



Hälsa under graviditet och nyföddhetsperiod

En kartläggning av alla graviditeter i
Stockholms län under perioden 2014–2020




Citera gärna Centrum för epidemiologi och samhällsmedicins rapporter, men glöm inte att uppge källan. Bilder, fotografier och illustrationer är skyddade av upphovsrätten. Det innebär att du måste ha upphovsmannens tillstånd för att använda dem.


Referera till rapporten enligt: Cedic S, Kosidou K, Magnusson C. Hälsa under graviditet och nyföddhetsperiod. En kartläggning av alla graviditeter i Stockholms län under perioden 2014–2020. Stockholm: Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, Region Stockholm; 2023. Rapport 2023:3.

**Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin**


Box 45436, 104 31 Stockholm




ces.slso@regionstockholm.se



Rapport 2023:3



ISBN 978-91-988020-4-7



Författare: Samir Cedic, Kyriaki Kosidou, Cecilia Magnusson.

Språkgranskning: Ulrika Berg Roos

Layout: Viktoria Jonze

Omslagsfoto: Yanan Li

Stockholm april 2023

Rapporten kan laddas ner från Folkhälsoguiden,
www.folkhalsoguiden.se

Förord

Gravidas och nyföddas hälsa är avgörande för en god och jämlik hälsa i befolkningen. Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin har därför ett uppdrag från Hälso- och sjukvårdsförvaltningen, Region Stockholm att kartlägga sådan hälsa. Vi beskriver här en sammanfattad lägesbild av området baserat på statistiska bearbetningar av data från bland annat Graviditetsregistret för Stockholms län. Rapporten visar att gravidas och nyföddas hälsa i Stockholms län är god i ett internationellt perspektiv. Den ger samtidigt belägg för tydliga hälsoskillnader mellan sociodemografiska grupper, samt för att vissa trender går åt fel håll. Det gäller exempelvis oförklarade skillnader i hälsa mellan gravida från olika födelseländer och deras barn, och en ökande förekomst av övervikt och obesitas under graviditet. Rapporten riktar sig till vårdgivare och beslutsfattare i Region Stockholm. Vi hoppas att den kan tjäna som underlag för utvecklingen av fortsatta insatser inom området, inklusive fördjupade kartläggningar.

Vi vill tacka Mödrahälsovårdsenheten och Regionalt programområde kvinnosjukdomar och förlossning, båda vid Region Stockholm, för värdefulla synpunkter på rapporten.

Henna Hasson

Verksamhetschef

Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, Region Stockholm

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning.....	5
Bakgrund	7
Syfte.....	10
Metod	11
Resultat – Levnadsvanor och kroppsmasseindex under graviditet	16
Alkohol och droger bland gravida	16
Rökning under graviditet.....	23
Övervikt och obesitas under tidig graviditet	29
Resultat – Fysiska graviditetskomplikationer	36
Graviditetsdiabetes	36
Havandeskapsförgiftning (preeklampsi)	41
Resultat – Vård för psykisk ohälsa under graviditet.....	45
Kontakt med specialistpsykiatri eller primärvården för psykisk ohälsa under graviditeten.....	45
Uttag av antidepressiva läkemedel under graviditet.....	56
Resultat – Vårdkonsumtion mödravårdsområde	63
Gravida som gör färre än 50 procent av de rekommenderade mödravårdsbesöken	63
Deltagande i föräldraskapsstöd.....	70
Resultat – Nyföddas hälsa	76
Prematur födsel.....	76
Apgarpoäng under sju vid fem minuter	79
Barn som föds lätta för tiden (SGA).....	82
Diskussion och slutsatser.....	87
Implikationer.....	94
Referenser.....	95
Bilagor.....	97
Bilaga 1. Antal graviditeter per år.....	97
Bilaga 2. Fördelning av sociodemografiska variabler	97
Bilaga 3. Definition av kontakt med specialistpsykiatri och kontakt med primärvården gällande psykisk ohälsa	99

Sammanfattning

Gravidas och nyföddas hälsa är avgörande för en god och jämlik hälsa i befolkningen. Insatser för att förbättra gravidas och nyföddas hälsa är därmed angelägna. Det övergripande målet med denna rapport är att identifiera områden där det kan vara påkallat att förstärka sådana insatser i Region Stockholm.

Specifikt syftar rapporten till att kartlägga tidstrender och sociodemografiska skillnader i gravidas hälsa och vård samt nyfödda barns hälsa i Stockholms län. Rapporten beskriver gravidas levnadsvanor och kroppsmasseindex, deltagande i basprogrammet för mödrahälsovård, vård för psykisk ohälsa, fysiska graviditetskomplikationer och nyföddas hälsa under perioden 2014 till 2020. Vi har använt registerdata från Statistiska centralbyrån, Socialstyrelsen, VAL-databaserna och Graviditetsregistret, länkade genom personnummer. Skillnaderna och trenderna i gravidas och nyföddas hälsa har analyserats i relation till ålder, utbildning, sysselsättning, familjeinkomst, hushållstyp och födelseland.

Levnadsvanor och kroppsmasseindex

Övervikt och obesitas under tidig graviditet ökade markant under undersökningsperioden. År 2020 var 25 procent av de gravida överviktiga, och 12 procent hade obesitas. Dessutom ökade ojämlikheten i förekomst. Obesitas var nästan fyrfaldigt vanligare hos kvinnor med enbart förgymnasial utbildning jämfört med dem med längre eftergymnasial utbildning. Obesitas var också vanligare hos gravida födda i subsahariska Afrika (Afrika söder om Sahara), Latinamerika samt i Mellanöstern och Nordafrika samt hos gravida med låg inkomst. Dessa skillnader gällde även efter ömsesidig justering för de olika sociodemografiska faktorerna.

Rökning samt diagnostiserade alkohol- och drogproblem hos gravida har minskat över tid. Det finns dock stora skillnader mellan grupper, och sannolikt mörkertal vad gäller drogproblem. Socioekonomisk utsatthet och ursprung i Syd- och Östeuropa är starkt kopplade till rökning.

Fysiska graviditetskomplikationer

Förekomsten av diagnostiserad graviditetsdiabetes ökade tydligt under perioden, troligen delvis på grund av att diagnoskriterierna ändrades. Liksom för obesitas under graviditet, är diagnosen starkt kopplad till födelseland utanför Västeuropa och anglosaxiska länder, såväl som kort utbildning. Denna ojämlikhet ökade över tid.

Andelen gravida som fick diagnosen preeklampsi var oförändrad under perioden.

Gravidas födelseland var den sociodemografiska faktor som hade starkast koppling till fysiska graviditetskomplikationer generellt, även med hänsyn tagen till andra faktorer.

Vård för psykisk ohälsa

Gravidas kontakter med primärvården för psykisk ohälsa och förskrivningen av antidepressiva läkemedel under graviditet har ökat kraftigt. Andelen gravida som vårdas inom specialistpsykiatri är dock tämligen konstant. Svenskfödda förskrivs betydligt oftare antidepressiva läkemedel jämfört med utlandsfödda. Utlandsfödda med ursprung i andra länder än Latinamerika, eller Västeuropa och anglosaxiska länder har också färre kontakter med primärvård respektive specialistpsykiatri. Kvinnor födda i subsahariska Afrika har hälften respektive en femtedel så många kontakter med primärvård för

psykisk ohälsa och specialistpsykiatri som svenskfödda. Ensamstående kvinnor har kontakt med specialistpsykiatri i dubbelt så stor utsträckning som sammanboende. Dessa skillnader gäller också efter justering för andra sociodemografiska faktorer och de har ökat över tid.

Basprogrammet för mödrahälsovård och föräldrastöd

Deltagandet i basprogrammet för mödrahälsovård och kontroller under graviditet var oförändrat högt under perioden. Cirka 95 procent av alla gravida genomför minst hälften av de rekommenderade besöken. Dock deltar gravida födda i länder utanför Europa och anglosaxiska länder i lägre utsträckning, liksom kvinnor med de lägsta familjeinkomsterna.

Deltagandet i föräldraskapsstödet var cirka 75 procent före pandemin men med uttalade skillnader mellan sociodemografiska grupper. Kort utbildning, låg familjeinkomst samt arbetslöshet har alla stark koppling till lågt deltagande i föräldraskapsstödet. Under pandemiåret 2020 sjönk deltagandet kraftigt.

Nyföddas hälsa

Andelen nyfödda med dåligt allmäntillstånd direkt efter förlossningen (mätt med så kallade apgarpoäng) ökade något, från 0,9 till 1,2 procent, under perioden. Det har inte skett någon förändring av andelen graviditeter som slutade med födsel före vecka 37 (4,5 procent) eller där barnet föddes lätt för tiden (tre procent). Gravidas födelseland har tydligast koppling till nyföddas hälsa. Kort utbildning har också koppling till prematur födsel (före vecka 37).

Implikationer

De flesta invånare i Stockholms län tar del av mödrahälsovårdens insatser under graviditeten och deltar i föräldrastödsprogram. Insatserna når dock utlandsfödda och gravida med sämre socioekonomiska förutsättningar i lägre utsträckning. Dessa grupper har också, i genomsnitt, sämre hälsa under graviditet och nyföddhetsperiod. För vissa indikatorer har ojämlikheten dessutom ökat de senaste åren. Intensifierade mödrahälsovårdsinsatser riktade till dessa grupper är därmed ett möjligt utvecklingsområde. Tidigare insatser för att förebygga ogynnsam viktutveckling är också angelägna för att minska andelen gravida med manifest övervikt och obesitas. Vidare behövs fördjupade undersökningar för att öka kunskapen om orsakerna till och konsekvenserna av den ökande ojämlikheten i gravidas och nyföddas hälsa.

Bakgrund

Varje år föds över 113 000 barn i Sverige. Cirka en fjärdedel av dem föds i Stockholms län (1). Att kartlägga trender i sociodemografiska skillnader i gravidas och nyföddas hälsa i Stockholms län ger därmed viktig information om hur folkhälsa och ojämlikhet i hälsa utvecklas. För att kartlägga gravidas och nyföddas hälsa används flera utfall: levnadsvanor och kroppsmasseindex, fysiska graviditetskomplikationer, vård för psykisk ohälsa samt nyföddas hälsa. Utfallen är tätt sammankopplade med och påverkar varandra. Till exempel är psykisk hälsa i sig ett hälsoutfall, men psykisk hälsa kan också påverka levnadsvanor och nyföddas hälsa. Möjligheten för vården att förebygga negativa hälsoutfall för den gravida samt barnet påverkas av hur ofta den gravida besöker mödrahälsovården, och därför undersöks även vårdkonsumtion av mödrahälsovård.

Litteraturen som presenteras nedan har fokuserat på sociodemografiska skillnader i gravidas och nyföddas hälsa på nationell nivå och har inte haft fokus på trender i hälsoutfallen. Det är möjligt att gravidas och nyföddas hälsa i Stockholms län skiljer sig från nationell nivå. En kartläggning av trender är värdefull för att avgöra om gravidas och nyföddas hälsa i Stockholms län förbättras eller försämras. En kartläggning av trender kan också peka på om eventuella sociodemografiska skillnader i gravidas och nyföddas hälsa ökar eller minskar i Stockholms län. Kartläggning av ojämlikhet i hälsoutfall är särskilt viktigt mot bakgrund av det nationella målet om en god och jämlik hälsa där regioner ska leda, styra och organisera sin verksamhet i syfte att ge förutsättningar för en jämlik vård (2). Denna rapport syftar till att fylla dessa kunskapsluckor.

Levnadsvanor och kroppsmasseindex under graviditet

Det finns en rad levnadsvanor under graviditeten som påverkar gravidas och nyföddas hälsa. Levnadsvanor som alkoholbruk, rökning under graviditet eller högt kroppsmasseindex är associerat med högre risk för prematur förlossning (före vecka 37), låg födelsevikt, dödföddhet, missbildningar, graviditetsdiabetes och preeklampsi (havandeskapsförgiftning, som dock har ett negativt samband med rökning) (3). I en rapport från Socialstyrelsen observerades att rökning under graviditet och högt BMI är vanligare hos gravida med låg socioekonomisk status (4). Det finns inget bekräftat samband mellan alkoholkonsumtion under graviditet och den gravidas utbildningsnivå eller sysselsättning (5).

Fysiska graviditetskomplikationer

Svår preeklampsi är associerat med prematur förlossning och tillväxthämning hos barnet och en preeklampsi som övergår till eklampsi (kramper) är ett livshotande tillstånd för kvinnan (4). Socialstyrelsen har funnit en koppling mellan förekomst av preeklampsi och att vara född i subsahariska Afrika, men inget tydligt samband med socioekonomiska faktorer (4).

Graviditetsdiabetes har ökat de senaste åren i Sverige parallellt med att riskfaktorn kroppsmasseindex också ökat (6). Graviditetsdiabetes är bland annat associerat med en risk för dödföddhet, prematur födsel och barn födda tunga för tiden (utifrån gestationsålder, alltså antalet veckor sedan befruktning) (6, 7). En svensk studie har funnit att gravida födda utanför Norden har högre förekomst av graviditetsdiabetes (6).

Även Socialstyrelsen har funnit att utrikes födda gravida har högre förekomst av graviditetsdiabetes, och även att det är vanligare hos kvinnor med kort utbildning och låg inkomst (4).

Psykisk ohälsa under graviditet

Förekomsten av depression eller förstämningssyndrom bland gravida eller nyblivna mödrar i Sverige är mellan 10 och 20 procent (8). Ångest- och depressionssjukdomar under graviditet har kopplats till ökad risk för prematur födsel och låg födelsevikt (8). Internationell litteratur visar att risken att drabbas av depression under graviditeten är större för gravida med sämre socioekonomiska förutsättningar (9). Det finns också skillnader i sannolikhet för depression under graviditet mellan inrikes och utrikes födda gravida i Sverige (10).

Vårdkonsumtion av mödrahälsovård

Besök och kontroller hos barnmorskan är viktigt för att säkerställa den gravidas och barnets hälsa. I nationella riktlinjer rekommenderas minst nio barnmorskebesök fram till förlossningen (11). I Graviditetsregistrets årsrapport för år 2015 kunde man inte se några större skillnader i genomsnittligt antal barnmorskebesök mellan sociodemografiska grupper (utbildning, sysselsättning, födelseland) (12). En studie gjord med nationella svenska data fann dock att otillräckligt antal besök hos mödravården, definierat som mindre än 50 procent av de rekommenderade nio besöken, var vanligare bland utrikes födda jämfört med inrikes födda mellan åren 2014–2017 (13).

Föräldrautbildning kan ge blivande föräldrar information om både den kommande förlossningen och föräldraskapet. Tidigare undersökningar har funnit att utlandsfödda kvinnor i större utsträckning tycker att det är mycket viktigt att få föräldrautbildning (14). Trots detta deltar inte utrikesfödda i föräldrautbildning i samma utsträckning som inrikes födda. Även personer med kort utbildning, rökare samt arbetslösa gravida deltar i föräldrautbildning i lägre utsträckning än övriga (15).

Nyföddas hälsa

De utfallstyper som presenterats ovan påverkar nyfödda barns hälsa. Nyföddas hälsa kan exempelvis mätas genom utfallsmåtten prematur födsel, apgarpoäng (som utvärderar barnets allmäntillstånd direkt efter födseln), samt födelsevikt i förhållande till gestationsålder.

Prematur födsel är associerat med en högre risk för högt blodtryck senare i livet (16) samt med ökad dödlighet från barndomen upp till vuxen ålder (17). Tidigare studier i Sverige har funnit att risken för prematur födsel ökar om den gravida har kort utbildning, eller är ensamstående eller utrikes född (18, 19).

Apgarskalan utvärderar det nyfödda barnets andning, puls med mera vid en, fem och tio minuter efter födseln, på en skala mellan 0 och 10. Tio poäng innebär att barnet mår mycket bra. Låga apgarpoäng är bland annat associerat med ökad risk för cerebral pares och epilepsi (20). Barn födda av kvinnor med kort utbildning och kvinnor födda i subsahariska Afrika har visats ha en betydligt högre förekomst av låga apgarpoäng (4).

Om ett barn väger mindre än förväntat anses barnet vara lätt för tiden (small for gestational age, SGA). Barn som föds lätta för tiden har högre risk att dö i förtid upp till vuxen ålder (21). I svensk kontext har man funnit att kvinnor har högre risk att föda ett

barn som är lätt för tiden om de bor i ett särskilt utsatt område, kontrollerat för individuella riskfaktorer (22, 23). Utrikes födda kvinnor i Sverige har också ökad risk att föda barn med låg födelsevikt (24).

Syfte

Syftet med denna rapport är att kartlägga trender och sociodemografiska skillnader i Stockholms län när det gäller gravidas samt nyföddas hälsa, samt de gravidas konsumtion av mödrahälsovård. En indelning av utfall görs i utfallstyper. De utfallstyper som undersöks är gravidas levnadsvanor och kroppsmasseindex, vård för psykisk ohälsa, fysiska graviditetskomplikationer, nyföddas hälsa och konsumtion av mödrahälsovård under graviditeten. Ambitionen är att rapportens resultat ska kunna användas som underlag till det fortsatta folkhälsoarbetet inom området sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR) i Region Stockholm.

Rapporten har följande övergripande frågeställningar som besvaras per utfallstyp:

1. Hur har trenden för gravidas hälsa, nyfödda barns hälsa och konsumtion av mödrahälsovård utvecklats i Stockholms län mellan år 2014 och 2020?
2. För vilka utfallstyper är det vanligt med stora sociodemografiska skillnader?
3. För vilken sociodemografisk faktor är det vanligt med stora sociodemografiska skillnader?
4. Har sociodemografiska skillnader ökat eller minskat?

Metod

Data och studiepopulation

Data i denna rapport baseras i huvudsak på Graviditetsregistret som länkats ihop med Region Stockholms VAL-databaser och Statistiska centralbyråns (SCB) databas Longitudinell integrationsdatabas för sjukförsäkrings- och arbetsmarknadsstudier (LISA). I Graviditetsregistret finns data över graviditeter som lett till förlossning. Medicinska födelseregistret används som komplement till Graviditetsregistret för vissa data.

Studiepopulationen är alla graviditeter mellan år 2014 och 2020 som lett till förlossning och där den gravida var folkbokförd i Stockholms län vid starten av sin graviditet samt vid förlossningstillfället. Ytterligare ett inkluderingskriterium var att den gravida hade minst ett registrerat vårdbesök i Region Stockholm (VAL-öppenvårdsdata). Detta för att utesluta personer som är folkbokförda i Stockholm men som i realiteten bor någon annanstans under graviditeten.

189 824 graviditeter ingår i populationen, cirka 27 000 om året. För exakta antal, se bilaga 1.

Utfallsmått

I tabell 1 redovisas vilka utfallstyper och utfallsmått som studeras, samt deras datakälla. När ett utfallsmått ska kopplas till ett år vid trendanalysen används förlossningsåret.

Utfallsvariabeln AUDIT-resultat delas in i kategorierna inget alkoholbruk (Noll AUDIT-poäng) eller bruk av alkohol (1–5 AUDIT-poäng), riskbruk (6–9 AUDIT-poäng), samt risk för alkoholberoende (10 eller mer AUDIT-poäng).

För utfallsmåtten rökning under tidig graviditet eller i graviditetsvecka 30–32 samt BMI användes medicinska födelseregistret som komplement, om data för dessa utfall saknades i Graviditetsregistret.

Undervikt klassificerades som BMI <18,5 kg/m² normalvikt som BMI 18,5–24,9 kg/m², övervikt som BMI 25,0–29,9 kg/m² samt obesitas som BMI >30,0 kg/m².

I en preliminär analys undersöktes uttaget av följande läkemedel men analysen uteslöts sedan på grund av låg förekomst: lugnande (ATC-kod: N05A, NAO5B), opioider (ATC-kod: N02A), neuroleptika (ATC-kod: N05A), ADHD-läkemedel (ATC-kod: N06BA, exklusive NAO6BA07). Även diagnos för alkohol- eller drogmissbruk fem år före graviditeten undersöktes som utfallsmått i en preliminär analys men uteslöts eftersom trenden för utfallet inte skiljde sig nämnvärt från samma diagnos under graviditeten.

Hur kontakt med specialistpsykiatri under graviditet och kontakt med psykiatri i primärvården under graviditet har definierats framgår av bilaga 2.

Tabell 1. Studerade utfallsmått och datakällor

Utfallstyp	Utfallsmått	Datakälla
Levnadsvanor och kroppsmasseindex under graviditet	Riskbruk av alkohol året före graviditet enligt skattningsinstrumentet AUDIT: Ja/Nej	Graviditetsregistret
	Alkoholberoende året före graviditet enligt skattningsinstrumentet AUDIT: Ja/Nej	VAL
	Alkohol- eller drogmissbruk (ICD-10 koder: F10–F16, F18–F19) under graviditet	Graviditetsregistret och Medicinska födelseregistret
	Rökning under tidig graviditet (inskrivningsbesök): Ja/Nej	
	Rökning under graviditetsvecka 30–32: Ja/Nej	
Fysiska graviditetskomplikationer	BMI-kategori under tidig graviditet (inskrivningsbesök): undervikt/normalvikt/övervikt/obesitas	
	Graviditetsdiabetes (ICD-10 kod: O24.4) Preeklampsi (ICD-10 kod: O14)	VAL och Graviditetsregistret
Vård för psykisk ohälsa under graviditet	Besök/kontakt med specialistpsykiatri under graviditet: Ja/Nej	VAL
	Besök/kontakt med primärvården för psykisk ohälsa under graviditet: Ja/Nej	
	Uttag av antidepressiva läkemedel (ATC-kod: N06A) under graviditet: Ja/Nej	
Konsumtion av mödrahälsovård under graviditet	Färre än 50 procent av rekommenderat antal besök hos mödrahälsovården: Ja/Nej	Graviditetsregistret
	Deltagit i föräldraskapsstöd: Ja/Nej	
Nyföddas hälsa	Prematur födsel, född före graviditetsvecka 37: Ja/Nej	Graviditetsregistret
	Apgarpoäng under sju vid fem minuter bland levande födda barn: Ja/Nej	
	Lätt för tiden (SGA): Ja/Nej	

Sociodemografiska faktorer

I tabell 2 redovisas de sociodemografiska faktorer som används i trend- och regressionsanalyserna. Den tredje kolumnen anger under vilken tidsperiod av graviditeten variabeln hämtas. Graviditetsår är året då graviditeten startade. Förlossningsår är året då förlossningen skedde.

Slutet av förlossningsåret används som tidpunkt för den gravidas högsta avslutade utbildningsnivå samt hushållstyp.

Kategorin "sammanboende" inkluderar gravida som bor med det nyfödda barnets andra förälder eller med en person som är förälder till andra gemensamma barn, samt gravida som bor med minst en av sina egna föräldrar vid förlossningsårets slut. Kategorin ensamstående inkluderar övriga, alltså även gravida som till exempel bor med en partner som inte är registrerad förälder till det nyfödda barnet.

Slutet av graviditetsåret används som tidpunkt för den gravidas disponibla familjeinkomst och huvudsakliga sysselsättning eftersom dessa två variabler kan påverkas kraftigt efter förlossningen.

Den inkomstvariabel som används är *Real disponibel familjeinkomst per konsumtionsenhet i tusentals kronor* (justerad för inflation genom konsumentprisindex) och en kategoriserad variant av variabeln. Variabeln summerar hela familjens disponibla inkomster (samtliga inkomster efter skatter) som sedan divideras med familjens konsumtionsvikt. En större familj med fler barn får större konsumtionsvikt. Variabeln tar alltså hänsyn till att samma inkomst kan innebära olika ekonomiska levnadsstandarder beroende på hur stor en familj är. Familjeinkomsten delas varje år in i fem kvintiler (femtedelar) för alla invånare i Stockholm län. När en gravid delas in i kvintil 1 (lägst inkomst) år 2018 innebär det alltså att hennes familj var bland de 20 procent som hade lägst familjeinkomst av alla som är folkbokförda i Stockholms län år 2018.

För variabeln huvudsaklig sysselsättning definieras huvudsaklig inkomstkälla som den gravidas enskilt största inkomstkälla. Om det var föräldrapenning (vård av anhörig) användes den näst höga inkomstkällan i stället, för att föräldralediga skulle kunna kategoriseras under sin ordinarie sysselsättning. Om föräldrapenning var den enda inkomstkällan användes tidigare graviditetens uppgifter om huvudsaklig inkomst. Om även de tidigare graviditeternas data angav vård av anhörig klassificerades huvudsysselsättningen som "övrig" tillsammans med personer som har nollinkomst eller negativ inkomst. I kategorin arbetslösa ingår personer som fick sin huvudsakliga inkomst från deltagande i arbetsmarknadspolitiska åtgärder samt personer som fick ekonomiskt bistånd eller etableringsersättning.

Tabell 2. Studerade utfallsmått och datakällor – sociodemografi

Sociodemografisk faktor	Mått	Tidpunkt	Datakälla
Ålder	Den gravidas ålder, antal år Den gravidas ålder kategoriserat i åldersgrupper: 29 år eller yngre, 30–39 år, 40 år eller äldre	Vid förlossningstillfället	Graviditetsregistret
Utbildningsnivå	Grundskoleutbildning eller motsvarande, gymnasial utbildning, eftergymnasial utbildning kortare än 2 år, eftergymnasial utbildning 2–3 år samt eftergymnasial utbildning mer än 3 år	Slutet av förlossningsåret	SCB LISA
Disponibel familjeinkomst (helår)	Real disponibel familjeinkomst per konsumtionsenhet i tusentals kronor Disponibel familjeinkomst per konsumtionsenhet kategoriserat i kvintiler från låg (1) till hög (5)	Slutet av graviditetsåret	SCB LISA
Huvudsaklig sysselsättning under året	Baseras på den gravidas huvudsakliga inkomstkälla. Kategoriseras som förvärvsarbetande, studerande, arbetslös, sjukskriven (inklusive sjukersättning, sjukpenning, rehabpenning, och arbetsskadepening) samt övrig	Slutet av graviditetsåret	SCB LISA
Hushållstyp	Ensamstående eller sammanboende	Slutet av förlossningsåret	SCB LISA
Födelseregion	Den gravidas födelse-land, indelat i Sverige, Västeuropa samt anglosaxiska länder, Öst- och Sydeuropa, Mellanöstern och Nordafrika, subsahariska Afrika, Latinamerika samt Asien och Oceanien		SCB LISA

Statistisk analys och tolkning av resultat

Resultatavsnittet är indelat efter utfallstyperna som undersöks. Varje utfallsavsnitt inleds med en sammanfattning av trender i utfallet mellan åren 2014 och 2020 och vilka sociodemografiska faktorer som hade koppling till utfallet. Efter sammanfattningen görs en fördjupning i de sociodemografiska skillnaderna för respektive utfall. Denna fördjupning innehåller dels ojusterade trender, dels resultat från regressionsanalyser. Syftet med regressionsanalyserna är att hitta de sociodemografiska faktorer där störst skillnader kan ses, efter justering för faktorerna sinsemellan. När till exempel risken för alkoholberoende ska jämföras mellan personer födda i Sverige och Öst- eller Sydeuropa,

ser justeringen till att personer med samma ålder, utbildningsnivå, sysselsättning och familjeinkomst jämförs.

Det är viktigt att ha i åtanke att resultaten från regressionsanalyserna inte ska tolkas som direkta orsakssamband. Om vi ser ett samband mellan ökad familjeinkomst och obesitas kan vi inte dra slutsatsen att ökad familjeinkomst orsakar obesitas. Det kan också vara svårt att urskilja betydelsen av en enskild sociodemografisk faktor på ett utfall eftersom de sociodemografiska faktorerna kan ha en direkt effekt på varandra. Att vara sysselsatt kan till exempel vara en direkt effekt av att vara högutbildad och en regression kan då ha svårt att fastställa det exakta sambandet mellan utfallet och att vara sysselsatt eller att vara högutbildad.

Hushållstyp påverkar möjligen framför allt utvecklingen av psykisk ohälsa. Variabeln undersöktes därför bara i relation till utfall rörande sådan ohälsa. Den gravidas ålder används i regressionsanalyserna men redovisas inte som ett separat utfall, annat än i redovisning av ojusterade trender för utfallen.

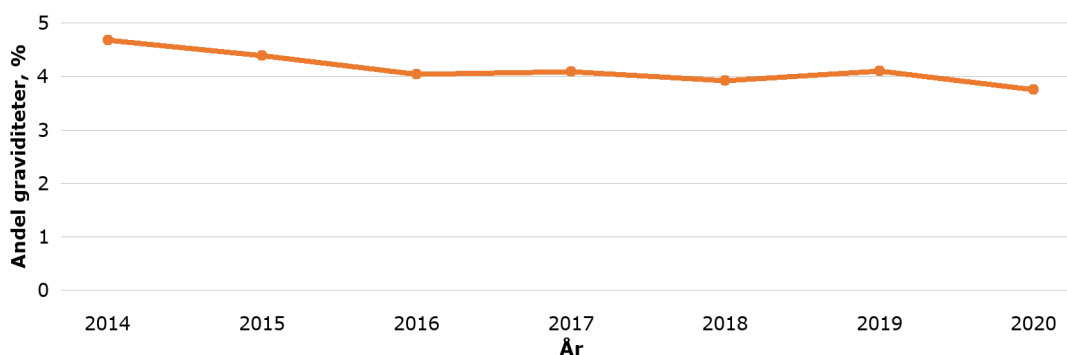
Resultat – Levnadsvanor och kroppsmasseindex under graviditet

Alkohol och droger bland gravida

Andelen graviditeter där skattningsinstrumentet AUDIT tyder på riskbruk av alkohol ett år före graviditet minskade från 4,7 till 3,8 procent under perioden 2014–2020 i Stockholms län (se figur 1). Även alkoholberoende före graviditet enligt AUDIT minskade, från 1 till 0,7 procent under samma period (se figur 2).

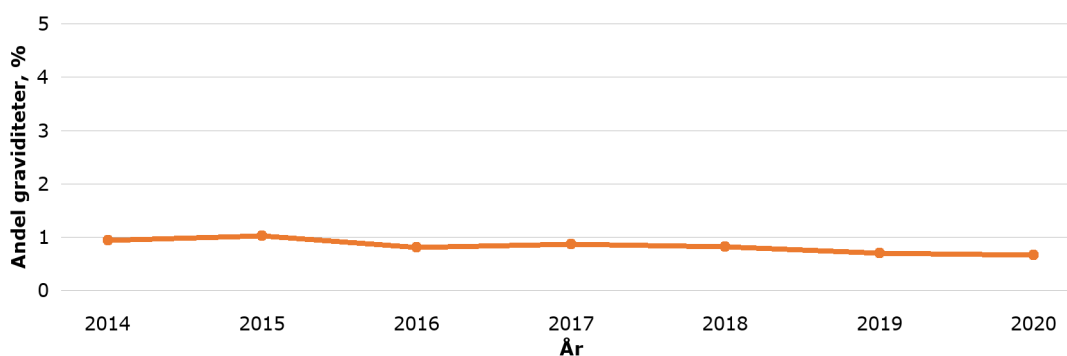
Även alkohol- eller drogmisbruk under graviditet minskade något, från 0,6 till 0,3 procent under samma period (se figur 3).

Vid ömsesidig justering för sociodemografiska faktorer framkommer att riskbruk och alkoholberoende enligt AUDIT är vanligast hos personer födda i Sverige, Västeuropa och anglosaxiska länder, samt Latinamerika. Associationen är även tydlig för gravida med kort utbildning.



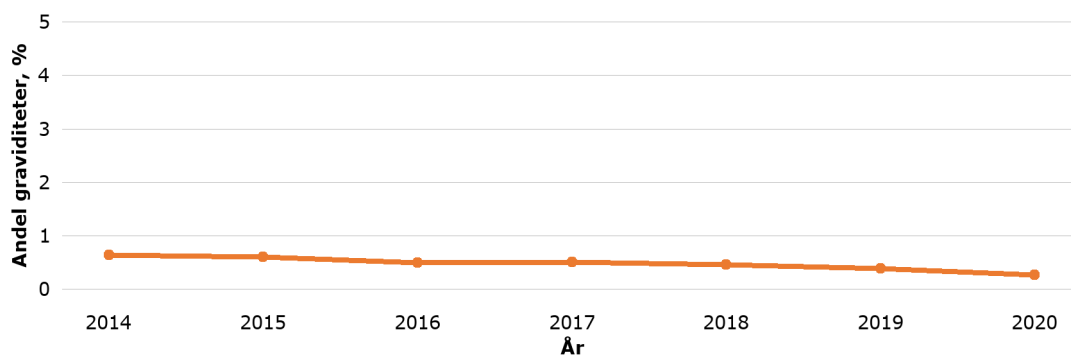
Figur 1. Andel gravida i Stockholms län år 2014–2020 som hade riskbruk av alkohol före graviditet enligt AUDIT.

Notera: AUDIT undersöker alkoholvanor under senaste året före graviditeten.



Figur 2. Andel gravida i Stockholms län år 2014–2020 som hade alkoholberoende före graviditet enligt AUDIT.

Notera: AUDIT undersöker alkoholvanor under senaste året före graviditeten.

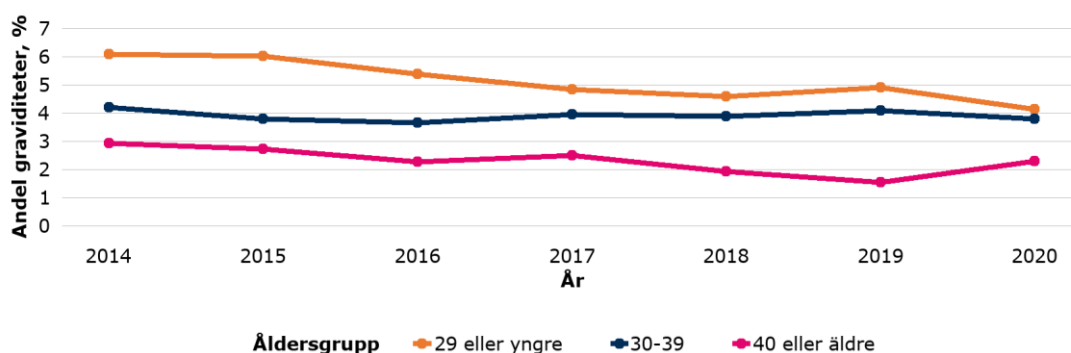


Figur 3. Andel gravida i Stockholms län år 2014–2020 som hade diagnos för alkohol- eller drogmisbruk under graviditeten.

Ålder: Vanligare att yngre gravida har riskbruk, alkoholberoende och alkohol- eller drogmisbruk

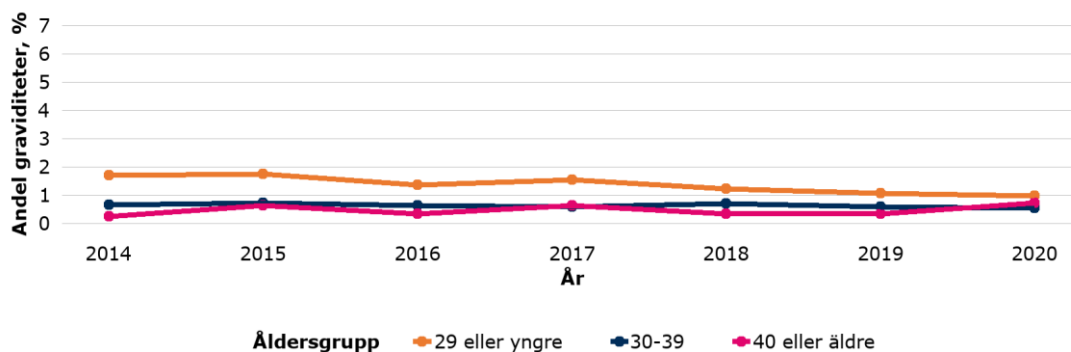
Det är vanligare att yngre gravida riskkonsumerar alkohol eller har alkoholberoende före graviditet (se figur 4 och 5). Även diagnos för alkohol- och drogmisbruk under graviditeten är något vanligare i den yngsta åldersgruppen (se figur 6).

Det syns en tydlig nedgång i både riskkonsumtion, alkoholberoende och alkohol- eller drogmisbruk mellan åren 2014 och 2020 i den yngsta åldersgruppen. Samtidigt kan en viss ökning av alkoholberoende ses för den äldsta åldersgruppen. Över lag minskar skillnaderna mellan åldersgrupperna både när det gäller riskbruk och alkoholberoende före graviditet.



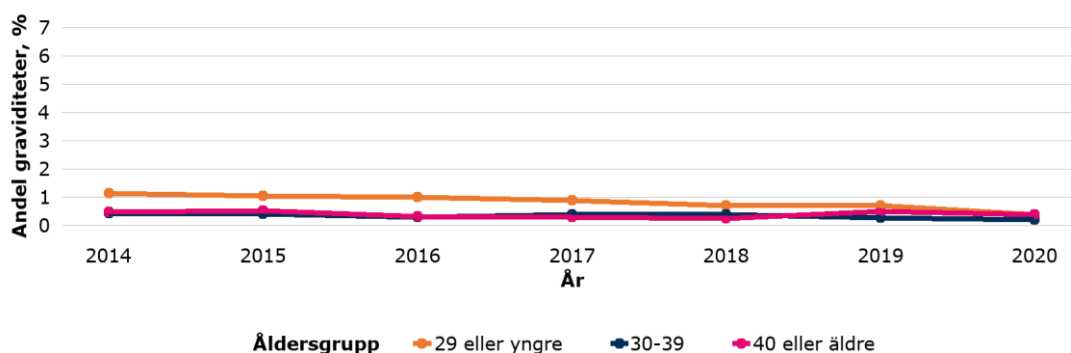
Figur 4. Andel gravida i Stockholms län år 2014–2020 som hade riskbruk av alkohol enligt AUDIT, fördelat på ålder.

Notera: AUDIT undersöker alkoholvanor under senaste året före graviditeten.



Figur 5. Andel gravida i Stockholms län år 2014–2020 som hade alkoholberoende enligt AUDIT, fördelat på ålder.

Notera: AUDIT undersöker alkoholvanor under senaste året före graviditeten.

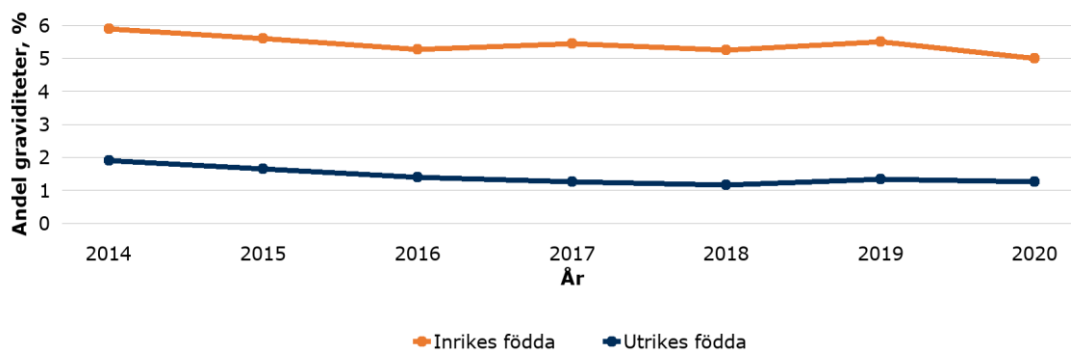


Figur 6. Andel gravida i Stockholms län år 2014–2020 som hade diagnos för alkohol- eller drogmissbruk under graviditeten, fördelat på ålder.

Födelseland: Riskbruk, alkoholberoende och alkohol- eller drogmissbruk vanligare bland gravida födda i Sverige

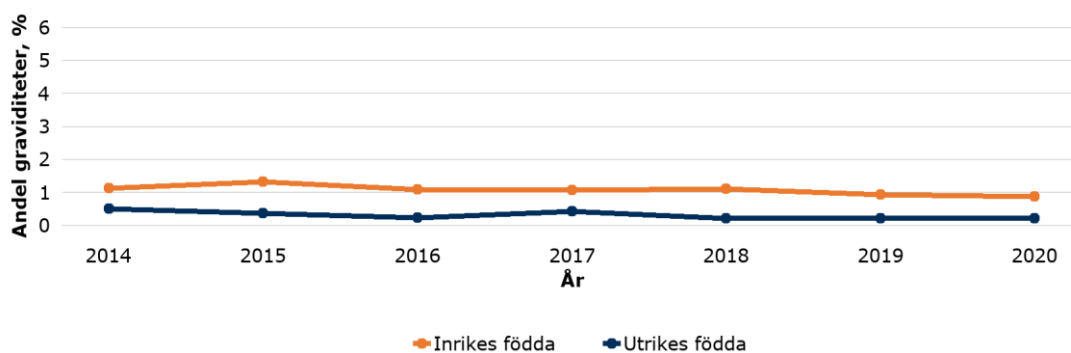
Gravida födda i Sverige har riskbruk av alkohol, alkoholberoende eller alkohol- och drogmissbruk i högre utsträckning än utrikes födda (se figur 7, 8 och 9). Trenden är något nedåtgående för riskbruk, alkoholberoende och alkohol- eller drogmissbruk, för både inrikes och utrikes födda gravida i Stockholms län.

Efter justering för övriga sociodemografiska faktorer (se figur 10) kvarstår det faktum att gravida födda i Sverige har högst förekomst av både riskbruk av alkohol och alkoholberoende. Samma figur visar att även gravida födda i Västeuropa och anglosaxiska länder samt Latinamerika i högre utsträckning klassificerades som riskbrukare eller alkoholberoende före en graviditet. Skillnaden mellan gravida från olika länder är betydligt större när det gäller riskbruk.



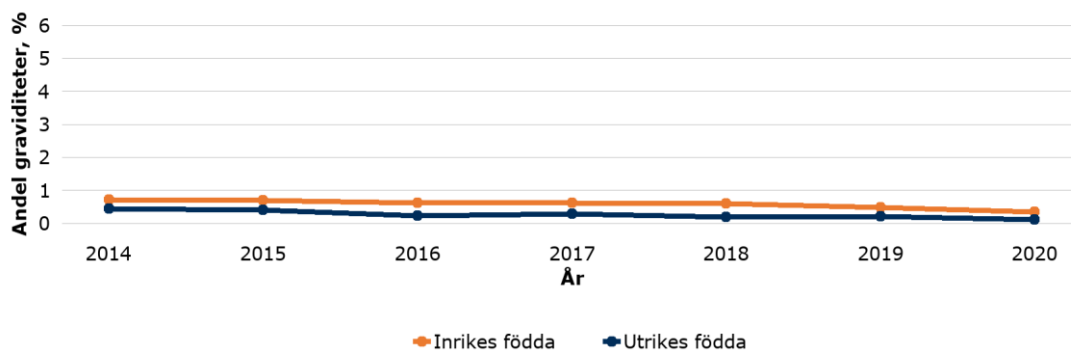
Figur 7. Andel gravida i Stockholms län år 2014–2020 som hade riskbruk av alkohol, fördelat på inrikes och utrikes födda.

