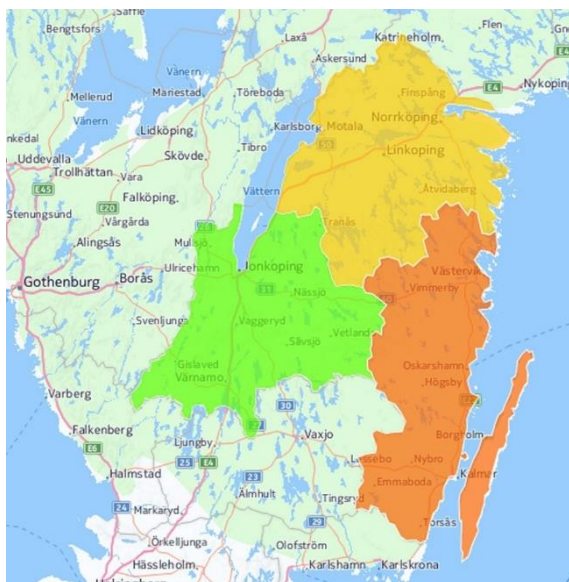


Förlossningsrapport 2019

RPO Kvinnosjukvård 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 2019, vilket är den 15:e rapporten. I arbetet har följande förlossningsöverläkare deltagit:

• Anna Hallberg	Verksamhetschefsrepresentant
• Eric Hildebrand	Universitetssjukhuset i Linköping
• Elin Boozon	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 förlossningen och den närmaste perioden efter förlossningen. 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 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 2018 presenteras inom parantes som jämförelse. Jämförelsedata för riket är tagna från Graviditetsregistret vilket täcker drygt 95% av alla förlossningar i landet. De nationella målvärdena i Graviditetsregistret sätts årligen utifrån ett medelvärde av de 20% kliniker som visar det bästa utfallet.

Resultat

Förlossningen

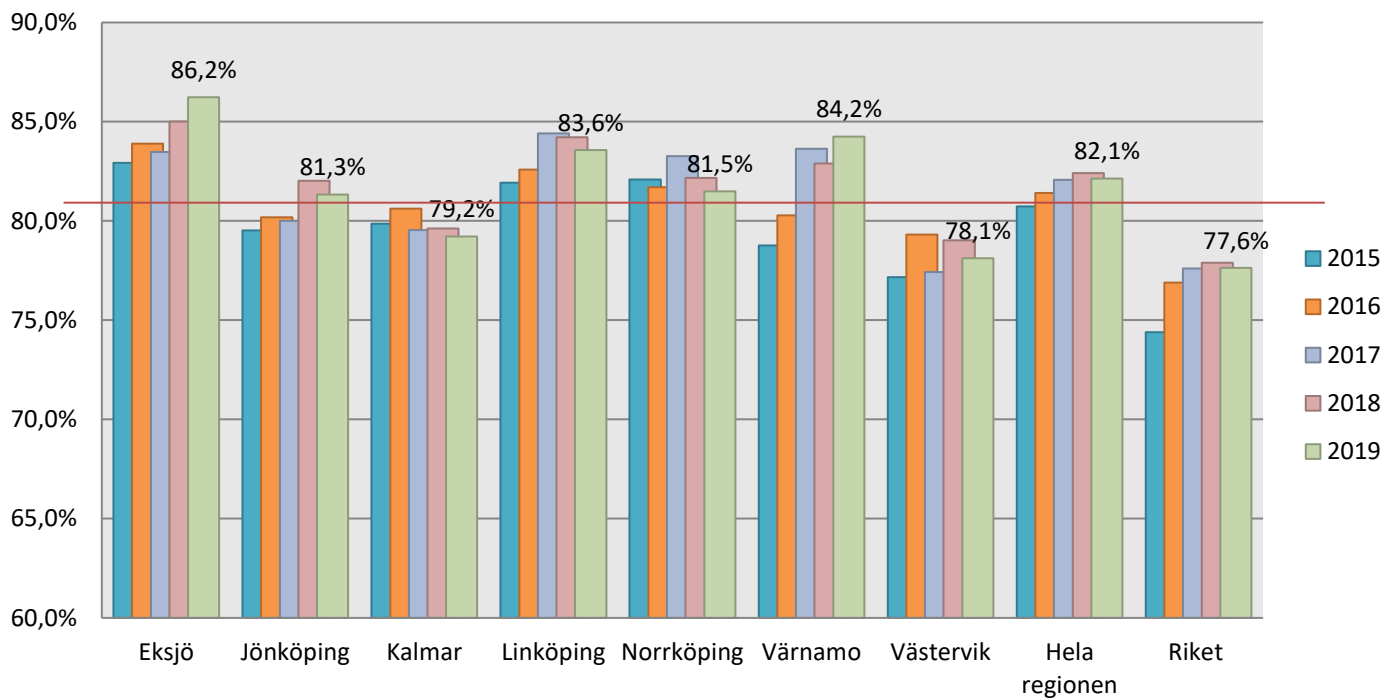
Totalt registrerades 11 665 (11 873) **förlossningar** varav 5,1% (5,1%) var **sugklocka** eller **tång** och 12,8% (12,5%) var **sectio**. Av samtliga förlossningar var 82,1% (82,4%) icke instrumentella. Denna andel har kontinuerligt ökat sedan samarbetet i sydöstra sjukvårdsregionen startade och vi lyckades åter hålla vårt målvärde, vilket är satt till >81,3% (Graviditetsregistret). Av kejsarsnitten var 42,8% (43,3%) elektiva, 49,9% (50,2%) akuta och 7,3% (6,5%) var urakuta. I 16,4% (16,9%) utfördes kejsarsnittet på s.k. psykosocial indikation, d.v.s. utan medicinskt skäl. Den totala sectiofrekvensen har under de senaste 11 åren legat lägre än målvärdet på 15,0% och betydligt under rikets andel på 17,5%.

Kejsarsnitten jämfördes också med s.k. **Robsonklassificering** där sectiofrekvensen var 5,1% (5,5%) i grupp 1 (förstföderska, huvudbudning, ≥ 37 graviditetsveckor och spontan värkstart) och 19,2 (17,6%) i grupp 2B (förstföderska, huvudbudning, ≥ 37 graviditetsveckor och induktion) samt 15,0% (13,1%) i grupp 5A (omföderska som tidigare genomgått kejsarsnitt). För detaljer se tabell 1 och figur 1-4 och 6-10.

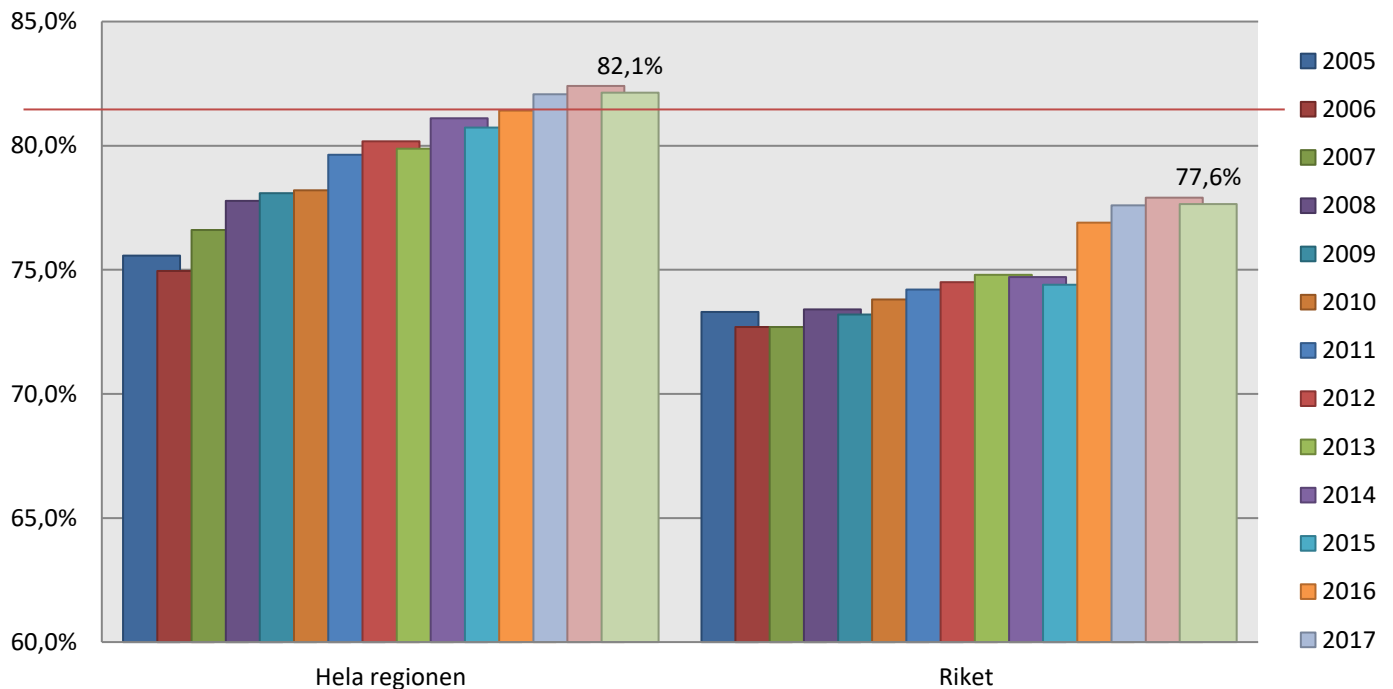
Tabell 1 (Andel i %)	Eksjö	Jön- köping	Kalmar	Lin- köping	Norr- köping	Värnamo	Västervik	Hela regionen	Riket	Mål- värde
<i>Inte instrumentellt</i>	86,2	81,3	79,2	83,6	81,5	84,2	78,1	82,1	77,6	>81,3
<i>Andel sectio</i>	9,6	14,0	13,0	11,4	13,9	12,0	16,7	12,8	17,5	<15,0
<i>Sectiofrekvens Robson 1</i>	1,9	6,8	3,7	4,1	5,1	7,1	9,6	5,1	7,4	<5,0
<i>Sectiofrekvens Robson 2B</i>	17,7	20,9	23,0	14,0	21,5	16,0	27,4	19,2	21,5	<20,0
<i>Sectiofrekvens Robson 5A</i>	14,3	15,4	14,5	15,7	12,1	14,5	21,4	15,0	21,0	-
<i>Sectio på psykologisk indikation</i>	1,4	2,1	2,2	1,7	2,6	1,5	3,4	2,1	us	-
<i>VE/Tång</i>	4,2	4,7	7,8	5,0	4,6	3,7	5,2	5,1	4,9	<6,0

Andelen kejsarsnitt i regionen ligger även 2019 under målvärdet!

