

## Perinatalt tema

Syftet med den perinatala årsrapporten är att evaluera hela vårdkedjan, från graviditet och över neonatalperioden genom att använda data från både Graviditetsregistret och Neonatalvårdsregistret SNQ. Databasen för analyserna utgår från data kring graviditet och förlossning som finns registrerat i Graviditetsregistret, till vilka data från SNQ har länkats för de barn som vårdats vid någon neonatalklinik (ca 10% av alla födda barn). Till skillnad från de enskilda kvalitetsregistrens årsrapporter visas data inte på sjukhusnivå, utan ambitionen är att fånga mer generella trender. I årets perinatala rapport har de sammanfattande 5-års-översikterna (som ofta jämförde resultat för de olika storregionerna) till stor del ersatts av trenddiagram. De sammanfattande översikterna som visas omfattar de senaste fem åren (dvs 2018-2022), men för att kunna studera trender har data för hela perioden 2015-2022 använts. Tabellen nedan visar indelningen i storregioner:

Storregion	Inkluderade regioner
Öst	Stockholm, Gotland
Mitt	Uppsala, Södermanland, Värmland, Örebro, Västmanland, Dalarna, Gävleborg
Sydost	Östergötland, Kalmar
Syd	Kronoberg, Blekinge, Skåne, Halland (Halmstad)
Väst	Västra Götaland, Halland (Varberg och Falkenberg)
Norr	Västernorrland, Jämtland, Västerbotten, Norrbotten

Ofta är resultaten uppdelade på graviditetsveckor, hela veckor. Med begreppet "40 fulla veckor" menas t.ex hela perioden 40+0 till 40+6 veckor+ dagar.

För att göra figurerna tydligare har ibland utjämnings tekniker använts, främst med 3-års flytande medeltal. När det varit applicerbart har p-värden för linjär trend räknats ut med modifierade poisson-regressionsanalyser, och de erhållna parameterestimaterna har använts för att illustrera skillnader i absolut risk över tid. Om så anges har estimaterna korrigerats för eventuella samvarierande faktorer. Konfidensintervall (95%) är indikerade med vertikala linjer i figurerna.

Lund 25 augusti 2023

Karin Källén

## Innehåll

Perinatalt tema .....	1
Barnutfall redovisat per alla födda, eller för fullgångna barn separat.....	4
Tabell 1. Förekomst av låga Apgarpoäng vid 5 minuter i relation till överlevnad, 2018-2022. Endast levande födda barn. ....	4
Figur 1. Procent Apgarpoäng <4 respektive <7 vid 5 minuter bland levande födda barn, per förlossningsår.....	5
Figur 2. Frekvens Apgarpoäng vid 5 minuter <7 per födelseår och storregion. Fullgångna, levande födda barn .....	5
Figur 3. Frekvens Apgarpoäng vid 5 minuter <7 per födelseår och graviditetsvecka. Fullgångna barn .....	6
Figur 4. Frekvens dödfödda barn per födelseår och storregion .....	7
Figur 5. Frekvens peri/neonatal död per födelseår och gestationsvecka. Fullgångna barn.....	8
Figur 6. Frekvens inläggningar vid neonatalklinik per födelseår och storregion. Fullgångna barn 8	
Figur 7. Frekvens inläggningar $\geq 4$ dagar vid neonatalklinik per födelseår och storregion. Fullgångna barn.....	9
.....	9
Figur 8. Andel barn med HIE 2-3 per storregion. Fullgångna enkelbörder, 2018-2022. ....	9
Figur 9. Kylbehandling vid HIE-diagnos (fullgångna barn, 2018-2022) .....	10
Figur 10. Frekvens kylbehandling vid HIE 2-3 (fullgångna barn).....	10
Figur 11. Frekvens dåligt barnutfall (peri/neonatal död, HIE2-3, eller Apgar<4 vid 5 minuter) per födelseår och graviditetsvecka. Fullgångna barn .....	11
Figur 12. Frekvens dåligt barnutfall (peri/neonatal död, HIE2-3, eller Apgar<4 vid 5 minuter) per storregion. Fullgångna barn. ....	12
Förlossningsstart: Barnutfall och kartläggning av rutiner (trender och storregion-jämförelser). Enbart fullgångna barn. ....	13
Figur 13. Förlossningsstart per år, fullgångna barn .....	13
Figur 14. Frekvens induktioner och kejsarsnitt före värkdebut per storregion. Fullgångna barn 2018-2022 .....	13

Figur 15. Frekvens akuta kejsarsnitt per födelseår och graviditetsvecka bland fullgångna graviditeter. Kejsarsnitt före värkdebut exkluderade.....	14
Figur 16. Andel induktioner per gestationsveckor.....	15
Figur 17. Andningskomplikationer och behov av neonatal inläggning i relation till förlossningsstart. Levande födda i vecka 38+0 eller mer.....	16
Figur 18. Inläggning vid neonatalklinik med andningsproblem per estationvecka vid födelse och planerat förlossningssätt. Fullgångna enkelbörder .....	16
Figur 19. Tidpunkt (graviditetsvecka-fulla veckor) då planerat kejsarsnitt utförs, per storregion 2018-2022.....	17
Barn födda <28 veckor (centralisering, antenatala steroider, överlevnad). .....	18
Figur 20. Andel barn födda <28v per storregion 2018-2022 .....	18
Figur 21. Andel dödfödda bland barn födda extremt (<28v) eller mycket prematurt (28-31v) per storregion. 2018-2022. ....	18
Figur 22. Andel <28v som är födda på level-3-sjukhus per storregion 2018-2022 .....	19
Figur 23. Tillförsel av antenatala steroider vid förlossning före 28 fulla veckor. Endast vid förlossning av levande födda barn med information från SNQ.....	20
Figur 24. Tillförsel av antenatala steroider vid förlossning före 28 fulla veckor per storregion 2018-2022. Endast poster med information om steroidtillförsel.....	20
Figur 25. Andel neonatalt överlevande bland barn födda <28v. ....	21
Figur 26. Neonatal överlevnad (≥ 28 dagar) bland alla (levande och dödfödda) barn födda <28v. ....	21
Figur 27. Neonatal överlevnad (≥ 28 dagar) bland levande barn födda <28v. ....	22

## Barnutfall redovisat per alla födda, eller för fullgångna barn separat.

Tabell 1 visar förekomst av låga Apgarpoäng i relation till peri- och neonatal mortalitet. Apgarpoäng vid 5 minuter finns för över 99% av alla födda barn, och det är det mest använda mått på barnets hälsa efter förlossningen som finns. Tabell 1 visar dock att bortfallet bland levande födda barn är skevt. Barn som avlider under neonatalperioden saknar rapporterade Apgarpoäng i högre utsträckning än andra barn. Vidare är poängsättning av dödfödda barn inte konsekvent. Ungefär 40% av de dödfödda barnen saknar Apgarpoäng vid 5 minuter, övriga får Apgarpoäng =0. Eftersom Apgarsystemet kan vara subjektivt så måste jämförelser mellan sjukhus och regioner tolkas med viss försiktighet.

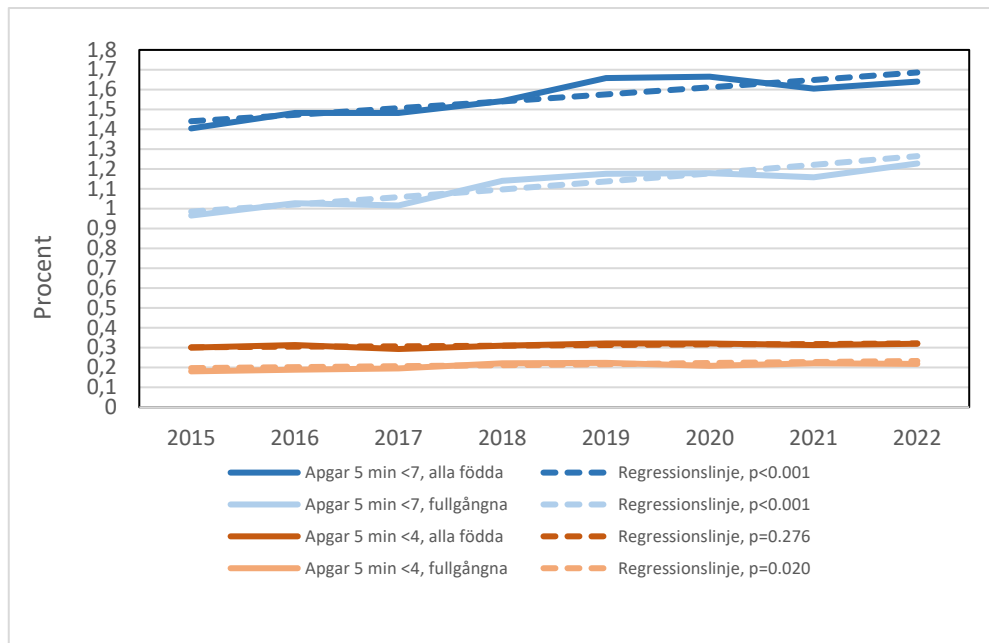
Tabell 1. Förekomst av låga Apgarpoäng vid 5 minuter i relation till överlevnad, 2018-2022. Endast levande födda barn.

