

# Rapport från neonatalverksamheterna i Sydöstra sjukvårdsregionen baserad på resultat 2021 - 2025

## INLEDNING

Denna rapport syftar till att ge en översiktlig bild av neonatalvårdens utformning i sydöstra sjukvårdsregionen, redovisa våra resultat avseende flera olika kvalitetsmått samt definiera våra mål på lång och kort sikt både för den högspecialiserade vården och för den vård som bedrivs på samtliga kliniker. Utifrån rapportens resultat identifieras områden som behöver utvecklas och förbättras inom regionen.

Data baseras på SNQ (Svenskt Neonatalt Kvalitetsregister) där alla barn som läggs in på neonatalavdelning i samband med födseln eller inom 28 dagar därefter, ska registreras. Avgränsningen utgörs inte av en specifik diagnos eller diagnosområde, utan av barnets ålder och den speciella fas som nyföddhetsperioden utgör.

### Mål

- Neonatalvården och vårt stöd till förlossnings- och BB-vård ska vara utformad så att både fullgångna och prematura, friska och sjuka barn, ska få ett säkert omhändertagande och en god omvårdnad utifrån vetenskaplig evidens, nationella vårdprogram och beprövad erfarenhet.
- Våra medicinska resultat ska motsvara eller överträffa resultaten i övriga riket.
- Vi ska arbeta familjecentrerat, undvika onödig separation mellan barn och föräldrar, stötta vårdnadshavarna i att själva ta hand om sitt barn och göra dem delaktiga i vårt omhändertagande av barnet.
- Vi ska verka för en sammanhållen vårdkedja från mödrahälsovård, förlossning, BB/neonatalvård, barnhälsovård till skolhälsovård.
- Barn som utifrån sin neonatala vårdtid definieras som riskbarn, ska följas upp på våra barnkliniker utifrån det nationella riskbarnsuppföljningsprogrammet till och med 5,5-års ålder, och därefter utifrån sina medicinska behov. Vår samlade bedömning ska delges föräldrarna och med deras tillåtelse även skolhälsovården, för att ge barnet möjlighet att utifrån sina förutsättningar, klara skolan på bästa sätt.
- Om barn behöver transporteras mellan våra enheter eller till andra sjukhus i landet, ska dessa transporter ske i rätt tid samt med god säkerhet och kvalitet.

## PROCESSMÅTT – VÅRA OLIKA NEONATALAVDELNINGAR

Neonatalvården i sydöstra sjukvårdsregionen bedrivs på följande avdelningar:

**Länssjukhuset Ryhov i Jönköping:** tar hand om prematura barn födda från gestationsvecka 27+0.

Respiratorvård och kylbehandling finns. Sköter all neonatalvård för Region Jönköping, det vill säga även barn födda vid förlossningsenheterna i Eksjö och Värnamo som saknar egna neonatalavdelningar. Ombesörjer vid behov akuta transporter av nyfödda från dessa enheter. Alla riskgraviditeter planeras för förlossning i Jönköping. I Eksjö och Värnamo sker förlossning från ca graviditetsvecka 35+4.

- Totalt 16 vårdplatser, varav 6 intensivvårdsplatser och resten intermediär- och familjevårdvårdsplatser.
- Grundbemanning är åtta personal, varav minst fyra sjuksköterskor och resterande barnsköterskor.
- Totalt 8 neonatologer. Under jourtid finns neonatalbakjour samt allmänpediatrisk primärjour och bakjour.

- 31 vidareutbildade sjuksköterskor samt 6 som går specialistutbildningen för närvarande. 27 sjuksköterskor med neo IVA-utbildning, 1 NIDCAP-utbildad observatör, 1 FINE-mentor 2 FINE-utbildade barnsköterskor.
- Nollseparation för barn födda vaginalt från v 30 + 0.

**Länssjukhuset i Kalmar:** tar hand om prematura barn från gestationsvecka 30+0. Ingen respiratorvård eller hypotermibehandling.

- 7 vårdplatser.
- Grundbemanning på neonatalavdelning utgörs av fyra vårdpersonal varav minst två sjuksköterskor.
- Specialistutbildad personal: Ingen neonatolog. Under jourtid finns allmänpediatrisk primärjour och bakjour. 14 av 21 sjuksköterskor är vidareutbildade, 1 går barnvub:en, 31 FINE-utbildade sjuksköterskor, barnsköterskor och undersköterskor.
- 14 sjuksköterskor har gått Neo-IVA-kursen i Jönköping.
- 2 NIDCAP-utbildade observatörer.
- 10 av 12 undersköterskor, 18 av 21 sjuksköterskor och 22 av 23 läkare har gått STABLE-utbildning.
- Arbetar med nollseparation för vaginala förlossningar från v 32 och FV 1500 g samt för sectio som inte kräver UVA/IVA-vård för samma patientgrupp.

**Universitetssjukhuset i Linköping:** regionuppdrag för extremprematura barn och ett av sex högspecialiserade centra i landet som vårdar prematura barn från gestationsvecka 22+0. Vårdar nyfödda barn från regionen i behov av neonatal intensivvård så som respiratorvård, hypotermibehandling och utbytestransfusion.

- Totalt 15 vårdplatser, varav ca 7 intensivvårdsplatser och 8 familjevårdsplatser. Intermediärvård ges både på IVA-sal och familjevårdrummen.
- Grundbemanning på neonatalavdelning utgörs av fyra sjuksköterskor och 7 barnsköterskor.
- Specialistutbildad personal: Totalt 10 neonatologer (4 ST i neonatologi), 18 specialistsjuksköterskor inom IVA, barn/ungdom och barnmorska, 4 NIDCAP-utbildade observatörer (läkare, sjuksköterskor och barnsköterskor). Ytterligare 2 ssk läser specialistutbildning, 1 bsk går specialistutbildning för undersköterskor i IVA/akutvård samt 2 personer läser NIDCAP-utbildning. Under jourtid finns sjukhusbunden neonatalbakjour samt allmänpediatrisk primärjour och bakjour.
- Vi har utbildat 34 st i FINE, både läkare, sjuksköterskor och undersköterskor. Vi har 5 FINE-mentorer.
- Under 2023 gick 15 personer STABLE, totalt har nu 84 medarbetare genomgått STABLE-utbildning.
- Nollseparation för vaginalt förlösta barn från v 30 + 0.

**Vrinnevisjukhuset i Norrköping:** tar hand om barn födda från gestationsvecka 29+0. Ingen respiratorvård eller hypotermibehandling.

- 7 vårdplatser.
- Grundbemanning på neonatalavdelning utgörs av två sjuksköterskor samt tre barnsköterskor vardagar, övrig tid två sjuksköterskor och två barnsköterskor.
- Specialistutbildad personal: 1 neonatolog på 25 %, 14 vidareutbildade sjuksköterskor (13 barn-VUB, 1 IVA-VUB), 2 sjuksköterskor har gått neo-IVA-utbildning 7,5 p i Jönköping.
- 21 FINE-utbildade sköterskor.
- 3 STABLE-instruktörer. 30 stycken har gått STABLE-utbildning.
- Under jourtid finns allmänpediatrisk primärjour och bakjour.
- Nollseparation för vaginalt förlösta barn från v 29 + 0.

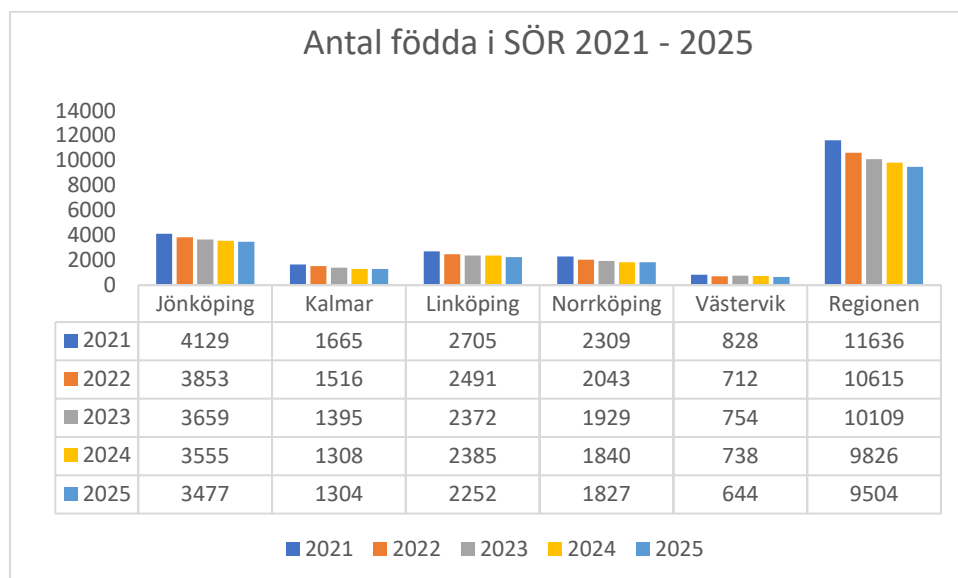
**Sjukhuset i Västervik:** tar hand om prematura barn födda från gestationsvecka 30+0. Ingen respiratorvård eller hypotermibehandling.

- 5 vårdplatser.

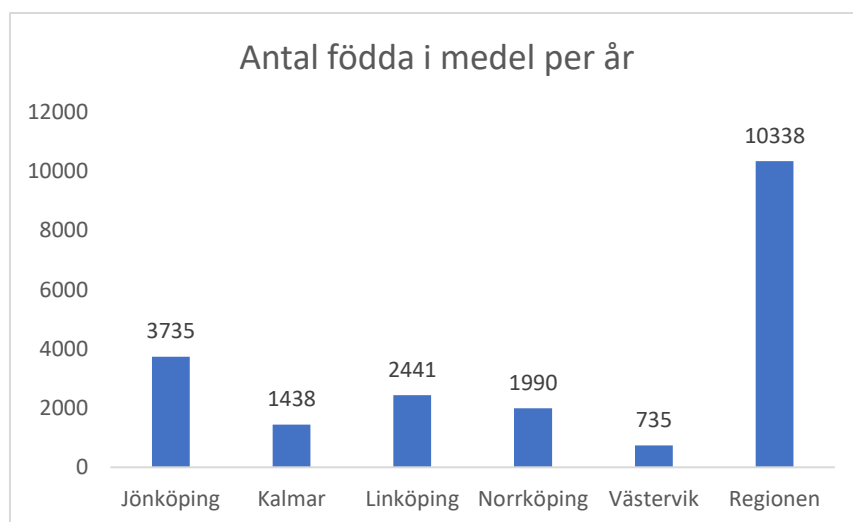
- Grundbemanning på neonatalavdelningen utgörs av en sjuksköterska och en undersköterska.
- Det finns en anställd neonatolog. Under jourtid finns allmänpediatrisk primärjour och bakjour. 13 vidareutbildade sjuksköterskor, 5 sjuksköterskor som gått neo-IVA-kursen i Jönköping. Hela kliniken har gemensamt gått FINE 1. 5 personer (1 läkare, 4 barnsköterskor) har gått FINE 2.
- Det finns 4 STABLE-instruktörer som hittills utbildat 45 läkare, sjuksköterskor och barnsköterskor i STABLE.
- Arbetar med nollseparation från v 30 + 0 vid vaginala förlossningar samt för lätt prematura och fullgångna barn utan behov av andningsstöd vid sectio.

