

Neonatalvårdsregistret SNQ

Årsrapport 2025

Utveckling av kvalitetsindikatorer åren 2021–2025



En vision för svensk neonatalvård är att varje familj och barn får den vård de behöver, när den behövs och att vården ges med utmärkt bemötande och högsta kvalitet. Neonatalvårdsregistrets uppdrag är att bidra till denna vision genom att förse beslutsfattare, profession och allmänhet med data och underlag som stimulerar till förbättringar för patienter och vårdgivare, forskning och utbildning.

Svensk neonatalvård är i många avseenden fantastiskt bra. Men Årsrapporten 2025 visar liksom tidigare att det finns regionala och lokala skillnader. Sådana jämförelser bidrar till ny kunskap om den egna och andras verksamheter, och underlättar arbetet med att identifiera förbättringsområden. Årsrapporten visar också hur neonatalvården i förändrats över tid.

Vi vill rikta ett varmt tack till alla i verksamheterna som samlar in och registrerar data i SNQ (Svenskt Neonatalt Kvalitetsregister, Swedish Neonatal Quality Register) till Lena Swartling-Schlinzig som svarat på alla frågor till info@snq.se; Laima Rebaodo, Svetlana Karpovičė och Roger Weman (OMDA Health Analytics) som underhållit och utvecklat databasen; Mari-Ann Banz-Fredriksson, FoU-controller på Karolinska universitetssjukhuset som handlagt registrets ekonomi, bokföring och fakturering; och registrets styrgrupp. Ert idoga arbete har gjort att Neonatalvårdsregistret är ett värdefullt verktyg för att förbättra och utveckla neonatalvården i Sverige.

Styrgrupp SNQ 2025:

Registerhållare	Lars Navér
Biträdande registerhållare, Region Öst	Mikael Norman
Administratör	Lena Swartling Schlinzig
Databashanterare	Stellan Håkansson
Svenska Neonatalföreningen	Jenny Svedenkrans
Region Norr	Magnus Domellöf
Region Mellansverige	Ylva Thernström Blomqvist
Region Väst	Karin Sävman
Region Sydost	Thomas Abrahamsson
Region Syd	Johan Sandblom
Länssjukvård	Fredrik Ingemansson
Omvårdnad	Emma Olsson
Uppföljning	Ulrika Ådén
Epidemiolog	Karin Källén
Svenska Prematurförbundet	Mikaela Lennels
Registerhållare Graviditetsregistret	Maria Bjelke
Registerhållare SWEDROP	Gerd Holmström

Stockholm 9 september 2026



Lars Navér, registerhållare



Mikael Norman, bitr. registerhållare



Stellan Håkansson,
registrets grundare och
nuvarande datahanterare

Vad skiljer Årsrapporten från redovisningarna på hemsidan (www.snq.se)?

Årsrapporten redovisar statistik för treårsperioder under 2021–2025. Aggregerade data minskar risken för slumpmässiga variationer p.g.a. små tal och ger därmed en mer stabilare bild av utveckling över tid och av regional variation. Nackdelen är att rapporten inte speglar situationen här och nu. Det gör däremot redovisningarna på hemsidan.

På öppna hemsidan redovisas statistik som uppdateras månadsvis i så kallade [interaktiva paneler](#). Klicka på den rapport du vill titta på och gör dina egna urval (utifrån tidsperiod, sjukhus/region, barnets gestationsålder, fråga till föräldrar, med mera). Panelerna läses bäst i helskrämsläge - efter att du öppnat panelen, klicka på den diagonalställda "dubbelpilen" längst ner i högra hörnet (). För att avsluta helskrämsläge - tryck "esc".



Efter inloggning kan du också ta del av verksamhets- och omvårdnadsrapporterna som uppdateras månadsvis. Här redovisas fler kvalitetsindikatorer. Du kan också ladda ner en excelfil där du kan göra sökningar av antal registrerade barn utifrån diagnos eller åtgärds-koder. Slutligen kan användare med inlog göra egna statistikuttag via funktionen "Statistik och listor".

Användning av Neonatalvårdsregistret SNQ

ett register som omfattar alla neonatalavdelningar, transporter & uppföljning till 5 års ålder



Kvalitet

- ☐ >500 aktiva användare
- ☐ Hemsida: www.snq.se
- ☐ Statistikuttag: > 70 per år
- ☐ Underlag för > 40 förbättringsprojekt i neonatalvården 2020-2024
- ☐ SNQ-data till verksamhetsrapporter och styrkort på flera sjukhus

Forskning

- ☐ 173 vetenskapliga publikationer
- ☐ 25-30 forskaruttag/år
- ☐ Internationellt samarbete med 15 länder på 4 kontinenter
- ☐ Vetenskapliga rapporter citeras i nationella och internationella riktlinjer (Clinical Impact®)

Samhälle

Vi samarbetar med:

- ☐ Patientföreningar
- ☐ Familjer och privatpersoner
- ☐ Patientförsäkringen (LÖF)
- ☐ Journalister och media
- ☐ Socialstyrelsen
- ☐ Sveriges kommuner och regioner (SKR)
- ☐ Folkhälsomyndigheten
- ☐ Läkemedelsverket
- ☐ Vården i Siffror

97 553 levande födda 2025

2122 (2,2%) födda <35 veckor

805 (0,82%) levande födda <32 veckor

315 (0,32%) levande födda <28 veckor

Neonatalvård i siffror

10 230 (10,5% av alla nyfödda) barn vårdades på neonatalavdelning

11 645 vårdtillfällen och 108 453 dygn på sjukhus
56 749 dygn i hemsjukvård

38 sjukhus 
416 disponibla vårdplatser*
132 IVA-platser*



Personal*



167 specialistläkare
(neonatologer)

1198 sjuksköterskor
(60% specialistsjuksköterskor)

1013 barn- och undersköterskor

Övr personal: sekreterare, kurator, psykolog, dietist, fysioterapeut, apotekare/farmaceut

Högspecialiserad neonatalvård

Neo-IVA (nivå 3-4): 8 sjukhus

Barnhjärtkirurgi: 2 sjukhus

Barnkirurgi: 4 sjukhus

Neurokirurgi: 6 sjukhus

Ögonkirurgi (ROP): 5 sjukhus

ECMO: 3 centra



Regionala transportteam: 6 st.

20/38 (53%) sjukhus bedrev intensivvård av nyfödda (respiratorbehandling, kylbehandling, dialys)

Neonatalvårdens omfattning

Samtliga neonatalavdelningar/sjukhus med neonatalvårdsplatser i Sverige har varit anslutna till Neonatalvårdsregistret sedan 2011.

Deltagande kliniker

Norra sjv.regionen (Umeå)

- Gällivare sjukhus
- Luleå, Sunderby sjukhus
- Skellefteå lasarett
- Sundsvalls sjukhus
- Umeå, Norrlands universitetssjukhus
- Örnsköldsviks sjukhus
- Östersunds sjukhus

Mellersta sjv.regionen (Uppsala-Örebro)

- Eskilstuna, Mälarsjukhuset
- Falu lasarett
- Gävle, Länssjukhuset
- Hudiksvalls sjukhus
- Karlstad, Centralsjukhuset
- Uppsala, Akademiska sjukhuset
- Västmanlands sjukhus, Västerås
- Örebro, Universitetssjukhuset

Östra sjv.regionen (Stockholm)

- Stockholm, KS-Danderyd
- Stockholm, KS-Huddinge
- Stockholm, KS-Solna
- Stockholm, S:t Göran
- Stockholm, Södersjukhuset
- Visby lasarett

Sydöstra sjv.regionen (Linköping)

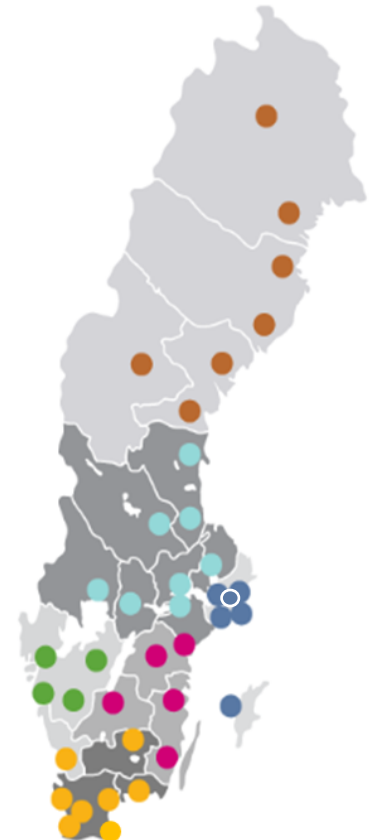
- Jönköping, Länssjukhuset Ryhov
- Kalmar, Länssjukhuset
- Linköping, Universitetssjukhuset
- Norrköping, Vrinnevisjukhuset
- Västerviks sjukhus

Västra sjv.regionen (Göteborg)

- Södra Älvsborgs sjukhus, Borås
- Göteborg, Östra sjukhuset
- Skövde, Kärnsjukhuset
- Trollhättan, NÄL

Södra sjv.regionen (Lund)

- Hallands sjukhus
- Helsingborgs lasarett
- Karlskrona, Blekingesjukhuset
- Kristianstads sjukhus
- Lund, Skånes universitetssjukhus
- Malmö, Skånes universitetssjukhus
- Växjö centrallasarett
- Ystads lasarett



"Storregioner" i neonatalvården med deltagande kliniker 2025

Faktablad 1. Neonatalvårdens omfattning

- **År 2025 föddes 97 553 barn** i Sverige. Det är en minskning från 114 263 födda år 2021, 104 734 födda 2022, 100 051 födda 2023 och 98 451 barn födda 2024.
- Under år 2025 skrevs 10 230 barn (10,5%) in i neonatalvården. **Vårddygn på sjukhus** var 108 453, en minskning med 15% under perioden 2021–2025. Stora variationer förelåg mellan sjukhus, från en minskning i antal vårddygn med 51% i Karlskrona till en ökning med 73% i Gällivare.
- Därutöver registrerades 56 749 dygn i **neonatal hemvård**. På riksnivå har antal vårddygn i hemvård minskat med 6% mellan 2021–2025. Andelen (%) av den totala vårdtiden som var förlagd till neonatal hemvård ökade marginellt från 32% år 2021 till 33% år 2025.
- Både regionala och särskilt lokala variationer (sjukhusnivå) förelåg.
- I landets sex storregioner var spannet mellan kortaste och längsta **medelvårdtiden** på sjukhus 3 dygn och den totala vårdtiden på sjukhus och i hemvård skiljde med upp till 5 dygn. Störst regional skillnad (23 dygn) i medelvårdtid inneliggande på sjukhus sågs bland extremt tidigt födda i graviditetsvecka 22–24.
- Det föreligger en påtaglig skillnad (50%) i incidens av tidig födelse mellan landets regioner. Högst är incidensen i Dalarna, Gävleborg och Blekinge samt lägst i Halland och Västerbotten.

Introduktion

Neonatalvårdens omfattning avspeglar i första hand antal födda barn. En tumregel som gäller sedan länge är att omkring 10% av nyfödda barn behöver neonatalvård efter födelsen.

Kunskap om vårdens omfattning ger också en bild av kapacitet och organisation. Dessa faktorer varierar i olika delar av landet, och mellan länder, ex-vis i Norden [1]. En god förståelse av hela vårdens uppbyggnad och förutsättningar underlättar tolkningar av jämförelser mellan sjukhus och regioner.

I detta avsnitt presenteras antal levande födda per län, antal levande födda per storregion, antal vårddygn i slutenvård och hemvård per sjukhus, samt medelvårdtider vid olika graviditetslängder och per storregion. Tidsperioden som studerats är de senaste fem åren, dvs 2021–2025.

Antal levande födda per län/storregion och födelseår (källa: SCB mars 2026)

Län	Sjv-region	2021	2022	2023	2024	2025	2021–25	Förändring 2021–25
01 Stockholm	3 Öst	29067	26356	25781	25657	25788	132649	-11%
03 Uppsala	2 Mellan	4261	3991	3816	3845	3745	19658	-12%
04 Södermanland	2 Mellan	3045	2876	2526	2570	2471	13488	-19%
05 Östergötland	5 Sydöst	5035	4535	4294	4243	4163	22270	-17%
06 Jönköping	5 Sydöst	4039	3722	3581	3468	3381	18191	-16%
07 Kronoberg	6 Syd	2269	2041	1963	1836	1841	9950	-19%
08 Kalmar	5 Sydöst	2460	2176	2108	2026	1911	10681	-22%
09 Gotland	3 Öst	522	465	454	417	456	2314	-13%
10 Blekinge	6 Syd	1507	1392	1301	1161	1204	6565	-20%
12 Skåne	6 Syd	15605	14381	13841	13521	13461	70809	-14%
13 Halland	4 Väst/6 Syd*	3528	3293	3060	3141	3042	16064	-14%
14 V Götaland	4 Väst	19662	18147	17427	17114	17107	89457	-13%
17 Värmland	2 Mellan	2634	2528	2273	2279	2172	11886	-18%
18 Örebro	2 Mellan	3297	3024	2813	2814	2672	14620	-19%
19 Västmanland	2 Mellan	2829	2835	2568	2514	2509	13255	-11%
20 Dalarna	2 Mellan	2790	2575	2440	2334	2182	12321	-22%
21 Gävleborg	2 Mellan	2741	2473	2281	2231	2211	11937	-19%
22 Västernorrland	1 Norr	2362	2029	1949	1786	1824	9950	-23%
23 Jämtland	1 Norr	1330	1170	1158	1138	1115	5911	-16%
24 Västerbotten	1 Norr	2845	2618	2384	2394	2331	12572	-18%
25 Norrbotten	1 Norr	2435	2107	2033	1962	1967	10504	-19%
Sverige		114263	104734	100051	98451	97553	515052	-15%

*Väst=Varberg, Falkenberg, Kungsbacka; Syd=Halmstad, Hylte, Laholm

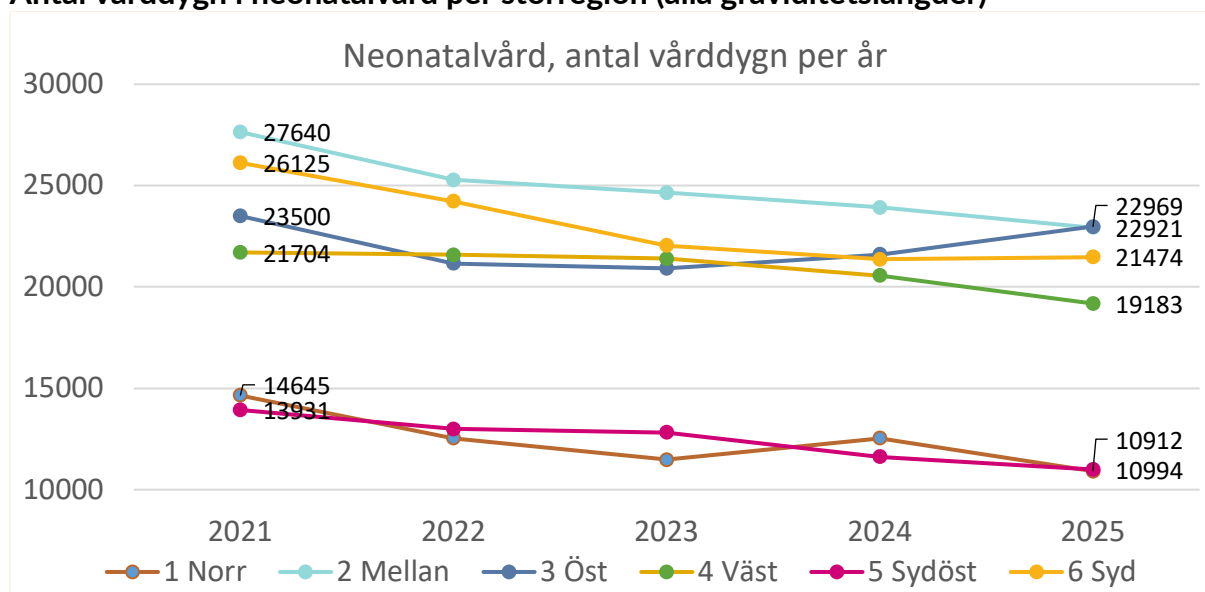
Kommentar: Antal nyfödda minskade med 15% i Sverige från 2021 till 2025. Störst är minskningen i Västernorrland (-23%) och lägst minskning uppvisade Stockholm och Västmanland (-11%).

Antal levande födda per storregion

Sjv-region	2021	2022	2023	2024	2025	2021-25	Förändring 2021-25
1 Norr	8972	7924	7524	7280	7237	38937	-19%
2 Mellan	21597	20302	18717	18587	17962	97165	-17%
3 Öst	29589	26821	26235	26074	26244	134963	-11%
4 Väst	21655	20083	19200	18878	18832	98648	-13%
5 Sydöst	11534	10433	9983	9737	9455	51142	-18%
6 Syd	20916	19171	18392	17895	17823	94197	-15%
Sverige	114263	104734	100051	98451	97553	515052	-15%

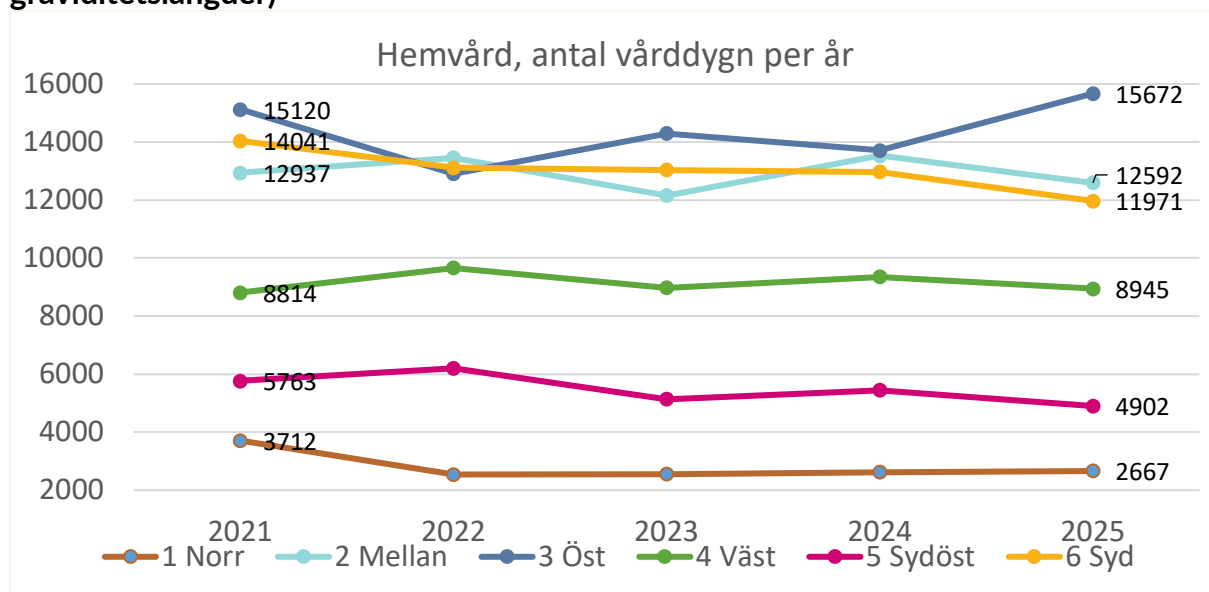
Kommentar: Störst förändring 2021–2025 i antal födda ses i Norr (-19%) och lägst i Öst (-11%).

Antal vård dygn i neonatalvård per storregion (alla graviditetslängder)



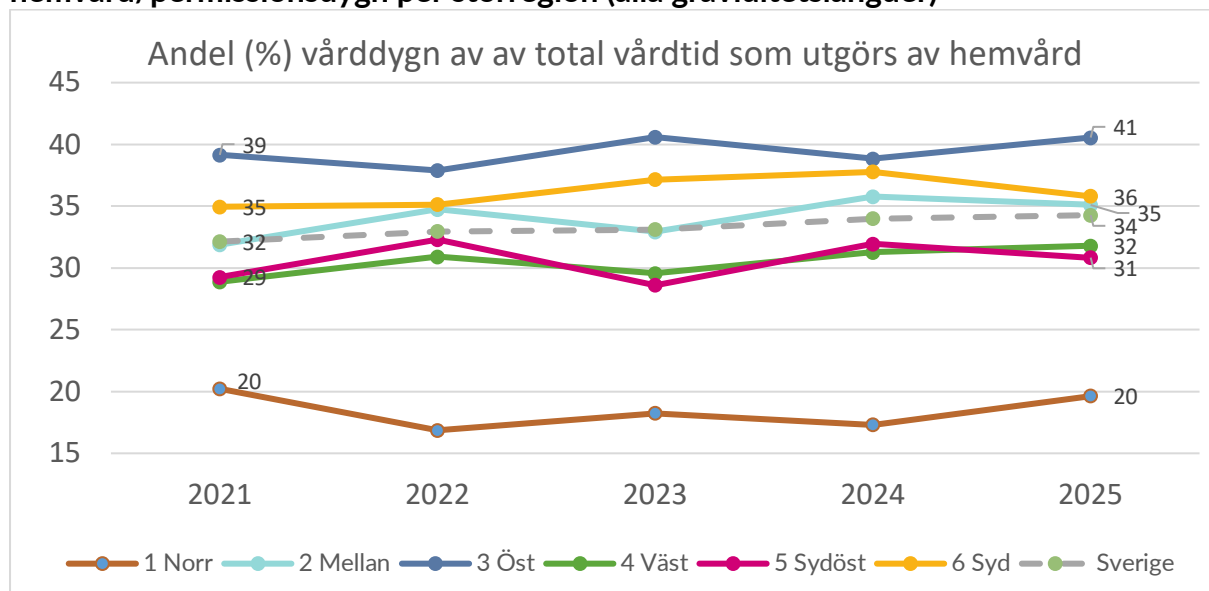
Kommentar: I samtliga storregioner har antalet vård dygn på sjukhus minskat under 5-årsperioden. Den relativa minskningen från 2021 till 2025 i antal vård dygn på sjukhus uppgick i Region Norr till -19%, Region Mellan -17%, Region Öst -11%, Region Väst -13%, Region Sydöst -18%, och i Region Syd till -15%.

Antal vård dygn i neonatal hemvård/permissionsdygn per storregion (alla graviditetslängder)



Kommentar: Antal dygn i hemvård minskade med 6% under 5-årsperioden. Vissa variationer över tid sågs inom storregionerna, med större förändringar på lokal sjukhusnivå (se tabell nedan).

Andel (%) av den totala vårddagen som var förlagd till Neonatal hemvård/permissionsdygn per storregion (alla graviditetslängder)



Kommentar: Andel av den totala vårddagen som är förlagd till hemvård har ökat något (1%). Andelen av den totala vårddagen som förlagts till hemvård varierar mellan storregioner. En bidragande orsak är de relativt stora regionala skillnaderna i kapacitet som föreligger i Sverige och i Norden [1], en annan orsak är geografiska förutsättningar.

Antal vård dygn i neonatalvård (alla graviditetslängder) per sjukhus

Antal vård dygn, neonatalvård, alla graviditetslängder, per sjukhus och år							
Sjukhus	2021	2022	2023	2024	2025	2021–25	Diff 2021–25
Borås	3929	4007	3665	3439	2932	17972	-25%
Eskilstuna	3518	3340	3038	2726	2056	14678	-42%
Falun	3110	3285	3131	3248	3006	15780	-3,3%
Gällivare	230	513	448	353	399	1943	73%
Gävle	2010	1452	1516	1290	1159	7427	-42%
Göteborg	10438	9790	10290	9757	9072	49347	-13%
Halmstad	3726	3320	3139	3189	2828	16202	-24%
Helsingborg	3613	3571	3095	3084	3015	16378	-17%
Hudiksvall	953	636	612	339	225	2765	-76%
Jönköping	4952	5017	4474	3769	4295	22507	-13%
Kalmar	2040	1773	1876	1644	1293	8626	-37%
Karlskrona	2743	1915	1400	1055	1337	8450	-51%
Karlstad	3128	3138	3298	3186	2944	15694	-5,9%
Kristianstad	2090	1823	1683	1581	2039	9216	-2,4%
Linköping	3433	3270	3469	3268	3261	16701	-5,0%
Luleå	2184	2354	1954	2195	1613	10300	-26%
Lund	5501	5375	5506	5286	5198	26866	-5,5%
Malmö	5281	5161	4439	4772	5032	24685	-4,7%
Norrköping	2329	2169	2201	2020	1534	10253	-34%
Skellefteå	965	758	952	834	487	3996	-50%
Skövde	3757	3717	3427	3482	3526	17909	-6,1%
Sthlm, KS-DS	6006	5274	4604	5078	5122	26084	-15%
Sthlm, KS-HS	5461	4918	4800	4684	5139	25002	-5,9%
Sthlm, KS-Solna	4555	3732	3375	3620	3799	19081	-17%
Sthlm, St Göran	0	0	881	1579	1953	4413	122%*
Sthlm, SöS	7069	6735	6891	6266	6587	33548	-6,8%
Sundsvall	3421	2988	3182	3088	2793	15472	-18%
Trollhättan	3580	4079	4008	3884	3653	19204	2%
Umeå	4569	3750	2932	3599	3534	18384	-23%
Uppsala	5179	4792	5158	5453	5542	26124	7,0%
Visby	409	497	367	381	369	2023	-10%
Västervik	1177	771	798	911	611	4268	-48%
Västerås	4213	4145	3609	3826	4307	20100	2,2%
Växjö	2584	2485	2245	1866	1591	10771	-38%
Ystad	587	566	533	538	434	2658	-26%
Örebro	5529	4490	4289	3857	3682	21847	-33%
Örnsköldsvik	973	842	886	815	637	4153	-35%
Östersund	2303	1331	1118	1655	1449	7856	-37%
Sverige	127545	117779	113289	111617	108453	578683	-15%

Kommentar: Jämfört med toppåren 2021–2022 ses en minskning i antal vård dygn på 29/38 sjukhus.

Flest dygn i neonatalvård under 2025 hade Drottning Silvias Barnsjukhus i Göteborg (9072 dygn) och lägst antal neonatalvård dygn sågs i Hudiksvall (225 dygn). Störst relativ minskning i antal registrerade vård dygn uppvisade Blekingesjukhuset i Karlskrona (-51%) och Hudiksvall (-72%). Antal vård dygn i neonatalvård ökade mest i Gällivare (+73%) och i Uppsala (+7%).

Antal vårddyggn i neonatal hemvård/permission (alla graviditetslängder) per sjukhus

Antal vårddyggn, hemvård, alla graviditetslängder, per sjukhus och år							
Sjukhus	2021	2022	2023	2024	2025	2021-25	Diff 2021-25
Borås	1555	1586	1295	1930	2436	8802	57%
Eskilstuna	3188	3508	2897	2899	1925	14417	-40%
Falun	1618	2034	1461	1380	1377	7870	-14,9%
Gällivare	0	0	0	0	0	0	-
Gävle	1999	1269	1389	1446	1106	7209	-45%
Göteborg	3766	3682	3686	3760	2853	17747	-24%
Halmstad	1492	984	610	1061	962	5109	-36%
Helsingborg	1711	1888	1993	1774	1715	9081	0%
Hudiksvall	217	0	16	67	145	445	-33%
Jönköping	1351	1620	1386	980	1101	6438	-19%
Kalmar	1085	897	1063	971	914	4930	-16%
Karlskrona	1543	1015	1048	673	491	4770	-68%
Karlstad	2284	1940	1806	2186	1614	9830	-29,3%
Kristianstad	2311	2216	1859	1301	1949	9636	-15,7%
Linköping	1900	2548	1792	2463	2456	11159	29,3%
Luleå	1472	975	1268	947	875	5537	-41%
Lund	1694	1374	2026	2685	1859	9638	9,7%
Malmö	3453	3349	3495	3748	3499	17544	1,3%
Norrköping	1207	998	841	848	298	4192	-75%
Skellefteå	0	0	0	4	157	161	3825%*
Skövde	0	0	0	0	0	0	-
Sthlm, KS-DS	6363	5003	5471	5003	5735	27575	-10%
Sthlm, KS-HS	2363	2076	2184	2023	2695	11341	14,0%
Sthlm, KS-Solna	2720	2554	2427	2762	3097	13560	14%
Sthlm, St Görän	0	0	0	0	0	0	-
Sthlm, SöS	3674	3273	4211	3926	4145	19229	12,8%
Sundsvall	0	0	0	25	0	25	-
Trollhättan	3493	4390	3993	3668	3656	19200	5%
Umeå	1936	1481	1203	1464	1427	7511	-26%
Uppsala	1902	2152	2445	2483	2742	11724	44,2%
Visby	0	0	0	0	0	0	-
Västervik	220	139	52	191	133	735	-40%
Västerås	1203	1068	1067	1155	1284	5777	6,7%
Växjö	1837	2295	2003	1731	1496	9362	-19%
Ystad	0	0	0	0	0	0	-
Örebro	526	1487	1074	1919	2399	7405	356%
Örnsköldsvik	0	0	0	0	0	0	-
Östersund	304	87	87	184	208	870	-32%
Sverige	60387	57888	56148	57657	56749	288829	-6%

Kommentar: Under 5-årsperioden minskade antalet dygn i neonatal hemvård/permissionsdygn med 6%. Flest registrerade hemvårdsdygn under 2025 hade Danderydsektionen på Karolinska (5375dygn motsvarande ca 18 slutenvårdsplatser) medan Gällivare, Skövde, Sthlm S:t Görän, Visby, Ystad och Örnsköldsvik inte rapporterade några hemvårdsdygn under 2025. Stora förändringar ses på sjukhusnivå där Borås, Linköping, Skellefteå, Stockholm, Karolinska Huddinge, och Karolinska Solna, Stockholm SöS, Trollhättan, Uppsala, Västerås och Örebro ökat medan flera sjukhus minskat sedan 2021.

Medelvårdtider inneliggande på sjukhus per storregion (GÅ=Gestationsålder)

GÅ (alla)	Medelvårdtid (d), neonatalvård, levande födda per utskrivningsperiod		
	2021-23	2022-24	2023-25
1 Norr	13	13	13
2 Mellan	12	13	13
3 Öst	10	10	10
4 Väst	10	10	10
5 Sydöst	12	12	12
6 Syd	11	11	10
Sverige	11	11	11

Kommentar: Den totala medelvårdtiden på sjukhus varierade under 5-årsperioden mellan storregioner med 3 dygn och det ses ingen tydlig förändring över tid.

GÅ (<25 v)	Medelvårdtid (d), neonatalvård, levande födda per utskrivningsperiod		
	2021-23	2022-24	2023-25
1 Norr	86	91	65
2 Mellan	70	74	76
3 Öst	65	64	67
4 Väst	60	69	75
5 Sydöst	69	56	56
6 Syd	67	72	76
Sverige	74	74	76

Kommentar: Medelvårdtiden på sjukhus för barn födda före vecka 25 varierade under 5-årsperioden stort (23 dygn) mellan storregioner. Den var kortast i sydöstra och längst i norra sjukvårdsregionen. Riksgenomsnittet har inte förändrats över tid.

GÅ (25-27 v)	Medelvårdtid (d), neonatalvård, levande födda per utskrivningsperiod		
	2021-23	2022-24	2023-25
1 Norr	74	68	76
2 Mellan	62	64	65
3 Öst	56	55	58
4 Väst	58	62	60
5 Sydöst	64	66	68
6 Syd	60	60	60
Sverige	65	65	67

Kommentar: Medelvårdtiden på sjukhus för barn födda vecka 25–27 varierade under 5-årsperioden stort (16 dygn) mellan storregioner. Den var kortast i östra och längst i norra sjukvårdsregionen. Riksgenomsnittet har inte förändrats över tid.

GÅ (28-31 v)	Medelvårdtid (d), neonatalvård, levande födda per utskrivningsperiod		
	2021-23	2022-24	2023-25
1 Norr	42	42	41
2 Mellan	37	37	38
3 Öst	35	36	36
4 Väst	34	35	34
5 Sydöst	35	36	36
6 Syd	35	36	35
Sverige	37	38	38

Kommentar: Medelvårdtiden på sjukhus för barn födda vecka 28–31 varierade under 5-årsperioden med 9 dygn mellan storregioner. Den var längst i norra sjukvårdsregionen och väsentligen lika i övriga storregioner. Riksgenomsnittet har inte förändrats över tid.

GÅ (32-36 v)	Medelvårdtid (d), neonatalvård, levande födda per utskrivningsperiod		
	2021-23	2022-24	2023-25
1 Norr	16	18	17
2 Mellan	13	14	14
3 Öst	10	10	10
4 Väst	10	10	10
5 Sydöst	13	13	12
6 Syd	11	11	10
Sverige	12	12	12

Kommentar: Vårdtiden på sjukhus för barn födda vecka 32–36 varierade med 7 dygn under 5-årsperioden. Den var kortast i västra och östra samt längst i norra sjukvårdsregionen. Riksgenomsnittet var oförändrat över tid.

GÅ (≥37 v)	Medelvårdtid (d), neonatalvård, levande födda per utskrivningsperiod		
	2021-23	2022-24	2023-25
1 Norr	6,9	6,6	6,5
2 Mellan	6,0	6,0	6,0
3 Öst	4,0	4,2	4,3
4 Väst	5,5	5,6	5,5
5 Sydöst	6,4	6,3	6,0
6 Syd	5,5	5,4	5,4
Sverige	5,6	5,6	5,5

Kommentar: Vårdtiden för fullgångna barn i neonatalvård varierade under 5-årsperioden med 2,5 dygn mellan storregioner. Den var kortast i östra och längst i norra sjukvårdsregionen. Riksgenomsnittet var oförändrat över tid.

