

Förlossningsrapport 2017



Kvalitetsrapport Obstetrik



Sydöstra sjukvårdsregionen: Universitetssjukhuset i Linköping, sjukhusen i Eksjö, Jönköping, Kalmar, Norrköping, Värnamo och Västervik



Bakgrund

Inom kvinnosjukvården i Sydöstra regionen har det länge funnits ett stort intresse för att presentera och analysera olika sjukvårdsdata för att finna förbättringsmöjligheter. Förlossningsöverläkarna har sedan 2005 träffats för att diskutera och göra en fördjupad analys av verksamheten och detta har resulterat i årliga Förlossningsrapporter för regionens samtliga sjukhus. Här presenteras data för 2017, vilket är den 13:e rapporten. I arbetet har följande förlossningsöverläkare deltagit:

- Eric Hildebrand Universitetssjukhuset i Linköping
- Christina Gunnervik Värnamo sjukhus
- Maria Källman Västervik sjukhus
- Anna-Stina Wanby Länssjukhuset i Kalmar
- Agneta Werner Vrinnevisjukhuset i Norrköping
- Emma Lindqvist Höglandssjukhuset i Eksjö
- Helene Åstrand Länssjukhuset Ryhov, Jönköping

Tack till Michael Algovik för hjälp med framtagande av data.

Metod

Samtliga sjukhus i regionen använder datajournalssystemet Obstetrix från Cerner vilket medför att man enkelt kan ta fram data rörande alla förlossningar i regionen. Journalen finns alltid tillgänglig och all dokumentation sker i databasen och man kan ur denna även hämta uppgifter om förvården inom mödrahälsovården och förlossningen. Bortfallet är mycket begränsat. Denna rapport fokuserar på själva förlossningen och registreringen av barnets tillstånd gäller själva förlossningen och den närmaste perioden på BB. Vården av de barn som läggs in på neonatalavdelning dokumenteras på annat sätt vilket innebär att detta inte är en fullständig perinatal revision. Det finns en annan kvalitetsgrupp som utvärderar själva BB-vården.

Data har tagits ut från respektive sjukhus ur Obstetrix liggare efter en fördefinierad lista omfattande ett 50-tal olika parametrar. Uppgifterna har bearbetats och jämförelsetal har tagits fram mellan sjukhusen. De enskilda sjukhusen har vid behov fått korrigera uppgifterna. Vi har under granskningen kunnat konstatera att några uppgifter inte registrerats helt korrekt i Obstetrix. I Östergötlands län utförs större delen av de elektiva kejsarsnitten från Linköping i Norrköping men i denna rapport har de "flyttats tillbaka" till Linköping.

Vi har också preciserat målvärden för förlossningsvården då vi konstaterat att det är ett effektivt sätt att åstadkomma förbättringar i detta arbete. Data för 2016 presenteras inom parentes som jämförelse. Jämförelsedata för riket är tagna från Socialstyrelsens statistik från Medicinska födelseregistret och gäller 2016, vilken nyligen publicerats. Vi har inlett ett samarbete med Graviditetsregistret och vår förhoppning är att vi på sikt kan hämta data ur det registret.

Resultat

Förlossningen

Totalt registrerades 11 748 (12 342) **förlossningar** varav 4,9% (5,3%) var **sugklocka** eller **tång** och 13,0% (13,3%) var **sectio**. Av samtliga förlossningar var 82,1% (81,4%) icke instrumentella. Denna andel har kontinuerligt ökat under de senaste åren och vi lyckades åter hålla vårt målvärde, vilket är satt till 80%. Av kejsarsnitten var 44,2% (44,9%) elektiva, 48,7% (47,9%) akuta och 7,1% (7,1%) var urakuta. I 13,9% (17,0%) utfördes kejsarsnittet på s.k. psykosocial indikation, d.v.s. utan medicinskt skäl. Den totala sectiofrekvensen har under de senaste 10 åren legat lägre än målvärdet på 15,0% och betydligt under rikets andel på 17,6%.

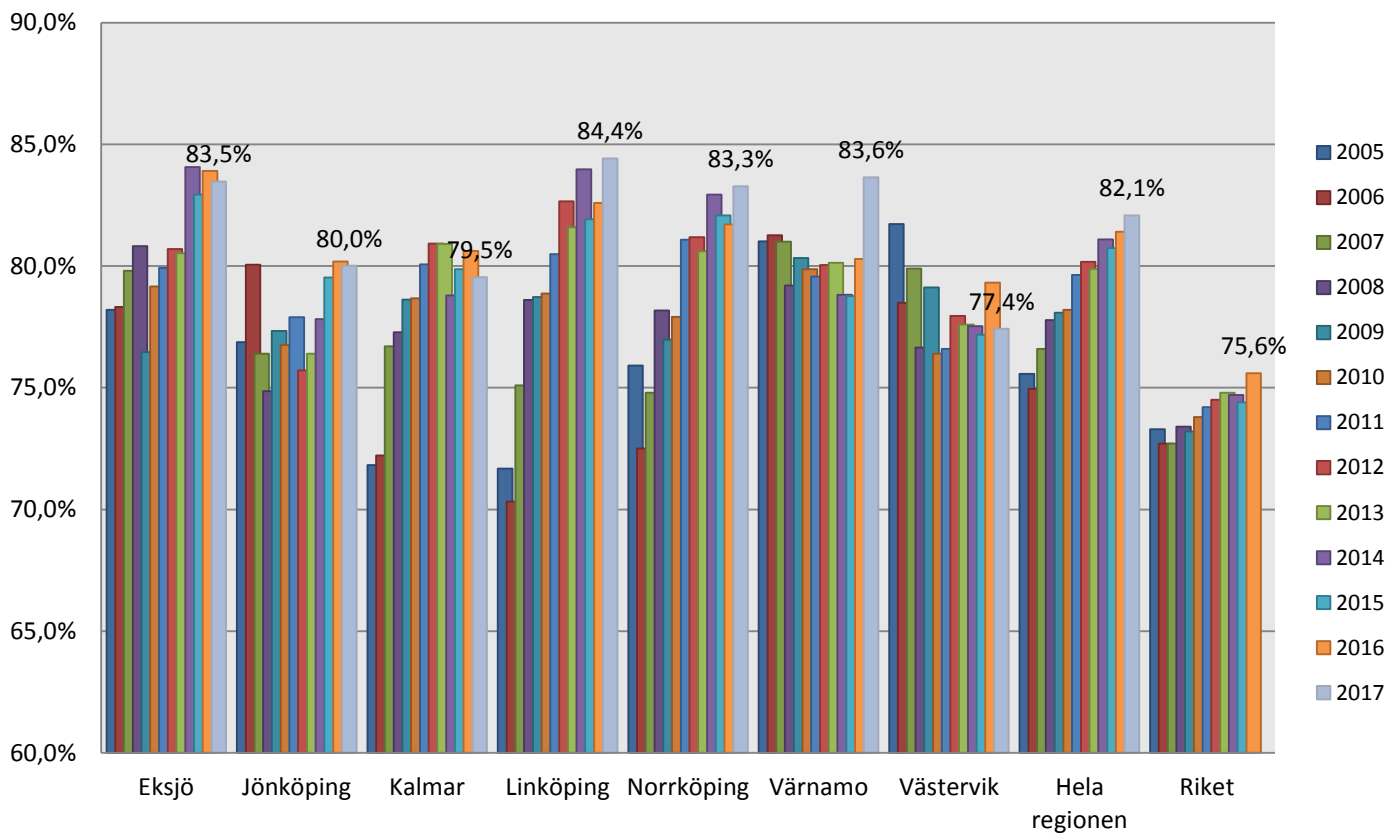
Kejsarsnitten jämfördes också med s.k. **Robsonklassificering** där sectiofrekvensen var 5,3 (5,9%) i grupp 1 (förstföderska, huvudbudning, ≥ 37 graviditetsveckor och spontan värkstart) och 20,1 (18,4%) i grupp 2B (förstföderska, huvudbudning, ≥ 37 graviditetsveckor och induktion) samt 14,7% (14,7%) i grupp 5A (omföderska som tidigare genomgått kejsarsnitt). För detaljer se tabell 1 och figurer på kommande sidor.