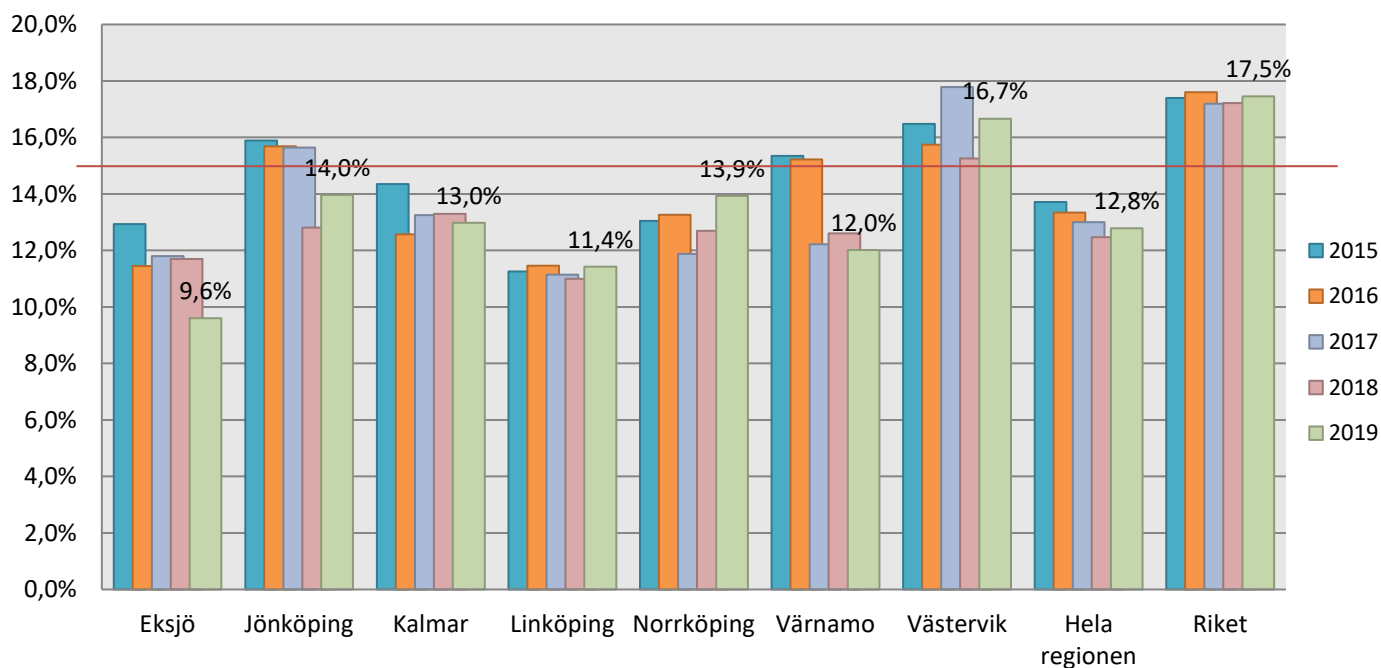
Figur 1 a. Ej instrumentellt (målvärde >81,3%)



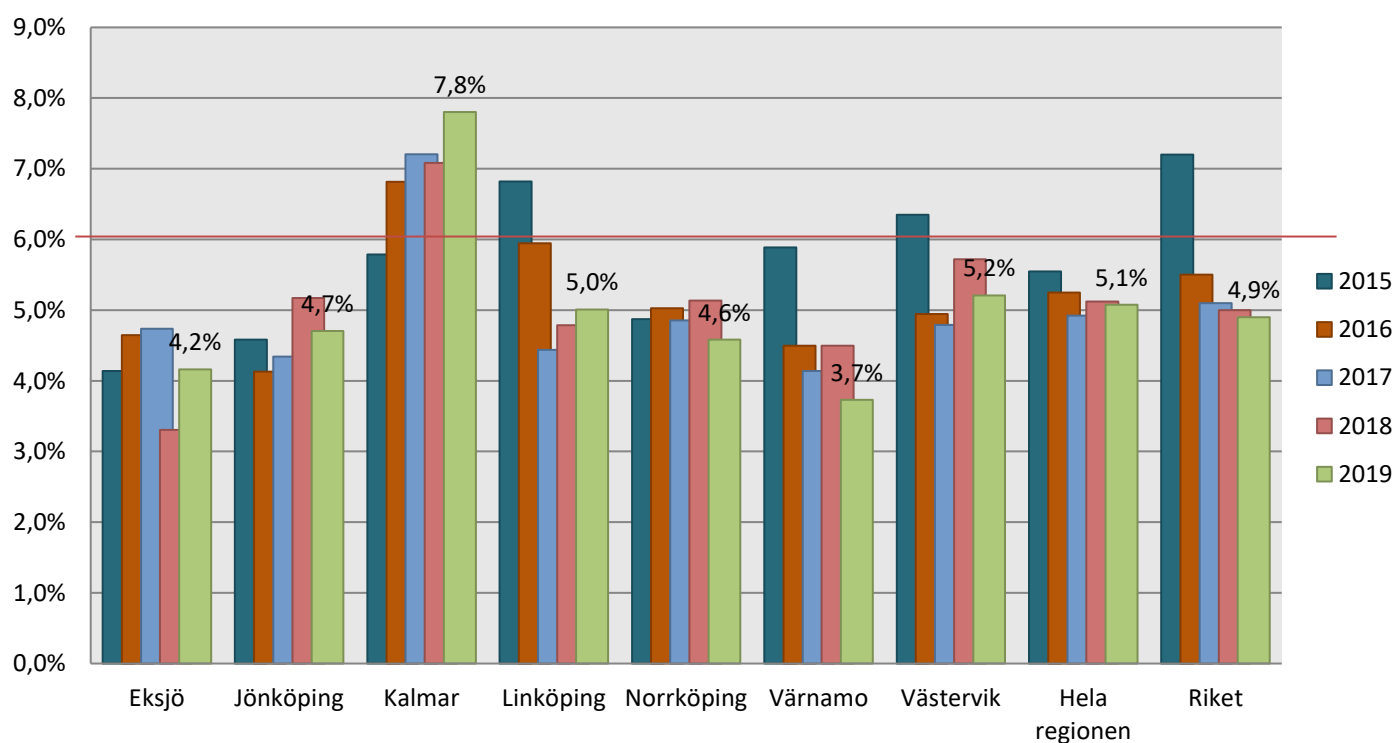
Figur 1 b. Ej instrumentellt. (Regionen jmf. med riket, mål >81,3%)



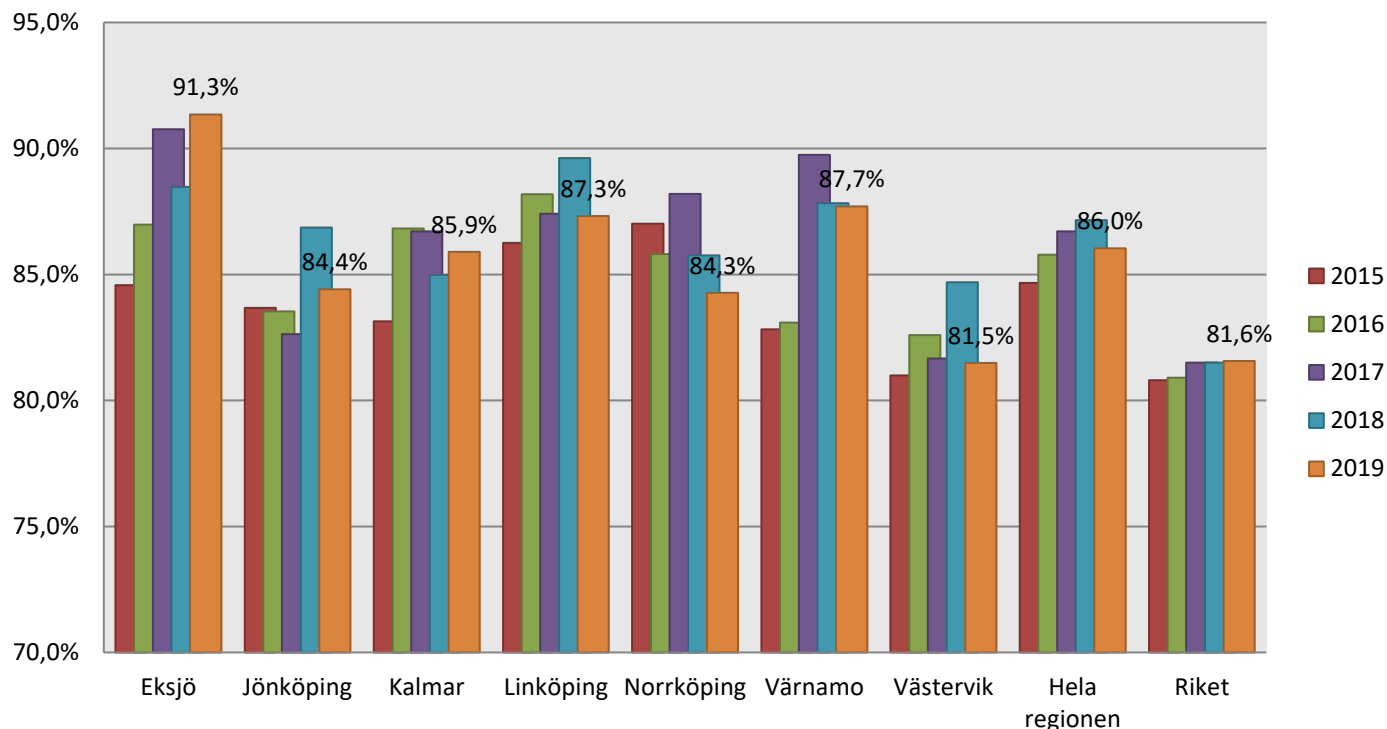
Figur 2. Andel sectio (målvärde<15%)



Figur 3. Andel VE/Tång (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) ligger på en oförändrad hög andel med 82,1% för 2019, och ligger över rikets målvärde på 81,3% (Graviditetsregistret). 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 (figur 4).