	Apgar <4 vid 5 minuter		Apgar <7 vid 5 minuter		Apgar okänt vid 5 minuter		Totalt levande födda N
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
Levande vid 1 år	1552	(0.3)	8652	(1.6)	4186	(0.8)	556 691
Levande född, död 0-6 dagar	164	(49.7)	235	(71.2)	24	(7.3)	330
Död 7-27 dagar	29	(27.1)	57	(53.3)	7	(6.5)	107
Död 28-364 dagar	9	(19.1)	23	(48.9)	2	(4.3)	47
<b>Totalt</b>	<b>1754</b>	<b>(0.3)</b>	<b>8967</b>	<b>(1.6)</b>	<b>4219</b>	<b>(0.8)</b>	<b>557 175</b>

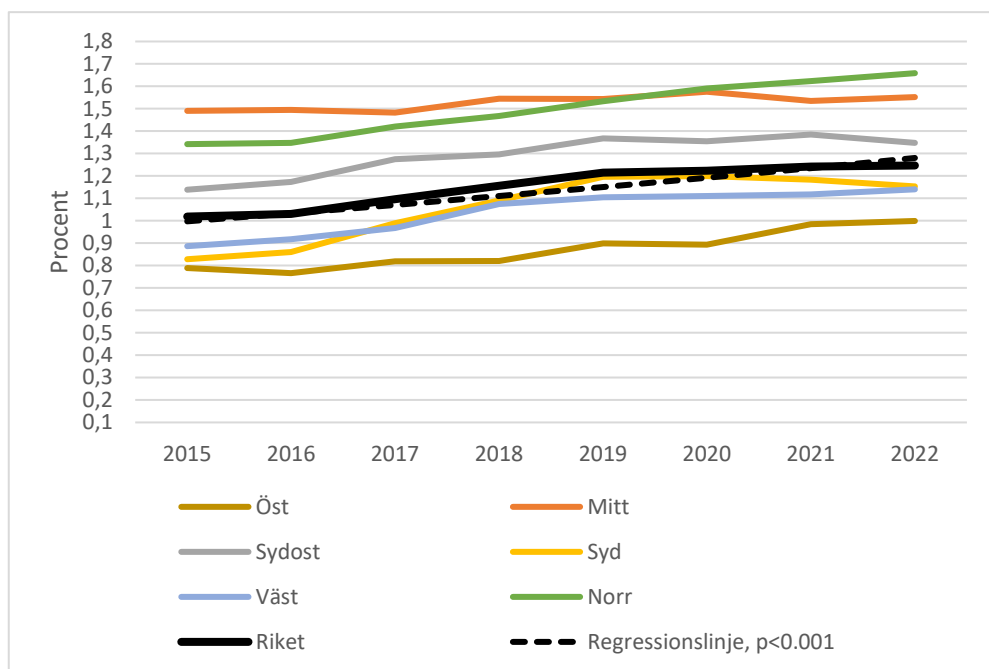
Figur 1 visar frekvens barn med fem-minuters Apgarpoäng <4 respektive <7. Framförallt syns en klar (och statistiskt signifikant) ökning av barn med Apgar<7 vid 5 minuter, både bland alla barn och bland fullgångna. Bland de fullgångna barnen estimerades en Relativ Risk (RR) på 1,036 för årlig ökning (dvs varje år ökade andelen barn med Apgar <7 vid 5 minuter med 3,6%). Den uträknade årliga ökningen innebär att frekvensen Apgar <7 vid 5 minuter var 28% högre år 2022 än 2015, vilket ungefär motsvarar 260 barn. Andelen barn med Apgar <4 vid 5 minuter ökade också signifikant bland fullgångna barn (RR= 1,024), men den ökningen svår att notera i figuren på grund av skalan.

Figur 2 visar frekvens Apgarpoäng vid 5 minuter <7 bland fullgångna, levande födda barn, uppdelat per storregion. Det är tydligt att den stigande trenden syns i alla regioner, möjligtvis region mitt undantagen, men region mitt hade å andra sidan en relativt hög andel under hela perioden.

Figur 1. Procent Apgarpoäng <4 respektive <7 vid 5 minuter bland levande födda barn, per förlösningsår.

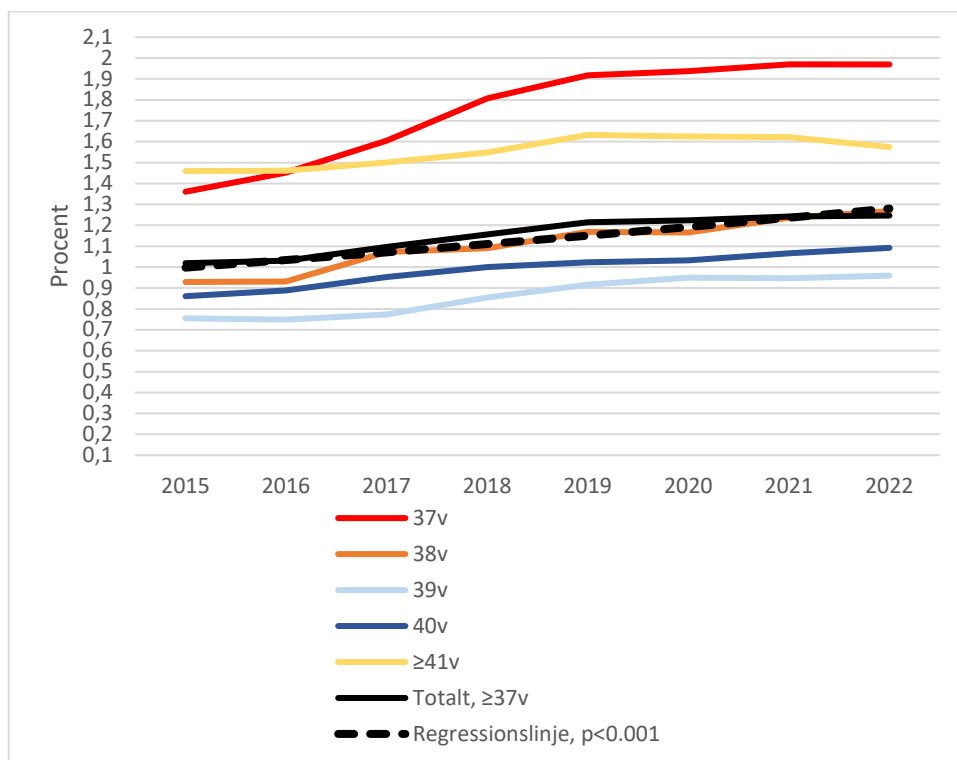


Figur 2. Frekvens Apgarpoäng vid 5 minuter <7 per födelseår och storregion. Fullgångna, levande födda barn



I figur 3 redovisas tidstrend med andel fullgångna barn med Apgar <7 vid 5 minuter, uppdelat på gestationsvecka.

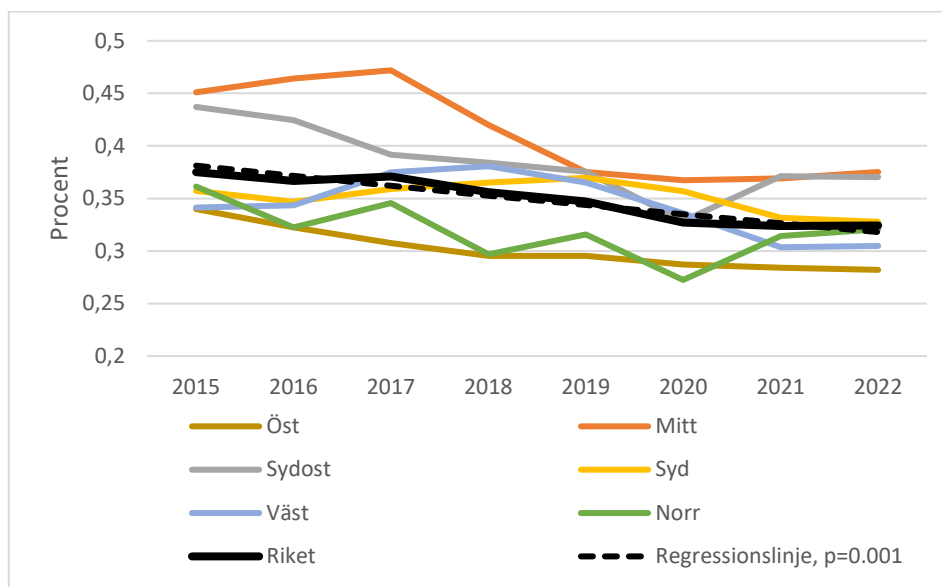
Figur 3. Frekvens Apgarpoäng vid 5 minuter &lt;7 per födelseår och graviditetsvecka. Fullgångna barn



För barn födda vid 38, 39 och 40 fulla veckor ses en trend med en ökande andel barn med låg Apgarpoäng under hela perioden 2015-2022. För barn födda vid 39 eller 41 fulla veckor eller mer sågs en ökning mellan 2015 och 2019, men ingen ökning därefter.

Trenden med stigande andel barn med låga Apgarpoäng gjorde att andra parametrar som skulle kunna signalera en försämring av barnutfall studerades. Figur 4 visar frekvens dödfödda per storregion. Under den studerade tidsperioden sjönk andelen dödfödda i samtliga storregioner (dock inte nödvändigtvis linjärt). Talen avseende regionerna är ofta små, men ser man på hela riket så syns en mycket klar och signifikant linjär nedgång av andel dödfödda barn (RR=0.97, dvs en tre-procentig årlig nedgång). En tre-procentig årlig nedgång resulterar i att nedgången i dödföddhet mellan 2015 och 2022 var 17%, vilket motsvarar att ca 70 färre barn föddes dödfödda år 2022 jämfört med 2015. Riskminskningen under hela perioden innebär att det totalt var 290 färre barn som föddes dödfödda jämfört med om risken legat oförändrad sedan år 2015. Resultaten från den linjära regressionsmodellen sammanfaller nästan helt med de faktiska, uppmätta frekvenserna.