Sammanlagd medelvårdtid på sjukhus och i hemvård per storregion

(GÅ=Gestationsålder)

GÅ (alla)	Medelvårdtid (d), neonatal- & hemvård, levande födda per utskrivningsperiod		
	2021-23	2022-24	2023-25
1 Norr	16	15	15
2 Mellan	18	19	19
3 Öst	15	15	15
4 Väst	14	15	14
5 Sydöst	17	17	16
6 Syd	16	16	16
Sverige	16	16	16

Kommentar: Den sammanlagda medelvårdtiden på sjukhus och i hemvård under 5-årsperioden varierade med 5 dygn, kortast i västra regionen och längst i mellersta regionen. Riksgenomsnittet var oförändrat över tid.

GÅ (<25 v)	Medelvårdtid (d), neonatal- & hemvård, levande födda per utskrivningsperiod		
	2021-23	2022-24	2023-25
1 Norr	89	94	69
2 Mellan	88	91	93
3 Öst	72	72	75
4 Väst	66	77	84
5 Sydöst	70	61	63
6 Syd	77	83	91
Sverige	83	84	88

Kommentar: Den sammanlagda medelvårdtiden på sjukhus och i hemvård för extremt tidigt födda <vecka 25 varierade stort (28 dygn) mellan storregioner under 5-årsperioden. Den var kortast i sydöstra och längst i mellersta sjukvårdsregionen. Riksgenomsnittet ökade över tid, och medelvårdtiden ökade i fyra (mellersta, östra, västra och södra) regioner medan minskade i två (norra och sydöstra regionen) regioner.

GÅ (25-27 v)	Medelvårdtid (d), neonatal- & hemvård, levande födda per utskrivningsperiod		
	2021-23	2022-24	2023-25
1 Norr	84	75	79
2 Mellan	77	84	85
3 Öst	67	64	69
4 Väst	68	74	74
5 Sydöst	74	80	84
6 Syd	78	80	77
Sverige	79	81	83

Kommentar: Den sammanlagda medelvårdtiden på sjukhus och i hemvård för extremt tidigt födda i vecka 25-27 varierade under 5-årsperioden stort (19 dygn) mellan storregioner. Den var kortast i östra och längst i mellersta sjukvårdsregionen. Riksgenomsnittet ökade över tid, men medelvårdtiden minskade i norra och södra regionen.

GÅ (28-31 v)	Medelvårdtid (d), neonatal- & hemvård, levande födda per utskrivningsperiod		
	2021-23	2022-24	2023-25
1 Norr	50	50	48
2 Mellan	54	55	56
3 Öst	51	52	53
4 Väst	47	48	47
5 Sydöst	47	50	51
6 Syd	56	56	53
Sverige	53	54	54

Kommentar: Den sammanlagda medelvårdtiden på sjukhus och i hemvård för barn födda i vecka 28–31 varierade med 9 dygn mellan storregioner under 5-årsperioden. Den var kortast i västra och längst i mellersta sjukvårdsregionerna. Riksgenomsnittet var oförändrat över tid.

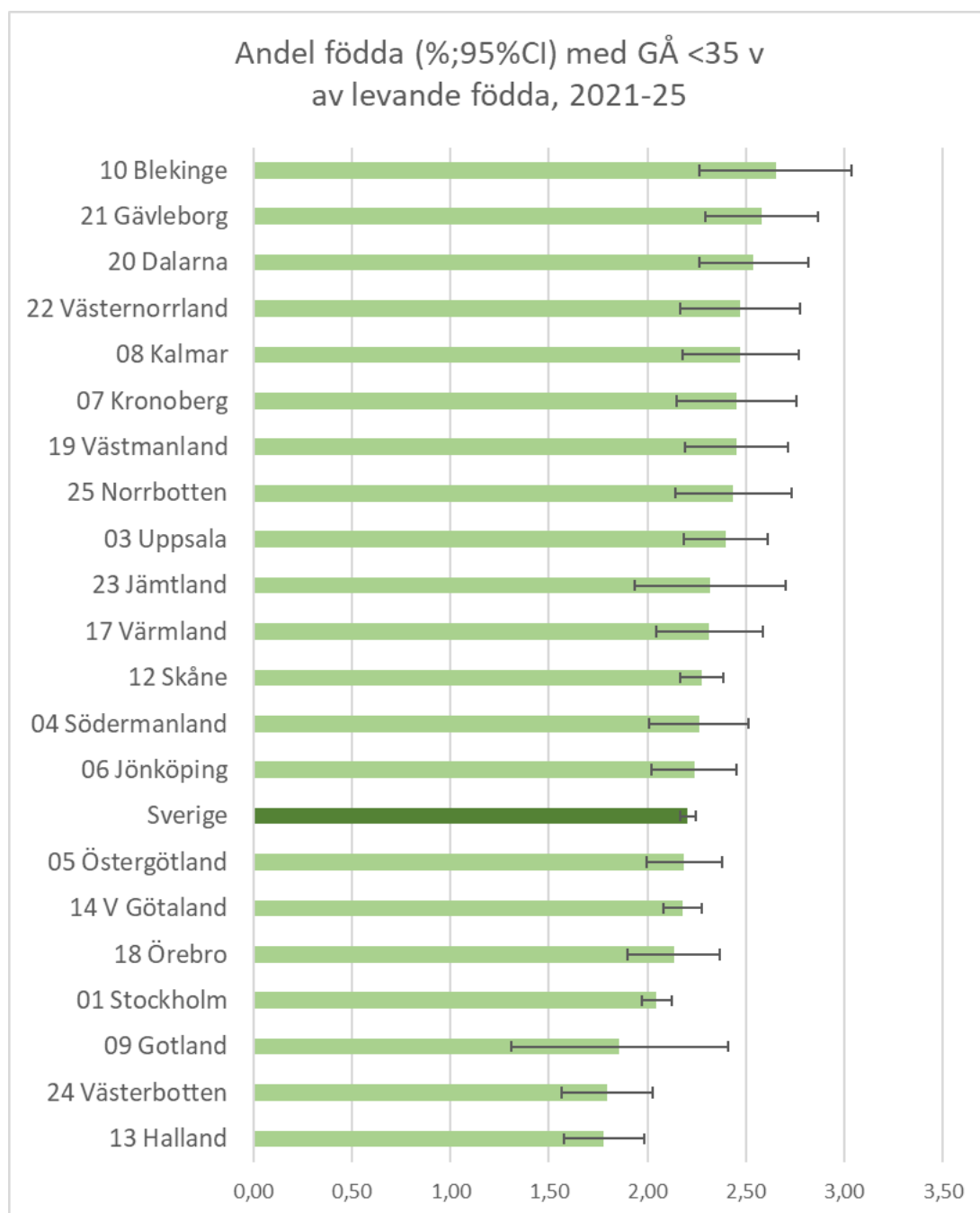
GÅ (32-36 v)	Medelvårdtid (d), neonatal- & hemvård, levande födda per utskrivningsperiod		
	2021-23	2022-24	2023-25
1 Norr	22	23	22
2 Mellan	23	24	25
3 Öst	21	21	21
4 Väst	19	20	19
5 Sydöst	22	22	22
6 Syd	21	22	22
Sverige	22	22	22

Kommentar: Den sammanlagda medelvårdtiden på sjukhus och i hemvård för barn födda i vecka 32–36 varierade under 5-årsperioden med 5 dygn mellan storregioner. Den var lägst i västra och längst i mellersta sjukvårdsregionen. Riksgenomsnittet oförändrat över tid, liksom medelvårdtiden inom regionerna.

GÅ (≥37v)	Medelvårdtid (d), neonatal- & hemvård, levande födda per utskrivningsperiod		
	2021-23	2022-24	2023-25
1 Norr	7,7	7,4	7,5
2 Mellan	7,2	7,4	7,4
3 Öst	4,6	4,8	4,9
4 Väst	6,6	6,8	6,6
5 Sydöst	7,5	7,4	7,0
6 Syd	6,2	6,2	6,4
Sverige	6,4	6,5	6,5

Kommentar: Den sammanlagda medelvårdtiden på sjukhus och i hemvård för fullgångna barn varierade under 5-årsperioden med 3 dygn mellan storregioner. Den var kortast i östra och längst i norra sjukvårdsregionen. Riksgenomsnittet var oförändrat över tid.

Incidens av tidig födsel före 35 graviditetsveckor i Sverige



Kommentar: Högst incidens i Blekinge, Gävleborg och Dalarna samt lägst i Halland och Västerbotten. Tabellen tar inte hänsyn till skillnader i flerbörd/enkelbörd eller olikheter i iatrogen initierade förlossningar, vilket kan bidra till skillnader.



Neonatalvård av mycket tidigt födda
(<32 graviditetsveckor)
Behandlingar och praxis

Faktablad 2. Behandling av mycket tidigt födda barn (<32 graviditetsveckor)

- **Perinatal handläggning**

- **Centralisering:** 85% av förlossningarna före vecka 25, 88% vecka 25–27 och 98% vecka 28–31 ägde rum på rätt nivå under åren 2023–2025. Regional variation liksom bristande måluppfyllelse förekom bland de minsta barnen.
- **Antenatala steroider** före förlossning gavs till 86% av barn födda före vecka 25, 89% vecka 25–27 och 86% vecka 28–31. Måluppfyllelsen har försämrats och flera regioner har förbättringspotential.
- **Hud-mot-hudvård** 1:a dygnet utfördes av 3,5% av barn födda före vecka 25, 18% vecka 25–27 och 49% vecka 28–31. Trenden nationellt är oförändrad och förbättringspotential finns.
- **Antenatal MgSO₄** gavs till 77% före vecka 25, 83% vecka 25–27 och 68% vecka 28–31. Det var stor skillnad mellan regionerna (55–90%). Trenden för måluppfyllelse är tydligt ökande liksom för datakvalitet.
- **Avnavling 30 sek-3 min efter födelsen** gjordes under 2025 hos 32% barn födda före 25 veckor, 49% vecka 25–27 och 45% vecka 28–31. Av barn födda före 32 veckor avnavlades 10% senare än 3 minuter efter födelsen. Datakvaliteten har förbättrats jämfört med tidigare.

- **Antal respiratordygn** per överlevande barn uppvisade betydande variation mellan regioner, särskilt bland barn födda vecka 28–31 (tiofaldig variation).
- Markant regional variation (från 3,8 till 41% i gruppen födda före 25 veckor) sågs också i användning av **postnatala steroider (betametason)** och för **insulinbehandling av hyperglykemi** (regional variation: 1,3–16% i gruppen födda vecka 25–27). Tidigare trend i minskning av antalet **erytrocyttransfusioner** har planat ut i hela landet.
- Praxis för användande av **navelartärkateter** i gruppen födda i vecka 28–31 varierade från 4% till 57% på sjukhusnivå. Andelen barn i samma grupp med **navelvenkateter** varierade från 13% till 68%.

Större avvikelser från riksgenomsnittet, liksom stora oförklarade variationer i praxis utan regionala skillnader i resultat/utfall kan indikera ett behov av att se över behandlingsrutinerna.

En tumregel är att om praxis varierar 5–10 ggr mellan vårdgivare utan att skillnader i resultat (överlevnad, neonatal sjuklighet eller långtidsutfall) kan spåras så är behandlingen sannolikt inte evidensbaserad.

Introduktion

Vad är nyttan med att mäta kvalitetsindikatorer bland mycket tidigt födda?

Mycket tidig födelse - före 32 fullgångna graviditetsveckor - drabbar varje år omkring 1000 barn i Sverige. Dessa barn behöver omedelbar neonatalvård för att överleva. För att akuta komplikationer ska undvikas och för goda långtidsresultat är det viktigt att rätt behandling ges i rätt tid.

Vårdtiderna för de mycket tidigt födda barnen är långa vilket gör dessa patienter till en av slutenvårdens mest resurskrävande grupp. Brister i kvalitet bidrar till längre vårdtider och ökad resursåtgång, och kan också leda till sämre hälsa på sikt.

Det kan vara svårt att veta vilken kvalitet som utmärker den egna verksamheten. Ett sätt är att följa praxis över tid. Kvaliteten bedöms också utifrån hur snabbt ny kunskap implementeras och att gammal, ineffektiv vård mönstras ut. Genom jämförelser med andra sjukhus och regioner kan förbättringsområden lättare identifieras.

Registrets målsättning är att förse vårdpersonal och patienter med jämförbara data och analyser som kan stimulera till förbättringar, forskning och utbildning.

Vilka kvalitetsindikatorer har valts ut?

I det här avsnittet presenteras de högst prioriterade processmått enligt registrets styrgrupp. Indikatorerna beskriver framför allt i vilken utsträckning evidensbaserade behandlingar givits, men också hur vården lyckats med att minimera exponering av mycket tidigt födda barn för oönskade åtgärder. Slutligen presenteras praxis för två interventioner med oklar evidens.

Metod

Graviditetslängden är den enskilt viktigaste faktorn för många kvalitetsindikatorer i neonatalvården. Jämförelserna i det här avsnittet har därför grupperats utifrån barnets graviditetslängd (gestationsålder i fullgångna veckor): <25 veckor (22–24 veckor), 25–27 veckor respektive 28–31 veckor.

Tidsperioden som analyserats är 2021–2025, dvs en femårsperiod. För mer säkra jämförelser (än årsvisa data) presenteras analyserna över tid i olika treårsintervall. Neonatalvård av mycket tidigt födda bedrivs ofta i samarbete mellan flera sjukhus. För bättre förståelse och större jämförbarhet rapporteras därför resultaten per storregion, inte per sjukhus.

Målvärden

Målvärdet för rekommenderade behandlingar är satta så att $\geq 80\%$ eller för vissa indikatorer $\geq 90\%$ av barnen ska ha erhållit behandlingen. För praxis med svag eller oklar evidens ges inget målvärde. Däremot redovisas riksgenomsnitt. Betydande avvikelse från riksgenomsnittet kan vara en indikation på att rutinerna behöver ses över.

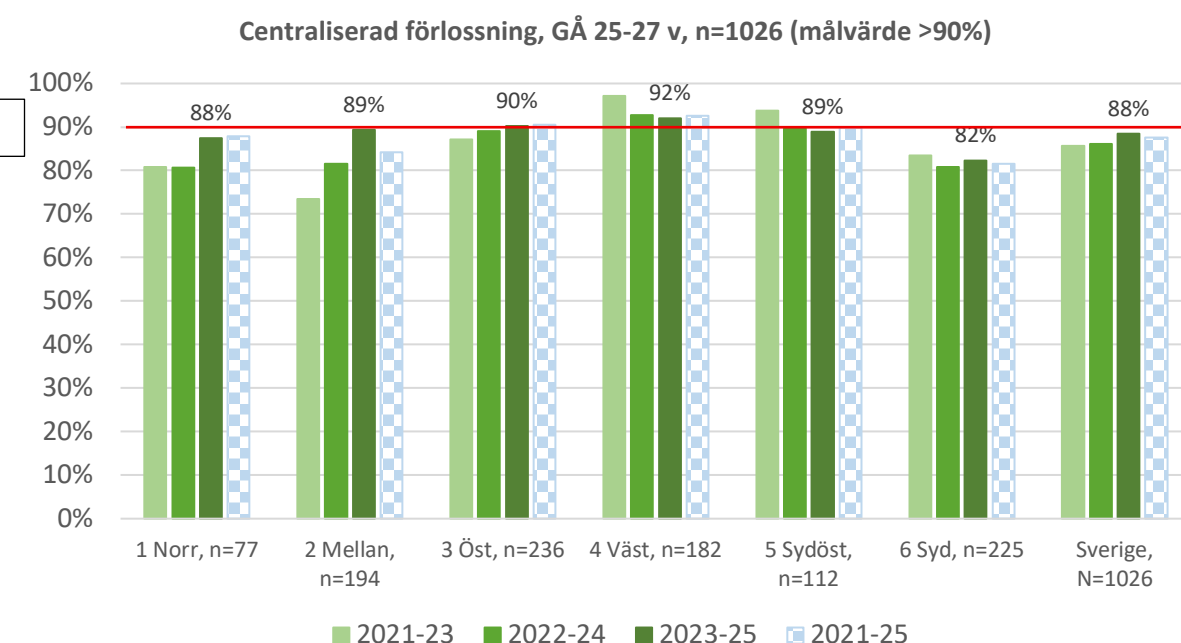
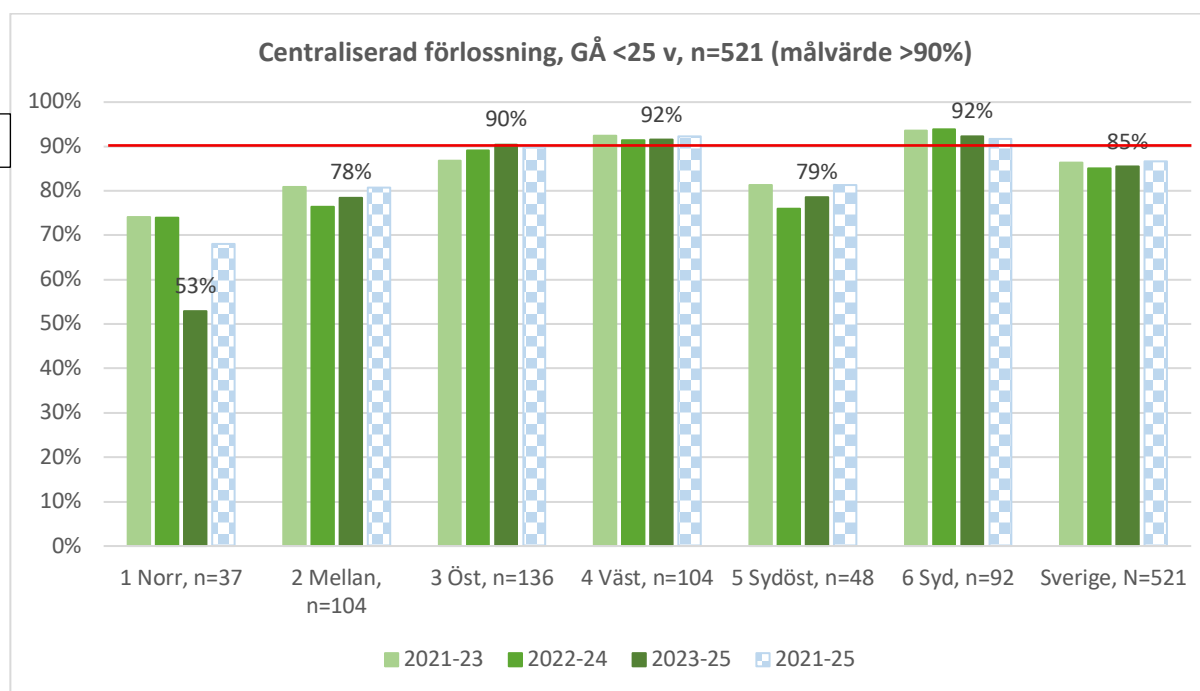
Målvärde för uppgift saknas: <10%. Om 10– <30% av uppgifterna saknas föreligger förbättringspotential.

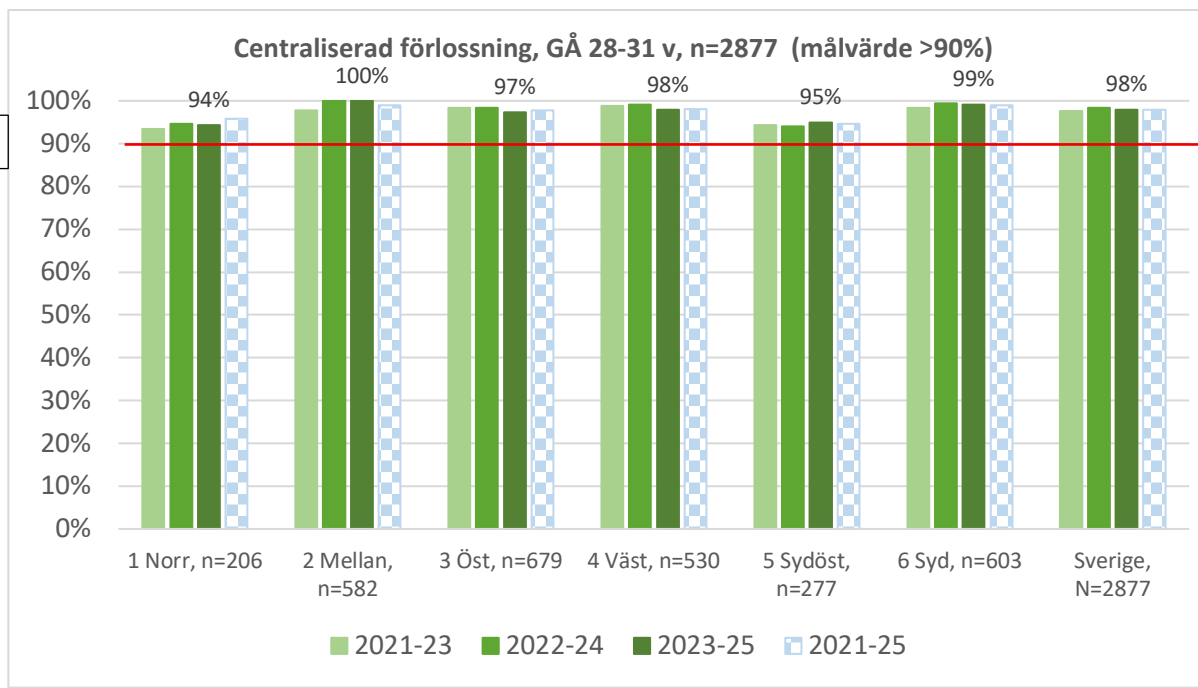
Resultat

Perinatal handläggning av förlossning och barn <32 veckor

1. Centralisering av förlossning till klinik med resurser och kompetenser för barnets förväntade vårdbehov ökar överlevnad och minskar komplikationsriskerna [2-4].
Rekommendation: stark: Målvärde: $\geq 90\%$ av alla mycket tidigt födda barn föds på rätt nivå.

Diagrammen nedan jämför regioner med avseende på andel barn (%) som fötts på rätt nivå vid olika gestationsåldrar, dvs på sjukhus med optimal kapacitet för vård av mor och barn under och efter förlossning.





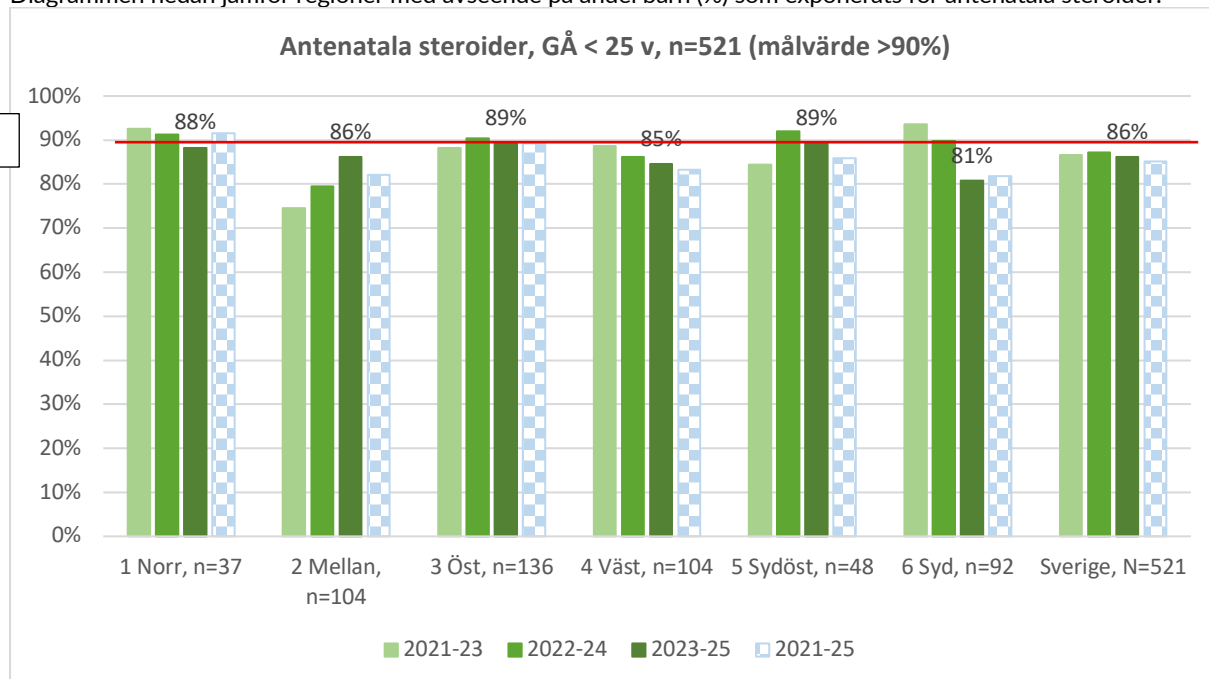
Kommentar: Mål för **centralisering**: >90% förlossningar av mycket tidigt födda barn under perioden 2023-2025 skulle skett på sjukhus med optimal perinatal kapacitet.

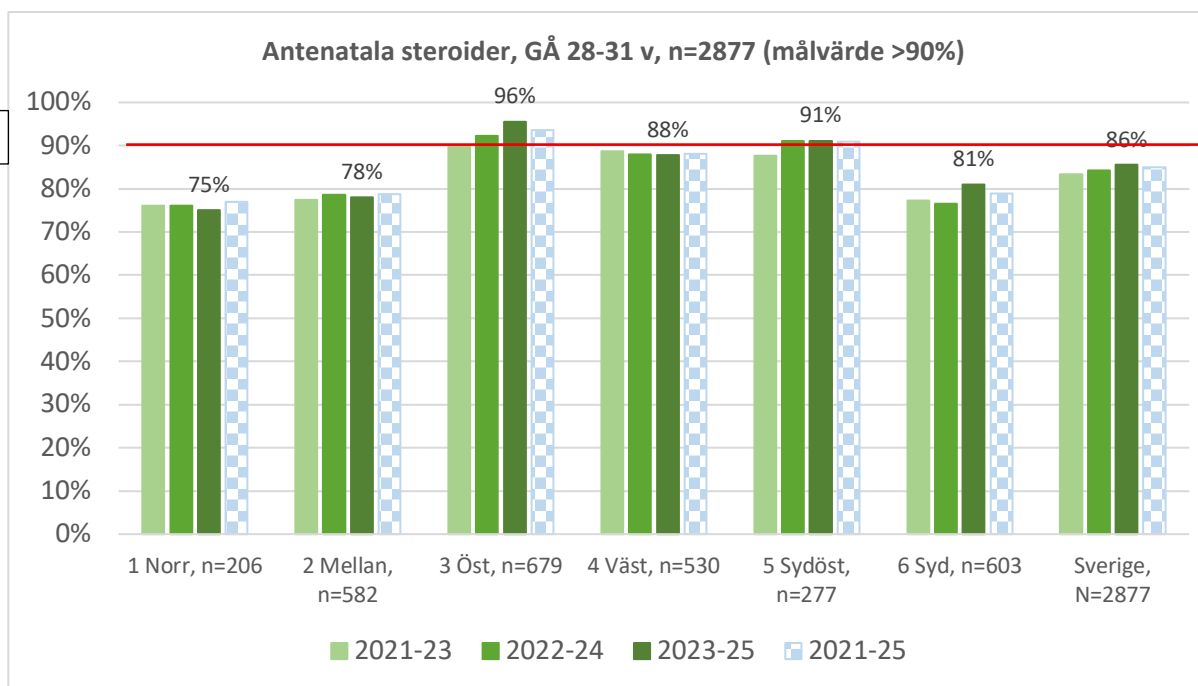
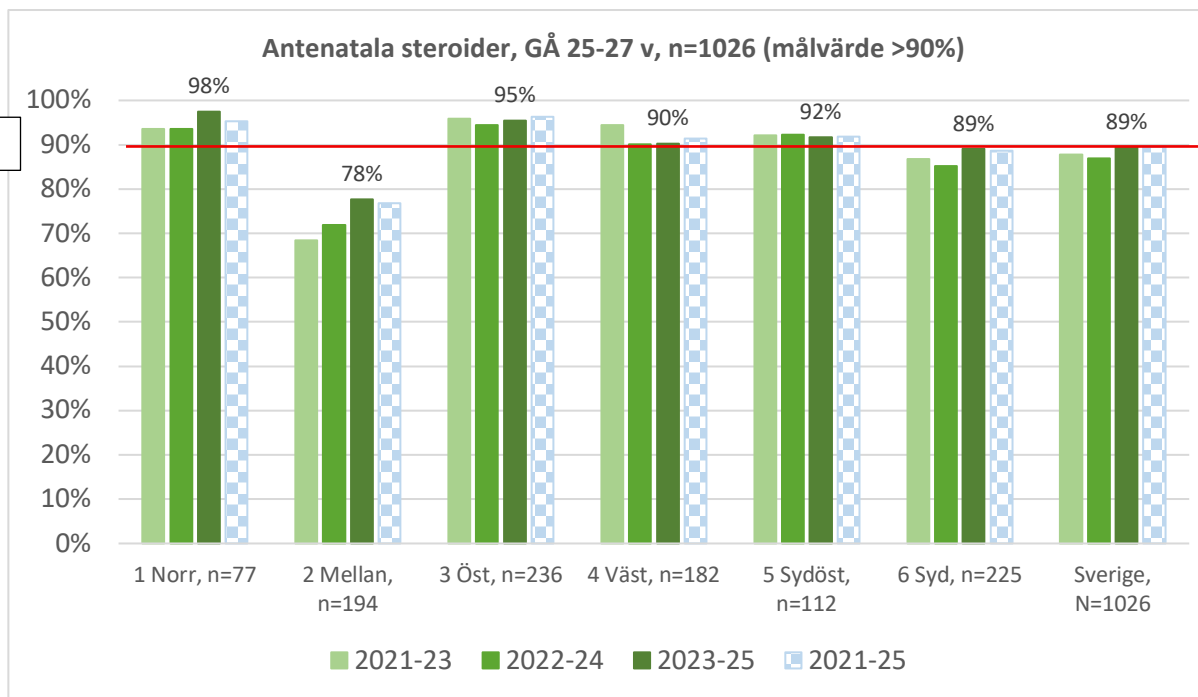
- Måluppfyllelse v22-24: Region Öst, Syd och Öst
- Måluppfyllelse v25-27: Region Öst och Väst.
- Måluppfyllelse v28-31: samtliga regioner.

2. Antenatala steroider (hög dos av kortison givet till den gravida kvinnan före förlossning) ökar överlevnad, minskar akuta komplikationer och förbättrar långtidsresultaten [4-6].

Rekommendation: stark: Målvärde: $\geq 90\%$ av alla barn ska ha erhållit behandling före födseln.

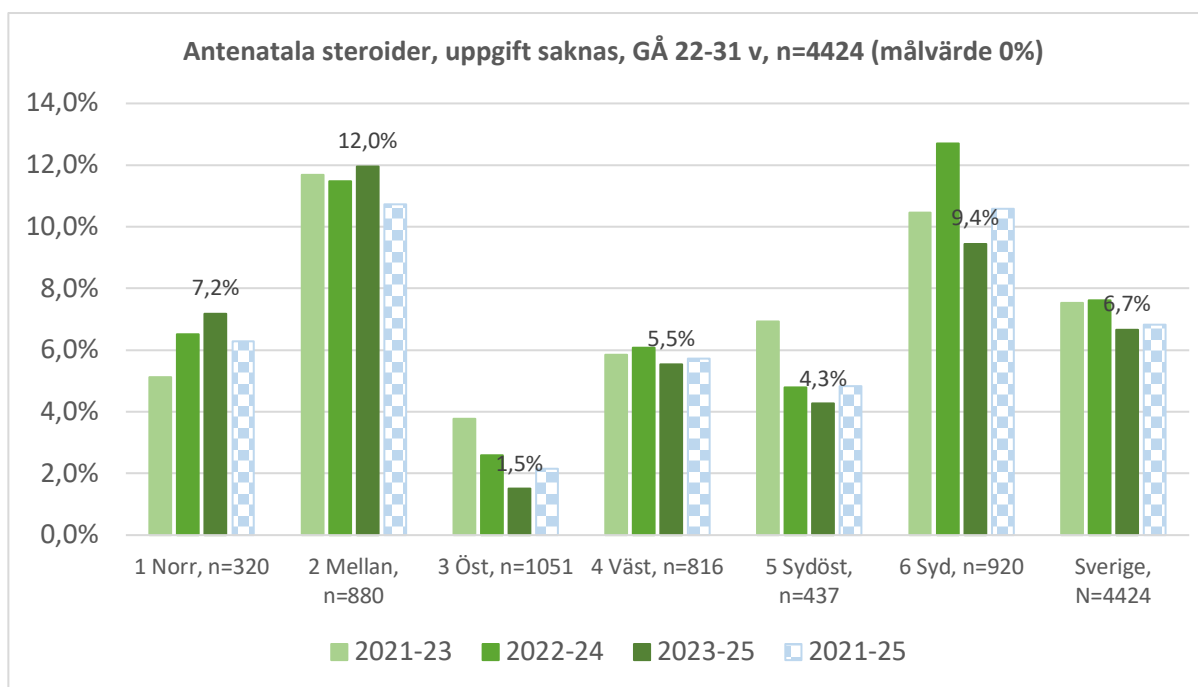
Diagrammen nedan jämför regioner med avseende på andel barn (%) som exponerats för antenatala steroider.





Kommentar: Mål: >90% exponerade för antenatala steroider.

- Måluppfyllelse senaste treårsperioden (2023-2025) för v22-24: Ingen region.
- Måluppfyllelse senaste treårsperioden (2023-2025) för v25-27: Samtliga regioner utom Mellersta regionen och Region Syd.
- Måluppfyllelse senaste treårsperioden (2023-2025) för v28-31: Region Öst och Sydöst.
- Ingen måluppfyllelse oavsett gestationsålder: Mellersta sjukvårdsregionen och Region Syd.