Tabell 1	Eksjö	Jönköping	Kalmar	Linköping	Norrköping	Värnamo	Västervik	Hela regionen	Riket 2016*)	Målvärde
Inte instrumentellt	83,5%	80,0%	79,5%	84,4%	83,3%	83,6%	77,4%	82,1%	75,6%	>80%
Andel sectio	11,8%	15,6%	13,3%	11,1%	11,9%	12,2%	17,8%	13,0%	17,6%	<15%
Sectiofrekvens Robson 1	5,6%	8,3%	5,1%	4,2%	3,0%	5,1%	9,0%	5,3%	7,1%	<5%
Sectiofrekvens Robson 2B	14,1%	24,2%	21,4%	16,1%	24,1%	19,1%	22,2%	20,1%	23,2%	<20%
Sectiofrekvens Robson 5A	17,9%	23,7%	14,1%	15,4%	6,8%	7,8%	20,9%	15,1%	20,2%	-
Sectio på psykologisk indikation	1,0%	1,9%	1,8%	1,4%	2,0%	2,1%	3,3%	1,8%	us	-
VE/Tång	4,7%	4,3%	7,2%	4,4%	4,9%	4,1%	4,8%	4,9%	6,8%	<6%

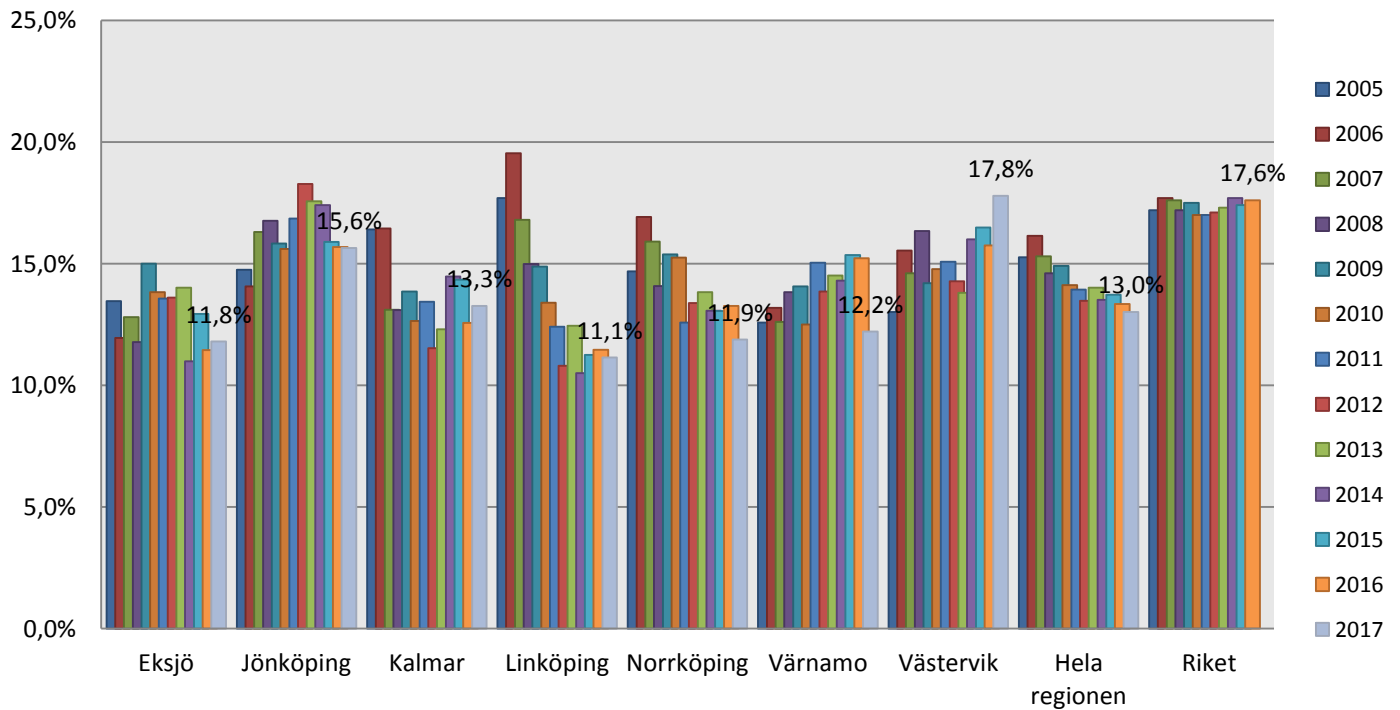
Andelen kejsarsnitt i regionen ligger även 2017 under målvärdet!

***) Robsonvärden för Riket gäller 2017.**

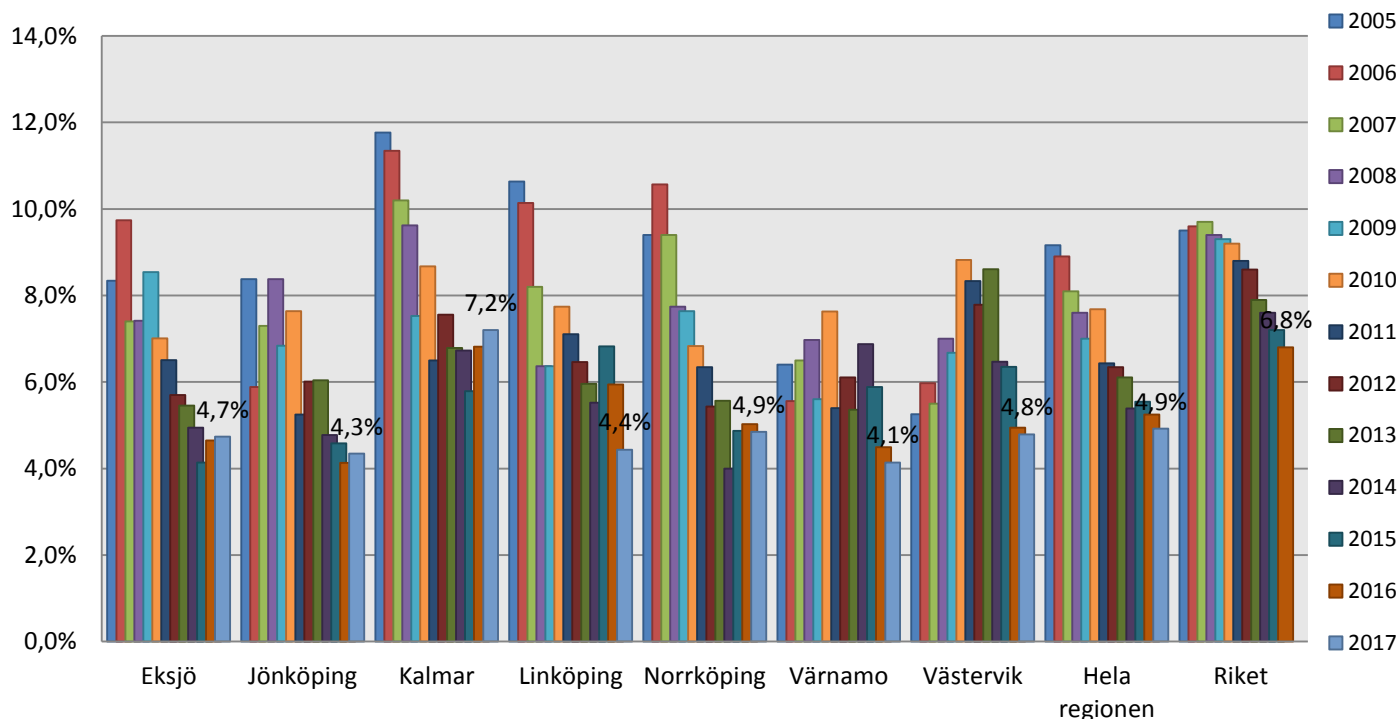
Ej instrumentellt



Andel sectio



Andel VE eller tångförlossning



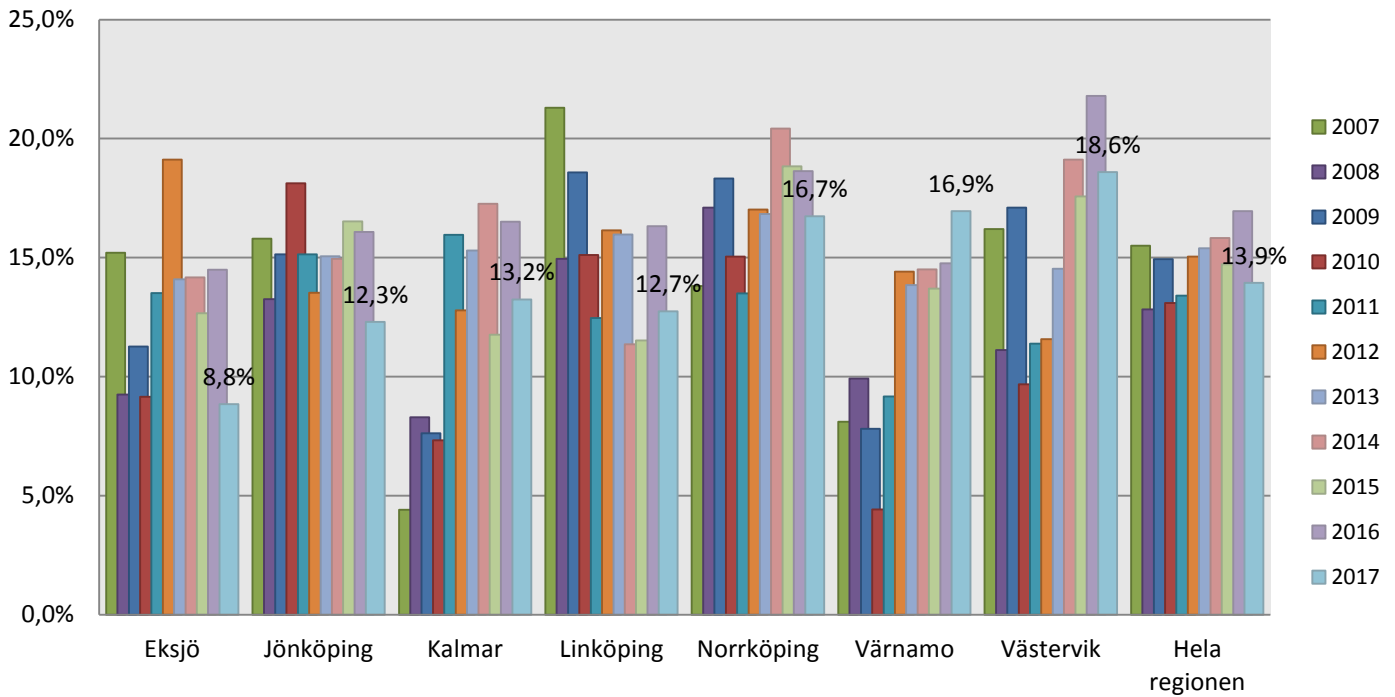
Den viktigaste parametern, dvs att kunna erbjuda en icke-instrumentell förlossning (förlossning utan kejsarsnitt eller sugklocka/tång) visar en fortsatt stigande trend med 82,1% för 2017, där marginalen till målvärdet på 80% alltså fortsatt öka. Följaktligen minskade andelen sugklockor och kejsarsnitt jämfört med föregående år och ligger under riksgenomsnittet. Till stor del beror detta på ett intensivt arbete med förfödarskan (Robson 1+2), där en låg andel kejsarsnitt inte bara kommer att innebära fördelar medicinskt för kvinnan och barnet vid den första förlossningen utan också kommer att vara avgörande för hela hennes obstetriska karriär. Här är ett fortsatt arbete med denna grupp viktigt.

