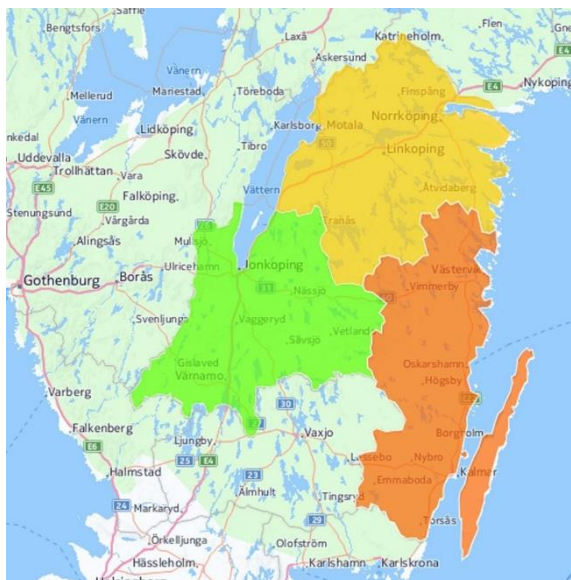


Förlossningsrapport 2018



Kvalitetsrapport Obstetrik



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



Region
Jönköpings län



Region Kalmar län



Region
Östergötland

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 2018, vilket är den 14:e rapporten. I arbetet har följande förlossningsöverläkare deltagit:

- | | |
|-----------------------|-----------------------------------|
| • Eric Hildebrand | Universitetssjukhuset i Linköping |
| • Christina Gunnervik | Värnamo sjukhus |
| • Maria Källman | Västerviks sjukhus |
| • Anna-Stina Wanby | Länssjukhuset i Kalmar |
| • Linda Hjertberg | Vrinnevisjukhuset i Norrköping |
| • Emma Lindqvist | Höglandssjukhuset i Eksjö |
| • Helene Åstrand | Länssjukhuset Ryhov, Jönköping |
| • Michael Algovik | Västerviks sjukhus |

Metod

Samtliga sjukhus i regionen använder datajournalssystemet Obstetrix från Cerner vilket medför att man 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. Det totala 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 samt från Graviditetsregistret. Uppgifterna har bearbetats och jämförelsetal har tagits fram mellan sjukhusen. De enskilda sjukhusen har vid behov fått korrigera uppgifterna. 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 2017 presenteras inom parantes som jämförelse. Jämförelsedata för riket är tagna från Graviditetsregistret vilket täcker drygt 95% av alla förlossningar i landet. I framtiden hoppas vi kunna hämta all data ur det registret.

Resultat

Förlossningen

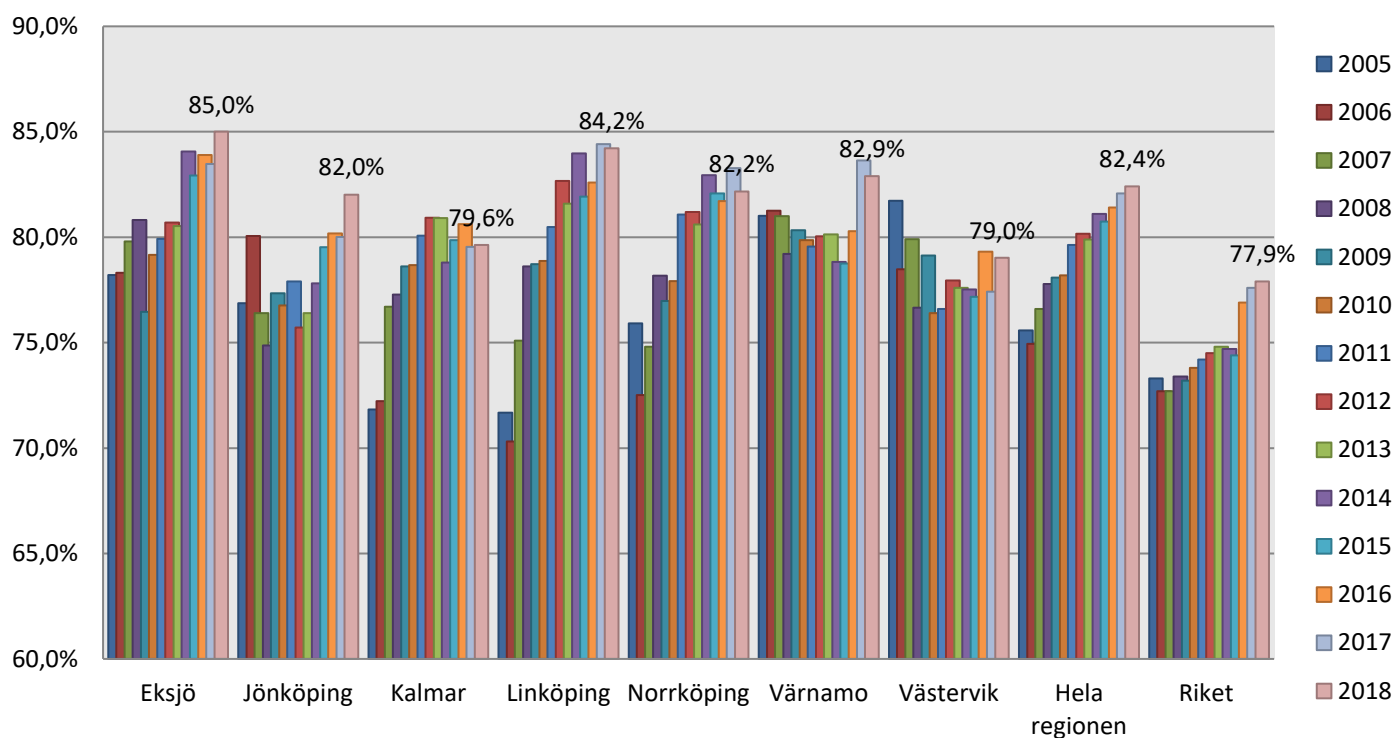
Totalt registrerades 11 873 (11 748) **förlossningar** varav 5,1% (4,9%) var **sugklocka** eller **tång** och 12,5% (13,0%) var **sectio**. Av samtliga förlossningar var 82,4% (82,1%) icke instrumentella. Denna andel har kontinuerligt ökat under de senaste åren och vi lyckades åter hålla vårt målvärde, vilket är satt till >80%. Av kejsarsnitten var 43,3% (44,2%) elektiva, 50,2% (48,7%) akuta och 6,5% (7,1%) var urakuta. I 16,9% (13,9%) 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 17,2%.

Kejsarsnitten jämfördes också med s.k. **Robsonklassificering** där sectiofrekvensen var 5,5 (5,3%) i grupp 1 (förstföderska, huvudbudning, ≥ 37 graviditetsveckor och spontan värkstart) och 17,6 (20,1%) i grupp 2B (förstföderska, huvudbudning, ≥ 37 graviditetsveckor och induktion) samt 13,1% (14,7%) i grupp 5A (omföderska som tidigare genomgått kejsarsnitt). För detaljer se tabell 1 och figur 1-4 och 7-10.

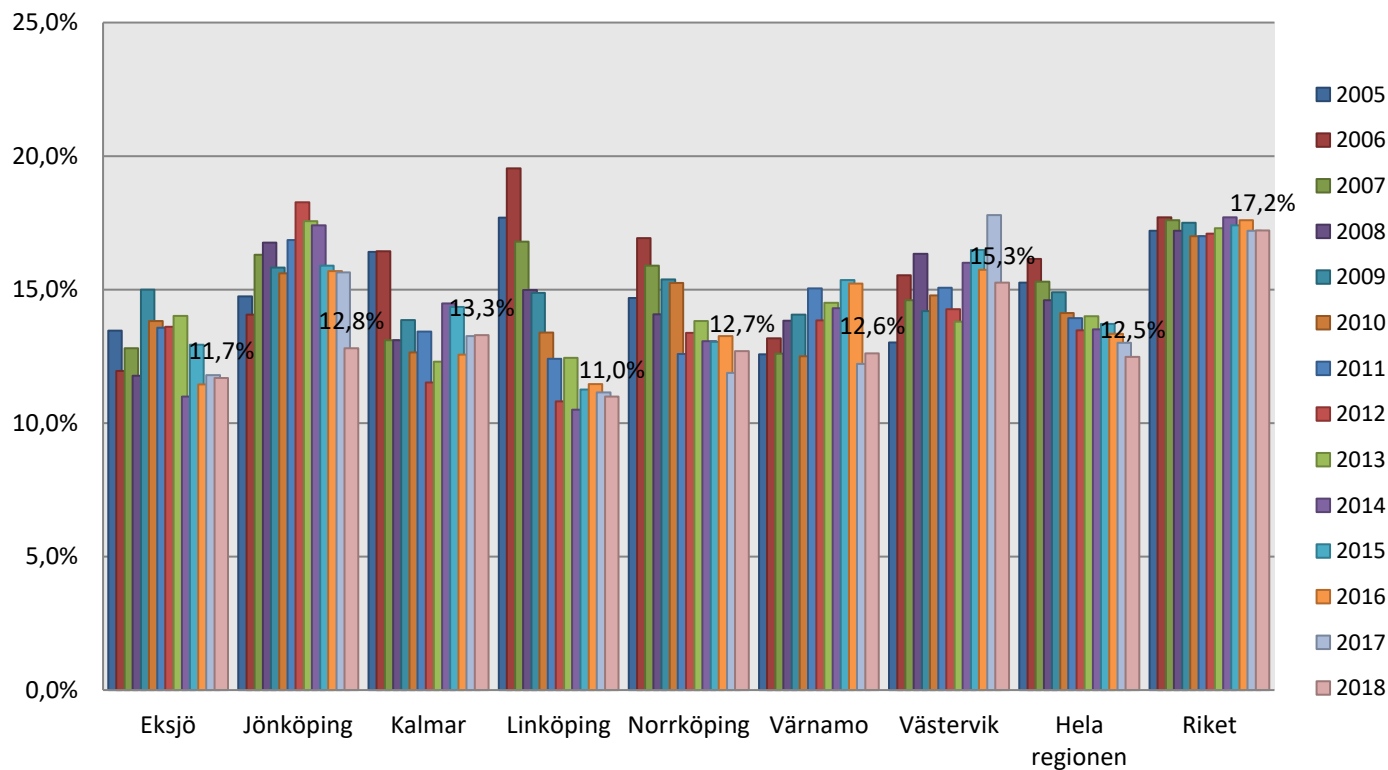
Tabell 1	Eksjö	Jön-köping	Kalmar	Lin-köping	Norr-köping	Värnamo	Västervik	Hela regionen	Riket	Målvärde
Inte instrumentellt	85,0%	82,0%	79,6%	84,2%	82,2%	82,9%	79,0%	82,4%	77,9%	>80%
Andel sectio	11,7%	12,8%	13,3%	11,0%	12,7%	12,6%	15,3%	12,5%	17,2%	<15%
Sectiofrekvens Robson 1	7,2%	4,5%	5,4%	4,4%	6,5%	5,3%	7,1%	5,5%	7,2%	<5%
Sectiofrekvens Robson 2B	17,2%	13,9%	24,5%	15,3%	19,7%	15,3%	23,5%	17,6%	22,7%	<20%
Sectiofrekvens Robson 5A	15,7%	15,7%	14,8%	10,3%	9,6%	11,1%	16,7%	13,1%	21,0%	-
Sectio på psykologisk indikation	1,5%	2,3%	2,4%	1,7%	2,3%	2,0%	3,1%	2,1%	us	-
VE/Tång	3,3%	5,2%	7,1%	4,8%	5,1%	4,5%	5,7%	5,1%	5,0%	<6%

Andelen kejsarsnitt i regionen ligger även 2018 under målvärdet!

