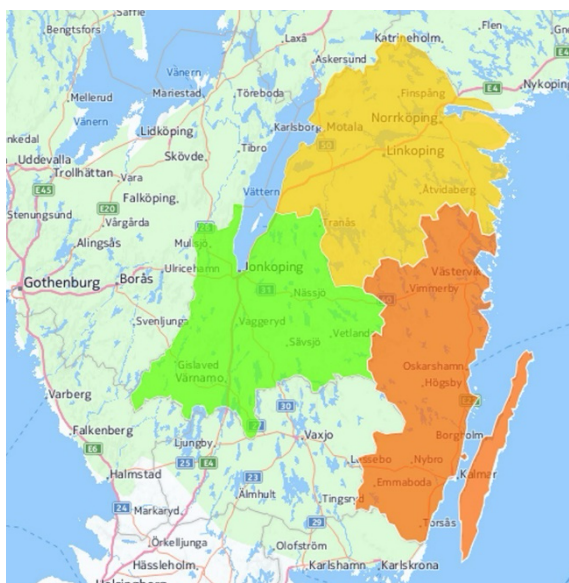


Förlossningsrapport 2024

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 2024, vilket är den 20:e rapporten. I arbetet har följande förlossningsöverläkare deltagit:

- | | |
|----------------------|--|
| • Eric Hildebrand | Universitetssjukhuset i Linköping |
| • Elin Boozon | Värnamo sjukhus |
| • Maria Källman | Västerviks sjukhus |
| • Ann-Marie Berglund | 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 innebär att man kan ta fram data rörande alla förlossningar i regionen ur databasen för varje sjukhus med mycket hög täckningsgrad. Denna rapport fokuserar på själva förlossningen och registreringen av barnets tillstånd vid 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 Obstetrix 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 för att bättre spegla respektive ort.

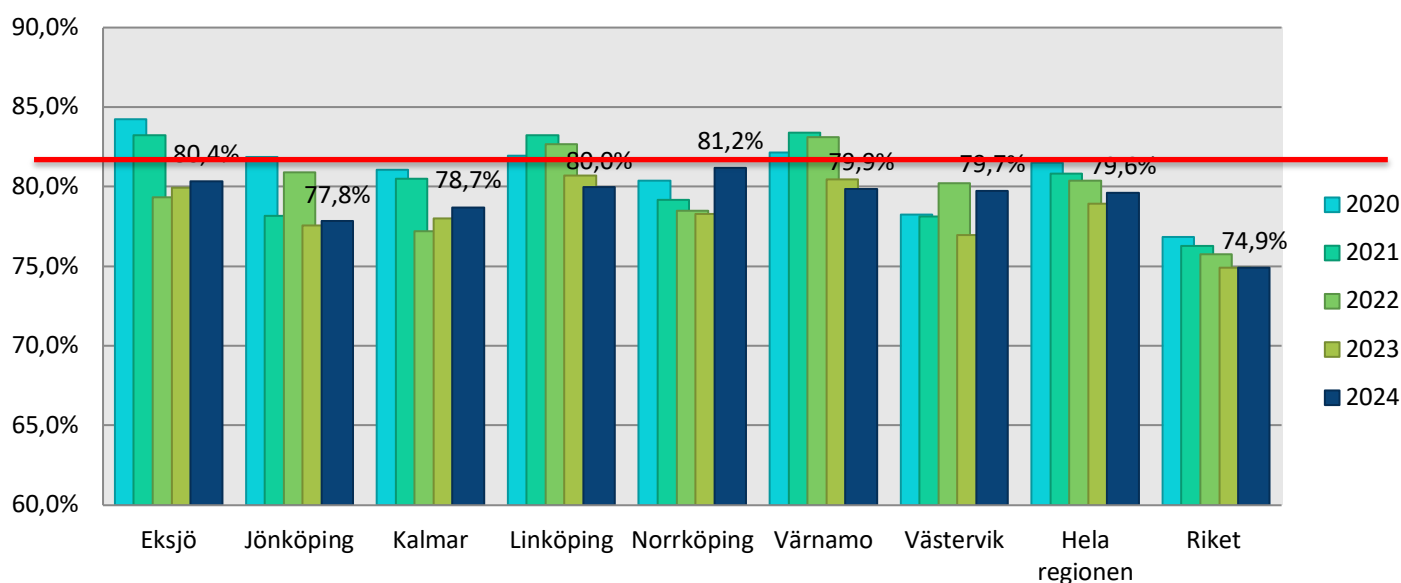
Vi har också preciserat målvärdena för förlossningsvården då vi konstaterat att det är ett effektivt sätt att åstadkomma förbättringar i detta arbete. De angivna målvärdena är regionala om inte annat anges. Data för 2023 presenteras inom parentes som jämförelse. Jämförelsedata för riket är tagna från Graviditetsregistret, vilket täcker drygt 95% av alla förlossningar i landet. De nationella målvärdena i Graviditetsregistret inom respektive parameter baseras på resultaten hos de 20% av klinikerna med bäst värde inom respektive område under 2018.

Resultat

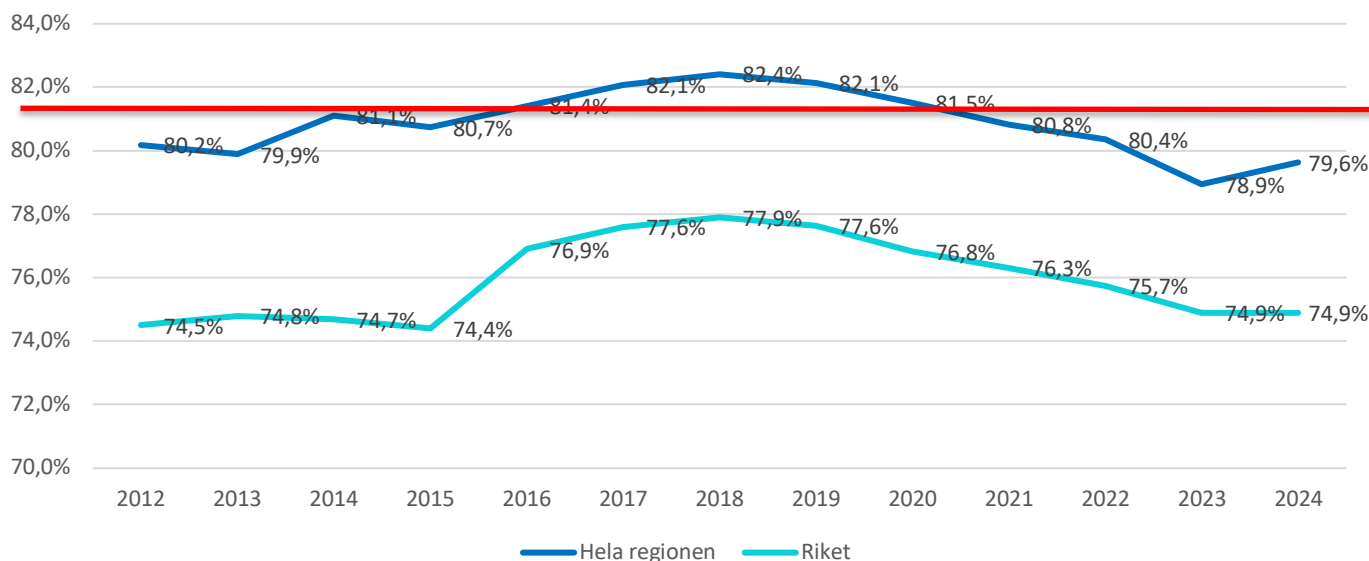
Förlossningar

Totalt registrerades 9 692 (9 968) **förlossningar** varav 6,4 % (6,5%) var **sugklocka** eller **tång** och 14,0% (14,6%) var **sectio**. Av samtliga förlossningar var 79,6% (78,9%) icke instrumentella, vilket är en högre andel än riket i helhet. Vi nådde dock inte heller 2024 upp till det nationella målvärdet för icke instrumentella förlossningar, vilket är satt till >81,3% (Graviditetsregistret). Av kejsarsnitten var 37,5% (35,8%) elektiva, 56,8% (59,0%) akuta och 5,7% (5,2%) var omedelbara. Andelen kejsarsnitt på s.k. psykosocial indikation (d.v.s. utan medicinsk indikation) var 19,7% (18,7%). Den totala sectiofrekvensen i Sydöstra Sjukvårdsregionen har under de senaste 15 åren legat lägre än målvärdet på 15,0% och betydligt under rikets andel på 19,9% och fortsätter göra det även under 2024 (figur 1-3).

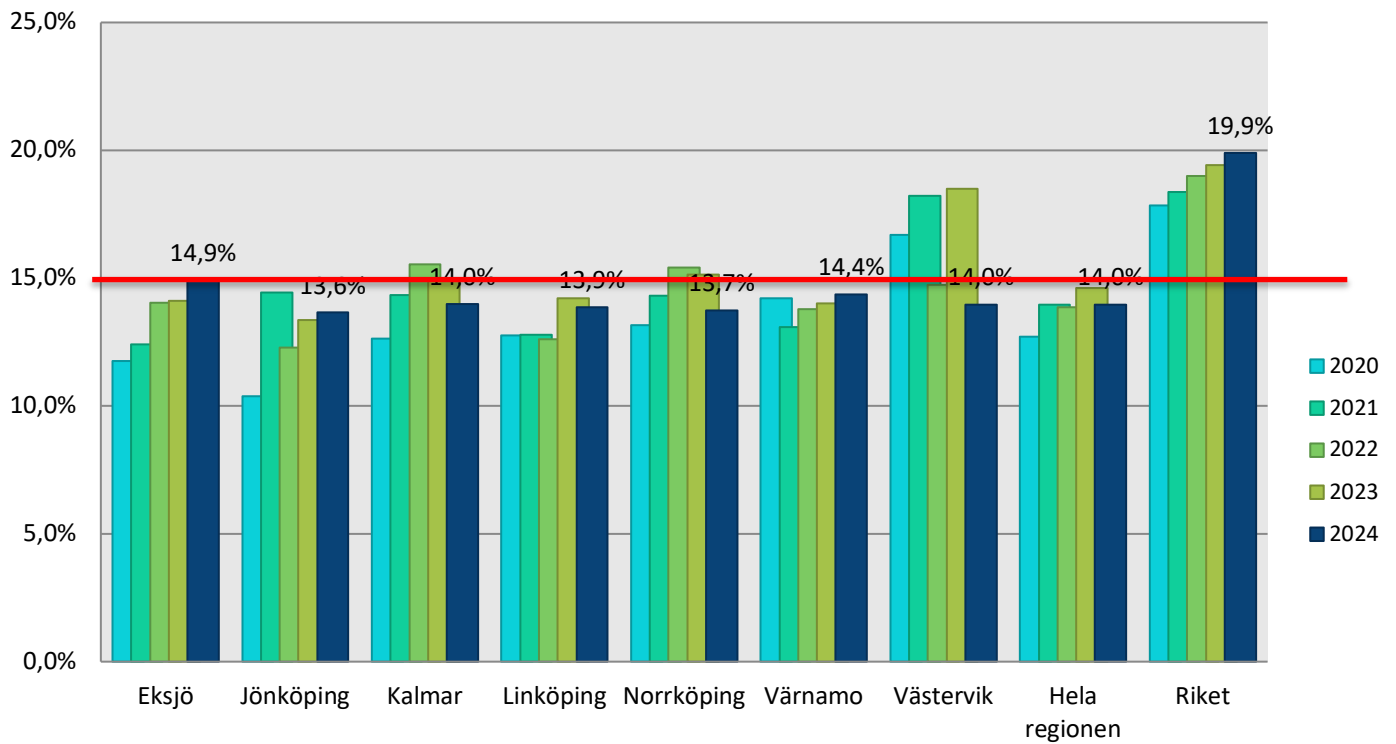
Figur 1. Andel icke instrumentella förlossningar
(Nationellt målvärde >81,3%)