## Födelsetal

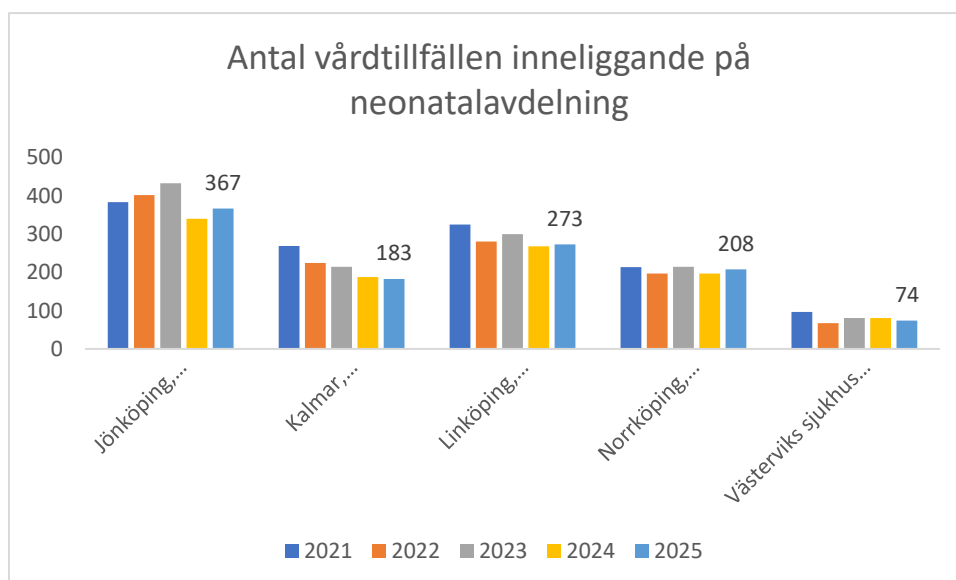
**Tabell 1. Antal födda barn under åren 2021-2025 på respektive förlossningsenhet**  
(Jönköpings data inkluderar även barn förlösta på förlossningarna i Eksjö respektive Värnamo)



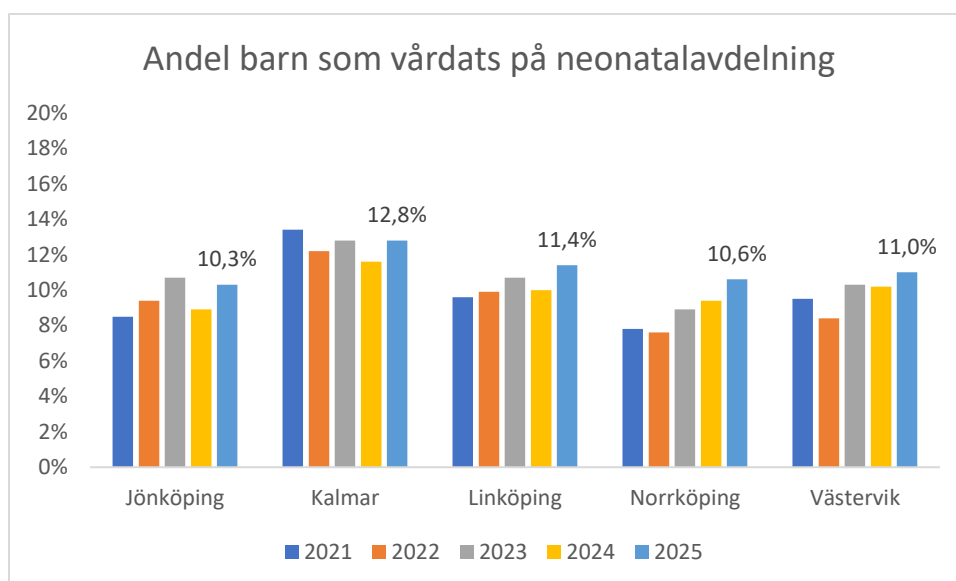
**Tabell 2. Antal födda i medel på respektive enhet (2021 - 2025)**



**Tabell 3. Antal vårdtillfällen 2021 - 2025, ineliggande neonatalvård, hemsjukvård ej inräknad**



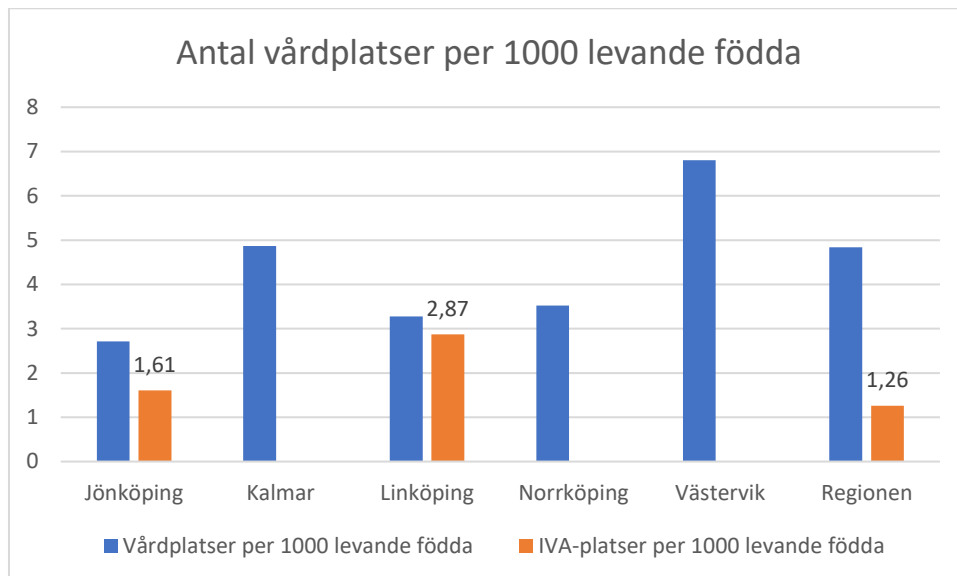
**Tabell 4. Andel barn (i %) av de som är födda på regionens förlossningsenheter, som har minst ett registrerat vårdtillfälle på någon av regionens neonatalavdelningar**



#### Kommentar

Totalt 11 % av regionens födda barn har minst ett vårdtillfälle på neonatalavdelning, hemsjukvård ej inräknat. Samtliga enheter i SÖR har en ökande andel för 2025. 3 av 4 enheter uppvisar också ett ökat antal vårdtillfällen när det gäller ineliggande vård på neonatalavdelning. Det brukar sägas att ca 10 % av nyfödda barn vårdas på neonatalavdelning efter födseln. Under år 2023 var siffran i Sverige 10,3%. En möjlig förklaring till en ökande andel vårdade barn 2025 kan vara de fortsatt sjunkande födelsesiffrorna som då möjliggör vårdplats för fler. Det skulle också kunna vara så att siffrorna speglar en del barn som varit inskrivna på neonatalavdelning, men haft sin vårdplats på BB som del av samvård.

Tabell 5. Antal vanliga vårdplatser respektive neo-IVA-platser per 1000 levande födda (baserat på ett genomsnittligt födelsetal 2021-2025).



#### Kommentar

Vi noterar i vår region, precis som i resten av landet, en fortsatt sjunkande trend för antal födda barn. Därav har antalet tillgängliga vårdplatser ökat något i regionen, även föregående år. Regionens siffra för vårdplatser ligger nu på 4,84 (2024:4,73). Antalet IVA-platser i sydöstra sjukvårdsregionen är även det något högre än förra året 1,26/1000 levande födda. **Riksgenomsnittet för vårdplatser var år 2020 4,23 neonatalvårdplatser/1000 levande födda, och 1,2 Neo-IVA-platser/1000 levande nyfödda** (Källa: SNQ's Årsrapport 2020). Ny statistik håller på att sammanställas på nationell nivå.

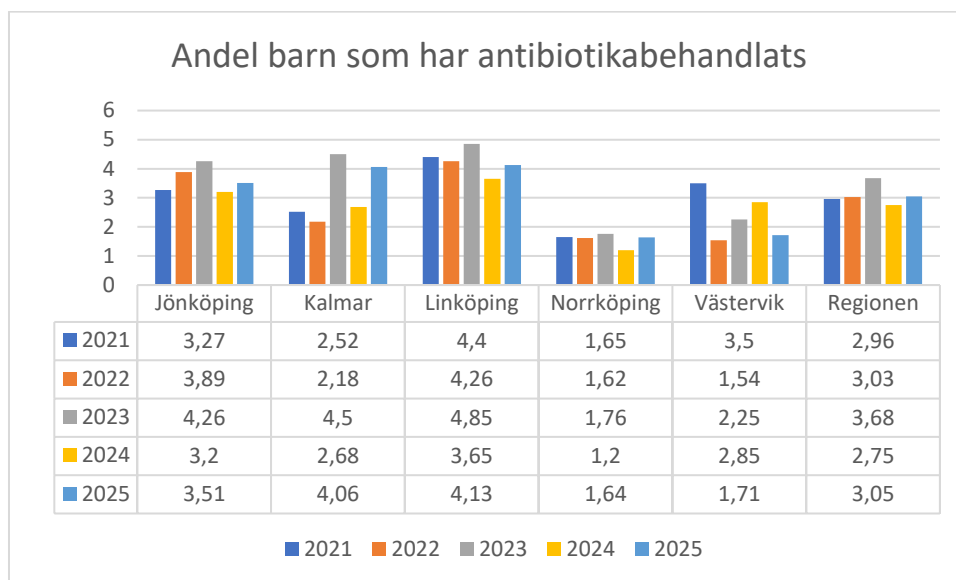
Det finns lokala skillnader vilket kan ge en buffert i systemet, och vi vill verka för ett fortsatt gott samarbete där de olika enheterna kan avlasta varandra i händelse av platsbrist.

Våra olika neonatalavdelningar arbetar under olika förutsättningar, där Jönköping tar hand om det största antalet barn och även hanterar prematura barn ned till gestationsvecka 27+0 medan Linköping står för den högspecialiserade neonatala intensivvården och tar hand om de extremprematura barnen ned till v 22+0. Neonatalavdelningarna i Västervik, Kalmar och Norrköping hanterar fullgångna och måttligt prematurfödda barn, men har ingen respiratorvård av nyfödda, och inte heller aktiv kylbehandling.

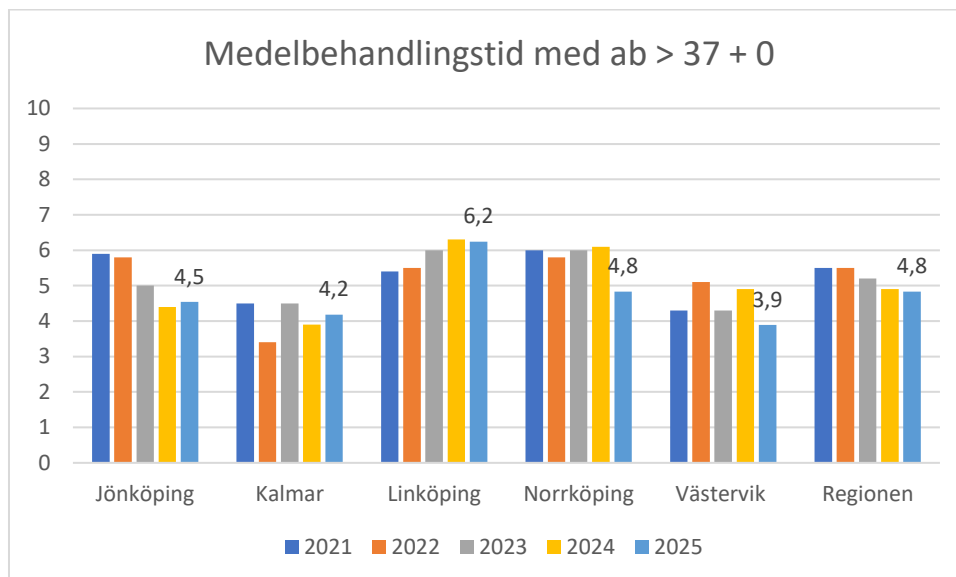
Det bedrivs på alla enheter i SÖR ett arbete för att minska, och försöka helt undvika, separation av mor, partner och barn (nollseparation) under vårdtiden. Flera sjukhus är del av studier inom området. Många har aktiva samarbeten mellan inblandade kliniker (kvinno-, anesthesi- och intensivvård och barnkliniken) på sitt sjukhus för att ta fram PM för rutiner vid snitt, prematur förlossning, asfyxi, sugklocka och samvård för mor och barn.