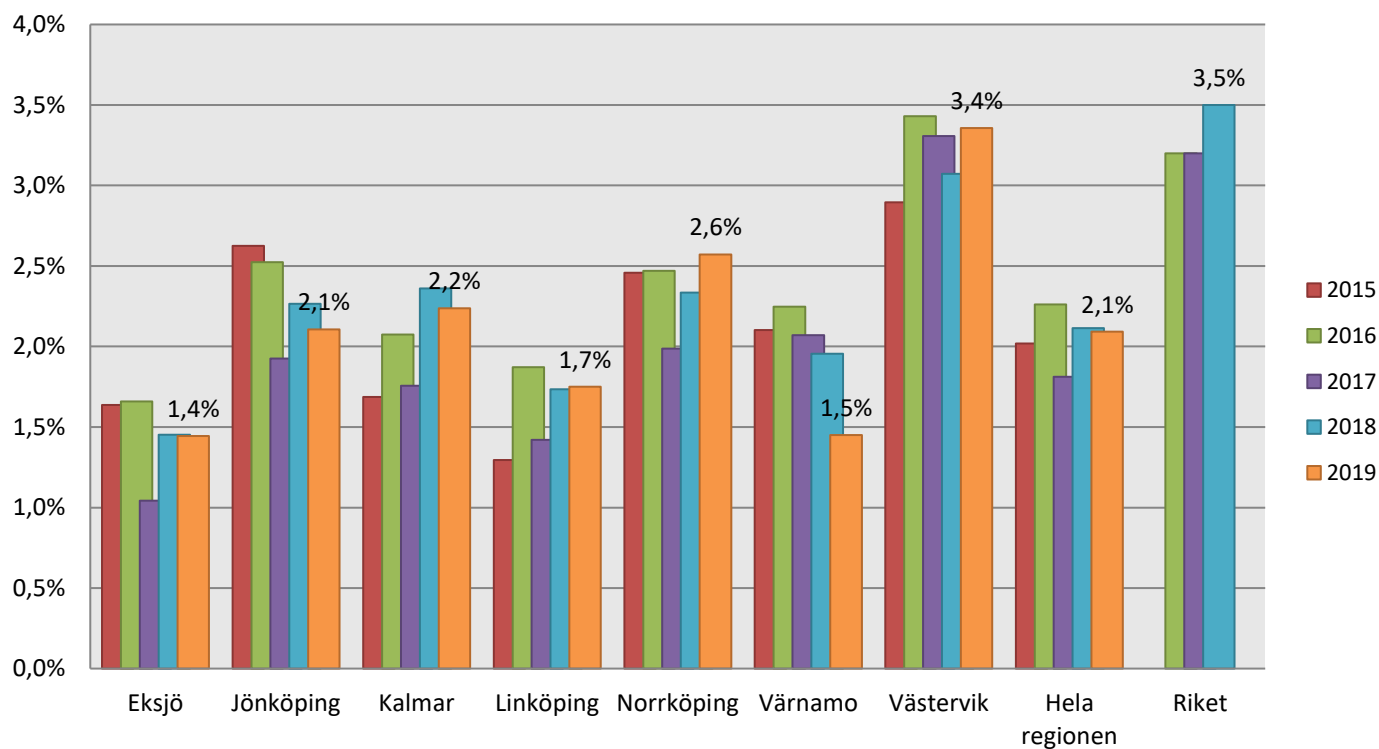
Robson 5A är omföderskor med spontan förlossningsstart som tidigare genomgått kejsarsnitt. Trots att förlossningen startar spontant är risken för akut kejsarsnitt ungefär 15% jämfört med ungefär 1% om kvinnan tidigare genomgått en vaginal förlossning.

Andelen av kejsarsnitten på **psykosocial indikation**, dvs. utan strikt medicinska skäl, visar en betydande variation. Drygt 1/6 av alla kejsarsnitt utförs med hänvisning till psykologiska orsaker. Vi har enats om att beslut på denna indikation bör samlas till ett fåtal individer för att minska variationen i handläggning och diagnossättning. Här ser vi en möjlighet till förbättring där ett regionalt samarbete sannolikt skulle vara givande för Aurora/Amandaverksamheten (figur 5).

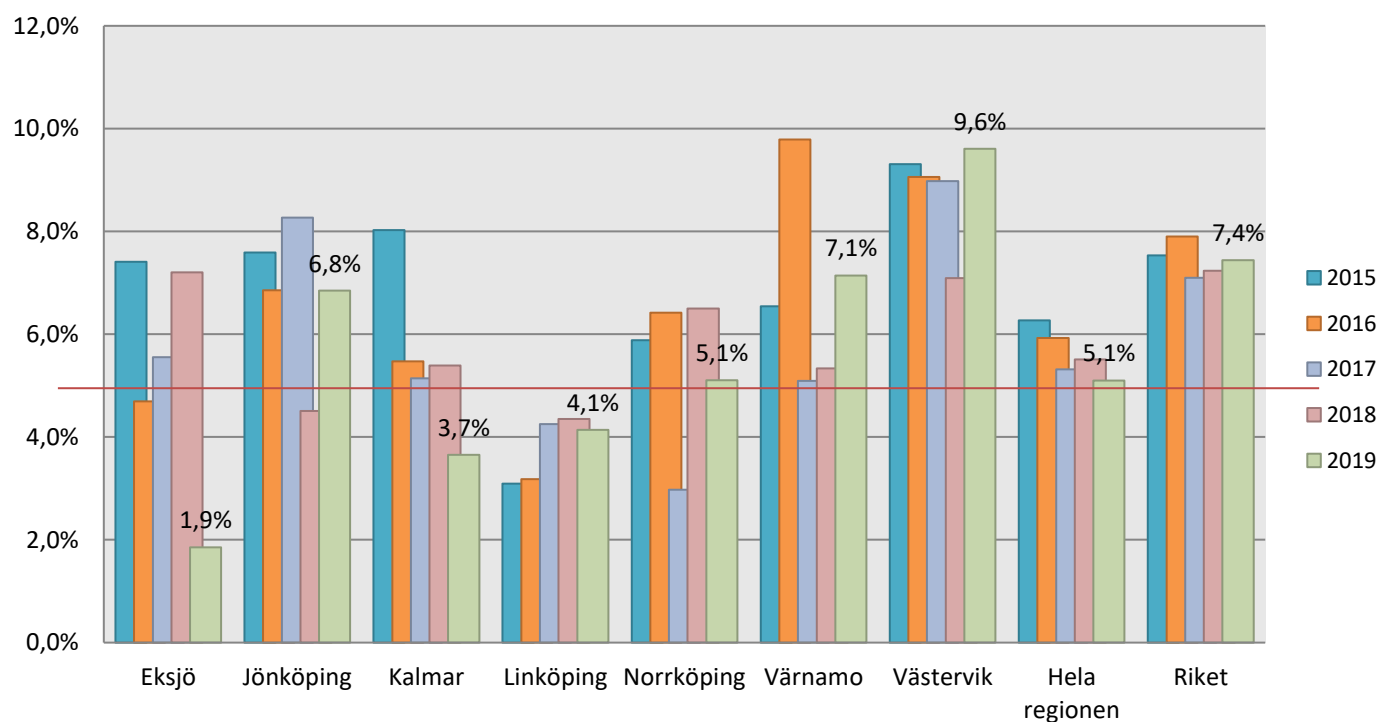
Andelen induktioner (igångsättningar) ligger fortsatt högt i hela landet och låg i vår region på 18,8% (18,0%) under 2019. Detta har sannolikt många förklaringar, men kan vara kopplat till ett ökat panorama av olika samtidiga sjukdomar hos mödrarna samt en ökad benägenhet att inducera vid graviditetskomplikationer. Dessutom har det varit en stor diskussion angående när en förlossning ska induceras på grund av överburenhet. Resultatet av SWEPI (SWEdish Post term Induction Study) påverkade handläggningen vid överburenhet där en del kliniker i Sverige under 2019 har börjat inducera alla förlossningar i v 41+0 medan övriga har haft en avvaktande hållning i frågan. En ändring av rutinen i sydöstra sjukvårdsregionen skulle innebära en kraftig ökning av andelen induktioner, där dessa skulle skapa en undanträngningseffekt för de kvinnor som kommer till förlossningen i aktivt värbete. Vid en stor förändring bör den baseras på den samlade vetenskapliga litteraturen och inte en enskild studie

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.