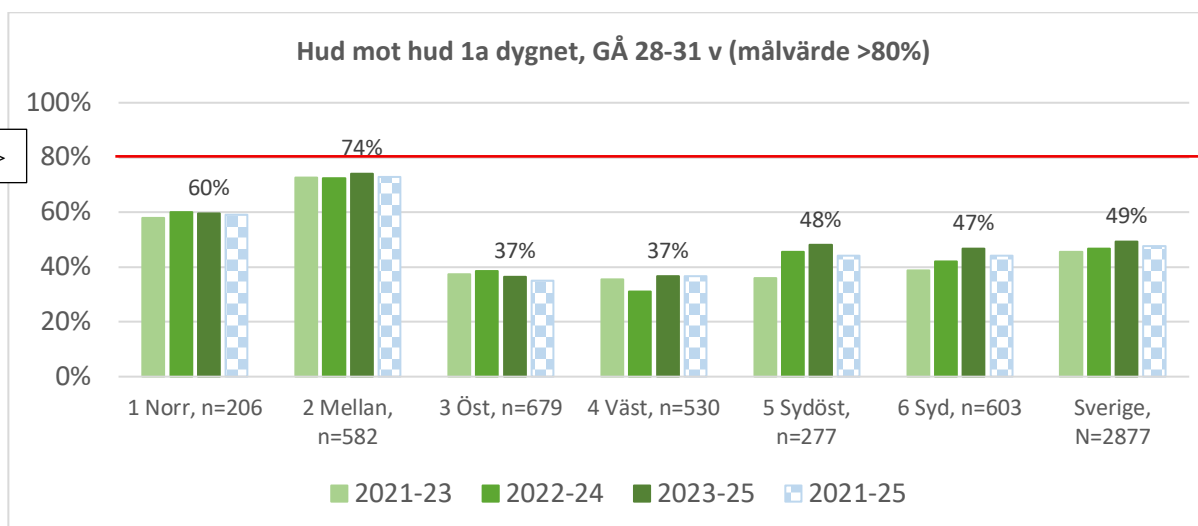


Kommentar: Region Öst har god datakvalitet. Förbättringspotential finns i övriga regioner, mest uttalat i Mellersta Regionen med >10% uppgift saknas.

#

3. Hud-mot-hudvård underlättar amning och förbättrar föräldra-barn-anknytningen. Hos barn födda i vecka 28–31 kan tidig hud-mot-hudvård förbättra kardiorespiratorisk stabilisering utan att öka risken för hypotermi [7, 8].
 Rekommendation: stark: Målvärde: >80% av mycket tidigt födda barn bör ha vårdats hud-mot-hud första dygnet.

Diagrammet nedan jämför regioner med avseende på andel barn (%) som vårdats hud-mot-hud första dygnet.

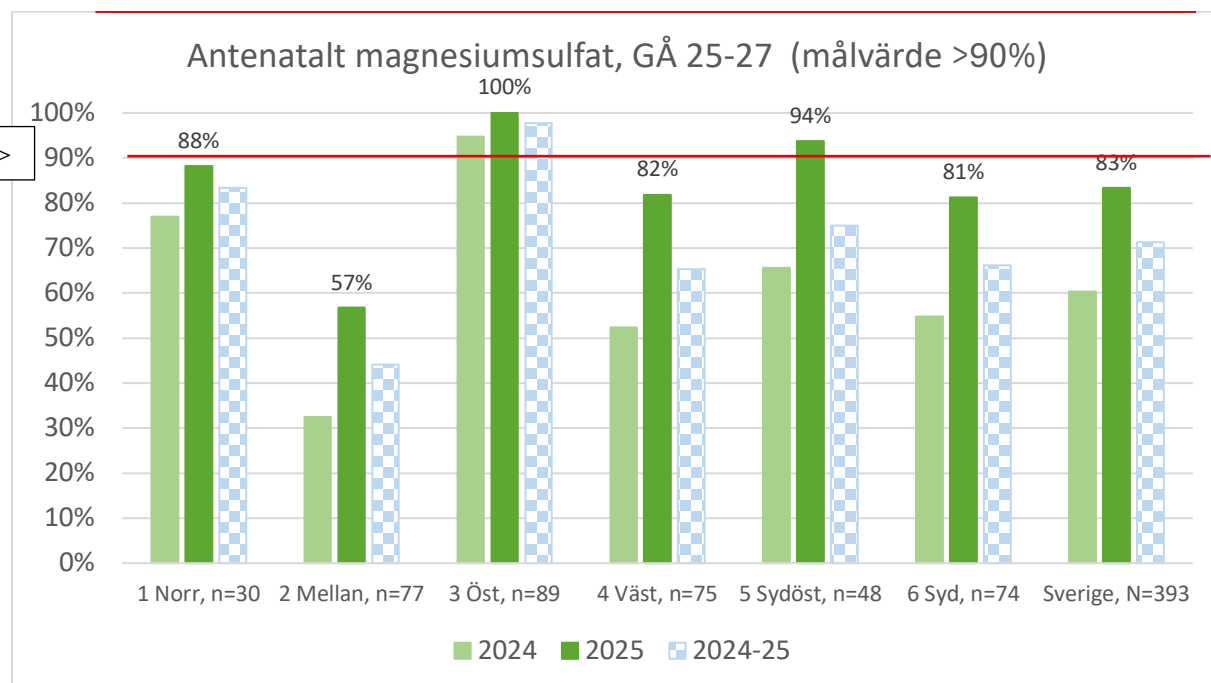
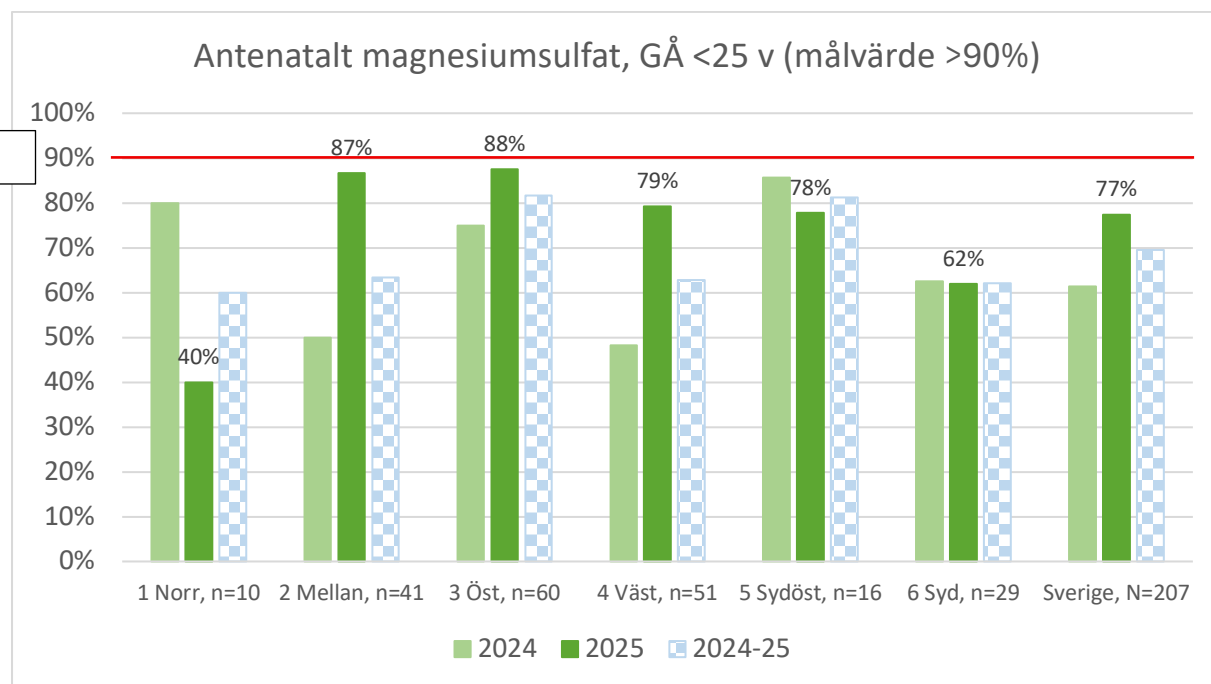


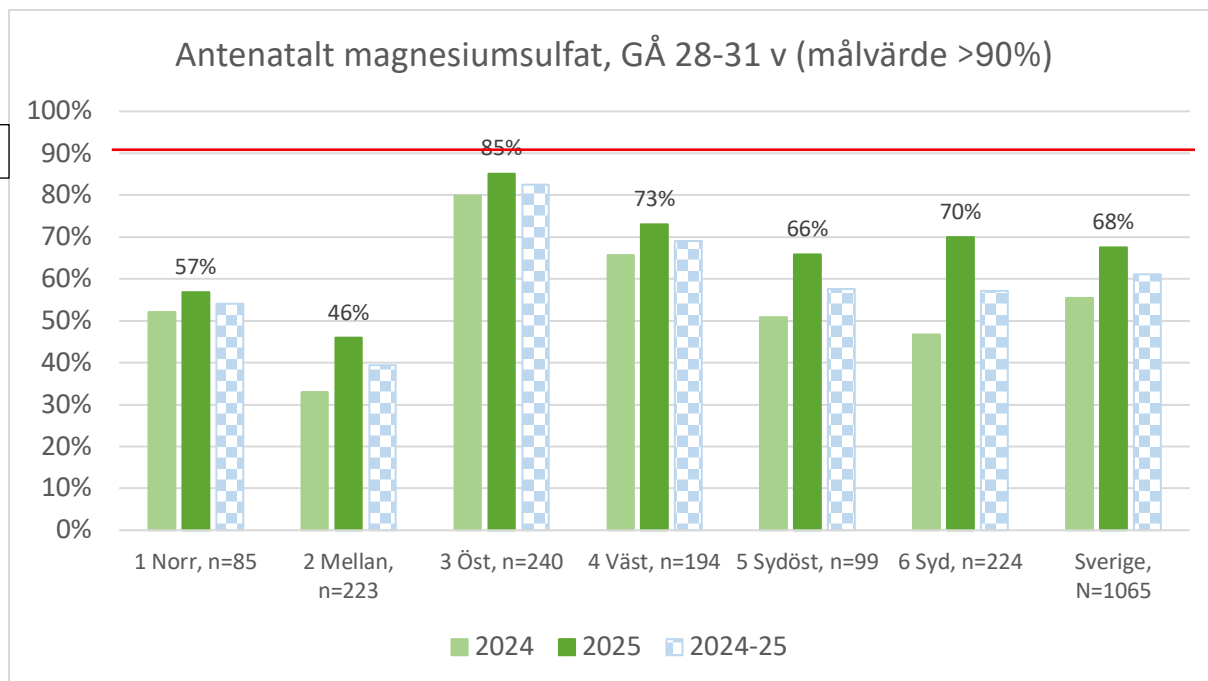
Kommentar: Hud-mot-hudvård första dygnet kan vara svår att genomföra hos de allra minsta barnen och de svårast sjuka. I flera regioner och nationellt ses en svagt uppåtgående trend i gruppen med GÅ 28-31.
 Målvärde: >80%.

- Måluppfyllelse 2021-2025: Ingen region uppnådde måluppfyllelse, men Mellersta Regionen på god väg.
- Tydligast förbättringspotential: Region Öst och Väst.

4. Antenatal MgSO₄ (magnesiumsulfat givet till den gravida kvinnan före förlossning) minskar risken för cerebral pares (CP) med 32% hos mycket tidigt födda barn [4, 9]. Rekommendation: stark: Målvärde: >90% av alla barn ska ha erhållit behandling före födelsen.

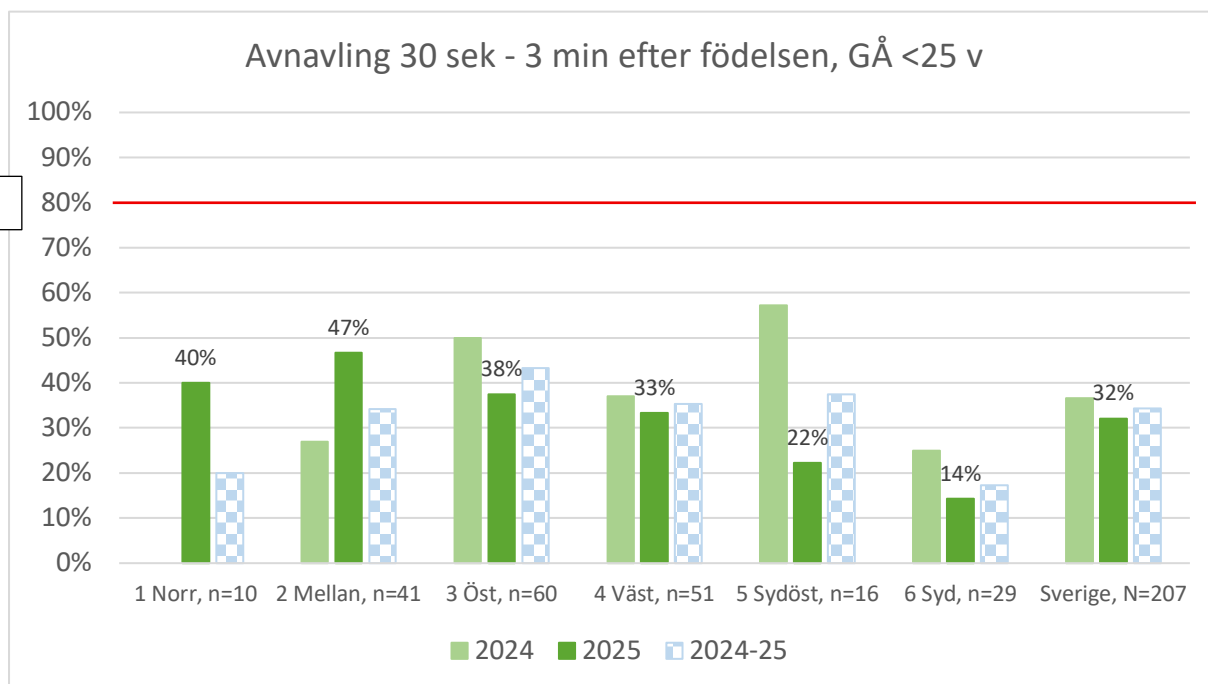
Indikatorn infördes i registret under 2023 och statistik redovisas för 2024 och 2025.



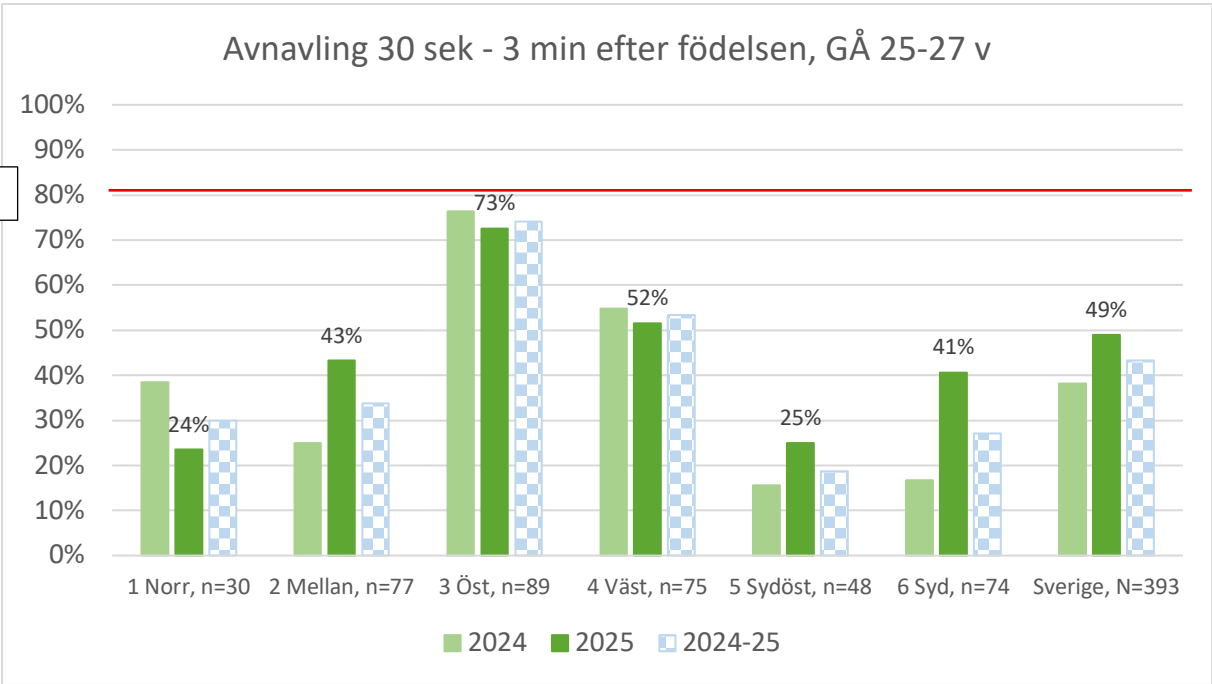


Kommentar: Pågående förbättring ses men hittills måluppfyllelse endast i Region öst och Region sydöst bland barn födda i graviditetsvecka 25-27. Tydlig förbättringspotential finns i Mellersta regionen för GÅ 25-31.

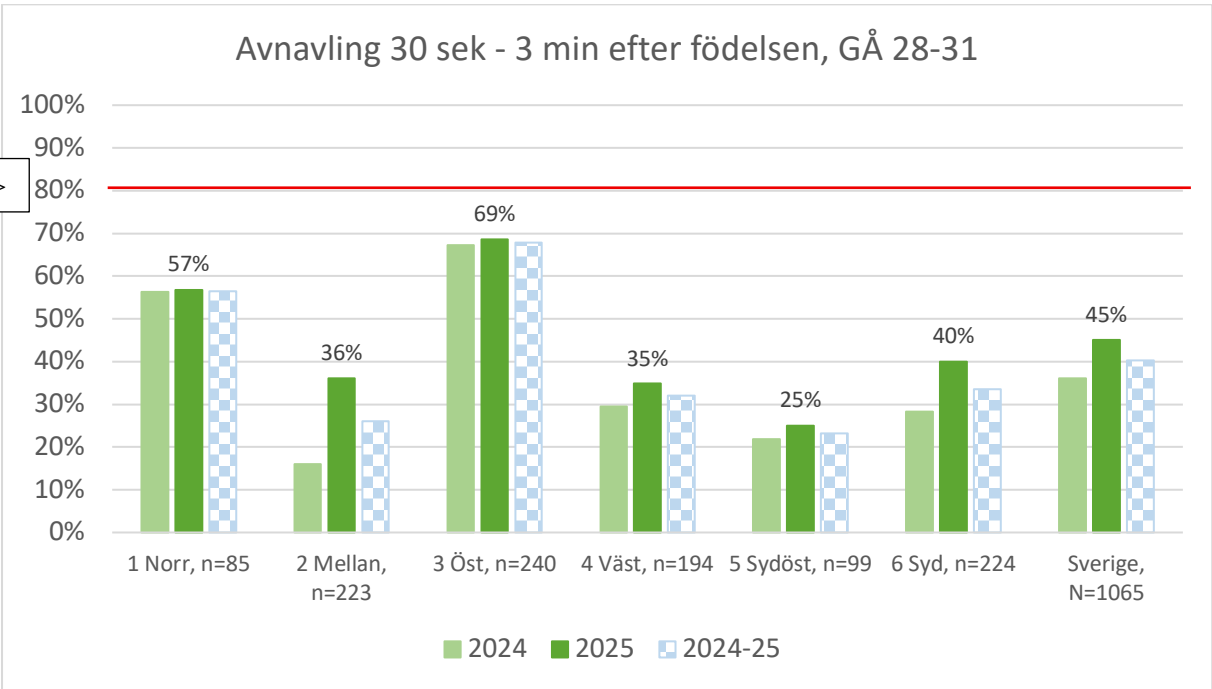
5. Avnavling >1 minut efter födelsen ökar överlevnad utan komplikationer hos vissa mycket för tidigt födda barn, och har även andra hälsofördelar (minskad risk för anemi etc.) hos för tidigt födda och fullgångna barn [10, 11]. Rekommendation: stark: Målvärde: >80% av mycket tidigt födda barn ska ha avnavlats sent. Indikatorn infördes 2023 och redovisas för 2024 och 2025.



Målvärde >



Målvärde >

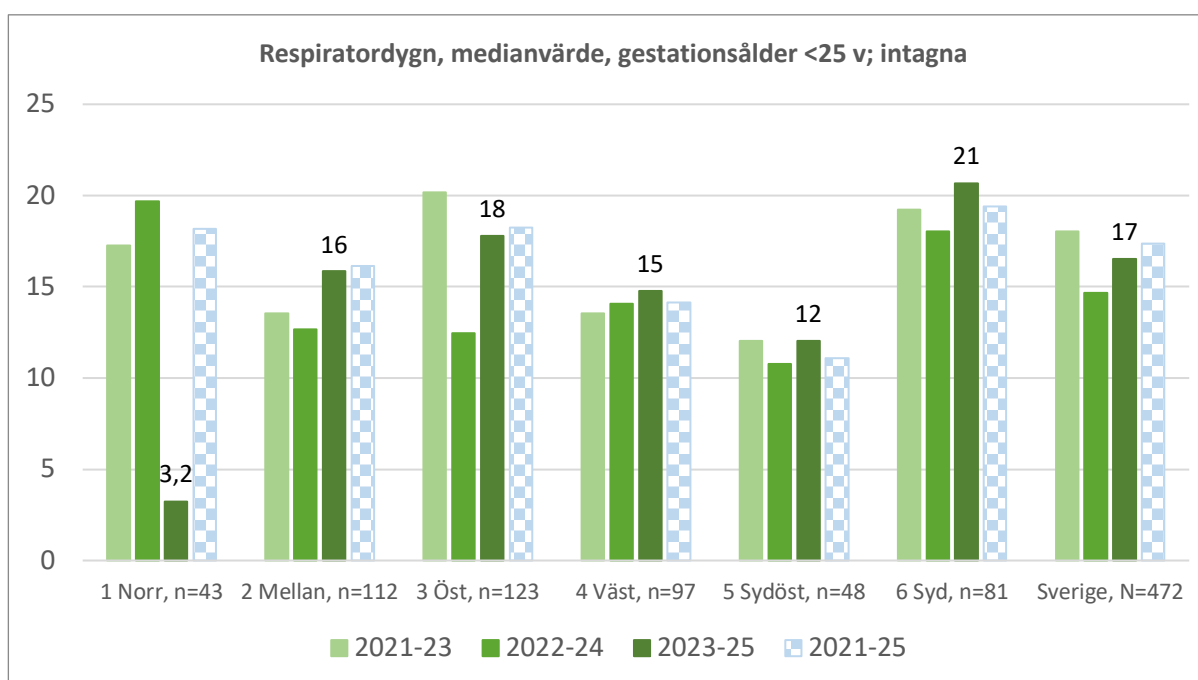
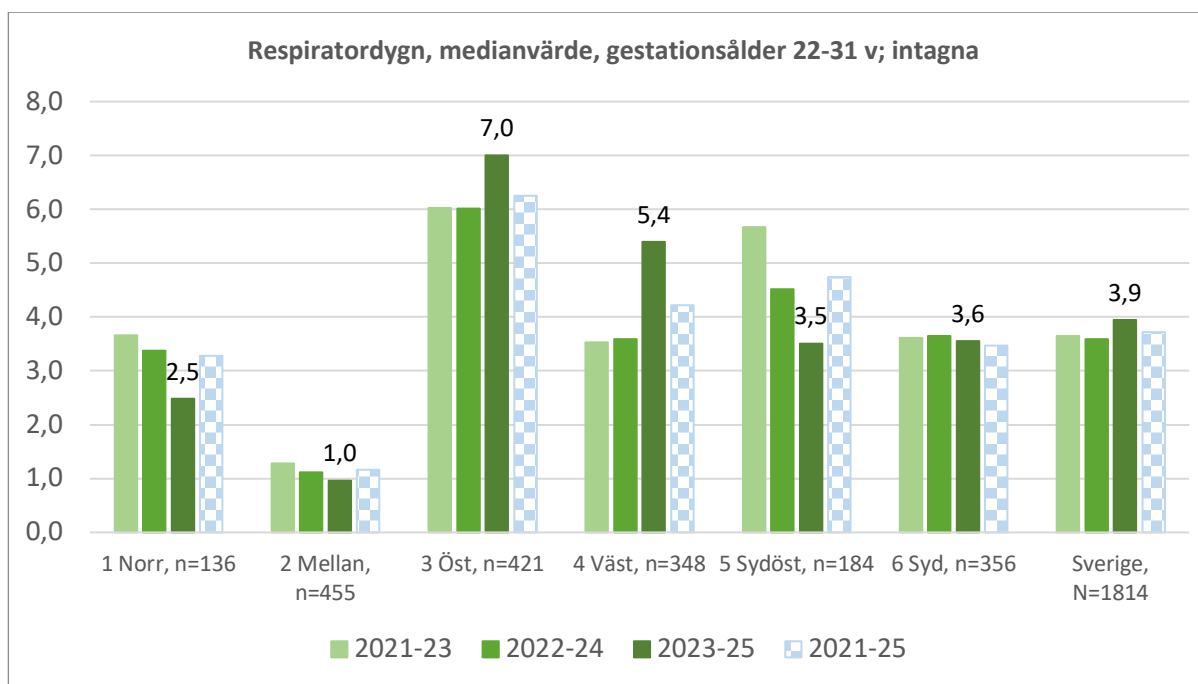


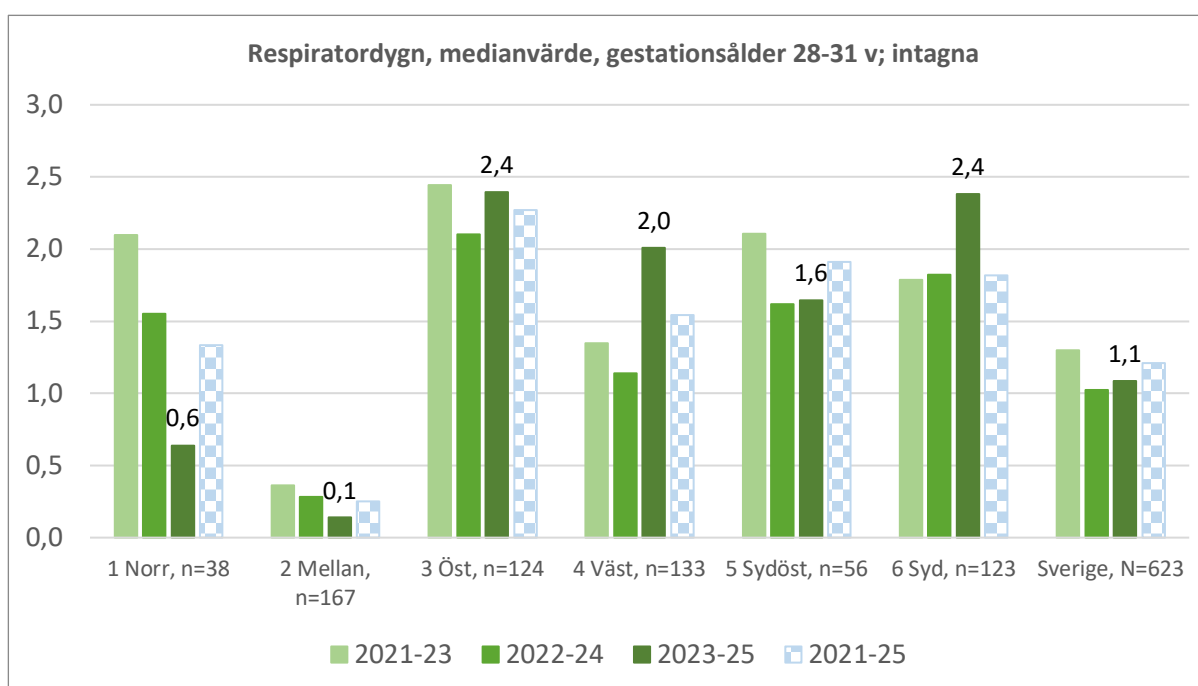
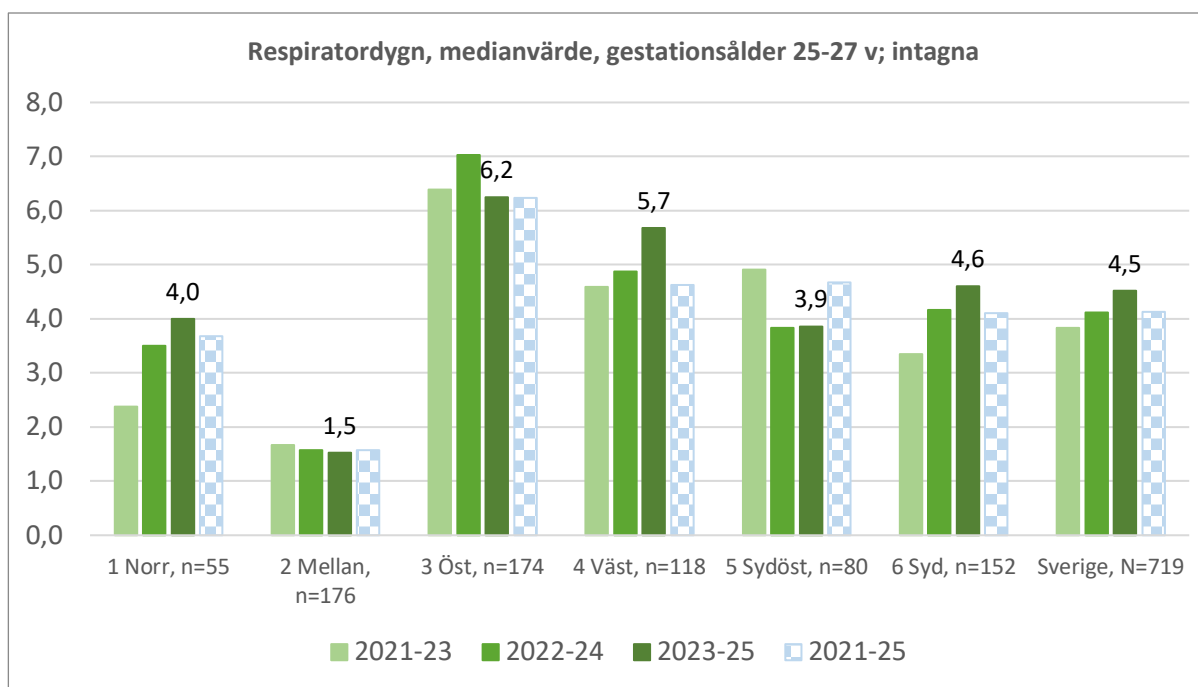
Kommentar: Förbättringspotential finns beträffande datakvalitet och måluppfyllelse. Uppgift saknas för hela gruppen med GÅ 22-31 varierade mellan 5-27% mellan regionerna.

Neonatalvård av barn födda före 32 graviditetsveckor

6. Antal respiratordygn utgör en indikator på användning av invasiva metoder/exponering för smärta, samt utveckling av kronisk lungsjukdom. Ju längre respiratorbehandling desto större risk för framtida funktionshinder [12]. Målvärde saknas, betydande avvikelse uppåt från riksgenomsnittet kan vara en indikation på att rutinerna behöver ses över.

Diagrammen nedan jämför regioner och över tid med avseende på antal respiratordygn bland överlevande barn.

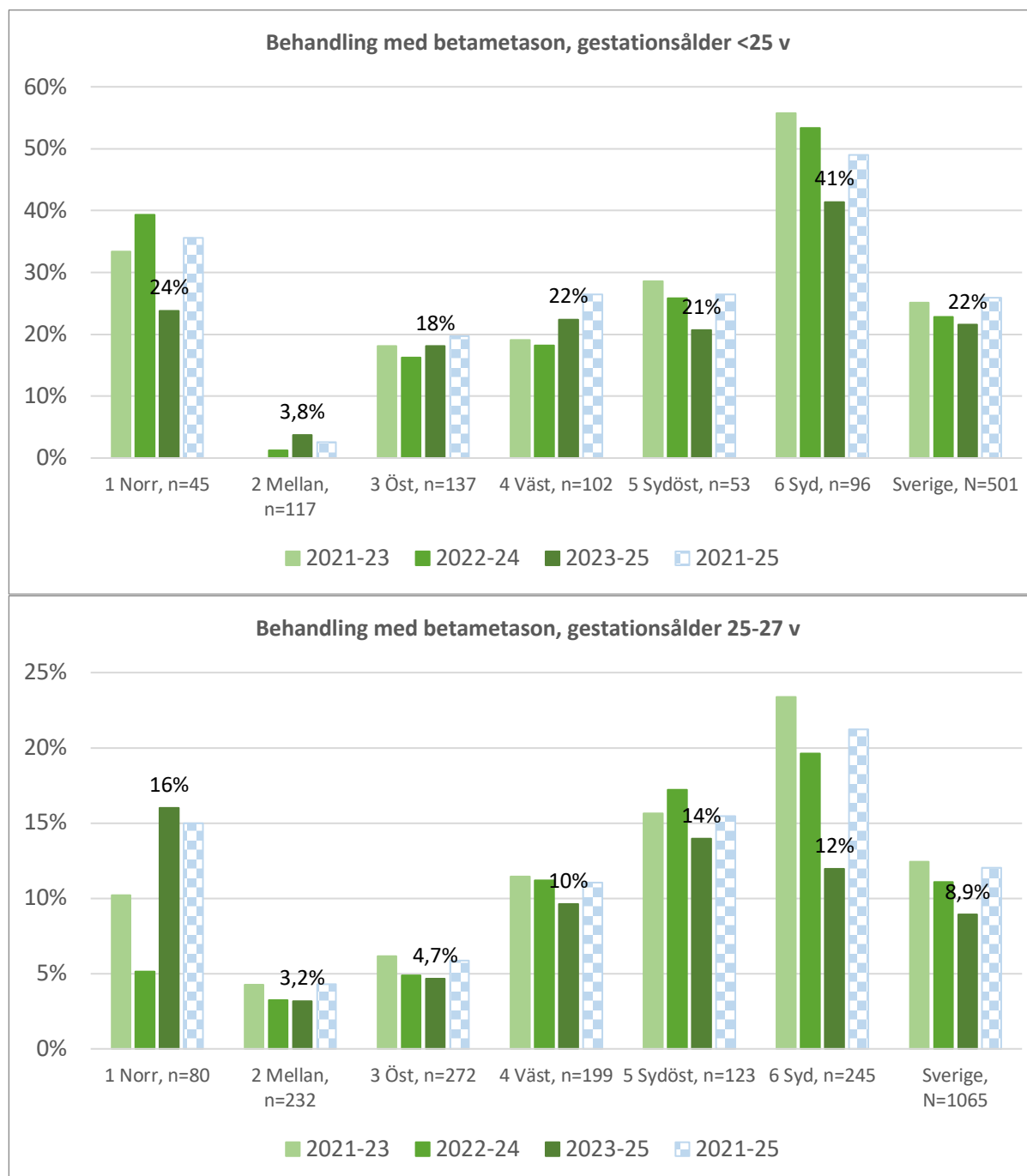




Kommentar: Bland barn födda i vecka 25-31 och som respiratorvårdas varierar tiden i respirator stort. Mellersta sjukvårdsregionen sticker ut med respiratortider långt under riksgenomsnittet.

