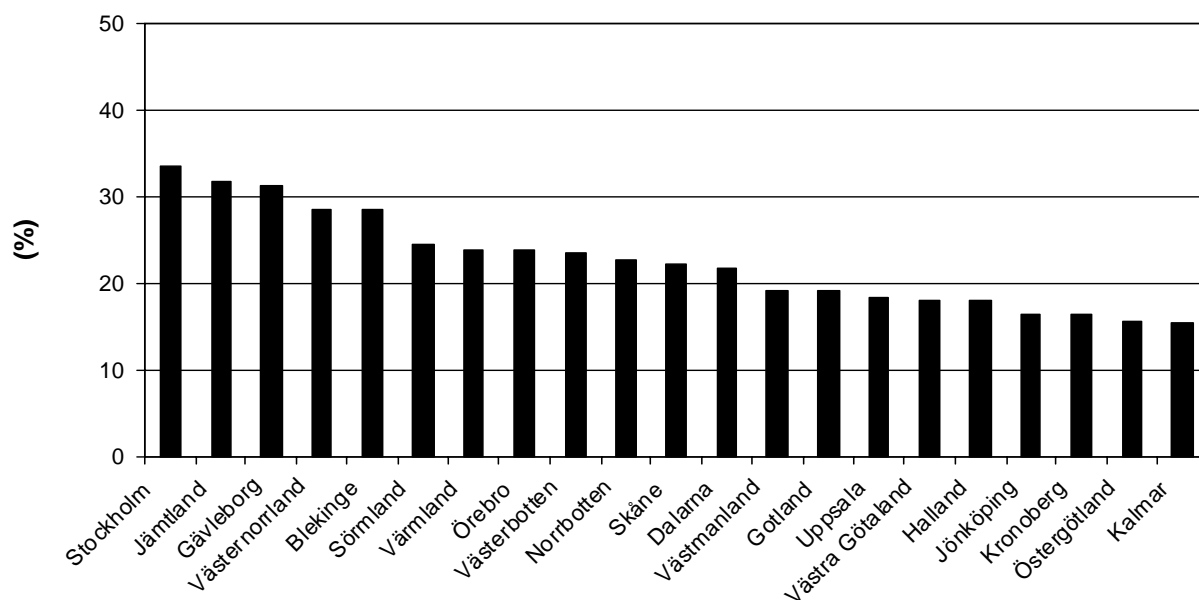


Diagram 3b. Andel sjukskrivna efter v32/landsting



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 överviktiga och feta individer 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 (ssk neuralrörsdefekter) och intrauterin fosterdöd (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.

2006 års siffror avseende övervikt och fetma

Kvinnornas medelvikt vid inskrivningen var 68,2 kg med en lägsta och högsta vikt av 34 samt 180 kg. Kvinnornas längd i medeltal 166,3 cm och en lägsta och högsta längd av 120 cm respektive 206 cm i materialet. Lägsta medellängd noteras i Kiruna (n=220; 163,97 cm) och högsta medellängd i Skåne sydöstra (n=1274; 167,27 cm).

Medelvärdet av BMI vid inskrivningen 24,7 (n=78 165 kvinnor) för totalkohorten. Proportionen kvinnor med BMI \leq 25, 25-29 eller \geq 30 beräknades till 63,5 %, 24,7 % respektive 11,8 %.

Diagram 4a nedan visar andel (%) av BMI grupperna övervikt (ljusblå) och fetma (lila) per möl/samba-område.

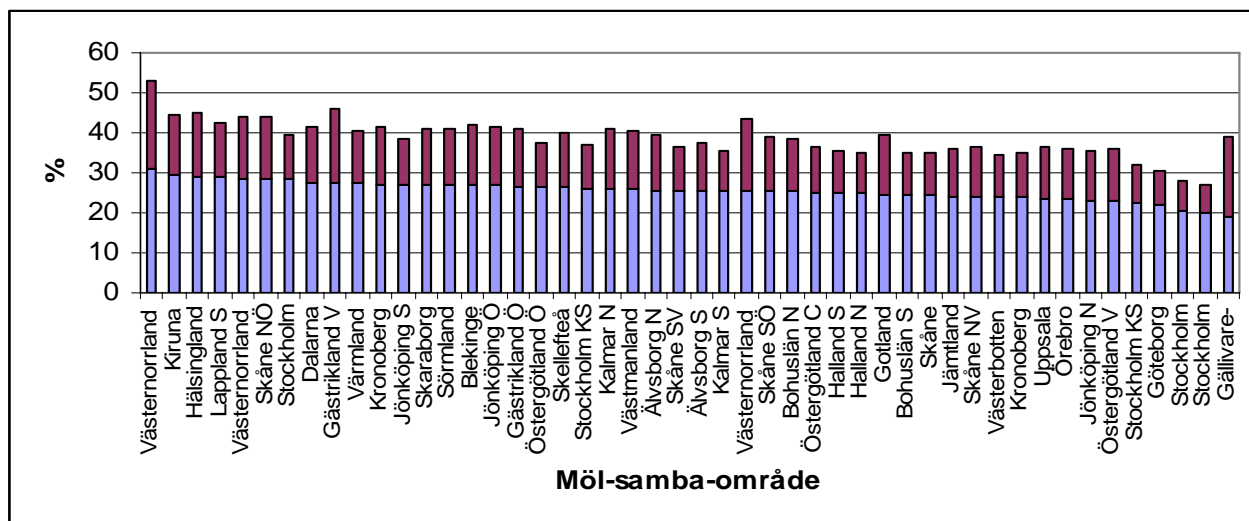


Diagram 4b nedan visar medelvärdet av BMI vid inskrivning per möl/samba-område.

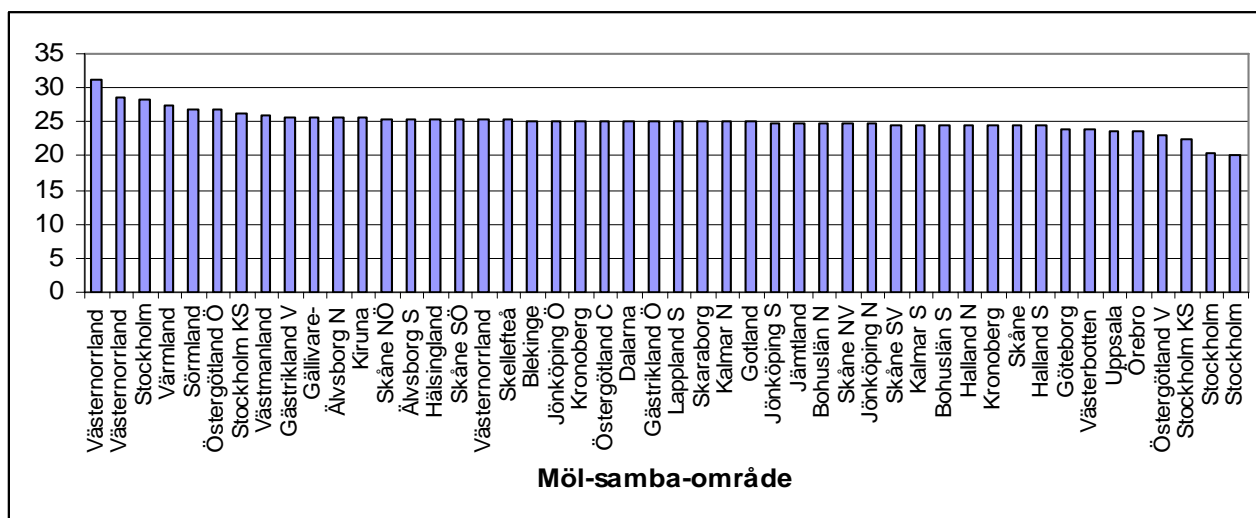
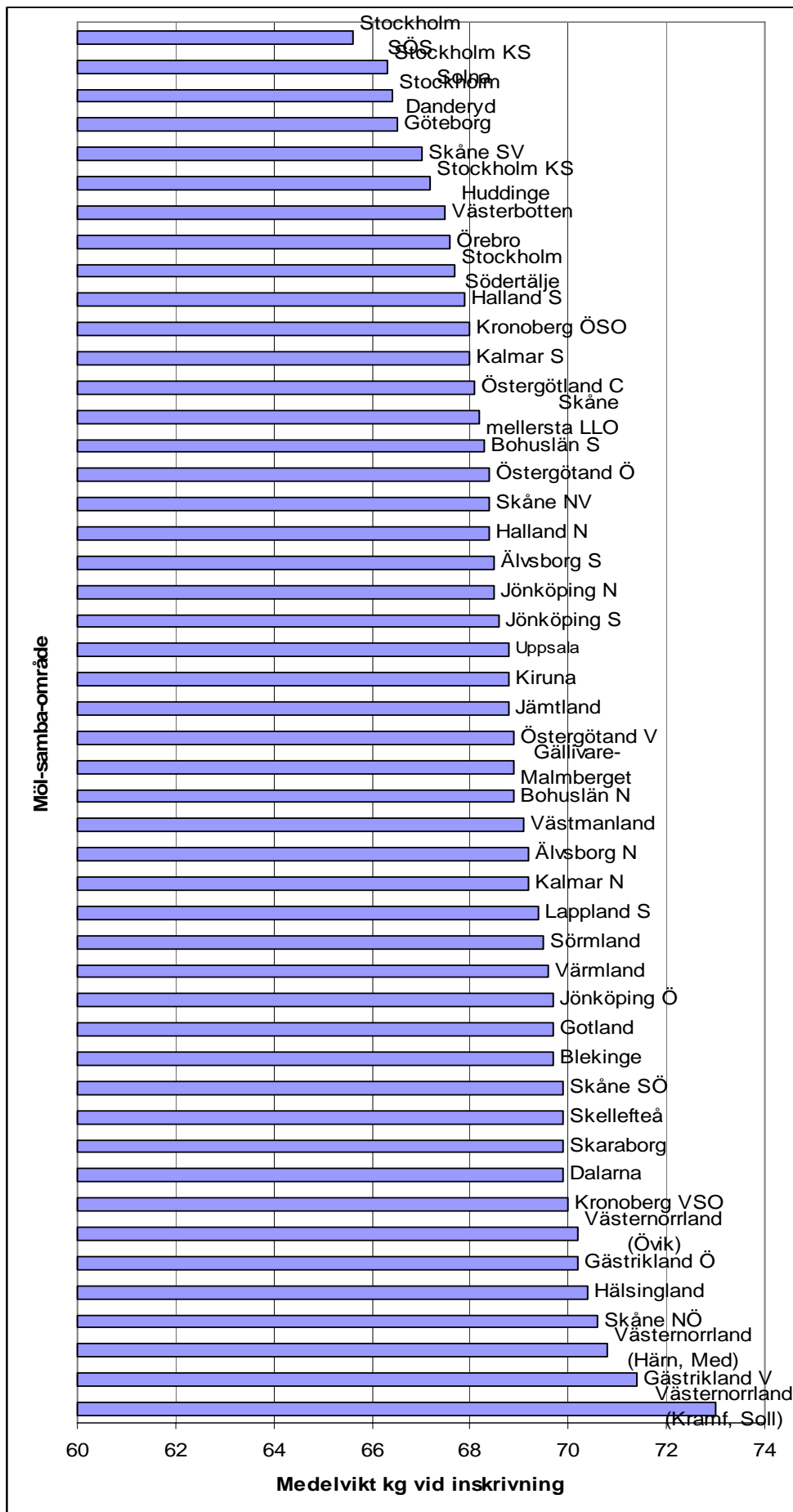


Diagram 4c Medelvikten vid inskrivning per möl/samba-område presenteras i grafen nedan. Medelinskrivningsvikten var som lägst i Stockholm SÖS (65,6 kg) och som högst i Västernorrland (73,0 kg).



