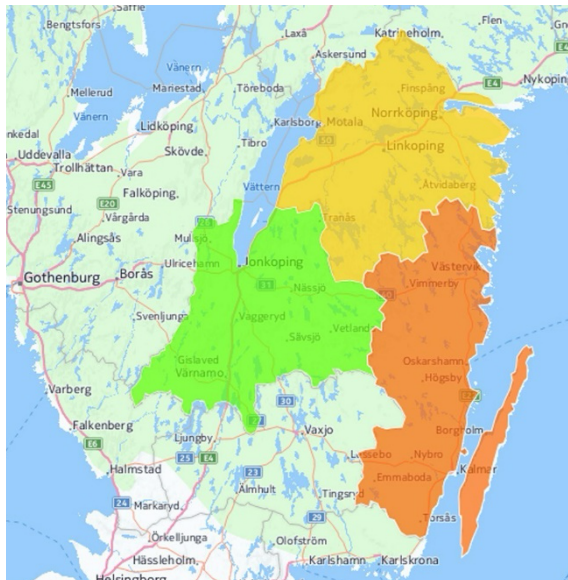


# Förlossningsrapport 2023

## RPO Kvinnosjukvård Förlossning

---



---

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 2023, vilket är den 19: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
- Linda Hjertberg                              Vrinnevisjukhuset i Norrköping
- Emma Lindqvist                              Höglandssjukhuset i Eksjö
- Maria Wärnsberg                              Länssjukhuset Ryhov, Jönköping
- Michael Algovik                              Västerviks sjukhus, Verksamhetschefsrepresentant

## Metod

Samtliga sjukhus i regionen använder datajournalssystemet Obstetrix från Oracle vilket medför att man kan ta fram data rörande alla förlossningar i regionen ur databasen för respektive sjukhus. 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 mödrahälso- och BB-vården.

Data har tagits ut från respektive sjukhus ur Obstetrixliggaren 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 2022 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 resultaten hos de 20% av klinikerna med bäst värde inom respektive område under 2018.

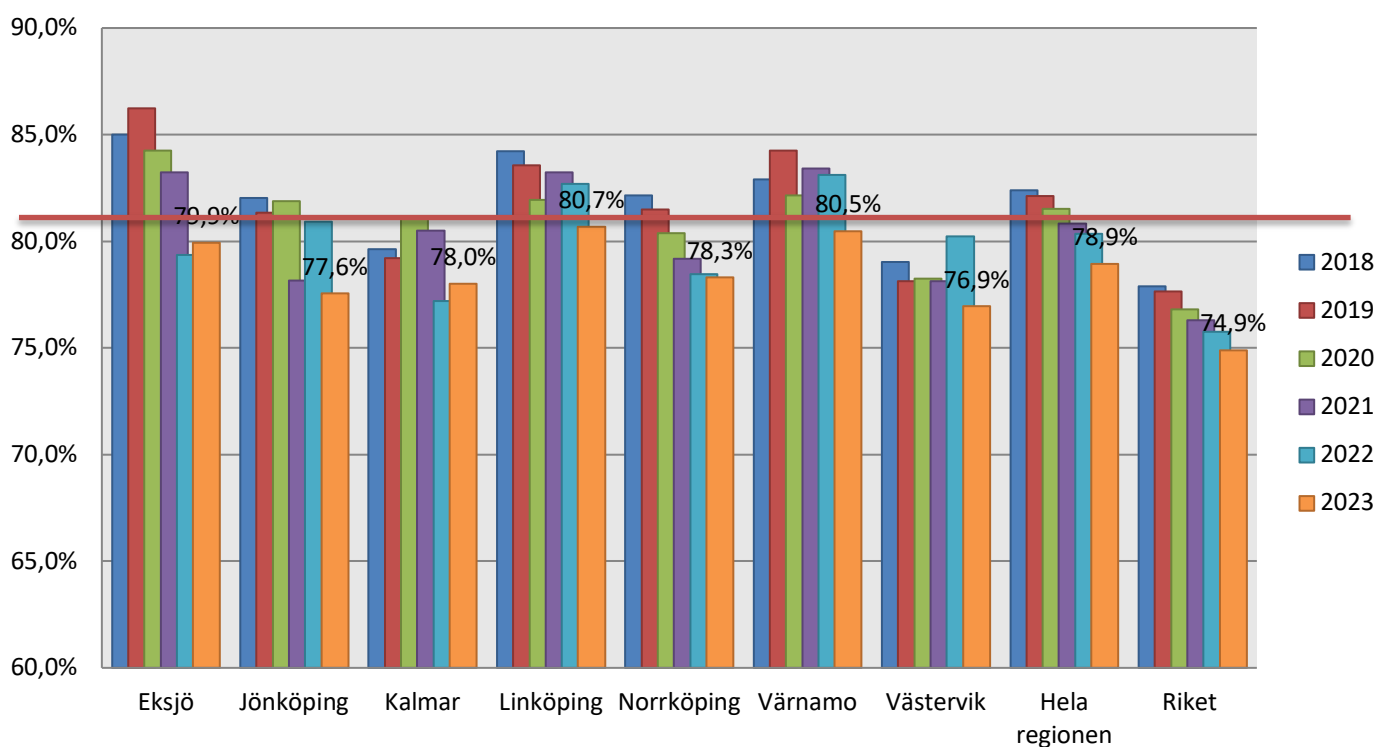
## Resultat

### Förlossningen

Totalt registrerades 9 968 (10 515) **förlossningar** varav 6,5 % (5,8%) var **suglocka** eller **tång** och 14,6% (13,9%) var **sectio**. Av samtliga förlossningar var 78,9% (80,4%) icke instrumentella. Vi nådde inte heller 2023 upp till det nationella målvärdet för icke instrumentella förlossningar, vilket är satt till >81,3% (Graviditetsregistret). Av kejsarsnitten var 35,8% (37,1%) elektiva, 59,0% (57,2%) akuta och 5,2% (5,6%) var omedelbara. I 18,7% (17,4%) utfördes kejsarsnittet på s.k. psykosocial indikation, d.v.s. utan medicinskt skäl. Den totala sectiofrekvensen har under de senaste 14 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% (6,4%) i grupp 1 och 19,9 % (20,2%) i grupp 2b, samt 22,5% (19,9%) i grupp 5a. För detaljer se figurerna 1-8.

