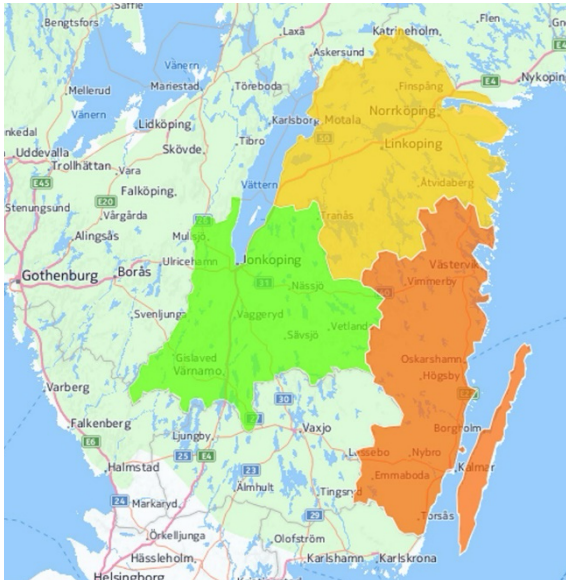


# Förlossningsrapport 2025

## RPO Kvinnosjukdomar och förlossning

---



---

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

---



## Resultat

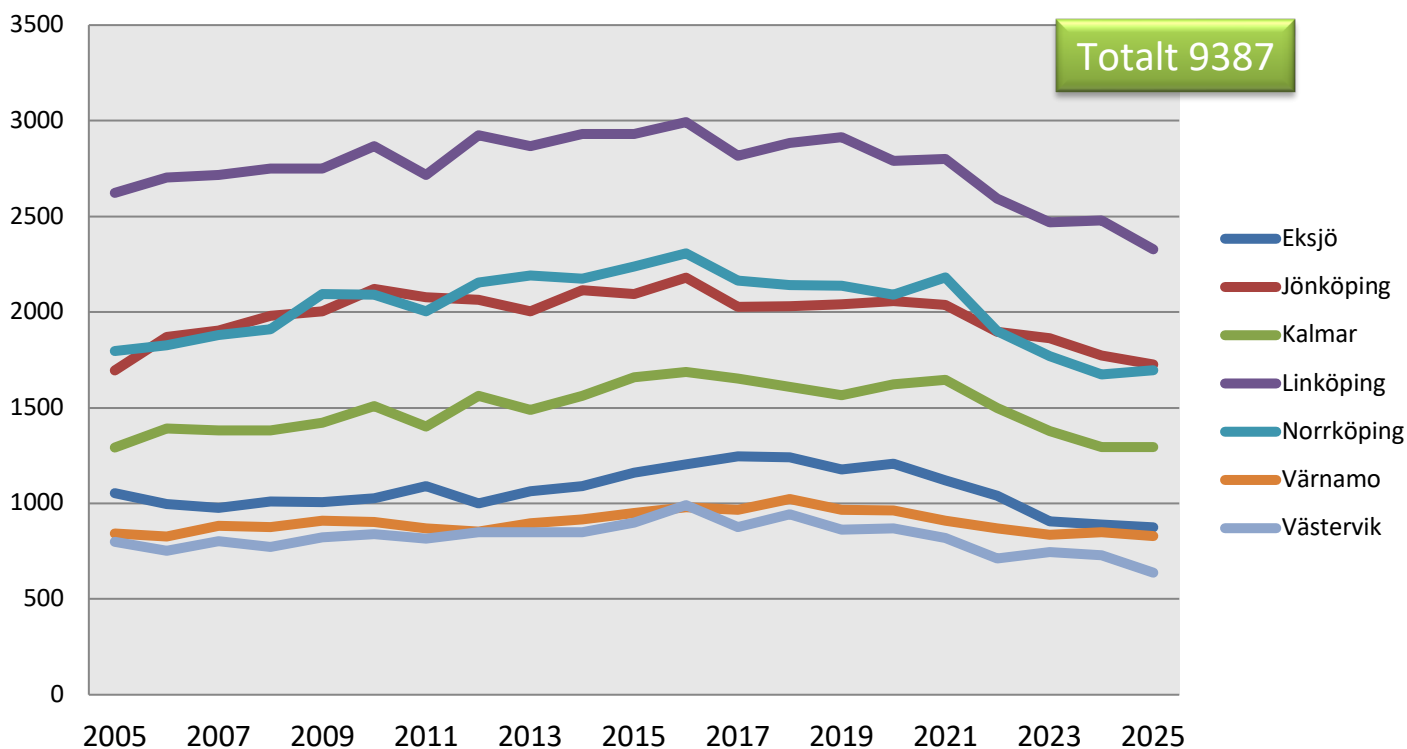
### Förlossningar

Utvecklingen går snabbt framåt inom förlossningsvården. Fokus på patientdelaktighet och informerat samtycke är en självklarhet och något som vi i Sydöstra sjukvårdsregionen vill prioritera på våra samtliga förlossningsenheter. Vi ser ett sjunkande förlossningstal i vår region, liksom i hela riket, vilket hos vissa beslutsfattare har väckt frågan om ett minskat resursbehov i förlossningsvården. Vi menar att enbart antal förlossningar är ett trubbigt sätt att beskriva resursbehov. Vår rapport beskriver en utveckling med ökad andel induktioner, ökad andel komplicerade förlossningar och minskande andel förlossningar utan interventioner. Samtidigt pågår ett stort arbete med 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.

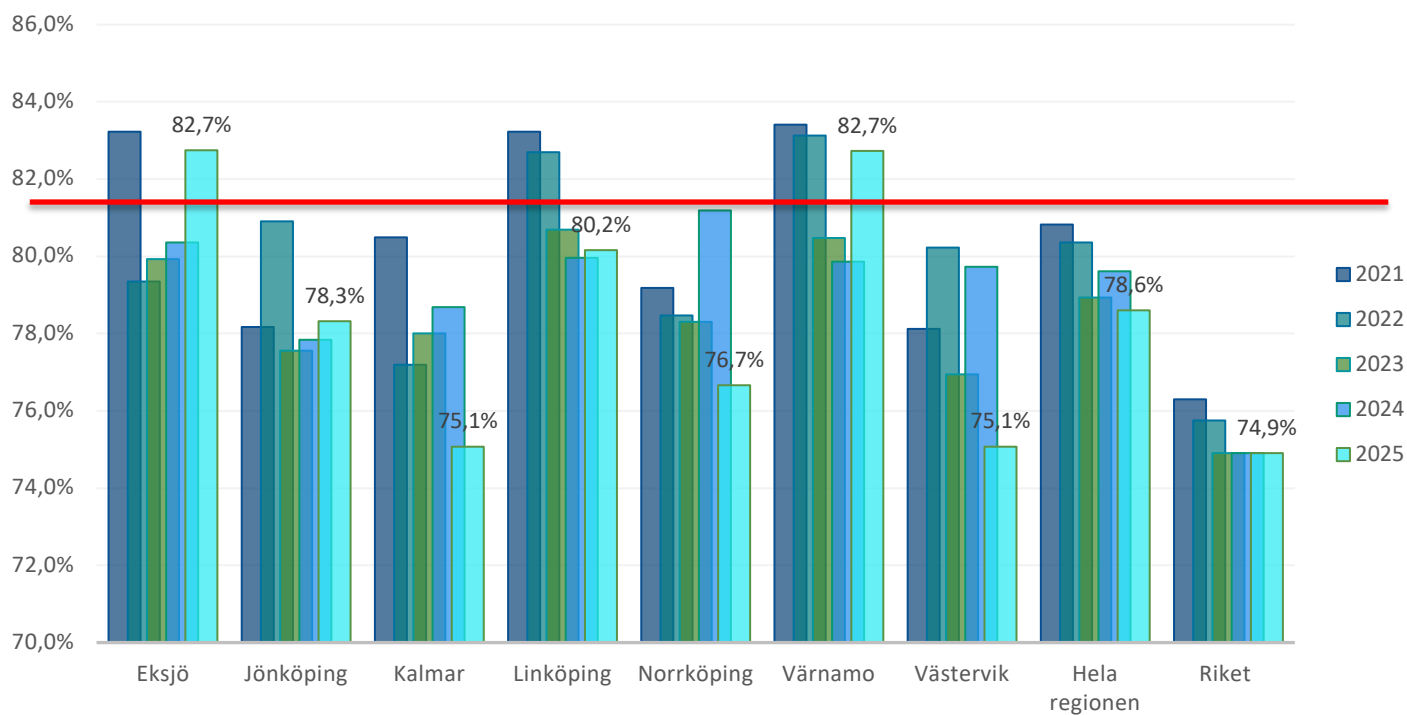
Arbetet med kompetensförsörjning på förlossningsavdelningarna är fortsatt viktigt. Det är en viktig strategi att ta tillvara och utnyttja den befintliga kompetensen bland barnmorskor, läkare och undersköterskor. Samtidigt ska nya medarbetare introduceras i arbetssättet på ett bra sätt och få en gedigen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

Totalt registrerades 9 387 (9 692) **förlossningar** (figur 1) varav 6,8 % (6,4%) var **sugklocka** eller **tång** och 14,6% (14,0%) var **kejsarsnitt**. Av samtliga förlossningar var 78,6% (79,6%) icke instrumentella, vilket är en högre andel än riket i helhet. Vi nådde inte heller 2025 upp till det nationella målvärdet för icke instrumentella förlossningar, vilket är satt till >81,3% (figur 2–3). Av kejsarsnitten var 38,2% (37,5%) planerade, 56,1% (56,8%) akuta och 5,7% (5,7%) var omedelbara. Andelen kejsarsnitt på s.k. psykosocial indikation (d.v.s. utan medicinsk indikation) var 18,3% (19,7%). Den totala kejsarsnittsfrekvensen i Sydöstra Sjukvårdsregionen har under de senaste 15 åren legat lägre än målvärdet på 15,0% och betydligt under rikets andel på 19,8% och fortsatte göra det även under 2025 (figur 4).