## Antibiotika

Tabell 6. Andel (i %) av nyfödda som behandlats med antibiotika, 2021 – 2025



Tabell 7. Medelbehandlingstid med antibiotika (1-21 dagar), fullgångna barn, 2021 – 2025



Kommentar:

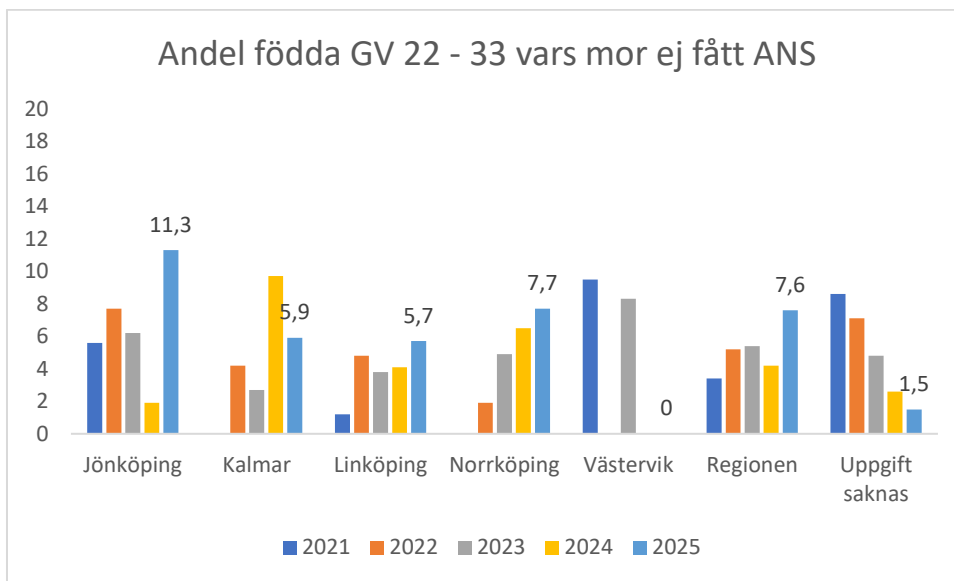
Andelen barn som antibiotikabehandlas neonatalt varierade 2025 i vår region mellan 1,6 och 4,1 %. Sista fem åren har andelen i SÖR legat ganska stadigt runt 3 %. Sjukhusen tar emot olika typer av barn utifrån gestationsvecka, intrauterina kända missbildningar, tillväxthämning etc vilket påverkar risken för antibiotikabehandling och förklarar en del av den variation vi ser mellan våra enheter. Vi strävar fortsatt efter att behandla rätt barn med antibiotika, och att sätta ut den behandling som inte verkar gynna barnet. Behandlingstiden för antibiotika har fortsatt sjunka i vår region vilket vi ser som positivt och ett tecken på att vi använder oss av den utsättningsguide som publicerats av neonatalföreningen. Många väljer att snabbt sätta in

antibiotikabehandling hos ett kritiskt sjukt, men vill sedan snabbt avveckla behandlingen (helst inom 36 – 48 timmar) i de fall allvarlig infektion kunnat avskrivas utifrån klinik, lab-svar och odling.

## UPPFÖLJNING TIDIGARE FOKUSOMRÅDEN

### Antenatala steroider

Tabell 8. Antenatala steroider – andel (%) av alla födda GV 22-33 som enl SNQ inte fått AS 2021 – 2025



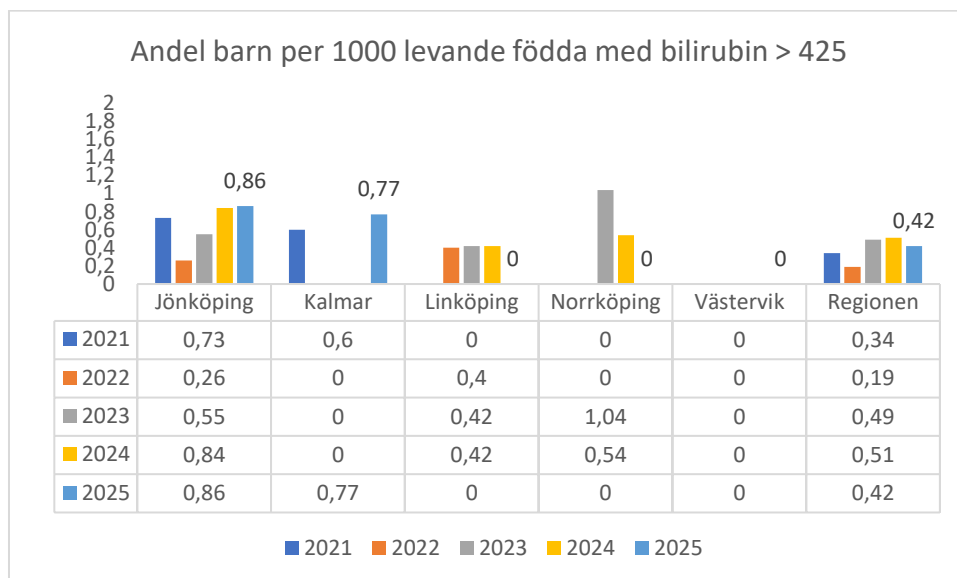
#### Kommentar

Antenatala steroider givet till mor vid hotande prematur förlossning, ökar överlevnad, minskar akuta komplikationer och förbättrar långtidsresultat. **Målvärdet** som därför starkt rekommenderas är att **> 90 % av alla prematurfödda ska ha erhållit behandling före födelsen**. Måluppfyllelsen nationellt för barn födda under GV < 33 var år 2024 92 %. (Neonatalvårdsregistrets årsrapport 2024).

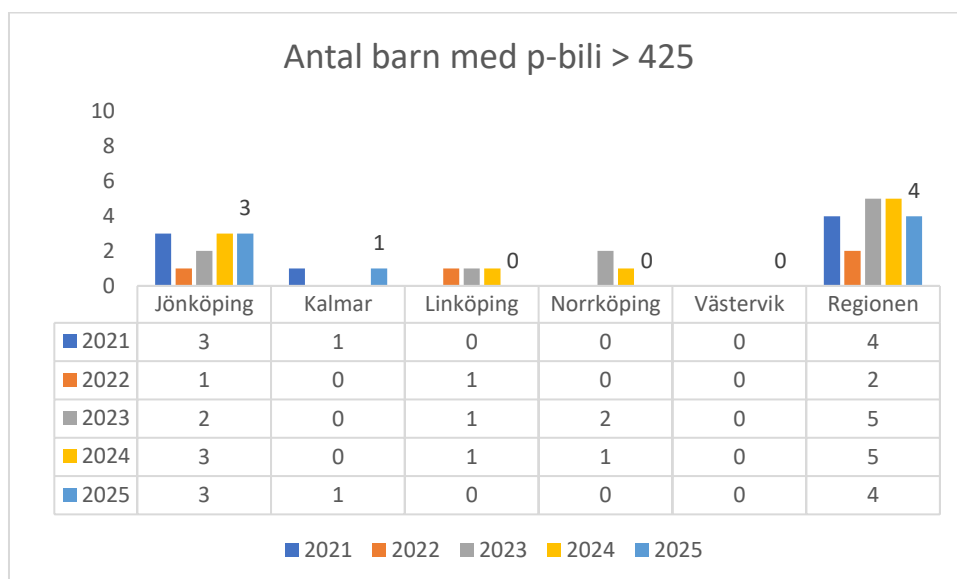
I SÖR gavs ANS till 92,4% av mödrar som födde barn i GV 22 – 33 under 2025. Det är också glädjande att se att andelen med uppgift saknas har minskat före varje år i regionen de sista fem åren. Vi ser också att siffrorna förbättrats även för tidigare år, vilket sannolikt innebär att registreringen uppdaterats i efterhand.

## Extrem hyperbilirubinemi

Tabell 9. Andel barn med högsta bilirubinvärde > 425 umol/l per 1000 levande födda, 2021 – 2025



Tabell 10. Antal barn med P-bilirubin > 425 på respektive enhet



### Kommentar

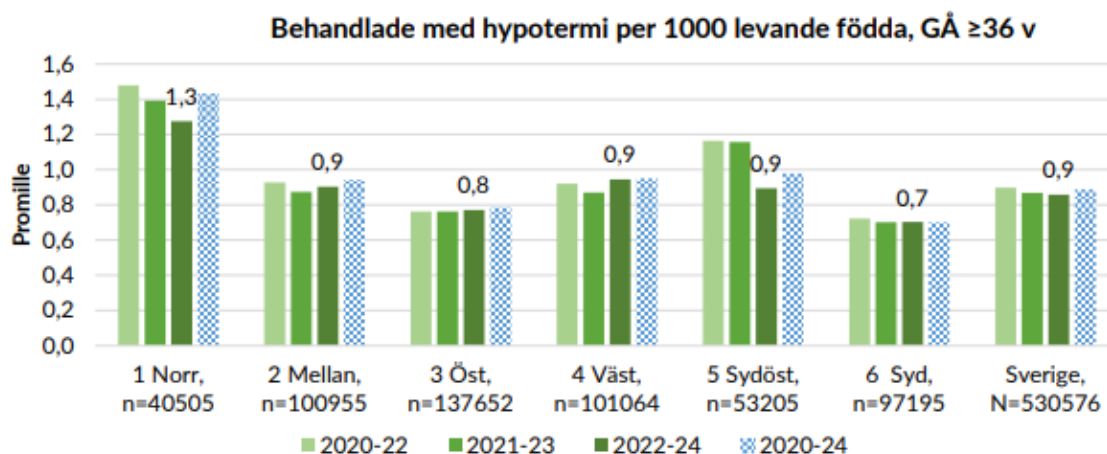
Ett bilirubinvärde över 425 är extremt högt, och bör vara undvikbart i de allra flesta fall. Nationellt sågs en säkerställd ökning av antal barn med farlig ikterus 2009-2017, där flera barn i Sverige drabbades av kernikterus. Det har talats om nolltolerans, men förslaget **målvärde** i årsrapporten 2024 är riksgenomsnittet på **0,9 per 1000 levande födda barn**. Målvärdet har tidigare varit < 0,25.

Vi ägnade regiondagen inom neonatologi 2019 åt detta ämne och samtliga sjukhus i vår sjukvårdsregion har infört det nationella vårdprogrammet kring hyperbilirubinemi som kom 2019. Efter det sågs i vår region en minskande andel barn med svår hyperbilirubinemi. 2023 – 2024 steg andelen ånyo, men 2025 sjönk den till aktuellt 0,42 per 1000 levande födda barn vilket är klart under riksgenomsnittet. Eftersom det rör sig om enstaka barn, bör de lätt kunna identifieras för att kunna kartlägga om lokala rutiner har följts. Här tror vi att

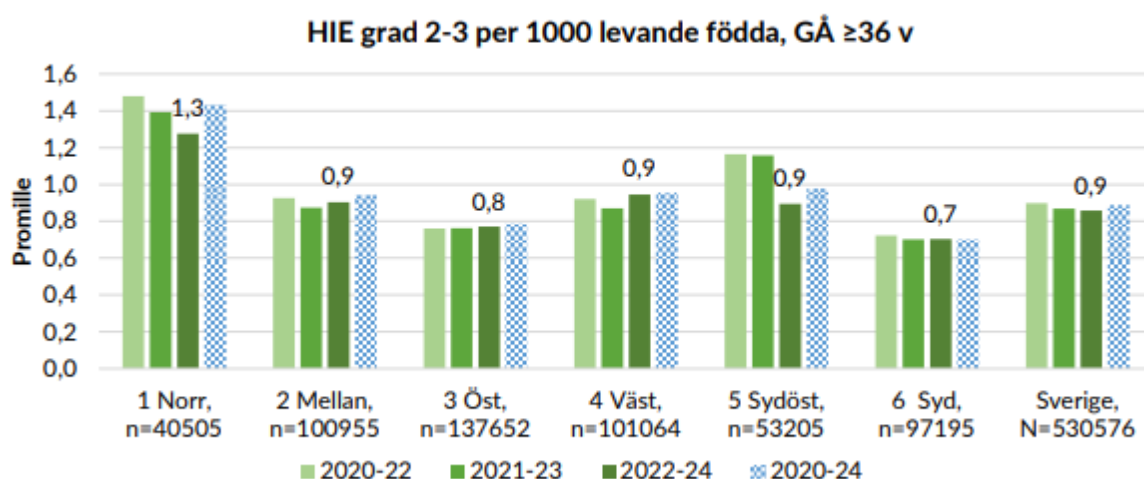
det arbete som gjorts för att säkra tillgång till uppföljning av vikt och bilirubin på BB- eller amningsmottagning under barnets första vecka, är helt avgörande. Det har tidigare funnits stora skillnader i möjlighet att följa upp barn efter hemgång från BB, både för stöd runt amning och omkontroll av bilirubin. Under 2025 publicerades ett nyare vårdprogram som ännu inte implementerats i sin helhet i SÖR.