Robson 5A är omfödarskor med spontan förlossningsstart som tidigare genomgått kejsarsnitt. Trots att förlossningen startar spontant är risken för akut kejsarsnitt ungefär 15% jämfört med ungefär 1% om kvinnan tidigare genomgått en vaginal förlossning.

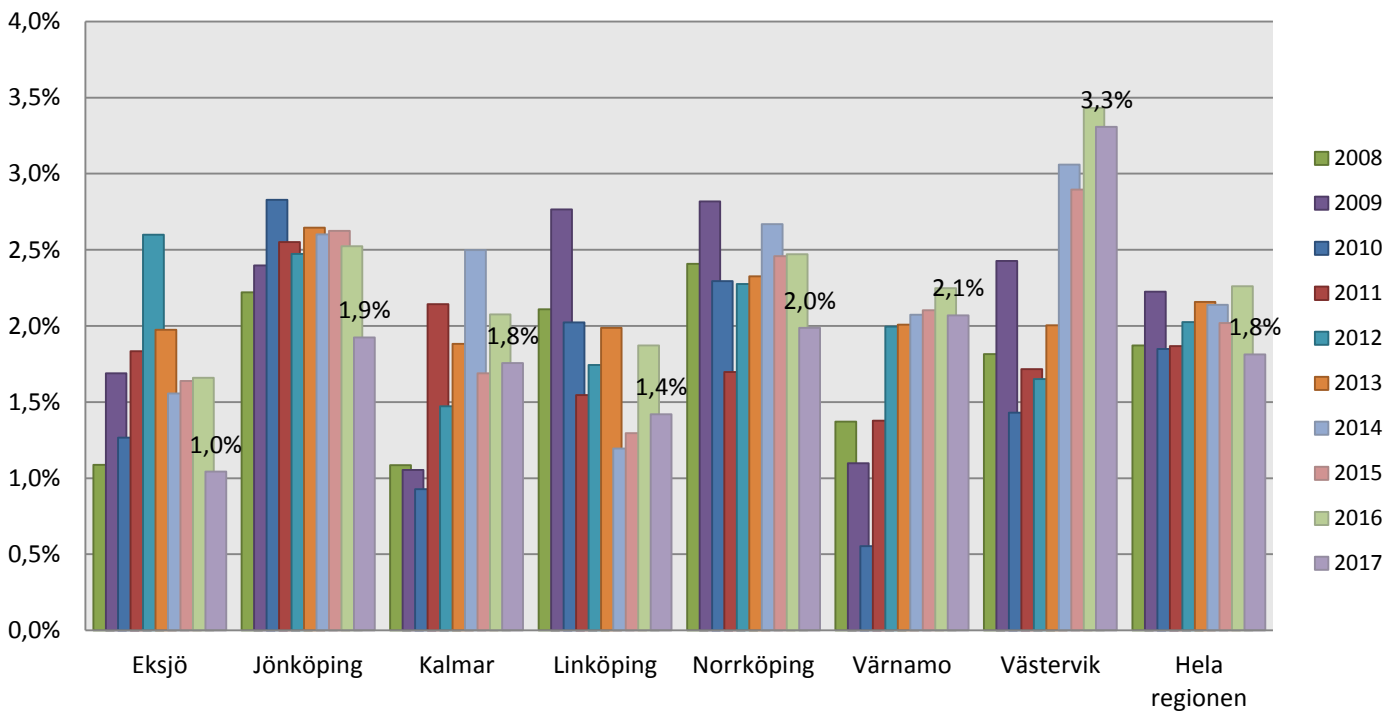
Andelen av kejsarsnitten på **psykosocial indikation**, dvs. utan strikt medicinska skäl, visar också en betydande variation. Drygt 1/6 av alla kejsarsnitt utförs med hänvisning till psykologiska orsaker. I Tabell 1 är det andelen av totala antalet förlossningar som anges medan i figurerna nedan är det andelen av kejsarsnitten respektive andelen av totala antalet förlossningar. Vi har enats om att beslut på denna indikation bör samlas till ett fåtal individer för att minska variationen i handläggning och diagnosättning. Här ser vi en möjlighet till förbättring där ett regionalt samarbete sannolikt skulle vara givande för Aurora/Amandaverksamheten.

Andelen **induktioner** (igångsättningar) ligger fortsatt högt i hela landet och låg i vår region på 17,9% (18,2%) under 2017. Detta har sannolikt många förklaringar, men kan vara kopplat till ett ökat panorama av olika samtidiga sjukdomar hos mödrarna samt en ökad benägenhet att inducera vid graviditetskomplikationer. Det är av stor vikt att noggrant analysera igångsättningarna och hålla dem på en rimlig nivå och avväga den risk för ökad andel komplikationer som uppkommer mot riskerna med att låta graviditeten fortgå.