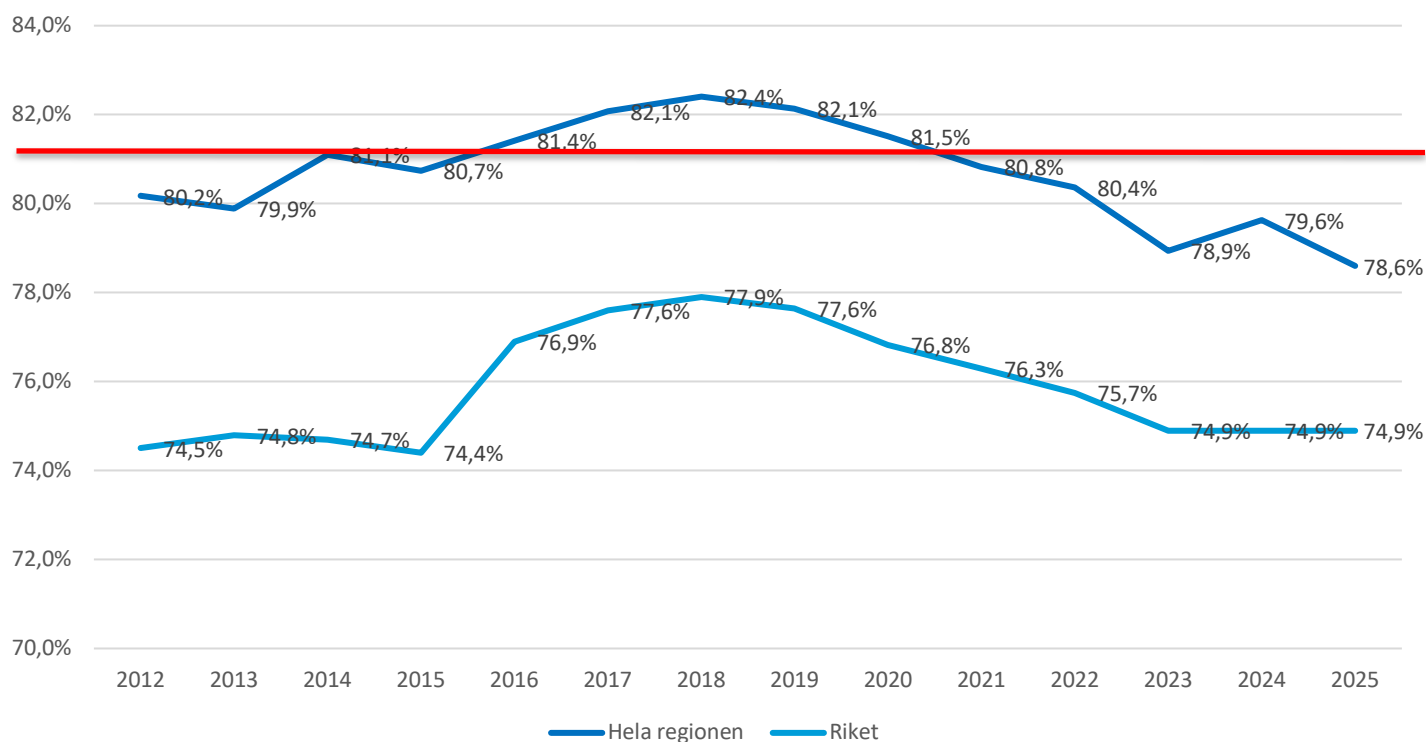
Figur 1. Antal förlossningar vid respektive sjukhus



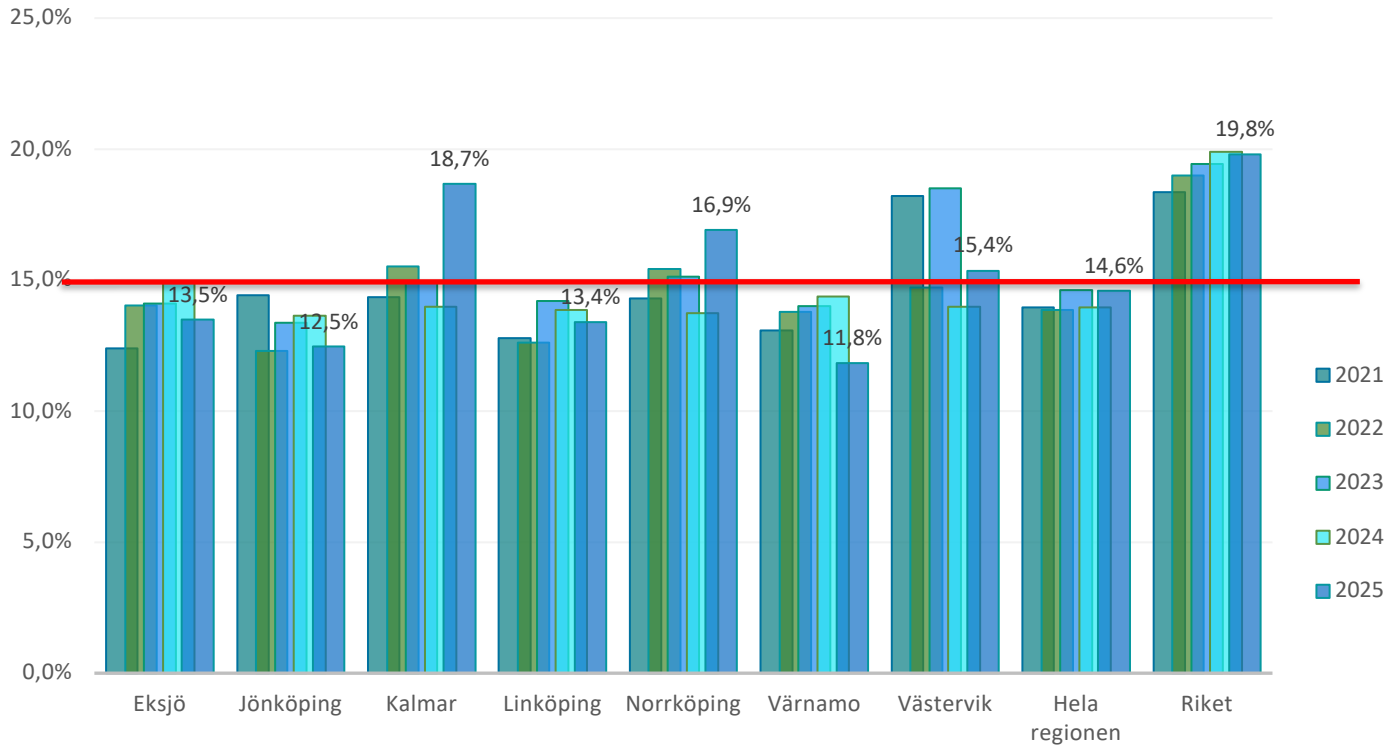
Figur 2. Andel icke instrumentella förlossningar  
(Nationellt målvärde >81,3%)



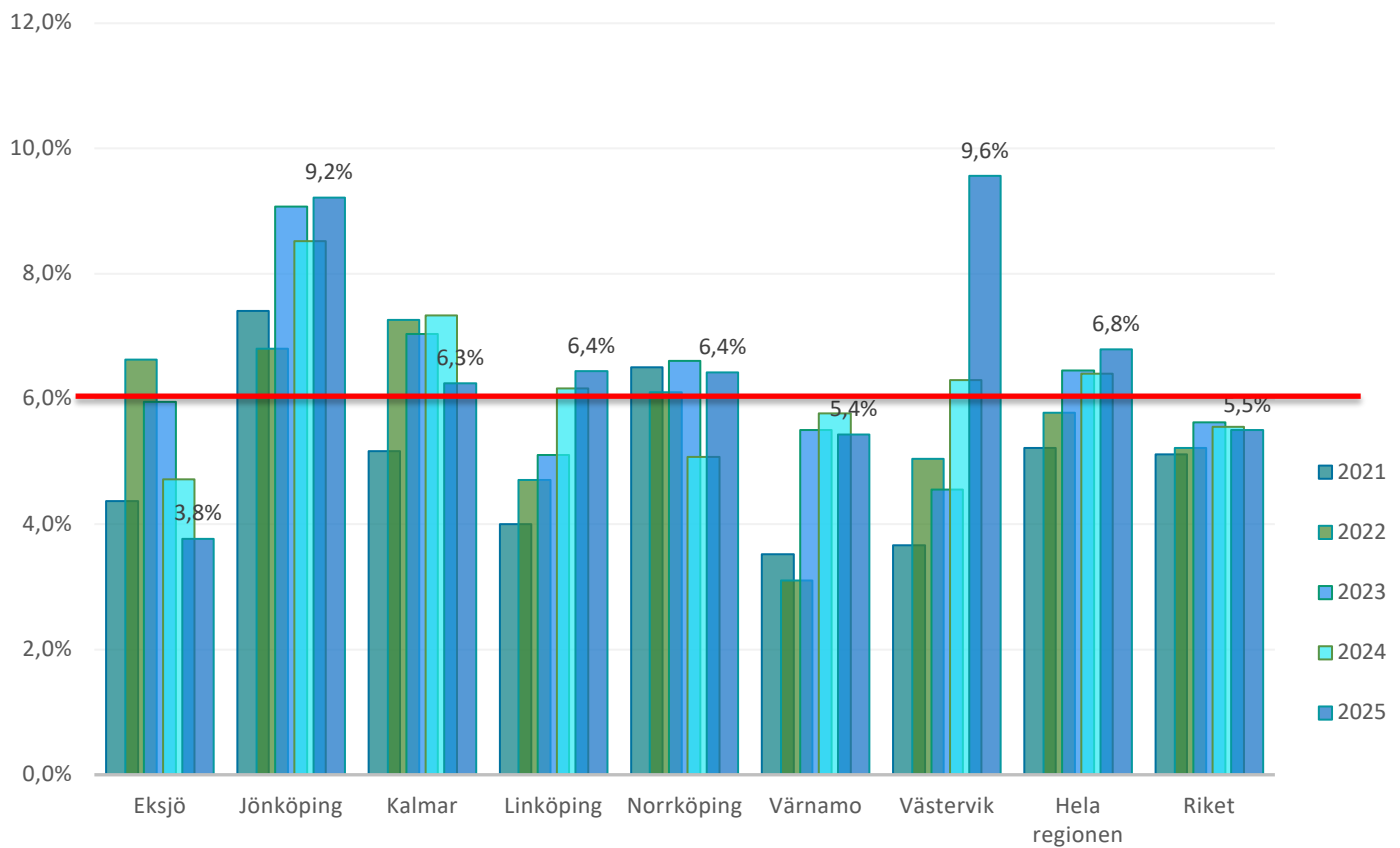
Figur 3. Andel icke instrumentella förlossningar



Figur 4. Andel kejsarsnitt (Målvärde <15%)



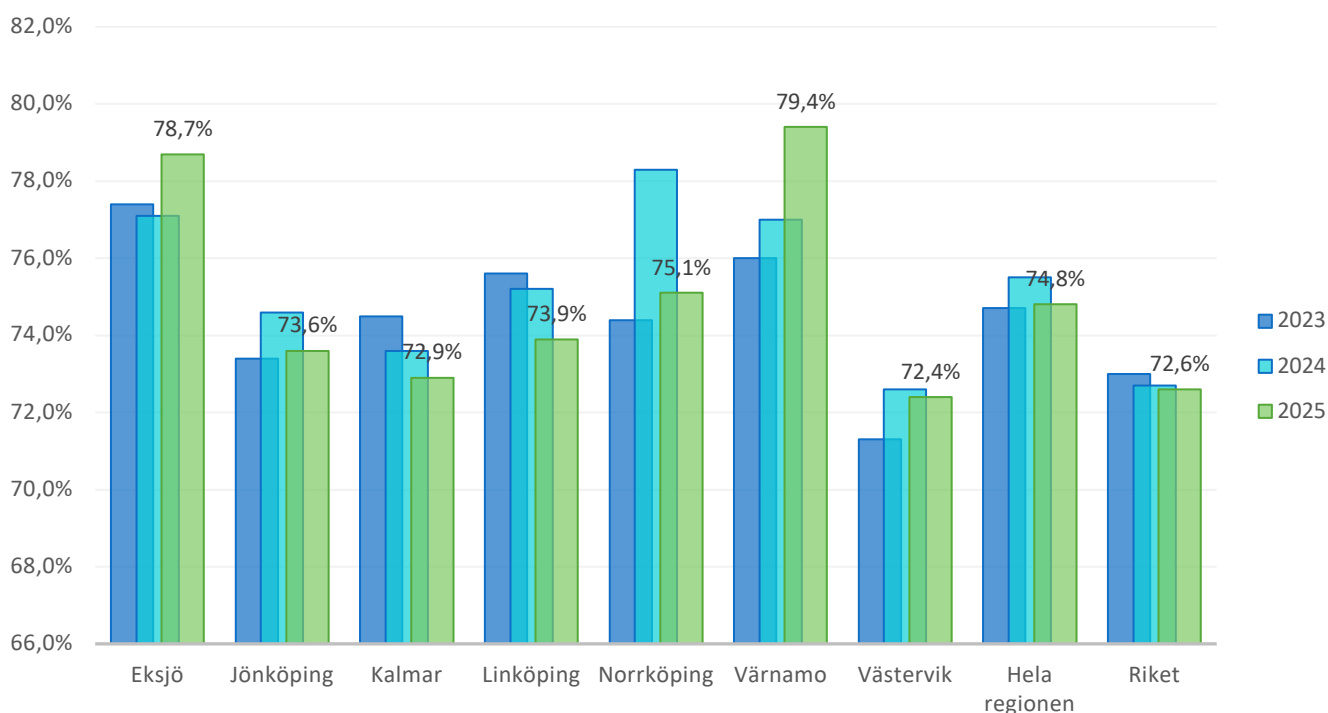
Figur 5. Andel VE eller tångförlossning (Målvärde <6%)



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 något; en bidragande orsak är sannolikt den år för år stigande andelen inducerade förlossningar. Två av klinikerna i sydöstra sjukvårdsregionen når målvärdet på >81,3% för icke instrumentella förlossningar, Eksjö och Värnamo. I hela regionen är andelen för 2025 78,6% (79,6%). 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 och Värnamo uppnår målvärdet på <6% (figur 5).

