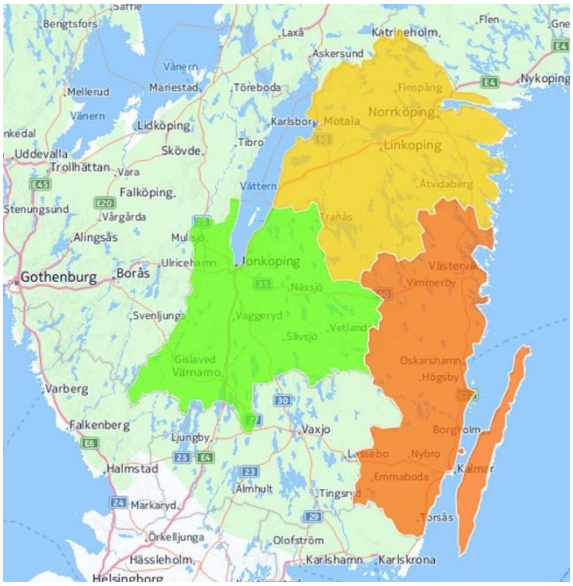
Region Jönköpings län

Region Kalmar län

Region Östergötland

Förlossningsrapport 2022

RPO Kvinnosjukvård Obstetrik



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

Bakgrund

Inom kvinnosjukvården i Sydöstra sjukvårdsregionen har det sedan lång tid 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 2022, vilket är den 18:e rapporten. I arbetet har följande förlossningsöverläkare deltagit:

- Eric Hildebrand — Universitetssjukhuset i Linköping
- Elin Boozon — Värnamo sjukhus
- Maria Källman — Västerviks sjukhus
- Anna-Stina Wanby — Länssjukhuset i Kalmar
- Anna Ramö Isgren — Vrinnevisjukhuset i Norrköping
- Emma Lindqvist — Höglandssjukhuset i Eksjö
- Maria Wärnsberg — Länssjukhuset Ryhov, Jönköping
- Michael Algovik — Västerviks sjukhus, Verksamhetschefsrepresentant

Metod

Samtliga sjukhus i regionen använder datajournalsystemet Obstetrix från Cerner vilket medför att man kan ta fram data rörande alla förlossningar i regionen ur databasen för respektive region. Det totala bortfallet är mycket begränsat. Denna rapport fokuserar på själva förlossningen och registreringen av barnets tillstånd vid 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 Obstetrixliggare samt från Graviditetsregistret. Uppgifterna har bearbetats och jämförelsetal har tagits fram mellan sjukhusen. 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. De angivna målvärdena är regionala om inte annat anges. Data för 2021 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 inom respektive område baseras på resultaten hos de 20% av klinikerna med bäst värde inom respektive område under 2018.

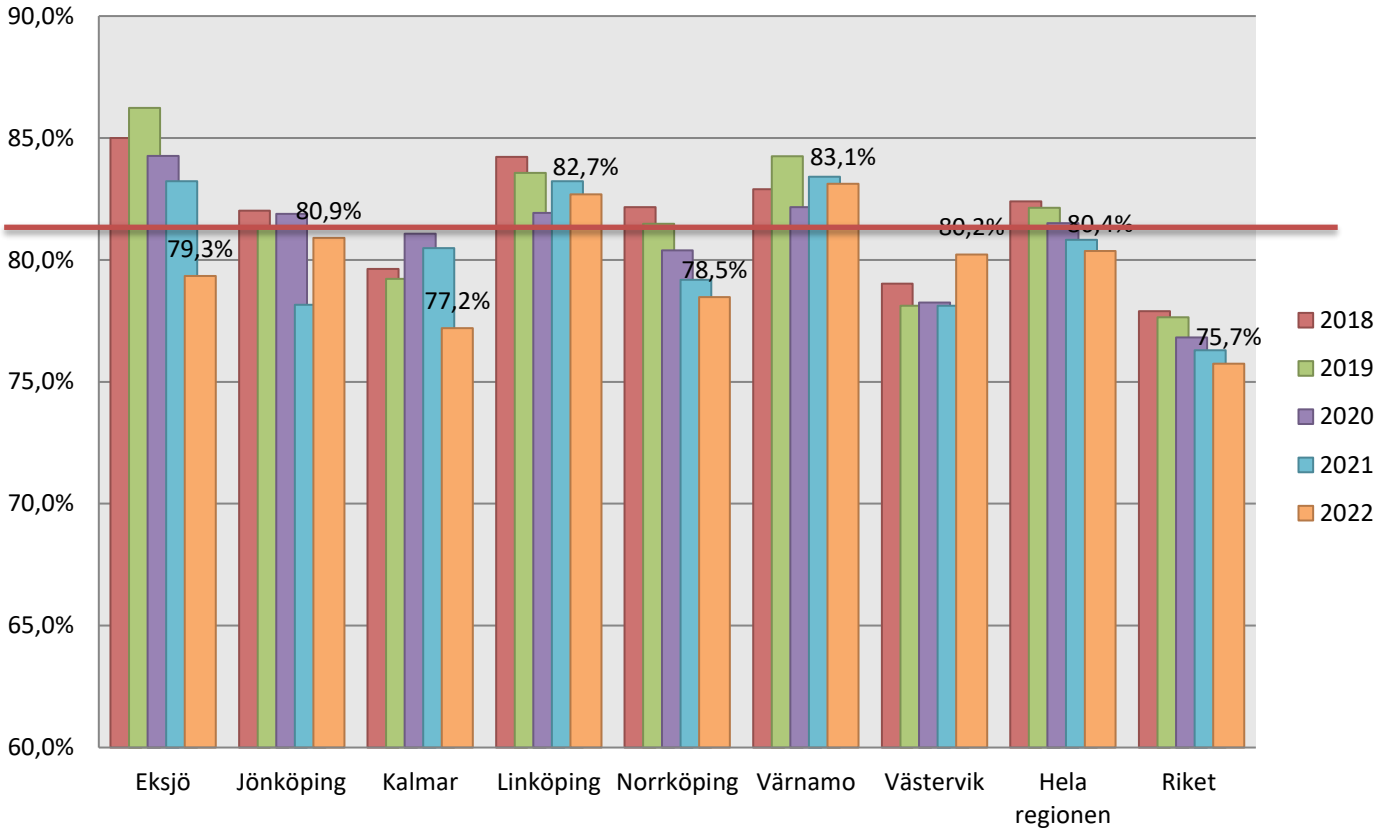
Resultat

Förlossningen

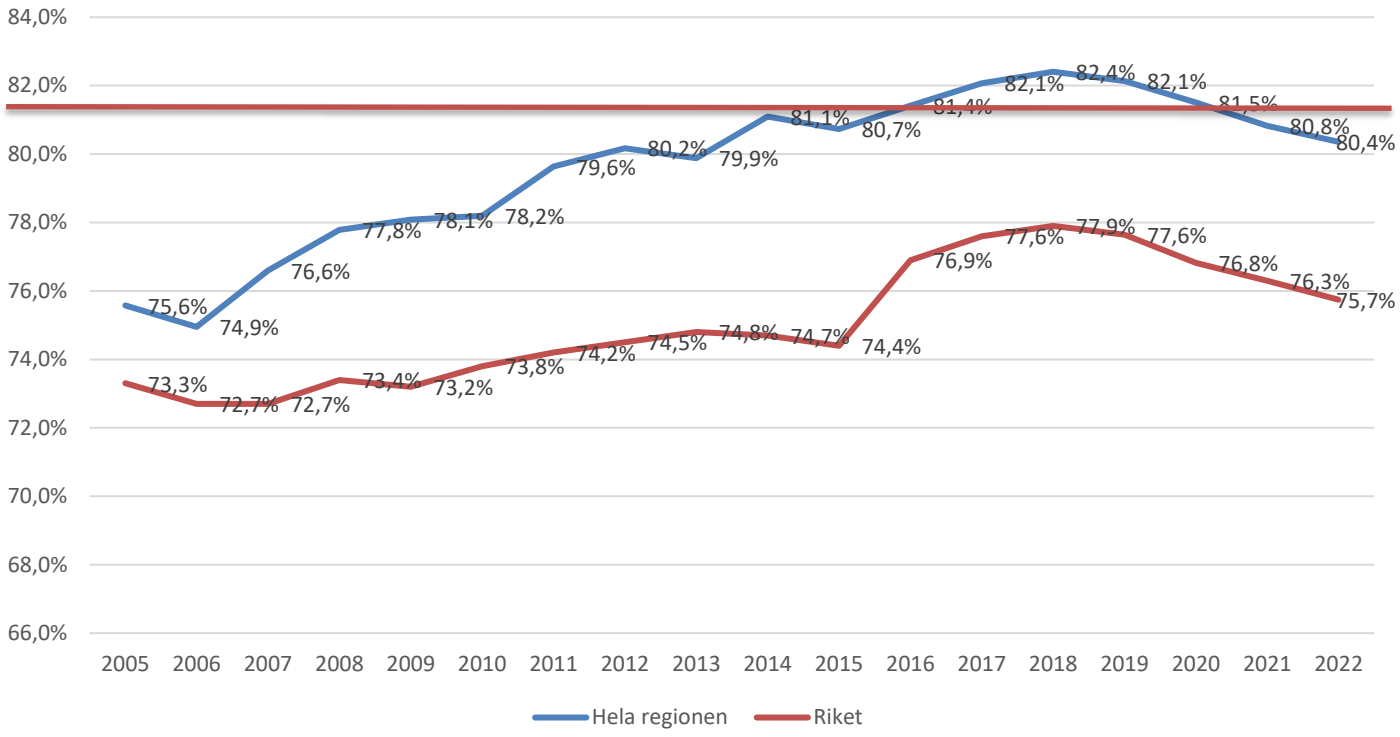
Totalt registrerades 10 515 (11 514) **förlossningar** varav 5,8 % (5,2%) var **sugklocka** eller **tång** och 13,9% (14,0%) var **sectio**. Av samtliga förlossningar var 80,4% (80,8%) icke instrumentella. Vi nådde inte heller 2022 upp till det nationella målvärdet, vilket är satt till >81,3% (Graviditetsregistret). Av kejsarsnitten var 37,1% (38,2%) elektiva, 57,2% (55,8%) akuta och 5,6% (5,9%) var omedelbara. I 17,4% (16,4%) utfördes kejsarsnittet på s.k. psykosocial indikation, d.v.s. utan medicinskt skäl. Den totala sectiofrekvensen har under de senaste 13 åren legat lägre än målvärdet på 15,0% och betydligt under rikets andel på 19,0%.