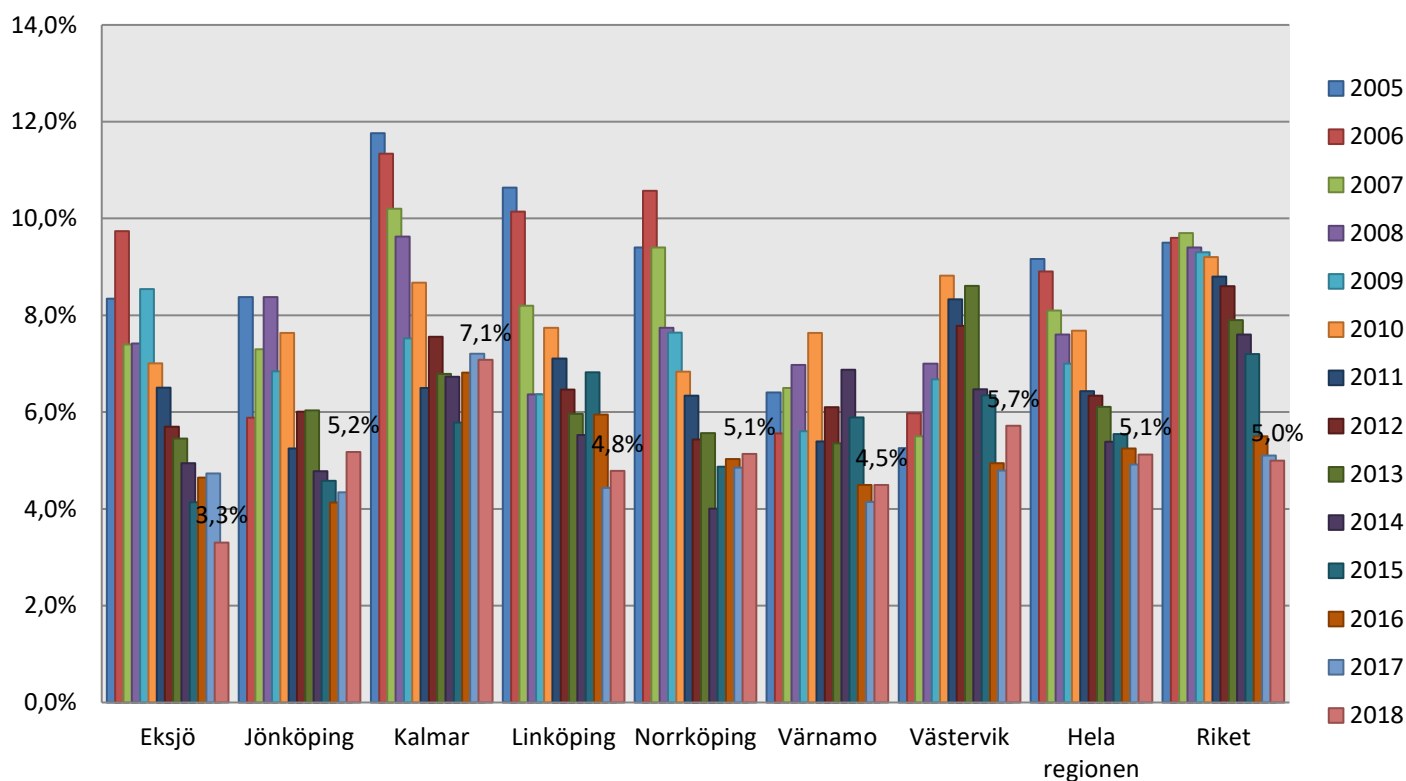
Figur 1. Ej instrumentellt (målvärde >80%)



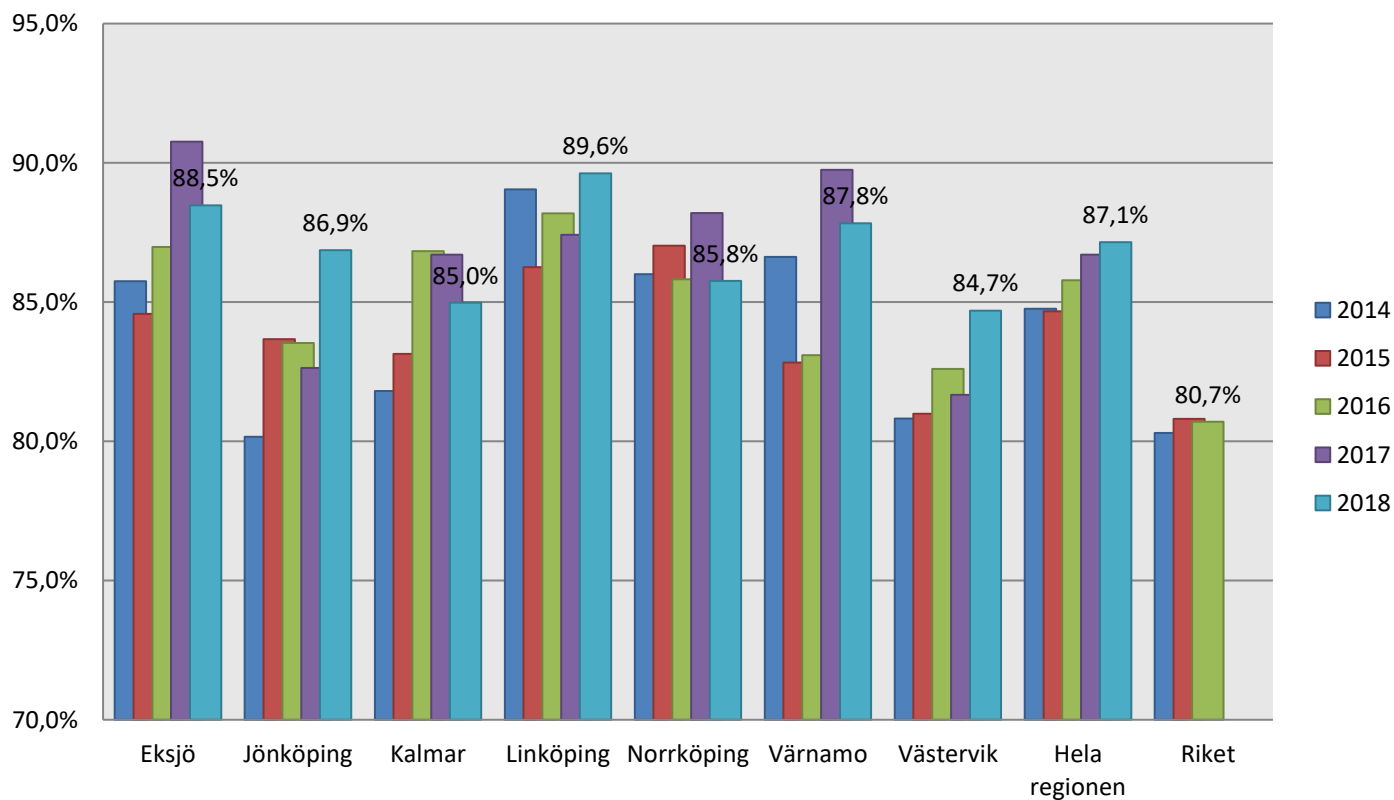
Figur 2. Andel sectio (målvärde <15%)



Figur 3. Andel VE eller tångförlossning (målvärde <6%)



Figur 4. Andel förstföderskor med vaginal förlossning



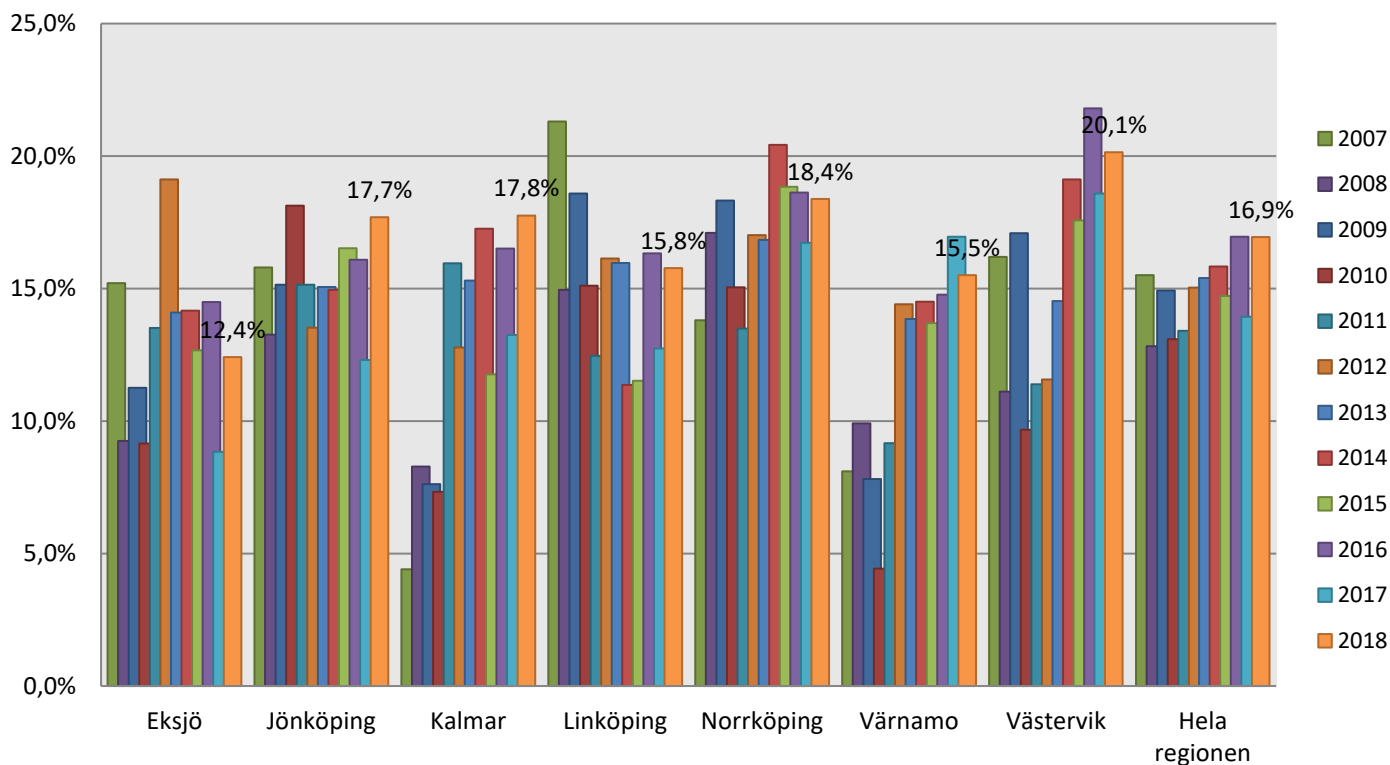
Den viktigaste parametern, dvs att kunna erbjuda en icke-instrumentell förlossning (förlossning utan kejsarsnitt eller sugklocka/tång) visar en fortsatt stigande trend med 82,4% för 2018, där marginalen till målvärdet på 80% alltså fortsatt öka och ligger 5 procentenheter över rikets nivå. Följaktligen var det en minskade andel sugklockor och kejsarsnitt jämfört med tidigare år. Till stor del beror detta på ett intensivt arbete med förstföderskan (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 vara avgörande för hela hennes obstetriska karriär. Här är ett fortsatt arbete med denna grupp viktigt.