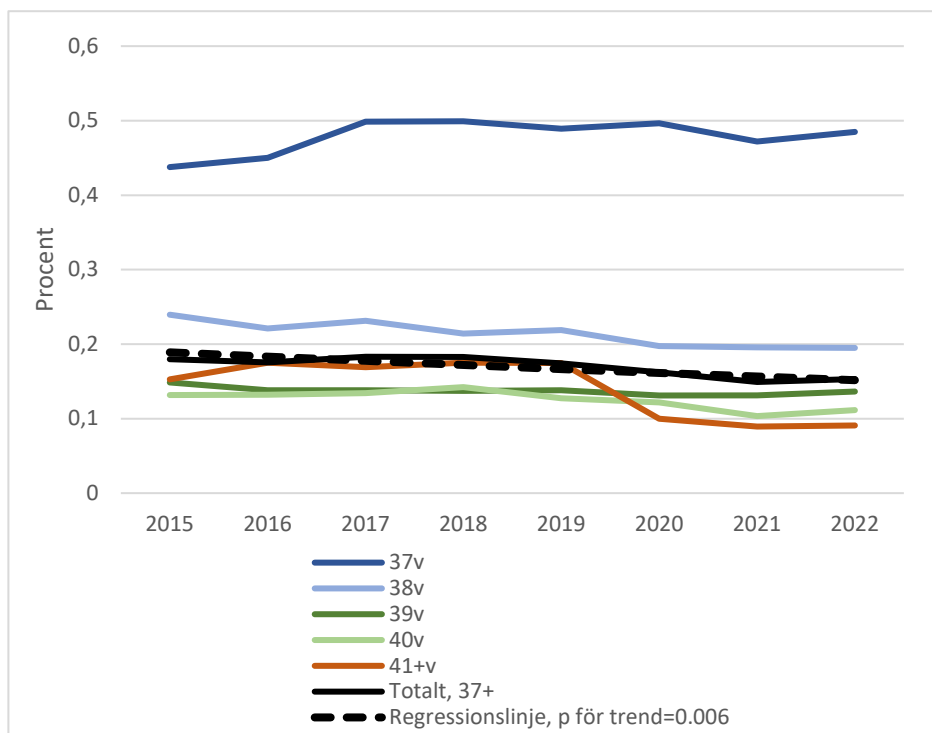
Figur 4. Frekvens dödfödda barn per födelseår och storregion



Figur 5 visar andelen peri/neonatal död (d.v.s dödföddhet eller död <28 dagar) bland fullgångna barn, uppdelat på gestationsvecka vid födelsen. Totalt ses bland de fullgångna barnen en statistiskt signifikant årlig riskminskning för peri/neonatal död (RR=0.97). Risken vid ett visst år under den studerade tidsperioden minskade således med tre procent jämfört med närmast föregående år, vilket motsvarar en årlig minskning om ungefär 6 barn. Det innebär att risken för peri/neonatal död år 2022 minskade med 20% jämfört med risken år 2015, vilket motsvarar ungefär 40 barn. Riskminskningen ibland alla fullgångna barn under hela perioden innebär att det totalt var 160 färre barn som dog peri/neonatalt jämfört med om risken legat oförändrad sedan år 2015. Bland barn födda vid 37 fulla veckor syns dock ingen minskning. Mest markerad är nedgången mellan 2019 och 2020 bland barn födda vid eller efter 41+0 veckor. Den peri/neonatala dödligheten i denna grupp sjönk från 0.17% till 0.09% ( $p < 0,001$ ), vilket motsvarar ungefär 15 barn. Någon årlig sänkning efter 2020 går dock ej att skönja. Utfall efter rutinförändringar rörande graviditeter som varat 41 veckor eller mer behandlades i detalj i förra årets perinatalrapport, och vetenskapliga analyser pågår.

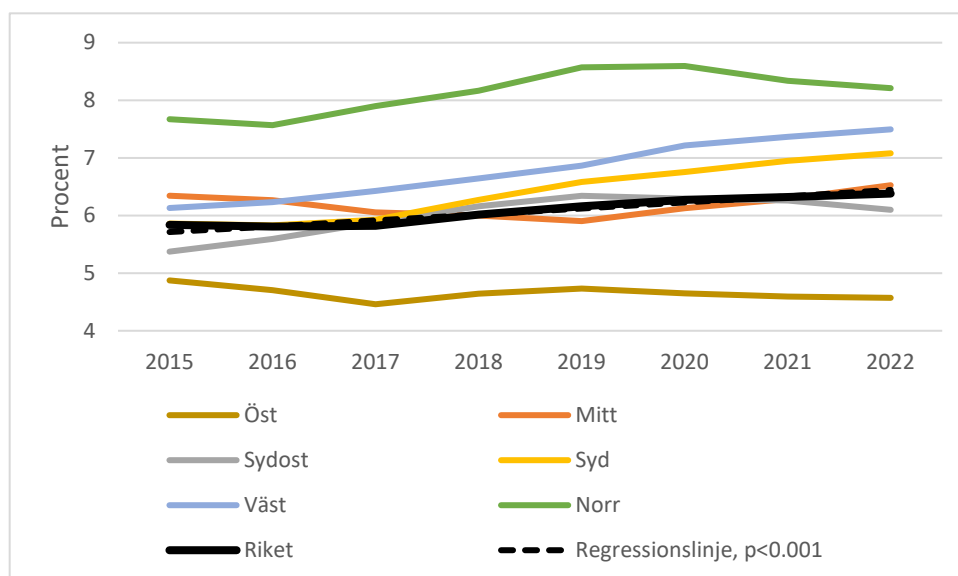
Så långt kan man alltså konstatera att det finns en signifikant minskning av både dödföddhet och peri/neonatal död

Figur 5. Frekvens peri/neonatal död per födelseår och gestationsvecka. Fullgångna barn



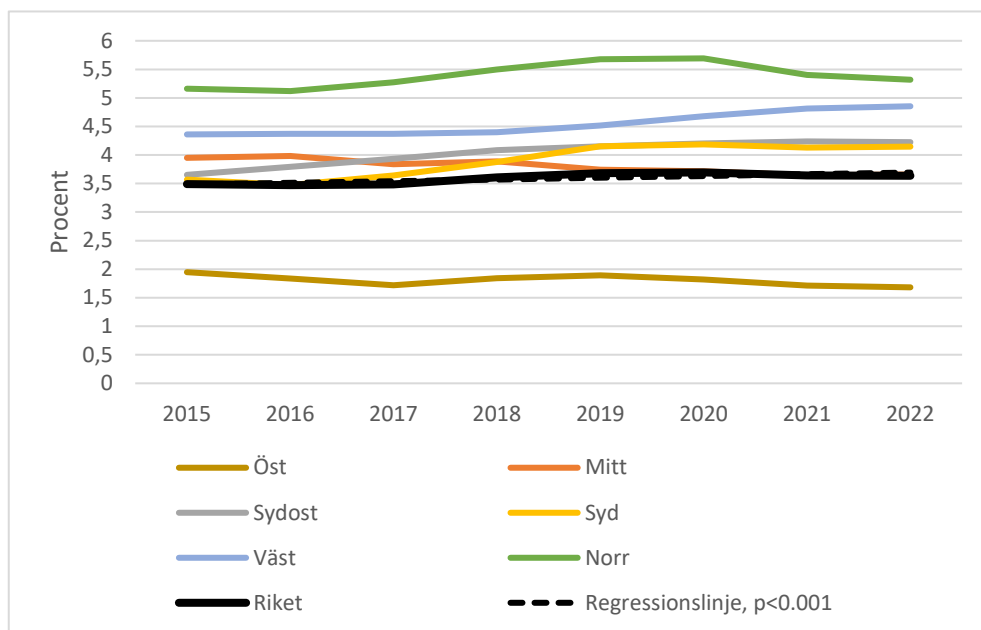
Figur 6 visas andelen fullgångna barn som lades in vid neonatalklinik, per storregion. Totalt ses en signifikant ökning, men den beror främst på en ökning i storregion Väst respektive Syd. Skillnaderna mellan regionerna är stora, och det går inte att avgöra huruvida skillnaderna beror på faktiskt olika behov, eller om de beror på olika tillgång till neonatalvård eller/och olika organisation. Om man i stället studerar neonatalinläggning i 4 dagar eller mer tycks siffrorna över tid vara mer robusta (Figur 7), även om variationen bland storregionerna fortfarande är stor. Fortfarande ses i riket en statistiskt signifikant ökning över tid, men den är så liten att den knappast har någon klinisk relevans.