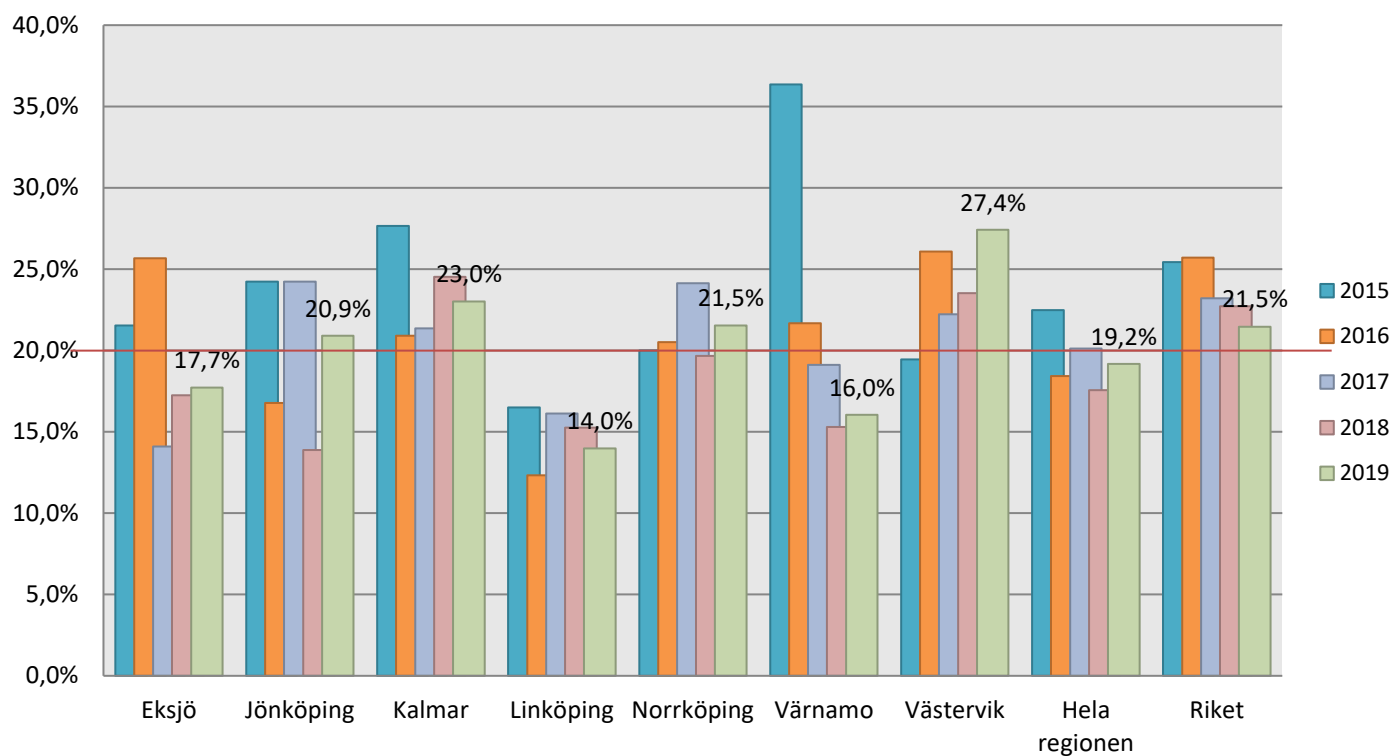
Figur 5. Andel sectio på psykosocial indikation av alla förlossningar



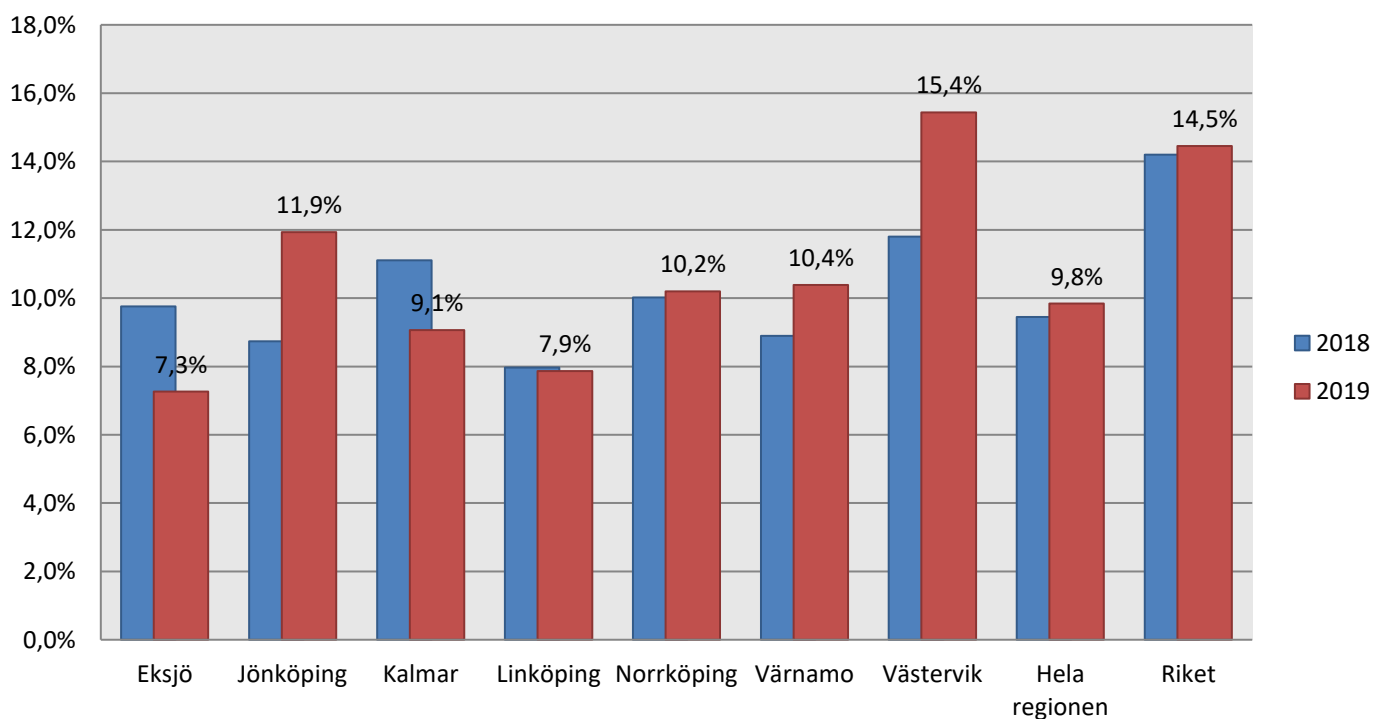
Figur 6. Andel sectio i Robsongrupp 1 (Målvärde <5%)



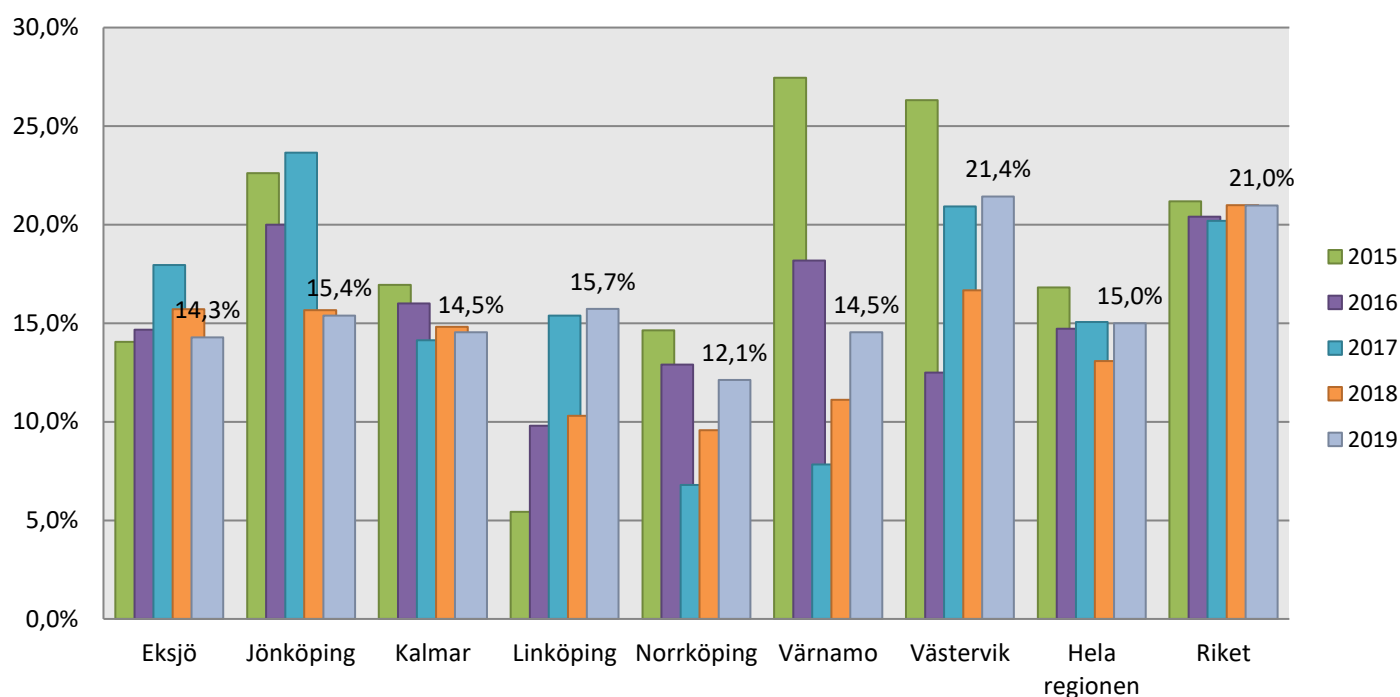
Figur 7. Andel sectio i Robsongrupp 2B (Målvärde <20%)



