

Intrauterin fosterdöd i Region Skåne 2014-2018

Rapport från Region Skånes expertgrupp för förlossningsvård, som kompletterande aktuell regional information, till den rapport som Socialstyrelsen presenterat 2018.

<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/21170/2018-12-36.pdf>

Avsikt med rapporten:

- Att besvara de frågor som kommit från Hälso- och sjukvårdsdirektören, tjänstemän och politiker i Region Skåne med anledning av Socialstyrelsens rapport.
- Att beskriva aktuell incidens av intrauterin fosterdöd i Region Skåne, i relation till riket som helhet, och aktuell trend över tid.
- Att i en Regional handlingsplan föreslå åtgärder för att minska förekomsten av intrauterin fosterdöd under graviditeten.

Data som presenteras i rapporten är inhämtade från Graviditetsregistret, och i vissa fall lokalt på förlossningsenheterna. Nedan används förkortningen IUFD för intrauterin fosterdöd, dvs. fosterdöd i livmodern under graviditeten.

Bakgrund

Andelen graviditeter i Sverige som kompliceras av intrauterin fosterdöd minskade parallellt med en minskning av dödligheten hos nyfödda barn under 1900-talet. Under perioden 1980-2005 var minskningen dock marginell, och sedan 2005 har vi inte sett någon minskning. Incidensen är idag cirka 3,7 per 1000 graviditeter, dvs. ungefär ett barn av 270 dör under graviditeten. Samtidigt har incidensen i omgivande länder fortsatt att minska, och är idag lägre i t.ex. Danmark och Finland (ca 2,6 per 1000 graviditeter) än i Sverige.

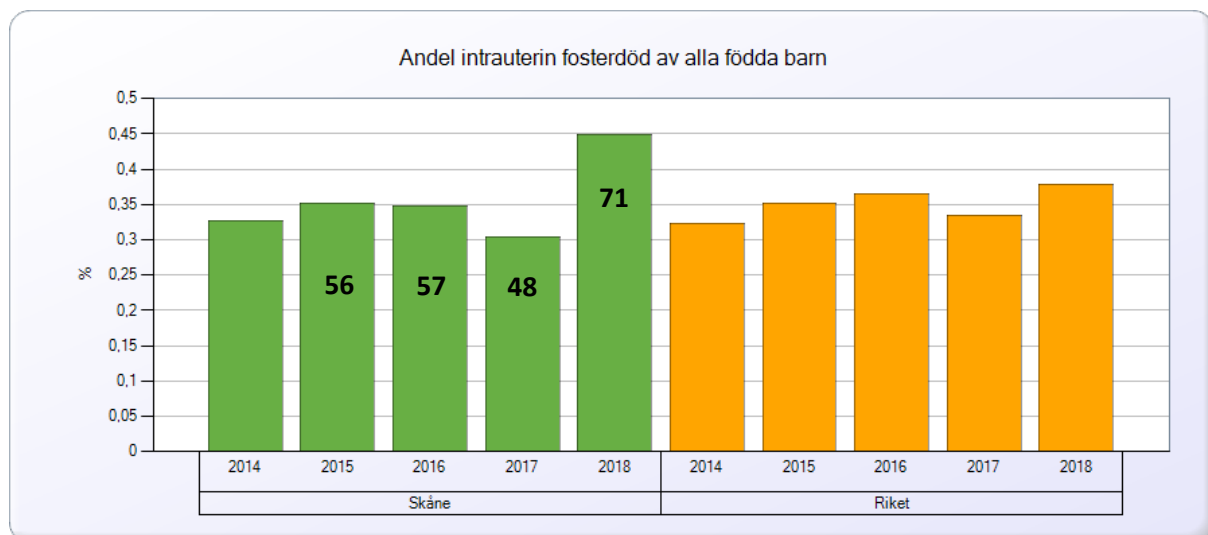
En bidragande förklaring till att vi inte lyckats fortsatt förbättra resultaten är att andelen gravida med ökad risk för komplikationer, inklusive IUFD, successivt har ökat. Incidensen av IUFD är betydligt högre hos kvinnor med övervikt och fetma, hos äldre kvinnor, och kvinnor födda i vissa utomeuropeiska regioner, fr.a. Afrika. För att uppnå förbättrade resultat trots dessa demografiska förändringar måste vården anpassas efter dessa förutsättningar.