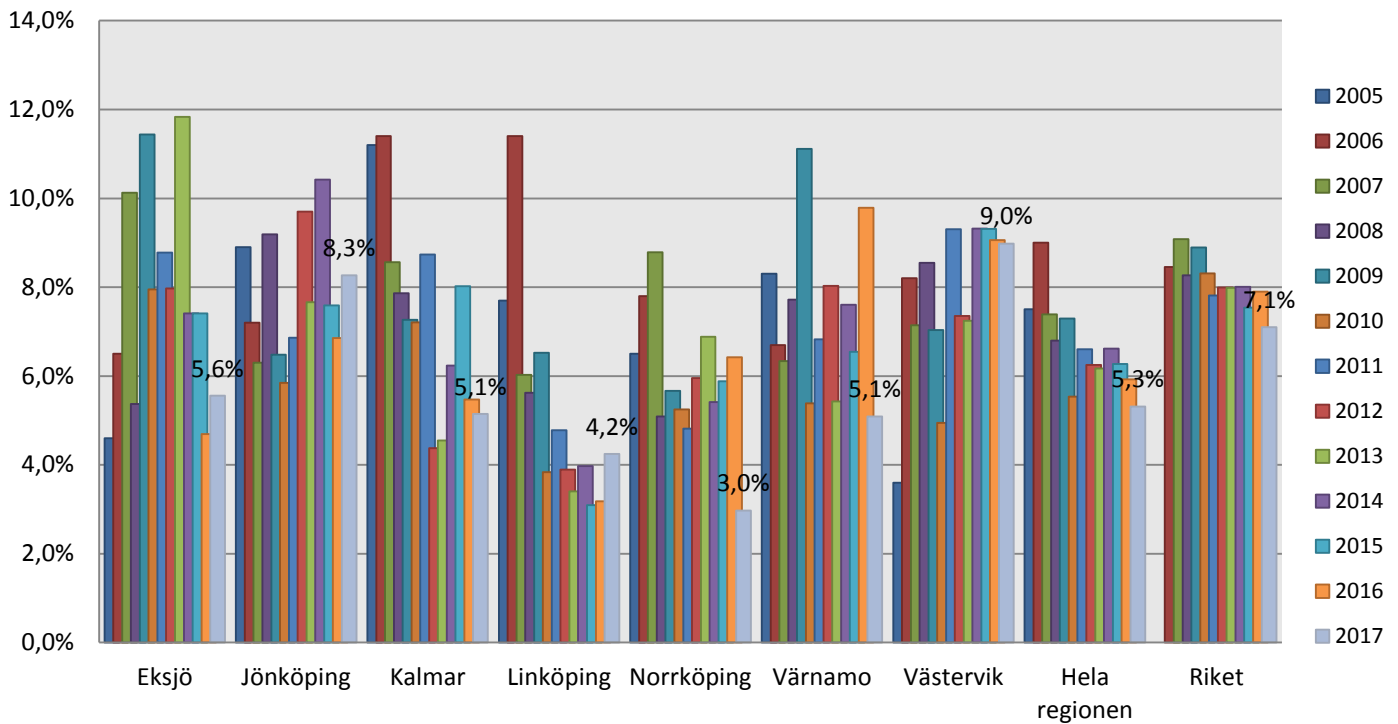
Andel sectio på psykosocial indikation



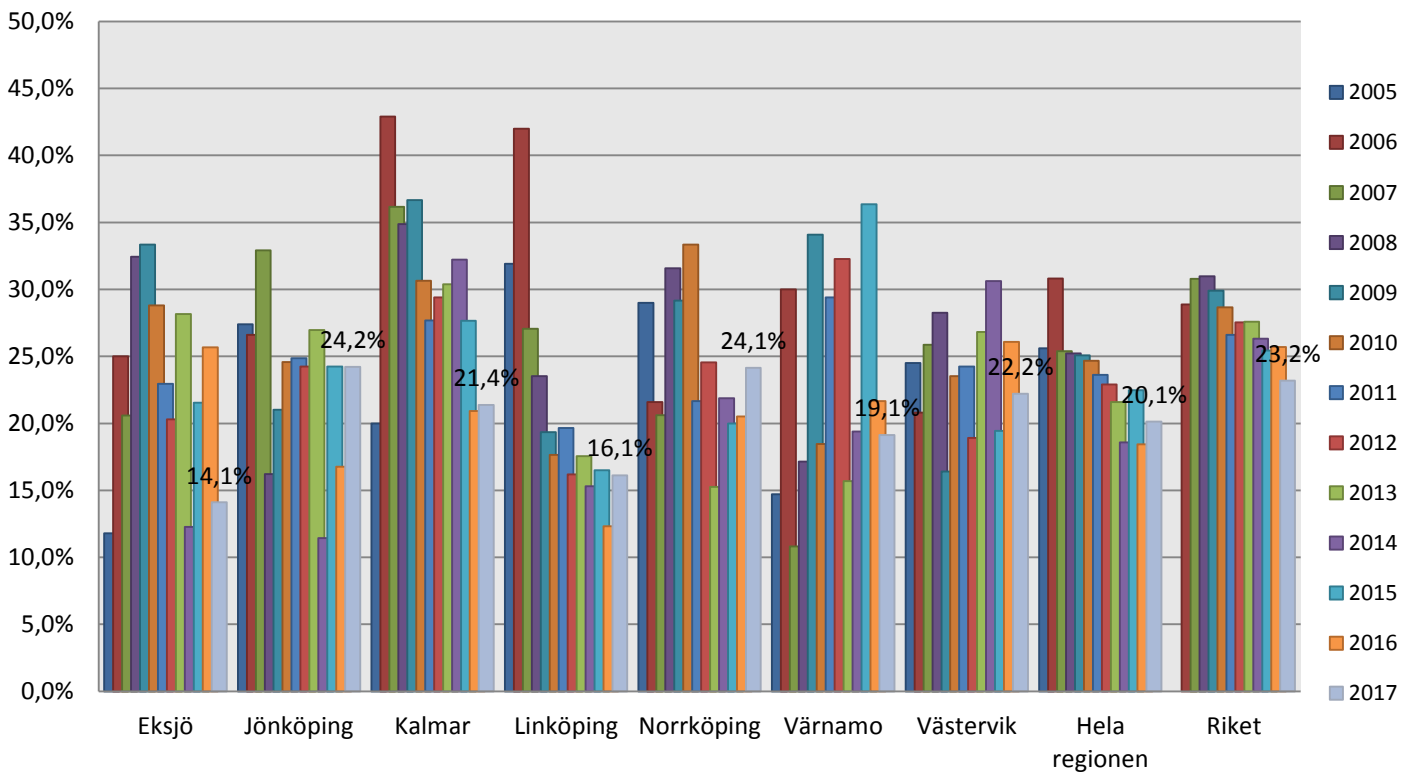
Andel sectio på psykosocial indikation av alla förlossningar



