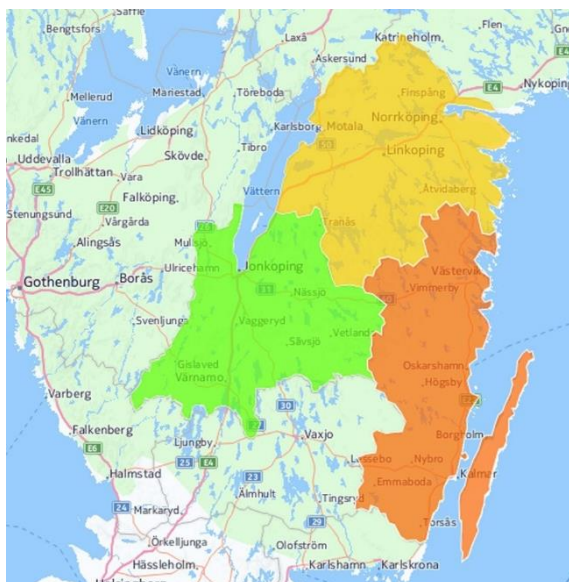


Förlossningsrapport 2021

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 2021, vilket är den 17: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
• Maria Wärensberg	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 ur databasen för respektive region. Det totala bortfallet bedöms vara 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 separata kvalitetsgrupper som utvärderar mödrahälsovården och 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. Även i Region Jönköpings Län har elektiva kejsarsnitt flyttats mellan hemklinikerna, vilket har korrigerats för i den aktuella rapporten.

Vi har också preciserat målvärden för förlossningsvården då vi konstaterat att det är ett effektivt sätt att åstadkomma förbättringar i detta arbete. De angivna målvärdena är regionala om inte annat anges. Data för 2020 presenteras inom parentes som jämförelse. Jämförelsedata för riket är tagna från Graviditetsregistret, vilket täcker drygt 95% av alla förlossningar i landet. De nationella målvärdena i Graviditetsregistret inom respektive område baseras på de bästa resultat hos de 20% bästa klinikerna under 2018.

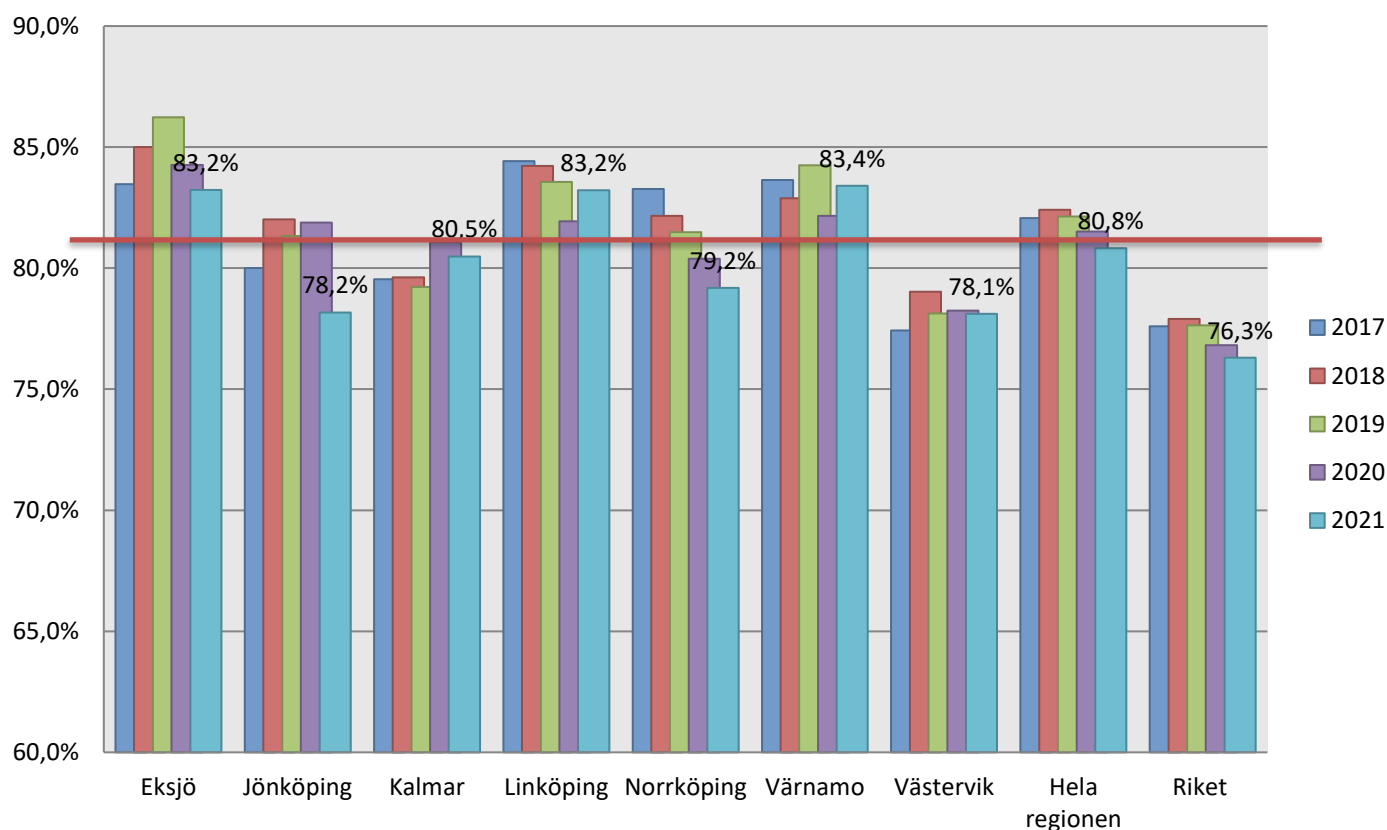
Resultat

Förlossningen

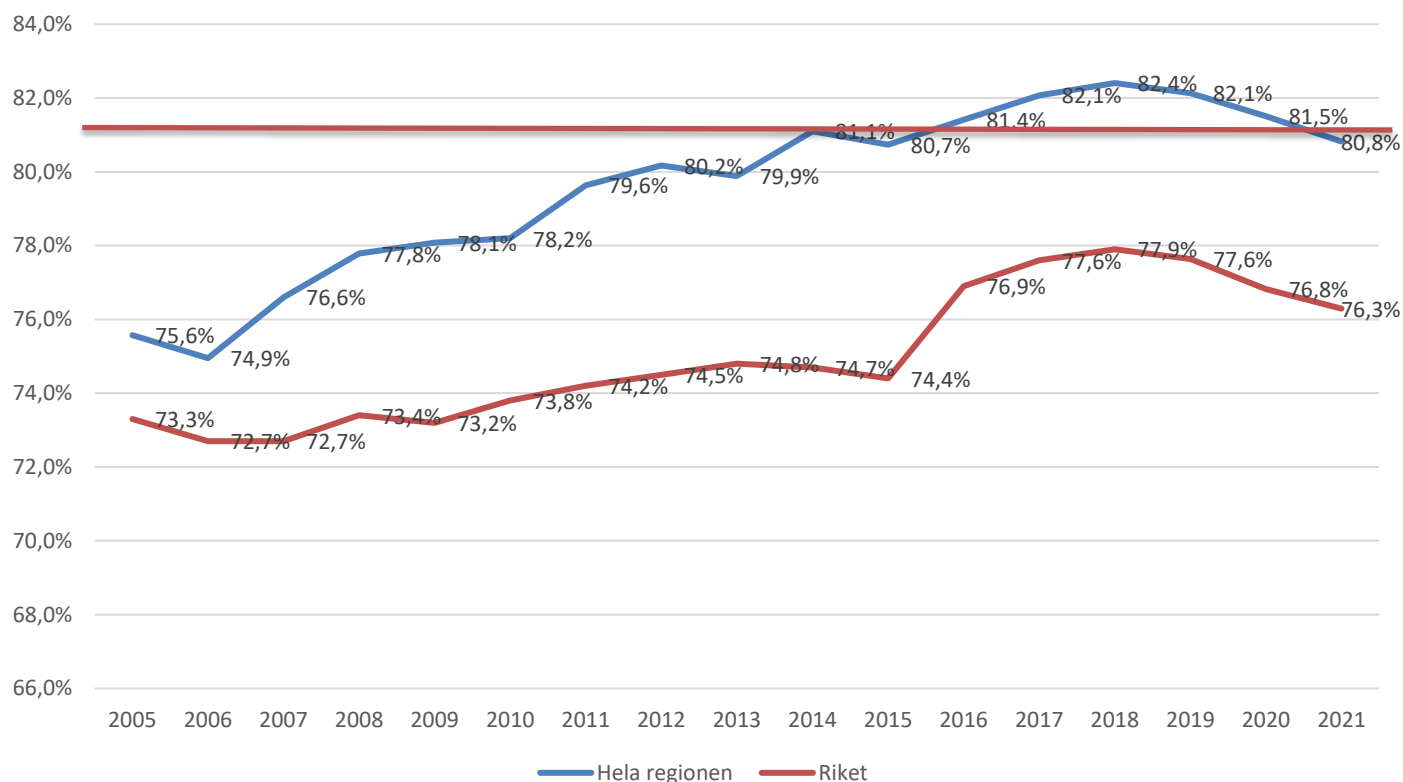
Totalt registrerades 11 514 (11 601) **förlossningar** varav 5,2 % (5,8%) var **sugklocka** eller **tång** och 14,0% (12,7%) var **sectio**. Av samtliga förlossningar var 80,8% (81,5%) icke instrumentella. Detta är en förändring jämfört med tidigare år, där Sydöstra sjukvårdsregionen för första gången på 5 år inte nått det nationella målvärdet, vilket är satt till >81,3% (Graviditetsregistret). Av kejsarsnitten var 38,2% (42,8%) elektiva, 55,8% (51,9%) akuta och 5,9% (5,3%) var omedelbara. I 16,4% (16,3%) utfördes kejsarsnittet på s.k. psykosocial indikation, d.v.s. utan medicinskt skäl. Den totala sectiofrekvensen har under de senaste 12 åren legat lägre än målvärdet på 15,0% och betydligt under rikets andel på 18,4%.