I en aktuell rapport från Socialstyrelsen över intrauterin fosterdöd i Sverige 2008-2016 påvisades regionala skillnader i andel IUFD i fullgången tid som inte förklaras av demografiska skillnader. Andelen fosterdöd innan fullgången tid var förhållandevis låg i Region Skåne, jämförbar med Stockholms Läns Landsting, men var signifikant högre i fullgången tid.

Skillnaderna talar för att incidens av intrauterin fosterdöd är påverkbar av insatser i vården. Detta tillsammans med att incidensen i Region Skåne under 2018 varit oväntat hög är skäl att ta fram en regional handlingsplan med målsättningen att minska antalet dödfödda barn.

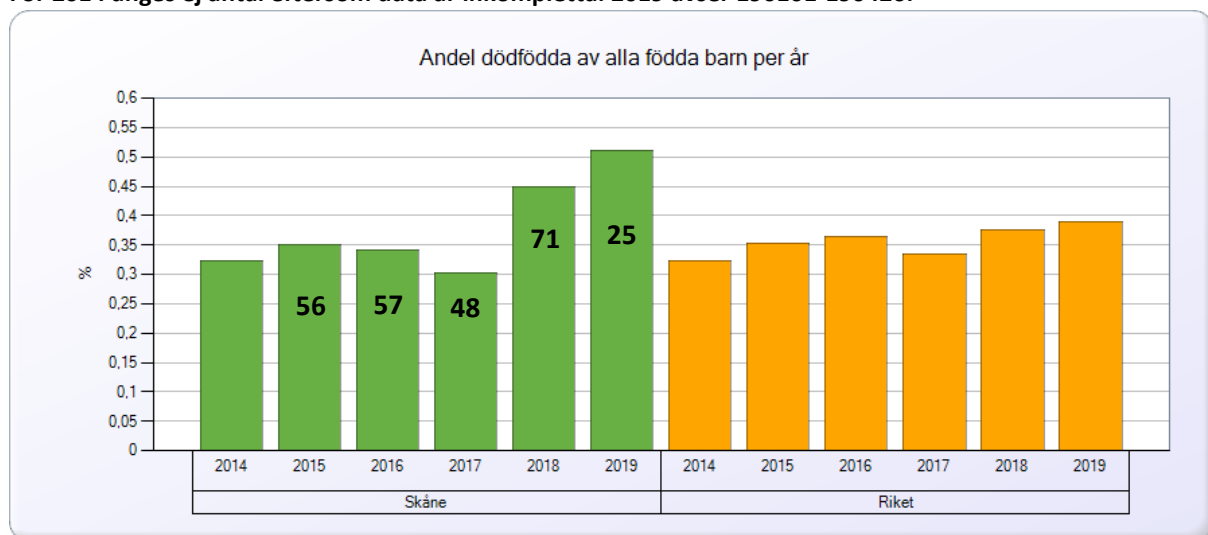
Incidens

Andelen graviditeter komplicerades av intrauterin fosterdöd har under perioden 2014-2017 varit på ungefär samma i Skåne som i Sverige som helhet (2017 lägre i Skåne). År 2018 var dock andelen IUFD oväntat hög i Skåne, 0,45%.