Kejsarsnitten jämfördes också med s.k. **Robsonklassificering** (se faktaruta) där sectiofrekvensen var 6,4% (6,1%) i grupp 1 (förstföderska, huvudbjudning, ≥ 37 graviditetsveckor och spontan värkstart) och 20,2 % (20,2%) i grupp 2b (förstföderska, huvudbjudning, ≥ 37 graviditetsveckor och induktion) samt 19,9% (19,4%) i grupp 5a (omföderska som tidigare genomgått kejsarsnitt). För detaljer se figurerna 1-8.

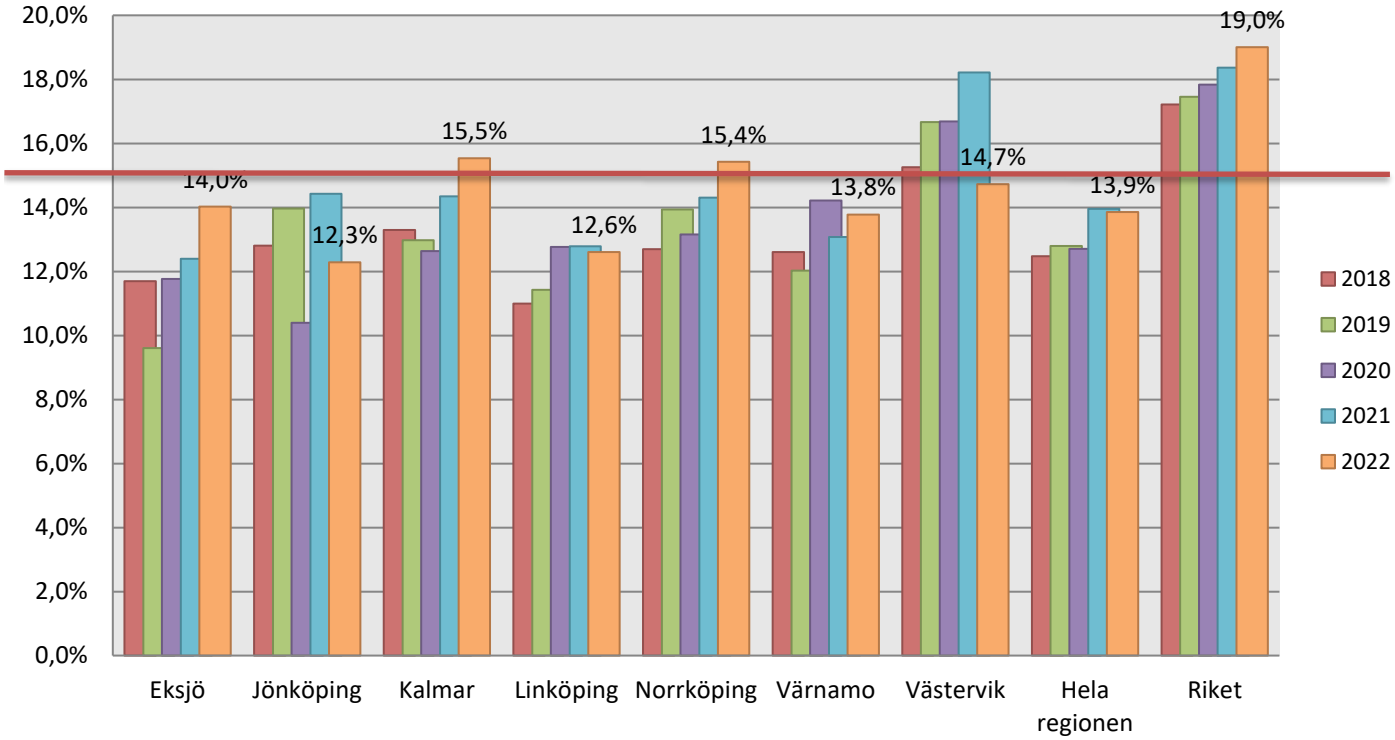
Figur 1a. Icke instrumentella förlossningar (målvärde >81,3%)



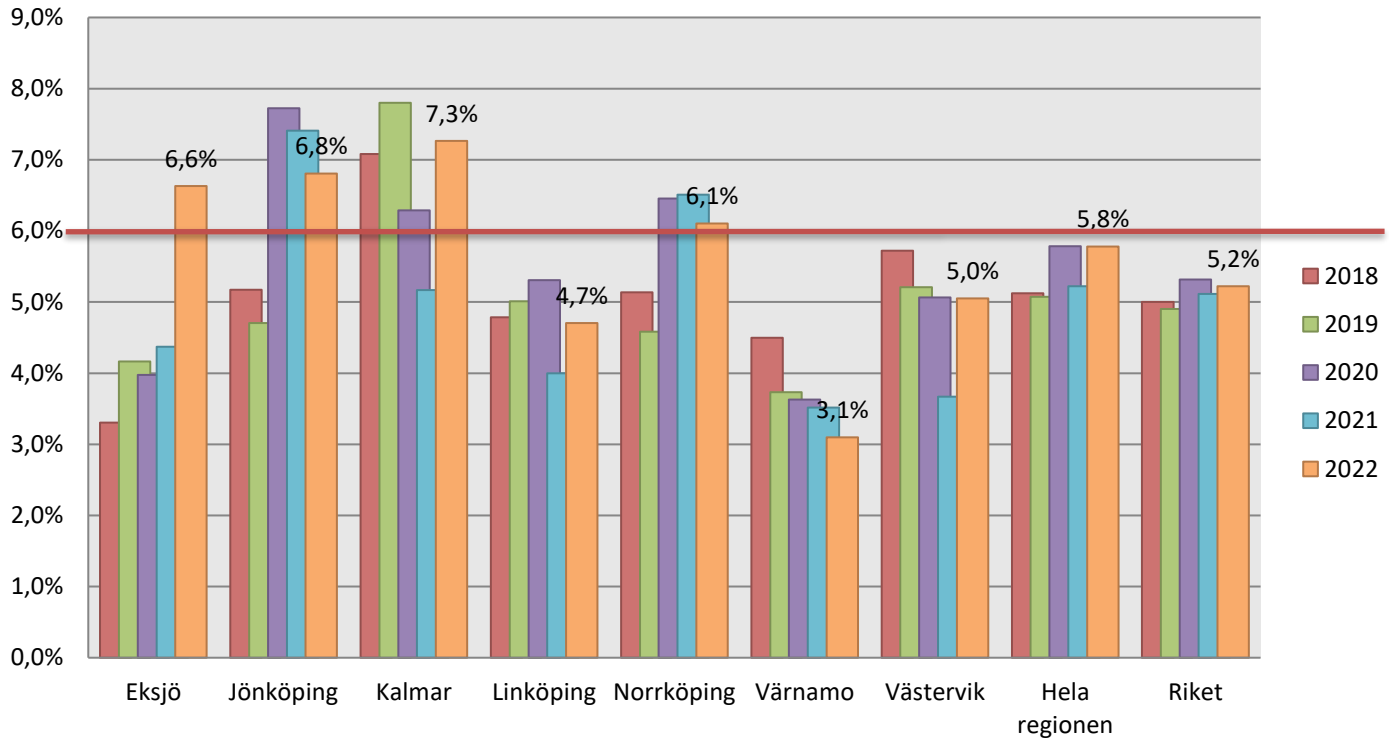
Figur 1b. Andel icke instrumentella förlossningar



Figur 2. Andel sectio (målvärde <15%)