7. Postnatala steroider (hög dos kortison/betametason till tidigt födda barn som inte kan tas ur respirator) bör användas med försiktighet då fördelarna (minskat respiratorberoende) inte vägs upp av riskerna på lång sikt (t.ex. förekomst av hjärnskada) [13, 14]. Målvärde saknas, betydande avvikelse från riksgenomsnittet kan vara en indikation på att rutinerna behöver ses över.

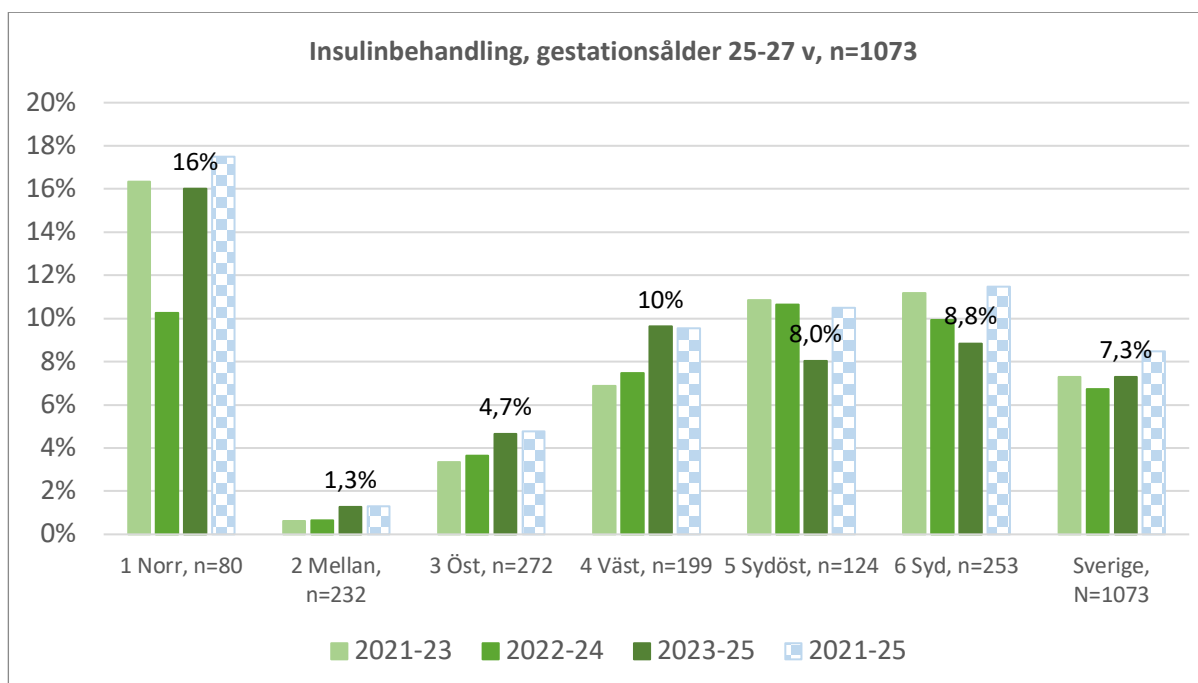
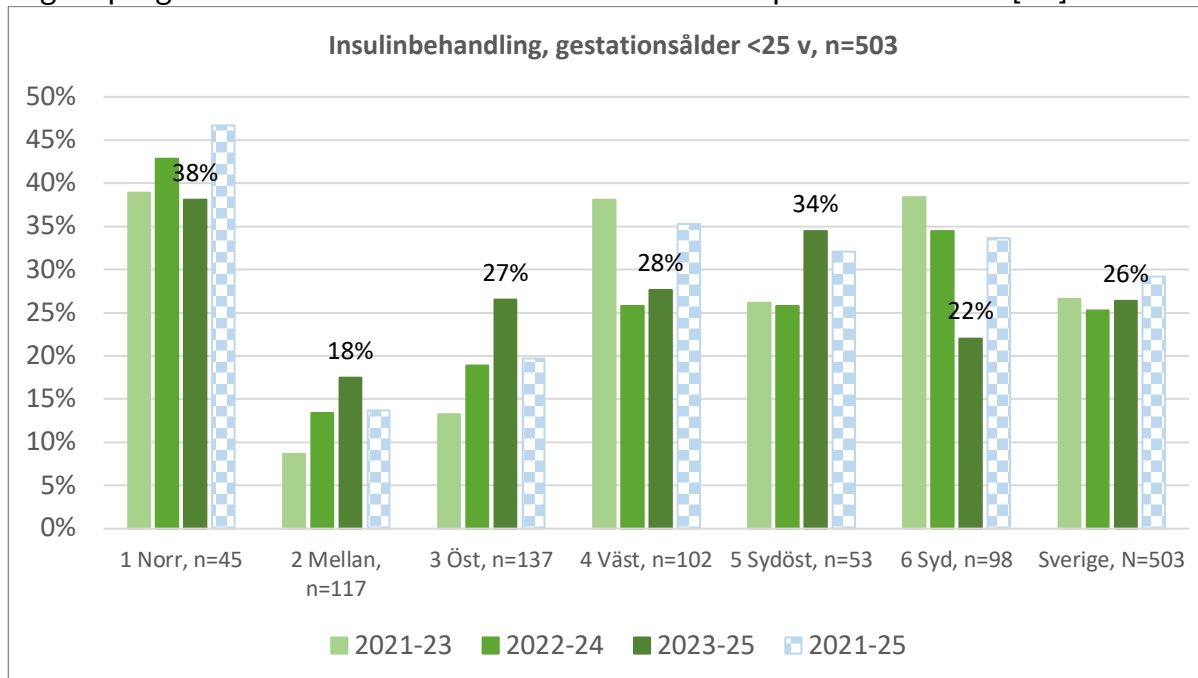
Diagrammen nedan jämför regioner och över tid med avseende på andel barn som behandlats med betametason.



Kommentar: Andelen behandlade barn varierar stort mellan storregioner. En tumregel är att om praxis varierar 5–10 ggr mellan vårdgivare utan att skillnader i resultat (överlevnad, neonatal sjuklighet eller långtidsutfall) kan spåras så är behandlingen sannolikt inte evidensbaserad. Variationen är oförklarad.

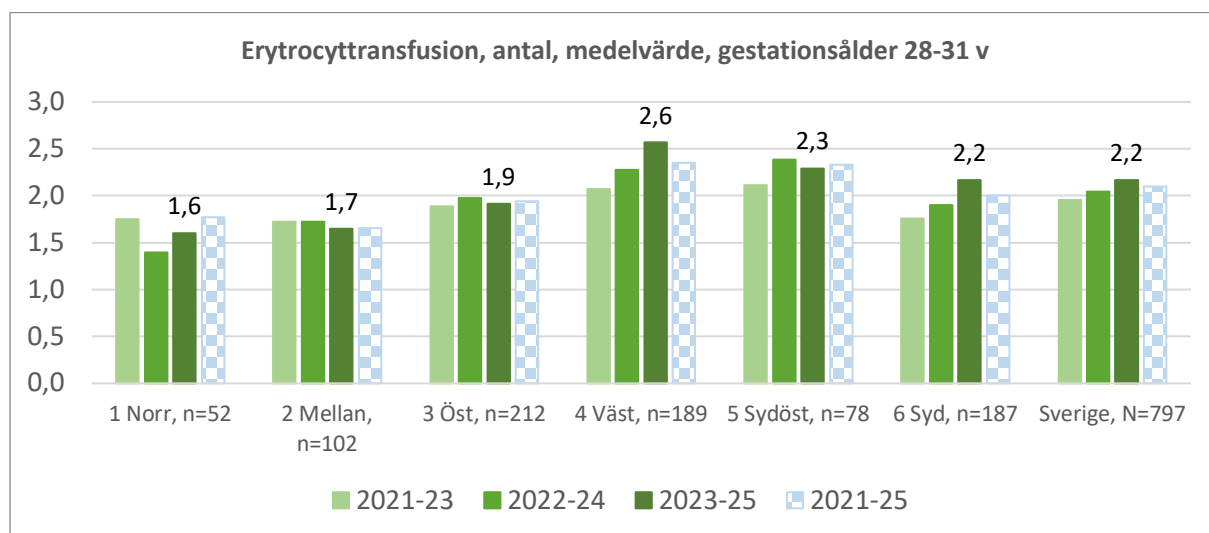
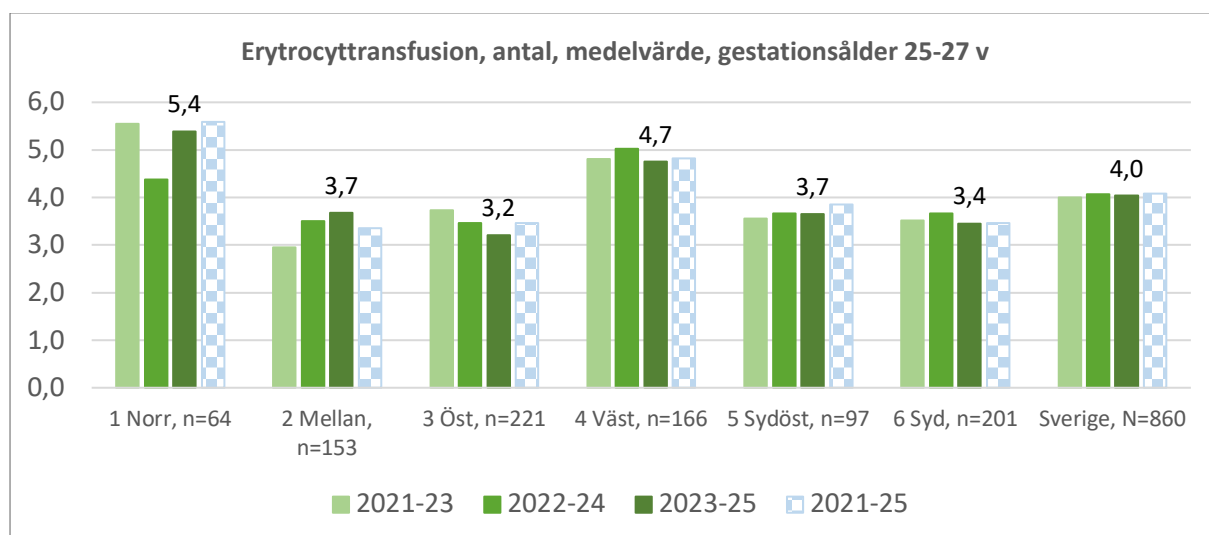
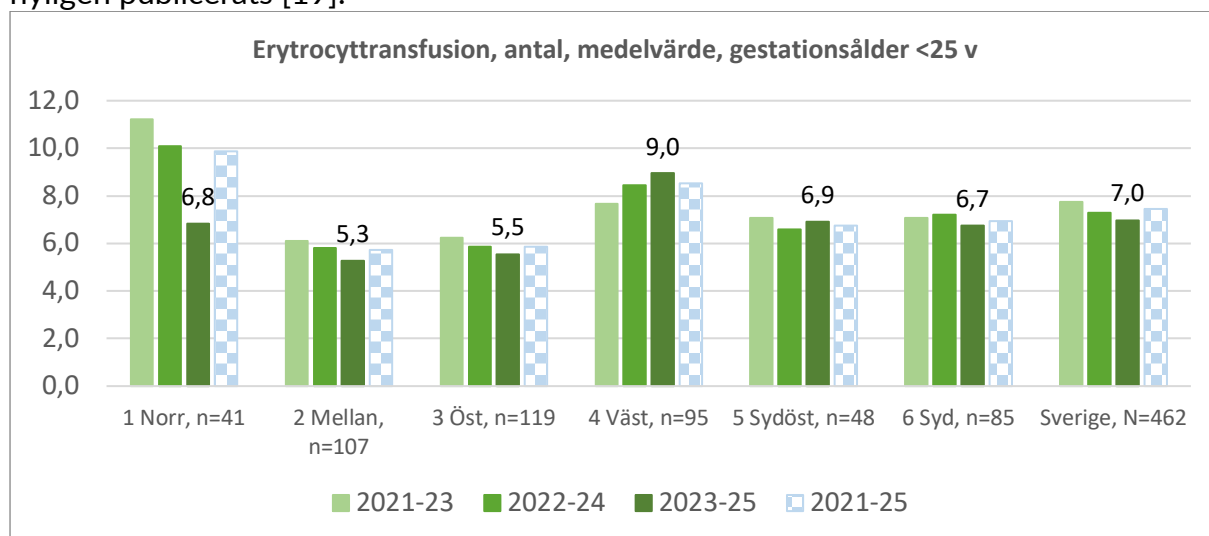
I Sverige finns inga nationella riktlinjer för systemisk postnatal steroidbehandling.

8. Insulinbehandling av tidigt födda barn med för höga blodsockervärden (hyperglykemi) är omdiskuterat. Samband mellan höga blodsockervärden och sämre utfall (ökad risk för död, komplikationer på kort och lång sikt) har visats i studier [15, 16] och insulinbehandling reducerar blodsockret. Men det finns än så länge inga studier som visat att insulinbehandling minskar dödlighet eller förbättrar långtidsprognosen och det saknas interventionsstudier på detta område [17].



Kommentar: Andelen behandlade barn varierar stort mellan storregioner. En tumregel är att om praxis varierar 5–10 ggr mellan vårdgivare utan att skillnader i resultat (överlevnad och neonatal sjuklighet) kan spåras så är behandlingen sannolikt inte evidensbaserad. I Sverige finns inga nationella riktlinjer för insulinbehandling.

9. Blodtransfusioner. Blodprodukter används ofta i neonatalvården. Praxis varierar dock starkt i Europa [18]. För att optimera användningen har internationella riktlinjer nyligen publicerats [19].



10. Praxis gällande kärlkatetrar

Kärlkatetrar är många gånger nödvändiga för att neonatalvård ska kunna ges med högsta kvalitet och säkerhet. De används för tillförsel av vätska och näring, läkemedel och blodprodukter, samt för övervakning av t.ex. blodtryck och för icke-invasiv provtagning. Samtidigt är utgör kärlkatetrar en vanlig orsak till skador inom neonatalvården, inte sällan förknippade med allvarliga konsekvenser (ischemiska vävnadsskador, blodpropp). Inneliggande kärlkatetrar är också en inkörsport för infektioner. Det är därför en balansgång mellan under- och överutnyttjande av kärlkatetrar. Sjukhus med färre än 10 patienter i den utvalda gruppen redovisas inte.

Kommentar: Olika case-mix förklarar en del av variationen. Men även på regionsjukhus respektive länssjukhus med liknande patientgrupper varierar praxis flerfaldigt. Variationen kan på vissa sjukhus vara uttryck för onödigt hög invasivitet och resursförbrukning, medan på andra sjukhus vara uttryck för en låg grad av säkerställd monitorering och litet antal patienter som kan medföra brist på handhavandekompetens.

Användande av kärlkatetrar på svenska sjukhus bland mycket tidigt födda barn, i vecka 28-31

Barn med navelartärkateter, 28-31 v, 2021-25			Barn med navelvenkateter, 28-31 v, 2021-25		
Sjukhus	% NAK	Antal, n/N	Sjukhus	% NVK	Antal, n/N
Växjö centrallasarett (23010)	57%	39/68	Linköping, Universitetssjukhuset (21001)	68%	80/118
Linköping, Universitetssjukhuset (21001)	53%	62/118	Växjö centrallasarett (23010)	65%	44/68
Lund, Skånes universitetssjukhus (41001)	47%	120/253	Lund, Skånes universitetssjukhus (41001)	64%	162/253
Helsingborgs lasarett (41012)	45%	55/122	Umeå, Norrlands universitetssjukhus (64001)	53%	63/119
Stockholm, KS-Huddinge (11002)	41%	111/271	Jönköping, Länssjukhuset Ryhov (22010)	52%	60/116
Sverige	39%	1155/2950	Sverige	51%	1511/2950
Jönköping, Länssjukhuset Ryhov (22010)	38%	44/116	Luleå, Sunderby sjukhus (65016)	50%	35/70
Stockholm, Södersjukhuset (10013)	36%	131/361	Falu lasarett (57010)	49%	37/75
Halmstads länssjukhus (42010)	36%	30/84	Halmstads länssjukhus (42010)	48%	40/84
Östersunds sjukhus (63010)	34%	10/29	Helsingborgs lasarett (41012)	47%	57/122
Örebro, Universitetssjukhuset (55010)	33%	31/93	Karlskrona, Blekingesjukhuset (27010)	46%	26/57
Umeå, Norrlands universitetssjukhus (64001)	32%	38/119	Örebro, Universitetssjukhuset (55010)	45%	42/93
Falu lasarett (57010)	31%	23/75	Östersunds sjukhus (63010)	45%	13/29
Stockholm, KS-Solna (11003)	30%	65/220	Sundsvalls sjukhus (62010)	44%	23/52
Göteborg, Östra sjukhuset (50001)	29%	102/353	Stockholm, KS-Huddinge (11002)	42%	113/271
Trollhättan, NÄL (52017)	28%	41/147	Göteborg, Östra sjukhuset (50001)	40%	140/353
Luleå, Sunderby sjukhus (65016)	27%	19/70	Västerviks sjukhus (24010)	39%	11/28
Sundsvalls sjukhus (62010)	27%	14/52	Uppsala, Akademiska sjukhuset (12001)	39%	88/227
Malmö, Skånes universitetssjukhus (30001)	27%	56/211	Trollhättan, NÄL (52017)	38%	56/147
Uppsala, Akademiska sjukhuset (12001)	26%	60/227	Västerås sjukhus (56010)	37%	32/86
Västerviks sjukhus (24010)	25%	7/28	Stockholm, Södersjukhuset (10013)	34%	123/361
Karlskrona, Blekingesjukhuset (27010)	23%	13/57	Karlstad, Centralsjukhuset (54010)	33%	26/79
Norrköping, Vrinnevisjukhus (21013)	20%	16/80	Malmö, Skånes universitetssjukhus (30001)	31%	65/211
Eskilstuna, Mälarsjukhuset (13010)	20%	21/106	Stockholm, KS-Solna (11003)	30%	66/220
Kristianstads sjukhus (28010)	20%	16/82	Borås, SÄS (52011)	30%	48/162
Borås, SÄS (52011)	19%	31/162	Eskilstuna, Mälarsjukhuset (13010)	29%	31/106
Karlstad, Centralsjukhuset (54010)	18%	14/79	Norrköping, Vrinnevisjukhus (21013)	29%	23/80
Stockholm, KS-Danderyd (11010)	18%	45/254	Stockholm, St Görans (10011)	25%	1/4
Västerås sjukhus (56010)	17%	15/86	Kristianstads sjukhus (28010)	24%	20/82
Skövde, Kärnsjukhuset (53013)	10%	16/153	Kalmar, Länssjukhuset (25010)	23%	10/43
Kalmar, Länssjukhuset (25010)	5%	2/43	Skövde, Kärnsjukhuset (53013)	23%	35/153
Gävle, Länssjukhuset (61010)	4%	3/83	Stockholm, KS-Danderyd (11010)	22%	57/254
Gällivare sjukhus (65012)	0%	0/9	Gävle, Länssjukhuset (61010)	13%	11/83
Hudiksvalls sjukhus (61012)	0%	0/15	Gällivare sjukhus (65012)	11%	1/9
Skellefteå lasarett (64010)	0%	0/16	Ömsköldsviks sjukhus (62011)	6%	1/16
Stockholm, St Görans (10011)	0%	0/4	Hudiksvalls sjukhus (61012)	0%	0/15
Visby lasarett (26010)	0%	0/6	Skellefteå lasarett (64010)	0%	0/16
Ystads lasarett (41013)	0%	0/2	Visby lasarett (26010)	0%	0/6
Ömsköldsviks sjukhus (62011)	0%	0/16	Ystads lasarett (41013)	0%	0/2



Neonatalvård av mycket tidigt födda
(<32 graviditetsveckor)
Utfall/Resultat

Faktablad 3. Resultat för mycket tidigt födda barn (<32 graviditetsveckor)

- Andel mycket tidigt födda barn som blivit **accidentellt nedkylda** efter födelsen (kroppstemperatur <36,0°C) var 12% och varierade mellan storregioner från 6,2% till 18% (målvärde: 0%).
- **Vårdrelaterad infektion** (VRI, sent debuterande sepsis) drabbade 12% med 2-faldig variation mellan storregioner. Tidigare noterad minskning i antalet VRI har brutits och i stället ses en svag ökning.
- Andelen vårddygn med någon **smärta** bland barn födda före vecka 25 var 21%, i vecka 25-27 15% och 11% vecka 28-31.
- Svår neonatal morbiditet
 - **Intraventrikulär hjärnblödning** (IVH) grad 3-4 förekom hos 21% före vecka 25, 9% vecka 25-27 och 2% vecka 28-31. För barn födda före vecka 25 förelåg en 4-faldig variation i incidens mellan regioner.
 - **Nekrotiserande enterokolit** (NEC) förekom hos 15% före vecka 25, 8,6% vecka 25-27 och 1,3% vecka 28-31. Variationen mellan regioner är 2-faldig. Inga tecken till ändrad förekomst av NEC över tid.
 - **Svår bronkopulmonell dysplasi** (BPD) drabbade 25% före vecka 25, 12% vecka 25-27 och 1,2% vecka 28-31. Variationen var 2-faldig mellan regioner.
 - **Prematuritetsretinopati** (ROP) grad 3-5 förekom hos 20% av screenade barn (födda vecka 22-29) med en ökande trend.
- **Överlevnaden** för intensivvårdade barn var 44% i vecka 22, 66% i vecka 23 och 84% i vecka 24. Bland levande födda var överlevnaden 29% i vecka 22, 59% vecka 23 och 83% vecka 24 under år 2023-2025.
- **Föräldrars upplevelse** av delaktighet i vård och behandlingsbeslut varierar mellan 43-93% mellan sjukhus och om man utvidgar frågan till delaktighet i den utsträckning man önskat varierade svaren 42-88% mellan sjukhus.

Introduktion

I detta avsnitt redovisas resultat/utfall för de mycket tidigt födda barnen fram till utskrivning från neonatalvården. För utfallsmått finns oftast inga målvärden definierade. I stället kan riksgenomsnittet var en måttstock. Att ligga lågt för önskade utfall, eller högt för oönskade utfall jämfört med andra kan var en indikator på förbättringspotential. Å andra sidan kan variationer i case-mix (t.ex. vård av kirurgiska patienter eller inte) bidra till att jämförelserna i vissa fall kan vara svårare att tolka. Slumpmässig variation kan också förekomma, särskilt i gruppen barn födda vecka 22–24 där antalet barn är begränsat.

Vilka kvalitetsindikatorer har valts ut?

De högst prioriterade utfallsmåtten (enligt registrets styrgrupp) utgörs av andelen barn som drabbats av svåra komplikationer. Flera av dessa sjukligheter kan betraktas som potentiellt undvikbara, vilket gör dem särskilt intressanta ur kvalitetssynpunkt. Här presenteras också överlevnad.

Slutligen redovisas i detta avsnitt ett urval av föräldrars upplevelser av vården. Baserat på registerdata har föräldrar till mycket tidigt födda barn identifierats som en grupp med lägre upplevelse av att neonatalvården varit utmärkt än föräldrar till fullgångna och måttligt tidigt födda barn [20].

Metod

Metoder beskrivna i föregående avsnitt har använts även här.

Definitioner av de utfallsmått som presenteras:

Nedkylning: lägsta kroppstemperatur $<36,0^{\circ}\text{C}$ 0–6 timmar efter födelsen

Vårdrelaterad infektion: odlingsverifierad sepsis med debut >72 timmar efter födelsen.

Smärta: dokumenterad smärta senaste dygnet pga. sjukdom som orsakar smärta eller exponering för smärtsamma procedurer som provtagning, intubation/LISA, insättning av ventrikelsond, dränage eller kärlkatetrar genom intakt hud t.ex. PVK, men exklusive sättning av navelkateter.

Intraventrikulär hjärnblödning (IVH) grad 3: Mer än 50% av ventrikeln blodfylld eller så stor blödning att blodet orsakar ventrikelvidgning, IVH grad 4: periventrikulär venös hemorrhagisk hjärninfarkt associerad med IVH av lägre grad.

Nekrotiserande enterokolit (NEC) grad 2–3: Diagnostiserad vid operation, obduktion eller kliniskt-radiologiskt. Kriterier för klinisk-radiologisk diagnos: [se här](#).

Bronkopulmonell dysplasi (BPD): Avser tidigt fött barn som fortfarande vid 36 veckors postmenstreull ålder behandlas med extra syrgas. Som jämförelse redovisas måttlig-svår BPD enligt Jensens kriterier (tidigt fött barn som vid 36 veckors postmenstreull ålder behandlas med HFNC, CPAP eller respirator).

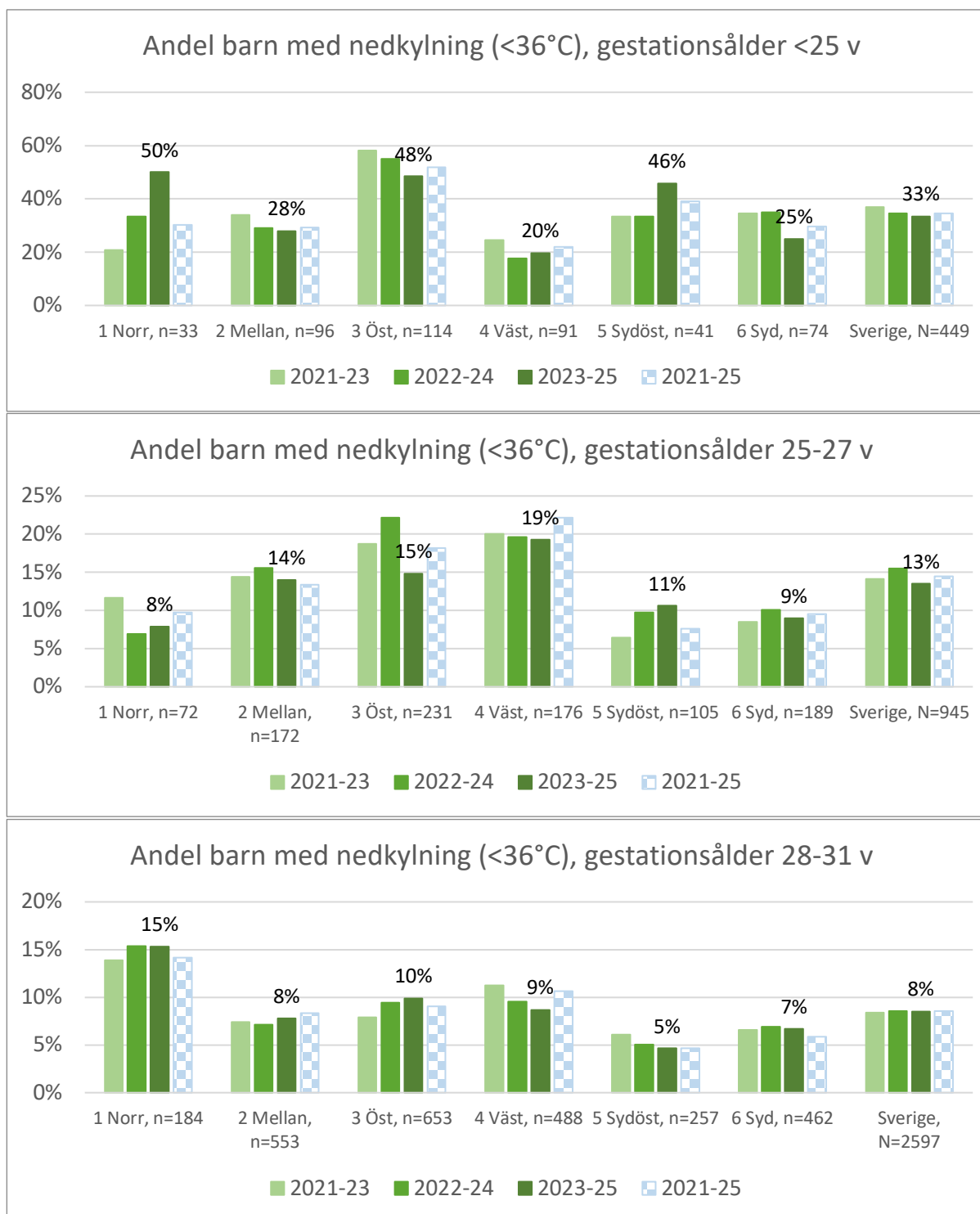
Prematuritetsretinopati (ROP) 3–5: Enligt ögonläkares bedömning av högsta grad.

Överlevnad: Avser upp till 1 års ålder.

Frågor i föräldraenkäten är hämtade från SKRs nationella patientenkät för vårdnadshavare.

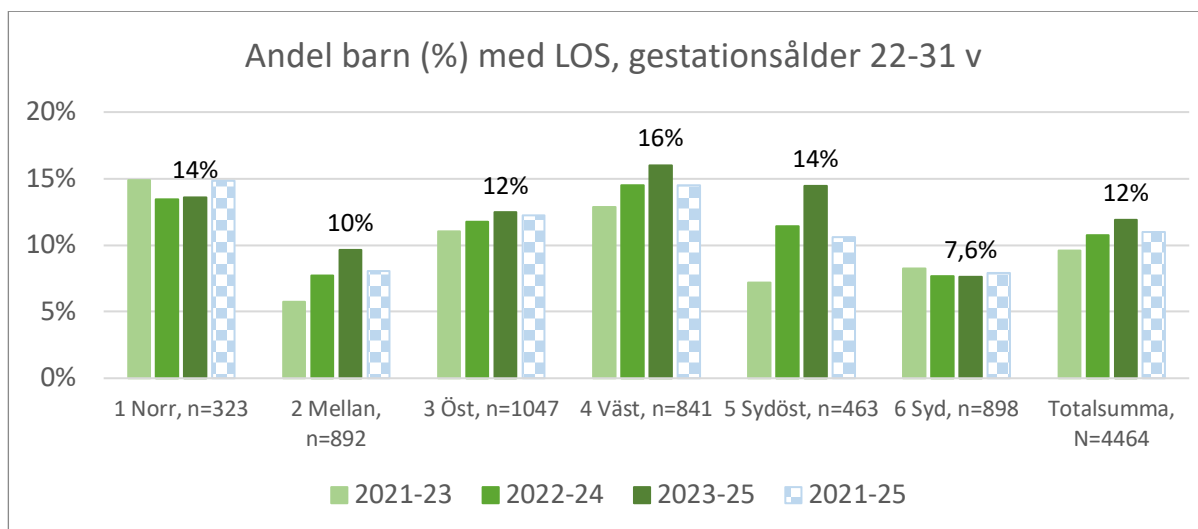
Resultat

1. Köldstress och nedkylning efter födelsen. Oavsiktlig nedkylning av mycket tidigt födda barn efter födelsen (svår hypotermi, kroppstemperatur <35,5°C) uppvisar samband med dubblerad risk för död hela första månaden [21].



Kommentar: En tredjedel av extremt tidigt födda barn <25 veckor drabbades av nedkylning enligt WHO-definition. Regionala skillnader ses och ingen tydlig förbättring över tid kunde noteras.

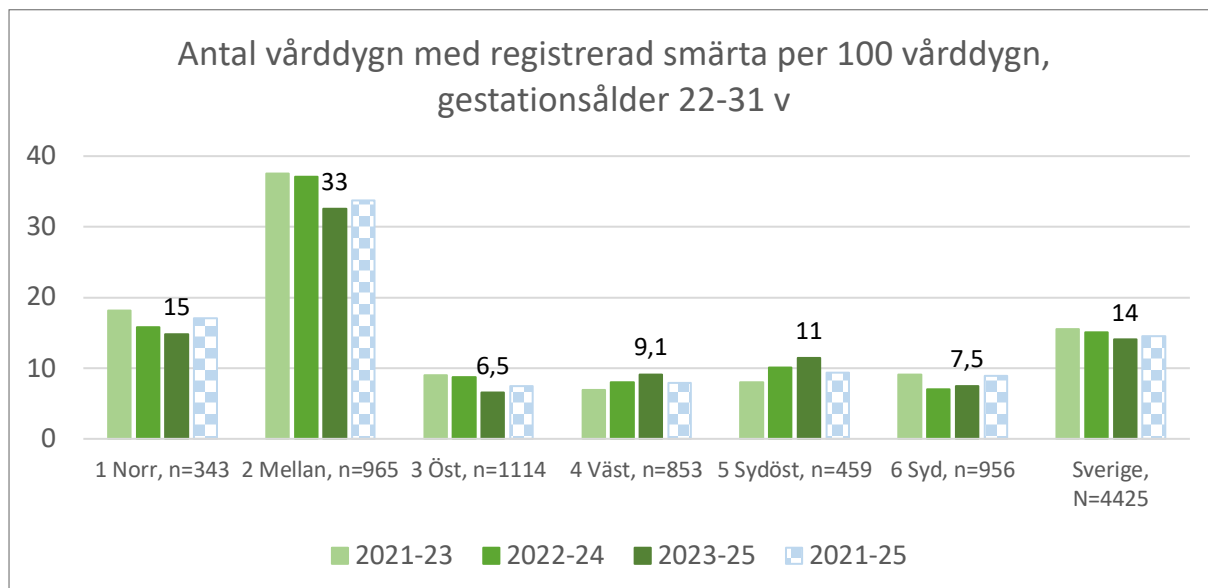
2. Vårdrelaterad infektion (sepsis med debut >72 timmar efter födelsen ökar risken för död i neonatalperioden och för långtidskomplikationer bland överlevare [22, 23].