Figur 6. Frekvens inläggningar vid neonatalklinik per födelseår och storregion. Fullgångna barn



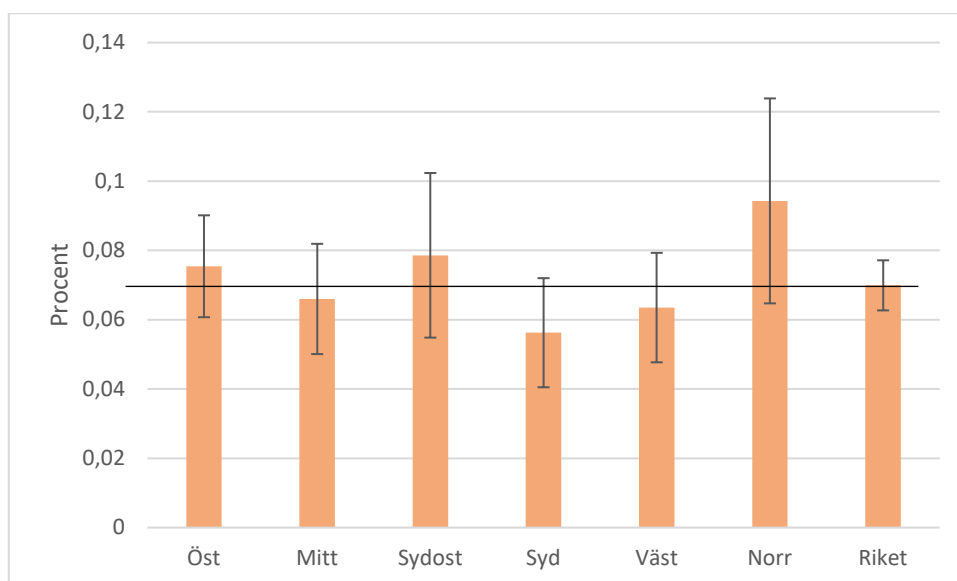


Figur 7. Frekvens inläggningar  $\geq 4$  dagar vid neonatalklinik per födelseår och storregion. Fullgångna barn



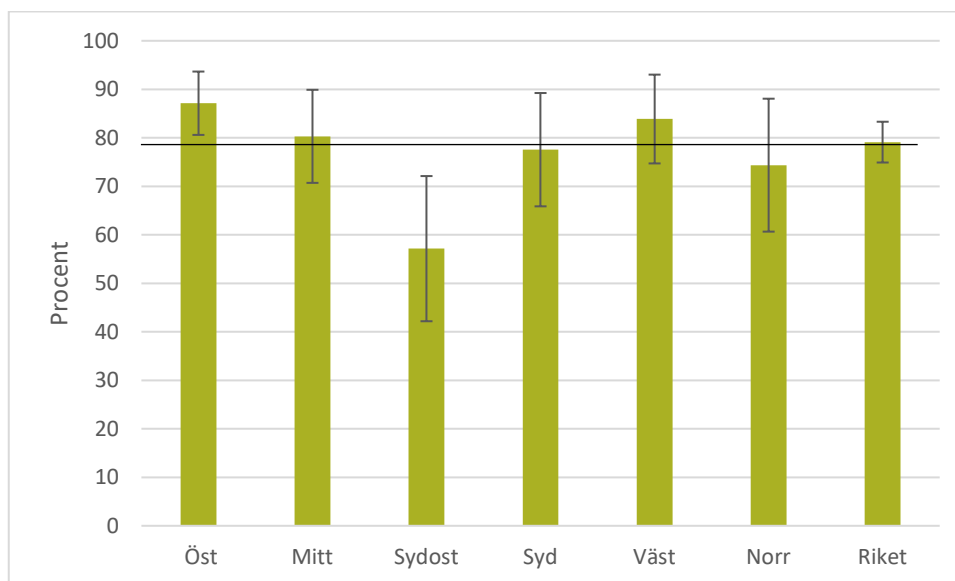
Figur 8 visar andelen fullgångna barn födda i enkelbörd som fått en diagnos Hypoxisk Ischemisk Encefalopati (HIE) 2-3 i vid de olika storregionerna år 2018-2022.

Figur 8. Andel barn med HIE 2-3 per storregion. Fullgångna enkelbörd, 2018-2022.



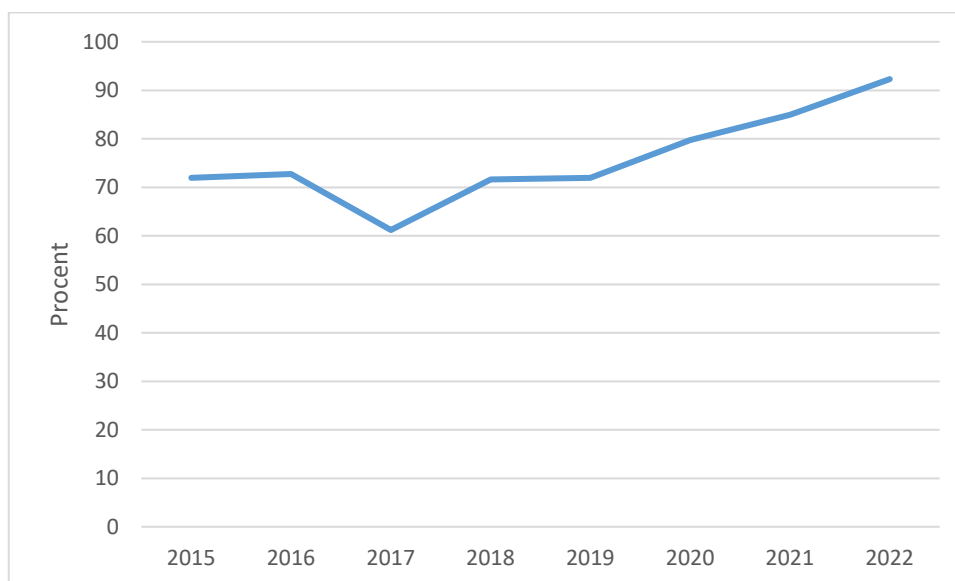
Figuren visar att andelarna barn som fått en diagnos HIE 2-3 varierar något mellan de olika storregionerna, men det finns ingen signifikant heterogenitet ( $p$ -värde för homogenitet = 0.168). Frekvenserna har inte heller ändrats nämnvärt under de senaste tio åren (figur inte visad). Dock visar Figur 9 att det fanns en signifikant variation vad gäller hur stor andel av barnen med HIE 2-3 som rapporterades ha kylbehandlats ( $p=0.003$ ). Talen är dock små och ska inte övertolkas.

Figur 9. Kylbehandling vid HIE-diagnos (fullgångna barn, 2018-2022)



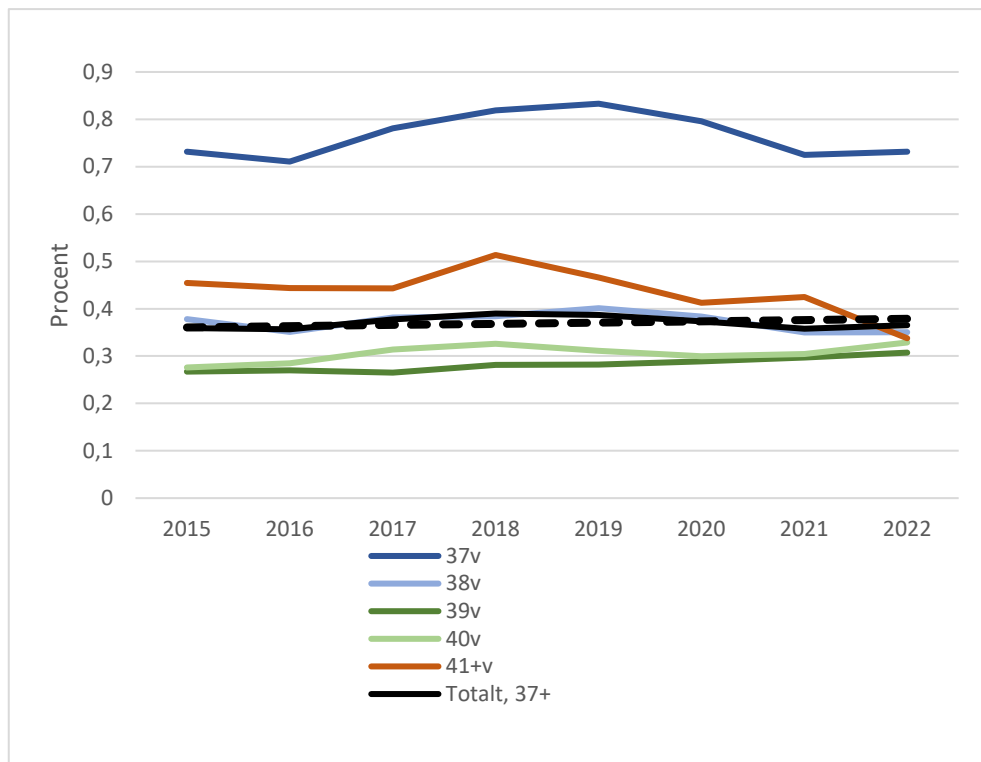
Figur 10 visar att andelen barn med HIE 2-3 som kylbehandlats har ökat under de senaste åren, och år 2022 var det över 90% i denna grupp av barn som kylbehandlades.

Figur 10. Frekvens kylbehandling vid HIE 2-3 (fullgångna barn)



Ytterligare analyser gjordes för att kvalitetsgranska barnhälsa efter förlossning bland fullgångna barn. Ett sammanslaget utfall konstruerades, bestående av peri/neonatal död, Apgar <4 vid 5 minuter, och/eller diagnos av HIE 2-3 (Figur 11).