Notera: AUDIT undersöker alkoholvanor under senaste året före graviditeten.

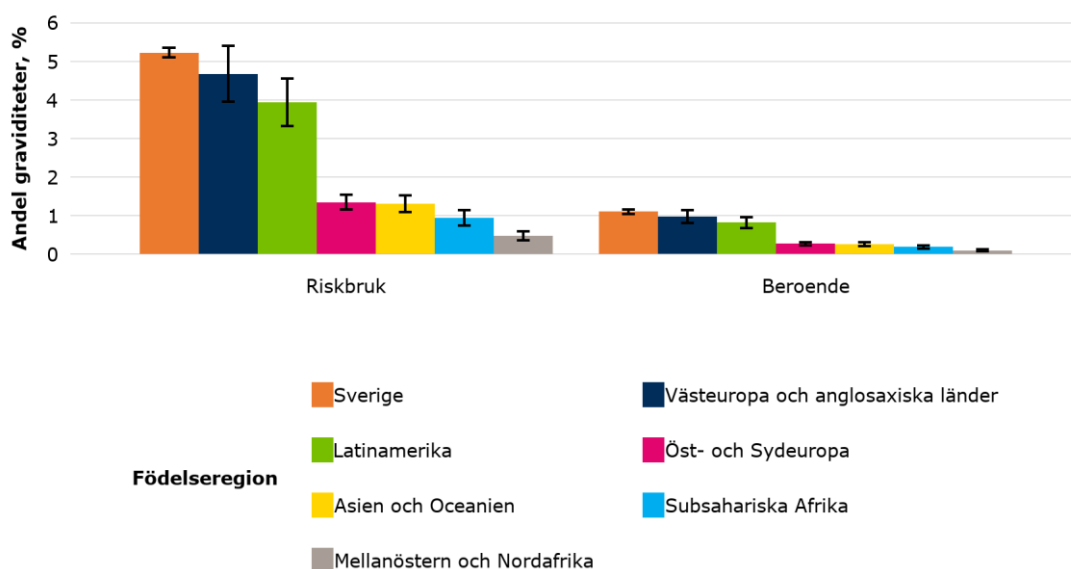


Figur 8. Andel gravida i Stockholms län år 2014–2020 som hade alkoholberoende enligt AUDIT, fördelat på inrikes och utrikes födda.

Notera: AUDIT undersöker alkoholvanor under senaste året före graviditeten.



Figur 9. Andel gravida i Stockholms län år 2014–2020 som hade diagnos för alkohol- eller drogmisbruk under graviditeten, fördelat på inrikes och utrikes födda.



Figur 10. Justerad andel gravida i Stockholms län år 2014–2020 som hade riskbruk av alkohol eller alkoholberoende enligt AUDIT, fördelat på födelseregion.

Notera: Justerat för ålder, utbildningsnivå, sysselsättning och familjeinkomst.

Utbildningsnivå och familjeinkomst: Riskbruk och alkoholberoende vanligare bland gravida med kort utbildning

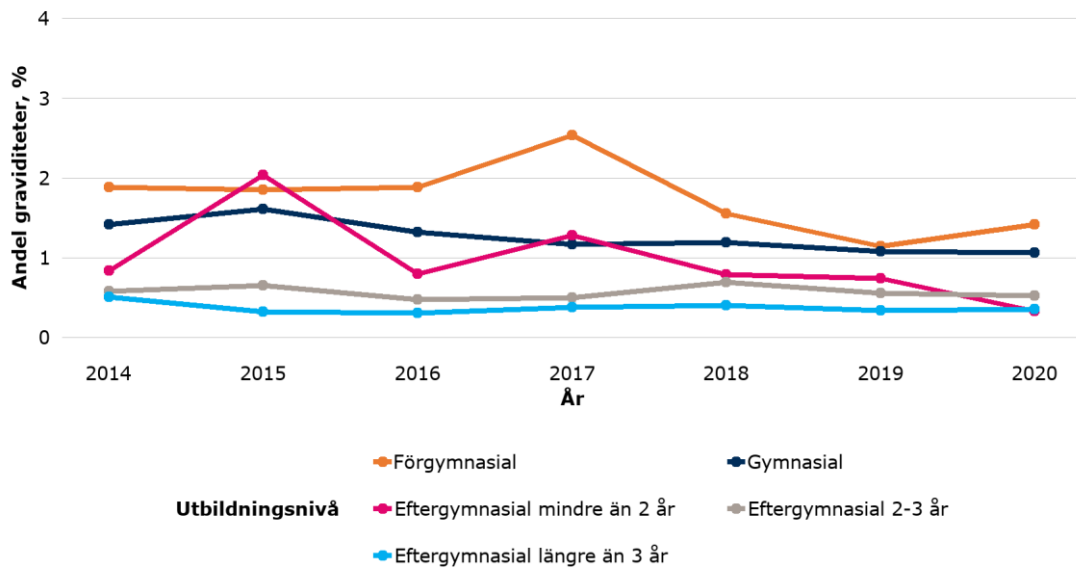
Andelen graviditeter där den gravida har alkoholberoende före graviditet, enligt AUDIT, är lägre ju längre utbildning den gravida har (se figur 11). Inga skillnader sågs när utfallet i stället undersöktes för familjeinkomstgrupper.

Även efter justering för övriga sociodemografiska faktorer sågs en lägre förekomst av både riskbruk och alkoholberoende bland gravida med lång utbildning (se figur 12).

När det gäller riskbruk av alkohol är det dock ingen skillnad mellan gravida med enbart förgymnasial utbildning och gravida med gymnasial eller eftergymnasial utbildning kortare än 4 år.

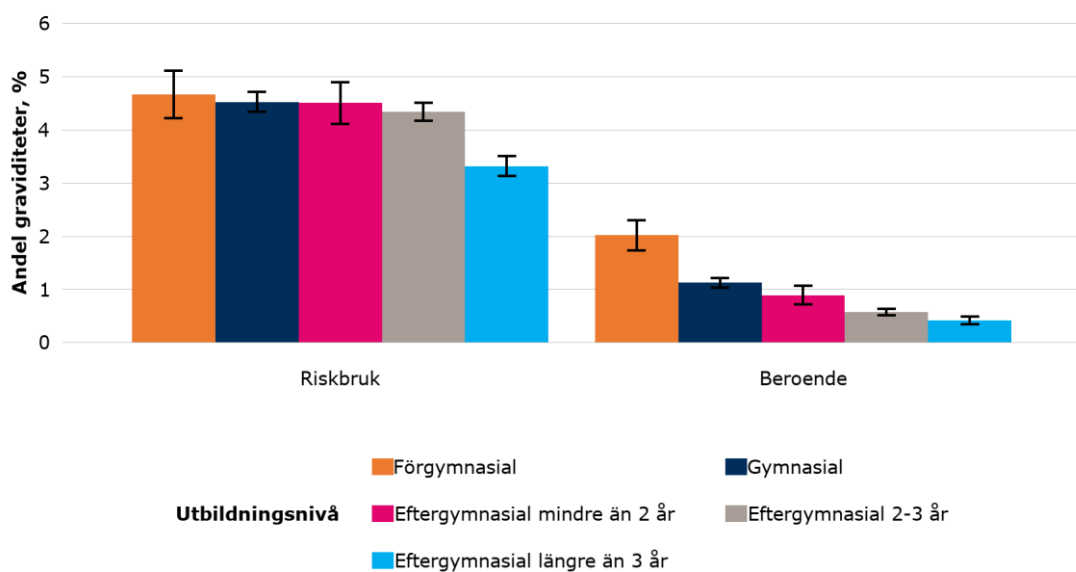
För alkoholberoende finns det däremot en tydlig skillnad mellan förgymnasialt utbildade och de med längre utbildning. Det är nästan dubbelt så vanligt att gravida med enbart

förgymnasial utbildning är alkoholberoende före graviditet enligt AUDIT, jämfört med gravida med längre utbildning.



Figur 11. Andel gravida i Stockholms län år 2014–2020 som hade alkoholberoende före graviditet enligt AUDIT, fördelat på utbildningsnivå.

Notera: AUDIT undersöker alkoholvanor under senaste året före graviditeten.

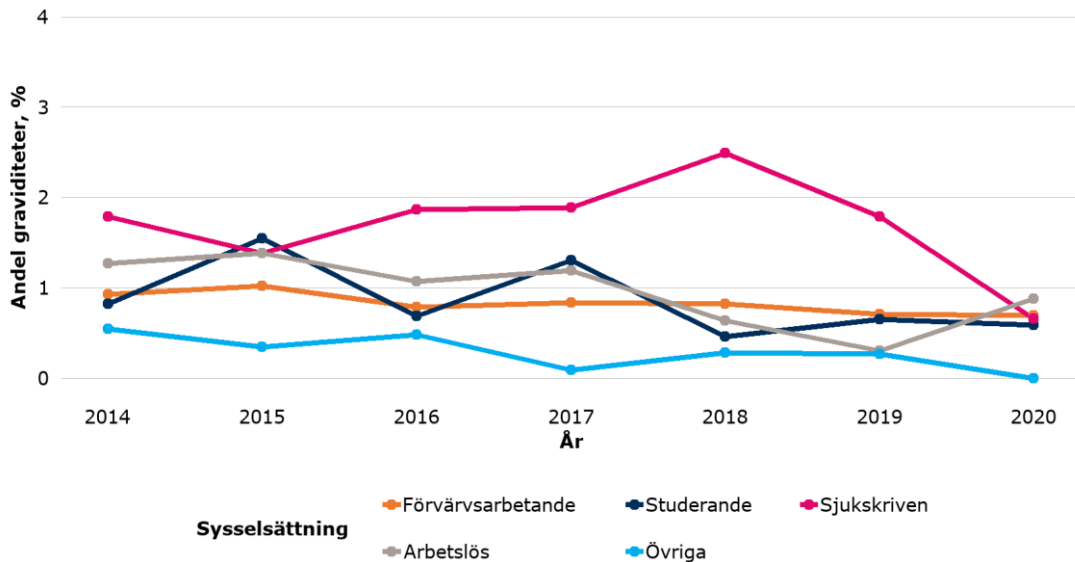


Figur 12. Justerad andel gravida i Stockholms län år 2014–2020 som hade riskbruk av alkohol eller alkoholberoende enligt AUDIT, fördelat på utbildningsnivå.

Notera: Justerat för ålder, födelseregion, sysselsättning och familjeinkomst.

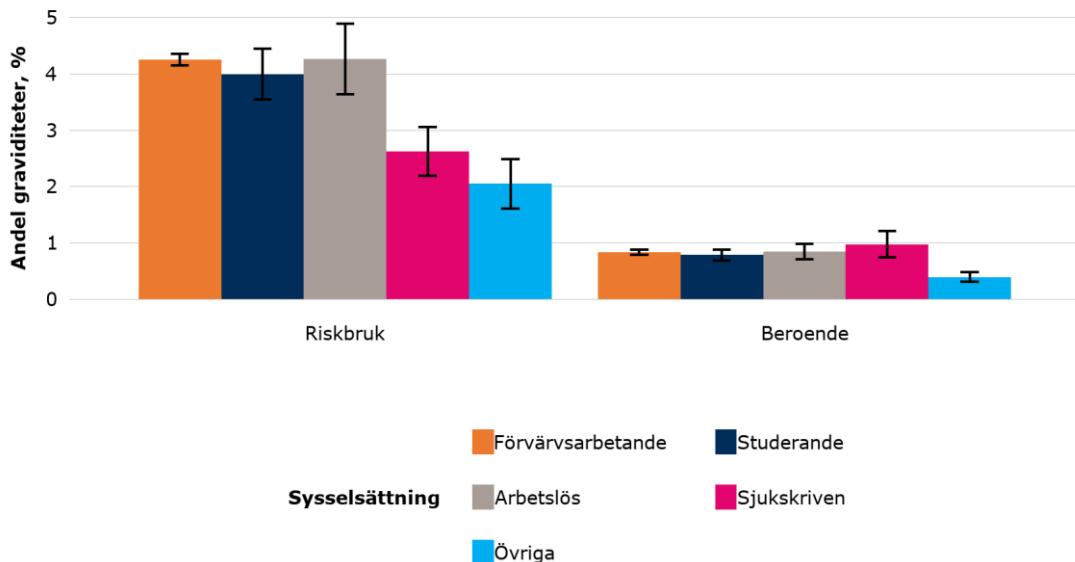
Sysselsättning: Gravida som är sjukskrivna har lägre riskbruk av alkohol men inte lägre alkoholberoende

Alkoholberoende före graviditet är något vanligare bland gravida som är sjukskrivna (se figur 13). Efter justering för övriga sociodemografiska faktorer försvann dock i princip skillnaden (se figur 14). Riskbruk av alkohol däremot är något lägre för gravida som är sjukskrivna jämfört med förvärvsarbetande, studerande och arbetslösa.



Figur 13. Andel gravida i Stockholms län år 2014–2020 som hade alkoholberoende före graviditet enligt AUDIT, fördelat på sysselsättning.

Notera: AUDIT undersöker alkoholvanor under senaste året före graviditeten.



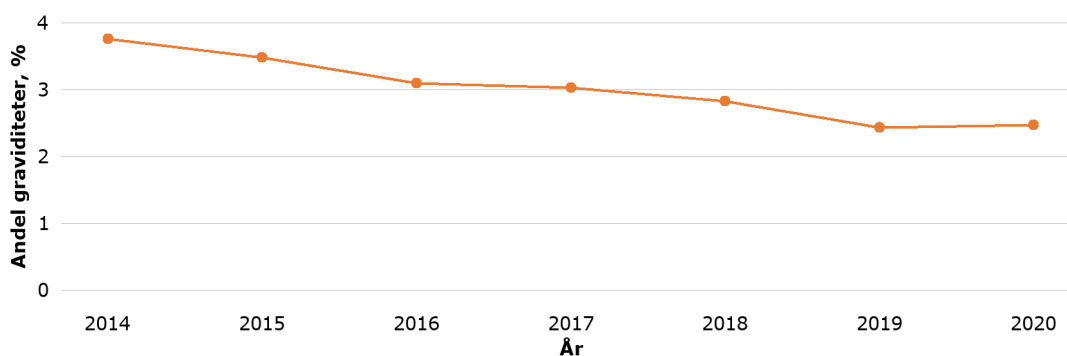
Figur 14. Justerad andel gravida i Stockholms län år 2014–2020 som hade riskbruk av alkohol eller alkoholberoende enligt AUDIT, fördelat på sysselsättning.

Notera: Justerat för ålder, födelseregion, utbildningsnivå, och familjeinkomst.

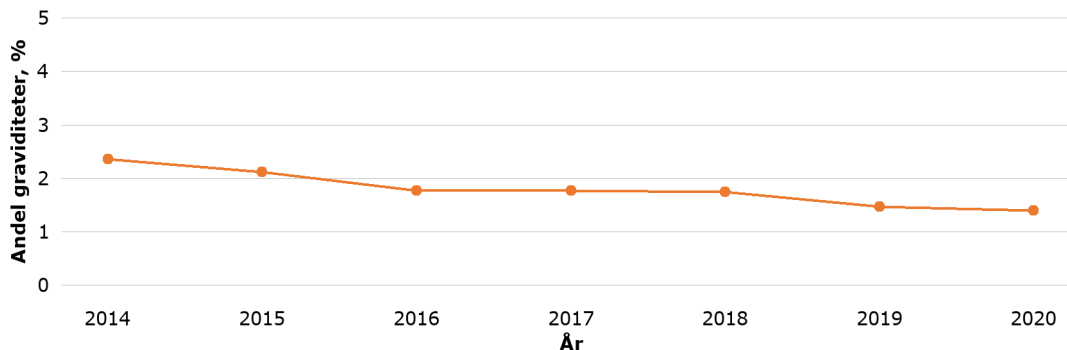
Rökning under graviditet

Andelen gravida i Stockholms län som röker under tidig graviditet eller under graviditetsvecka 30–32 har minskat kontinuerligt sedan år 2014 (se figur 15 och 16). Cirka 3,8 procent av de gravida rökte under tidig graviditet år 2014, och år 2020 var det 2,5 procent. Även rökning under graviditetsvecka 30–32 har minskat från 2,4 procent år 2014 till 1,4 procent år 2020. Det har alltså under hela perioden varit en något större andel som rökte i början av graviditeten jämfört med under graviditetsvecka 30–32.

Vid ömsesidig justering för sociodemografiska faktorer framkommer att rökning under graviditet främst är associerat med att vara född i Öst- och Sydeuropa, ha kort utbildning, vara sjukskriven eller arbetslös eller ha låg familjeinkomst.



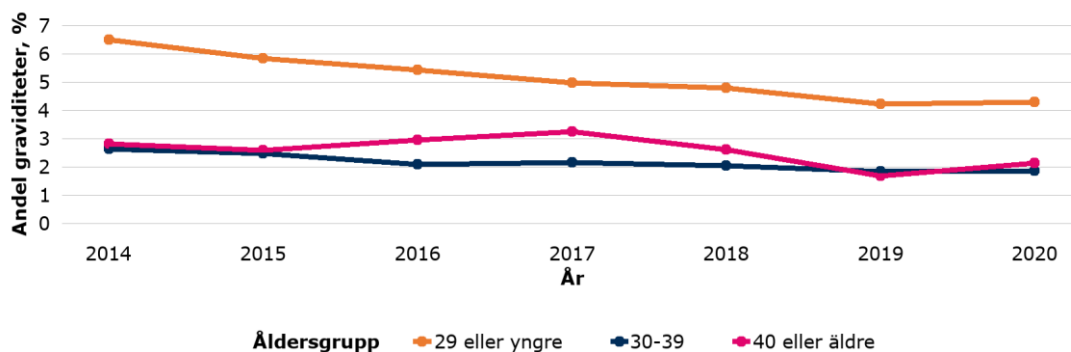
Figur 15. Andel gravida i Stockholms län år 2014–2020 som rökte under tidig graviditet.



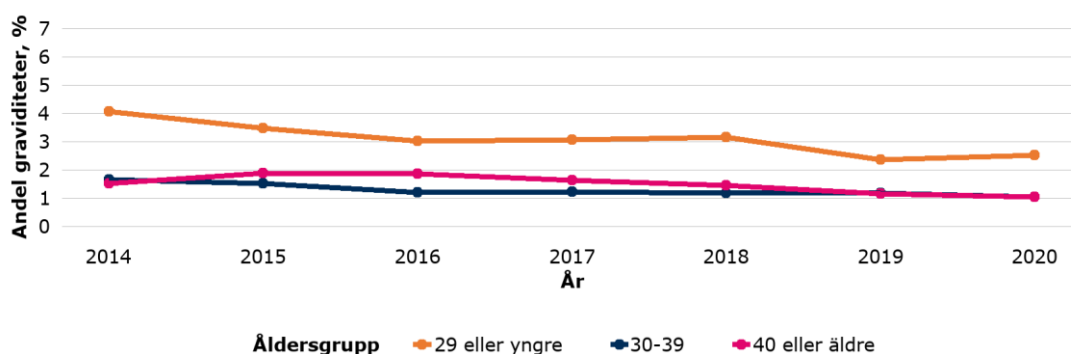
Figur 16. Andel gravida i Stockholms län år 2014–2020 som rökte under graviditetsvecka 30–32.

Ålder: Unga gravida röker oftare men trenden är minskande

Det är vanligare att gravida som är 29 år eller yngre röker (se figur 17 och 18). Trenden för denna grupp har dock varit minskande, och den har minskat snabbare än för äldre gravida. Det har lett till att skillnaderna mellan åldersgrupperna har minskat. År 2020 rökte strax över fyra procent av de gravida i åldersgruppen 29 eller yngre under tidig graviditet och cirka 2,5 procent av de gravida i samma åldersgrupp rökte under graviditetsvecka 30–32.



Figur 17. Andel gravida i Stockholms län år 2014–2020 som rökte under tidig graviditet, fördelat på ålder.

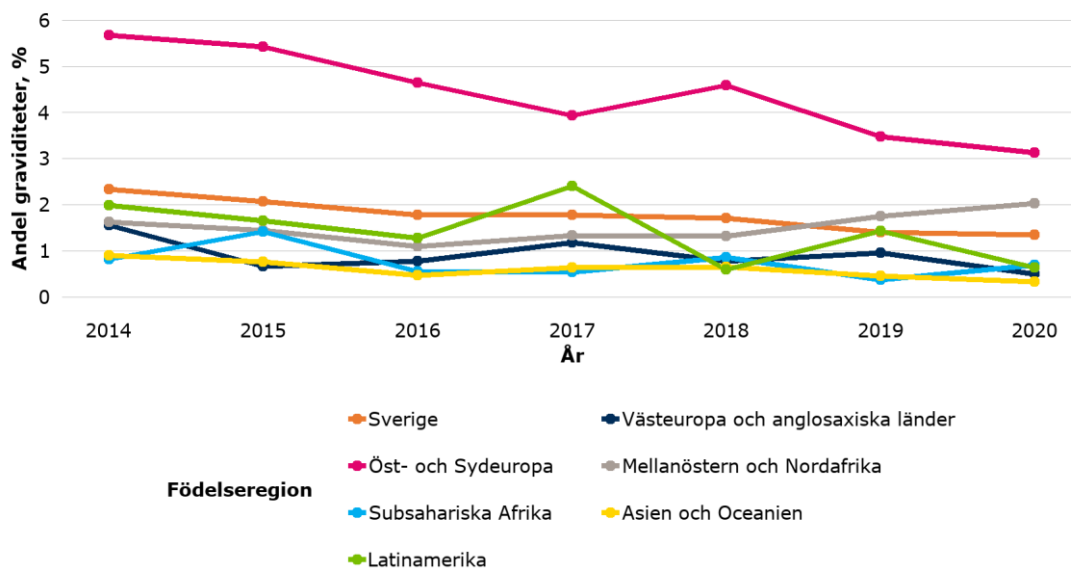


Figur 18. Andel gravida i Stockholms län år 2014–2020 som rökte under graviditetsvecka 30–32, fördelat på ålder.

Födelseland: Högre andel rökare bland gravida födda i Öst- och Sydeuropa

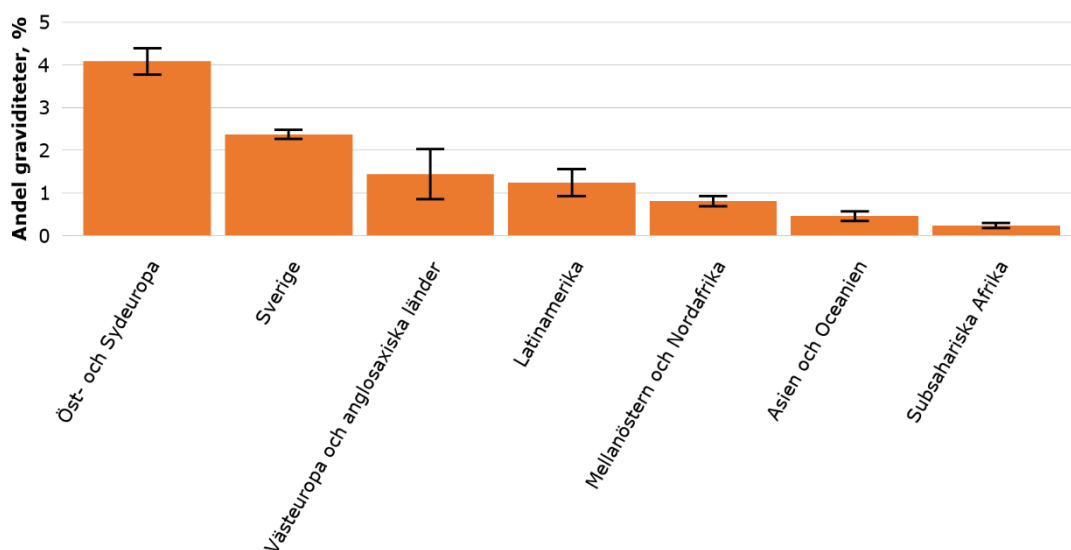
Under år 2014 rökte gravida stockholmare med ursprung i Öst- och Sydeuropa i betydligt högre utsträckning under graviditetsvecka 30–32 än gravida från andra länder, cirka 5,6 procent (se figur 19). Men trenden för denna grupp har varit minskande och år 2020 var andelen enbart 1,5 procentenheter högre än för gravida från andra länder.

En annan trend är att rökning under graviditetsvecka 30–32 ökar hos personer födda i Mellanöstern eller Nordafrika, medan trenden har minskat för alla övriga grupper (se figur 19). Sedan år 2019 är andelen som röker under vecka 30–32 högre för gravida födda i Mellanöstern och Nordafrika än för gravida födda i Sverige.



Figur 19. Andel gravida i Stockholms län år 2014–2020 som rökte under graviditetsvecka 30–32, fördelat på födelseregion.

Även efter justering för övriga sociodemografiska faktorer är det nästan två gånger vanligare att gravida födda i Öst- och Sydeuropa rökte jämfört med gravida födda i Sverige och fyra gånger vanligare jämfört med gravida födda i övriga delar av världen (se figur 20).



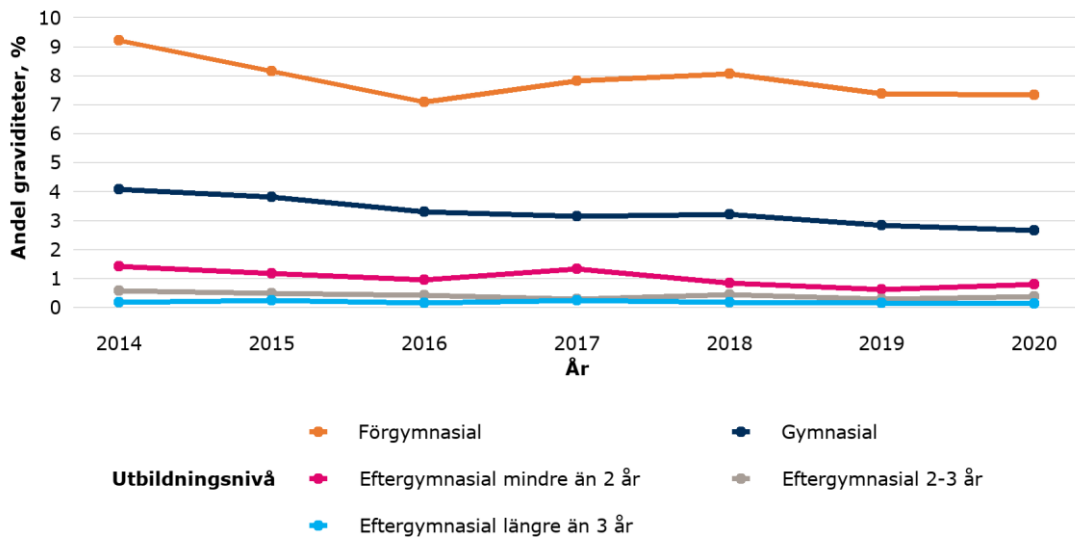
Figur 20. Justerad andel gravida i Stockholms län år 2014–2020 som rökte under graviditetsvecka 30–32, fördelat på födelseregion.

Notera: Justerat för ålder, utbildningsnivå, sysselsättning och familjeinkomst.

Utbildningsnivå: Högre andel rökare bland gravida med kortare utbildning

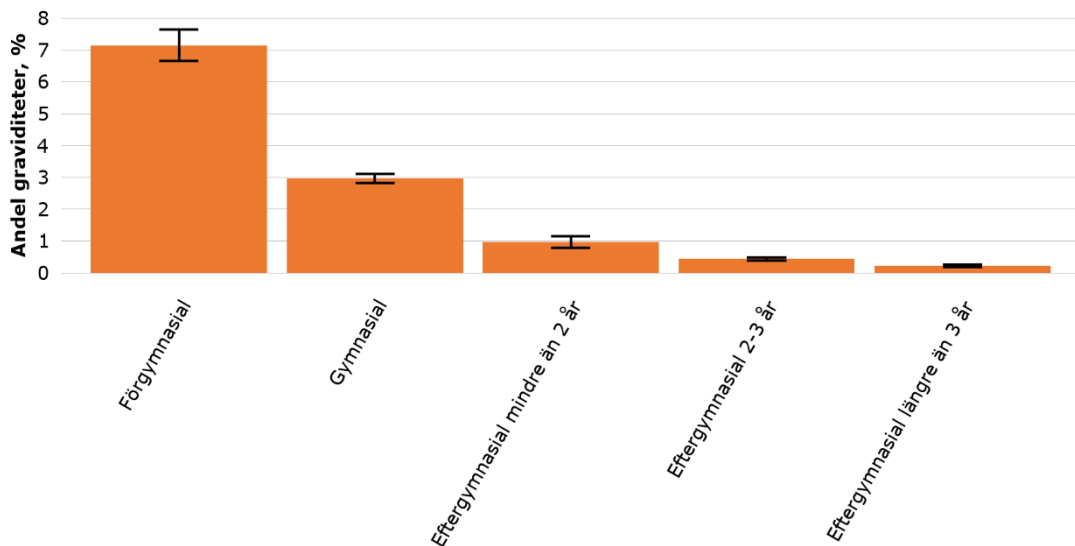
Andelen som röker under graviditetsvecka 30–32 är betydligt högre bland gravida med förgymnasial utbildning, cirka 7 procent år 2020 (se figur 21). Det är tydligt färre som röker bland gravida med gymnasial utbildning, och ännu färre med eftergymnasial

utbildning. Bland de med förgymnasial och gymnasial utbildning har andelen som röker minskat sedan 2014, men denna minskning har avtagit de senaste åren.



Figur 21. Andel gravida i Stockholms län år 2014–2020 som rökte under graviditetsvecka 30–32, fördelat på utbildningsnivå.

Även efter justering för övriga sociodemografiska faktorer kvarstår mönstret att ju högre utbildning desto lägre andel som röker under graviditetsvecka 30–32 (se figur 22). Det är en nästan sju gånger högre andel gravida med förgymnasial utbildning som röker under graviditetsvecka 30–32, jämfört med eftergymnasialt utbildade gravida.

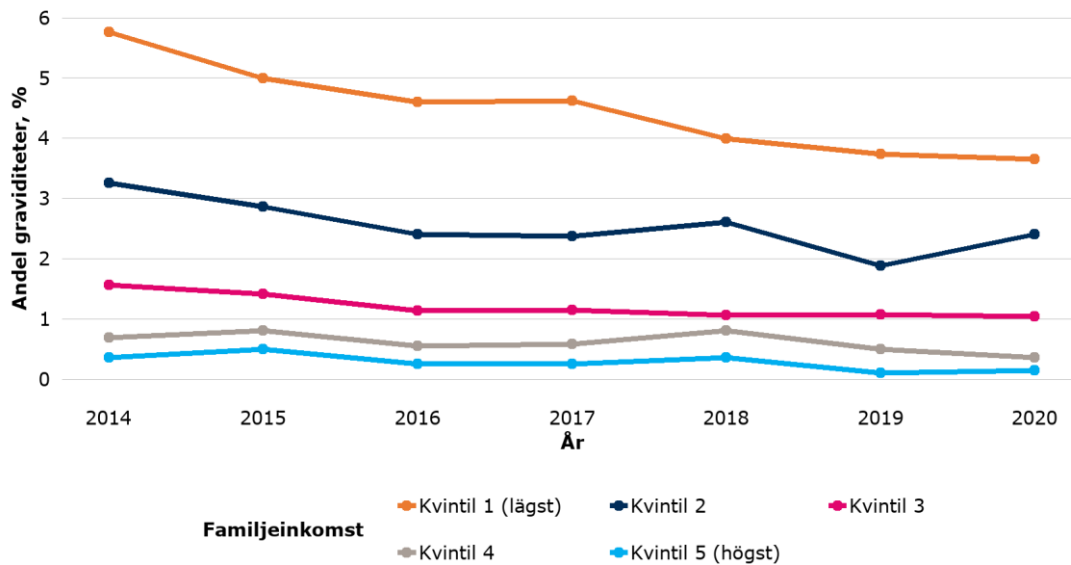


Figur 22. Justerad andel gravida i Stockholms län år 2014–2020 som rökte under graviditetsvecka 30–32, fördelat på utbildningsnivå.

Notera: Justerat för ålder, födelseregion, sysselsättning och familjeinkomst.

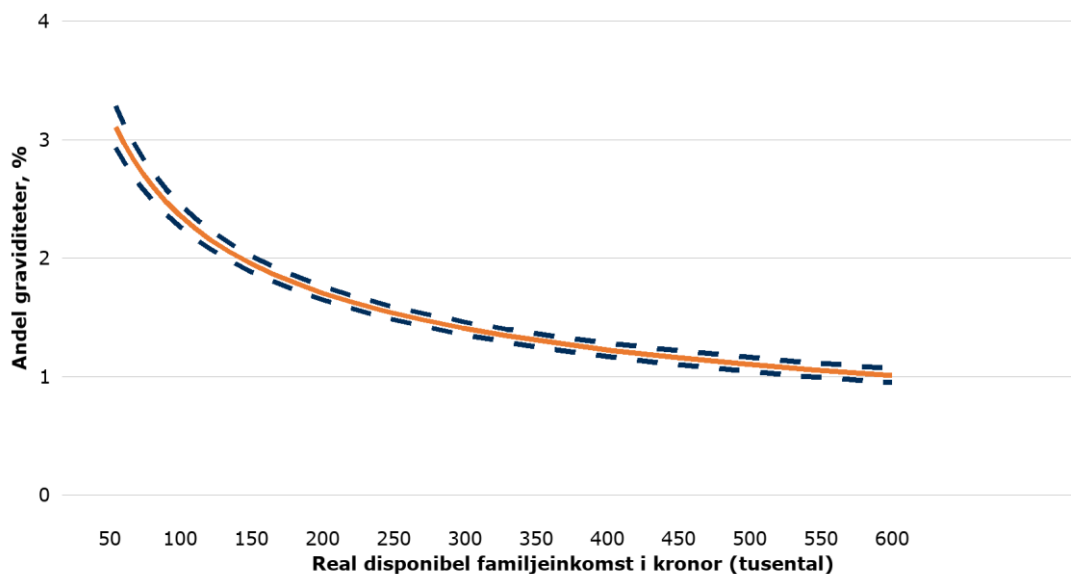
Familjeinkomst: Högre andel rökare bland gravida med låg familjeinkomst

Rökning är vanligare bland gravida med lägre familjeinkomst (se figur 23). Skillnaden mellan inkomstgrupper är något mindre än skillnaden mellan grupper med olika utbildningsnivå.



Figur 23. Andel gravida i Stockholms län år 2014–2020 som rökte under graviditetsvecka 30–32, fördelat på familjeinkomst.

Efter justering för övriga sociodemografiska faktorer kvarstår sambandet mellan familjeinkomst och rökning under graviditetsvecka 30–32. Ju högre familjeinkomst desto lägre andel gravida som röker (se figur 24). Den justerade andelen gravida som röker är en procentenhet högre vid familjeinkomster på 100 000 kronor om året jämfört med familjeinkomster på 200 000–250 000 kronor om året.

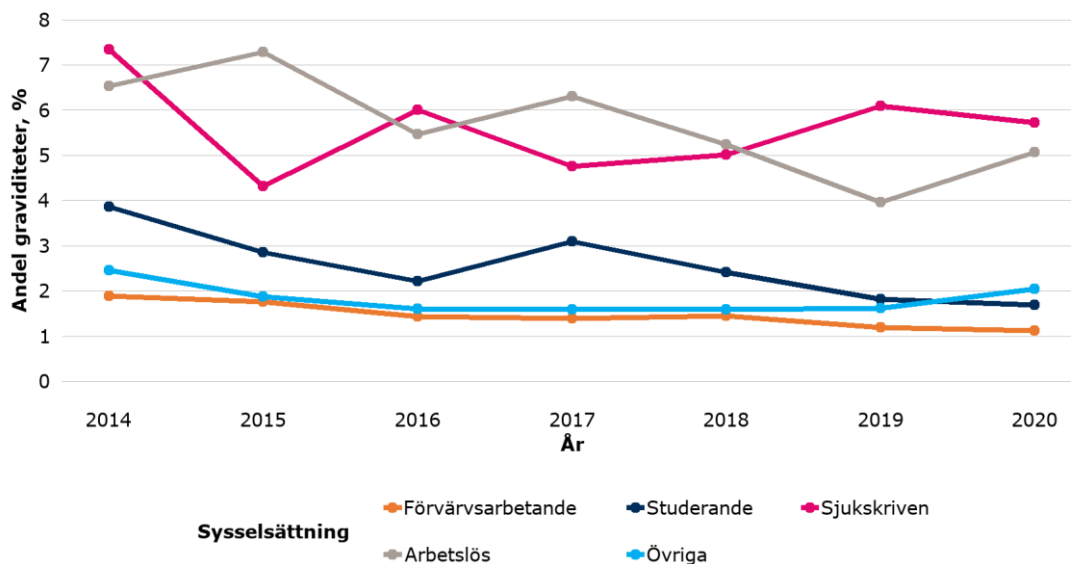


Figur 24. Justerad andel gravida i Stockholms län år 2014–2020 som rökte under graviditetsvecka 30–32, fördelat på familjeinkomst.

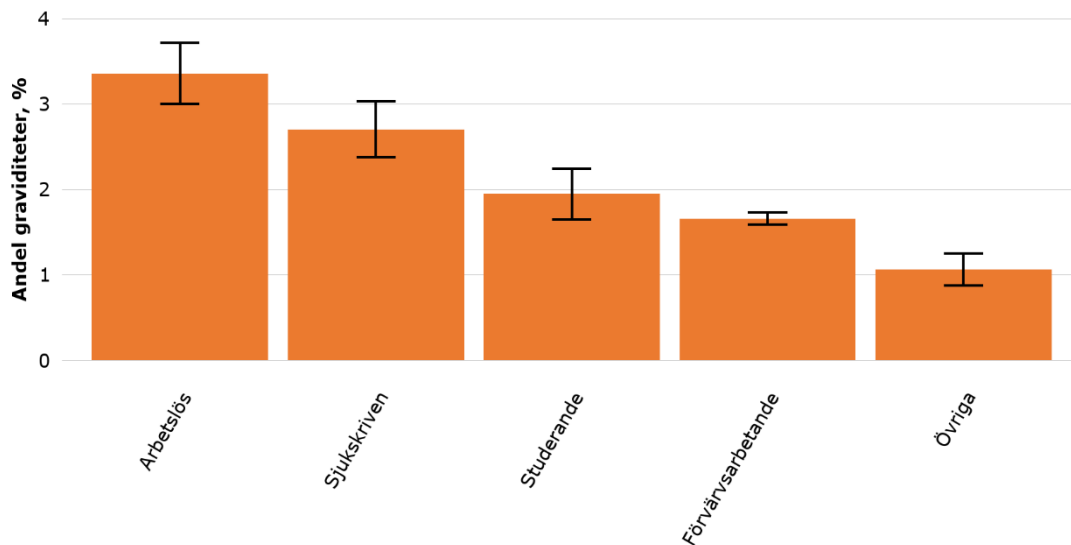
Notera: Justerat för ålder, födelseregion, utbildningsnivå och sysselsättning. Streckade linjer anger konfidensintervall på 95 procents konfidensnivå.

Sysselsättning: Högre andel rökare bland gravida som är arbetslösa eller sjukskrivna

Personer som är sjukskrivna eller arbetslösa röker i högre utsträckning (se figur 25). Det gäller även efter justering för övriga sociodemografiska faktorer (se figur 26). Det är dock mindre skillnader mellan sysselsättningsgrupper än mellan utbildningsgrupper.



Figur 25. Andel gravida i Stockholms län år 2014–2020 som rökte under graviditetsvecka 30–32, fördelat på sysselsättning.



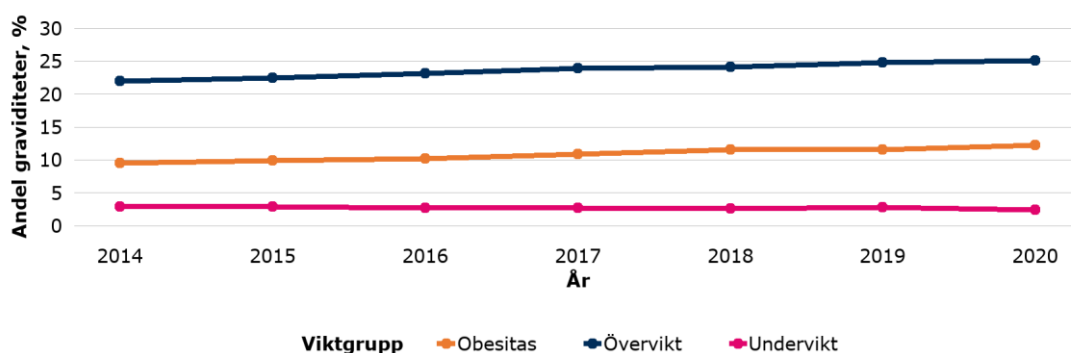
Figur 26. Justerad andel gravida i Stockholms län år 2014–2020 som rökte under graviditetsvecka 30–32, fördelat på sysselsättning.

Notera: Justerat för ålder, födelseregion, utbildningsnivå och familjeinkomst.

Övervikt och obesitas under tidig graviditet

Andelen gravida som har övervikt eller obesitas under tidig graviditet ökade kontinuerligt i Stockholms län mellan år 2014 och 2020. Det var främst kategorin övervikt som ökade, från cirka 22 till 25 procent, men även obesitas ökade till viss del, från cirka 10 till 12 procent.

Vid ömsesidig justering för sociodemografiska faktorer framkommer att obesitas under tidig graviditet är vanligare hos gravida födda i subsahariska Afrika, Latinamerika samt Mellanöstern och Nordafrika, hos gravida med kort utbildning, hos sjukskrivna och arbetslösa samt hos gravida med låg familjeinkomst.

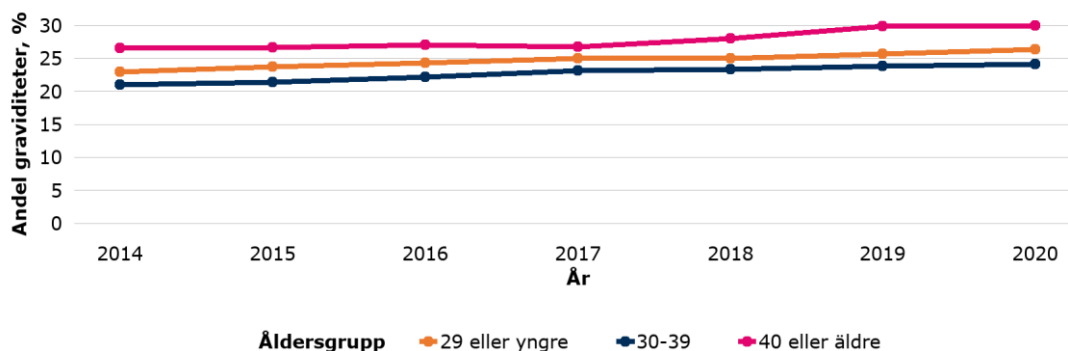


Figur 27. Andel gravida i Stockholms län år 2014–2020 som hade undervikt, övervikt eller obesitas under tidig graviditet.