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



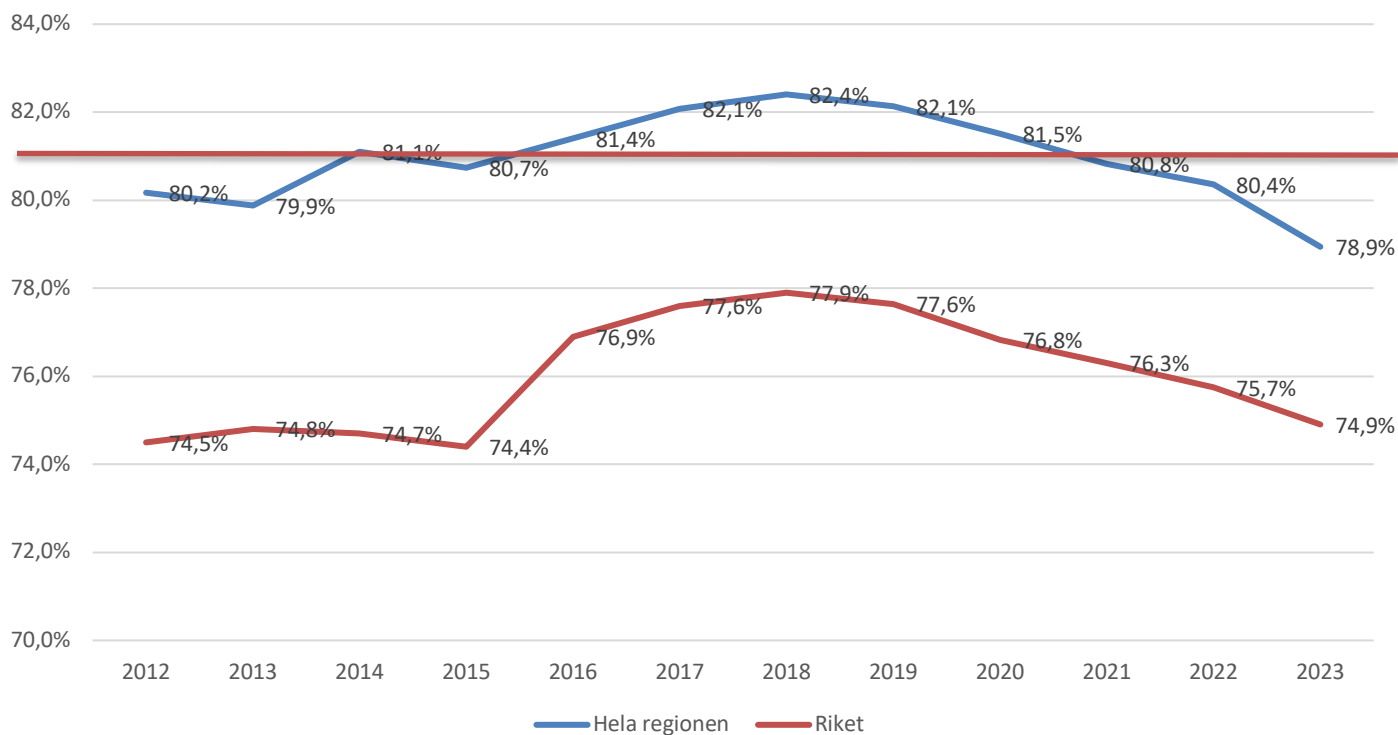
#### Faktaruta Robsonklassificering

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

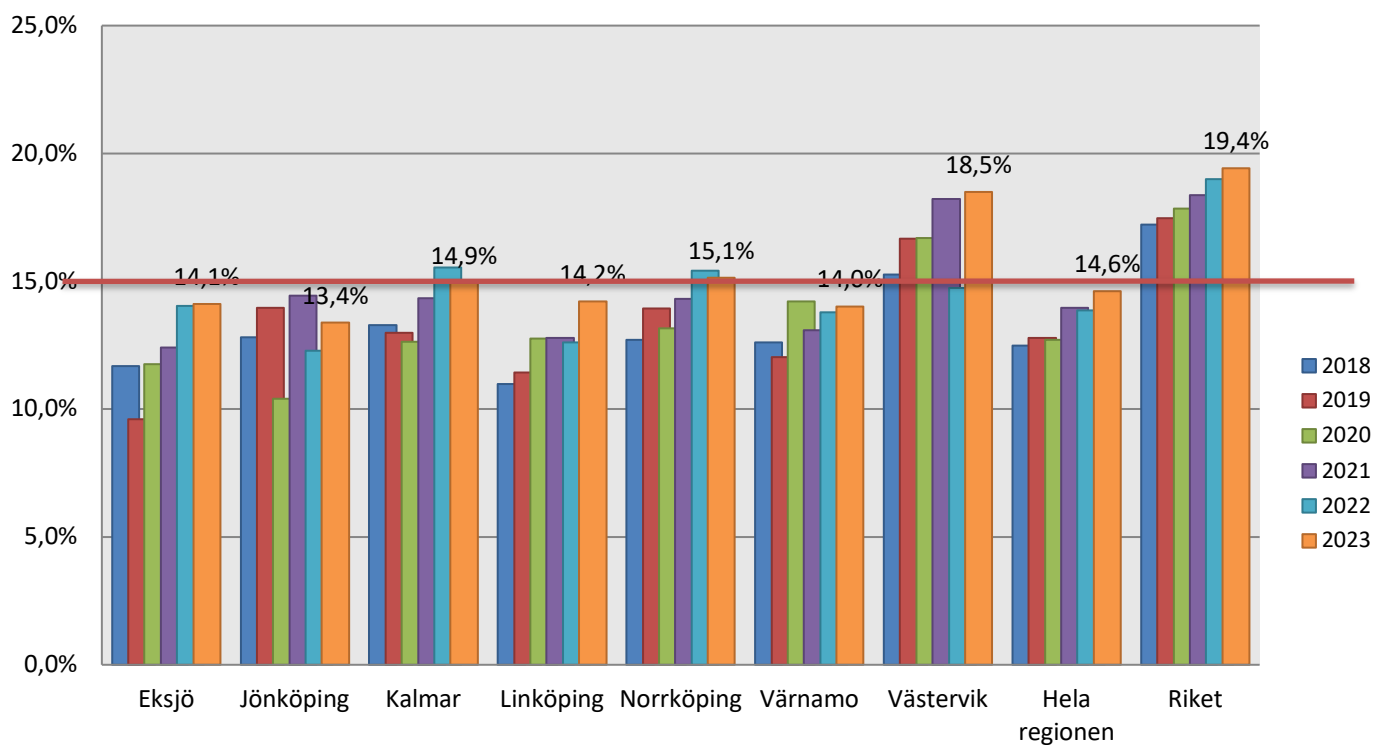
Robsongrupp 2b: Förstföderska, enkelbörd, huvudbudning, fullgången där förlossningen induceras.

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

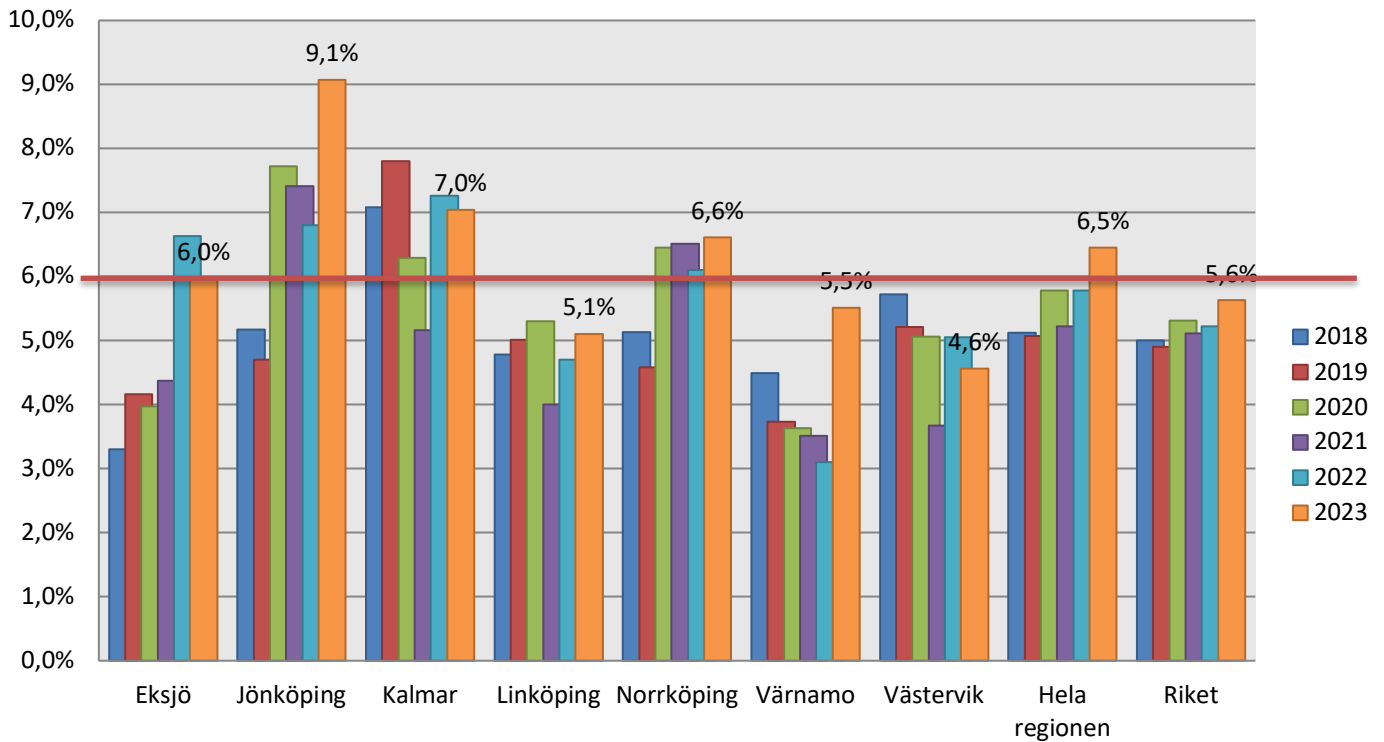
Figur 1b. Andel icke instrumentella förlossningar



Figur 2. Andel sectio (Målvärde <15%)



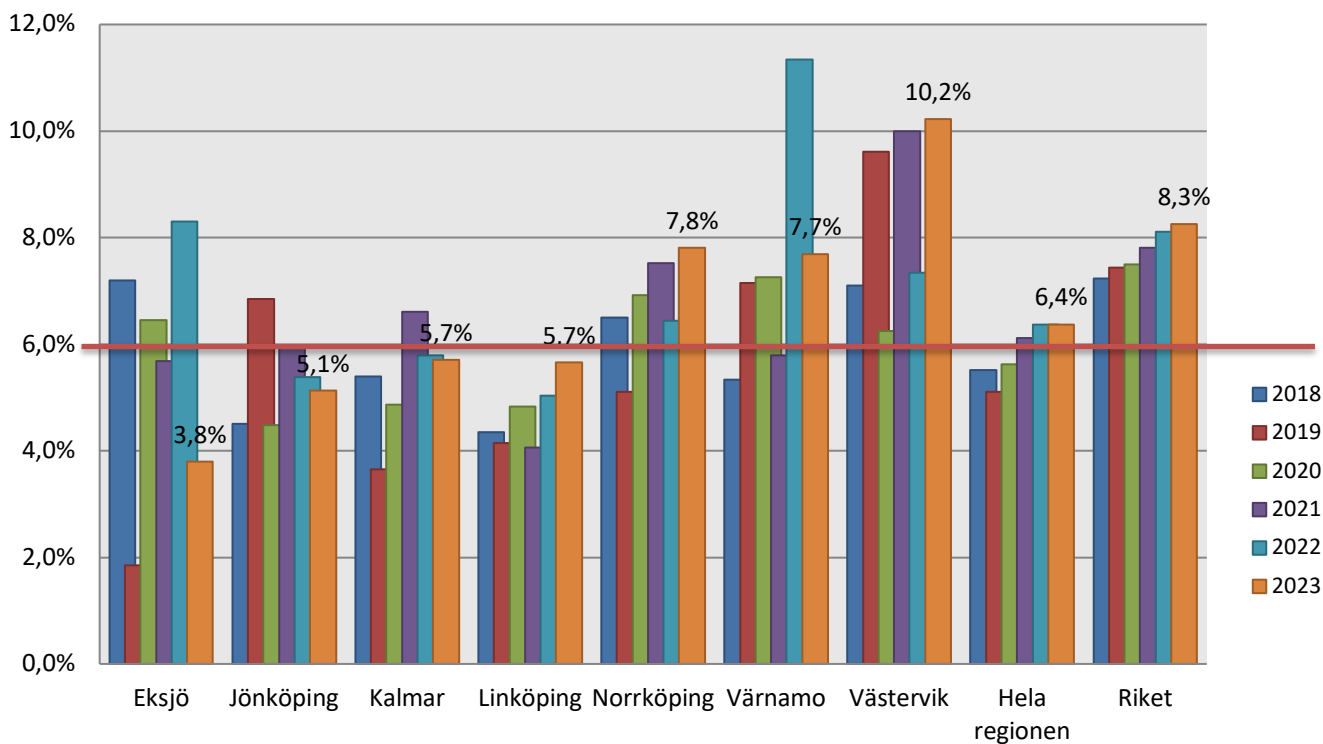
Figur 3. Andel VE eller tångförlossning (Målvärde <6%)