Robson 5A är omföderskor med spontan förlossningsstart som tidigare genomgått kejsarsnitt. Trots att förlossningen startar spontant är risken för akut kejsarsnitt ungefär 13% jämfört med ungefär 1% om kvinnan tidigare genomgått en vaginal förlossning.

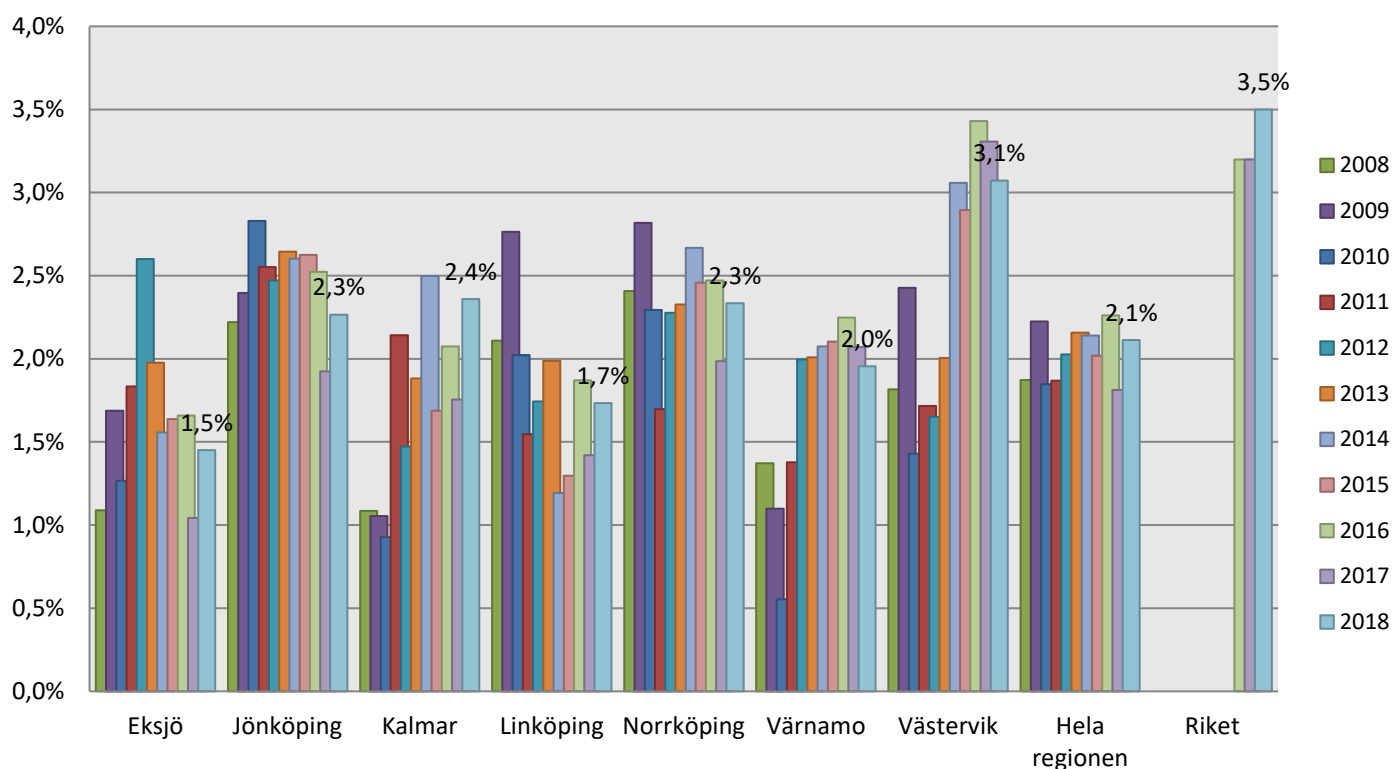
Andelen av kejsarsnitten på **psykosocial indikation**, dvs. utan strikt medicinska skäl, visar också en betydande variation. Drygt 1/6 av alla kejsarsnitt utförs med hänvisning till psykologiska orsaker. I Tabell 1 är det andelen av totala antalet förlossningar som anges medan i figur 5-6 är det andelen 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 18,0% (17,9%) under 2018. 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.

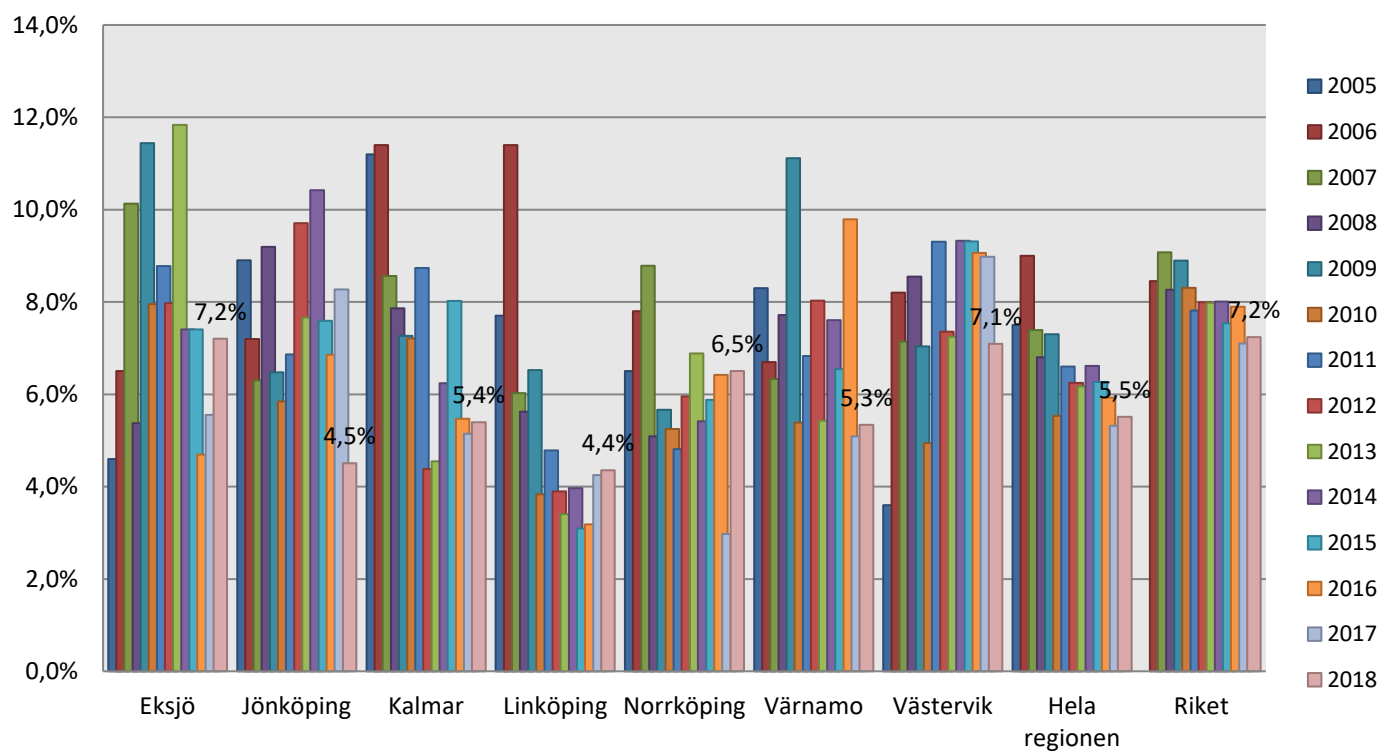
Figur 5. Andel sectio på psykosocial indikation



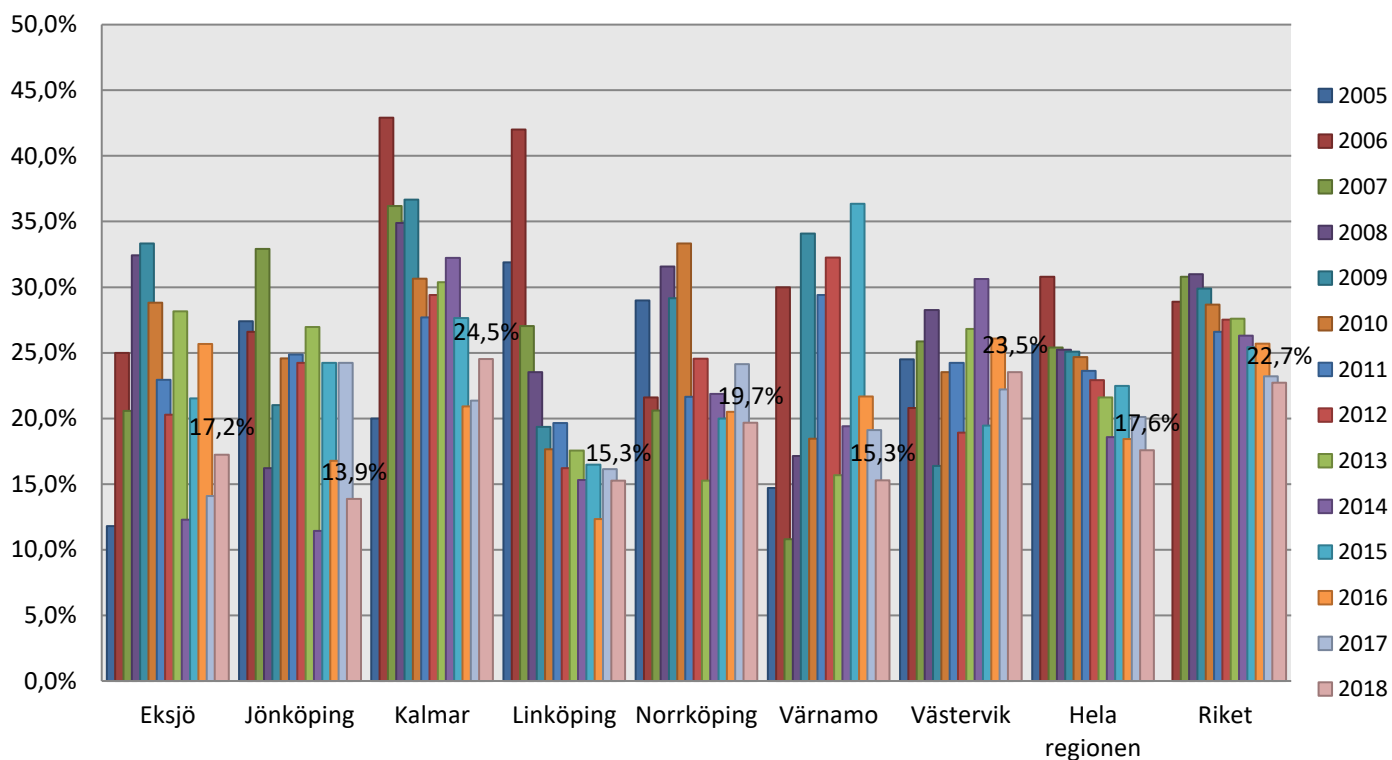
Figur 6. Sectio på psykosocial indikation av alla