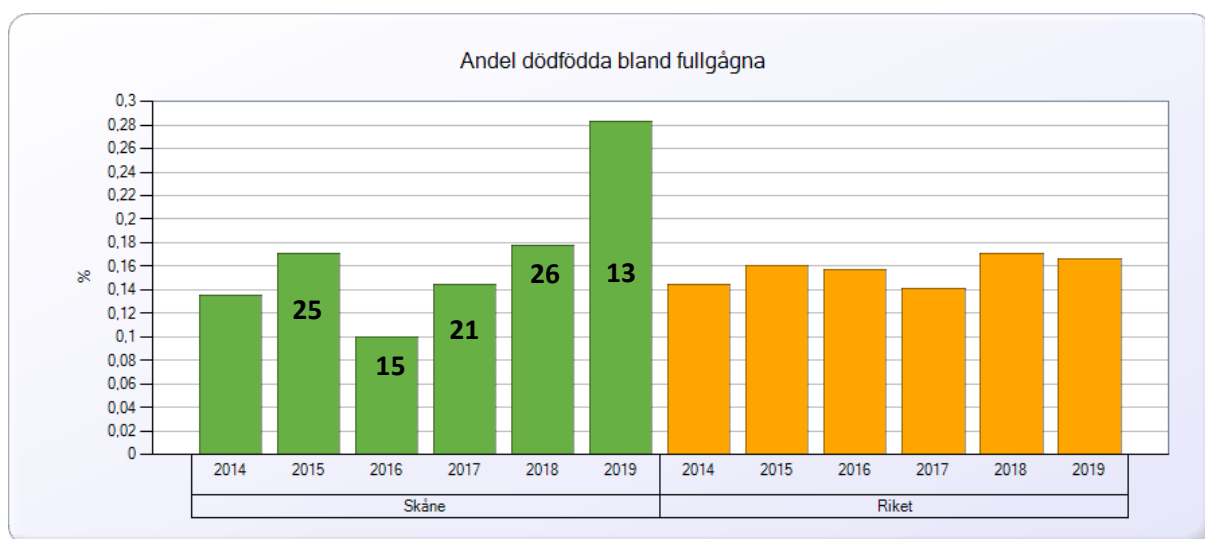


Även om slumpvariationen är betydande för en kort tidsperiod är det ett observandum att andelen intrauterint döda barn under första kvartalet 2019 legat ännu högre än 2018:

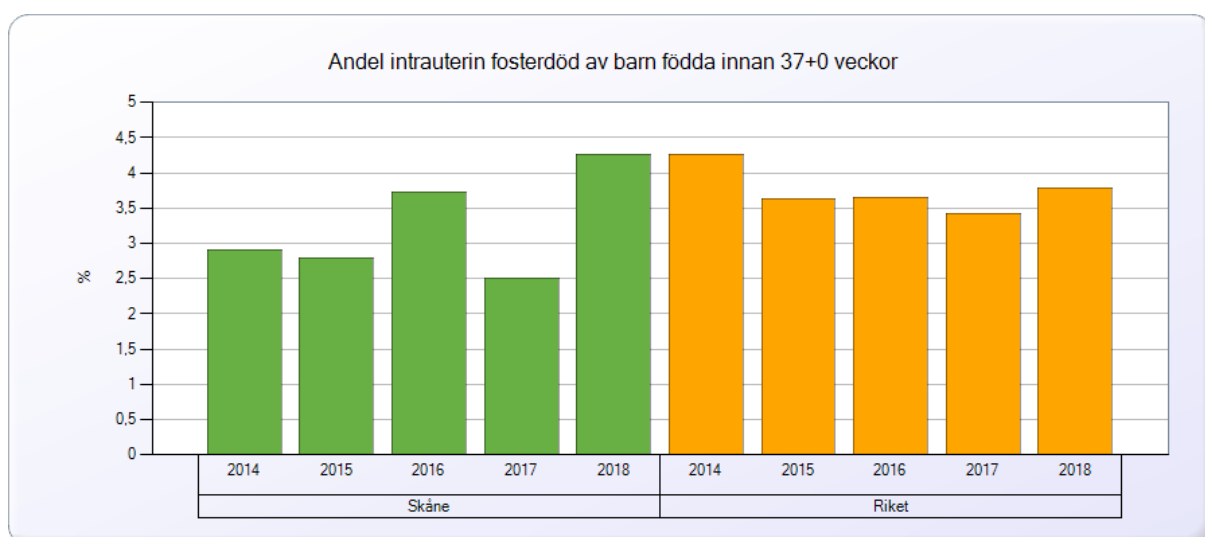
Siffrorna i fetstil anger antalet barn som dött i livmodern under graviditeten per år. För 2014 anges ej antal eftersom data är inkompleta. 2019 avser 190101-190426.