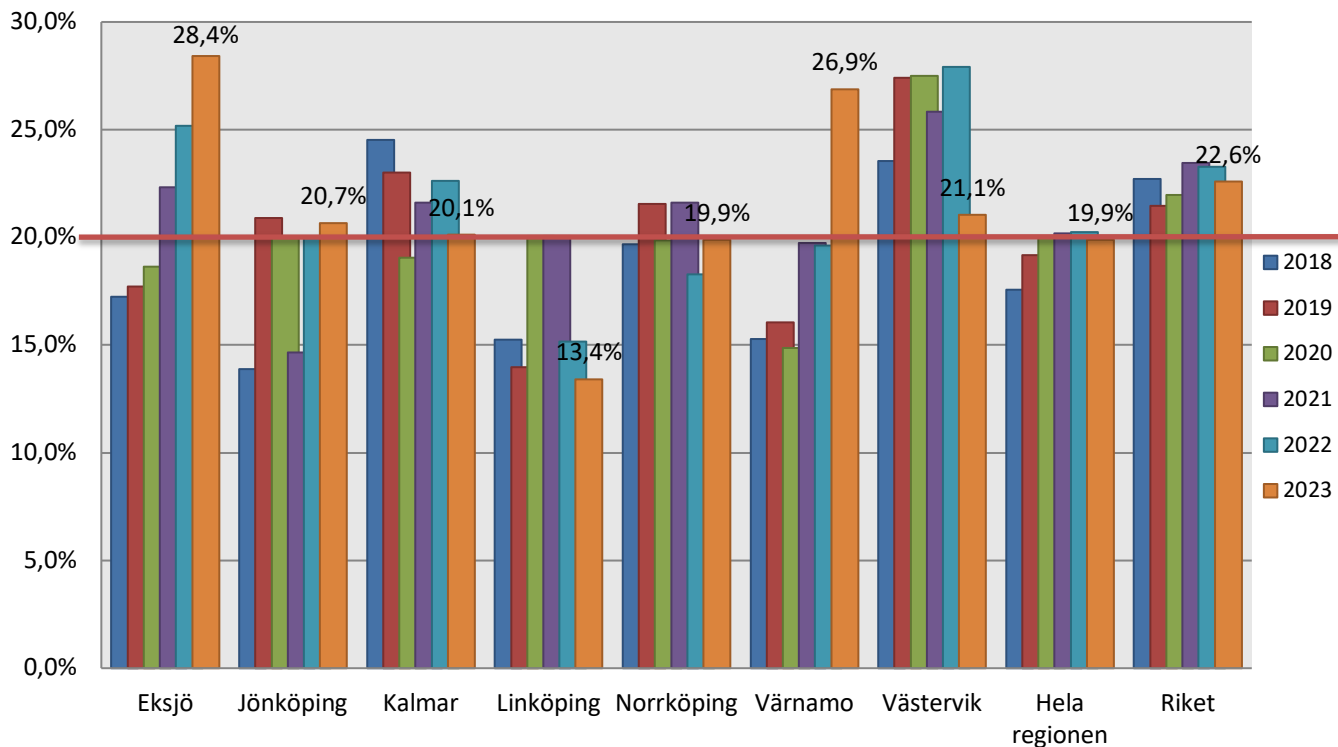
En viktig målsättning för verksamheten är att kunna erbjuda en icke-instrumentell förlossning (förlossning utan kejsarsnitt eller sugklocka/tång), men vi lyckas inte heller 2023 att uppnå målvärdet 81,3% för icke-instrumentell förlossning. En trend både i regionen och nationellt är dessvärre en sjunkande andel icke-instrumentell förlossning, där en bidragande orsak sannolikt är den år för år stigande andelen inducerade förlossningar. Vi kan också konstatera att skillnaden mellan regionens och rikets resultat minskat 2023, men Sydöstra regionen har fortsatt ett bättre resultat än riket som helhet. Det behövs 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 hennes framtida reproduktiva hälsa.

Arbetet med kompetensförsörjning på förlossningsavdelningarna är också fortsatt viktigt där det en strategi att ta tillvara och utnyttja den befintliga kompetensen bland barnmorskor, läkare och undersköterskor samtidigt som nya medarbetare introduceras i arbetssättet på ett bra sätt samt får en gedigen grund genom placeringar som säkrar kompetensutveckling och volym för varje medarbetare.

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

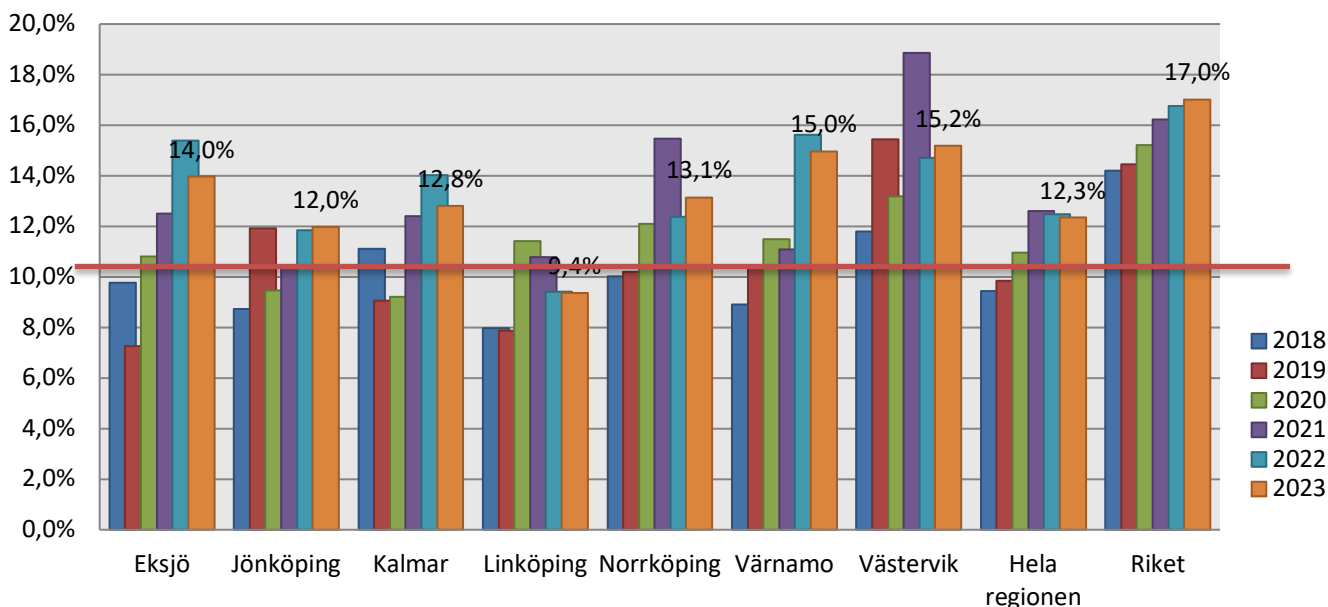


Figur 5. Andel sectio i Robsongrupp 2B (Nationellt målvärde <20%)



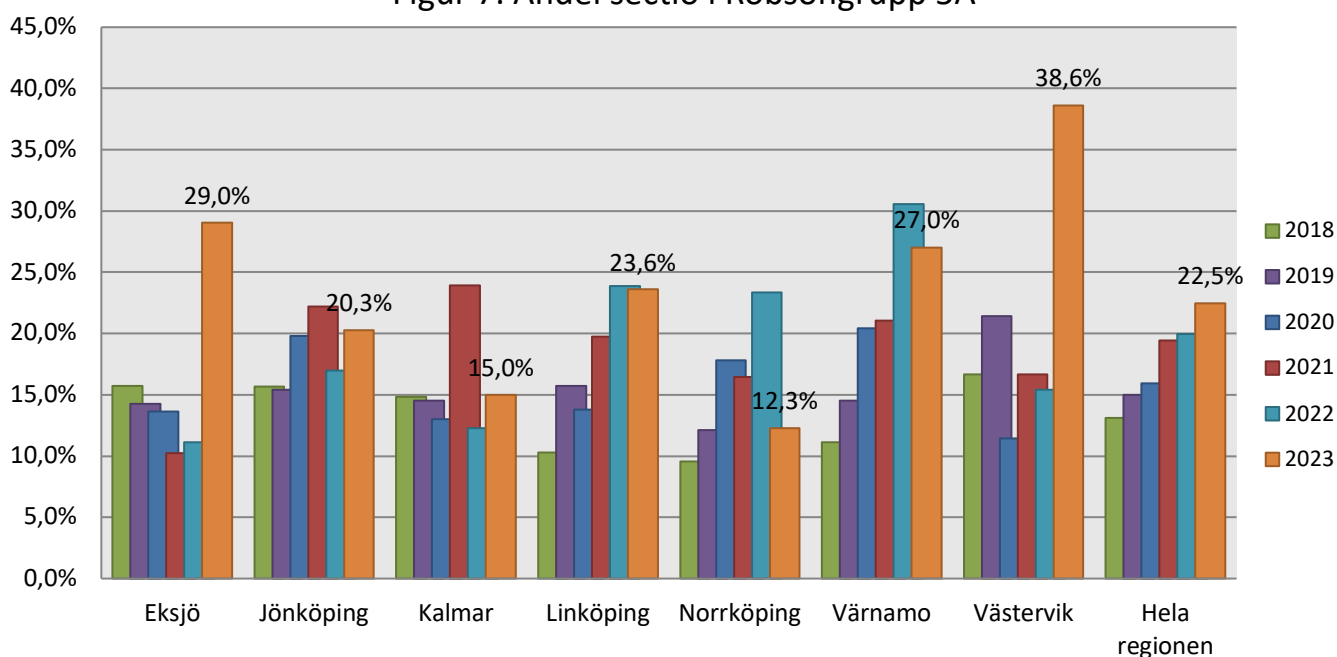
Andelen kejsarsnitt i Robson 2b, induktion av förlossning hos förstföderska i fullgången tid med huvudbudning, är betydligt högre än vid spontan förlossningsstart. Detta är förväntat, då induktion görs vid komplicerande medicinska sjukdomstillstånd eller riskgraviditeter och kan medföra en ökad risk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