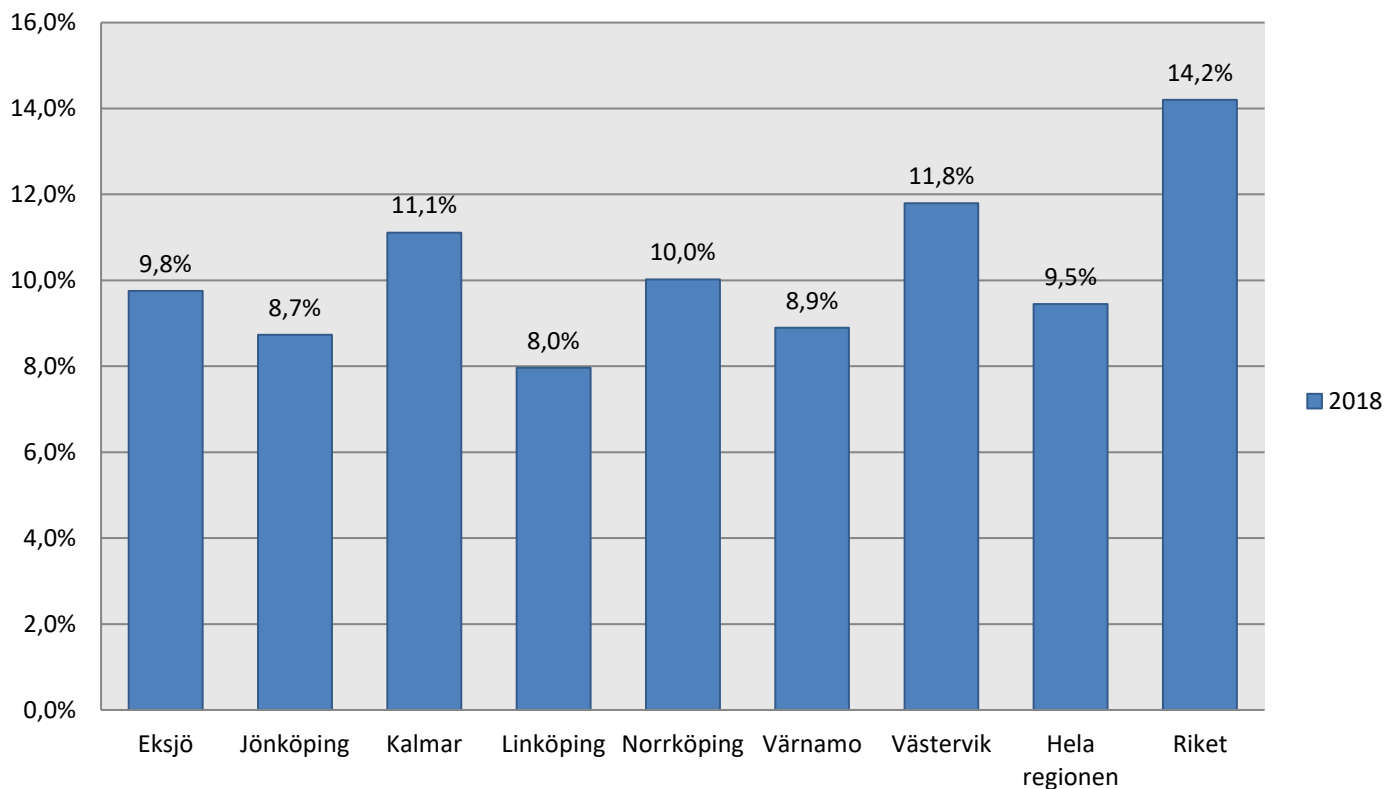
Figur 7. Andel sectio i Robsongrupp 1 (målvärde <5%)



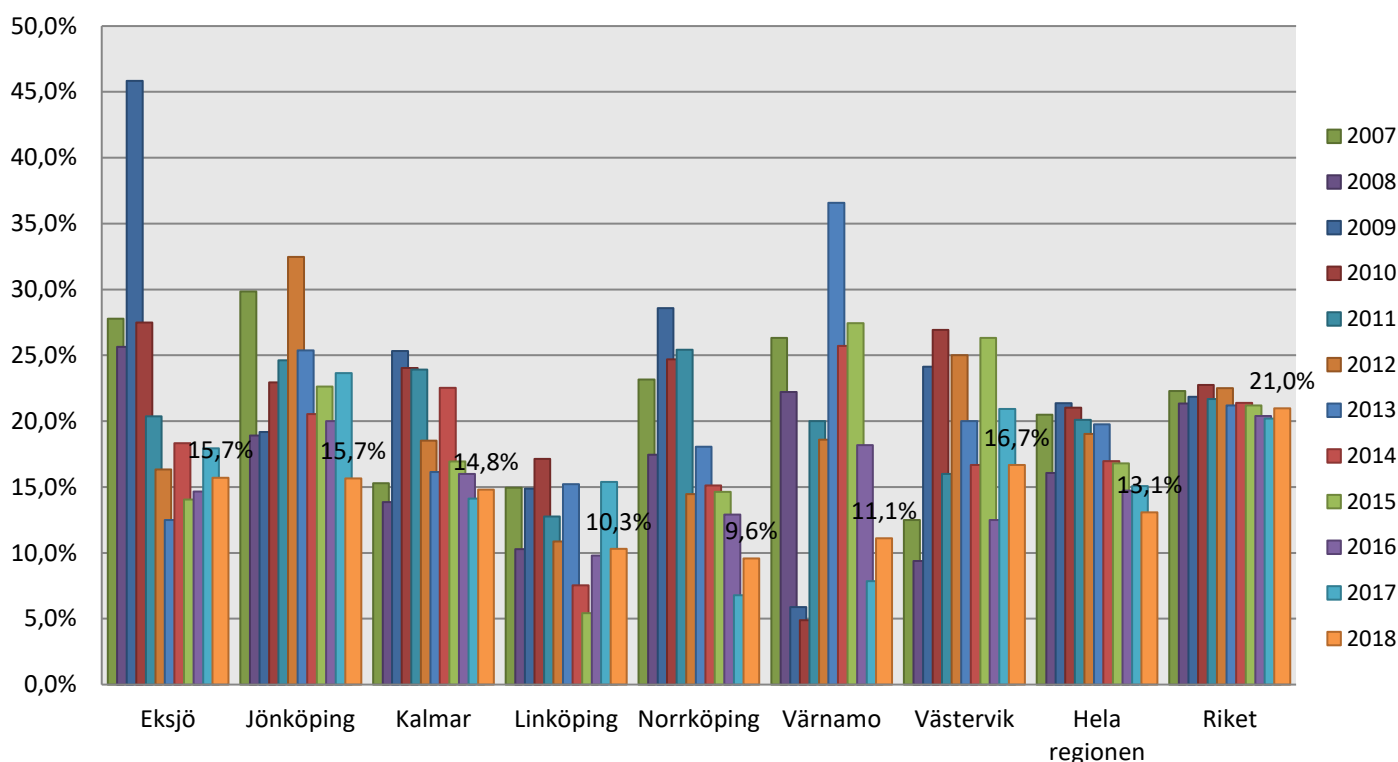
Figur 8. Andel sectio i Robsongrupp 2B (målvärde <20%)