Vi har valt att presentera nedanstående variabel för Sydöstra sjukvårdsregionen, ”**Förlossning utan större interventioner och komplikationer**”, som även presenteras i Graviditetsregistret. I detta mätetal ingår parametrarna icke-instrumentell vaginal förlossning, blödning <1000 ml, ingen bristning grad III-IV och att barnet har Apgar ≥7 vid 5 minuter (figur 6). Här ligger samtliga förlossningskliniker i sydöstra sjukvårdsregionen vid eller bättre än medelvärdet för riket.

Figur 6. Andel förlossningar utan komplikationer (planerade kejsarsnitt är exkluderade)



Kejsarsnitten jämförs också med s.k. **Robsonklassificering** (se faktaruta) där kejsarsnittsfrekvensen var 6,1% (6,1%) i Robson grupp 1 och 21,8% (20,8%) i Robson grupp 2b, samt 18,7 (17,6%) i Robson grupp 5a. För detaljer se figurerna 7–10.

#### Faktaruta Robsonklassificering

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

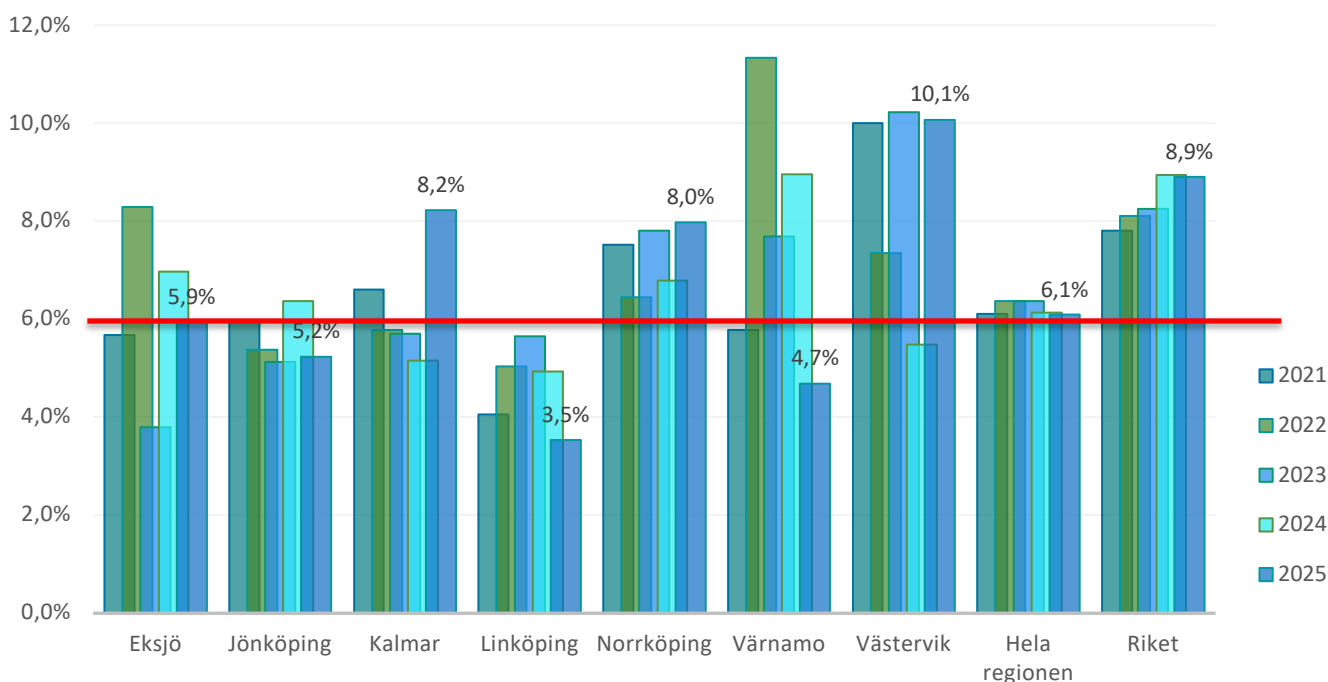
Robsongrupp 2b: Förstföderska, enkelbörd, huvudbjudning, fullgången där förlossningen induceras.

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

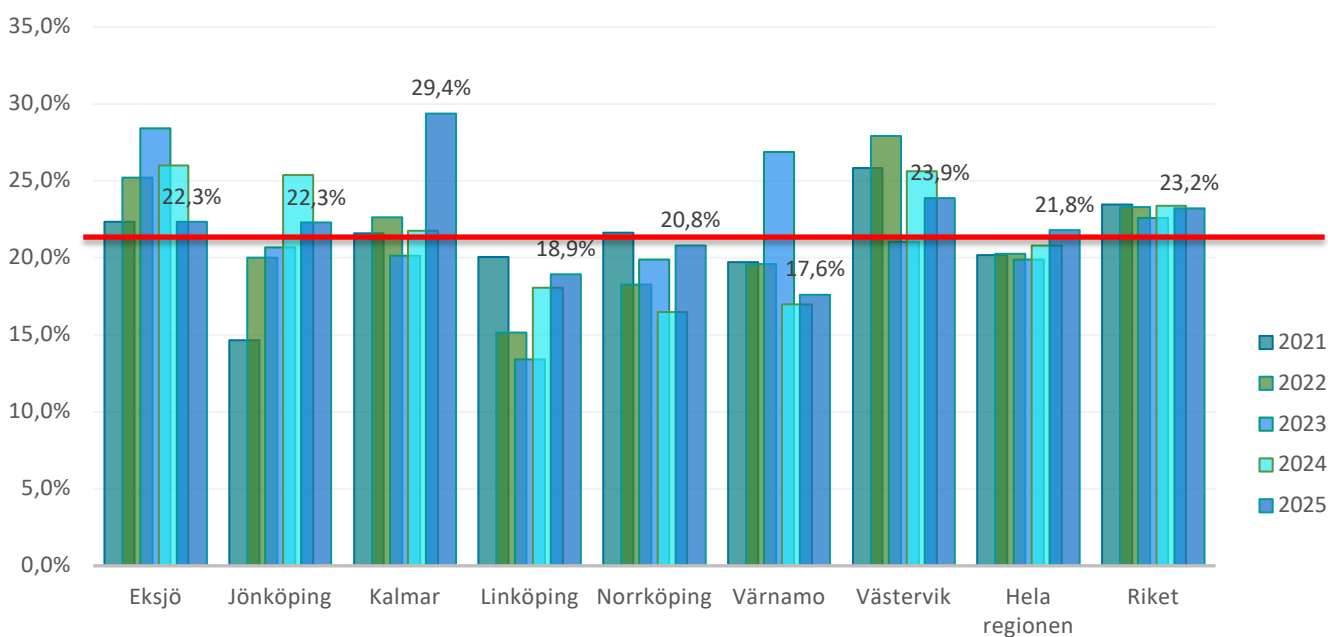
Regionen som helhet uppfyller sydöstra sjukvårdsregionens målvärde för kejsarsnittsfrekvens på <15%, dock med en spridning mellan klinikerna på 11,8% -18,7%. Samtliga kliniker låg under rikets totala kejsarsnittsfrekvens 2025, vilken var 19,8%.

Sydöstra regionen har således 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 förlösningen 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 7. Andel kejsarsnitt i Robsongrupp 1 (Nationellt målvärde <6%)

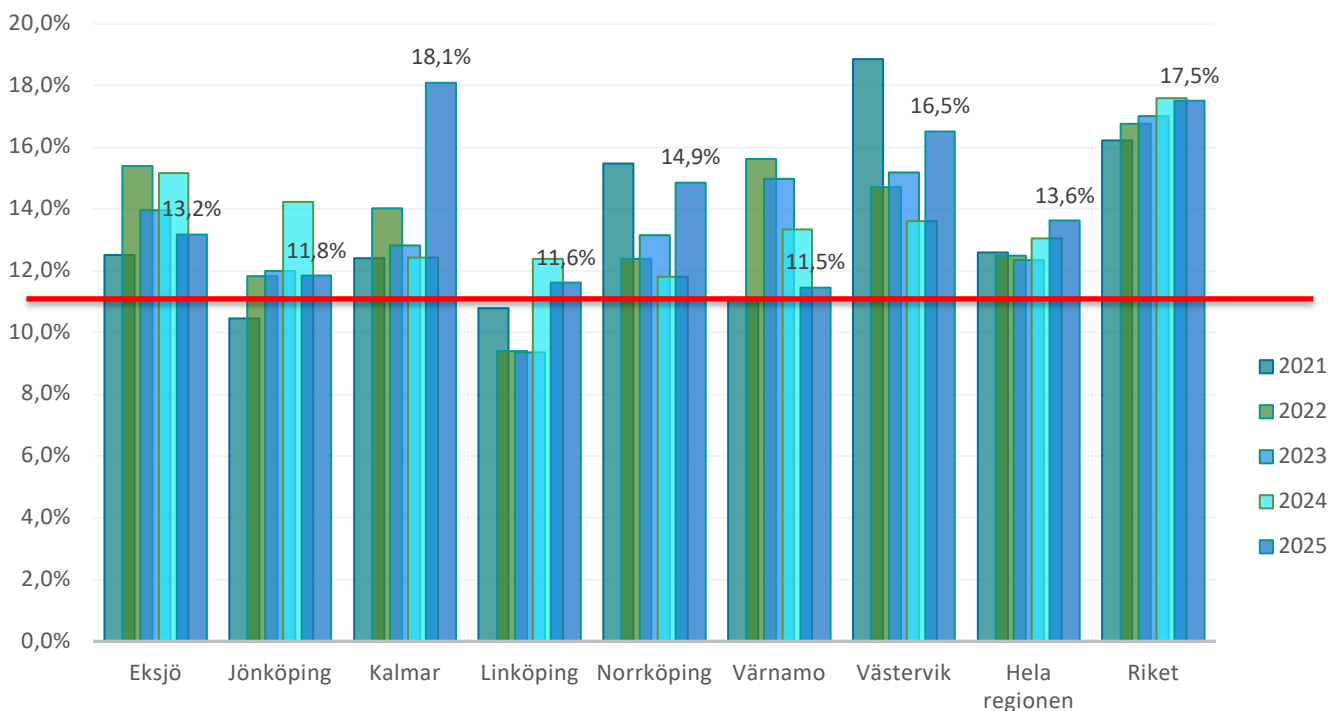


Figur 8. Andel kejsarsnitt i Robsongrupp 2B (Nationellt målvärde <20%)