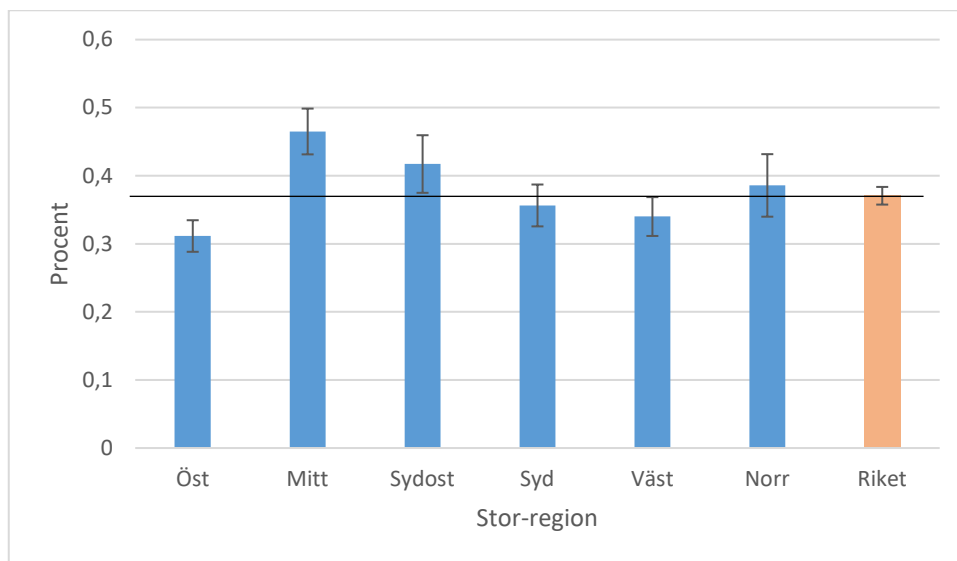
Figur 11. Frekvens dåligt barnutfall (peri/neonatal död, HIE2-3, eller Apgar<4 vid 5 minuter) per födelseår och graviditetsvecka. Fullgångna barn



Som framgår av figur 11 så kan inte någon generell trend ses. Dock tycks utfallet efter 41 veckors graviditet ha förbättrats mellan åren 2019 och 2022.

Figur 12 visar det sammansatta barnutfallet (peri/neonatal död, Apgar <4 vid 5 minuter, eller HIE 2-3) de senaste fem åren (2018-2022) bland fullgångna barn, per storregion. Figuren visar att det finns avsevärda skillnader. Framtida analyser får visa om dessa skillnader går att förklara med populationsfaktorer, eller om de avspeglar verkliga skillnader i perinatalt handläggande av fullgångna barn.

Figur 12. Frekvens dåligt barnutfall (peri/neonatal död, HIE2-3, eller Apgar<4 vid 5 minuter) per storregion. Fullgångna barn.

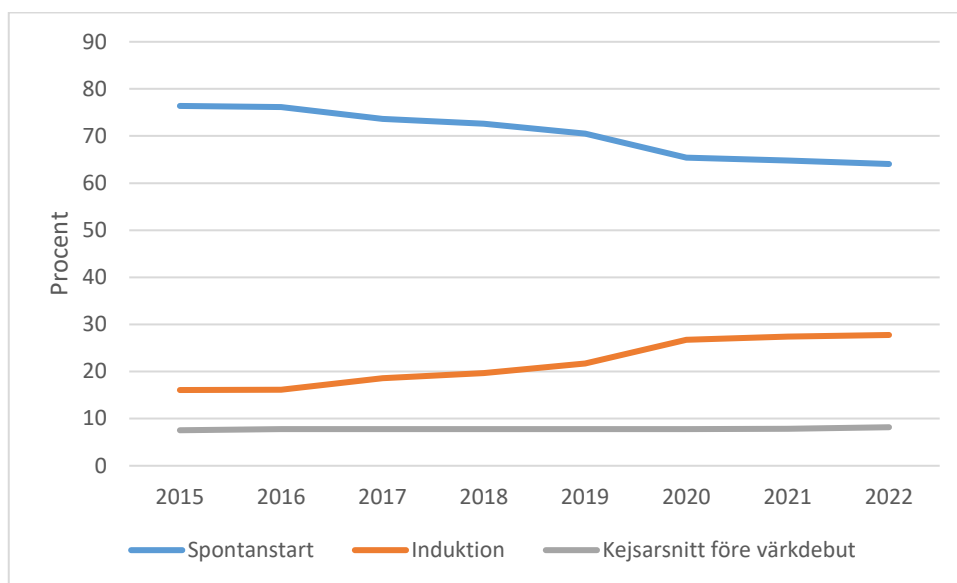


Källa: Graviditetsregistret och SNQ 2018-2022

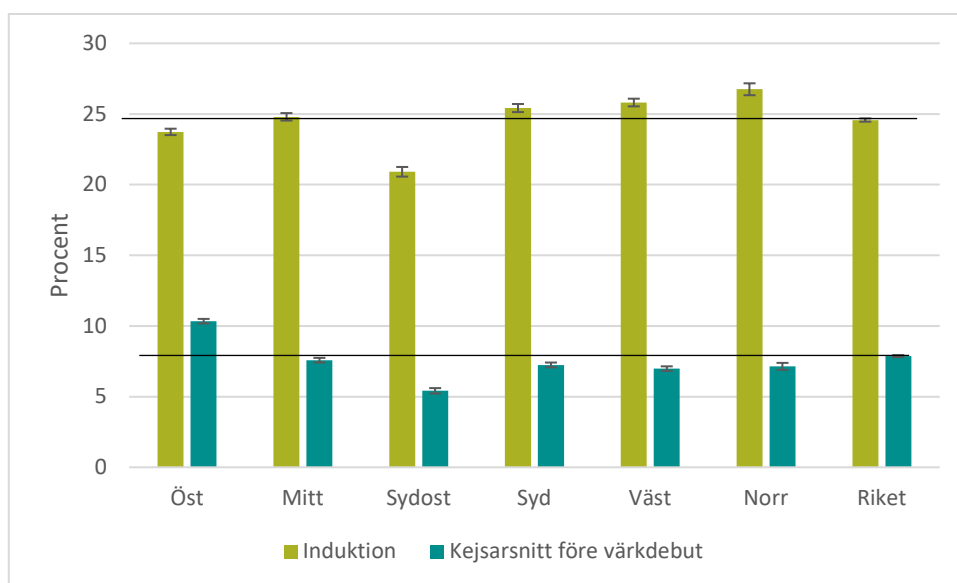
## Förlossningsstart: Barnutfall och kartläggning av rutiner (trender och storregion-jämförelser). Enbart fullgångna barn.

Figur 13 visar hur fördelningen mellan olika typer av förlossningsstart har förändrats under 2015-2022. Andelen spontanstartande förlossningar har minskat eftersom andelen induktioner har ökat. Frekvensen kejsarsnitt före värkdebut har dock inte förändrats nämnvärt.

Figur 13. Förlossningsstart per år, fullgångna barn



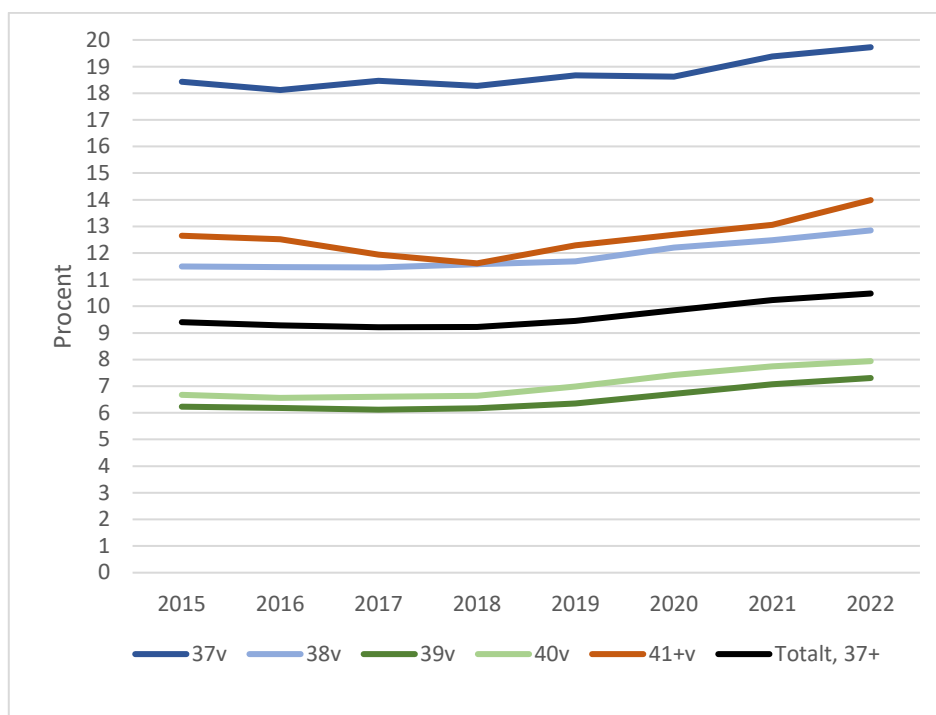
Figur 14. Frekvens induktioner och kejsarsnitt före värkdebut per storregion. Fullgångna barn 2018-2022



Figur 14 visar andel induktioner och kejsarsnitt före värkdebut bland fullgångna barn per storregion de senaste 5 åren (2018-2022). Högst andel induktioner fanns i storregion Norr, medan högst andel kejsarsnitt före värkdebut fanns i storregion Öst. Region Sydost hade såväl lägst andel induktioner som lägst andel kejsarsnitt före värkdebut.