## Kylbehandling

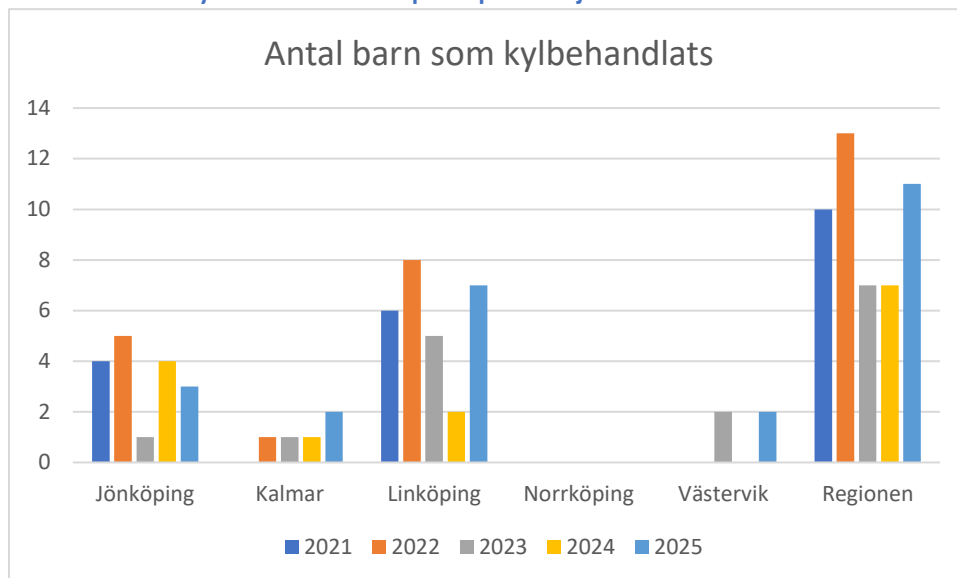
Tabell 11. Andel barn som kylbehandlats efter asfyxi per 1000 levande födda 2020 – 2024. Tabell med aggregerade data från SNQ:s årsrapport 2024.



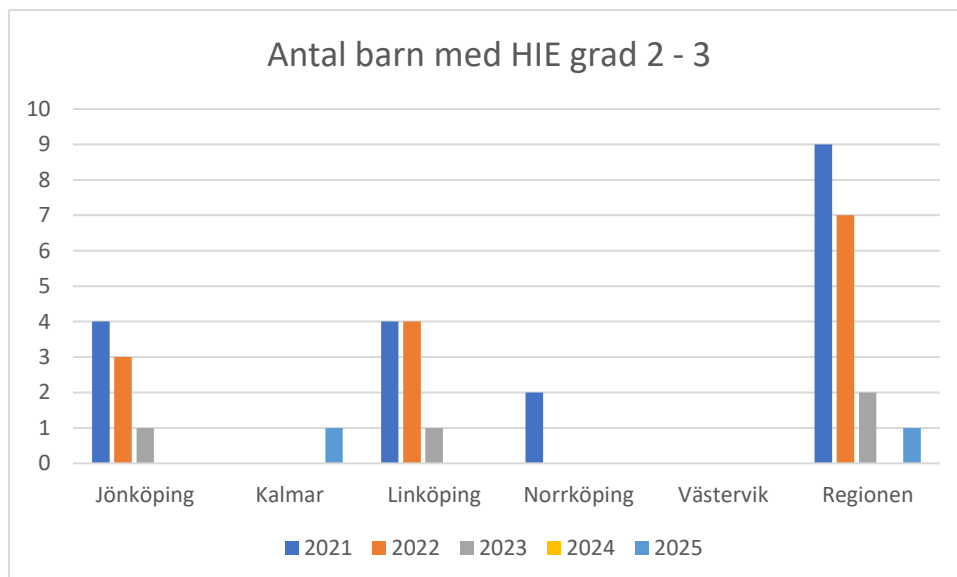
Tabell 12. Andel barn med HIE 2 – 3 per 1000 levande födda. Tabell med aggregerade data från SNQ:s årsrapport 2024.



Tabell 13. Antal kylbehandlade barn på respektive sjukhus 2021 – 2025



Tabell 14. Antal barn med HIE grad 2 - 3 på respektive sjukhus 2021 – 2025



#### Kommentar

Kylbehandling efter asfyxi har starkt vetenskapligt stöd och leder till minskad dödlighet samt färre bestående funktionshinder hos överlevande barn. Svenska neonatalföreningen rekommenderar att behandlingen centraliseras till sjukhus med ett årligt underlag på minst 10 patienter. **Målvärdet är satt till att > 90 % av barn som uppfyller kriterier för kylbehandling ska kylbehandlas** (SNQ:s årsrapport 2024). Sista åren har man ändrat B-kriterierna för beslut om kylbehandling, till att bli mer frikostiga. De barn som har neurologisk påverkan efter asfyxi, med tecken till HIE 2 – 3, uppfyller kriterier för kylbehandling. Eftersom inte alla kriterier (A- och B) i nuläget registreras i SNQ, är måluppfyllelse i regionen och nationellt svår att rättvist bedöma.

Andel som kylbehandlades efter asfyxi var nationellt 0,9 per 1000 levande födda (GV > 36) Det förelåg ingen oförklarad variation mellan landets storregioner (SNQ:s årsrapport 2024).

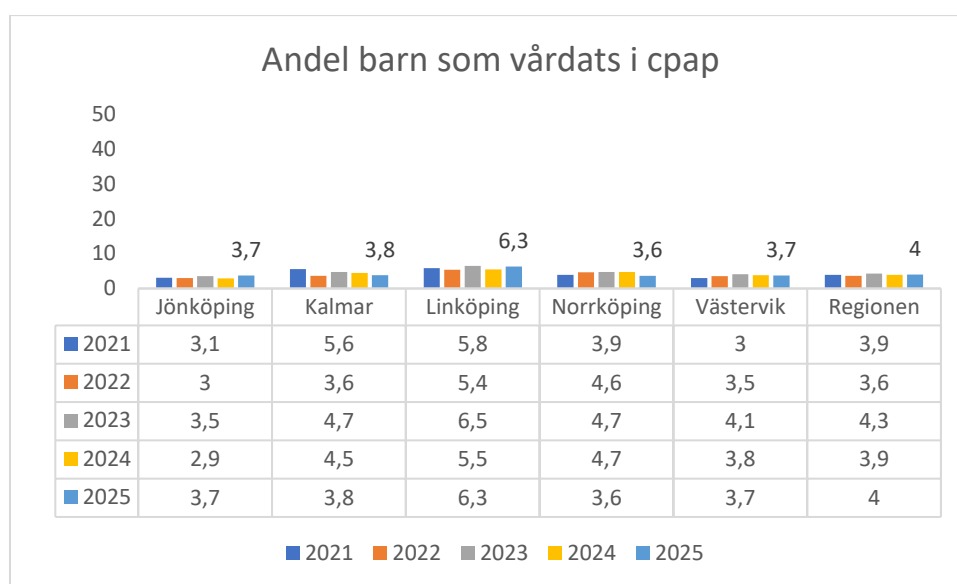
I SÖR kylbehandlades under år 2025, 11 stycken barn. Eftersom det föds knappt 10 000 barn i regionen årligen, ger det en andel på 1,1 barn per 1000 levande födda.

Av de barn i SÖR som noterats ha HIE grad 2 – 3, kylbehandlades 78 % 2021, 100 % 2022 och 50 % 2023. Under 2024 hade inga barn i SÖR en registrerad HIE grad 2 – 3. Det enda barn som i SNQ noterades ha HIE grad 2 – 3 år 2025, kylbehandlades inte.

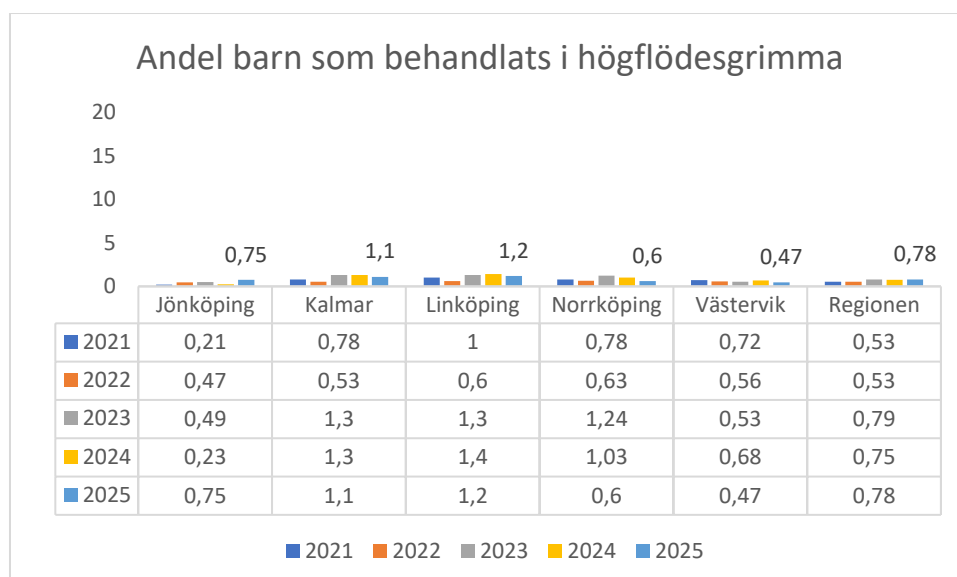
Vi hade 2022 kylbehandling som tema på vår regiondag, och gjorde inför det en best practice genomgång med journalgranskning. Det kommer sannolikt bli aktuellt att ånyo upprepa den granskningen för att säkert se att vi kylbehandlar de barn som behöver.

