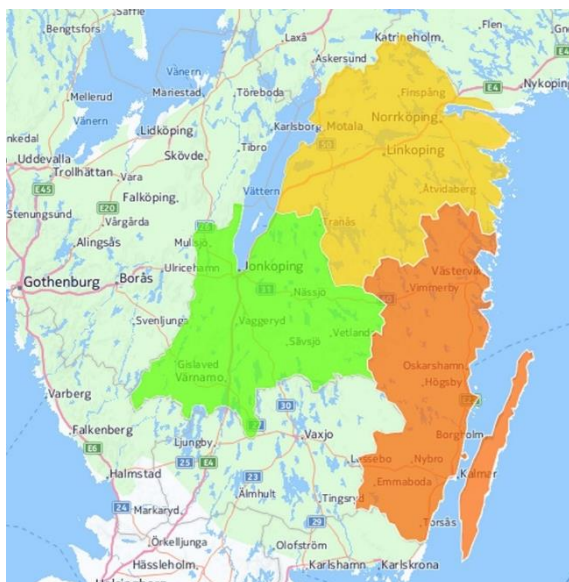


Förlossningsrapport 2020

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 2020, vilket är den 16: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. I Jönköpings län har 16 elektiva kejsarsnitt på Jönköpingspatienter utförts i Eksjö och Värnamo 2020, vilket påverkar data så att Jönköping får en något lägre kejsarsnittsfrekvens samtidigt som de båda andra sjukhusen får en något högre frekvens kejsarsnitt.

Vi har också preciserat målvärden för förlossningsvården då vi konstaterat att det är ett effektivt sätt att åstadkomma förbättringar i detta arbete. Data för 2019 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 den nivå som de 20% kliniker som visar det bästa utfallet uppnår.

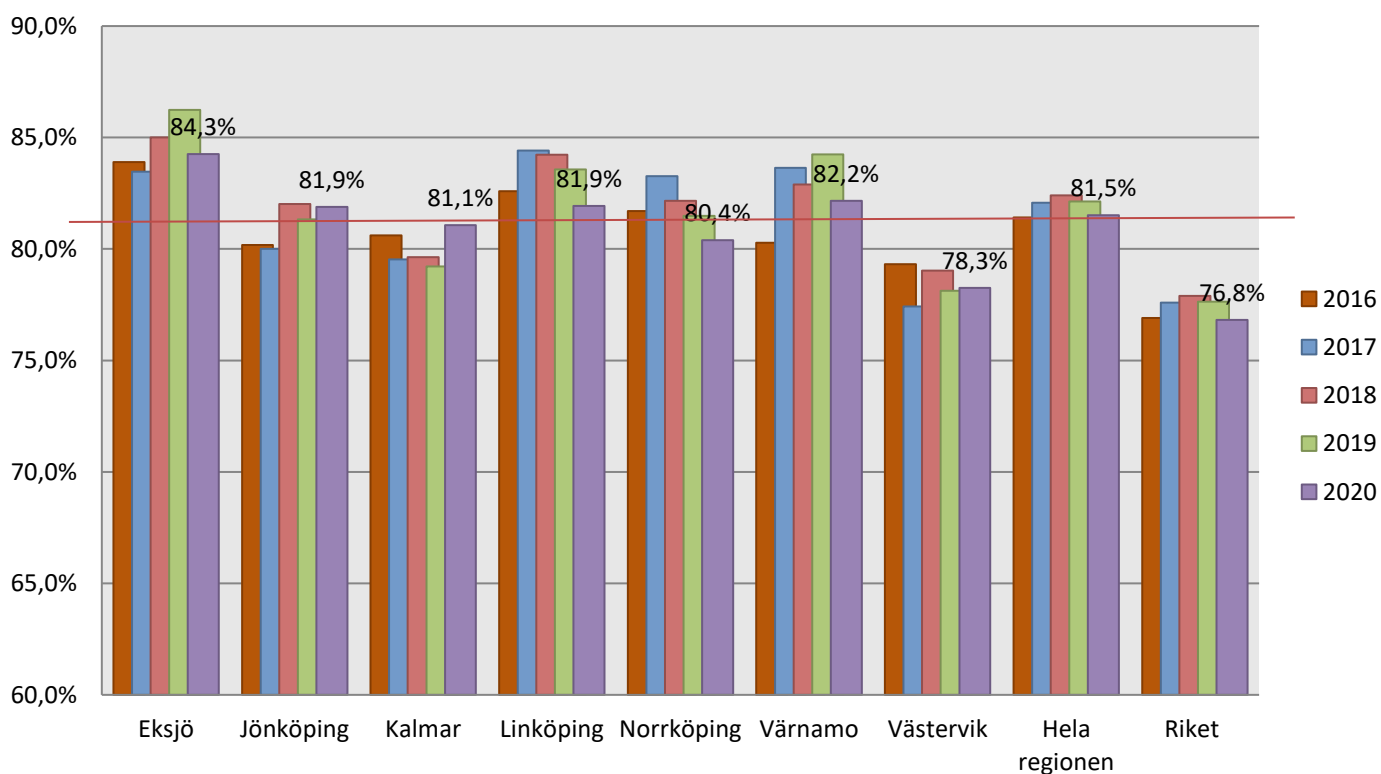
Resultat

Förlossningen

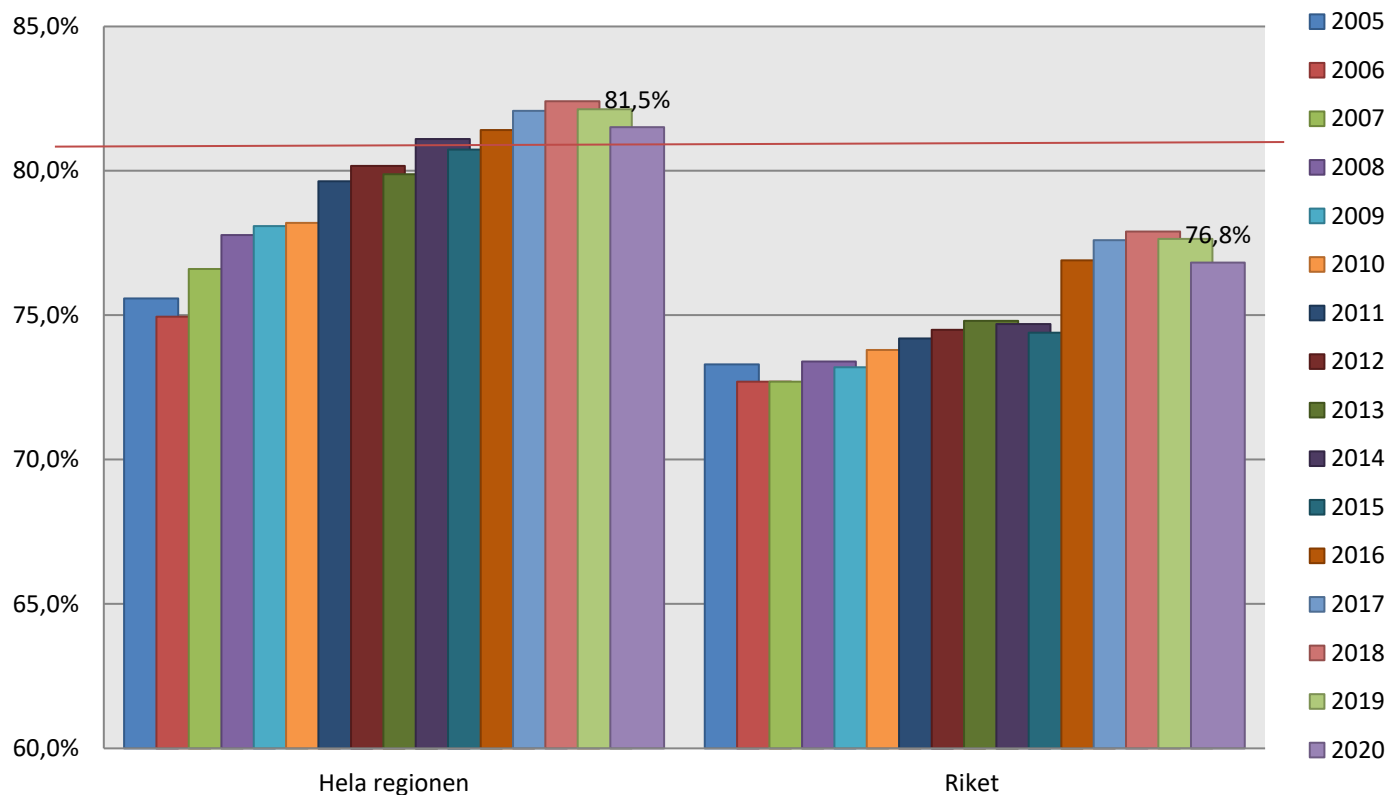
Totalt registrerades 11 601 (11 665) **förlossningar** varav 5,8 (5,1%) var **sugklocka** eller **tång** och 12,7% (12,8%) var **sectio**. Av samtliga förlossningar var 81,5% (82,1%) icke instrumentella. Denna andel har kontinuerligt ökat sedan samarbetet i sydöstra sjukvårdsregionen startade och vi lyckades åter hålla vårt målvärde, vilket är satt till >81,3% (Graviditetsregistret). Av kejsarsnitten var 42,8% (42,8%) elektiva, 51,9% (49,9%) akuta och 5,3% (7,3) var omedelbara. I 16,3% (16,4%) 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 17,8%.

Kejsarsnitten jämfördes också med s.k. **Robsonklassificering** där sectiofrekvensen var 5,6% (5,1%) i grupp 1 (förstföderska, huvudbudning, ≥ 37 graviditetsveckor och spontan värkstart) och 20,0% (19,2%) i grupp 2B (förstföderska, huvudbudning, ≥ 37 graviditetsveckor och induktion) samt 15,9% (15%) i grupp 5A (omföderska som tidigare genomgått kejsarsnitt). För detaljer se figurerna 1-8.