Kejsarsnitten jämfördes också med s.k. **Robsonklassificering** där sectiofrekvensen var 6,1% (5,6%) i grupp 1 (förstföderska, huvudbudning, ≥ 37 graviditetsveckor och spontan värkstart) och 20,2 % (20,0%) i grupp 2B (förstföderska, huvudbudning, ≥ 37 graviditetsveckor och induktion) samt 19,4% (15,9%) i grupp 5A (omföderska som tidigare genomgått kejsarsnitt). För detaljer se tabell 1 och figur 1-4 och 6-10.

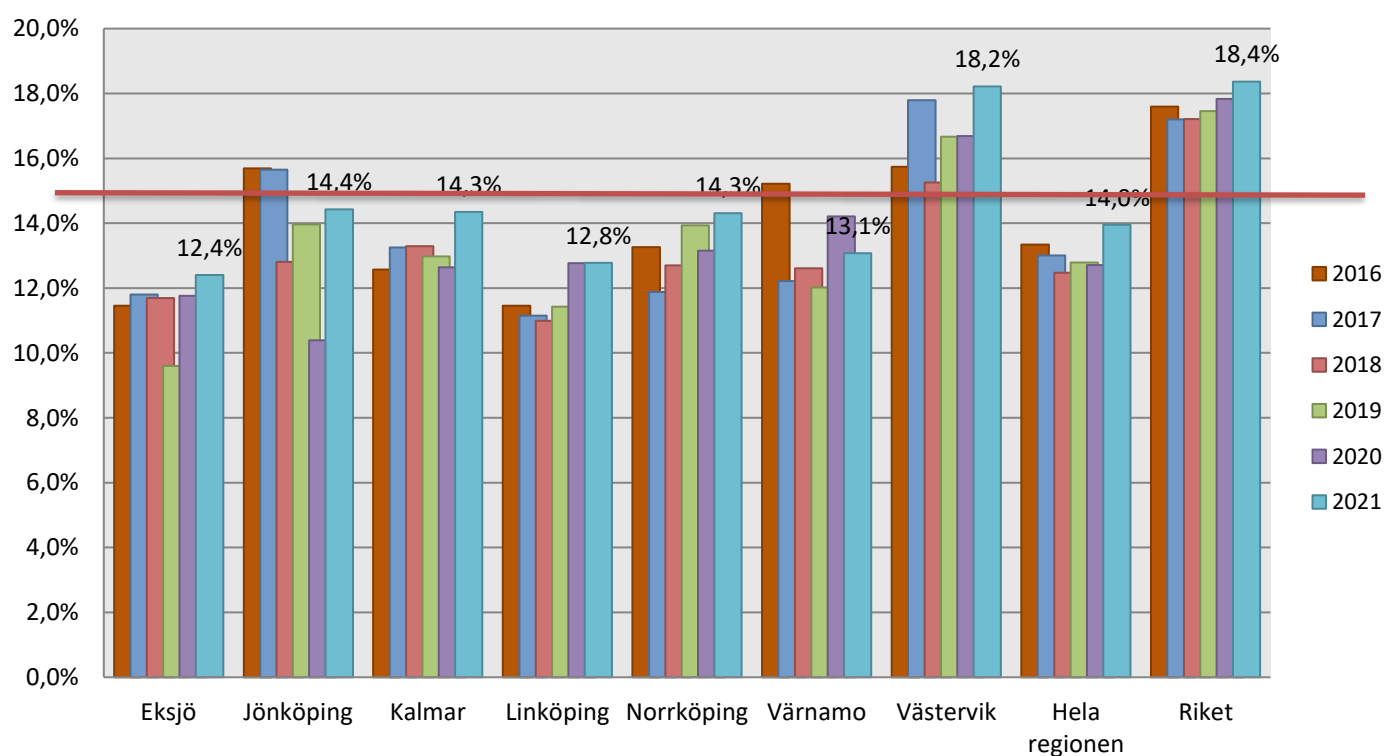
Figur 1 a. Icke instrumentella förlossningar (nationellt målvärde >81,3%)



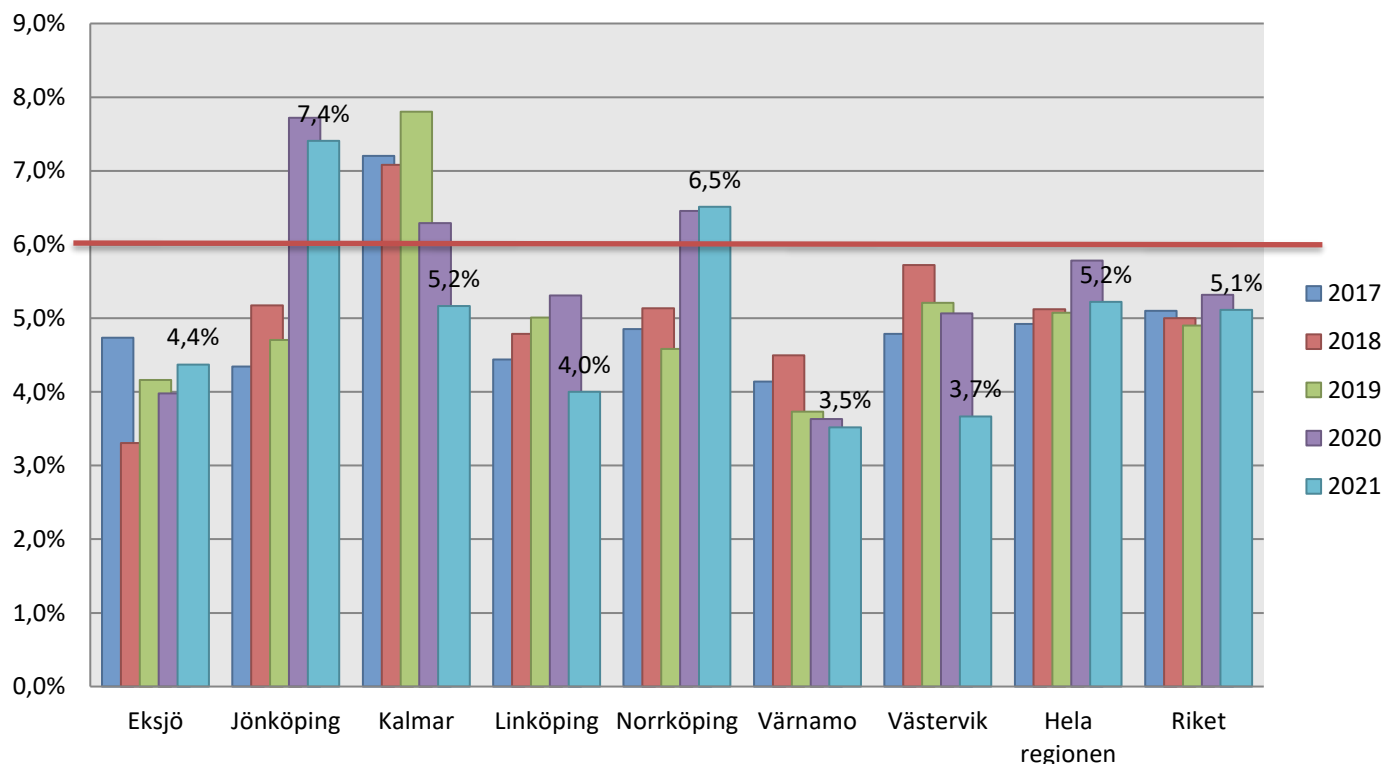
Figur 1b. Icke instrumentella förlossningar



Figur 2. Andel sectio (målvärde <15%)



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



En viktig målsättning är att kunna erbjuda en icke-instrumentell förlossning (förlossning utan kejsarsnitt eller sugklocka/tång), där vi för första gången inte uppnår målvärdet för icke-instrumentell förlossning, med en andel på 80,8% för 2021, således under rikets målvärde på 81,3%. Detta visar ett ökat behov av fortsatt 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). Vi ämnar fördjupa oss i gruppen inducerade kvinnor under kommande år som ett led i att förbättra arbetet med denna patientgrupp.

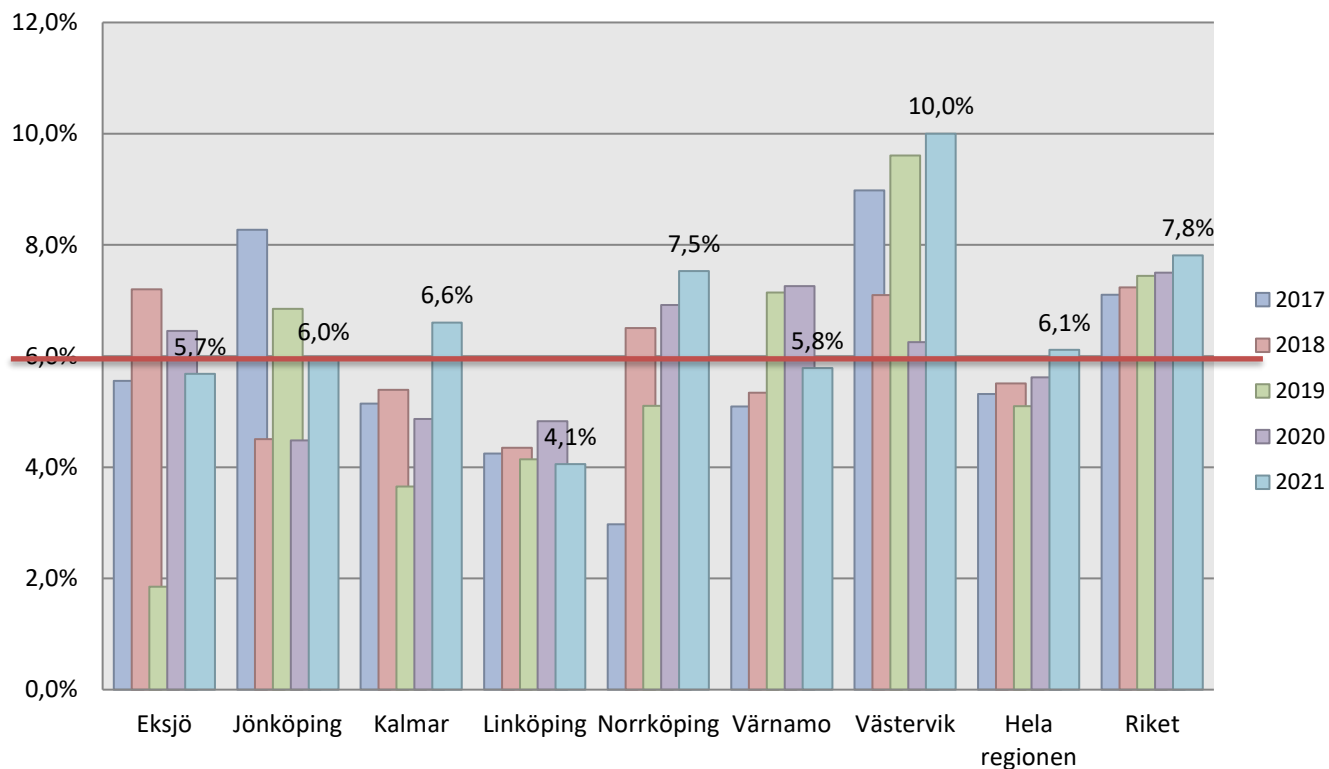
Faktaruta Robsonklassificering

Robsongrupp 1: Förstföderska, enkelbörd, huvudbudning, fullgången med spontan förlossningsstart.