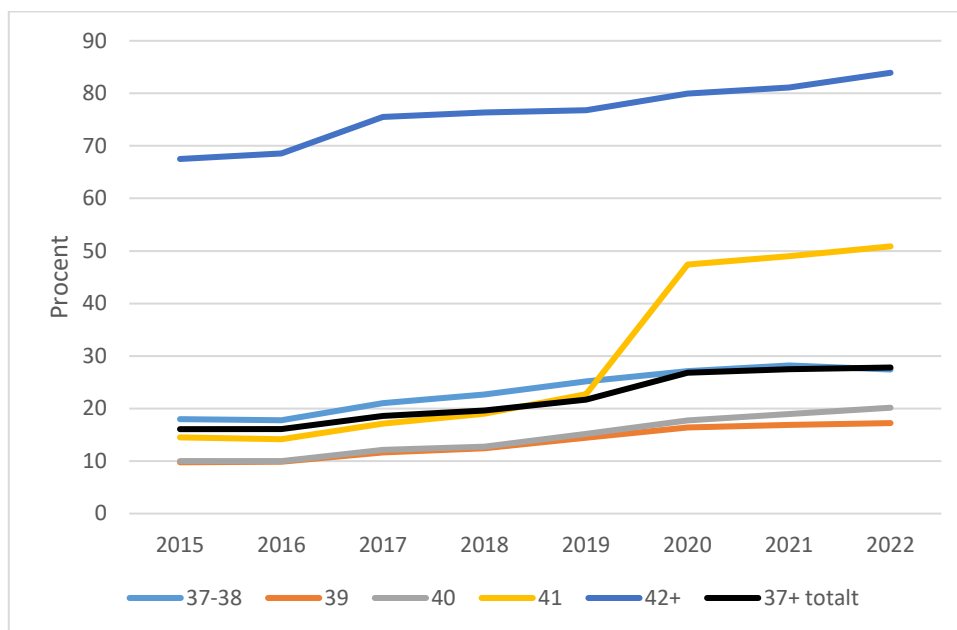
Figur 15 visar ett trendiagram över andelen akuta kejsarsnitt bland fullgångna graviditeter, uppdelat på olika graviditetsveckor. Figuren visar att den akuta kejsarsnittsfrekvensen bland fullgångna barn var oförändrad 2015-2018 (9.2%), men att den sedan ökat något bland alla graviditetsveckor i fullgången tid (till 10.5% år 2022). Andelen fullgångna barn som föddes med hjälp av sugklocka efter förlossningar som startat spontant eller inducerats var i stort sett oförändrad (ca 6%) under hela perioden 2015-2022 (figur inte visad).

Figur 15. Frekvens akuta kejsarsnitt per födelseår och graviditetsvecka bland fullgångna graviditeter. Kejsarsnitt före värkdebut exkluderade.



Figur 16 visar motsvarande trendiagram över andelen induktioner bland fullgångna graviditeter uppdelat på olika graviditetsveckor. Figuren visar att mest ökade induktionsfrekvensen mellan år 2019 och 2020 bland graviditeter som varat i 41 veckor (en effekt av SFOGs rekommendation år 2000 att erbjuda induktion vid 41 fulla veckor). Dock ska man notera att andelen induktioner även ökade bland andra fullgångna graviditeter, t.ex skedde en fördubbling av andelen induktion bland graviditeter som varat i 40 veckor (från 10 till 20 procent). Totalt bland fullgångna graviditeter ökade andelen induktioner från 16% år 2015 till 28% år 2022.

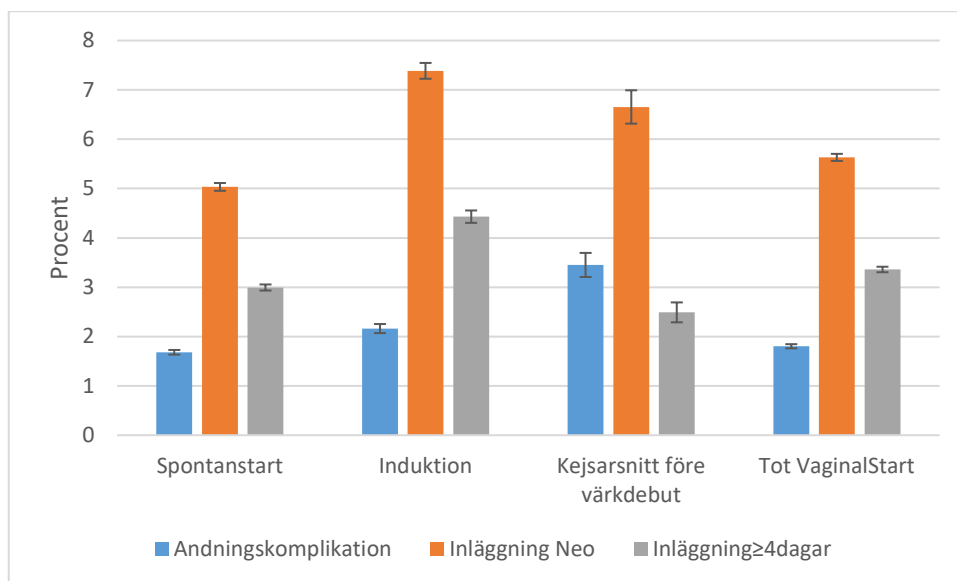
Figur 16. Andel induktioner per gestationsveckor.



Tidigare i rapporten (Figur 11) visades att barnutfallet med tiden förbättrats bland barn födda vid 41 veckors graviditet eller mer. Det är möjligt att det förbättrade barnutfallet speglar det mer aktiva handläggandet av dessa graviditeter. Hur ökningen av induktion vid andra gestationsveckor påverkar barnutfallet får besvaras av framtida analyser.

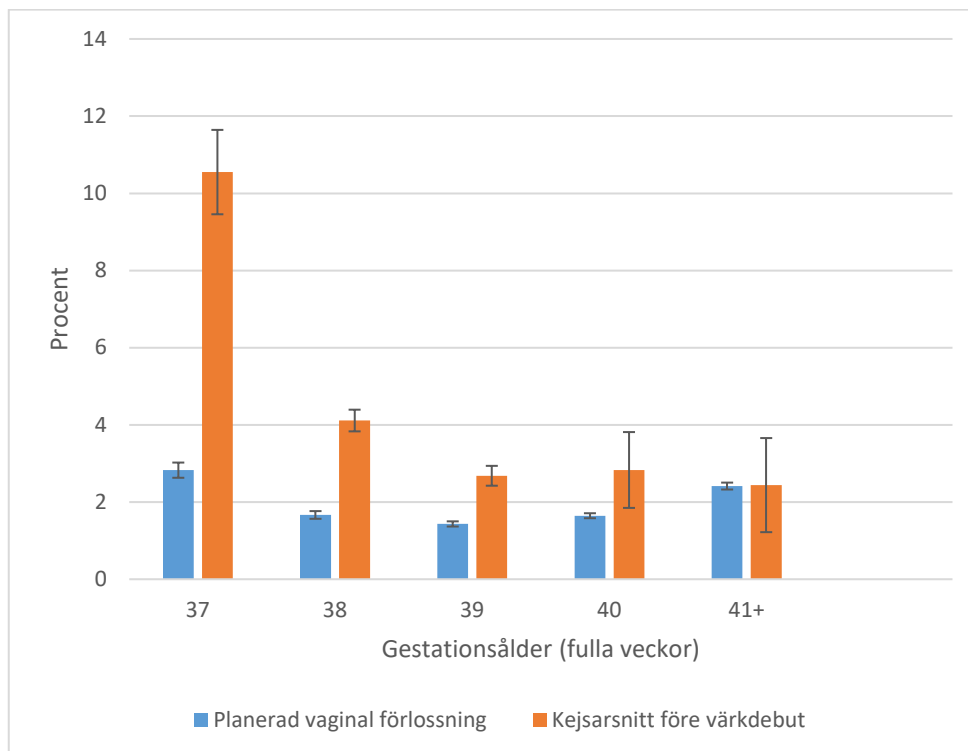
Barn födda efter planerat kejsarsnitt behöver signifikant oftare läggas in vid neonatalklinik, och får signifikant oftare en andningsstörningsdiagnos än barn som fötts efter vaginal start (se Figur 17). Jämfört med barn som fötts efter induktion eller spontant startade förlossningar var det signifikant färre barn som fötts med planerat kejsarsnitt som behövde vårdas fyra dagar eller längre (Figur 17). I figuren redovisas bara barn födda efter 38 fulla veckor eller mer. Detta eftersom det oftast finns klara medicinska indikationer om planerat kejsarsnitt görs tidigare än så. Jämförelsen med planerade vaginala förlossningar hade i onödigt hög grad haltat på grund av dessa bakomliggande faktorer om inte begränsningen till 38 veckor eller mer hade gjorts. Då man tolkar figuren bör man beakta att den relativt höga frekvensen barn som behöver läggas in vid neonatalavdelning efter induktion förmodligen till stor del beror på indikationen till induktion.

Figur 17. Andningskomplikationer och behov av neonatal inläggning i relation till förlossningsstart. Levande födda i vecka 38+0 eller mer



Behovet av neonatal inläggning med andningsstörning efter kejsarsnitt som utförts före värkdebut beror delvis på vid vilken graviditetsvecka kejsarsnittet utförts (se Figur 18). Figuren visar att risken sjunker markant mellan vecka 37 och 38, men även mellan vecka 38 och 39.

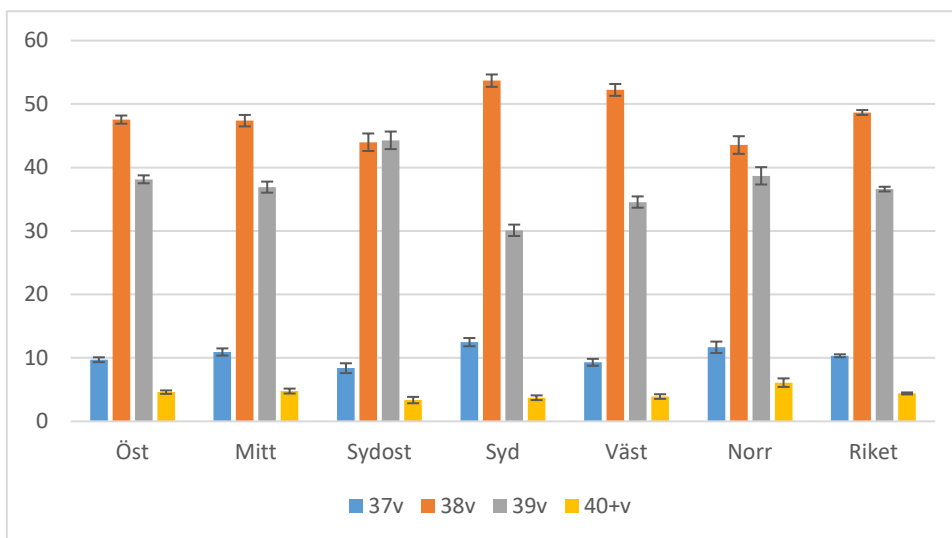
Figur 18. Inläggning vid neonatalklinik med andningsproblem per gestationvecka vid födelse och planerat förlossningssätt. Fullgångna enkelbörder





De flesta kejsarsnitt som utförs före värkdebut utförs dock vid 38 fulla veckors gestationslängd (se figur 19). I region Sydost är dock andelen planerade kejsarsnitt som utförs vid 39 fulla veckor lika stor som andelen utförda vid 38 fulla veckor. Fördelningen mellan vecka 38 och 39 vad gäller planerade kejsarsnitt har inte förändrats över tid (figur inte visad).