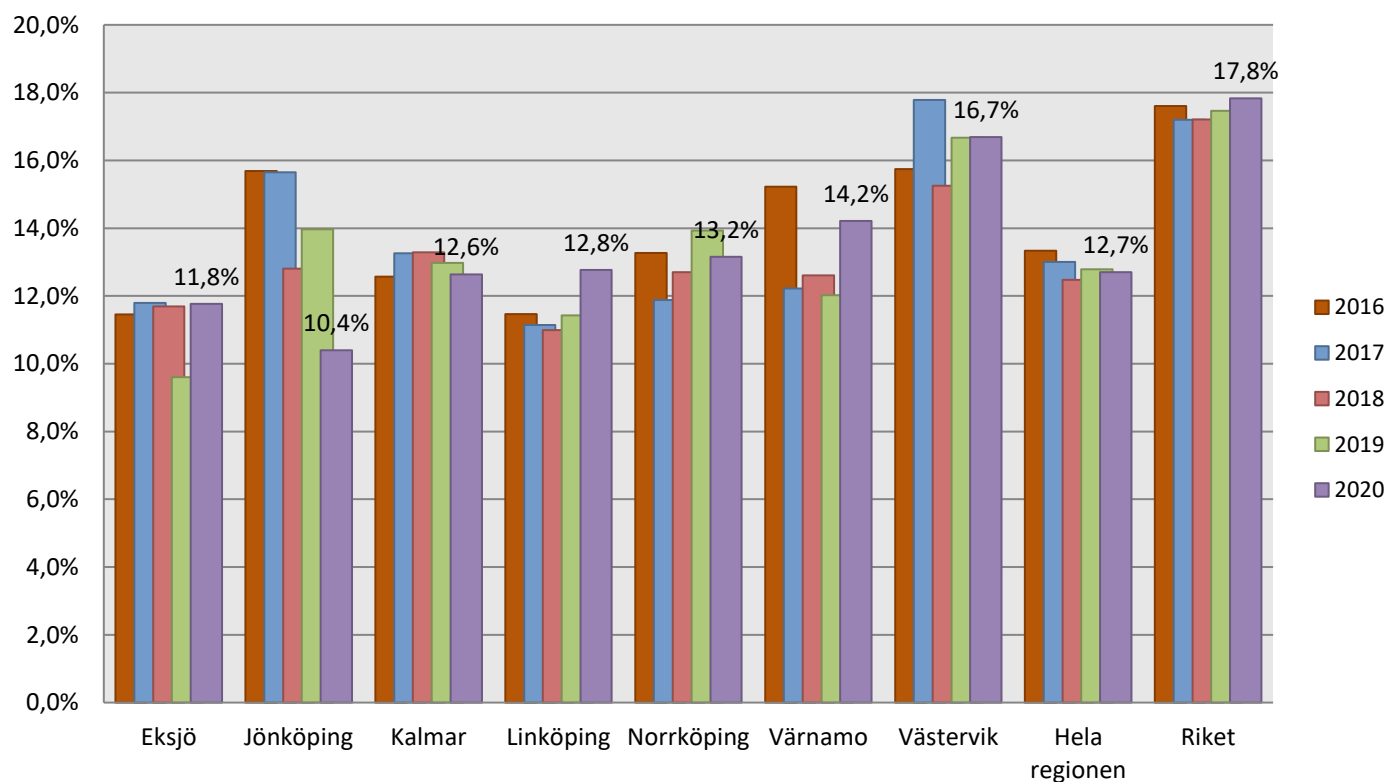
Figur 1 a. Icke instrumentell förlossning



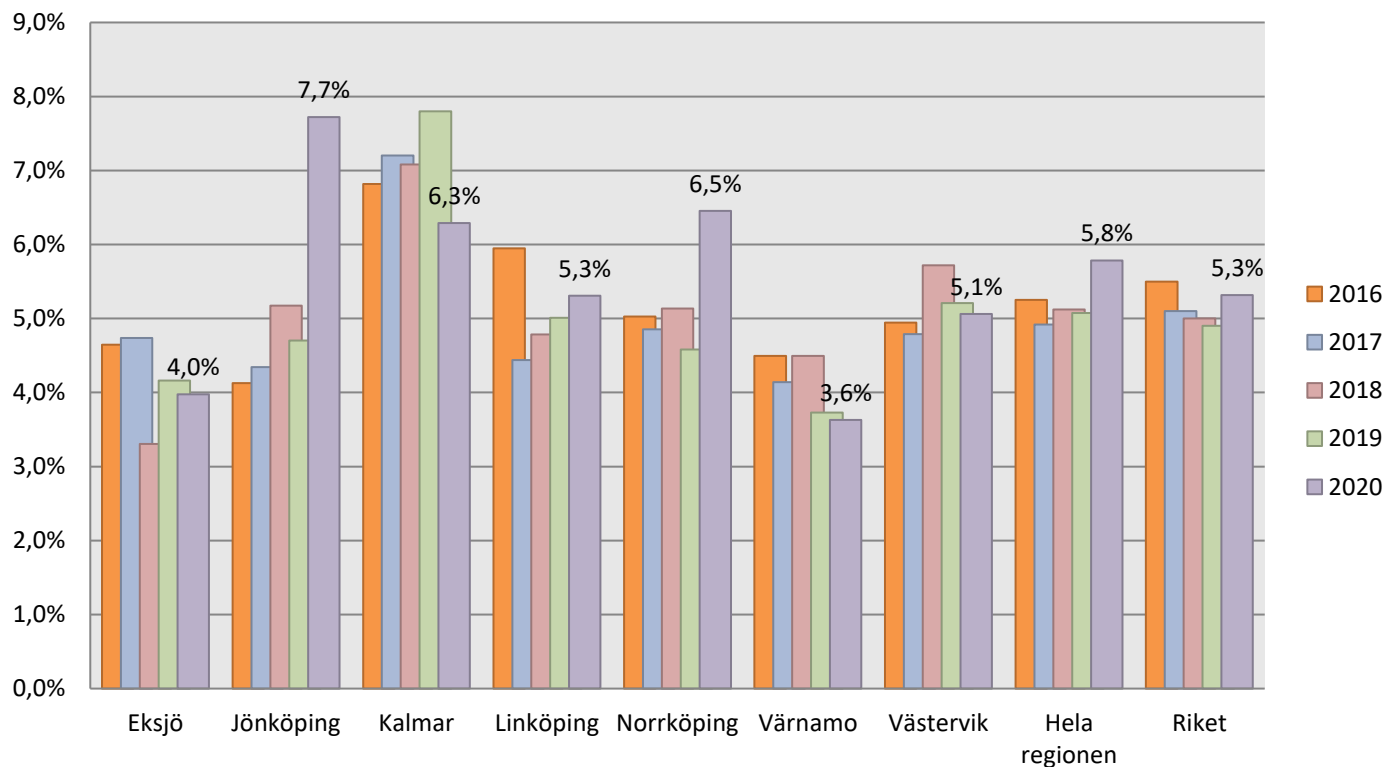
Figur 1 b. Icke instrumentell förlossning