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



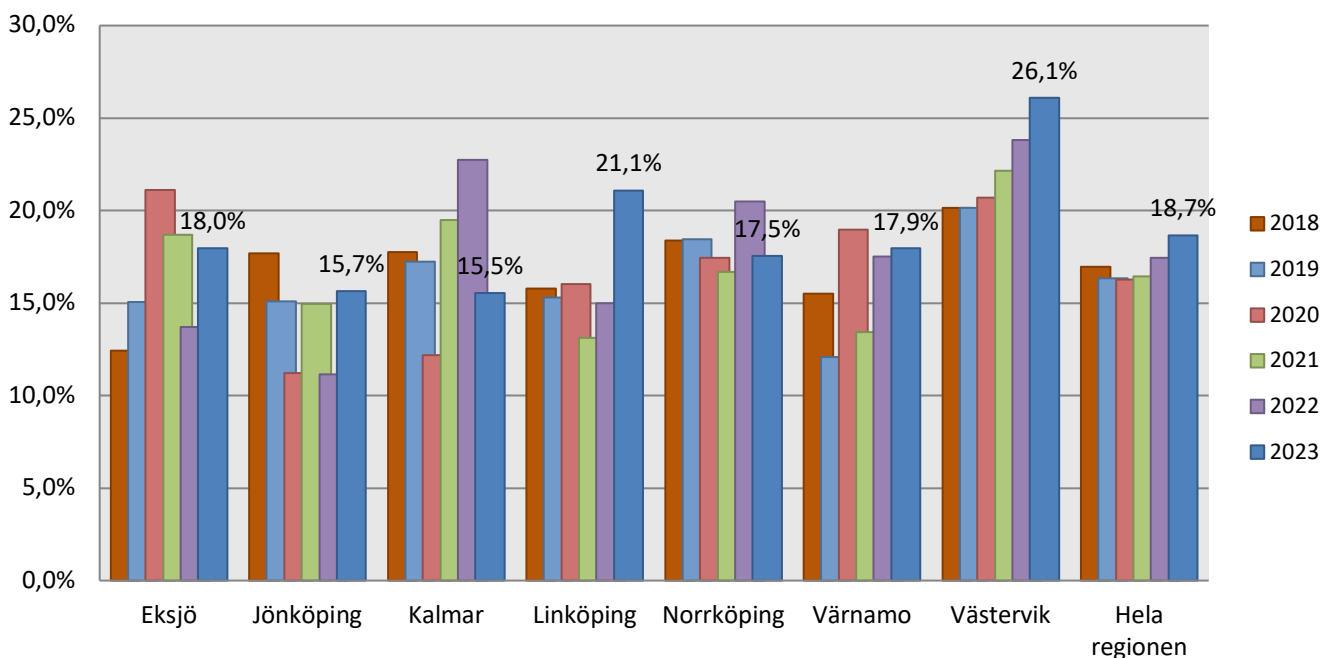
Resultaten i Robson 5A, det vill säga omföderskor med spontan förlossningsstart som tidigare genomgått kejsarsnitt, visar en ökande andel kejsarsnitt i regionen. Trots att förlossningen startar spontant är risken för kejsarsnitt omkring 20% jämfört med ungefär 1% om kvinnan tidigare genomgått en vaginal förlossning (figur 7). Detta är ett tydligt motiv till att försöka hålla kejsarsnittsfrekvensen i Robson 1+2 gruppen på en låg nivå, men även att fokus måste läggas på gruppen med tidigare kejsarsnitt för att optimera möjligheten till icke-instrumentell förlossning även i denna grupp.

Figur 7. Andel sectio i Robsongrupp 5A



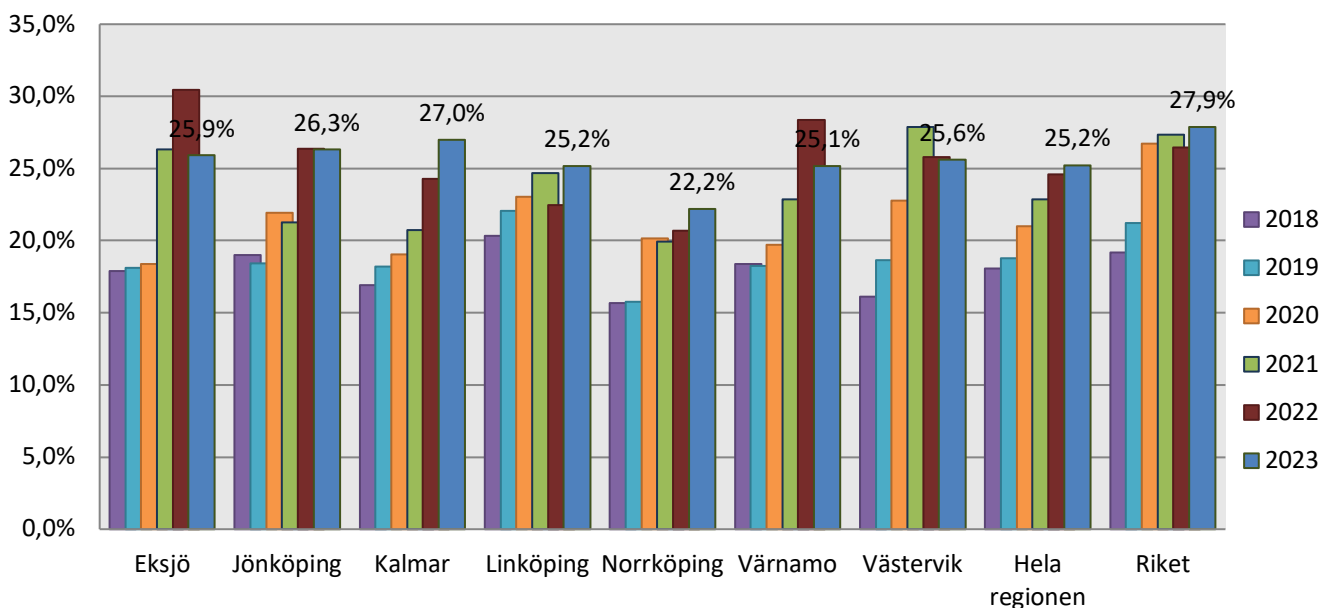
Andelen av kejsarsnitten på **psykosocial indikation**, dvs. utan strikt medicinska skäl, visar en betydande variation. Drygt 1/6 av alla kejsarsnitt utförs med hänvisning till psykologiska orsaker (figur 8). Aurora/ Amandaverksamheterna, som arbetar med att handlägga kvinnor med förlösningsrädsla, ser väldigt olika ut på de olika klinikerna. Man har nyligen startat ett nätverk med representanter från de olika klinikerna för att utbyta erfarenheter och kunskap kring denna patientgrupp, vilket förhoppningsvis kan bidra till förbättring i handläggandet av dessa kvinnor.

Figur 8. Andel sectio på psykosocial indikation



Andelen **induktioner** (igångsättningar) ligger fortsatt högt i hela landet och var i vår region 25,2% under 2023 (24,6%) (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 inductioner (gäller alla indikationer)

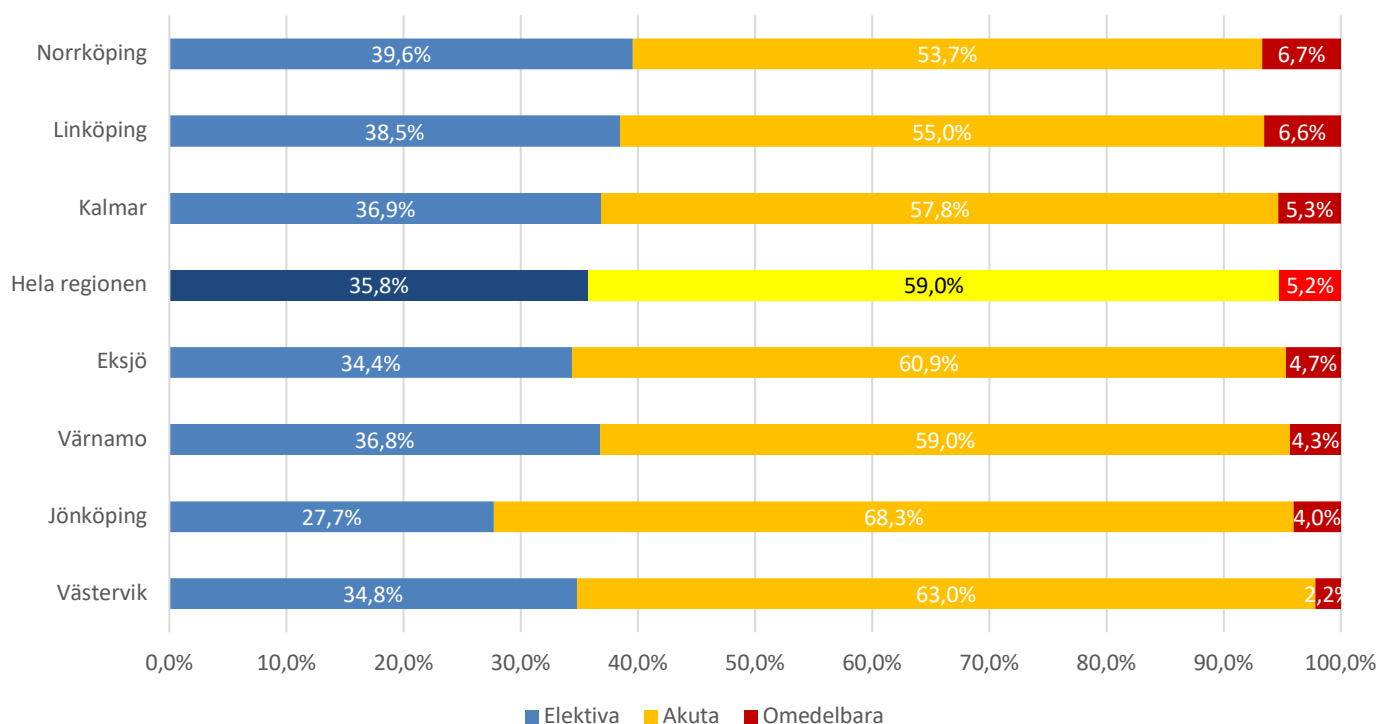




Man bör fortsätta att analysera igångsättningarna och hålla dem på en rimlig nivå och avväga den risk för ökad andel komplikationer som uppkommer mot riskerna med att låta graviditeten fortgå. Andelen induktioner ökar relativt sett mer i gruppen förstföderskor, vilket ytterligare motiverar att man följer hur induktion påverkar förlossningsutfall och förlossningsupplevelse.