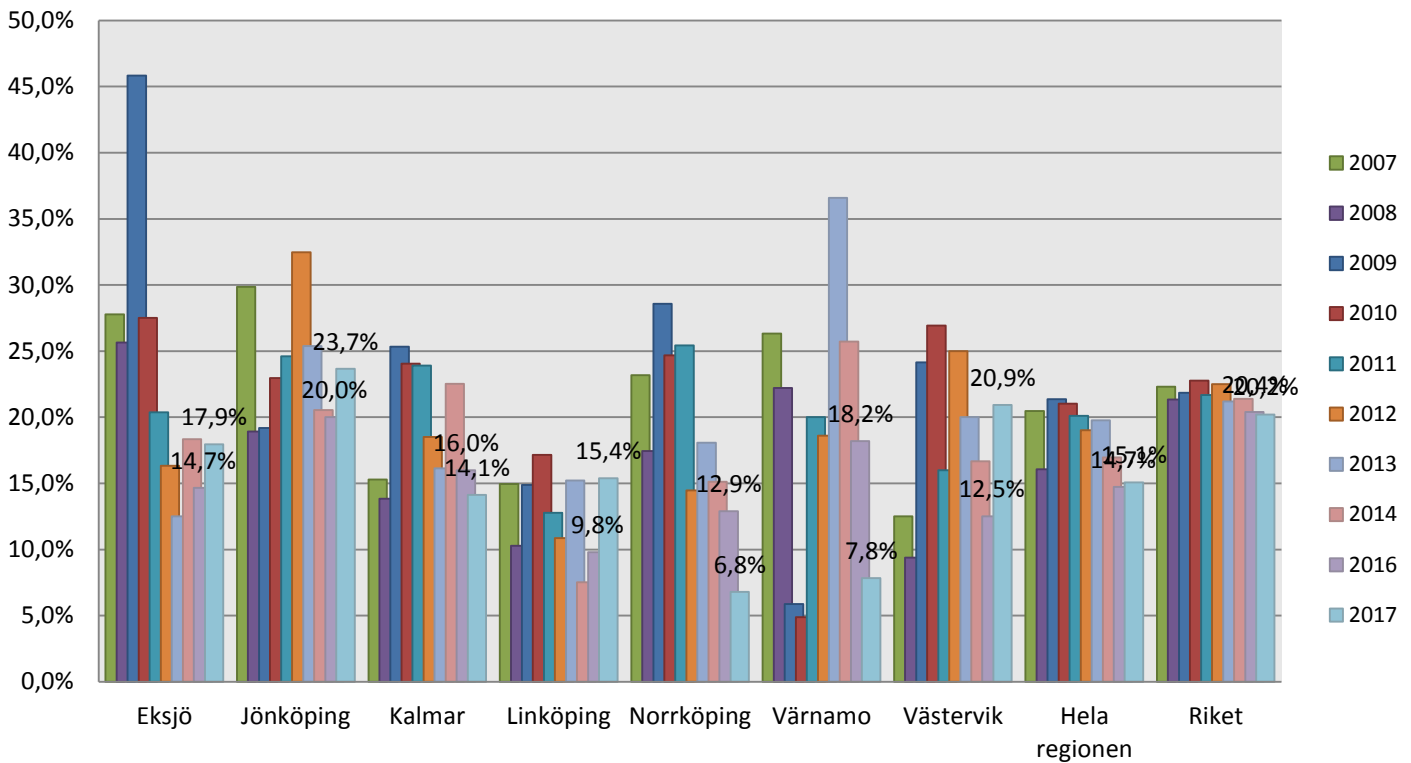
Andel sectio i Robsongrupp 1



Andel sectio i Robsongrupp 2B



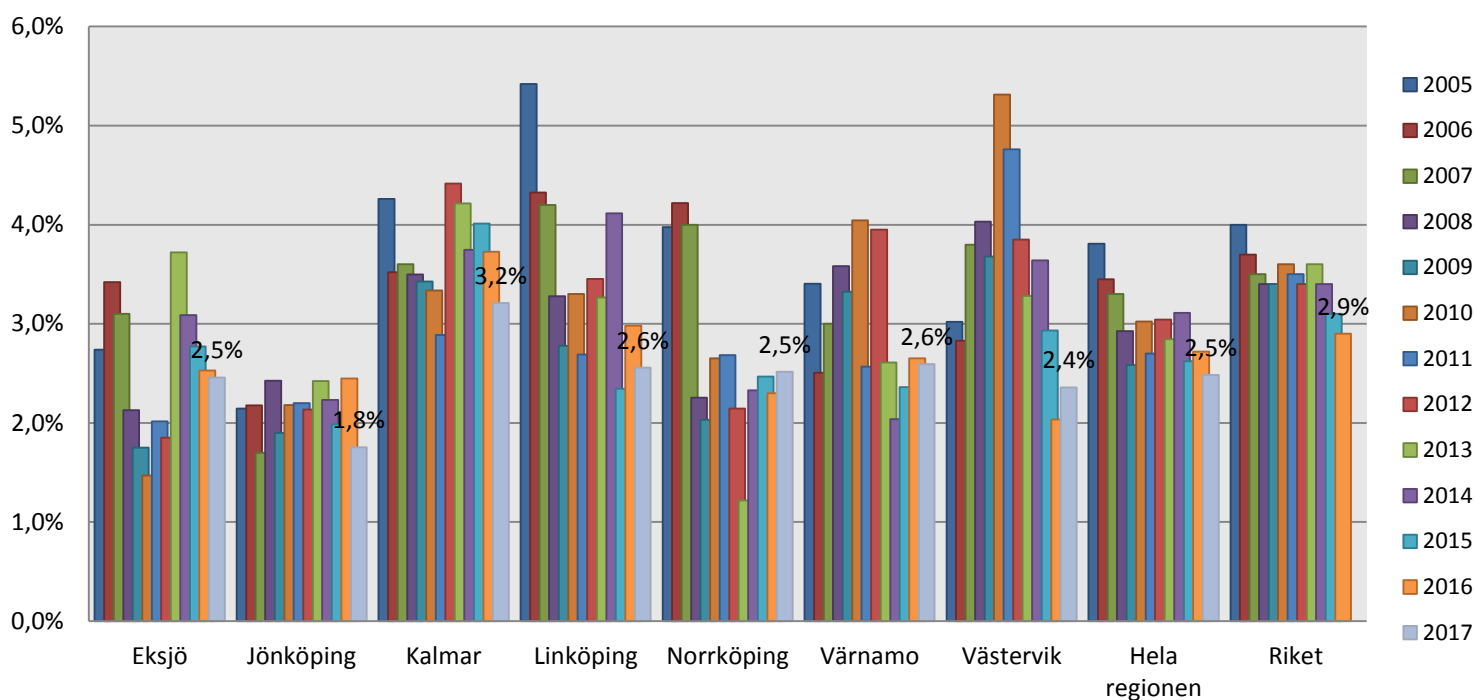
Andel sectio i Robsongrupp 5A



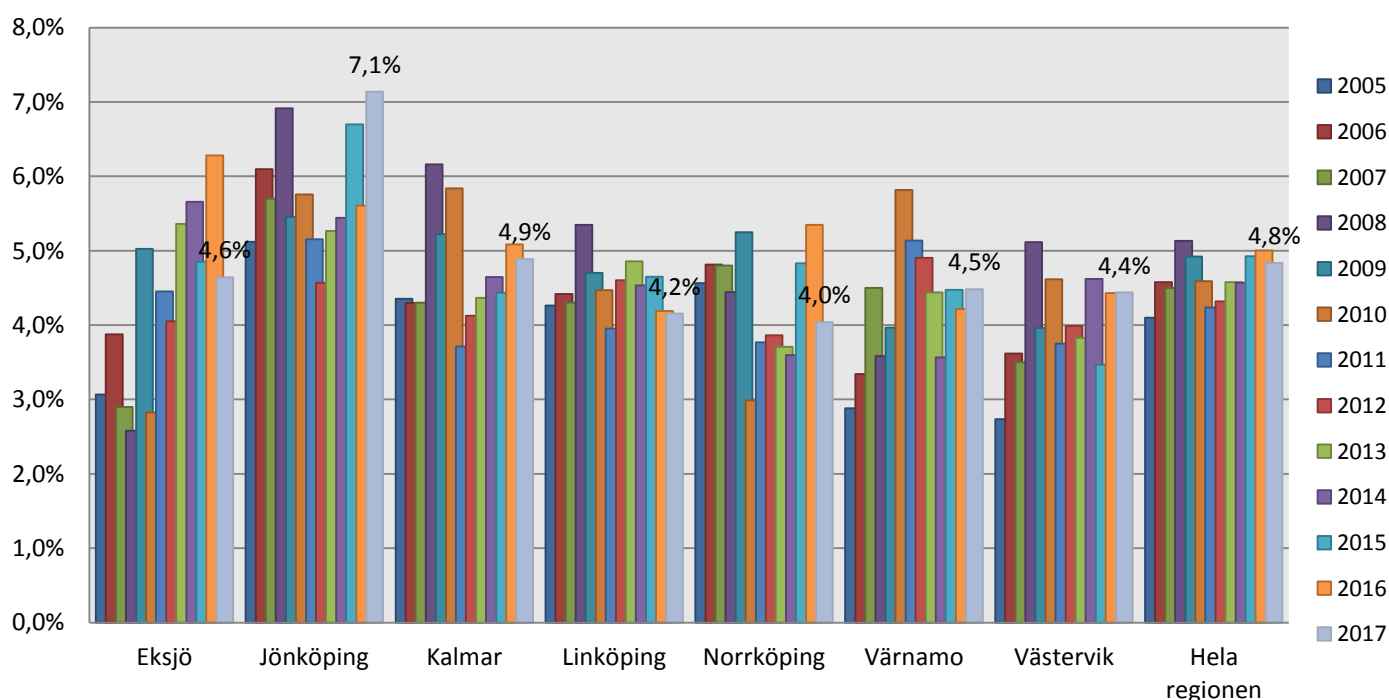
Antalet bristningar var 2,5% (2,7%) där kvinnan drabbades av en **partiell eller total bristning** av analsfinktern (slutmuskeln) och/eller en bristning av slemhinnan i ändtarmen. Den procentuella andelen anges för vaginala förlossningar (både spontan förlossning och förlossning med sugklocka). Det har varit mycket fokus i media på svåra bristningar, då de hos en del kvinnor kan ge upphov till problem längre fram i livet med svårigheter att hålla gaser och även avföringsinkontinens. Det är oerhört viktigt att identifiera de som får svåra bristningar och att dessa åtgärdas på bästa sätt.

Andelen kvinnor som genomgår **klipp** i bäckenbotten (s.k. episiotomi) har stadigt minskat i landet under de senaste åren. Det vetenskapliga stödet för klipp är motstridigt, där det tidigare fanns stöd för att klipp inte skyddar mot sfinkterskada medan andra studier har visat att det kan vara en fördel med klipp vid sugklocka hos förstföderskor. I det samlade regionmaterialet hade 3,5% (3,1%) kvinnor genomgått klipp.