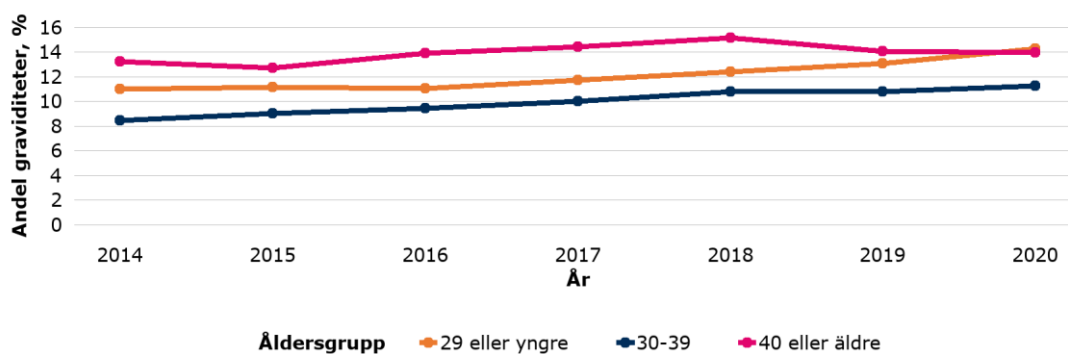
Ålder: Äldre gravida har oftare övervikt eller obesitas

Övervikt och obesitas är vanligast i den äldsta åldersgruppen, 40 år eller äldre, men den allra yngsta åldersgruppen, 29 år eller yngre, har högre förekomst av övervikt och obesitas än 30–39-åringarna (se figur 28 och 29). En ökande trend i övervikt och

obesitas sågs i alla åldersgrupper mellan åren 2014–2020. Skillnaderna mellan åldersgrupper är större för obesitas än för övervikt.



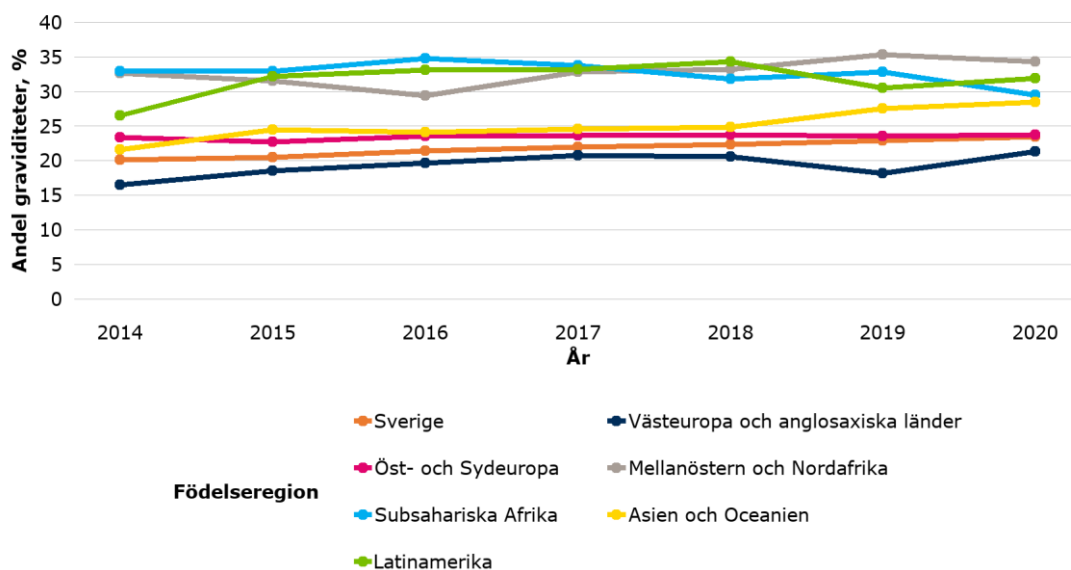
Figur 28. Andel gravida i Stockholms län år 2014–2020 som hade övervikt under tidig graviditet, fördelat på ålder.



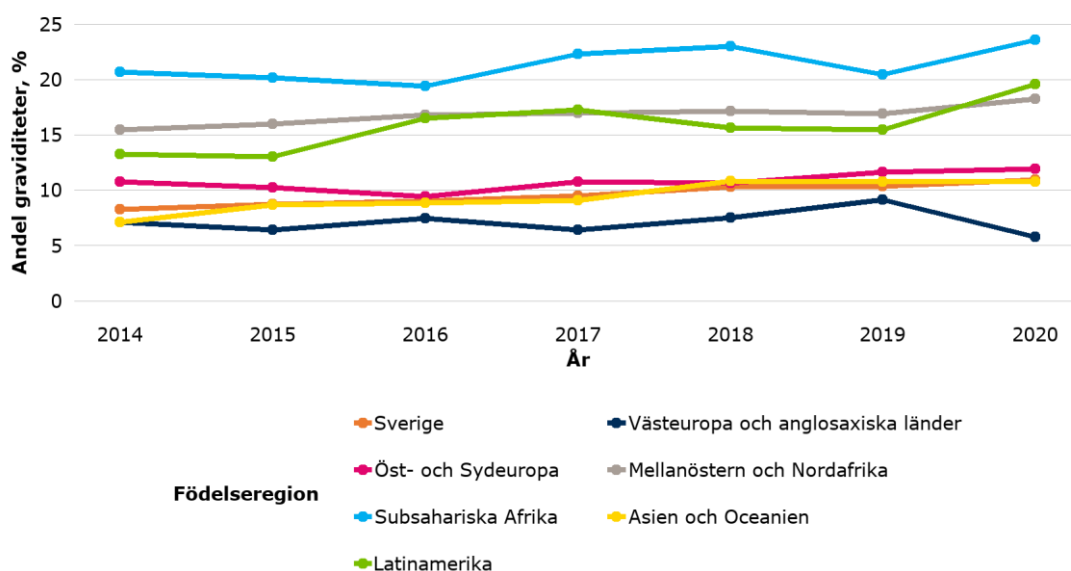
Figur 29. Andel gravida i Stockholms län år 2014–2020 som hade obesitas under tidig graviditet, fördelat på ålder.

Födelseland: Gravida födda i subsahariska Afrika, Latinamerika samt Mellanöstern och Nordafrika har oftare övervikt eller obesitas under tidig graviditet

Obesitas och övervikt under tidig graviditet är betydligt vanligare bland gravida födda i subsahariska Afrika, Latinamerika samt Mellanöstern och Nordafrika (se figur 30 och 31). För obesitas sågs en uppåtgående trend för alla gravida förutom de födda i Öst- och Sydeuropa, Västeuropa och anglosaxiska länder. För gravida födda i subsahariska Afrika minskar trenden.

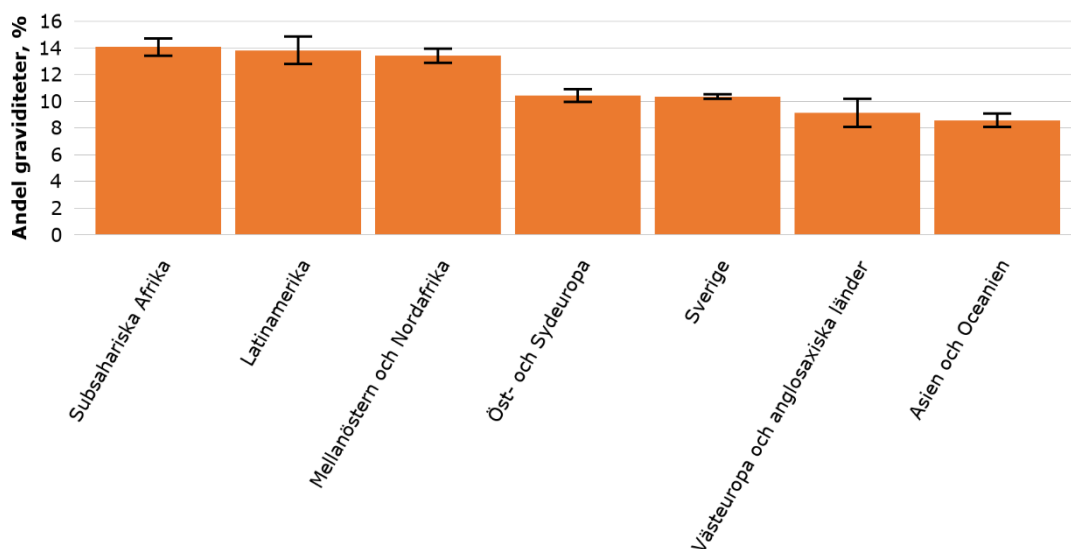


Figur 30. Andel gravida i Stockholms län år 2014–2020 som hade övervikt under tidig graviditet, fördelat på födelseregion.



Figur 31. Andel gravida i Stockholms län år 2014–2020 som hade obesitas under tidig graviditet, fördelat på födelseregion.

Sambandet mellan födelseland och obesitas under tidig graviditet kvarstår även efter justering för övriga sociodemografiska faktorer (se figur 32).

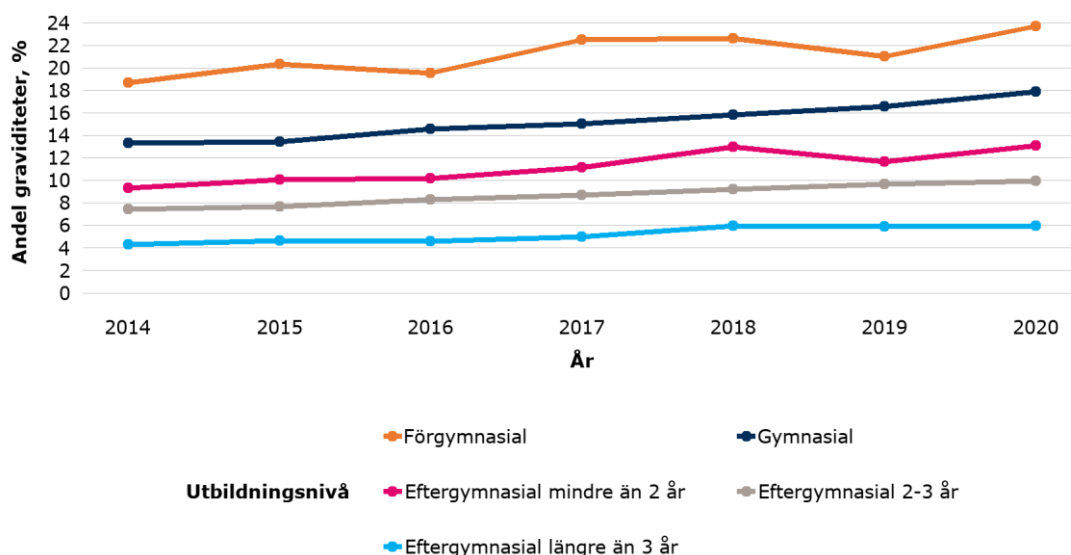


Figur 32. Justerad andel gravida i Stockholms län år 2014–2020 som hade obesitas under tidig graviditet, fördelat på födelseregion.

Notera: Justerat för ålder, utbildningsnivå, sysselsättning och familjeinkomst.

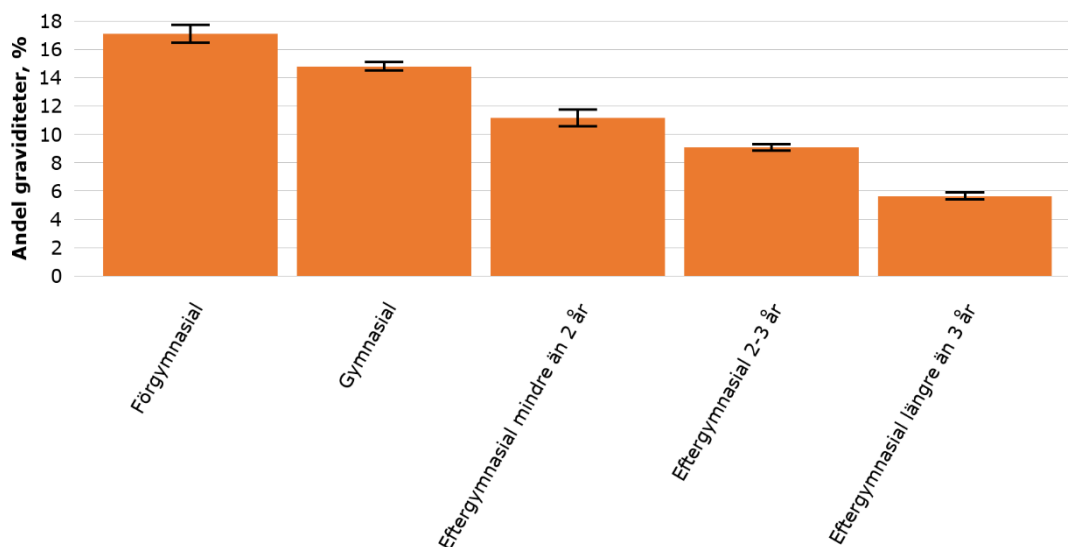
Utbildningsnivå: Obesitas under tidig graviditet vanligare bland gravida med kort utbildning

Obesitas är ovanligare ju högre utbildningsnivå den gravida har, men trenden är ökande för alla utbildningsgrupper. Ökningen är dock mindre bland dem med eftergymnasial utbildning som är längre än tre år.



Figur 33. Andel gravida i Stockholms län år 2014–2020 som hade obesitas under tidig graviditet, fördelat på utbildningsnivå.

Efter justering för övriga sociodemografiska faktorer kvarstår sambandet mellan kort utbildning och högre förekomst av obesitas under tidig graviditet i Stockholms län (se figur 34).

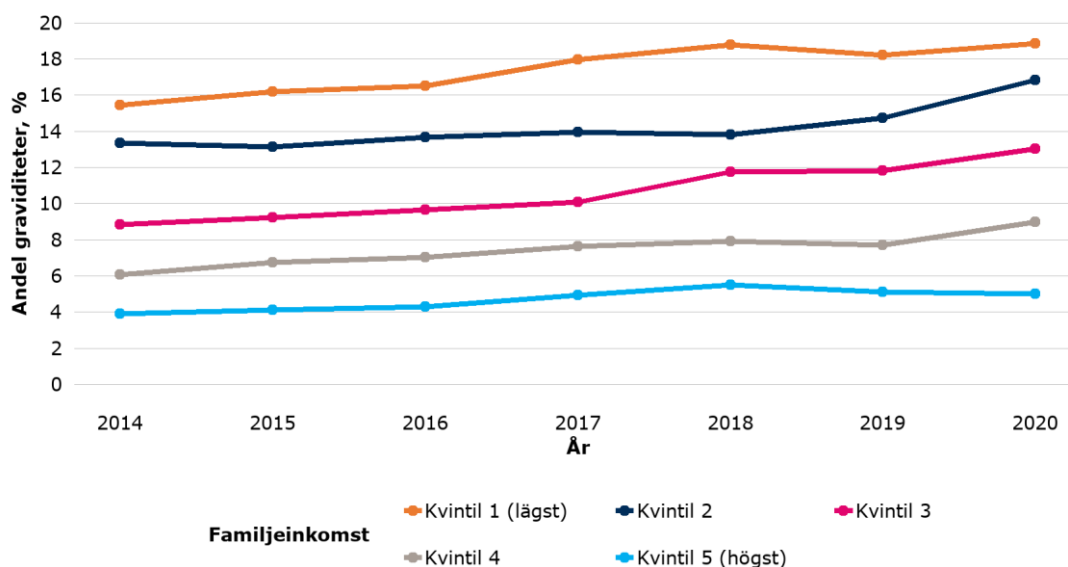


Figur 34. Justerad andel gravida i Stockholms län år 2014–2020 som hade obesitas under tidig graviditet, fördelat på utbildningsnivå.

Notera: Justerat för ålder, födelseregion, sysselsättning och familjeinkomst.

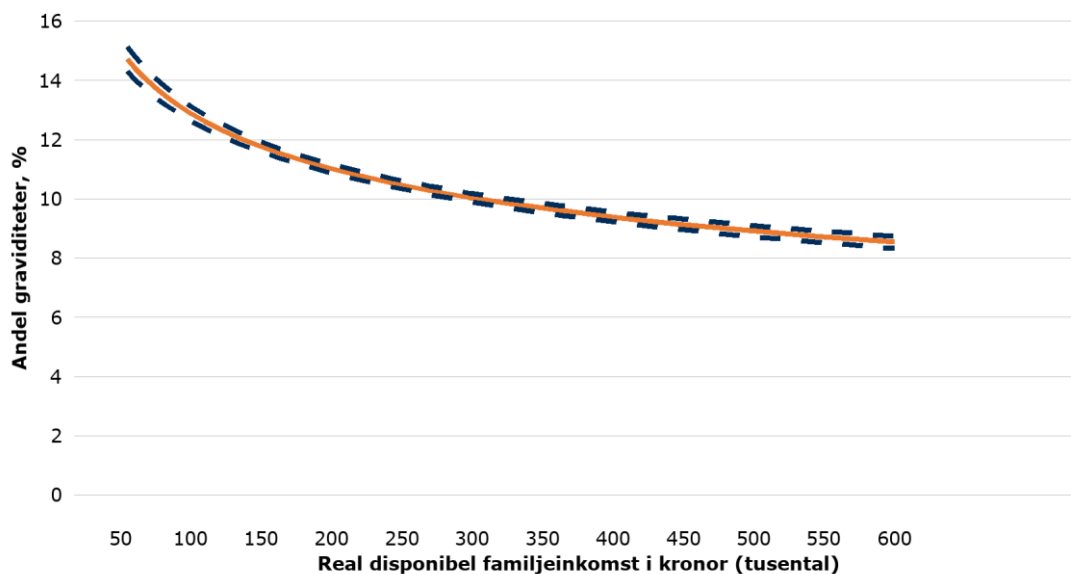
Familjeinkomst: Högre förekomst av obesitas under tidig graviditet bland gravida med låg familjeinkomst

Gravida med lägst familjeinkomst har högst förekomst av obesitas under tidig graviditet (se figur 35). Förekomsten är lägre ju högre familjeinkomst den gravida har. Obesitas ökar även mest bland gravida med låg familjeinkomst.



Figur 35. Andel gravida i Stockholms län år 2014–2020 som hade obesitas under tidig graviditet, fördelat på familjeinkomst.

Sambandet mellan högre familjeinkomst och lägre förekomst av obesitas under tidig graviditet är starkt och kvarstår efter justering för övriga sociodemografiska faktorer (se figur 36). Sambandet är starkast för de lägsta familjeinkomsterna. Den justerade andelen graviditeter där den gravida har obesitas är cirka en procentenhet högre vid familjeinkomster på 100 000 kronor jämfört med 150 000 kronor per år.

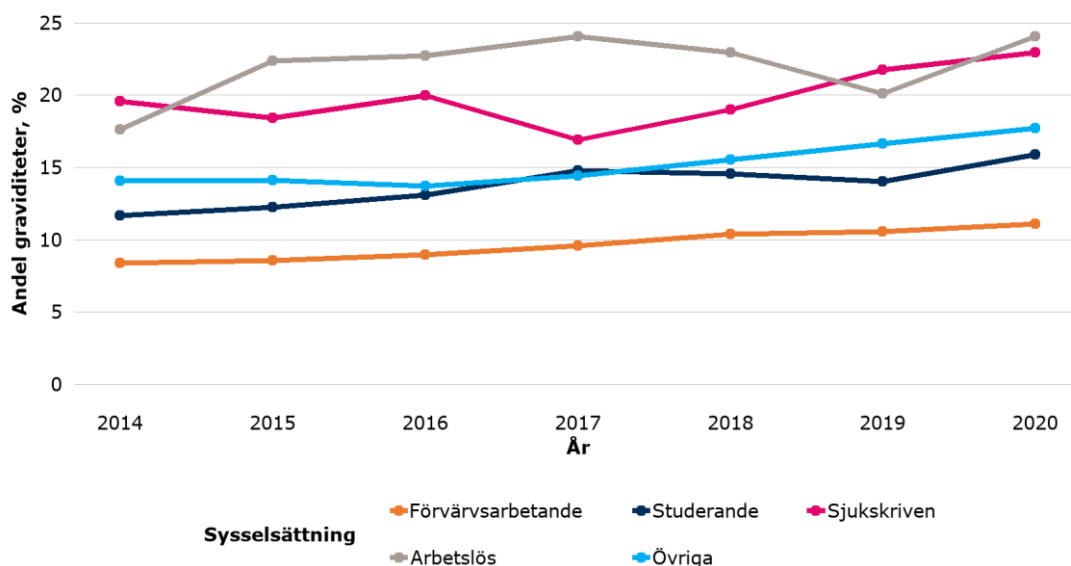


Figur 36. Justerad andel gravida i Stockholms län år 2014–2020 som hade obesitas under tidig graviditet, fördelat på familjeinkomst.

Notera: Justerat för ålder, födelseregion, utbildningsnivå och sysselsättning. Streckade linjer anger konfidensintervall på 95 procents konfidensnivå.

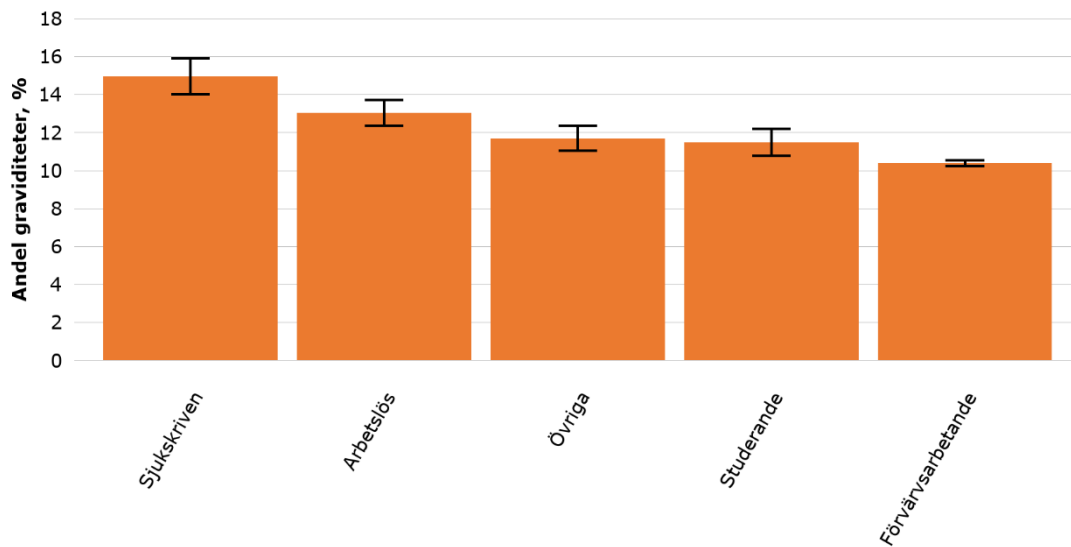
Sysselsättning: Obesitas under tidig graviditet vanligare bland arbetslösa och sjukskrivna gravida

Obesitas är vanligast hos de gravida som är arbetslösa eller sjukskrivna (se figur 37). En ökning av obesitas kan ses bland alla sysselsättningsgrupper.



Figur 37. Andel gravida i Stockholms län år 2014–2020 som hade obesitas under tidig graviditet, fördelat på sysselsättning.

Att förekomsten av obesitas under tidig graviditet är högst bland gravida som är arbetslösa eller sjukskrivna kvarstår även efter justering för övriga sociodemografiska faktorer (se figur 38).



Figur 38. Justerad andel gravida i Stockholms län år 2014–2020 som hade obesitas under tidig graviditet, fördelat på sysselsättning

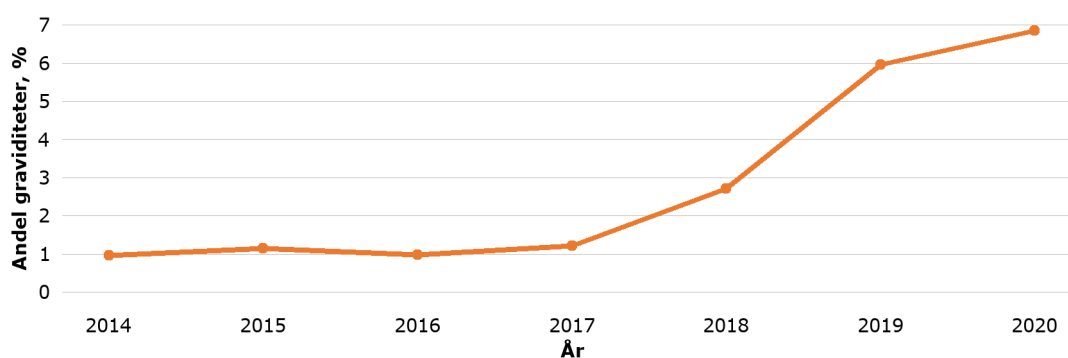
Notera: Justerat för ålder, födelse-region, utbildningsnivå och familjeinkomst.

Resultat – Fysiska graviditetskomplikationer

Graviditetsdiabetes

Det skedde en stor ökning av diagnostiserad graviditetsdiabetes i Stockholms län från år 2018 och framåt (se figur 39). Andelen gravida som diagnostiserades med graviditetsdiabetes ökade från en procent år 2014 till nästan sju procent år 2020. Denna ökning berodde i huvudsak på förändrade arbetsätt som skedde på många håll i landet år 2018. Efter år 2018 genomgick en större andel gravida glukosbelastning och gränsvärdena för graviditetsdiabetes sänktes samma år (11).

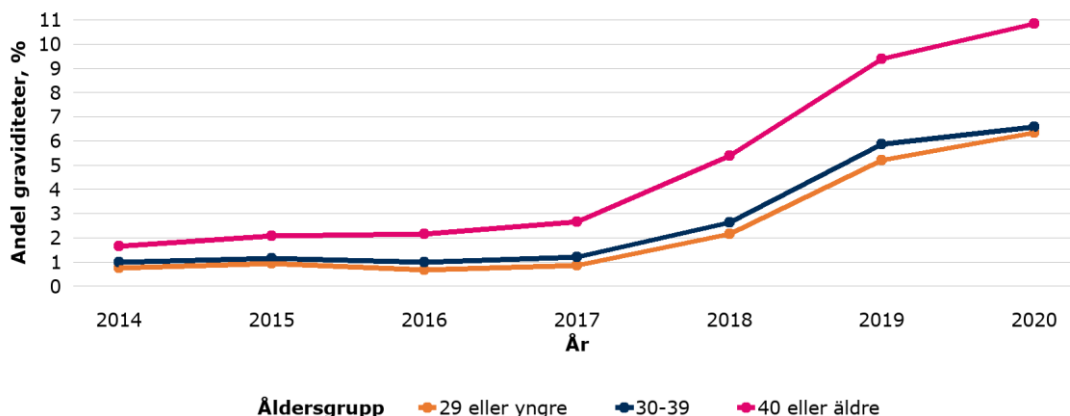
Vid ömsesidig justering för sociodemografiska faktorer framkommer att diagnosen graviditetsdiabetes är vanligast hos gravida födda i Asien och Oceanien och subsahariska Afrika, samt hos gravida med kort utbildning.



Figur 39. Andel gravida i Stockholms län år 2014–2020 som fått diagnosen graviditetsdiabetes.

Ålder: Främst äldre gravida som diagnostiseras med graviditetsdiabetes

Mer än var tionde gravid person i åldersgruppen 40 år eller äldre får diagnosen graviditetsdiabetes i Stockholms län. Det är en betydligt högre andel än för övriga åldersgrupper. Diagnosen graviditetsdiabetes ökar i alla åldersgrupper, men ökningen är störst i åldersgruppen 40 år eller äldre.

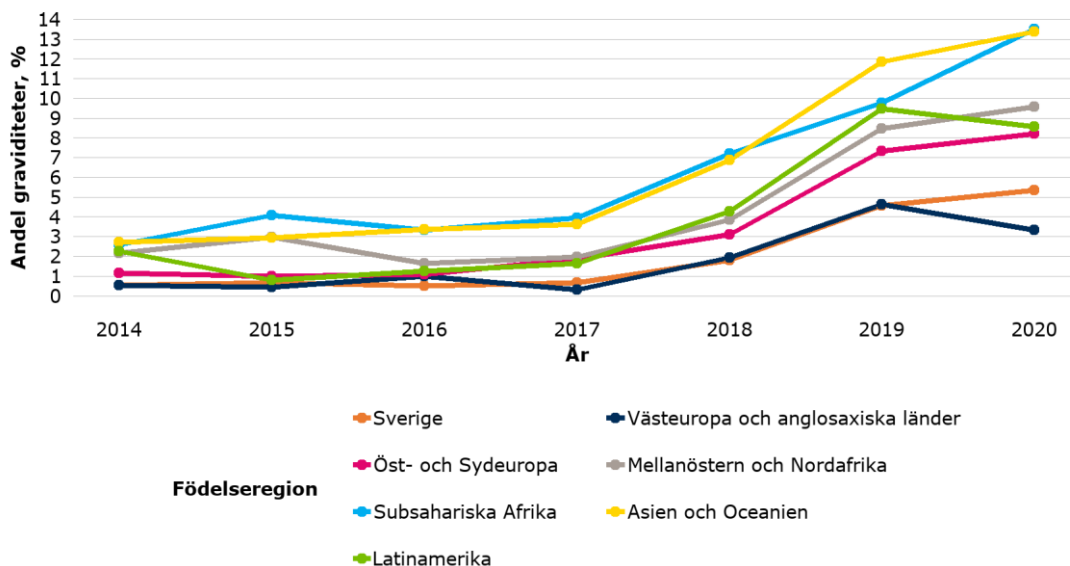


Figur 40. Andel gravida i Stockholms län år 2014–2020 som fått diagnosen graviditetsdiabetes, fördelat på ålder.

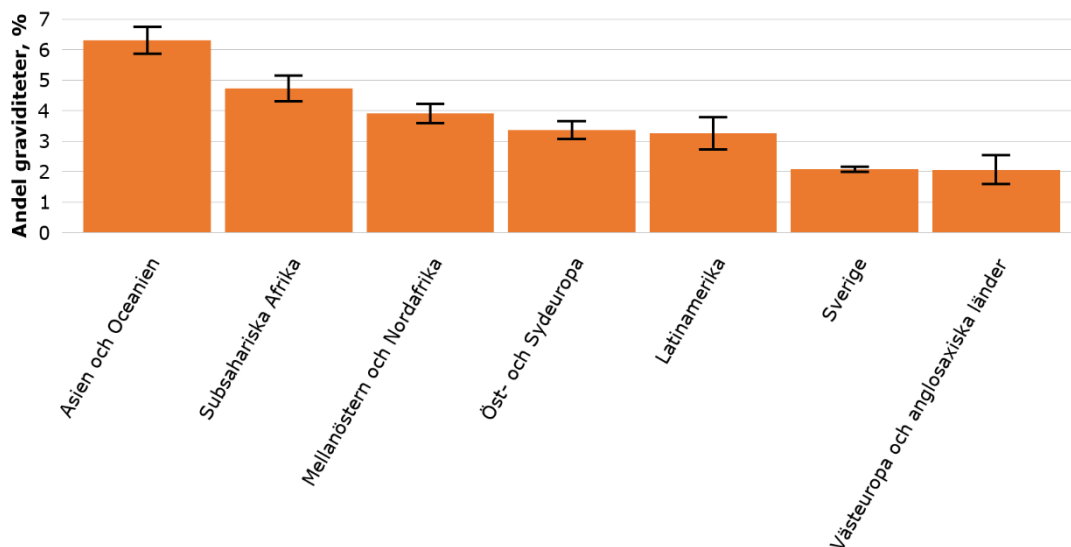
Födelseland: Diagnos för graviditetsdiabetes vanligast bland gravida födda i Asien och Oceanien samt subsahariska Afrika

Diagnosen graviditetsdiabetes är vanligare hos gravida födda i subsahariska Afrika eller Asien och Oceanien, 13,5 procent år 2020. Hos dem är också ökningen störst mellan år 2014–2020. Lägst förekomst av graviditetsdiabetes kan ses bland gravida födda i Sverige eller Västeuropa och anglosaxiska länder.

Även efter justering för övriga sociodemografiska faktorer är diagnosen graviditetsdiabetes vanligast bland gravida födda i Asien och Oceanien samt subsahariska Afrika (se figur 42). Det är nästan tre gånger vanligare med diagnosen bland gravida födda i Asien och Oceanien (6,3 procent) jämfört med gravida födda i Sverige (2,1 procent) eller Västeuropa och anglosaxiska länder (2,1 procent).



Figur 41. Andel gravida i Stockholms län år 2014–2020 som fått diagnosen graviditetsdiabetes, fördelat på födelseregion.



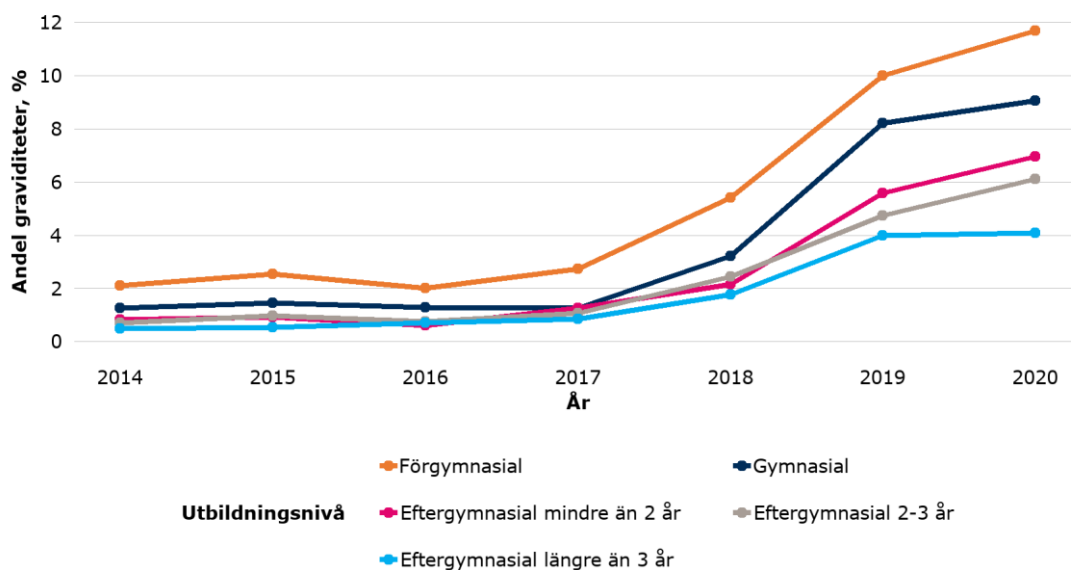
Figur 42. Justerad andel gravida i Stockholms län år 2014–2020 som fått diagnosen graviditetsdiabetes, fördelat på födelseregion.

Notera: Justerat för ålder, utbildningsnivå, sysselsättning och familjeinkomst.

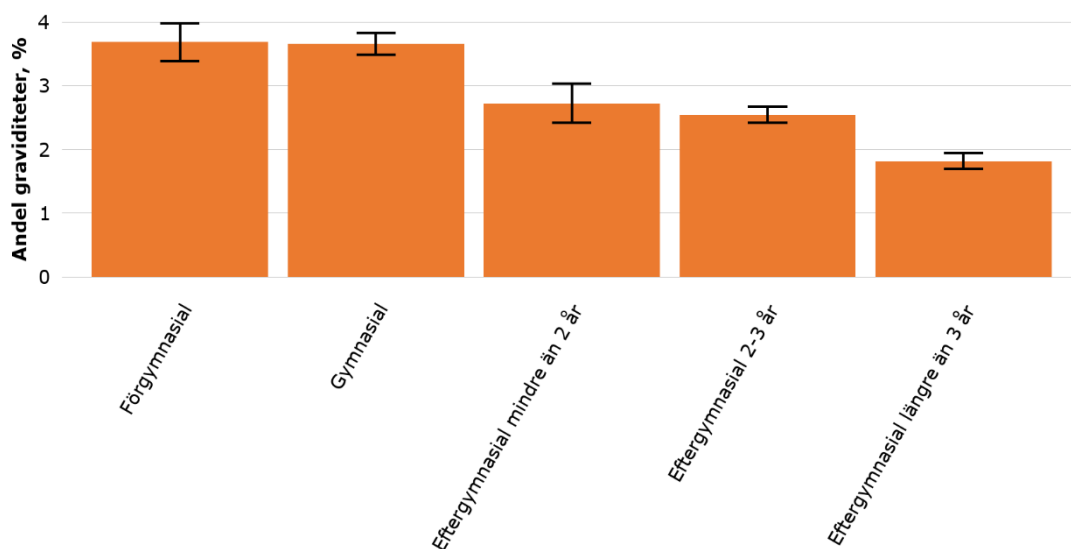
Utbildningsnivå: Graviditetsdiabetes nästan tre gånger vanligare bland gravida med kort utbildning

Förekomsten av graviditetsdiabetes i Stockholms län är lägre ju längre utbildning den gravida har. Ungefär tolv procent av gravida med förgymnasial utbildning får diagnosen graviditetsdiabetes, jämfört med ungefär fyra procent av gravida med eftergymnasial utbildning längre än tre år. Ökningen i diagnosen graviditetsdiabetes är störst bland gravida med förgymnasial utbildning.

Efter justering för andra sociodemografiska faktorer minskar skillnaderna mellan utbildningsgrupperna betydligt men diagnosen graviditetsdiabetes är fortfarande vanligare bland gravida med kortare utbildning (se figur 44).



Figur 43. Andel gravida i Stockholms län år 2014–2020 som fått diagnosen graviditetsdiabetes, fördelat på utbildningsnivå.

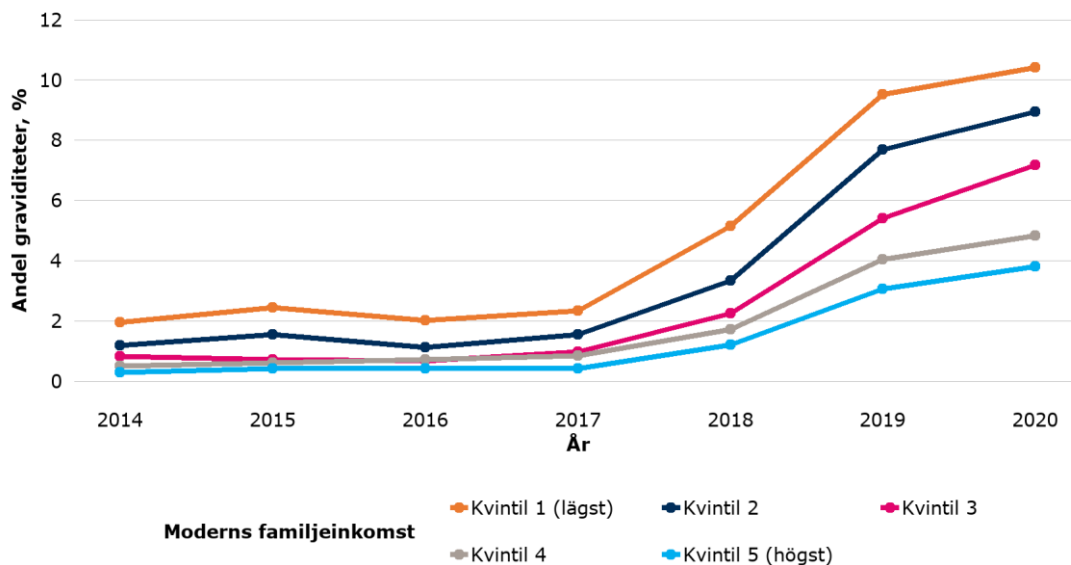


Figur 44. Justerad andel gravida i Stockholms län år 2014–2020 som fått diagnosen graviditetsdiabetes, fördelat på utbildningsnivå.

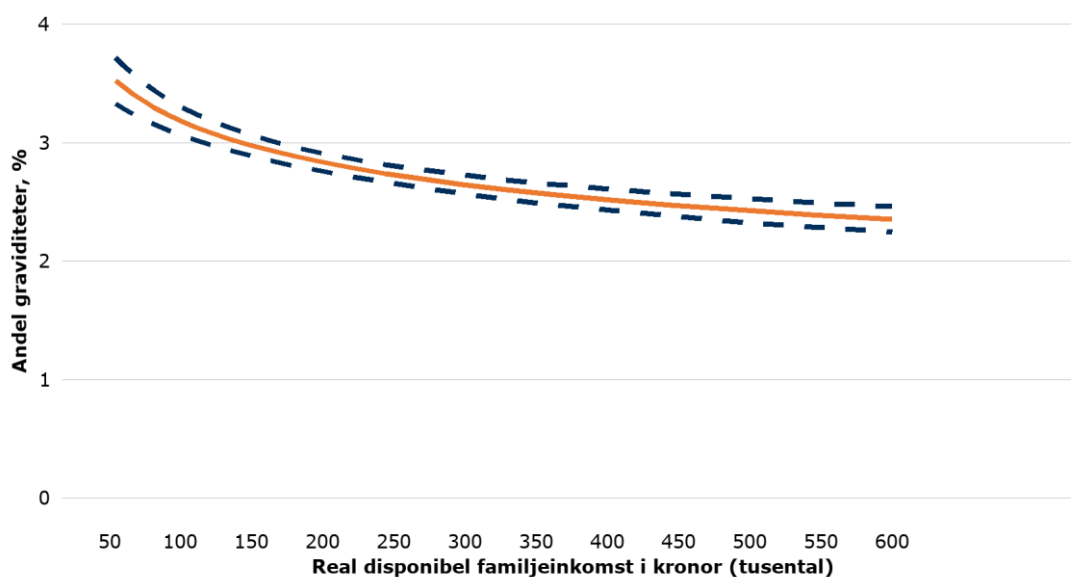
Notera: Justerat för ålder, födelseregion, sysselsättning och familjeinkomst.

Familjeinkomst: Svagt samband mellan låg familjeinkomst och diagnosen graviditetsdiabetes

Diagnosen graviditetsdiabetes ställs oftare ju lägre familjeinkomst den gravida har (se figur 45). Men efter justering för övriga sociodemografiska faktorer blir sambandet svagare (se figur 46).



