

# Robson

Ett förbättringsarbete inom ST-utbildningen av Frida Ekengård

*It is not whether your caesarean section rate is too high or too low but:  
Do you know what it is, why, and what are the consequences?*

MS Robson

Som en del av en bra förlossningsvård krävs en regelbundet återkommande revision av vården. En del av detta rör kejsarsnitten. Det är viktigt att veta hur många som snittas, vilka snittas, varför snittas de och hur förändras det över tid. För att kunna följa detta krävs att man har en väldefinierad och standardiserad klassificering. 1996 lade Dr Mike Robson grunden till detta genom att definiera 10 olika grupper. Alla förlossningar tillhör en grupp och ingen förlossning ingår i mer än en grupp.

Med hjälp av denna indelning kan man följa hur policy och arbetssätt på kliniken påverkar kejsarsnittsfrekvensen över tid. Det är också ett mer rättvisande sätt att jämföra resultaten mellan olika klinker.

De 10 grupperna baseras på

- Paritet
- Tidigare sectio
- Graviditetslängd
- Fosterläge
- Antal foster
- Hur förlossningen startar

Klassificeringen ska ske när en förlossning starta. Genom att då gå igenom de 10 grupperna, med början i grupp 5 hamnar alla förlossningar i en grupp. Sedan registreras även om det blir sectio eller inte. På så sätt registreras antal förlossningar i varje grupp samt antalet snitt i varje grupp. Hur klassificeringen görs varierar på olika klinker. På en del klinker gör barnmorskan det manuellt när en kvinna läggs in för förlossning. Andra klinker tar uppgifterna direkt ur sin datajournal och andra gör på båda sätten för bäst kontroll. Sjäklart uppstår det fel, både när det görs manuellt eller via journalsystem. Siffrorna behöver därför gås igenom för att ge ett så tillförlitligt material som möjligt. Data kan sedan analyseras och åtgärder sättas in där förbättring krävs.

**Grupp 1** (Fullgången förstföderska, simplex, huvudbjudning, spontan förlossningsstart)

Grupp 1 räknas som en nyckelgrupp. Det är en stor grupp som därför påverkar det totala antalet sectio i stor utsträckning. Men det som gör snitten i grupp 1 extra viktiga är att de påverkar framtida förlossningar mycket. En förstföderska i grupp 1 som första gången vaginal förlöses hamnar vid nästa förlossning i grupp 3 (förutsatt att allt är normalt även andra gången). I grupp 3 är kejsarsnittsfrekvensen generellt låg. Om förstföderskan i grupp 1 första gången i stället blir snittad hamnar hon nästa gång istället i grupp 5 (Fullgången omföderska tidigare sectio). I denna gruppen är kejsarsnittsfrekvensen många gånger högre. Det vill säga om man undviker det första snittet är chanserna att undvika framtida sectio mycket goda.

## Robsonmöte

En gång om året träffas barnmorskor och läkare från förlossningskliner i landet och redovisar och diskuterar det gångna årets resultat. Detta började 2002 har sedan dess ökat i omfång varje år. I år var 32 kliniker representerade. Sammanlagt var drygt 85400 förlossningar med i statistiken vilket motsvarar ca 75 % av landets förlossningar 2010.

Malmö har inte tidigare varit med på dessa möten och inte bidragit med sin statistik. I 2010 års statistik var ca 2,5% av förlossningarna inte klassade. Dessa 133 förlossningsjournaler gick igenom och klassades manuellt. Sedan var statistiken mer fullständig och rapporterades in till Hanne Ringhøj, överläkare i Skövde som sedan starten ansvarar för sammanställningen av de olika sjukhusens statistik. Malmö var för första gången representerade på mötet som hölls i Linköping i mars 2011. En diskussion som kom upp var att det upplevdes att de stora klinikerna hade högra sectiofrekvens än de mindre. Det gick då lätt att visa att det inte stämde med Malmö som ligger lågt trots att det är en stor klinik. Nästa argument var då att det berodde på att i Malmö var det många omföderskor. Statistiken talade emot även detta då grupp 1 är större än grupp 3 i Malmö och att sectiofrekvensen är låg även i grupp 1.