Andelen bristningar grad III-IV

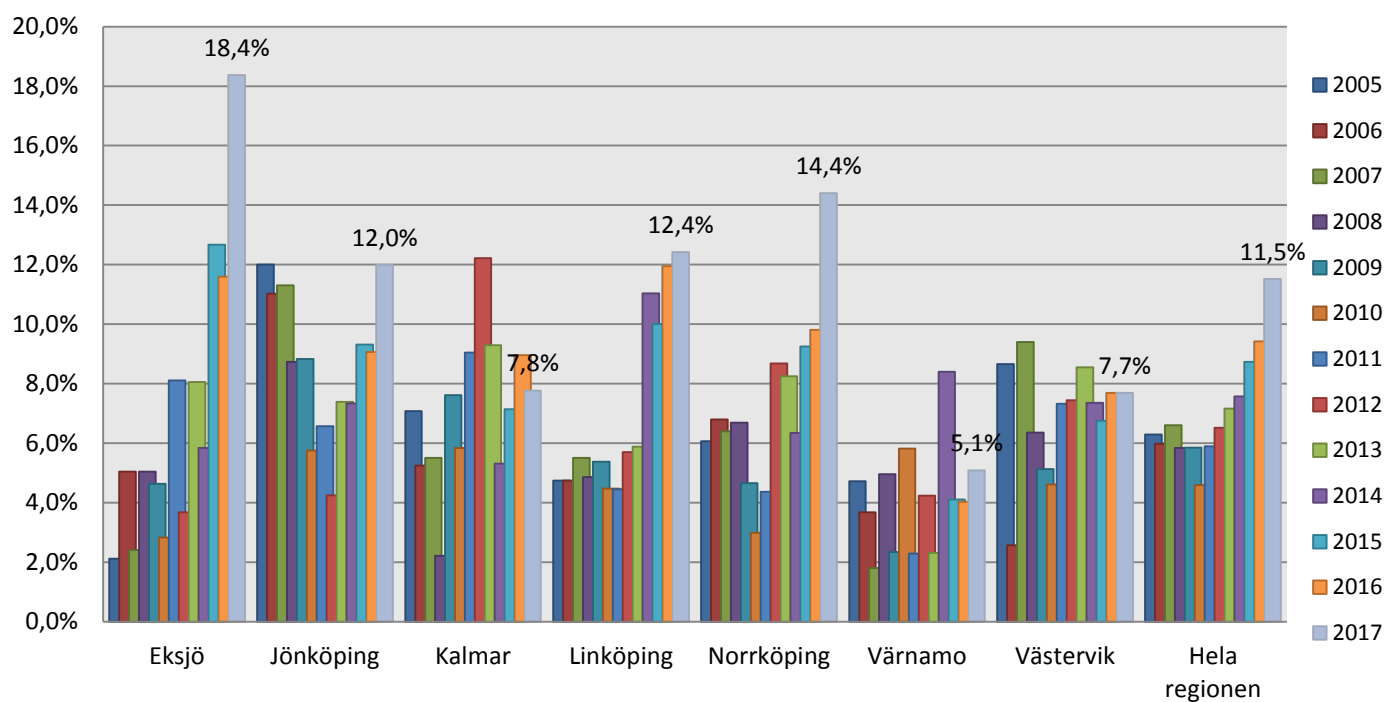


Andel med blödning > 1000 ml vid vaginal förlossning



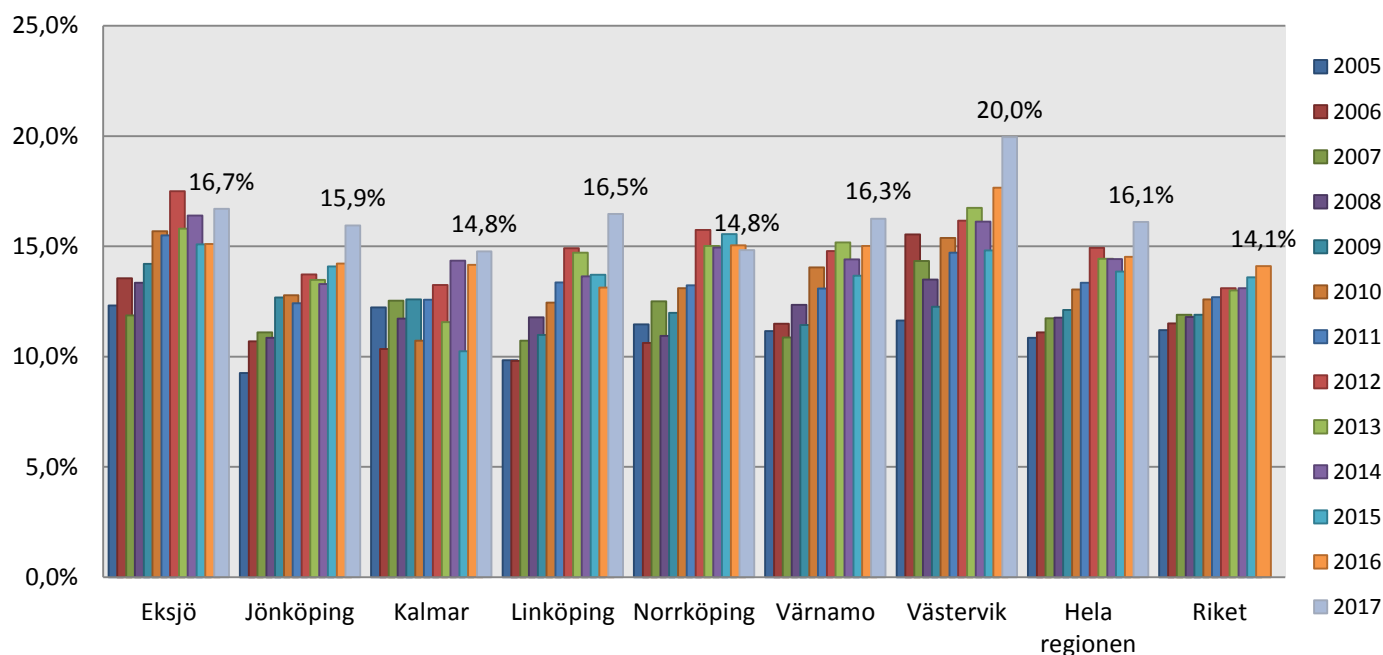
Andelen stora **blödningar** anses som en kvalitetsparameter och i detta material hade 4,8% (5,0%) av de vaginalförlösta en sammanlagd blödning på >1000 ml. Vad gäller de stora blödningarna har finns det fortfarande förbättringsmöjlighet för att nå målvärdet på <4%. Av de **kejsarsnittsförlösta** hade 11,5% (9,5%) en operationsblödning på >1000 ml. Även här finns fortsatta förbättringsmöjligheter för att komma ner till vårt målvärde på <8%, även om en möjlig förklaring till ökningen kan vara noggrannare mätning.

Operationsblödning > 1000 ml vid kejsarsnitt



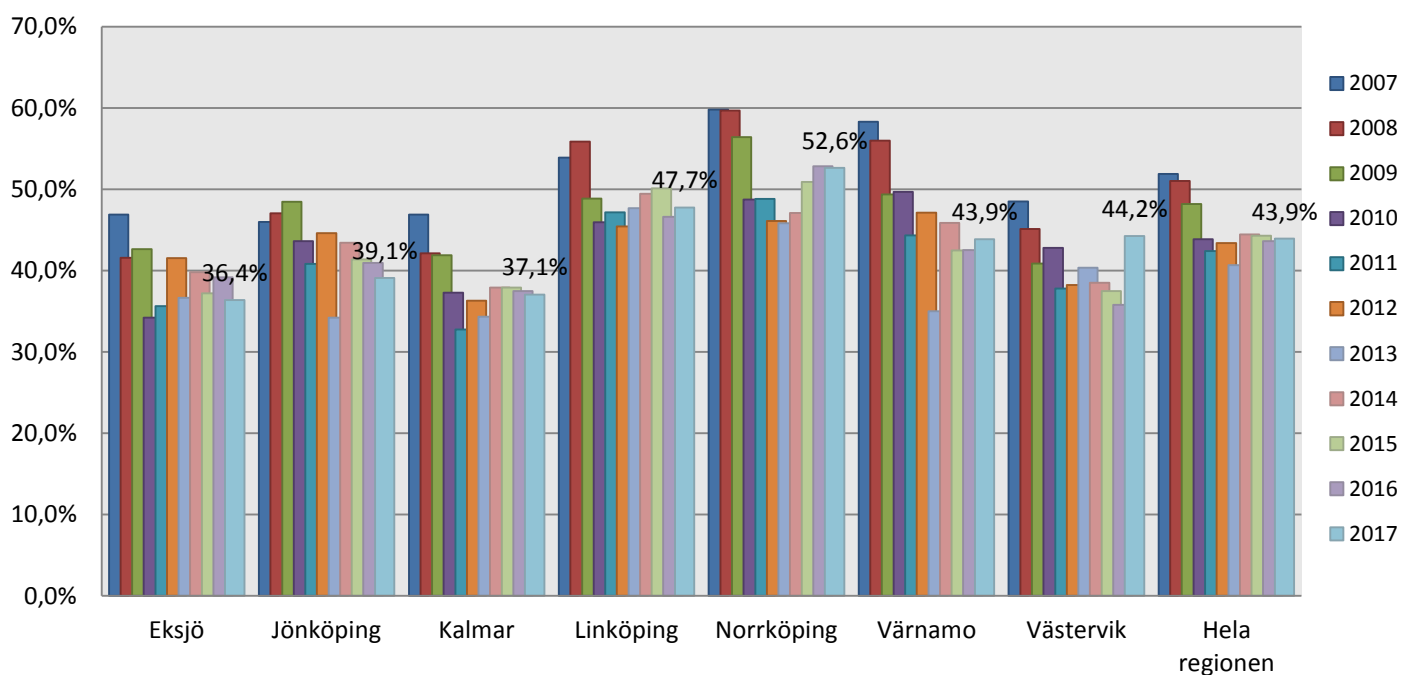
Då **övervikt** kan leda till ökad risk för komplikationer under graviditet och förlossning, studerar vi andelen kvinnor med fetma, det vill säga BMI (body mass index) på 30 eller mer. Sammanlagt hade 16,1% (14,5%) fetma med denna definition. Andelen med BMI 35 eller mer var 5,1% (4,6%). Andelen kvinnor med fetma har ökat kontinuerligt under de år vi gjort uppföljningar. Det är viktigt att fortsätta följa BMI, då övervikt ökar risken för komplikationer för både moder och barn. Fetma ställer ökade krav på förebyggande åtgärder och en anpassning av rutiner och utrustning, t.ex. operationsbord vilka tål större belastning.

BMI ≥30



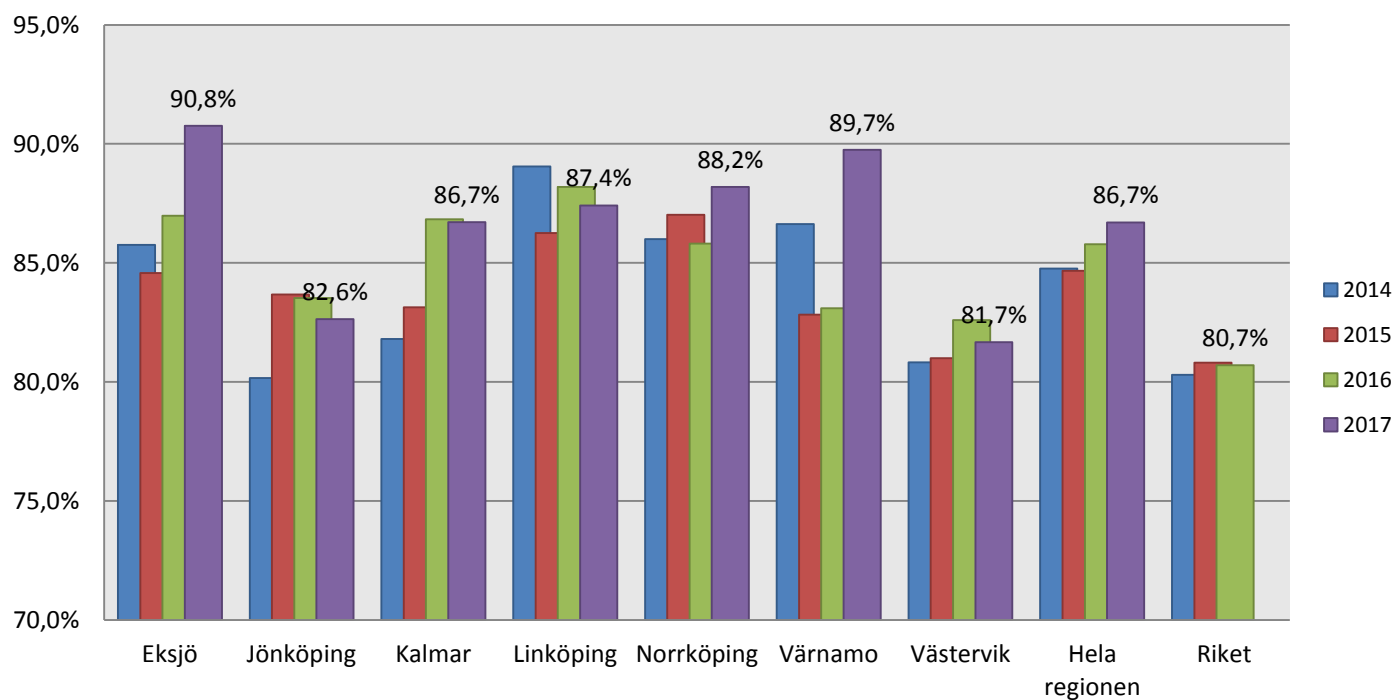
Vi håller även fortsatt fokus på användningen av oxytocintillförsel under förlossningen. Under 2017 erhöll 43,9% (43,6%) oxytocin i samband med förlossningen. Studier från andra sjukhus har visat att oxytocin sannolikt används något frikostigt och detta kan medföra en risk för överstimulering av livmodern och därmed syrebrist hos barnet. Det kan dock vara svårt att balansera denna användning då mycket långdragna förlossningar också utgör en risk för skador hos både barnen och de födande kvinnorna. Lyckas man med hjälp av en balanserad värkstimulering undvika ett kejsarsnitt är det naturligtvis en stor fördel. I regionen pågår en studie där vi undersöker huruvida kvinnor med övervikt eller fetma har behov av högre doser oxytocin för att få ett fullgott värkarbete.