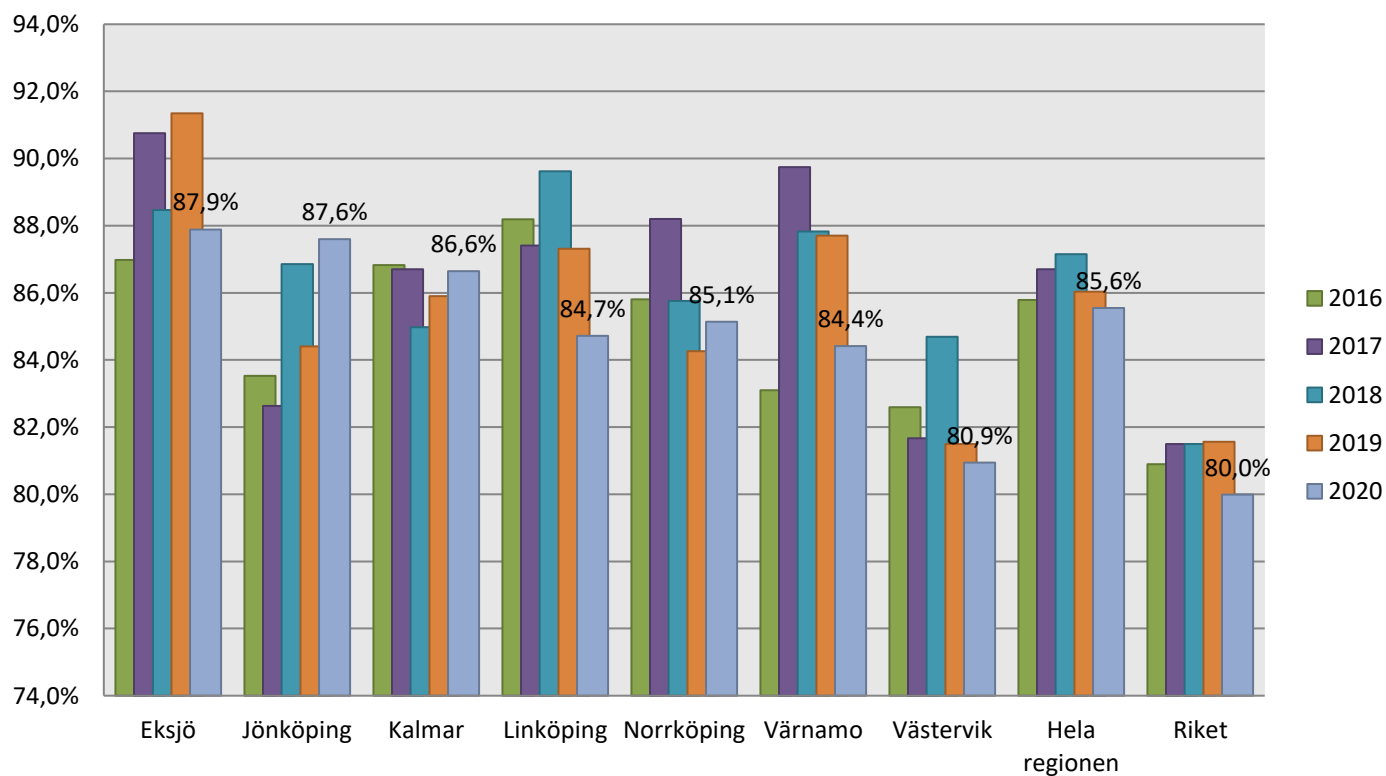
Figur 2. Andel section



Figur 3. Andel VE eller tångförlossning



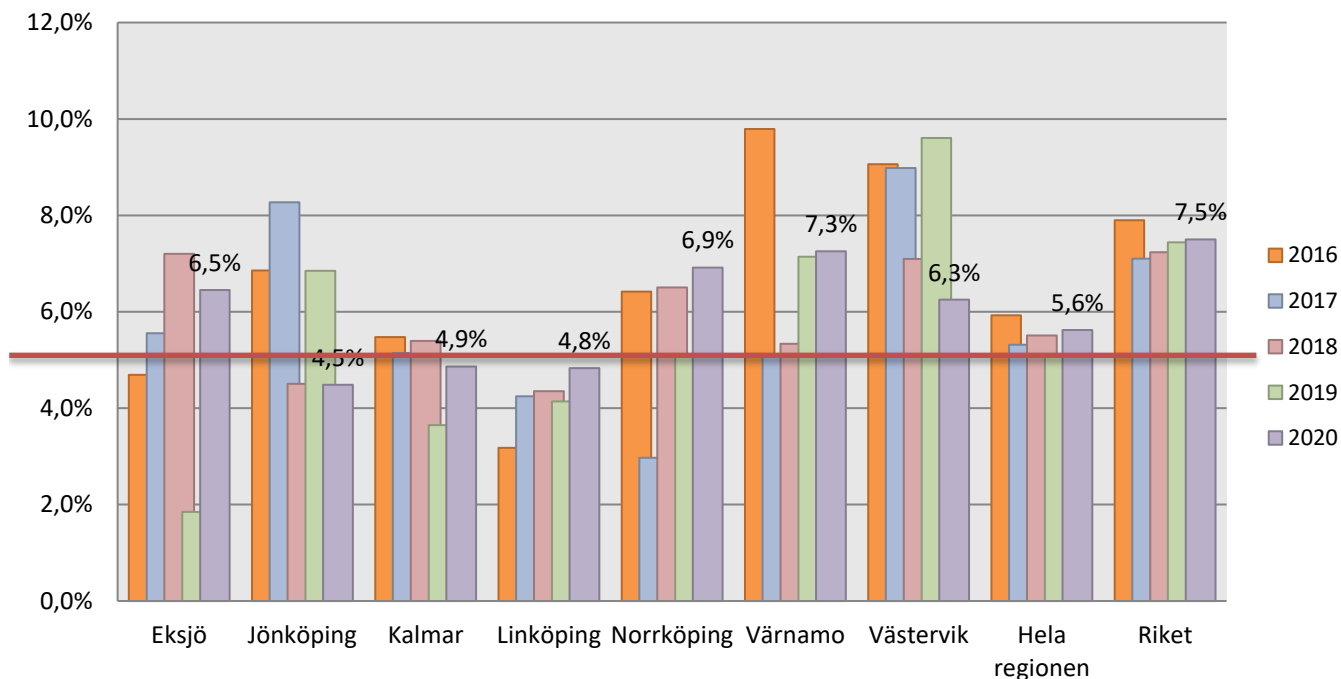
Figur 4. Andel förstföderskor med vaginal förlossning



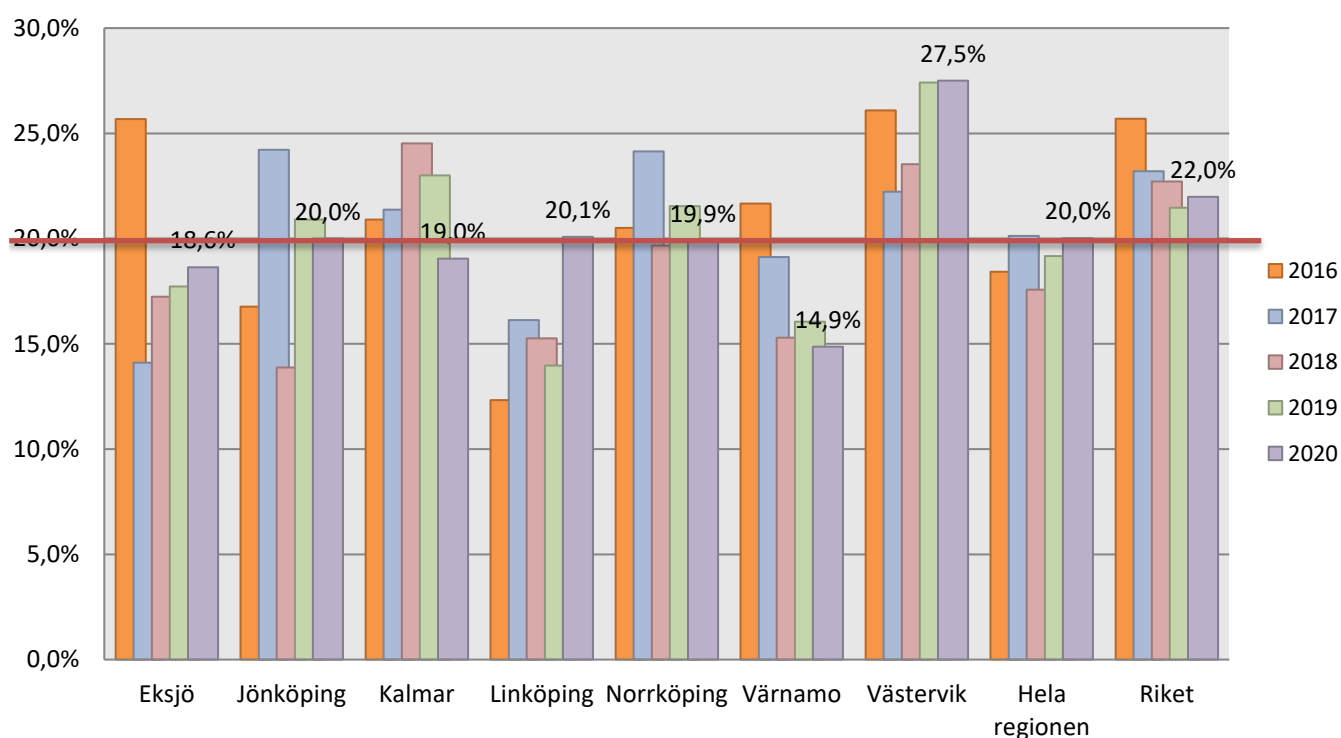
Den viktigaste parametern, dvs att kunna erbjuda en icke-instrumentell förlossning (förlossning utan kejsarsnitt eller sugklocka/tång) ligger på en oförändrad hög andel med 81,5% för 2020, och ligger över

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 4-7).

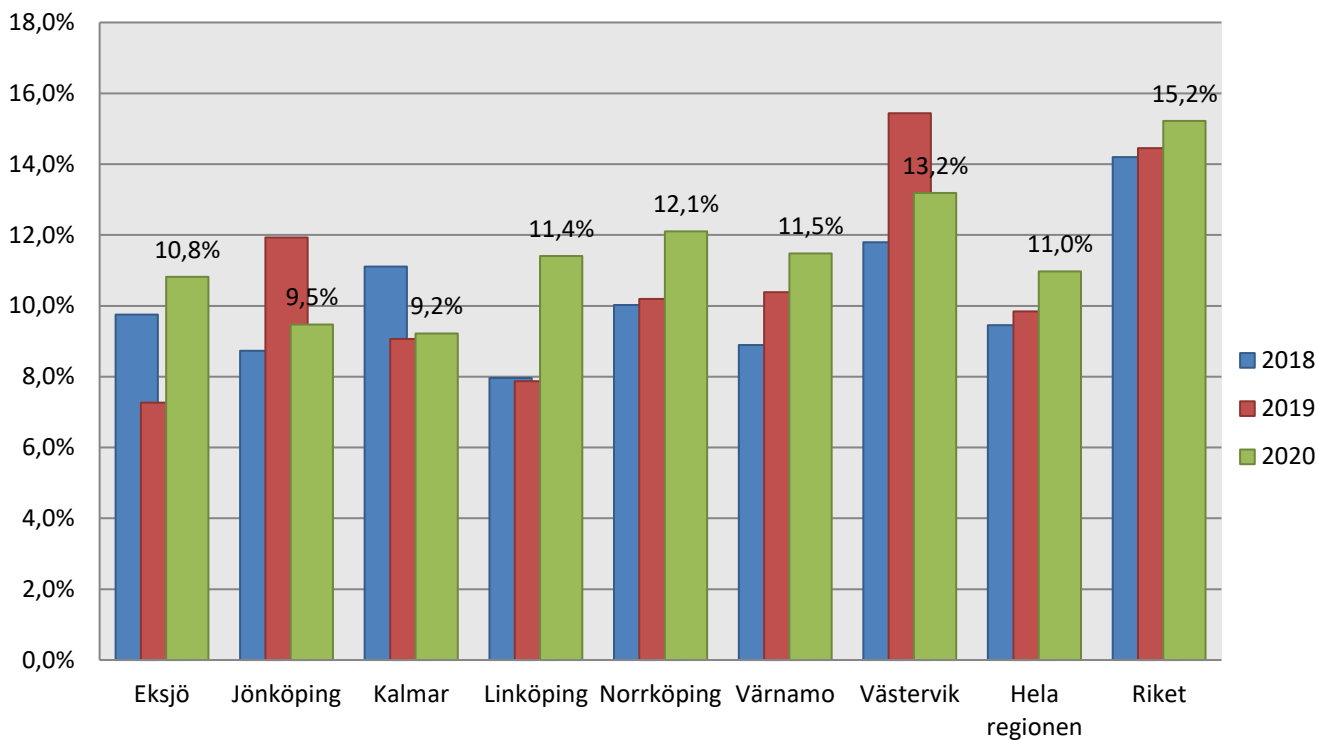
Figur 5. Andel sectio i Robsongrupp 1 (Målvärde <5%)



Figur 6. Andel sectio i Robsongrupp 2B (Målvärde <20%)