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 relativt nyligen publicerad 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.

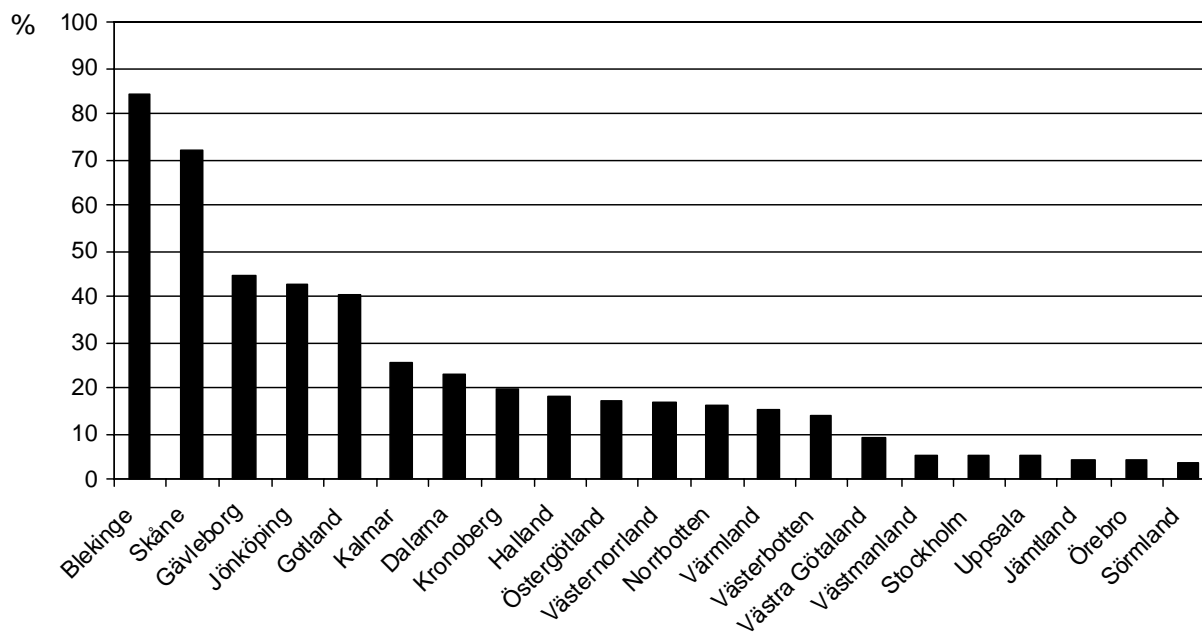
Översiktsartiklar avseende nyttan av screening av GDM konkluderar idag att det saknas tillräcklig evidens för att fastställa säkra positiva effekter av screening för GDM avseende graviditetsutfallet för mor och barn. Det finns dock vissa belägg för att behandling av graviditetsdiabetes minskar risken för neonatal hypoglykemi (9). En förhållandevis nyligen publicerad 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, Lorch 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, Yogeve 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.

2006 års siffror avseende graviditetsdiabetes

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



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. Skillnaderna i nikotinbruk är stor utifrån socioekonomisk tillhörighet (Folkhälsorapporten 2005 EPC) Socialstyrelsen arbetar med att ta fram kvalitetsindikatorer för sjukvård. Som ett led i detta startades under 2005 ett samarbete mellan kvalitetsregistrets arbetsgrupp o representant från socialstyrelsen ett arbete med att utveckla kvalitetsindikatorer för MHV, möjliga att använda i ett kvalitetsregister. Speciell matris används för att beskriva en kvalitetsindikator.

Beskrivning av rökning som förbättringsindikator:

Aktuell kvalitetsindikator: förekomst av rökning under pågående graviditet.

Relevans: Rökning under graviditet påverkar fostrets och barnets liv och hälsa.

Led i vård och omsorgskedjan: Primär/Sekundärprevention kontinuerligt under graviditeten

Kvalitetsområde: Kunskapsbaserad och ändamålsenlig hälso- och sjukvård

Mått	Beskrivning	Datakälla	Felkälla	Form för redovisning	Målnivå	Intressent
Andel rökande före graviditet, vid inskrivning och i graviditetsvecka 32	Täljare: andel rökande vid tre tillfällen Nämnare: Totalt antal gravida	Journal. Kvalitetsregister	Felaktig information Uppgift ej införd eller fel-dokumenterad	Redovisas på riks-, region- och enhetsnivå Redovisas på årsbasis. skriftligt och muntligt	Rökfriet för 100 %	Barnet Kvinnan Profession Sjukvårds- huvudmännen

Under perioden 2003 till 2006 har andelen kvinnor som rökte tre månader före graviditeten minskat från 19 % till 16 %. 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. Mottagningarna lyckas i varierande grad, men i genomsnitt lyckas ytterligare 2 % av rökarna att sluta röka under graviditeten.

Diagram 6a.
Andel rökare före graviditeten, vid inskrivning och i v32 (2003-2006)

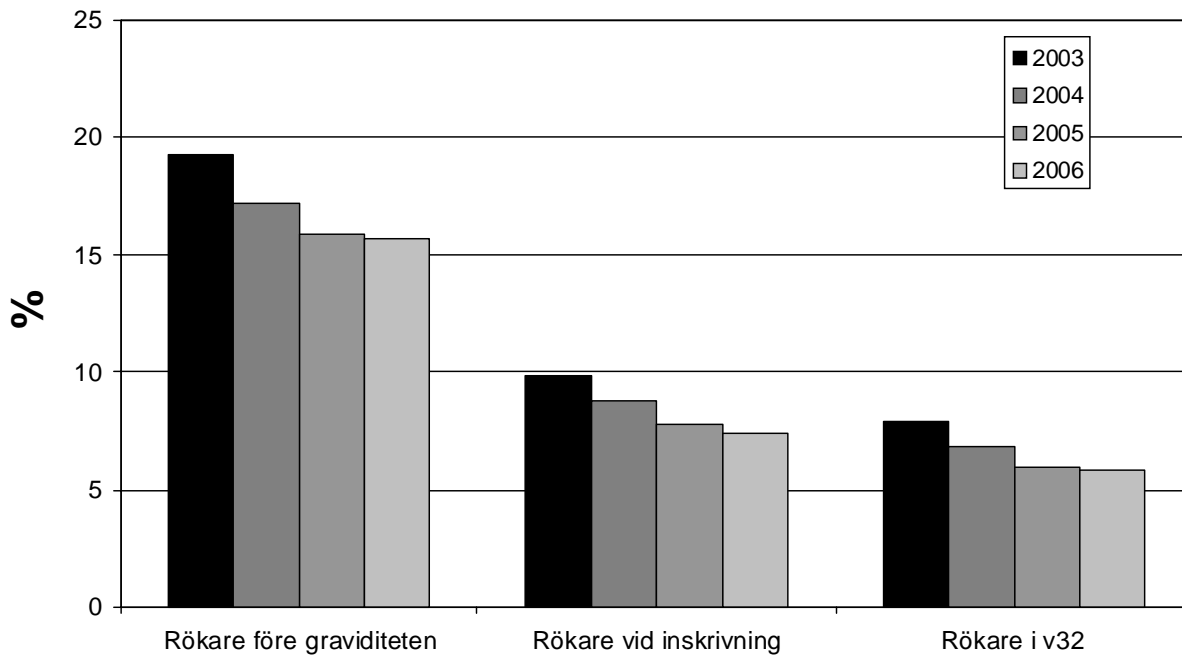
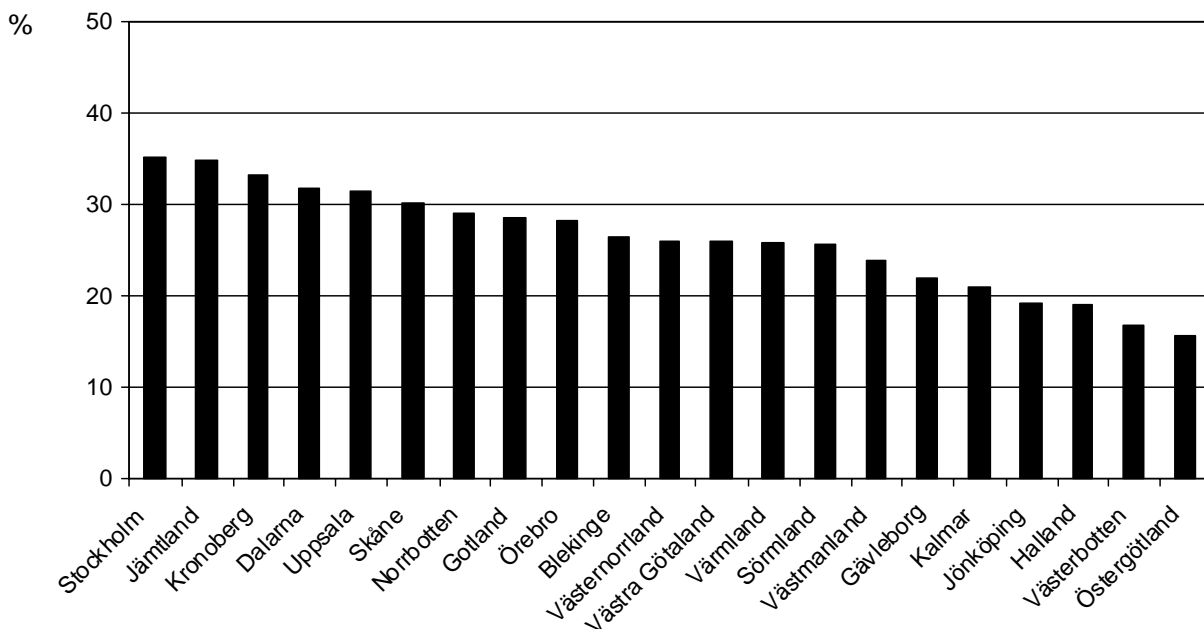


Diagram 6b
Andel kvinnor som slutat röka under graviditeten (rökare vid inskrivning - icke rökare i v32)

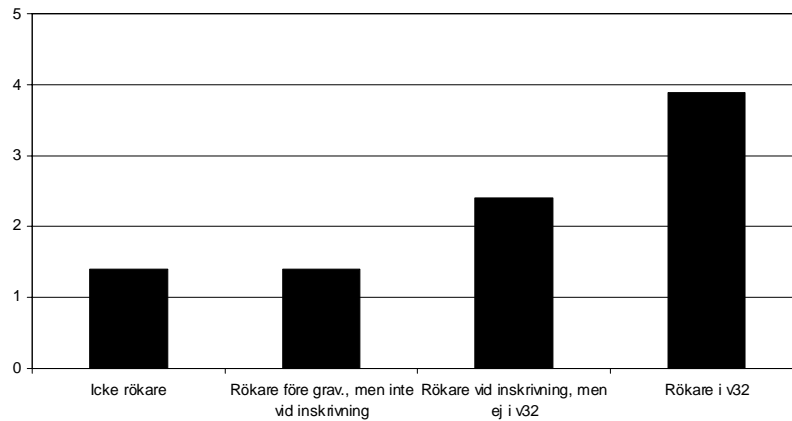


Diagrammet ovan kan jämföras med den genomsnittliga siffran för riket som visar en 25 % minskning av rökande kvinnor vid inskrivning till graviditetsvecka 32.