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

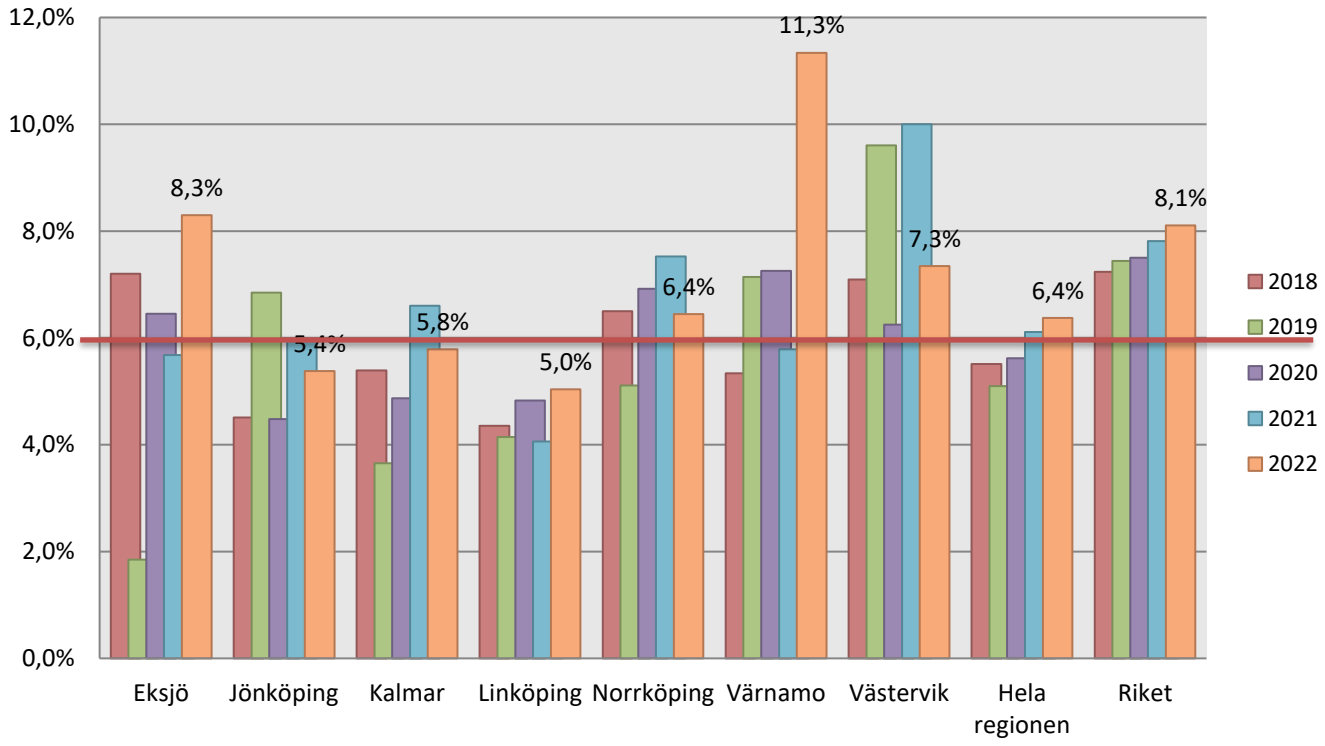


En viktig målsättning för verksamheten är att kunna erbjuda en icke-instrumentell förlossning (förlossning utan kejsarsnitt eller sugklocka/tång), men vi lyckas inte heller 2022 att uppnå målvärdet 81,3% för icke-instrumentell förlossning. Det behövs alltså ett fortsatt aktivt arbete med förstföderskan (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 framtida obstetriska karriär. Här är ett fortsatt arbete med förstföderskorna mycket viktigt (figur 4-6).

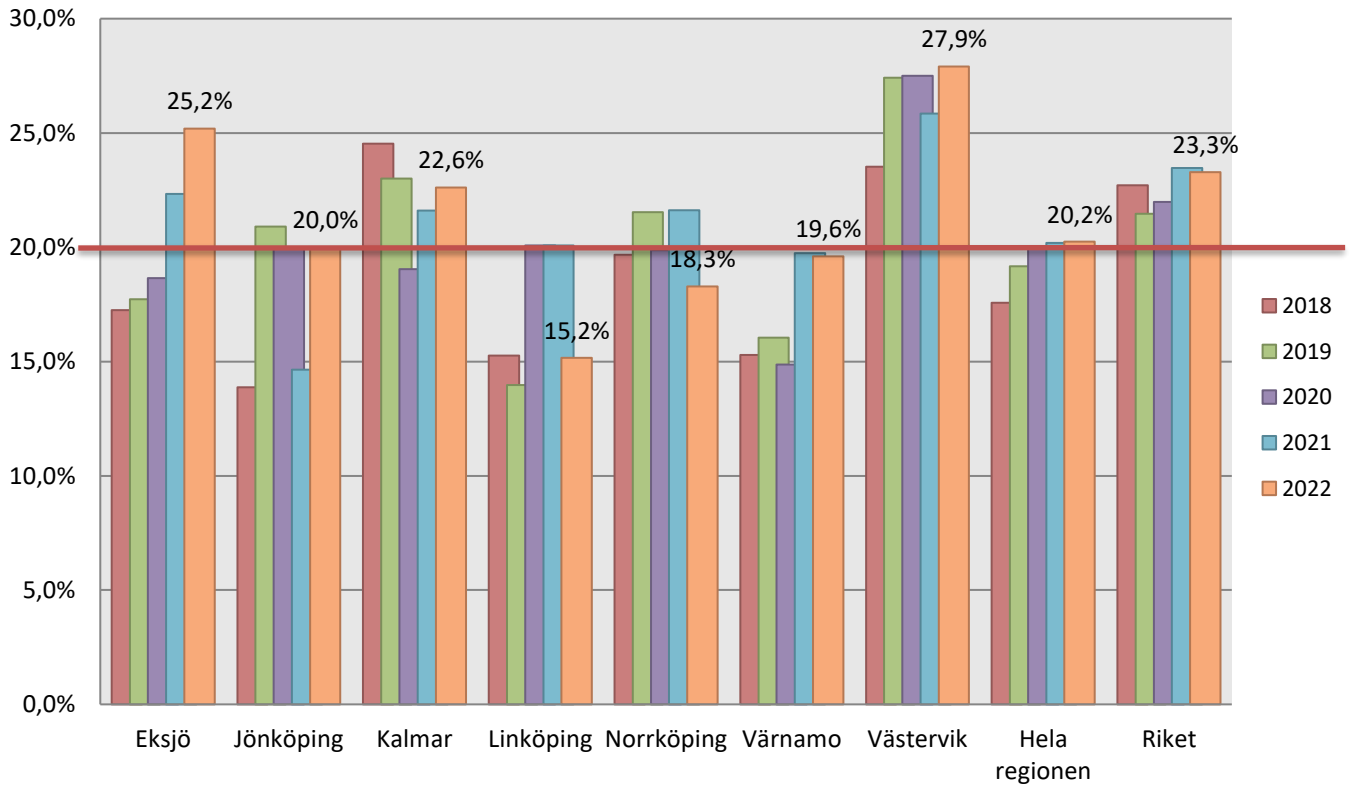
Faktaruta Robsonklassificering

Robsongrupp 1: Förstföderska, enkelbörd, huvudbjudning, fullgången med spontan förlossningsstart.
Robsongrupp 2b: Förstföderska, enkelbörd, huvudbjudning, fullgången där förlossningen induceras.
Robsongrupp 5a: Omföderska med tidigare kejsarsnitt, enkelbörd, huvudbjudning, fullgången med spontan förlossningsstart.

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

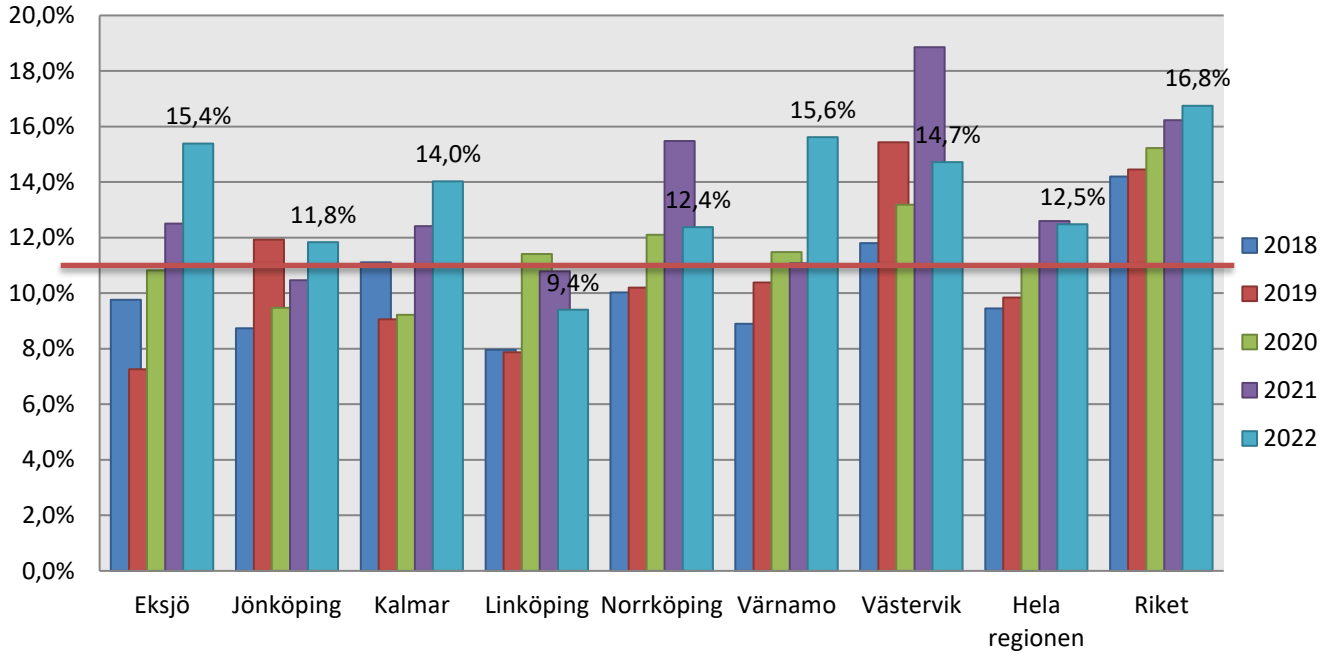


Figur 5. Andel sectio i Robsongrupp 2b (nationellt målvärde <20%)