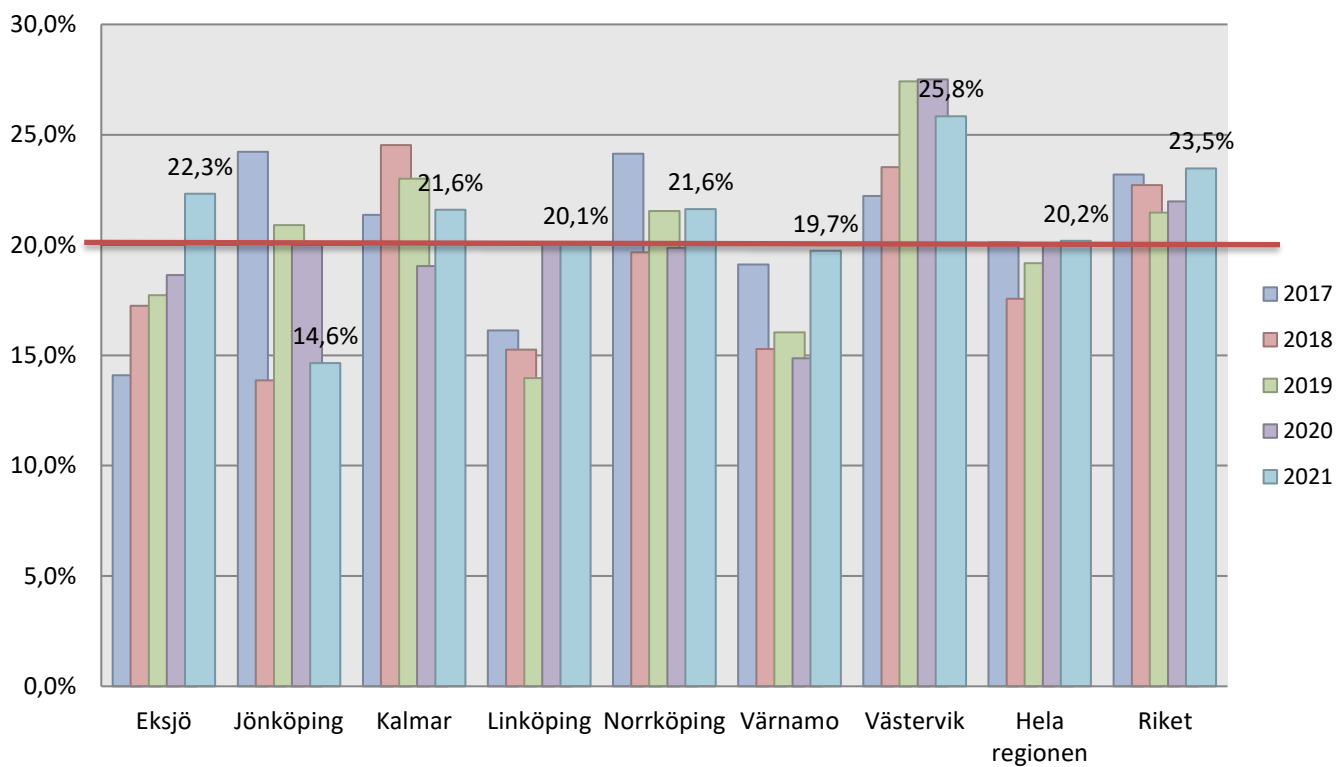
Robsongrupp 2b: Förstföderska, enkelbörd, huvudbudning, fullgången där förlossningen induceras.

Robsongrupp 5a: Omföderska med tidigare kejsarsnitt, enkelbörd, huvudbudning, fullgången med spontan förlossningsstart.

Figur 4. Andel sectio i Robsongrupp 1 (nationellt målvärde <6%)

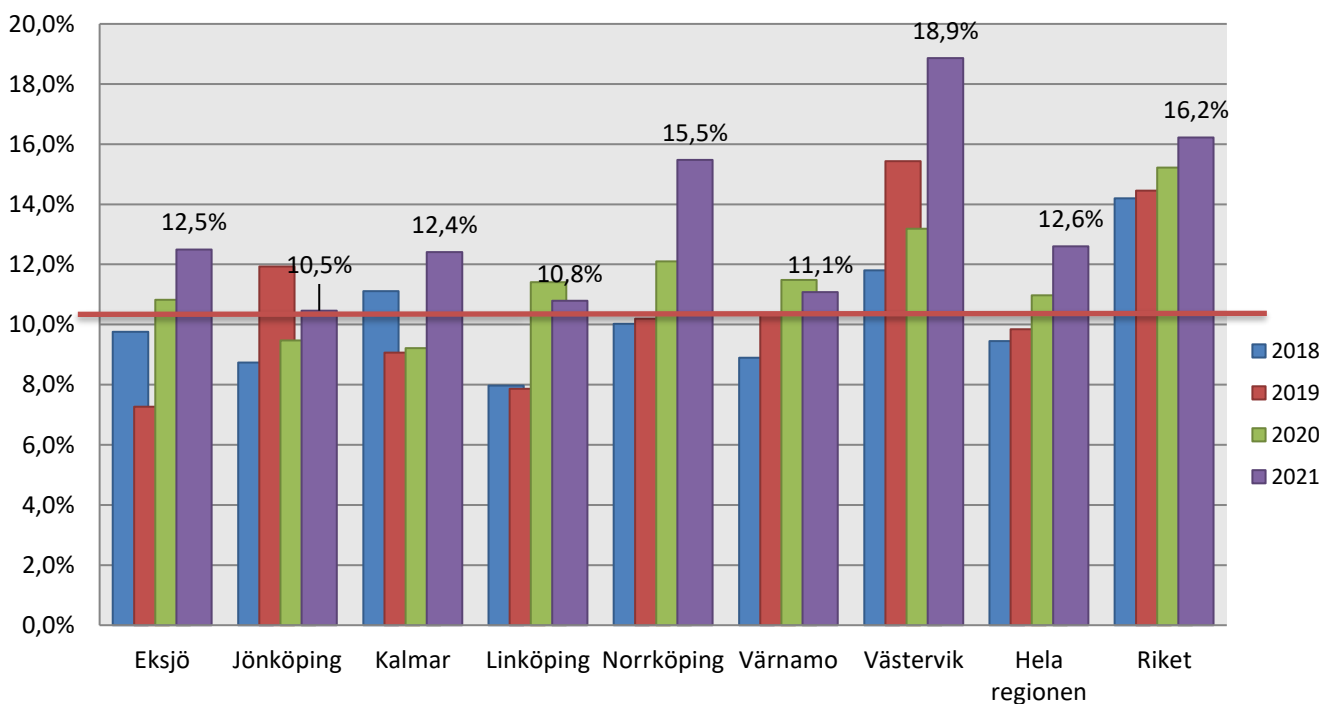


Figur 5. Andel sectio i Robsongrupp 2B (nationellt målvärde <20%)



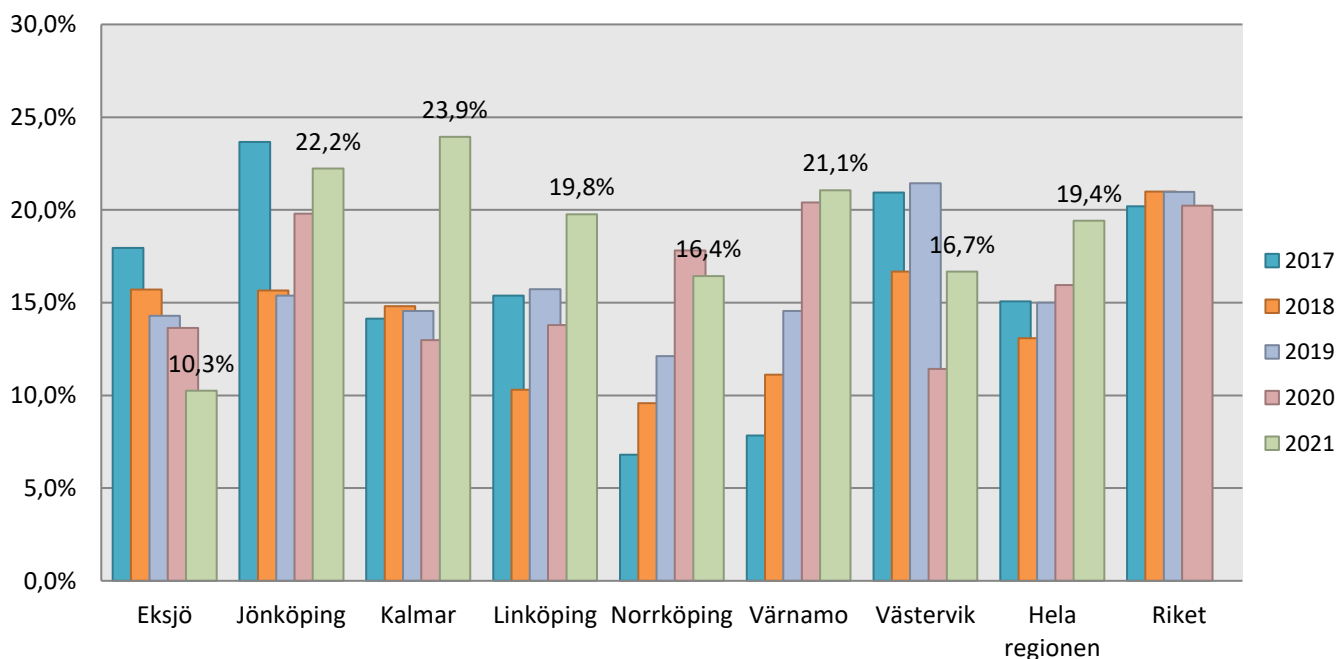
Andelen kejsarsnitt i Robson 2 B, induktion av förlossning hos förstföderska i fullgången tid med huvudbudning, är betydligt högre än vid spontan förlossningsstart. Detta är förväntat, då induktion görs vid komplicerande medicinska sjukdomstillstånd eller riskgraviditeter och kan medföra en ökad risk för instrumentell förlossning. Det motiverar fortsatt arbete med denna patientgrupp då denna grupp förväntas öka ytterligare utifrån nya nationella riktlinjer inom flera områden.