Liksom vid tidigare undersökningar så är det en klar överrepresentation av barn som är "Lätta för tiden" om modern röker under graviditeten. 4 % av de kvinnor som rökte i graviditetsvecka 32 födde barn som var "Lätta för tiden". Motsvarande siffra för de som inte rökte var ca 1,5 %. Det framgår också att de kvinnor som rökte 3 månader innan graviditeten, men *slutat* före inskrivning i mödrhälsovården föder barn som får diagnosen SGA i samma utsträckning som ickerökande kvinnor.

Diagram 6c

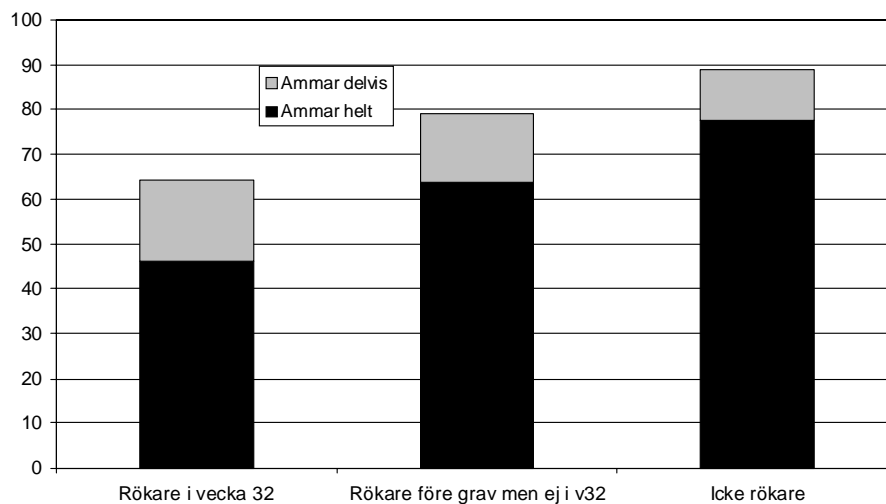
Andel födda barn som fått diagnos SGA, i relation till moderns rökvanor



Amning

Cirka 80 % av alla kvinnor kommer till mottagningen på ett eftervårdsbesök. I den gruppen är andelen som ammar helt 62 % och andelen som delvis ammar 10 %. Det är stora skillnader i amning om kvinnan är rökare eller ej.

Diagram 7. Amning i grupperna rökare/icke-rökare under graviditet, i % av förlösta kvinnor som gjort efterkontroll



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 1,6 % 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 % (8574 / 81103) av alla gravida. Se diagram 8a.

Andelen upptäckta SGA-barn i förhållande till antal kvinnor där ultraljud utförts på misstanke om tillväxthämning var ca 15 % (1294 / 8574). Se diagram 8b.

50 % (649/1294) av de barn som föddes med SGA hade remitterats för ulj på misstanke om tillväxthämning men 20 % (257/1294) avfördes från misstanke efter ultraljud.

47 % (602/1294) av de barn som föddes med SGA hade inte remitterats för ulj (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 drygt 13 % (1167/8574) Se diagram 8d.

Före förlossningen misstänktes 1,4 % av fostren (1167/ 81103) vara tillväxthämmade, varav 0,5 % (392/81103) också visade sig vara lätta för tiden. Totalt fick vid förlossningen 1,6 % 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 34 % (392/1167) 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 % (257/1294) 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 8a Andel gravida kvinnor som genomgått ultraljudsundersökning för tillväxtkontroll / landsting

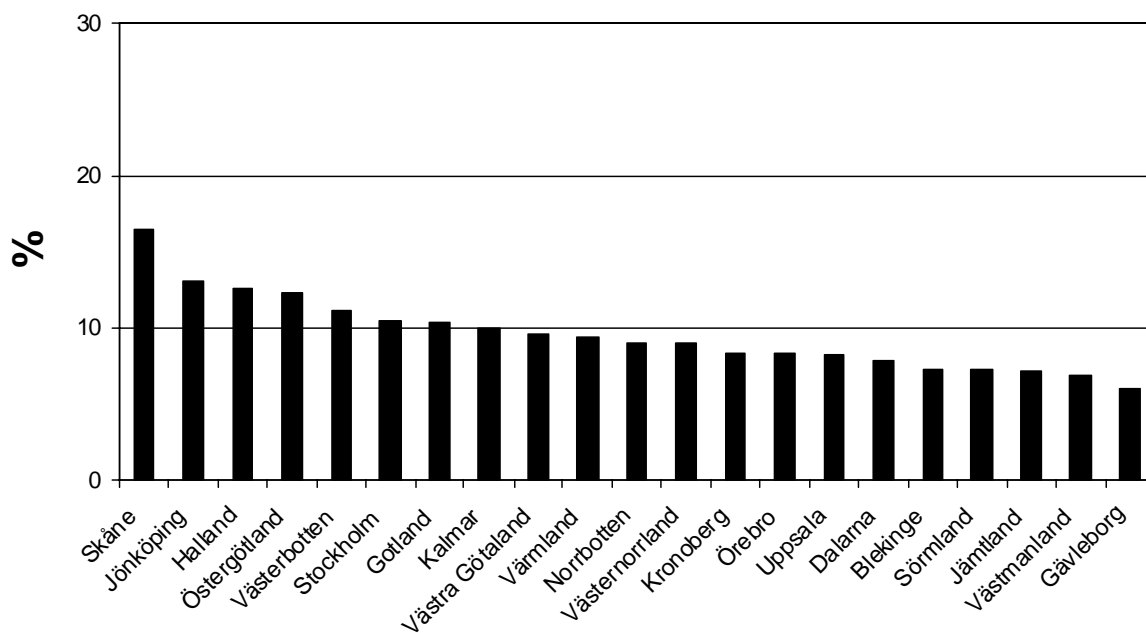


Diagram 8b Andel upptäckta SGA-barn i förhållande till antal kvinnor där ultraljud utförts pga misstanke om tillväxthämning

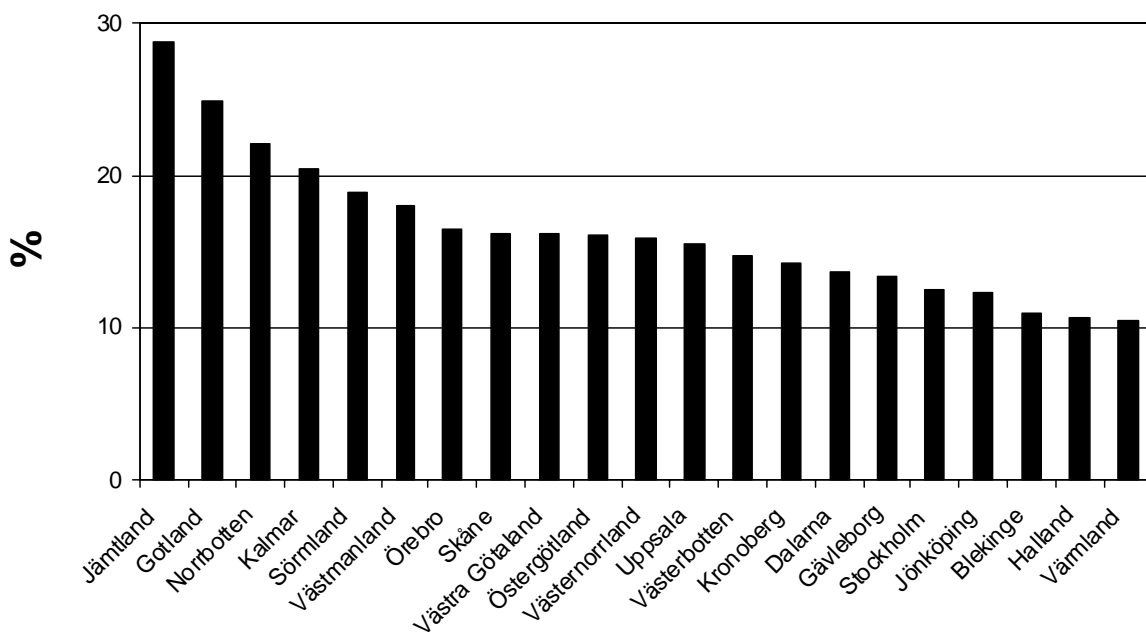


Diagram 8c Andel av det totala antalet födda SGA-barn där U-ljud gjorts med misstanke om tillväxthämning