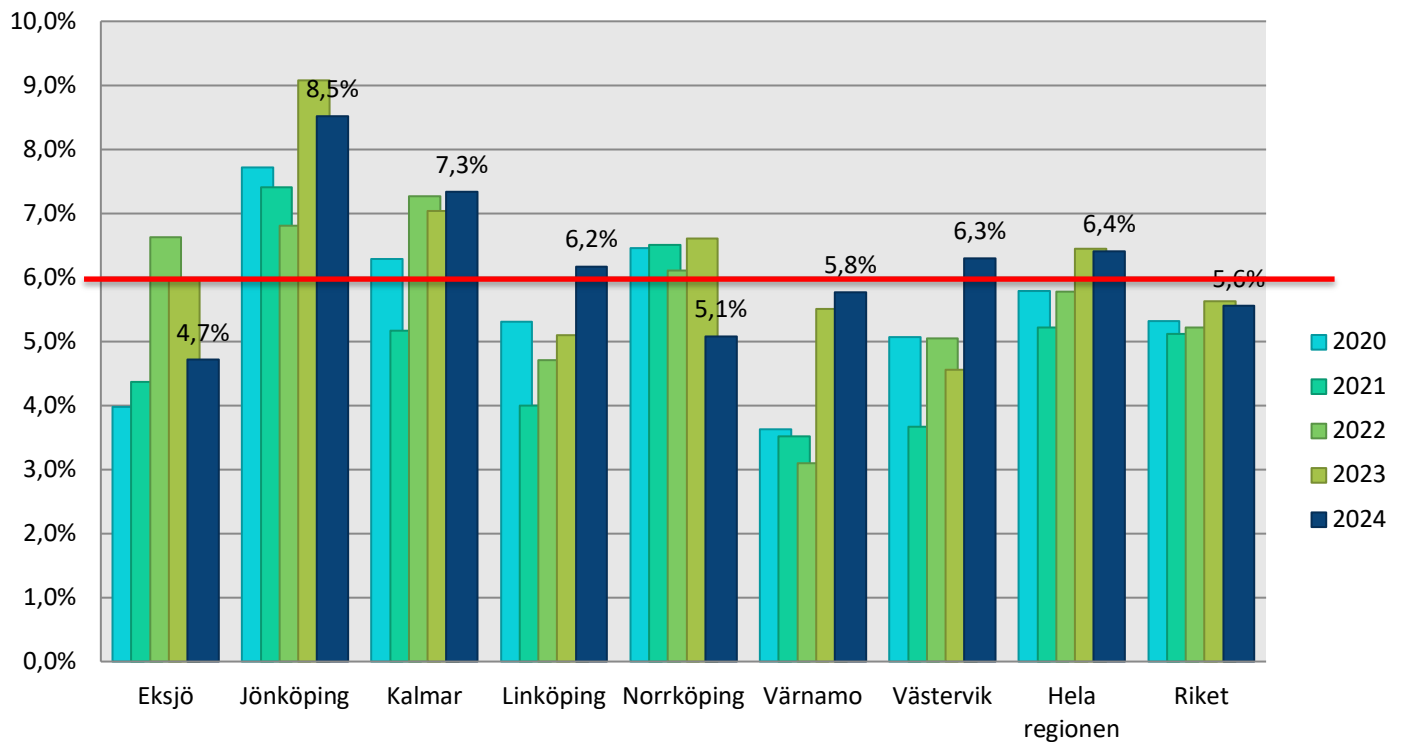
Figur 2. Andel icke instrumentella förlossningar



Figur 3. Andel sectio (Målvärde <15%)



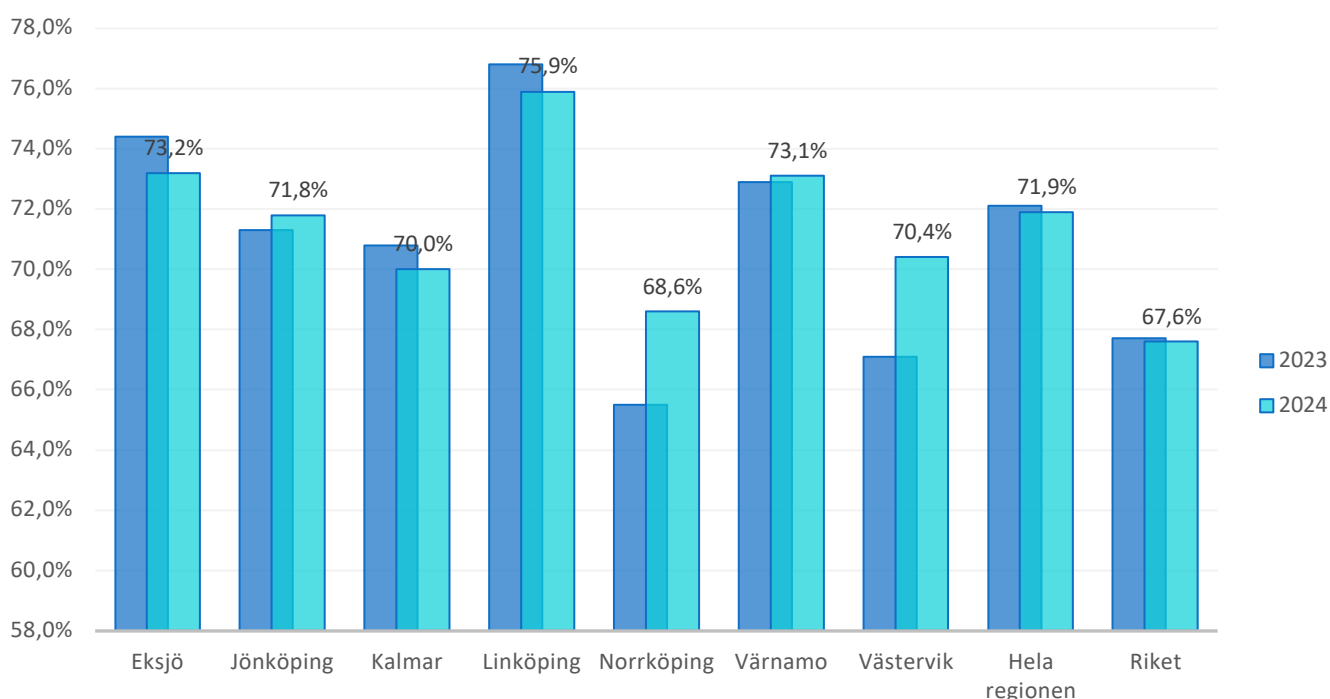
Figur 4. Andel VE eller tångförlossning (Målvärde <6%)



En viktig målsättning för verksamheten är att kunna erbjuda en icke-instrumentell förlossning (förlossning utan kejsarsnitt eller sugklocka/tång). De senaste åren har andelen icke-instrumentell förlossning minskat gradvis, en bidragande orsak är sannolikt den år för år stigande andelen inducerade förlossningar. Ingen av klinikerna i sydöstra sjukvårdsregionen når målvärdet på >81,3% icke instrumentella förlossningar men andelen för 2024 som ligger strax under 80% är oförändrat sedan 2023. Även riket har oförändrad andel icke-instrumentell förlossning sedan föregående år vilket kan indikera en stabilisering på en ny lägre nivå. Andelen förlossning med sugklocka eller tång i sydöstra sjukvårdsregionen är strax över rikets, där Eksjö, Norrköping och Värnamo uppnår målvärdet på <6% (figur 4).

Graviditetsregistret har även en parameter som kallas **Förlossning utan större interventioner och komplikationer**. Denna innebär vaginal förlossning utan instrumentell hjälp, blödning <1000 ml, ingen bristning grad III-IV och att barnet inte har Apgar <7 vid 5 minuter (figur 5). Här ligger regionen bättre än riket.

Figur 5. Andel förlossningar utan komplikationer^{*)}



^{*)} I detta diagram räknas de elektiva kejsarsnitt som görs i Norrköping inte in i Linköpings resultat. Detta medför att resultatet för Linköping blir något högre och för Norrköping något lägre.

Kejsarsnitten jämförs också med s.k. **Robsonklassificering** (se faktaruta) där sectiofrekvensen var 6,1% (6,4%) i Robson grupp 1 och 20,8% (19,9%) i Robson grupp 2b, samt 17,6% (22,5%) i Robson grupp 5a. För detaljer se figurena 6-9.

Faktaruta Robsonklassificering

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

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

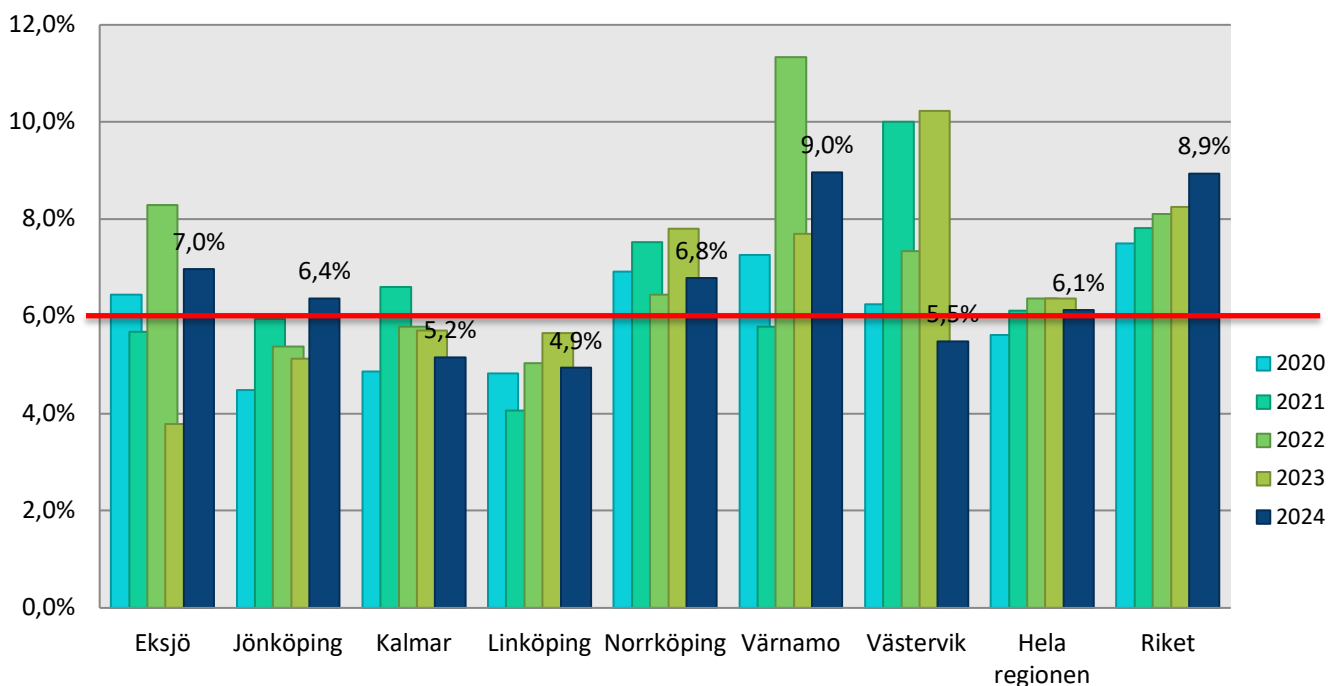
Robsongrupp 5a: Omföderska med tidigare kejsarsnitt, enkelbörd, huvudbudning, fullgången med spontan förlossningsstart.