Andel oxytocindropp

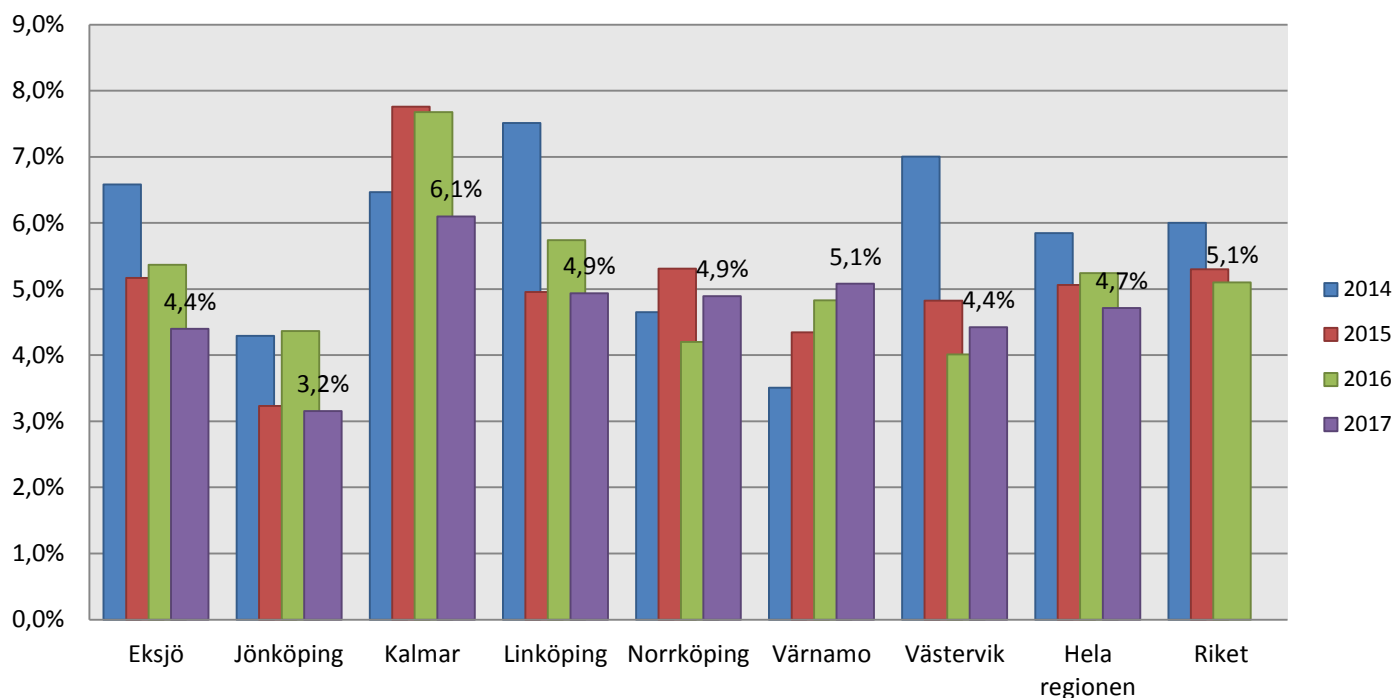


Vi har också studerat **förstföderskor** extra, eftersom den första förlossningen vanligen är kopplad till mera komplikationer, och kan bl.a. konstatera att 86,7% (85,8%) blev vaginalförlösta och att 4,7% (5,2%) ådrog sig en sfinkterskada, vilket är något lägre än motsvarande siffra för riket 2016 (5,1%).

Andel förstföderskor med vaginal förlossning



Andel förstföderskor med bristning grad III-IV



Barnen

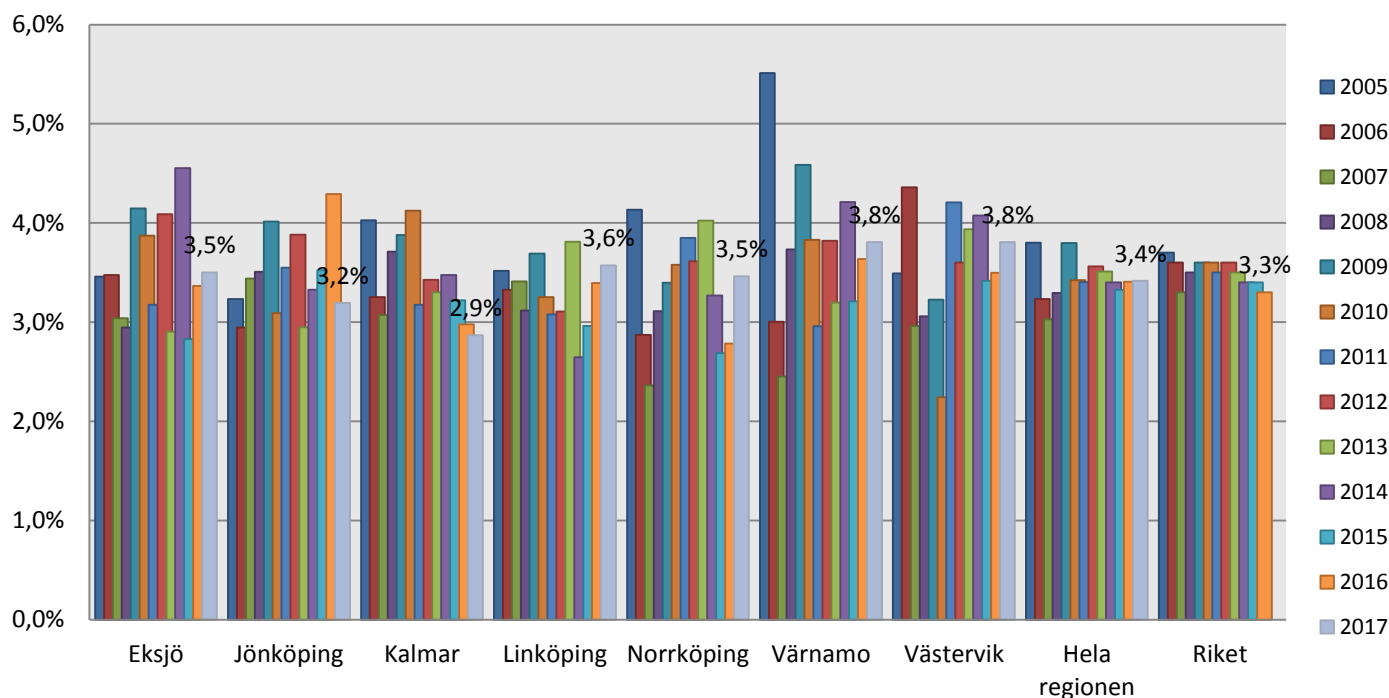
Sammanlagt föddes **11 914 (12 509) barn** vid regionens förlossningsavdelningar. De hade en **medelvikt** på 3496 g (3500 g) och 3,4% (3,4%) hade en födelsevikt \geq 4500 g. Medelfödelsevikten och antalet stora barn verkar ha planat ut och ökar inte i samma omfattning som andelen födande mammor som är överviktiga.

När det gäller **graviditetens längden** var endast 0,41% (0,42%) födda **före vecka 28** och sammanlagt var det 5,7% (5,9%) **prematurfödda** barn, dvs. före vecka 37. De barn som föds efter vecka 41+6 räknas som **överburna** och de utgjorde 6,4% (7,1%).

För att bedöma hur barnen mår efter förlossningen används s.k. **Apgar-score**, vilket är en uppskattning av barnets allmänna tillstånd. Apgar-score på < 7 vid 5 minuters ålder anses innebära en viss risk att barnet kan drabbas av utvecklingsproblem senare i livet. I vårt material hade 1,7% (1,7%) denna poäng, medan endast 0,3% (0,3%) hade en poäng < 4 (gäller fullgångna graviditeter). **Surhetsgraden i navelsträngsblodet** är ett mera objektiva tecken på om det nyfödda barnet har utsatts för syrebrist under förlossningen. Surhetsgraden bedöms genom kontroll av pH och BE (base excess) i navelsträngsprov som tas direkt efter förlossningen. I hela materialet uppfyllde 1,1% (0,8%) kriterier för ökad surhetsgrad, vilket motsvarar $\text{pH} \leq 7,05$ och $\text{BE} \leq 12$. För att denna parameter skall kunna bedömas korrekt krävs naturligtvis att provet tas på så många barn som möjligt. Detta skiljer sig fortfarande mellan klinikerna men andelen korrekta prov ligger fortsatt på en hög nivå och var 71,8% (71,9%). Linköping och Norrköping har haft problem med analysutrustningen vilket troligen bidragit till att andelen prover ligger lågt. Det pågår fortfarande en debatt om man rutinmässigt ska ta dessa prover. Vi anser absolut att det är av värde att få ett så objektiva mått som möjligt på barnens tillstånd vid födelsen och provtagningen kan vanligen göras utan att störa anknytning mellan mor och barn. Se tabell 3 för de enskilda klinikernas värden.