Bland fullgångna graviditeter (37+0 veckor eller mer):



Innan fullgången tid:



Här följer en jämförelse i utfall mellan de skånska sjukhusen. Det ska beaktas att det handlar om ett litet antal barn, och att skillnader därför kan vara betingade av slumpen. Det ska också beaktas att i de allra flesta fall har fosterdöden inträffat i hemmet innan patienten inkom till sjukhus.

Jämför man andel fosterdöd mellan de skånska sjukhus där patienten fött sitt barn 2014-18, var den något över riksgenomsnittet (3,5 per 1000) i Kristianstad och Lund (4 per 1000), vid riksgenomsnittet i Helsingborg och Malmö, och under riksgenomsnittet i Ystad (2,4 per 1000). Eftersom komplicerade graviditeter (hotande förtidsbörd innan 28 veckor, fostermissbildningar, mm) remitteras fr.a. till Lund kan man förvänta en något högre andel där.

I fullgången tid var Lund det skånska sjukhus där det föddes lägst andel dödfödda barn (1,5 per 1000), och Helsingborg det sjukhus där andelen var högst (2,1 per 1000).

Ökningen 2018 utgjordes till stor del av fler graviditeter med fosterdöd där patienterna födde i Malmö. Det har därför gjorts en detaljerad genomgång av patienter som födde ett dödfött barn i Malmö under 2018. Genomgången har fokuserat på riskfaktorer, orsaker, och potentiell undvikbarhet.

2018 föddes i Malmö 29 dödfödda barn. Samtliga var fosterdödsfall innan ankomst till sjukhuset. I hälften fallen (14 av 29) var graviditeten fullgången (minst 37 veckor).

I 21 av de 29 fallen fanns möjliga orsaker i moderkakan (placenta) eller navelsträngen:

- 2 fall med akut placentaavlossning
- 9 fall med tillväxthämning
- 2 fall med hinnfäste av navelsträngen och blödning i detta
- 1 fall med blodpropp i navelsträngsfästet
- 1 fall med förträngning i navelartär och försenad utveckling av placenta
- 2 fall med kärlförändringar i placenta
- 1 fall med avsaknad av fostervatten
- 1 fall med knut på navelsträngen

I tre av de 29 fallen var infektion en möjlig orsak.

I fem fall hittade man ingen förklaring

I 7 av de 29 fallen fäste navelsträngen inte i moderkakan utan i fosterhinnorna, vilket är en riskfaktor. Detta har föranlett en genomgång av litteraturen, och en lokal rekommendation att notera navelsträngens fäste vid rutinultraljud, och att vid hinnfäste göra en uppföljande tillväxtkontroll i vecka 32, samt kontinuerlig CTG-övervakning vid dessa förlossningar.

Noterades fem patienter av olika skäl kontaktat eller försökt kontakta förlossningsenheten något till några dygn innan hon inkommit med fosterdöd. Detta har föranlett ett arbete kring att öka tillgängligheten.

I ett fall sköts en planerad igångsättning pga. flera riskfaktorer upp till nästa dag pga. platsbrist, vilket åter satt fokus på hur man ska kunna tillgodose hög patientsäkerhet vid ansträngd vårdplatssituation.

Handlingsplan

Att nedbringa antalet graviditeter som kompliceras av fosterdöd kan inte åstadkommas genom insatser endast inom förlossningsvården utan kräver samverkan kring förebyggande åtgärder mellan mödrahälsovårdsenheter, specialistmödravårdsmottagningar och förlossningsenheter, att arbetsgrupper tillsätts för att ta fram kunskapsunderlag i olika frågor, samt att Region Skåne tillgodoser nödvändiga förutsättningar.