Figur 6. Andel sectio i Robsongrupp 1+2 (nationellt målvärde <10,4%)



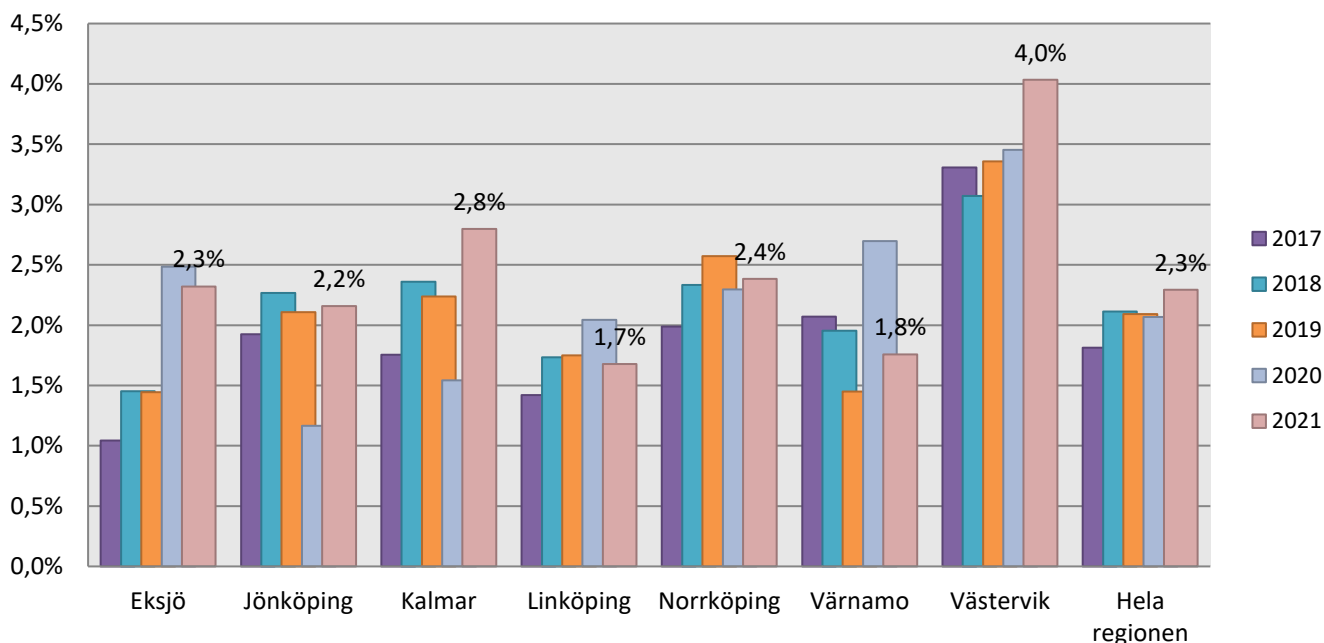
Robson 5A är omföderskor med spontan förlossningsstart som tidigare genomgått kejsarsnitt. Trots att förlossningen startar spontant är risken för kejsarsnitt omkring 20% jämfört med ungefär 1% om kvinnan tidigare genomgått en vaginal förlossning (figur 7). Detta motiverar således målsättningen med hålla kejsarsnittsfrekvensen i Robson 1+2 gruppen på en låg nivå.

Figur 7. Andel sectio i Robsongrupp 5A



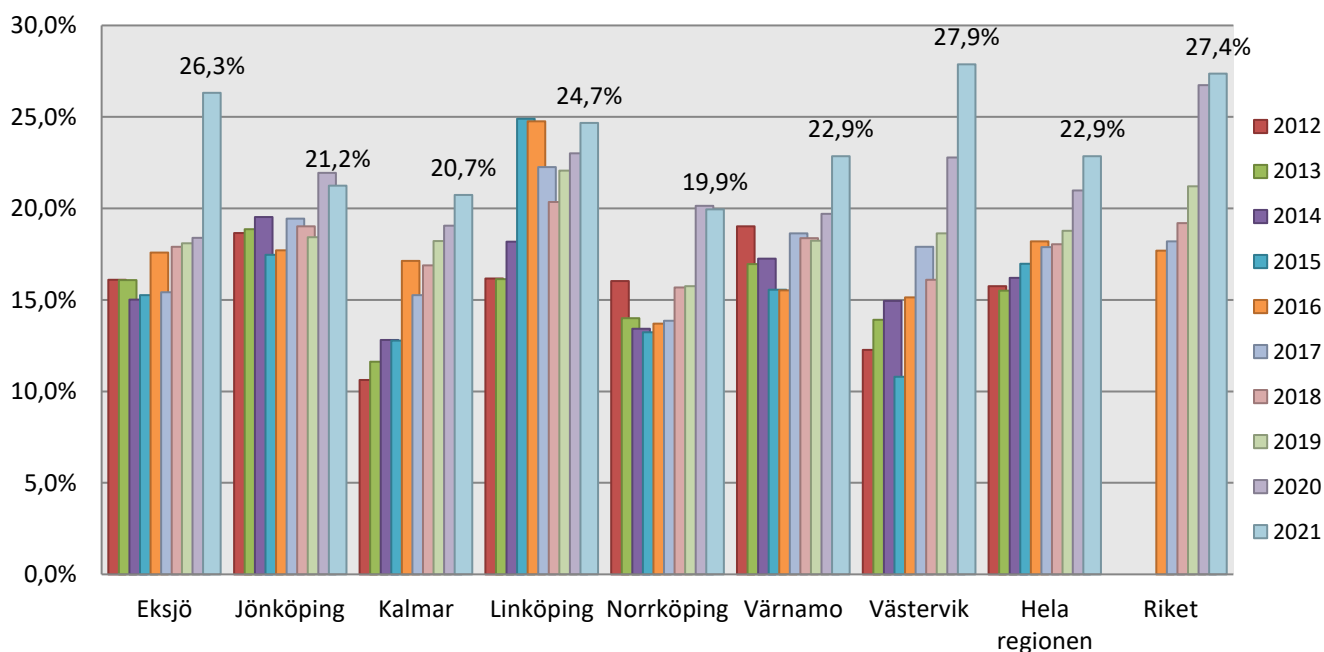
Andelen av kejsarsnitten på **psykosocial indikation**, dvs. utan strikt medicinska skäl, visar en betydande variation. Drygt 1/6 av alla kejsarsnitt utförs med hänvisning till psykologiska orsaker. Vi har enats om att beslut på denna indikation bör samlas till ett fåtal individer för att minska variationen i handläggning och diagnossättning. Här ser vi en möjlighet till förbättring där ett regionalt samarbete sannolikt skulle vara givande för Aurora/Amandaverksamheten (figur 8).

Figur 8. Sectio på psykosocial indikation av alla förlossningar



Andelen induktioner (igångsättningar) ligger fortsatt högt i hela landet och låg i vår region på 22,9% under 2021 (21,0% år 2020) (figur 9). 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.

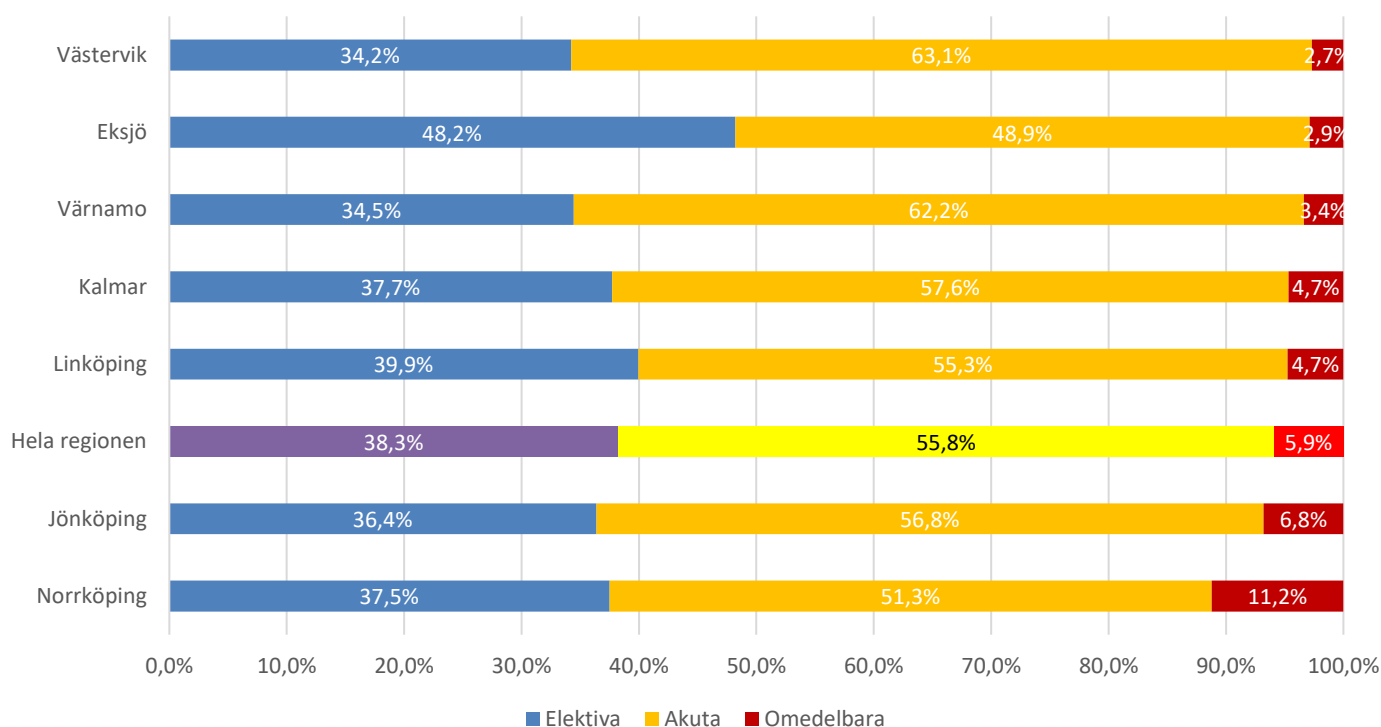
Figur 9. Andel induktioner (gäller alla indikationer)