## Andning – surfaktant, cpap och högflödesgrimma

Tabell 15. Andel barn som vårdats i cpap på respektive enhet 2021 - 2025



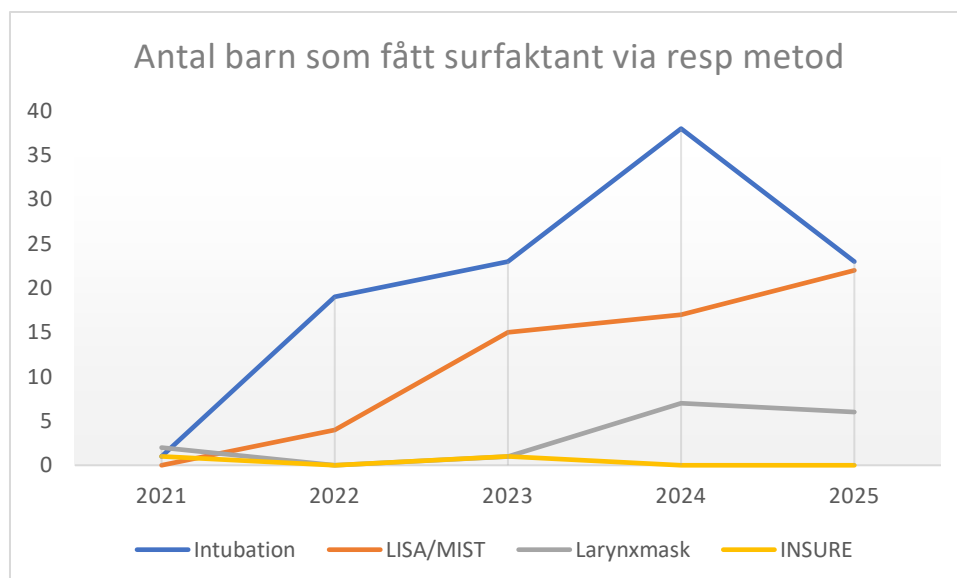
Tabell 16. Andel barn som vårdats i högflödesgrimma på respektive sjukhus 2021 – 2025



Tabell 17. Administration 1:a dos surfaktant på respektive sjukhus 2021 - 2025

Distinkt antal av BarnID Sjukhus	UtskrivnÅr	2021	2022	2023	2024	2025	Totalt
☒ Jönköping, Länssjukhuset Ryhov (22010)							
1 Intubation		1	5	3	8	2	19
2 LISA/MIST		0	0	1	0	8	9
3 Larynxmask		2	0	0	4	1	7
4 Insure		1	0	0	0	0	1
☒ Kalmar, Länssjukhuset (25010)							
1 Intubation		0	1	2	3	1	7
2 LISA/MIST		0	1	2	0	0	3
3 Larynxmask		0	0	1	3	2	6
☒ Linköping, Universitetssjukhuset (21001)							
1 Intubation		0	10	14	22	18	64
2 LISA/MIST		0	3	11	17	14	45
☒ Norrköping, Vrinnevisjukhus (21013)							
1 Intubation		0	2	0	3	1	6
2 LISA/MIST		0	0	1	0	0	1
3 Larynxmask		0	0	0	0	3	3
☒ Västerviks sjukhus (24010)							
1 Intubation		0	1	4	2	1	8
3 Larynxmask		0	0	0	2	0	2
4 Insure		0	0	1	0	0	1
<b>Totalt</b>		<b>4</b>	<b>23</b>	<b>40</b>	<b>64</b>	<b>51</b>	<b>181</b>

Tabell 18. Antal barn som fått 1:a dos surfaktant via repsektive metod i SÖR 2021 - 2025



#### Kommentar

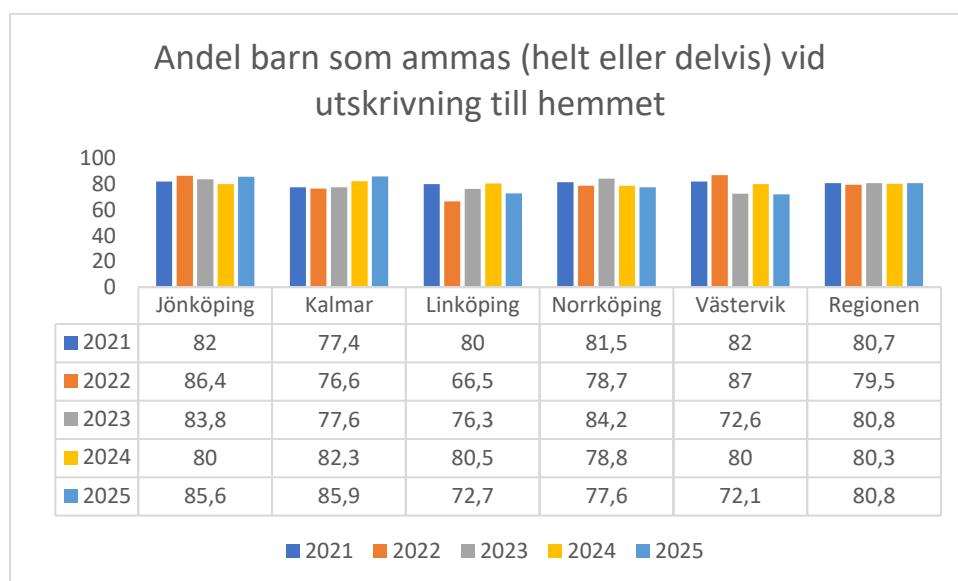
Andelen barn som vårdats i cpap varierar år 2025 mellan 3,6 och 6,3 % på regionens sjukhus. Sista fem åren har andelen i regionen legat ganska stadigt runt 4 %. För högflödesgrimmor är motsvarande siffror 0,47 – 1,2 och i regionen 0,78. Den högsta andelen barn i behov av andningsstöd återfinns på vår mest specialiserade enhet, vilket förklaras av ett mer vårdkrävande patientunderlag. Det finns dock en del skillnader mellan de övriga enheterna i regionen som kan vara av värde att titta närmare på.

Regiondagen 2023 ägnades åt ett nytt sätt att administrera surfaktant, via larynxmask (SALSA), som alternativ behandling vid RDS. Flera sjukhus i regionen saknar tillgång till neonatolog dygnet runt, och behöver därför samarbeta med narkosläkare vid intubation och administrering av surfaktant. Möjligheten till SALSA kan

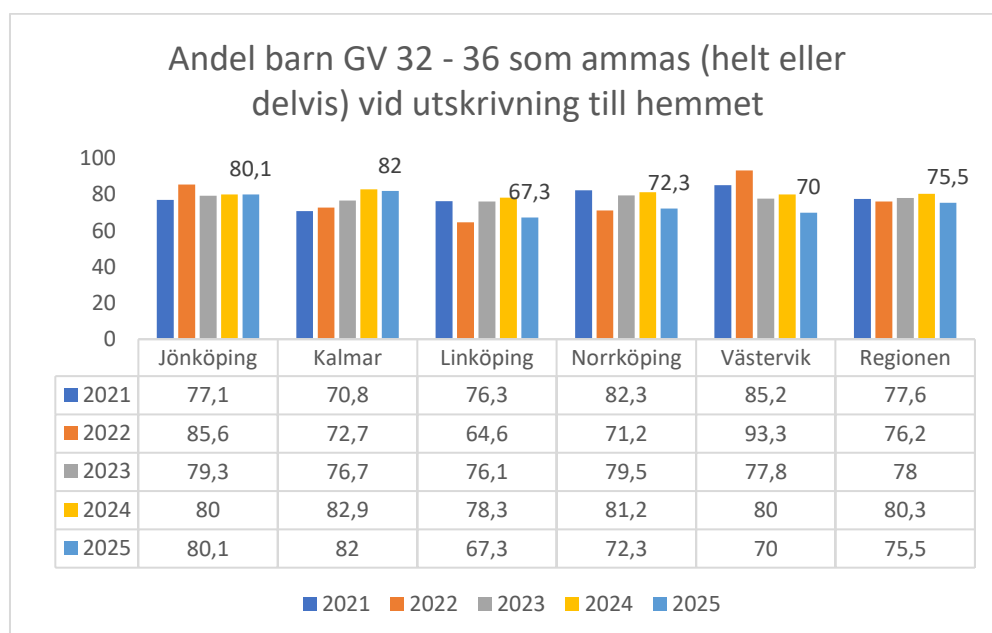
sannolikt öka tillgängligheten till behandling i tid vid RDS, och därmed minska risken för komplikationer. Sista åren har man kunnat registrera "administration 1:a dos surfaktant" i SNQ reg, även om registreringen ännu inte är komplett. Vi ser att antalet barn som fått sin första dos surfaktant via metoden LISA har fortsatt öka, medan det för SALSA ökat till 7 år 2024 och sedan 6 barn år 2025. Det rör sig dock om få barn och sannolikt saknas många registreringar av metod.

## Amning

**Tabell 19. Andel (%) av alla barn som ammas (helt eller delvis) vid utskrivning till hemmet, från avdelning eller hemsjukvård**



**Tabell 20. Andel (%) av alla barn GV 32 – 36 som ammas (helt eller delvis) vid utskrivning till hemmet, från avdelning eller hemsjukvård**



Kommentar:

Gällande samtliga gestationsåldrar finns ett **nationellt målvärde på att minst 80% av mödrar till barn som vårdats på neonatalavdelning ska amma helt eller delvis vid utskrivning.**

I SNQ's årsrapport 2020 kan läsas att: "Amning och bröstmjölkstillförsel har en rad hälsobefrämjande effekter. Amning vid utskrivning till hemmet samvarierar med barnets mognad vid utskrivning, samt tillgång på hemvård. Samtliga neonatalavdelningar i Sverige arbetar för att främja amning. Amning vid utskrivning till hemmet betraktas som en indikator på lyckad neonatalvård."

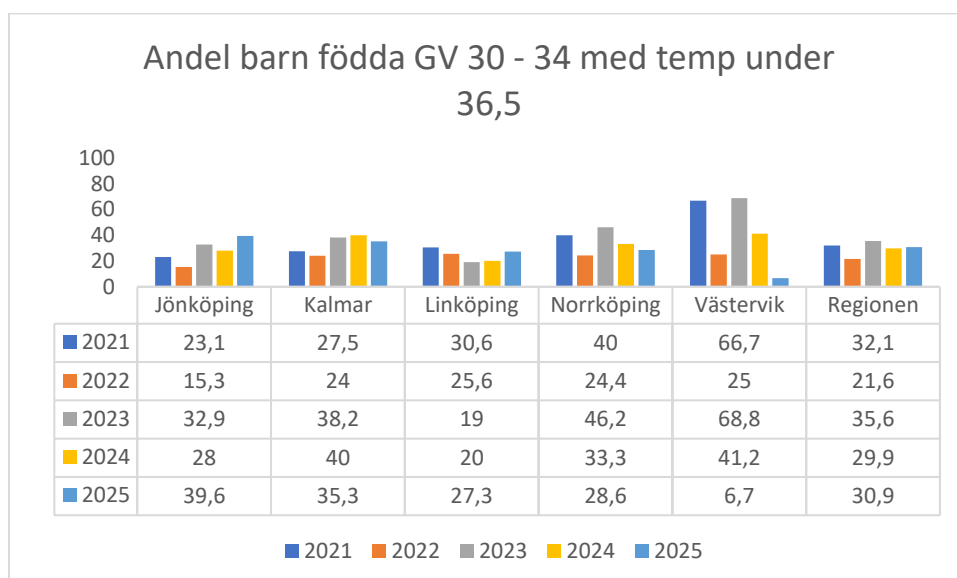
I SÖR varierar andelen barn som ammar 2025 mellan 72,1 och 85,9 %. När det gäller barn födda lätt prematurt i v 32 – 36 varierar andelen som ammar mellan 67,3 och 82 %. I regionen som helhet ligger vi stadigt på 80 % sista fem åren. För de prematura barnen varierar motsvarande siffra under femårsperioden i regionen mellan 75 – 80 %.

2024 års regiondag hade just tema amning och berörde bl.a. vikten av tidig bröststimulering och hjälp och stöd vid pumpning. På flera enheter arbetar man med colostrumkit för att nå tidigare bröststimulering. Även arbetet runt nollseparation och obruten hud-mot-hudkontakt, tros kunna förbättra amningsstatistiken. Det finns enheter som uppvisar en sjunkande amningsfrekvens sista åren där det kan vara värt att arbeta mer aktivt för att försöka bryta trenden. En ny amningsutbildning är på gång på flera enheter, vilket vi hoppas kan bidra till förbättrade siffror på sikt.