En annan intressant aspekt som togs upp var att de kliner som har en hög andel sectio i c-grupperna, dvs de snitt som det beslutats om före förlossningsstart även har en hög andel sectio totalt. Detta kan tänkas bero på att en kliniks tillåtande attityd till planerade snitt även påverkar inställningen till sectio akut.

## Årets resultat i Malmö

Andelen sectio i grupp 1 ligger i Malmö på 5,8 %. Jämfört med landet är detta lågt, men det finns de förlossningskliner som ligger lägre. Då många av Malmös kvinnor hamnar i grupp 1. 39,3% av det totala antalet förlossningar är det även här en viktig grupp. Ca 20% av de totala antalet snitt i Malmö är från grupp 1. Hur går det då för dessa mammor nästa gång? Jo, i Malmö har de en god chans att undvika snitt även andra gången om de då hamnar i grupp 5. Kejsarsnittsfrekvensen i grupp 5 är nämligen ca 35% i Malmö. Och det är den lägsta kejsarsnittsfrekvensen i den gruppen bland de medverkande 32 klinikerna. Många kliner ligger runt 50%.

En annan grupp som är intressant är grupp 6, (Förstföderska, simplex, sätesbjudning). Många kliner har här en sectiofrekvens på 100%. I Malmö låg den 2010 på 88,1%. Detta motsvarar 10 vaginala sätesförlossningar hos förstföderskor.

Grupp		Antal	Antal sectio	% sectio
<b>1</b>	0-para, simplex, huvudbidning v 37+,spontan förlossningsstart	<b>2043</b>	<b>119</b>	<b>5,8</b>
<b>2</b>	0-para, simplex, huvudbidning v 37+	<b>304</b>	<b>97</b>	<b>31,9</b>
2b	Induktion före spontan förossnngsstart	243	36	14,8
2c	Sectio före spontan förlossningsstart	61	61	100,0
<b>3</b>	Omföderska, simplex, huvudbidning, v 37+, ej tidigare sectio, spontan förlossningsstart	<b>1818</b>	<b>19</b>	<b>1,0</b>
<b>4</b>	Omföderska, simplex, huvudbidning, v 37+, ej tidigare sectio	<b>191</b>	<b>31</b>	<b>16,2</b>
4b	Induktion före spontan förossnngsstart	164	4	2,4
4c	Sectio före spontan förlossningsstart	27	27	100,0
<b>5</b>	Omföderska, simplex, huvudbidning, v 37+, tidigare sectio	<b>364</b>	<b>128</b>	<b>35,2</b>
5a	Spontan förlossingsstart	242	31	12,8
5b	Induktion före spontan förossnngsstart	35	10	28,6
5c	Sectio före spontan förlossningsstart	87	87	100,0
<b>6</b>	0-para, simplex, sätesbidning	<b>84</b>	<b>74</b>	<b>88,1</b>
<b>7</b>	Omföderska, simplex, sätesbidning	<b>32</b>	<b>21</b>	<b>65,6</b>
<b>8</b>	Flerbörd	<b>83</b>	<b>36</b>	<b>43,4</b>
8a	Spontan förlossingsstart	44	9	20,5
8b	Induktion före spontan förossnngsstart	16	4	25,0
8c	Sectio före spontan förlossningsstart	23	23	100,0
<b>9</b>	Tvär- eller snedläge	<b>6</b>	<b>6</b>	<b>100,0</b>
<b>10</b>	Enkelbörd, huvudbidning, prematur	<b>269</b>	<b>76</b>	<b>28,3</b>
10a	Spontan förlossingsstart	175	16	9,1
10b	Induktion före spontan förossnngsstart	38	4	10,5
10c	Sectio före spontan förlossningsstart	56	56	100,0
<b>Total</b>		<b>5194</b>	<b>607</b>	<b>11,7</b>