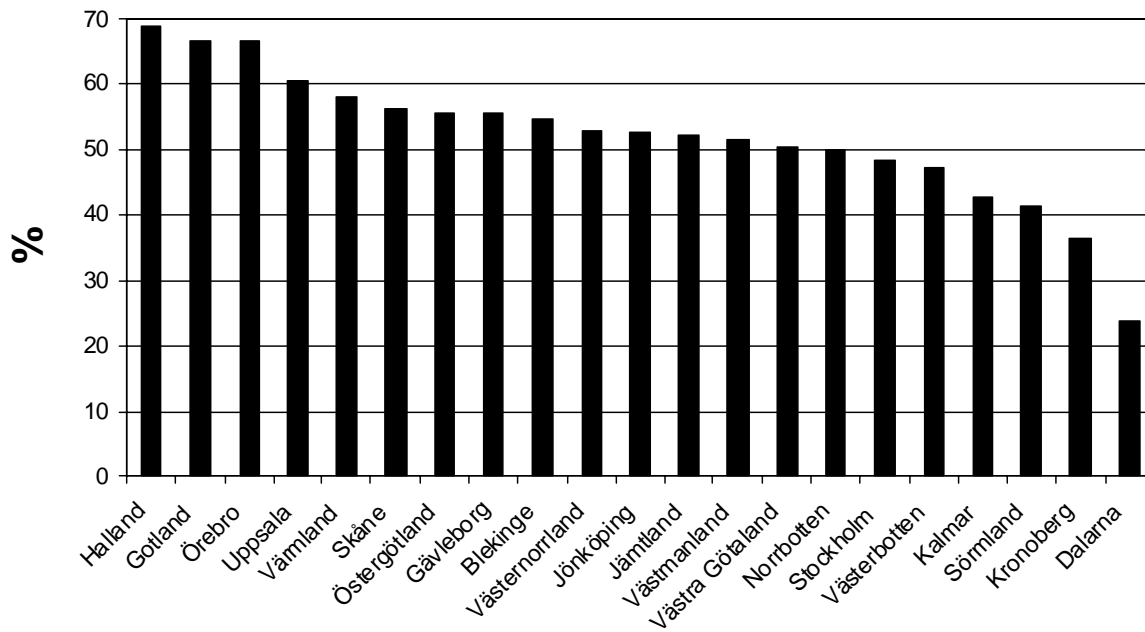
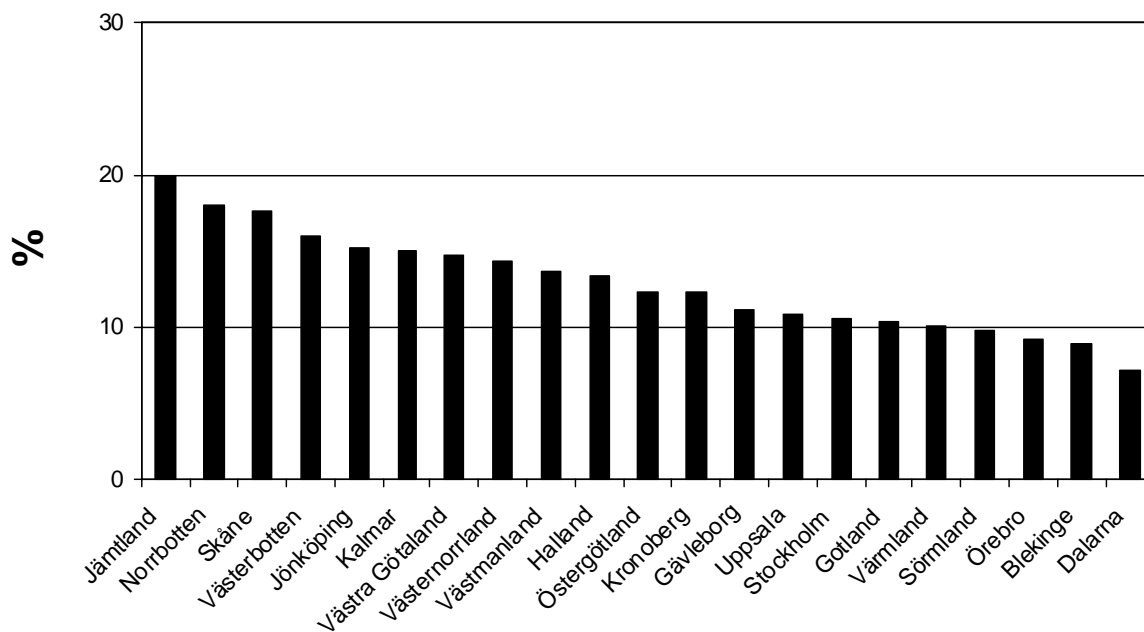
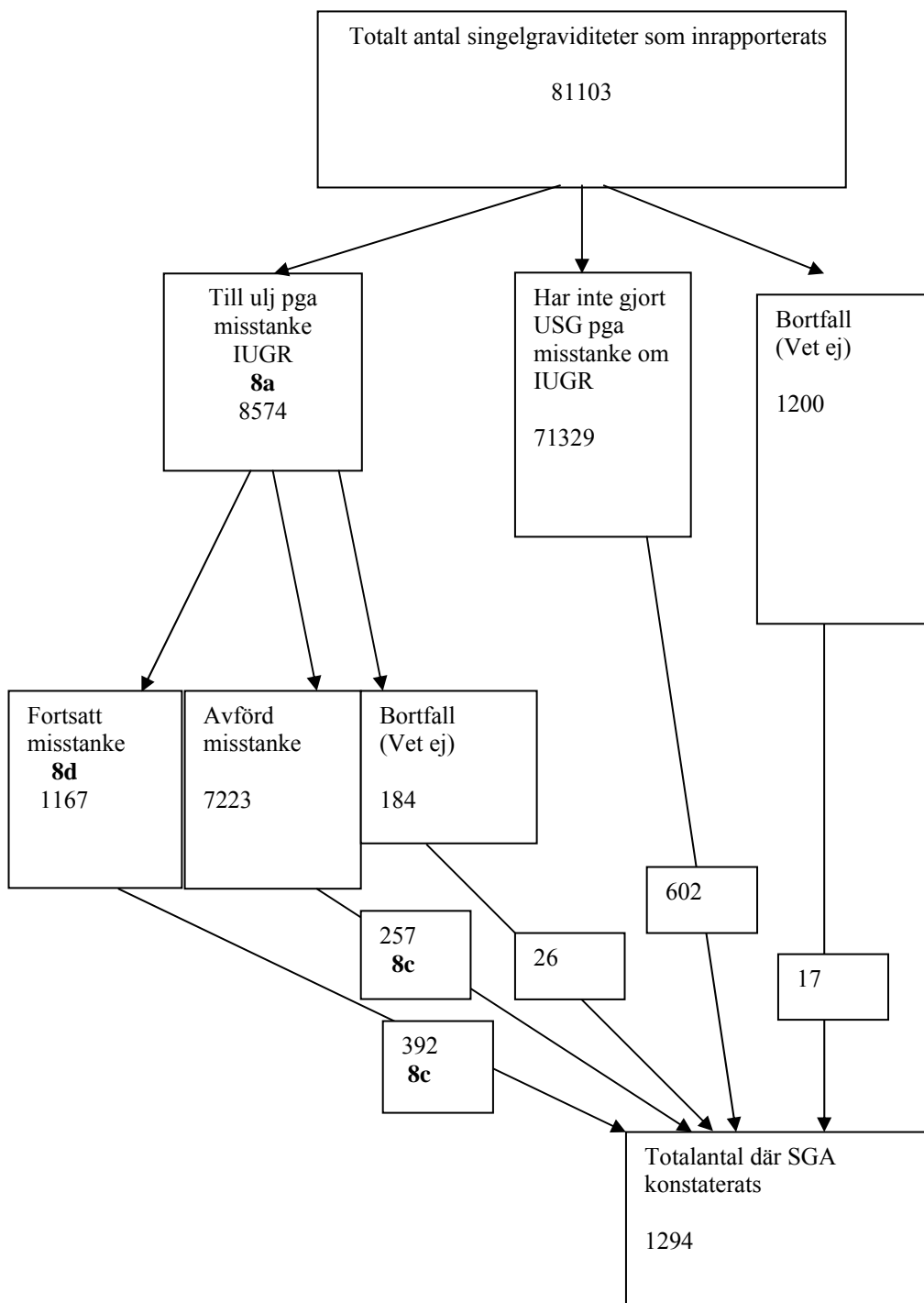


Diagram 8d Andel av de som remitterats för ultraljud pga misstanke om tillväxthämning där ultraljud visat större viktavvikelse än -21 %





Sectio

Totala sectiofrekvensen för singelgraviditeter 2006 var 15.7%. Lägsta snittfrekvensen hade Jönköpings län (12.4%) och högst Västernorrland (20.3%). Andelen kejsarsnitt för singelgraviditeter har i Nationella registret över åren visat en ökande trend (se bilaga 4d) även om den inte är lika tydlig som i MFR.

För 2005 rapporterade MFR att sectiofrekvensen för landet var 17 % och vid en presentation våren 2008 rapporterades siffran 18 % för 2006 (Karin Källén). Detta talar för en underrapportering gällande sectiofrekvensen i våra data.

Diagram 9a Sectio/landsting år 2006.

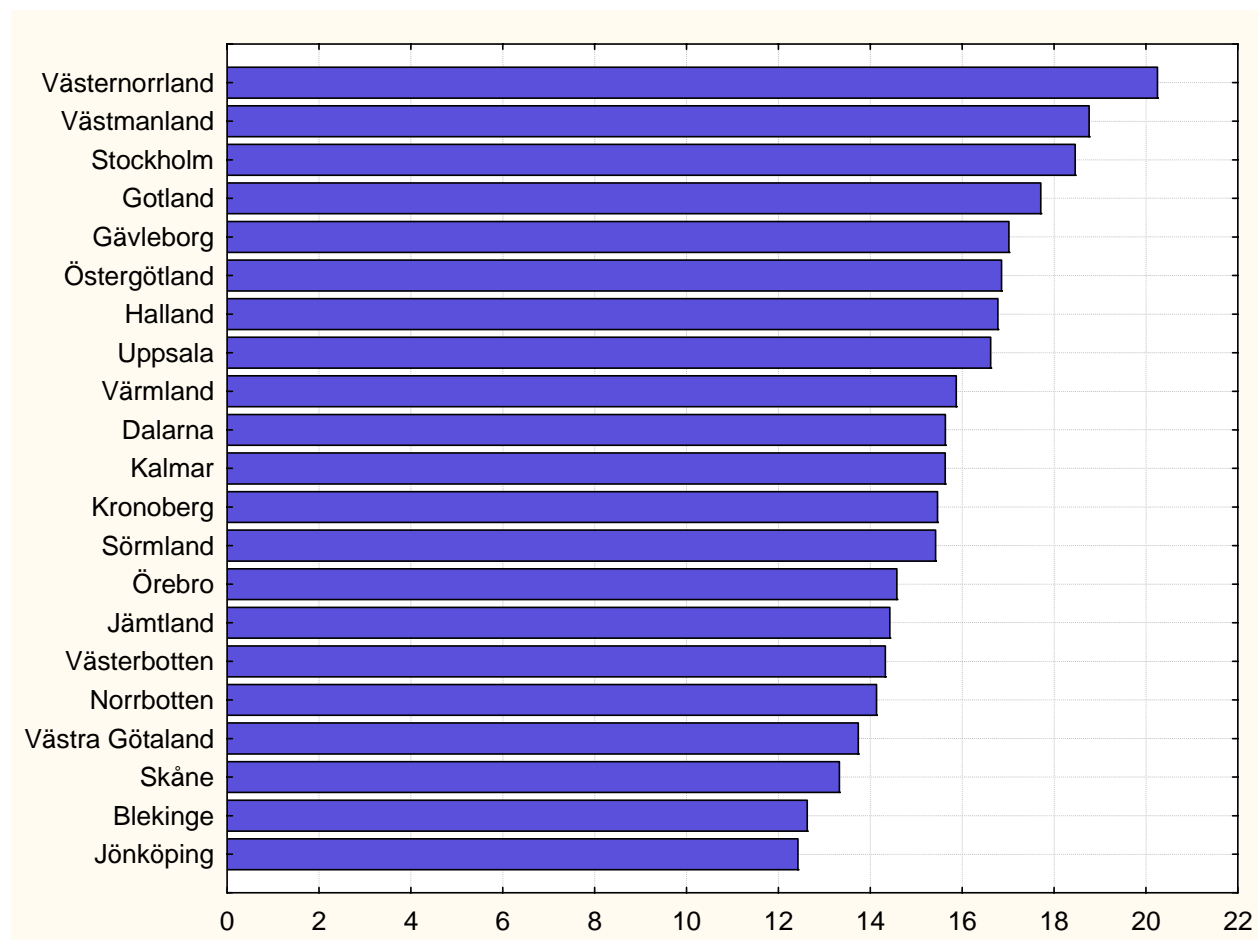
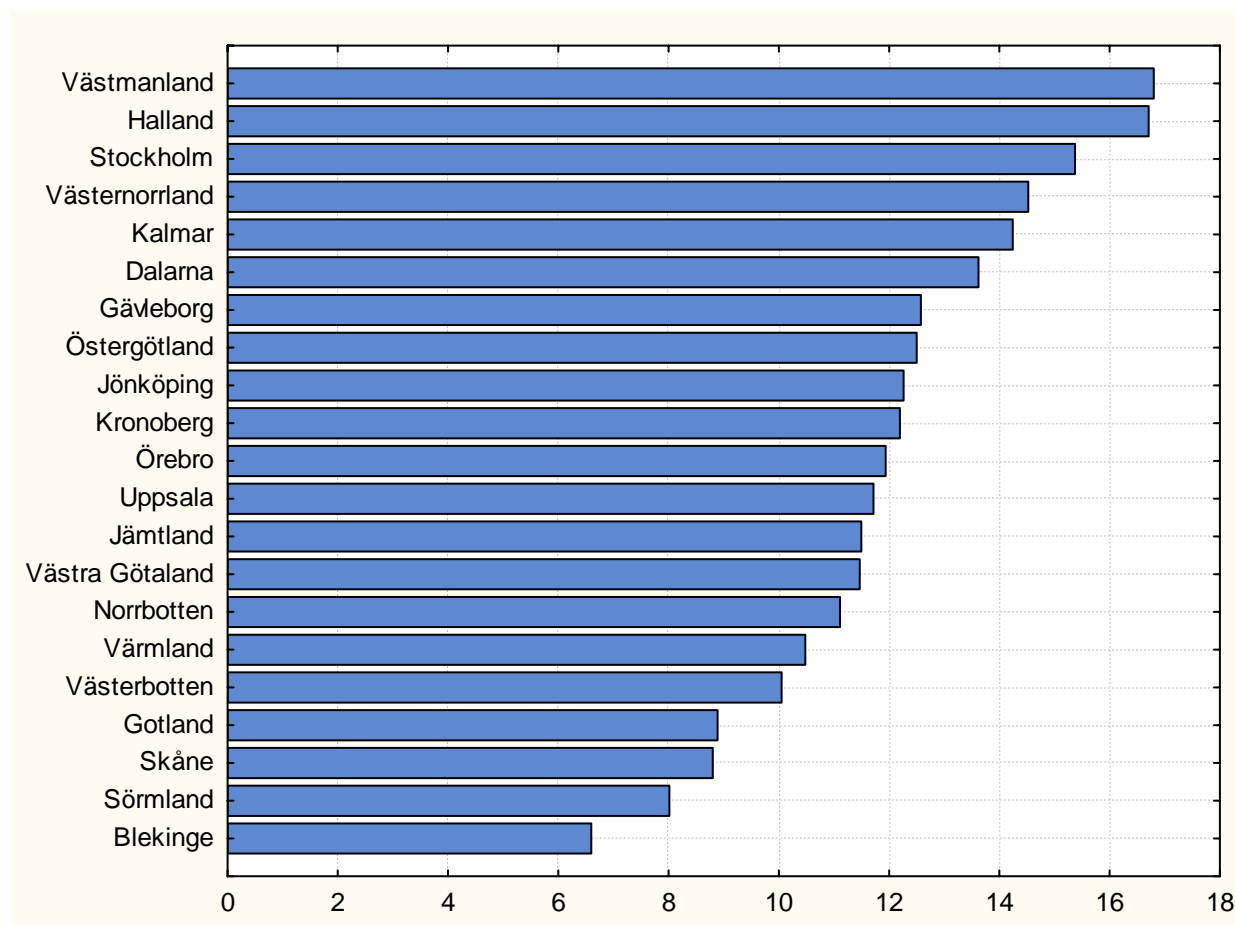