Avseende total kejsarsnittsfrekvens når samtliga kliniker i sydöstra sjukvårdsregionen målet på <15% för 2024 vilket är glädjande, klinikerna uppvisar dessutom väldigt likartade resultat med låg variation

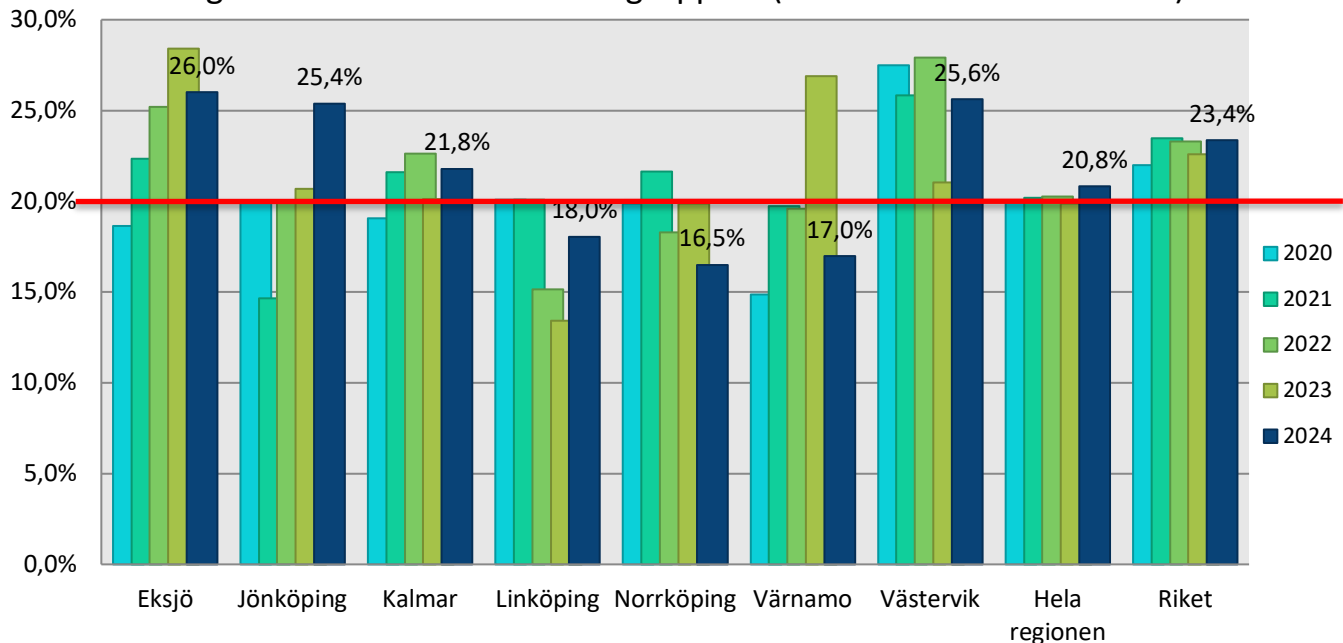
(13,6%-14,9%). För riket ses alltjämt en stigande total andel kejsarsnitt, vilken nästan når 20% för 2024 utan tecken på avplaning vilket är bekymmersamt.

Sydöstra regionen har fortsatt ett bättre resultat gällande kejsarsnittsfrekvens 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. Detta är såväl ett regionalt, som nationellt fokus, men även ett internationellt fokus på denna patientkategori enligt WHO's rekommendationer.

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

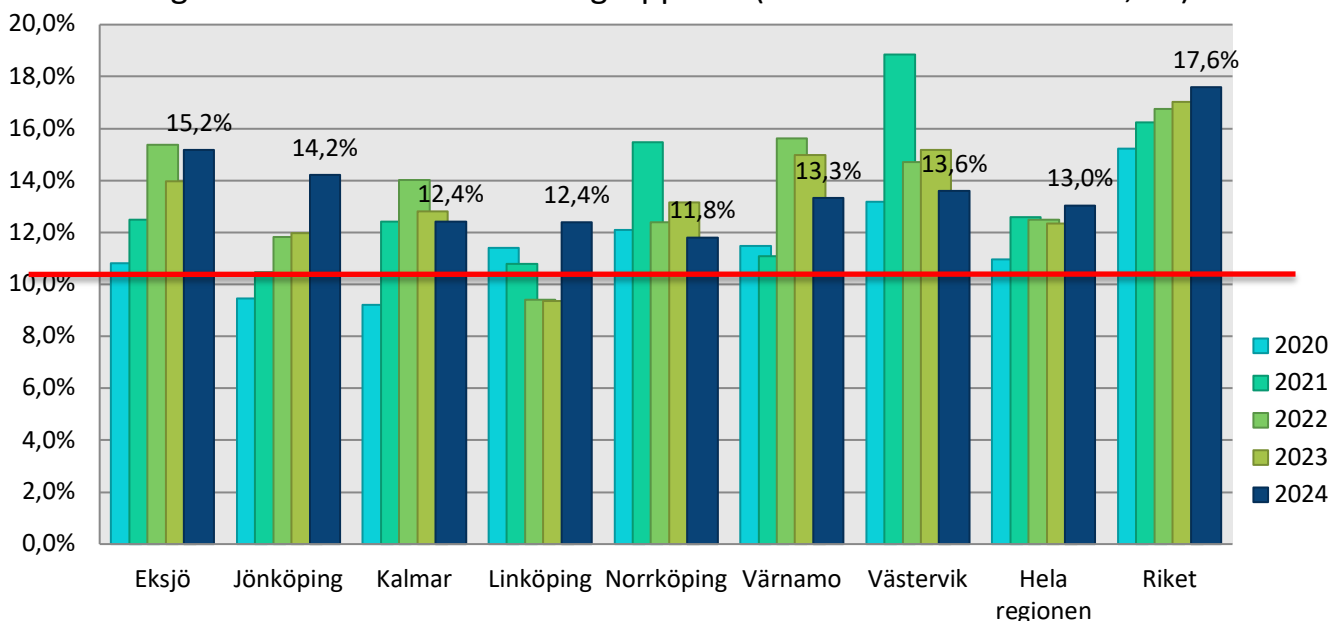


Figur 7. Andel sectio i Robsongrupp 2B (Nationellt målvärde <20%)



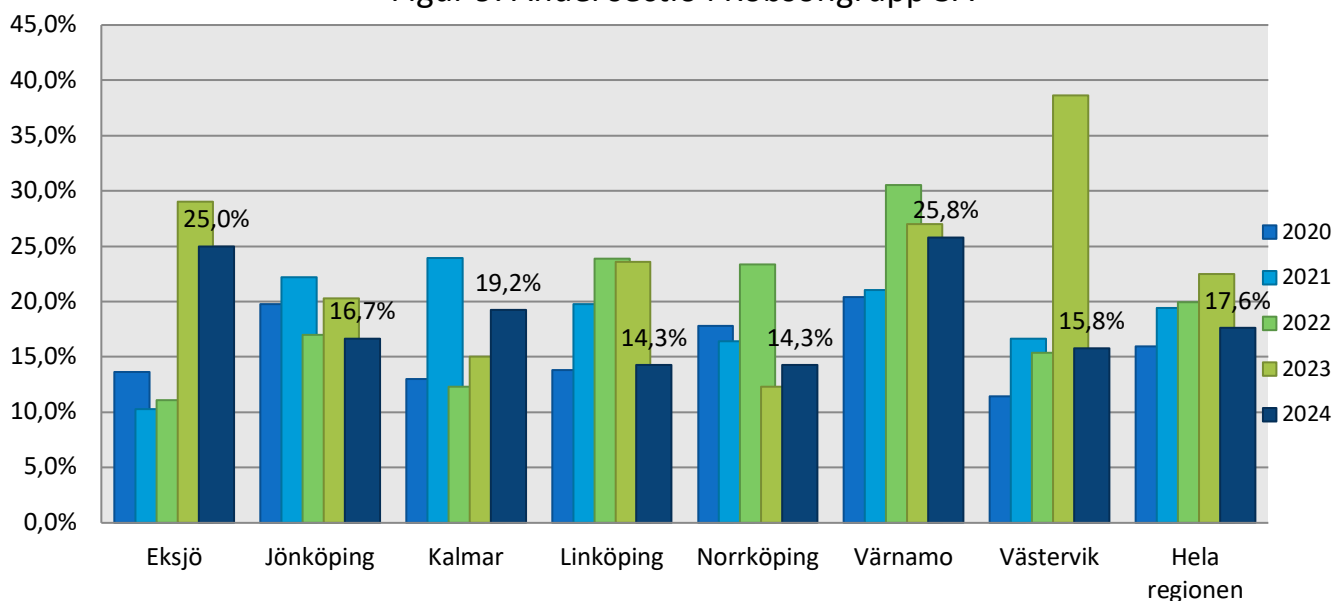
Andelen kejsarsnitt i Robson 2b, induktion (igångsättning) av förlossning hos förstföderska i fullgången tid med huvudbudning, är betydligt högre än vid spontan förlossningsstart. Detta är förväntat, då induktion ofta görs vid komplicerande medicinska sjukdomstillstånd eller riskgraviditeter och kan medföra en ökad risk för instrumentell förlossning. Samtidigt så innebär induktion av förlossning i sig en ökad risk för instrumentell förlossning, även om icke-medicinsk indikation för induktion föreligger. Det motiverar därför fortsatt arbete med denna patientgrupp då induktionerna har ökat med anledning av införandet av nya nationella riktlinjer kring induktion av förlossningen sedan 2020.