Figur 8. Andel sectio i Robsongrupp 1+2

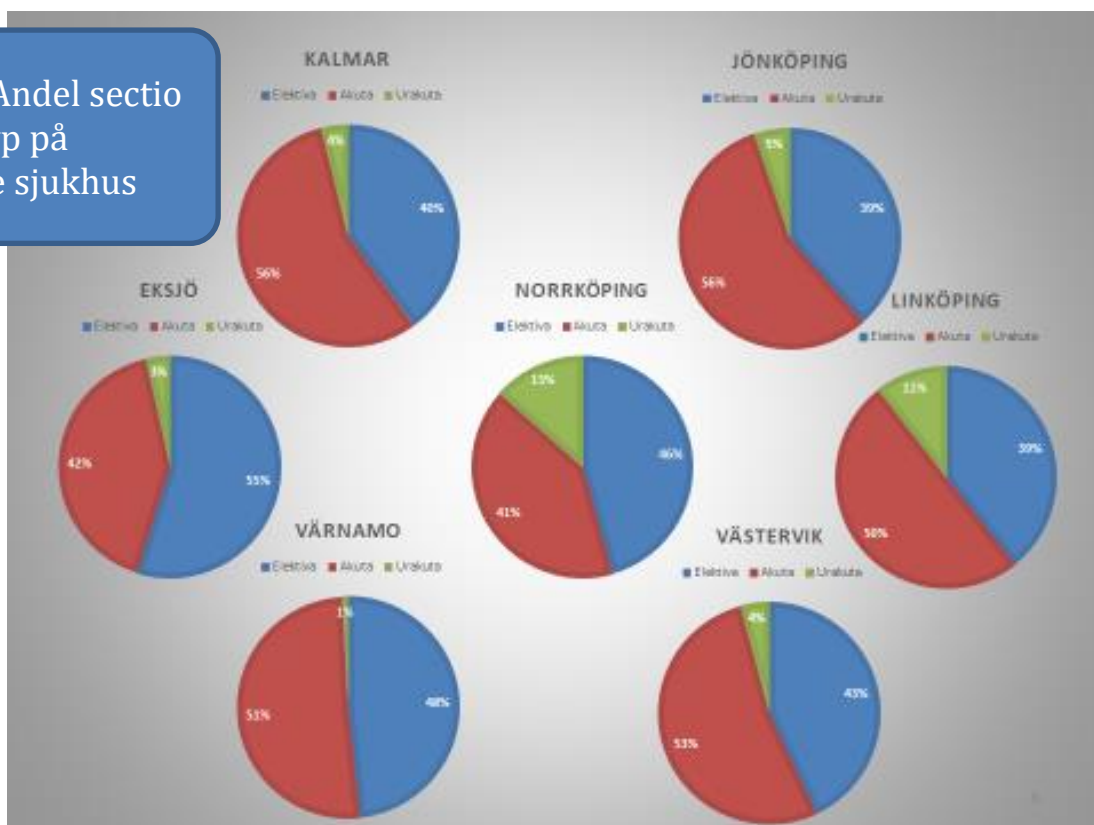


Figur 9. Andel section i Robsongrupp 5A



Omedelbart (urakut) kejsarsnitt ska utföras på strikt indikation, det vill säga vitalindikation för kvinnan eller barnet eftersom ingreppet är förenat med en ökad risk för kvinnan. Andelen omedelbara kejsarsnitt utgör 7,3 % av det totala antalet kejsarsnitt men skiljer sig åt inom regionen (figur 10). Vi ser att det finns skillnader mellan klinikerna och arbetssättet kommer på grund av det att följas upp.

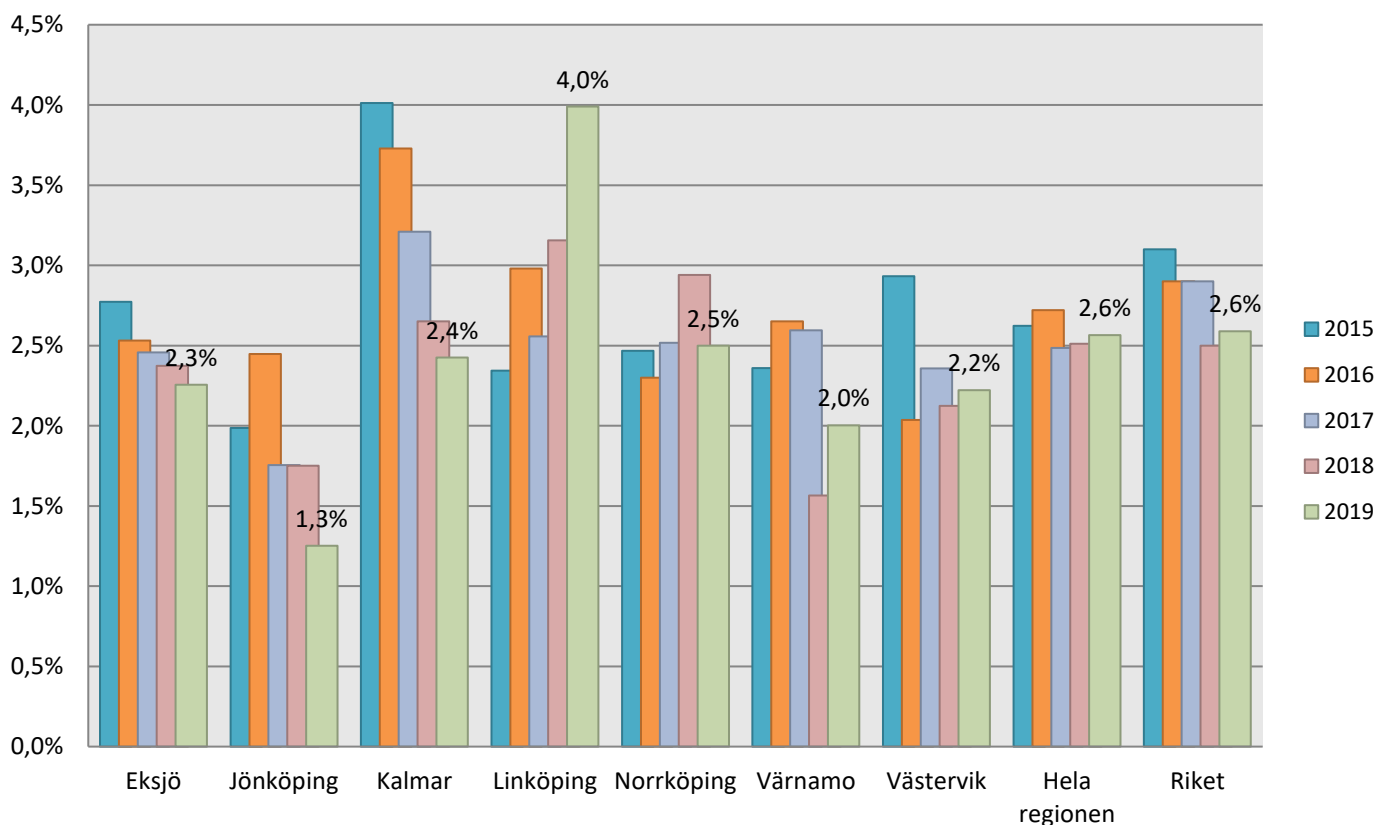
Figur 10. Andel section av olika typ på respektive sjukhus



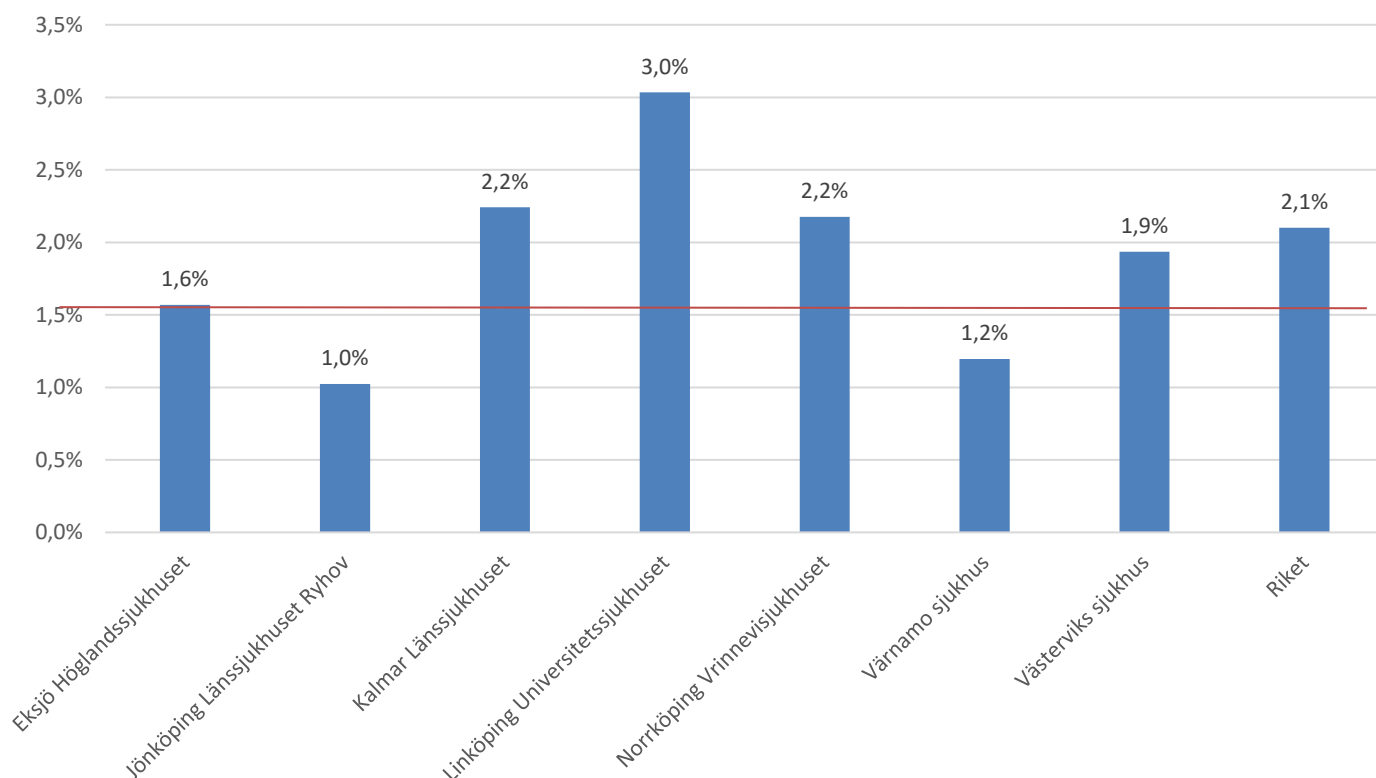
Andelen kvinnor som drabbades av en **grad III-IV-bristning** (partiell eller total bristning av analsfinktern (slutmuskeln) och/eller en bristning av slemhinnan i ändtarmen) var 2,0% vid icke-instrumentell förlossning. Vid instrumentell förlossning var motsvarande resultat 12,9%. Det har varit mycket 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 (figur 11-14). Arbetet med detta inleddes 2018 och vi ser en ökad andel kvinnor som fått PDB och fortsatt arbete och uppföljning av detta kommer att ske.

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. Vid instrumentell förlossning förekom episiotomi i 17,3% jämfört med 32,0% i riket (Graviditetsregistret). Vid icke-instrumentell förlossning förekom episiotomi i 2,0% av förlossningarna jämfört med 3,8% i riket (Graviditetsregistret).