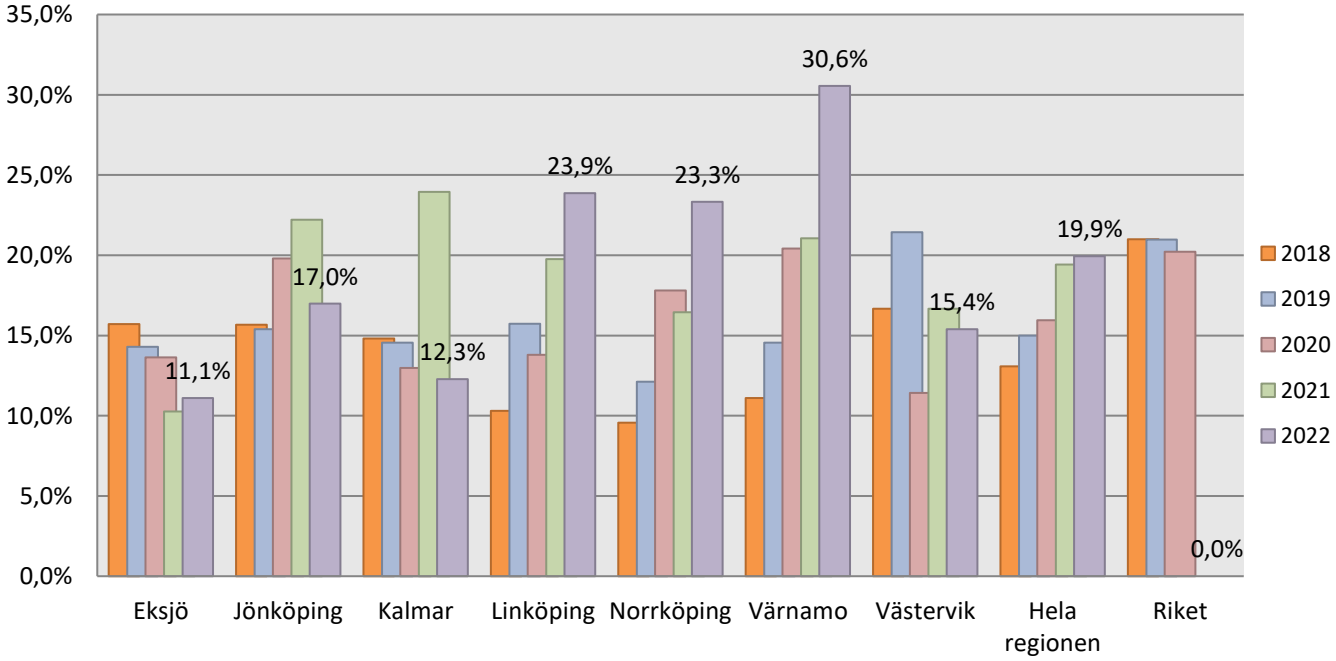
Andelen kejsarsnitt i Robson 2b, induktion av förlossning hos förstföderska i fullgången tid med huvudbjudning, är betydligt högre än vid spontan förlossningsstart. Detta är förväntat, då induktion görs vid komplicerande medicinska sjukdomstillstånd eller riskgraviditeter och kan medföra en ökad risk för instrumentell förlossning. Det motiverar fortsatt arbete med denna patientgrupp då induktionerna har ökat med anledning av nya nationella riktlinjer.

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



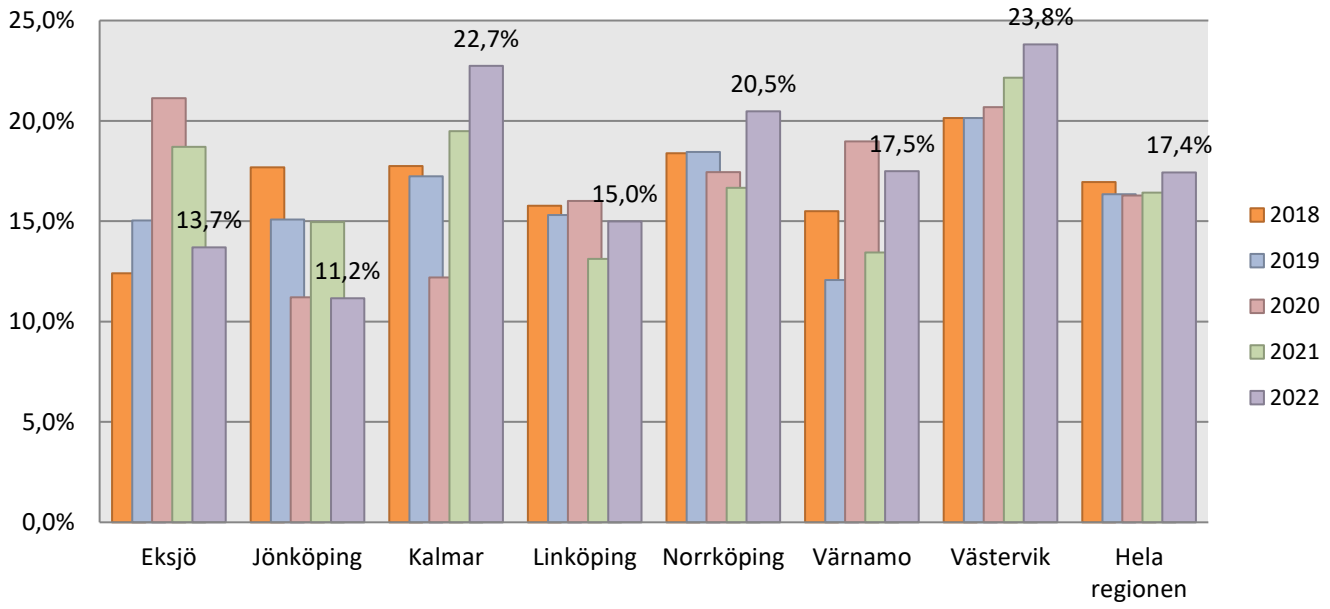
Robson 5a är omföderskor med spontan förlossningsstart som tidigare genomgått kejsarsnitt. Trots att förlossningen startar spontant är risken för kejsarsnitt omkring 20% jämfört med ungefär 1% om kvinnan tidigare genomgått en vaginal förlossning (figur 7). Detta motiverar således målsättningen med att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

Figur 7. Andel sectio i Robsongrupp 5a



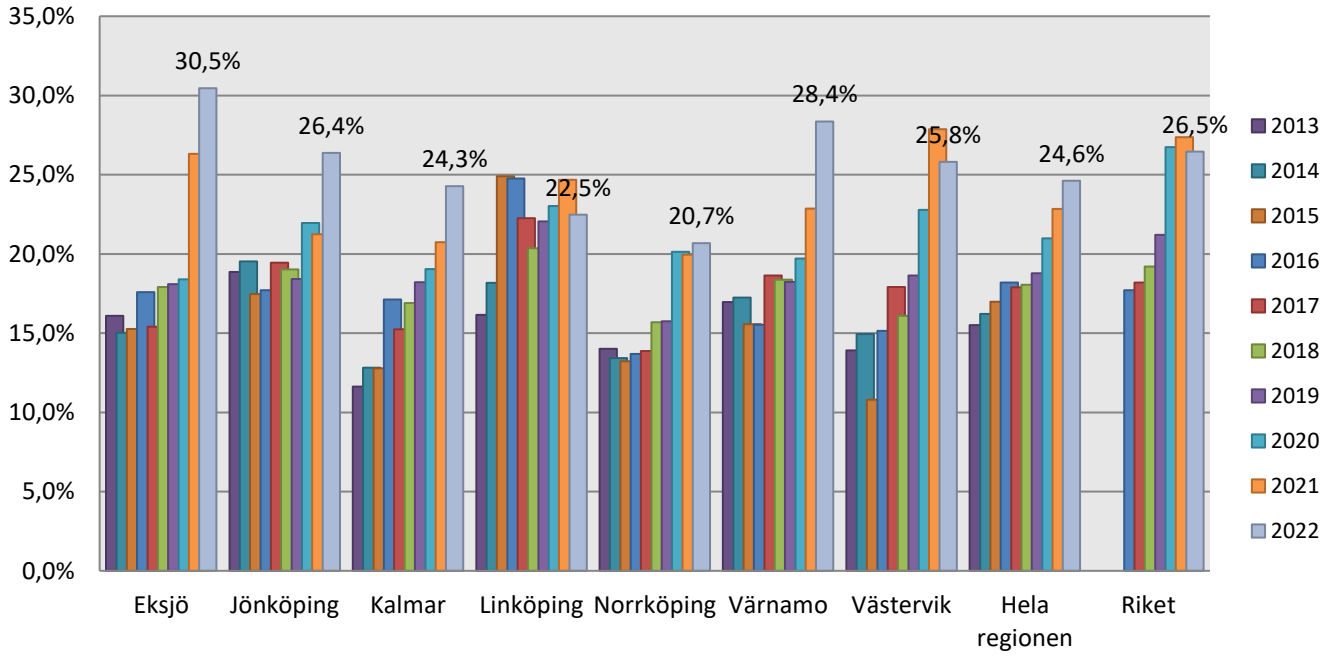
Andelen av kejsarsnitten på **psykosocial indikation**, dvs. utan strikt medicinska skäl, visar en betydande variation. Drygt 1/6 av alla kejsarsnitt utförs med hänvisning till psykologiska orsaker. Vi har enats om att beslut på denna indikation bör samlas till ett fåtal individer för att minska variationen i handläggning och diagnossättning (figur 8).