Figur 45. Andel gravida i Stockholms län år 2014–2020 som fått diagnosen graviditetsdiabetes, fördelat på familjeinkomst.

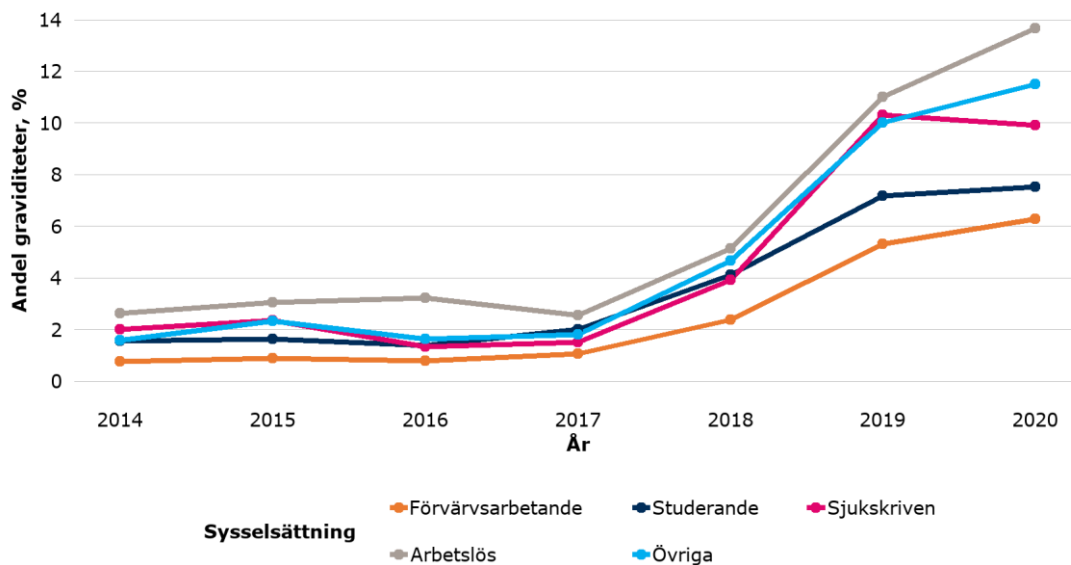


Figur 46. Justerad andel gravida i Stockholms län år 2014–2020 som fått diagnosen graviditetsdiabetes, fördelat på familjeinkomst.

Notera: Justerat för ålder, födelseregion, utbildningsnivå, sysselsättning. Streckade linjer anger konfidensintervall på 95 procents konfidensnivå.

Sysselsättning: Inget samband mellan sysselsättning och diagnosen graviditetsdiabetes

När sysselsättningsgrupper undersöks ses den högsta förekomsten och den största ökningen i graviditetsdiabetes bland arbetslösa och sjukskrivna (se figur 47). Men efter justering för övriga sociodemografiska faktorer syns inga skillnader mellan sysselsättningsgrupper (data visas ej).

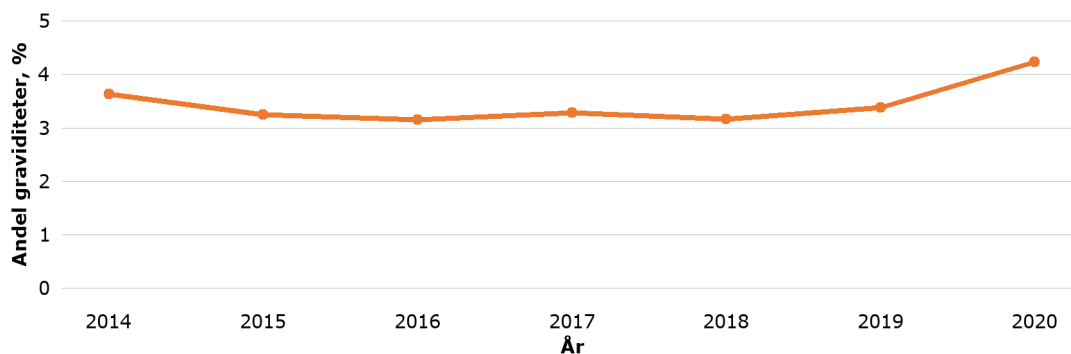


Figur 47. Andel gravida i Stockholms län år 2014–2020 som fått diagnosen graviditetsdiabetes, fördelat på sysselsättning.

Havandeskapsförgiftning (preeklampsi)

Strax över tre procent av gravida i Stockholms län fick havandeskapsförgiftning (preeklampsi) mellan åren 2014 och 2020, med en mindre ökning under år 2020 (se figur 48). Svensk förening för Obstetrik och Gynekologis definition av preeklampsi ändrades dock under 2019, och huruvida trenden faktiskt är uppåtgående går inte att bedöma.

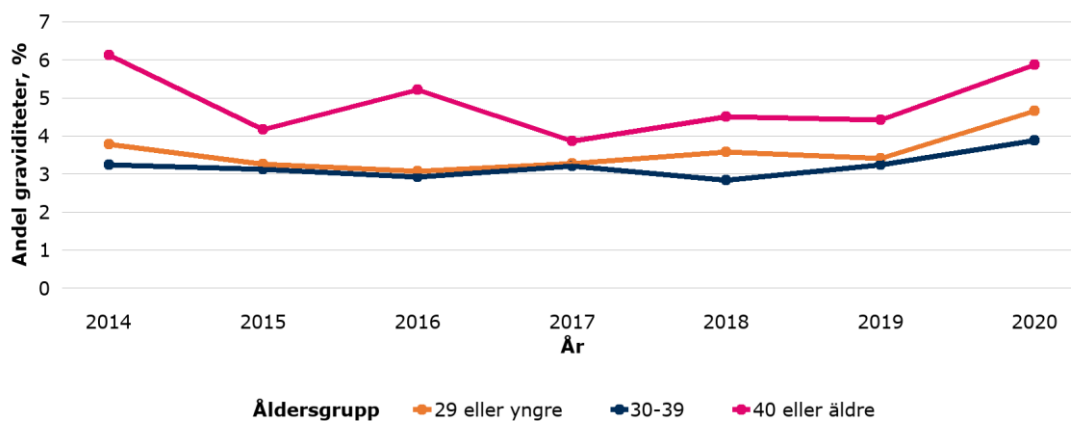
Vid ömsesidig justering för sociodemografiska faktorer framkommer att förekomsten av diagnosen preeklampsi är betydligt lägre bland gravida födda i Mellanöstern och Nordafrika jämfört med gravida födda i andra länder (se figur 50 och 51).



Figur 48. Andel gravida i Stockholms län år 2014–2020 som fått diagnosen preeklampsi.

Ålder: Diagnosen preeklampsi vanligare bland de äldsta gravida

Under åren 2014–2020 var det något vanligare för gravida i Stockholms län som var 40 år eller äldre att få diagnosen preeklampsi (se figur 49). Inga större skillnader kunde ses mellan åldersgrupperna 30–39 år och 29 år eller yngre. Trenden för de olika åldersgrupperna har varit likartad och oförändrad mellan år 2014 och år 2020.

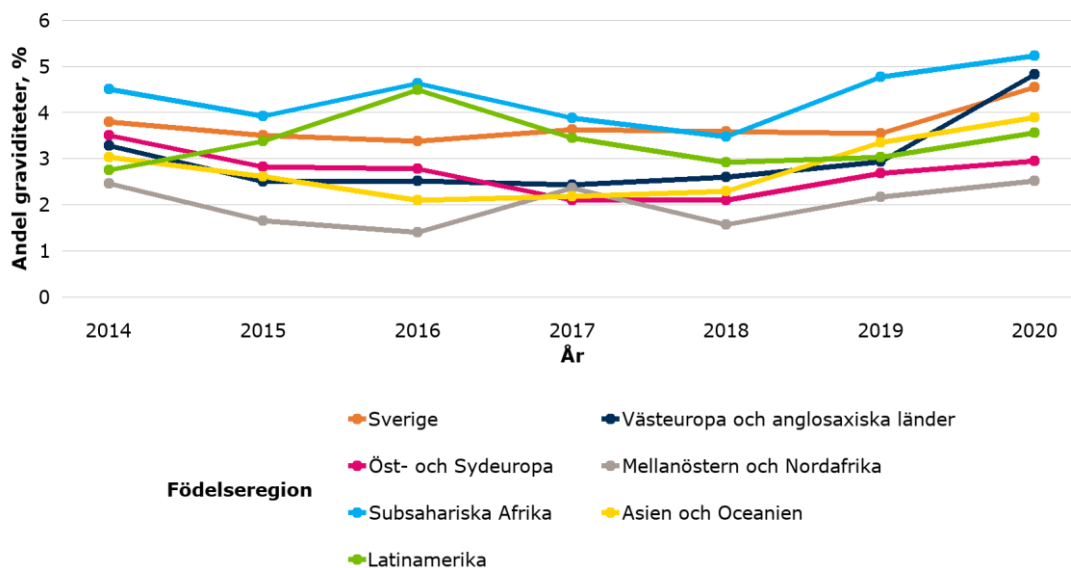


Figur 49. Andel gravida i Stockholms län år 2014–2020 som fått diagnosen preeklampsi, fördelat på ålder.

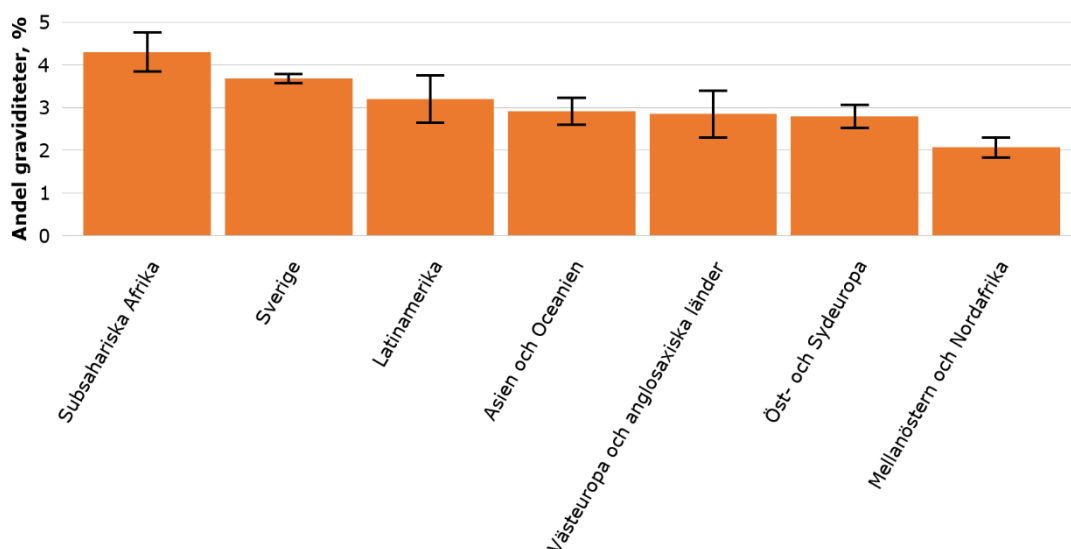
Födelse land: Diagnosen preeklampsi vanligast bland gravida födda i subsahariska Afrika

Preeklampsi är vanligast bland gravida födda i subsahariska Afrika (5,2 procent år 2020) och minst vanligt bland gravida födda i Mellanöstern och Nordafrika (2,5 procent år 2020) (se figur 50). Trenden i Stockholms län ligger på en oförändrad nivå för de flesta födelse regionsgrupperna. Ett undantag är gravida födda i Västeuropa och anglosaxiska länder där en relativt stor ökning har skett varje år sedan år 2017.

Även efter justering för övriga sociodemografiska faktorer är diagnosen preeklampsi ungefär två gånger mindre vanlig bland gravida födda i Mellanöstern och Nordafrika (2,1 procent) jämfört med gravida födda i subsahariska Afrika (4,3 procent) (se figur 51).



Figur 50. Andel gravida i Stockholms län år 2014–2020 som fått diagnosen preeklampsi, fördelat på födelseregion.



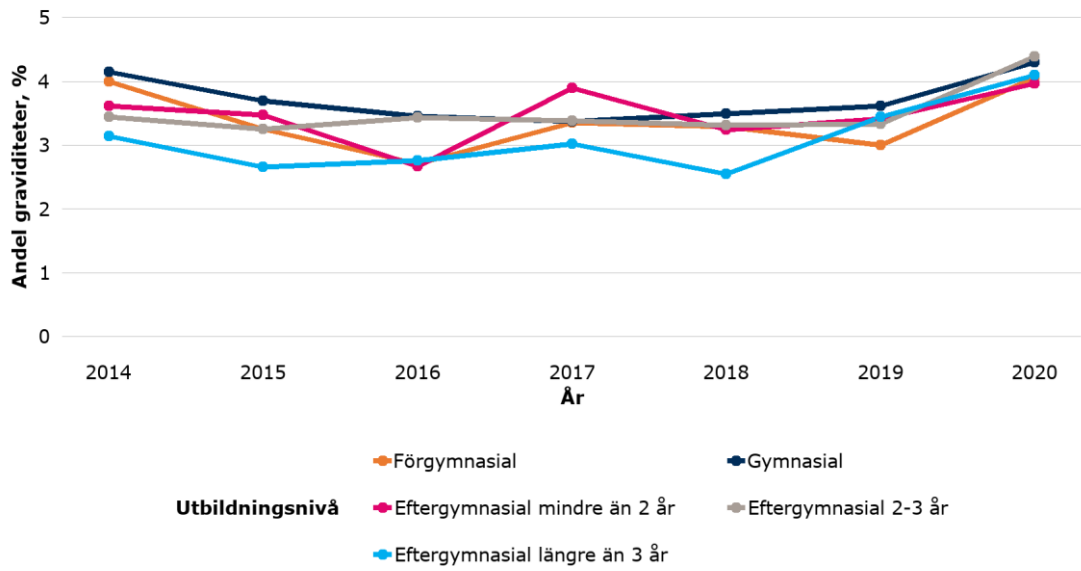
Figur 51. Justerad andel gravida i Stockholms län år 2014–2020 som fått diagnosen preeklampsi, fördelat på födelseregion.

Notera: Justerat för ålder, utbildningsnivå, sysselsättning och familjeinkomst.

Inga betydande skillnader i preeklampsi mellan utbildnings-, familjeinkomst- och sysselsättningsgrupper

Skillnaden mellan utbildningsgrupper både i nivån och trenden av preeklampsi var små i början av år 2014 och nästan obefintliga år 2020, i Stockholms län (se figur 52). Inga betydande skillnader kunde heller ses när familjeinkomst- eller sysselsättningsgrupper jämfördes.

Även efter ömsesidig justering för sociodemografiska faktorer kan inga skillnader i diagnosen preeklampsi hittas mellan sociodemografiska grupper.



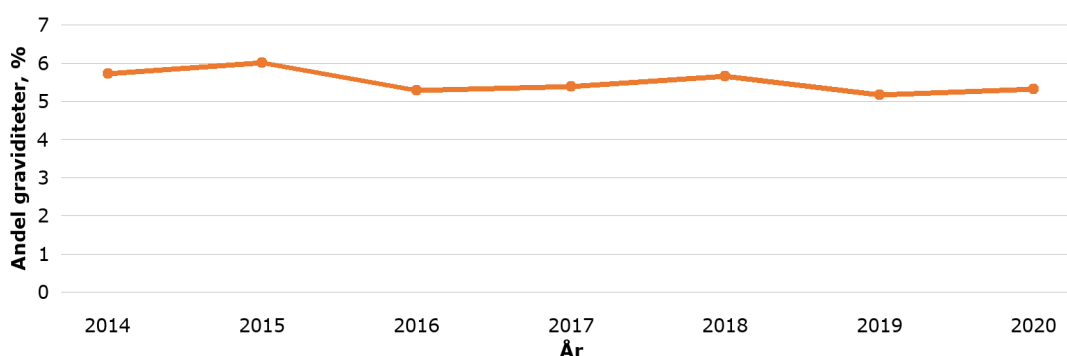
Figur 52. Andel gravida i Stockholms län år 2014–2020 som fått diagnosen preeklampsi, fördelat på utbildningsnivå.

Resultat – Vård för psykisk ohälsa under graviditet

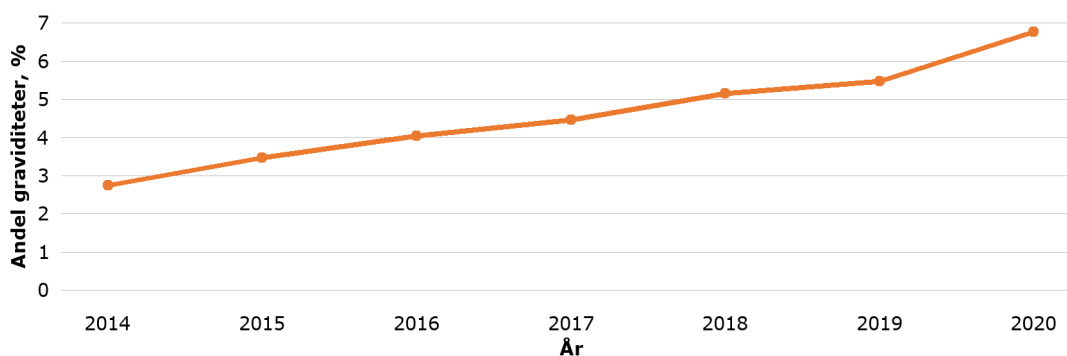
Kontakt med specialistpsykiatri eller primärvården för psykisk ohälsa under graviditeten

Andelen gravida i Stockholms län som hade kontakt med specialistpsykiatri under graviditeten låg på en oförändrad nivå mellan år 2014 och 2020 (se figur 53). Däremot ökade kontakten med primärvården gällande psykisk ohälsa från cirka 2,7 procent år 2014 till strax under sju procent år 2020 (se figur 54).

Vid ömsesidig justering för sociodemografiska faktorer framkommer att kontakt med specialistpsykiatri och primärvården för psykisk ohälsa under graviditet är vanligare hos gravida som är födda i Sverige, Latinamerika samt Västeuropa eller anglosaxiska länder. Kontakt med specialistpsykiatri är också vanligare för gravida med förgymnasial utbildning och för sjukskrivna och arbetslösa. Sambandet är svagt mellan kontakt med primärvården för psykisk ohälsa och utbildningsnivå, familjeinkomst och sysselsättning.



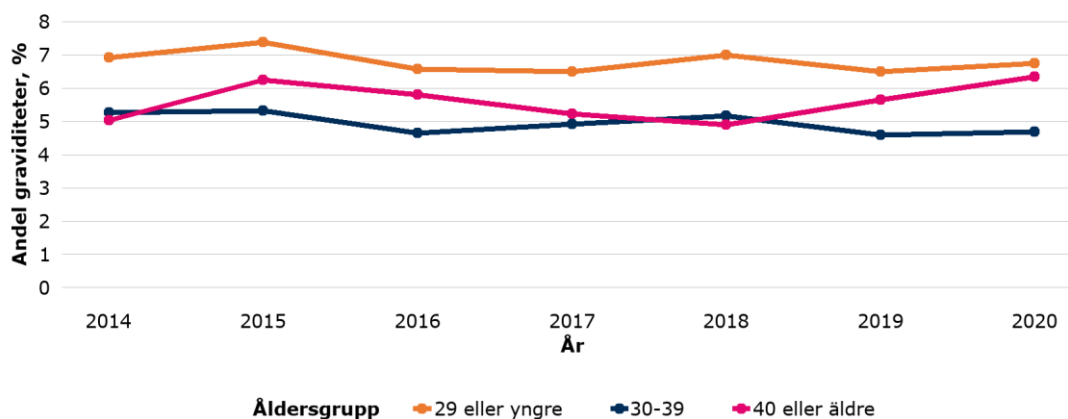
Figur 53. Andel gravida i Stockholms län år 2014–2020 som haft kontakt med specialistpsykiatri.



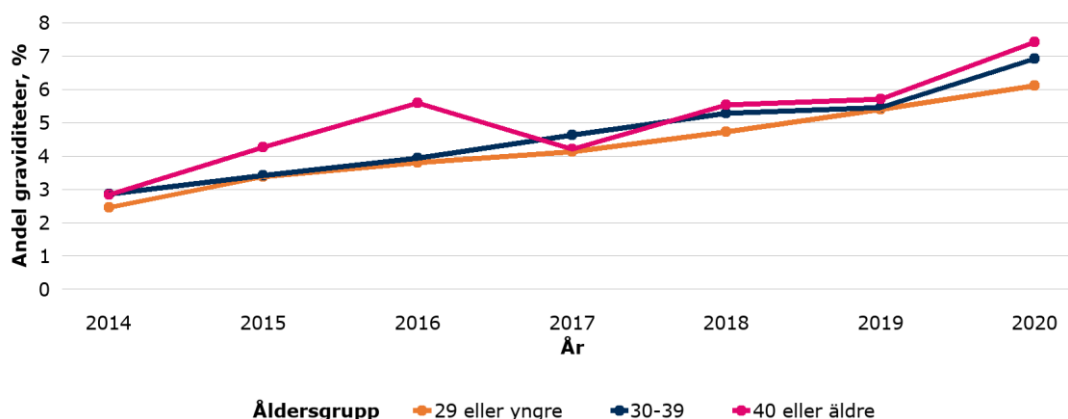
Figur 54. Andel gravida i Stockholms län år 2014–2020 som haft kontakt med primärvården för psykisk ohälsa.

Ålder: Yngre gravida oftare i kontakt med specialistpsykiatrin men mer sällan i kontakt med primärvården för psykisk ohälsa

Det är vanligare att yngre har kontakt med specialistpsykiatrin under graviditeten (se figur 55). Det är dock mer sällsynt att de yngsta har kontakt med primärvården för psykisk ohälsa (se figur 56). För de äldsta gravida syns en viss ökning i kontakten med specialistpsykiatrin (se figur 55). Kontakt med primärvården för psykisk ohälsa ökade bland alla åldersgrupper (se figur 56).



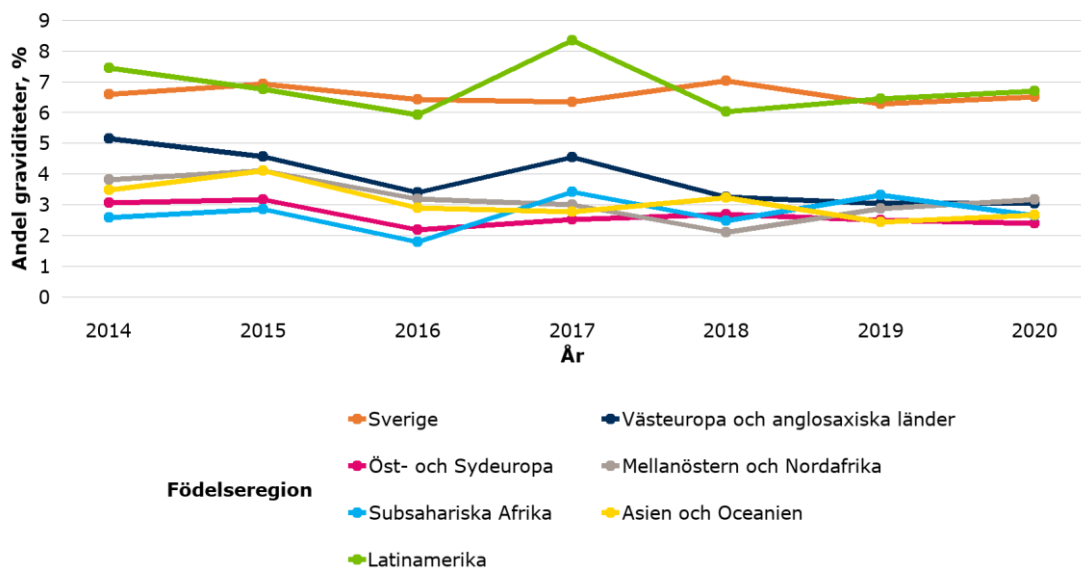
Figur 55. Andel gravida i Stockholms län år 2014–2020 som haft kontakt med specialistpsykiatrin, fördelat på ålder.



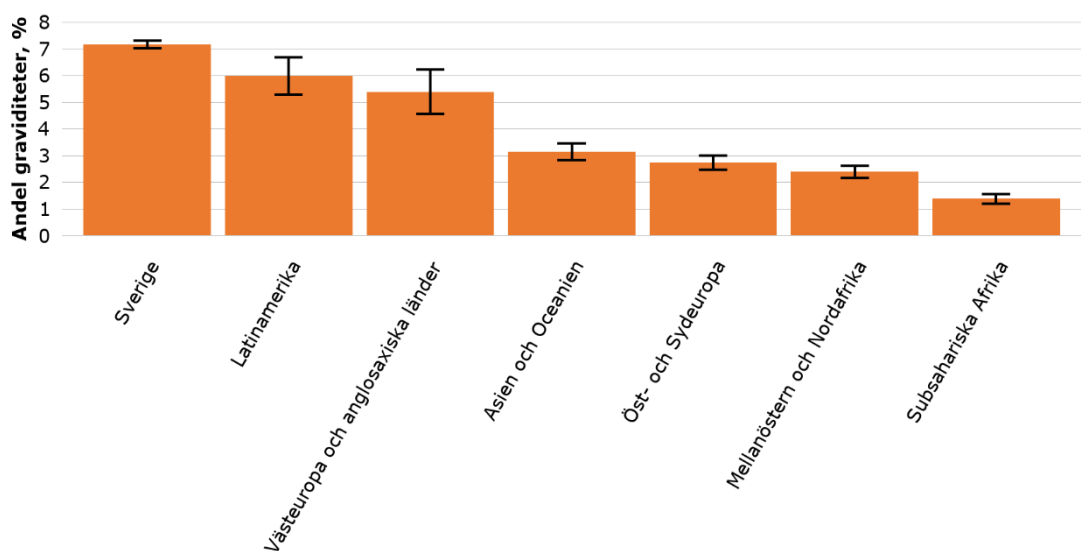
Figur 56. Andel gravida i Stockholms län år 2014–2020 som haft kontakt med primärvården för psykisk ohälsa, fördelat på ålder.

Födelseland: Gravida födda i Sverige, Latinamerika och Västeuropa eller anglosaxiska länder oftare i kontakt med specialistpsykiatrin samt primärvården för psykisk ohälsa

Gravida födda i Sverige samt Latinamerika har i högre utsträckning kontakt med specialistpsykiatrin (se figur 57). Efter justering för övriga sociodemografiska faktorer är andelen med kontakt med specialistpsykiatrin avsevärt högre bland gravida födda i Sverige, Latinamerika och Västeuropa eller anglosaxiska länder (se figur 58).



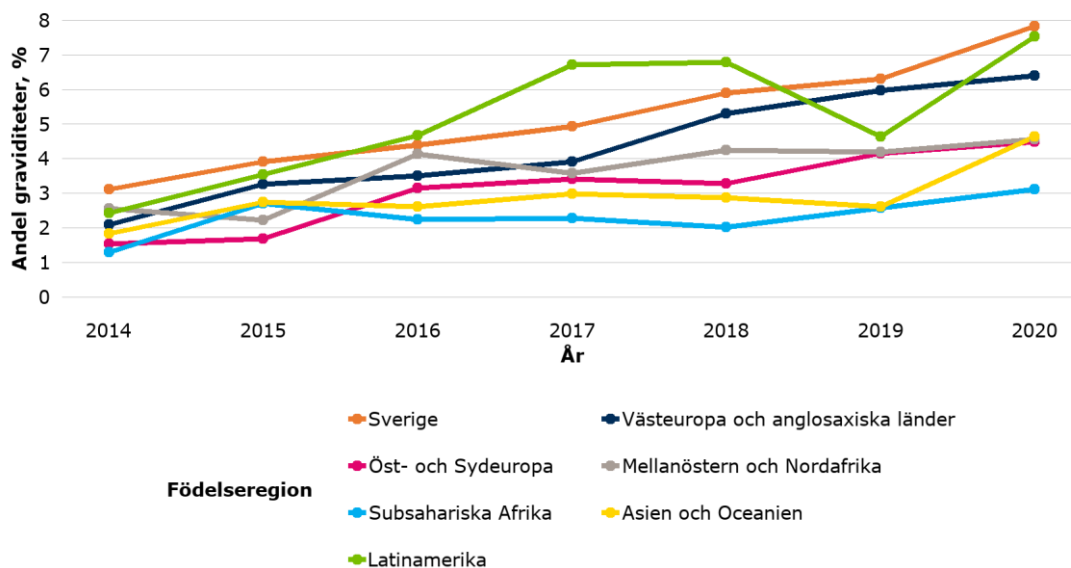
Figur 57. Andel gravida i Stockholms län år 2014–2020 som haft kontakt med specialistpsykiatrin, fördelat på födelseregion.



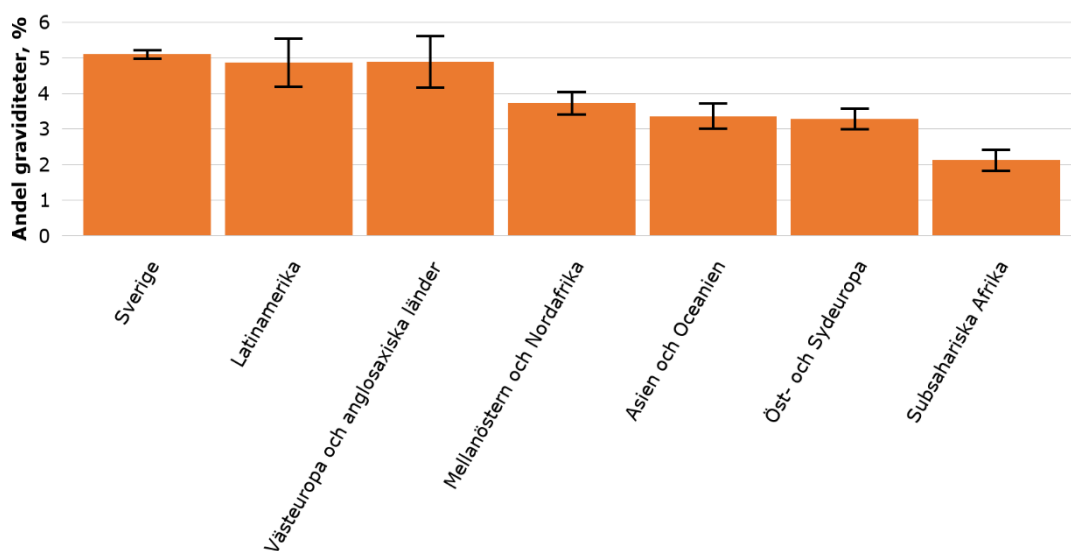
Figur 58. Justerad andel gravida i Stockholms län år 2014–2020 som haft kontakt med specialistpsykiatrin, fördelat på födelseregion.

Notera: Justerat för ålder, utbildningsnivå, sysselsättning, hushållstyp och familjeinkomst.

Även kontakt med primärvården för psykisk ohälsa är vanligast bland gravida födda i Sverige, Latinamerika samt Västευropa och anglosaxiska länder (se figur 59). Detta samband kan ses även efter justering för övriga sociodemografiska faktorer (se figur 60). Det är ungefär dubbelt så vanligt att gravida från de tre nämnda födelseregionerna har kontakt med primärvården för psykisk ohälsa, jämfört med gravida från subsahariska Afrika. Skillnaden mellan gravida från olika länder har vidgats då ökningen i kontakt med primärvården för psykisk ohälsa är större för gravida födda i Sverige, Latinamerika, samt Västευropa och anglosaxiska länder.



Figur 59. Andel gravida i Stockholms län år 2014–2020 som haft kontakt med primärvården för psykisk ohälsa, fördelat på födelseregion.

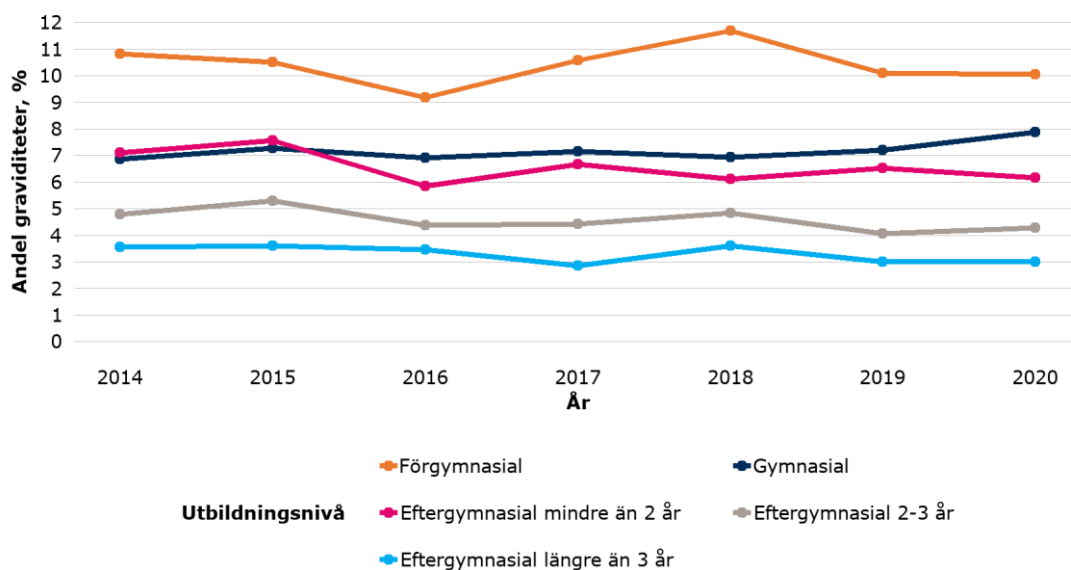


Figur 60. Justerad andel gravida i Stockholms län år 2014–2020 som haft kontakt med primärvården för psykisk ohälsa, fördelat på födelseregion.

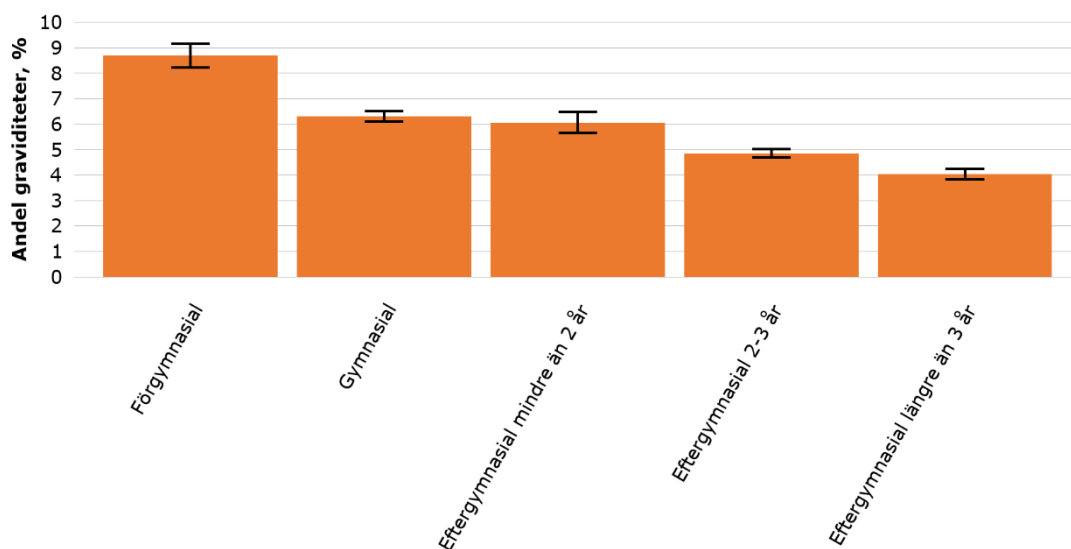
Notera: Justerat för ålder, utbildningsnivå, sysselsättning, hushållstyp och familjeinkomst.

Utbildningsnivå: Gravida med förgymnasial utbildning har oftare kontakt med specialistpsykiatrin men inte med primärvården

Andelen gravida som har kontakt med specialistpsykiatrin under graviditeten är högst bland dem med förgymnasial utbildning, där nästan var tionde gravid haft kontakt år 2020 (se figur 61). Kontakt med specialistpsykiatrin blir ovanligare ju högre utbildningsnivå den gravida har, även efter justering. Det är ungefär dubbelt så vanligt hos gravida med förgymnasial utbildning som hos gravida med eftergymnasial utbildning som var längre än tre år.



Figur 61. Andel gravida i Stockholms län år 2014–2020 som haft kontakt med specialistpsykiatri, fördelat på utbildningsnivå.

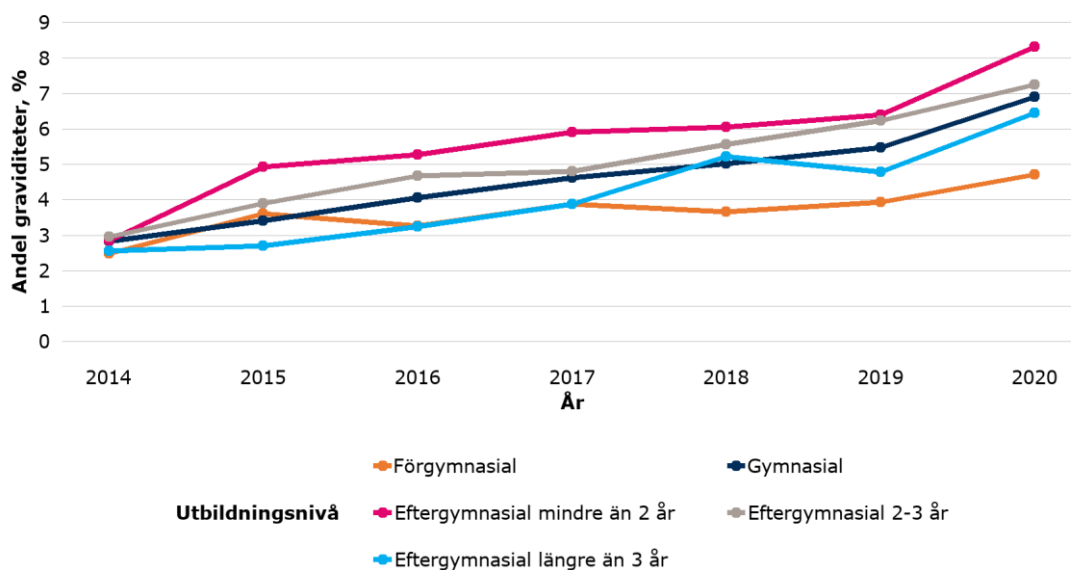


Figur 62. Justerad andel gravida i Stockholms län år 2014–2020 som haft kontakt med specialistpsykiatri, fördelat på utbildningsnivå.

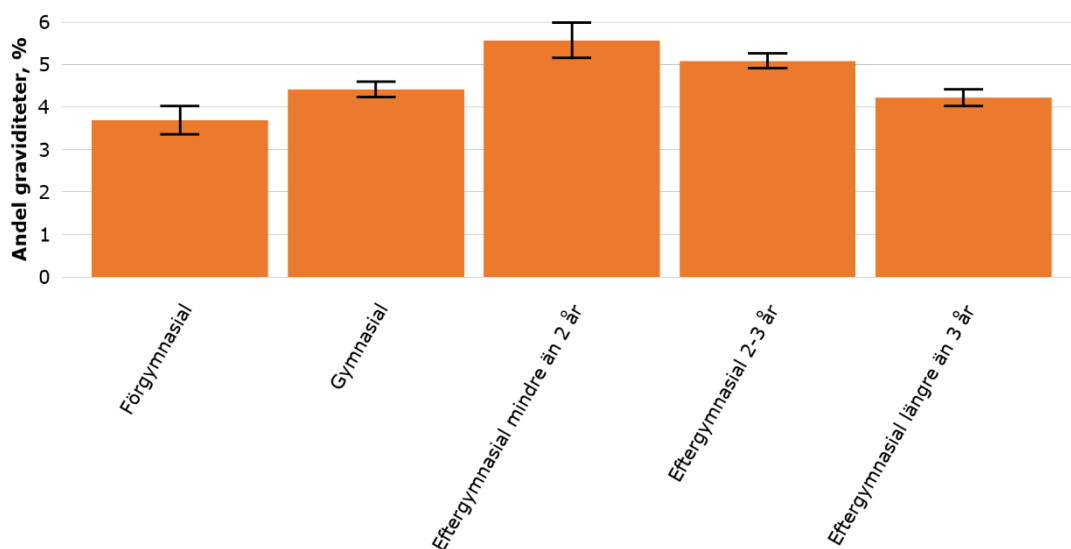
Notera: Justerat för ålder, födelseregion, sysselsättning, hushållstyp och familjeinkomst.

För kontakt med primärvården gällande psykisk ohälsa är skillnaden mellan utbildningsgrupper mindre jämfört med kontakt med specialistpsykiatri (se figur 63). Gravida med förgymnasial utbildning har i lägre utsträckning kontakt med primärvården för psykisk ohälsa. Bland övriga utbildningsgrupper är skillnaderna små, men ökningen är lägst bland förgymnasialt utbildade.

Samma mönster finns när man tar hänsyn till övriga sociodemografiska faktorer (se figur 64). Skillnaden mellan utbildningsgrupper är små, men med högst andel bland gravida med eftergymnasial utbildning kortare än två år. Ungefär fem procent av de gravida i denna utbildningsgrupp har kontakt med primärvården.



Figur 63. Andel gravida i Stockholms län år 2014–2020 som haft kontakt med primärvården för psykisk ohälsa, fördelat på utbildningsnivå.

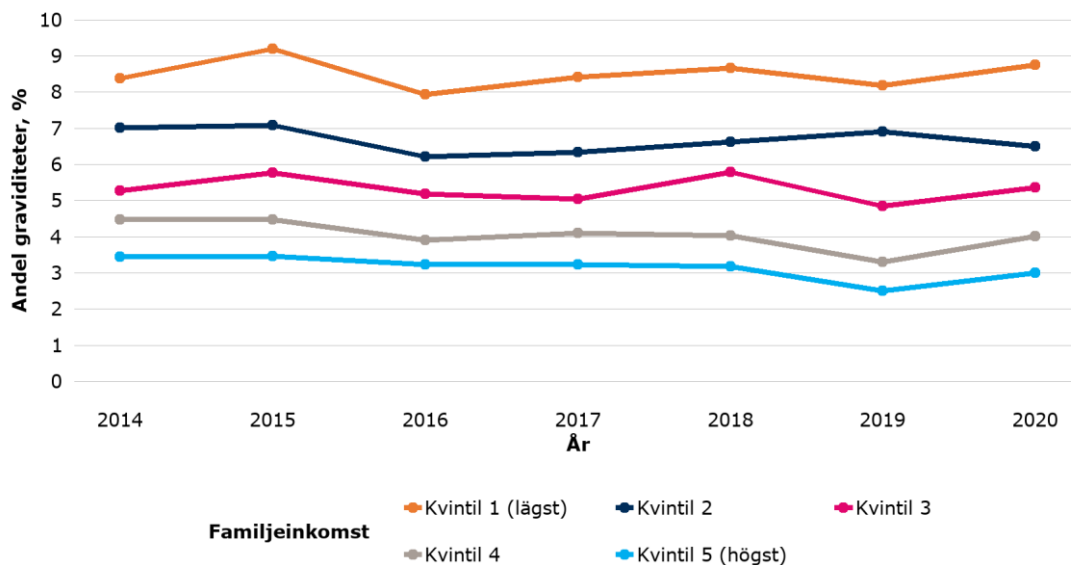


Figur 64. Justerad andel gravida i Stockholms län år 2014–2020 som haft kontakt med primärvården för psykisk ohälsa, fördelat på utbildningsnivå.