Diagram 9b Sectio/landsting för förstföderskor utan kända riskfaktorer
 (18.4 < BMI < 25.0 vid inskrivningen, ej rökare vecka 32, födde barn mellan v 37-42, barnets födelsevikt var 3000 – 3999 g). Ålder finns ej med i selektionen.



Sectiofrekvensen för duplex år 2006 var 43.2% och motsvarande siffra år 2005 var 50.1%. Det är osannolikt att andelen kejsarsnitt vid duplex har minskat varför även andelen sectio 2006 sannolikt är underrapporterade. MFR anger att snittfrekvensen för duplex har varit över 50 % sedan år 2000.

Av det totala antalet kejsarsnitt utfördes 12,4 % (n= 1581) med anledning av förlossningsrädsla. Fördelningen var 24 % förstföderskor och 76 % omföderskor. Det stora antalet omföderskor tyder på att det framför allt är erfarenheter från föregående förlossning som påverkar kvinnors önskemål om snitt vid nästkommande graviditet. Primär förlossningsrädsla utgör endast en mindre andel av de humanitära snitten. 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

57 % av alla kvinnor som förlöstes med sectio på indikationen förlossningsrädsla hade fått särskilt stöd under graviditeten. Andelen som erbjudits stöd kan ha varit högre eftersom en del kvinnor avböjer detta. I åtta samba-områden har kvinnorna i över 80 % har fått stöd i Aurora-grupp eller liknande inför beslut om sectio. Sannolikt beror detta på att dessa områden har bättre resurser för att erbjuda stöd men det kan också vara tydliga vårdprogram där Aurora-samtal ingår innan beslut fattas om sectio på icke medicinsk indikation.

Av de kvinnor som gått i Aurasamtal förlöstes senare 36.5% med sectio. Sectiofrekvensen bland de kvinnor som fått extrastöd under graviditeten varierade mellan 20–50 %. Resultaten måste tolkas med försiktighet då uppgifter om vilka kvinnor som fick stöd saknas.

Bilaga 1 Antal inskrivna gravida och barnmorsketjänster vid mottagningen 2006

MÖL/SAMBA-område	Inskrivna gravida	Barnmorske tjänster	Inskrivna/ barnmorske tjänst	Inskrivna/ Läkartimma	Antal preventiv- medelsbesök /Bmtj	Antal cytologprover/ BMTj
Riket 2006	113001	1234,0	91,6	61,1	428	279
Riket 2005	108970	1266,7	86,0	57,6	467,1	287,5
2004	105471	1215,1	86,8	56,4	477,8	264,1
2003	99143	1145,2	86,6		468,1	302,6
Blekinge	1678	20,3	82,9	36,5	827	264
Bohuslän norra	1196	15,6	76,7	81,1	412	415
Bohuslän södra	3207	34,9	92,0	42,2	300	239
Dalarna	2809	43,5	64,6	43,0	427	305
Gotland	500	6,9	72,0	38,5	369	316
Gällivare-Malmberget	279	4,3	64,9	68,0	297	288
Gästrikland västra	554	6,6	84,6	69,3	559	458
Gästrikland östra	1059	13,0	81,5	75,6	323	416
Göteborg	8483	78,2	108,5	69,0	404	166
Halland norra	1780	18,9	94,2	30,7	263	337
Halland södra	1528	14,0	108,9	71,1	529	360
Helsingland	1214	17,5	69,4	60,0	436	411
Jämtland	1508	23,8	63,5	67,8	338	247
Jönköping norra	1553	20,3	76,7	46,4	420	310
Jönköping södra	971	9,8	99,1	53,9	549	431
Jönköping östra	1114	12,9	86,6	35,4	604	425
Kalmar norra	882	13,6	64,9	46,2	517	392
Kalmar södra	1461	15,2	96,1	63,2	524	478
Kiruna	249	2,8	90,5	31,1	357	462
Kronoberg VSO	566	5,9	96,8	70,8	1018	410
Kronoberg ÖSO	1646	16,3	101,0	54,0	470	306
Lappland södra	2156	31,5	68,4	80,1	439	298
Skaraborg	2772	34,4	80,5	79,7	444	345
Skellefteå	772	10,0	77,2	44,1	560	323
Skåne mellersta LLO	3055	38,8	78,7	109,1	196	165
Skåne nordvästra	2432	27,7	88,0	103,5	428	255
Skåne nordöstra	1863	18,2	102,4	115,0	499	306
Skåne sydvästra	3057	23,3	131,2	76,4	476	266
Skåne sydöstra	1810	21,2	85,6	86,2	539	327
Stockholm Danderyd N	3486	36,5	95,5	59,6	385	277
Stockholm KS Huddinge	4501	42,8	105,1	64,3	408	286
Stockholm KS Solna	11649	93,9	124,0	47,7	499	245
Stockholm Södertälje	1894	18,0	105,2	76,7	295	227
Stockholm SÖS	8651	79,8	108,4	66,5	264	184
Sörmland	2863	31,9	89,7	81,6	393	366
Uppsala	3923	36,8	106,6	118,9	338	221
Värmland	3036	39,8	76,3	45,1	583	384
Västerbotten	2200	24,8	88,7	244,4	436	342
Västernorr. (Härn.Med)	1827	20,7	88,5	235,7	320	422
Västernorr. (Kramf,Soll.)	341	4,3	79,3	35,9	416	442
Västernorrland (Ö-vik)	587	27,0	96,2	21,7	342	531
Västmanland	3000	37,4	80,2	206,3	452	250
Älvsborg norra	1621	22,1	73,2	90,1	460	381
Älvsborg södra	3294	44,4	74,3	47,4	573	299
Örebro	3284	47,7	68,9	57,2	430	318
Östergötland centrala	1894	20,8	91,1	61,1	375	
Östergötland västra	774	9,0	86,0	45,5	460	
Östergötland östra	2022	18,3	110,8	33,7	453	

Bilaga 2. Rökning före och efter graviditet i olika områden 2006

MÖL/SAMBA-område	Andel rökande mammor före graviditeten	Rökare vid inskrivning	Andel rökande mammor i v32
2006 /Samtliga inrapporterade)	15,7	7,4	5,8
2005	15,9	7,8	6,0
2004	17,2	8,8	6,8
2003	19,3	9,9	7,9
Blekinge	20,0	10,1	7,9
Bohuslän norra	18,1	9,9	7,9
Bohuslän södra	14,9	6,1	4,1
Dalarna	18,2	8,7	6,2
Gotland	19,2	9,1	7,3
Gällivare-Malmberget	14,0	7,2	6,0
Gästrikland västra	19,1	10,8	10,2
Gästrikland östra	16,6	8,4	6,9
Göteborg	14,5	6,0	4,4
Halland norra	11,4	5,2	4,4
Hallans södra	17,5	8,3	7,6
Helsingland	17,7	9,6	7,4
Jämtland	9,6	3,9	2,8
Jönköping norra	14,0	6,1	5,3
Jönköping södra	18,1	10,1	8,5
Jönköping östra	16,6	8,7	7,5
Kalmar norra	20,2	9,5	8,3
Kalmar södra	19,4	9,0	7,5
Kiruna	12,7	7,7	5,0
Kronoberg VSO	18,6	7,7	7,0
Kronoberg ÖSO	18,2	7,6	4,7
Lappland södra	14,3	6,5	5,2
Skaraborg	16,4	9,7	7,9
Skellefteå	10,0	4,0	4,2
Skåne mellersta LLO	15,3	8,0	6,9
Skåne nordvästra	21,4	10,4	7,2
Skåne nordöstra	19,8	10,8	9,2
Skåne sydvästra	20,4	10,0	6,4
Skåne sydöstra	20,6	11,0	9,1
Stockholm Danderyd N	10,6	4,1	2,8
Stockholm KS Huddinge	15,3	7,2	5,5
Stockholm KS Solna	13,5	5,0	3,7
Stockholm Södertälje	19,4	9,5	6,7
Stockholm SÖS	11,4	3,7	2,7
Sörmland	16,8	9,3	7,2
Uppsala	14,4	5,7	4,2
Värmland	20,0	9,9	7,8
Västerbotten	8,3	2,9	2,5
Västernorr. (Härn.Med)	14,1	8,8	6,8
Västernorr. (Kramf,Soll.)	13,2	8,9	8,3
Västernorrland (Ö-vik)	9,1	4,7	3,8
Västmanland	17,6	8,5	7,0
Älvsborg norra	18,3	9,5	8,1
Älvsborg södra	17,8	9,4	7,4
Örebro	17,5	8,5	6,6
Östergötland centrala	10,2	4,4	3,8
Östergötland västra	15,9	6,9	5,9
Östergötland östra	18,3	8,2	7,7