Figur 8. Andel sectio i Robsongrupp 1+2 (nationellt målvärde <10,4%)



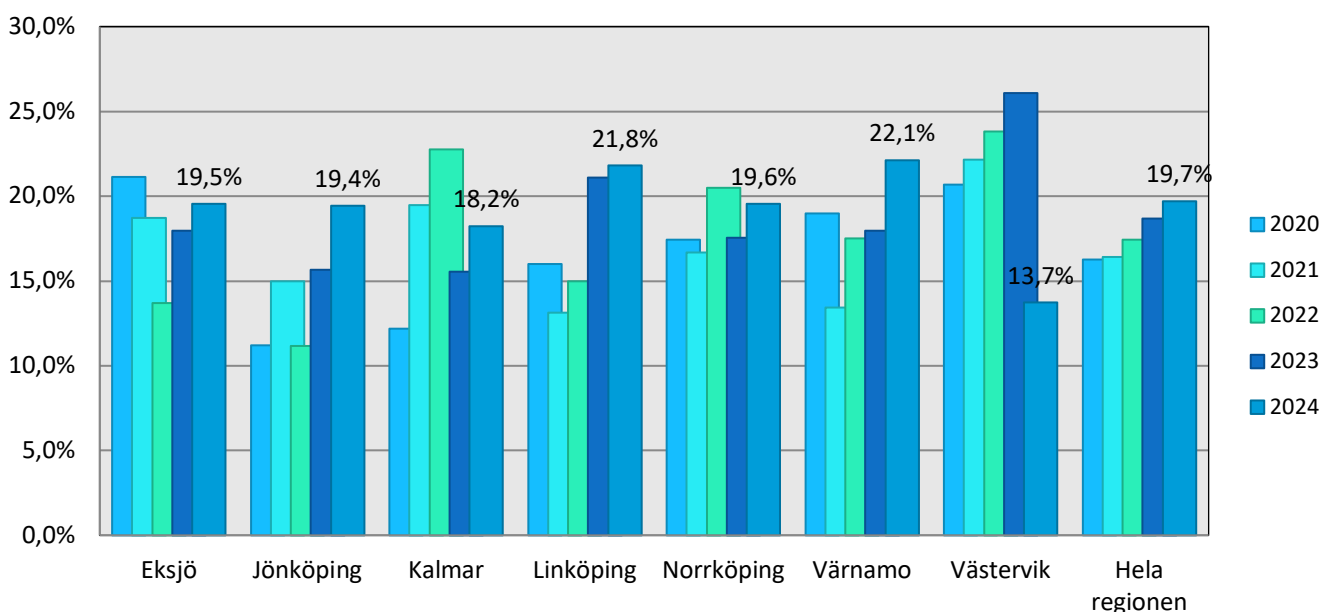
En ökad andel kejsarsnitt i regionen ses även i Robson 5A, det vill säga omfödelskor med spontan förlossningsstart som tidigare genomgått kejsarsnitt. Trots att förlossningen startar spontant är risken för kejsarsnitt omkring 20% jämfört med ungefär 1% om kvinnan tidigare genomgått en vaginal förlossning (figur 9). Detta är således ytterligare ett tydligt motiv till att arbeta med att hålla nere kejsarsnittsfrekvensen i Robson 1+2 gruppen. Samtidigt som arbetet med att försöka ha en hög andel vaginala förlossningar i Robson 1+2 så behöver även fokus läggas på gruppen med tidigare kejsarsnitt för att optimera möjligheten till icke-instrumentell förlossning även i denna grupp.

Figur 9. Andel sectio i Robsongrupp 5A

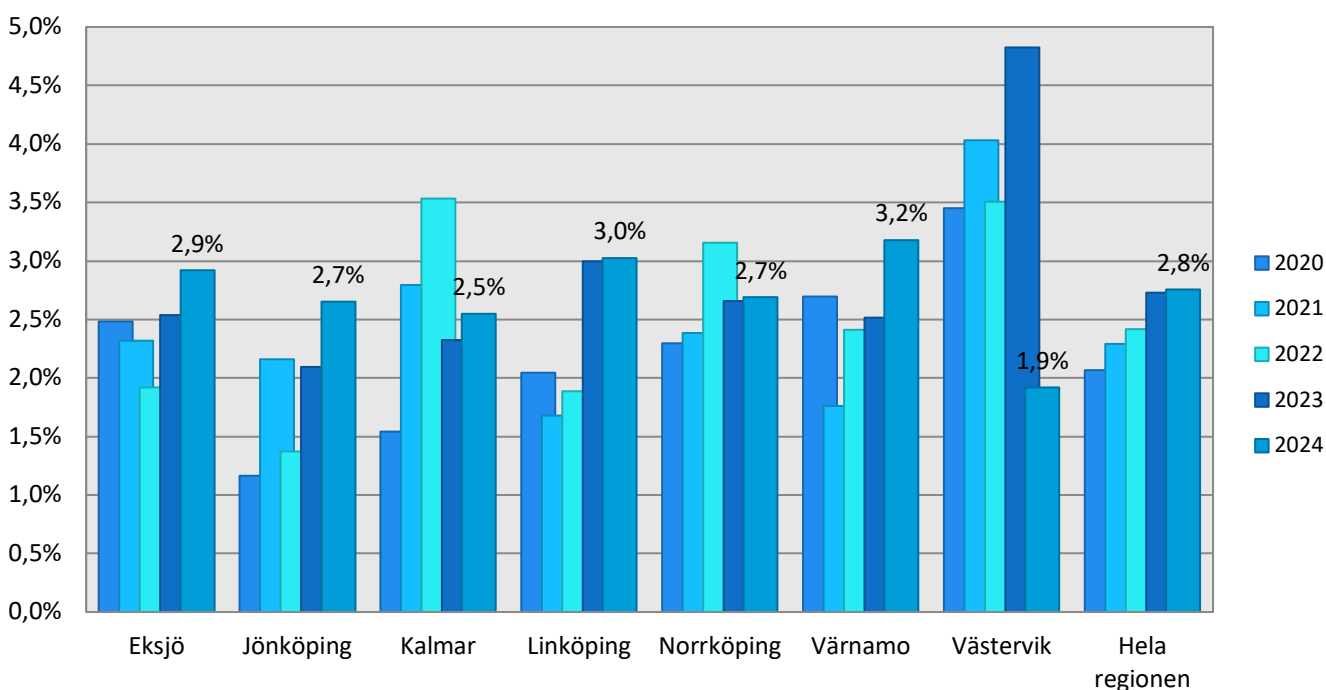


Andelen av kejsarsnitt på **psykosocial indikation**, dvs. utan strikt medicinska skäl, visar en betydande variation. Nära 1/5 av alla kejsarsnitt utförs med hänvisning till psykologiska orsaker (figur 8). Aurora/ Amandaverksamheterna, som arbetar med att handlägga kvinnor med förlossningsrädsla, ser väldigt olika ut på de olika klinikerna. I bland annat Linköping och Västervik har man haft organisatoriska problem i Auroraverksamheterna vilket tydligt avspeglats i en stigande kejsarsnittsfrekvens i denna grupp. Detta tydliggör vikten av en väl fungerande verksamhet och strukturerat arbete för att möta denna patientgrupp. I Västervik genomfördes under 2023-24 ett arbete för att strukturera upp Auroraverksamheten och man kan då också se en tydlig minskning i kejsarsnittsfrekvensen. I Sydöstra sjukvårdsregionen har ett nätverk startats med representanter från de olika klinikerna för att utbyta erfarenheter och kunskap kring förlossningsrädsla, vilket förhoppningsvis kan bidra till förbättring i handläggandet av dessa kvinnor (figur 10-11).

Figur 10. Andel sectio på psykosocial indikation



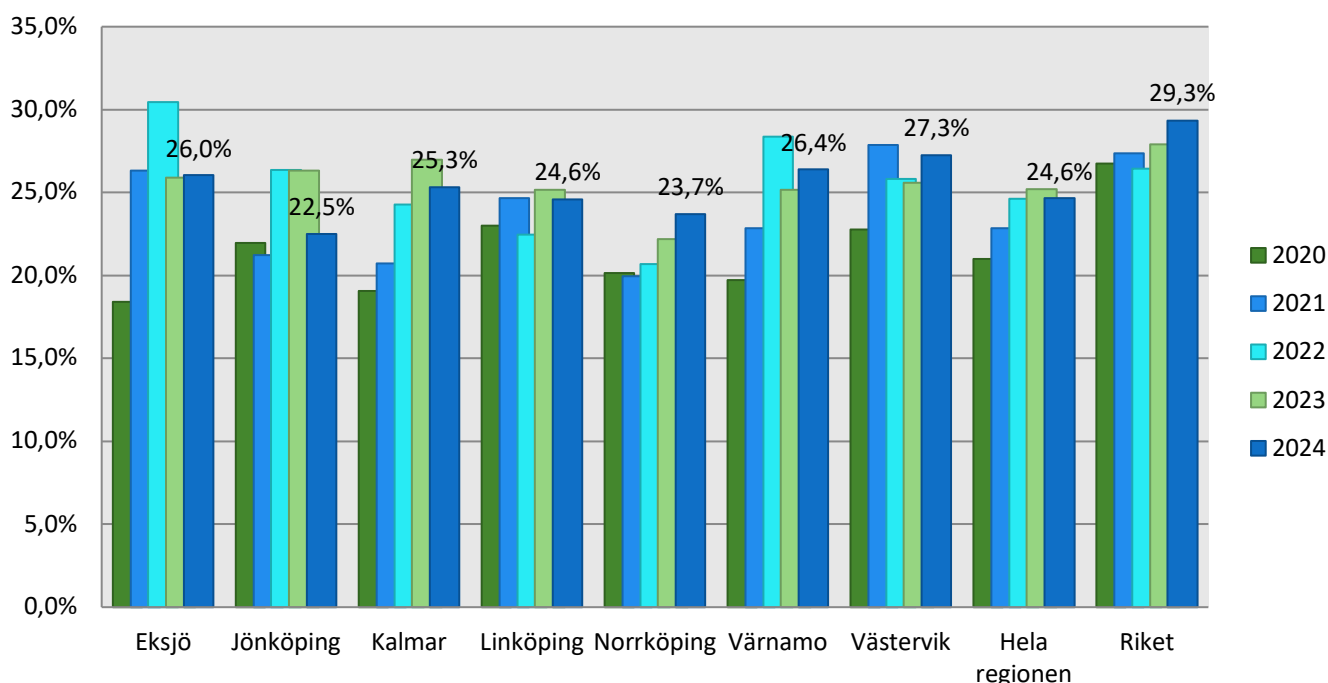
Figur 11. Andel sectio på psykosocial indikation av alla förlossningar



Andelen **induktioner** (igångsättningar) ligger fortsatt högt i hela landet och var i vår region 24,6% under 2024 (25,2%) (figur 12). Vi noterar att induktionsfrekvensen stabiliserats. Den ökande induktionsfrekvensen har många förklaringar, men är sannolikt kopplat till ett ökat panorama av olika sjukdomar hos mödrarna samt nationella rekommendationer om induktion vid bland annat preeklampsi. En stor del av ökningen vet vi också beror på nya rekommendationer gällande sedan 2020 om att graviditeten inte ska gå längre än 42 veckor för att minska risken för intrauterin fosterdöd. Samtliga kliniker i sydöstra sjukvårdsregionen hanterar prolongerad graviditet (graviditetsvecka >41+0) efter en gemensam vådrutin.