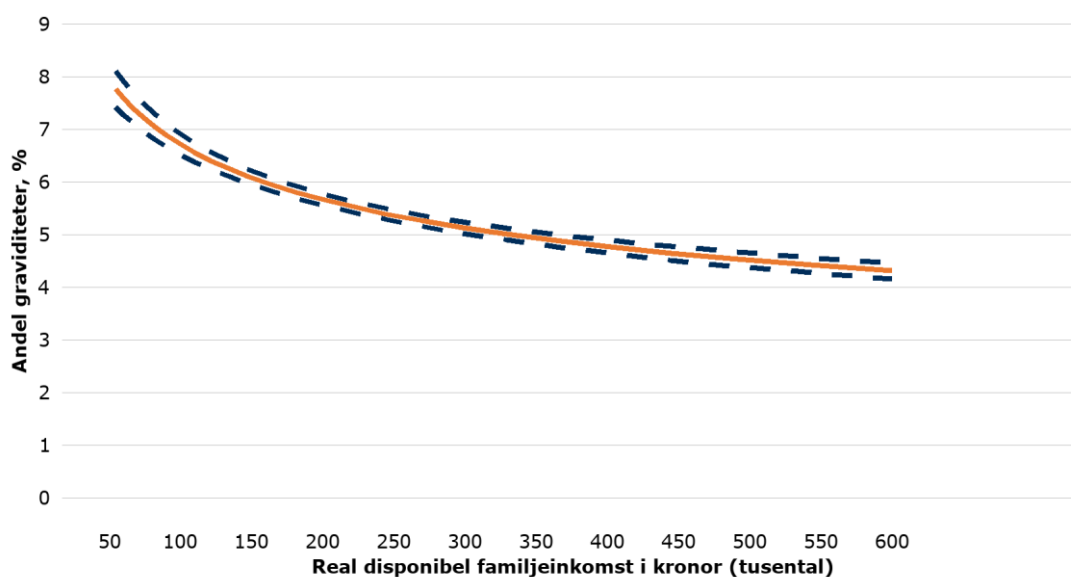
Notera: Justerat för ålder, födelseregion, sysselsättning, hushållstyp och familjeinkomst.

Familjeinkomst: Gravida med låg familjeinkomst har oftare kontakt med specialistpsykiatrin men inte med primärvården

Gravida med lägre familjeinkomst har i högre utsträckning kontakt med specialistpsykiatrin (se figur 65). Även efter hänsyn till övriga sociodemografiska faktorer kvarstår detta samband (se figur 66). Sambandet är starkast för låga familjeinkomster.



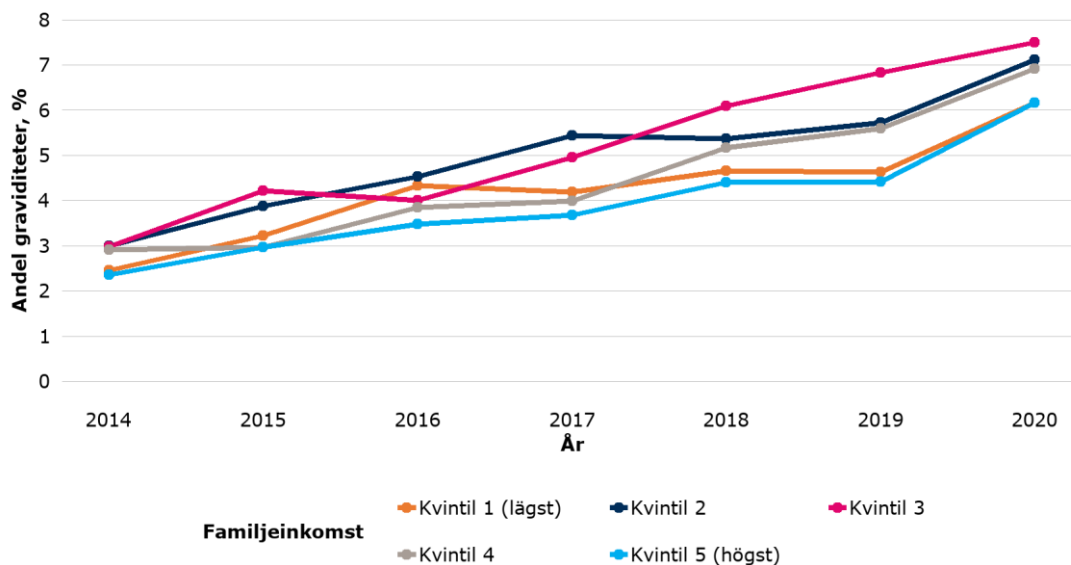
Figur 65. Andel gravida i Stockholms län år 2014–2020 som haft kontakt med specialistpsykiatri, fördelat på familjeinkomst.



Figur 66. Justerad andel gravida i Stockholms län år 2014–2020 som haft kontakt med specialistpsykiatri, fördelat på familjeinkomst.

Notera: Justerat för ålder, födelseregion, utbildningsnivå, sysselsättning och hushållstyp. Streckade linjer anger konfidensintervall på 95 procents konfidensnivå.

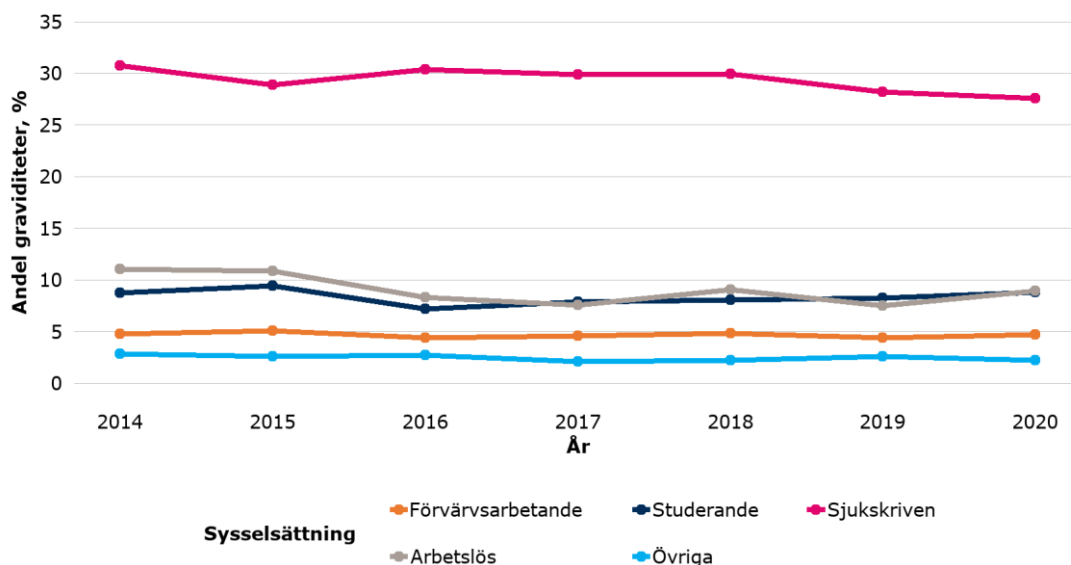
Skillnaderna i kontakt med primärvården för psykisk ohälsa är små mellan familjeinkomstgrupperna och trenden är ökande för alla familjeinkomstgrupper (se figur 67). När hänsyn tas till övriga sociodemografiska faktorer syns inget samband alls mellan familjeinkomst och kontakt med primärvården för psykisk ohälsa.



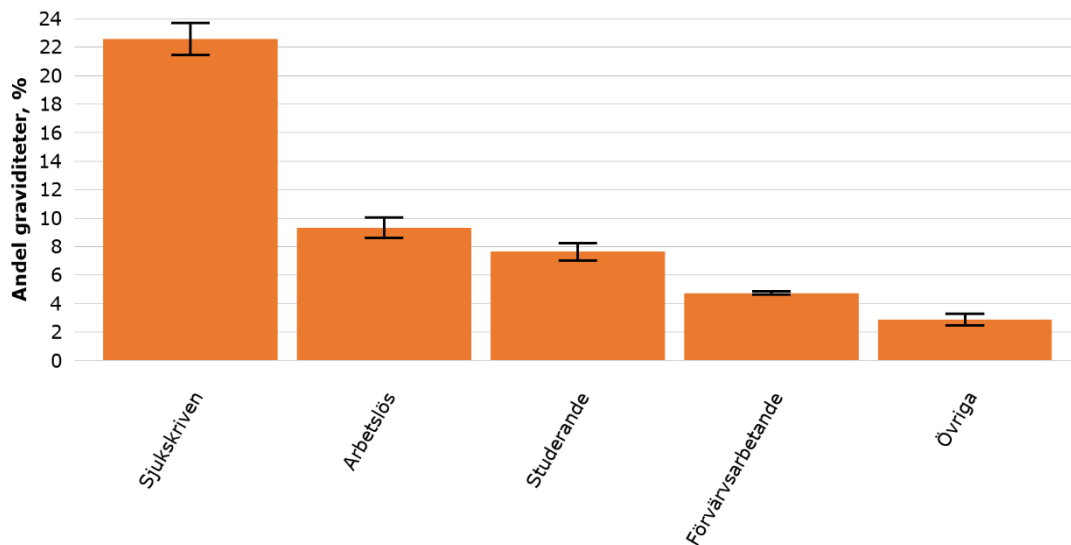
Figur 67. Andel gravida i Stockholms län år 2014–2020 som haft kontakt med primärvården för psykisk ohälsa, fördelat på familjeinkomst.

Sysselsättning: Arbetslösa och studerande gravida har oftare kontakt med specialistpsykiatri

Utöver sjukskrivna, har även arbetslösa och studerande gravida i Stockholms län betydligt oftare kontakt med specialistpsykiatri, jämfört med förvärvsarbetande gravida (se figur 68). Sambanden kvarstår efter justering för övriga sociodemografiska faktorer (se figur 69).



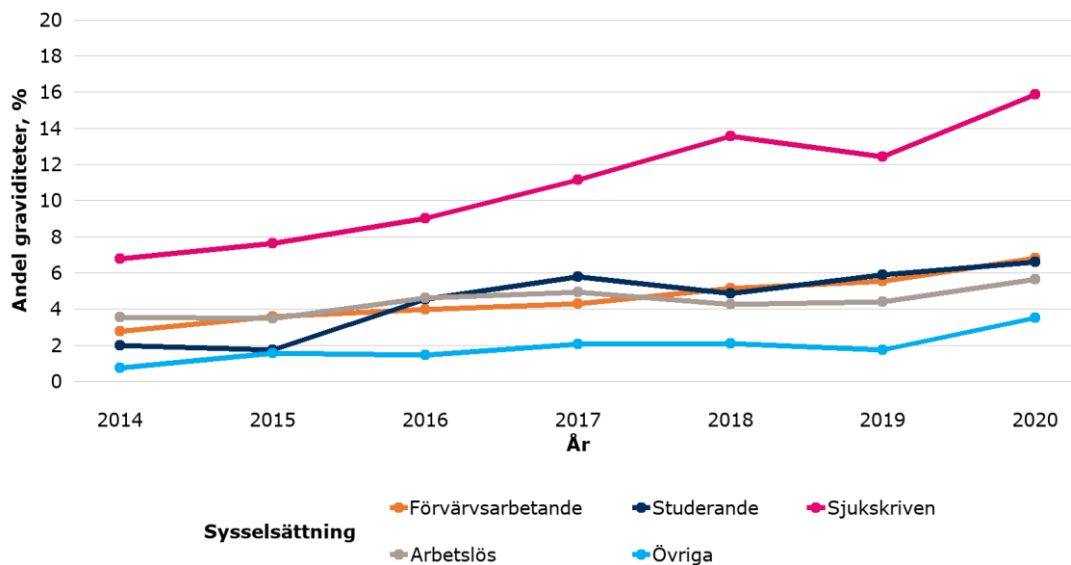
Figur 68. Andel gravida i Stockholms län år 2014–2020 som haft kontakt med specialistpsykiatri, fördelat på sysselsättning.



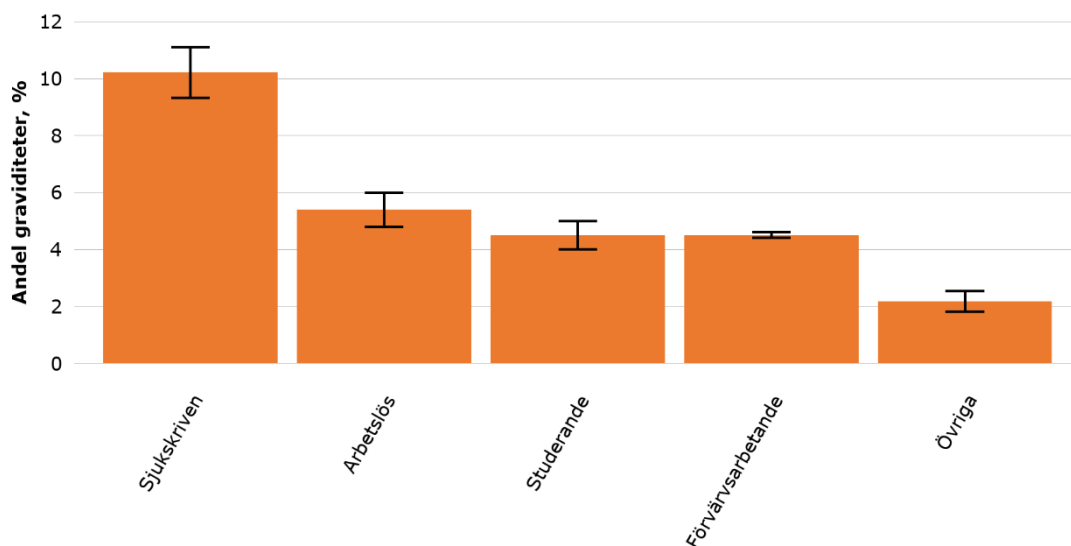
Figur 69. Justerad andel gravida i Stockholms län år 2014–2020 som haft kontakt med specialistpsykiatri, fördelat på sysselsättning.

Notera: Justerat för ålder, födelse-region, utbildningsnivå, hushållstyp och familjeinkomst.

Sjukskrivna har flest kontakter med primärvården för psykisk ohälsa under graviditeten. Dock är det något ovanligare att gravida som klassades i kategorin "Övriga" har sådana kontakter jämfört med arbetslösa, förvärvsarbetande och studerande gravida (se figur 70). Även efter justering för övriga sociodemografiska faktorer kvarstår denna lägre andel (se figur 71).



Figur 70. Andel gravida i Stockholms län år 2014–2020 som haft kontakt med primärvården för psykisk ohälsa, fördelat på sysselsättning.

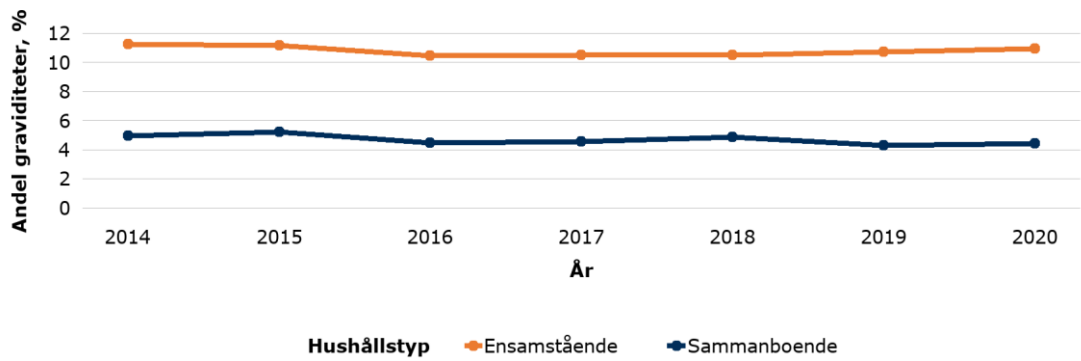


Figur 71. Justerad andel gravida i Stockholms län år 2014–2020 som haft kontakt med primärvården för psykisk ohälsa, fördelat på sysselsättning.

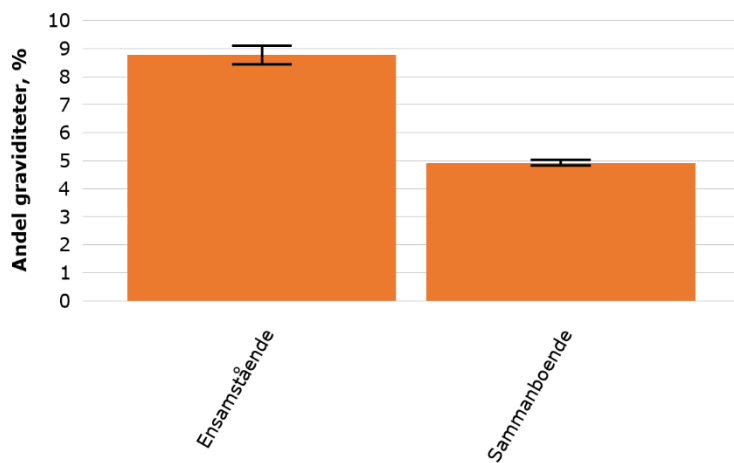
Notera: Justerat för ålder, födelseregion, utbildningsnivå, hushållstyp och familjeinkomst.

Hushållstyp: Ensamstående gravida har i högre utsträckning kontakt med specialistpsykiatrin och primärvården gällande psykisk ohälsa

Det finns en stor skillnad mellan ensamstående och sammanboende gravida när det gäller kontakt med specialistpsykiatrin under graviditeten (se figur 72). Det är ungefär sex procentenheter vanligare bland gravida som är ensamstående att ha sådan kontakt. Efter justering för övriga sociodemografiska faktorer kvarstår sambandet mellan att vara ensamstående och ha kontakt med specialistpsykiatrin (se figur 73).



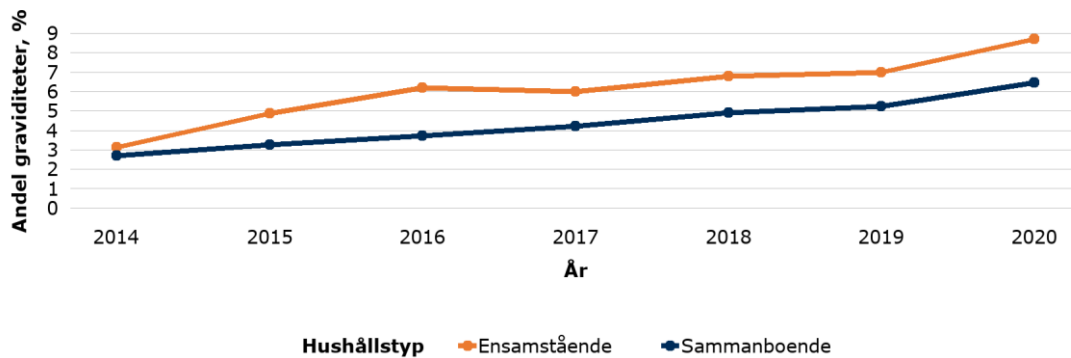
Figur 72. Andel gravida i Stockholms län år 2014–2020 som haft kontakt med specialistpsykiatri eller primärvården för psykisk ohälsa, fördelat på hushållstyp.



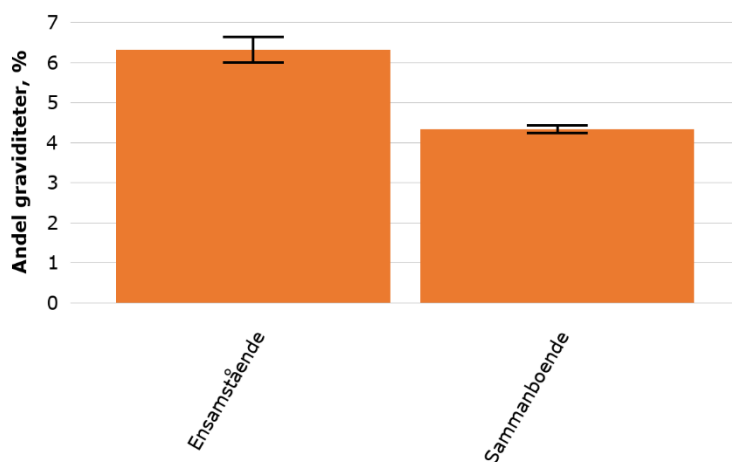
Figur 73. Justerad andel gravida i Stockholms län år 2014–2020 som haft kontakt med specialistpsykiatrin, fördelat på hushållstyp.

Notera: Justerat för ålder, födelseregion, utbildningsnivå och familjeinkomst.

Ensamstående gravida har även mer kontakt med primärvården för psykisk ohälsa, men skillnaden mellan ensamstående och sammanboende är betydligt mindre (se figur 74). Sambandet kvarstår även efter justering för övriga sociodemografiska faktorer (se figur 75).



Figur 74. Andel gravida i Stockholms län år 2014–2020 som haft kontakt med primärvården för psykisk ohälsa, fördelat på hushållstyp.



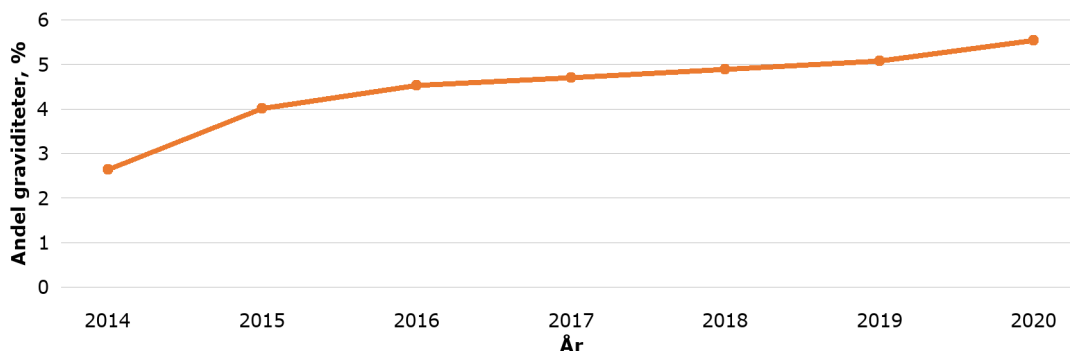
Figur 75. Justerad andel gravida i Stockholms län år 2014–2020 som haft kontakt med primärvården för psykisk ohälsa, fördelat på hushållstyp.

Notera: Justerat för ålder, födelse-region, utbildningsnivå, sysselsättning och familjeinkomst.

Uttag av antidepressiva läkemedel under graviditet

Det är vanligt med användning av antidepressiva läkemedel under graviditeten. Andelen gravida i Stockholms län som tog ut antidepressiva läkemedel var cirka 2,6 procent år 2014, och denna andel ökade till cirka 5,5 procent år 2020 (se figur 76).

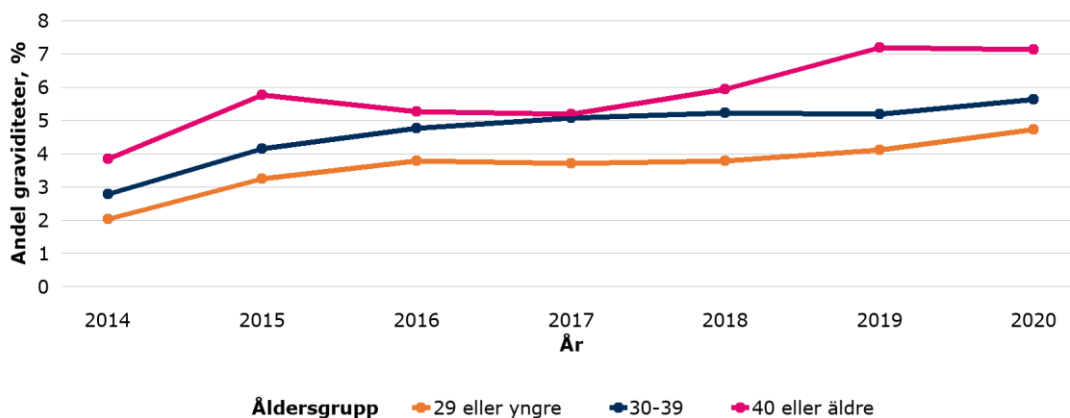
Vid ömsesidig justering för sociodemografiska faktorer är det framför allt skillnader mellan födelseländer som framträder (och skillnader mellan sjukskrivna och inte sjukskrivna gravida). Uttag av antidepressiva läkemedel under graviditeten är vanligare hos gravida födda i Sverige. Ensamstående gravida hade också oftare gjort uttag.



Figur 76. Andel gravida i Stockholms län år 2014–2020 som gjort uttag av minst en förpackning av antidepressiva läkemedel under graviditeten.

Ålder: Uttag av antidepressiva läkemedel under graviditet vanligare bland äldre gravida

Andelen gravida som gör uttag av antidepressiva läkemedel under graviditeten är ungefär sju procent bland gravida 40 år eller äldre och ungefär fem procent bland gravida 29 år eller yngre år 2020 (se figur 77). Andelen ökade mellan år 2014 och 2020 i alla åldersgrupper.



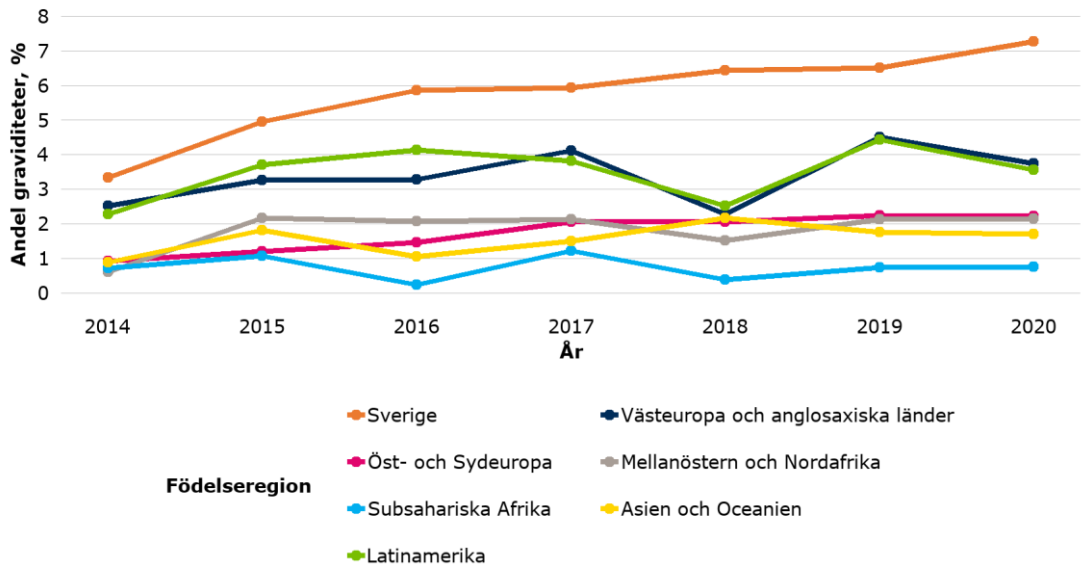
Figur 77. Andel gravida i Stockholms län år 2014–2020 som gjort uttag av minst en förpackning av antidepressiva läkemedel under graviditeten, fördelat på ålder.

Födelseland: Gravida födda i Sverige gör uttag av antidepressiva läkemedel i högst utsträckning

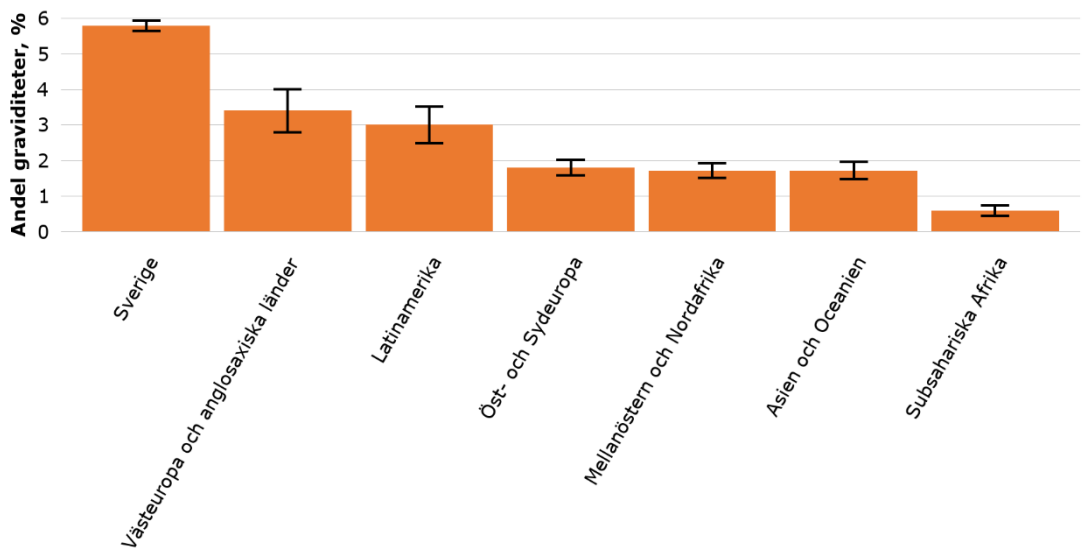
Gravida födda i Sverige har högst uttag av antidepressiva läkemedel under graviditeten, (cirka sju procent) (se figur 78). Det är exempelvis nästan sju gånger vanligare att gravida födda i Sverige gör uttag av antidepressiva jämfört med gravida födda i subsahariska Afrika. Det är även främst bland gravida födda i Sverige som uttaget av antidepressiva läkemedel under graviditeten ökade, en fördubbling kan ses i denna grupp. För gravida födda i övriga länder finns antingen små ökningar eller oförändrat uttag av antidepressiva läkemedel. Skillnaderna mellan gravida födda i Sverige och utrikes födda gravida har alltså ökat.

Även efter justering för övriga sociodemografiska faktorer är det nästan sex gånger vanligare att svenskfödda gravida gör uttag av antidepressiva läkemedel jämfört med gravida födda i subsahariska Afrika, 5,8 jämfört med 0,5 procent (se figur 79). Uttaget är

även högre bland gravida födda i Västeuropa eller anglosaxiska länder, samt Latinamerika jämfört med gravida födda i andra länder.



Figur 78. Andel gravida i Stockholms län år 2014–2020 som gjort uttag av minst en förpackning av antidepressiva läkemedel under graviditeten, fördelat på födelseregion.



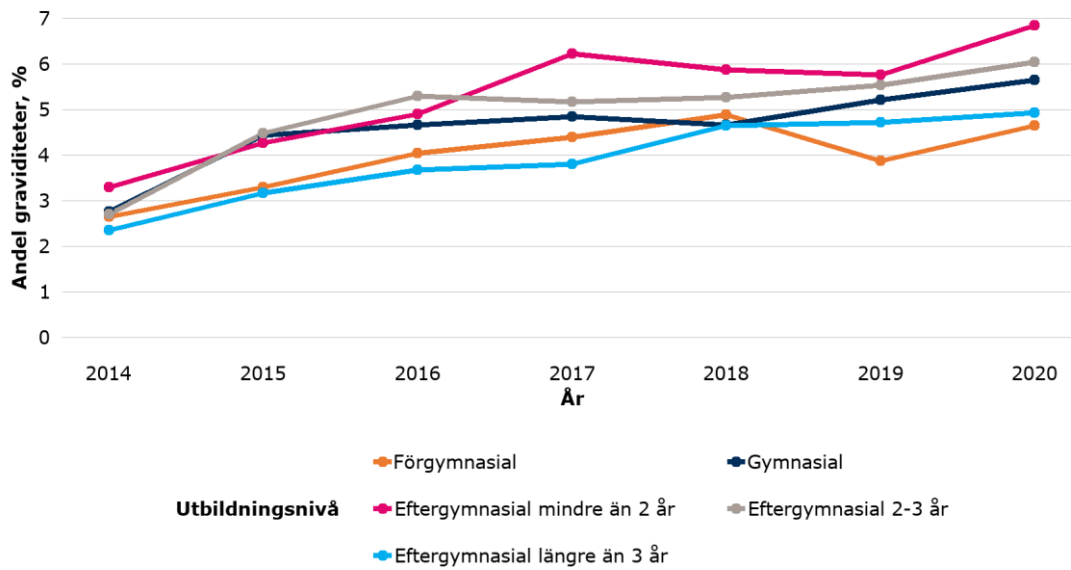
Figur 79. Justerad andel gravida i Stockholms län år 2014–2020 som gjort uttag av minst en förpackning av antidepressiva läkemedel under graviditeten, fördelat på födelseregion.

Notera: Justerat för ålder, utbildningsnivå, sysselsättning, hushållstyp och familjeinkomst.

Utbildningsnivå: Inga skillnader i uttag av antidepressiva läkemedel efter justering för övriga sociodemografiska faktorer

Andelen gravida som gjort uttag av antidepressiva läkemedel är lägst för gravida med förgymnasial och eftergymnasial utbildning längre än tre år (se figur 80). Uttaget ökade

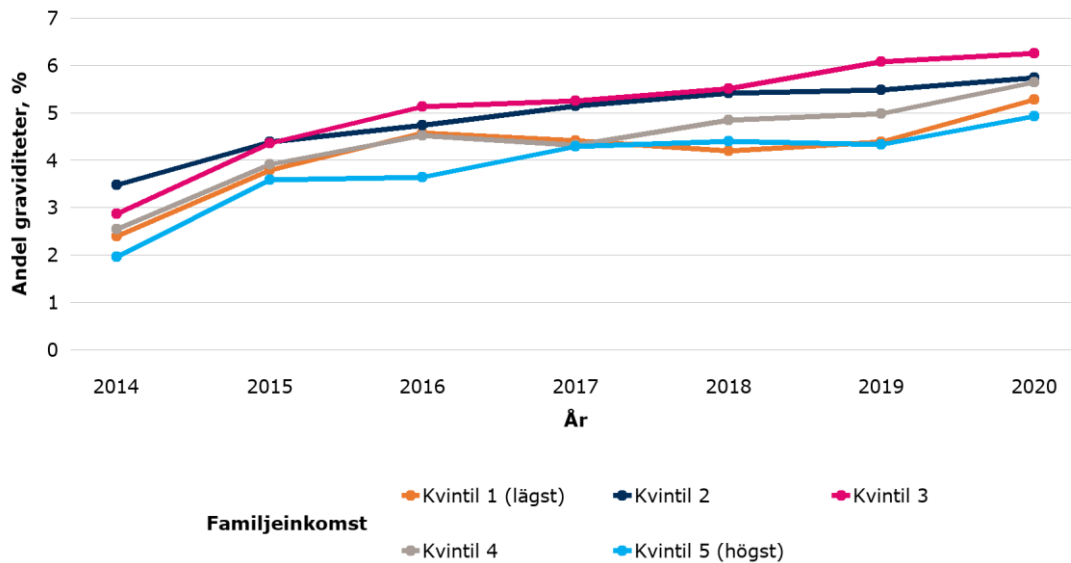
kraftigt i alla utbildningsgrupper mellan åren 2014 och 2020. Inga skillnader mellan utbildningsgrupper kan dock ses efter justering för övriga sociodemografiska faktorer.



Figur 80. Andel gravida i Stockholms län år 2014–2020 som gjort uttag av minst en förpackning av antidepressiva läkemedel under graviditeten, fördelat på utbildningsnivå.

Familjeinkomst: Inga skillnader i uttag av antidepressiva läkemedel efter justering för övriga sociodemografiska faktorer

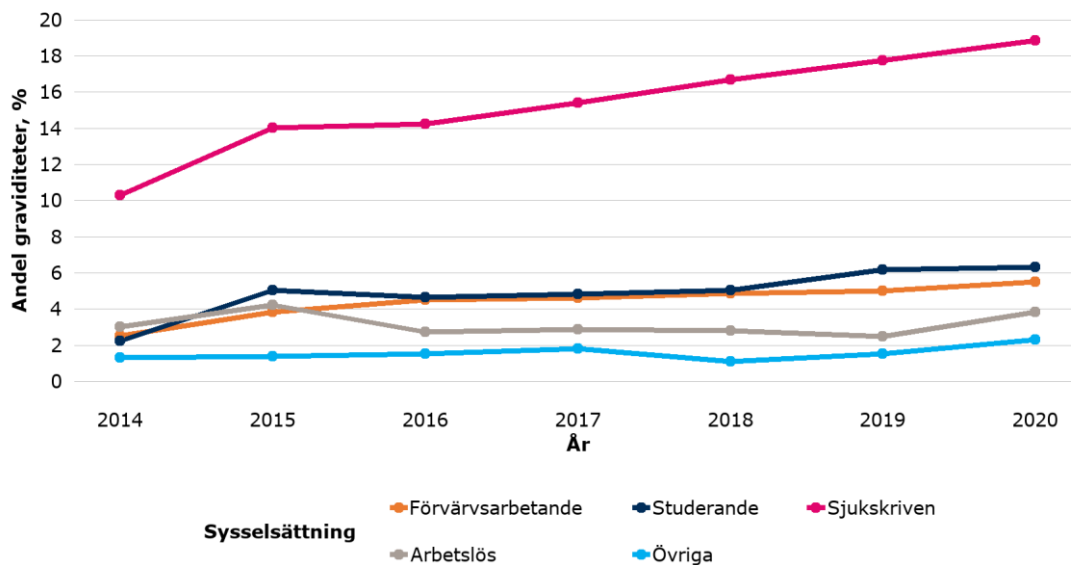
Uttaget av antidepressiva läkemedel under graviditeten ökar kraftigt och i lika snabb takt i samtliga familjeinkomstgrupper (se figur 81). Uttaget är något lägre bland gravida i den lägsta och högsta familjeinkomstgruppen, men skillnaderna mellan familjeinkomstgrupper kvarstår inte efter justering för övriga sociodemografiska faktorer (data visas ej).



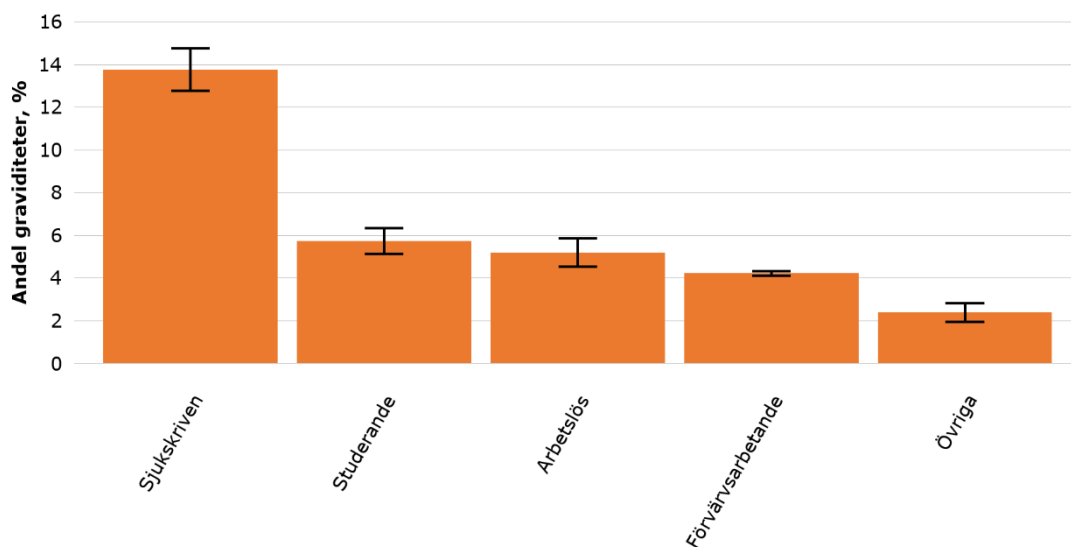
Figur 81. Andel gravida i Stockholms län år 2014–2020 som gjort uttag av minst en förpackning av antidepressiva läkemedel under graviditeten, fördelat på familjeinkomst.

Sysselsättning: Uttag av antidepressiva läkemedel vanligare bland förvärvsarbetande samt studerande gravida

Med undantag för sjukskrivna, är det vanligare att förvärvsarbetande samt studerande gravida gör uttag av antidepressiva läkemedel under graviditeten (se figur 82). Även efter justering för övriga sociodemografiska faktorer syns en högre andel uttag bland dem (se figur 83).



Figur 82. Andel gravida i Stockholms län år 2014–2020 som gjort uttag av minst en förpackning av antidepressiva läkemedel under graviditeten, fördelat på sysselsättning.

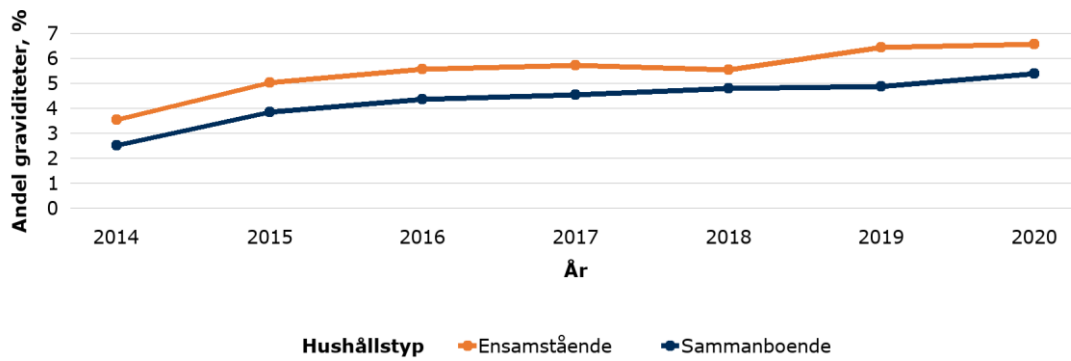


Figur 83. Justerad andel gravida i Stockholms län mellan år 2014–2020 som gjort uttag av minst en förpackning av antidepressiva läkemedel under graviditeten, fördelat på sysselsättning.