Figur 9. Andel sectio i Robsongrupp 1+2



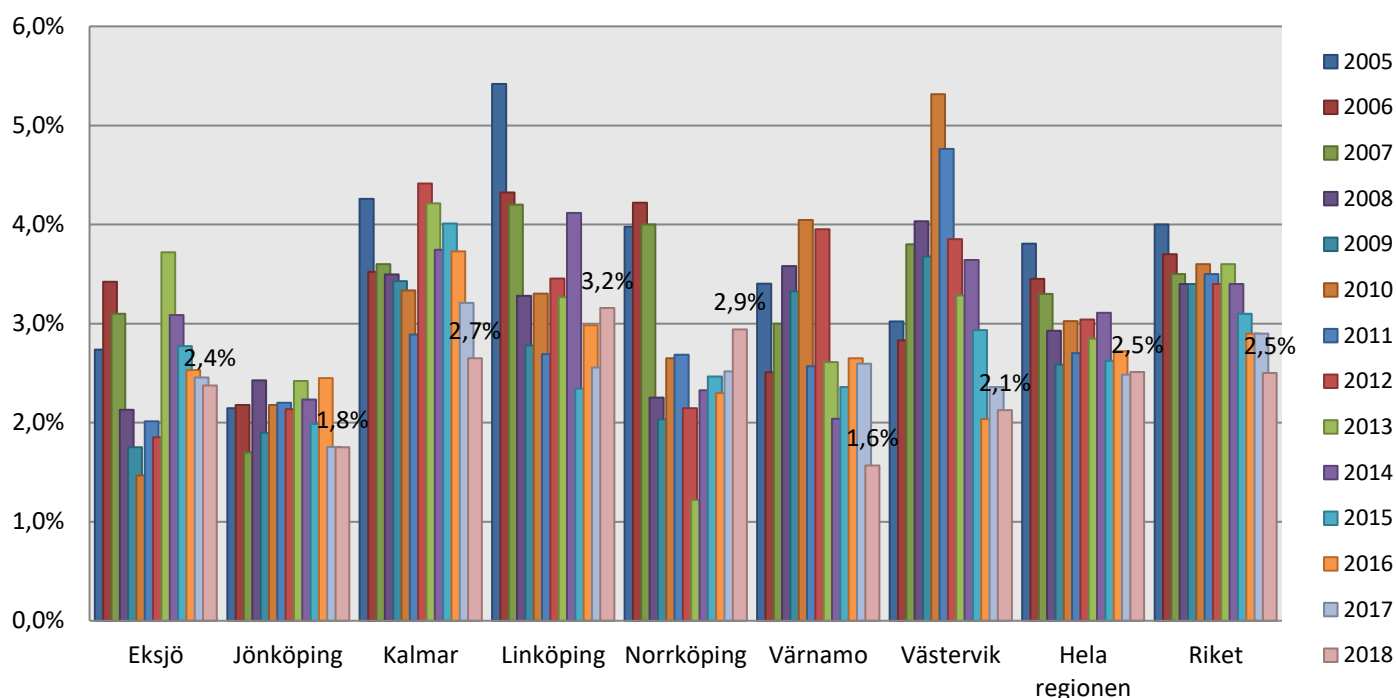
Figur 10. Andel sectio i Robsongrupp 5A



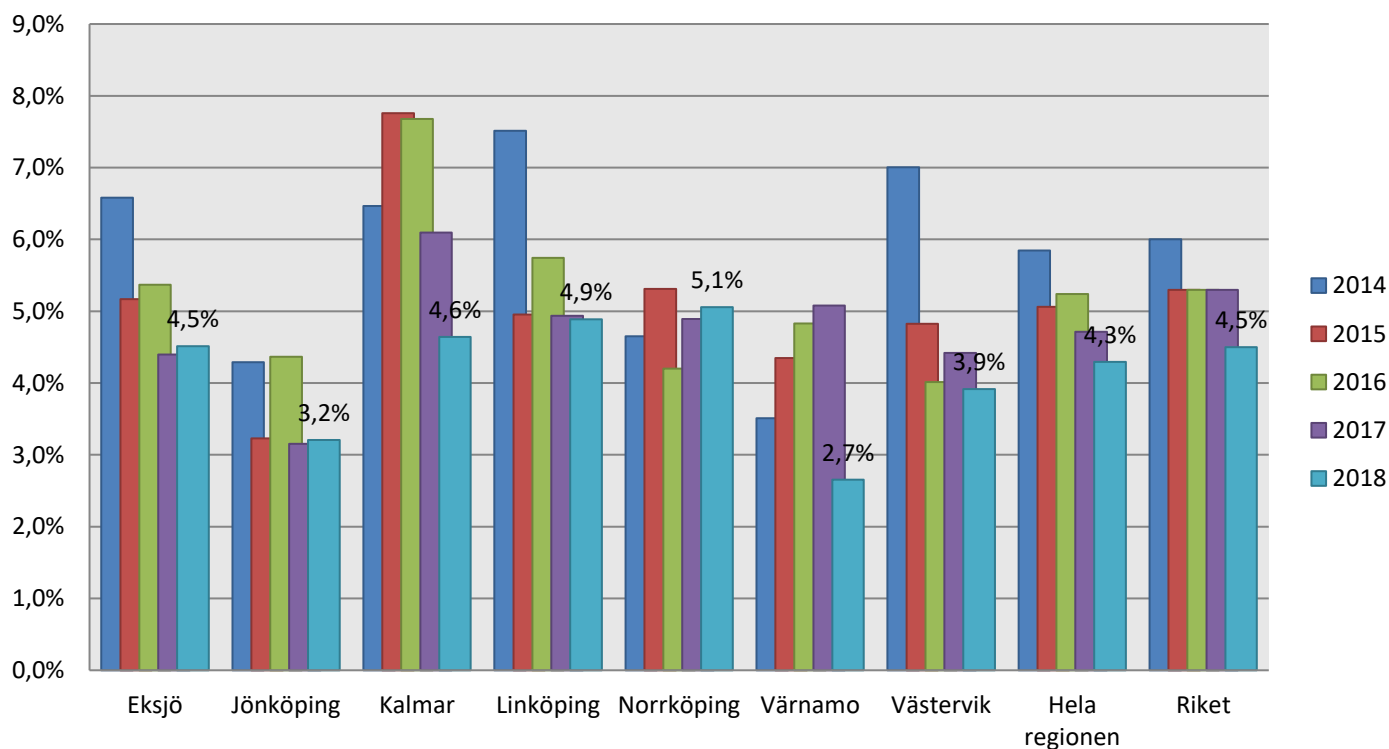
Andelen kvinnor som drabbades av en **grad III-IV-bristning** (partiell eller total bristning av analsfinktern (slutmuskeln) och/eller en bristning av slemhinnan i ändtarmen) var 2,5% (2,5%). Den procentuella andelen anges för vaginala förlossningar (både spontan förlossning och förlossning med sugklocka). 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 förebygga, diagnosticera och åtgärda svåra bristningar. Det är också viktigt med **adekvat smärtlindring** vid diagnostik och suturering varför pudendusblockad (PDB) rekommenderas. Se figur 11-14.

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 3,1% (3,5%) kvinnor genomgått klipp.

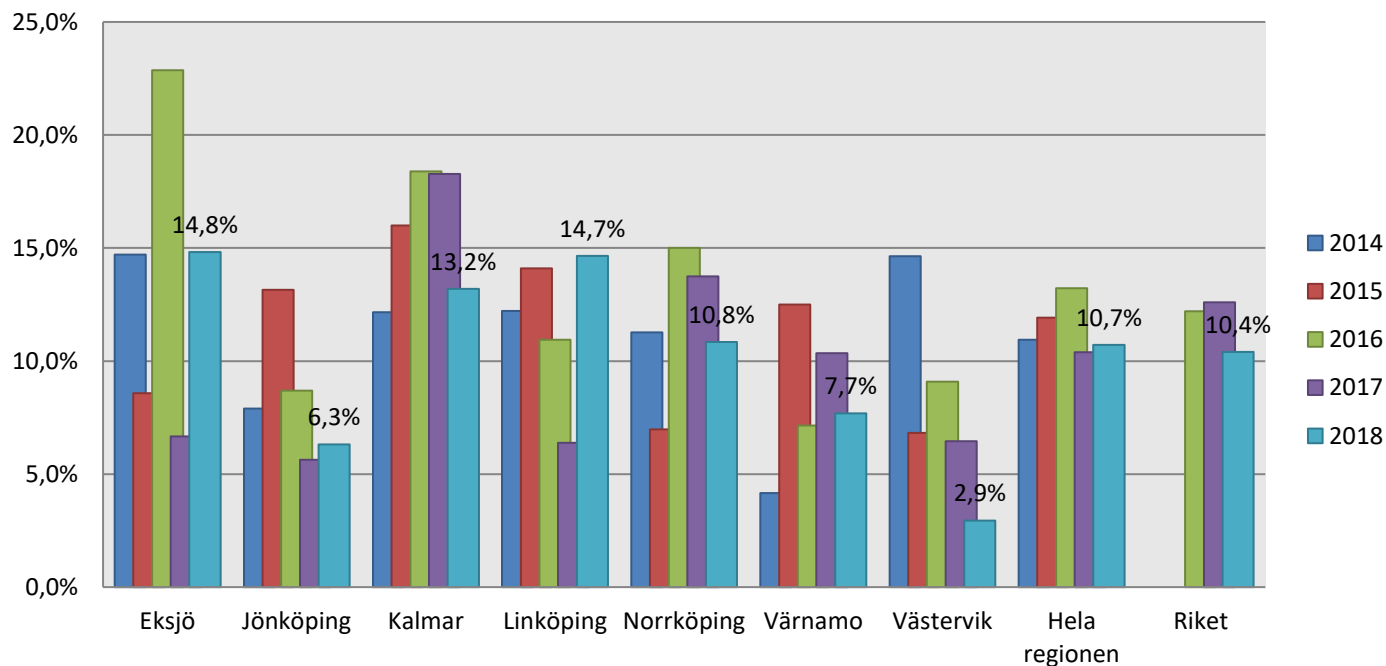
Figur 11. Andelen bristningar grad III-IV (målvärde <2%)



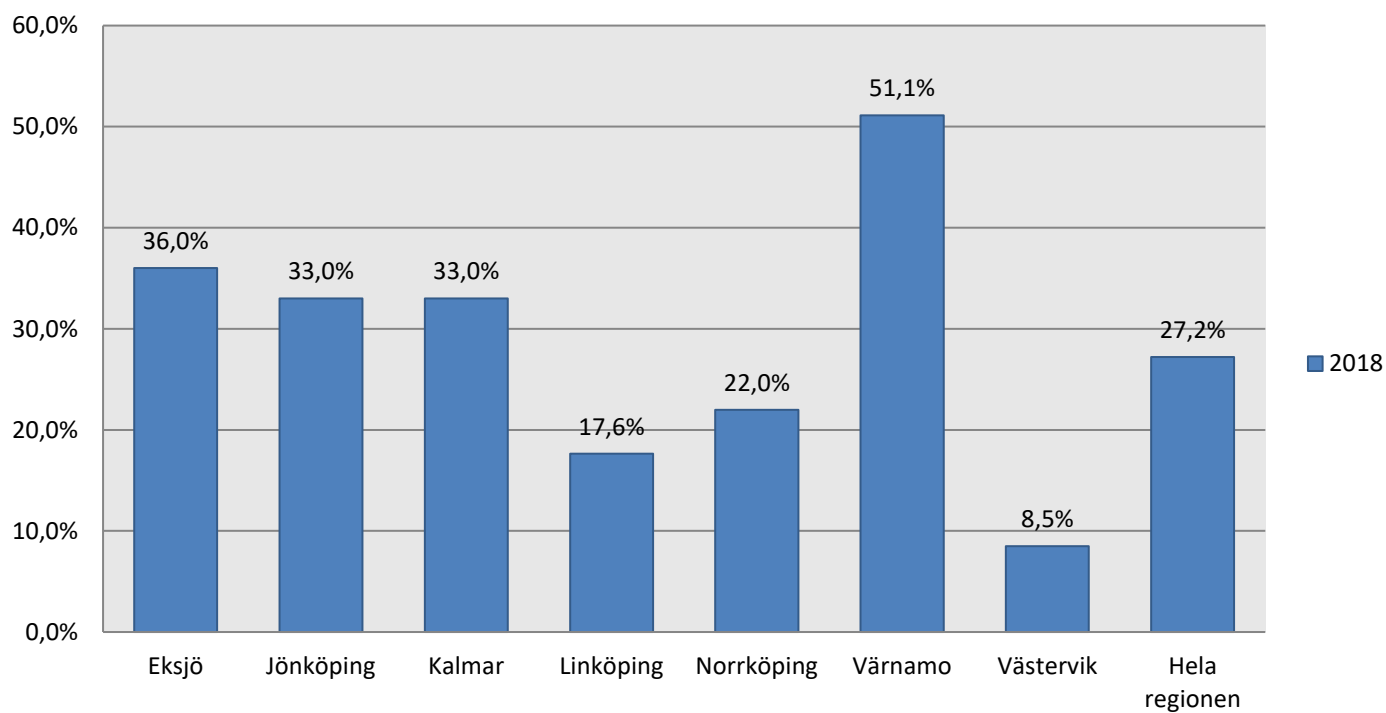
Figur 12. Andel förstföderskor med bristning (målvärde <3%)



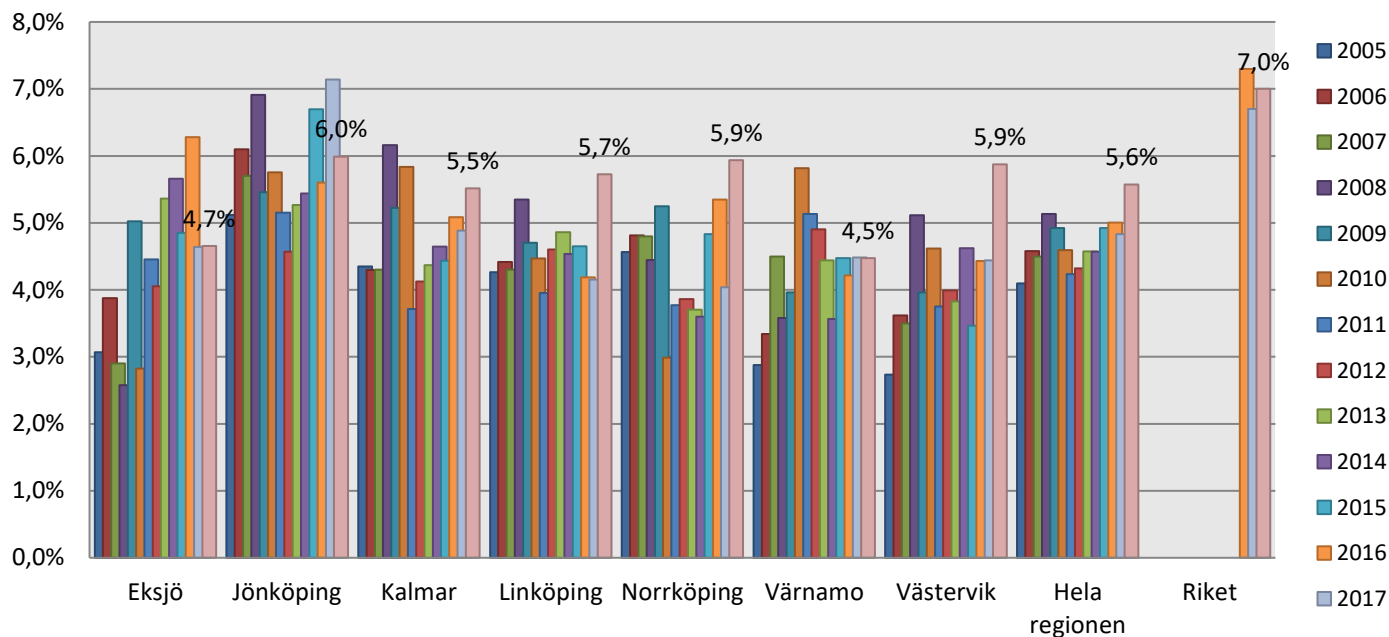
Figur 13. Bristning hos förstföderska med instrumentell förlossning (målvärde <8%)