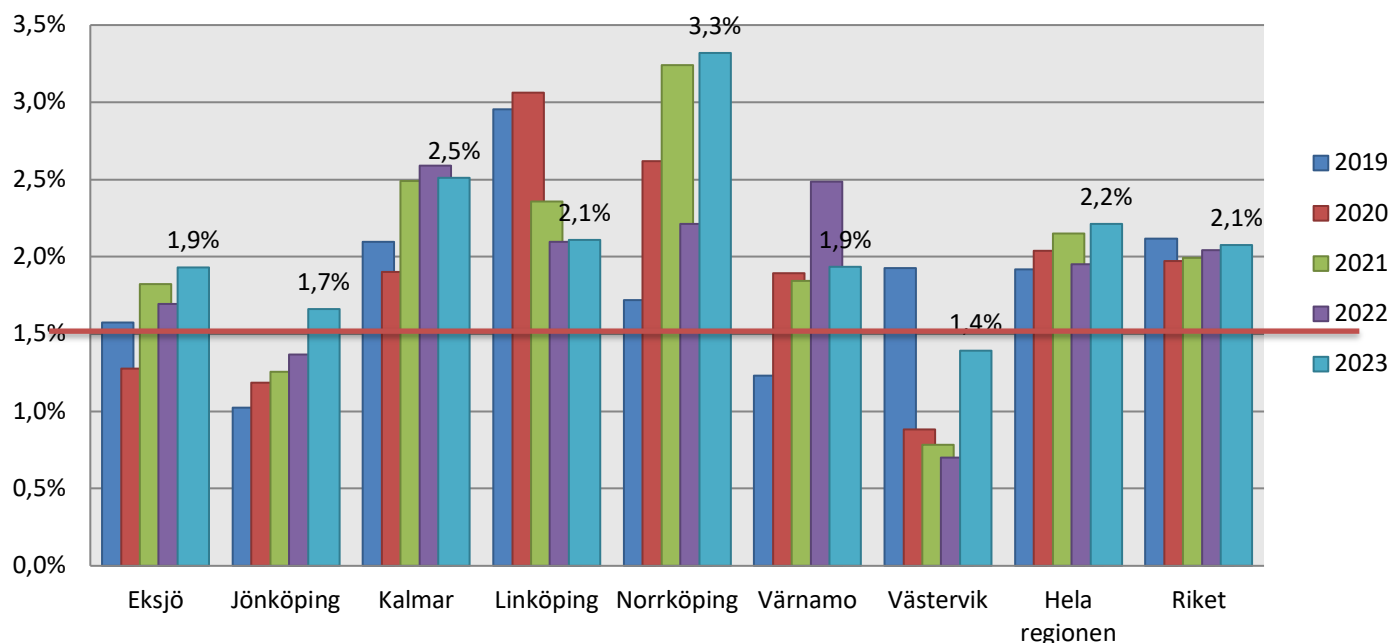
**Omedelbart (urakut) kejsarsnitt** ska utföras på strikt indikation, det vill säga vitalindikation för kvinnan eller barnet eftersom ingreppet är förenat med en ökad risk för komplikationer hos kvinnan. Andelen omedelbara kejsarsnitt utgör 5,2% (5,6%) av det totala antalet kejsarsnitt, men skiljer sig 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

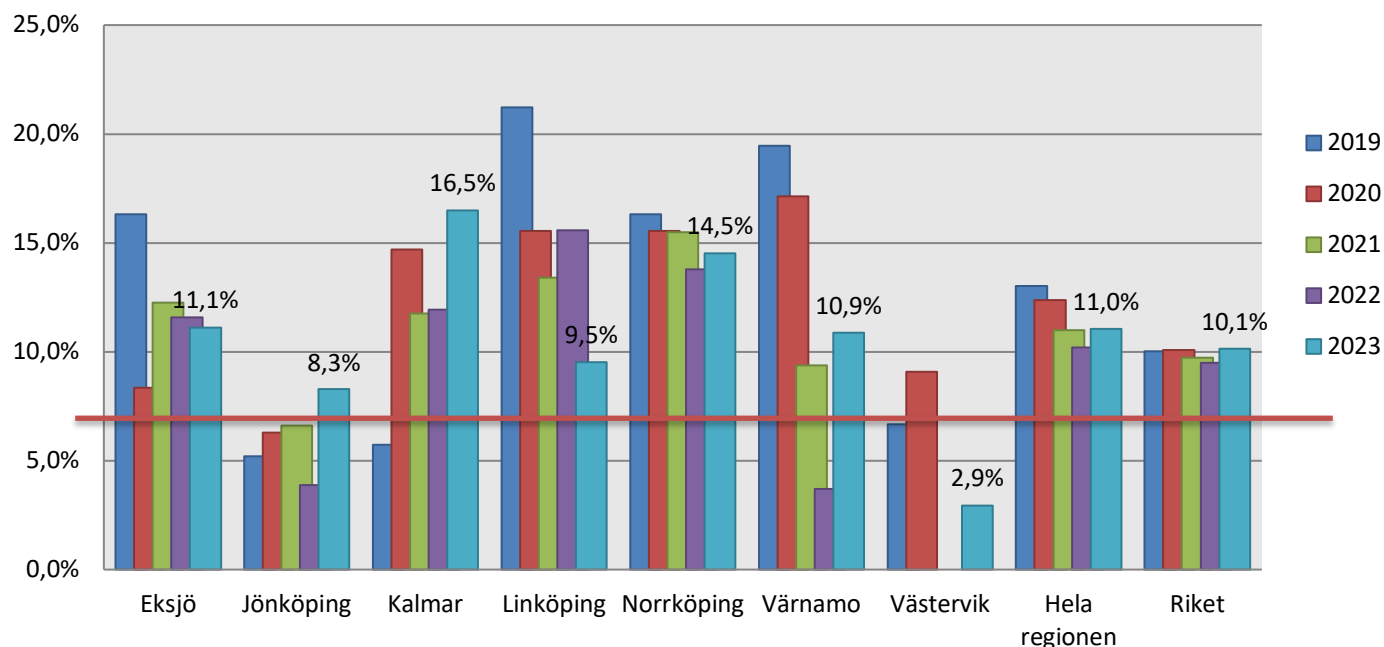


Andelen kvinnor som drabbades av en **grad III-IV-bristning** (partiell eller total bristning av analsfinktern (slutmuskeln) och/eller en bristning av slemhinnan i ändtarmen) var 2,9% (2,6%) av alla vaginalförlösta. För dem med icke-instrumentell förlossning var siffran 2,2% (2,0%) (figur 11). Vid instrumentell förlossning var motsvarande resultat 10,2% (10,2%) (figur 12). 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. Andel bristning grad III-IV vid icke instrumentell förlossning  
(nationellt målvärde <1,5%)



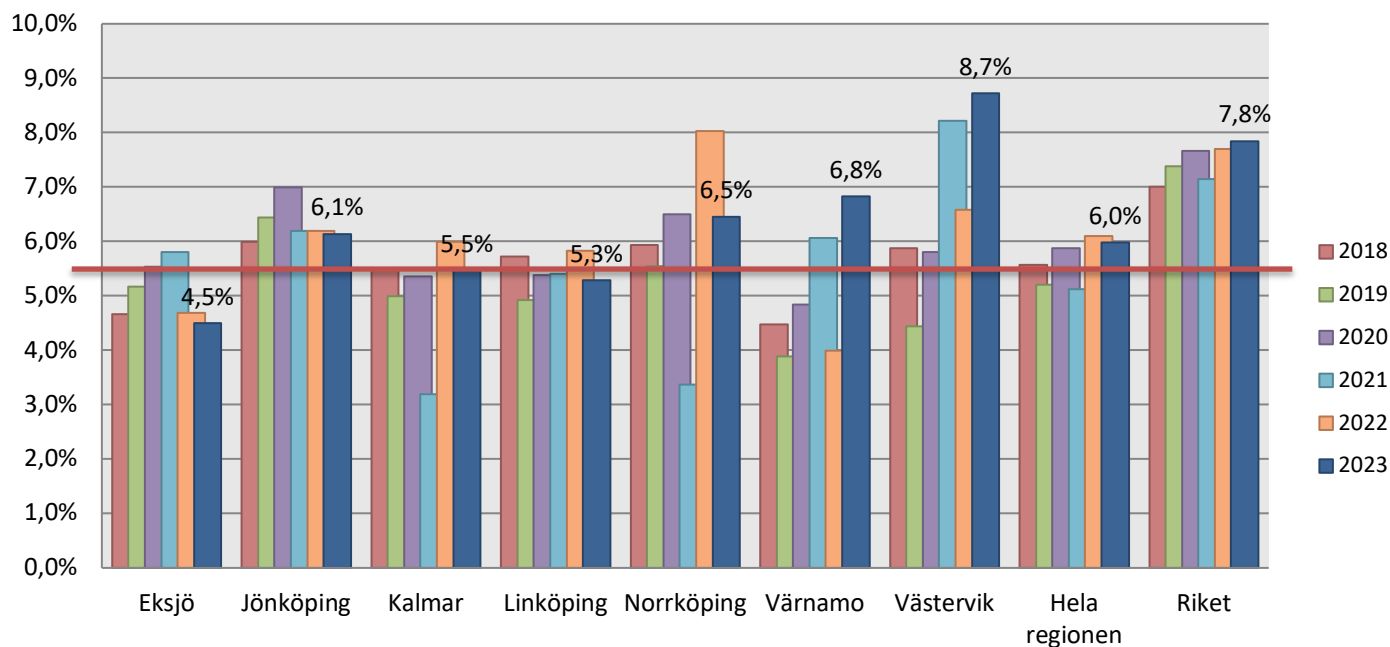
Figur 12. Andel bristning grad III-IV vid instrumentell förlossning  
(nationellt målvärde <6,9%)