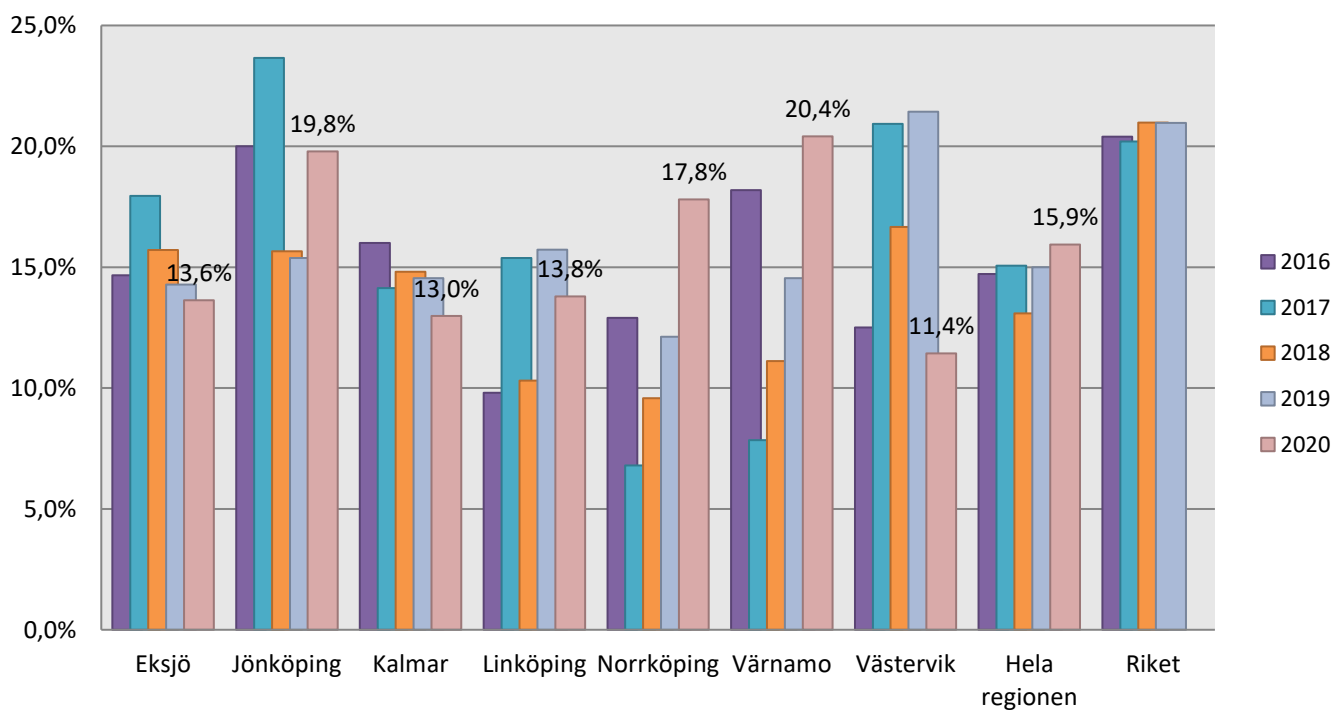


Figur 7. Andel section i Robsongrupp 1+2



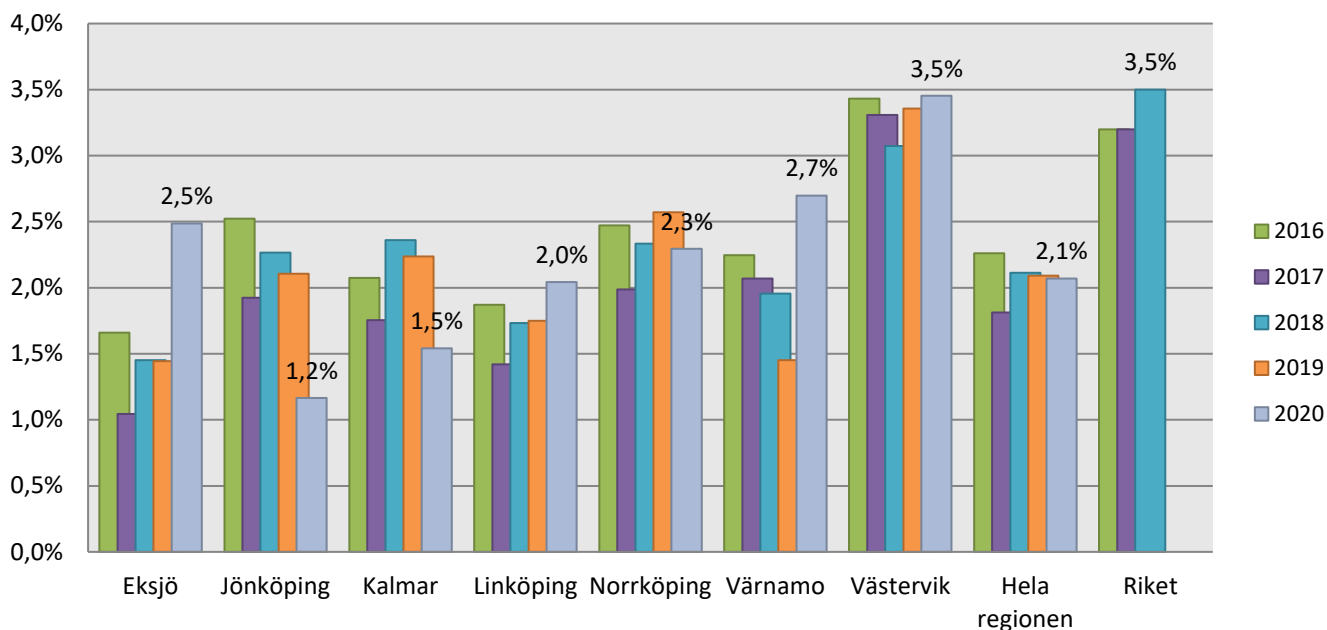
Robson 5A är omfödelskor med spontan förlossningsstart som tidigare genomgått kejsarsnitt. Trots att förlossningen startar spontant är risken för akut kejsarsnitt ungefär 15% jämfört med ungefär 1% om kvinnan tidigare genomgått en vaginal förlossning (figur 8).

Figur 8. Andel section i Robsongrupp 5A



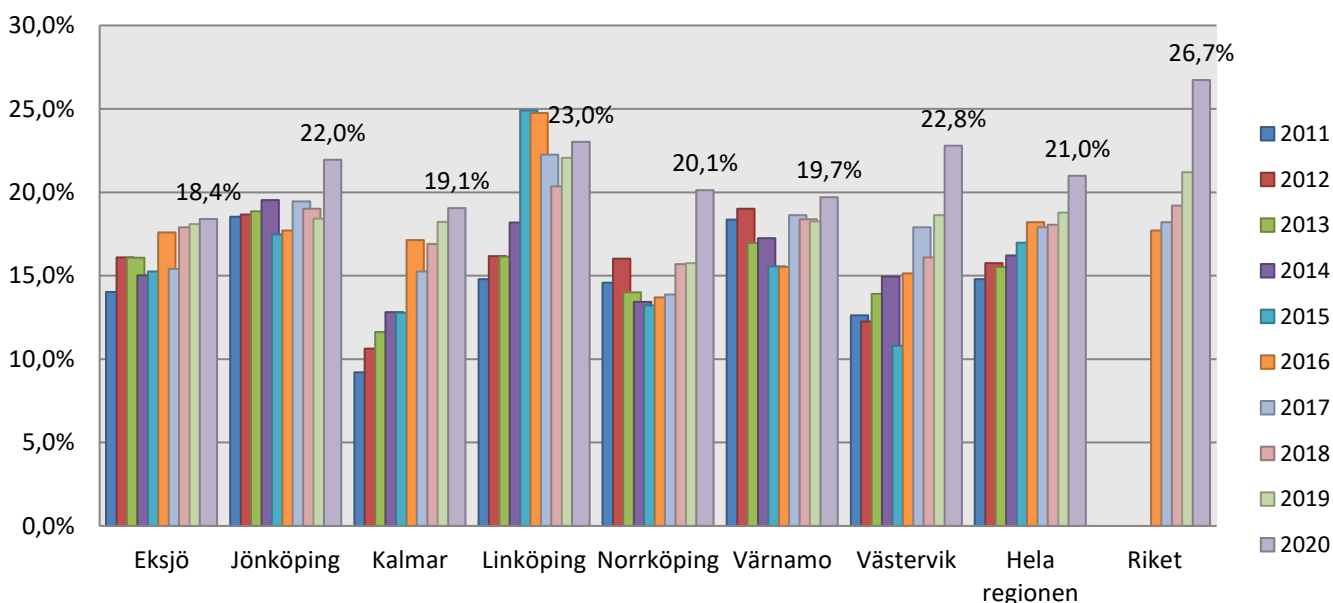
Andelen av kejsarsnitten på **psykosocial indikation**, dvs. utan strikt medicinska skäl, visar en betydande variation. Drygt 1/6 av alla kejsarsnitt utförs med hänvisning till psykologiska orsaker. Vi har enats om att beslut på denna indikation bör samlas till ett fåtal individer för att minska variationen i handläggning och diagnossättning. Här ser vi en möjlighet till förbättring där ett regionalt samarbete sannolikt skulle vara givande för Aurora/Amandaverksamheten (figur 9).

Figur 9. Andel section på psykosocial indikation av alla



Andelen inductioner (igångsättningar) ligger fortsatt högt i hela landet och låg i vår region på 21,0% (18,8%) under 2020. 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 där det ser olika ut i landet, se nedan i avsnittet om prolongerad graviditet (figur 10).

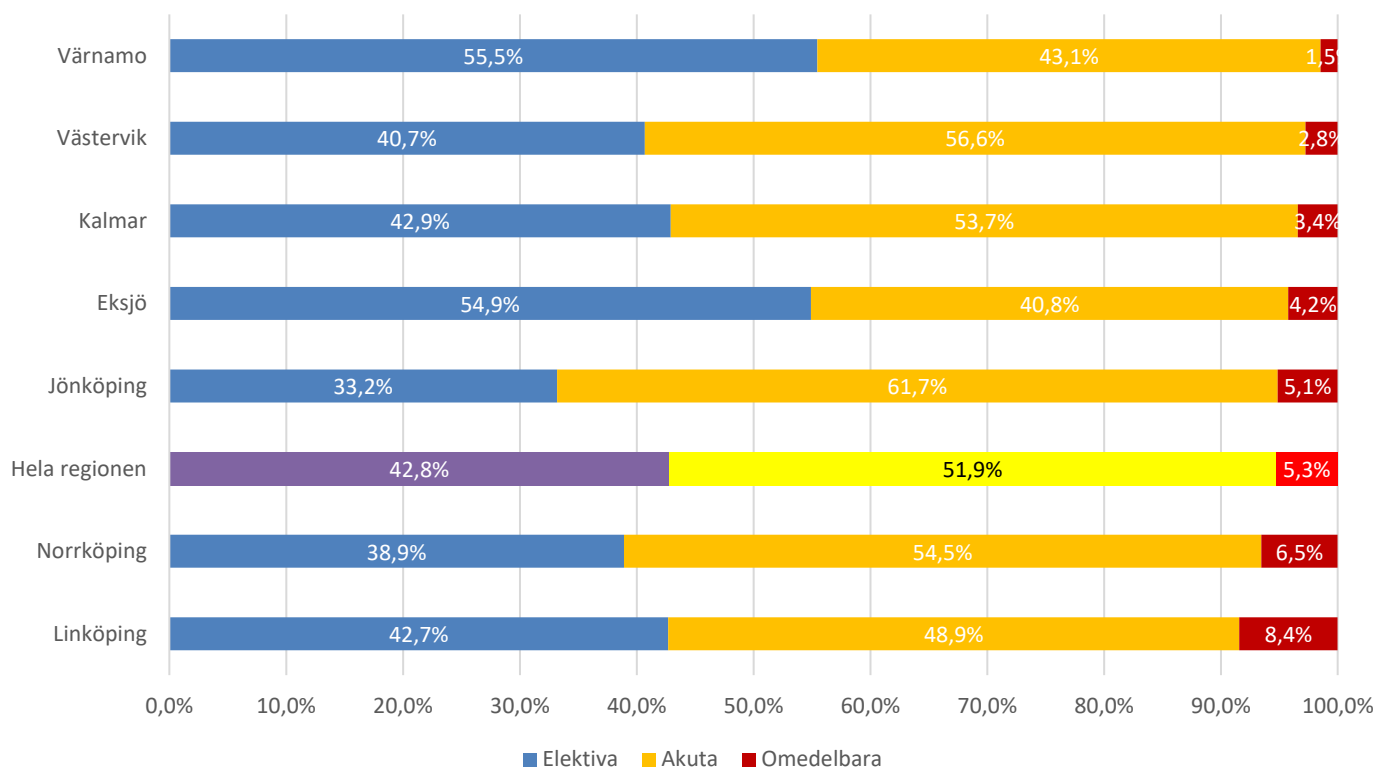
Figur 10. Andel inductioner



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.