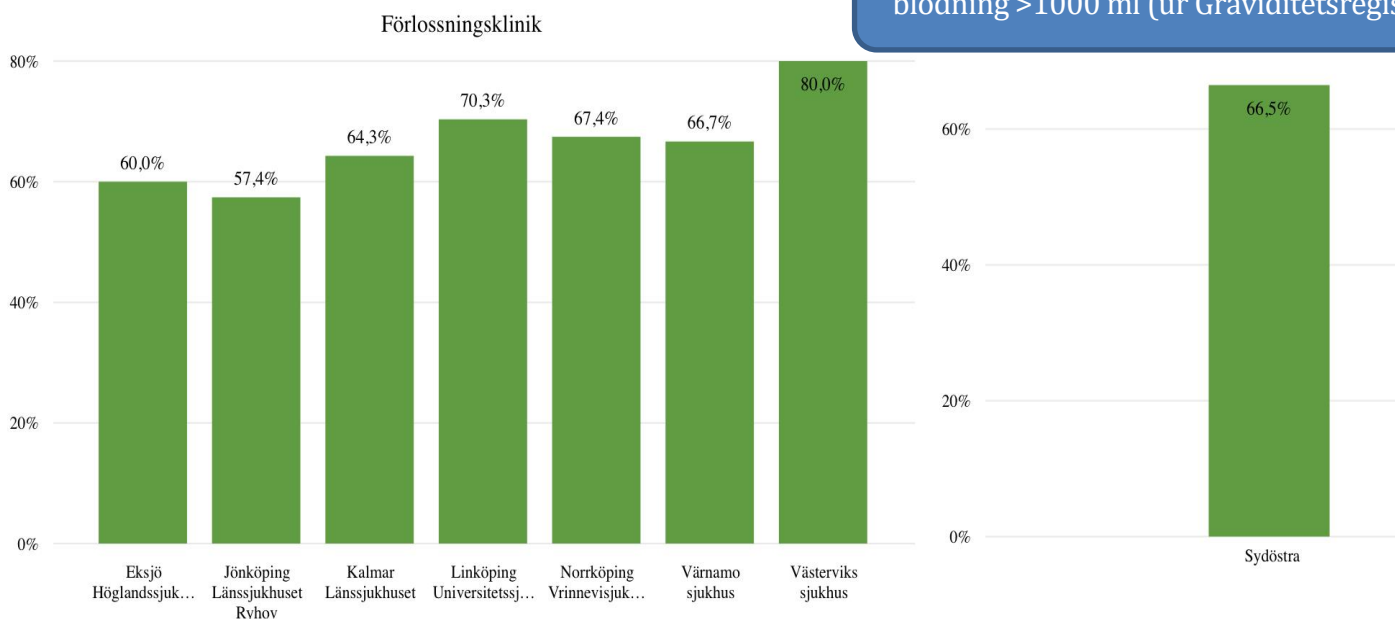
Figur 14. Andel vaginalförlösta som fått PDB



Figur 15. Andel med blödning > 1000 ml vid vaginal förlossning (mål <5,5%)

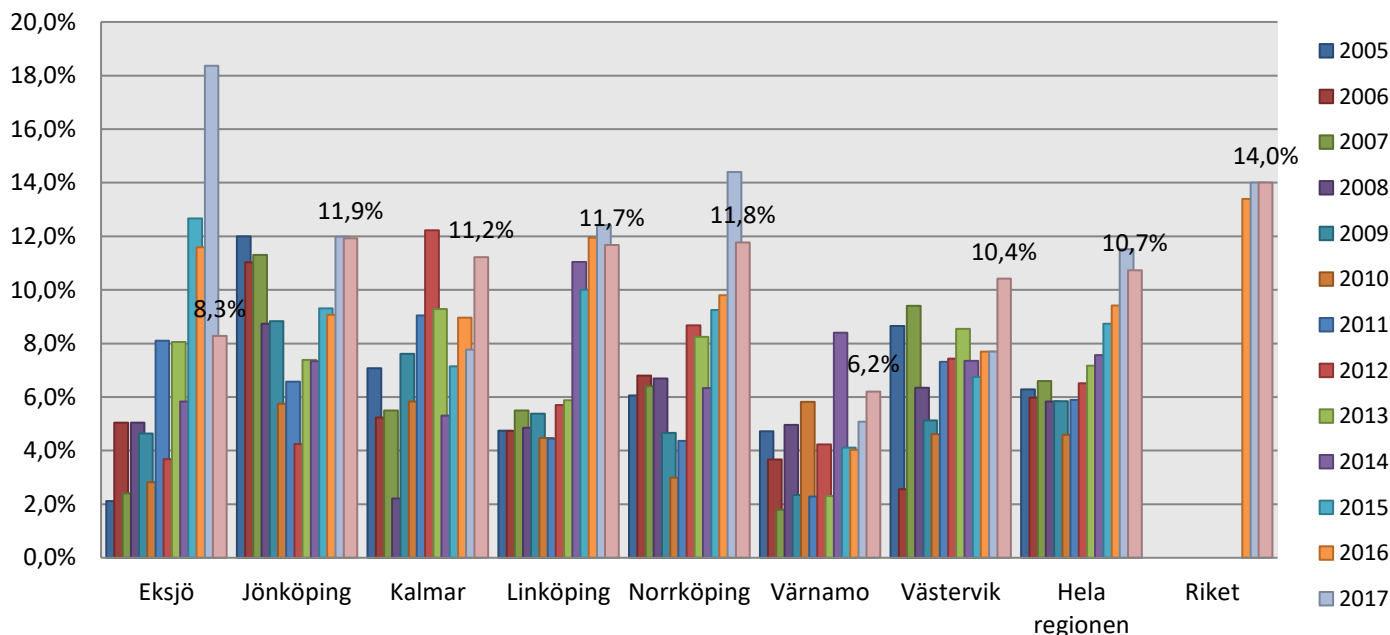


Figur 16. Andel av kvinnorna som genomgick placentalösning och hade en blödning >1000 ml (ur Graviditetsregistret)



Andelen stora **blödningar** anses som en kvalitetsparameter och i detta material hade 5,6% (4,8%) av de vaginalförlösta en sammanlagd blödning på >1000 ml. Vad gäller de stora blödningarna finns det fortfarande förbättringsmöjlighet för att nå vårt målvärde på <4%. Av de **kejsarsnittsförlösta** hade 10,7% (11,5%) en operationsblödning på >1000 ml. Se även figur 15-17.

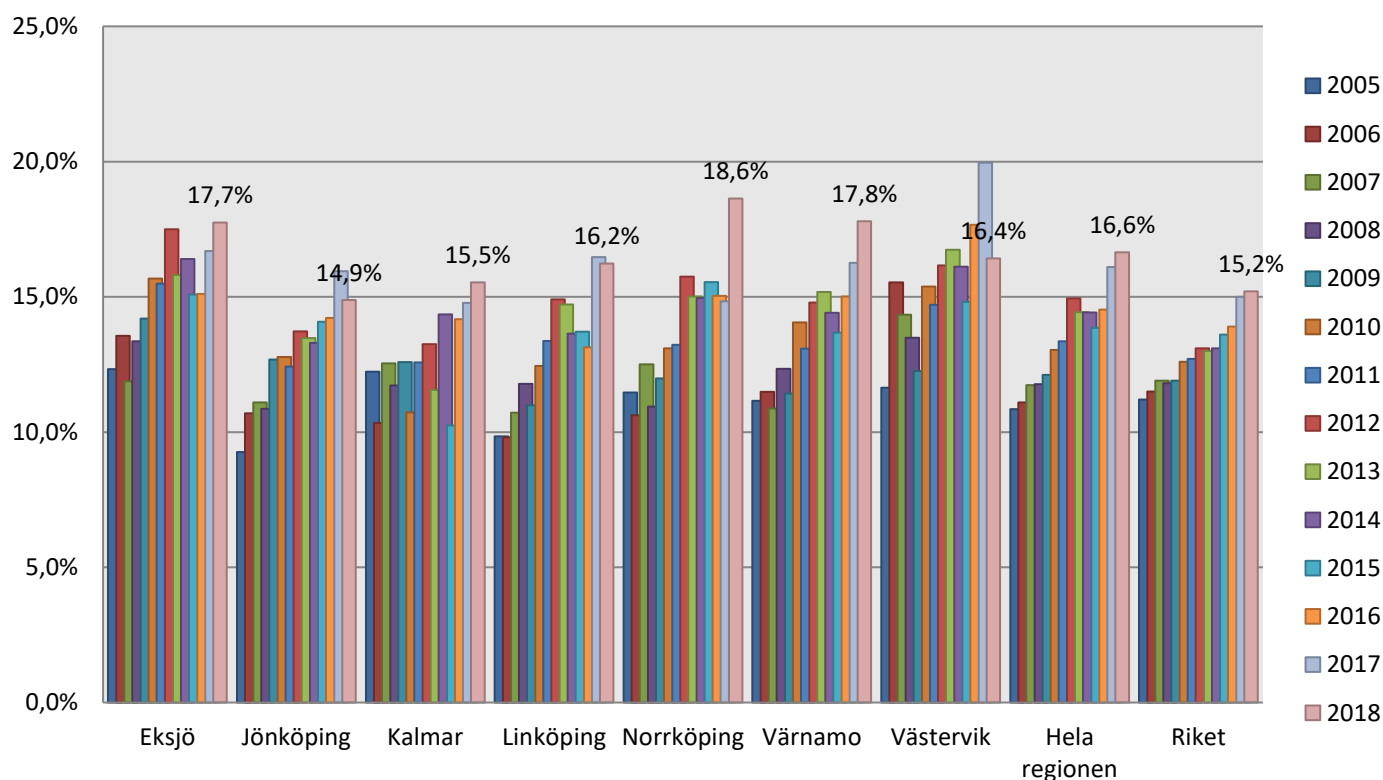
**Figur 17. Operationsblödning > 1000 ml vid kejsarsnitt
(målvärde <8%)**



Tabell 2	Eksjö	Jönköping	Kalmar	Linköping	Norrköping	Värnamo	Västervik	Hela regionen	Riket	Målvärde
Episiotomi vid vaginal förlossning	2,6%	2,4%	3,3%	1,6%	4,2%	5,0%	4,6%	3,1%	5,3%	<5%
Bristning grad III-IV vid vaginal förlossning	2,4%	1,8%	2,7%	3,2%	2,9%	1,6%	2,1%	2,9%	2,5%	<2%
Induktion	17,9%	19,0%	16,9%	20,4%	15,7%	18,4%	16,1%	18,0%	19,2%	<15%
Total blödning >1000 ml vid vaginalförlossning	4,7%	6,0%	5,5%	5,7%	5,9%	4,5%	5,9%	5,6%	7,0%	<5,5%
Operationsblödning >1000 ml vid sectio	8,3%	11,9%	11,2%	11,7%	11,8%	6,2%	10,4%	10,7%	14,0%	<12%

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, figur 18. Sammanlagt hade 16,6% (16,1%) fetma med denna definition. Andelen med BMI 35 eller mer var 5,1% (5,1%). 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 som tål större belastning.