Figur 8. Andel sectio på psykosocial indikation



Andelen **induktioner** (igångsättningar) ligger fortsatt högt i hela landet och var i vår region 24,6% under 2022 (22,9% år 2021) (figur 9). Detta har sannolikt många förklaringar, men är sannolikt kopplat till ett ökat panorama av olika samtidiga sjukdomar hos mödrarna samt en ökad benägenhet att inducera vid graviditetskomplikationer. En stor del av ökningen beror också på nya rekommendationer att graviditeten inte ska gå längre än 42 veckor för att minska risken för intrauterin fosterdöd.

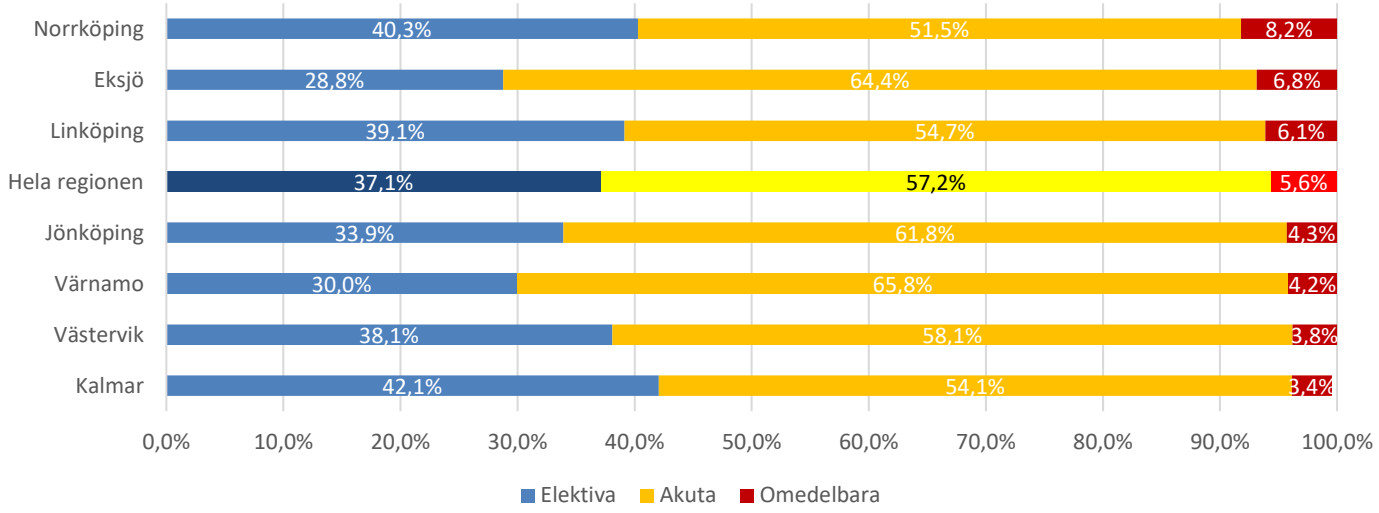
Figur 9. Andel induktioner (gäller alla indikationer)



Man bör fortsätta att 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.

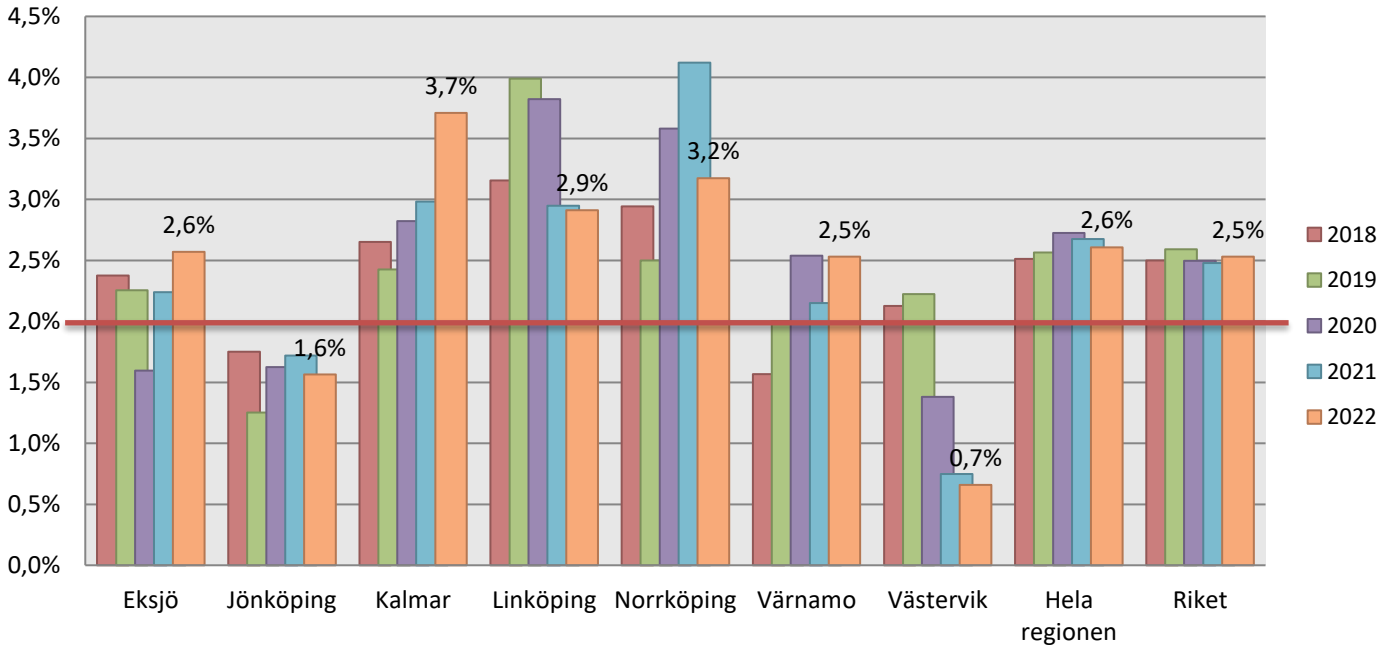
Omedelbart (urakut) kejsarsnitt ska utföras på strikt indikation, det vill säga vitalindikation för kvinnan eller barnet eftersom ingreppet är förenat med en ökad risk för komplikationer hos kvinnan. Andelen omedelbara kejsarsnitt utgör 5,6% (5,9%) av det totala antalet kejsarsnitt, men skiljer sig något i regionen (figur 10). Vi har tidigare påvisat skillnader i andelen omedelbara kejsarsnitt vid de olika sjukhusen och flera sjukhus har därför skapat tydliga larmkedjor så de akuta kejsarsnitten verkligen blir utförda i rätt tid. Detta har medfört en minskning av andelen omedelbara kejsarsnitt.