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 5,3 % av det totala antalet kejsarsnitt men skiljer sig åt inom regionen (figur 11). Vi ser att det finns skillnader mellan klinikerna och arbetssättet och har följts upp under 2020. Två av klinikerna i sydöstra sjukvårdsregionen har uppdaterat rutin och larmsystem för akut sectio, gemensamt med anestesiklinikerna på respektive sjukhus, som ett led i arbetet att minska andelen omedelbara sectio. Med de nya rutinerna, som innebär att ett larmsystem för akut sectio inom 30 minuter i lokalanestesi med spinalbedövning har införts, har man i större utsträckning lyckats uppnå målet med partus inom 30 minuter från operationsbeslut. Detta har medfört minskad andel omedelbara sectio på de kliniker som infört detta.

Figur 11. Andel sectio i respektive kategori

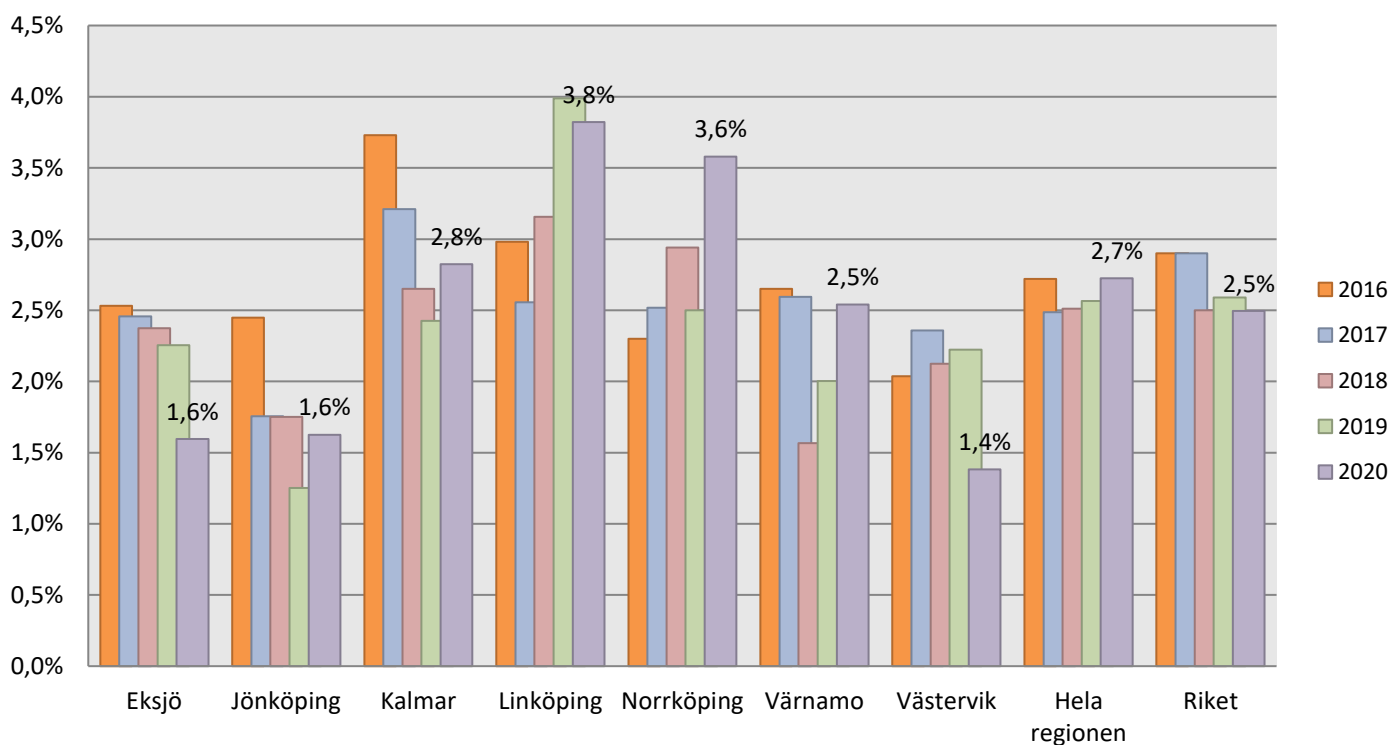


Andelen kvinnor som drabbades av en **grad III-IV-bristning** (partiell eller total bristning av analsfinktern (slutmuskeln) och/eller en bristning av slemhinnan i ändtarmen) var 2,7% av alla vaginalförlösta (figur 12). För dem med icke-instrumentell förlossning var siffran 2,0% (figur 13). Vid instrumentell förlossning var motsvarande resultat 12,4% (figur 14). Det är angeläget att förebygga, diagnosticera och åtgärda 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 viktigt med **adekvat smärtlindring** vid diagnostik och suturering för optimalt resultat varför pudendusblockad (PDB) rekommenderas (figur 15). Senaste året ses en sjunkande andel som fått PDB vid några sjukhus. Det bedömer vi mest troligt beror på brister i diagnossättning. Fortsatt arbete med både bedövning och korrekt registrering krävs!

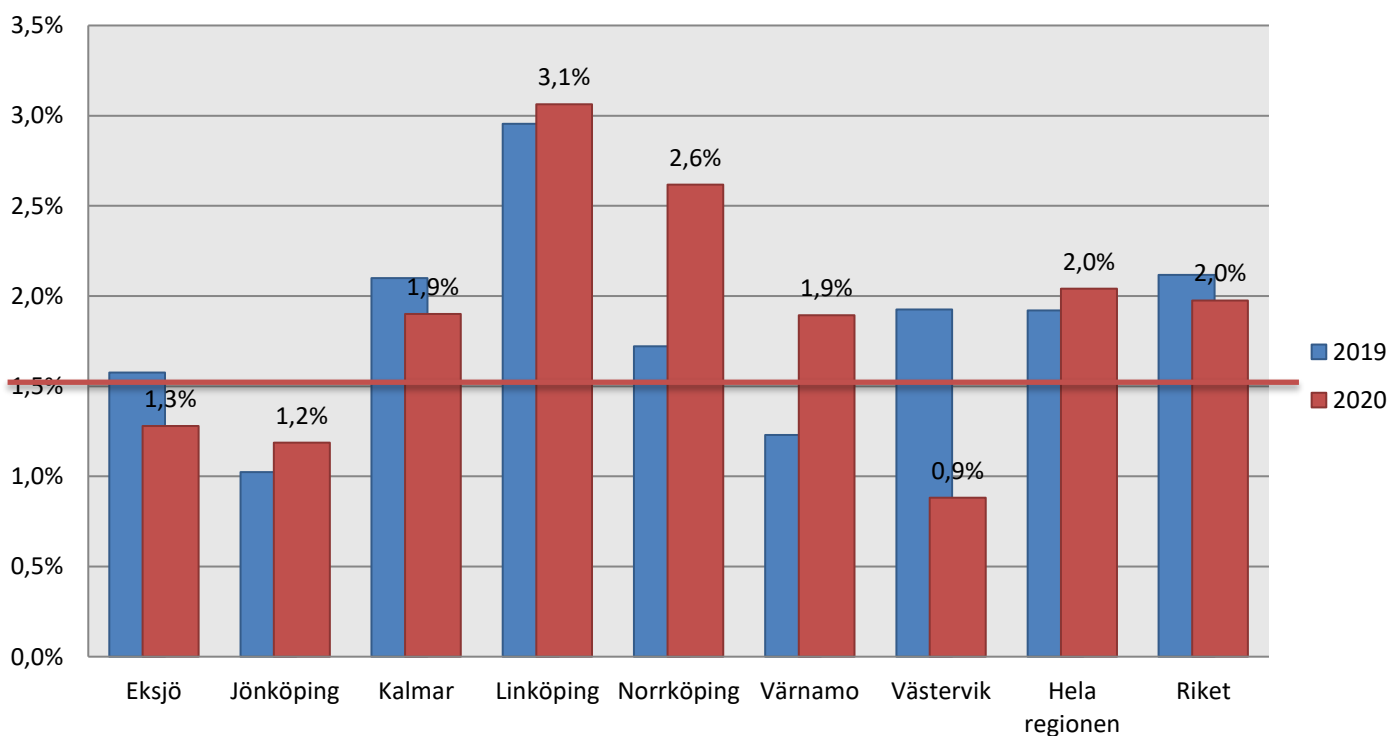
Andelen kvinnor som genomgår **klipp** i bäckenbotten (s.k. episiotomi) har minskat i landet under de senaste åren. Det vetenskapliga stödet för klipp är motstridigt, där det tidigare fanns stöd för att klipp inte skyddar mot sfinkterskada medan andra studier har visat att det kan vara en fördel med klipp vid sugklocka hos förstföderskor. Vid instrumentell förlossning förekom episiotomi i 15,0% jämfört med 29,1% i riket (Graviditetsregistret). Vid icke-instrumentell förlossning förekom episiotomi i 1,9% av förlossningarna jämfört med 3,8% i riket (Graviditetsregistret).

Risk för bristning grad III-IV ökar kraftigt vid instrumentell förlossning jämfört med spontan vaginal förlossning. Utbildningsinsatser har gjorts i exempelvis Linköping där man haft träning i att lägga sugklocka i simulerad miljö för att försöka minska andelen med svåra bristningar.

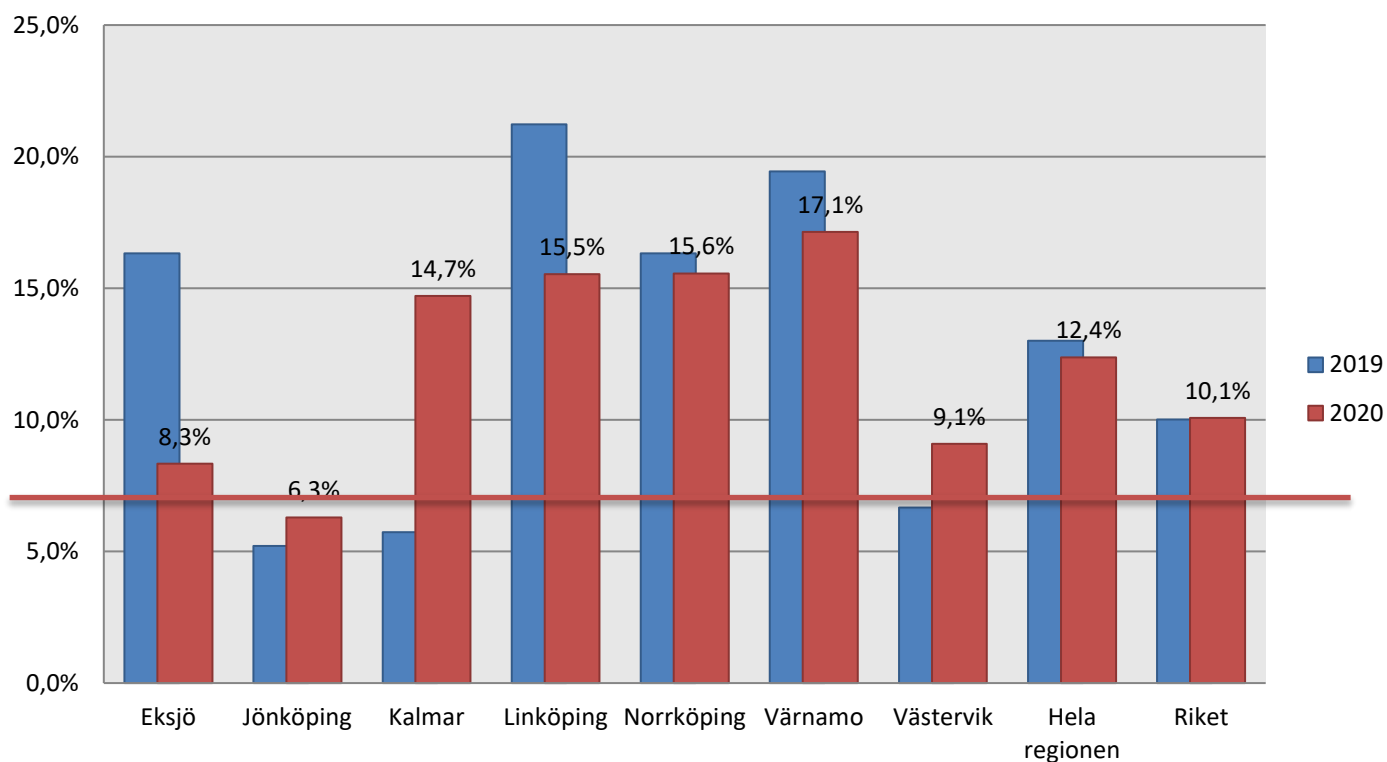
Figur 12. Andelen bristningar grad III-IV