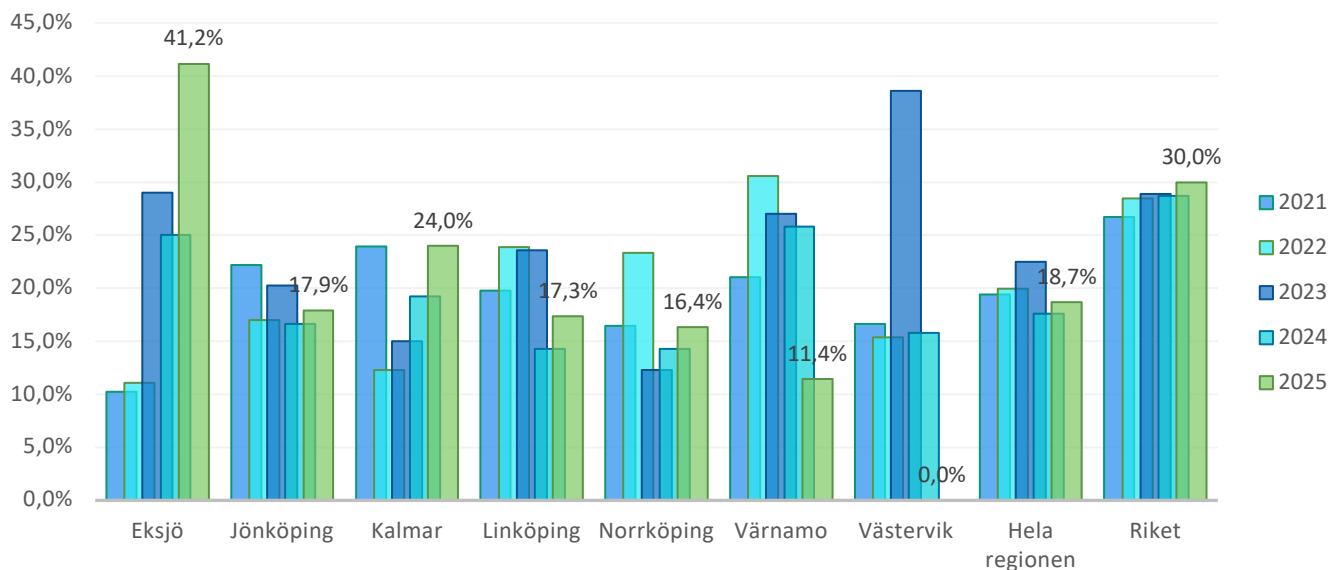
Induktionerna (igångsättning) har ökat med anledning av införandet av flertal nya nationella riktlinjer där bland annat igångsättning av förlossning ingår. Andelen kejsarsnitt i Robson 2b, induktion av förlossning hos förstföderska i fullgången tid med huvudbudning, är betydligt högre än vid spontan förlossningsstart. Detta är förväntat, då induktion ofta görs vid komplicerande medicinska sjukdomstillstånd och vid riskgraviditeter. Samtidigt innebär induktion av förlossning i sig en ökad risk för instrumentell förlossning, även om icke-medicinsk indikation för igångsättning föreligger. Risken för instrumentell förlossning i samband med induktion motiverar fortsatt arbete med denna patientgrupp.

Figur 9. Andel kejsarsnitt i Robsongrupp 1+2 (nationellt målvärde <10,4%)



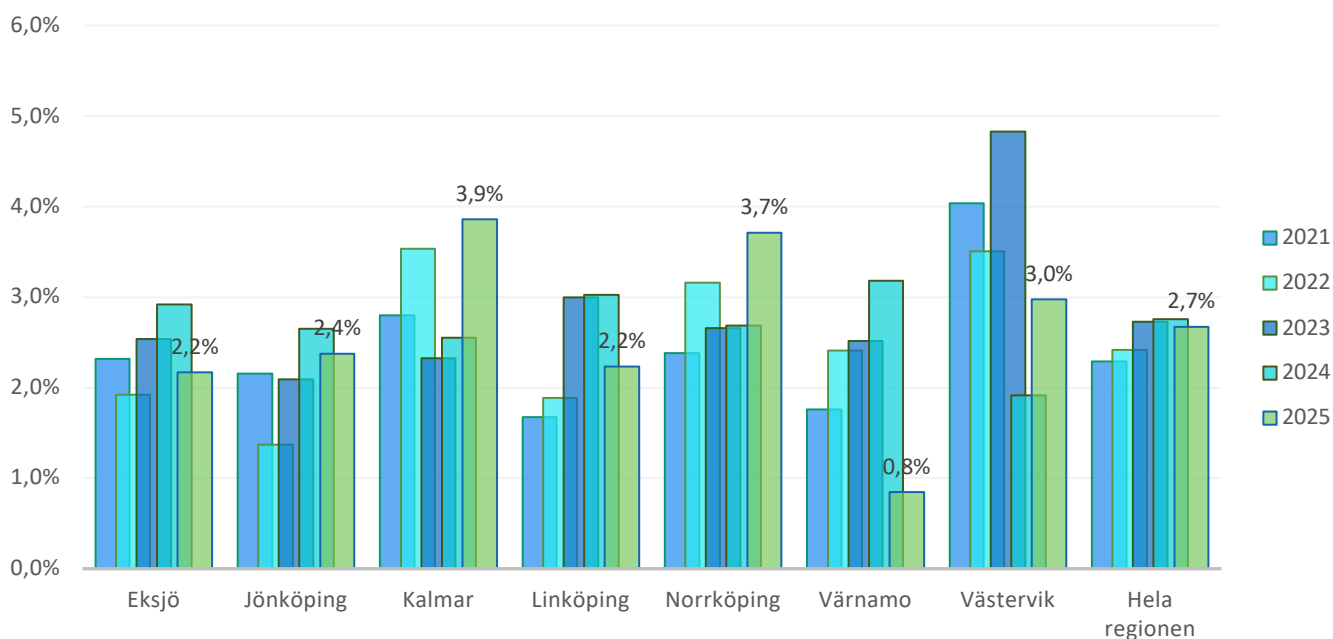
En ökad andel kejsarsnitt i regionen ses även i Robson 5A, det vill säga omfödorskor med spontan förlossningsstart som tidigare genomgått kejsarsnitt. Trots att förlossningen startar spontant är risken för kejsarsnitt i sydöstra sjukvårdsregionen knappt 20% jämfört med ungefär 1% om den födande tidigare genomgått en vaginal förlossning (figur 10). Detta är således ytterligare ett tydligt motiv till att arbeta med att hålla nere kejsarsnittsfrekvensen i Robson 1+2 gruppen. Parallellt med arbetet att försöka hålla en hög andel vaginala förlossningar i Robson 1+2 så lägger vi även fokus på gruppen som tidigare genomgått kejsarsnitt för att optimera möjligheten till icke-instrumentell förlossning även i denna grupp. 2025 kejsarsnittades, i Sydöstra sjukvårdsregionen, 18,7% av de som tidigare genomgått kejsarsnitt. Motsvarande siffra i riket låg samma år på 30,0%.

Figur 10. Andel kejsarsnitt i Robsongrupp 5A



Andelen av kejsarsnitt på **psykosocial indikation**, dvs. utan strikt medicinska skäl, visar en betydande variation mellan klinikerna. Nära 1/5 av alla kejsarsnitt utförs med hänvisning till psykologiska orsaker och man ser en viss ökning av denna grupp även i den totala statistiken (figur 11). Aurora/Amandaverksamheterna, som arbetar med att handlägga gravida med förlossningsrädsla, ser väldigt olika ut på de olika klinikerna. Det har varierat över tid hur teamens stabilitet har sett ut på de olika klinikerna. Vår analys är att organisationen och strukturen av Aurora/Amanda-verksamheten får en direkt effekt på kejsarsnittsfrekvensen i gruppen "kejsarsnitt på psykosocial indikation", där vi ser att stor omsättning av personal som arbetar i dessa grupper leder till en ökning av kejsarsnittsfrekvensen. Detta tydliggör vikten av en väl fungerande verksamhet och strukturerat arbete för att möta denna patientgrupp, där ett vinnande koncept bland annat har varit att beslutsfattande kring planerade kejsarsnitt fördelas till få antal individer per klinik. I Sydöstra sjukvårdsregionen finns sedan 2024 ett nätverk med representanter från de olika klinikerna för att utbyta erfarenheter och kunskap kring förlossningsrädsla, vilket förhoppningsvis kan bidra till fortlöpande utveckling och förbättring i handläggandet av denna grupp gravida möjliggörs ytterligare.