Bilaga 3. Deltagande enheter. Inskrivna gravida kvinnor, förlösta kvinnor med registrerade uppföljningsanteckningar, besök för preventivmedelsrådgivning samt tagna cytologprov på kallade för hälsokontroll 2006

MÖL/SAMBA-område	Mottagn enheter	Inskrivna gravida	Förlösta med uppf. Ant.	Prev.medels besök	Antal kallade för cytologprov	Andel av kallade som kom
2006 (samtliga inrapporterade)	453	113001	81103	527963	714062	47
2005	470	108970	78789	591728	705243	51,6
2004	477	105471	79915	580500	632036	50,8
2003	427	99143	68867	534864	621730	52,0
Blekinge	5	1678	1386	16741	13276	40
Bohuslän norra	9	1196	1062	6433	9799	66
Bohuslän södra	12	3207	2210	10459	14984	52
Dalarna	22	2809	1925	18571	22214	60
Gotland	3	500	463	2560	4034	54
Gällivare-Malmberget	3	279	235	1276	2147	58
Gästrikland västra	3	554	314	3659	3603	83
Gästrikland östra	1	1059	868	4195	6698	81
Göteborg	16	8483	5407	31576	32972	39
Halland norra	3	1780	1487	4979	10669	60
Hallans södra	3	1528	891	7424	7845	64
Helsingland	8	1214	1057	7635	9259	78
Jämtland	23	1508	1116	8035	8349	70
Jönköping norra	9	1553	1569	8501	12692	50
Jönköping södra	4	971	862	5385	8400	50
Jönköping östra	6	1114	941	7769	7307	57
Kalmar norra	5	882	781	7026	9131	58
Kalmar södra	8	1461	1260	7969	14513	50
Kiruna	1	249	220	983	1787	71
Kronoberg VSO	3	566	457	5953	5457	44
Kronoberg ÖSO	7	1646	1386	7653	12940	39
Lappland södra	24	2156	1434	13816	15577	60
Skaraborg	16	2772	2270	15279	16065	74
Skellefteå	1	772	479	5600	4431	73
Skåne mellersta LLO	1	3055	2622	7613	20564	31
Skåne nordvästra	10	2432	2182	11833	20779	34
Skåne nordöstra	10	1863	1396	9090	10983	39
Skåne sydvästra	1	3057	2579	11100	24370	25
Skåne sydöstra	9	1810	1290	11409	14428	48
Stockholm Danderyd N	7	3486	3321	14065	28330	36
Stockholm KS Huddinge	10	4501	3008	17478	39217	31
Stockholm KS Solna	19	11649	5770	46895	69355	33
Stockholm Södertälje	8	1894	947	5302	12320	33
Stockholm SÖS	12	8651	4538	21060	47515	31
Sörmland	11	2863	2107	12536	19375	60
Uppsala	14	3923	2593	12439	28887	28
Värmland	25	3036	2426	23192	19069	80
Västerbotten	21	2200	1587	10800	12045	70
Västernorr. (Härn.Med)	8	1827	1443	6599	10865	80
Västernorr. (Kramf,Soll.)	2	341	302	1787	1972	96
Västernorrland (Ö-vik)	1	587	472	2085	3468	93
Västmanland	29	3000	2340	16900	25953	36
Älvsborg norra	9	1621	1302	10190	12467	68
Älvsborg södra	13	3294	2640	25402	8808	68
Örebro	28	3284	2634	20502	29143	52
Östergötland centrala	3	1894	1544	7799	.	
Östergötland västra	1	774	390	4137	13276	
Östergötland östra	6	2022	1590	8273	9799	

Bilaga 4a. Sammanställning av individbaserade data kring MVC-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	%	%	%	%	%	%	%
2006 (samtliga inrapp)	113001	81103	8,9	8,2	41,8	42,5	77,1	10,4	4,1	6,6	22,0
2005 (Samtliga inrapp.)	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	1678	1386	9,7	9,1	51,6	56,4	78,8	20,2	3,6	7,4	22,6
Bohuslän norra	1196	1062	9,4	9,0	45,1	53,2	82,4	30,1	5,2	8,8	30,8
Bohuslän södra	3207	2210	11,2	9,2	52,5	49,1	87,7	11,1	5,0	8,3	30,7
Dalarna	2809	1925	9,7	9,2	44,9	41,2	79,9	11,2	3,2	5,9	28,2
Gotland	500	463	8,5	8,3	43,3	46,2	79,0	7,5	2,4	8,3	8,2
Gällivare-Malmberget	279	235	9,1	8,6	64,3	65,6	79,8	8,6	3,6	6,0	14,0
Gästrikland västra	554	314	9,6	9,1	32,8	31,2	88,0	4,2	9,6	14,8	17,2
Gästrikland östra	1059	868	9,4	8,6	32,6	31,5	78,0	9,1	8,9	9,7	16,6
Göteborg	8483	5407	10,3	8,5	42,8	46,0	77,7	4,5	3,8	6,8	28,0
Halland norra	1780	1487	10,1	7,9	62,6	63,7	86,8	3,0	4,5	9,4	17,2
Hallans södra	1528	891	8,2	7,5	45,0	40,2	85,9	3,8	4,6	7,5	25,3
Helsingland	1214	1057	10,0	9,5	42,6	40,6	80,0	11,7	2,8	4,8	20,1
Jämtland	1508	1116	9,8	8,9	35,4	35,8	84,3	13,7	5,2	7,5	27,3
Jönköping norra	1553	1569	8,8	8,6	48,6	49,0	81,4	10,4	3,7	7,3	31,7
Jönköping södra	971	862	8,4	7,9	47,9	56,3	73,1	1,9	3,6	7,0	23,4
Jönköping östra	1114	941	8,6	8,1	42,4	51,2	81,8	3,6	2,1	5,3	18,0
Kalmar norra	882	781	9,2	8,4	52,1	48,8	81,5	34,4	6,3	6,3	17,9
Kalmar södra	1461	1260	8,3	7,7	57,3	55,7	83,2	22,7	6,2	10,6	31,3
Kiruna	249	220	8,6	7,8	32,3	33,1	67,7	5,0	3,0	8,3	11,4
Kronoberg VSO	566	457	9,3	8,9	42,9	42,9	78,8	3,7	1,6	4,0	15,8
Kronoberg ÖSO	1646	1386	9,0	8,9	48,3	58,8	82,9	5,1	4,8	6,7	17,5
Lappland södra	2156	1434	9,8	8,9	40,9	36,7	76,5	5,5	4,4	7,1	34,4
Skaraborg	2772	2270	8,7	8,2	39,1	33,2	80,6	5,1	5,1	6,2	30,0
Skellefteå	772	479	9,3	8,7	23,7	22,5	80,9	12,3	3,6	8,4	9,8
Skåne mellersta LLO	3055	2622	8,7	8,0	35,4	30,6	76,1	23,4	4,2	5,4	25,2
Skåne nordvästra	2432	2182	.0	.0	99,9	99,8	57,8	14,0	0,1	0,0	.0
Skåne nordöstra	1863	1396	9,1	8,7	35,0	37,1	78,2	9,1	3,5	6,6	18,8
Skåne sydvästra	3057	2579	8,3	7,6	52,2	45,0	47,3	7,9	3,1	5,3	13,9
Skåne sydöstra	1810	1290	9,3	8,6	39,1	37,7	70,2	8,6	4,7	6,5	13,2
Stockholm Danderyd N	3486	3321	9,4	8,9	35,5	36,8	86,9	11,0	4,5	6,2	17,5
Stockholm KS Huddinge	4501	3008	9,0	8,4	40,1	42,9	67,3	5,2	4,0	7,2	28,9
Stockholm KS Solna	11649	5770	8,7	8,1	29,3	34,6	77,5	5,3	4,4	5,8	19,2
Stockholm Södertälje	1894	947	9,1	9,0	31,4	41,2	64,0	13,5	6,9	5,0	14,7
Stockholm SÖS	8651	4538	8,8	8,4	29,9	32,5	83,2	24,5	4,1	7,3	21,1
Sörmland	2863	2107	9,1	8,2	36,9	38,8	75,3	4,2	2,8	5,3	14,0
Uppsala	3923	2593	8,4	7,6	32,9	28,9	77,5	2,7	3,5	5,6	23,1
Värmland	3036	2426	8,7	8,2	43,7	47,6	76,0	11,4	6,3	7,9	31,5
Västerbotten	2200	1587	9,8	8,9	23,1	23,6	86,0	15,9	4,4	6,1	29,3
Västernorr. (Härn.Med)	1827	1443	8,9	8,3	38,6	35,5	71,7	3,1	3,5	5,0	16,0
Västernorr. (Kramf,Soll.)	341	302	9,4	8,8	41,9	41,6	75,0	17,4	0,8	4,5	25,2
Västernorrland (Ö-vik)	587	472	8,7	7,8	39,0	28,5	76,1	4,1	3,4	4,1	9,5
Västmanland	3000	2340	8,8	7,9	40,3	33,7	79,9	12,0	3,6	8,9	19,4
Älvsborg norra	1621	1302	9,4	8,6	44,6	46,4	77,0	12,8	6,2	9,0	28,8
Älvsborg södra	3294	2640	10,6	9,6	42,4	46,2	79,6	14,3	2,6	5,6	22,0
Örebro	3284	2634	9,2	8,4	47,5	44,5	72,5	12,4	3,5	5,1	34,1
Östergötland centrala	1894	1544	8,4	7,6	36,1	42,4	80,6	3,3	6,1	9,5	13,0
Östergötland västra	774	390	8,0	7,4	42,2	50,8	84,4	,4	7,1	13,6	9,7
Östergötland östra	2022	1590	8,0	7,4	31,1	36,5	80,1	2,4	5,3	5,8	8,6