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 5,9% av det totala antalet kejsarsnitt men skiljer sig åt inom regionen (figur 10). År 2020 noterades det skillnader mellan klinikerna och arbetssättet vid akut kejsarsnitt. Detta följdes upp under 2021, och har lett till att ytterligare fler kliniker har utvecklat rutiner med larmsystem för akut sectio inom 30 minuter, som ett led i att minska andelen omedelbara kejsarsnitt. De kliniker som har infört ett nytt larmsystem för akut sectio inom 30 minuter i regional anestesi har 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 en ny larmrutin.

Figur 10. Andel i respektive sectiokategori

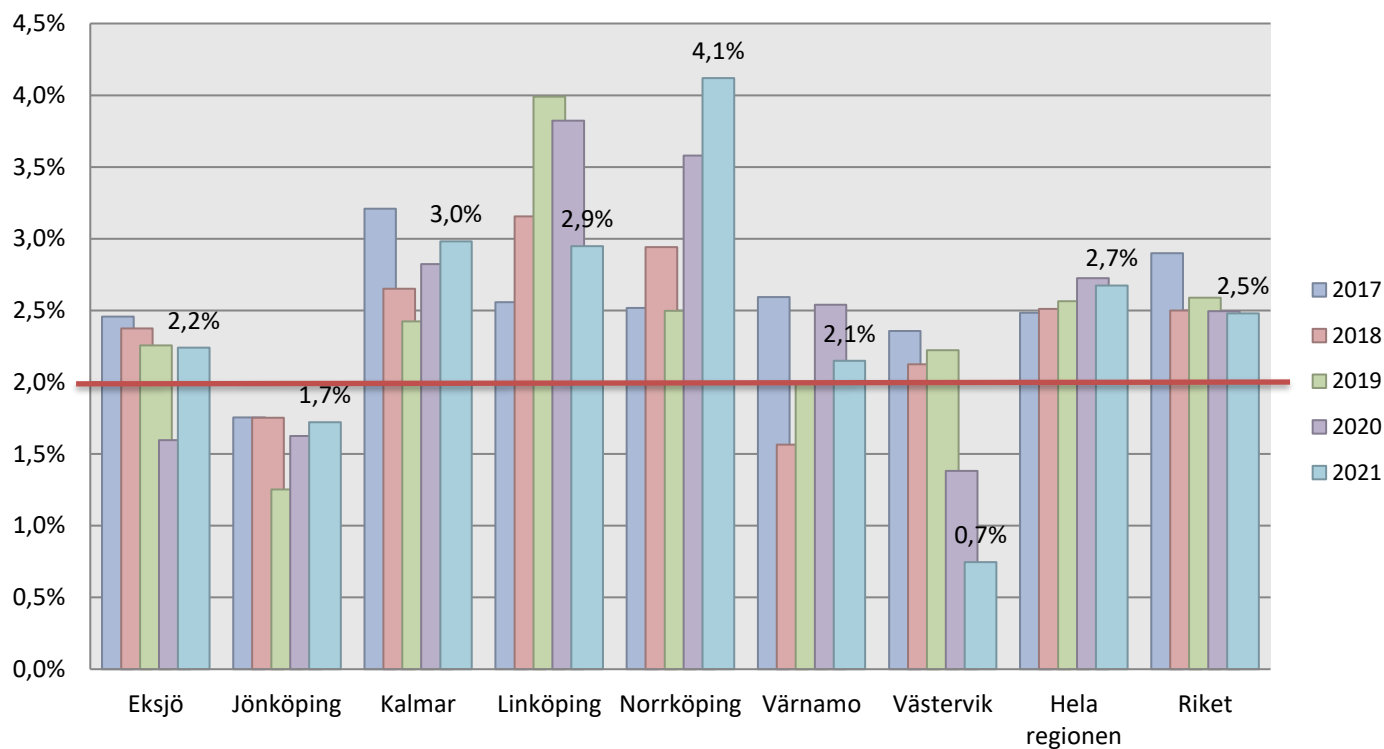


Andelen kvinnor som drabbades av en **grad III-IV-bristning** (partiell eller total bristning av analsfinktern (slutmuskeln) och/eller en bristning av slemhinnan i ändtarmen) var 2,7% (2,7%) av alla vaginalförlösta (figur 11). För dem med icke-instrumentell förlossning var siffran 2,1% (2,0%) (figur 12). Vid instrumentell förlossning var motsvarande resultat 11,0% (12,4%) (figur 13). 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 14).

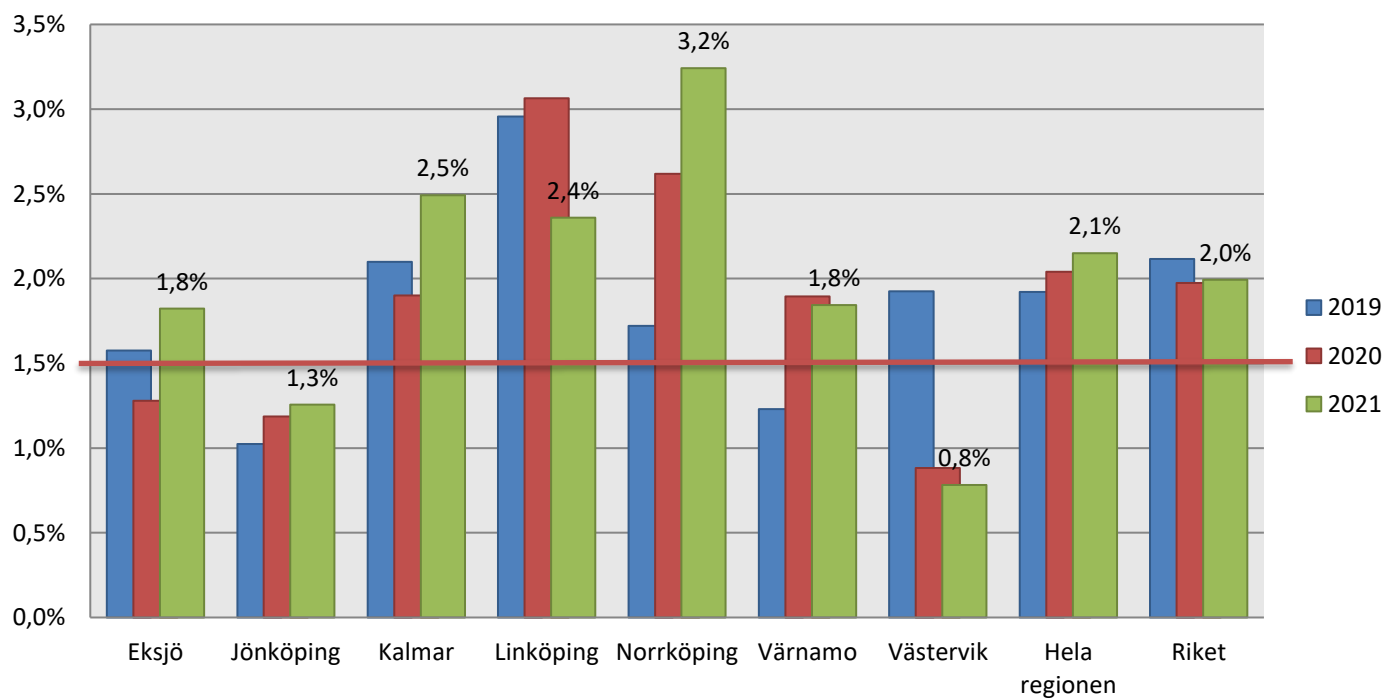
Andelen kvinnor som genomgår **klipp** i bäckenbotten (s.k. episiotomi) har minskat i landet under de senaste åren. Det vetenskapliga stödet för klipp är motstridigt, där det tidigare fanns stöd för att klipp inte skyddar mot sfinkterskada medan andra studier har visat att det kan vara en fördel med klipp vid sugklocka hos förstföderskor. Vid instrumentell förlossning förekom episiotomi i 15,1% jämfört med 29,8% i riket (Graviditetsregistret). Vid icke-instrumentell förlossning förekom episiotomi i 1,8% av förlossningarna jämfört med 3,5% i riket (Graviditetsregistret).

Risk för bristning grad III-IV ökar kraftigt vid instrumentell förlossning jämfört med spontan vaginal förlossning. Utbildningsinsatser görs fortlöpande på respektive klinik för att minska andelen svåra bristningar.