Expertgruppens förslag på åtgärder:

- **Ökad tillgänglighet och välkomnande förhållningssätt** när patienter tar kontakt pga. värkar, vattenavgång eller andra symptom.
 - För tillgänglighet i mödra- och förlossningsvården är tillgången till barnmorskor en kritisk faktor. Andelen yrkesverksamma barnmorskor per 100 000 invånare var 2017 enligt Socialstyrelsens rapport 19-01-31 klart lägre i Skåne (64) än riksgenomsnittet (75). De fyra landsting som hade lägst incidens fosterdöd i fullgången tid i Socialstyrelsens rapport, var också de fyra landsting som hade högst antal yrkesverksamma barnmorskor per 100 000 invånare (Jämtland 87, Uppsala 86 Gotland 85, Stockholm 83).

Även om det inte behöver vara ett direkt orsakssamband är tillgängligheten till vård är en faktor av avgörande betydelse i detta sammanhang.

Att tillgodose behovet av barnmorskor och läkare i mödrahälsovård och förlossningsvård i Region Skåne är därför en viktig åtgärd.
 - På förlossningsenheterna i Skåne är ofta vårdplatssituationen begränsad. Detta innebär att patienter med symptom, t.ex. pga. minskade fosterrörelser, i tidigt värkarbete, eller andra symptom kan ha svårare att komma till. Ökad tillgänglighet skulle kunna åstadkommas genom längre öppethållandetider för obstetriska akutmottagningar eller att barnmorskemottagningar får möjlighet att göra kontroller med CTG. En sådan satsning kräver dock tillgång till barnmorskor och läkare, och resurser för detta.
 - Vårdplatssituationen på förlossningsenheterna kan också medföra att det är svårare för patienter som tar kontakt pga. värkar, vattenavgång eller symptom som uppfattas som normala i begynnande värkarbete, att få komma för bedömning. För att åtgärda detta föreslås förändrade rutiner så att patienter med värkar, vattenavgång eller tidiga symptom på förlossning välkomnas tidigare för bedömning, särskilt graviditeter med riskfaktorer.
 - När en graviditet bedöms behöva avslutas genom igångsättning är tillgång till vårdplats för detta ibland en begränsande faktor, som kan medföra att planerad igångsättning skjuts upp. Här behöver vårdplatstillgång anpassas till dagens behov.

- **Anpassning av vården till dagens population.** Stigande ålder och ökande BMI i den gravida populationen, fler gravida kvinnor med interkurrenta sjukdomar, och ökad andel kvinnor födda i delar av världen där hälsan är sämre och kunskapen om när man bör kontakta vården kan vara begränsad, innebär högre risker för fosterdöd.

- **Översyn och revision av gällande gränssnitt** för vilka patienter som ska handläggas i basmödrahjälsvården på barnmorskemottagningarna (BMM) och vilka som även ska remitteras till Specialist-MVC för riktade kontroller.

Aktuellt gränssnitt togs fram i samband med vårdvalsreformen 2012, och har inte genomgått några större förändringar sedan dess. En uppdatering med beaktande av ny tillkommen kunskap om olika riskfaktorer är därför angelägen, och vi föreslår att en arbetsgrupp med detta uppdrag tillsätts.

- Framtagande av vårdprogram för fler riskgrupper (medicinska, sociala), förutom dem det redan finns ör. För kvinnor med diabetes finns det väl utarbetade vårdprogram, med goda resultat som kan tjäna som exempel.
- När förslag på nytt gränssnitt och vårdprogram tagits fram behöver man beräkna antal besök inom basmödrahjälsvården och specialistmödravården detta resulterar i, och vilka resurser verksamheterna behöver för detta.
- Framtagande av ett risk-scoring system, där olika riskfaktorer för IUFD ger riskpoäng, med avsikten att sammanvägd riskpoäng ska kunna beaktas vid beslut om handläggning (övervakningsnivå, förlossningstidpunkt), och medvetandegöra kvinnan om faktorer som hon eventuellt kan påverka.

- **Översyn av screeningprogram för insufficient placentär funktion**

- Granskning av evidens för vilka kontroller som har eller kan förväntas ha effekt på utfall vid graviditeter utan och med riskfaktorer, och hur screeningprogram är upplagda i grannländer med låg incidens av IUFD.