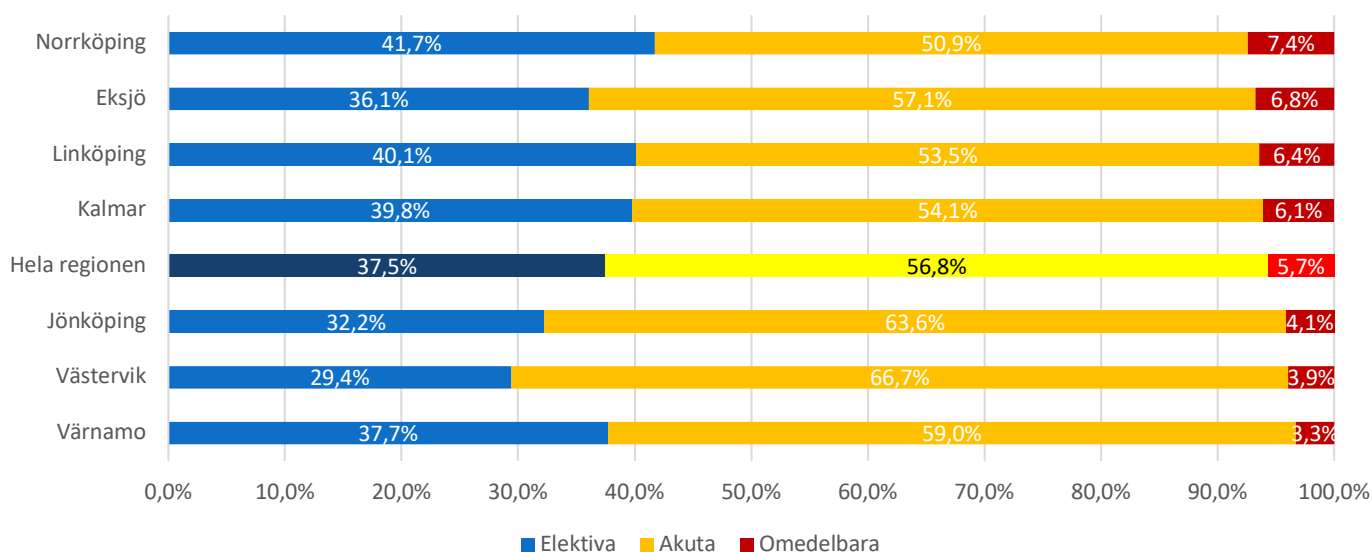
Man bör fortsätta att analysera induktionerna och hålla dem på en rimlig nivå och avväga den risk för ökad andel komplikationer som uppkommer mot riskerna med att låta graviditeten fortgå. Att 1/4 av alla graviditeter induceras är resurskrävande och har förändrat förlossningsvården. Andelen induktioner ökar relativt sett mer i gruppen förstföderskor, vilket ytterligare motiverar att man följer hur induktion påverkar förlossningsutfall och förlossningsupplevelse.

Figur 12. Andel induktioner (gäller alla indikationer)



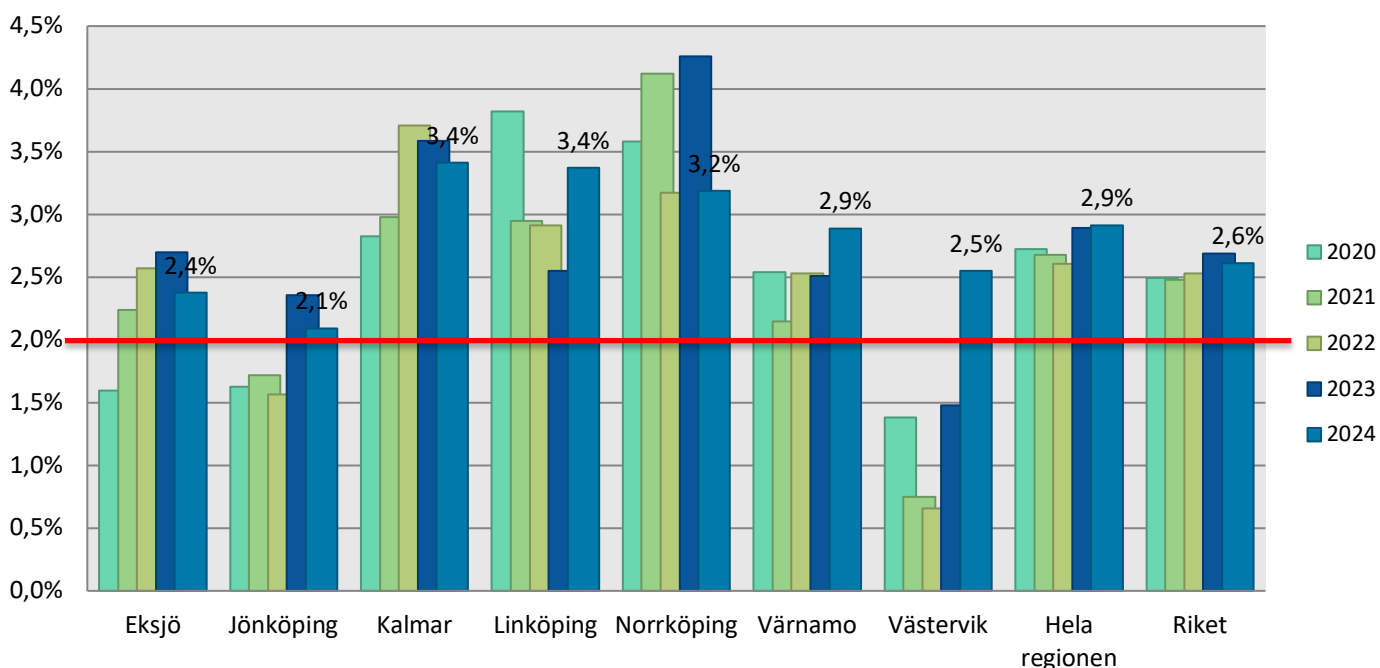
Omedelbart (urakut) kejsarsnitt ska utföras på strikt indikation, det vill säga vitalindikation för kvinnan eller barnet eftersom ingreppet är förenat med en ökad risk för komplikationer hos kvinnan. Andelen omedelbara kejsarsnitt utgör 5,7% (5,2%) av det totala antalet kejsarsnitt, men skiljer sig något i regionen (figur 13). 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 utan negativt utfall för den födande eller barnet.

Figur 13. Andel i respektive sectiokategori

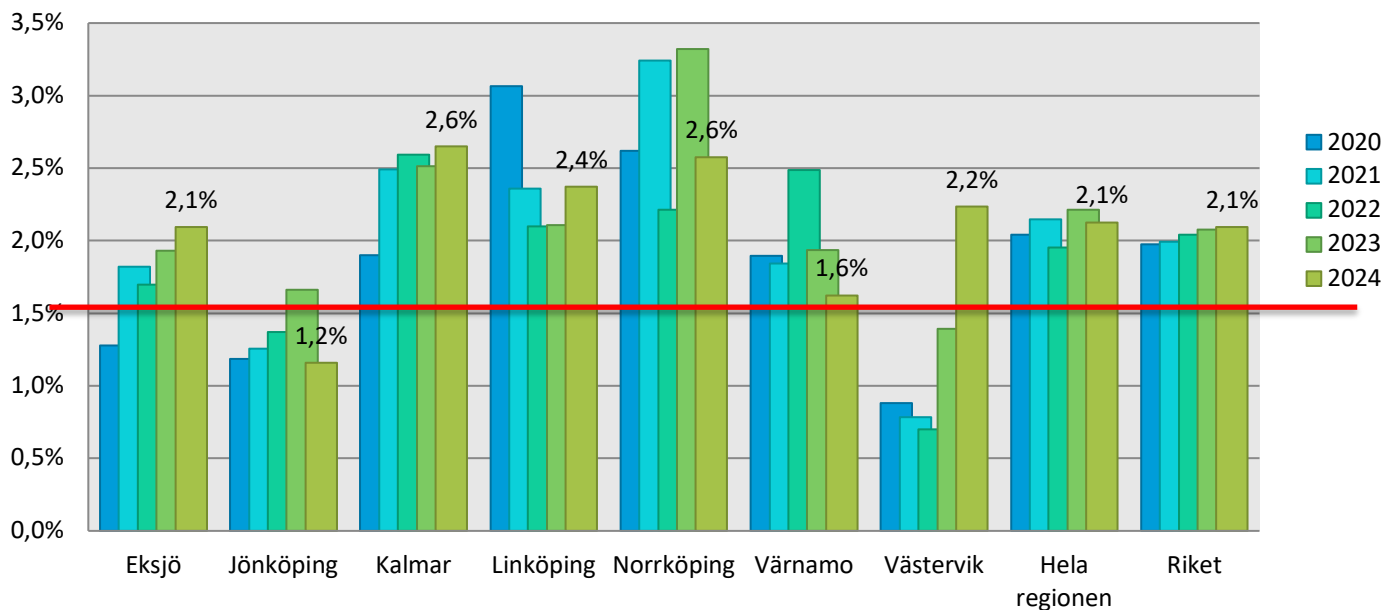


Andelen kvinnor som drabbades av en **grad III-IV-bristning** (partiell eller total bristning av analsfinktern (slutmuskeln) och/eller en bristning av slemhinnan i ändtarmen) var 2,9% (2,9%) av alla vaginalförlösta (figur 14). För dem med icke-instrumentell förlossning var siffran 2,1% (2,2%) (figur 15). Vid instrumentell förlossning var motsvarande resultat 12,9% (11,0%). Risken för bristning grad III-IV ökar kraftigt vid instrumentell förlossning jämfört med spontan vaginal förlossning. 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 smärtproblem, svårigheter att hålla gaser och avföringsinkontinens. Utbildningsinsatser görs fortlöpande på respektive klinik för att minska andelen stora bristningar. På samtliga kliniker finns också tvärprofessionella grupper som arbetar med hela processen från att förebygga till att suturera bristningen på bästa sätt. Grad II-bristningar har uppmärksamats under senare år då de kan variera i komplexitet och i vissa fall också ge upphov till sena besvär. Allt fler kliniker registrerar även dessa i det nationella bristningsregistret, där även grad III-IV-bristningar registrerats under flera år.