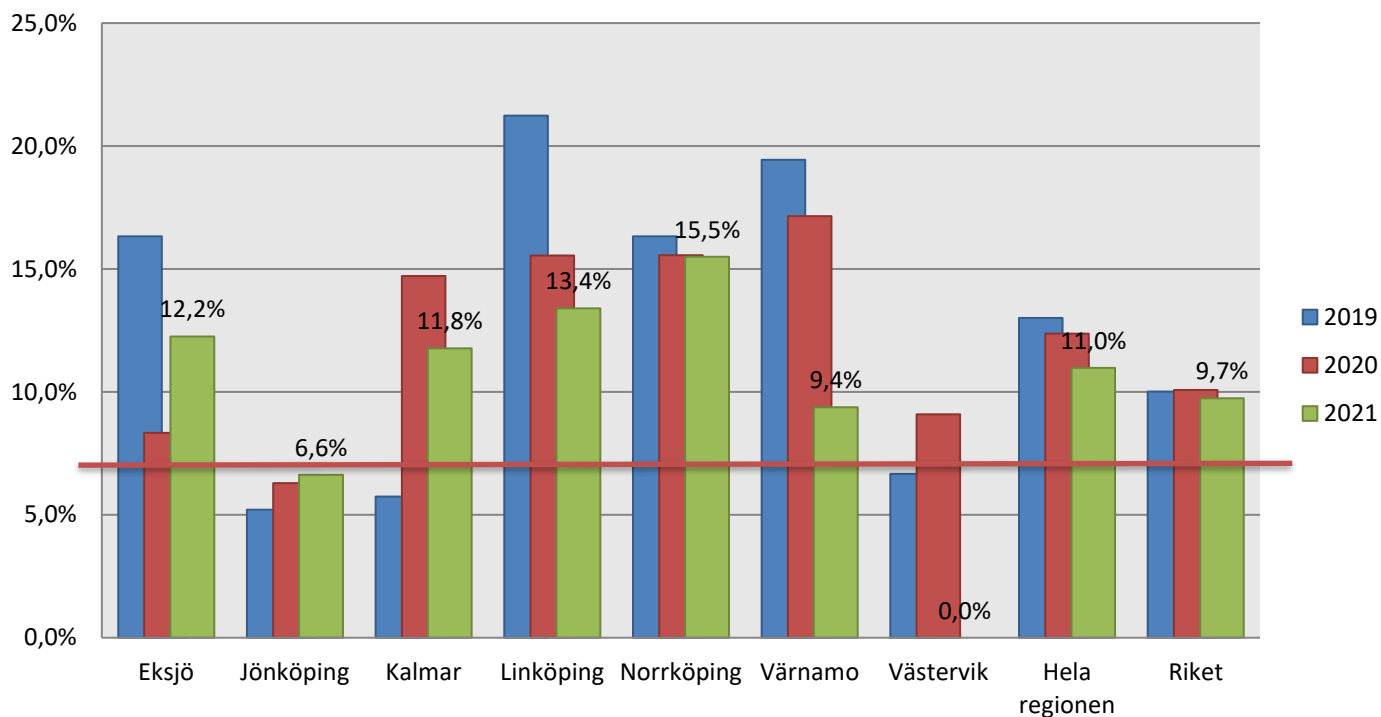
Figur 11. Andelen bristningar grad III-IV (målvärde <2%)



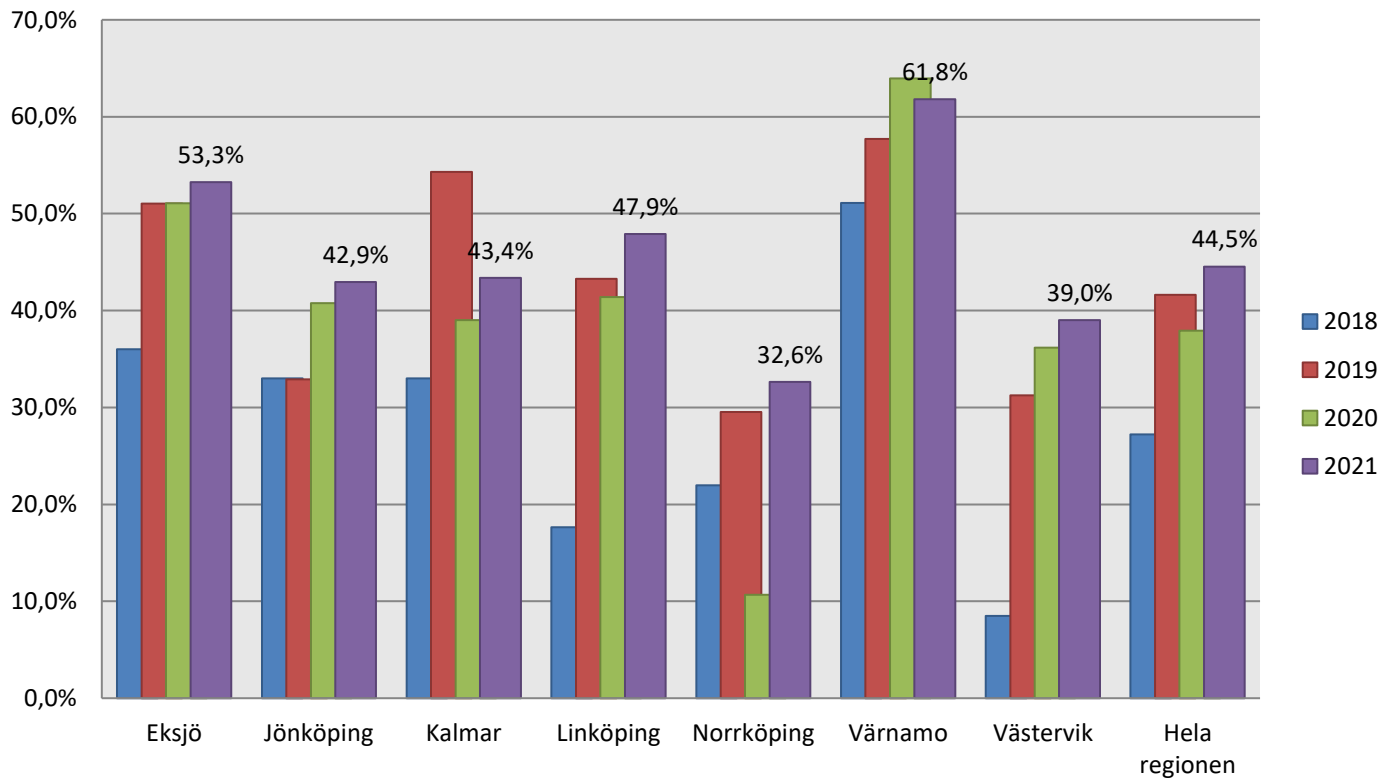
Figur 12. Andel bristning grad III-IV vid icke instrumentell förlossning (nationellt målvärde <1,5%)



Figur 13. Andel bristning grad III-IV vid instrumentell förlossning
(nationellt målvärde <6,9%)



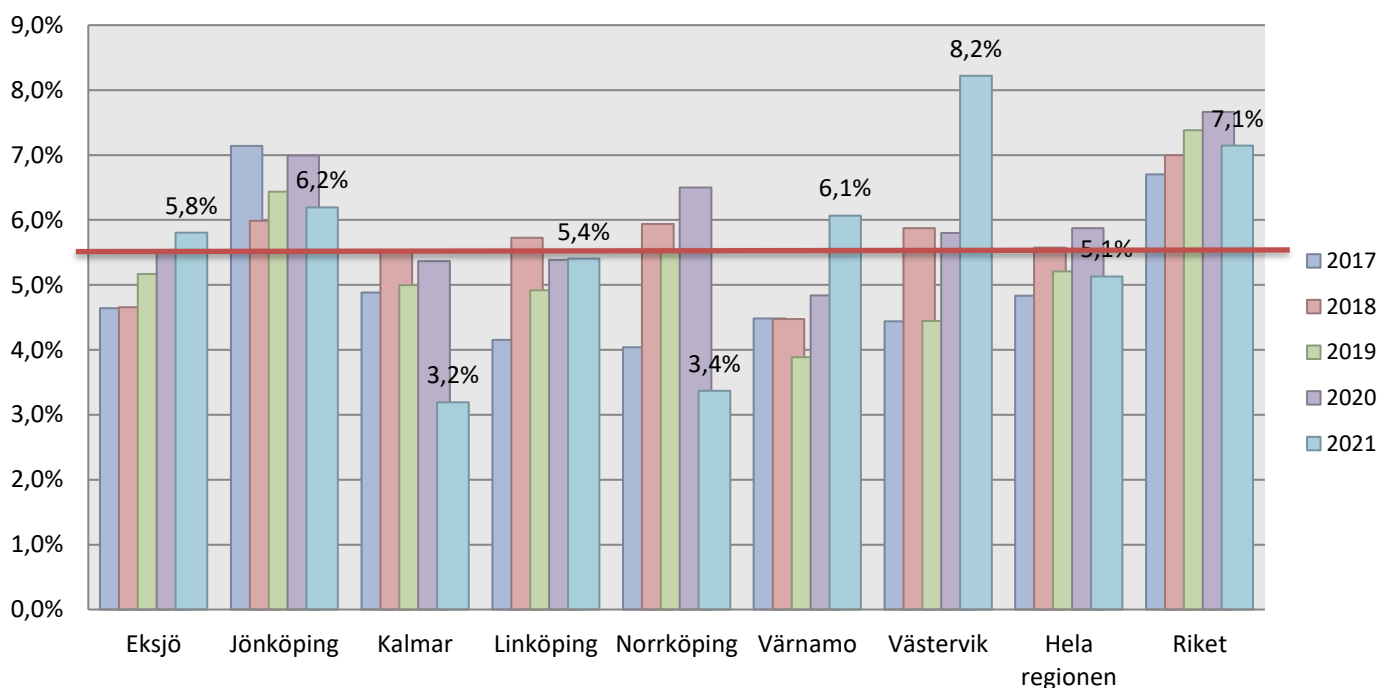
Figur 14. Andel vaginalförlösta som fått PDB