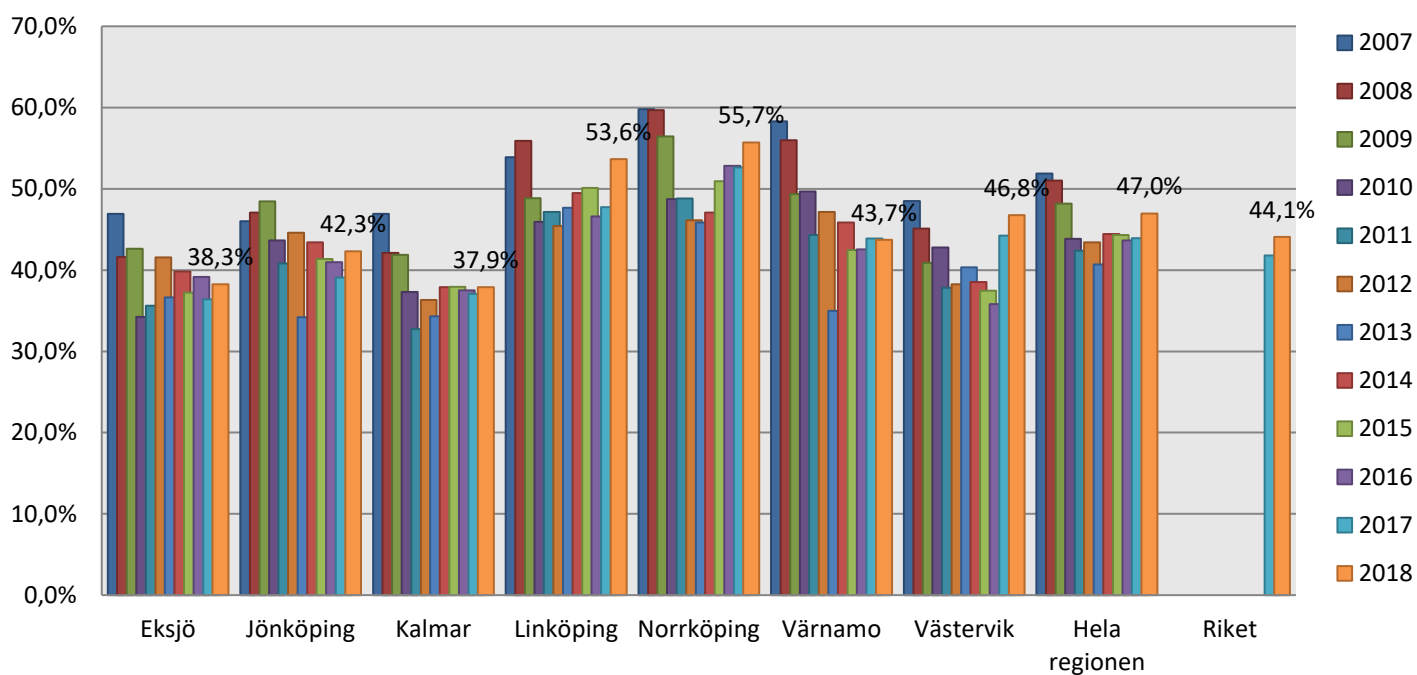
Figur 18. BMI ≥30



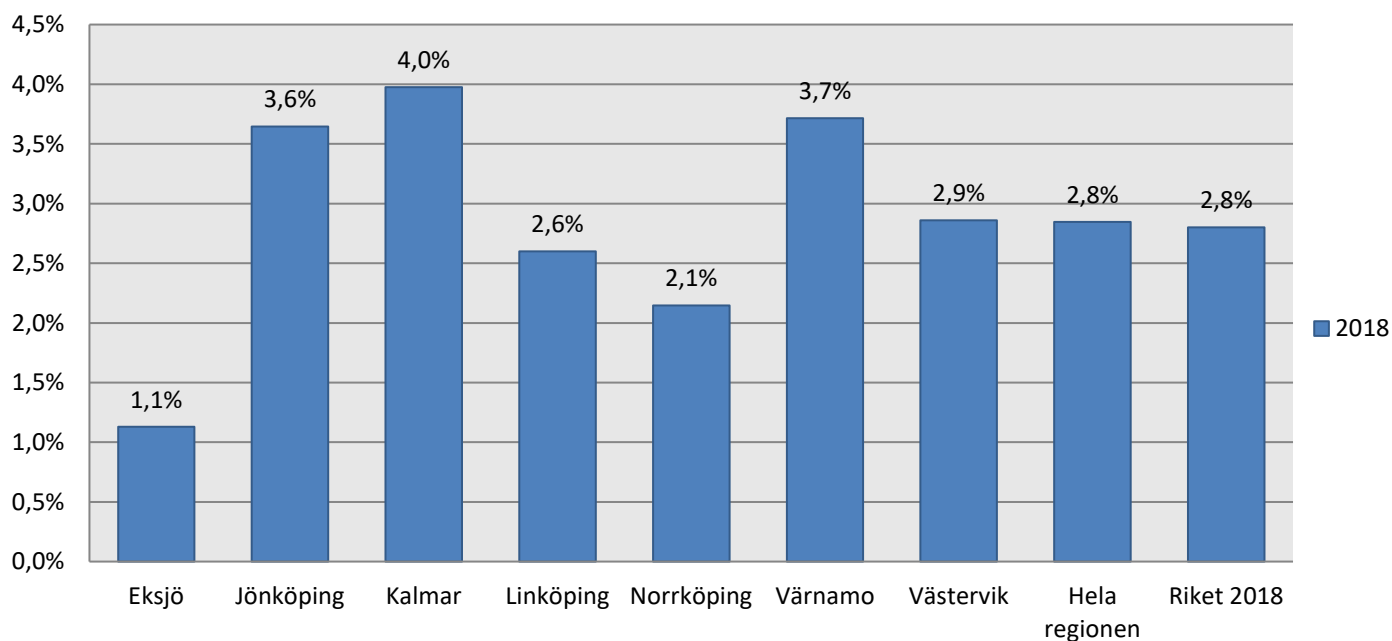
Vi håller även fortsatt fokus på användningen av oxytocintillförsel under förlossningen. Under 2018 erhöll 47,0% (43,9%) oxytocin i samband med förlossningen där samtliga sjukhus i regionen har liknande siffror, även över tid, figur 19. Studier från andra sjukhus har visat att oxytocin sannolikt används 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.

Det finns även olika svåra sjukdomstillstånd kopplat till graviditeten där preeklampsi är en av de vanligare. Det kan i värsta fall bli ett livshotande tillstånd med kraftig blodtrycksstegring och störningar i olika organsystem. Andelen som fått diagnosen ses i figur 20.

Figur 19. Andel oxytocindropp



Figur 20. Preeklampsidiagnos



Barnen

Sammanlagt föddes 12001 (**11 914**) barn vid regionens förlossningsavdelningar. De hade en **medelvikt** på 3495 g (3496 g) och 3,3% (3,4%) hade en födelsevikt ≥ 4500 g. Medelfödelsevikten och antalet stora barn verkar ha planat ut och ökar inte i samma omfattning som andelen födande mammor som är överviktiga. 3,5% av barnen var LGA (large for gestational age) och 2,7% var SGA (small for gestational age), figur 20.

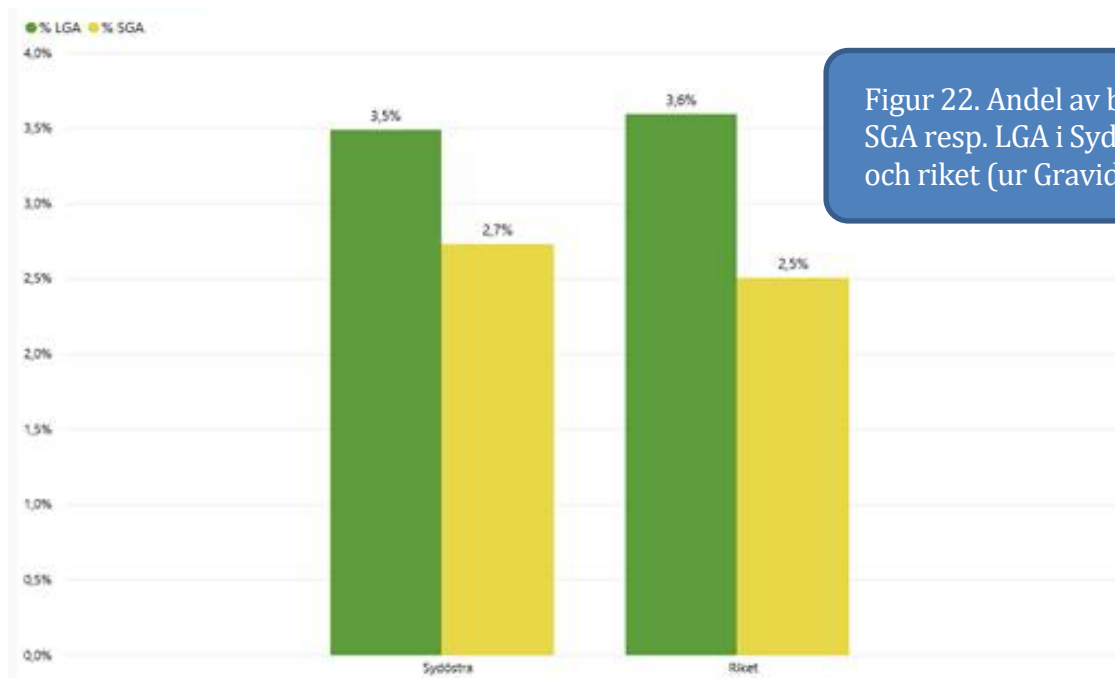
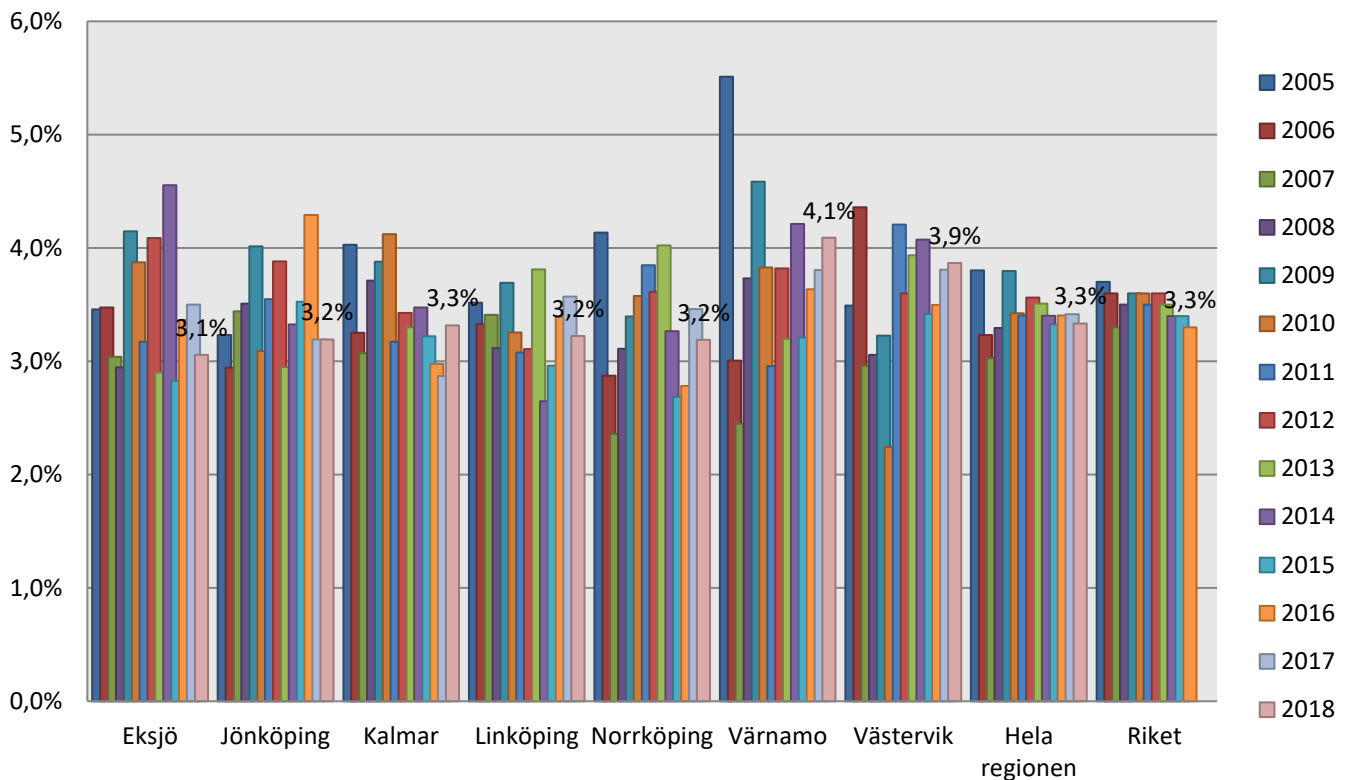
När det gäller **graviditetslängden** var endast 0,32% (0,41%) födda **före vecka 28** och sammanlagt var det 5,8% (5,7%) **prematurfödda** barn, dvs. före vecka 37. De barn som föds efter vecka 41+6 räknas som **överburna** och de utgjorde 6,3% (6,4%). Andelen barn som föddes vecka 41+0 och senare utgjorde 24%.