Fram till 2012 var tillväxtultraljud i vecka 32 screeningrutin i Lund och Malmö, men inte på övriga sjukhus. Det fanns evidens för att screeningen ökade detektionen av tillväxthämmade barn, men inte för att risken för fosterdöd kunde reduceras. Idag görs dessa undersökningar på vissa riskgrupper. Tillväxthämning är den enskilt starkaste riskfaktorn för fosterdöd. Även subakut placentär svikt i fullgången tid utan tillväxthämning synes vara en vanlig orsak. Rätt screening för att upptäcka tillväxthämning och/eller andra markörer för insufficient placentafunktion vid rätt gestationsålder, borde därför kunna ge bättre utfall.

- Vi föreslår att en arbetsgrupp tillsätts för att granska aktuell evidens för olika screeningprogram, och hur screeningprogram är upplagda i grannländer med låg incidens av IUFD. Här bör beaktas såväl hur med dagens rutin tillgängliga riskmarkörer (t.ex. avvikande PAPP-A, skillnad mellan beräknad partus vid KUB och vid rutinultraljud i vecka 18) kan användas, samt aktuell evidens för screeningmetoder vi inte använder idag.

Vi föreslår också att arbetsgruppen granskar evidensen och tar fram riktlinjer för vid vilka fynd det vid tillväxthämning eller andra tecken till placentär svikt vid olika gestationsåldrar det är bäst att förlösa patienten.

- **Tidigare igångsättning av förlossning vid graviditeter som går över tiden.**

- I omvärlden har man senaste decenniet satt igång förlossningen när en graviditet gått 7-10 dagar över tiden. Publicerade resultat från Danmark tyder på minskad andel IUFD efter det att man ändrat praxis från igångsättning 2 veckor över tiden till 10-12 dagar över tiden. I Danmark är andelen inducerade förlossningar idag kring 30%, medan den i Sverige och Region Skåne ligger kring 20%. Enligt Europeristat (nov 2018) ligger Sverige högst i västvärlden avseende andel graviditeter som går till 42 veckor.

I Sverige har man väntat till 2 veckor över tiden innan igångsättning för överburenhet. Det har funnits evidens för att igångsättning 1 vecka över tiden är bättre än att vänta, men inte tydligt för att igångsättning 1 vecka över tiden ger vinster jämfört med 2 veckor över tiden. En svensk studie har nu jämfört dessa två alternativ, och dödligheten var signifikant högre då man väntade till 42 veckor. Enligt uppgift förelåg inga skillnader i övriga utfall. Studien har ännu inte presenterats i sin helhet eller publicerats. Vi behöver ta del av dessa resultat och ta ställning till om vi ska erbjuda alla eller bara en del av dem som går en vecka över tiden igångsättning.

- Vi föreslår att expertgruppen för förlossningsvård i Region Skåne tar ställning till vad som medicinskt är att rekommendera.
- Vi föreslår också en översyn av vilka resurser i form av vårdplatser och personal som de skånska förlossningssjukhusen behöver för att klara en ökad andel inducerade förlossningar.

SUS utvärderar nu poliklinisk induktion av medelriskpatienter under en pilotfas i april-maj, och planerar för att införa detta som rutin hösten 2019. Huvudsyftet är att frigöra förlossningsvårdplatser, men också att kunna erbjuda patienter att vara i hemmiljö vid start av induktion när detta bedöms medicinskt säkert. I Danmark har man inducerat polikliniskt i mer än 10 år med angivet, men ej publicerade, goda resultat. En HTA-granskning av evidensen för poliklinisk induktion kan vara av värde, och resultatet av polikliniska induktioner på SUS bör följas fortlöpande.

- **Tidigare igångsättning av vissa riskgraviditeter; översyn och revision av gällande riktlinje för induktionsindikationer med beaktande Socialstyrelsens rapport.**

- Vi tog fram gällande riktlinjer för igångsättning av förlossning 2 år sedan. Då var vi försiktiga att rekommendera tidigare igångsättning för riskgrupper, med tanke på att verksamheterna inte är rustade personal- och lokalmässigt för en väsentlig utökning. Att erbjuda riskpatienter tidigare induktion av förlossningen bedöms dock vara rätt väg att för att minska andelen intrauterin fosterdöd.
- Behövs därför ett nytt ställningstagande till vad som är en oacceptabelt hög risk, och vid vilken graviditetslängd det är motiverat med induktion vid olika medicinska och sociala riskfaktorer var för sig eller i kombination.
- Ovan föreslaget risk-scoringssystem skulle kunna användas för detta.