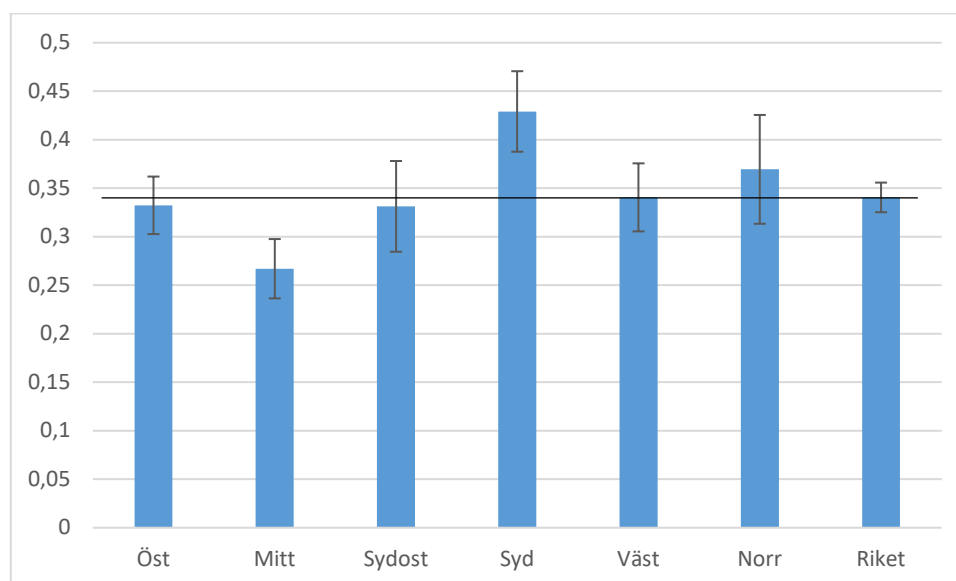
Figur 19. Tidpunkt (graviditetsvecka-fulla veckor) då planerat kejsarsnitt utförs, per storregion 2018-2022.



## Barn födda <28 veckor (centralisering, antenatala steroider, överlevnad).

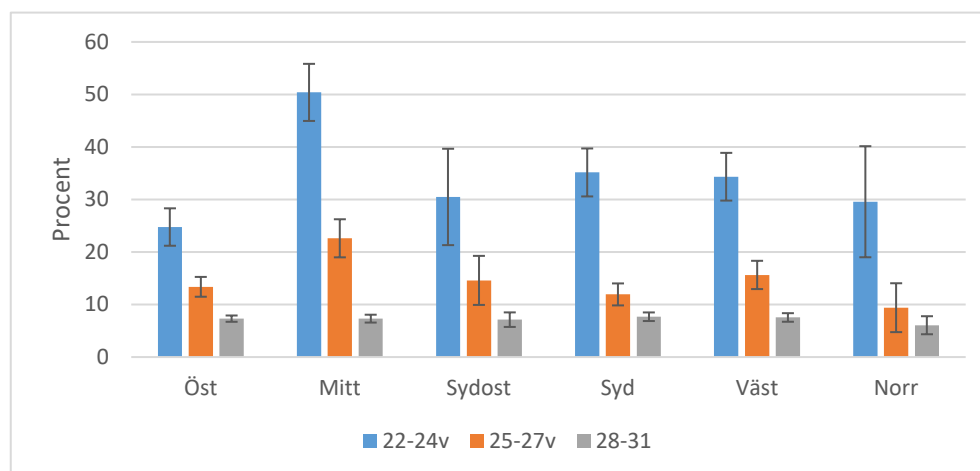
Andelen barn (levande och döda) födda före 28 fulla veckor (extremt prematurt födda) är ungefär 3,5 per tusen födda, och har inte nämnvärt förändrats under de senaste 8 åren (figur inte visad). Dock skiljer sig frekvenserna åt mellan regionerna (Figur 20), (p för homogenitet <0,001).

Figur 20. Andel barn födda <28v per storregion 2018-2022



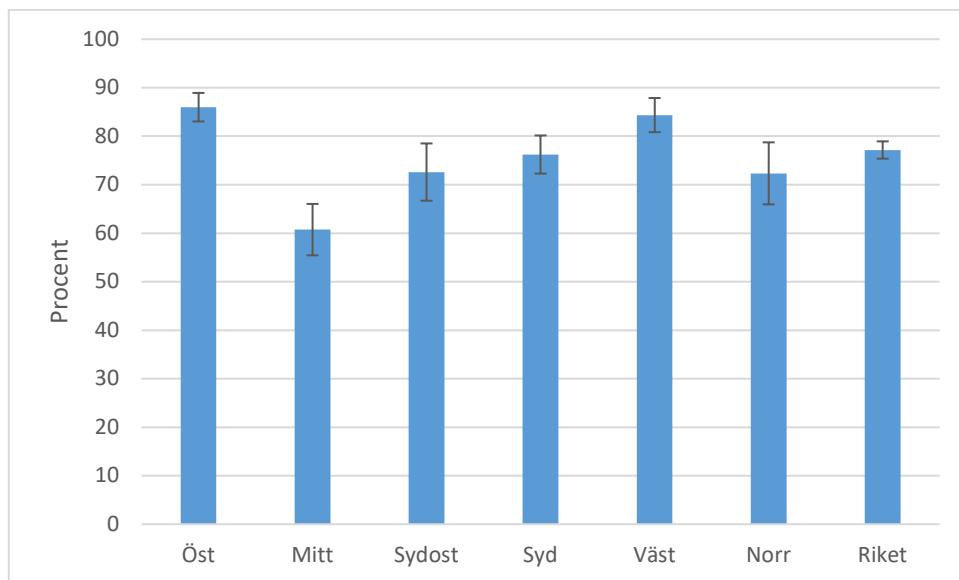
Högst andel barn födda <28 veckor fanns i storregion Syd medan lägst andel fanns i storregion Mitt. Storregion Mitt rapporterade samtidigt väsentligt högre andel dödfödda barn bland de extremt prematurt födda än vad övriga regioner gjorde (figur 21).

Figur 21. Andel dödfödda bland barn födda extremt (<28v) eller mycket prematurt (28-31v) per storregion. 2018-2022.



Andelen levande födda barn före 28 veckor som rapporterades ha lagts in vid någon neonatalklinik varierade mellan 87% (storregion Norr) och 98% (storregion Mitt). Andelen barn födda <28 veckor som fötts vid något level-3-sjukhus tycks också variera mellan storregionerna (se Figur 21), från 60% (storregion Mitt) till 86% (storregion Öst).

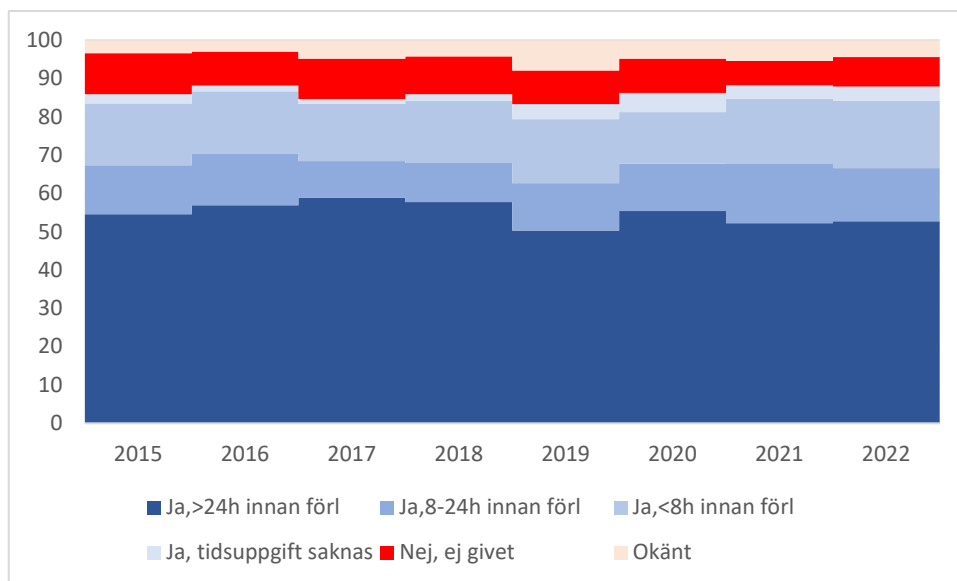
Figur 22. Andel <28v som är födda på level-3-sjukhus per storregion 2018-2022