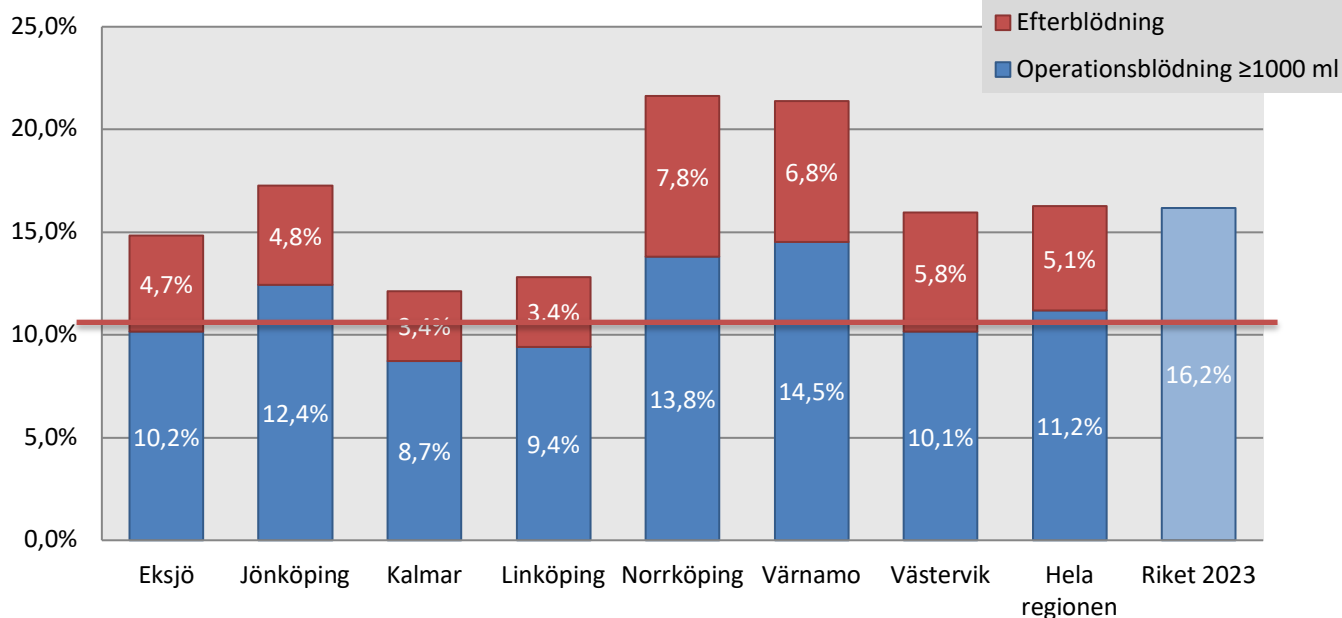
**Stora blödningar** kan leda till komplikationer i efterförloppet såsom ökad risk för infektioner, men även problem för den nyblivna mamman att mobiliseras efter förlossningen och knyta an till sitt barn. Det är därför viktigt att minimera blödningsmängden, vilket alltid görs med livmodersammandragande 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 13 och 14 speglar blödningsproblematiken. Sydöstra sjukvårdsregionen lyckas inte komma under målvärdet på 5,5% för andel blödning  $\geq 1000$  ml vid vaginal förlossning och ligger på 6,0% (6,1%), där riket ligger på 7,8% (7,7%) (Graviditetsregistret).

Figur 13. Andel med blödning  $\geq 1000$  ml vid vaginal förlossning (nationellt målvärde  $< 5,5\%$ )



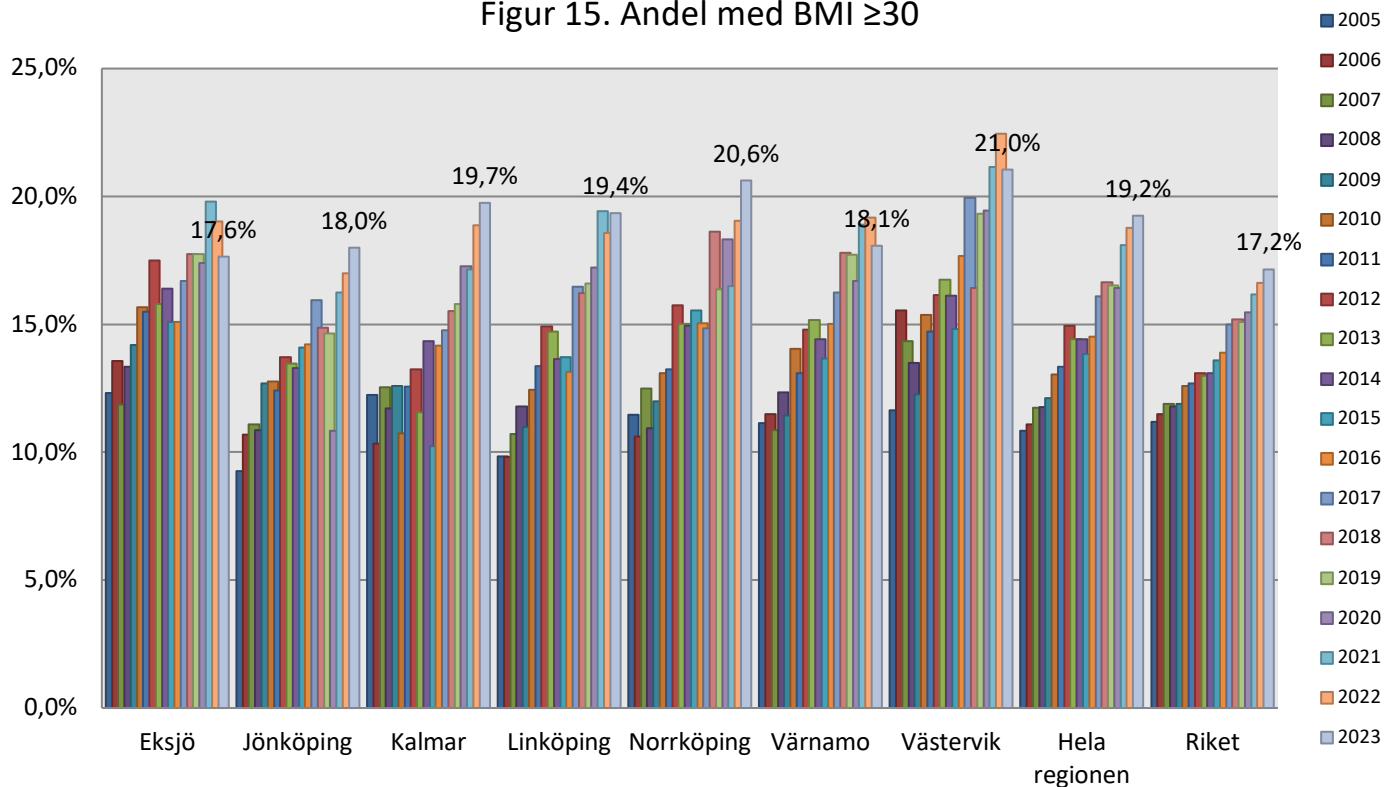
Figur 14. Andel med total blödning  $\geq 1000$  ml vid sectio (nationellt målvärde  $< 10,3\%$ )



Sydöstra sjukvårdsregionen uppnår inte målvärdet på 10,3% på total blödning  $\geq 1000$  ml vid sectio och 2023 var andelen ligger på 16,3% (15,0%), vilket motsvarar rikets värde på 16,2% (15,4%).

Då **obesitas** kan leda till ökad risk för komplikationer under graviditet och förlossning, studerar vi andelen kvinnor med obesitas, det vill säga BMI (body mass index) på 30 eller mer (figur 15). Sammanlagt hade 19,2% (18,8%) obesitas med denna definition. Andelen kvinnor med obesitas fortsätter att öka och de med BMI 35 eller mer har fördubblats sedan 2007. 2023 hade 6,1% (6,7%) av våra patienter ett motsvarande BMI. Obesitas ställer därför ökade krav på förebyggande åtgärder och en anpassning av resurser, rutiner och utrustning.