Kommentar:

- Andelen mycket tidigt födda barn med vårdrelaterad varierade 2-faldigt mellan regioner.
- För barn födda efter 22-31 veckor ses en ökande tendens i samtliga regioner utom Region Norr och Region Syd.

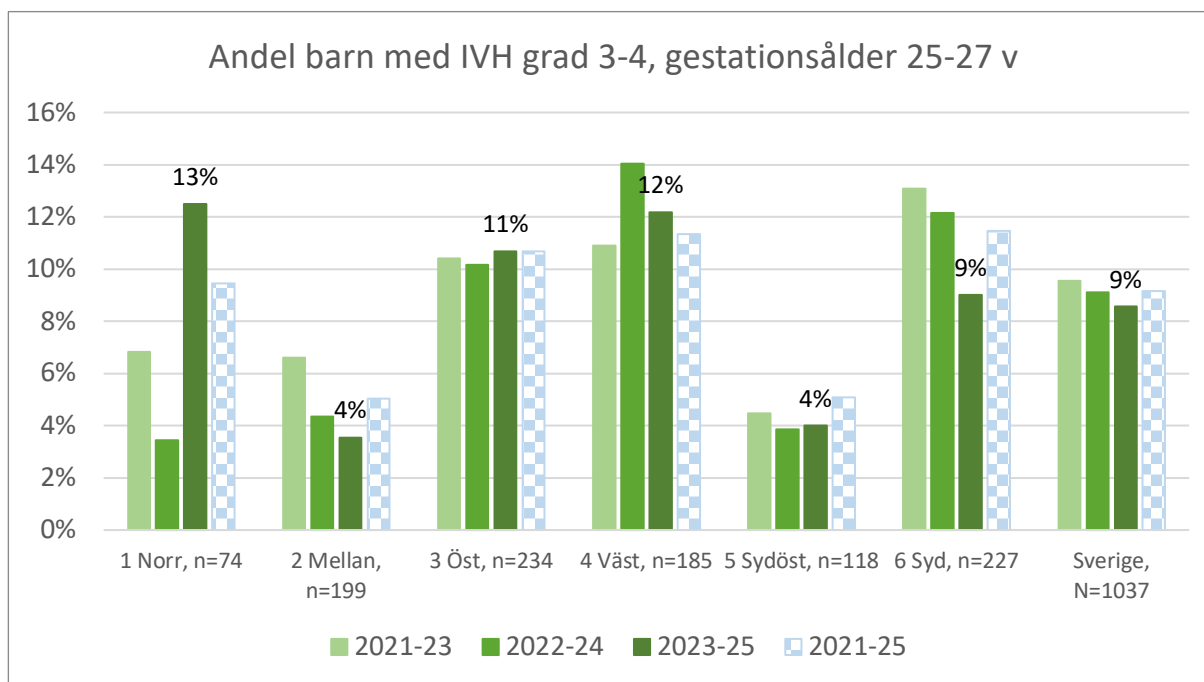
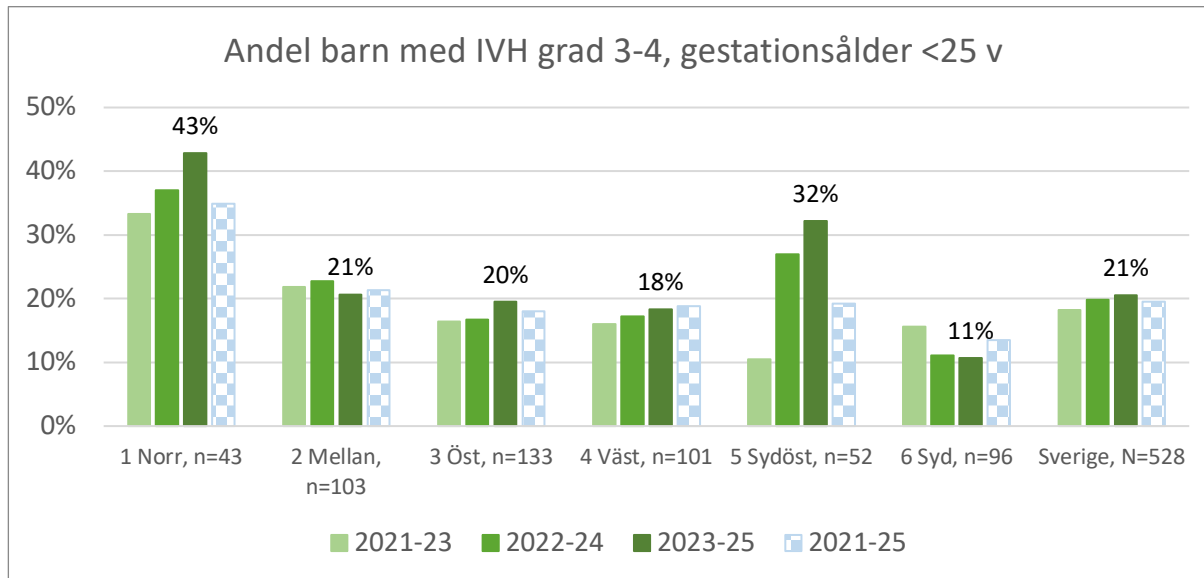
3. Smärta under längre perioder medför ökad risk för smärtekänslighet, funktionshinder och beteendestörningar längre upp i åren [24, 25]. Målvärde saknas, betydande avvikelse från riksgenomsnittet kan vara en indikation på att rutinerna behöver ses över, både vad gäller förekomst av smärta, samt utvärdering och dokumentation av smärta [26].



Kommentar: Regionala skillnader kan bero på hur har dokumenterats i journal samt på hur smärta definierats innan rapportering till registret. För enhetligare registrering har registret definierat smärta såsom: "Dokumenterad smärta senaste dygnet inklusive exponering för smärtsamma procedurer som intubation, insättning av ventrikelsond, dränage eller kärlkatetrar genom intakt hud, men exklusive sättning av navelkateter och stick för provtagning." Provtagnings fångas upp under annan rubrik (antal stick).

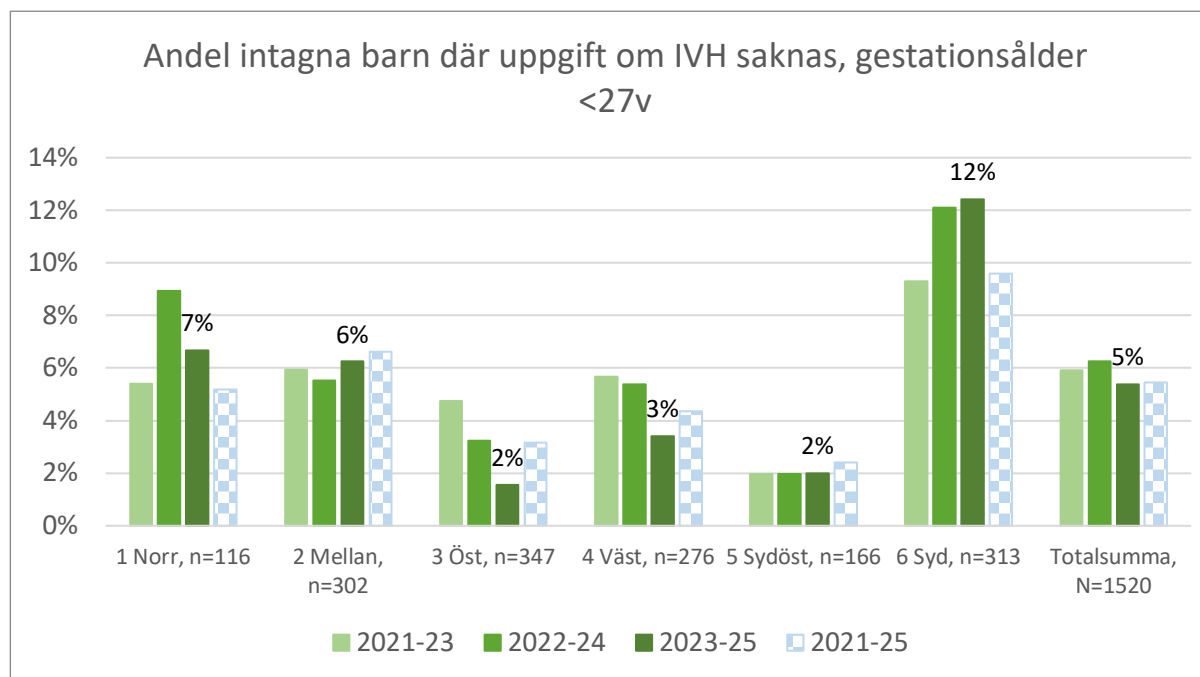
#

4. Intraventrikulär blödning (IVH) grad 3–4 medför ökad risk för senare funktionshinder, särskilt nedsatt kognition och cerebral pares.

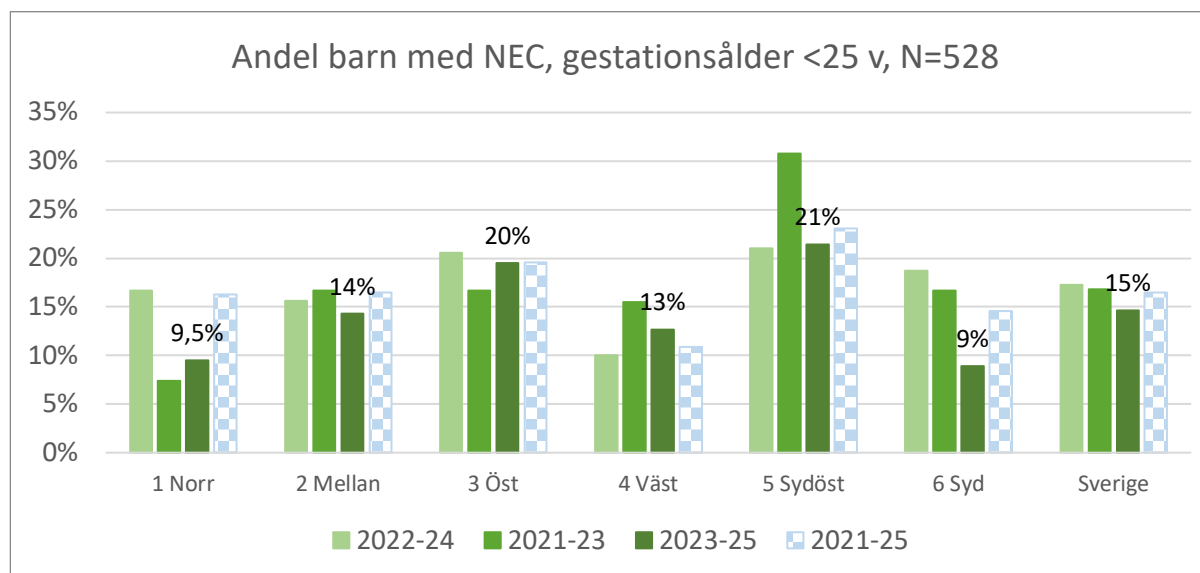


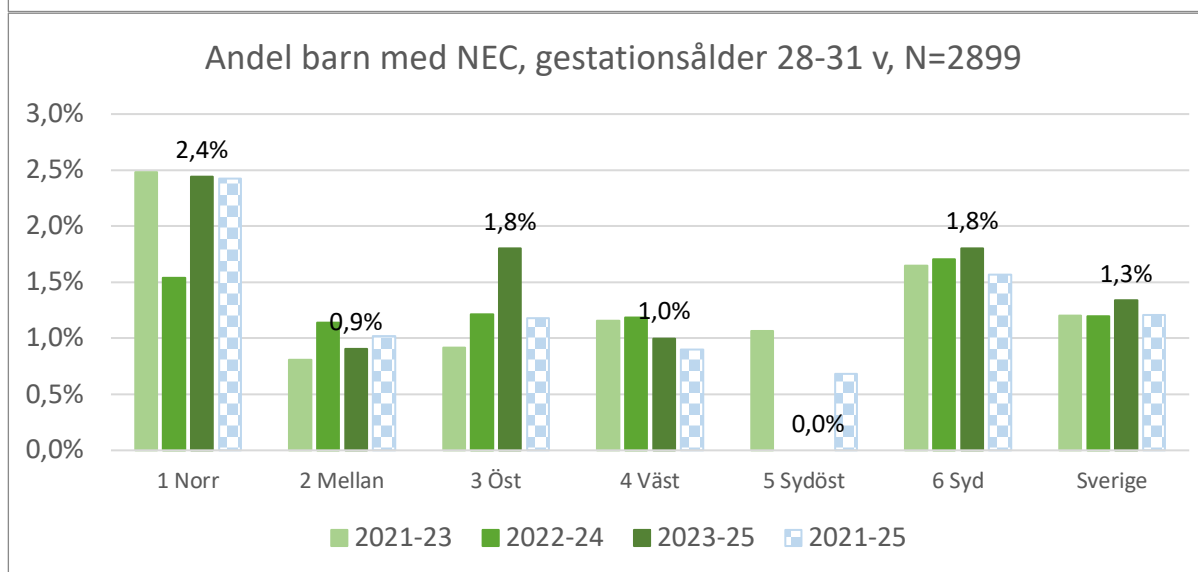
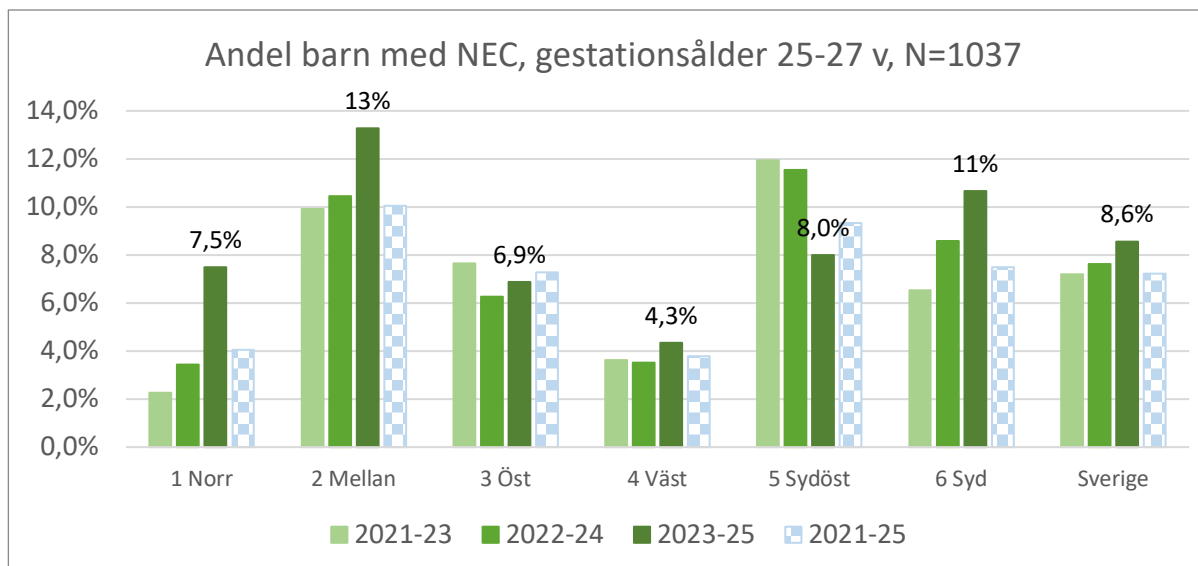
Kommentar: Det är framför allt de allra minsta barnen som drabbas av stor hjärnblödning. En tvåfaldig skillnad ses mellan regioner. Skattningarna får dock tolkas med försiktighet p.g.a. små tal (och vida konfidensintervall).

Bland överlevande barn födda i vecka 22–27 saknades uppgift om IVH-grad 10% av barnen, fördelat per storregion enligt följande:

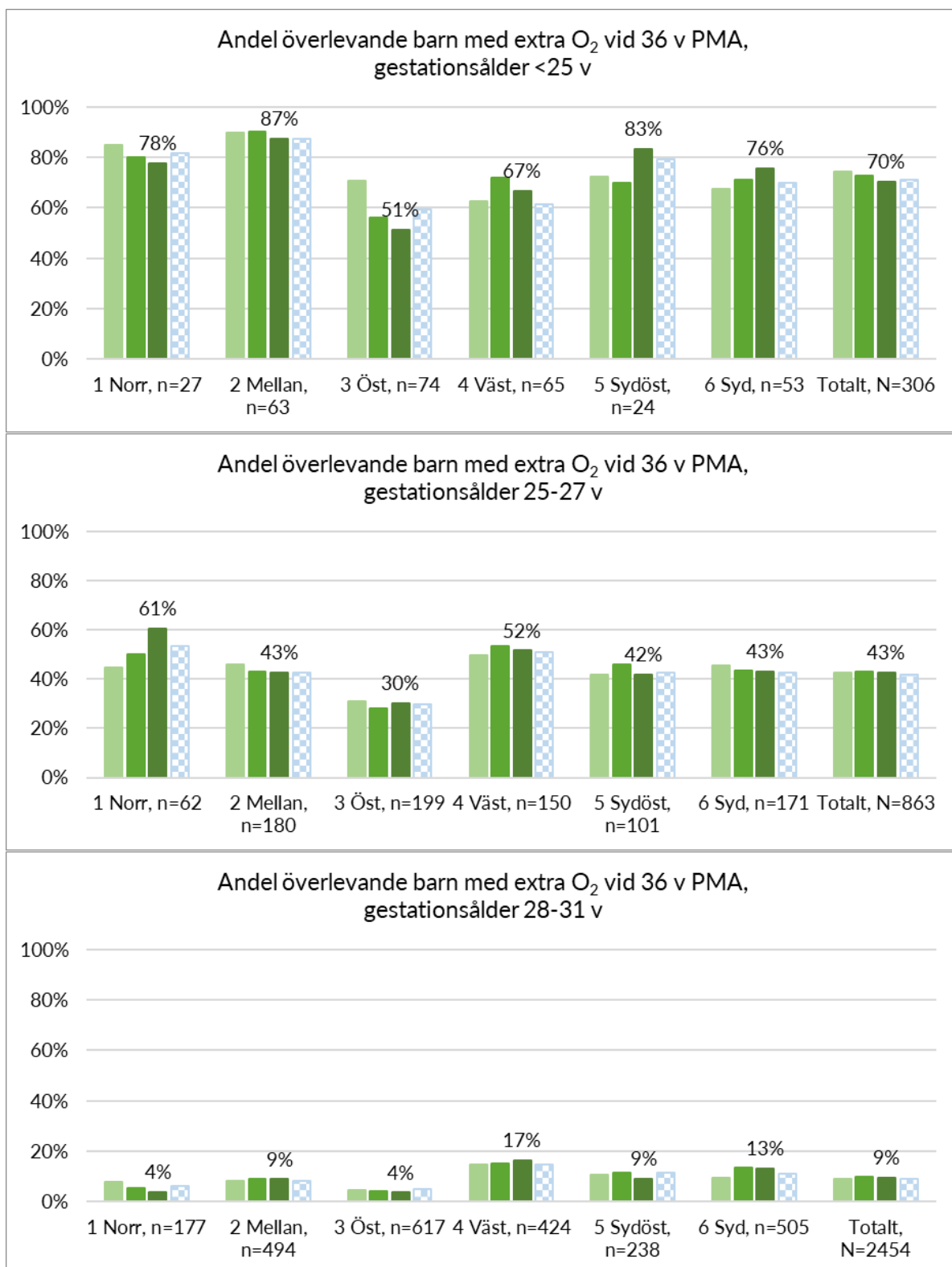


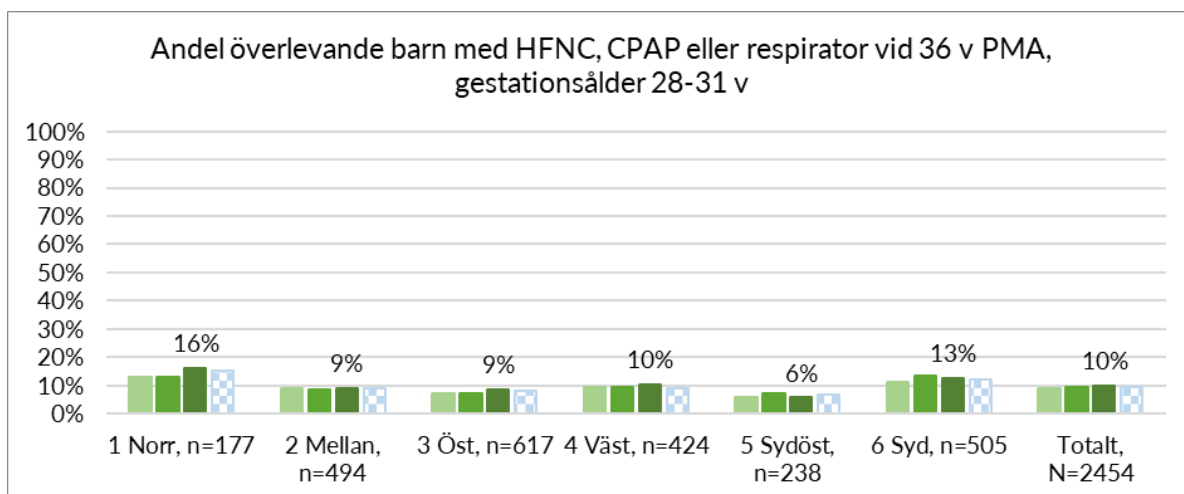
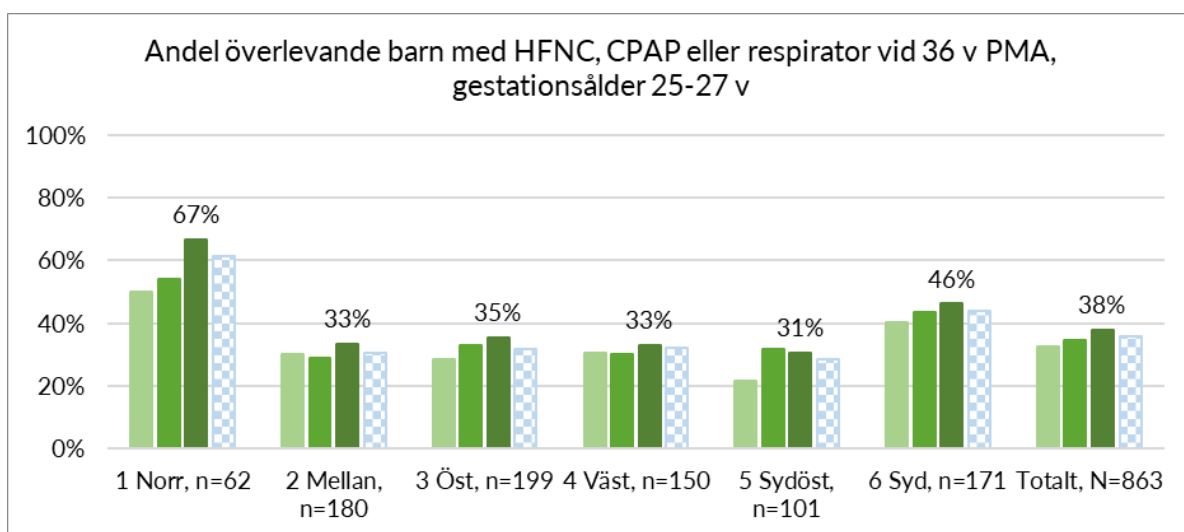
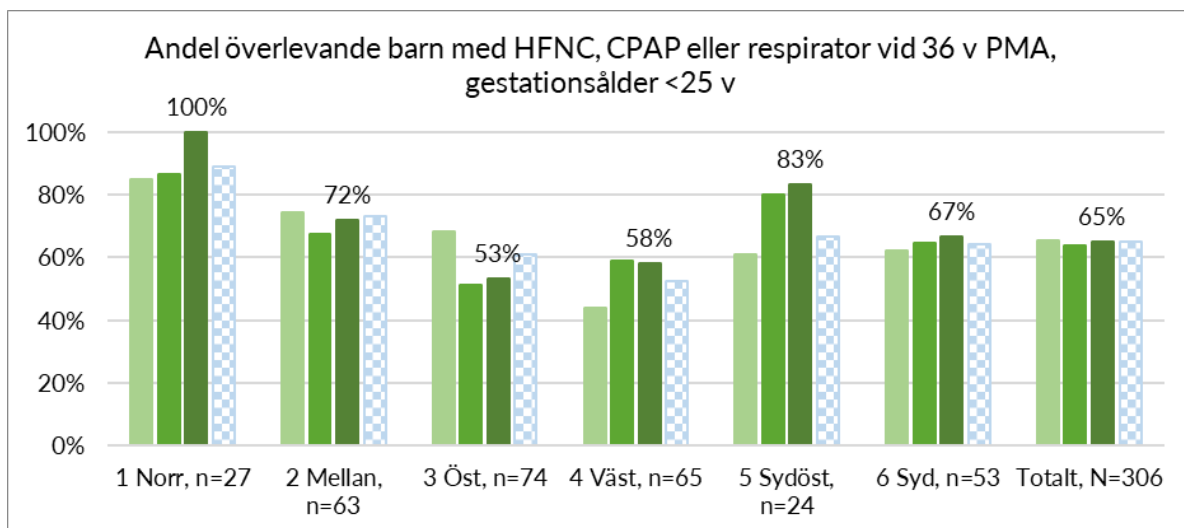
5. Nekrotiserande enterokolit (NEC) grad 2–3 är en fruktad tarmkomplikation som ofta behöver kirurgisk behandling, har lång läkningstid, och medför risk för sämre långtidshälsa.





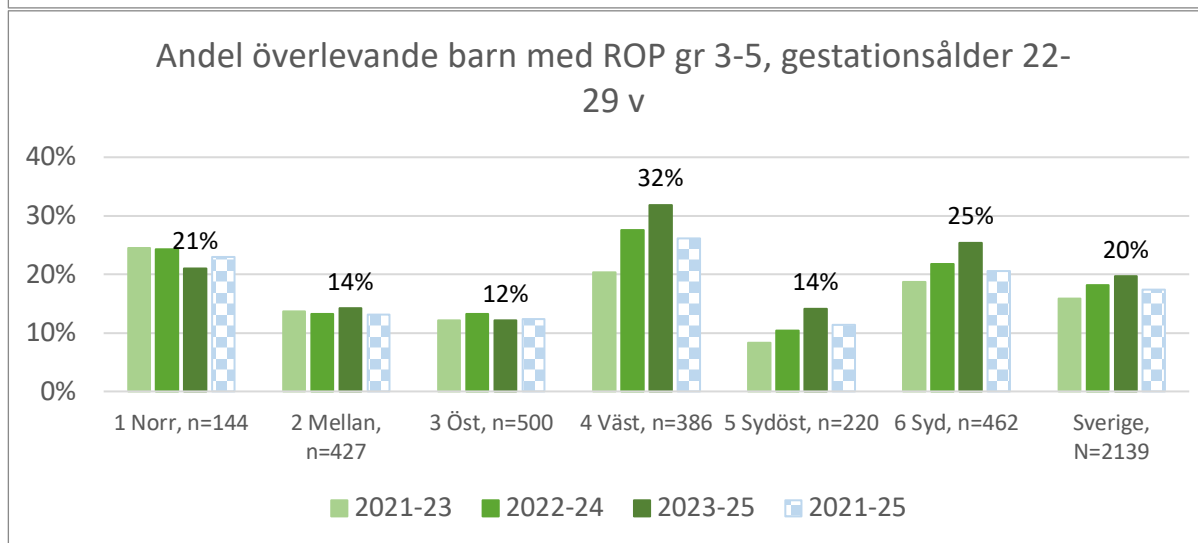
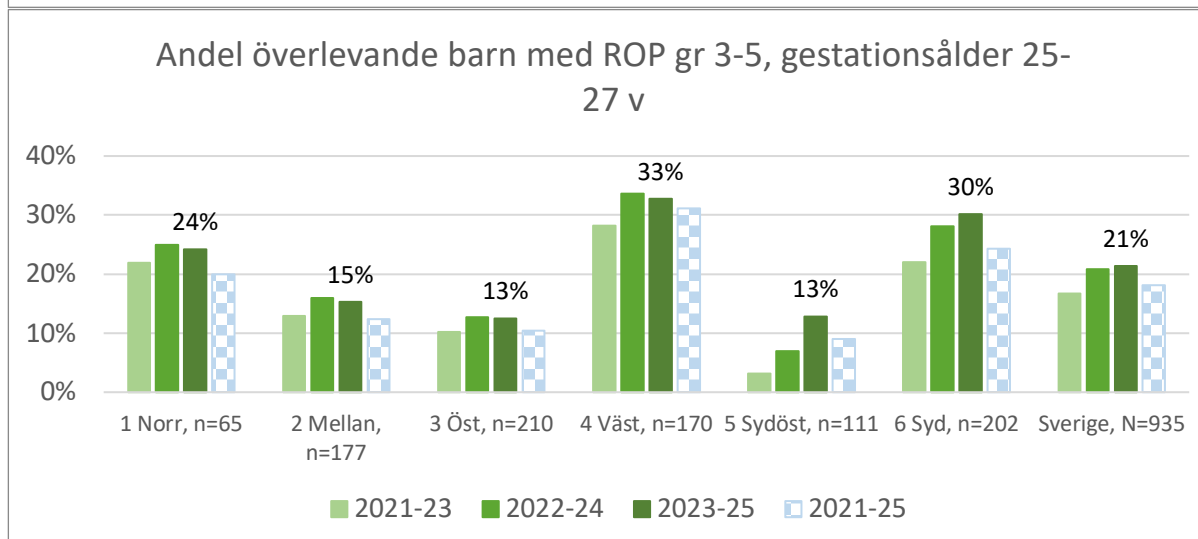
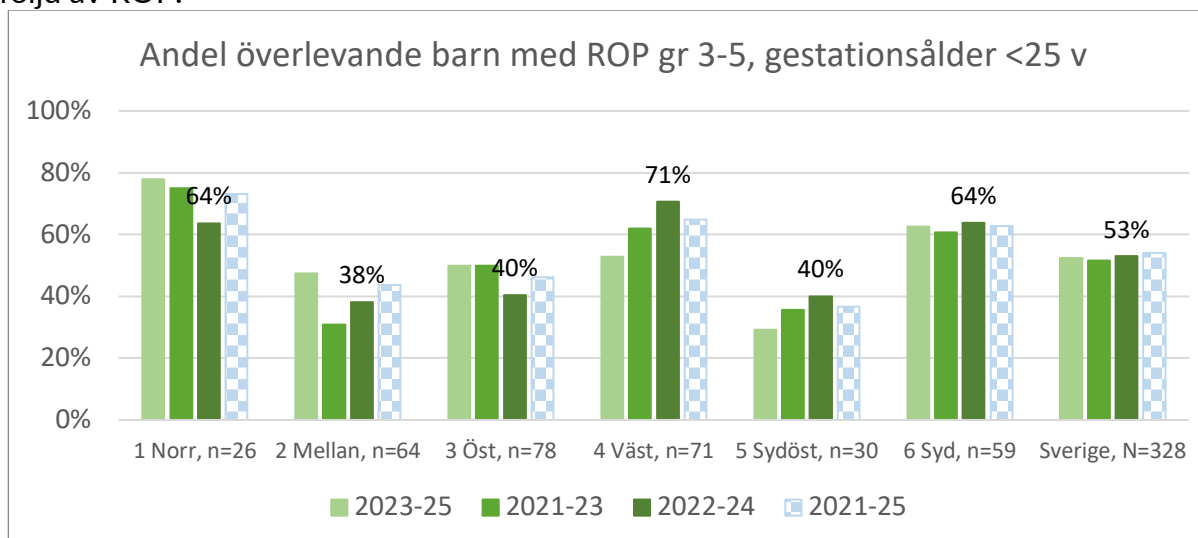
6. Bronkopulmonell dysplasi (BPD) kallas också kronisk lungsjukdom och kännetecknas av att barnen behöver fortsatt andningshjälp när de närmar sig fullgången tid. Definieras här som extra syrgastillförsel $\geq$ vid 36 veckors postmenstruell ålder. Som jämförelse redovisas även måttlig (högflödesgrimmor eller CPAP) - svår (respirator) BPD vid 36 veckors postmenstruell ålder enligt Jensens kriterier.





Kommentar: Det är framför allt de allra minsta barnen som drabbas av svår lungsjukdom. Det finns regionala skillnader. Däremot ses relativt små skillnader på nationell basis i relation till vilken definition som använts.