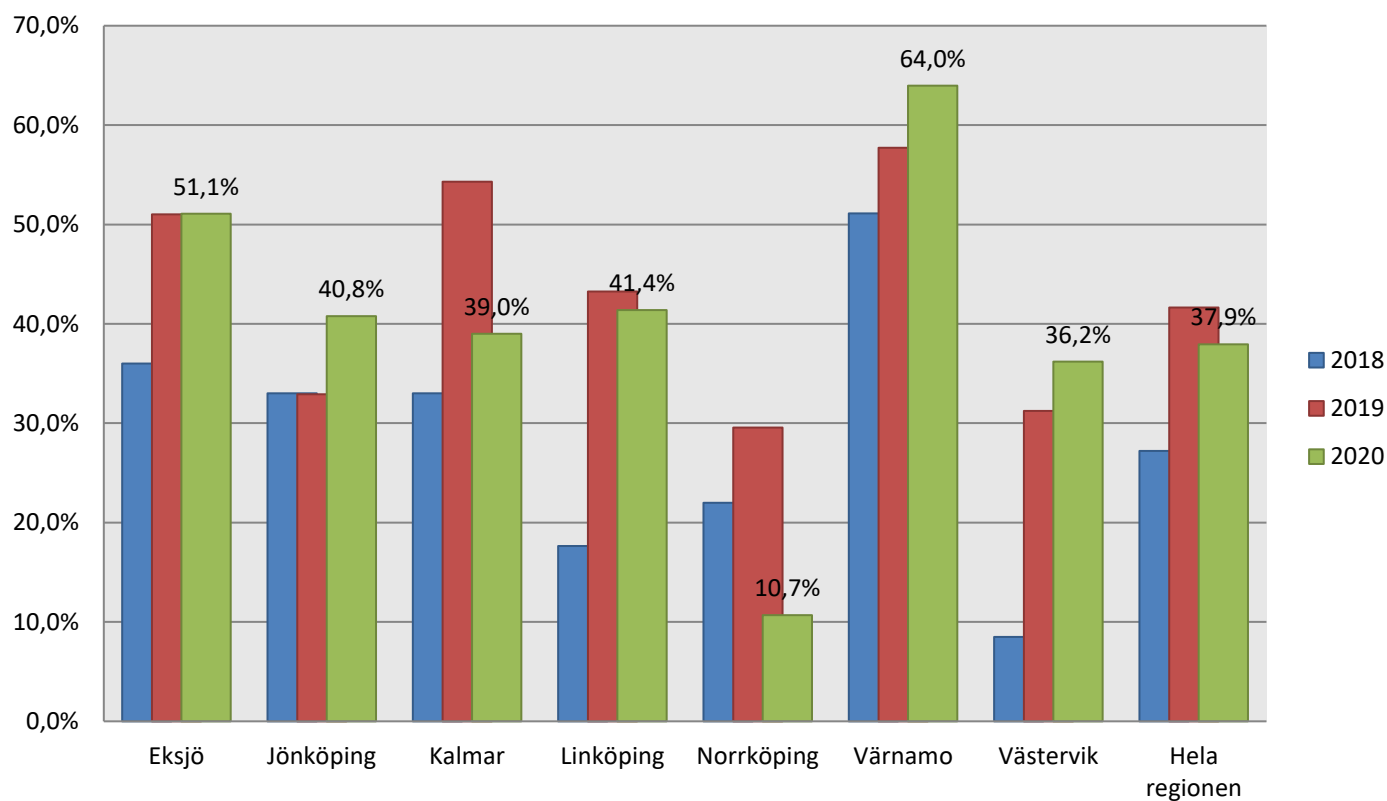
Figur 13. Andel bristning grad III-IV vid icke instrumentell förlossning (Målvärde <1,5%)



**Figur 14. Andel bristning grad III-IV vid instrumentell förlossning
(Målvärde <6,9%)**

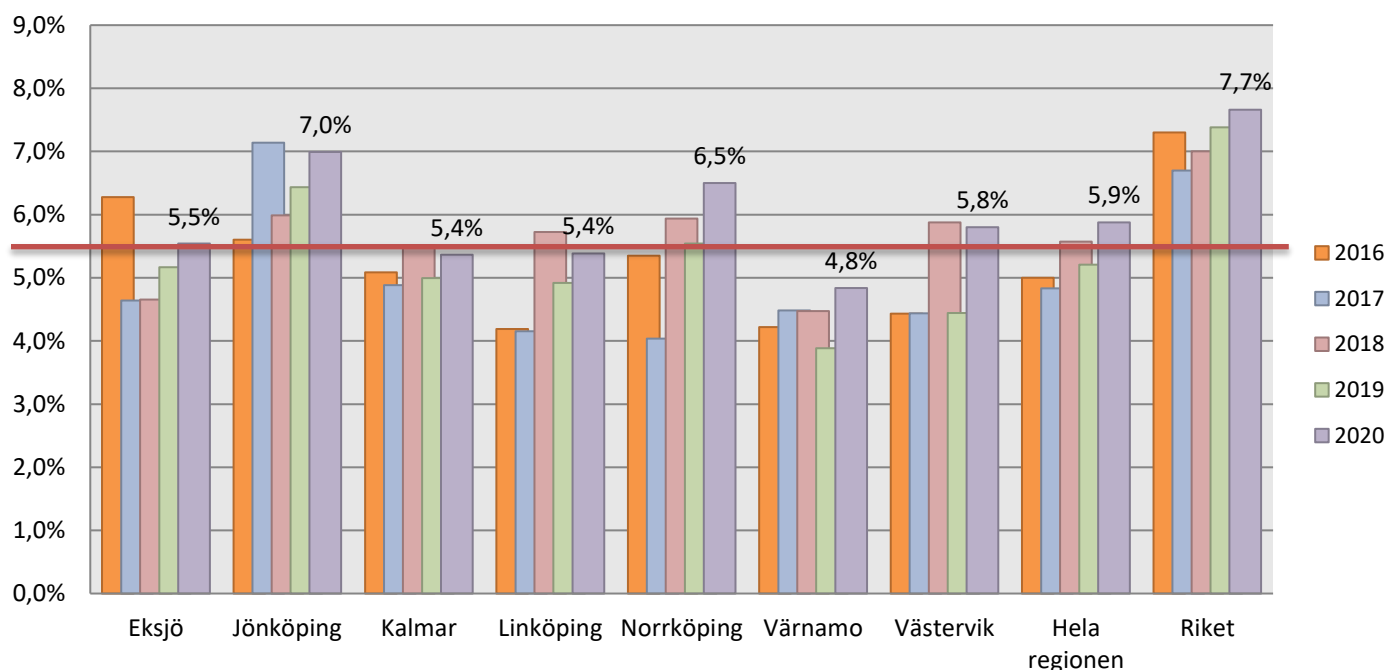


Figur 15. Andel vaginalförlösta som fått PDB

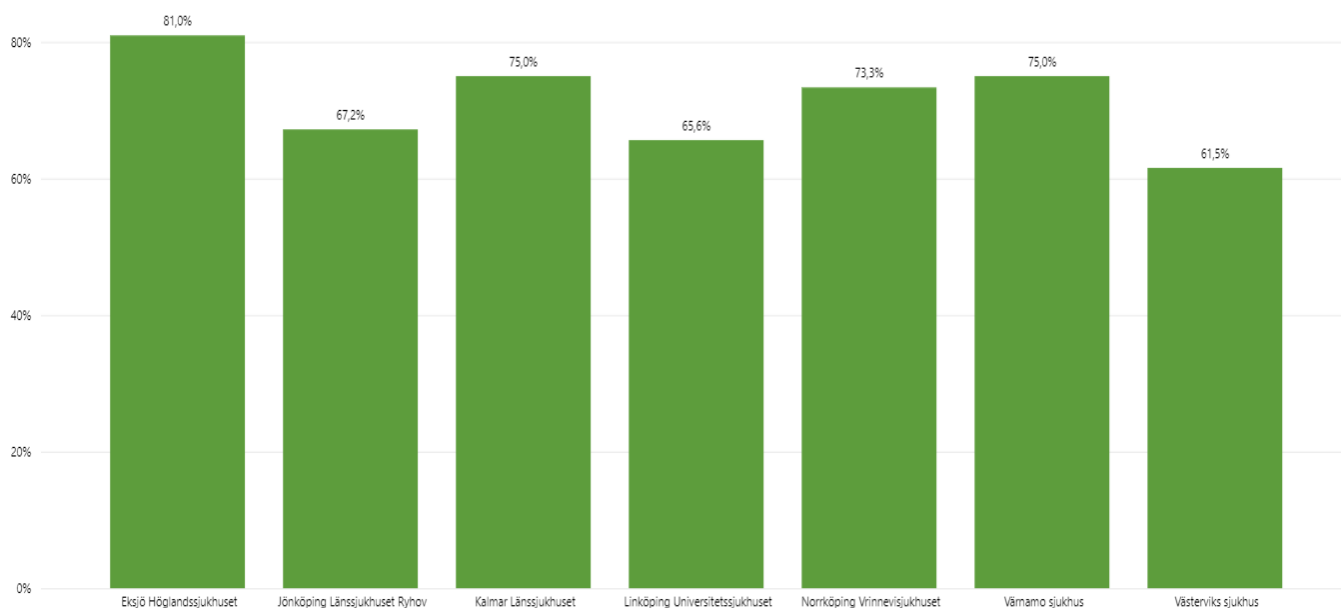


Stora blödningar kan leda till komplikationer i efterförloppet såsom ökad risk för infektioner, men även problem för den nyblivna mamman att komma igång efter förlossningen och knyta an till sitt barn. Det är därför viktigt att minimera blödningsmängden, vilket alltid görs med livmodersammandragande läkemedel. Blödningen kan ändå bli stor t.ex. om moderkakan sitter fast och vi vill därför ha koll på andelen kvinnor som får stora blödningar. I vanliga fall är blödningen vid en okomplicerad förlossning mindre än 500 ml, men en blödning på mer än 1000 ml får anses som en oönskad komplikation. Figurerna 16-18 speglar blödningsproblematiken.