Figur 14. Andelen bristningar grad III-IV (målvärde <2%)

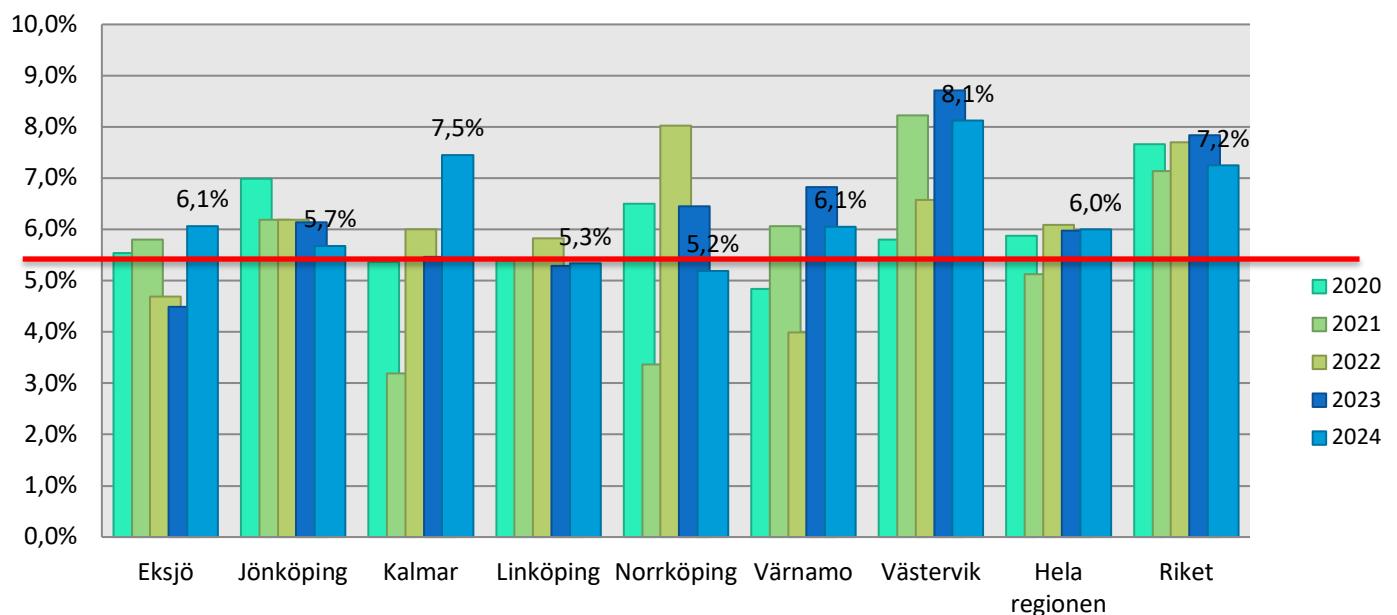


Figur 15. Andel bristning grad III-IV vid icke instrumentell förlossning
(nationellt målvärde <1,5%)

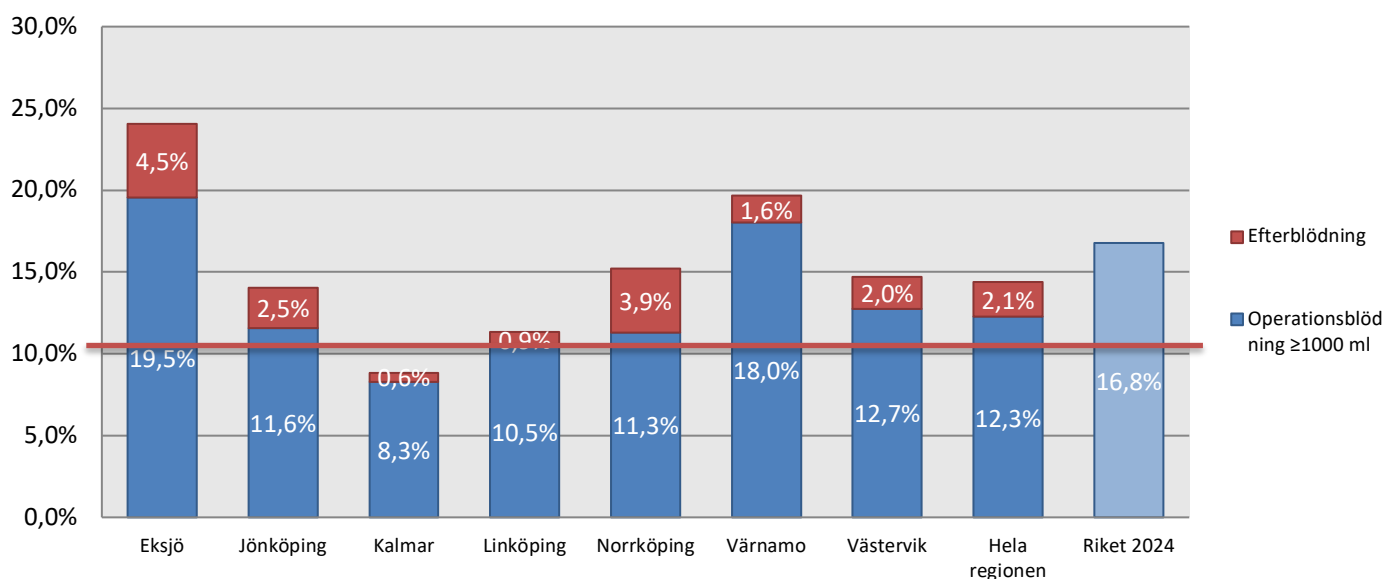


Stora blödningar i samband med förlossningen kan leda till komplikationer i efterförloppet såsom ökad risk för infektioner hos den födande, men även problem för henne att mobiliseras efter förlossningen och knyta an till sitt barn. Det är därför viktigt att minimera blödningsmängden, vilket t.ex. görs 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. Figuren 16 och 17 speglar blödningsproblematiken vid vaginal födsel respektive kejsarsnitt. Sydöstra sjukvårdsregionen lyckas inte komma under målvärdet på 5,5% för andel blödning ≥ 1000 ml vid vaginal förlossning utan ligger på 6,0% (6,1%), men ändå lägre än riket som ligger på 7,2% (7,8%) (Graviditetsregistret).

Figur 16. Andel med blödning ≥ 1000 ml vid vaginal förlossning (nationellt målvärde <5,5%)



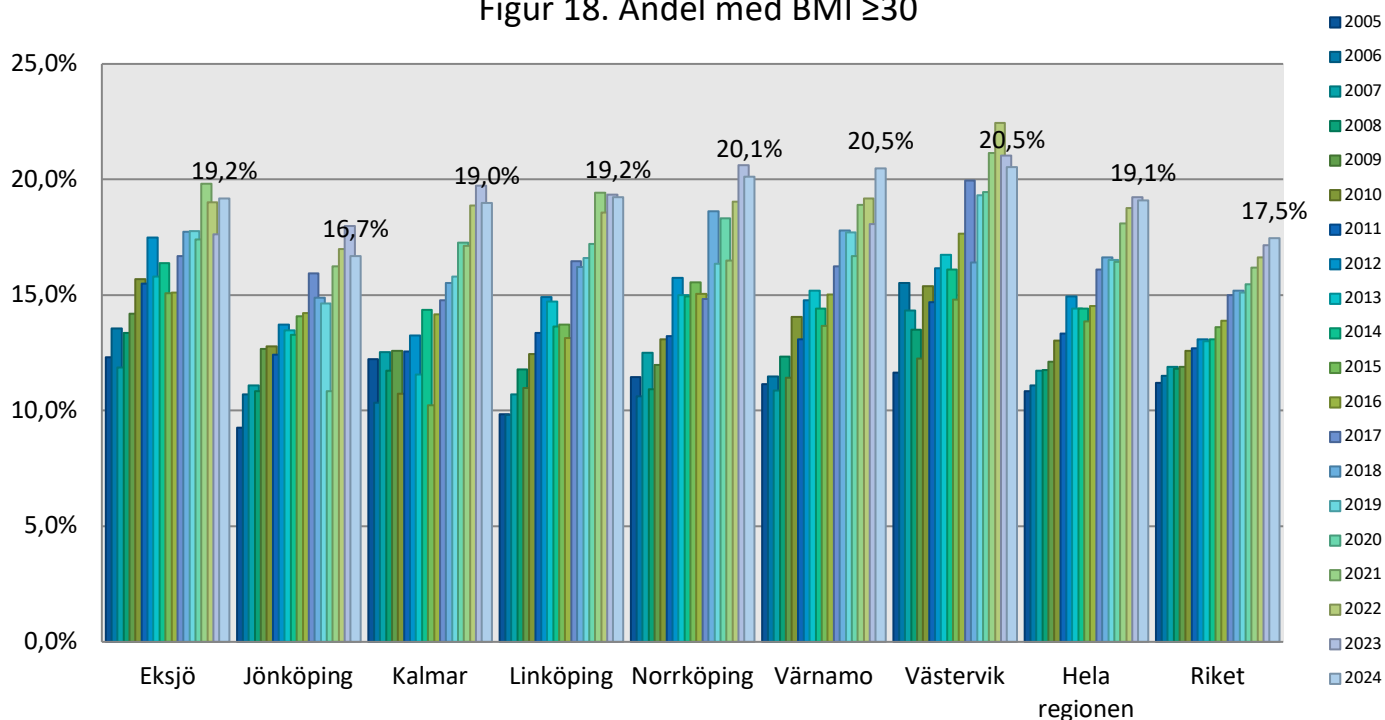
Figur 17. Andel med total blödning ≥ 1000 ml vid sectio (nationellt målvärde $< 10,3\%$)



Sydöstra sjukvårdsregionen når inte målvärdet på 10,3% på total blödning ≥ 1000 ml vid sectio och 2024 var andelen ligger på 14,4% (16,3%), vilket motsvarar rikets värde på 16,8% (16,2%).

Då **obesitas** är en faktor som leder 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 18). Sammanlagt hade 19,1% (19,2%) obesitas med denna definition. Andelen kvinnor med obesitas fortsätter att öka och andel födande med BMI 35 eller mer har fördubblats sedan 2007. 2024 hade 6,5% (6,1%) av våra patienter ett motsvarande BMI. Den höga andelen födande med obesitas ställer ökade krav på förebyggande åtgärder och en anpassning av resurser, rutiner och utrustning.