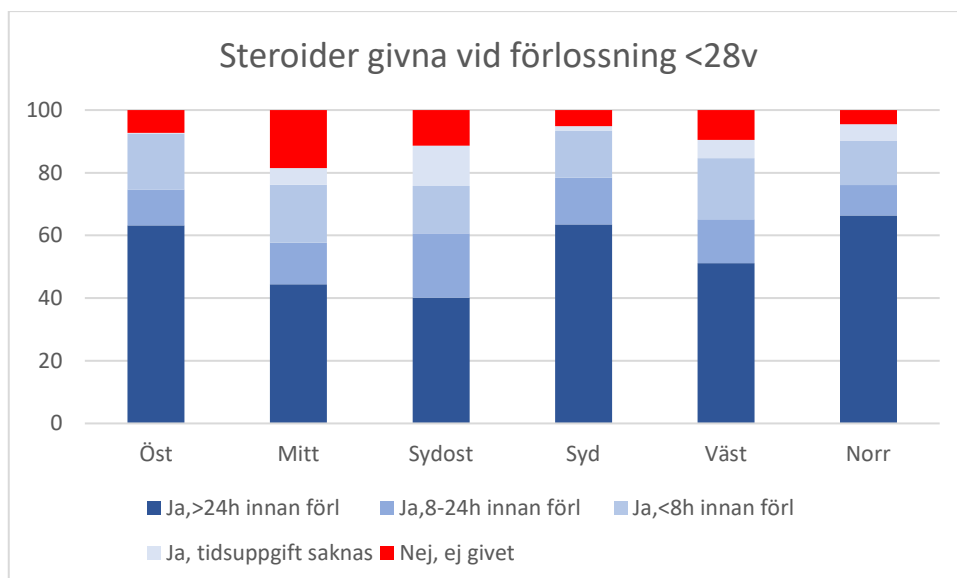
Tillförsel av antenatala steroider vid hotande förtidsbörd har entydigt visat ge en minskning av andningsstörningar och andra allvarliga komplikationer vid extrem prematur förlossning. Figur 23 visar att antenatala steroider gavs vid närmre 90% av förlossningar före 28 veckor, och i över 50% av förlossningar gavs steroiderna mer än ett dygn före förlossning. Rutinerna tycks inte ha ändrats nämnvärt under den studerade tidsperioden. Information om steroidtillförsel saknades i ungefär 5% av posterna.

Figur 24 visar behandling med antenatala steroider vid förlossning före 28 veckor per storregion. I storregionerna Öst, Syd, och Norr gavs steroider minst ett dygn före förlossning i över 60% av förlossningarna. Motsvarande andelar i storregioner Mitt, Sydost, och Väst var mellan 40 och 50%. Region Mitt rapporterade att antenatala steroider inte gavs i 20% av förlossningar före 28 veckor.

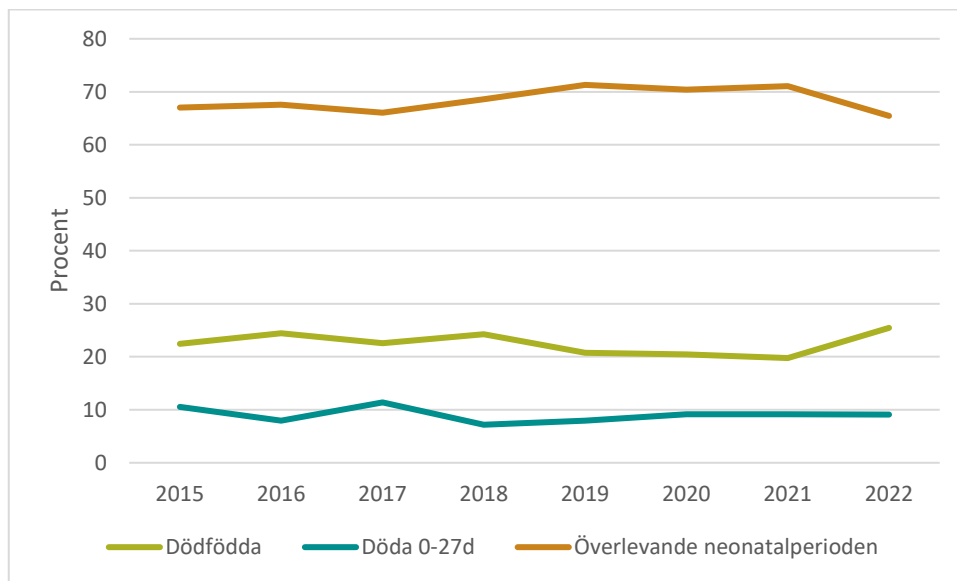
Figur 23. Tillförsel av antenatala steroider vid förlossning före 28 fulla veckor. Endast vid förlossning av levande födda barn med information från SNQ.



Figur 24. Tillförsel av antenatala steroider vid förlossning före 28 fulla veckor per storregion 2018-2022. Endast poster med information om steroidtillförsel.

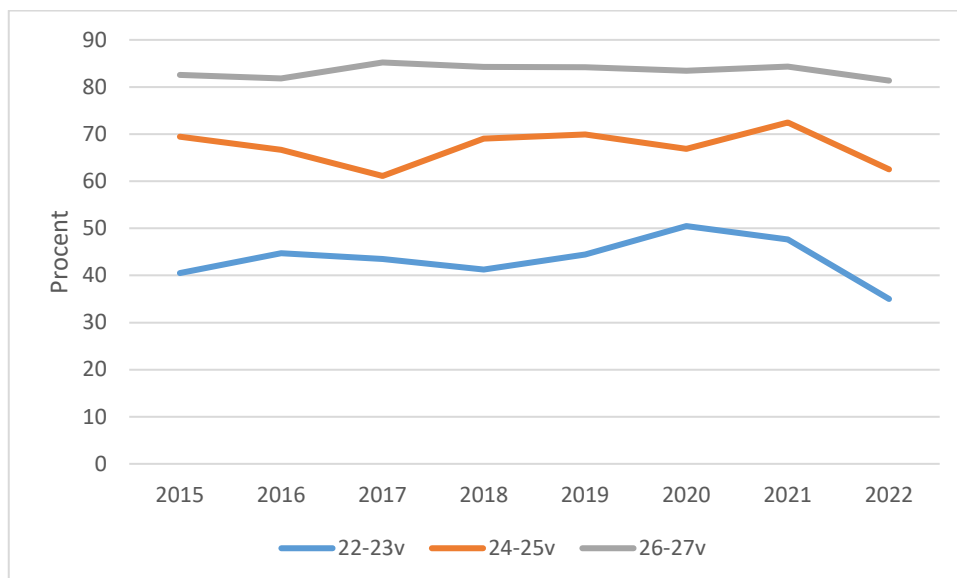


Figur 25. Andel neonatalt överlevande bland barn födda <28v.

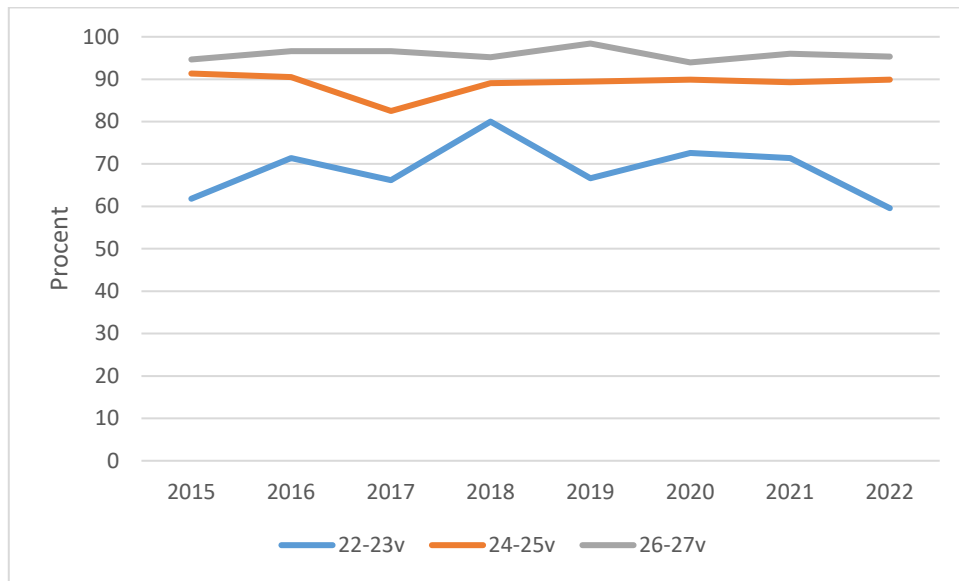


Andelen barn som överlever neonatalperioden (första 27 dagarna) bland barn födda <28 veckor har legat relativt konstant under de senaste 8 åren. Dock tycks det ha rapporterats fler dödfödda barn under 2022 än vad som gjorts tidigare (Figur 25). Figur 26 visar att överlevnaden verkar ha sjunkit något bland de allra minsta barnen (födda vid 22-23 veckor) mellan 2020 och 2022 ( $p=0.036$ ). Det är främst andelen dödfödda barn som ökat bland dessa minsta barn, men det finns en tendens, dock inte statistiskt signifikant ( $p=0.139$ ), att andelen överlevande barn bland levande födda barn också minskat bland de allra minsta barnen (Figur 27). Andelen neonatalt överlevande barn bland levande födda vid 24-25 eller 26-27 veckor är dock stabil och hög (91% respektive 95%, se Figur 27).

Figur 26. Neonatal överlevnad ( $\geq 28$  dagar) bland alla (levande och dödfödda) barn födda <28v.



Figur 27. Neonatal överlevnad (≥ 28 dagar) bland levande barn födda <28v.



Källa: SNQ 2018-2022