Figur 10. Andel i respektive sectiokategori

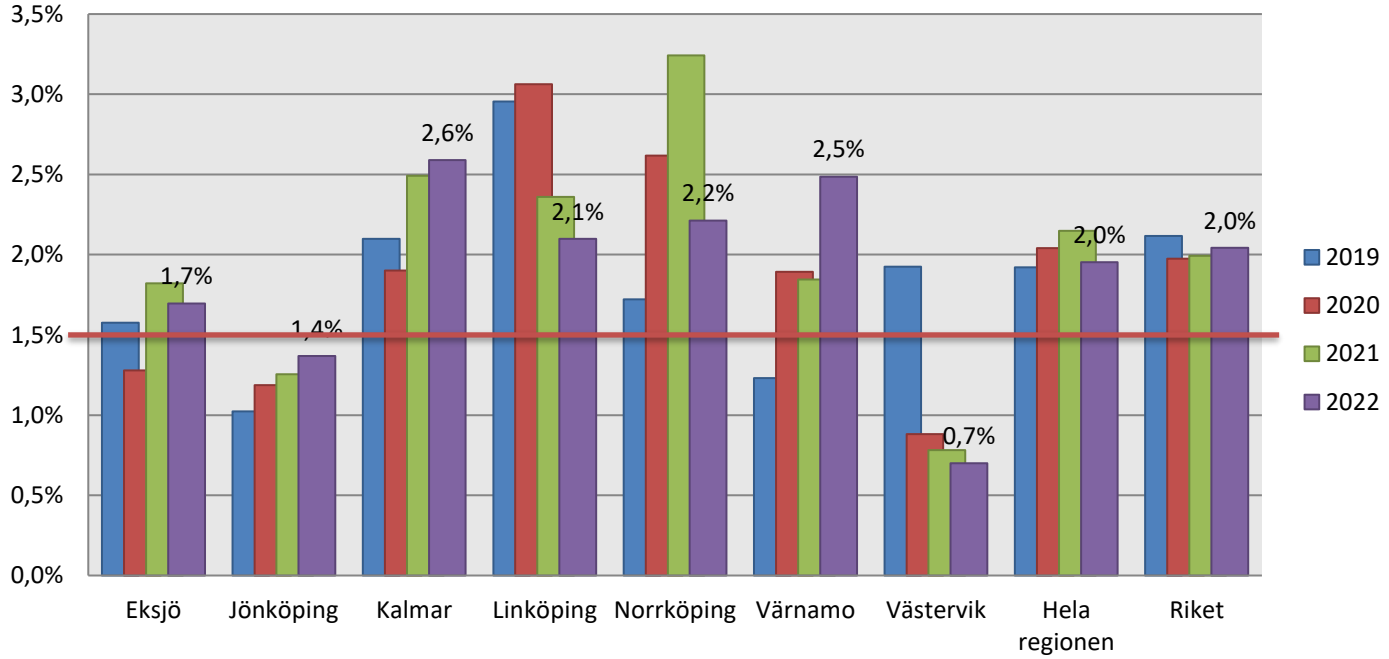


Andelen kvinnor som drabbades av en **grad III-IV-bristning** (partiell eller total bristning av analsfinktern (slutmuskeln) och/eller en bristning av slemhinnan i ändtarmen) var 2,6% (2,7%) av alla vaginalförlösta (figur 11). För dem med icke-instrumentell förlossning var siffran 2,0% (2,1%) (figur 12). Vid instrumentell förlossning var motsvarande resultat 10,2% (11,0%) (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. Risken 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.

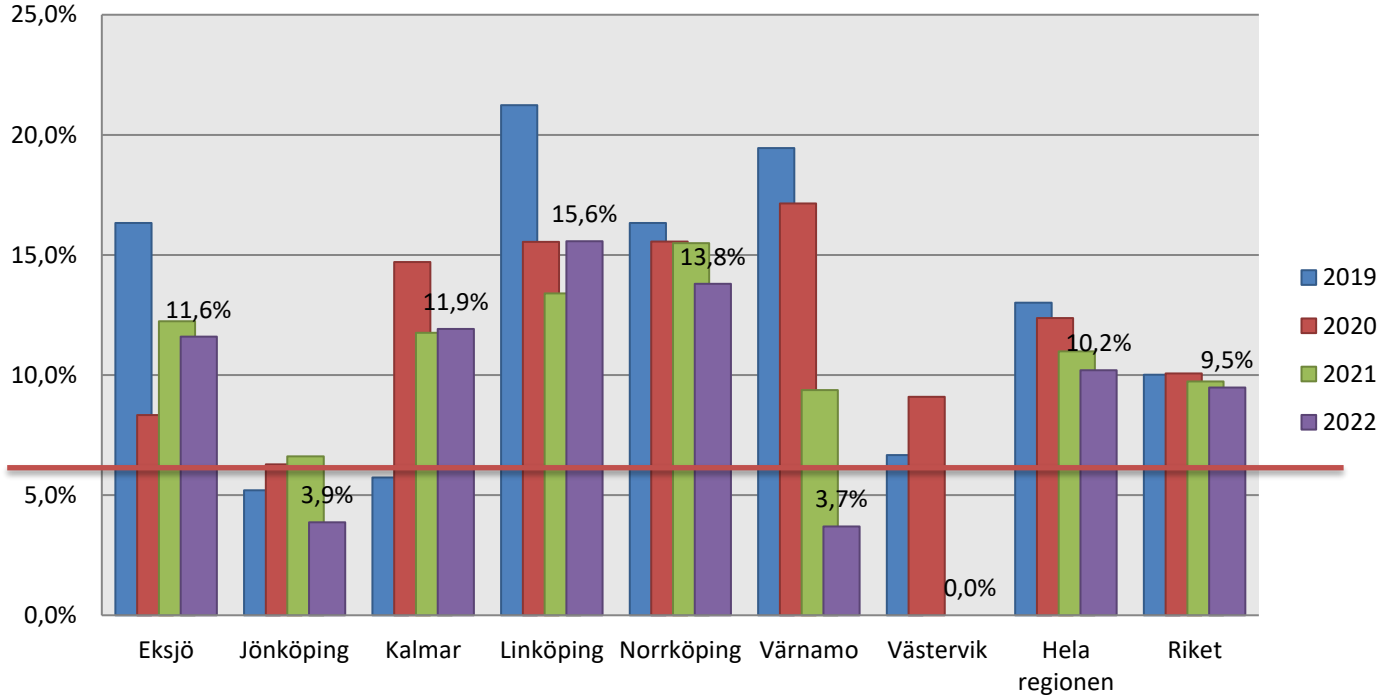
Figur 11. Andelen bristningar grad III-IV (målvärde <2%)



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



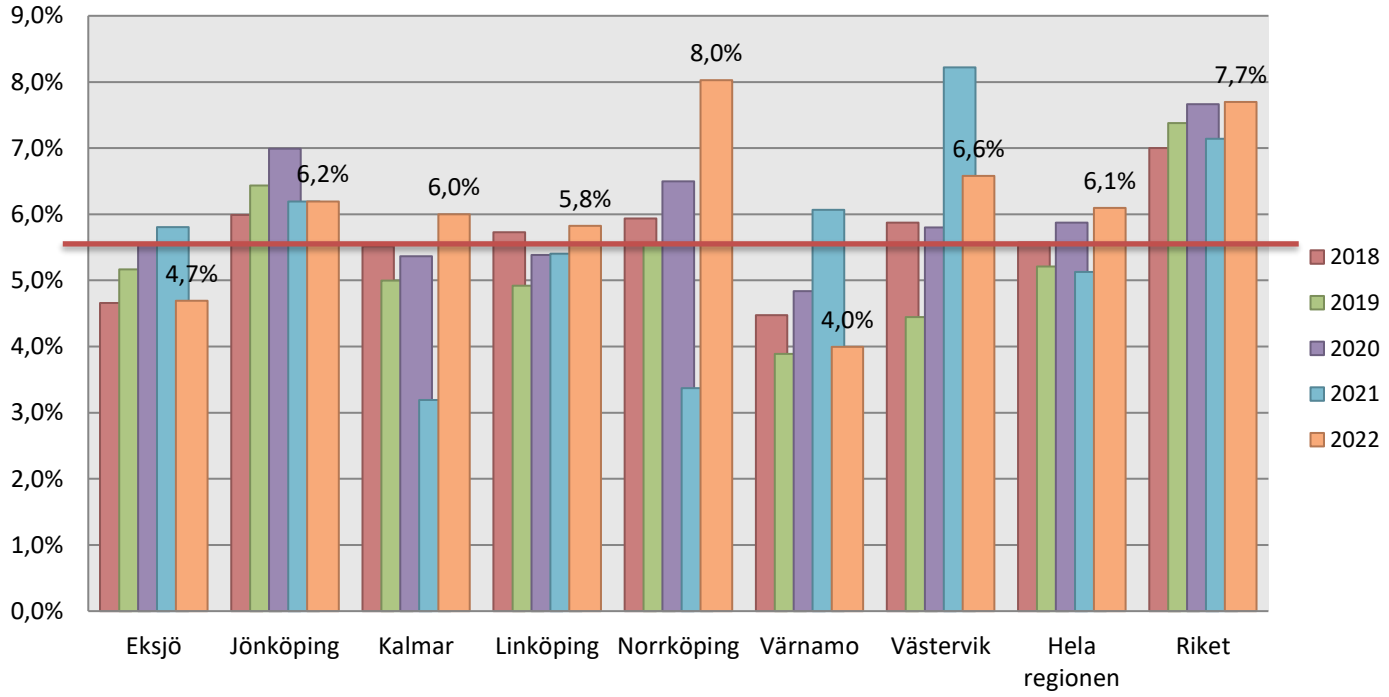
Figur 13. Andel bristning grad III-IV vid instrumentell förlossning (nationellt målvärde <6,9%)