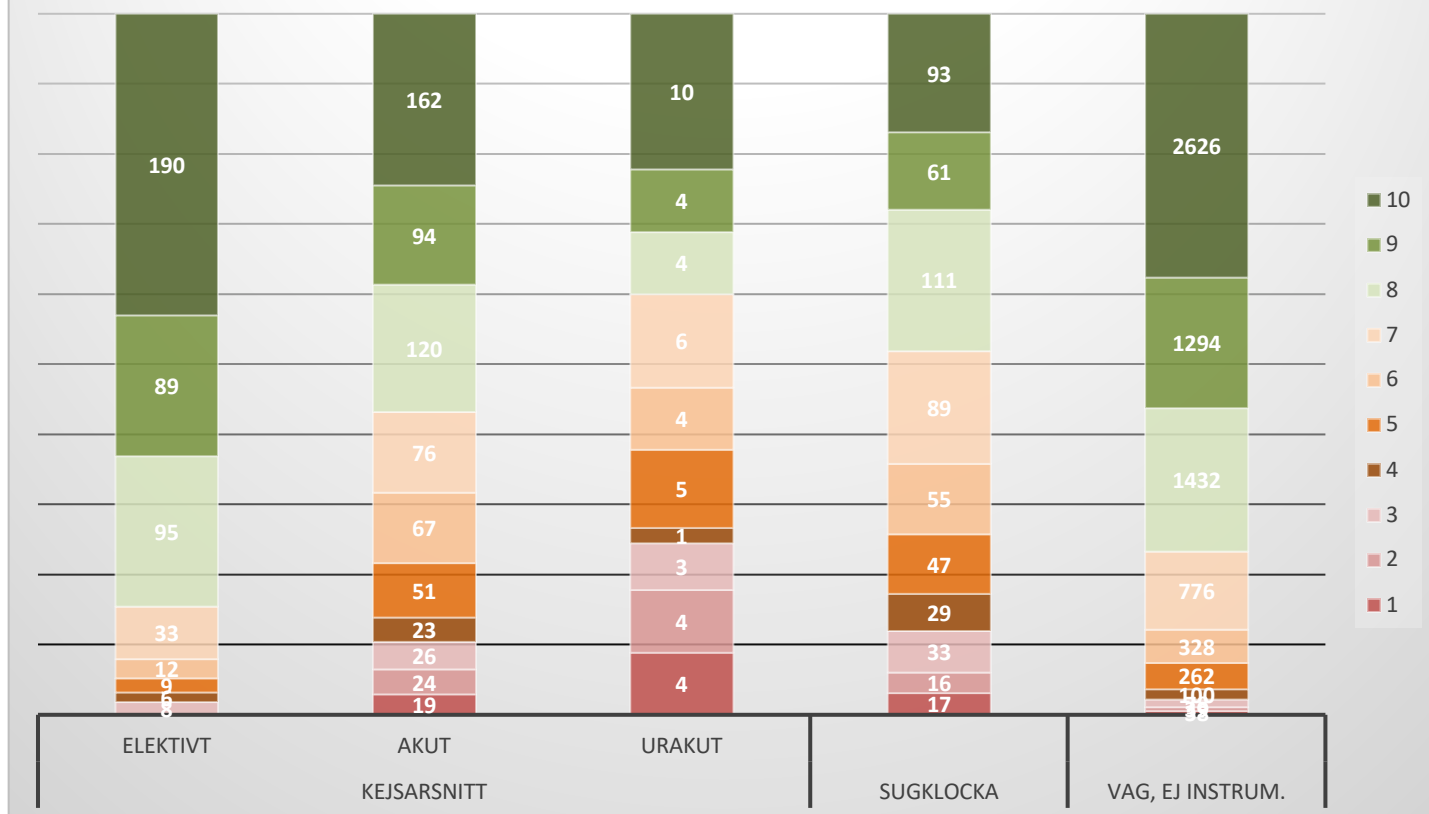
Figur 15. Andel med BMI  $\geq 30$



## 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% (88,1%) angivit ett VAS-värde. Av dessa ansåg 96,4% (96,2%) 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 73,8% (74,5%). 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 16). Mera detaljerad information om patientupplevelsen i samband med förlossningen kan återfinnas i den nationella graviditetsenkäten, med uppföljande enkäter 8 veckor samt 1 år postpartum.

Figur 16. VAS-bedömning av förlossningen i grupper av olika förlossningsätt (VAS 10 är bästa möjliga upplevelse)



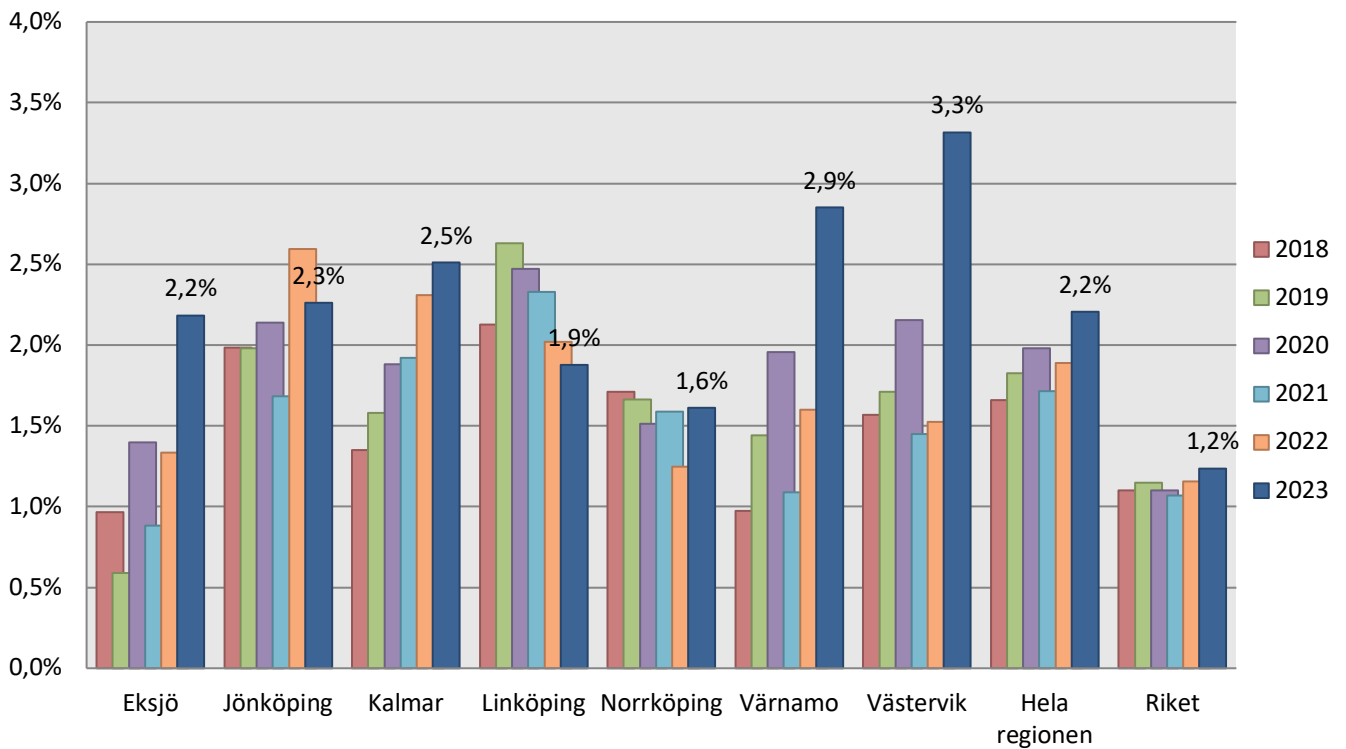
## Barnen

Sammanlagt föddes 10 108 (10 639) barn vid regionens förlossningsavdelningar.

När det gäller **graviditetslängden** var endast 0,45% (0,42%) födda **före vecka 28** och sammanlagt var det 6,2% (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% (0,8%). 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.

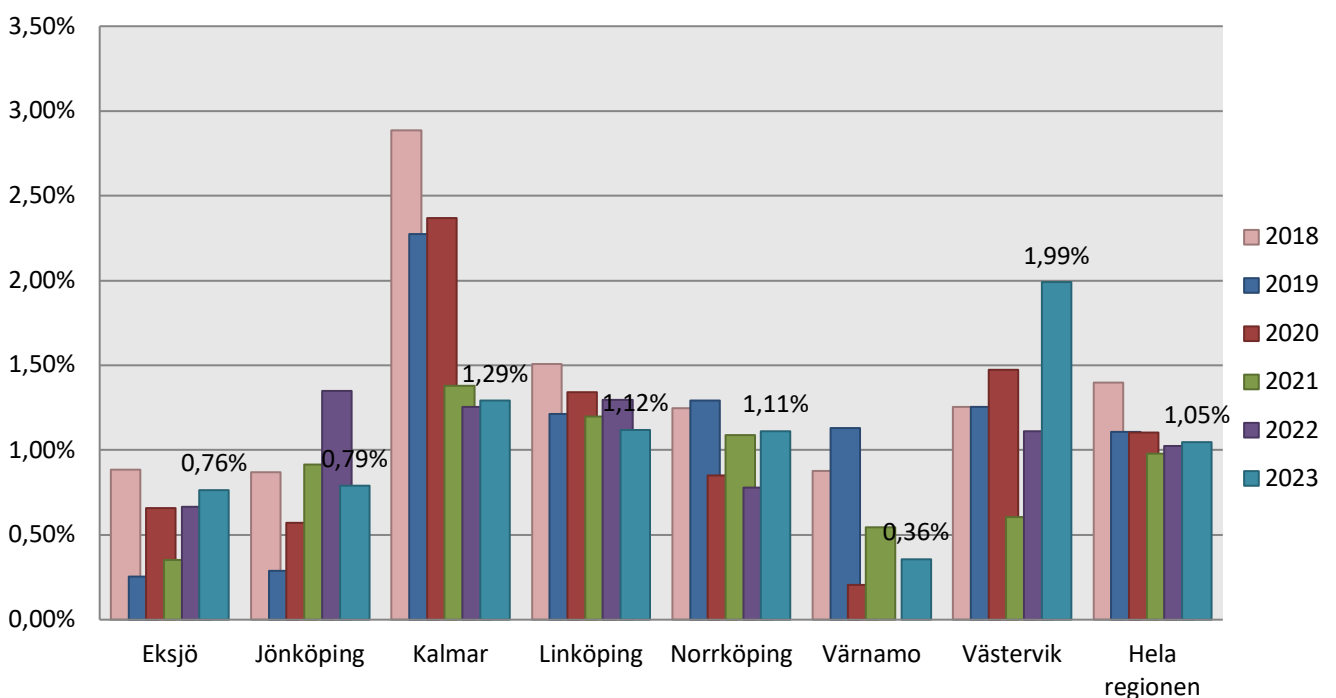
För att bedöma hur barnen mår efter förlossningen används s.k. **Apgar-score**, vilket är en uppskattning av barnets allmänna tillstånd. Apgar-score <7 vid 5 minuters ålder anses innebära en viss risk att barnet kan drabbas av utvecklingsproblem senare i livet. I vårt material hade 2,2% (1,9%) denna poäng, medan endast 0,33% (0,20%) hade Apgar <4 vid 5 minuter (vid fullgångna graviditeter). Vi ser över tid en stigande trend i andelen barn med Apgar under såväl 4 som 7 vid 5 minuter (figur 17). En reflektion kring detta är att andelen samsjuklighet hos mödrarna ökar med ökande andel obesitas och även preeklampsi, hypertoni och diabetes vilket i sin tur kan påverka riskerna för barnen i samband med förlossning.