Figur 11. Kejsarsnitt på psykosocial indikation av alla

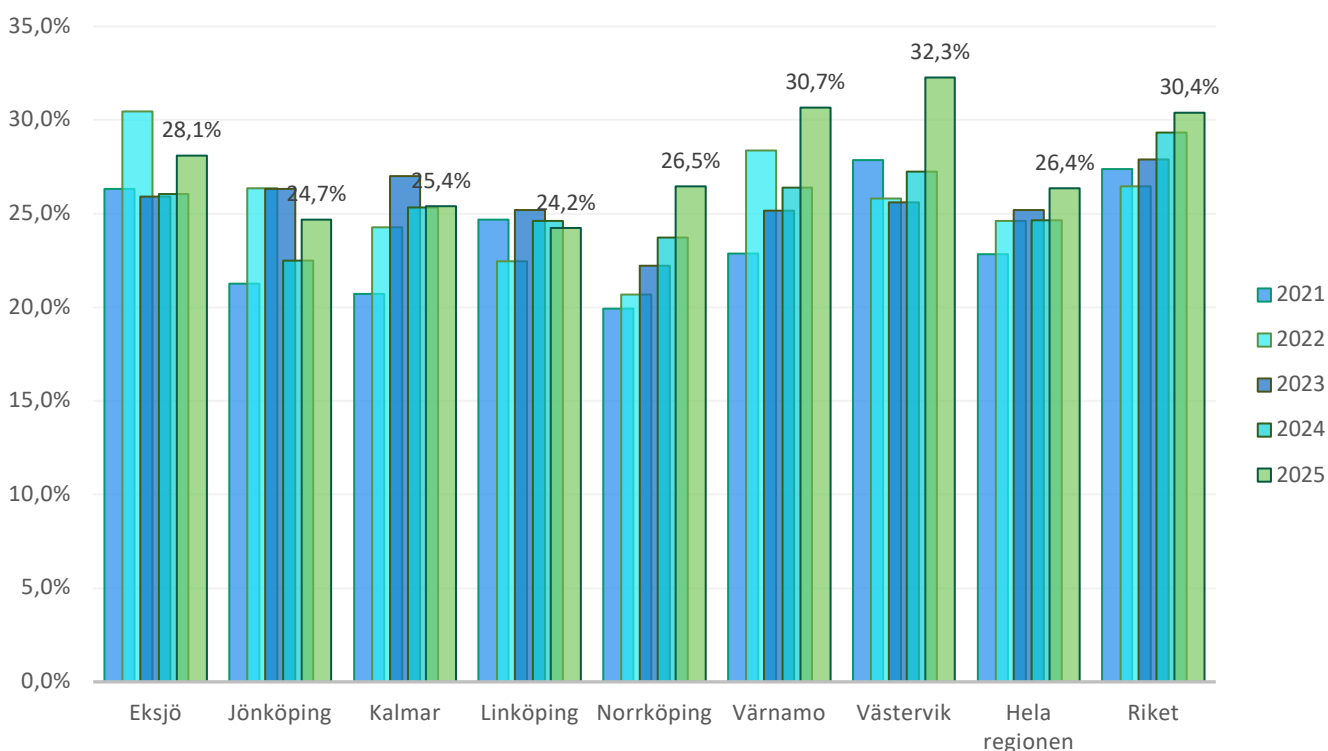


Andelen induktioner (igångsättningar) ligger fortsatt högt i hela landet och var i vår region 26,4% (24,6%) (figur 12). De senaste åren förefaller en stabilisering ha skett vad gäller andelen induktioner, även om viss ökning skedde i regionen under 2025. Den ökande induktionsfrekvensen har många förklaringar, men är sannolikt kopplat till ett ökat panorama av olika sjukdomar hos mödrarna samt nationella rekommendationer om induktion vid bland annat preeklampsi och hypertoni. En stor del av ökningen vet vi också beror på nya rekommendationer sedan 2020 gällande handläggning av prolongerad graviditet (graviditetsvecka  $\geq 41+0$ ) om att graviditeten inte bör gå längre än 42 veckor för att minska risken för intrauterin fosterdöd. I sydöstra sjukvårdsregionen har vi en gemensam vårdrutin för att hantera prolongerad graviditet.

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.

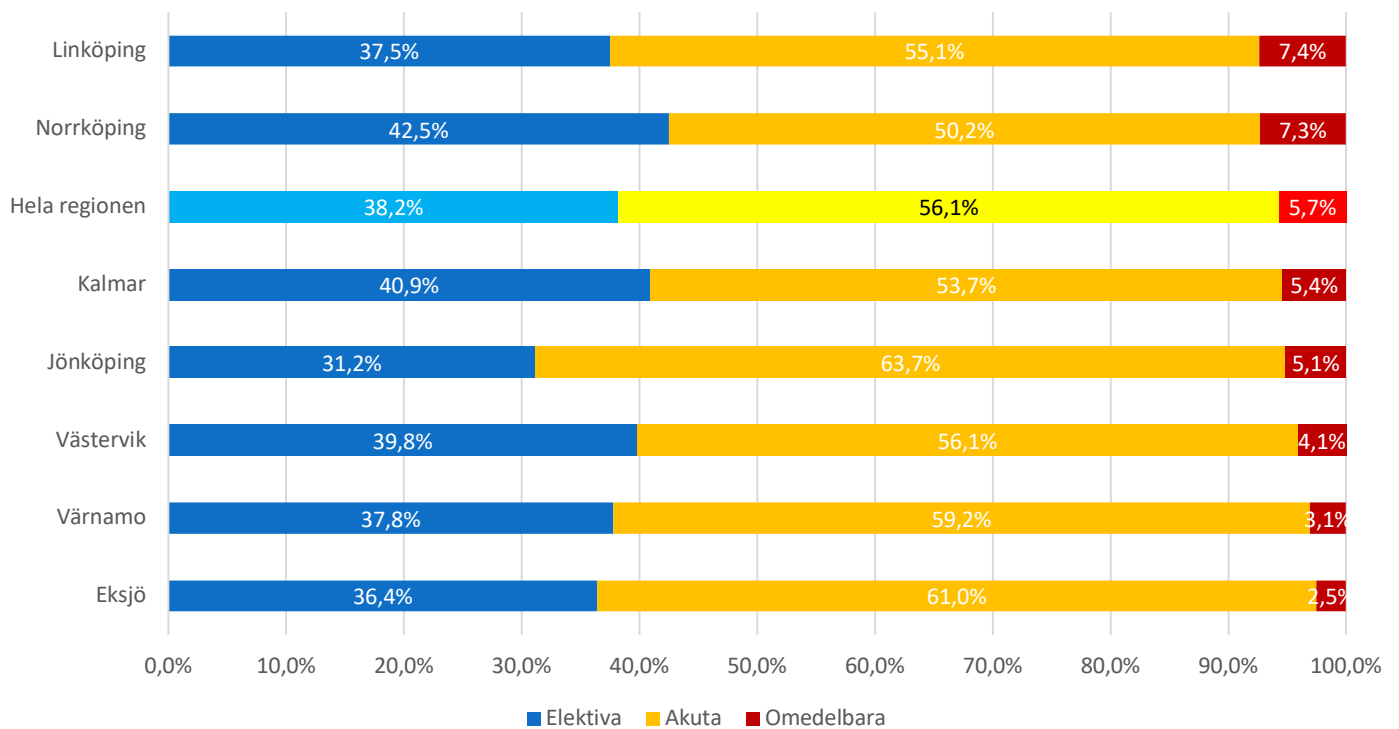
Flertalet av förlossningskliniker i sydöstra sjukvårdsregionen har under 2025 fortsatt delta i en nationell studie, "OPTION"-studien, som syftar till att studera heminduktion vid lågriskgraviditeter. Dessa graviditeter kommer att randomiseras till induktion antingen på sjukhus eller hemma. Om studien 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.

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% (5,7%) 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.

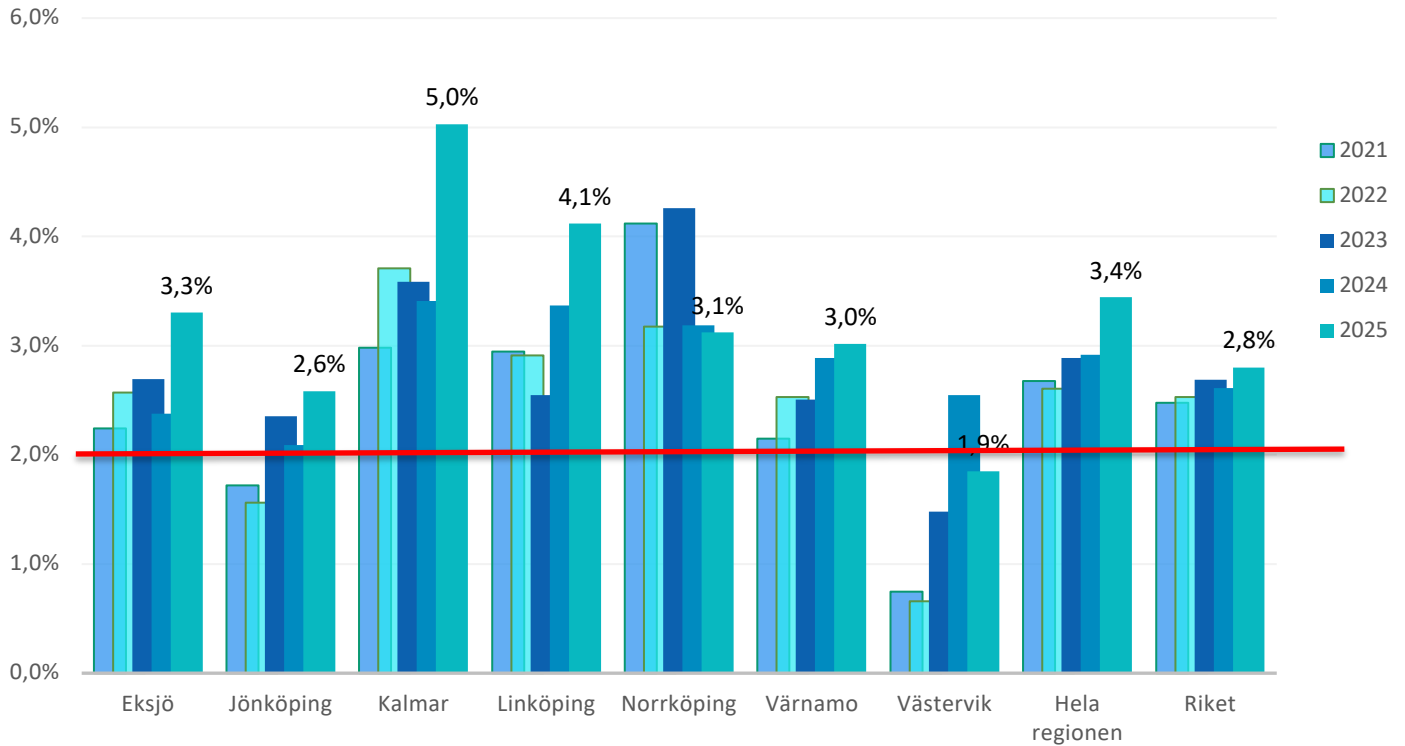
Figur 13. Andel i respektive kejsarsnittskategori



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 3,4% (2,9%) av alla vaginalförlösta (figur 14). För de med icke-instrumentell förlossning var siffran 2,6% (2,1%). Vid instrumentell förlossning var motsvarande resultat 13,2 (12,9%). Risken för bristning grad III-IV ökar kraftigt vid instrumentell förlossning jämfört med spontan vaginal förlossning. Vi ser således en ökad andel grad III – IV bristningar i regionen trots ett ständigt pågående arbete för att arbeta förebyggande.