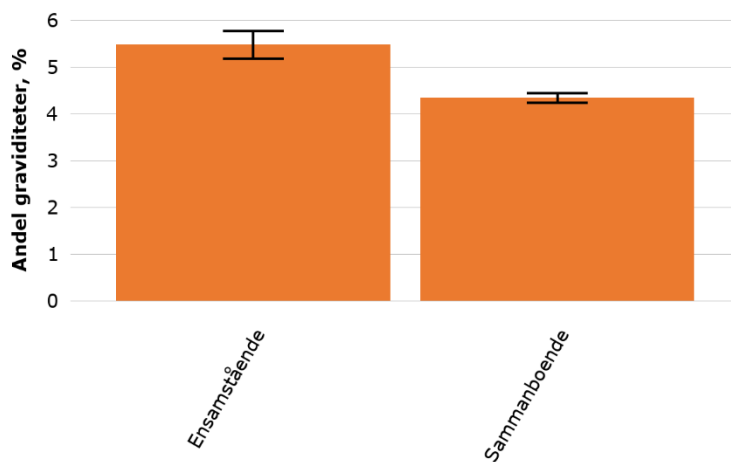
Notera: Justerat för ålder, födelseregion, utbildningsnivå, hushållstyp och familjeinkomst.

Hushållstyp: Ensamstående gravida gör uttag av antidepressiva läkemedel i högre utsträckning

Uttag av antidepressiva läkemedel under graviditet i Stockholms län är något vanligare för ensamstående (6,5 procent) jämfört med sammanboende (5,4 procent) (se figur 84). Även efter justering för övriga sociodemografiska faktorer kvarstår detta samband (se figur 85).



Figur 84. Andel gravida i Stockholms län år 2014–2020 som gjort uttag av minst en förpackning av antidepressiva läkemedel under graviditeten, fördelat på hushållstyp.



Figur 85. Justerad andel gravida i Stockholms län mellan år 2014–2020 som gjort uttag av minst en förpackning av antidepressiva läkemedel under graviditeten, fördelat på hushållstyp.

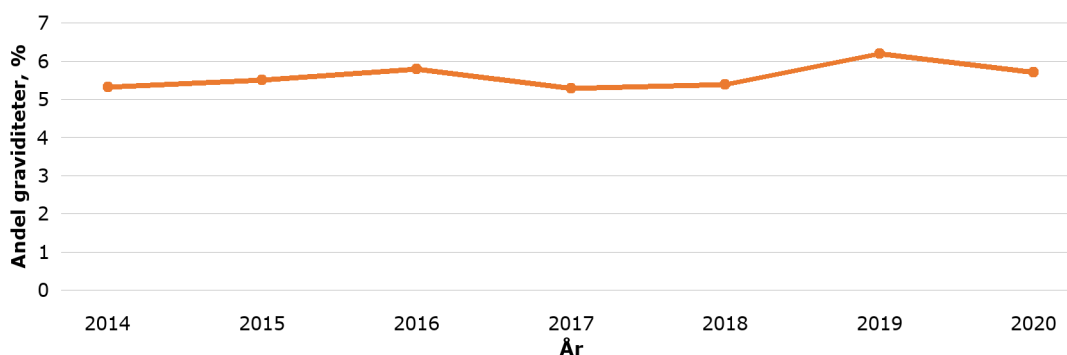
Notera: Justerat för ålder, födelseregion, utbildningsnivå, sysselsättning och familjeinkomst.

Resultat – Vårdkonsumtion mödrahälsovård

Gravida som gör färre än 50 procent av de rekommenderade mödravårdsbesöken

5,5 procent av de som var gravida i Stockholms län år 2020 gjorde mindre än hälften av de rekommenderade besöken i mödrahälsovården (se figur 86). Andelen har ökat marginellt sedan år 2014.

Vid ömsesidig justering för sociodemografiska faktorer framkommer att det är vanligare att utebli från mödrahälsovården för gravida som är födda utanför Europa, som enbart har förgymnasial utbildning eller som inte förvärvsarbetar.

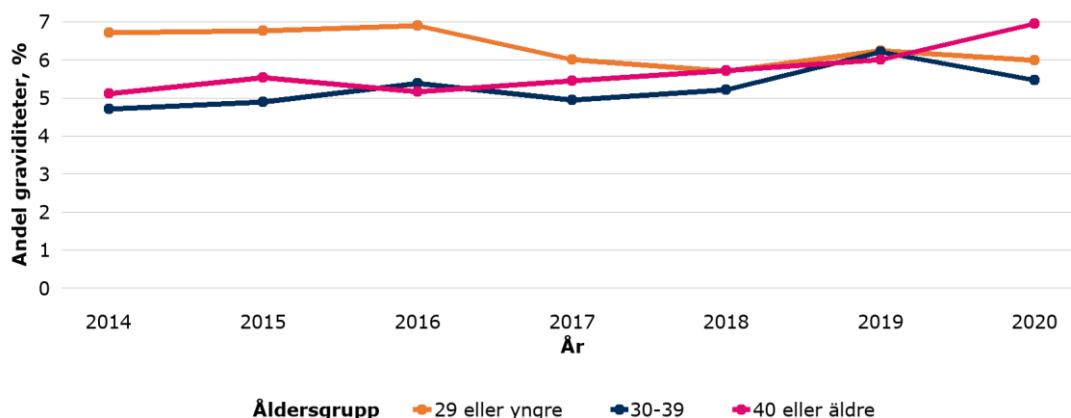


Figur 86. Andel gravida i Stockholms län år 2014–2020 som gjort färre än 50 procent av de rekommenderade besöken hos mödrahälsovården.

Notera: Graviditeter där barnet föddes prematurt ej inkluderade.

Ålder: Minskade skillnader

År 2014 var det något vanligare att den yngsta åldersgruppen i Stockholms län gjorde färre än 50 procent av de rekommenderade besöken i mödravården (se figur 87). År 2020 var det i stället vanligare att de allra äldsta gravida gjorde få besök. Skillnaderna mellan åldersgrupperna har minskat mellan åren 2014 och 2020.

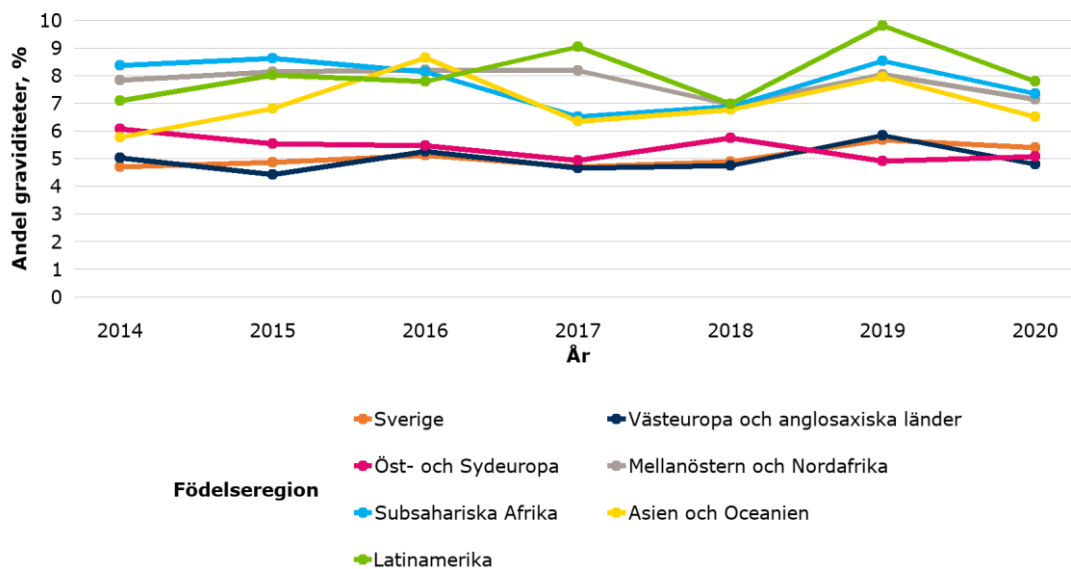


Figur 87. Andel gravida i Stockholms län år 2014–2020 som gjort färre än 50 procent av de rekommenderade besöken hos mödrahälsovården, fördelat på ålder.

Notera: Graviditeter där barnet föddes prematurt ej inkluderade.

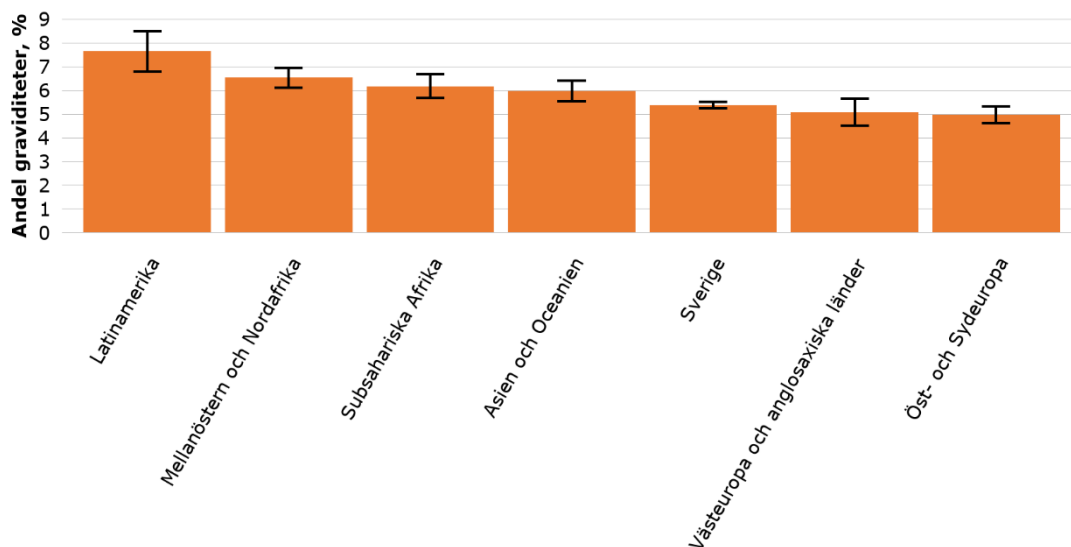
Födelseled: Vanligare att gravida födda utanför Europa gör få mödravårdsbesök

Det är betydligt vanligare att gravida födda i Latinamerika, subsahariska Afrika, Mellanöstern och Nordafrika samt Asien och Oceanien gör färre än 50 procent av de rekommenderade mödravårdsbesöken, jämfört med gravida födda i Europa och anglosaxiska länder (se figur 88). Även efter justering för övriga sociodemografiska faktorer kunde detta samband ses (se figur 89).



Figur 88. Andel gravida i Stockholms län år 2014–2020 som gjort färre än 50 procent av de rekommenderade besöken hos mödrahälsovården, fördelat på födelseled.

Notera: Graviditeter där barnet föddes prematurt ej inkluderade.

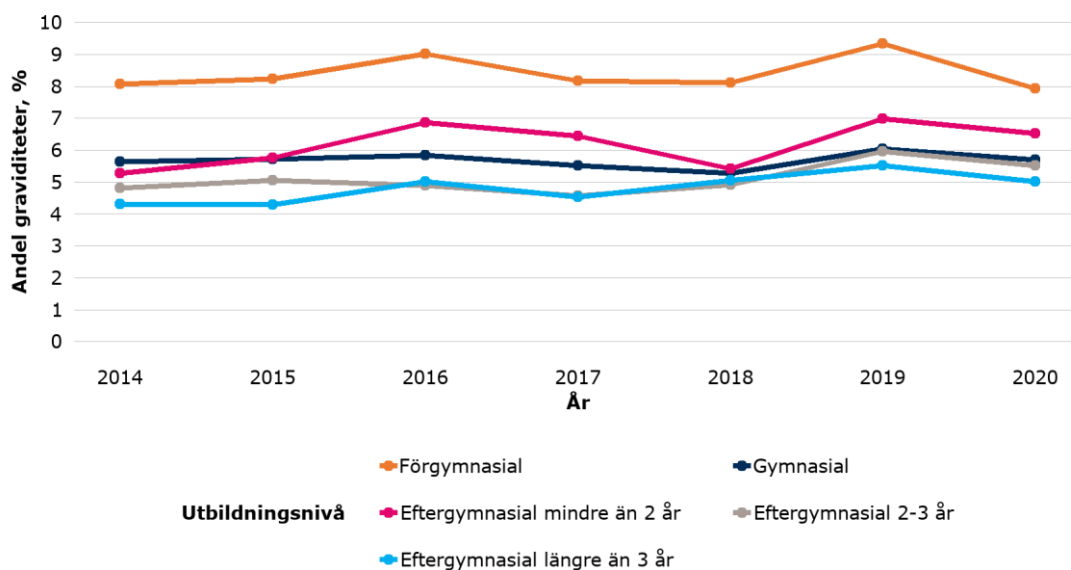


Figur 89. Justerad andel gravida i Stockholms län år 2014–2020 som gjort färre än 50 procent av de rekommenderade besöken hos mödrahälsovården, fördelat på födelseregion.

Notera: Graviditeter där barnet föddes prematurt ej inkluderade. Justerat för ålder, utbildningsnivå, sysselsättning och familjeinkomst.

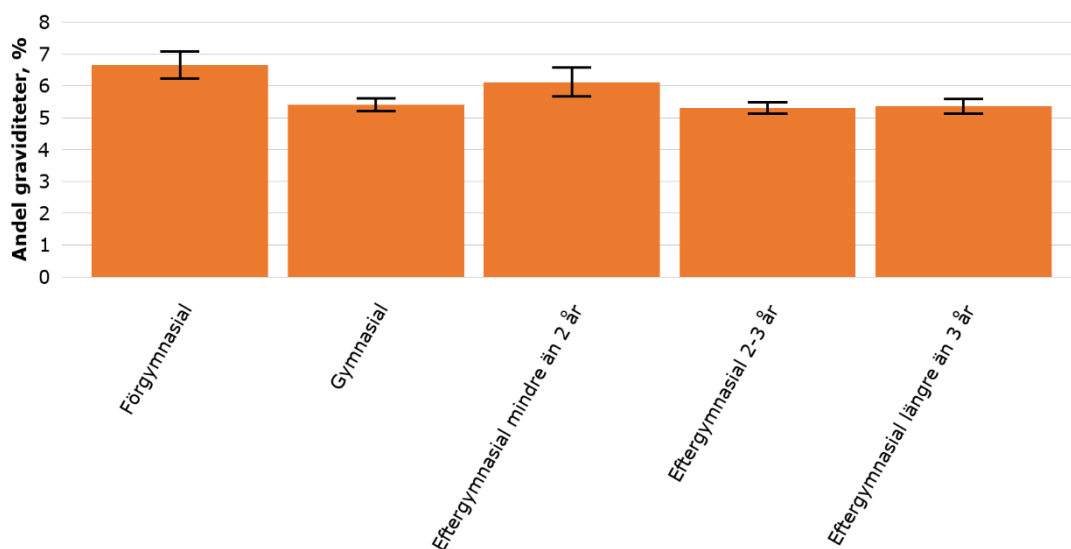
Utbildningsnivå: Vanligare att gravida med förgymnasial utbildning gör få mödrahälsovårdsbesök

Det är betydligt vanligare hos gravida med enbart förgymnasial utbildning att göra färre än 50 procent av de rekommenderade besöken hos mödrahälsovården (se figur 90). Periodvis gjordes ett otillräckligt antal besök i nästan var elfte graviditet bland gravida med förgymnasial utbildning. Även efter justering för övriga sociodemografiska faktorer är det något vanligare att gravida med förgymnasial utbildning (6,5 procent) har gjort få mödrahälsovårdsbesök jämfört med övriga utbildningsgrupper (se figur 91).



Figur 90. Andel gravida i Stockholms län år 2014–2020 som gjort färre än 50 procent av de rekommenderade besöken hos mödrahälsovården, fördelat på utbildningsnivå.

Notera: Graviditeter där barnet föddes prematurt ej inkluderade.



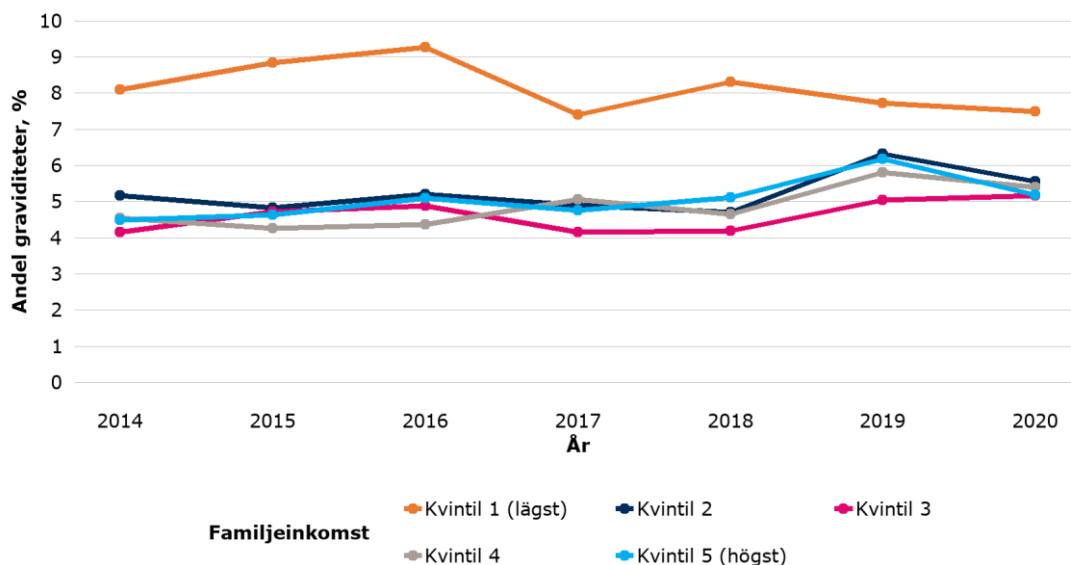
Figur 91. Andel gravida i Stockholms län år 2014–2020 som gjort färre än 50 procent av de rekommenderade besöken hos mödrahälsovården, fördelat på utbildningsnivå.

Notera: Graviditeter där barnet föddes prematurt ej inkluderade. Justerat för ålder, födelseregion, sysselsättning och familjeinkomst.

Familjeinkomst: Gravida med låg familjeinkomst gör få mödrahälsovårdsbesök i högre utsträckning

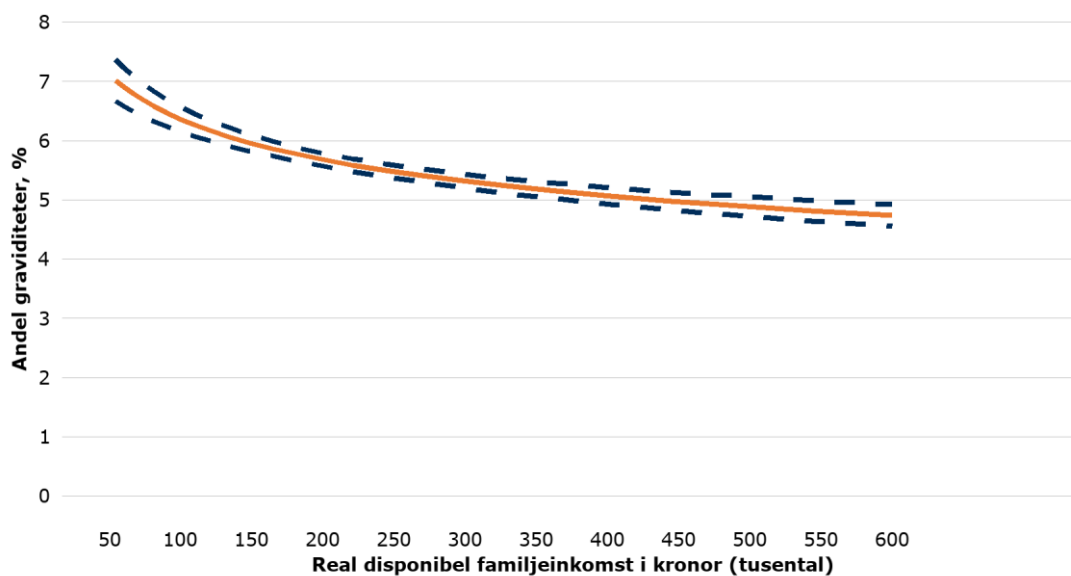
De gravida som har lägst familjeinkomst uteblir i betydligt högre grad från mer än 50 procent av de rekommenderade besöken hos mödrahälsovården (se figur 92). I övrigt sågs inga skillnader mellan familjeinkomstgrupperna. Även efter justering ses ett

samband mellan låg familjeinkomst och få mödravårdsbesök (se figur 93). Sambandet är dock svagt.



Figur 92. Andel gravida i Stockholms län år 2014–2020 som gjort färre än 50 procent av de rekommenderade besöken hos mödrahälsovården, fördelat på familjeinkomst.

Notera: Graviditeter där barnet föddes prematurt ej inkluderade.

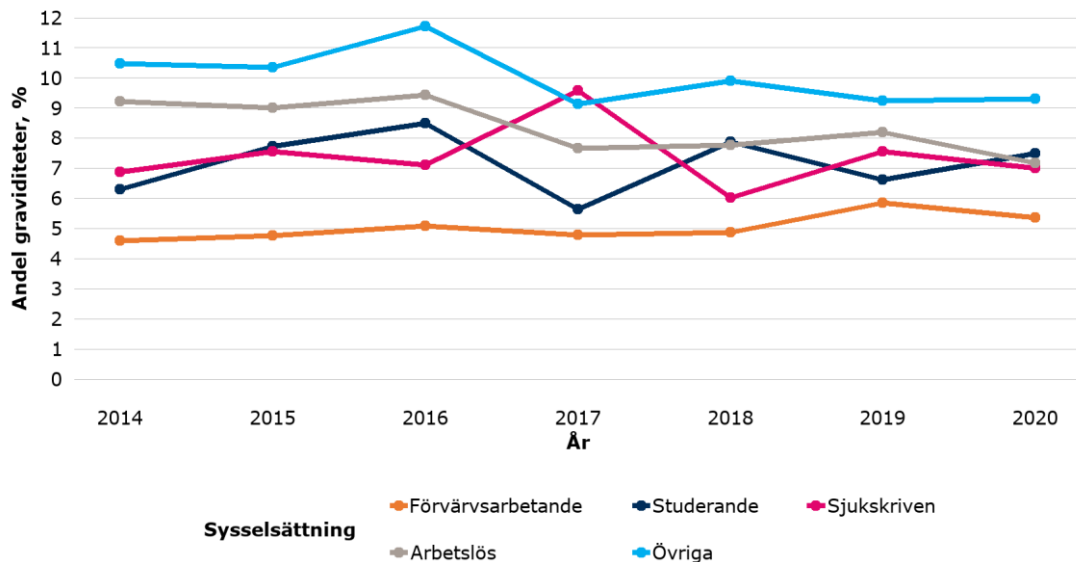


Figur 93. Andel gravida i Stockholms län år 2014–2020 som gjort färre än 50 procent av de rekommenderade besöken hos mödrahälsovården, fördelat på familjeinkomst.

Notera: Graviditeter där barnet föddes prematurt ej inkluderade. Justerat för ålder, födelseregion, utbildningsnivå och sysselsättning. Streckade linjer anger konfidensintervall på 95 procents konfidensnivå.

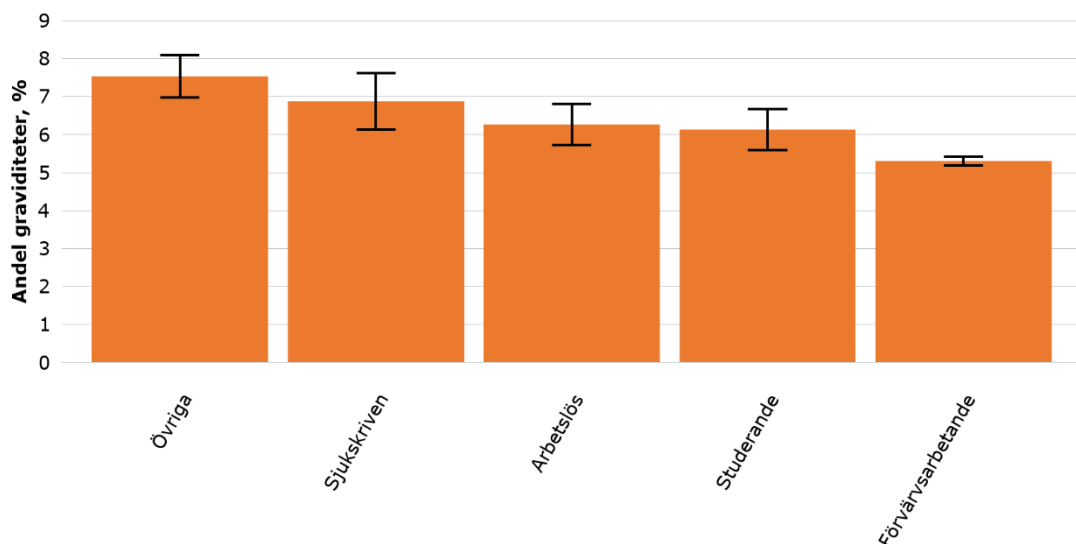
Sysselsättning: Mindre vanligt att förvärvsarbetande gravida gör få mödrahälsovårdsbesök

Jämfört med andra sysselsättningsgrupper är det inte lika vanligt att förvärvsarbetande gravida gör få mödrahälsovårdsbesök (se figur 94). Detta samband kan ses även efter justering för övriga sociodemografiska faktorer (se figur 95).



Figur 94. Andel gravida i Stockholms län år 2014–2020 som gjort färre än 50 procent av de rekommenderade besöken hos mödrahälsovården, fördelat på sysselsättning.

Notera: Graviditeter där barnet föddes prematurt ej inkluderade.



Figur 95. Andel gravida i Stockholms län år 2014–2020 som gjort färre än 50 procent av de rekommenderade besöken hos mödrahälsovården, fördelat på sysselsättning.

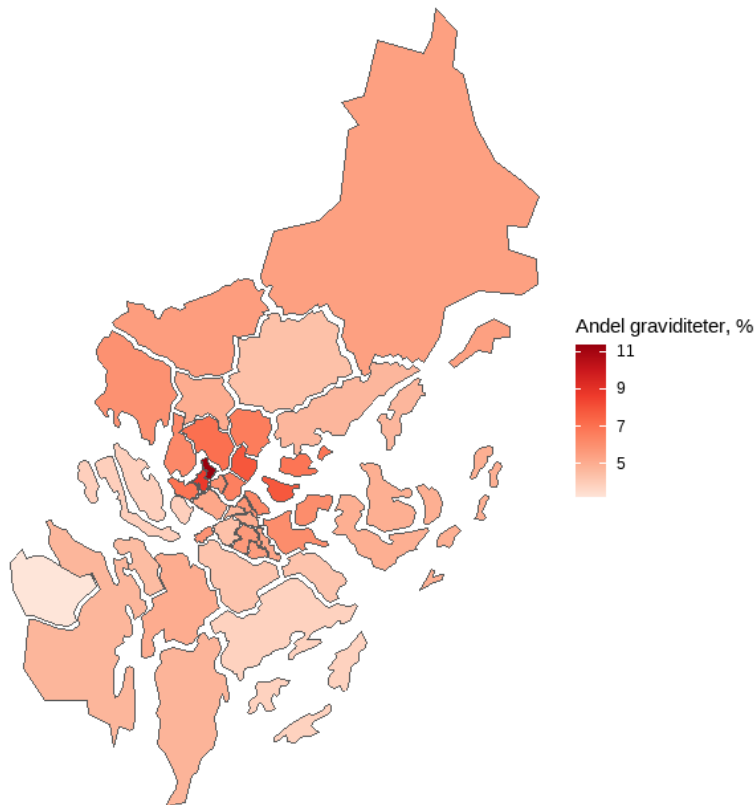
Notera: Graviditeter där barnet föddes prematurt ej inkluderade. Justerat för ålder, födelseregion, utbildningsnivå och familjeinkomst.

Geografi: Stora skillnader mellan kommuner och stadsdelsområden i andelen gravida som gör få mödrahälsovårdsbesök

Det är möjligt att antal mödrahälsovårdsbesök har ett direkt samband med var den gravida bor. Tillgängligheten till mödrahälsovårdscentraler i närheten av bostaden och andra faktorer som har samband med boendeområdet är av intresse att undersöka.

Skillnaderna mellan kommuner och stadsdelsområden i få besök hos mödrahälsovården är tydliga, vilket framgår av figur 96. Andelen gravida med få besök är högst i Rinkeby-Kista, där nästan var nionde gravid gör få besök (11,3 procent). Andelen är lägst i Nykvarn (3,2 procent).

Områden med få mödravårdsbesök omfattar både områden som anses vara socioekonomiskt utsatta (till exempel Rinkeby-Kista och Spånga-Tensta) och områden som inte anses vara socioekonomiskt utsatta (till exempel Danderyd och Lidingö).



Figur 96. Andel gravida i Stockholms län år 2014–2020 som gjort färre än 50 procent av de rekommenderade besöken hos mödrahälsovården, fördelat på kommuner och stadsdelsområden.

Graviditeter där barnet föddes prematurt ej inkluderade.

Tabell 3. Områden i Stockholms län med högst andel gravida som gjort färre än 50 procent av de rekommenderade mödrahälsovårdsbesöken år 2014–2020.

Område	Andel gravida (%)
Rinkeby-Kista	11,3
Spånga-Tensta	8,7
Danderyd	7,9
Lidingö	7,8
Sollentuna	7,1

Notera: Graviditeter där barnet föddes prematurt ej inkluderade

Tabell 4. Områden i Stockholms län med lägst andel gravida som gjort färre än 50 procent av de rekommenderade mödravårdsbesöken år 2014–2020.

Område	Andel gravida (%)
Tyresö	4,3
Huddinge	4,3
Ekerö	3,9
Haninge	3,8
Nykvarn	3,2

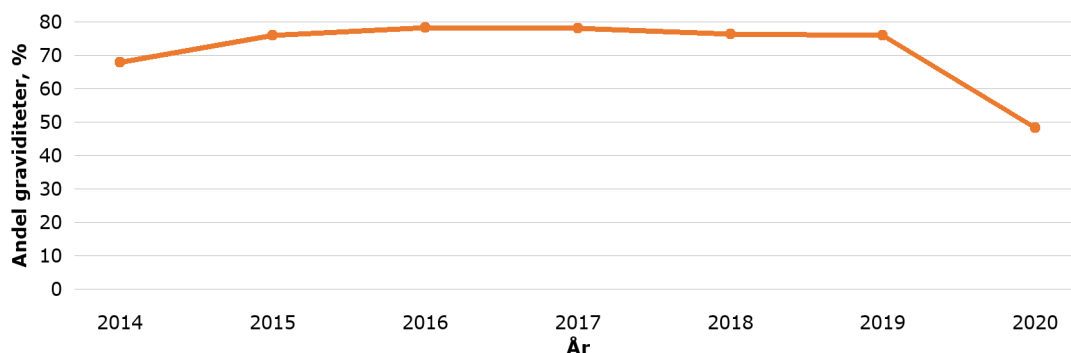
Notera: Graviditeter där barnet föddes prematurt ej inkluderade.

Deltagande i föräldraskapsstöd

Föräldraskapsstöd erbjuds förstföderskor och data i detta avsnitt gäller därför inte alla gravida under perioden utan endast förstföderskor.

Deltagandet i föräldraskapsstöd för förstföderskor låg på en oförändrad nivå, strax över 75 procent, mellan åren 2015–2019 (se figur 97). Deltagandet minskade kraftigt till under 50 procent under pandemiåret 2020. Flera mottagningar upphörde att erbjuda föräldraskapsstöd under år 2020. En del mottagningar erbjöd digitala gruppträffar eller digitalt informationsstöd (11).

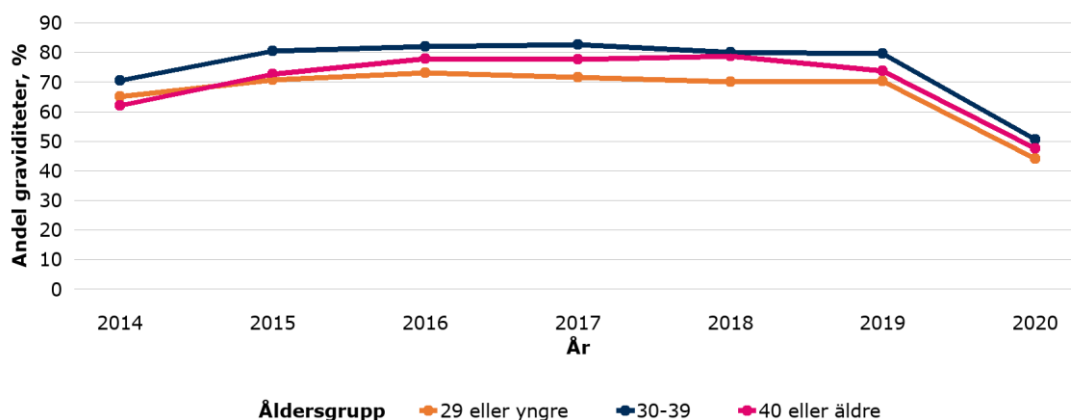
Vid ömsesidig justering för sociodemografiska faktorer framkommer att deltagandet i föräldraskapsstöd är vanligast hos gravida som är födda i Sverige och Västeuropa eller anglosaxiska länder, som har lång utbildning och förvärvsarbetar eller studerar.



Figur 97. Andel gravida i Stockholms län år 2014–2020 som var förstföderskor och deltog i föräldraskapsstöd.

Ålder: Deltagande i föräldraskapsstöd lägst bland yngre gravida

Deltagandet i föräldraskapsstöd är lägst bland de yngsta i Stockholms län, medan 30–39-åringar deltar i högst utsträckning (se figur 98). Andelen som deltar i föräldraskapsstöd är cirka 51 procent (år 2020) för 30–39-åringar, motsvarande andel för gravida 29 år eller yngre är 44 procent.

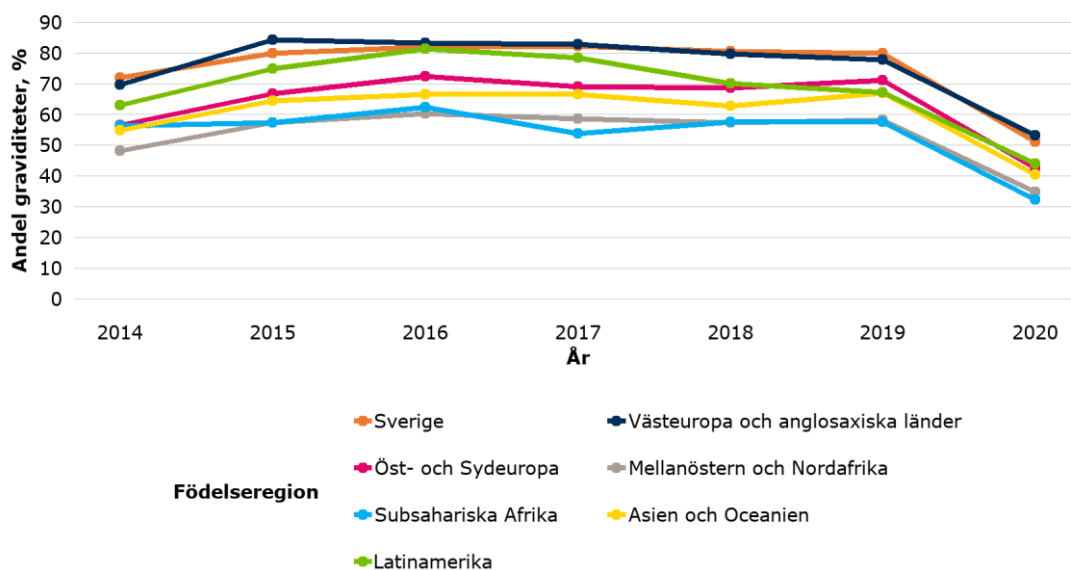


Figur 98. Andel gravida i Stockholms län år 2014–2020 som var förstföderskor och som deltog i föräldraskapsstöd, fördelat på ålder.

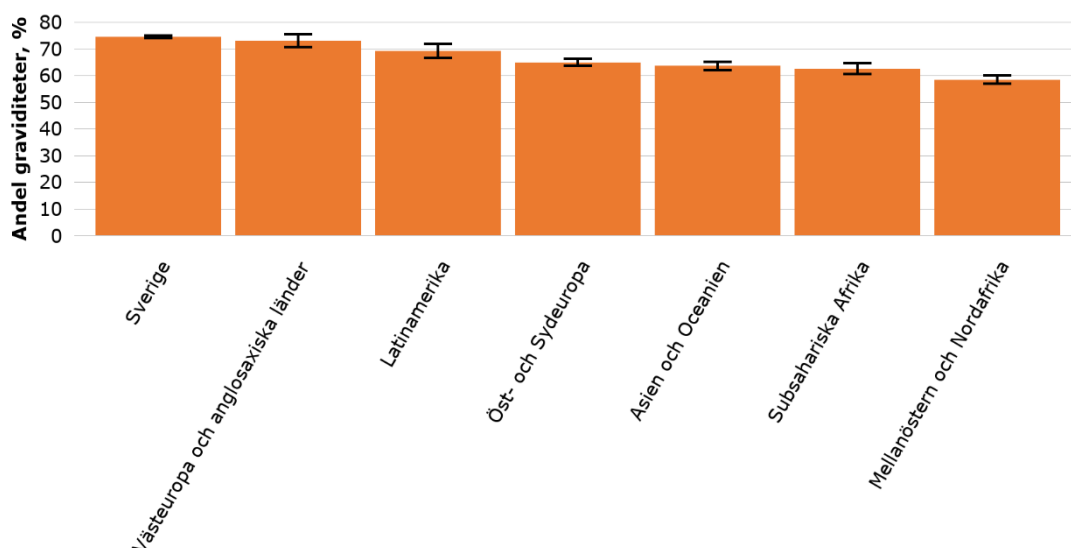
Födelseland: Gravida födda i Sverige eller i Västeuropa och anglosaxiska länder deltar oftare i föräldraskapsstöd

Det finns stora skillnader i deltagandet i föräldraskapsstöd mellan gravida födda i olika delar av världen (se figur 99). Högst deltagande år 2020 har gravida födda i Sverige (51 procent) eller Västeuropa och anglosaxiska länder (53 procent). Näst högst deltagande har gravida födda i Latinamerika (44 procent), Öst- och Sydeuropa (43 procent) samt Asien och Oceanien (41 procent). Lägst deltagande har gravida födda i Mellanöstern och Nordafrika (35 procent) samt subsahariska Afrika (32 procent).

Även efter justering för övriga sociodemografiska faktorer är deltagandet högst bland gravida födda i Sverige och Västeuropa eller anglosaxiska länder (se figur 100).



Figur 99. Andel gravida i Stockholms län år 2014–2020 som var förstföderskor och som deltog i föräldraskapsstöd, fördelat på födelseregion.

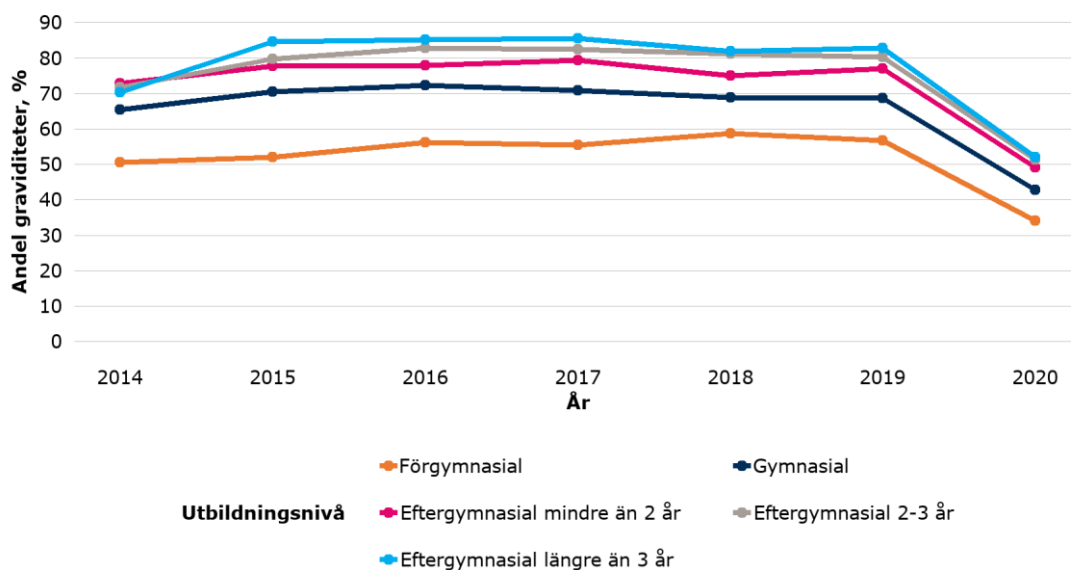


Figur 100. Justerad andel gravida i Stockholms län år 2014–2020 som var förstföderskor och som deltog i föräldraskapsstöd, fördelat på födelseregion.

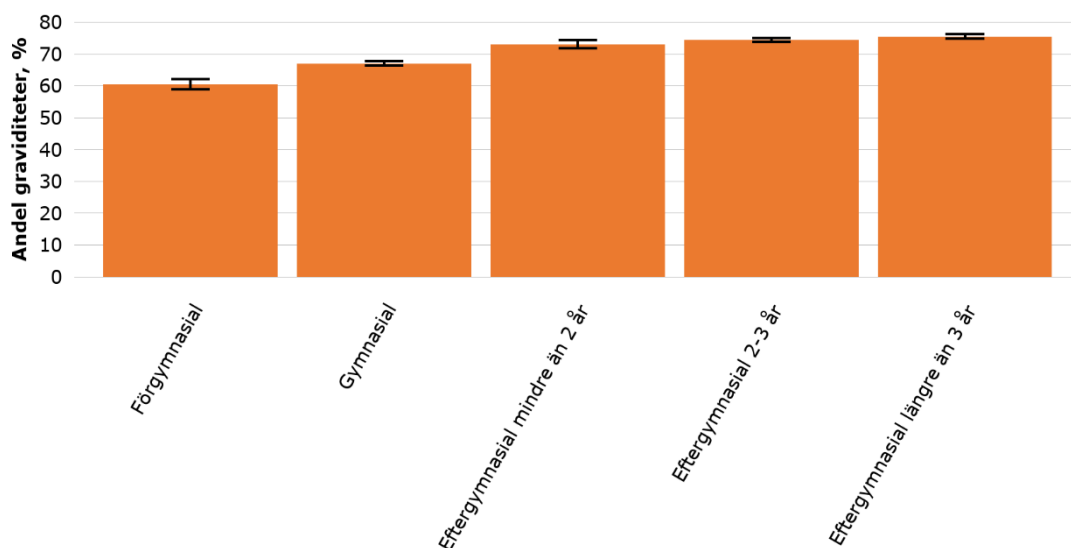
Notera: Justerat för ålder, födelseregion, utbildningsnivå, sysselsättning och familjeinkomst.