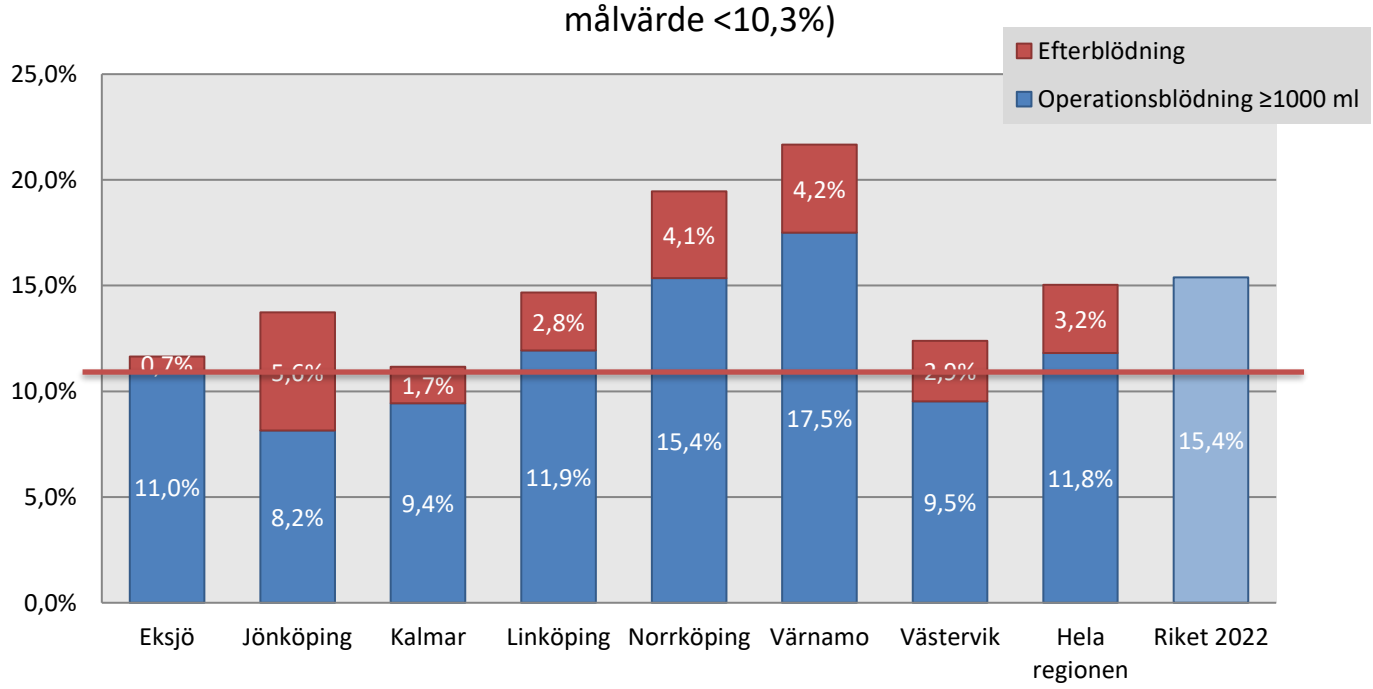
Stora blödningar kan leda till komplikationer i efterförloppet såsom ökad risk för infektioner, men även problem för den nyblivna mamman att mobiliseras efter förlossningen och knyta an till sitt barn. Det är därför viktigt att minimera blödningsmängden, vilket alltid görs med livmodersammandragande

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, medan en blödning på mer än 1000 ml anses som en oönskad komplikation. Figurerna 14 och 15 speglar blödningsproblematiken. Sydöstra sjukvårdsregionen lyckas inte komma under målvärdet på 5,5% för andel blödning ≥1000 ml vid vaginal förlossning och ligger på 6,1% (5,1%), där riket ligger på 7,7% (7,1%) (Graviditetsregistret).

Figur 14. Andel med blödning ≥1000 ml vid vaginal förlossning (nationellt målvärde <5,5%)



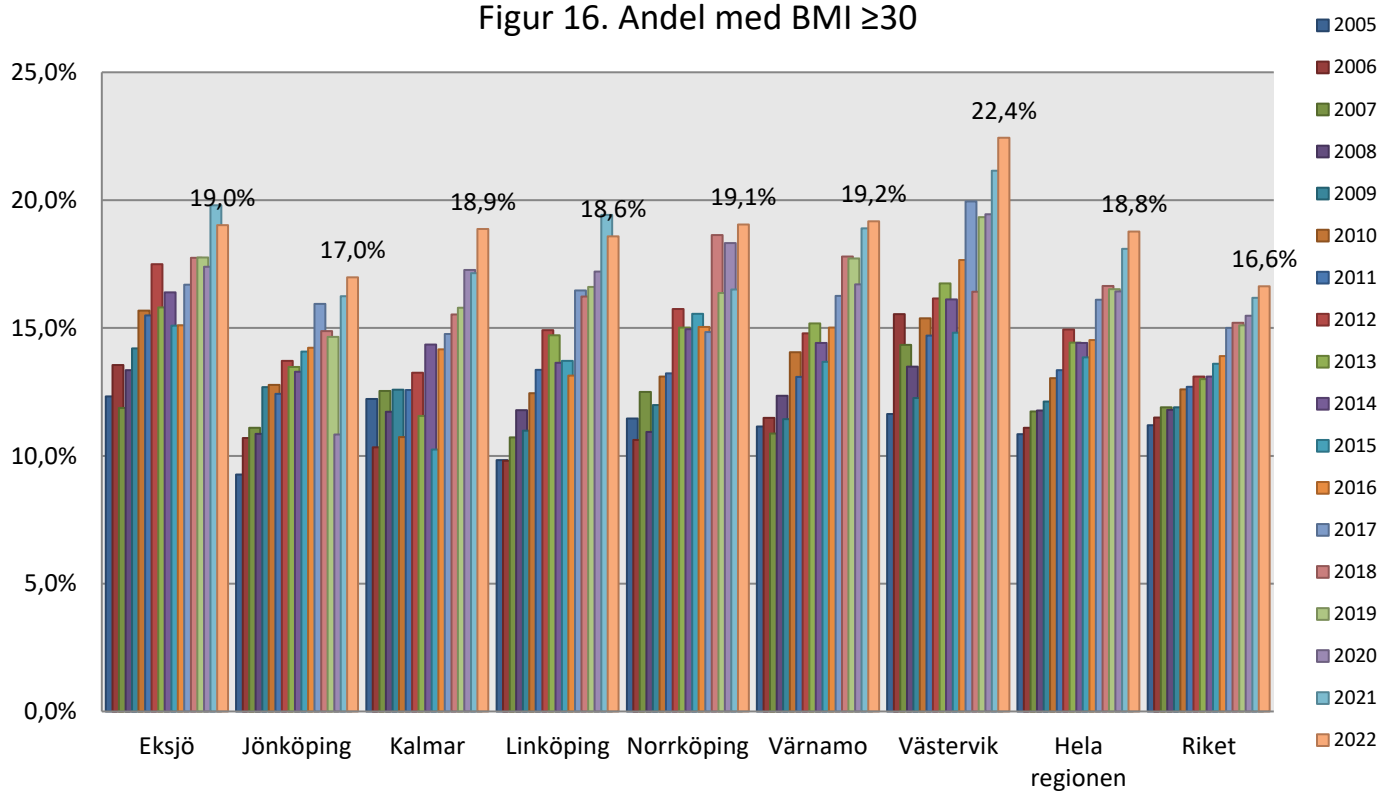
Figur 15. Andel med total blödning ≥1000 ml vid sectio (nationellt målvärde <10,3%)



Sydöstra sjukvårdsregionen uppnår inte målvärdet på 10,3% på total blödning ≥ 1000 ml vid sectio, även om det skett en förbättring jämfört med 2021. Sydöstra sjukvårdsregionen ligger på 11,8% (13,7%), vilket är något under rikets värde på 15,4% (14,4%).