### Kejsarsnittsfrekvens i grupp 1

Fullgången förstföderska, simplex, huvudbidning, spontan förlossningsstart

- Linköping 3,8%
- Kristianstad 5,3%
- Malmö 5,8%
- KS Huddinge 8,5%
- SU 9,5%
- SÖS 11,1%

### Kejsarsnittsfrekvens i grupp 5

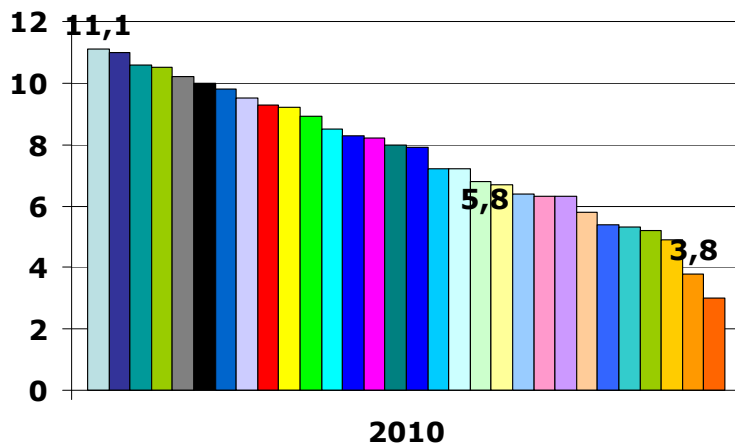
Omföderska, simplex, huvudbidning, v 37+, tidigare sectio

- Malmö 35,2%

- SU 47,3%
- Kristianstad 52,3%
- KS Huddinge 56,6%
- Karlstad 69,1%

### Kejsarsnittsfrekvens i grupp 1

Fullgången förstföderska, simplex, huvudbjudning, spontan förlossningsstart



Varje färgstapel motsvaras av en klinik. De minsta klinkerna samt klinker som kan förväntas ha en selekterat förlossningsunderlag är exkluderade.

Genom att studerar den egna klinkens resultat och diskutera detta med andra klinker uppkommer på Robsonmötet mycket uppslag om hur man kan gå vidare med detta.

Varför slutar förlossningarna i grupp 1 med sectio (totalt 119st)? Varierar sectiofrekvensen i grupp 1 beroende på i vilken graviditetsvecka förlossningen startar? (SÖS hade sett tydligt i sina siffror att det var högre sectiofrekvens ju längre efter v 39+6 förlossningen fortskred). Vad för pH har de barn som snittas pga hotande foster asfyxi? Går det med aktivt arbete ytterligare sänka sectiofrekvensen i grupp 1?

Vad är indikationen till induktion i grupp 2b? Vattenavgång? Preeklampsi? Överburenhet? Fetal orsak? Humanitärt? Spelar indikationen någon roll för utfallet? Är det vissa grupper som löper större risk för sectio än andra? Är det skillnad beroende på vilken graviditetsvecka de induceras i?

I grupp 4c, omföderska, simplex, huvudbjudning, v 37+, ej tidigare sectio, nu sectio före spontan förlossningsstart, hamnar till exempel de mammor som blivit avskräckta från en vaginal förlossning efter sin första förlossning. Detta har lett till att denna grupp ibland används som ett kvalitetsmått på hur de vaginala förlossningarna upplevs av mammor. När några klinker tittade närmre på detta fann de dock att ca hälften av fallen på deras klinker berodde på detta men den andra hälften hade en medicinsk indikation till snittet. Hur är det hos oss? Vilka förlossningar (27st) gömmer sig i grupp 4c i Malmö?

Genom att besvara dessa frågor och de följdfrågor som uppkommer kan kanske förlossningsvården förbättras ytterligare. Det är nästa steg!

**Bilagor:**

Robsonresultat Malmö 2010

Robsonresultat Sverige 2010

**Referens:**

SFOGs ARG rapport nr 65, Kejsarsnitt

Robsonmöte i Linköping mars 2011

2010 års Robsonstatistik tillhandahållet av Hanne Ringhøj, Läkare KK KSS Skövde