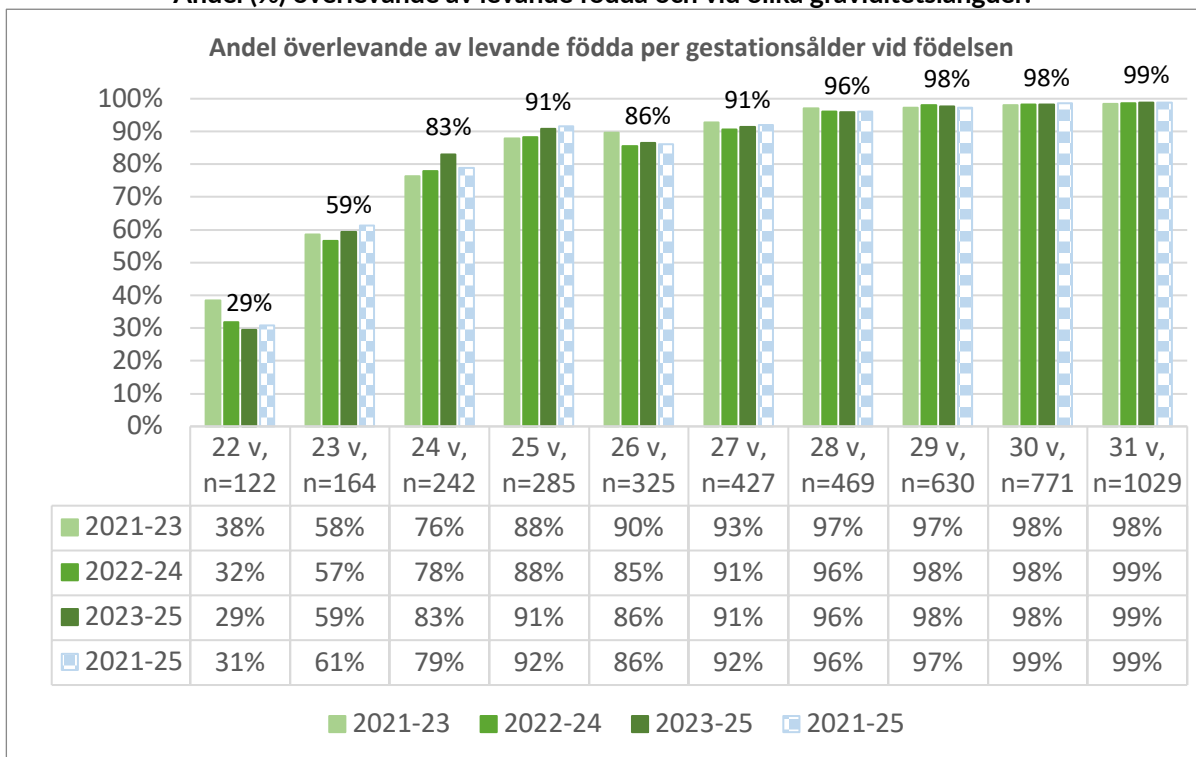
7. Prematuritetsretinopati (ROP) stadium 3 föranleder ungefär i hälften av fallen behandling [27, 28]. Det är idag mycket ovanligt att mycket tidigt födda blir blinda till följd av ROP.



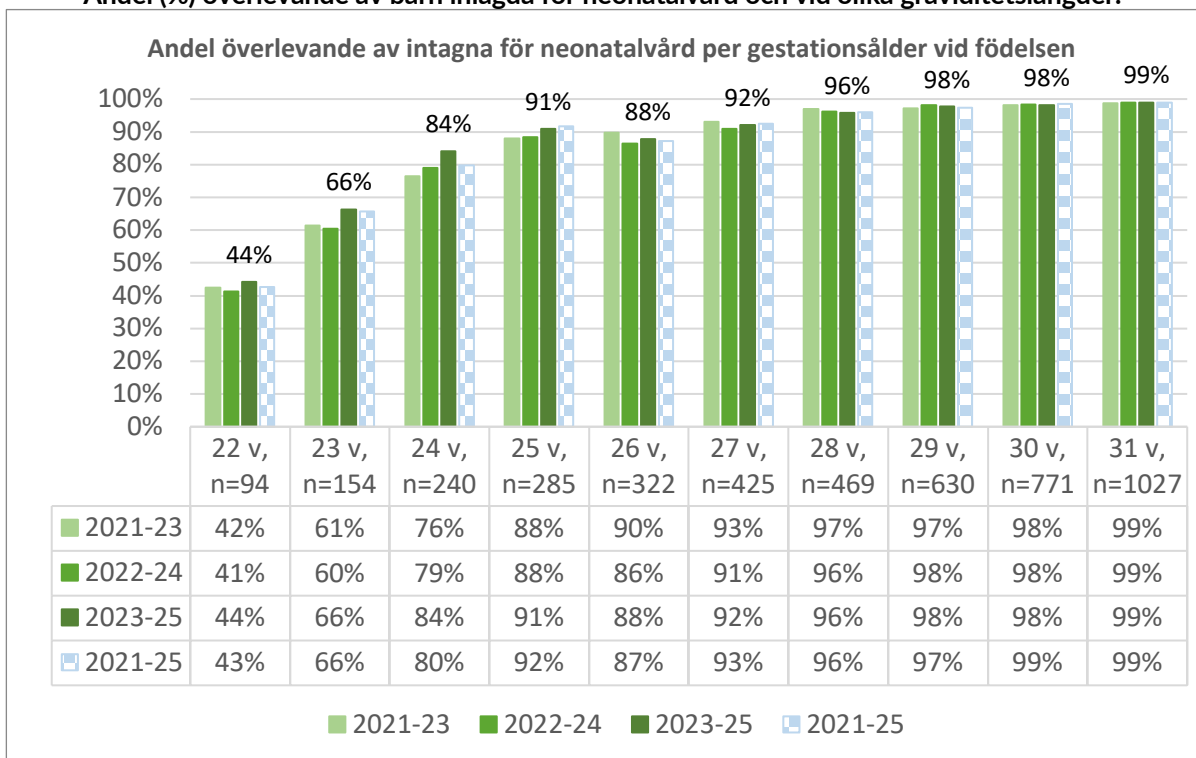
Kommentar: För ytterligare statistik hänvisas till Årsrapporten från [Svenskt Kvalitetsregister för prematuritetsretinopati \(SWEDROP\)](#) [28].

8. Överlevnad till ett års ålder redovisas som andel av levande födda och andel av barn som erhållit intensivvård.

Andel (%) överlevande av levande födda och vid olika graviditetslängder.



Andel (%) överlevande av barn inlagda för neonatalvård och vid olika graviditetslängder.



Kommentar: Överlevnad bland mycket tidigt födda har inte säkert förändrats under de senaste 5 åren.

9. Föräldrarnas upplevelser av vården. En studie av föräldrars upplevelser av neonatalvården visade överlag mycket goda resultat. Men i vissa avseenden – såsom förtroende för personalen, respekt och bemötande, samt smärtbehandling - var upplevelserna sämre bland föräldrar till mycket tidigt födda barn jämfört med upplevelser hos föräldrar till fullgångna barn [20].

Andel (%) föräldrar till mycket tidigt födda (<32 veckor) som neonatalvårdats under 2025 (N=276 enkätsvar) och som besvarat frågan "Gjorde vårdpersonalen dig delaktig i besluten gällande barnets vård/behandling?" med svarsalternativet "Ja, instämmer helt/utmärkt" (Svarsalternativ 5. Sjukhus som inte finns med har <10 enkätsvar för den valda patientgruppen)

5:or (%)	Enhet
77,78	Linköping
75,00	Jönköping
75,00	Stockholm, Södersjukhuset
69,23	Malmö
69,23	Stockholm, KS-Danderyd
62,50	Uppsala
60,87	Umeå
57,14	Stockholm, KS-Huddinge
52,38	Stockholm, KS-Solna
51,43	Göteborg
50,00	Lund
45,45	Borås
35,71	Halmstad
60,07	

Andel föräldrar till mycket tidigt födda barn (<32 veckor) som neonatalvårdats under 2025 och som besvarat frågan "Var du delaktig i besluten beträffande barnets vård och behandling i den utsträckning du önskade?" med "Ja, instämmer helt/utmärkt" (svarsalternativ 5):

5:or (%)	Enhet
83,33	Jönköping
83,33	Linköping
77,27	Stockholm, Södersjukhuset
76,92	Malmö
66,67	Stockholm, KS-Danderyd
65,38	Umeå
63,64	Stockholm, KS-Solna
62,50	Uppsala
55,56	Lund
52,78	Göteborg
50,00	Borås
50,00	Halmstad
47,62	Stockholm, KS-Huddinge
63,24	

Resultat

Hjärnskadeprevention bland mycket tidigt födda (<32 veckor).

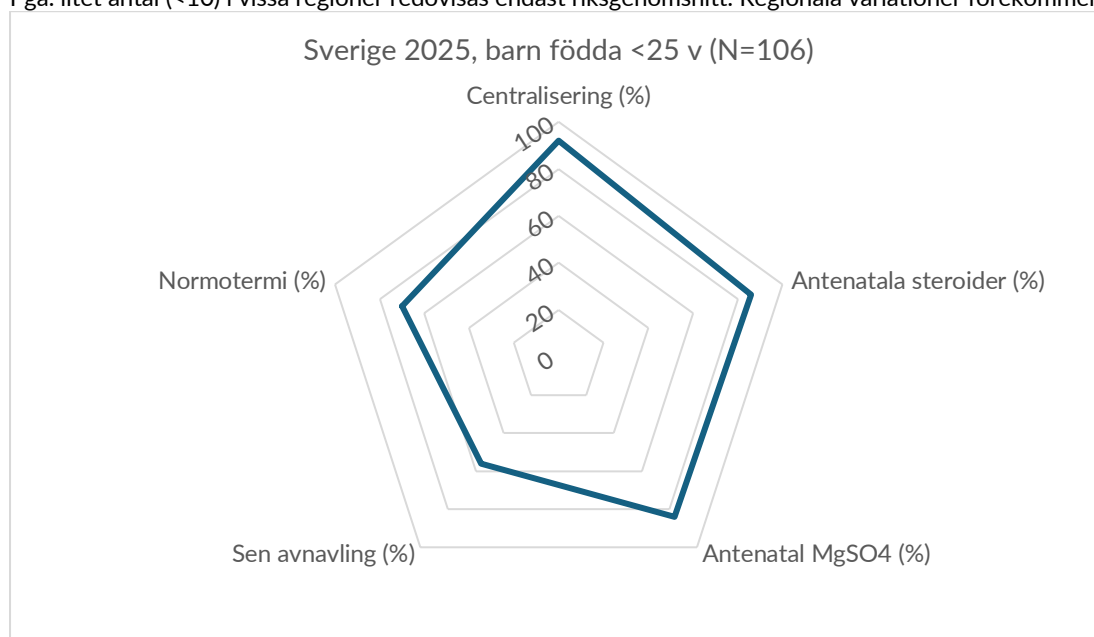
Definitioner av utvalda kvalitetsindikatorer:

- Centralisering avser född på rätt vårdnivå
- Antenatala steroider: minst en dos given före födelsen
- Antenatal MgSO₄: givet för födelsen
- Normotermi: lägsta kroppstemp första 6 timmarna i livet >36 grader.
- Sen avnavling: minst 30 sek efter födelsen

Målvärde för samtliga kvalitetsindikatorer: ≥90%. Andelar som presenteras nedan är beräknade på totalt antal barn med uppgift. Barn med "uppgift saknas" är således exkluderade i beräkningarna.

Måluppfyllelse (%) för barn födda <25 veckor år 2025

Pga. litet antal (<10) i vissa regioner redovisas endast riksgenomsnitt. Regionala variationer förekommer.



Kommentar: Måluppfyllelse (minst 90%) uppnåddes endast för centralisering (92%). Störst förbättringspotential sågs för sen avnavling (endast 56%) och prevention av nedkylning efter födelsen (70% av barnen behöll normotermi första sex timmarna).

Datakvalitet och måluppfyllelse (%) för barn födda <28 veckor år 2025

Datakvaliteten för barn födda före 28 veckor år 2025, andelar (%) uppgift saknas för resp. indikator:

Region	Centralisering	Antenatala steroider	MgSO ₄	Avnavling	Normotermi
Norr	0%	0%	0%	7,4%	15%
Mitt	0%	6%	24%	19%	13%
Öst	0%	0%	2%	10%	10%
Väst	0%	2%	2%	18%	10%
Sydöst	0%	5%	15%	15%	20%
Syd	0%	3%	2%	18%	24%
Riket	0%	3%	7%	15%	15%

Måluppfyllelse (%) för barn födda <28 veckor år 2025



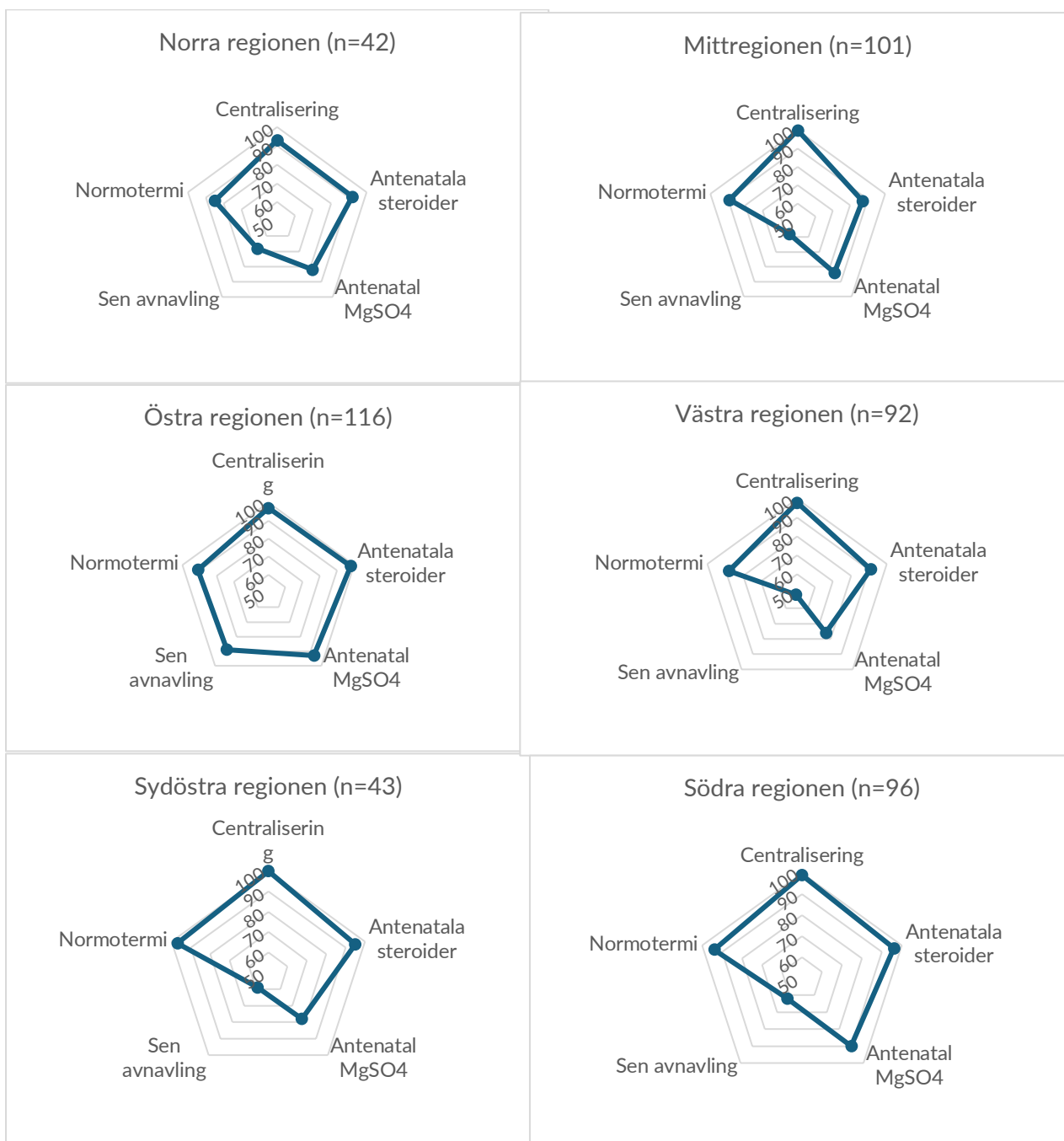
Kommentar: Regionala skillnader föreligger i datakvalitet och måluppfyllelse.

Datakvalitet och måluppfyllelse (%) för barn födda 28–31 veckor år 2025

Datakvaliteten för barn födda efter 28–31 veckor år 2025, andelar (%) uppgift saknas för resp. indikator:

Region	Centralisering	Antenatala steroider	MgSO ₄	Avnavling	Normotermi
Norr	0%	9%	23%	14%	9%
Mitt	0%	12%	44%	29%	6%
Öst	0%	2%	8%	3,6%	1%
Väst	0%	11%	8%	27%	4%
Sydöst	0%	5%	18%	28%	8%
Syd	0%	14%	23%	25%	8%
Riket	0%	9%	21%	20%	5%

Måluppfyllelse (%) för barn födda 28–31 veckor år 2025





Neonatalvård av måttligt tidigt födda
(32–36 graviditetsveckor) och
fullgångna barn
Processmått

Faktablad 4. Måttligt tidigt födda (32–36 graviditetsveckor) och fullgångna barn, behandlingar och praxis år 2021–2025

- Andelen fullgångna barn som vårdats **hud-mot-hud** under första dygnet var 25%. Bland fullgångna som någon gång vårdats hud-mot-hud så inleddes vårdformen under första dygnet hos 91%. Motsvarande andelar i gruppen födda vecka 32–36 var 56% respektive 95%.
- Andel som **kylbehandlats** efter asfyxi var 1,0 per 1000 levande födda barn med graviditetslängd ≥ 36 veckor. Det förelåg en variation mellan storregionerna beträffande relationen mellan **hypoxisk-ischemisk encephalopati (HIE) grad 2–3** och kylbehandling, möjligen talande för viss överbehandling. Andelen kylbehandlade översteg andelen med HIE grad 2–3 med mellan 8–44%.
- **Antalet antibiotikadygn bland tidigt födda i vecka 34–36** var 6 per 100 vård dygn med en variation mellan sjukhus på 0–30 dygn. **Antalet antibiotikadygn bland fullgångna barn** som neonatalvårdats var i genomsnitt 25 per 100 vård dygn med en variation mellan sjukhus på 3–46 dygn. Nationella snittet sjönk under femårsperioden 2021–2025 med 3 respektive 6 dygn per 100 vård dygn.
- Praxis när det gäller **användning av kärlkateter** varierar mellan sjukhus. I gruppen födda efter 32–36 veckor varierade användning av **navelartärkateter** från 0% till 16%, användning av **navelvenkateter** från 1% till 22%, och användning av **perifert inlagd central venkateter (pCVK)** varierade från 0% till 16% på olika sjukhus.
- Variation i processmått kan delvis förklaras av olika case-mix, men skillnader i praxis sågs även mellan sjukhus med samma vårdnivå och liknande patientgrupper.

Introduktion

I detta avsnitt redovisas praxis i vården av måttligt tidigt födda och fullgångna barn. Antalet barn i dessa båda grupper är långt större än de mycket tidigt födda men alla behöver inte neonatalvård. Bland måttligt tidigt födda kan en stor andel barn födda efter 35–36 graviditetsveckor vårdas på BB med extra tillsyn och åtgärder anpassade efter barnets mognad. Bland de fullgångna barnen är det <5% som neonatalvårdas och vårdtiderna är väsentligt kortare än för de tidigt födda.

Vilka kvalitetsindikatorer har valts ut?

Fyra indikatorer har prioriterats:

- Praxis vad gäller hud-mot-hudvård första dygnet redovisas per storregion och i de fall måluppfyllelse inte nås, även per sjukhus.
- Andel barn som kylbehandlats efter svår asfyxi redovisas per storregion eftersom antalet som erhåller behandling är litet och för att behandlingen är centraliserad.
- Praxis gällande användning av kärlkatetrar.
- Antibiotikadygn redovisat per 100 vårddygn och sjukhus.

Hypoxisk-ischemisk encephalopati (HIE) grad 2–3 redovisas här tillsammans med kylbehandling. HIE är definierad enligt Neonatalföreningens vårdprogram [29] som barn med "tecken på hjärnpåverkan" definierat som förändrad vakenhetsgrad (letargi, stupor eller koma) och minst ett av följande: 1. Avvikande (muskeltonus; hypotonus, helt slapp eller opistotonus) eller 2. Avvikande reflexer (ögonrörelser, pupiller, avsaknad av/svag sugreflex) eller 3. Kramper. Redovisas per 1000 levande födda barn.

Metod

Jämförelserna i det här avsnittet har grupperats utifrån barnets graviditetslängd (gestationsålder) vid födelsen (om inte annat anges): 32–36 veckor (måttligt tidigt födda) respektive 37 veckor och uppåt (fullgångna barn).

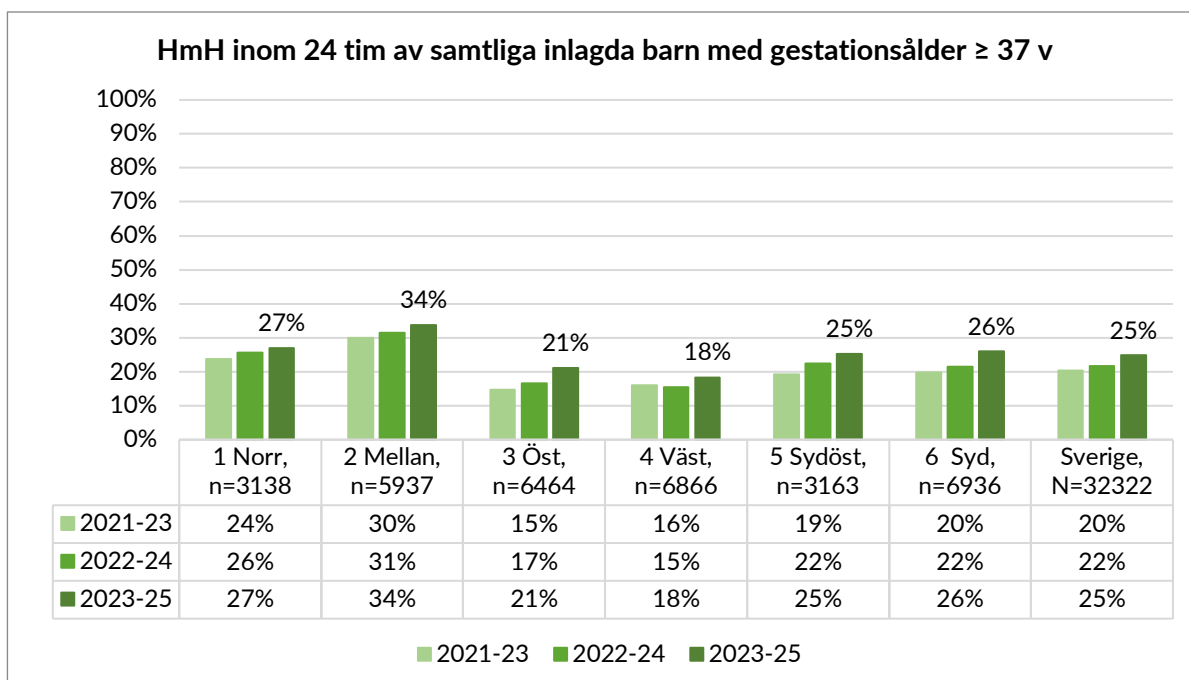
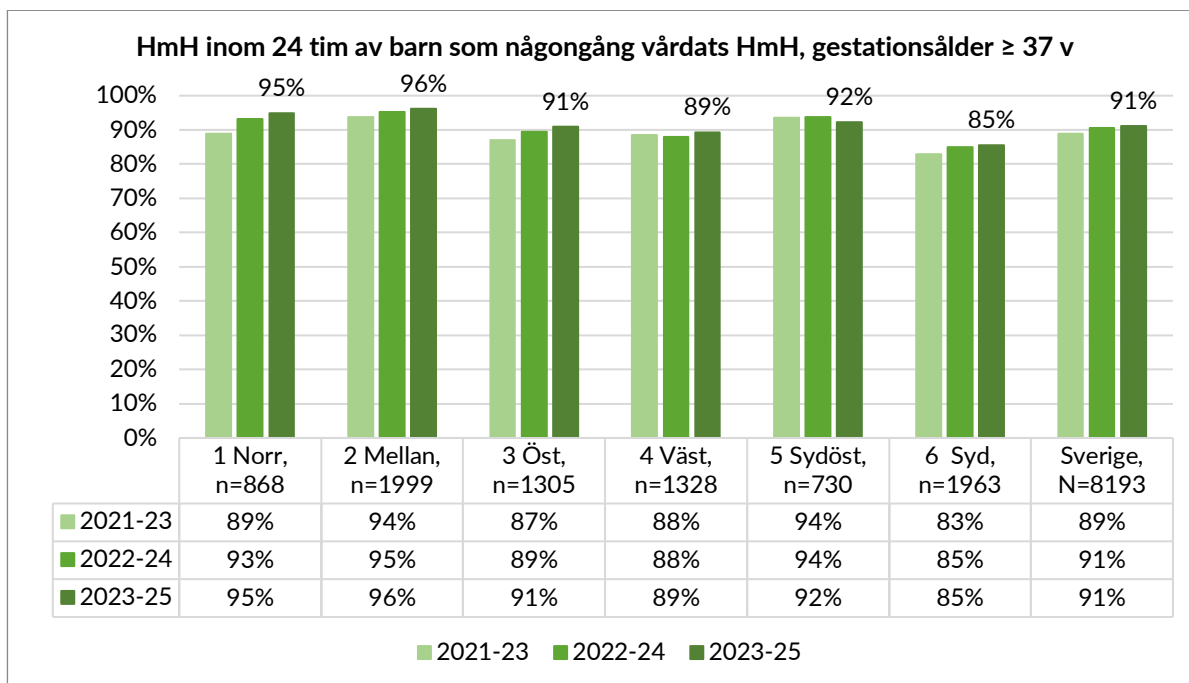
Tidsperioden som analyserats är 2021–2025, dvs en femårsperiod. För mer tillförlitliga jämförelser (än årsvisa data) presenteras analyserna över tid i olika treårsintervall. Datauttaget utfördes 15 april 2026.

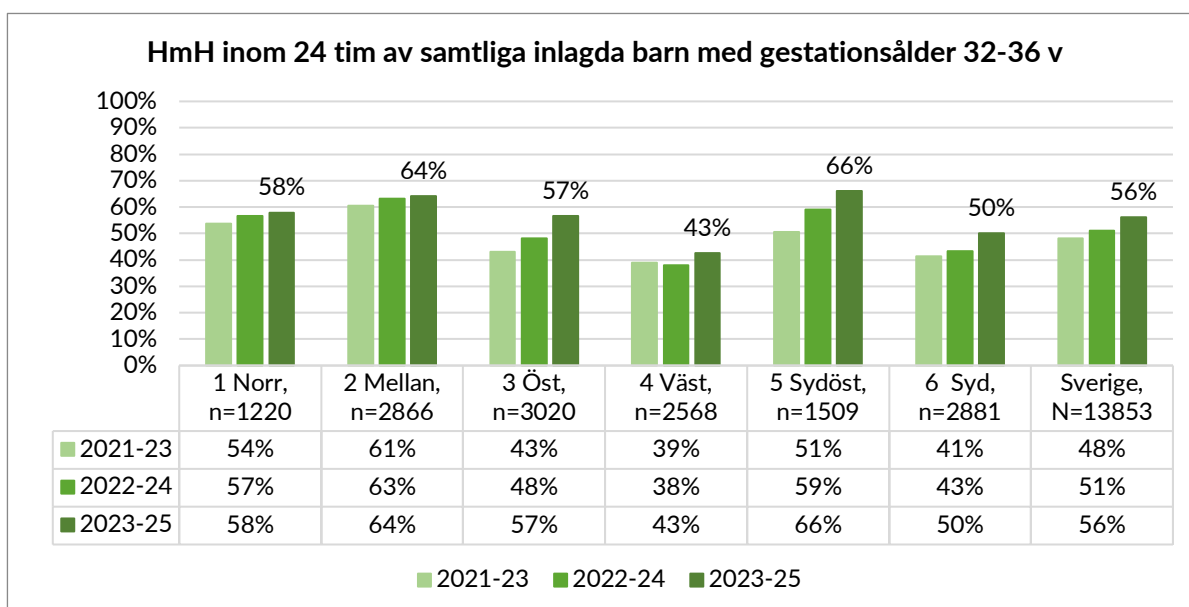
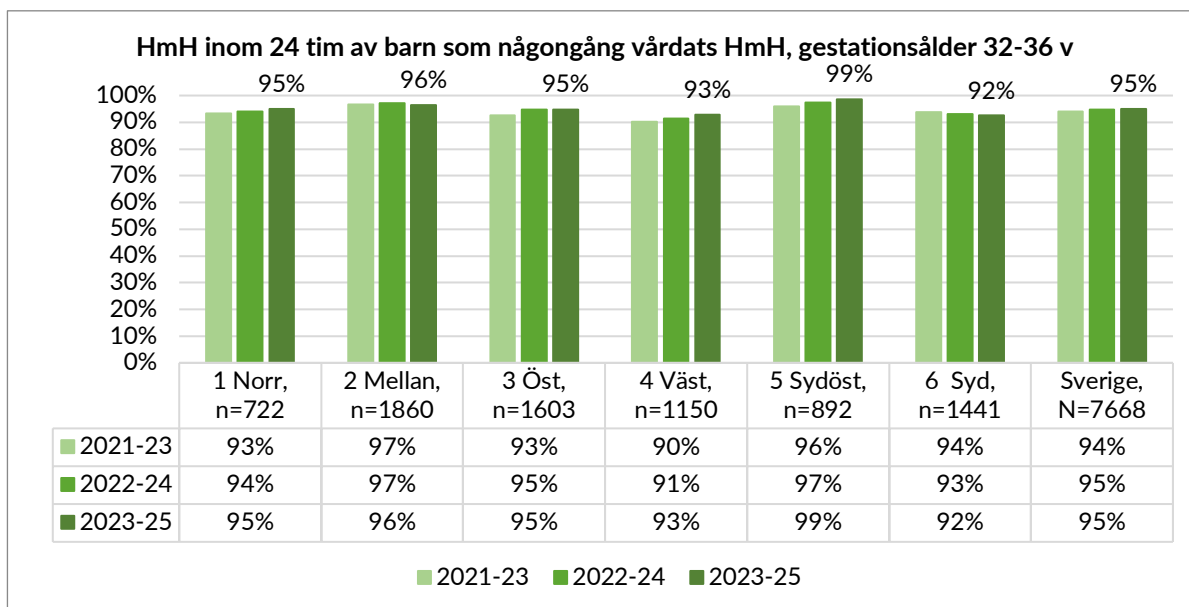
Målvärden

Målvärdet för rekommenderade behandlingar är satta så att mer än 80% eller 90% av barnen ska ha erhållit behandlingen. För praxis med svag eller oklar evidens ges inget målvärde. Däremot redovisas riksgenomsnitt. Betydande avvikelse från riksgenomsnittet kan vara en indikation på att rutinerna behöver ses över. Målvärde för uppgift saknas: <10%. Om 10– <30% av uppgifterna saknas föreligger förbättringspotential.

Resultat

1. Hud-mot-hudvård (HmH) efter förlossning bidrar till snabb reduktion av negativ stress för barnet efter födelsen, förebygger nedkylning, ger bättre anknytning och större chans till lyckad amning.
 Rekommendation: stark: Målvärde: >80% ska ha påbörjat hud-mot-hudvård under första dygnet.





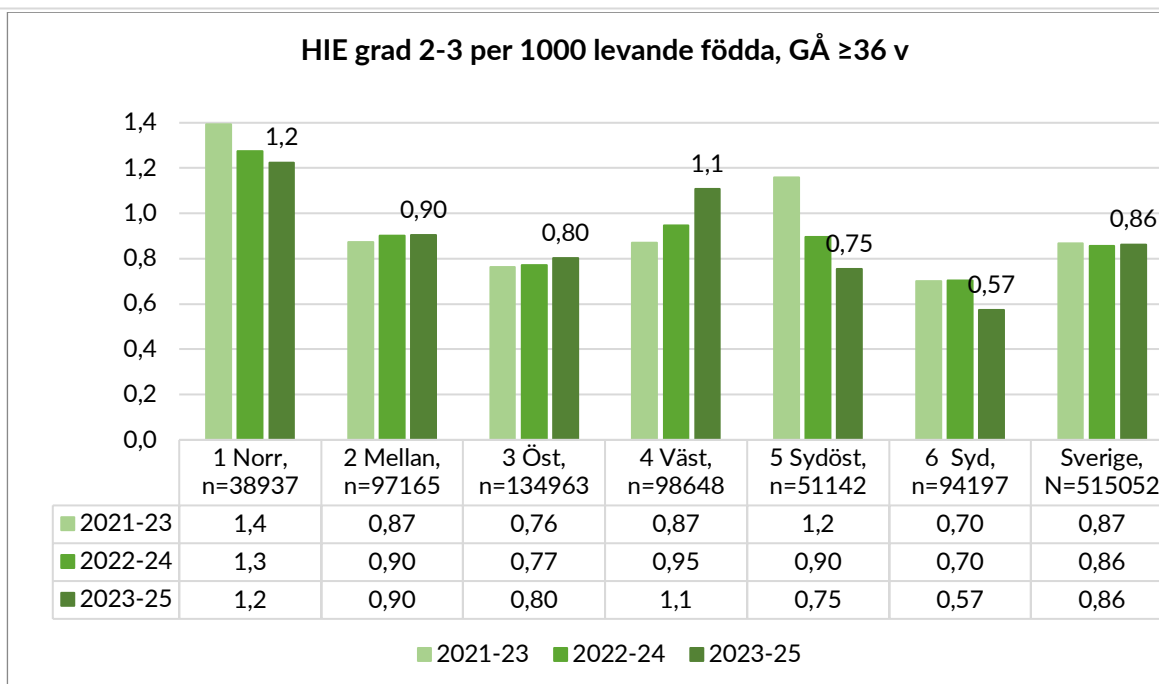
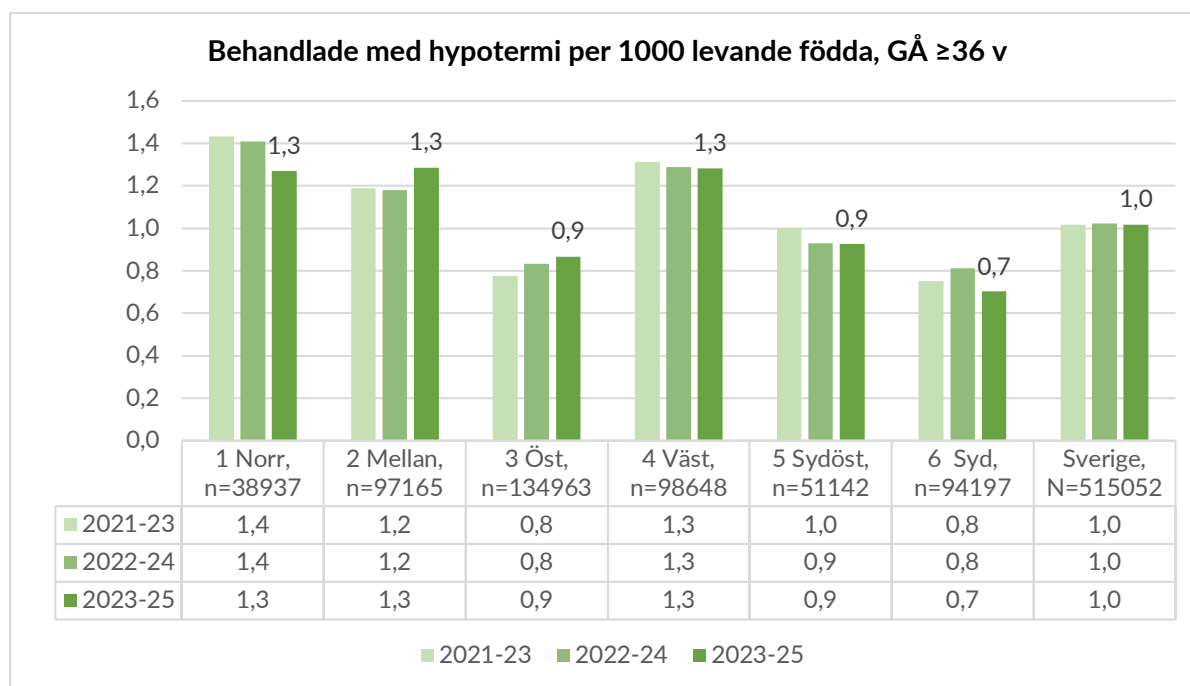
Kommentar: Sjukhus som under 2025 nått måluppfyllelse (>80%) för hud-mot-hudvård av måttligt underburna barn första dygnet (för uppgift om läget just nu, v.g. se [öppen redovisning på hemsidan](#)):

- Region Norr: Östersund och Umeå.
- Region Mellan: Eskilstuna, Falun, Gävle, Karlstad, Örebro och Västerås.
- Region Öst (Stockholm-Gotland): Karolinska (samtliga sjukhus), Södersjukhuset och Visby.
- Region Väst: Inget sjukhus med måluppfyllelse.
- Region Sydöst: Jönköping, Norrköping och Västervik.
- Region Syd: Karlskrona och Malmö.