Fel! Ogiltig länk.

Födelsevikt ≥ 4500 g



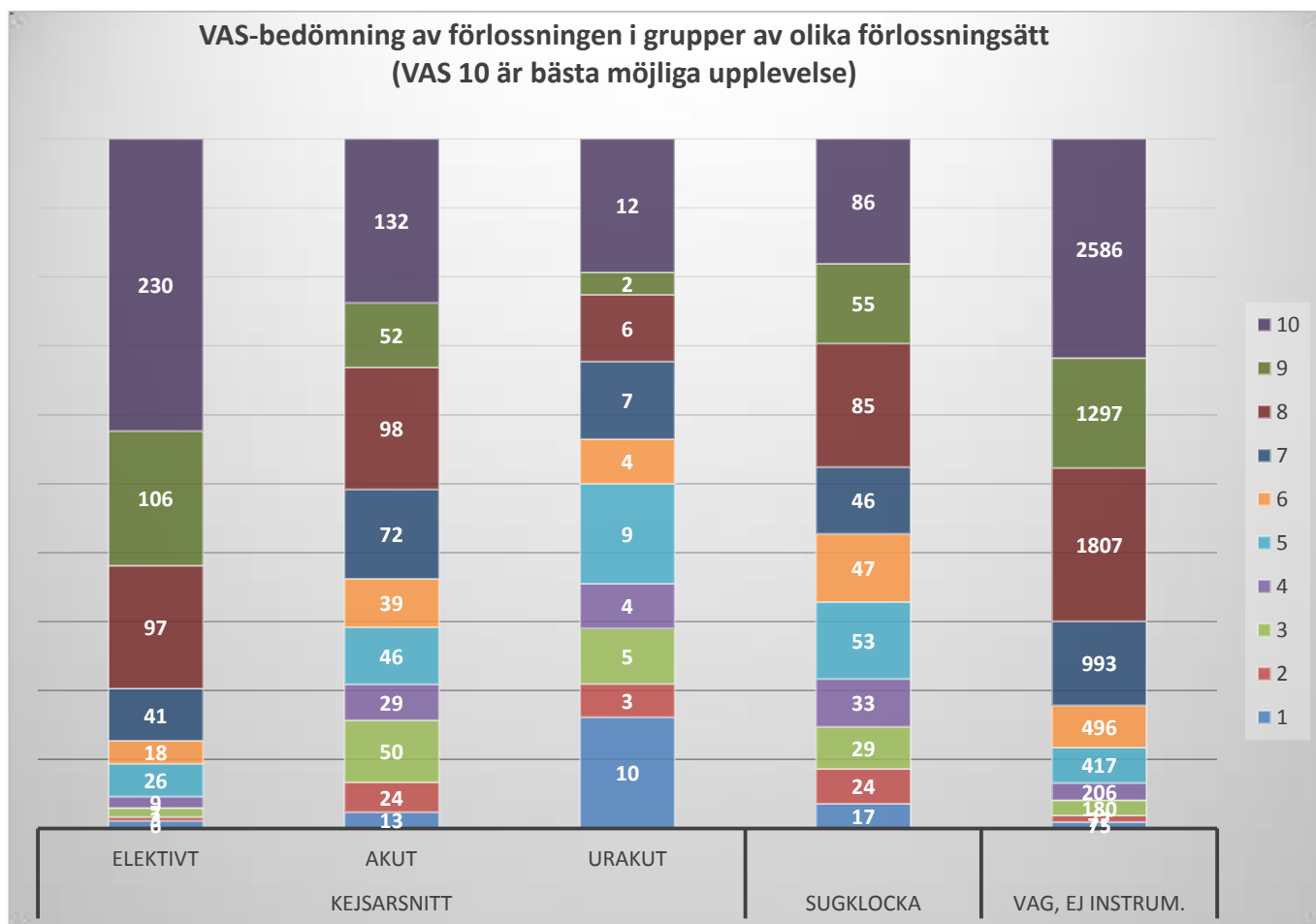
Slutligen studerades även antalet fall av **intrauterin fosterdöd**, vilket är barn som dör innan eller i samband med förlossningen. Denna parameter är svårvärderad då det rör sig om enstaka fall och slumpen kan ge en betydande variation från år till år. Flertalet av dessa fall har dött redan innan ankomsten till förlossningen. Jämförelse mellan de olika klinikerna blir inte så meningsfull när man tittar på ett enstaka år utan det är bättre att lägga ihop flera år för en säkrare bedömning. Regionens värde för 2016 var 4,0 per tusen födda (3,3) vilket är i nivå med riksgenomsnittet.

I tabell 4 har värdena för de senaste 5 åren slagits ihop för att värdera resultaten över tid för dessa sällsynta händelser. Värdena påverkas bl.a. av andelen riskgraviditeter.

Tabell 4 Medelvärde 2013- 2017	Eksjö	Jön- köping	Kalmar	Lin- köping	Norr- köping	Värnamo	Västervik	Hela regionen	Målvärde
Apgar <4 vid 5 minuter	0,21%	0,24%	0,34%	0,31%	0,16%	0,15%	0,35%	0,26%	0,00%
Arteriellt navelsträngs-pH ≤ 7,05 och BE < -12	0,83%	0,86%	1,71%	0,80%	0,99%	0,89%	0,92%	0,99%	us
Intrauterin fosterdöd	0,43%	0,32%	0,47%	0,56%	0,39%	0,27%	0,55%	0,43%	us

Övrigt

För att undersöka kvinnornas upplevelse använde vi den VAS-skattning som görs i anslutning till födseln. Av alla födande hade 83,2% angivit ett VAS-värde. Av dessa ansåg 95% att det var en bra eller acceptabel upplevelse (VAS 4-10), vilket också inom den målnivå på 95% som regionen satt. I diagrammet nedan kan man också utläsa att de kvinnor som föder vaginalt eller med elektivt kejsarsnitt skattar förlossningsupplevelsen betydligt bättre än de som genomgår förlossning med sugklocka eller akut kejsarsnitt.



Slutsats

Datajournalen Obstetrix går utmärkt att använda för att få fram avancerad statistik för verksamhetsuppföljning. Obstetrix har varit viktigt för att kunna ta ut tillförlitliga data både regionalt och till Graviditetsregistret, vilket bidragit till att höja kvaliteten i förlossningsvården. Vi känner en stor oro för att det kommer att kunna bli en försämring när Obstetrix fasas ut. En nationell upphandling av ett likvärdigt system vore önskvärt.

Regionens förlossningsenheter fortsätter att bedriva en säker och kvalificerad förlossningsvård som står sig bra i jämförelse med övriga riket. Den fortsatta ökningen av andelen icke instrumentella förlossningar är bra exempel på hur man genom kontinuerlig uppföljning kan förändra vådrutiner till nytta för patienterna med fokus på hög säkerhet. Även 2017 har regionen nått målvärdet för icke instrumentella förlossningar och patientnöjdhet. Hade exempelvis riket i övrigt haft samma nivå på instrumentella förlossningar så hade omkring 5000(!) kejsarsnitt eller sugklockor årligen kunnat undvikas.

Projekt pågår under året med utvärdering av oxytocinets användning intrapartalt i relation till BMI samt utvärdering av VAS för skattning av förlossningsupplevelse.

Det finns dock flera utmaningar där det behövs ett ökat fokus närmaste åren. Antalet bristningar var som beskrivits ovan 2,5 % 2017 där kvinnan drabbades av en partiell eller total bristning av analsfinktern (slutmuskeln) och/eller en bristning av slemhinnan i ändtarmen. Det har varit mycket fokus i media på svåra bristningar då de hos en del kvinnor kan ge upphov till problem längre fram i livet med svårigheter att hålla gaser och även avföringsinkontinens. Det är oerhört viktigt att identifiera de som får svåra bristningar och att åtgärda dessa på rätt sätt, men också att skapa ett arbetssätt som minskar risken för få en sfinkterskada.

Fokusområde under året kommer att vara prevention, diagnostik och suturering eftersom de flesta klinikerna inte når målvärdet på 2 % sfinkterrupturer. I Sydöstra Sjukvårdsregionen ligger Jönköping lägst i andelen sfinkterskada med en stabil frekvens de senaste åren.

- Prevention
- Mätning av andel kvinnor som får smärtlindring med PDB vid undersökningen efter förlossningen.
- Att medarbetarna går utbildningen på www.backenbottenutbildning.se och certifierar sig.
- Interna utbildningar, till exempel sutureringsutbildning.

Sammantaget sporrar detta oss till fortsatt utveckling och stimulerar till förändrade arbetssätt för att göra verksamheten ännu bättre, exempelvis att minska antalet sfinkterskador, samt följa upp föräldrarnas upplevelse av förlossningen.

Bilagor

Bilaga 1: Förlossningsdata för hela regionen 2017.