Bilaga 4a. forts

Se not	12	13	14	15	16	17	18	19	20
MÖL/SAMBA-område	Antal BM Ff	Antal BM Omf	Antal Läkare Ff	Antal Läkare Omf	Hemb BM	Besök på mott inom 2 v	Besök för eftervård	Sjukskriften under grav Tom v32	Sjukskriften under grav Efter v32
	Medelv	Medelv	Medelv	Medelv	%	%	%	%	%
2006 (Samtliga inrap)	1,9	1,8	0,8	0,9	3,2	9,1	78,7	21,3	23,7
2005	1,9	1,8	0,8	0,8	3,7	10,4	81,6		
2004	1,8	1,8	0,9	0,9	3,2	9,0	77,8		
2003	1,9	1,8	1,0	1,0	3,0	9,0	82,0		
Blekinge	2,0	1,8	0,8	0,9	0,1	2,9	82,0	26,3	28,6
Bohuslän norra	1,8	1,7	0,3	0,3	0,6	10,9	78,1	21,5	19,4
Bohuslän södra	2,1	1,9	1,3	1,1	0,6	7,8	91,7	28,4	25,0
Dalarna	1,7	1,7	0,9	0,9	25,4	8,3	78,1	22,0	21,7
Gotland	1,9	1,8	0,8	0,9	0,0	7,3	85,5	18,1	19,2
Gällivare-Malmberget	1,6	1,6	1,2	1,2	55,3	29,4	71,1	15,7	16,6
Gästrikland västra	1,7	1,5	1,0	1,0	1,0	1,6	91,7	27,4	31,2
Gästrikland östra	2,0	1,9	0,9	1,1	0,1	0,9	89,4	26,7	29,8
Göteborg	1,9	1,8	1,0	0,7	0,7	6,6	83,8	16,6	16,9
Halland norra	2,4	2,0	1,0	1,3	0,6	2,9	91,8	20,0	19,1
Hallans södra	1,9	1,8	0,9	0,9	0,9	0,9	94,2	17,7	16,2
Helsingland	2,0	1,9	0,8	1,0	12,1	13,2	80,5	26,9	32,6
Jämtland	1,9	1,7	0,9	0,8	4,4	8,9	80,7	22,8	31,8
Jönköping norra	2,0	1,8	0,8	0,9	0,2	3,5	84,0	17,5	14,4
Jönköping södra	2,1	1,9	0,9	1,2	0,6	5,9	81,2	23,9	21,8
Jönköping östra	1,6	1,6	1,1	1,3	0,1	1,6	86,0	19,7	15,0
Kalmar norra	1,7	1,6	1,0	1,3	0,6	6,9	92,3	20,9	12,8
Kalmar södra	2,0	1,8	0,7	0,8	1,0	2,9	83,3	20,1	17,2
Kiruna	1,9	2,0	0,8	1,1	0,0	50,0	78,6	19,1	21,8
Kronoberg VSO	2,2	2,3	0,8	0,7	0,4	1,3	72,4	18,2	16,0
Kronoberg ÖSO	2,1	1,9	0,5	0,8	0,1	4,4	79,4	23,9	16,6
Lappland södra	2,2	2,0	0,9	0,9	6,3	30,6	87,5	21,8	23,8
Skaraborg	1,8	1,8	0,6	0,6	0,5	2,3	82,5	18,3	14,8
Skellefteå	2,7	2,6	0,6	0,7	0,4	0,8	96,9	16,9	24,2
Skåne mellersta LLO	2,0	1,9	0,7	0,8	0,3	8,7	88,9	23,5	28,1
Skåne nordvästra	,0	,0	0,0	0,0	0,0	0,0	67,2	13,4	19,2
Skåne nordöstra	2,0	1,9	0,6	0,8	0,3	3,3	86,0	19,9	19,0
Skåne sydvästra	2,1	2,0	0,7	0,8	0,0	0,7	67,4	10,7	18,0
Skåne sydöstra	1,8	1,7	0,7	0,8	0,5	2,5	81,9	22,7	28,8
Stockholm Danderyd N	1,8	1,8	1,0	1,1	0,3	28,3	79,2	24,4	34,0
Stockholm KS Huddinge	1,9	1,8	1,2	1,2	3,4	4,5	68,6	27,6	34,3
Stockholm KS Solna	1,9	1,8	0,9	0,9	0,5	9,7	68,6	23,4	30,9
Stockholm Södertälje	1,8	1,7	1,2	1,2	5,5	9,7	70,3	31,3	41,4
Stockholm SÖS	2,0	1,9	1,1	1,1	0,3	27,4	60,9	22,6	34,5
Sörmland	2,1	1,9	0,8	0,8	0,5	3,0	76,9	24,4	24,5
Uppsala	2,3	2,1	0,5	0,6	7,1	2,4	74,4	18,7	18,4
Värmland	1,8	1,8	1,1	1,1	0,6	24,3	78,9	25,0	24,0
Västerbotten	1,9	1,7	0,4	0,5	0,4	2,2	70,7	21,2	23,3
Västernorr, (Härn,Med)	1,9	1,8	0,8	0,9	0,1	1,4	73,2	24,3	33,3
Västernorr, (Kramf,Soll)	2,3	2,1	1,3	1,7	0,0	2,0	71,2	24,2	26,2
Västernorrland (Ö-vik)	2,5	2,2	0,6	0,6	0,0	0,8	60,0	14,0	16,1
Västmanland	1,7	1,6	0,3	0,4	2,7	2,6	80,0	18,7	19,3
Älvsborg norra	1,8	1,7	0,2	0,3	4,6	5,5	84,2	20,0	15,4
Älvsborg södra	2,0	2,0	1,2	0,8	0,2	2,9	89,8	21,9	18,7
Örebro	1,9	1,8	1,0	0,9	39,7	27,3	75,2	23,3	23,9
Östergötland centrala	2,0	1,8	0,8	1,1	0,3	6,5	90,0	17,0	15,4
Östergötland västra	2,6	2,2	1,1	1,4	0,0	23,6	94,4	19,2	15,1
Östergötland östra	2,0	1,8	0,8	0,9	0,0	2,1	85,7	16,7	16,1

Bilaga 4a, forts

Se not	21	22
MÖL/SAMBA-område	Ammar helt	Ammar delvis
	%	%
2006 (Samtliga inrapporterade)	61,8	10,0
2005	63,6	9,4
2004	64,0	8,7
2003	64,5	8,9
Blekinge	61,9	10,0
Bohuslän norra	57,5	8,1
Bohuslän södra	73,6	9,2
Dalarna	60,4	9,7
Gotland	70,8	9,1
Gällivare-Malmberget	56,6	7,2
Gästrikland västra	65,0	16,6
Gästrikland östra	67,5	13,7
Göteborg	68,0	11,0
Halland norra	72,2	10,3
Hallans södra	71,8	10,7
Helsingland	59,6	10,8
Jämtland	68,8	9,3
Jönköping norra	63,1	11,0
Jönköping södra	61,6	10,0
Jönköping östra	65,0	11,3
Kalmar norra	72,0	11,1
Kalmar södra	64,7	8,7
Kiruna	64,1	7,7
Kronoberg VSO	53,4	10,5
Kronoberg ÖSO	58,3	8,6
Lappland södra	72,5	12,1
Skaraborg	59,8	9,5
Skellefteå	75,2	13,4
Skåne mellersta LLO	67,7	11,9
Skåne nordvästra	48,4	7,1
Skåne nordöstra	58,8	10,5
Skåne sydvästra	48,3	9,0
Skåne sydöstra	57,8	10,2
Stockholm Danderyd N	66,5	10,4
Stockholm KS Huddinge	54,8	11,1
Stockholm KS Solna	57,9	9,8
Stockholm Södertälje	56,6	10,0
Stockholm SÖS	59,5	7,6
Sörmland	59,7	9,7
Uppsala	60,3	7,9
Värmland	58,2	10,6
Västerbotten	57,5	9,0
Västernorr, (Härn,Med)	56,8	8,9
Västernorr, (Kramf,Soll,)	56,3	7,3
Västernorrland (Ö-vik)	46,8	6,8
Västmanland	57,1	11,8
Älvsborg norra	59,4	9,8
Älvsborg södra	70,9	10,4
Örebro	56,7	10,4
Östergötland centrala	71,8	10,3
Östergötland västra	73,8	10,5
Östergötland östra	65,5	10,9

Bilaga 4b, Tobaksbruk

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

Bilaga 4c Komplikationer

Se not	1	2	3	4	5	6	7	6	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 %
2006 (Samtliga inrapporterade)	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	101	7,3	9	8,9	11	0,8	0,6	0,8	2	18,2	84,4	1,6
Bohuslän norra	83	7,8	7	8,4	10	0,9	0,8	0,7	2	20,0	8,2	0,9
Bohuslän södra	259	11,7	34	13,1	31	1,4	1,5	0,3	8	25,8	8,6	1,2
Dalarna	153	7,9	11	7,2	21	1,1	0,8	0,5	2	9,5	23,2	1,0
Gotland	48	10,4	5	10,4	12	2,6	1,1	0,0	3	25,0	40,4	1,5
Gällivare-Malmberget	26	11,1	9	34,6	9	3,8	4,3	0,4	3	33,3	16,2	5,1
Gästrikland västra	20	6,4	3	15,0	4	1,3	1,0	0,0	1	25,0	11,8	2,5
Gästrikland östra	68	7,8	4	5,9	6	0,7	0,5	0,6	0	,0	6,9	0,9
Göteborg	514	9,5	85	16,5	98	1,8	1,7	0,2	31	31,6	7,5	1,3
Halland norra	127	8,5	17	13,4	20	1,3	1,3	0,3	8	40,0	17,3	1,1
Hallans södra	172	19,3	23	13,4	12	1,3	3,3	0,2	8	66,7	18,9	1,0
Helsingland	46	4,4	8	17,4	8	0,8	0,8	0,7	2	25,0	85,7	1,5
Jämtland	80	7,2	16	20,0	23	2,1	1,7	0,4	9	39,1	4,3	0,6
Jönköping norra	186	11,9	36	19,4	30	1,9	2,4	0,4	10	33,3	73,7	1,8
Jönköping södra	144	16,7	19	13,2	10	1,2	2,3	0,2	5	50,0	19,0	1,4
Jönköping östra	112	11,9	12	10,7	15	1,6	1,4	0,3	2	13,3	12,9	0,7
Kalmar norra	103	13,2	17	16,5	13	1,7	2,7	1,2	4	30,8	22,0	1,8
Kalmar södra	102	8,1	14	13,7	29	2,3	1,3	0,4	9	31,0	27,3	2,9
Kiruna	14	6,4	0	,0	1	0,5	0,0	0,0	0	,0	5,9	1,8
Kronoberg VSO	28	6,1	4	14,3	5	1,1	0,9	0,2	1	20,0	20,8	1,3
Kronoberg ÖSO	127	9,2	15	11,8	17	1,2	1,3	0,3	5	29,4	19,2	1,6
Lappland södra	132	9,2	22	16,7	28	2,0	1,7	0,1	11	39,3	17,6	1,5
Skaraborg	159	7,0	19	11,9	19	0,8	1,1	0,4	4	21,1	5,8	0,9
Skellefteå	60	12,5	9	15,0	7	1,5	1,9	0,2	5	71,4	13,8	0,8
Skåne mellersta LLO	251	9,6	55	21,9	37	1,4	2,3	0,2	14	37,8	95,8	0,7
Skåne nordvästra	439	20,1	27	6,2	77	3,5	1,7	0,2	18	23,4	,0	1,6
Skåne nordöstra	107	7,7	13	12,1	30	2,1	1,0	0,1	7	23,3	90,6	2,0
Skåne sydvästra	713	27,6	170	23,8	102	4,0	7,8	0,5	66	64,7	88,6	3,7
Skåne sydöstra	155	12,0	28	18,1	24	1,9	2,5	0,4	10	41,7	92,1	0,9
Stockholm Danderyd N	395	11,9	39	9,9	34	1,0	1,3	0,2	11	32,4	6,3	0,1
Stockholm KS Huddinge	409	13,6	46	11,2	51	1,7	1,7	0,4	22	43,1	6,5	0,6
Stockholm KS Solna	478	8,3	59	12,3	74	1,3	1,1	0,3	6	8,1	4,1	0,4
Stockholm Södertälje	95	10,0	7	7,4	16	1,7	,8	0,4	3	18,8	5,9	0,3
Stockholm SÖS	475	10,5	46	9,7	57	1,3	1,2	0,3	20	35,1	4,0	0,3
Sörmland	153	7,3	15	9,8	29	1,4	,8	0,2	5	17,2	3,7	1,0
Uppsala	213	8,2	23	10,8	33	1,3	1,0	0,2	8	24,2	5,0	0,3
Värmland	228	9,4	23	10,1	24	1,0	,9	0,3	7	29,2	15,1	1,4
Västerbotten	171	10,8	28	16,4	27	1,7	2,1	0,5	9	33,3	14,3	0,9
Västernorr, (Härn,Med)	141	9,8	19	13,5	16	1,1	1,3	0,3	5	31,3	20,0	1,8
Västernorr, (Kramf,Soll,)	32	10,6	5	15,6	6	2,0	1,7	0,7	3	50,0	22,8	1,3
Västernorrland (Ö-vik)	28	5,9	5	17,9	10	2,1	1,3	0,0	4	40,0	3,6	0,6
Västmanland	161	6,9	22	13,7	29	1,2	1,1	0,2	7	24,1	5,1	0,8
Älvsborg norra	97	7,5	13	13,4	20	1,5	1,1	0,2	5	25,0	6,8	0,9
Älvsborg södra	316	12,0	52	16,5	53	2,0	2,1	0,3	27	50,9	18,0	1,5
Örebro	218	8,3	20	9,2	36	1,4	,8	0,3	11	30,6	4,2	0,3
Östergötland centrala	169	10,9	24	14,2	31	2,0	1,8	0,2	7	22,6	18,7	1,5
Östergötland västra	50	12,8	2	4,0	2	0,5	1,0	0,0	1	50,0	15,1	2,1
Östergötland östra	216	13,6	28	13,0	37	2,3	1,8	0,2	10	27,0	16,1	0,4