#

2. Hypoxisk ischemisk encephalopati och kylbehandling. Svenska Neonatalföreningen rekommenderar sedan 2007 kylbehandling till nyfödda barn med >36 veckors graviditetstidslängd och med måttlig-svår hypoxisk-ischemisk encephalopati (HIE grad 2-3) efter akut asfyxi (syrebrist vid förlossning). I svårare fall ses en akut påverkan på hjärnans funktioner som kännetecknas av avvikande muskelspänning (helt slapp eller spänd), kramper och sänkt medvetande. Tillståndet indelas i olika grader från 0–3. HIE grad 2–3 är förknippat med ökad risk för död eller bestående hjärnskada [29].

Kylbehandling vid HIE grad 2-3 har starkt vetenskapligt stöd och leder till minskad dödlighet bland drabbade barn och lägre förekomst av bestående funktionshinder hos överlevare. Svenska Neonatalföreningen rekommenderar att behandlingen centraliseras till sjukhus med ett årligt underlag på minst 10 patienter [29]. Målvärde: >90% av barn som uppfyller kriterier för kylbehandling ska erhålla densamma. Kriterierna för kylbehandling är dock flera (A- och B-kriterier) och alla registreras i nuläget inte Neonatalvårdsregistret.



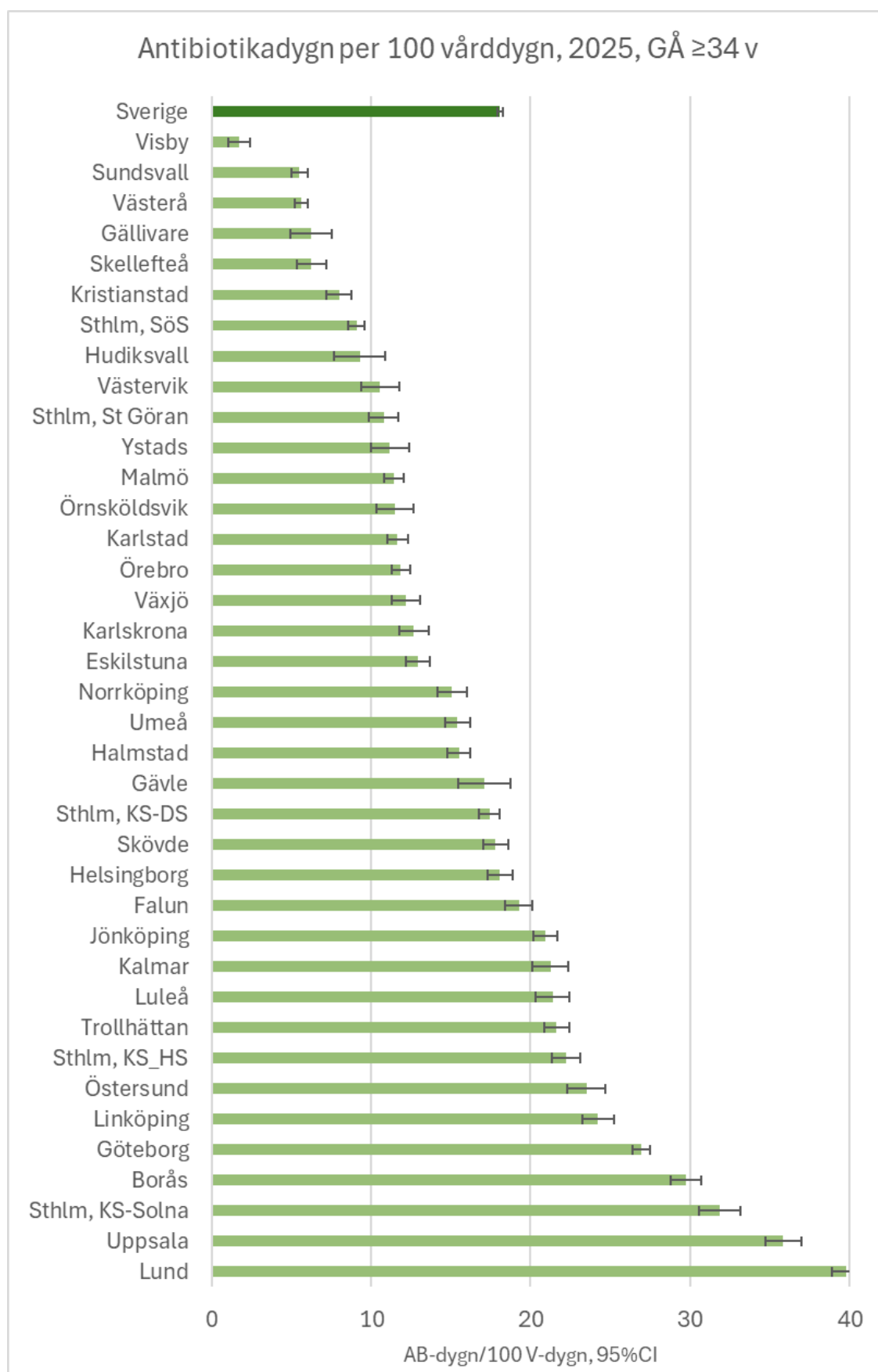
Kommentar: Andel kylbehandlade barn har stabiliserats sedan behandlingen infördes för år 2007. Skillnaderna som ses kan avspegla variation i förekomst av asfyxi (se nästa avsnitt, låga Apgarpoäng).

3. Antibiotikadygn bland lätt tidigt födda (vecka 34–36) och fullgångna barn i neonatalvården.

Överförskrivning av antibiotika kan bidra till ökad antibiotikaresistens, ökad resursanvändning, och störningar i tarmens mikrobiom med potentiellt negativa hälsoeffekter på kort och lång sikt. Även om Sverige ligger bra till i ett internationellt perspektiv [30] så ses stora variationer mellan svenska sjukhus vilket tidigare har rapporterats [31].

Antibiotikadygn per 100 vård dygn, tidigt födda barn med gestationsålder 34-36 v						
Sjukhus	Utskrivningsår					V-dygn
	2021	2022	2023	2024	2025	2021-25
Borås	9	7	6	13	8	2918
Eskilstuna	7	4	1	1	0	2573
Falun	1	5	5	4	8	3607
Gällivare	9	0	0	0	0	414
Gävle	2	5	0	0	4	965
Göteborg	17	16	14	15	12	7417
Halmstad	6	11	4	6	2	3163
Helsingborg	9	5	10	6	9	2808
Hudiksvall	10	3	2	0	3	624
Jönköping	5	6	5	6	5	3825
Kalmar	5	5	4	2	6	1888
Karlskrona	1	3	1	0	9	1531
Karlstad	8	2	12	7	4	3480
Kristianstad	4	1	4	4	1	1457
Linköping	7	20	10	4	8	2670
Luleå	3	9	10	3	5	2368
Lund	38	33	35	24	30	3107
Malmö	4	3	2	12	2	4068
Norrköping	2	5	4	4	10	2561
Skellefteå	2	0	5	0	0	963
Skövde	8	1	5	5	2	3465
Sthlm, KS_HS	13	17	19	14	8	2935
Sthlm, KS-DS	2	8	8	7	2	5292
Sthlm, KS-Solna	29	35	33	24	20	1534
Sthlm, St Göran	-	-	3	0	2	483
Sthlm, SöS	6	5	4	2	5	6055
Sundsvall	7	3	5	0	1	3534
Trollhättan	17	11	7	9	5	2706
Umeå	15	10	6	11	10	2033
Uppsala	25	27	31	20	23	2668
Visby	4	0	1	5	0	738
Västervik	2	5	0	2	5	1075
Västerås	1	0	0	1	1	5020
Växjö	12	11	10	6	5	1935
Ystad	0	0	4	0	3	948
Örebro	2	2	5	1	2	4532
Örnsköldsvik	8	2	4	0	2	1270
Östersund	3	1	4	6	12	1911
Sverige	8	8	9	7	6	100541

Antibiotikadygn per 100 vård dygn, tidigt födda barn med gestationsålder ≥37 v						
Sjukhus	Utskrivningsår					V-dygn
	2021	2022	2023	2024	2025	2021-25
Borås	32	36	32	44	41	5884
Eskilstuna	39	22	23	28	23	4561
Falun	24	33	29	24	27	4903
Gällivare	15	3	8	17	9	960
Gävle	31	19	22	31	28	1039
Göteborg	41	41	38	36	33	17787
Halmstad	25	26	30	26	22	6620
Helsingborg	29	18	25	25	23	5964
Hudiksvall	25	17	19	15	32	639
Jönköping	38	40	35	26	27	7866
Kalmar	19	11	38	18	31	3240
Karlskrona	16	10	25	19	15	3216
Karlstad	25	21	23	26	18	5610
Kristianstad	15	11	16	15	11	3011
Linköping	35	27	40	31	36	4202
Luleå	21	25	29	43	33	3206
Lund	48	38	37	35	43	7938
Malmö	29	20	17	20	18	6207
Norrköping	22	28	26	21	19	2913
Skellefteå	22	26	32	11	9	1733
Skövde	31	27	31	33	29	6006
Sthlm, KS_HS	43	40	41	36	31	5183
Sthlm, KS-DS	27	23	35	33	29	7280
Sthlm, KS-Solna	40	36	26	38	38	3587
Sthlm, St Göran	-	-	2	13	12	3902
Sthlm, SöS	24	20	18	12	15	6393
Sundsvall	8	18	13	13	9	4766
Trollhättan	36	37	39	34	26	8414
Umeå	29	21	21	17	17	6028
Uppsala	46	48	52	44	46	4405
Visby	23	9	24	19	3	623
Västervik	19	13	20	25	16	1462
Västerås	12	10	12	16	9	6710
Växjö	26	34	28	34	15	3357
Ystad	33	17	20	15	15	1692
Örebro	11	19	18	16	18	8360
Örnsköldsvik	24	13	19	18	22	1526
Östersund	23	21	36	22	30	2785
Sverige	29	27	29	27	25	179978



4. Praxis gällande kärlkatetrar. Kärlkatetrar är ibland nödvändiga för att vården ska kunna ges med högsta kvalitet och säkerhet. De används för tillförsel av vätska och näring, läkemedel och blodprodukter, samt för övervakning av t.ex. blodtryck och för icke-invasiv provtagning. Samtidigt är utgör kärlkatetrar en av de vanligaste orsaker till skador inom neonatalvården, inte sällan förknippade med allvarliga konsekvenser (ischemiska vävnadsskador, blodpropp). Inneliggande kärlkatetrar är också en inkörsport för infektioner. Det är därför en balansgång mellan under- och överutnyttjande av kärlkatetrar.

Praxis gällande kärlkatetrar hos barn födda efter 32–36 veckor (avser barn inlagda på neonatalavdelning, exkluderar barn vårdade på BB) Sverige 2021–2025

Barn med navelartärkateter, GÅ 32-36 v, 2021-25			Barn med navelvenkateter, GÅ 32-36 v, 2021-25			Barn med pCVK, GÅ 32-36 v, 2021-25		
Sjukhus	% NAK	Antal	Sjukhus	% NVK	Antal	Sjukhus	% pCVK	Antal
Lund	16%	93/569	Lund	22%	124/569	Sthlm, KS-Solna	16%	62/389
Helsingborg	13%	62/462	Uppsala	19%	105/544	Uppsala	13%	69/544
Växjö	12%	39/319	Växjö	17%	53/319	Umeå	7,9%	25/317
Uppsala	11%	62/544	Helsingborg	16%	74/462	Sthlm, KS_HS	5,5%	35/632
Sthlm, KS-Solna	11%	41/389	Linköping	16%	63/396	Östersund	5,4%	11/202
Sthlm, KS_HS	10%	62/632	Umeå	14%	45/317	Sthlm, SöS	5,4%	61/1125
Linköping	9,3%	37/396	Sthlm, KS-Solna	14%	55/389	Lund	4,2%	24/569
Malmö	7,6%	60/791	Östersund	12%	24/202	Sthlm, KS-DS	4,2%	47/1121
Västervik	7,6%	9/119	Kalmar	12%	34/287	Göteborg	4,0%	53/1310
Göteborg	7,1%	93/1310	Sthlm, KS_HS	11%	68/632	Luleå	3,3%	10/301
Kristianstad	7,0%	19/271	Jönköping	10%	48/470	Sverige	3,0%	413/13853
Umeå	6,9%	22/317	Göteborg	10%	131/1310	Eskilstuna	2,9%	11/373
Trollhättan	6,4%	32/501	Trollhättan	10%	50/501	Skellefteå	2,5%	3/122
Jönköping	6,2%	29/470	Malmö	9,9%	78/791	Örnsköldsvik	2,4%	2/82
Örebro	6,2%	28/454	Luleå	9,6%	29/301	Örebro	2,2%	10/454
Sverige	6,0%	826/13853	Kristianstad	9,2%	25/271	Växjö	2,2%	7/319
Borås	5,7%	29/508	Sverige	9,0%	1253/13853	Trollhättan	2,0%	10/501
Östersund	5,0%	10/202	Norrköping	8,3%	27/324	Sundsvall	1,9%	5/257
Karlskrona	4,7%	9/192	Borås	8,1%	41/508	Falun	1,9%	9/472
Karlstad	4,3%	17/399	Karlskrona	7,8%	15/192	Linköping	1,8%	7/396
Luleå	4,0%	12/301	Skövde	7,5%	34/451	Karlstad	1,8%	7/399
Kalmar	3,8%	11/287	Örebro	7,5%	34/454	Borås	1,4%	7/508
Sthlm, KS-DS	3,7%	41/1121	Falun	7,2%	34/472	Hudiksvall	1,3%	1/76
Sthlm, St Göran	3,5%	3/86	Karlstad	6,8%	27/399	Jönköping	1,1%	5/470
Eskilstuna	3,5%	13/373	Västervik	6,7%	8/119	Västerås	1,1%	5/470
Halmstad	3,1%	14/453	Gävle	5,5%	13/237	Kalmar	1,0%	3/287
Sthlm, SöS	2,9%	33/1125	Västerås	4,9%	23/470	Malmö	1,0%	8/791
Sundsvall	2,7%	7/257	Eskilstuna	4,8%	18/373	Västervik	0,8%	1/119
Gävle	2,5%	6/237	Sthlm, KS-DS	4,7%	53/1121	Skövde	0,7%	3/451
Falun	2,3%	11/472	Gällivare	4,5%	2/44	Gävle	0,4%	1/237
Gällivare	2,3%	1/44	Sundsvall	4,3%	11/257	Kristianstad	0,4%	1/271
Skövde	2,2%	10/451	Örnsköldsvik	3,7%	3/82	Norrköping	0,3%	1/324
Norrköping	2,2%	7/324	Sthlm, St Göran	3,5%	3/86	Halmstad	0,2%	1/453
Västerås	1,5%	7/470	Skellefteå	3,3%	4/122	Helsingborg	0,2%	1/462
Hudiksvall	0,0%	0/76	Halmstad	2,9%	13/453	Gällivare	0,0%	0/44
Skellefteå	0,0%	0/122	Hudiksvall	2,6%	2/76	Karlskrona	0,0%	0/192
Visby	0,0%	0/59	Sthlm, SöS	2,6%	29/1125	Sthlm, St Göran	0,0%	0/86
Ystads	0,0%	0/122	Visby	1,7%	1/59	Visby	0,0%	0/59
Örnsköldsvik	0,0%	0/82	Ystad	0,8%	1/122	Ystad	0,0%	0/122



Neonatalvård av måttligt tidigt födda
(32–36 graviditetsveckor) och fullgångna barn
Utfall/Resultat

Faktablad 5. Måttligt tidigt födda (32–36 graviditetsveckor) och fullgångna barn

- **Andel med Apgarpoäng <7** vid 5 min var 8,4% i (regional variation från 6 till 11%) bland måttligt tidigt födda barn som neonatalvårdats 2023–2025. Motsvarande andel med Apgarpoäng <4 var 1,4%. Bland fullgångna barn som neonatalvårdats var andelarna med Apgarpoäng <7 vid 5 minuter 11% och <4 vid 5 minuter var 3%. Viss regional variation förelåg men ingen förändring över tid.
- Bland måttligt tidigt födda var andelen exponerade för **köldstress eller nedkylning** (kroppstemp 0–6 timmar efter födelsen <36,5°C) 34%. Datakvaliteten har förbättrats jämfört med tidigare och aktuell andel "uppgift saknas" är 11%. Andelen köldstress/nedkylning (riksgenomsnitt) för fullgångna barn som neonatalvårdats var 24%.
- Andel barn med mycket **höga bilirubinvärden** (s-bilirubin >425 µmol/l) varierade från 0,2 per 1000 i Norra Regionen till 1,6 per 1000 i Västra Regionen (riksgenomsnitt 0,9 per 1000). Variationen och riksgenomsnittet är oförändrat sedan föregående årsrapport.
- Andel barn med **mycket låga blodsockervärden** (hypoglykemi med p-glukos <1,5 mmol/l) var i genomsnitt 5,2% bland barn födda i vecka 37–38 och 2,8% bland barn födda i ≥vecka 39. Variationen mellan sjukhus under perioden var 0–14%.
- Föräldrars gradering av **bemötandet** som utmärkt varierade mellan sjukhus under 2025 från 68% till 100%.

Introduktion

I detta avsnitt redovisas resultat/utfall för de måttligt underburna och fullgångna barnen fram till utskrivning från neonatalvården. För utfallsmått finns oftast inga målvärden definierade. I stället kan riksgenomsnittet var en måttstock. Att ligga lågt för önskade utfall, eller högt för oönskade utfall jämfört med andra kan var en indikator på förbättringspotential. Variationer i case-mix (t.ex. vård av kirurgiska patienter eller inte) kan bidra till att jämförelserna i vissa fall kan vara svårare att tolka. Slumpmässig variation kan också förekomma.

Vilka kvalitetsindikatorer har valts ut?

De högst prioriterade utfallsmåtten (enligt registrets styrgrupp) utgörs av andelen barn som exponerats för störst risk för akut eller bestående skada. Några utfall kan betraktas som potentiellt undvikbara, vilket gör dem särskilt intressanta ur kvalitetssynpunkt.

Slutligen redovisas i också detta avsnitt ett urval av föräldrars upplevelser av vården. Liksom i tidigare avsnitt redovisas här andelen föräldrar som upplevt vården som utmärkt. Motiven för detta redovisas i en vetenskaplig artikel som baserats på registerdata [20]. Andelar som bedömt upplevelsen som mindre bra redovisas per sjukhus på [öppna hemsidan](#).

Metod

Metoder beskrivna i föregående avsnitt har använts även här. Datauttaget utfördes 15 april 2026.

Definitioner av de utfallsmått som presenteras:

Låga Apgarpoäng: Apgarpoäng <7 respektive <4 vid 5 minuters ålder, redovisas per 1000 levande födda barn.

Köldstress: lägsta kroppstemperatur 36,0–36,4°C 0–6 timmar efter födelsen.

Nedkylning: lägsta kroppstemperatur <36,0°C 0–6 timmar efter födelsen, båda indikatorerna för kroppstemperatur avser barn inlagda för neonatalvård.

Svår hyperbilirubinemi: andel med s-bilirubin >425 µmol/l: högsta uppmätta bilirubin överstiger 425 µmol/l. Redovisas per 1000 levande födda barn.

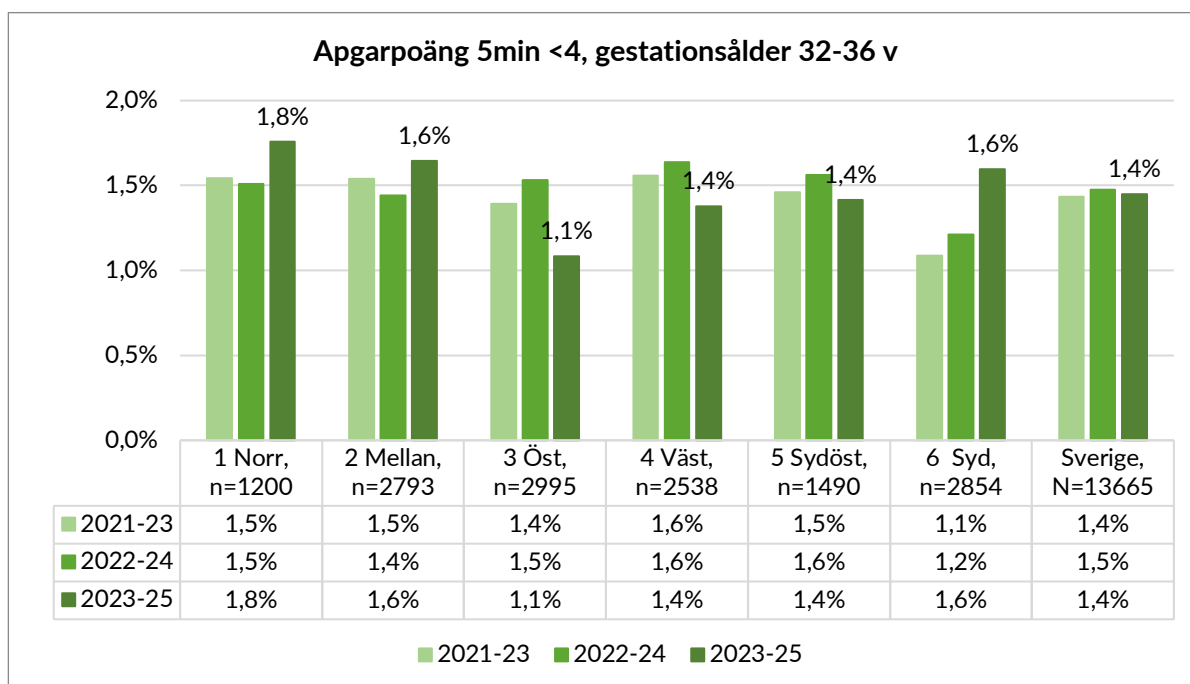
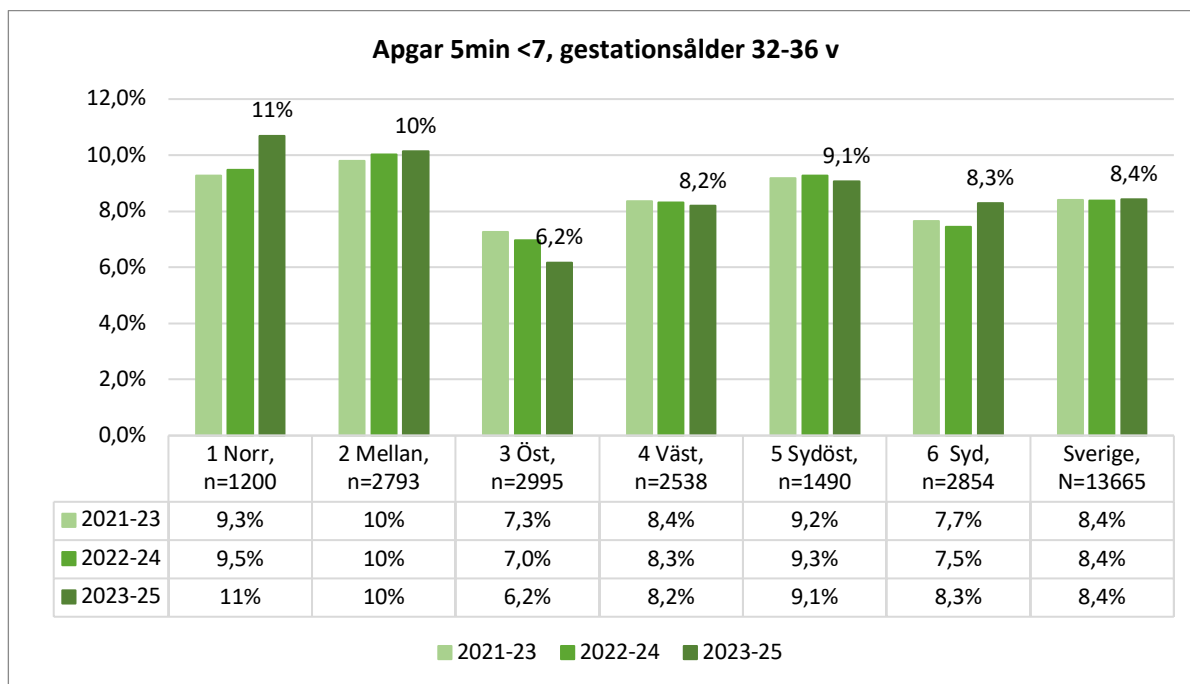
Svår hypoglykemi: andel med p-glukos <1,5 mmol/l.

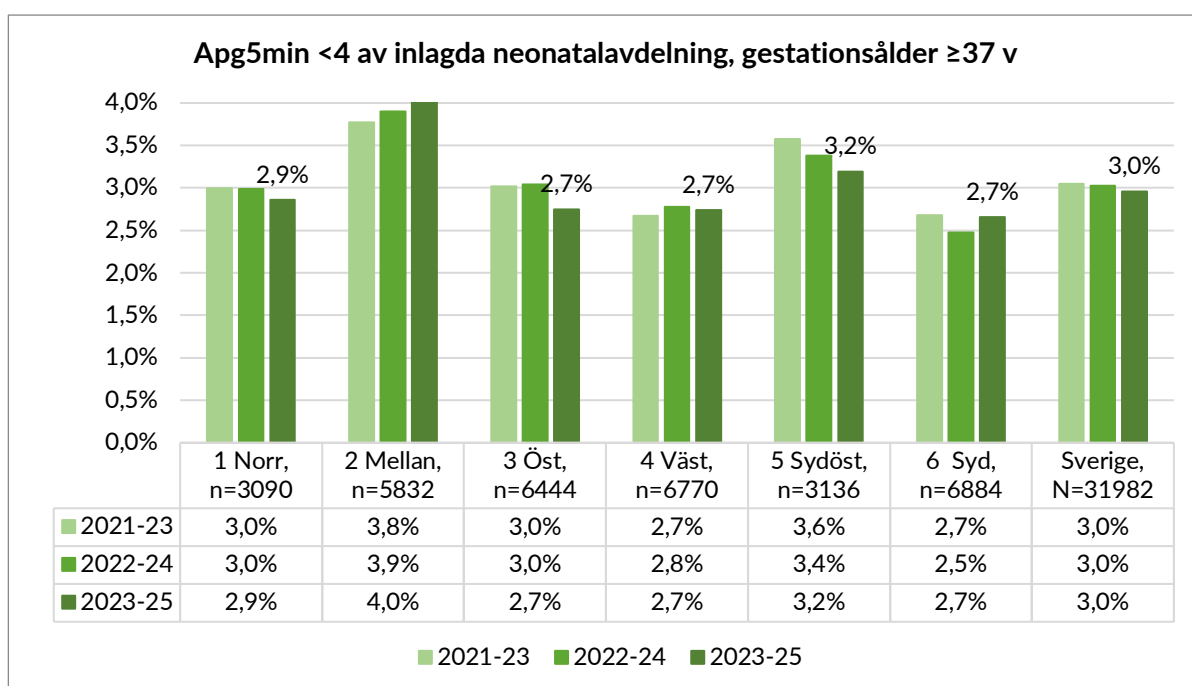
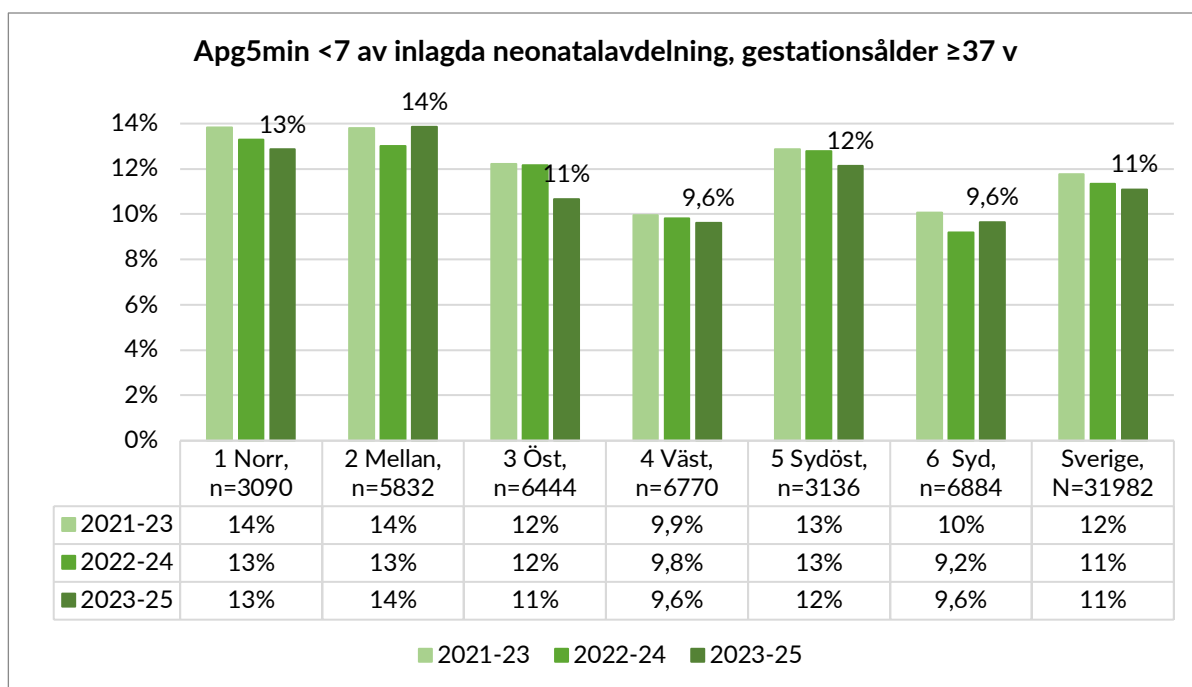
Föräldrars upplevelse av bemötande i neonatalvården: bedömt på en skala 1–5 där 5 motsvarar utmärkt.

Resultat

1. Låga Apgarpoäng. En, 5 och 10 minuter efter att barnet fötts fram bestäms Apgarpoäng (efter den amerikanska narkosläkaren Virginia Apgar). Barnets allmäntillstånd och medvetandegrad bedöms genom att ge 0, 1 eller 2 poäng för puls, andning, hudfärg, tonus och retbarhet. Teoretiskt kan barnet få 10 poäng vid varje tidpunkt.