- **Utvärdering av rutiner vid minskade fosterrörelser**
 - Socialstyrelsen har tagit fram riktlinjer för att medvetandegöra gravida kvinnor på fostrets rörelsemönster. Regionala riktlinjer har tagits fram för vilka undersökningar dessa kvinnor ska erbjudas. En brittisk studie har dock inte visat effekt på incidensen av fosterdöd genom att gravida medvetandegörs på fostrets rörelsemönster. Den effekt som sågs var en ökad andel kejsarsnitt.
 - Statistik behöver tas fram över antal akutbesök pga. minskade fosterrörelser, vilka riskfaktorer de sökande har, vilka undersökningar besöken resulterar i, och vilka fynd som görs vid dessa. En utvärdering bör därefter göras avseende vilka undersökningar som ska rekommenderas.

- Eftersom **kvinnor födda i vissa utomeuropeiska länder** har sämre utfall föreslår vi:
 - Att åtgärder vidtas för att förbättra kommunikationen vid telefonrådgivning, inte minst för patienter som inte har svenska som modersmål.
 - En handlingsplan för att förbättra information om basprogrammet för mödravård, och förbättra förståelse och följsamhet hos kvinnor från andra kulturer.
 - Översyn av hur kulturdoulor kan förbättra vården och kommunikationen

- **Regional audit**
 - I Stockholms Läns Landsting görs årligen en audit med genomgång av fosterdödsfall som inträffat under året (cirka 100). Detta har gett fördjupade kunskaper på området. Motsvarande genomgång bör införas i Region Skåne.

- **Åtgärder för att påverka livsstilsfaktorer**
 - Vi har genom åren framgångsrikt informerat kring skadeeffekter av **rökning**, och andelen gravida som röker har minskat kraftigt. Idag är **övervikt/fetma** en livsstilsfaktor som medför en betydligt ökad risk för fosterdöd – enligt bl.a. Socialstyrelsens rapport är fetma en starkare riskfaktor för fosterdöd än att röka mer än 10 cigaretter per dag. Medvetenheten om detta i befolkningen är sannolikt begränsad och behöver ökas genom informationsinsatser.
 - En arbetsgrupp bör granska vilka åtgärder som visats ha effekt för att förbättra hälsan och minska viktuppgång under graviditet hos kvinnor med redan högt BMI, och föreslå hur sådana åtgärder ska kunna implementeras i Region Skåne.
 - Ett långsiktigt folkhälsoarbete inom Region Skåne är viktigt för att minska övervikt och fetma i befolkningen.
 - Att inte vänta med barnafödande (**hög ålder**) kan diskuteras vid preventiv-medelsrådgivning och genom att använda "Reproduktiv livsplan". Ålder vid reproduktion är dock en samhällsfråga, som har implikationer på karriär och jämställdhet. Förutsättningar för barnafödande innan graviditeten blir en riskgraviditet är en politisk fråga som faller utanför denna rapport.