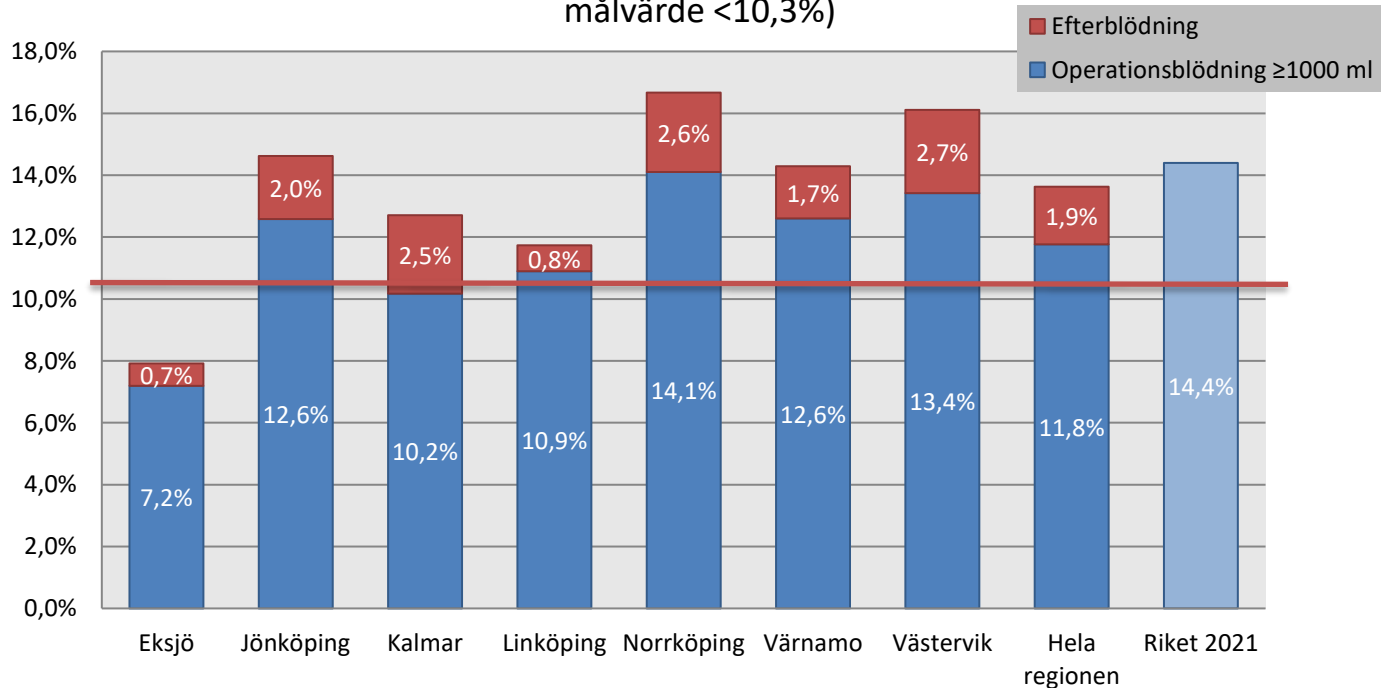
Stora blödningar kan leda till komplikationer i efterförloppet såsom ökad risk för infektioner, men även problem för den nyblivna mamman att komma igång efter förlossningen och knyta an till sitt barn. Det är därför viktigt att minimera blödningsmängden, vilket alltid görs med livmodersammandragande läkemedel. Blödningen kan ändå bli stor t.ex. om moderkakan sitter fast och vi vill därför följa 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 anses som en oönskad komplikation. Figurerna 15-16 speglar blödningsproblematiken. Sydöstra sjukvårdsregionen uppnår målvärdet på 5,5% för andel blödning > 1000 ml vid vaginal förlossning och ligger på 5,1%, där riket ligger på 7,1% (Graviditetsregistret). Under 2021 har LÖF publicerat nya rekommendationer för obstetrisk postpartumblödning, och klinikerna i Sydöstra sjukvårdsregionen har uppdaterat behandlingsrutiner/PM utifrån detta. Postpartumblödning ingår även i praktisk obstetrisk träning.

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



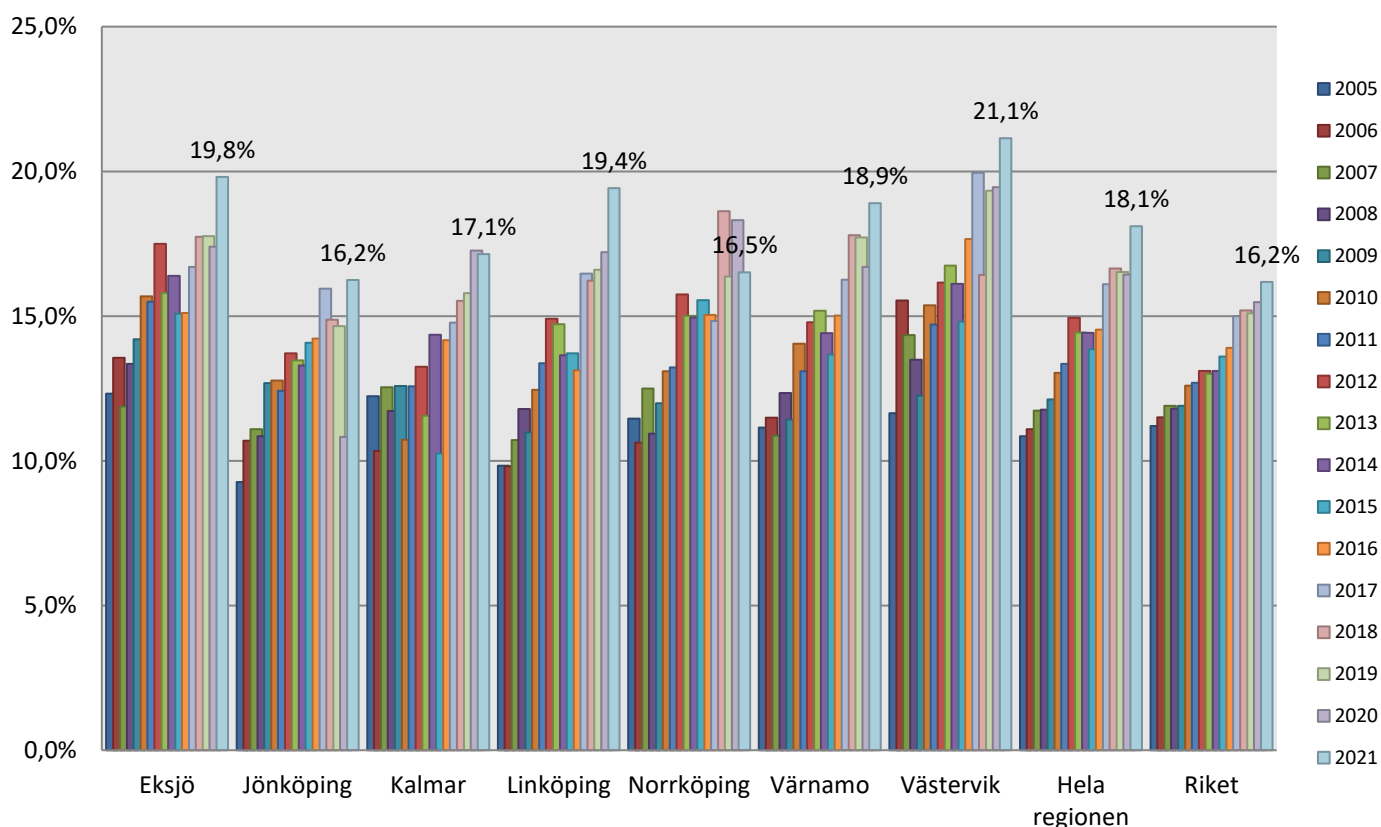
Figur 16. Andel med total blödning >1000 ml vid sectio (nationellt målvärde <10,3%)



Sydöstra sjukvårdsregionen uppnår inte målvärdet på 10,3% på total blödning > 1000 ml vid sectio. Sydöstra sjukvårdsregionen ligger på 13,7%, vilket är något under rikets värde på 14,4%. Respektive klinik ämnar arbeta med förbättringsarbete avseende denna problematik under 2022.

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 17). Sammanlagt hade 18,1% (16,4%) fetma med denna definition. Andelen kvinnor med fetma ökar fortsatt. Andelen med BMI 35 eller mer var 6,0% (5,4%), vilket nästan är en dubbling sedan 2007. 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.