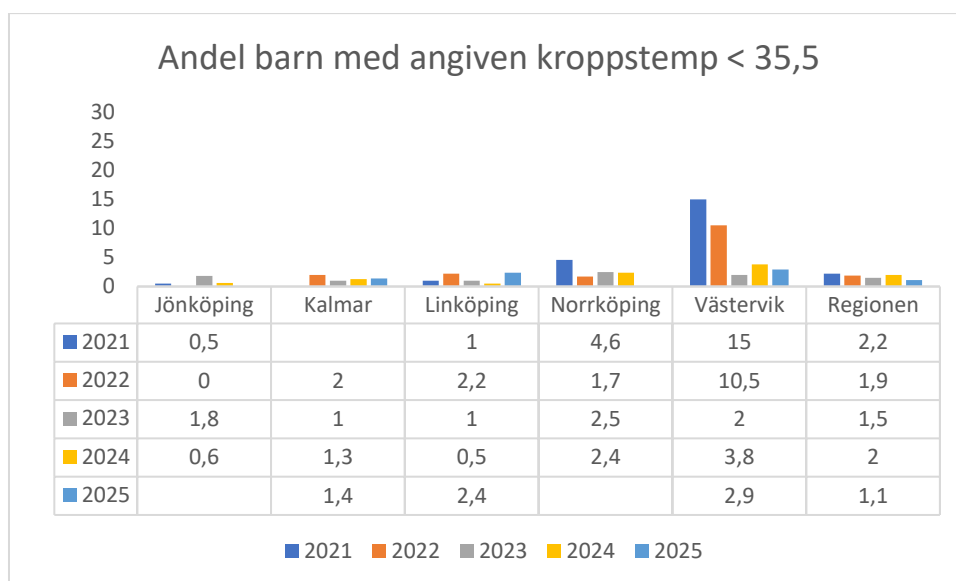
## ÖVRIGA MEDICINSKA OCH OMVÅRDNADSRESULTAT

### Låg kroppstemperatur, köldstress och nedkylning

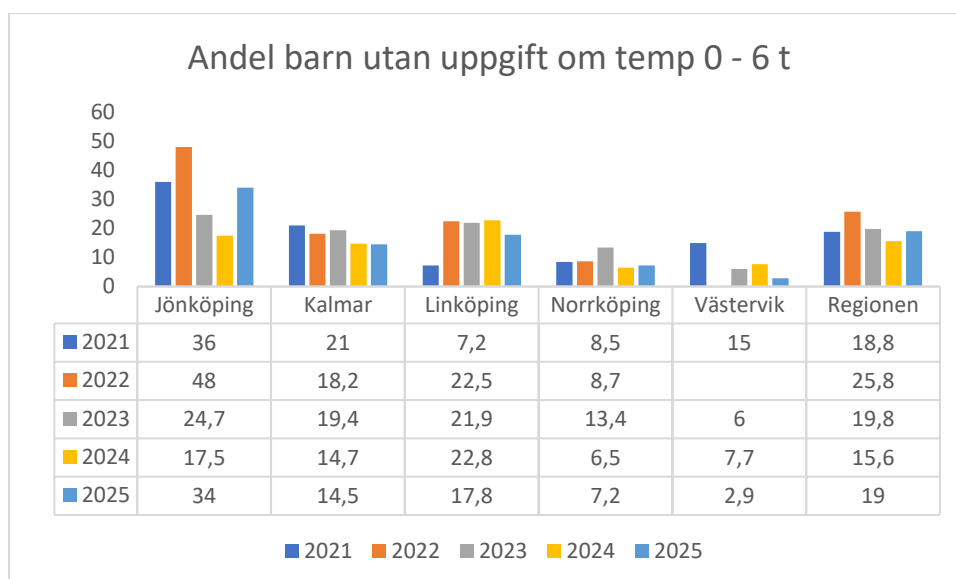
Tabell 21. Andel barn (%) födda i GV 30 – 34 med angiven kroppstemperatur < 36,5 0-6 t efter partus (2021 – 2025)



**Tabell 22. Andel barn (%) inlagda på neoavd, alla gestationsåldrar, med lägsta kroppstemp < 35,5 0 – 6 t efter partus, 2021 – 2025. Första vårdtillfället. Från gynop/förlossning. Eksjö, Värnamo ej med.**



**Tabell 23. Andel barn där uppgift om temp 0 – 6 t saknas. Första vårdtillfället. Från gynop/förlossning. Eksjö, Värnamo ej med.**



#### Kommentar

Att verka för att hålla både fullgångna och prematura barn varma, utgör på många sätt, basen i neonatalvården. Om man lyckas hålla barnets kroppstemperatur normal, minskar risken för andra komplikationer så som t.ex. hypoglykemi. Temperatur under 36,5 kallas för köldstress och temperatur under 36,0 nedkylning.

**Det nationella målvärdet är att mindre än 5 % av barnen har en kroppstemperatur under 36,5 i temperatur (köldstress), och att inga barn utsätts för temperaturer under 36,0 (nedkylning).** (SNQ:s årsrapport 2024)

Andelen barn med nedkylning är inte noll i vår region, men har sjunkit sista året till 1 % (varierande mellan 0 – 2,9 på de olika enheterna). En enhet har minskat tydligt i förekomst av nedkylda barn, men har fortsatt ett arbete att göra för att närma sig noll.

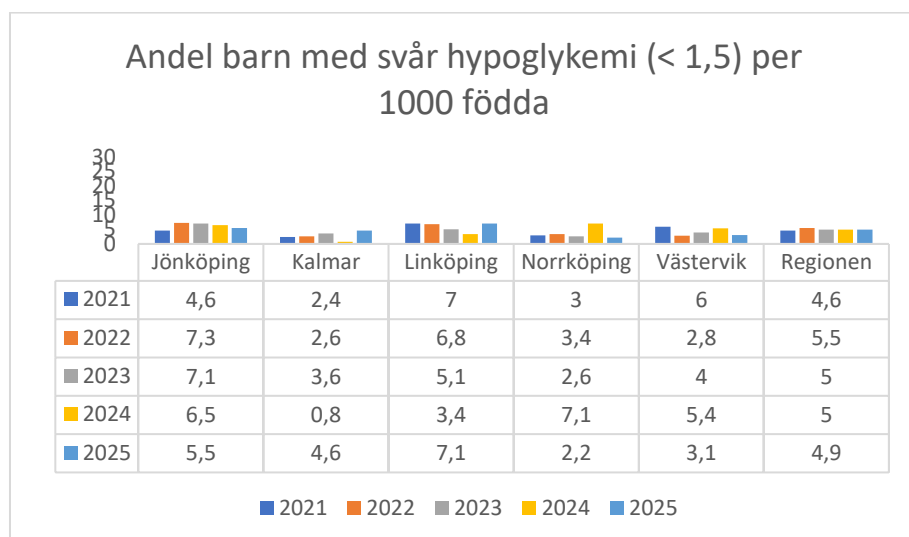
Andelen lätt prematurfödda barn (födda v 30 - 34) med låg kroppstemp har sista året sjunkit på flera av våra enheter. Andelen varierade mellan 6,7 – 39,6 %, så det finns fortsatt mycket att göra för att nå målvärdet < 5 % för den här gruppen.

Med ett ökat fokus på att hålla våra nyfödda varma, bör också registreringen av temperatur de första 6 timmarna öka. Här varierar frekvens av uppgift saknas mellan 2,9 och 34 %. Då räknas bara barn som har sitt första vårdtillfälle och som läggs in direkt från förlossning och gynop. För Jönköping räknas ej barn födda i eksjö eller värnamo med i statistiken, eftersom temperaturkontroll då kan ha skett på dessa enheter. För alla dessa barn borde temperatur vara av värde att följa. Det blir också svårt att göra jämförelser eller bedriva förbättringsarbete om vi inte registrerar temperatur på en så stor andel av barnen.

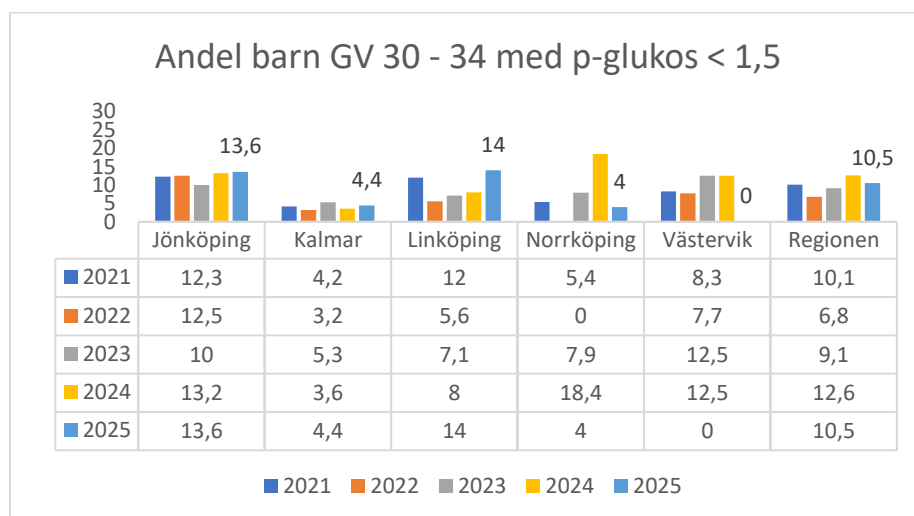
Vi behöver verka för att andelen barn med låg kroppstemperatur minskar ännu mer i vår region. För att bättre kunna följa detta, behöver vi öka registreringen i SNQ. Detta är särskilt viktigt när det på flera enheter, planeras och genomförs en förändring gällande omhändertagande av barn på förlossningsall för att minska separation av barn och förälder. Det är viktigt att vi noga utvärderar detta och försäkrar oss om att det inte samtidigt innebär en ökning av andel kalla barn.

## Hypoglykemi

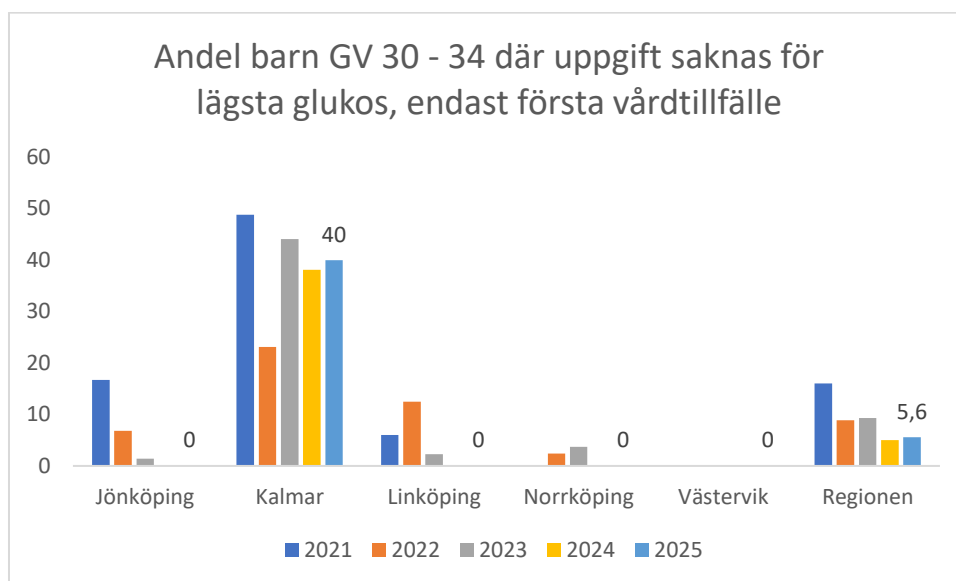
Tabell 24. Andel barn med svår hypoglykemi (< 1,5) per 1000 levande födda, 2021 – 2025



Tabell 25. Andel barn (%) GV 30 – 34 med p-glukos < 1,5, 2021 – 2025



Tabell 26. Andel barn födda GV 30-34 där uppgift saknas för lägsta glukos, endast första vårdtillfälle medräknat.