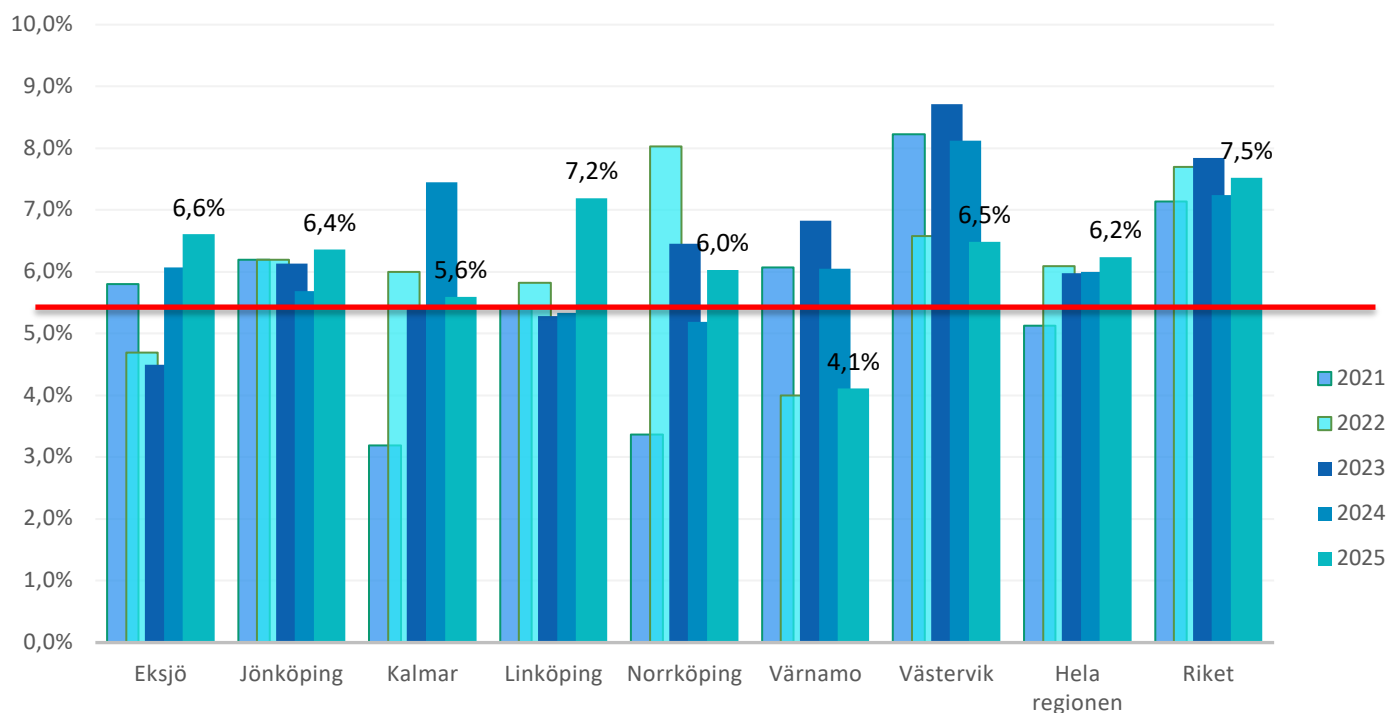
Det är angeläget att förebygga, diagnosticera och åtgärda bristningar, då de hos en del kvinnor kan ge upphov till problem längre fram i livet med smärtproblem, svårigheter att hålla gaser och avföringsinkontinens. Utbildningsinsatser görs fortlöpande på respektive klinik för att minska andelen stora bristningar. På samtliga kliniker finns också tvärprofessionella grupper som arbetar med hela processen från att förebygga till att diagnosticera och suturera bristningen på bästa sätt. Rutinen är att vara 2 medarbetare vid diagnosticering och suturering för att höja kvaliteten. Allt fler kliniker registrerar även grad II-bristningar i det nationella bristningsregistret, där även grad III-IV-bristningar registrerats under flera år. Detta ger bättre förutsättningar för långtidsuppföljning.

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

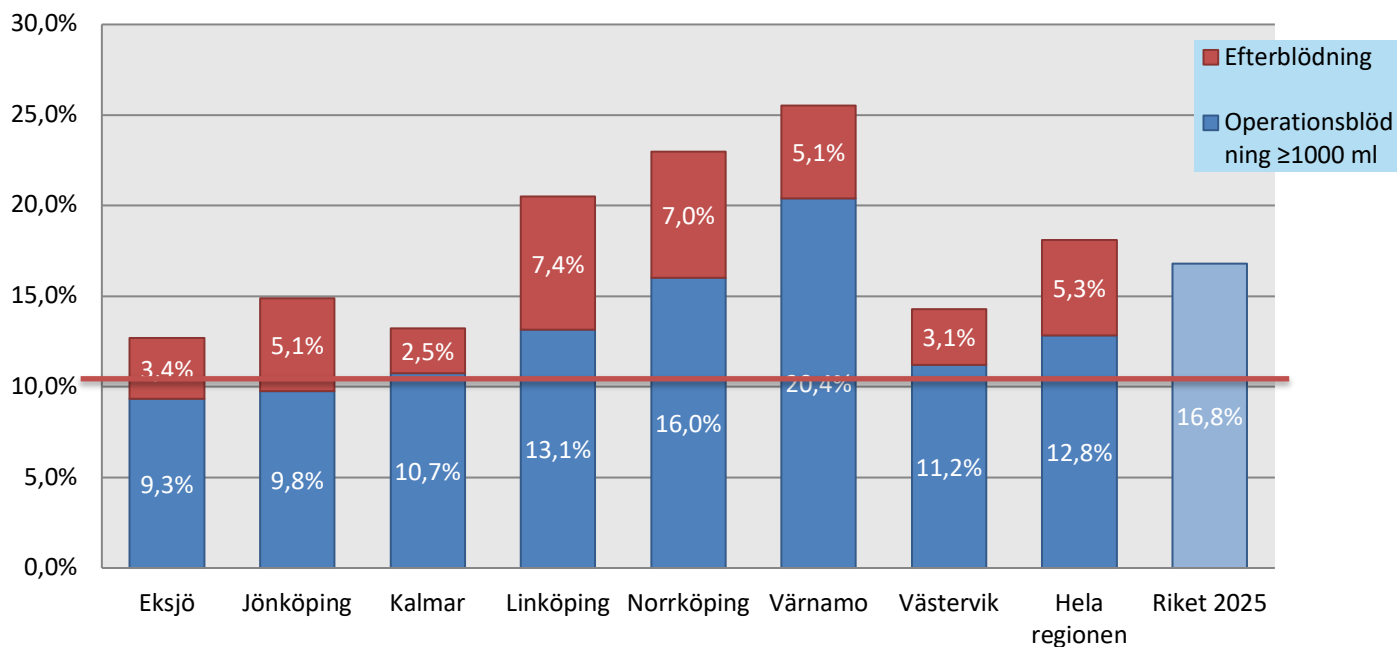


**Stora blödningar** i samband med förlossningen kan leda till komplikationer i efterförloppet såsom ökad risk för infektioner hos den födande, men även problem för henne att mobiliseras efter förlossningen och knyta an till sitt barn. Det är därför viktigt att minimera blödningsmängden, vilket till exempel görs med livmodersammandragande läkemedel. Blödningen kan ändå bli stor till exempel 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. Figurena 16 och 17 speglar blödningsproblematiken vid vaginal födsel respektive kejsarsnitt. Sydöstra sjukvårdsregionen lyckas inte komma under målvärdet på 5,5% för andel blödning  $\geq 1000$  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 14. Andel med blödning  $\geq 1000$  ml vid vaginal förlossning (nationellt målvärde  $< 5,5\%$ )



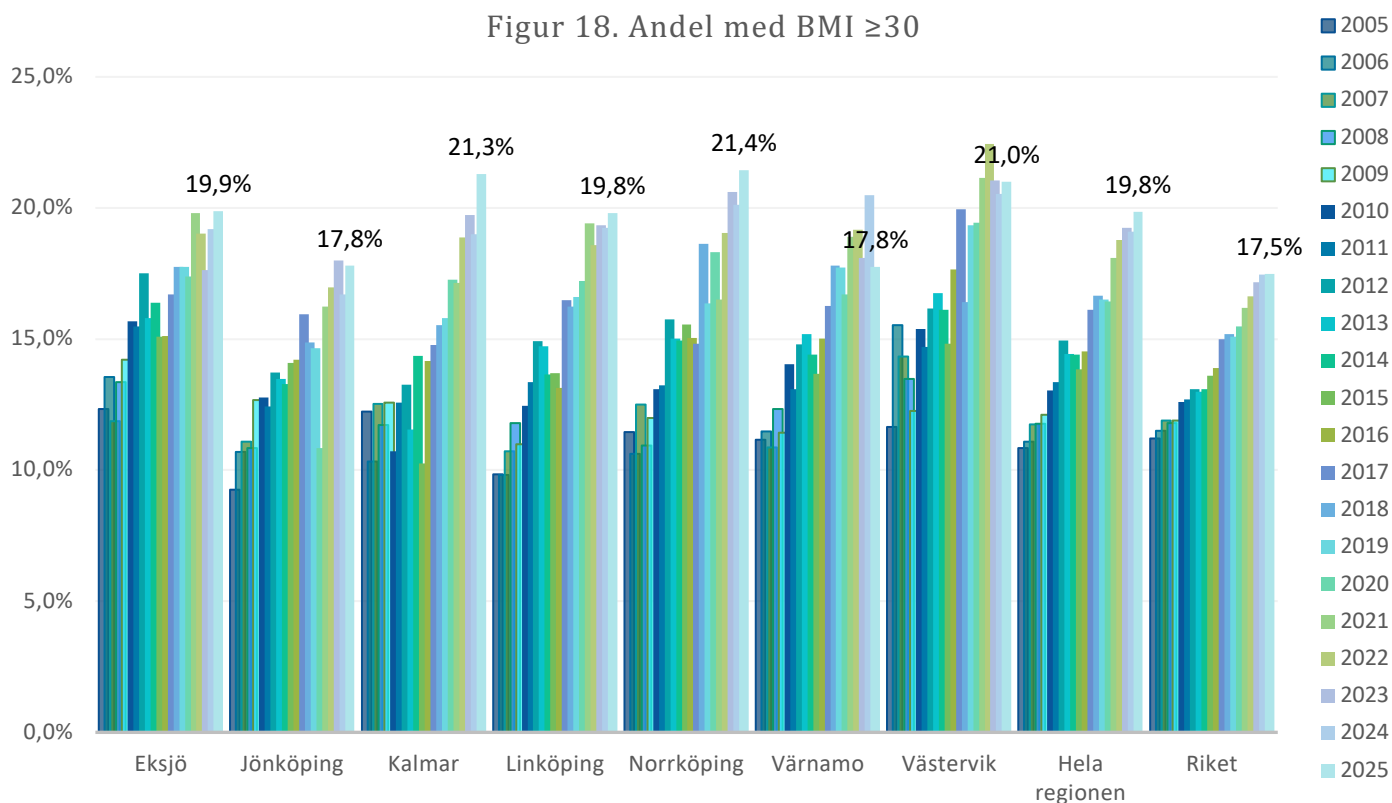
Figur 17. Andel med total blödning  $\geq 1000$  ml vid kejsarsnitt (nationellt målvärde  $< 10,3\%$ )



Sydöstra sjukvårdsregionen når inte målvärdet på 10,3% på total blödning  $\geq 1000$  ml vid kejsarsnitt och 2025 var andelen 18,1% (14,4%), vilket är högre än rikets värde på 16,8% (16,8%).

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 19,8% (19,1%) obesitas med denna definition. Andelen kvinnor med obesitas fortsätter att öka och andelen födande med BMI 35 eller mer har fördubblats sedan 2007. 2025 hade 6,8% (6,5%) av våra patienter ett BMI  $\geq 35$ . Den höga andelen födande med obesitas ställer ökade krav på förebyggande åtgärder och en anpassning av resurser, rutiner och utrustning.