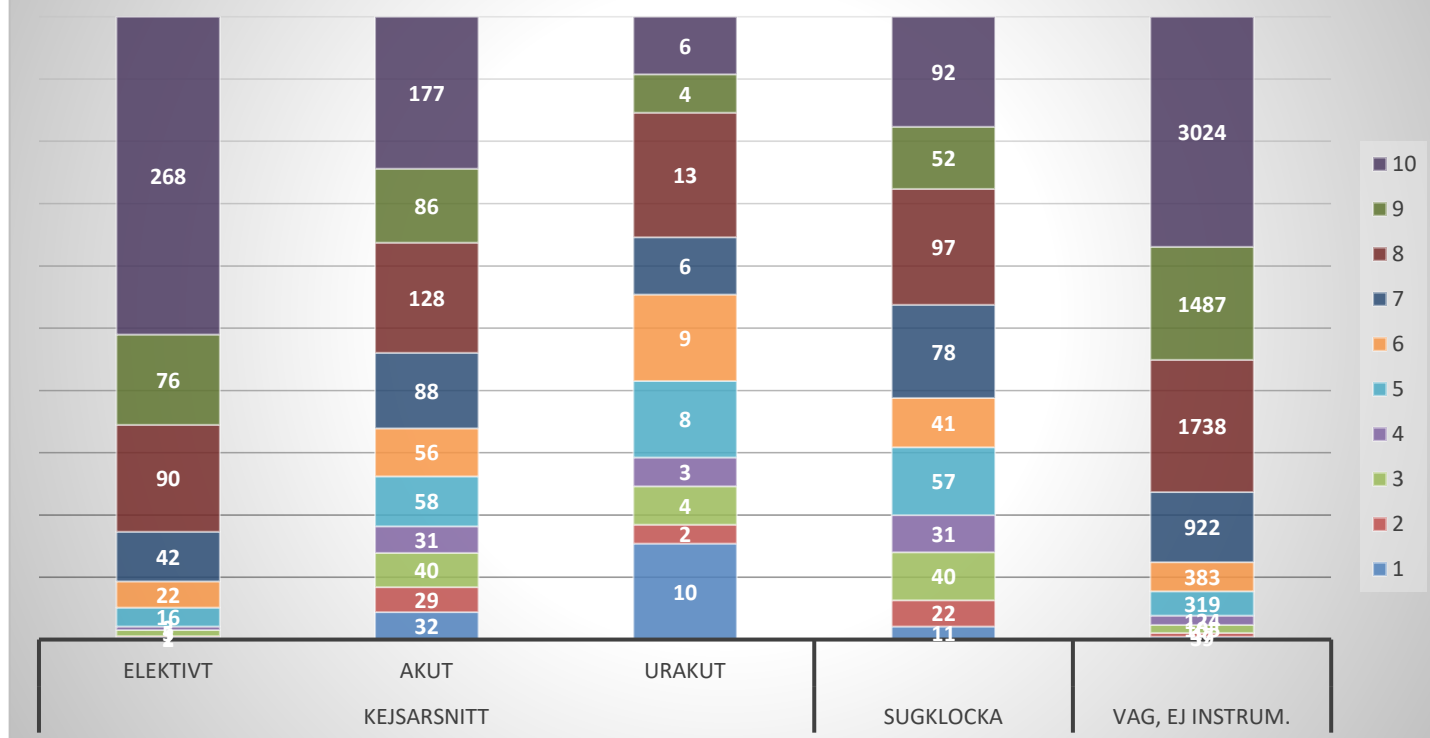
Figur 17. Andel med BMI ≥ 30



Förlossningsupplevelse

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 87,2% (85,8%) angivit ett VAS-värde. Av dessa ansåg 96,1% (93,2 %) att det var en bra eller acceptabel upplevelse (VAS 4-10), vilket är över den målnivå på 95% som regionen satt. Andelen som skattade förlossningen bra eller mycket bra (VAS 8-10) var 72,3%. 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 18). Framgent planeras att även information om patientupplevelse av förlossning extraheras från graviditetsregistrets graviditetsenkät, som nu finns tillgänglig, för att kunna följa patientupplevelse över tid (8 veckor postpartum samt 1 år postpartum).

Figur 18. VAS-bedömning av förlossningen i grupper av olika förlossningsätt
(VAS 10 är bästa möjliga upplevelse)



Barnen

Sammanlagt föddes 11 662 (11762) barn vid regionens förlossningsavdelningar.

När det gäller **graviditetslängden** var endast 0,34% (0,39%) födda **före vecka 28** och sammanlagt var det 6,0% (5,8%) **prematurfödda** barn, dvs. före vecka 37. De barn som föds efter vecka 41+6 räknas som **överburna** och de utgjorde 2,0% (5,0%), denna andel förväntas minska ytterligare med anledning av nya rutiner kring induktion som införts och införs i regionen 2021/2022. Andelen barn som föddes vecka 41+0 och senare utgjorde 21% (22%).

För att bedöma hur barnen mår efter förlossningen används s.k. **Apgar-score**, vilket är en uppskattning av barnets allmänna tillstånd. Apgar-score < 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% (2,0%) denna poäng, medan endast 0,20% (0,32%) hade Apgar <4 vid 5 minuter (vid 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 1,0% (1,1%) kriterier för ökad surhetsgrad, vilket motsvarar pH ≤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 är 62,4% (72,1%). En förklaring till denna drastiska minskning kan förklaras av att Region Östergötland inte haft tillgång till pH-sprutor för provtagning, relaterat till leveransproblem under Corona-pandemin. 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 3,1 per tusen födda (3,7) och riksgenomsnittet låg också på 3,1 per tusen födda.

2021 var det 36 fall av IUFD bland 36 kvinnor (2020 var det 44 fall (44 kvinnor)) av IUFD i Sydöstra sjukvårdsregionen. Av dessa inträffade 13 fall före vecka 32+0, 27 fall före vecka 39+0 och 32 fall före v 41+0. I 14 % av fallen hade kvinnan BMI ≥ 30 och ingen hade BMI ≥ 35 (tabell 1).

IUFD-klassifikation i Graviditetsregistret är ett verktyg för att kunna fastställa säker eller möjlig orsak till IUFD vilket bidrar till ökad kunskap om IUFD för såväl verksamhet och patient, men även inför handläggande vid nästkommande graviditet hos den drabbade kvinnan. I Stockholmsregionen görs regelbundna audits med genomgång av samtliga fall av IUFD i regionen. Data förs sedan in i Graviditetsregistret. Sydöstra sjukvårdsregionen har infört samma rutin under 2021 för att få en säkrare klassificering av våra fall av IUFD. Planen är att genomföra IUFD audits fyra gånger per år.

Tabell 1. Sammanfattning av samtliga IUFD 2019-2021

	2019		2020		2021	
	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel
Antal barn	35		44		36	
Antal mödrar	32		44		36	
Flerbörd	3	8,6%	1	2,3%	1	2,8%
Graviditetsvecka <32+0	8	22,9%	14	31,8%	13	36,1%
Graviditetsvecka 32+0-38+6	13	37,1%	19	43,2%	14	38,9%
Graviditetsvecka 39+0-40+6	8	22,9%	8	18,2%	5	13,9%
Graviditetsvecka ≥ 41	6	17,1%	3	6,8%	4	11,1%
BMI ≥ 30	8	25,0%	7	15,9%	5	13,9%
BMI ≥ 35	2	6,3%	4	9,1%	0	0%

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 2017-2021 (Andel i %)

	Eksjö	Jönköping	Kalmar	Linköping	Norrköping	Värnamo	Västervik	Hela regionen	Riket
Apgar <4 vid 5 minuter	0,20	0,37	0,23	0,29	0,26	0,23	0,22	0,27	0,21
Arteriellt navelsträngs-pH $\leq 7,05$ och BE < -12	0,54	0,69	2,25	1,26	1,06	0,68	1,21	1,13	ingen uppgift
Intrauterin fosterdöd	0,45	0,31	0,38	0,48	0,30	0,26	0,29	0,37	0,33

Överburenhet och prolongerad graviditet

Definitioner:

Överburenhet: Graviditetsvecka $\geq 42+0$ (O48.9)

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

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

En ny riktlinje för handläggning i graviditetsvecka 41 fastställdes 2021-09-17 av Nationellt Programområde (NPO) för kvinnosjukdomar och förlossning.

Den nya riktlinjen är framtagen av en nationell arbetsgrupp bestående av läkare och barnmorskor från hela landet. Uppdraget till arbetsgruppen från det Nationella programområdet var att utforma en nationell riktlinje för handläggning av kvinnor som inte fött vid graviditetsvecka 41+0. Riktlinjen skulle baseras på tillgängliga vetenskapliga underlag med hänsyn tagen till resurser och organisatoriska perspektiv i olika regioner i landet.

I den nya riktlinjen rekommenderas att kvinnan bör ha fött eller vara i värkarbete vid graviditetsvecka 42+0. I rekommendationen ingår att i början av vecka 41 erbjuda alla gravida induktion eller undersökning och bedömning med individuell planering vid det sjukhus där hon planerar att föda.

I sydöstra sjukvårdsregionen har rutinen införts gradvis där alla sju förlossningssjukhusen kommer att ha rutinen införd i och med start i Kalmar i februari och Jönköping i mars 2022.

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 kvinnor som behöver komma till förlossningen i aktivt värkarbete.

Arbetet fortsätter under året med uppföljning av den nya och utvärdering av dess påverkan på induktionsfrekvensen och om andelen kejsarsnitt och förlossningar med sugklocka påverkas i vår region.

Pandemi med Covid-19

Covid-19 pandemin har präglat hela sjukvården under både 2020 och 2021, och sjukvården har tvingats ställa om vid flertalet tillfällen relaterat till pandemin. Förlossningsvården är en akutverksamhet som inte kan anstå och har prioriterats i tider med stor korttidsfrånvaro bland personalen. Därmed är de medicinska resultaten är i de flesta fall jämförbara med tidigare år.

Förlossningsvården har påverkats genom ett flertal inställda utbildningar. Många möten och utbildningar har dock kunnat ställas om och genomförts digitalt och har därmed inte behövt ställas in.

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. Det alternativ som står till buds, Cosmic Birth, är i sin nuvarande form 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. 2021 nådde regionen inte målvärdet för icke instrumentella förlossningar. Andelen med hög eller acceptabel patientnöjdhet ökade under 2021 vilket är tillfredsställande. I nuläget uppskattas patientnöjdhet via VAS-skala, men under 2022 kommer vi att kunna uthämta data kring patienternas förlossningsupplevelse ur Graviditetsregistret.

Induktion av förlossning har varit och kommer att fortsätta att vara en stor utmaning under kommande år. Detta utifrån nya nationella rekommendationer för induktion vid specifika tillstånd, bl.a. prolongerad graviditet. Förändringen kommer fortsatt att påverka vården i och med att den kräver utökade resurser avseende bemanning och lokaler. Utvärdering av ökad induktionsfrekvens och dess påverkan på förlossningsutfallet kommer att göras fortlöpande.

Under 2022 kommer flertalet av förlossningsklinikerna i sydöstra sjukvårdsregionen att delta i en nationell studie, "OPTION" studien, som syftar till att studera heminduktion vid lågriskgraviditeter.

Det finns dock flera utmaningar där det behövs ett fortsatt fokus närmaste åren. Det är en oroande trend att andelen icke-instrumentella förlossningar har minskat något. En del av detta kan bero på ökad andel induktioner vilket, enligt tidigare beskrivning, kommer analyseras och arbetas vidare med.

Fokusområde kommer även att vara andel blödning > 1000 ml vid kejsarsnitt under 2022. Det är varierande siffror bland klinikerna i Sydöstra sjukvårdsregionen i denna grupp. Vi ser ett behov av fortsatt förbättringsarbete avseende detta.

Vidare fortsätter arbetet med att minska antalet stora bristningar, främst där kvinnan drabbas av en partiell eller total bristning av analsfinktern (slutmuskeln). Regionens siffror ligger något över riksgenomsnittet vad gäller denna typ av bristningar.

Det kontinuerliga arbetet med att undvika, diagnosticera och åtgärda bäckenbottensskador, fosterövervakning och akut omhändertagande av barn är fortsatt i fokus (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).

Sammantaget sporrar detta till fortsatt utveckling samt stimulerar till förändrade arbetssätt för att ytterligare förbättra verksamheten och öka patientsäkerheten.

Bilagor

Bilaga 1: Förlossningsdata för hela regionen 2021.