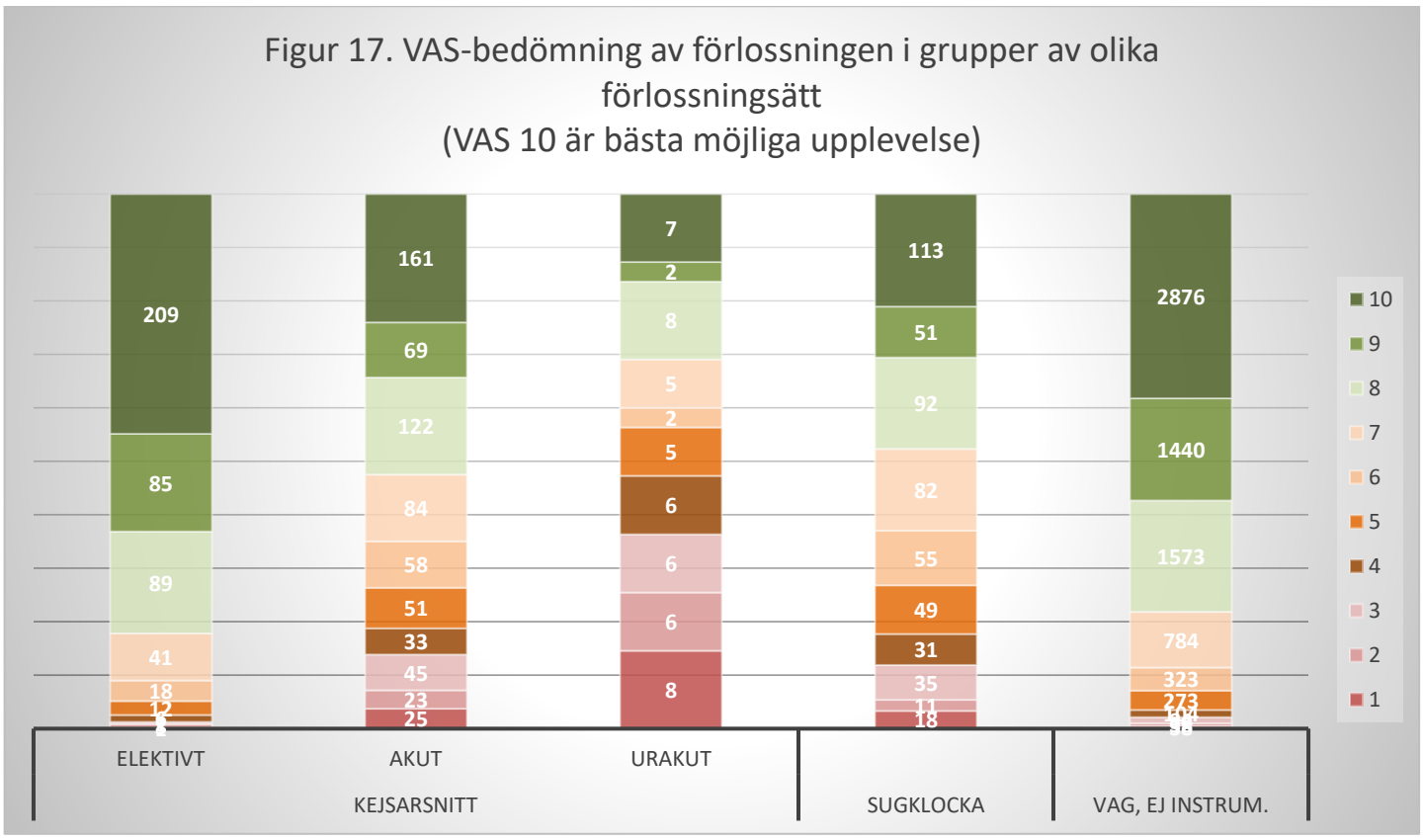
Då **övervikt** kan leda till ökad risk för komplikationer under graviditet och förlossning, studerar vi andelen kvinnor med fetma, det vill säga BMI (body mass index) på 30 eller mer (figur 16). Sammanlagt hade 18,8% (18,1%) fetma med denna definition. Andelen kvinnor med fetma fortsätter att öka. Andelen med BMI 35 eller mer var 6,7% (6,0%), vilket är en dubblering 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 16. 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 88,1% (87,2%) angivit ett VAS-värde. Av dessa ansåg 96,2% (96,1%) 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 74,5% (73,2%). 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 17). Mera detaljerad information om patientupplevelsen i samband med förlossningen kan återfinnas i den nationella graviditetsenkäten, med uppföljande enkäter 8 veckor samt 1 år postpartum.



Barnen

Sammanlagt föddes 10 639 (11 662) barn vid regionens förlossningsavdelningar.

När det gäller **graviditetslängden** var endast 0,42% (0,34%) födda **före vecka 28** och sammanlagt var det 6,0% (6,0%) **prematurfödda** barn, dvs. före vecka 37. De barn som föds efter vecka 41+6 räknas som **överburna** och de utgjorde endast 0,8% (2,0%). Andelen barn som föds i vecka 42+0 eller senare förväntas ligga på en mycket låg nivå med anledning av nya rutiner kring induktion som införts och införs i regionen 2021/2022.

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 1,9% (1,7%) denna poäng, medan endast 0,20% (0,20%) 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%). 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 eftersom prov kan tas utan att påverka möjligheten till sen avnavling.

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 ett fåtal 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.

2022 var det 46 fall av IUFD bland 43 kvinnor (2021 var det 36 fall (36 kvinnor)) av IUFD i Sydöstra sjukvårdsregionen. Av dessa inträffade 13 fall före vecka 28+0, 30 fall före vecka 37+0 och alla fall innan v 41+0. En majoritet av dessa fall inträffar alltså prematurt. I 20,9% av fallen hade kvinnan BMI ≥30 och 4,7% 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 som patient, men även inför handläggande vid nästkommande graviditet hos den drabbade kvinnan. Sedan 2021 har man i Sydöstra sjukvårdsregionen startat upp sk Audit-möten 4 gånger per år där obstetriker från respektive sjukhus samt perinatalpatolog träffas digitalt och gemensamt går igenom de IUFD-fall som varit i regionen. Data förs sedan in i Graviditetsregistret. Arbetet har lett till en gemensam rekommendation för ett provtagningsbatteri av mor och det döda barnet för att bättre kunna klarlägga anledningen till dödsfallet.

Tabell 1. Sammanfattning av samtliga IUFD 2020-2022

	2020		**2021**		**2022**	
	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel
Antal barn	44		36		46	
Antal mödrar	44		36		43	
Flerbörd	1	2,3%	1	2,8%	3	6,5%
Graviditetsvecka <28+0	9	20,5%	9	25,0%	13	28,3%
Graviditetsvecka 28+0-36+6	21	47,7%	13	36,1%	17	37,0%
Graviditetsvecka 37+0-40+6	11	25,0%	10	27,8%	16	34,8%
Graviditetsvecka ≥41	3	6,8%	4	11,1%	0	0,0%
BMI ≥ 30	7	15,9%	5	13,9%	9	20,9%
BMI ≥ 35	4	9,1%	0	0,0%	2	4,7%

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 (acidos) samt IUFD. Värdena påverkas bl.a. av andelen riskgraviditeter och svåra missbildningar.

Tabell 2. Medelvärde 2018-2022 (Andel i %)	**Eksjö**	**Jön-köping**	**Kalmar**	**Linköping**	**Norr-köping**	**Värnamo**	**Västervik**	**Hela regionen**	**Riket**
Apgar <4 vid 5 minuter (fullgångna)	0,14	0,34	0,19	0,30	0,28	0,28	0,15	0,26	0,21
Arteriellt navelsträngs-pH ≤ 7,05 och BE < -12	0,56	0,80	2,03	1,31	1,05	0,55	1,14	1,12	ingen uppgift
Intrauterin fosterdöd	0,48	0,35	0,35	0,49	0,26	0,21	0,40	0,37	0,33

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 inom de närmaste åren. I nuläget föreslår gruppen att Obstetrix används så länge det är möjligt eftersom det ännu inte finns ett likvärdigt alternativ. Då alla regioner i landet utom fyra under de närmaste åren helt kommer gå över till Cosmic måste vi aktivt bidra till att åtminstone samma funktionalitet även kommer finnas med det nya systemet.

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 vårdrutiner till nytta för patienterna med fokus på hög säkerhet. 2022 nådde regionen inte målvärdet för icke instrumentella förlossningar. Andelen med hög eller acceptabel patientnöjdhet ökade även under 2022, vilket är tillfredsställande.

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. I sydöstra sjukvårdsregionen har påverkan på induktionsfrekvensen inte blivit lika uttalad som på en del andra ställen i Sverige. Bakgrunden till det är att vi valt att inte inducera alla i början av vecka 41+ utan infört en klinisk kontroll för den grupp kvinnor med lägst risk. Om kontrollen utfaller normalt induceras förlossningen i vecka 41+5, vilket innebär att chansen till spontan start av förlossningen ökar, och resurserna kan prioriteras till de som behöver induceras i början av vecka 41+. I sydöstra sjukvårdsregionen var induktionsfrekvensen 24,6% år 2022 (Riket 25,5%) men det är ganska stora variationer mellan regionens sjukhus; 20,7% - 30,5%.

Under 2023 deltar flertalet av förlossningsklinikerna i sydöstra sjukvårdsregionen i en nationell studie, ”OPTION” studien, som syftar till att studera heminduktion vid lågriskgraviditeter. Här kommer lågriskinduktioner att randomiseras till induktion på sjukhus eller hemma. Om studien visar på god säkerhet vid induktion i hemmet är det positivt för framtiden eftersom den ökande andelen induktioner kräver ökade resurser.

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 2023. Det är varierande siffror bland klinikerna i Sydöstra sjukvårdsregionen i denna grupp. Vi ser ett behov av fortsatt förbättringsarbete avseende detta. Vi kommer även fortsätta ha fokus på bristningar, främst där kvinnan drabbas av en partiell eller total bristning av analsfinktern (slutmuskeln).

Regionens samtliga förlossningskliniker kommer att delta i den nationella studien PICRINO, vilken planeras att starta hösten 2023. Studien kommer att utvärdera om ny evidens för när den aktiva förlossningen startar, hur en normal förlossning går framåt och om stöd under förlossningen förbättrar svensk förlossningsvård vad gäller neonatalt utfall, interventioner, förlossningssätt, obstetriska komplikationer och förlossningsupplevelse.

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

Bilagor

Bilaga 1: Förlossningsdata för hela regionen 2022.