Bilaga 4d Förlossningsdata

	1	2	F3	F4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
MÖL/SAMBA-område	Vaginal förloss ej instr %	Vaginal instrum, %	Seccio Antal	Seccio %	Akut %	Plan- erad %	Seccio pga Rädsla Antal	%	Seccio efter stöd Antal	Seccio efter stöd %	Extra stöd Antal	Extra stöd seccio Antal	Extra stöd seccio %
2006 (Samtliga inrapporterade)	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	81,1	5,5	175	12,6	54,7	40,9	18	10,1	18	100,0	81	31	38,3
Bohuslän norra	81,2	6,2	130	12,2	57,1	41,4	18	13,3	12	66,7	77	27	35,1
Bohuslän södra	80,4	5,5	310	14,0	56,1	43,5	49	16,4	41	83,7	152	58	38,2
Dalarna	76,2	7,0	301	15,6	58,2	37,7	39	12,6	16	41,0	91	31	34,1
Gotland	76,2	6,0	82	17,7	59,8	40,2	14	16,7	9	64,3	26	12	46,2
Gällivare-Malmberget	72,8	6,0	50	21,3	62,0	38,0	2	4,1	2	100,0	12	6	50,0
Gästrikland västra	79,6	2,2	56	17,8	44,8	53,4	11	19,6	8	72,7	40	16	40,0
Gästrikland östra	75,3	7,5	146	16,8	54,2	43,1	22	15,3	14	63,6	81	28	34,6
Göteborg	78,4	5,3	843	15,6	56,2	40,9	99	11,8	73	73,7	282	108	38,3
Halland norra	79,2	3,6	257	17,3	59,1	40,9	28	10,9	17	60,7	109	31	28,4
Hallans södra	77,2	6,8	142	15,9	56,7	43,3	15	10,9	4	26,7	55	11	20,0
Helsingland	76,3	6,0	179	16,9	57,4	39,9	13	7,3	6	46,2	42	16	38,1
Jämtland	79,8	4,8	161	14,4	55,1	36,7	16	10,0	13	81,3	73	23	31,5
Jönköping norra	80,7	5,9	207	13,2	57,3	42,2	23	11,3	14	60,9	90	35	38,9
Jönköping södra	83,4	4,2	107	12,4	58,9	39,3	8	7,7	4	50,0	49	11	22,4
Jönköping östra	80,3	8,1	105	11,2	59,4	36,8	15	14,0	13	86,7	38	19	50,0
Kalmar norra	80,5	4,2	117	15,0	50,0	48,3	7	6,1	5	71,4	49	10	20,4
Kalmar södra	74,9	8,9	202	16,0	64,5	35,0	19	9,6	16	84,2	108	44	40,7
Kiruna	80,0	3,2	37	16,8	73,0	27,0	3	8,1	3	100,0	13	4	30,8
Kronoberg VSO	76,1	5,0	82	17,9	54,2	45,8	4	5,3	3	75,0	14	5	35,7
Kronoberg ÖSO	77,6	7,4	203	14,6	60,3	37,3	20	9,8	9	45,0	81	24	29,6
Lappland södra	79,2	7,9	180	12,6	53,5	44,9	15	8,5	14	93,3	85	27	31,8
Skaraborg	80,4	5,7	312	13,7	54,3	44,7	54	17,3	25	46,3	130	43	33,1
Skellefteå	75,8	8,8	74	15,4	52,8	38,9	6	8,5	3	50,0	31	11	35,5
Skåne mellersta LLO	78,8	5,5	411	15,7	51,0	48,0	52	13,1	31	59,6	127	55	43,3
Skåne nordvästra	71,1	8,2	205	9,4	64,4	35,6	37	18,0	0	,0	1	0	,0
Skåne nordöstra	77,9	5,5	226	16,2	53,1	45,6	20	9,4	14	70,0	73	23	31,5
Skåne sydvästra	76,2	7,5	317	12,3	69,1	30,9	48	15,1	20	41,7	108	38	35,2
Skåne sydöstra	67,2	5,1	183	14,2	62,7	35,7	20	11,2	9	45,0	74	24	32,4
Stockholm Danderyd N	73,5	7,1	623	18,8	45,0	53,0	94	15,1	36	38,3	183	59	32,2
Stockholm KS Huddinge	73,9	8,6	501	16,7	55,1	41,4	40	7,8	19	47,5	177	55	31,1
Stockholm KS Solna	72,2	8,3	1058	18,3	48,5	48,3	156	14,3	90	57,7	295	145	49,2
Stockholm Södertälje	77,4	6,4	148	15,6	62,0	36,0	10	6,6	5	50,0	55	17	30,9
Stockholm SÖS	71,0	7,3	916	20,2	54,9	38,6	131	13,9	59	45,0	266	98	36,8
Sörmland	77,5	6,2	325	15,4	52,1	42,5	22	6,7	11	50,0	90	25	27,8
Uppsala	76,2	5,9	431	16,6	57,1	35,5	33	7,2	25	75,8	121	53	43,8
Värmland	75,2	6,6	385	15,9	39,1	48,9	70	17,0	47	67,1	174	81	46,6
Västerbotten	77,0	8,6	222	14,0	45,5	52,7	30	13,6	17	56,7	84	28	33,3
Västernorr, (Härn,Med)	71,5	8,9	281	19,5	59,4	39,9	36	12,8	17	47,2	62	29	46,8
Västernorr, (Kramf,Soll,)	73,2	4,3	67	22,2	54,4	44,1	2	3,1	1	50,0	9	2	22,2
Västernorrland (Ö-vik)	69,9	8,5	101	21,4	49,5	47,6	8	7,8	2	25,0	18	6	33,3
Västmanland	73,3	7,2	439	18,8	51,1	46,0	58	13,1	32	55,2	153	56	36,6
Älvsborg norra	83,0	5,4	150	11,5	61,4	37,3	16	10,8	15	93,8	102	33	32,4
Älvsborg södra	83,5	4,9	301	11,4	49,8	48,5	44	14,6	28	63,6	116	45	38,8
Örebro	78,1	7,1	384	14,6	54,8	43,9	45	11,9	26	57,8	116	43	37,1
Östergötland centrala	72,3	9,6	269	17,4	51,1	45,3	45	16,4	31	68,9	124	44	35,5
Östergötland västra	75,4	8,5	63	16,2	42,6	57,4	12	19,0	8	66,7	43	17	39,5
Östergötland östra	74,3	9,1	262	16,5	52,1	47,1	34	13,0	18	52,9	89	25	28,1

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

Bilaga 5 Sammanställning av data över Duplexgraviditeter 2006

	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 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 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 inom2 v	Besök för efterv	Glukos- belast	Diagnos Gravdiab	Diag tillvh	Missf,/i ntrauter in	Sjukskriv en tom v32	Sjukskriv en efter v32
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	Seccio					
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 6 Fullständiga kolumnrubriker till bilaga 4 och 5**Bilaga 4a**

- 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 Antal kvinnor som varit i kontakt med Aurora
- 10 Andel kvinnor 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 Antal olika läkare som förstföderskor i medeltal träffat på mottagningen
- 15 Antal olika läkare som omföderskor i medeltal träffat på mottagningen
- 16 Andel kvinnor som fått ett hembesök av mödravårdens barnmorska
- 17 Andel kvinnor som besökt mottagningen inom 2 veckor efter förlossningen
- 18 Andel kvinnor som gjort ett besök på mottagningen 10 – 12 veckor efter förlossningen för kontroll efter förlossning
- 19 Andel kvinnor som någon gång varit sjukskrivna före graviditetsvecka 32
- 20 Andel kvinnor som någon gång varit sjukskrivna efter graviditetsvecka 32
- 21 Andel kvinnor som vid efterkontrollen ammar helt
- 22 Andel kvinnor som vid efterkontrollen ammar delvis

Bilaga 4b

- 1 Andel rökare 3 månader före graviditeten
- 2 Andel rökare vid inskrivningen
- 3 Andel rökare i graviditetsvecka 32
- 4 Andel rökare vid efterkontrollen 12 veckor efter förlossningen
- 5 Andel snusare 3 månader före graviditeten
- 6 Andel snusare vid inskrivningen
- 7 Andel snusare i graviditetsvecka 32
- 8 Andel snusare vid efterkontrollen 12 veckor efter förlossningen

Bilaga 4c

- 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 än - 20%
- 4 Andel barn av de som gjort ultraljudsundersökning under misstanke på tillväxthämning där ultraljud visar större avvikelse än - 20%
- 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 sockerbelastning
- 12 Andel kvinnor som fått diagnosen graviditetsdiabetes

Bilaga 4d

- 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 5 (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