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 0,2% (0,3%) hade en poäng < 4 (gäller fullgångna graviditeter). **Surhetsgraden i navelsträngsblodet** är ett mera objektivt 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 1,4% (1,1%) 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 68,9% (71,8%). 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 objektivt 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.

Tabell 3	Eksjö	Jönköping	Kalmar	Linköping	Norrköping	Värnamo	Västervik	Hela regionen	Riket	Målvärde
Antal barn	1243	2068	1628	2915	2163	1027	957	12001	115832	us
Medelvikt (gram)	3531	3466	3502	3466	3500	3563	3496	3495	us	us
Födelsevikt ≥ 4500 g	3,1%	3,2%	3,3%	3,2%	3,2%	4,1%	3,9%	3,3%	us	us
Prematur $< 37+0$	3,1%	8,5%	5,8%	6,8%	4,9%	2,4%	6,2%	5,8%	5,5%	us
Överburen $> 41+6$	6,6%	6,7%	5,3%	6,6%	6,3%	6,9%	5,4%	6,3%	5,4%	us
Apgar < 4 vid 5 minuter	0,3%	0,2%	0,1%	0,2%	0,2%	0,1%	0,1%	0,3%	0,2%	0,0%
Apgar < 7 vid 5 minuter	1,0%	2,0%	1,4%	2,1%	1,7%	1,0%	1,6%	1,7%	1,2%	us
Arteriellt navelsträngs-pH $\leq 7,05$ och BE < -12	0,9%	0,9%	2,9%	1,5%	1,2%	0,9%	1,3%	1,4%	us	$< 3\%$
Andel med korrekt prov	77,3%	74,9%	73,1%	60,5%	62,6%	69,2%	77,2%	68,9%	48,7%	$> 80\%$
Intrauterin fosterdöd	0,48%	0,53%	0,37%	0,48%	0,46%	0,39%	0,31%	0,45%	0,40%	us

us = uppgift saknas

Figur 21. Födelsevikt ≥ 4500 g



Figur 22. Andel av barnen som var SGA resp. LGA i Sydöstra regionen och riket (ur Graviditetsregistret)

Slutligen studerades även antalet fall av **intrauterin fosterdöd (IUFD)**, 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. Majoriteten av dessa fall har dött redan innan ankomsten till förlossningen. Socialstyrelsen publicerade i december 2018 en genomgång av förekomsten av IUFD i Sverige och internationellt. Man kunde se regionala skillnader i Sverige

där det fanns signifikanta skillnader mellan regioner, men i absoluta tal rör det sig om få fall. I Sydöstra sjukvårdsregionen var förekomsten 2018 4,5 per tusen födda (avrundat till 5 per tusen födda i graviditetsregistret) och riksgenomsnittet är 4 per tusen födda.

2018 var det 54 fall (52 kvinnor) av IUFD i Sydöstra sjukvårdsregionen. Av dessa var sex barn i samband med flerbörd som i sig utgör en ökad risk för IUFD. I 18 fall inträffade före vecka 32+0, 42 fall före vecka 39+0 och 51 fall före v 41+0. I 25 % av fallen var BMI ≥ 30 och 7,7% av kvinnorna hade BMI ≥ 35 . (Tabell 4). En mera detaljerad genomgång av dessa fall kommer att göras.

Tabell 4. Sammanfattning av samtliga IUFD 2018

Antal barn	54	
Antal mödrar	52	
Flerbörd	6	11,5%
Graviditetsvecka $<32+0$	18	33,3%
Graviditetsvecka 32+0-38+6	24	44,4%
Graviditetsvecka 39+0-40+6	9	16,7%
Graviditetsvecka $\geq 41^*$	3	5,6%
BMI ≥ 30	13	25,0%
BMI ≥ 35	4	7,7%

* Ingen av fostren > vecka 41 var tillväxthämmade

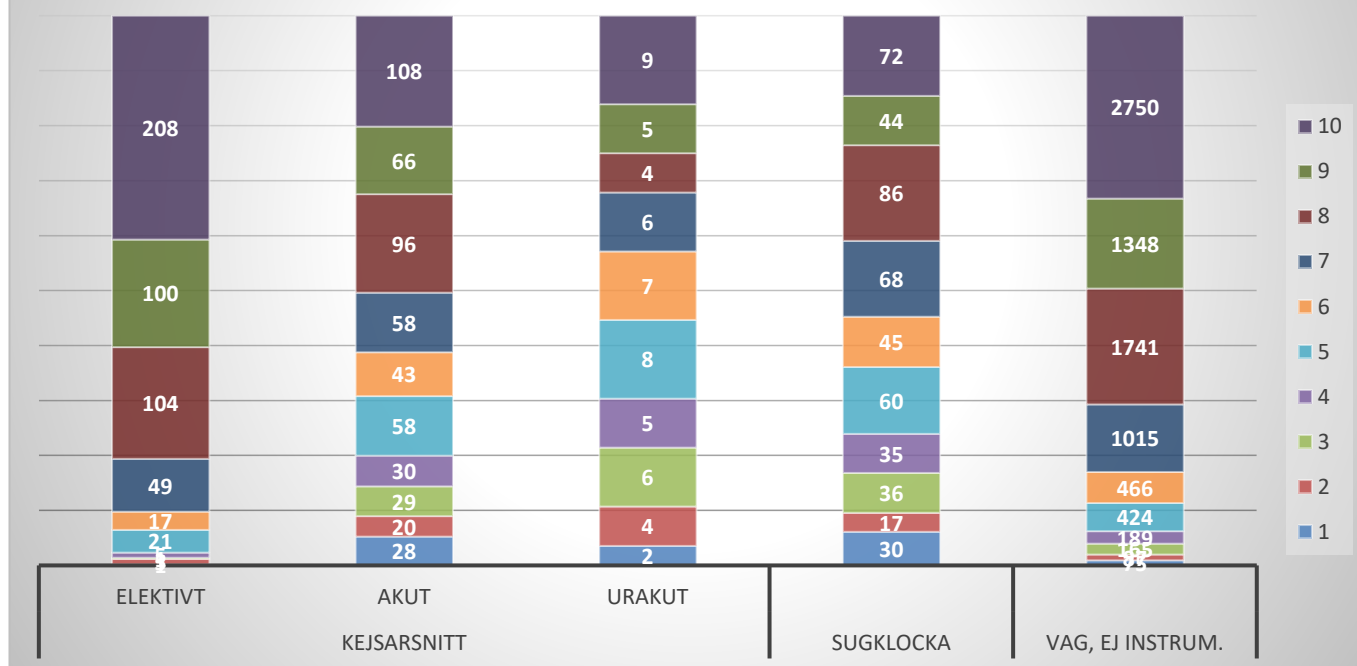
I tabell 5 har värdena för de senaste 5 åren slagits ihop för att värdera resultaten över tid för dessa sällsynta händelser. Värdena påverkas bl.a. av andelen riskgraviditeter och svåra missbildningar.

Tabell 5 Medelvärde 2014- 2018	Eksjö	Jön- köping	Kalmar	Lin- köping	Norr- köping	Värnamo	Västervik	Hela regionen	Riket
Apgar <4 vid 5 minuter	0,24%	0,24%	0,26%	0,25%	0,16%	0,11%	0,26%	0,23%	0,18%
Arteriellt navelsträngs-pH $\leq 7,05$ och BE < -12	0,87%	0,88%	1,96%	0,95%	0,98%	0,80%	0,96%	1,07%	us
Intrauterin fosterdöd	0,49%	0,39%	0,40%	0,53%	0,42%	0,35%	0,45%	0,44%	0,37%

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.

Figur 23. VAS-bedömning av förlossningen i grupper av olika förlossningsätt (VAS 10 är bästa möjliga upplevelse)



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. I nuläget föreslår gruppen att Obstetrix används så länge det är möjligt eftersom det inte finns ett likvärdigt alternativ. Cosmic Birth i sin nuvarande form är undermåligt utifrån våra verksamheters behov.

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 vårdrutiner till nytta för patienterna med fokus på hög säkerhet. Även 2018 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.

Det finns dock flera utmaningar där det behövs ett ökat fokus närmaste åren. Antalet bristningar var som beskrivits ovan 2,5 % 2018 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 max 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. Målet är att alla barnmorskor och läkare som arbetar på förlossningsavdelningarna har genomgått utbildningen senast under 2019.
- 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.

Övriga fokusområden är fosterövervakning där de nya antenatala CTG-riktlinjerna införs under våren. Det innebär att alla medarbetare bör göra CTG-utbildningen på www.ctgutbildning.se minst vart annat år.

När det gäller akut omhändertagande av barn är fokus på fortsatt arbete med utbildning i neo-HLR inklusive web-utbildningen www.neohlrutbildning.se.

Bilagor

Bilaga 1: Förlossningsdata för hela regionen 2018.