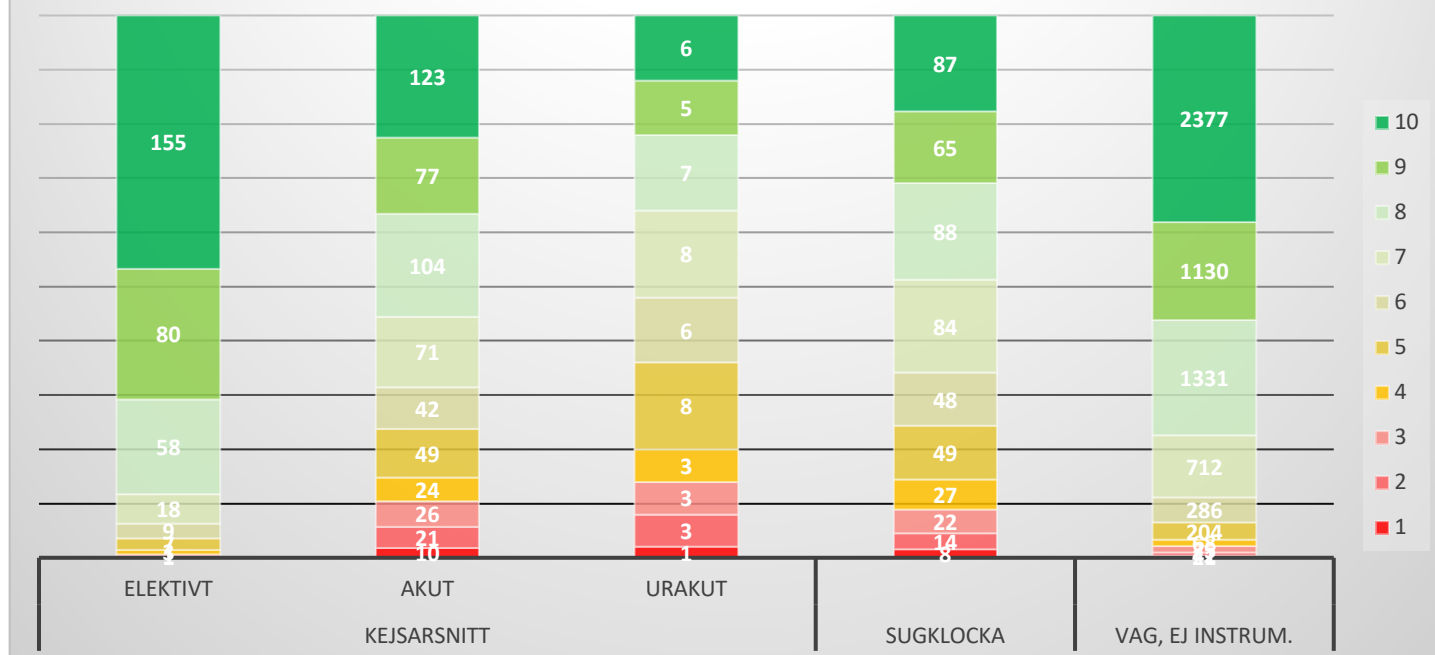
Figur 18. Andel med BMI ≥ 30



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 79,1% (88,1%) angivit ett VAS-värde, där en stor andel saknades från Norrköping beroende på registreringsproblem. Av dessa ansåg 96,8% (96,4%) 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 74,3% (73,8%). I diagrammet nedan kan man också utläsa att de kvinnor som föder vaginalt eller med elektivt kejsarsnitt skattar förlossningsupplevelsen betydligt högre än de som genomgår förlossning med sugklocka eller akut kejsarsnitt (figur 19). Mera detaljerad information om patientupplevelsen i samband med förlossningen kan återfinnas i den nationella graviditetsenkäten, med uppföljande enkäter 8 veckor samt 1 år post partum.

Figur 19. VAS-bedömning av förlossningen i grupper av olika förlossningsätt
(VAS 10 är bästa möjliga upplevelse)



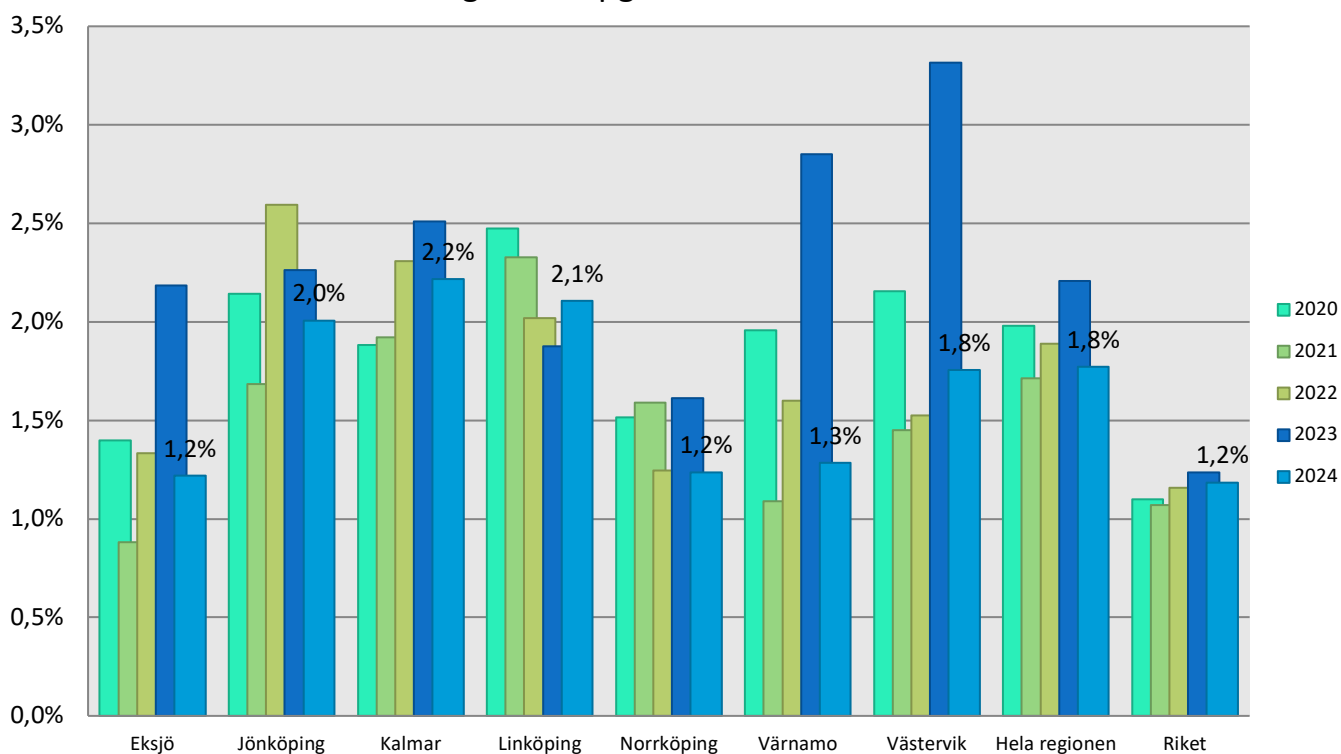
Barnen

Sammanlagt föddes 9 816 (10 108) barn vid regionens förlossningsavdelningar.

När det gäller **graviditetslängden** var 0,56% (0,45%) födda **före vecka 28** och sammanlagt var det 6,1% (6,2%) **prematurfödda** barn, dvs. före vecka 37. De barn som föds efter vecka 41+6 räknas som **överburna** och de utgjorde 0,9% (0,8%). Andelen barn som föds i vecka 42+0 eller senare förväntas fortsatt ligga på en mycket låg nivå med anledning av nya rutiner kring induktion som införts i regionen 2021/2022.

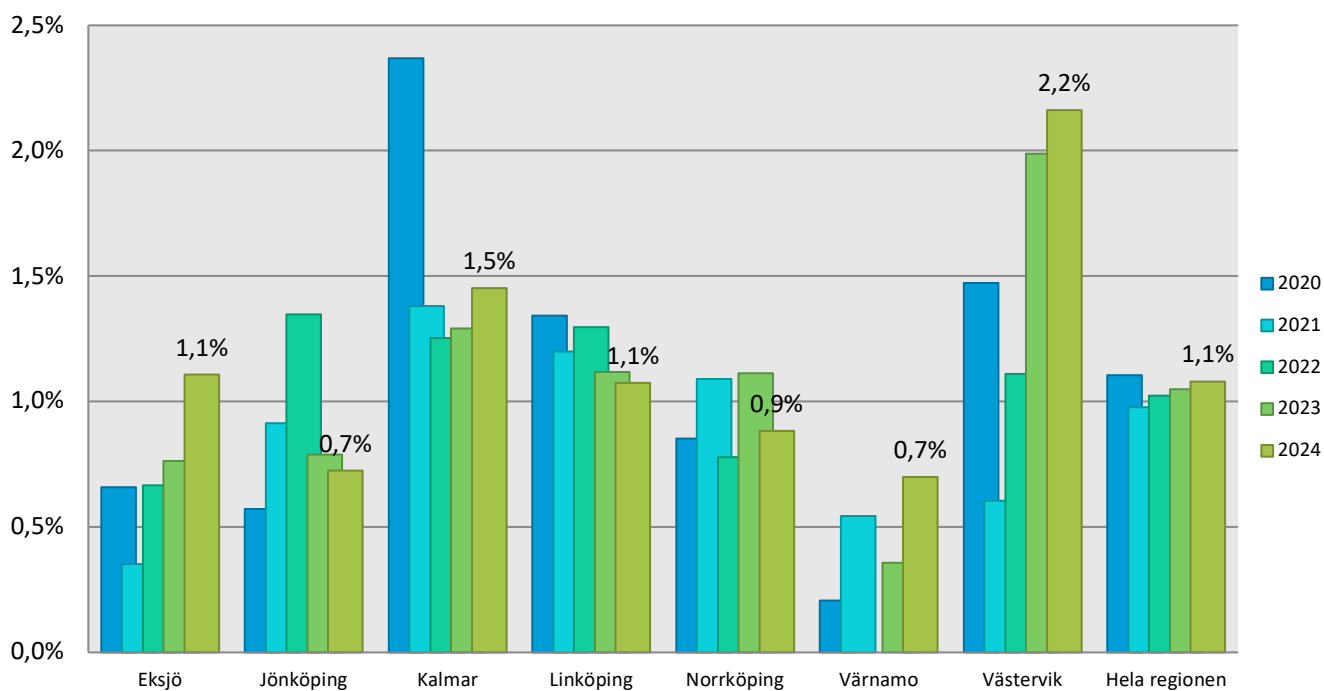
För att bedöma hur barnen mår efter förlossningen används s.k. **Apgar-score**, vilket är en uppskattning av barnets allmänna tillstånd. Apgar-score <7 vid 5 minuters ålder anses innebära en viss risk att barnet kan drabbas av utvecklingsproblem senare i livet. I vårt material hade 1,8% (2,2%) denna poäng, medan endast 0,27% (0,33%) hade Apgar <4 vid 5 minuter (vid fullgångna graviditeter). Vi har tidigare sett en stigande trend i andelen barn med Apgar under såväl 4 som 7 vid 5 minuter, men det förefaller ha planat ut (figur 20). 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 20. Apgar < 7 vid 5 minuter



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 . Man ser här inte samma stigande trend över åren som för Apgar < 4 resp < 7 utan i regionen har andelen barn med pH $\leq 7,05$ och BE < -12 legat relativt oförändrad (figur 21).