#### Kommentar

Ur SNQ's årsrapport 2020: "Svenska Neonatalföreningen har utarbetat ett nationellt vårdprogram för att förebygga, upptäcka och behandla neonatal hypoglykemi bland barn på BB och på neonatalavdelning. Ett särskilt uttalat mål är att helst undvika helt, snabbt upptäcka och effektivt behandla blodsockervärden under 1,5 mmol/L. Svår hypoglykemi kan orsaka bestående hjärnskada"

**Sveriges genomsnitt, andel barn med p-glukos < 1,5 efter 3 timmars ålder per 1000 födda: 5,6 (SNQ:s årsrapport 2023)**

I vår region varierar andelen barn per 1000 födda mellan 2,2 och 7,1. Det kan antas finnas skäl för viss variation i regionen utifrån att vi vårdar barn med olika vårdbehov och därmed olika risk för hypoglykemi utifrån prematuritet eller annan sjuklighet. Nationellt ser man på flera sjukhus en sjunkande andel barn med svår hypoglykemi. Den utvecklingen noterar vi även på flera av våra sjukhus i SÖR. Andelen barn i regionen ligger dock oförändrat runt 5 per 1000 sista åren.

När man enbart analyserar data för barn födda v 30-34, som alla sjukhus tar hand om primärt, kvarstår tydliga skillnader. Vi vet att barn födda prematurt, har en ökad risk för hypoglykemi, och aktiva åtgärder för att motverka detta, behöver vidtas i varje fall. Eftersom även låg kroppstemperatur ökar risken för hypoglykemi, finns sannolikt möjlighet till förbättring av flera parametrar med hjälp av små medel. Förhoppningen är att de sjukhus som har bättre resultat, kan verka för att sprida goda exempel i regionen. Här kan hospitering mellan enheter även bidra till att sprida viktiga omvårdnadsåtgärder i hela personalgruppen.

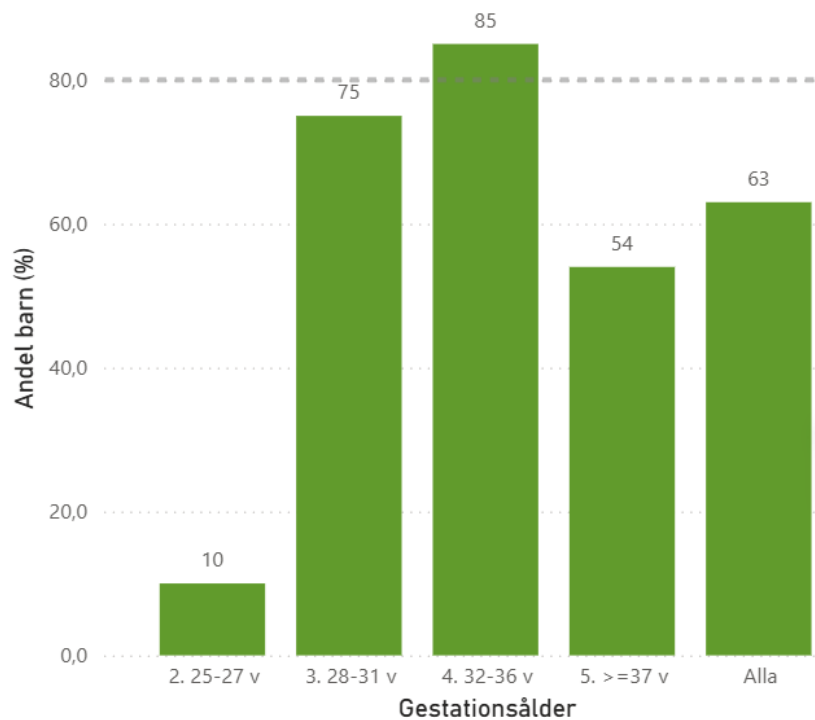
Del av skillnaden i förekomst av låga blodsocker verkar förklaras av bristande registrering i SNQ, där just lägsta glukosvärde fortfarande inte registreras på en stor andel barn som fötts prematurt på vissa sjukhus.

Vi har under 2025 genomfört en granskning enligt best practice av de barn som fått hypoglykemi med värden under 1,5, för att se hur väl omhändertagandet följt riktlinjer och PM. Den granskningen presenterades på vår regiondag 2025 och gav upphov till diskussioner i våra olika yrkesgrupper. Det har även nyligen presenterats ett nytt nationellt PM om hypoglykemi vilket behöver implementeras på våra enheter under året.

## Hud mot hud

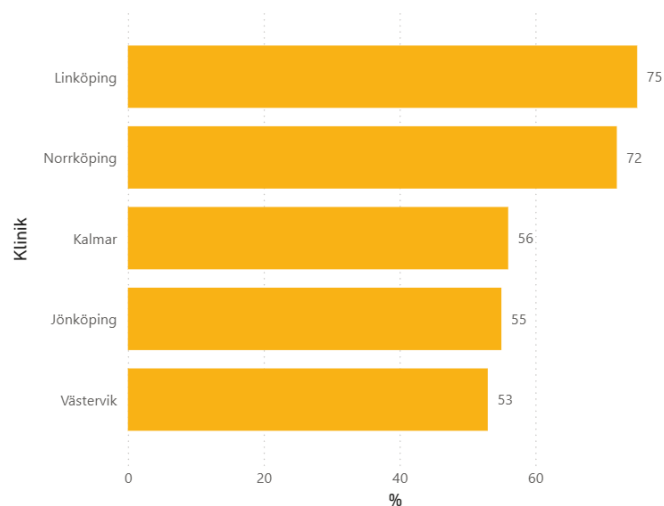
Tabell 27. Andel barn (%) som vårdats HmH första levnadsdygnet i SÖR 2024 -2025. Målvärde 80 %.

Andel barn (%) som vårdats hud-mot-hud (HmH) under första levnadsdygnet. Målvärde: >80%.



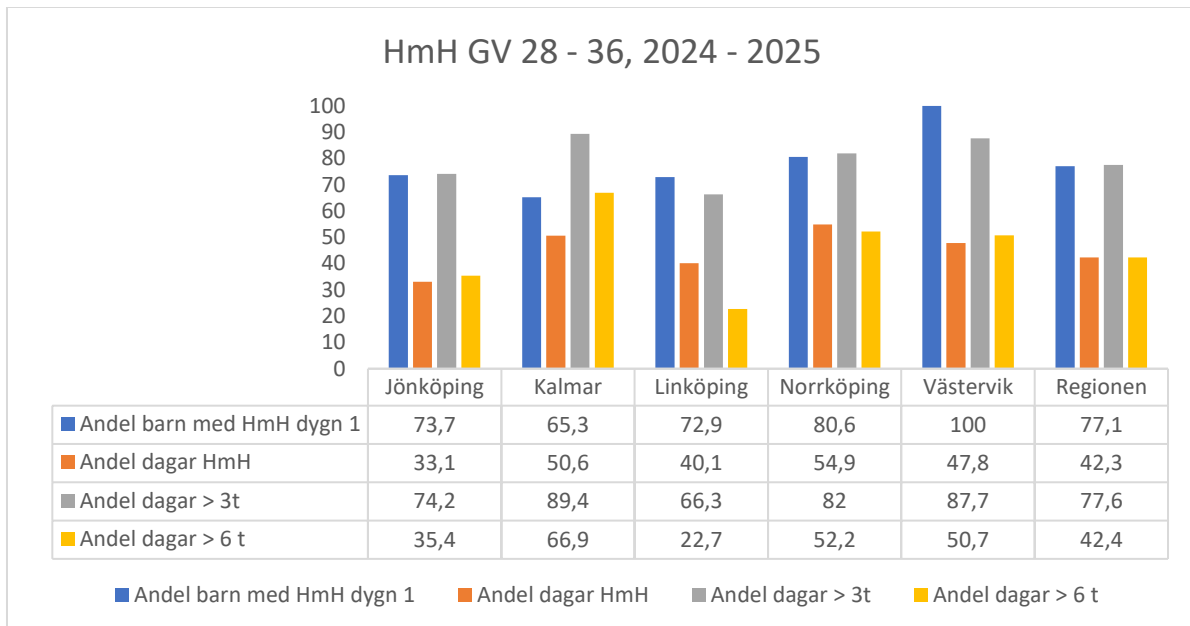
Tabell 28. Andel barn (%) med minst en registrering av HmH-vård de första två veckorna 2024 – 2025

Andel (%) barn med minst en registrering av HmH-vård de första 2 veckorna per sjukhus



Andel (% hela landet) med uppgift om tidpunkt för 1:a HmH	42
Andel (% hela landet) med minst en registrering av HmH de första 2 veckorna	63

Tabell 29. Andel barn med HmH dygn 1 GV 28 – 36 2024 – 2025



#### Kommentar

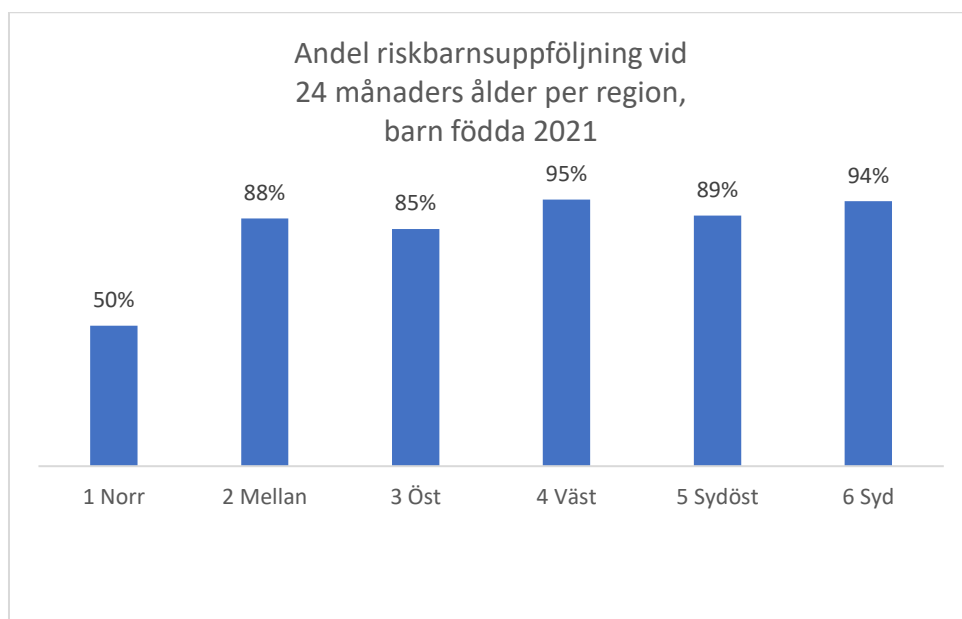
Hud-mot-hudvård (HmH) underlättar amning och förbättrar föräldra-barn-anknytningen. Hos barn födda prematurt kan tidig hud-mot-hudvård förbättra kardiorespiratorisk stabilitet utan att öka risken för hypotermi (Källa Neonatalvårdsregistrets årsrapport 2023). Rekommendationen är därför stark med ett **målvärde att > 80 % av mycket tidigt födda barn bör ha vårdats HmH första dygnet**. Datan till ovanstående grafer kommer från omvårdnadsrapporten.

I årets statistik i SÖR noteras att det är framförallt de mycket för tidigt, och till viss del de måttligt prematura barnen som vi registrerar HmH på. De extremt prematura barnen ligger lägre i angiven HmH-vård, vilket är förväntat. Om man tittar på de prematura barnen födda v 28 – 31, vårdades 75 % HmH första dygnet under 2024 – 2025. Motsvarande siffra för barn födda v 32 – 36 var 85 %. Om man istället tittar på hela gruppen barn vårdade på neonatalavdelning som någon gång under sina första 2 veckor har registrerad HmH-vård, ligger flera enheter i regionen under riksgenomsnittet på 63 %.