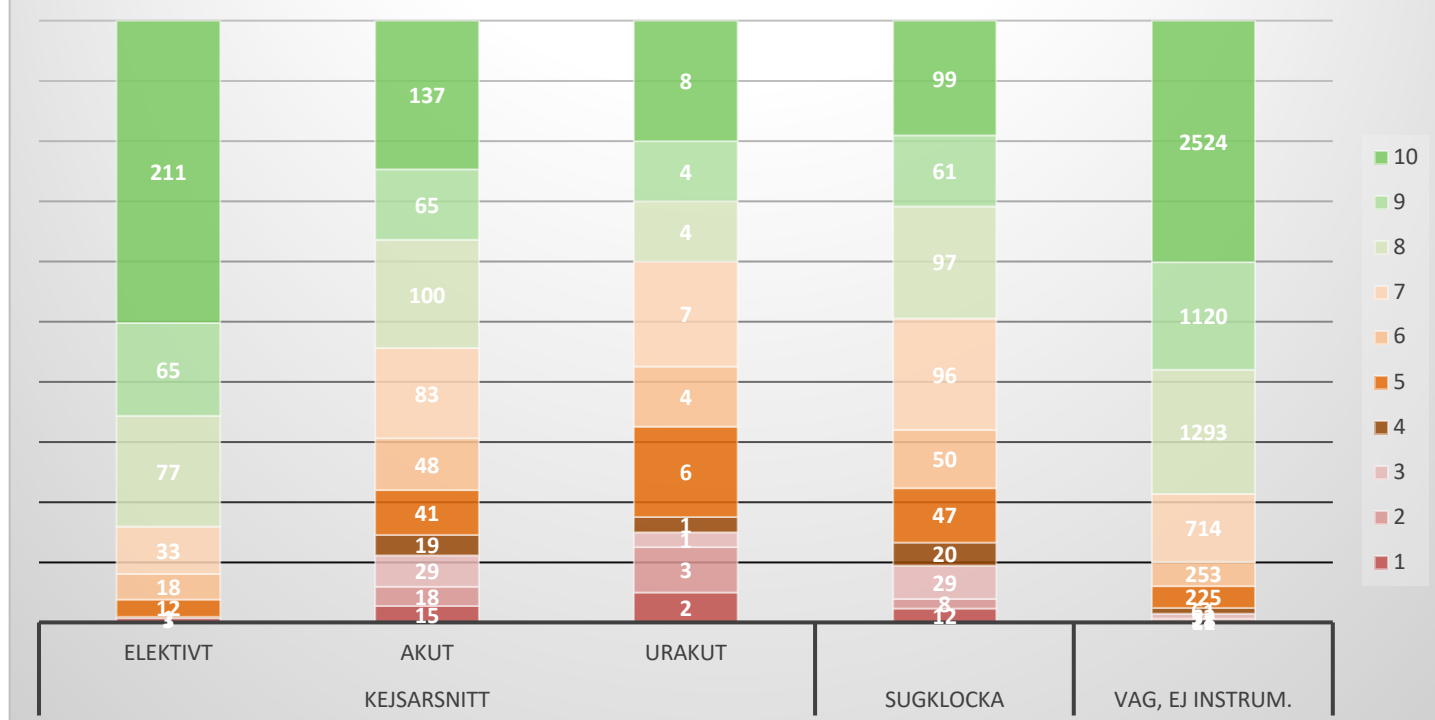
Figur 18. Andel med BMI  $\geq 30$



## 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 83,3% (79,1%) angivit ett VAS-värde. Av dessa ansåg 97,3% (96,8%) 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 75,0% (74,3%). I diagrammet nedan kan man också utläsa att de kvinnor som föder vaginalt eller med planerade kejsarsnitt skattar förlossningsupplevelsen betydligt högre än de som genomgår förlossning med sugklocka eller akut kejsarsnitt (figur 19). Mer detaljerad information om patientupplevelsen i samband med förlossningen kan återfinnas i den nationella Graviditetsenkäten, med uppföljande enkäter 8 veckor samt 1 år post partum. [Graviditetsenkäten - SKR](#) Här kan man bland annat följa patienternas skattade upplevelse av delaktighet i planering och beslut under förlossningen vilket är en parameter vi tycker är viktig att följa eftersom samtycke och stöd under förlossningen är ett stort fokus i vårt arbete.

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



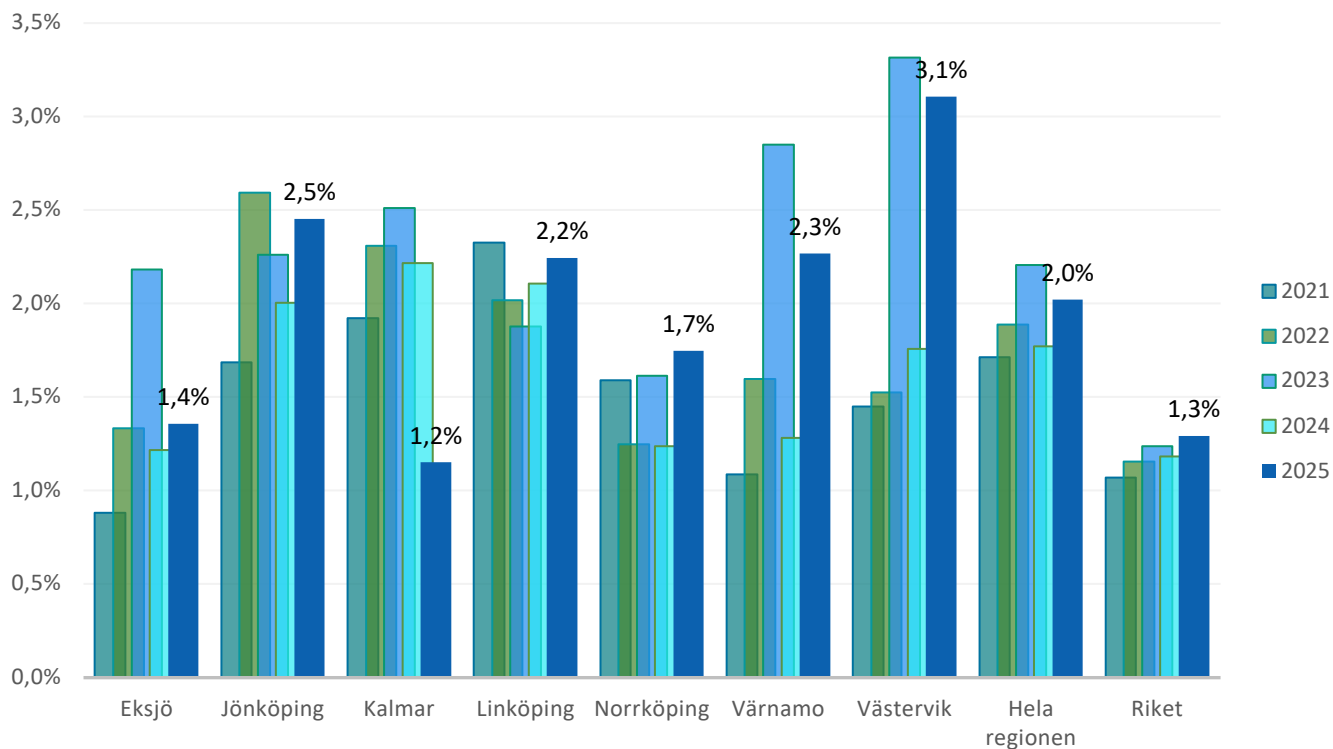
## Barnen

Sammanlagt föddes 9 387 (9 816) barn vid regionens förlossningsavdelningar.

När det gäller **gravitetetslängden** var 0,35% (0,56%) födda **före vecka 28** och sammanlagt var det 5,6% (6,1%) **prematurfödda** barn, dvs. före vecka 37. De barn som föds efter vecka 41+6 räknas som **överburna** och de utgjorde 1,0% (0,9%). 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.

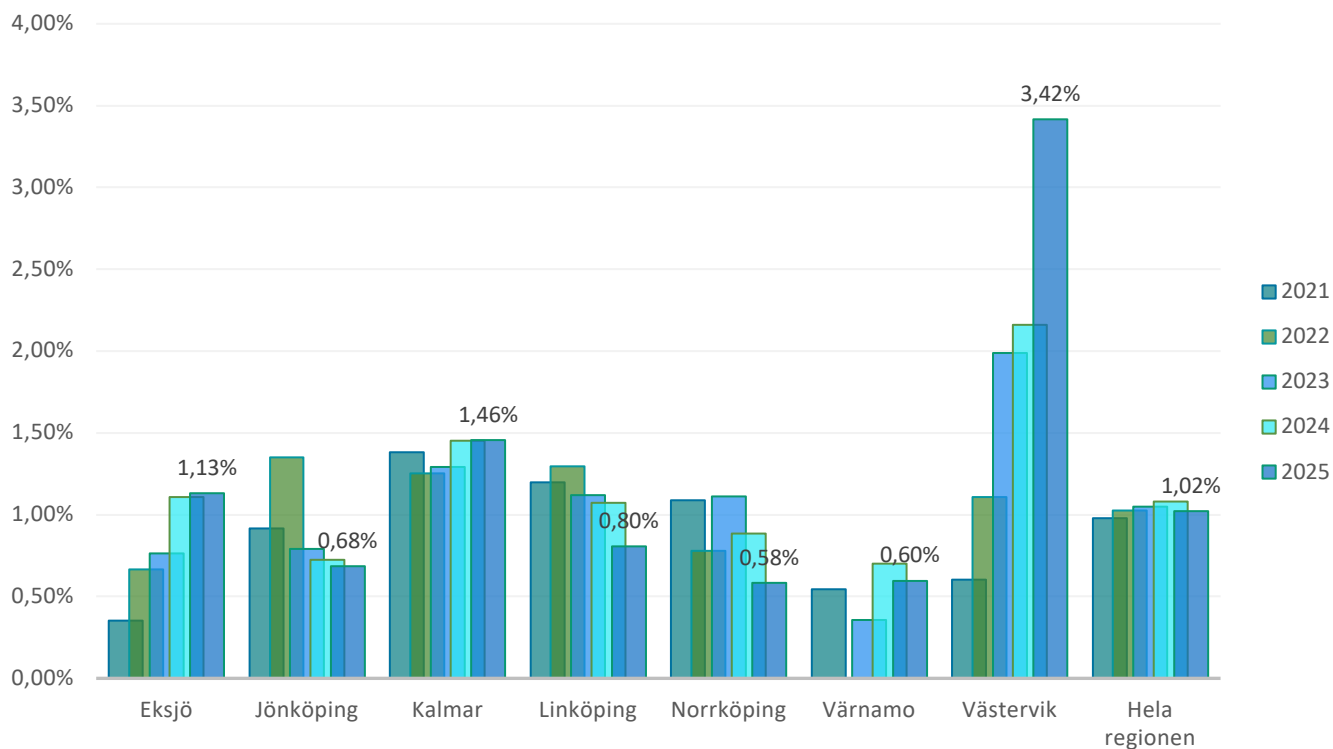
För att bedöma hur barnen mår efter förlossningen används s.k. **Apgar-score**, vilket är en uppskattning av barnets allmänna tillstånd. Apgar-score <7 vid 5 minuters ålder anses innebära en viss risk att barnet kan drabbas av utvecklingsproblem senare i livet. I vårt material hade 2,0% (1,8%) denna poäng, medan endast 0,30% (0,27%) hade Apgar <4 vid 5 minuter (vid fullgångna graviditeter). 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 1,0% (1,1%) kriterier för ökad surhetsgrad, vilket motsvarar  $\text{pH} \leq 7,05$  och  $\text{BE} < -12$ .

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 62,9% (64,7%). 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.

I tabell 1 har värdena för de senaste 5 åren slagits ihop för att värdera resultaten över tid för de sällsynta händelserna mycket låg Apgar och ökad surhetsgrad i navelsträngsblodet (acidosis). Värdena förändras relativt lite över tid, men kan påverkas t.ex. av andelen riskgraviditeter.