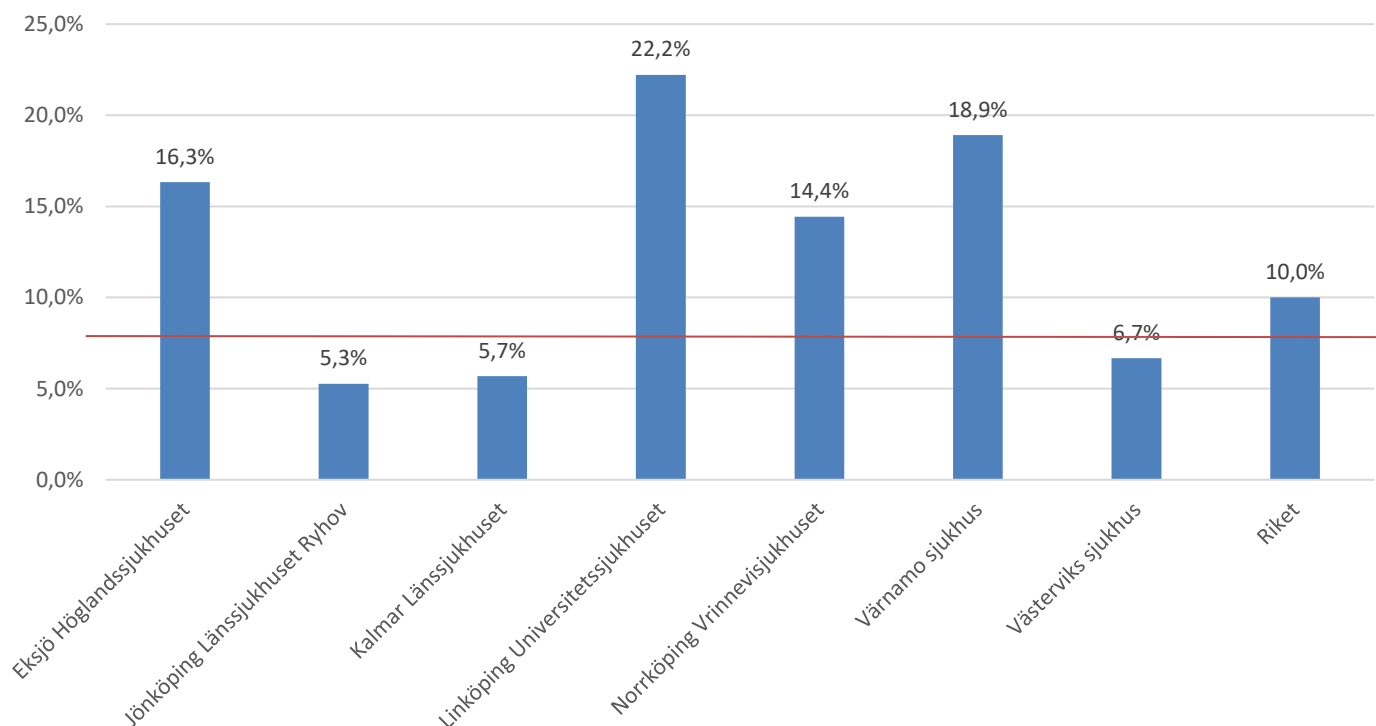
Figur 11. Andel bristningar Grad III-IV



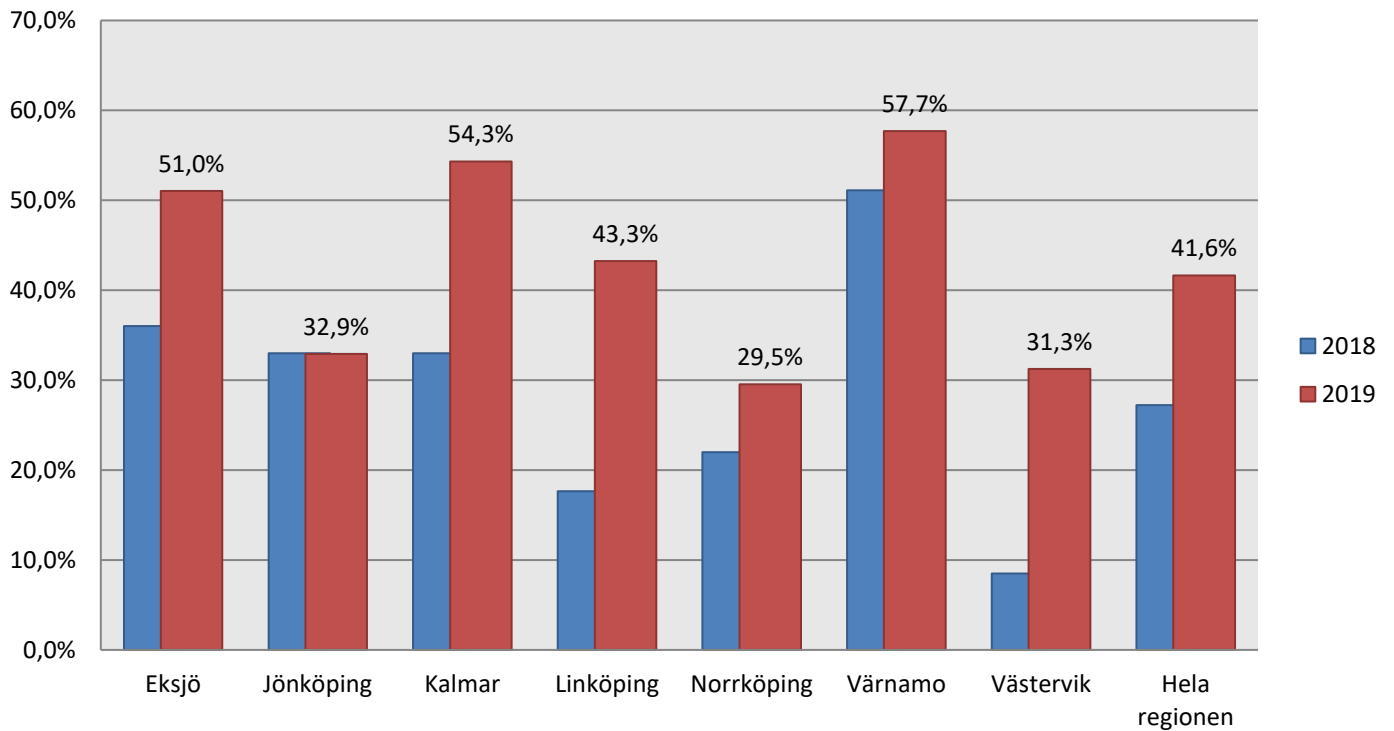
**Figur 12. Bristning Grad III-IV, icke instrumentell förlossning
(Målvärde <1,5%)**



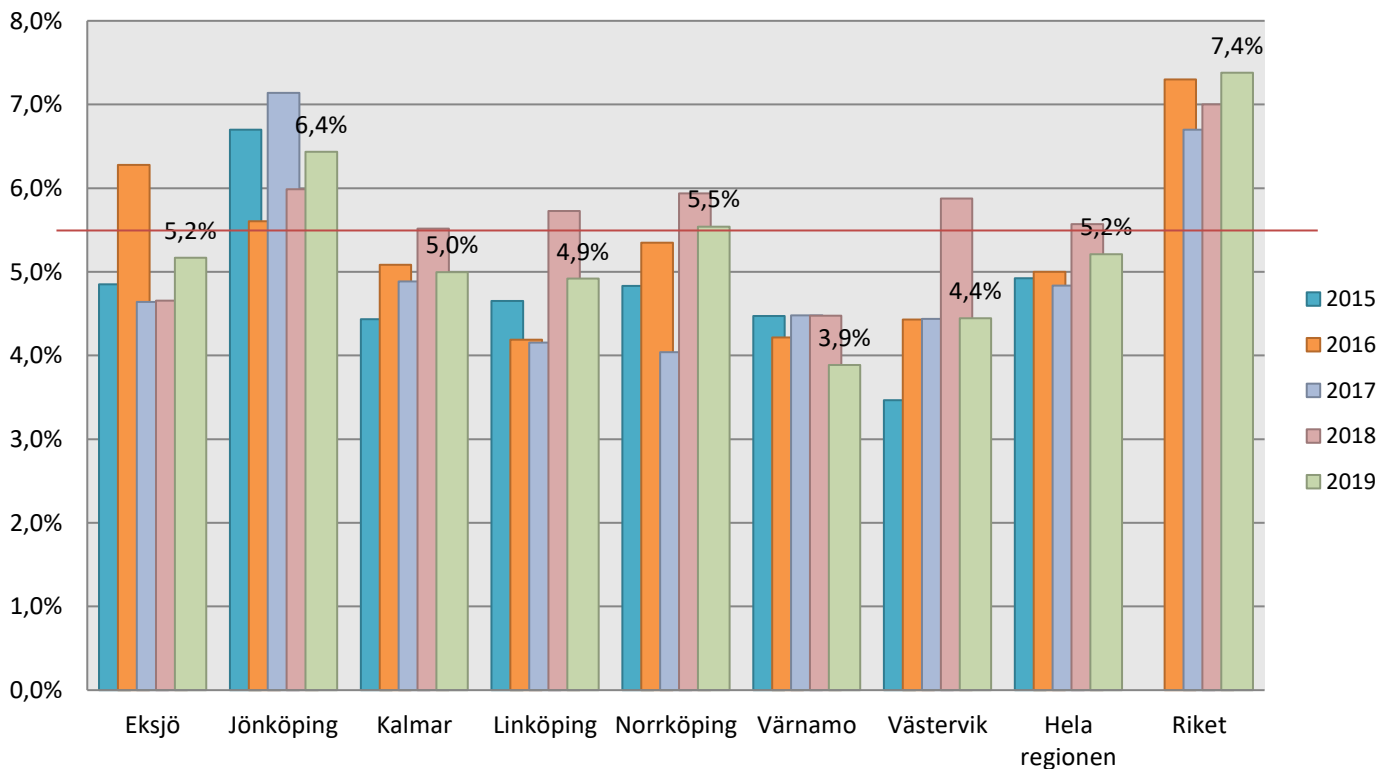
**Figur 13. Bristning Grad III-IV, instrumentell förlossning
(Målvärde <6,9%)**