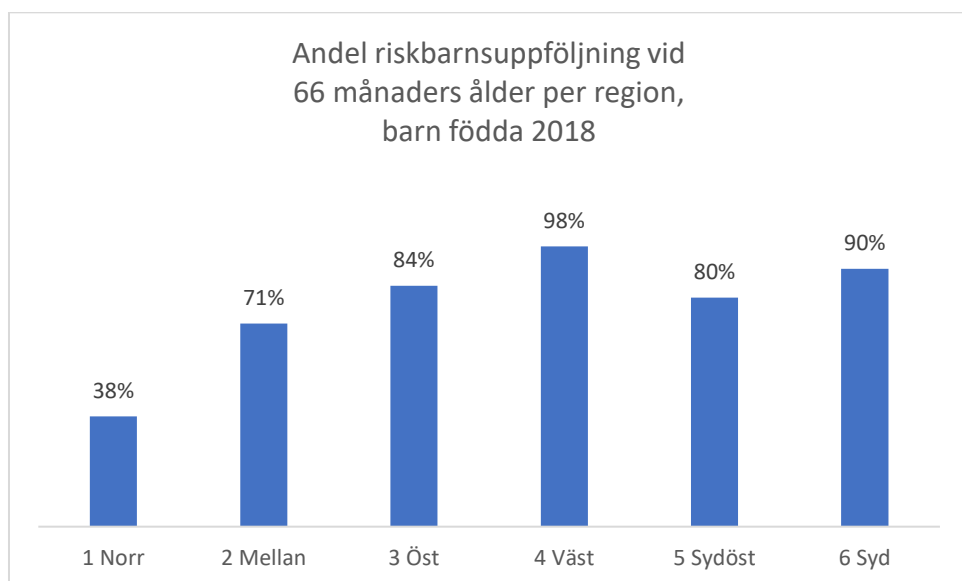
För gruppen prematurer födda v 28 -36 varierar andelen barn med vård HmH första dygnet mellan 65 och 100 % och andel dagar med HmH mellan 33 och 55 %. Det finns skillnader mellan våra enheter som delvis förklaras av vårdnivå, men också kan vara av värde att undersöka närmare. Det har tidigare saknats bra data men vi ser nu en ökad registrering som på många enheter sköts av föräldrarna inne på samvårdssalar. Med en ökad registrering har vi värden att följa och förbättra.

## Riskbarnsuppföljning

**Tabell 30. Andel extremprematurer som har registrerad riskbarnsuppföljning vid 24 månaders ålder, fördelat per region.**



**Tabell 31. Andel extremprematurer som har registrerad riskbarnsuppföljning vid 66 månaders ålder, fördelat per region.**



### Kommentar

Neonatal riskbarnsuppföljning är ett nationellt uppföljningsprogram där flera professioner så som barnläkare, fysioterapeut och psykolog har separata viktiga delar. Uppföljningen registreras i SNQ vid 2-års (24 mån) ålder samt vid 5,5-års (66 mån) ålder. Syftet är både att fånga upp tidiga symtom för att möjliggöra en så bra vård som möjligt, och att kunna utvärdera den vård vi bedriver för våra sjukaste patienter. Ovanstående tabeller gäller gruppen extremprematurer (barn födda före GV 28). Det finns tydliga skillnader mellan regionerna. Sydöstra sjukvårdsregionen placerar sig ungefär mitt i med 89 % registrerade 2-årsuppföljningar (för extremprematurer födda 2021), och 80 % registrerade 5,5-årsuppföljningar (barn födda 2018). Här finns utrymme för förbättring. I den här gruppen bör alla barn ha genomförda och registrerade besök och kontroller.

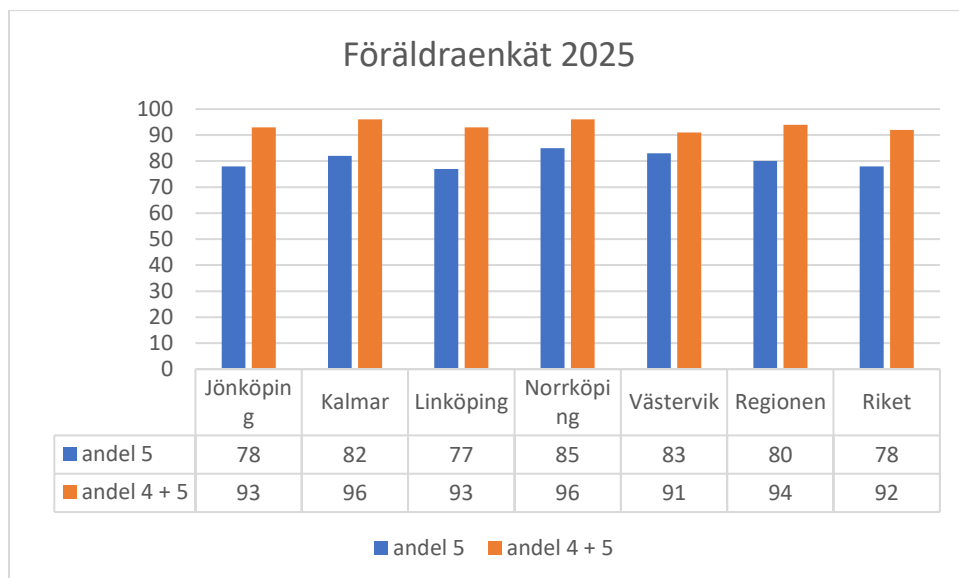
## Föräldraenkäten

Föräldraenkäten skickas ut som SMS ett par veckor efter utskrivning från avdelningen. SMS skickas ut till över 80% av alla som varit inlagda på neonatalavdelning. Frågorna speglar 5 dimensioner: Respekt och bemötande, Information och kunskap, Delaktighet och involvering, Kontinuitet, förtroende och smärta och slutligen Helhetsintryck. Nedanstående 15 frågor utgör enkäten, och besvaras med en skala från 1 – nej, inte alls till 5 – ja, helt och hållet. Enkäten är anonym. Fråga 3, 4, 7 (och till viss del 12) är de frågor som uppvisar mest variation nationellt.

### Frågor

- 1. Bemötte personalen barnet med medkänsla och omsorg?
- 2. Blev du bemött med respekt och värdighet?
- 3. Om personalen pratade med varandra om barnet, gjordes du delaktig i samtalet?
- 4. Fick du tillräckligt med information om barnets vård/ behandling?
- 5. Fick du tillräckligt med information om vart ni skulle vända er när barnet skrivits ut från neonatalvården?
- 6. Förklarade läkaren/vårdpersonalen behandlingen på ett sätt som du förstod?
- 7. Gjorde vårdpersonalen dig delaktig i besluten beträffande barnets vård/ behandling?
- 8. Tog vårdpersonalen hänsyn till dina/era egna erfarenheter och synpunkter på barnets hälsotillstånd?
- 9. Var du delaktig i besluten beträffande barnets vård/ behandling i den utsträckning du önskade?
- 10. Innan barnet skrevs ut, togs beslut om nästa steg i barnets vård/ behandling?
- 11. Kände du förtroende för den vårdpersonal som barnet träffade?
- 12. Om barnet vid vistelsen kände smärta, fick barnet snabbt hjälp med smärtlindring?
- 13. Anser du att ditt barns aktuella behov av vård/ behandling har blivit tillgodosett?
- 14. Hur upplevde du vistelsen som helhet?
- 15. Skulle du rekommendera vårdavdelningen till någon annan i er situation?

**Tabell 32. Andel som svarat 5 resp 4 + 5 i procent för samtliga frågor i föräldraenkäten under 2025**



### Kommentar

Glädjande är våra familjer fortsatt nöjda med den vård som bedrivs på regionens neonatalenheter. I Sverige som helhet låg andelen 5:or på 78 % under 2025. I SÖR låg 4/5 sjukhus på eller högre än det, med en variation mellan 77 och 85 %. När vi istället tittar på andel 4:or och 5:or, som båda får anses vara ett väldigt bra resultat,

ser det ännu bättre ut. I hela Sverige är andelen 92 % under 2025. 4/5 av regionens sjukhus ligger över detta resultat.

Det finns fortsatt förbättringspotential och under öppen redovisning på snq:s hemsida kan varje enhet titta tillbaka på specifika frågor som man vill följa eller arbeta vidare med. Det går då också att jämföra sig med riket och de andra sjukhusen i regionen. Generellt i landet noteras att föräldrar till barn födda lätt prematurt v 32 – 36 är de som är nöjdast med vården. Svarefrekvensen nationellt har stigit från 34 % (2020 – 2022) till aktuellt 44 %.

Flera sjukhus, däribland Jönköping, använder sig av en kompletterande föräldraenkät som tagits fram av en annan regional samarbetsgrupp som fokuserar på barn och familjecentrerad vård. Västerviks sjukhus ringer upp samtliga familjer för att utvärdera vårdtiden telefonledes, och fånga upp eventuella frågor eller funderingar.

## AKTUELLA UTMANINGAR, FOKUSOMRÅDEN OCH LÅNGSIKTIGA MÅL

Under år 2026 kommer temat för vår regiondag att vara PPHN och hypotermi.

I rapporten och vid sammanställning av data till denna, blir det tydligt att det för många parametrar saknas fullständigt ifyllda uppgifter i SNQ. Det gäller uppgifter som borde vara enkla att fylla i, så som huruvida antenatala steroider getts till modern och vilken temperatur och blodsocker barnet haft. Vi vill för att underlätta fortsatt arbete med neonatal statistik i regionen, titta närmare på hur väl SNQ fylls i på våra enheter. Vi vill även uppmärksamma de stora problem som låg kroppstemperatur kan leda till, och lyfta omvårdnaden runt barnet med värme och vård hud mot hud som på många sätt är själva basen i neonatalvården.

Samtliga enheter kommer via journalgranskning och genomgång i SNQ, titta på tio barn med låg kroppstemperatur (< 36,0) under de första 6 timmarna. Resultatet kommer att diskuteras och sammanställas för hela RAG-gruppen, och sedan presenteras på den årliga neonatala regiondagen där samtliga personalkategorier medverkar.

Vi har fortsatt valt att inkludera uppgifter om aktuell bemanning, vårdplatser, vårdnivå och vidareutbildning i rapporten. Dessa uppgifter hittar ni under processmått i början av rapporten där våra olika avdelningar beskrivs. Tanken är att det är av värde att kunna jämföra bemanning mellan enheterna och ta lärdom av varandras arbete för en god arbetsmiljö där all personal kan känna att de har förutsättningar att göra sitt jobb bra. Vi vet att det händer mycket inom neonatologin nu, framförallt gällande familjecentrerad vård och nollseparation. Det har häromåret publicerats ett kunskapsdokument som rekommenderar vård under obruten hud mot hud-kontakt under barnets första timmar och därefter samvård. Vi i SÖR vill fortsätta verka för att sådan vård kan bedrivas på ett patientsäkert sätt för alla barn i vår region. Det kan vara så att nollseparation innebär ett behov av ökad grundbemanning.

Vi kommer också att fortsatt följa tidigare fokusområden så som förekomst av extrem hyperbilirubinemi, att de barn som uppfyller kriterier faktiskt kylbehandlas, att behandlingen av de prematura barnens lungsjukdom RDS, sker enligt de riktlinjer som finns, att vi verkar för tidig bröststimulering och stöd runt pumpning för att öka amningsfrekvensen och att behandlingen av hypoglykemi sker enligt de nya riktlinjerna. Vi kommer även att arbeta för att öka andelen genomförda och registrerade riskbarnsuppföljningar.

### **För sydöstra sjukvårdsregionens neonatala RAG (regionala arbetsgrupp),**

**Cecilia Kåremyr**, barnläkare och neoansvarig, Västerviks sjukhus.