Figur 21. Arteriellt navelsträngs-pH $\leq 7,05$ och BE < -12



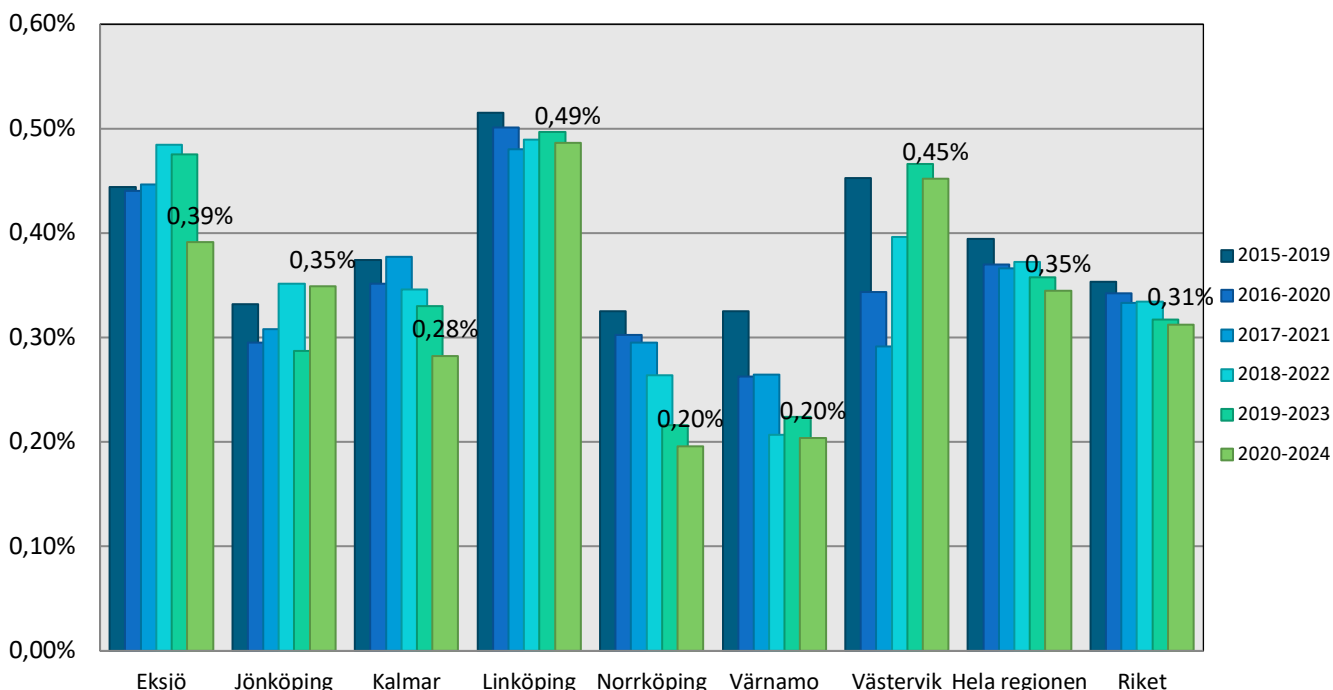
För att denna parameter skall vara tillförlitlig krävs naturligtvis att provet tas på så många barn som möjligt. Detta skiljer sig fortfarande mellan klinikerna men andelen korrekta prov i hela regionen är 64,7% (65,9%). Det pågår fortfarande en debatt om man rutinmässigt ska ta dessa prover. Vi anser absolut att det är av värde att få ett objektiva mått 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 gäller foster som 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 2,3 per tusen födda (3,8) medan riksgenomsnittet låg på 3,1 per tusen födda.

2024 var det 23 fall av IUFD bland 22 kvinnor (2023 var det 38 fall (38 kvinnor)) i Sydöstra sjukvårdsregionen. Se detaljer i tabell 1.

År 2020 kom nya nationella rekommendationer kring handläggning av prolongerad graviditet, dvs graviditeter som överstiger v 41+0, med syftet att minska risken för IUFD i denna grupp. Rekommendationerna innebär en mer aktiv handläggning med induktion och/eller kontroller av graviditeter som passerar 41 veckor, men har tolkats och implementerats på olika sätt i landet. Sydöstra sjukvårdsregionen har utformat en gemensam riktlinje som innebär induktion av riskgrupper och ökade kontroller för övriga i v 41+. Nyligen har en stor registerstudie publicerats ([Maternal and perinatal outcomes after implementation of a more active management in late- and postterm pregnancies in Sweden: A population-based cohort study | PLOS Medicine](#)) som visar att andelen med IUFD eller perinatal dödlighet och sjuklighet i v 41+-gruppen i Sverige har minskat sedan införandet. Dessa resultat stämmer överens med Sydöstra sjukvårdsregionens data, där vi sedan införandet av den nya riktlinjen ser en minskning av IUFD (figur 22).

Figur 22. Intrauterin fosterdöd



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 2022-2024

	2022		2023		2024	
	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel
Antal barn	46		38		23	
Antal mödrar	43		38		22	
Flerbörd	3	6,5%	0	0,0%	2	8,7%
Graviditetsvecka <28+0	13	28,3%	8	21,1%	12	52,2%
Graviditetsvecka 28+0-36+6	17	37,0%	11	28,9%	3	13,0%
Graviditetsvecka 37+0-40+6	16	34,8%	19	50,0%	7	30,4%
Graviditetsvecka ≥41	0	0,0%	0	0,0%	1	4,3%
BMI ≥ 30	9	20,9%	10	26,3%	9	40,9%
BMI ≥ 35	2	4,7%	2	5,3%	1	4,5%

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 förändras relativt lite över tid, men kan påverkas t.ex. av andelen riskgraviditeter.

Tabell 2. Medelvärde 2020-2024 (Andel i %)

	Eksjö	Jönköping	Kalmar	Linköping	Norrköping	Värnamo	Västervik	Hela regionen	Riket
Apgar <4 vid 5 minuter (fullgångna)	0,12	0,42	0,19	0,29	0,26	0,28	0,33	0,28	0,23
Arteriellt navelsträngs-pH ≤7,05 och BE <-12	0,71	0,87	1,55	1,21	0,94	0,36	1,47	1,05	ingen uppgift
Intrauterin fosterdöd	0,39	0,35	0,28	0,49	0,20	0,20	0,45	0,35	0,31

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 och bidrar fortsatt 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. Vid övergången till ett annat journalsystem är ett absolut krav att data kan överföras till MFR (Medicinska Födelseregistret) och Graviditetsregistret. En regional grupp har skapats för utveckling och anpassning av en ny datajournal, men övergripande projektledare har ännu inte tillsatts. Arbetet kommer påbörjas under 2025 och förhoppningsvis börja implementeras under senare delen av 2026.

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 ett bra exempel på hur man genom kontinuerlig uppföljning kan förändra vårdrutiner till nytta för patienterna med fokus på hög patientsäkerhet. 2024 nådde regionen inte målvärdet för icke instrumentella förlossningar. Andelen med hög eller acceptabel patientnöjdhet ligger högt och stabilt även under 2024, vilket är tillfredsställande. Vi har i år lagt till måttet "andel förlossning utan större interventioner eller komplikationer" hämtat ur graviditetsregistret för att ytterligare belysa andelen "normalförlossningar" på våra enheter.

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. I regionen arbetar vi utifrån nationella riktlinjer med riskbedömning och kontroller i graviditetsvecka 41+ , vilket bidrar till en prioritering av induktionsbehov och erbjudande om induktion alternativt avvakta spontan förlossningsstart till graviditetsvecka 41+5. Under 2024 var induktionsfrekvensen i sydöstra sjukvårdsregionen 24,6% (riket 29,3%) men det är ganska stora variationer mellan regionens sjukhus; 22,5% - 27,3%. Utvärdering av ökande induktionsfrekvens och dess påverkan på förlossningsutfallet kommer att göras fortlöpande.

Läkemedelssektionen i Region Kalmar har gjort förfrågan om att överge Angusta till förmån för uppslamad Cytotec "off label" av kostnadsskäl. RAG-gruppen förordar starkt att vi fortsätter med Angusta då patienten själv kan administrera läkemedlet, det föreligger mindre förväxlingsrisk och det är mindre personalintensivt. I en framtid med induktioner i hemmet har Angusta sin självklara plats.

Flertalet av förlossningskliniker i sydöstra sjukvårdsregionen har under 2024 fortsatt delta i en nationell studie, "OPTION"-studien, som syftar till att studera heminduktion vid lågriskgraviditeter. Dessa graviditeter kommer 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 det ger en ökad valfrihet för den födande och den ökande andelen induktioner kräver ökade resurser.

Våra fokusområden under 2025 kommer vara patientdelaktighet och hur "kloka kliniska val" kan implementeras i förlossningsvården. Vi kommer även fortsätta ha fokus på förlossningsbristningar, främst där kvinnan drabbas av en partiell eller total bristning av analsfinktern (slutmuskeln). Vi jobbar för att bristningar ska diagnosticeras och sutureras av 2 personer i enlighet med nationella rekommendationer från Socialstyrelsen. Vi arbetar också för att i ökad utsträckning erbjuda noll-separation, dvs att mor och barn inte skiljs åt efter förlossningen även efter kejsarsnitt. Detta kräver ökad samverkan mellan vår verksamhet, barn- och anestesiklinikerna.

Regionens samtliga förlossningskliniker deltar eller kommer att delta i den nationella studien PICRINO (Labour Care Guide), vilken startade under 2024. Studien baseras på rekommendationer från WHO och kommer att utvärdera evidensen för när den aktiva fasen av förlossningen startar, hur en normal förlossning går framåt och om stöd under förlossningen förbättrar svensk förlossningsvård vad gäller neonatal 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 enbart förlossningstal är ett trubbigt sätt att beskriva resursbehov. Vår rapport 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 absolut motiverar bibehållen eller t.o.m. ökad resurstilldelning i en akutverksamhet med plötsliga toppar i belastningen.

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

Flera kliniker har granskats av LÖF i "Säker förlossningsprojektet" där fokus är att identifiera förbättringsmöjligheter genom kollegial granskning. Granskningen innebär en omfattande genomgång av rutiner i samverkan med andra enheter, vilket lett till positiv återkoppling och konstruktiva förbättringsförslag.

Även tillsynsmyndigheten IVO har gjort en riksomfattande granskning av förlossningsklinikerna under 2023-2024, vilket medförde mycket omfattande extraarbete för respektive klinik. Granskningen gjordes via enkäter och enstaka intervjuer (medarbetare, patienter och ledning) och ledde till onyanserad kritik av samtliga granskade kliniker utan förståelse för vår verksamhets vardagsutmaningar och utan koppling till medicinska resultat. Det har även lett till en negativ massmedial bild av förlossningsvården som vi inte anser överensstämmer med våra resultat.

Bilagor

Bilaga 1: Förlossningsdata för hela regionen 2024.

Förlossningar	9692	Av vaginal-förlossning	Av samtliga	Av sectio	Målvärde
Vaginalförlossningar	8338		86,0%		
Inte instrumentellt	7717	92,6%	79,6%		>80%
Sectio totalt	1354		14,0%		<15%
Elektivt sectio	508		5,2%	37,5%	
Akut sectio	769		7,9%	56,8%	
Urakut sectio	77		0,8%	5,7%	
Sectio på psykosocial indikation	267		2,8%	19,7%	
Sectio Robson 1		Anger sectionfrekvens i respektive grupp	6,1%		<5%
Sectio Robson 2 B			20,8%		<20%
Sectio Robson 5 A			17,6%		<20%
VE/Tång	621	7,4%	6,4%		<6%
Episiotomi	307	3,7%			<5%
Bristning grad III-IV	243	2,9%			<2%
Induktion	2389		24,6%		<9%
Syntocinondropp	3149	37,8%			
Total blödning >1000 ml vaginalförlossning	500	6,0%			<4%
Blödning >1000 ml vid sectio	166			12,3%	<8%
Antal placentalösningar	242	2,9%	2,5%		
Antal flerbörd	124		1,3%		
Antal BMI ≥ 30	1851		19,1%		
Antal BMI ≥ 35	631		6,5%		

Barn	9816	Av antalet barn	Målvärde
Medelvikt	3486	gram	
Födelsevikt ≥ 4500 g	262	2,67%	
Prematur <37+0	599	6,10%	
Överburen >41+6	86	0,88%	
Apgar <4 vid 5 minuter	38	0,39%	0%
Apgar <7 vid 5 minuter	174	1,77%	
Arteriellt navelartär-pH ≤ 7,05 och BE < -12	106	1,08%	
Antal med korrekt prov	6355	64,7%	>90%
Intrauterin fosterdöd	23	0,23%	

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.