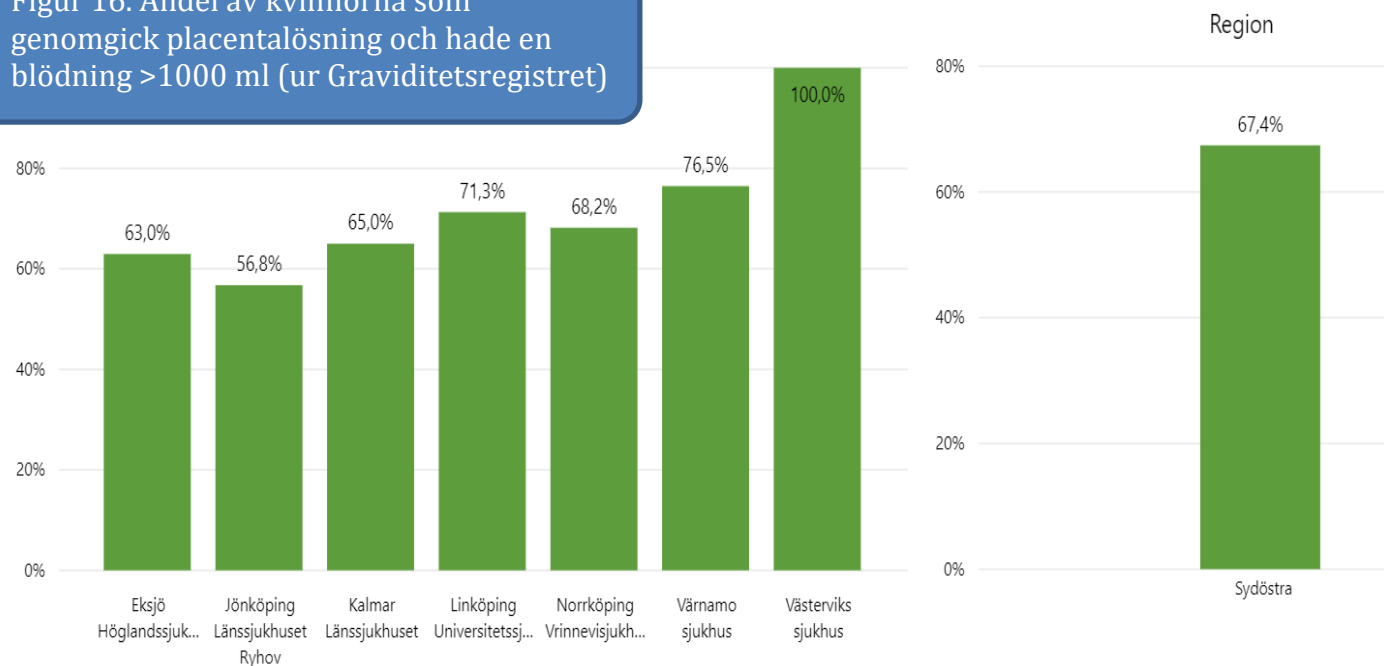
Figur 14. Andel av vaginalförlösta som fått en PDB



Figur 15. Blödning >1000 ml vid vaginalförlossning (målvärde <5,5%)

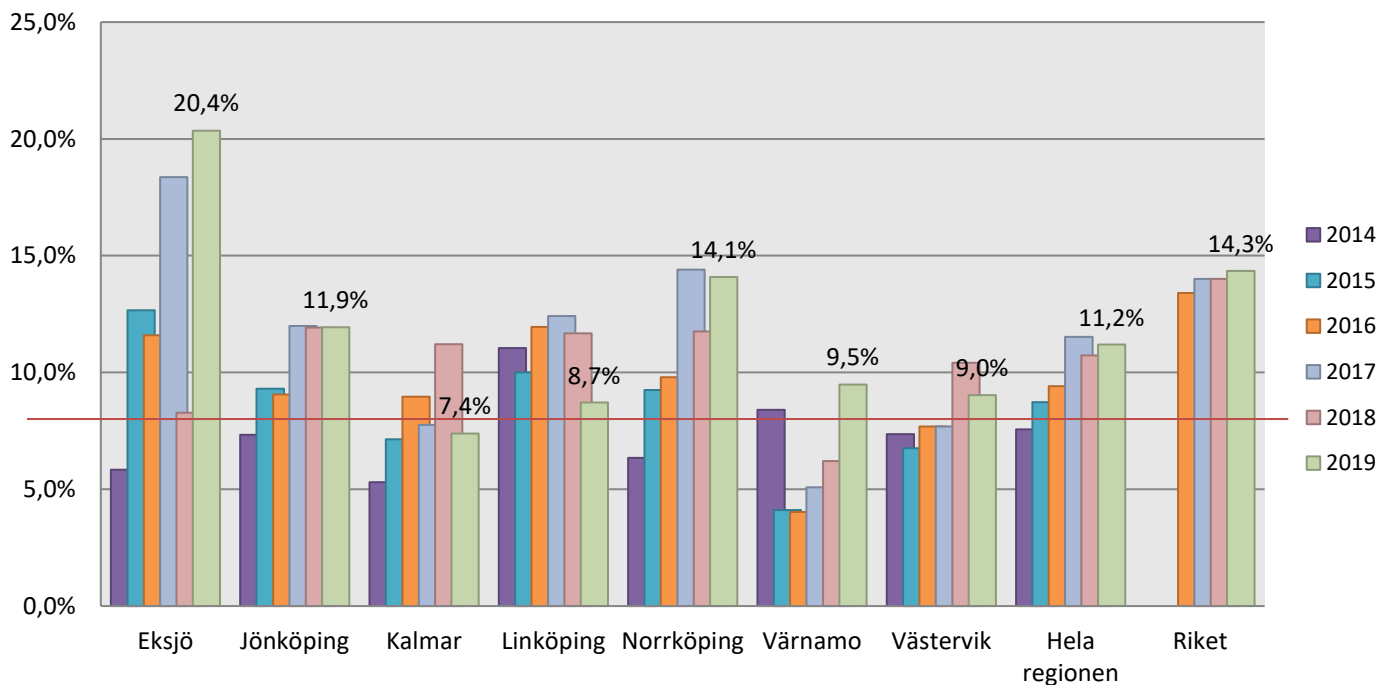


Figur 16. Andel av kvinnorna som genomgick placentalösning och hade en blödning >1000 ml (ur Graviditetsregistret)



Andelen stora **blödningar** anses som en kvalitetsparameter och i detta material hade 5,2 % (5,6 %) av de vaginalförlösta en sammanlagd blödning på >1000 ml. Vi har således kommit under målvärdet, men viss förbättringspotential finns fortfarande på vissa enheter. Av de **kejsarsnittsförlösta** hade 14,3% (mål < 10,3 %) en total blödning på >1000 ml (Graviditetsregistret) (figur 15-17).

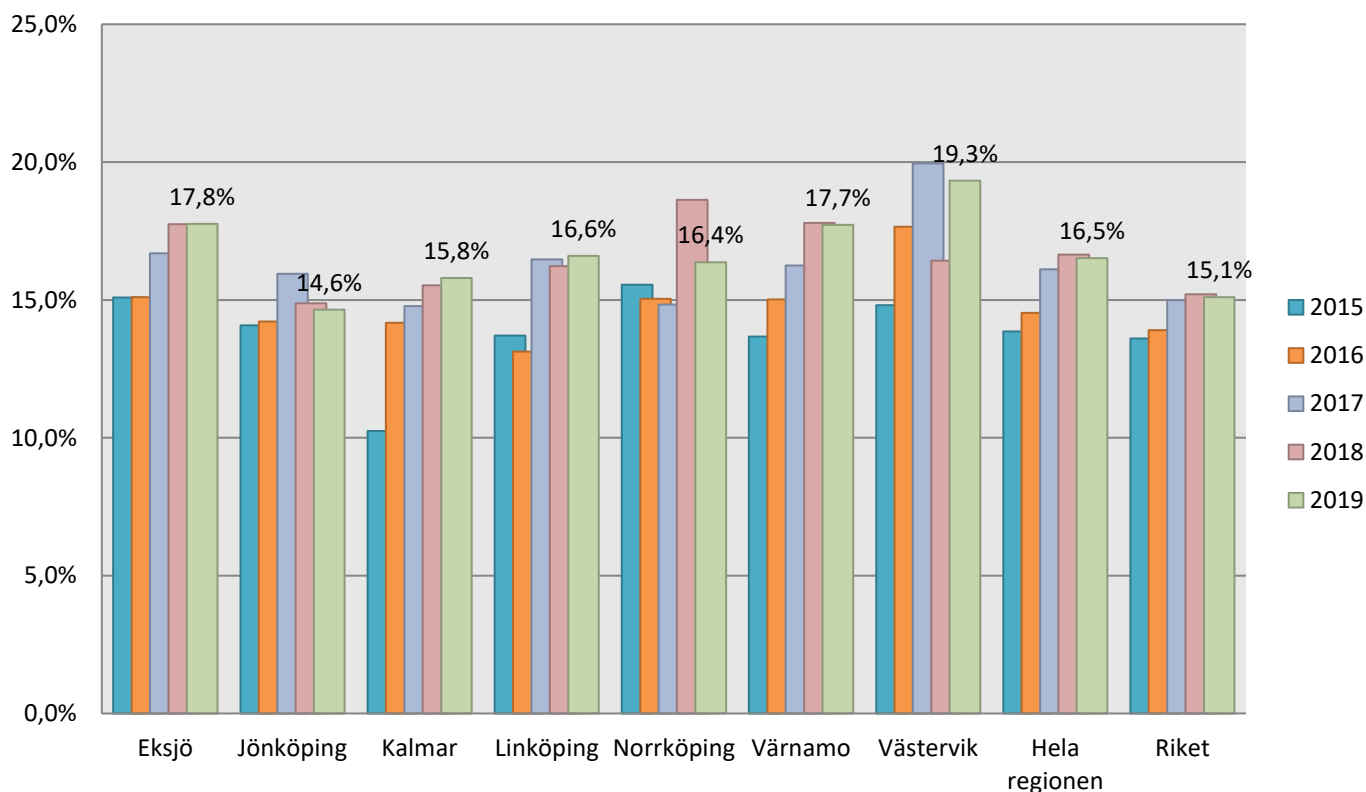
Figur 17. Operationsblödning >1000 ml vid kejsarsnitt (målvärde <8%)



Tabell 2 (Andel i %)	Eksjö	Jönköping	Kalmar	Linköping	Norrköping	Värnamo	Västervik	Hela regionen	Riket	Målvärde
Episiotomi vid vaginal förlossning	1,6	2,4	2,5	2,3	3,8	4,8	4,3	2,9	5,4	<5,0
Bristning grad III-IV vid vaginal förlossning	2,3	1,3	2,4	4,0	2,5	2,0	2,2	2,6	2,6	<2,0
Induktion	18,1	18,4	18,2	22,1	15,8	18,2	18,6	18,8	21,2	<15,0
Total blödning >1000 ml vid vaginal förlossning	5,2	6,4	5,0	4,9	5,5	3,9	4,4	5,2	7,4	<5,5
Operationsblödning >1000 ml vid sectio	20,4	11,9	7,4	8,7	14,1	9,5	9,0	11,2	14,3	<8,0

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 16,5% (16,6%) fetma med denna definition. Andelen med BMI 35 eller mer var 5,3% (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



Barnen

Sammanlagt föddes **11820** (12001) barn vid regionens förlossningsavdelningar.