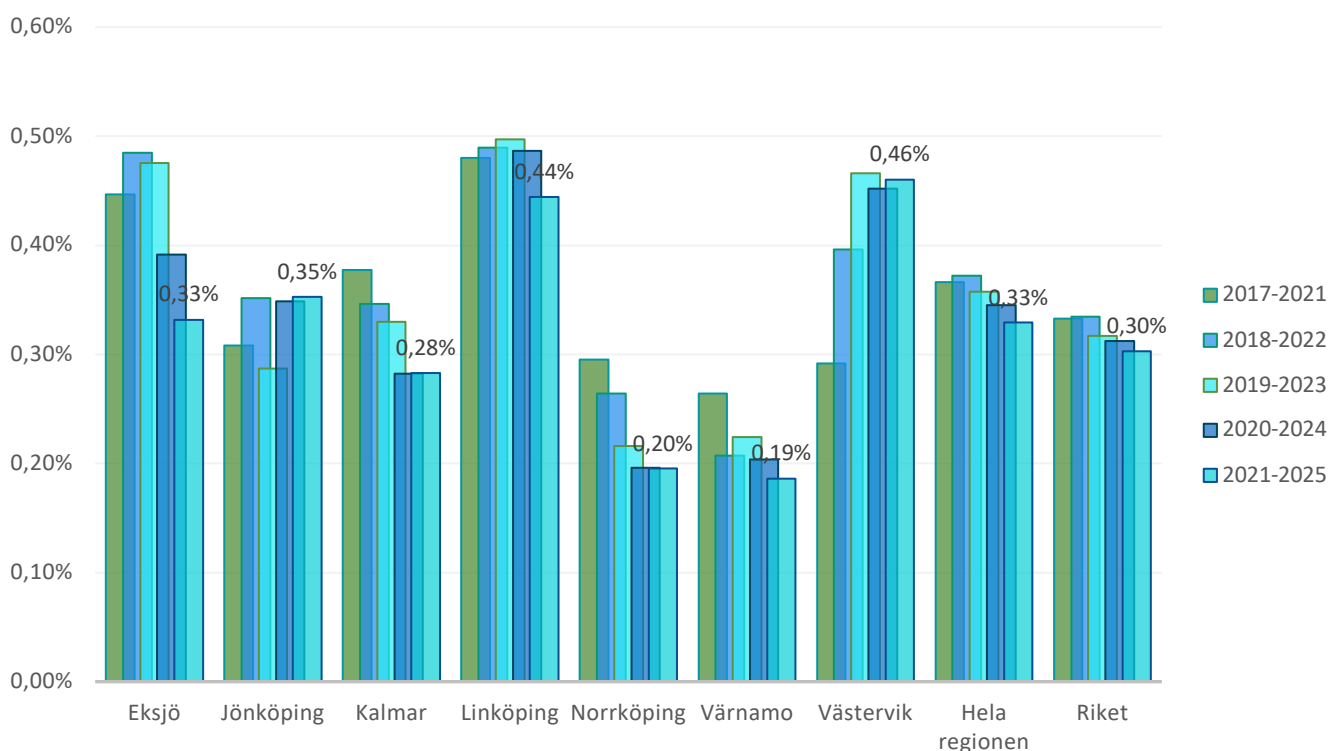
**Tabell 1. Medelvärde 2021-2025 (Andel i %)**

	Eksjö	Jönköping	Kalmar	Linköping	Norrköping	Värnamo	Västervik	Hela regionen	Riket
Apgar <4 vid 5 minuter (fullgångna)	0,09	0,39	0,23	0,29	0,25	0,19	0,44	0,27	0,23
Arteriellt navelsträngs-pH ≤7,05 och BE <-12	0,80	0,89	1,37	1,10	0,89	0,44	1,86	1,03	ingen uppgift

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. I Sydöstra sjukvårdsregionen var förekomsten 2,9 per tusen födda (2,3) medan riksgenomsnittet låg på 2,7 per tusen födda (figur 22).

2025 var det 30 fall av IUFD bland 30 kvinnor (2024 var det 23 fall (22 kvinnor)) i Sydöstra sjukvårdsregionen. Se detaljer i tabell 2.

Figur 22. Intrauterin fosterdöd i 5-årsperioder



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 fall av IUFD som varit i regionen för att fastställa orsak till fallen och dra lärdomar. Detta bidrar till ökad kunskap, och hjälper till i planering av handläggning vid nästkommande graviditet hos den drabbade. AUDIT-arbetet har också lett till en regionsgemensam rekommendation för utredning för att bättre kunna klargöra anledningen till dödsfallet. Graviditetsregistret har en funktion där bedömningen registreras för att kunna följas över tid. Tyvärr finns ännu ej möjlighet att få ut data kring de olika orsakerna, utan detta följs på respektive klinik.

**Tabell 2. Sammanfattning av samtliga IUFD 2023–2025**

	2023		2024		2025	
	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel
Antal barn	38		23		30	
Antal mödrar	38		22		30	
Flerbörd	0	0,0%	2	8,7%	2	6,7%
Graviditetsvecka <28+0	8	21,1%	12	52,2%	10	33,3%
Graviditetsvecka 28+0-36+6	11	28,9%	3	13,0%	6	20,0%
Graviditetsvecka 37+0-40+6	19	50,0%	7	30,4%	11	36,7%
Graviditetsvecka ≥41	0	0,0%	1	4,3%	3	10,0%
BMI ≥ 30	10	26,3%	9	40,9%	10	33,3%
BMI ≥ 35	2	5,3%	1	4,5%	5	16,7%

## Slutsatser

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. Andelen med hög eller acceptabel patientnöjdhet ligger högt och stabilt även under 2025, vilket är tillfredsställande. Samtidigt som födelsetalet har sjunkit finns ökade utmaningar i den snabba utveckling som sker inom förlossningsvården vad gäller kontinuerligt stöd, ökad kompetens vid bedömning och suturering av bristningar som också ska ske av två medarbetare och riktlinjer som innebär fler interventioner framför allt i form av igångsättning av förlossning. För att möta detta behövs en stabil och tillräckligt stor medarbetargrupp med barnmorskor, undersköterskor och läkare där kompetensförsörjning är angeläget att prioritera eftersom belastning på förlossningsvården inte går att mäta enbart i antalet födda barn.

I årets resultat ses en negativ påverkan på de medicinska resultaten där vi inte kan utesluta att bemanningssituationen på enheterna varit en starkt bidragande orsak.

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 2025 var induktionsfrekvensen i sydöstra sjukvårdsregionen 26,4% (riket 29,3%) men det är ganska stora variationer mellan regionens sjukhus; 24,2% - 32,3%. Utvärdering av ökande induktionsfrekvens och dess påverkan på förlossningsutfallet kommer att göras fortlöpande.

Våra fokusområden under 2026 kommer fortsatt vara patientdelaktighet och hur "kloka kliniska val" kan implementeras i förlossningsvården. Exempel på kloka kliniska val kan vara att undvika onödiga åtgärder som till exempel att alltid göra en CTG-registrering vid polikliniska besök och minimera övervakning vid lågriskinduktion. Vi kommer även fortsätta ha fokus på förlossningsbristningar, främst där kvinnan drabbas av en partiell eller total bristning av analsfinktern (slutmuskeln). Vi arbetar för att bristningar alltid ska diagnosticeras och sutureras av 2 personer i enlighet med nationella rekommendationer från Socialstyrelsen. Det har under året kommit ett nationellt kunskapsstöd om initial obruten hud-mot-hudkontakt och samvård. Det innebär att nyfödda barn och deras mödrar inte ska separeras under de första timmarna efter födsel och efterföljande tid då båda vårdas på sjukhus (noll-separation). Vi arbetar därför också för att i ökad utsträckning erbjuda noll-separation även efter kejsarsnitt. Detta kräver ökad samverkan mellan vår verksamhet, barn- och anestesiklinikerna.

Regionens samtliga förlossningskliniker har deltagit i den nationella studien PICRINO (Labour Care Guide), vilken startade under 2024. Studien baserades 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 neonatalt utfall, interventioner, förlossningssätt, obstetriska komplikationer och förlossningsupplevelse. Studien avslutades 30 september 2025 men samtliga kliniker i regionen använder arbetssättet fortsatt. Fem av sju kliniker använder fortsatt det digitala studieverktyget för registrering av förlossningsförloppet i LCG-SE.

Datajournalen Obstetrix som vi använder i nuläget, och sedan långt tid tillbaka, 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 Cosmic Obstetrik är det ett absolut krav att data kan överföras till MFR (Medicinska Födelseregistret) och Graviditetsregistret. Det är också viktigt att det kan leverera data för kontinuerlig kvalitetsuppföljning till oss i verksamheten för att kunna bevaka och bibehålla våra goda medicinska resultat. En regional grupp har skapats för utveckling och anpassning av Cosmic Obstetrik, men övergripande projektledare för Sydöstra sjukvårdsregionen har ännu inte tillsatts. Arbetet har påbörjats under 2025 med en serie workshops där Cosmic Obstetrik presenterats för verksamheten och vi kan konstatera att det kommer att krävas ett stort arbete för att få till en fungerande förlossningsjournal där det är av största vikt att läkare och barnmorskor från verksamheten är delaktiga i utformningen av journalsystemet. I RAG Förlossning är vi eniga om att vi ska arbeta för en gemensam utformning av Cosmic Obstetrik så långt det är möjligt.

## Bilagor

Bilaga 1: Förlossningsdata för hela regionen 2025.

Förlossningar	9387	Av vaginal-förlossning	Av samtliga	Av sectio	Målvärde
Vaginalförlossningar	8017		85,4%		
Inte instrumentellt	7379	92,0%	78,6%		>80%
Sectio totalt	1370		14,6%		<15%
Elektivt sectio	524		5,6%	38,2%	
Akut sectio	768		8,2%	56,1%	
Urakut sectio	78		0,8%	5,7%	
Sectio på psykosocial indikation	251		2,7%	18,3%	
Sectio Robson 1			6,1%		<5%
Sectio Robson 2 B		Anger sectiofrekvens i respektive grupp	21,8%		<20%
Sectio Robson 5 A			18,7%		<20%
VE/Tång	638		8,0%	6,8%	
Episiotomi	308	3,8%			<5%
Bristning grad III-IV	276	3,4%			<2%
Induktion	2474		26,4%		<9%
Syntocinondropp	2759	34,4%			
Total blödning >1000 ml vaginalförlossning	500	6,2%			<4%
Blödning >1000 ml vid sectio	176			12,8%	<8%
Antal placentalösningar	228	2,8%	2,4%		
Antal flerbörd	116		1,2%		
Antal BMI ≥ 30	1863		19,8%		
Antal BMI ≥ 35	634		6,8%		

Barn	9504	Av antalet barn	Målvärde
Medelvikt	3484	gram	
Födelsevikt ≥ 4500 g	250	2,63%	
Prematur <37+0	530	5,58%	
Överburen >41+6	96	1,01%	
Apgar <4 vid 5 minuter	39	0,41%	0%
Apgar <7 vid 5 minuter	192	2,02%	
Arteriellt navelartär-pH ≤ 7,05 och BE < -12	97	1,02%	
Antal med korrekt prov	5974	62,9%	>90%
Intrauterin fosterdöd	28	0,29%	

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.