Utbildningsnivå: Gravida med enbart förgymnasial utbildning deltar i föräldraskapsstöd i betydligt lägre utsträckning

Andelen förstföderskor i Stockholms län som deltar i föräldraskapsstöd är högre ju högre utbildningsnivå den gravida har (se figur 101). 34 procent av de gravida med förgymnasial utbildning deltar i föräldraskapsstödet, jämfört med 50 procent av gravida med eftergymnasial utbildning. Även efter justering för övriga sociodemografiska faktorer ses ett högre deltagande ju högre utbildningsnivå den gravida har (se figur 102).



Figur 101. Andel gravida i Stockholms län år 2014–2020 som var förstföderskor och som deltog i föräldraskapsstöd, fördelat på utbildningsnivå.

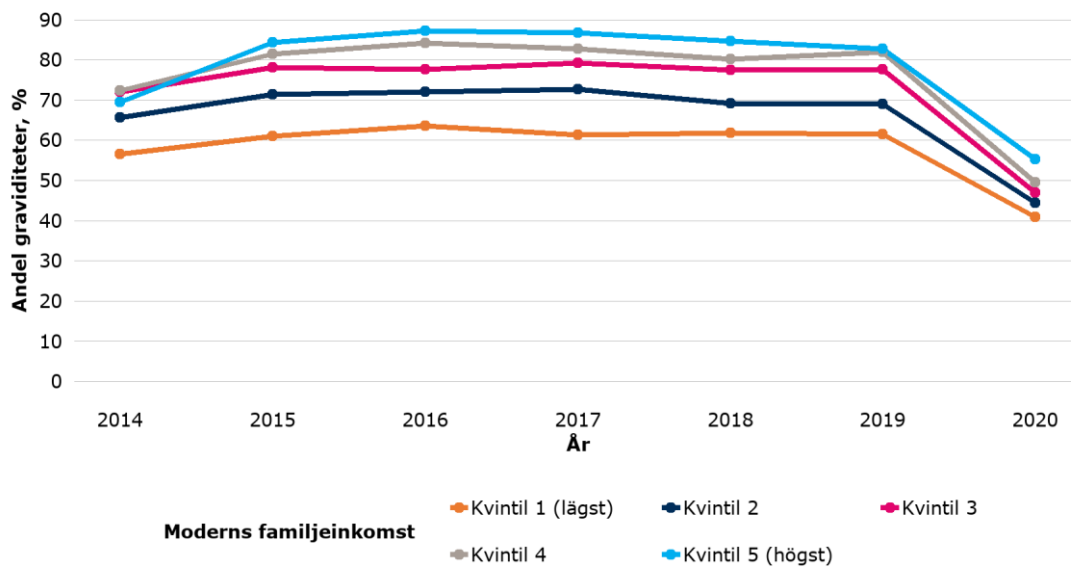


Figur 102. Justerad andel gravida i Stockholms län år 2014–2020 som var förstföderskor och som deltog i föräldraskapsstöd, fördelat på utbildningsnivå.

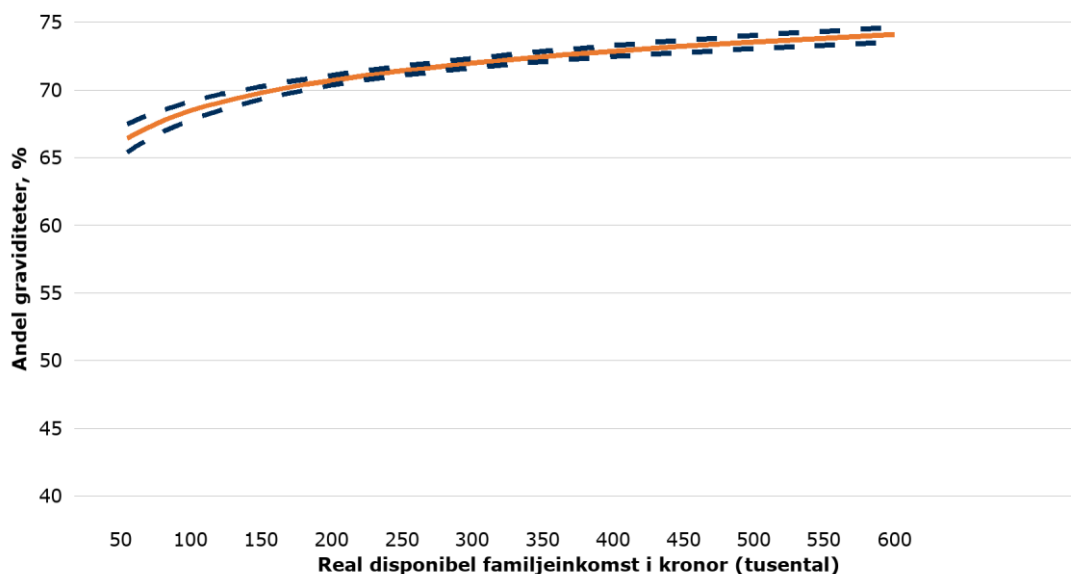
Notera: Justerat för ålder, födelseregion, sysselsättning och familjeinkomst.

Familjeinkomst: Gravida med hög familjeinkomst deltar i föräldraskapsstöd i högre utsträckning

Ju högre familjeinkomst den gravida har desto högre deltagande i föräldraskapsstöd (se figur 103). Detta samband kvarstår efter justering för övriga sociodemografiska faktorer och är det starkaste sambandet mellan familjeinkomst och ett utfall i denna rapport (se figur 104).



Figur 103. Andel gravida i Stockholms län år 2014–2020 som var förstföderskor och som deltog i föräldraskapsstöd, fördelat på familjeinkomst.

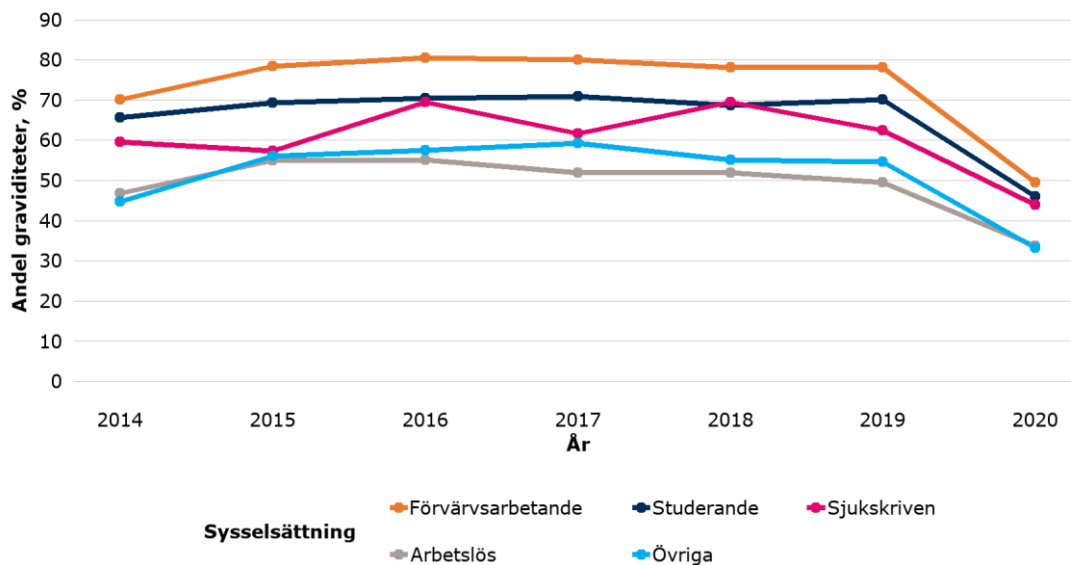


Figur 104. Justerad andel gravida i Stockholms län år 2014–2020 som var förstföderskor och som deltog i föräldraskapsstöd, fördelat på familjeinkomst.

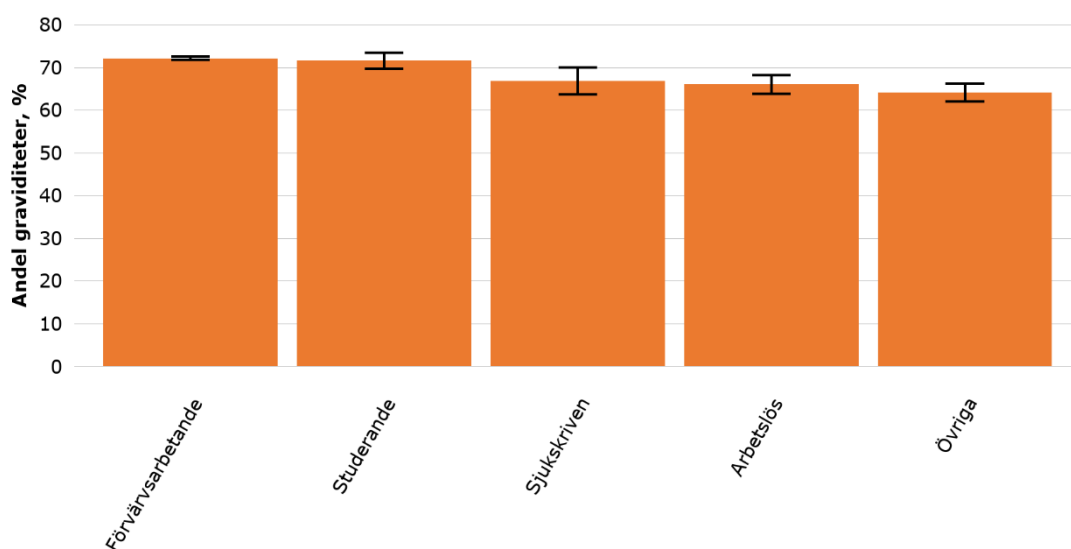
Notera: Justerat för ålder, födelseregion, utbildningsnivå och sysselsättning. Streckade linjer anger konfidensintervall på 95 procents konfidensnivå.

Sysselsättning: Förvärvsarbetande samt studerande gravida deltar i föräldraskapsstöd i högre utsträckning

Förvärvsarbetande samt studerande gravida deltar i föräldraskapsstöd i högst utsträckning (se figur 105). Dessa två sysselsättningsgrupper har högst deltagande även efter justering för övriga sociodemografiska faktorer (se figur 106).



Figur 105. Andel gravida i Stockholms län år 2014–2020 som var förstföderskor och som deltog i föräldraskapsstöd, fördelat på sysselsättning.



Figur 106. Justerad andel gravida i Stockholms län år 2014–2020 som var förstföderskor och som deltog i föräldraskapsstöd, fördelat på sysselsättning.

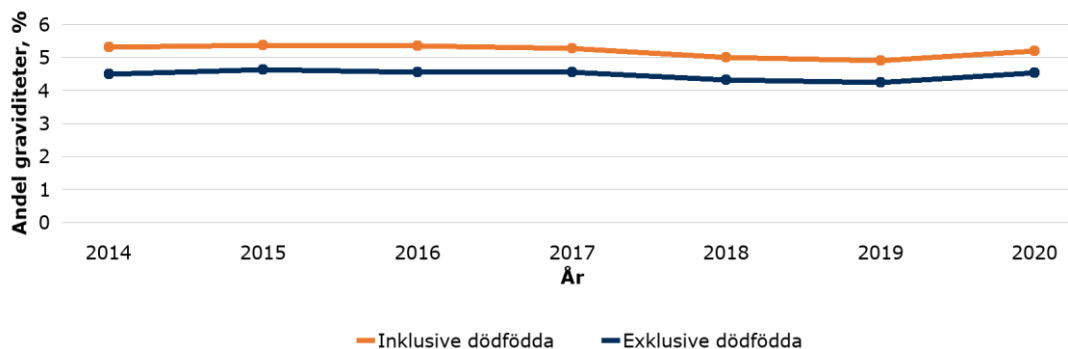
Notera: Justerat för ålder, födelseregion, utbildningsnivå och familjeinkomst.

Resultat – Nyföddas hälsa

Prematur födsel

Andelen barn som föddes prematurt (före vecka 37) låg på en oförändrad nivå i Stockholms län, strax över 5 procent med dödfödda inkluderade och 4,5 procent exklusive dödfödda, mellan åren 2014 och 2020 (se figur 107).

Vid ömsesidig justering för sociodemografiska faktorer framkommer att prematur födsel är vanligast för gravida födda i Asien och Oceanien.

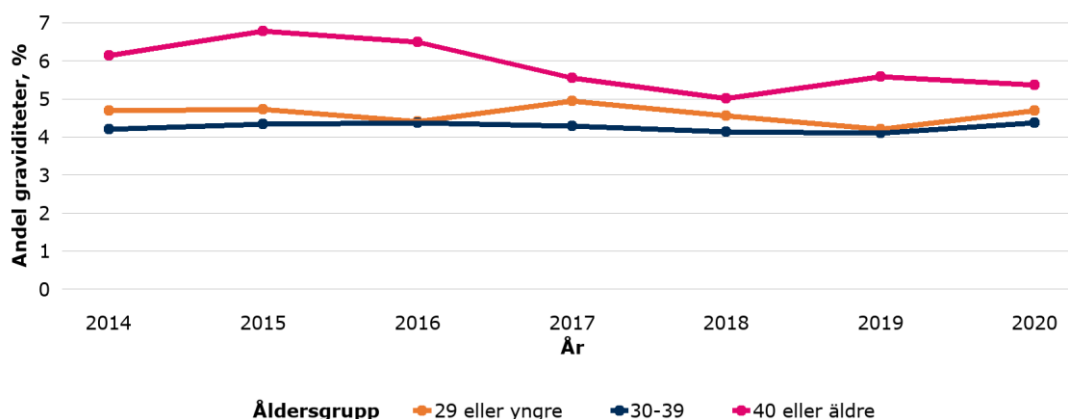


Figur 107. Andel graviditeter i Stockholms län år 2014–2020 där barnet föddes prematurt (före vecka 37).

Notera: Graviditeter där tvillingar föddes är exkluderade.

Ålder: Vanligare med prematur födsel bland de äldsta gravida

Prematur födsel är något vanligare bland gravida som är 40 år eller äldre (se figur 108). Trenden mellan åren 2014 och 2020 har varit något minskande för denna åldersgrupp men oförändrad för de övriga åldersgrupperna. Detta har gjort att skillnaderna mellan åldersgrupperna har minskat.



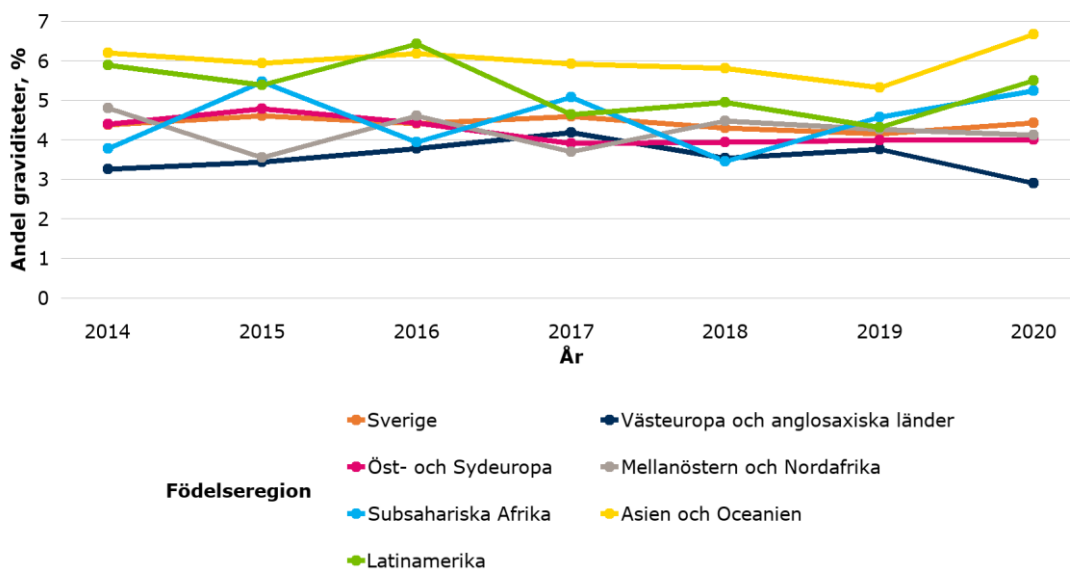
Figur 108. Andel graviditeter i Stockholms län år 2014–2020 där barnet föddes levande och prematurt (före vecka 37), fördelat på moderns ålder.

Notera: Graviditeter där tvillingar föddes är exkluderade.

Födelse land: Vanligare med prematur födsel bland gravida födda i Asien och Oceanien

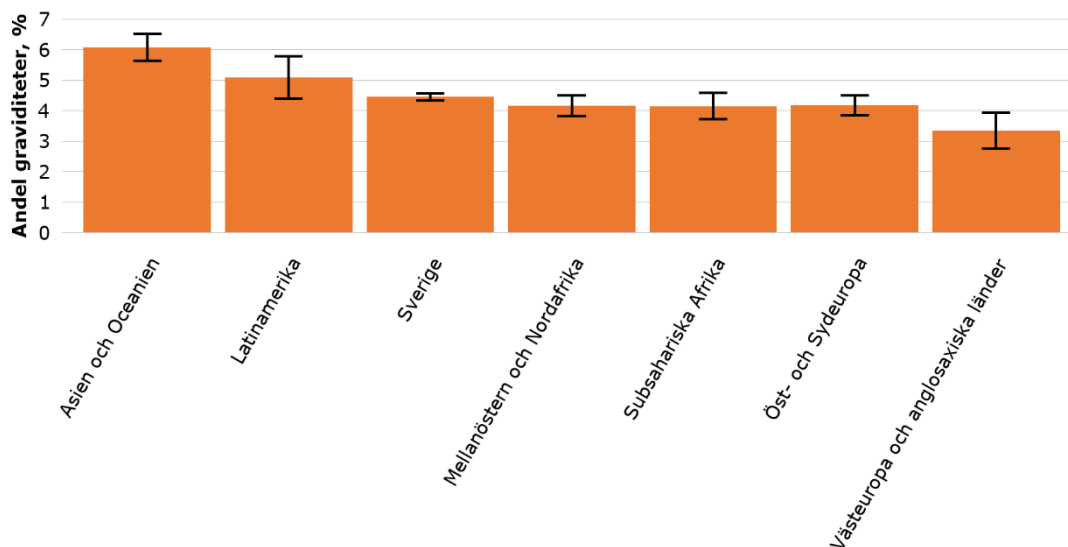
Gravida födda i Asien och Oceanien har en högre andel prematurt födda barn mellan år 2014 och 2020, jämfört med gravida födda i andra länder (se figur 109). Skillnaderna mellan gravida från olika länder var relativt stora år 2014 för att sedan minska under de flesta åren fram till år 2020. År 2020 blev skillnaderna dock större igen. Andelen prematurt födda barn bland gravida från Asien och Oceanien är ungefär 6,5 procent medan samma andel bland gravida från Västeuropa och anglosaxiska länder är cirka 3 procent.

Även efter justering för övriga sociodemografiska faktorer är det vanligast att gravida födda i Asien och Oceanien föder barn prematurt (se figur 110). Andelen för denna grupp är sex procent år 2020 medan andelen för gravida födda i Västeuropa och anglosaxiska länder är cirka tre procent.



Figur 109. Andel graviditeter i Stockholms län år 2014–2020 där barnet föddes levande och prematurt (före vecka 37), fördelat på moderns födelse region.

Notera: Graviditeter där tvillingar föddes är exkluderade.



Figur 110. Justerad andel graviditeter i Stockholms län år 2014–2020 där barnet föddes levande och prematurt (före vecka 37), fördelat på moderns födelseregion.

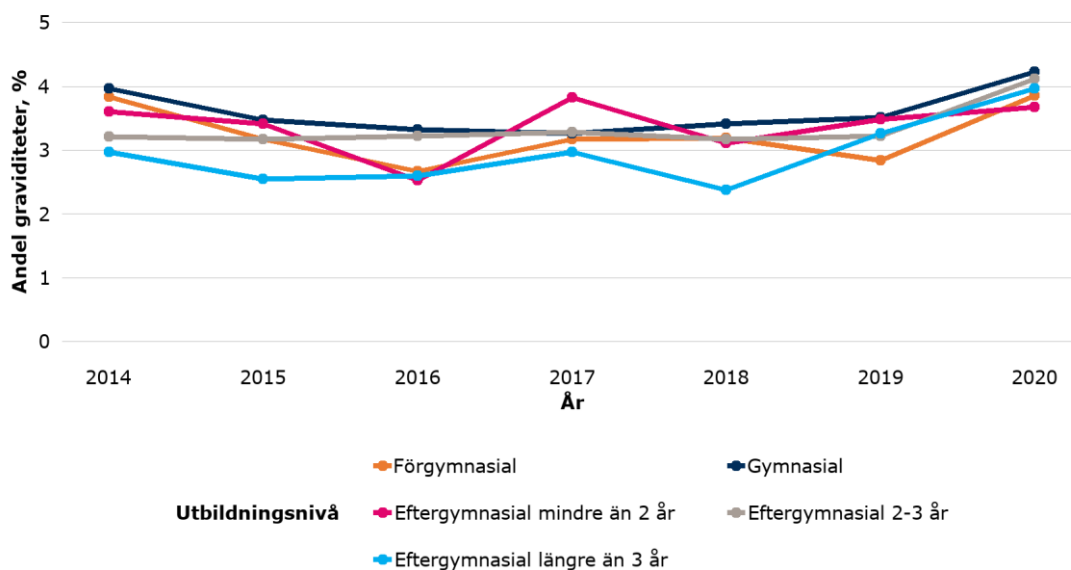
Notera: Graviditeter där tvillingar föddes är exkluderade. Justerat för ålder, utbildningsnivå, sysselsättning och familjeinkomst.

Utbildningsnivå, familjeinkomst och sysselsättning: Inga betydande skillnader i andelen prematurt födda barn

Det finns inte några stora skillnader i andelen prematurt födda barn mellan utbildningsgrupper i Stockholms län (se figur 111). Trenderna mellan åren 2014 och 2020 för olika utbildningsgrupper är i princip oförändrade. Ett undantag är en viss ökning bland gravida med eftergymnasial utbildning längre än tre år.

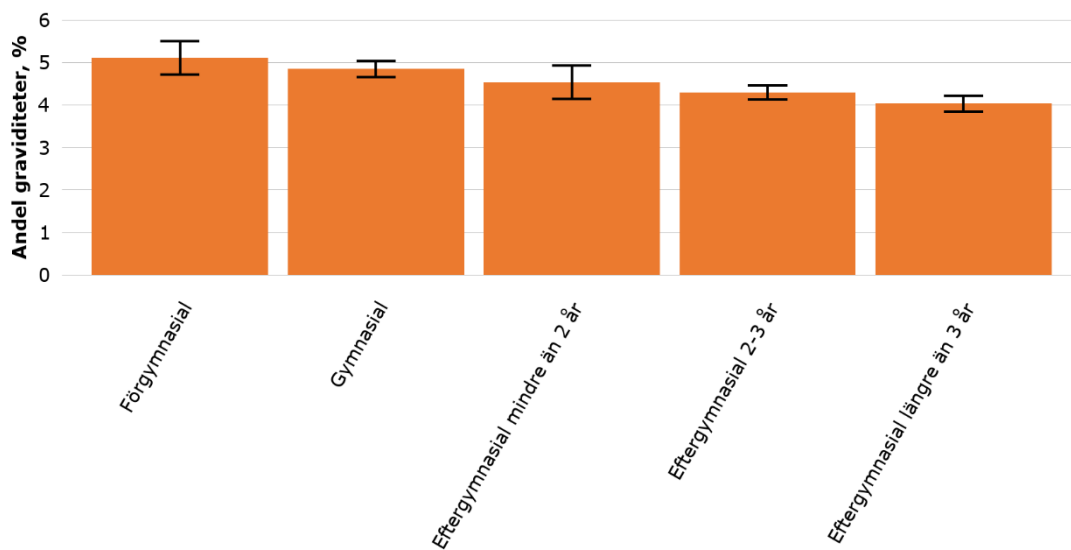
Inte heller när det gäller familjeinkomst och sysselsättning syns några skillnader mellan de nämnda sociodemografiska grupperna.

Vid ömsesidig justering för sociodemografiska faktorer syns små skillnader mellan utbildningsgrupper där gravida med längst utbildning har en procentenhet lägre andel prematura födslar jämfört med förgymnasialt utbildade gravida (se figur 112). Inga betydande skillnader syns mellan sysselsättnings- och familjeinkomstgrupper efter justering för sociodemografiska faktorer.



Figur 111. Andel graviditeter i Stockholms län år 2014–2020 där barnet föddes levande och prematurt (före vecka 37), fördelat på moderns utbildningsnivå.

Notera: Graviditeter där tvillingar föddes är exkluderade.



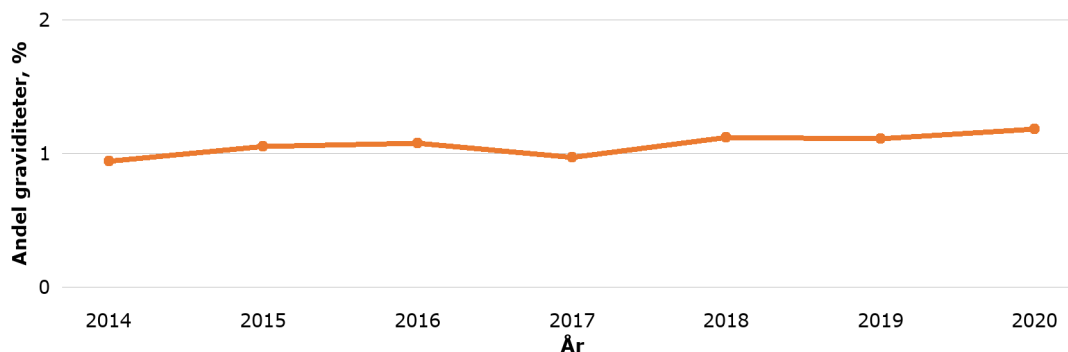
Figur 112. Justerad andel graviditeter i Stockholms län år 2014–2020 där barnet föddes levande och prematurt (före vecka 37), fördelat på moderns utbildningsnivå.

Notera: Graviditeter där tvillingar föddes är exkluderade. Justerat för ålder, födelseregion, sysselsättning och familjeinkomst.

Apgarpoäng under sju vid fem minuter

Andelen barn som hade apgarpoäng under sju vid fem minuter (se Metod) ökade marginellt i Stockholms län, från 0,9 procent år 2014 till 1,2 procent år 2020 (se figur 113).

Vid ömsesidig justering för sociodemografiska faktorer framkommer att låga apgarpoäng är vanligast när den gravida är född i subsahariska Afrika, men inga andra samband syns (se figur 114).



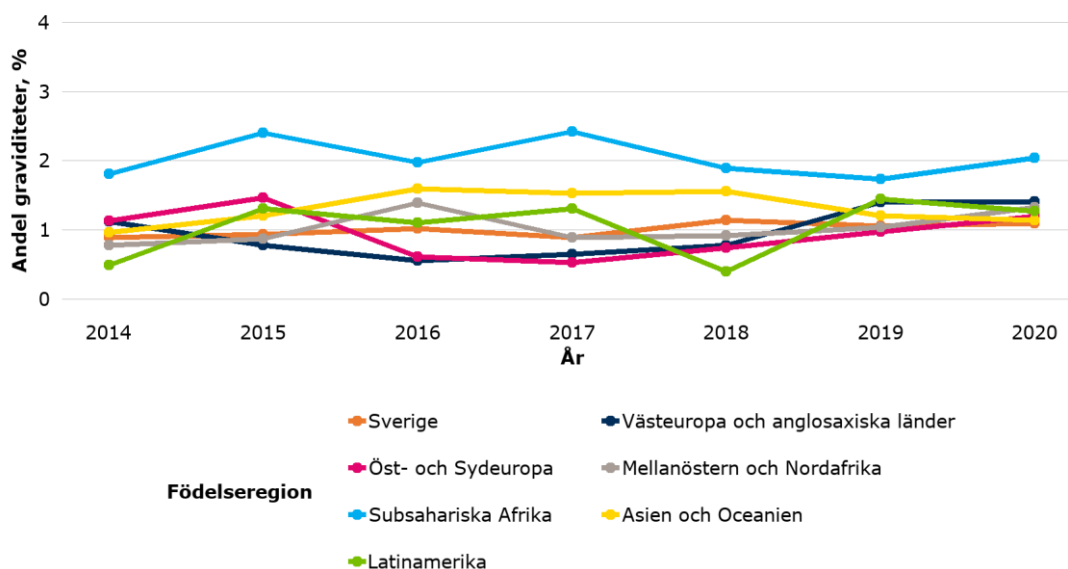
Figur 113. Andel graviditeter i Stockholms län år 2014–2020 där barnet föddes levande och med apgarpoäng under sju vid fem minuter.

Notera: Graviditeter där tvillingar föddes är exkluderade.

Födelseland: Apgarpoäng under sju vid fem minuter vanligare bland gravida födda i subsahariska Afrika

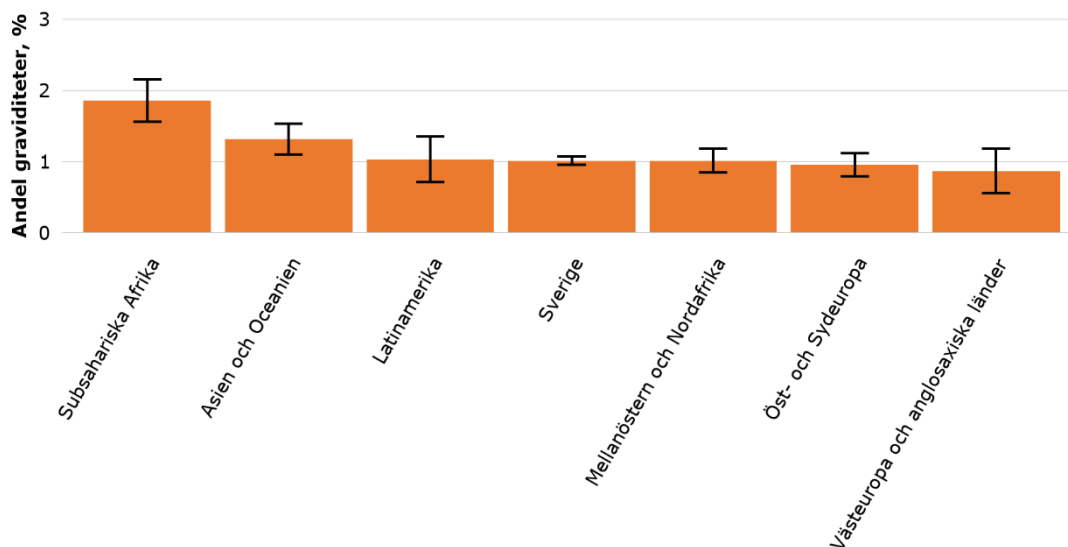
Något högre andel barn, cirka två procent, föds med apgarpoäng under sju av gravida födda i subsahariska Afrika (se figur 114). I övrigt syns inga skillnader mellan gravida födda i olika länder.

Även efter ömsesidig justering för sociodemografiska faktorer är det något vanligare att gravida födda i subsahariska Afrika föder barn med apgarpoäng under sju vid fem minuter (se figur 115).



Figur 114. Andel graviditeter i Stockholms län år 2014–2020 där barnet föddes levande och med apgarpoäng under sju vid fem minuter, fördelat på moderns födelseregion.

Notera: Graviditeter där tvillingar föddes är exkluderade.

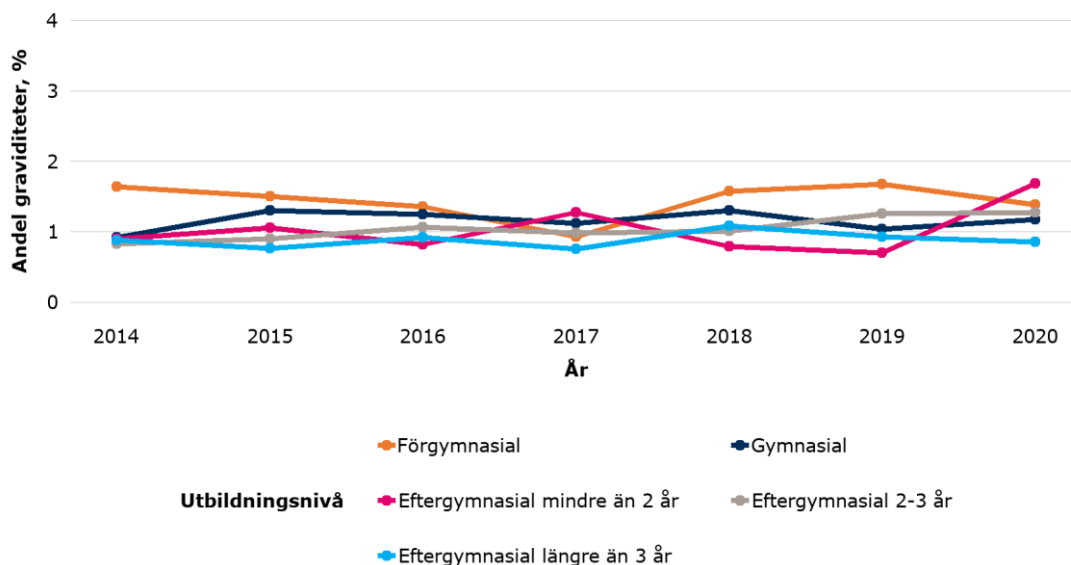


Figur 115. Justerad andel graviditeter i Stockholms län år 2014–2020 där barnet föddes levande och med apgarpoäng under sju vid fem minuter, fördelat på moderns födelseregion.

Notera: Graviditeter där tvillingar föddes är exkluderade. Justerat för ålder, utbildningsnivå, sysselsättning och familjeinkomst.

Ålder, utbildningsnivå, familjeinkomst och sysselsättning: Små skillnader i andel apgarpoäng under sju

Skillnaderna mellan utbildningsgrupper är små när det gäller andel apgarpoäng under sju vid fem minuter (se figur 116). Även skillnaderna mellan ålders-, familjeinkomst-, samt sysselsättningsgrupper är små. Efter ömsesidig justering för sociodemografiska faktorer syns inga skillnader mellan utbildnings-, sysselsättnings- och familjeinkomstgrupper.



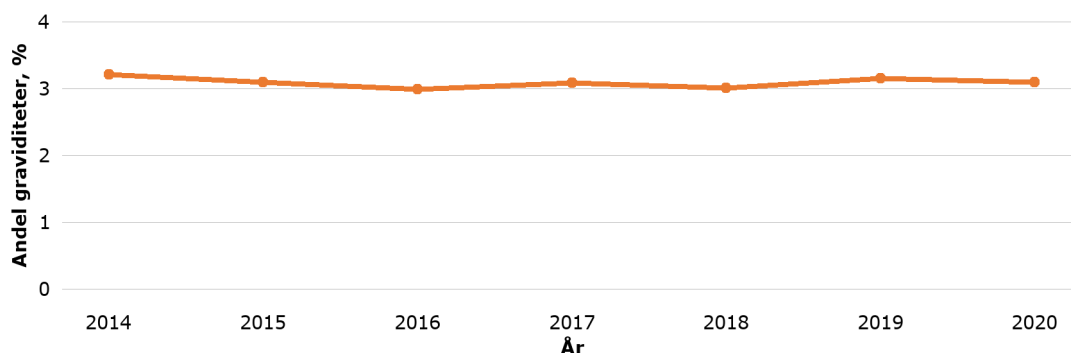
Figur 116. Andel graviditeter i Stockholms län år 2014–2020 där barnet föddes levande och med apgarpoäng under sju vid fem minuter, fördelat på moderns utbildningsnivå.

Notera: Graviditeter där tvillingar föddes är exkluderade.

Barn som föds lätta för tiden (SGA)

Andelen barn som föddes lätta för tiden (SGA) var cirka tre procent mellan åren 2014 och 2020 i Stockholms län (se figur 117).

Vid ömsesidig justering för sociodemografiska faktorer framkommer att gravida födda i Asien och Oceanien eller subsahariska Afrika i högre grad föder barn som är lätta för tiden jämfört med gravida födda i Öst- och Sydeuropa eller Sverige.

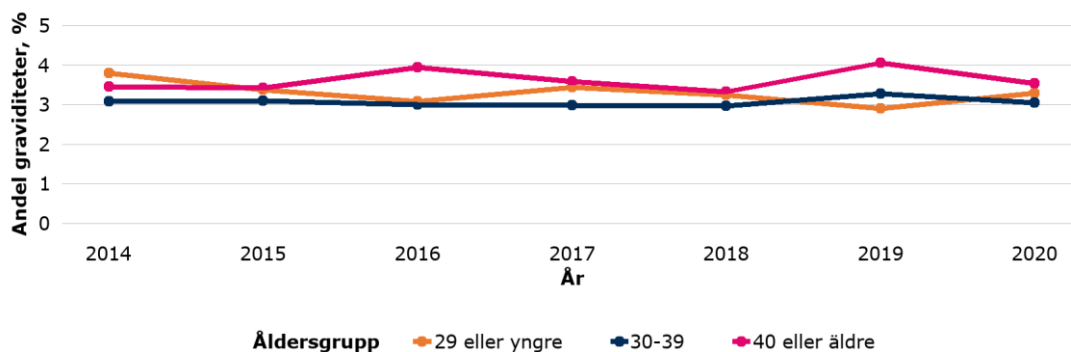


Figur 117. Andel graviditeter i Stockholms län år 2014–2020 där barnet föddes levande och lätt för tiden (SGA).

Notera: Graviditeter där tvillingar föddes är exkluderade.

Ålder: Inga betydande skillnader mellan åldersgrupper i andel barn som föds lätta för tiden

Det finns inga betydande skillnader mellan åldersgrupper för gravida som föder barn lätta för tiden i Stockholms län (se figur 118).



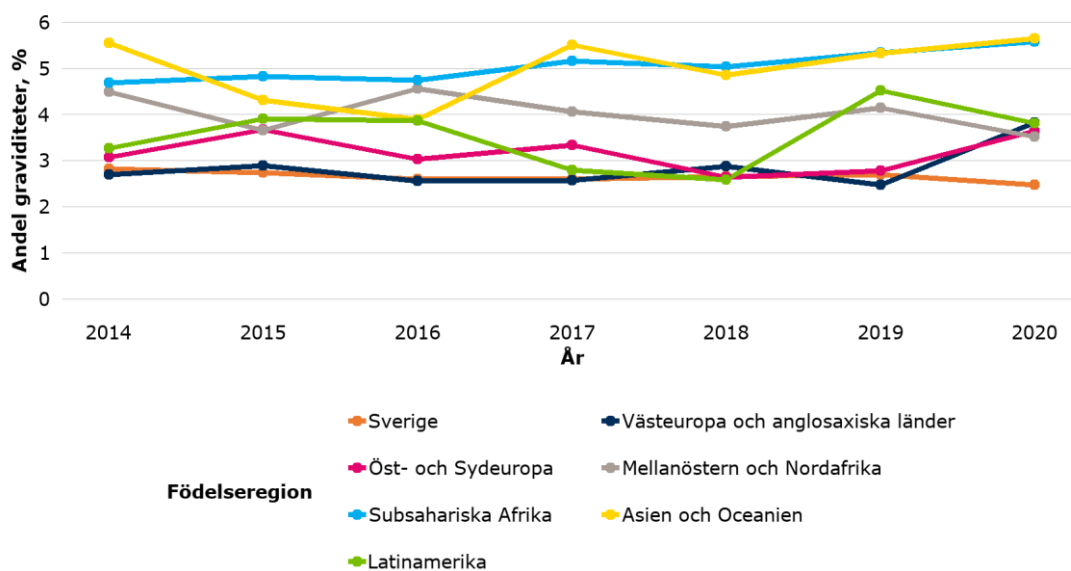
Figur 118. Andel graviditeter i Stockholms län år 2014–2020 där barnet föddes levande och lätt för tiden (SGA), fördelat på moderns ålder.

Notera: Graviditeter där tvillingar föddes är exkluderade.

Födelseland: Barn som föds låtta för tiden vanligare bland gravida födda i Asien och Oceanien samt subsahariska Afrika

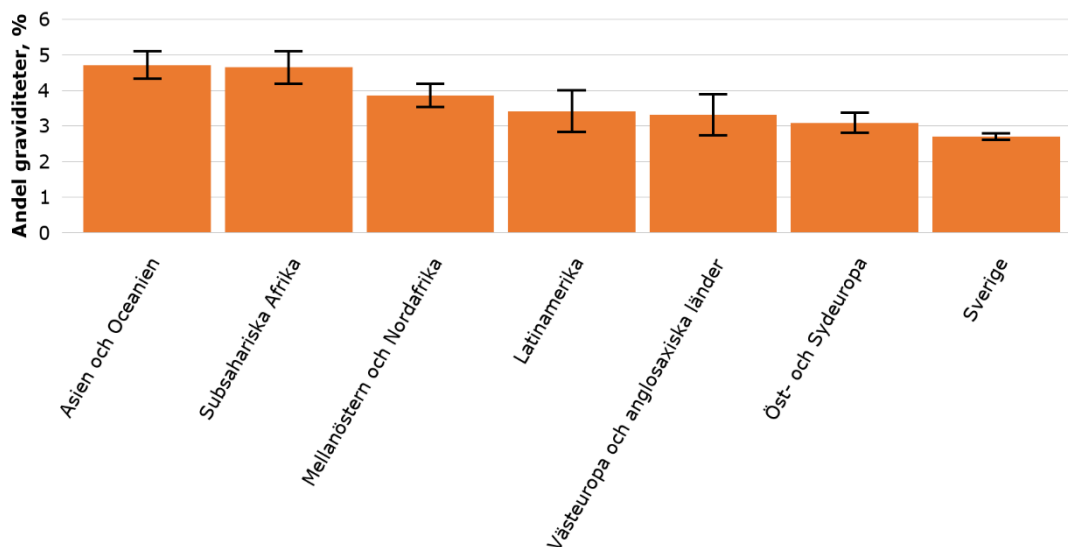
Andelen barn som föds låtta för tiden är högre bland gravida födda i subsahariska Afrika eller Asien och Oceanien (se figur 119). För gravida födda i subsahariska Afrika syns en ökande trend. År 2020 kan en ökning också ses bland gravida födda i Västeuropa och anglosaxiska länder men slutsatser kring trender kan inte dras utifrån ett enskilt år. Att föda ett barn som är lätt för tiden är minst vanligt för gravida födda i Sverige.