2019-04-28

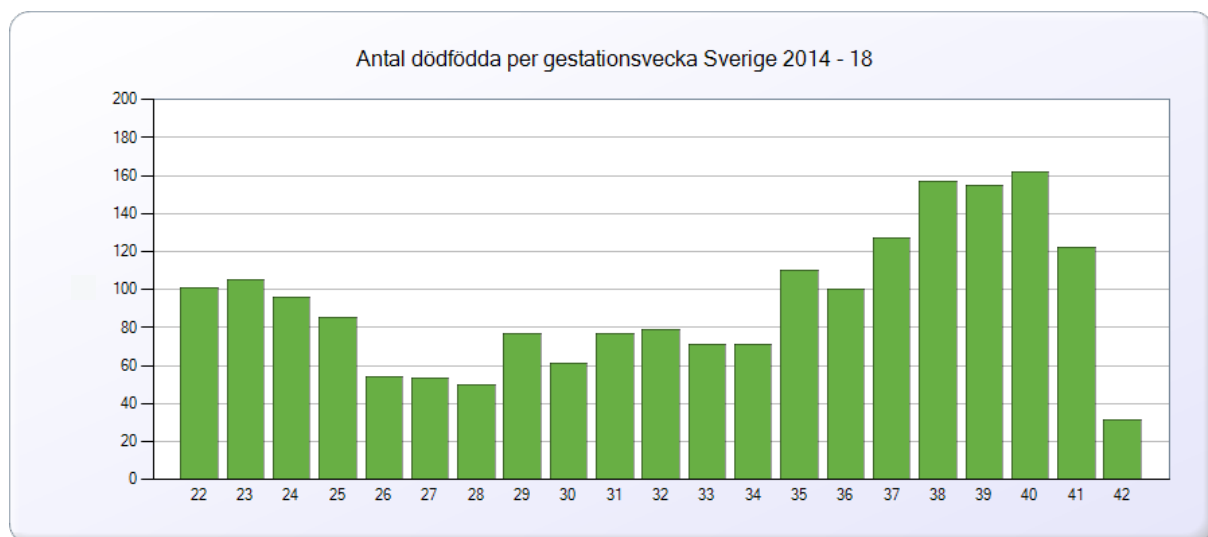
För Region Skånes expertgrupp för förlossningsvård

Andreas Herbst, ordförande

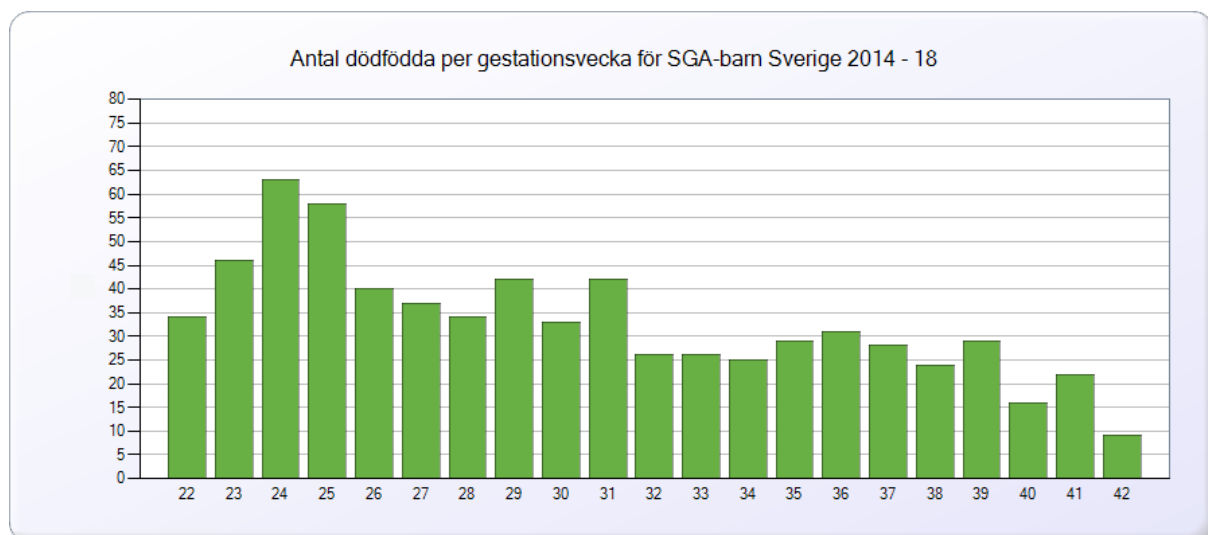
Appendix

Statistik över intrauterin fosterdöd i Sverige (2014-2018) uppdelat på gestationsålder.

Graf över vid vilka graviditetsveckor de flesta intrauterint döda barn föds (presenterat som absoluta antal under 5 år):



De flesta intrauterina dödsfall per graviditetsvecka inträffar vecka 35-41.



Bland tillväxthämmade barn inträffar dock flest intrauterina dödsfall i vecka 22-31.