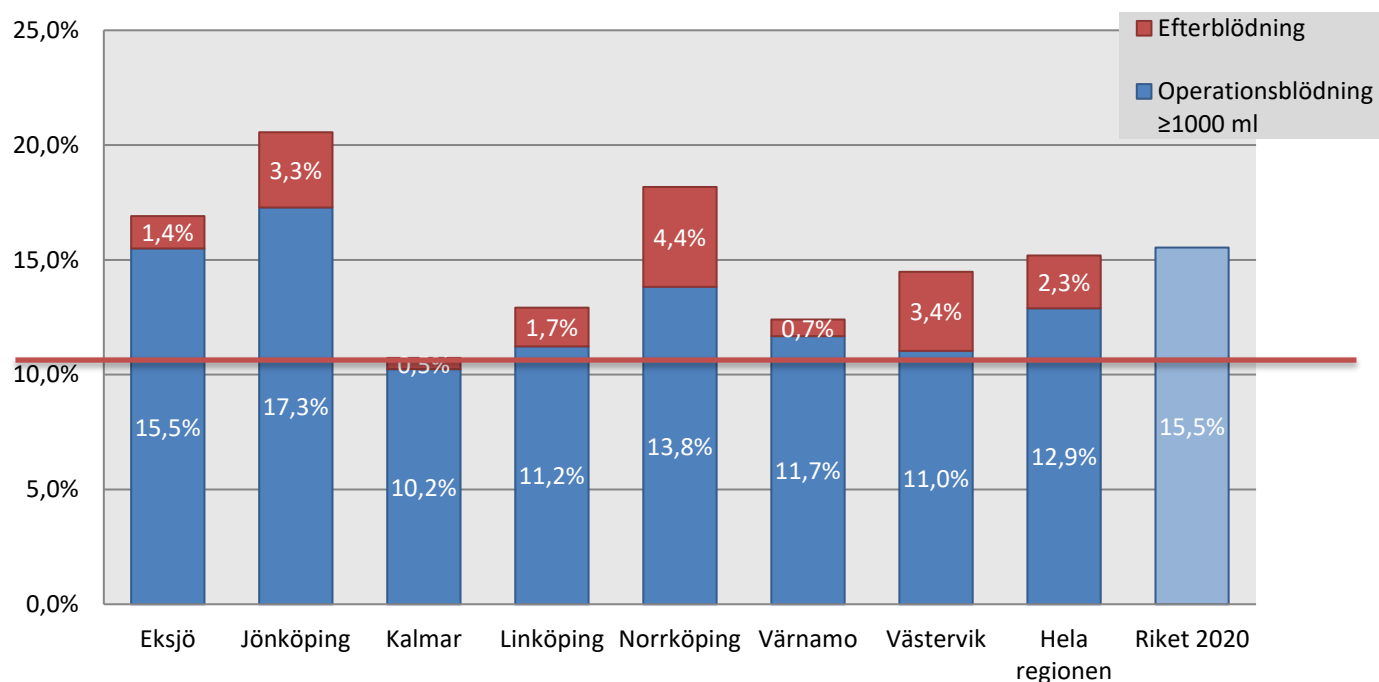
**Figur 16. Andel med blödning > 1000 ml vid vaginal förlossning
(Målvärde <5,5%)**



Figur 17. Andel av kvinnorna som genomgick placentalösning och hade en blödning >1000 ml (ur Graviditetsregistret)

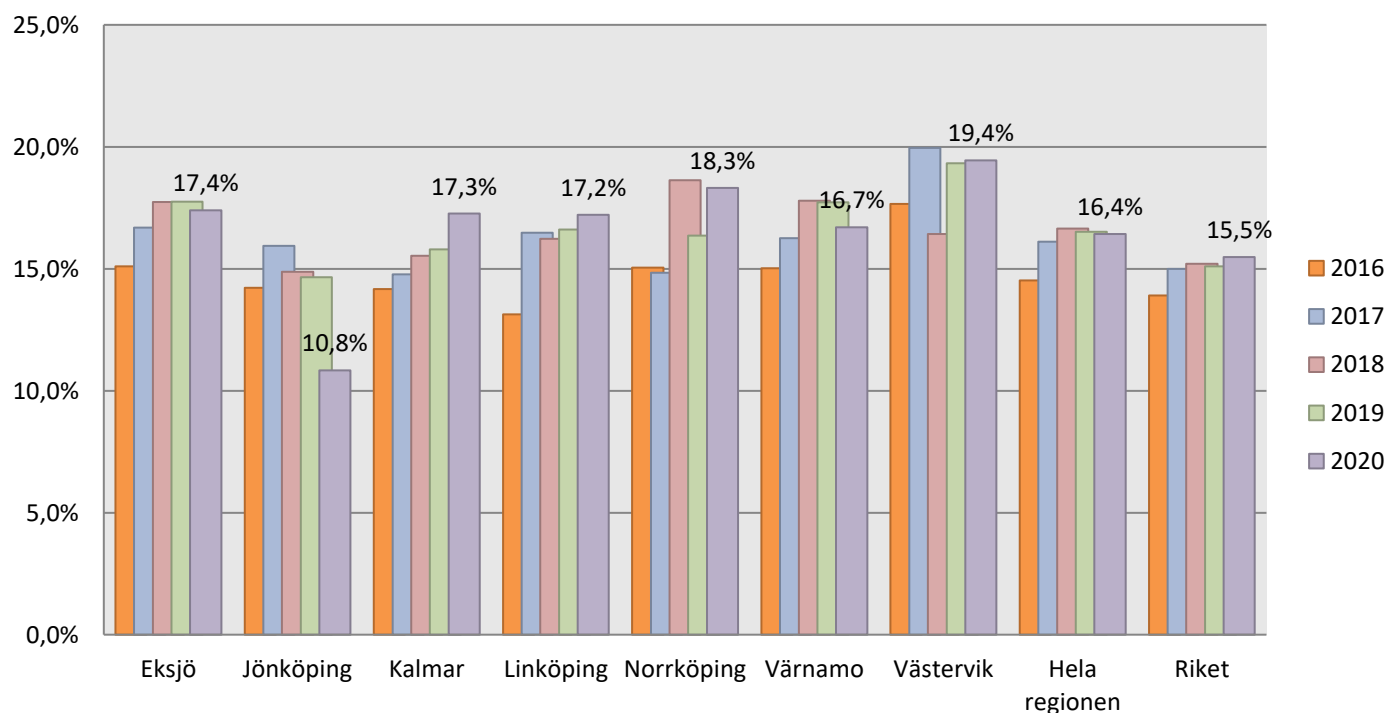


**Figur 18. Andel med total blödning >1000 ml vid section
(Målvärde <10,3%)**



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 19. Sammanlagt hade 16,4% (16,5%) fetma med denna definition. Andelen kvinnor med fetma har ökat under många år, men senaste åren ligger det på oförändrad nivå. Andelen med BMI 35 eller mer var 5,4% (5,3%). 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 19. BMI ≥30



Barnen

Sammanlagt föddes **11762** (11820) barn vid regionens förlossningsavdelningar.

När det gäller **graviditetslängden** var endast 0,39% (0,39%) födda **före vecka 28** och sammanlagt var det 5,8% (5,8%) **prematurfödda** barn, dvs. före vecka 37. De barn som föds efter vecka 41+6 räknas som **överburna** och de utgjorde 5,0% (5,6%). Andelen barn som föddes vecka 41+0 och senare utgjorde 22% (23%).

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 2,0% (1,8%) denna poäng, medan endast 0,32% (0,31%) 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% (1,1%) 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 72,1% (70,4%). 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.

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 3,7 per tusen födda (2019 3,0) och riksgenomsnittet är 3,2 per tusen födda.

2020 var det 44 fall av IUFD på 44 kvinnor (2019 var det 35 fall (32 kvinnor)) av IUFD i Sydöstra sjukvårdsregionen. I 14 fall inträffade före vecka 32+0, 33 fall före vecka 39+0 och 41 fall före v 41+0. I 16 % av fallen hade kvinnan BMI ≥ 30 och i 9 % var BMI ≥ 35 (tabell 1).

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 säker eller möjlig orsak till IUFD. I Stockholmsregionen görs regelbundna audits med genomgång av samtliga fall av IUFD i regionen. Data förs sedan in i Graviditetsregistret. Sydöstra sjukvårdsregionen planerar att införa samma rutin under 2021 för att få en säkrare klassificering av våra fall av IUFD. Start för detta planeras till maj 2021 där representanter från varje sjukhus och perinatale patologer kommer att delta.

Tabell 1. Sammanfattning av samtliga IUFD 2019-2020

	2019		2020	
	Antal	Andel	Antal	Andel
Antal barn	35		44	
Antal mödrar	32		44	
Flerbörd	3	8,6%	1	2,3%
Graviditetsvecka <32+0	8	22,9%	14	31,8%
Graviditetsvecka 32+0-38+6	13	37,1%	19	43,2%
Graviditetsvecka 39+0-40+6	8	22,9%	8	18,2%
Graviditetsvecka ≥41*	6	17,1%	3	6,8%
BMI ≥ 30	8	25,0%	7	15,9%
BMI ≥ 35	2	6,3%	4	9,1%

I tabell 2 har värdena för de senaste 5 åren slagits ihop för att värdera resultaten över tid för de sällsynta händelserna mycket låg Apgar, ökad surhetsgrad i navelsträngsblodet (acidosis) samt IUFD. Värdena påverkas bl.a. av andelen riskgraviditeter och svåra missbildningar.

Tabell 2. Medelvärde 2016-2020 (Andel i %)

	Eksjö	Jönköping	Kalmar	Linköping	Norrköping	Värnamo	Västervik	Hela regionen	Riket
Apgar <4 vid 5 minuter	0,25	0,35	0,26	0,29	0,22	0,21	0,19	0,26	0,21
Arteriellt navelsträngs-pH ≤ 7,05 och BE < -12	0,63	0,64	2,29	1,14	1,01	0,71	1,23	1,10	us
Intrauterin fosterdöd	0,44	0,30	0,37	0,50	0,30	0,26	0,34	0,37	0,34

Överburenhet och prolongerad graviditet

Definitioner:

Överburenhet: Graviditetsvecka ≥42+0 (O48.9)

Prolongerad graviditet: Graviditetsvecka 41+0 – 41+6 (O49.1)

Prolongerad graviditet: Graviditetsvecka 40+0 – 40+6 (O49.0)

En genomsnittlig graviditetslängd är 40 veckor. Graviditetslängden baseras i Sverige som regel på en ultraljudsundersökning utförd under första eller andra trimestern. Vid graviditetslängd över 42 veckor betecknas graviditeten som överburen. Vid internationell jämförelse 2015 utmärkte sig Sverige genom att ha den i särklass högsta andelen överburna graviditeter (≥ 42 veckor). WHO rekommenderar induktion vid 41 graviditetsveckor.