När det gäller **graviditetslängden** var endast 0,39% (0,32%) födda **före vecka 28** och sammanlagt var det 5,5% (5,9%) **prematurfödda** barn, dvs. före vecka 37. De barn som föds efter vecka 41+6 räknas som **överburna** och de utgjorde 5,8% (5,6%). Andelen barn som föddes vecka 41+0 och senare utgjorde 23% (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 1,8% (1,7%) denna poäng, medan endast 0,31% (0,19%) hade en poäng <4 (gäller fullgångna graviditeter).

Surhetsgraden i navelsträngsblodet är ett mer 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 1,1% (1,4%) kriterier för ökad surhetsgrad, vilket motsvarar pH $\leq 7,05$ och BE ≤ -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 70,4% (68,9%). 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
(Andel i %)

	Eksjö	Jönköping	Kalmar	Linköping	Norrköping	Värnamo	Västervik	Hela regionen	Riket	Målvärde
<i>Antal barn</i>	1187	2070	1584	2965	2166	972	876	11820	103888	us
<i>Medelvikt (gram)</i>	3532	3492	3479	3471	3511	3573	3519	3501	3501	us
<i>Födelsevikt ≥ 4500 g</i>	3,5	3,3	2,9	3,2	3,1	3,1	3,4	3,2	us	us
<i>Prematur <37+0</i>	3,0	7,1	6,1	7,4	5,5	2,1	6,2	5,8	5,5	us
<i>Överburen >41+6</i>	5,2	6,8	3,9	6,2	5,7	5,6	4,6	5,6	4,7	us
<i>Apgar <4 vid 5 minuter</i>	0,09	0,31	0,40	0,36	0,29	0,42	0,24	0,31	0,22	0,00
<i>Apgar <7 vid 5 minuter</i>	0,6	2,0	1,6	2,6	1,7	1,4	1,7	1,8	1,1	us
<i>Arteriellt navelsträngs-pH $\leq 7,05$ och BE < -12</i>	0,3	0,3	2,3	1,2	1,3	1,1	1,3	1,1	us	<3,0
<i>Andel med korrekt prov</i>	76,2	76,6	73,5	60,6	68,0	74,9	76,7	70,4	49,1	>80
<i>Intrauterin fosterdöd</i>	0,42	0,19	0,32	0,37	0,28	0,10	0,34	0,30	0,34	us

Slutligen studerades 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 3,0 per tusen födda (2018 4,5) och riksgenomsnittet är 3,4 per tusen födda.

2019 var det 35 fall av IUFD på 32 kvinnor (2018 var det 54 fall (52 kvinnor)) av IUFD i Sydöstra sjukvårdsregionen. I 8 fall inträffade före vecka 32+0, 21 fall före vecka 39+0 och 29 fall före v 41+0. I 25 % av fallen hade kvinnan BMI ≥ 30 och i 6,3% var BMI ≥ 35 (tabell 4).

Samtliga fall 2018 från regionen är bedömda utifrån klassificeringen av orsak till IUFD (IUFD-klassifikation i Graviditetsregistret) och presenterades hösten 2019 på det regionala mötet för förlossningsöverläkare, vårdenhetschefer och verksamhetsutvecklare. Vid genomgången sågs bland annat att en stor andel hade högt BMI. Det var få fall efter vecka 41+0. IUFD-klassifikationen är ett bra verktyg för att kunna fastställa säkra eller möjliga orsaker till IUFD.

Tabell 4. Sammanfattning av samtliga IUFD 2019

Antal barn	35	
Antal mödrar	32	
Flerbörd	3	8,6%
Graviditetsvecka <32+0	8	22,9%
Graviditetsvecka 32+0-38+6	13	37,1%
Graviditetsvecka 39+0-40+6	8	22,9%
Graviditetsvecka ≥ 41 *	6	17,1%
BMI ≥ 30	8	25,0%
BMI ≥ 35	2	6,3%

* Två 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.

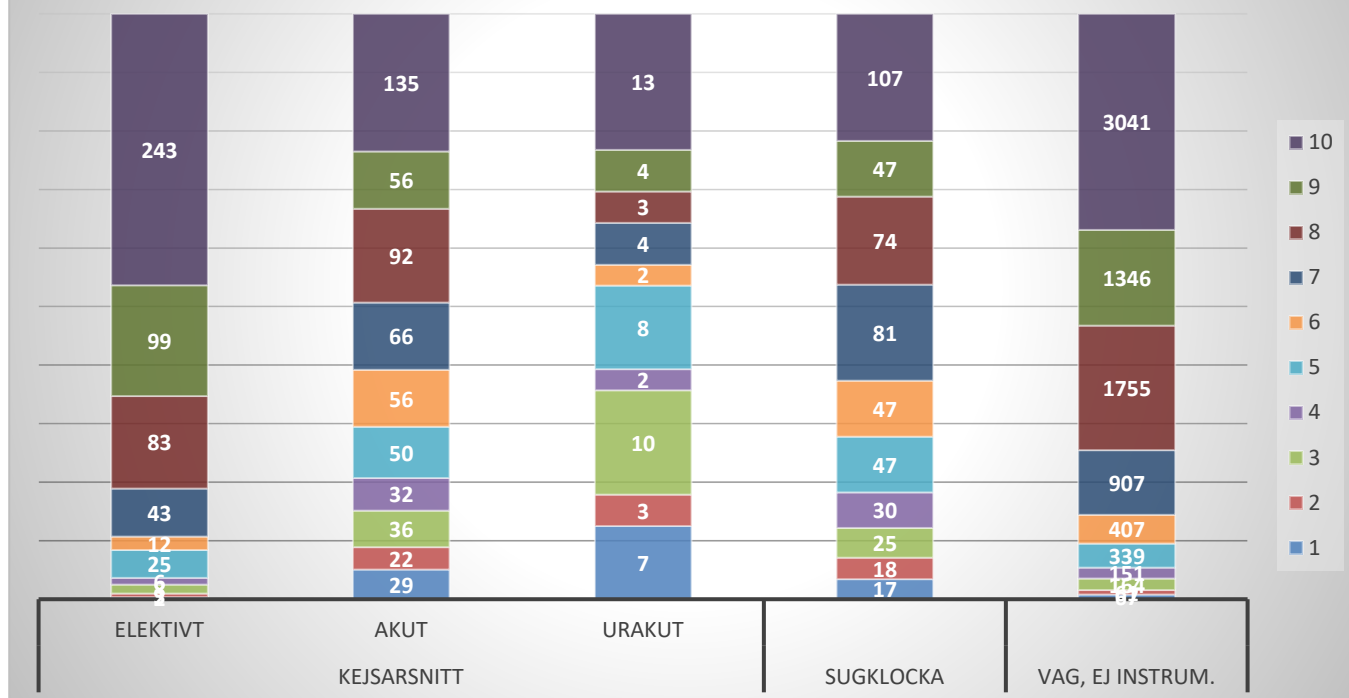
Tabell 5. Medelvärde 2015-2019 (Andel i %)

	Eksjö	Jön- köping	Kalmar	Linköping	Norr- köping	Värnamo	Västervik	Hela regionen	Riket
Apgar <4 vid 5 minuter	0,23	0,27	0,30	0,26	0,17	0,17	0,23	0,24	0,20
Arteriellt navelsträngs-pH $\leq 7,05$ och BE < -12	0,78	0,70	2,12	1,05	0,99	0,87	1,00	1,08	us
Intrauterin fosterdöd	0,44	0,33	0,37	0,52	0,33	0,33	0,45	0,39	0,35

Övrigt

För att undersöka kvinnornas upplevelse använde vi den VAS-skattning som görs i anslutning till födseln där 1 motsvarar sämsta möjliga och 10 bästa möjliga upplevelse. Av alla födande hade 84,7% (83,2)% angivit ett VAS-värde. Av dessa ansåg 95,2 % (95,0%) 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 19).

Figur 19. VAS-bedömning av förlossningen i grupper av olika förlossningsätt



Slutsats

Datajournalen Obstetrix går utmärkt att använda för att få fram avancerad statistik för verksamhetsuppföljning och har varit viktigt för att kunna ta ut tillförlitliga data både regionalt och till Graviditetsregistret. Detta har 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 höga 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 2019 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.

Det finns dock flera utmaningar där det behövs ett ökat fokus närmaste åren. Antalet bristningar där kvinnan drabbades av en partiell eller total bristning av analsfinktern (slutmuskeln) och/eller en bristning av slemhinnan i ändtarmen ligger något över riksgenomsnittet i regionen. 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.

Fortsatt fokus

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

- Prevention
- Fortsatt 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.

Ytterligare ett fokusområde är induktion av förlossning. Om förlossningen induceras innebär det en ökad resursåtgång eftersom vårdtiden är längre både på förlossningen och eftervården på BB. Induktion är också associerat med en ökad andel förlossningar med sugklocka eller kejsarsnitt. Sammanlagt innebär en ökad andel induktioner förutom en ökad kostnad behov av fler vårdplatser och medarbetare på förlossningen och BB. Vid induktion skattade fler sin förlossningsupplevelse dessutom lågt där 8,2% hade VAS 1-3 jämfört med 4,2 % vid spontan start. Vi avvaktar tills vidare med ändring av rutin för induktion från vecka 41 och inväntar nationella rekommendationer för att erbjuda jämlik vård.

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

Det kontinuerliga arbetet med fosterövervakning och akut omhändertagande av barn är fortsatt i fokus (utbildning i neo-HLR inklusive web-utbildningen www.neohlrutbildning.se samt fosterövervakning i www.ctgutbildning.se som medarbetarna gör minst vart annat år)

Bilagor

Bilaga 1: Förlossningsdata för hela regionen 2019.