Även efter ömsesidig justering för sociodemografiska faktorer är det vanligare att barn föds låtta för tiden bland gravida födda i Asien och Oceanien (4,7 procent), samt subsahariska Afrika (4,6 procent), jämfört med gravida födda i Öst- och Sydeuropa (3,1 procent) eller Sverige (2,7 procent) (se figur 120).



Figur 119. Andel graviditeter i Stockholms län år 2014–2020 där barnet föddes levande och lätt för tiden, fördelat på moderns födelseregion.

Notera: Graviditeter där tvillingar föddes är exkluderade.



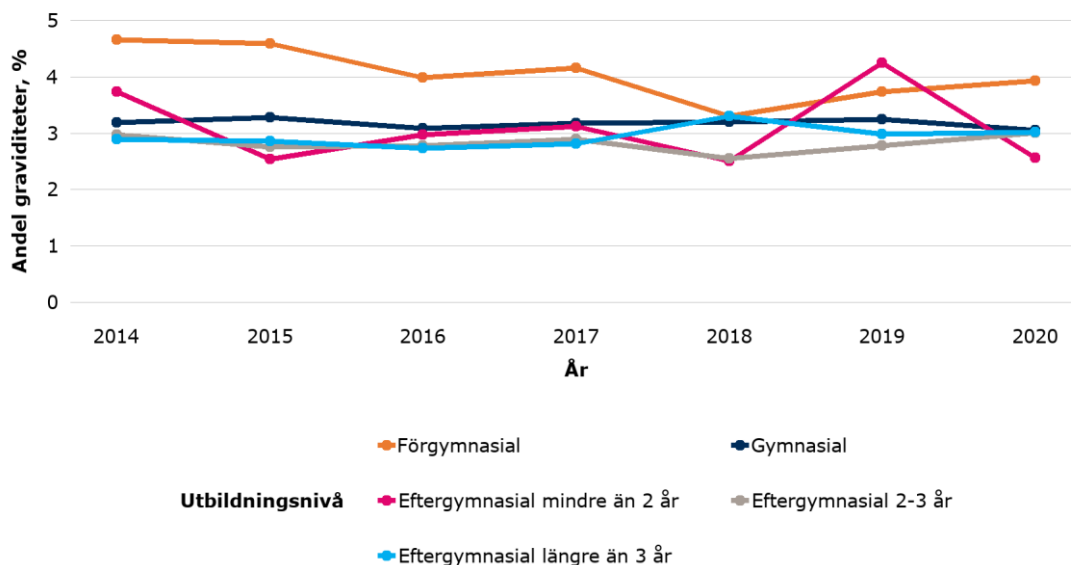
Figur 120. Justerad andel graviditeter i Stockholms län år 2014–2020 där barnet föddes levande och lätt för tiden, fördelat på moderns födelseregion.

Notera: Graviditeter där tvillingar föddes är exkluderade. Justerat för ålder, utbildningsnivå, sysselsättning och familjeinkomst.

Utbildningsnivå och familjeinkomst: Inga större skillnader i andel barn som föds lätta för tiden

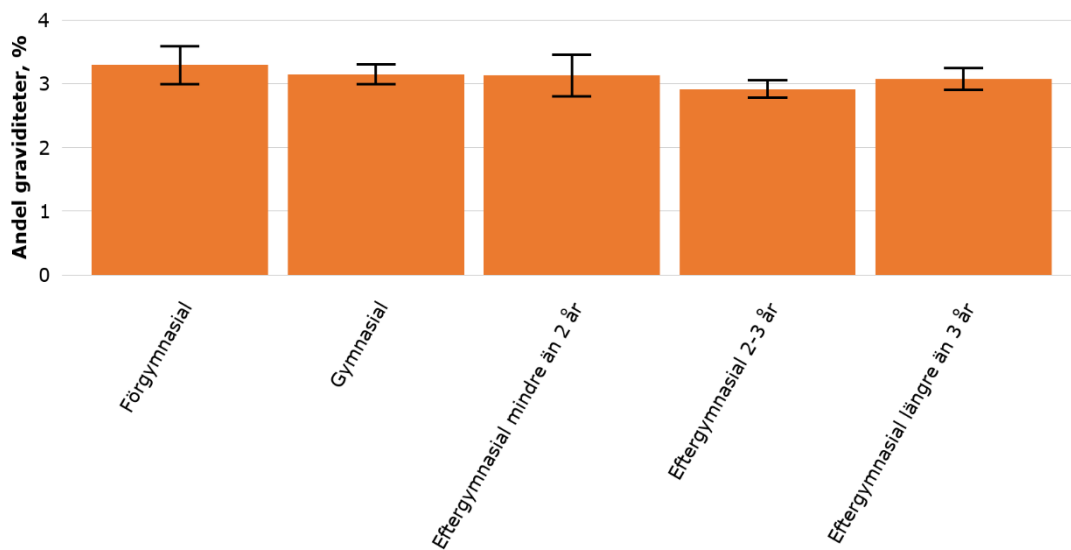
Det syns inga större skillnader mellan utbildningsgrupper i Stockholms län, i andelen graviditeter där barnen föds lätta för tiden (se figur 121). Gravida med förgymnasial utbildning har en något högre förekomst av barn som föds lätta för tiden.

Efter ömsesidig justering för övriga sociodemografiska faktorer syns inga skillnader mellan utbildningsgrupper (se figur 122). Inte heller när familjeinkomstgrupper jämförs syns några större skillnader.



Figur 121. Andel graviditeter i Stockholms län år 2014–2020 där barnet föddes levande och lätt för tiden, fördelat på moderns utbildningsnivå.

Notera: Graviditeter där tvillingar föddes är exkluderade.

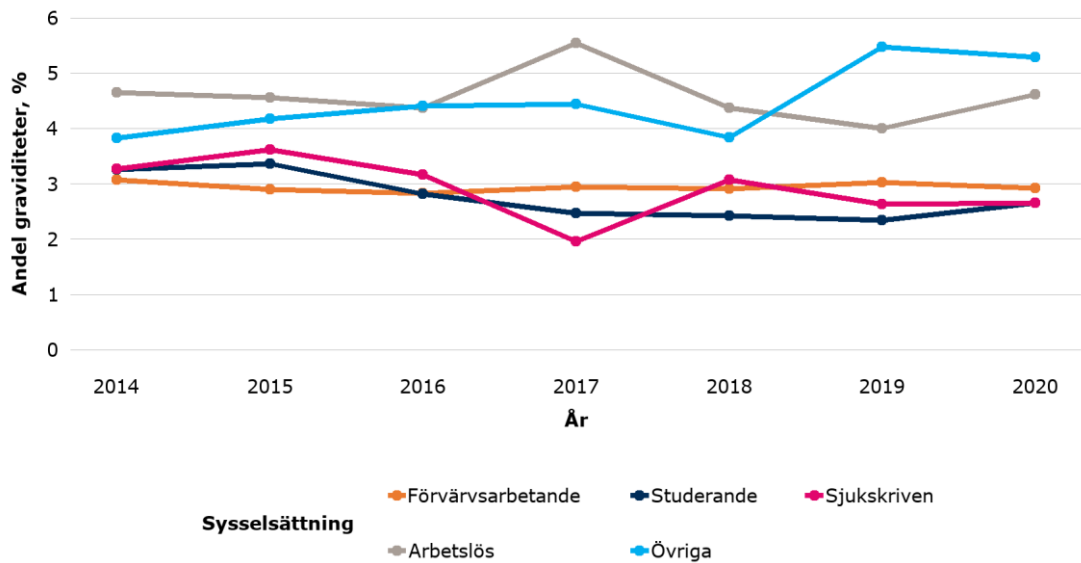


Figur 122. Justerad andel graviditeter i Stockholms län år 2014–2020 där barnet föddes levande och lätt för tiden, fördelat på moderns utbildningsnivå.

Notera: Graviditeter där tvillingar föddes är exkluderade. Justerat för ålder, födelseregion, sysselsättning och familjeinkomst.

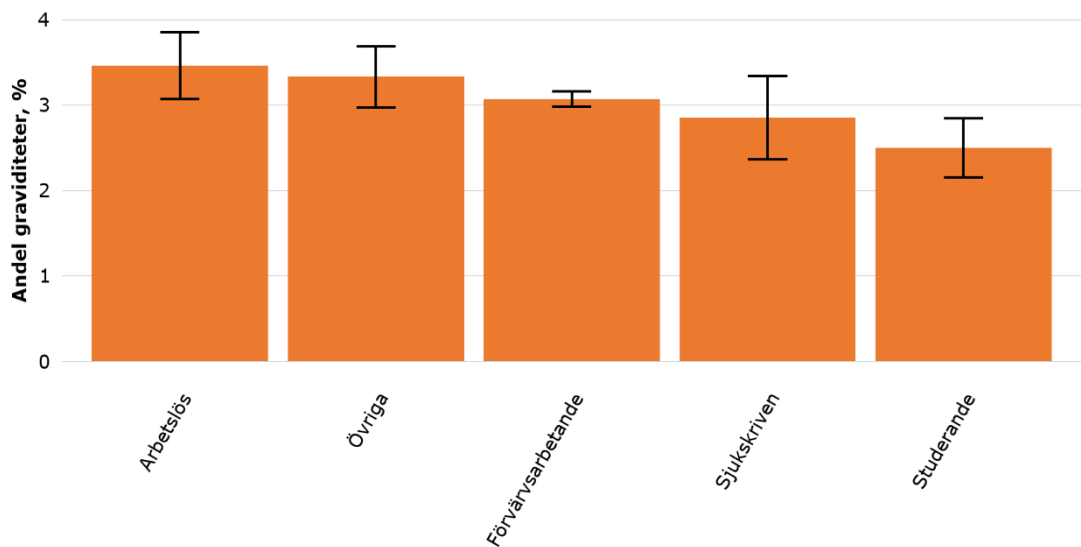
Sysselsättning: Något vanligare att arbetslösa föder barn som är lätta för tiden

Det är vanligare att arbetslösa och personer i kategorin ”övriga” föder barn som är lätta för tiden (se figur 123). Efter ömsesidig justering för övriga sociodemografiska faktorer är det något vanligare för arbetslösa att föda barn som är lätta för tiden, särskilt jämfört med studerande (se figur 124).



Figur 123. Andel graviditeter i Stockholms län år 2014–2020 där barnet föddes levande och lätt för tiden, fördelat på moderns sysselsättning.

Notera: Graviditeter där tvillingar föddes är exkluderade.



Figur 122. Justerad andel graviditeter i Stockholms län år 2014–2020 där barnet föddes levande och lätt för tiden, fördelat på moderns sysselsättning.

Notera: Graviditeter där tvillingar föddes är exkluderade. Justerat för ålder, födelse-region, utbildningsnivå och familjeinkomst.

Diskussion och slutsatser

I detta avsnitt besvaras rapportens frågor, först per utfallstyp, därefter för utfallen som helhet:

1. Hur har trenden för gravidas hälsa, nyfödda barns hälsa och konsumtion av mödrahälsovård utvecklats i Stockholms län mellan år 2014 och 2020?
2. För vilken sociodemografisk faktor är det vanligt med stora sociodemografiska skillnader?
3. För vilka utfallstyper är det vanligt med stora sociodemografiska skillnader?
4. Har sociodemografiska skillnader ökat eller minskat?

Levnadsvanor och kroppsmasseindex (BMI)

Alkohol- och drogproblematik och rökning har minskat medan övervikt och obesitas har ökat

Substansbruksproblem är ökänt svåra att mäta på befolkningsnivå och informationen från mödrahälsovårdens screening för alkoholberoende året före graviditet är inte validerad. Dock antyder rapporten att andelen gravida i Stockholms län som har diagnosticerad eller självrapporterad alkoholproblematik eller diagnosticerad drogproblematik före eller under graviditeten har minskat. Minskningen finns främst i den yngsta åldersgruppen. Även andelen gravida som röker har minskat. Minskningen finns i alla åldersgrupper men är störst bland de yngsta.

Övervikt och obesitas under tidig graviditet har dock ökat. Andelen gravida som har obesitas ökade i alla åldersgrupper och för gravida från de flesta födelseregioner.

Gravidas användningen av rökfritt nikotin, inklusive snus, nikotinpåsar ("vitt snus"), e-cigarettor och nikotinläkemedel är inte undersökt i denna rapport. Området kräver fördjupad analys eftersom användningen ökar kraftigt bland unga kvinnor (25) samtidigt som risker för den gravida och barnet behöver kartläggas bättre (26).

Kort utbildning och födelseland har störst betydelse för gravidas levnadsvanor och kroppsmasseindex

Gravidas utbildningsnivå och födelseland har starkast koppling till skillnaderna i levnadsvanor och kroppsmasseindex. Ju kortare utbildning desto högre andel som är alkoholberoende före graviditeten, har riskbruk av alkohol före graviditeten, har obesitas under tidig graviditet eller röker under graviditeten.

När det gäller födelseland är alkoholberoende eller riskbruk av alkohol före graviditeten vanligare bland gravida födda i Sverige, Västeuropa och anglosaxiska länder, samt Latinamerika. Rökning under graviditeten är vanligare bland gravida födda i Öst- och Sydeuropa. Obesitas under tidig graviditeten är vanligare bland gravida födda i subsahariska Afrika, Latinamerika samt Mellanöstern och Nordafrika.

Störst sociodemografisk skillnad för obesitas

Skillnaderna mellan sociodemografiska grupper är störst för obesitas. Alla sociodemografiska faktorer som undersöktes har tydlig och stark koppling till obesitas under tidig graviditet. Obesitas är kopplat till att ha lägre familjeinkomst, att inte förvärvsarbeta, att ha kortare utbildning och att vara född i subsahariska Afrika, Latinamerika eller Mellanöstern och Nordafrika.

Sociodemografiska skillnader har ökat för obesitas men minskat för alkohol och rökning

För obesitas under tidig graviditet ökar skillnaderna mellan grupper med olika utbildning, familjeinkomst och födelseregion. Obesitas ökar snabbare bland gravida med kort utbildning och låg inkomst. Obesitas ökar i alla födelseregioner utom för gravida födda i Öst- och Sydeuropa samt Västeuropa och anglosaxiska länder.

För alkoholberoende samt rökning under graviditet minskar ojämlikheten mellan alla undersökta sociodemografiska grupper.

Fysiska graviditetskomplikationer

Diagnosen graviditetsdiabetes ökar, men havandeskapsförgiftning är oförändrat

Diagnosen graviditetsdiabetes ökade kraftigt i Stockholms län från år 2018. Det beror sannolikt på att gränsvärdet för plasmaglukos sänktes detta år. Därmed kunde ett värde som tidigare inte klassificerades som graviditetsdiabetes nu göra det.

Till skillnad mot graviditetsdiabetes har förekomsten av havandeskapsförgiftning (preeklampsi) varit relativt oförändrad över tid. En mindre ökning kunde dock ses år 2020.

Den gravidas födelseland tydligast kopplat till skillnader i fysiska graviditetskomplikationer

Liksom för riskfaktorn obesitas, finns stora skillnader i förekomsten av diagnosticerad graviditetsdiabetes respektive preeklampsi mellan gravida födda i olika delar av världen. Diagnosen graviditetsdiabetes är tre gånger vanligare hos gravida födda i Asien och Oceanien, och två gånger vanligare hos gravida från subsahariska Afrika, jämfört med gravida födda i Sverige eller i Västeuropa samt anglosaxiska länder.

Diagnosen preeklampsi är två gånger vanligare bland gravida födda i subsahariska Afrika jämfört med gravida födda i Mellanöstern och Nordafrika.

Små sociodemografiska skillnader i fysiska graviditetskomplikationer men de största hittas för graviditetsdiabetes

De tydligaste skillnaderna mellan sociodemografiska grupper hittas för graviditetsdiabetes, där födelseregion har ett starkt samband. Förutom detta finns vissa skillnader mellan utbildningsgrupper där den justerade förekomsten av graviditetsdiabetes är lägre bland gravida med eftergymnasial utbildning mer än tre år.

När det gäller diagnosen preeklampsi är födelseregion den enda sociodemografiska faktor där några betydelsefulla skillnader kunde hittas.

Ökad skillnad mellan sociodemografiska grupper i diagnosen graviditetsdiabetes, ingen större förändring i ojämlikhet gällande preeklampsi

Ökande sociodemografiska skillnader i diagnosen graviditetsdiabetes ses i alla sociodemografiska grupper. Diagnosen graviditetsdiabetes ökar särskilt bland de äldsta samt bland gravida med kort utbildning och låg familjeinkomst. Ökningen är även större bland gravida som är arbetslösa och gravida som är födda i Asien och Oceanien samt subsahariska Afrika.

Skillnaderna i diagnosen preeklampsi mellan familjeinkomstgrupper och gravida födda i olika delar av världen är oförändrade. En viss minskning av skillnaderna i preeklampsi kan dock ses mellan utbildnings- och sysselsättningsgrupper år 2020.

Vård för psykisk ohälsa under graviditet

Vård för psykisk ohälsa under graviditeten ökar

Kontakt med primärvården för psykisk ohälsa under graviditeten ökade markant mellan 2014 och 2022. Även uttaget av antidepressiva läkemedel under graviditet ökade cirka tvåfaldigt under studietiden. Hela 5,5 procent av de gravida i Stockholms län gjorde uttag av antidepressiva läkemedel under år 2020. Däremot är andelen gravida som vårdades inom specialistpsykiatri relativt stabil, kring 5,5 procent, under år 2014–2020. År 2020 var det en större andel gravida som hade kontakt med primärvården för psykisk ohälsa än med specialistpsykiatri.

Att vara svenskfödd var den faktor som har starkast koppling till vård för psykisk ohälsa under graviditet

Huruvida den gravida är född i Sverige är den sociodemografiska faktor som har starkast koppling till vård för psykisk ohälsa under graviditet. Gravida födda i Sverige har i betydligt högre utsträckning kontakt med specialistpsykiatri och primärvården gällande psykisk ohälsa, och högre uttag av antidepressiva läkemedel jämfört med gravida födda utanför Sverige. Även gravida födda i Latinamerika och Västeuropa samt anglosaxiska länder har i högre utsträckning kontakt med specialistpsykiatri och primärvården för psykisk ohälsa jämfört med andra utlandsfödda gravida.

Att vissa grupper av utrikes födda gravida konsumerar psykiatrisk vård i lägre utsträckning än inrikes födda skulle kunna bero på skillnader i tillgången till vård, hälsolitteracitet eller kulturella normer inklusive stigma kring psykisk ohälsa. En tidigare enkätstudie genomförd i Sverige visade att gravida födda utanför Europa uppgav att de diagnostiserats med depression i lägre utsträckning men att de har depressiva symtom i högre utsträckning än nordiskt födda gravida (8).

Störst sociodemografisk skillnad i vård för psykisk ohälsa hittas för kontakt med specialistpsykiatri under graviditeten

Det fanns stora sociodemografiska skillnader i kontakter med specialistpsykiatri. Kort utbildning, låg familjeinkomst och att vara arbetslös, studerande eller ensamstående är kopplade till fler kontakter med specialistpsykiatri. Kort utbildning och låg familjeinkomst har däremot en svag koppling till uttag av antidepressiva läkemedel eller kontakt med primärvården för psykisk ohälsa.

Efter justeringar har gravida med förgymnasial utbildning högst förekomst av kontakt med specialistpsykiatri, och lägst förekomst av kontakt med primärvården för psykisk ohälsa jämfört med andra utbildningsgrupper.

Ökad skillnad mellan sociodemografiska grupper i vård för psykisk ohälsa under graviditet

Skillnader i kontakten med primärvården för psykisk ohälsa kan ses mellan utbildnings-, familjeinkomst- och födelseregiongrupper samt mellan ensamstående och sammanboende gravida. Skillnaden har dessutom ökat under studieperioden. Till exempel har gravida födda i Sverige en betydligt större ökning över tid av kontakt med primärvården för psykisk ohälsa jämfört med gravida födda i andra länder. Även gravida med längre utbildning och högre familjeinkomst har en större ökning jämfört med gravida med endast förgymnasial utbildning och låg familjeinkomst. Däremot har skillnaderna minskat i vård för psykisk ohälsa inom primärvården mellan ensamstående och sammanboende gravida.

Skillnaderna mellan sociodemografiska grupper i uttag av antidepressiva läkemedel har ökat på liknande sätt som för kontakt med primärvården gällande psykisk ohälsa.

Undantaget är att ojämlikheten inte ökade mellan familjeinkomstgrupper samt ensamstående och sammanboende gravida.

Ingen förändring kunde ses i ojämlikheten mellan sociodemografiska grupper när det gäller kontakt med specialistpsykiatrin.

Konsumtion av mödrahälsovård

Kraftigt minskat deltagande i föräldraskapsstöd i Stockholms län under pandemiåret 2020

Andelen gravida som gjort färre än 50 procent av de rekommenderande besöken hos mödrahälsovården ökade marginellt under studieperioden. Deltagandet i föräldraskapsstöd för förstföderskor minskade kraftigt under pandemiåret 2020, från 76 procent år 2019 till 48 procent år 2020.

Gravidas födelseland tydligast kopplat till skillnader i konsumtion av mödrahälsovård

De största skillnaderna i konsumtion av mödrahälsovård sågs mellan gravida födda i olika delar av världen. Den gravidas födelseland är alltså kopplat till både få besök hos mödrahälsovården samt lågt deltagande i föräldraskapsstöd. Gravida födda i Latinamerika gör få mödravårdsbesök i högre utsträckning än gravida födda i andra länder. Över lag är det mindre vanligt att gravida födda inom Europa har gjort få mödravårdsbesök. Svenskfödda förstföderskor deltar i betydligt högre utsträckning i föräldraskapsstöd än förstföderskor födda i övriga delar av världen. Andelen gravida som deltar i föräldrastöd är 16 procentenheter högre bland svenskfödda jämfört med gravida födda i Mellanöstern och Nordafrika där deltagandet är lägst.

Största sociodemografiska skillnader i konsumtion av mödrahälsovård hittas för deltagande i föräldraskapsstöd

Deltagande i föräldraskapsstöd för förstföderskor är det utfall där skillnaderna mellan utbildnings-, familjeinkomst-, sysselsättnings- och födelseregionsgrupper är tydligast. Samtliga av de nämnda sociodemografiska faktorerna har tydlig koppling till utfallet. Gravida med enbart förgymnasial utbildning har 15 procentenheter lägre deltagande än gravida med eftergymnasial utbildning längre än tre år. Även högre familjeinkomst är starkt kopplat till högre deltagande i föräldraskapsstöd. Att vara förvärsarbetande jämfört med arbetslös är också kopplat till högre deltagande. Som tidigare nämnt är det vanligare att svenskfödda deltog i föräldraskapsstöd jämfört med gravida födda i andra länder. Resultaten behöver dock tolkas med viss försiktighet då uppgifterna registreras manuellt i Graviditetsregistret.

Jämfört med deltagande i föräldraskapsstöd har utfallet ”genomfört färre än 50 procent av de rekommenderade mödravårdsbesöken” endast koppling till den gravidas födelseregion samt sysselsättning. Förvärsarbetande gravida har i lägre utsträckning genomfört färre än 50 procent av de rekommenderade mödravårdsbesöken jämfört med övriga gravida.

Ett intressant resultat som skulle kunna undersökas vidare är att det finns stora skillnader mellan geografiska områden i länet, i hur många gravida som gör färre än 50 procent av de rekommenderade mödravårdsbesöken. Gravida boende i områden med uttalat sämre socioekonomiska förutsättningar respektive gravida boende i områden med uttalat bättre socioekonomiska förutsättningar har färre besök. En möjlig förklaring till detta skulle kunna vara att specialistbesök inte räknas in i utfallet. Om gravida i en kommun eller ett stadsdelsområde oftare besöker specialister kan det framstå som att de inte har genomfört antalet rekommenderade besök eftersom specialistbesök inte räknas in i måttet.

Resultaten kring föräldrastöd behöver tolkas med viss försiktighet då uppgifterna registreras manuellt i Graviditetsregistret.

Något minskad skillnad mellan sociodemografiska grupper i få mödravårdsbesök under graviditet

En något minskad skillnad i andelen gravida som gjort färre än 50 procent av de rekommenderade besöken hos mödrahälsovården kan ses mellan ålders-, utbildnings-, familjeinkomst- och sysselsättningsgrupper samt gravida födda i olika delar av världen. Skillnaden i utfallet minskade mest mellan födelseregionsgrupper.

För deltagande i föräldraskapsstöd är skillnaderna oförändrade.

Nyföddas hälsa

Marginell ökning i andel nyfödda med apgarpoäng under sju

Andelen graviditeter där barn föddes prematurt och levande låg på en oförändrad nivå mellan 2014 och 2020. En marginell ökning, 0,3 procentenheter, kunde ses i andelen barn som föddes med apgarpoäng under sju vid fem minuters ålder. Även om uppgången är liten kan den ha en större betydelse då låga apgarpoäng är associerat med allvarliga negativa hälsoutfall så som cerebral pares och epilepsi. Andelen graviditeter där barnet föddes lätt för tiden är oförändrat.

Gravidas födelseland tydligast kopplat till skillnader i nyföddas hälsa

De största skillnaderna i nyföddas hälsa kunde hittas mellan gravida födda i olika delar av världen. Gravida födda i Asien och Oceanien stack ut med en högre andel prematurt födda barn. Det är nästan två gånger vanligare att gravida från Asien och Oceanien föder ett levande prematurt barn jämfört med gravida födda i Västeuropa och anglosaxiska länder.

Gravida födda i subsahariska Afrika har en något högre förekomst av barn som föds levande med apgarpoäng under sju vid fem minuter. Skillnaden är bara en procentenhet jämfört med gravida födda i andra länder, men som tidigare nämnts kan små skillnader ha stor praktisk betydelse eftersom låga apgarpoäng är kraftigt associerat med negativa hälsoutfall. Gravida födda i subsahariska Afrika föder också en högre andel barn som är lätta för tiden, och samma sak gäller gravida födda i Asien och Oceanien.

Att barn till gravida födda i subsahariska Afrika i högre utsträckning har apgarpoäng under sju vid fem minuter skulle kunna förklaras av en reell skillnad i nyföddas vitalitet, men det är även möjligt att apgarpoängen underskattas eller sätts för lågt för barn med mörkare hy. Tidigare studier i USA indikerar att associationen mellan låga apgarpoäng och spädbarnsdödlighet var högre för barn födda av vita kvinnor jämfört med barn födda av svarta kvinnor (27).

Den högre andelen barn som föds lätta för tiden bland utrikes födda gravida skulle kunna förklaras av en ökad förekomst av graviditetskomplikationer och annan ohälsa (20). Nationella data visar också att utlandsfödda kvinnor har större risk att föda ett dödfött barn, som i sin tur ofta beror på tillväxthämning (och dessa barn är överrepresenterade bland dem som föds lätta för tiden) (28). Felklassificering kan dock spela viss roll eftersom förväntad födelselängd och vikt baseras på svenska tillväxtkurvor utan justering moderns längd (som konstitutionellt kan skilja sig mellan befolkningar från olika delar av världen).

Små sociodemografiska skillnader i nyföddas hälsa – de största för prematur födsel

Efter justering för sociodemografiska faktorer kunde de största skillnaderna i nyföddas hälsa hittas för utfallet prematur födsel. Det är den gravidas födelseland där de största sociodemografiska skillnaderna hittades. Kort utbildning har en svag koppling till prematur födsel. Familjeinkomst och sysselsättning har ingen särskild koppling till utfallet. De sociodemografiska skillnaderna för barn som föddes långa för tiden är små. De allra minsta sociodemografiska skillnaderna hittades för apgarpoäng under sju, där skillnader endast kunde hittas mellan gravida födda i olika länder.

Minskad skillnad mellan ålders- och utbildningsgrupper i prematur födsel och barn som föds med apgarpoäng under sju

När det gäller prematur födsel minskar skillnaden mellan ålders- och utbildningsgrupper. Skillnaden i prematur födsel mellan familjeinkomst- och sysselsättningsgrupper är relativt oförändrad. För apgarpoäng under sju vid fem minuter bland levande födda barn ses en minskad skillnad mellan åldersgrupper och en något minskad skillnad mellan utbildningsgrupper. Inga betydande förändringar i sociodemografiska skillnader kunde ses för familjeinkomst- och sysselsättningsgrupper.

Ökad skillnad i barn som föds långa för tiden mellan gravida födda i olika delar av världen

Skillnaden i andelen barn som föds långa för tiden ökar något mellan gravida födda i olika delar av världen. Att skillnaden ökar beror främst på en ökning bland gravida födda i subsahariska Afrika. Skillnaden minskar något mellan utbildnings- och familjeinkomstgrupper.

Blandade trender för gravidas hälsa, nyfödda barns hälsa och konsumtion av mödrahälsovård

När det gäller utvecklingen av gravidas hälsa, nyföddas hälsa och konsumtion av mödrahälsovård ses en blandad trend.

Graviditas levnadsvanor tycks utvecklas i rätt riktning när det gäller alkoholproblem och rökning, men obesitas under tidig graviditet ökar. Detta är samma mönster som ses i befolkningen i stort. Fysiska graviditetskomplikationer i form av diagnos för graviditetsdiabetes ökar, men det är inte säkert att det beror på en försämring av gravidas hälsa (även om riskfaktorn obesitas också ökar) eftersom diagnoskriterier ändrats.

Även vård för psykisk ohälsa under graviditet har ökat, men inte heller här är det säkert om det beror på att den faktiska psykiska ohälsan har ökat eller om vårdkonsumtionen (vårdsökande och eller vårdutbud) har förändrats. Under undersökningsperioden införde mödrahälsovården i Stockholm screening för depression hos gravida, vilket också kan ha påverkat antal vårdkontakter för psykisk hälsa.

Konsumtion av mödrahälsovård har varit relativt oförändrad med undantag för deltagandet i föräldraskapsstöd under pandemin. Vården bedrevs då i ökad utsträckning genom digitala kontakter.

Nyföddas hälsa har legat på en oförändrad nivå för det mesta med undantag för en viss ökning av andelen nyfödda med apgarpoäng under sju vid fem minuter.

Gravidas födelseland är den sociodemografiska faktor där stora skillnader oftast finns

Den gravidas födelseland är den sociodemografiska faktor där stora sociodemografiska skillnader genomgående kunde hittas. Oavsett utfallstyp och utfall är födelseland den faktor där flest stora sociodemografiska skillnader kunde hittas.

Vanligare med sociodemografiska skillnader i levnadsvanor, kroppsmasseindex och konsumtion av mödrahälsovård

Gravidas levnadsvanor och kroppsmasseindex samt konsumtion av mödrahälsovård är de två utfallstyper där flest sociodemografiska faktorer gav stora skillnader. För dessa utfallstyper kunde stora skillnader i utfallen alltid ses mellan gravida födda i olika länder. För levnadsvanor och konsumtion av mödrahälsovård kunde stora skillnader även nästan alltid ses mellan olika utbildningsgrupper. Även familjeinkomst och gravidas sysselsättning har stor betydelse för vissa av utfallen inom levnadsvanor och konsumtion av mödrahälsovård. Detta står i kontrast mot andra utfallstyper där familjeinkomst och sysselsättning sällan har något samband med utfallen.

Minskade sociodemografiska skillnader på vissa håll men ökande på andra

De sociodemografiska skillnaderna ökar för obesitas, diagnosen graviditetsdiabetes och vård för psykisk ohälsa (med undantag för kontakt med specialistpsykiatri) samt i någon mån för andelen barn som föds lätta för tiden.

Däremot minskar de sociodemografiska skillnaderna när det gäller alkohol och rökning och för andelen gravida som gör få mödravårdsbesök, liksom för prematur födsel och apgarpoäng under sju.

Implikationer

De flesta av invånarna i Stockholms län tar del av mödrahälsovårdens insatser under graviditeten och deltar i föräldrastödsprogram. Insatserna når dock utlandsfödda och gravida med sämre socioekonomiska förutsättningar i lägre utsträckning. Dessa grupper har också sämre hälsa under graviditet och nyföddhetsperiod. För vissa indikatorer har ojämlikheten dessutom ökat de senaste åren. Intensifierade mödrahälsovårdsinsatser riktade till dessa grupper är därmed ett möjligt utvecklingsområde. Tidigare insatser för att förebygga ogynnsam viktutveckling är också angelägna för att minska andelen gravida med manifest obesitas. Vidare behövs fördjupade undersökningar för att öka kunskapen om orsakerna till och konsekvenserna av den ökande ojämlikheten i gravidas och nyföddas hälsa.

Referenser

1. SCB (2022), *Befolkningsstatistik antal personer efter region, förändringar, period, kön och år*.
https://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/START_BE_BE0101_BE0101G/BefforandrKvRLK/
2. Folkhälsomyndigheten, Nationella folkhälsomål och målområden, Hämtad 2022-07-08 från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/en-god-och-jamlik-halsa-pa-alla-nivaer/tema-folkhalsa/vad-styr-folkhalsopolitiken/nationella-mal-och-malomraden/>
3. Socialstyrelsen (2022), *Nationellt kunskapsstöd om intrauterin fosterdöd*.
4. Socialstyrelsen (2016), *Socioekonomiska faktorers påverkan på kvinnors och barns hälsa efter förlossning*.
5. Skagerström, J., Alehagen, S., Häggström-Nordin, E., Årestedt, K., Nilsen, P., *Prevalence of alcohol use before and during pregnancy and predictors of drinking during pregnancy: a cross sectional study in Sweden*, BMC Public Health, 2013. 13:780
6. Fadl, H.E., Simmons, D., *Trends in diabetes in pregnancy in Sweden 1998-2012, 2016*. BMJ Open Diabetes Research and Care.
7. Jovanović, L., Liang, Y., Weng, W., Hamilton, M., Chen, L., Wintfeld, N., *Trends in the incidence of diabetes, its clinical sequelae, and associated costs in pregnancy, 2015*. Diabetes Metabolism Research and Reviews, 31, 707-716.
8. SBU (2021), *Identifiering av kvinnor med möjliga depressions- och ångestsyndrom under graviditet, Introduktion*, SBU BEREDER Rapport 331/2021.
9. Howard, L. M., Molyneaux, E., Dennis, C.-L., Rochat, T., Stein, A., Milgram, J., *Non-psychotic mental disorders in perinatal period*, The Lancet, 2014. 384: 1775-1788.
10. Niemeyer Hulstrand, J., Tydén, J., Målvqvist, M., Ekstrand Ragnar, M., Larsson, M., Jonsson, M., *Foreign-born women's lifestyle and health before and during early pregnancy in Sweden*, The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care, 2020. 25:1, 20-27.
11. Graviditetsregistret (2020), Graviditetsregistrets Årsrapport 2020.
12. Graviditetsregistret (2015), Graviditetsregistrets Årsrapport 2015.
13. Liu, C., Ahlberg, M., Hjern, A., Stephansson, O., *Perinatal health of refugee and asylum-seeking women in Sweden 2014–17: a register-based cohort study, 2019*. European Journal of Public Health, 29:6, 1048-1055.
14. Vårdanalys (2020), *Förlösande för Kvinnohälsan? En uppföljning av satsningen på kvinnors hälsa*. Rapport 2020:11.
15. Fabian, H., *Women who do not attend parental education classes during pregnancy or after birth*, 2008. Stockholm: Karolinska Institutet.
16. Parkinson, J. R. C., Hyde, J. M., Gale, C., Santhakumaran, S., Modi, N., *Preterm birth and the metabolic syndrome in adult life: a systematic review and meta-analysis*, 2013. Pediatrics, 131:4, 1240-1263.

17. Crump, C., Sundquist, J., Winkleby, A. M., Sundquist, K., *Gestational age at birth and mortality from infancy into mid-adulthood: a national cohort study*, 2019. *Lancet Child Adolesc Health*, 3:6, 408-417.
18. Eklundh, A., Grunewald, C., *ABC om Handläggning vid hotande förtidsbörd*, 2011. *Läkartidningen* nr 38 2011 volym 108.
19. Khanolkar, A.R., Wedrén, S., Essén, Sparén, P., Koupil, I., *Preterm and postterm birth in immigrant- and Swedish-born parents: a population register-based study*, 2015. *European Journal of Epidemiology*, 30: 435-447.
20. Persson, M., Razaz, N., Tedroff, K., Joseph, K S., Cnattingius, S., *Five and 10 minute Apgar scores and risks of cerebral palsy and epilepsy: population based cohort study in Sweden*, 2018. *BMJ*
21. Wennerström, C., Födelsevikten påverkade dödligheten upp till vuxen ålder, 2015, *Läkartidningen.se* [Hämtad 2022-07-08] <https://lakartidningen.se/klinik-och-vetenskap-1/nya-ron/2015/11/fodelsevikten-paverkade-dodligheten-upp-till-vuxen-alders/>
22. Hesselman, S., Wikström, A-K., Skalkidou, A., Sundström-Poromaa, I., Wikman, A., *Neighborhood deprivation and adverse perinatal outcomes in Sweden: A population-based register study*, 2019. *Obstetrics & Gynecology*, 98:8 sidor 1004-1013
23. Elmén, H., Höglund, D., Karlberg, P., Niklasson, A., Nilsson, W., *Birth weight for gestational age as a health indicator: Birth weight and mortality measures at the local area level*, 1996. *European Journal of Public Health*, 6:2, sidor 137-141.
24. Liu, C., Ahlberg, M., Hjern, A., Stephansson, O., *Perinatal health of refugee and asylum-seeking women in Sweden 2014–17: a register-based cohort study*, 2019. *European Journal of Public Health*, 29:6, sidor 1048-1055.
25. Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (2022), *CAN:s nationella skolundersökning 2022 – Ungas erfarenheter av alkohol, narkotika, dopning, tobak och spel*. CAN Rapport 215.
26. Brinchmann BC, Vist GE, Becher R, Grimsrud TK, Elvsaa IØ, Underland V, Holme JA, Carlsen KCL, Kreyberg I, Nordhagen LS, Bains KES, Carlsen KH, Alexander J, Valen H. *Use of Swedish smokeless tobacco during pregnancy: A systematic review of pregnancy and early life health risk. Addiction*. 2022 Dec 16. doi: 10.1111/add.16114. Epub ahead of print. PMID: 36524899.
27. Gillette, E., Boardman, P. J., Calvert, C., John, J., Stock, J. S., *Associations between low Apgar scores and mortality by race in the United States: A cohort study of 6,809,653 infants*, 2022. *PLOS Medicine*, 19:7
28. Ekéus C, Cnattingius S, Essén B, Hjern A. *Stillbirth among foreign-born women in Sweden*. *Eur J Public Health*. 2011 Dec;21(6):788-92. doi: 10.1093/eurpub/ckq200. Epub 2011 Jan 11. PMID: 21224278.

Bilagor

Bilaga 1. Antal graviditeter per år

Tabell A. Antal graviditeter per år. Graviditeten kopplas till det år då förlossningen skedde.

År	Antal graviditeter
2014	27 549
2015	27 571
2016	27 493
2017	26 818
2018	26 813
2019	26 693
2020	26 887

Källa: Graviditetsregistret

Bilaga 2. Fördelning av sociodemografiska variabler

I tabellerna nedan redovisas fördelningen av de sociodemografiska variablerna, totalt mellan åren 2014–2020.

Tabell B. Gravidas ålder

Åldersgrupp	Antal graviditeter	Andel graviditeter (%)
29 år eller yngre	51 940	27
30–39 år	123 230	65
40 år eller äldre	14 654	8

Källa: Graviditetsregistret och Statistiska centralbyråns befolkningsregister LISA

Tabell C. Gravidas födelseregion

Födelseregion	Antal graviditeter	Andel graviditeter (%)
Sverige	128 257	68
Västeuropa och anglosaxiska länder	6 586	3
Öst- och Sydeuropa	15 107	8
Mellanöstern och Nordafrika	14 971	8
Subsahariska Afrika	9 047	5
Asien och Oceanien	11 990	6
Latinamerika	3 835	2
Uppgift saknas	31	0

Källa: Graviditetsregistret och Statistiska centralbyråns befolkningsregister LISA

Tabell D. Gravidas utbildningsnivå

Utbildningsnivå	Antal graviditeter	Andel graviditeter (%)
Förgymnasial	14 365	8
Gymnasial	52 295	28
Eftergymnasial kortare än 2 år	11 335	6
Eftergymnasial 2–3 år	62 876	33
Eftergymnasial 4 år eller längre	45 396	24
Uppgift saknas	3 557	2

Källa: Graviditetsregistret och Statistiska centralbyråns befolkningsregister LISA

Tabell E. Gravidas familjeinkomst

Familjeinkomst	Antal graviditeter	Andel graviditeter (%)
Kvintil 1 (lägst inkomst)	36 072	19
Kvintil 2	36 988	19
Kvintil 3	41 204	22
Kvintil 4	37 865	20
Kvintil 5 (högst inkomst)	36 307	19
Nollinkomst, negativ inkomst eller uppgift saknas	1 388	1

Källa: Graviditetsregistret och Statistiska centralbyråns befolkningsregister LISA

Tabell F. Gravidas sysselsättning

Sysselsättning	Antal graviditeter	Andel graviditeter (%)
Förvärvsarbetande	159 21	84
Studerande	7 315	4
Arbetslös	8 112	4
Sjukskriven	4 600	2
Övrig*	9 793	5
Uppgift saknas	383	0

Källa: Graviditetsregistret och Statistiska centralbyråns befolkningsregister LISA

Tabell G. Gravidas hushållstyp

Hushållstyp	Antal graviditeter	Andel graviditeter (%)
Ensamstående	25 215	13
Sammanboende	164 529	87
Uppgift saknas	80	0

Källa: Graviditetsregistret och Statistiska centralbyråns befolkningsregister LISA

Bilaga 3. Definition av kontakt med specialistpsykiatri och kontakt med primärvården gällande psykisk ohälsa

För kontakt med primärvård gällande psykisk ohälsa eller specialistpsykiatri ska något av kriterierna i respektive kolumn i tabell H vara uppfyllt.

Tabell H.

Kontakt med primärvård gällande psykisk ohälsa	Specialistpsykiatri
Fysiska besök samt besökstyp=9 på primärvårdsklinik (010-021**) MED Diagnos F1-F6, F84, F9, Z65, Z73	Klinik 900-949, 953-955, 957-998
Psykosocialt besök (uppdragskod 320, 301) i primärvård. Fysiska+btyp9.	
Kurolog: klinik 950/951 med vårdnivå 01, eller vårdgivarkod (psykolog/kurator/terapeut) på primklin. Fysiska+btyp9.	
Läkemedel på primärvårdsklinik (010-021)	
Lugnande: N05B	
Antidepressiva: N06A	
ADHD: N06BA exklusive N06BA07	
Beroendeläkemedel: N07BB, N07B	

Källa: Graviditetsregistret och VAL-databaserna

ISBN 978-91-988020-4-7