En HTA rapport där en systematisk granskning av evidensen för huruvida induktion i graviditetsvecka 41+0 (– 41+2) jämfört med induktion i graviditetsvecka 42+0 (–42+2) medför reduktion av dödföddhet, neonatal dödlighet och neonatal sjuklighet (primärt utfall), utan att öka maternell mortalitet och morbiditet

hos friska kvinnor med okomplicerad enkelbörd. Studien jämförde således den policy som fram till 2020 varit dominerande i Sverige vid okomplicerad enkelbördsgraviditet utan särskilda riskfaktorer (induktion i vecka 42+0) med induktion en vecka tidigare. Det finns även en oro att en ökad andel induktion kan bidra till flera kejsarsnitt och sugklockeförlossningar, men det har inte visats i studier.

En nationell rekommendation har presenterats vid SFOG's vintermöte i januari 2021 som utgår ifrån ovanstående kunskapsunderlag. Rekommendationen är utformad av en arbetsgrupp på uppdrag av NPO.

Förslaget till rekommendation innehåller möjligheter till individualiserad vård genom bedömning av riskfaktorer vid en undersökning i början av vecka 41+. Utifrån bedömningen och undersökningen kan en prioritering göras av vilka kvinnor som behöver induceras i början respektive slutet av graviditetsvecka 41+. Målet är att kvinnan ska ha fött barn eller vara i aktivt värkarbete vecka 42+0.

I sydöstra sjukvårdsregionen har vi valt att avvakta med att förändra tidpunkten för induktion tills dess att tydlig evidens har framkommit. I nuläget inducerar de flesta andra regioner tidigare, det vill säga någon gång under vecka 41+.

I syfte att bidra till jämlik förlossningsvård i Sverige har det varit viktigt att påbörja kontroller vid prolongerad graviditet efter vecka 41+0 samt erbjuda prioriterade grupper induktion i början av vecka 41 som en förberedelse till kommande nationella rekommendation och som förberedelse för att uppnå en situation med lika vård i Sydöstra sjukvårdsregionen. Universitetssjukhuset i Linköping har utformat en preliminär riktlinje i väntan på den nationella rekommendationen som väntas vara klar under senare delen av våren.

Valet att göra en kontroll i början av vecka 41 istället för att erbjuda alla induktion i vecka 41 grundar sig på att det är viktigt att individualisera vården och ge kvinnor med normala fynd vid kontrollen i början av vecka 41+ möjlighet att avvakta spontan start till slutet av vecka 41+ för att prioritera det normala födandet och undvika för stor belastning på förlossningen. Om ökningen av andelen induktioner blir så låg som möjligt minskar det risken för undanträngningseffekter för de kvinnor som är i akut behov av inläggning på förlossningen relaterat till förlossningsstart.

Arbetet fortsätter under året med implementering av den nya rutinen för prolongerad graviditet med omhändertagande av de kvinnor som fortsatt är gravida i vecka 41+ och utvärdering av dess påverkan på induktionsfrekvensen och om andelen kejsarsnitt och sugklockeförlossningar ändras.

Pandemi med Covid-19

Covid-19 pandemin har präglat hela 2020 och sjukvården har på många sätt ställt om. Förlossningsvården är en akutverksamhet som inte kan anstå och har prioriterats i tider med stor korttidsfrånvaro bland personalen. Därmed är de medicinska resultaten i de flesta fall jämförbara med tidigare år. I Region Jönköping har elektiva sectio från Jönköping utförts i Eksjö och Värnamo vilket påverkar statistiken i årets rapport.

Det är 43 patienter i regionen (0,4%) som har fått diagnosen Covid-19 i samband med förlossningen (tabell 3). Under våren 2020 var dock provtagningen mycket begränsad och siffran är sannolikt falskt låg. För våra födande har begränsning av medföljande vid besök i vården inneburit att deras partner har kunnat vara mindre delaktiga under graviditet och i eftervård. Frisk partner har fått närvara vid förlossning på regionens alla sjukhus

Tabell 3. Covid-19

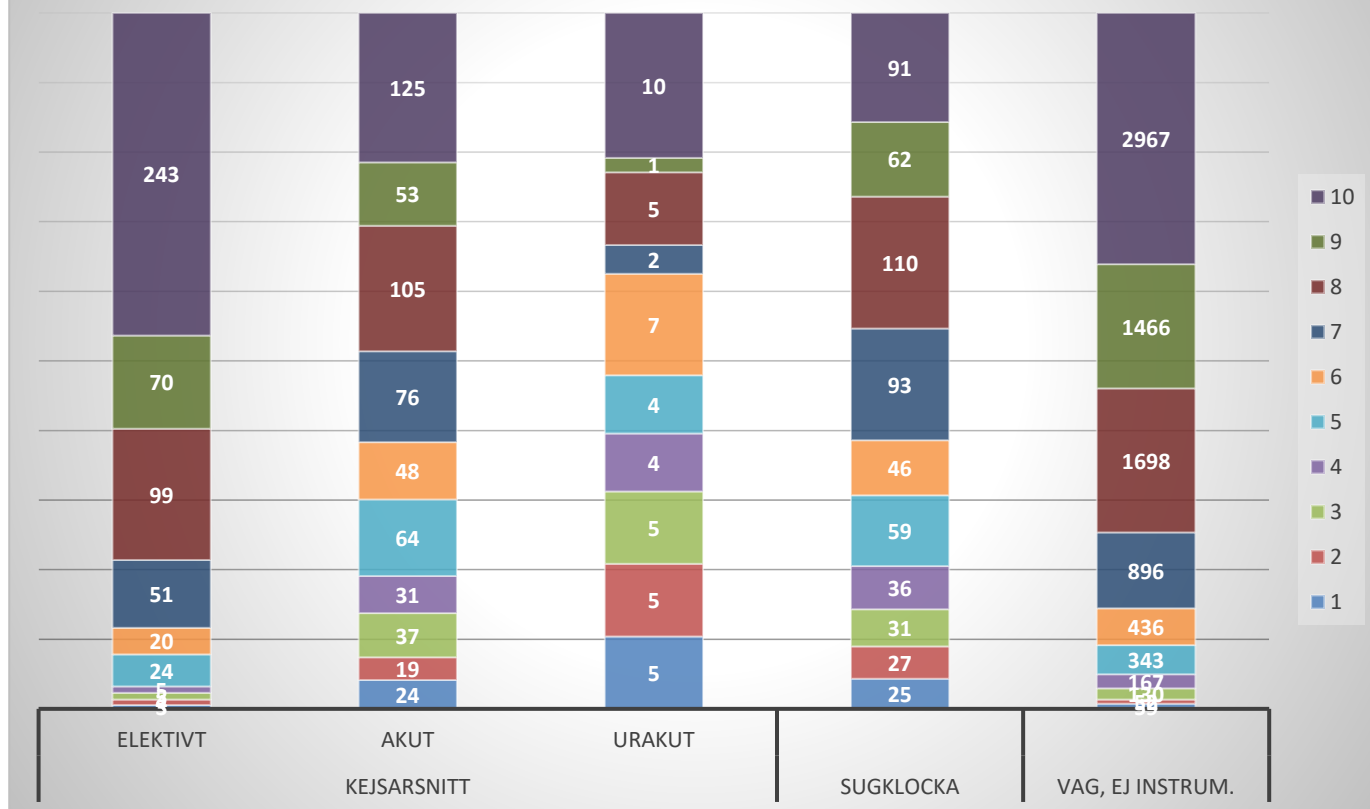
	Eksjö	Jönköping	Kalmar	Linköping	Norrköping	Värnamo	Västervik	Hela regionen
<i>Antal</i>	3	6	3	14	13	4	0	43
<i>Andel</i>	0,2%	0,3%	0,2%	0,5%	0,6%	0,4%	0,0%	0,4%

Förlossningsvården har påverkats genom ett flertal inställda utbildningar. Exempelvis har praktisk obstetrisk teamträning, CEPS-övningar mm inte kunnat genomföras som tidigare. En stor del av kvalitets och förbättringsarbeten har fått anstå då medarbetarna har behövt i patientvården. Många möten och utbildningar har dock kunnat ställas om och bli digitala och har därmed inte behövt ställas in.

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 85,8% (84,7)% angivit ett VAS-värde. Av dessa ansåg 93,2 % (93,0%) att det var en bra eller acceptabel upplevelse (VAS 5-10), vilket är nära 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 20).

Figur 20. 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 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 2020 har regionen nått målvärdet för icke instrumentella förlossningar och patientnöjdhet vilket innebär att Sydöstra sjukvårdsregionens resultat är bland de 20% bästa i Sverige. I nuläget uppskattas patientnöjdhet via VAS-skala, men under 2020 kommer vi att kunna uthämta data kring patienternas förlossningsupplevelse ur Graviditetsregistret. Hade exempelvis riket i övrigt haft samma nivå på instrumentella förlossningar så hade omkring 5000(!) kejsarsnitt eller sugklockor årligen kunnat undvikas.

Induktion av förlossning kommer att vara en stor utmaning under 2021, där nya nationella rekommendationer för induktion vid prolongerad graviditet kommer att publiceras. Förändringen kommer att påverka vården i och med att den kräver utökade resurser avseende bemanning och lokaler. Arbetet med implementering av den nya rutinen för prolongerad graviditet med omhändertagande av de kvinnor som fortsatt är gravida i vecka 41+ och utvärdering av dess påverkan på induktionsfrekvensen och förlossningsutfallet kommer att göras under året.

Det finns dock flera utmaningar där det behövs ett fortsatt 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 och arbetet med det fortsätter.

Sammantaget sporrar detta oss till fortsatt utveckling och stimulerar till förändrade arbetssätt för att göra verksamheten ännu bättre, exempelvis att minska andelen sfinkterskada, bibehålla andelen icke-instrumentella förlossningar och vår höga patientnöjdhet i en situation med en ökad andel induktioner.

Det kontinuerliga arbetet med att undvika, diagnosticera och åtgärda bäckenbottenskador, fosterövervakning och akut omhändertagande av barn är fortsatt i fokus (www.backenbottenutbildning.se, utbildning i neo-HLR inklusive web-utbildningen www.neohlrutbildning.se samt fosterövervakning i www.ctgutbildning.se som medarbetarna ska göra minst vart annat år).

Bilagor

Bilaga 1: Förlossningsdata för hela regionen 2020.