Figur 17. Andelen barn med Apgar <7 vid 5 minuter



**Surhetsgraden i navelsträngsblodet** är ett mer objektivt tecken på om det nyfödda barnet har utsatts för syrebrist under förlösningen. Surhetsgraden bedöms genom kontroll av pH och BE (base excess) i navelsträngsprov som tas direkt efter förlösningen. I hela materialet uppfyllde 1,0% (1,0%) kriterier för ökad surhetsgrad, vilket motsvarar  $\text{pH} \leq 7,05$  och  $\text{BE} < -12$ . Man ser här inte samma stigande trend över åren som för Apgar < 4 resp < 7 utan i regionen har andelen barn med  $\text{pH} \leq 7,05$  och  $\text{BE} < -12$  legat relativt oförändrad (figur 18).

Figur 18. Andelen barn med arteriellt navelsträngs-pH  $\leq 7,05$  och BE  $< -12$



För att denna parameter skall vara tillförlitlig krävs naturligtvis att provet tas på så många barn som möjligt. Detta skiljer sig fortfarande mellan klinikerna men andelen korrekta prov är 65,9% (62,4%). 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 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 3,8 per tusen födda (3,1) medan riksgenomsnittet låg på 3,1 per tusen födda.

2023 var det 38 fall av IUFD bland 38 kvinnor (2022 var det 46 fall (43 kvinnor) i Sydöstra sjukvårdsregionen. Se detaljer i 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 vi i Sydöstra sjukvårdsregionen sk Audit-möten 4 gånger per år där obstetiker 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 mamman och det döda barnet för att bättre kunna klarlägga anledningen till dödsfallet.

**Tabell 1. Sammanfattning av samtliga IUFD 2021-2023**

	2021		2022		2023	
	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel
<i>Antal barn</i>	36		46		38	
<i>Antal mödrar</i>	36		43		38	
<i>Flerbörd</i>	1	2,8%	3	6,5%	0	0,0%
<i>Graviditetsvecka &lt;28+0</i>	9	25,0%	13	28,3%	8	21,1%
<i>Graviditetsvecka 28+0-36+6</i>	13	36,1%	17	37,0%	11	28,9%
<i>Graviditetsvecka 37+0-40+6</i>	10	27,8%	16	34,8%	19	50,0%
<i>Graviditetsvecka ≥41</i>	4	11,1%	0	0,0%	0	0,0%
<i>BMI ≥ 30</i>	5	13,9%	9	20,9%	10	26,3%
<i>BMI ≥ 35</i>	0	0,0%	2	4,7%	2	5,3%

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 2019-2023 (Andel i %)**

	Eksjö	Jön- köping	Kalmar	Linköping	Norr- köping	Värnamo	Västervik	Hela regionen	Riket
Apgar <4 vid 5 minuter (fullgångna)	0,11	0,35	0,23	0,31	0,26	0,36	0,35	0,29	0,22
Arteriellt navelsträngs-pH ≤7,05 och BE <-12	0,54	0,78	1,71	1,23	1,03	0,49	1,29	1,05	ingen uppgift
Intrauterin fosterdöd	0,48	0,29	0,33	0,50	0,22	0,22	0,47	0,36	0,32

## Slutsatser

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 tillräckligt bra alternativ. Då alla regioner i landet utom två helt kommer gå över till Cosmic under de närmaste åren måste vi aktivt bidra till att säkerställa 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. 2023 nådde regionen inte målvärdet för icke instrumentella förlossningar. Andelen med hög eller acceptabel patientnöjdhet ligger högt och stabilt även under 2023, 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. Vi har exempelvis 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+. Under 2023 var induktionsfrekvensen i sydöstra sjukvårdsregionen 25,2% (riket 27,9%) men det är ganska stora variationer mellan regionens sjukhus; 22,2% - 27,0%.

Under 2023 deltar flertalet av förlossningskliniker i sydöstra sjukvårdsregionen i en nationell studie, "OPTION"-studien, som syftar till att studera heminduktion vid lågriskgraviditeter. Här kommer dessa graviditeter att randomiseras till induktion antingen 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  $\geq 1000$  ml vid kejsarsnitt under 2023. Det är varierande siffror bland klinikerna i Sydöstra sjukvårdsregionen i denna grupp och 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 (Labour Care Guide), vilken startar under 2024. Studien kommer att utvärdera ny evidens för när den aktiva fasen av 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.

Vi ser sjunkande förlossningstal i vår region liksom i hela riket, vilket hos vissa beslutsfattare har väckt frågan om lägre resursbehov i förlossningsvården. Vi menar att förlossningstal är ett trubbigt sätt att beskriva resursbehov. Rapporten beskriver en utveckling med ökad andel induktioner, ökad andel komplicerade förlossningar samtidigt med önskade åtgärder för att förbättra omhändertagande vid bristning och verka för kontinuerligt stöd till den födande, vilket motiverar åtminstone bibehållen resurstilldelning i en akutverksamhet med plötsliga toppar i belastningen.

Socialstyrelsen har på uppdrag av regeringen tagit fram riktlinjer för förlossningsvården vilket resulterat i en prioriteringslista. Högst prioriterat är att två utförare undersöker patienten tillsammans för att diagnosticera bristningar. Här bör vi i regionen säkerställa att detta arbetssätt är möjligt. Även om Socialstyrelsen inte kommenterat uppföljning bör denna utvecklas inom regionen så att även bristningar grad 2 förs in och följs upp i bristningsregistret.

På andra plats i prioritering kommer kontinuerligt stöd av en barmorska under förlossningens aktiva fas och att det kan ge ökad trygghet för den födande. Att stöd till den födande kan ges av andra i teamet än barmorskan kommenteras inte från Socialstyrelsen, vilket kan vara viktigt att nämna eftersom tillräckligt stöd för den födande även kan erbjudas av andra medarbetare. Picrino-studien kommer även registrera närvaron under förlossningens aktiva fas.

Avseende intagnings-CTG (CTG Doortest) bedöms detta också ha relativt hög prioritet. Även om det vetenskapliga stödet för intagnings-CTG inte räcker för att förutsäga syrebrist senare under förlossningsförloppet, anses det ändå kunna bidra till en bedömning av barnets tillstånd vid ankomsten till förlossningen. Vi instämmer helt i bedömningen att intagnings-CTG fortsatt ska utföras.

## **Bilagor**

Bilaga 1: Förlossningsdata för hela regionen 2023.

Förlossningar	9968	Av vaginalförlossning	Av samtliga	Av sectio	Målvärde
Vaginalförlossningar	8512		85,4%		
Inte instrumentellt	7869	92,4%	78,9%		>80%
Sectio totalt	1457		14,6%		<15%
Elektivt sectio	521		5,2%	35,8%	
Akut sectio	860		8,6%	59,0%	
Urakut sectio	76		0,8%	5,2%	
Sectio på psykosocial indikation	272		2,7%	18,7%	
Sectio Robson 1			6,4%		<5%
Sectio Robson 2 B		Anger sectiofrekvens i respektive grupp	19,9%		<20%
Sectio Robson 5 A			22,5%		<20%
VE/Tång	643		7,6%	6,5%	
Episiotomi	259	3,0%			<5%
Bristning grad III-IV	246	2,9%			<2%
Induktion	2513		25,2%		<9%
Syntocinondropp	3745	44,0%			
Total blödning >1000 ml vaginalförlossning	509	6,0%			<4%
Blödning >1000 ml vid sectio	163			11,2%	<8%
Antal placentalösningar	228	2,7%	2,3%		
Antal flerbörd	140		1,4%		
Antal BMI ≥ 30	1918		19,2%		
Antal BMI ≥ 35	593		5,9%		

Barn	10108	Av antalet barn	Målvärde
Medelvikt	3471	gram	
Födelsevikt ≥ 4500 g	239	2,36%	
Prematur <37+0	630	6,23%	
Överburen >41+6	84	0,83%	
Apgar <4 vid 5 minuter	44	0,44%	0%
Apgar <7 vid 5 minuter	223	2,21%	
Arteriellt navelartär-pH ≤ 7,05 och BE < -12	106	1,05%	
Antal med korrekt prov	6658	65,9%	>90%
Intrauterin fosterdöd	38	0,38%	

Gäller levande födda

Omfattar förlossningsdata från Östergötlands, Kalmar och Jönköpings län.

Rapporterande sjukhus är Universitetssjukhuset i Linköping, Vrinnevisjukhuset i Norrköping, Höglandssjukhuset i Eksjö, Ryhovs sjukhus i Jönköping, Värnamo sjukhus, Länssjukhuset i Kalmar och Västerviks sjukhus.