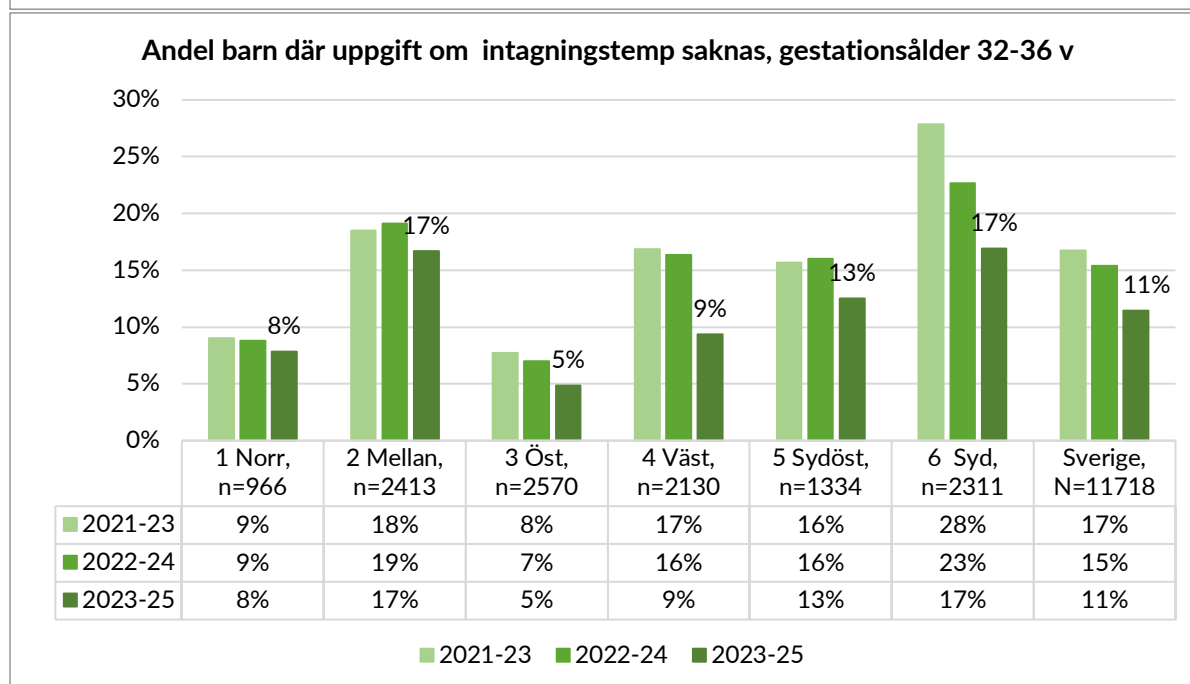
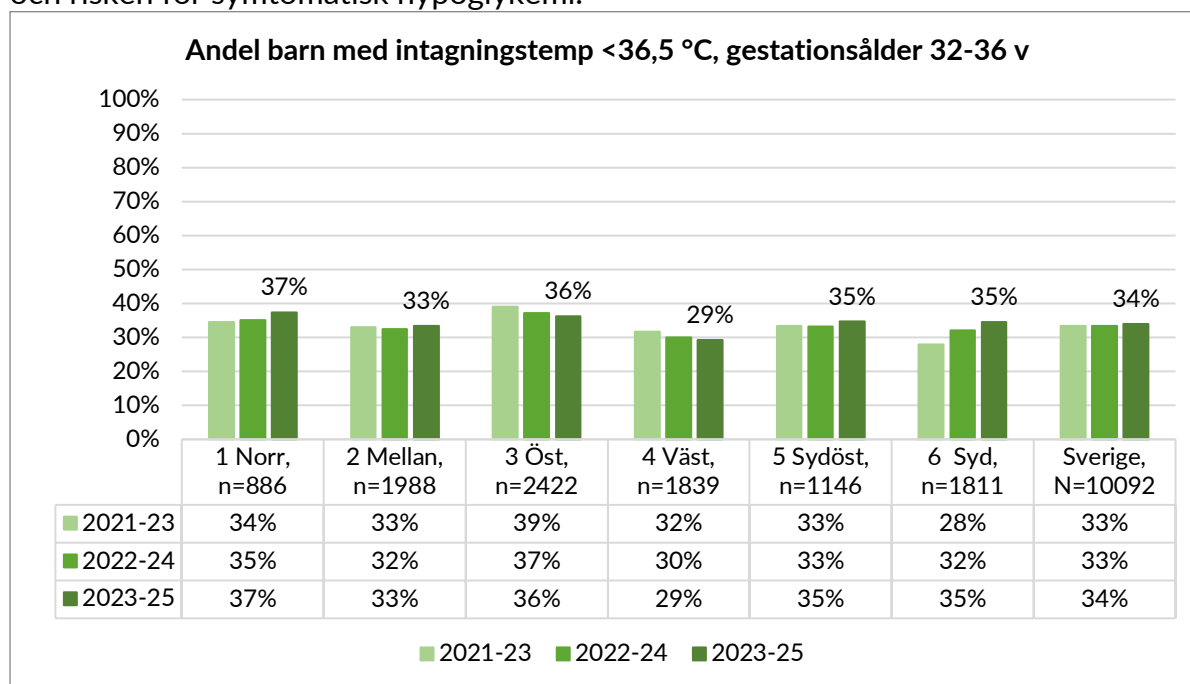
Apgarpoäng är ett bra mått på barnets vitalitet vid födelsen. Låga Apgarpoäng vid 5 och 10 minuters ålder (särskilt <4) talar för sämre prognos på kort och lång sikt [32].

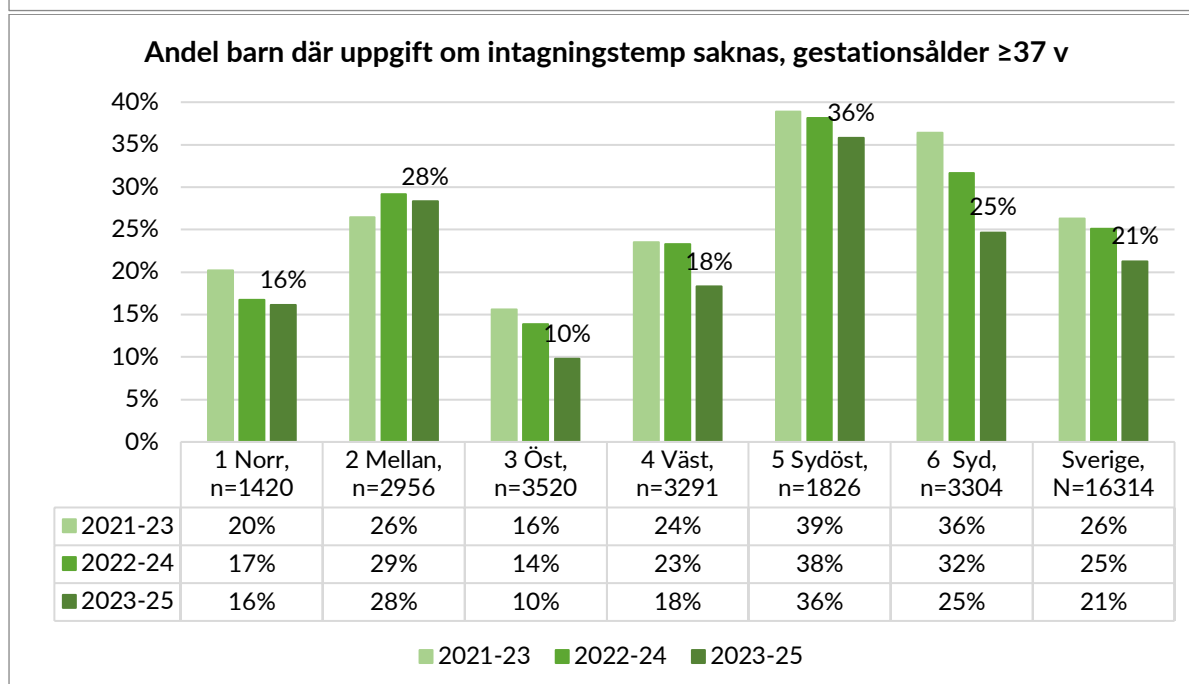
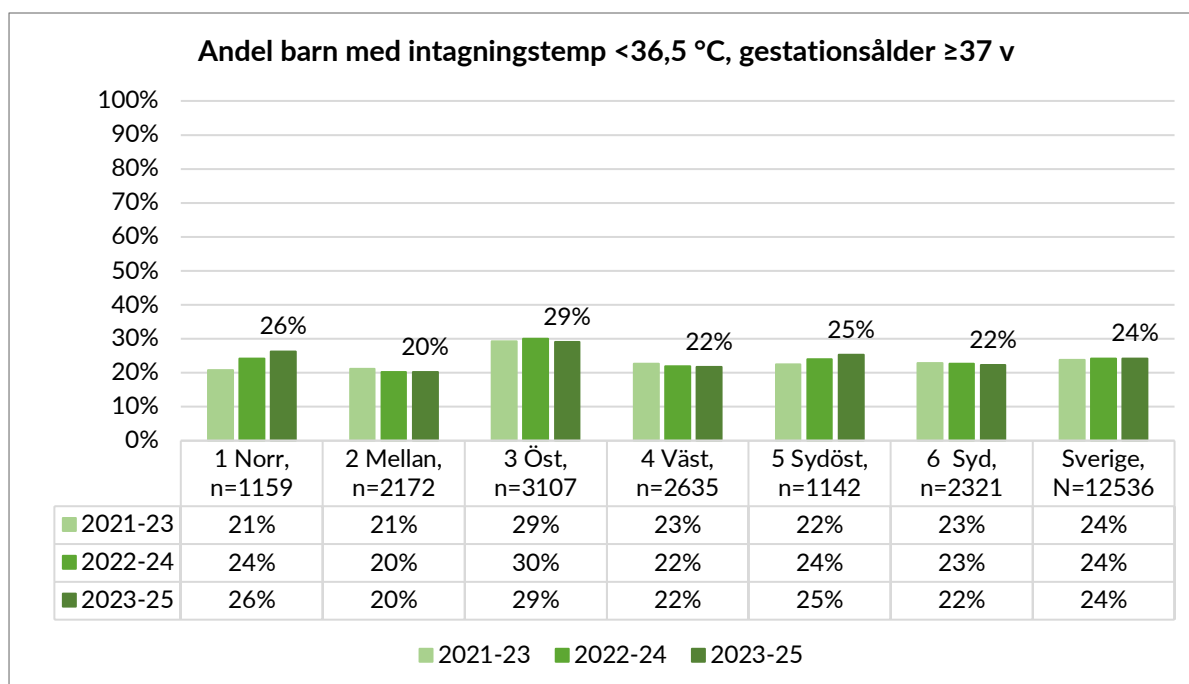




Kommentar: Andel med låga Apgarpoäng uppvisar viss regional variation. I senaste [Perinatalrapporten](#) analyserades flera samband som relaterade till låga Apgarpoäng.

2. Köldstress och nedkylning. Nedkylning efter födelsen är ett oönskat utfall även för måttligt underburna och fullgångna barn, både för barn som inte behöver och för barn som behöver neonatalvård. Nedkylning efter födelsen ökar barnets energiförbrukning och risken för symtomatisk hypoglykemi.

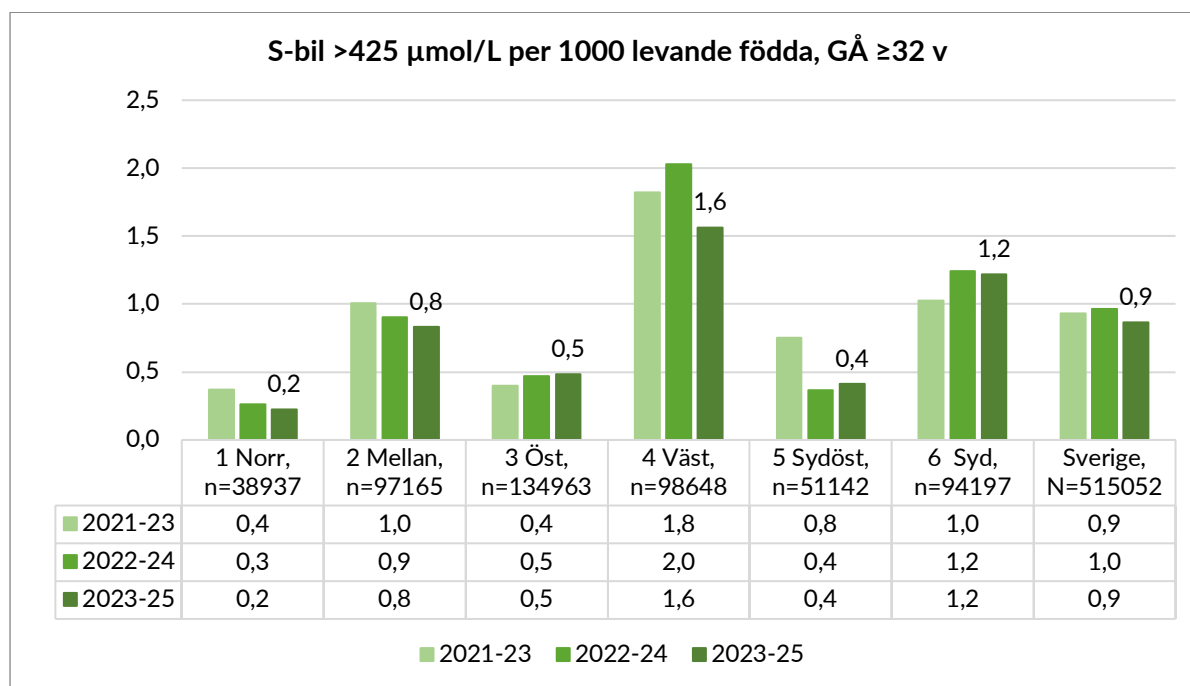




Kommentar: Andel med köldstress och nedkylning ligger klart över målvärdena (<5% för köldstress och 0% nedkylda barn) i samtliga regioner. Det kan avspejla att ambitionen är för högt satt men framför allt att här finns förbättringspotential. Datakvaliteten behöver också förbättras i flera regioner (målvärde <10% uppgift saknas). Under 2025 hade endast Region Öst och Väst <10% uppgift saknas.

Enligt registrets [öppna redovisning på hemsidan](#) var andelen måttligt tidig födda barn som under 2025 blev nedkylda (kroppstemp <36,0) efter vaginal förlossning = 6,2% och efter kejsarsnitt = 6,9%. Det kan indikera att rumstemperatur varit för låg och att barnen i för låg utsträckning vårdats hud-mot-hud. Öppna hemsidan erbjuder möjlighet att filtrera indikatorn på sjukhusnivå.

3. Andel med s-bilirubin >425 µmol/l. Bilirubin bildas som en restprodukt då röda blodkroppar bryts ned. Efter födelsen ansamlas bilirubin i barnets kropp så länge produktionen överstiger eliminationen. Bilirubin kan passera barnets blod-hjärnbarriär och ackumuleras i nervsystemet. Om nervceller exponeras för mycket höga koncentrationer kan bilirubinet bli giftigt (neurotoxiskt). Ett bilirubinvärde >425 µmol/l är extremt högt och utgör indikation för omedelbar utbytestransfusion.



Kommentar: Föreslaget målvärde = riksgenomsnitt 0,9 per 1000. Andel barn med extremt höga bilirubinvärden varierar från 0,2 per 1000 i Norra Regionen till 1,6 per 1000 i Västra Regionen. En bidragande orsak kan vara olika metoder för bestämning av bilirubin men även andra förklaringar bör undersökas.

4. Svår hypoglykemi (lägsta plasma-glukos <1,5 mmol/l) kan ge upphov till hjärnskada utan omedelbar behandling. Nämnare i nedanstående tabeller är alla barn, även de där p-glukos inte tagits/rapporterats.

Andel barn med p-glukos <1,5 µmol/l, intagen från förlossning/operation/BB							
GÅ 37–38 v	Utskrivningsår					N (nämnbare)	
Sjukhus	2021	2022	2023	2024	2025	2021–25	2021–25
Borås	7,6%	1,9%	1,4%	0,0%	0,0%	2,3%	298
Eskilstuna	8,9%	4,3%	6,3%	18%	8,5%	9,1%	243
Falun	7,5%	0,0%	4,2%	2,9%	14%	5,2%	212
Gällivare	13%	14%	0,0%	0%	0,0%	5,0%	40
Gävle	0,0%	8,3%	10%	7,1%	0,0%	5,2%	58
Göteborg	22%	11%	18%	16%	11%	16%	794
Halmstad	5,9%	5,5%	5,9%	6,4%	6,7%	6,0%	266
Helsingborg	2,6%	4,3%	1,5%	0%	3,0%	2,3%	347
Hudiksvall	0,0%	0,0%	25%	17%	0,0%	5,1%	39
Jönköping	5,1%	9,5%	8,3%	9,8%	3,4%	7,2%	291
Kalmar	4,9%	2,6%	13%	0,0%	4,3%	4,2%	142
Karlskrona	2,6%	0,0%	0,0%	0%	0,0%	0,9%	117
Karlstad	7,0%	7,8%	3,9%	0,0%	3,2%	4,9%	226
Kristianstad	5,3%	13%	0,0%	4%	2,9%	5,2%	134
Linköping	9,4%	10%	0,0%	0,0%	0,0%	4,2%	168
Luleå	3,3%	0,0%	4,5%	12%	5,0%	5,1%	118
Lund	6,6%	6,7%	4,1%	8,0%	7,8%	6,7%	506
Malmö	3,1%	4,4%	4,3%	1%	4,8%	3,5%	459
Norrköping	5,9%	7,7%	3,2%	5,3%	4,3%	5,1%	176
Skellefteå	11%	7,1%	0,0%	0%	0,0%	3,4%	89
Skövde	0,0%	0,0%	10%	12%	4,8%	5,5%	220
Sthlm, KS_HS	4,7%	9,1%	9,6%	5%	5,8%	6,9%	277
Sthlm, KS-DS	3,7%	7,9%	6,8%	4,9%	5,6%	5,7%	562
Sthlm, KS-Solna	8,5%	5,7%	5,7%	5%	7,5%	6,4%	342
Sthlm, St Görän	-	-	2,9%	3,6%	2,5%	2,9%	170
Sthlm, SöS	2,0%	5,8%	5,8%	4%	2,4%	4,0%	495
Sundsvall	2,6%	3,1%	5,4%	0,0%	2,9%	2,9%	171
Trollhättan	2,1%	12%	5,2%	7%	6,9%	6,7%	479
Umeå	13%	6,8%	2,7%	1,8%	5,4%	6,4%	236
Uppsala	2,7%	2,3%	4,3%	3%	5,7%	3,5%	173
Visby	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	25
Västervik	0,0%	9,1%	0,0%	0%	0,0%	2,4%	42
Västerås	4,2%	1,7%	0,0%	3,6%	1,7%	2,3%	303
Växjö	11%	0,0%	10%	7%	2,5%	6,0%	166
Ystad	22%	3,3%	14%	7,7%	0,0%	8,1%	86
Örebro	4,1%	4,3%	4,3%	0%	2,4%	3,3%	244
Örnsköldsvik	0,0%	15%	0,0%	0,0%	7,7%	4,4%	68
Östersund	5,0%	3,8%	4,8%	11%	3,7%	6,0%	150
Sverige	6,6%	6,2%	6,0%	5,8%	5,2%	6,0%	8887

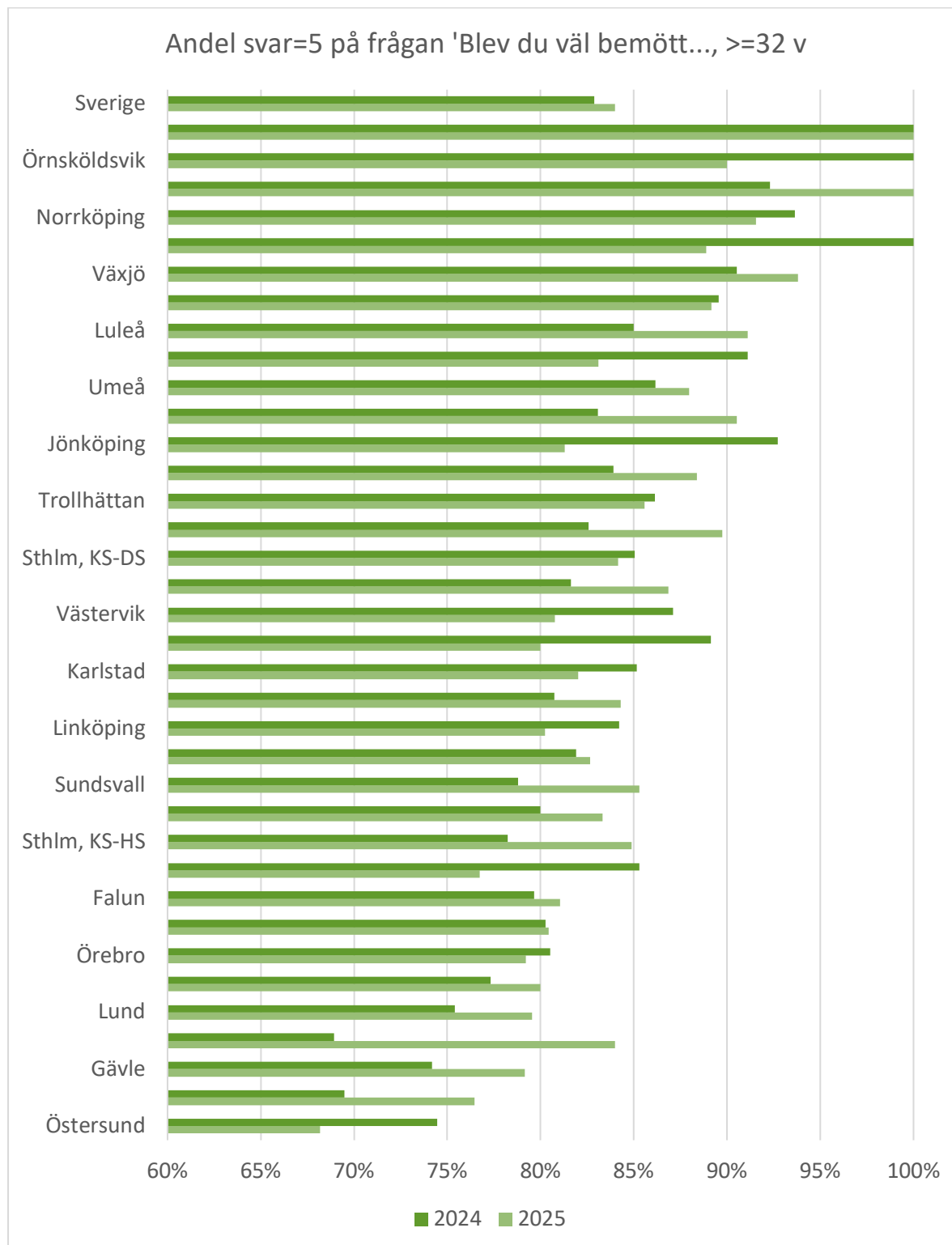
Kommentar: nationellt och på flera sjukhus ses en sjunkande andel med svår hypoglykemi bland barn födda i vecka 37–38. Under perioden 2021–2025 varierade förekomsten per sjukhus från 0% till 16%.

Andel barn med p-glukos <1,5 µmol/L, intagen från förlossning/operation/BB							
GÅ >38 v	Utskrivningsår						N (nämnnare)
Sjukhus	2021	2022	2023	2024	2025	2021-25	2021-25
Borås	2,2%	0,8%	1,6%	0,7%	0,0%	1,2%	695
Eskilstuna	3,0%	7,8%	3,8%	5,7%	2,4%	4,7%	470
Falun	5,4%	4,3%	3,9%	2,9%	3,2%	3,9%	486
Gällivare	0,0%	0,0%	0,0%	5,9%	7,1%	3,1%	64
Gävle	0,0%	0,0%	0,0%	3,2%	0,0%	0,9%	107
Göteborg	5,9%	5,8%	5,1%	6,2%	5,3%	5,7%	1910
Halmstad	1,4%	2,6%	0,0%	1,0%	0,0%	1,1%	548
Helsingborg	1,8%	0,5%	0,0%	0,0%	0,0%	0,5%	764
Hudiksvall	4,8%	7,7%	0,0%	25,0%	14,3%	7,8%	51
Jönköping	2,6%	3,7%	3,4%	3,9%	3,7%	3,5%	805
Kalmar	0,0%	0,0%	1,5%	0,0%	1,9%	0,7%	287
Karlskrona	0,0%	1,7%	2,8%	0,0%	3,3%	1,5%	204
Karlstad	3,6%	3,5%	0,0%	1,1%	0,0%	2,0%	505
Kristianstad	1,8%	0,0%	0,0%	4,9%	3,5%	2,2%	224
Linköping	3,5%	2,8%	1,2%	0,0%	2,5%	2,0%	395
Luleå	1,1%	0,0%	1,9%	2,3%	5,0%	1,6%	305
Lund	0,9%	3,4%	5,3%	4,3%	5,2%	4,1%	764
Malmö	3,7%	3,4%	0,7%	0,9%	2,1%	2,1%	849
Norrköping	3,3%	5,3%	0,0%	1,7%	0,0%	1,9%	310
Skellefteå	0,0%	12,5%	0,0%	2,1%	4,0%	3,1%	160
Skövde	0,0%	0,8%	3,9%	8,3%	6,0%	3,7%	587
Sthlm, KS_HS	3,3%	3,0%	4,8%	2,7%	2,7%	3,3%	667
Sthlm, KS-DS	1,6%	2,2%	2,4%	5,0%	2,7%	2,6%	1388
Sthlm, KS-Solna	1,8%	6,0%	1,1%	1,0%	2,2%	2,3%	472
Sthlm, St Göran	-	-	0,0%	0,6%	1,5%	0,9%	447
Sthlm, SöS	3,0%	1,9%	2,5%	2,2%	1,6%	2,3%	776
Sundsvall	1,6%	2,1%	3,8%	0,0%	2,0%	1,9%	260
Trollhättan	6,1%	3,0%	4,0%	3,3%	5,4%	4,4%	1070
Umeå	5,2%	2,1%	1,3%	0,9%	1,3%	2,2%	454
Uppsala	2,9%	2,4%	6,8%	3,6%	1,4%	3,4%	353
Visby	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	50
Västervik	11%	0,0%	3,1%	4,0%	3,7%	4,5%	132
Västerås	1,2%	1,2%	0,7%	0,7%	2,7%	1,3%	770
Växjö	4,7%	1,4%	2,7%	0,0%	0,0%	1,8%	388
Ystad	3,4%	0,0%	0,0%	2,0%	3,3%	1,8%	278
Örebro	1,6%	3,4%	0,0%	4,5%	3,6%	2,4%	541
Örnsköldsvik	5,7%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1,6%	124
Östersund	0,0%	2,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,3%	330
Sverige	3,0%	2,9%	2,5%	2,8%	2,8%	2,8%	18891

Kommentar: nationellt och på flera sjukhus ses en något sjunkande andel med svår hypoglykemi bland barn födda i ≥vecka 39. Under perioden 2021–2025 varierade förekomsten per sjukhus från 0% till 7,8%.

5. Föräldrarnas upplevelser av vården. En studie av föräldrars upplevelser av neonatalvården visade överlag mycket goda resultat. Men när det gällde bemötande var resultaten i lägre grad utmärkta jämfört med upplevelser hos patienter vuxensjukvården [20].

Andel (%) föräldrar till måttligt tidigt födda och fullgångna barn som neonatalvårdats under 2024–25 (N=7487 enkätsvar) och som besvarat frågan "Blev du bemött med respekt och värdighet?" med svarsalternativet "Ja, instämmer helt/utmärkt (svarsalternativ 5)".



Andel föräldrar som besvarat frågan 'Blev du bemött med respekt och värdighet?' med "Ja, instämmer helt/utmärkt".

	2024	2025	2024–25	Antal svar
Hudiksvall	100%	100%	100%	7
Örnsköldsvik	100%	90%	95%	43
Visby	92%	100%	94%	17
Norrköping	94%	92%	93%	134
Kristianstad	100%	89%	92%	53
Växjö	91%	94%	92%	192
Sthlm, St Göran	90%	89%	89%	272
Luleå	85%	91%	88%	105
Sthlm, SöS	91%	83%	88%	489
Umeå	86%	88%	87%	267
Borås	83%	91%	87%	240
Jönköping	93%	81%	86%	249
Västerås	84%	88%	86%	230
Trollhättan	86%	86%	86%	410
Halmstad	83%	90%	86%	272
Sthlm, KS-DS	85%	84%	85%	481
Skövde	82%	87%	84%	212
Västervik	87%	81%	84%	57
Kalmar	89%	80%	84%	101
Karlstad	85%	82%	84%	190
Göteborg	81%	84%	83%	672
Linköping	84%	80%	82%	176
Sthlm, KS-Solna	82%	83%	82%	169
Sundsvall	79%	85%	82%	134
Gällivare	80%	83%	81%	27
Sthlm, KS-HS	78%	85%	81%	286
Karlskrona	85%	77%	81%	77
Falun	80%	81%	80%	234
Helsingborg	80%	80%	80%	239
Örebro	81%	79%	80%	219
Eskilstuna	77%	80%	79%	214
Lund	75%	80%	77%	372
Uppsala	69%	84%	77%	149
Gävle	74%	79%	76%	55
Malmö	69%	76%	73%	330
Östersund	74%	68%	71%	113
Sverige	83%	84%	83%	7487



Transporter i neonatalvården

Faktablad 6. Transporter i neonatalvården

- Enligt uppgifter i Neonatalvårdsregistret SNQ transporteras årligen cirka **600 gravida kvinnor före födelsen** till sjukhus med rätt nivå för optimalt omhändertagande av barnet vid förlossning.
- Under 2025 utfördes **1931 transporter** av nyfödda barn mellan sjukhus varav 283 utfördes med **flygambulans**, 184 med **ambulanshelikopter**, 1447 med **vägambulans**, och 6 med taxi.
- Ambulansflyg (norr) och helikopter (mellersta) nyttjades i väsentligt större utsträckning i norra och mellersta sjukvårdsregionerna än i övriga delar av landet.
- Hälften av alla transporter av nyfödda barn (n=959) hade **omedelbar eller akut prioritet**. För ambulansflyget var majoriteten (65%) av transporterna planerade medan helikopter användes fr.a. för omedelbara-akuta transporter (58%). Vägambulans användes lika ofta för omedelbara-akut transport som för planerad transport.
- Orsaken var i hälften (47%) av fallen transport pga. **högre vårdbehov**, planerad **transport till hemsjukhus** utfördes 695 ggr, och 331 transporter utfördes pga. **platsbrist**. Det sistnämnda innebär en ökning från 2024 (n=288) med 15%.
- Transport **tillsammans med anhörig** utfördes i 70%.
- **Mer än vart 10:e barn** som fötts före 28: a graviditetsveckan transporterades mellan sjukhus på första dygnet efter födelsen. Bland de allra sköraste barnen födda i **vecka 22–24 varierade andelen som transporterades dag 0–1 mellan 7% (östra) - 44% (norra sjukvårdsregionen)**. Antenatal centralisering till rätt vårdnivå syftar till att undvika transporter under de första dygnen, särskilt på födelsedagen. Målvärde: <10% transporter efter födelsedygnet.

Introduktion

Den vanligaste anledningen till akuta transporter är behov av högspecialiserad vård hos ett svårt sjukt barn. Transporten kan medföra en riskökning. För att minimera transportrisker för nyfödda barn krävs att personalen har goda kunskaper och erfarenhet, inövade rutiner och optimal utrustning. I Sverige finns därför specialiserade transportteam som kan tillmötesgå kraven. [Kontaktuppgifter, nationella riktlinjer och transportjournal](#) hitta du på Neonatalföreningens hemsida.

Vilka kvalitetsindikatorer har valts ut?

Nedan redovisas antal transporter mellan sjukhus, transportsätt och prioritet. Andel barn som transporteras tidigt efter födelsen redovisas också.

På den [öppna hemsidan](#) redovisas neonatala transporter fortlöpande. Här finns fler urvalsmöjligheter innefattande sjukhusnivå, antal transporter p.g.a. platsbrist (tillgänglighet), antal transporter med anhörig, och utförande transportteam.

Resultat

1. Antal transporter och färd sätt.

Färd sätt*	Transportår					Totalt
	2021	2022	2023	2024	2025	
1 Ambulansflyg	376	325	317	300	283	1601
2 Ambulanshelikopter	197	223	216	215	184	1035
3 Vägambulans	1623	1479	1355	1362	1447	7266
4 Annat färd sätt	13	13	2	3	6	37
Uppgift saknas	4	8	13	10	11	46
Totalt	2213	2048	1903	1890	1931	9985

*om fler färd sätt använts under samma transport anges det färd sätt med lägst rangsiffra 1-4

Totalt utfördes nästan 10 000 transporter av nyfödda under 5-årsperioden. Flygtransporter minskade.

Andel (%) transporter per storregion och huvudsakligt färd sätt, 2021–25						
Storregion (från/inom)	Ambulans-flyg	Ambulans-helikopter	Väg-ambulans	Annat	Uppgift saknas	Totalt
1 Norr	71%	3,2%	26%	0,0%	0,1%	100%
2 Mellan	12%	41%	46%	0,0%	0,4%	100%
3 Öst	11%	3,4%	84%	1,2%	0,4%	100%
4 Väst	6,4%	8,1%	85%	0,2%	0,5%	100%
5 Sydöst	13%	4,4%	82%	0,1%	0,7%	100%
6 Syd	9%	1,5%	89%	0,3%	0,6%	100%
7 Övrigt	46%	27%	27%	0,0%	0,0%	100%
Totalt	16%	10%	73%	0,4%	0,5%	100%

2. Transportmedel och prioritet.

Antal transporter per prioritet och färdssätt, 2021–25					
Färdssätt	Omedelbar	Akut (inom 6 h)	Planerad	Uppgift saknas	Totalt
Ambulansflyg	314	264	1015	8	1601
Ambulanshelikopter	360	275	396	4	1035
Vägambulans	1434	2275	3471	86	7266
Annat färdssätt	1	4	31	1	37
Uppgift saknas	5	18	20	3	46
Totalt	2114	2836	4933	102	9985

Andel (%) transporter per prioritet och färdssätt, 2021–25					
Färdssätt	Omedelbar	Akut (inom 6 h)	Planerad	Uppgift saknas	Totalt
Ambulansflyg	20%	16%	63%	0,5%	100%
Ambulanshelikopter	35%	27%	38%	0,4%	100%
Vägambulans	20%	31%	48%	1,2%	100%
Annat färdssätt	2,7%	11%	84%	2,7%	100%
Uppgift saknas	11%	39%	43%	6,5%	100%
Totalt	21%	28%	49%	1,0%	100%

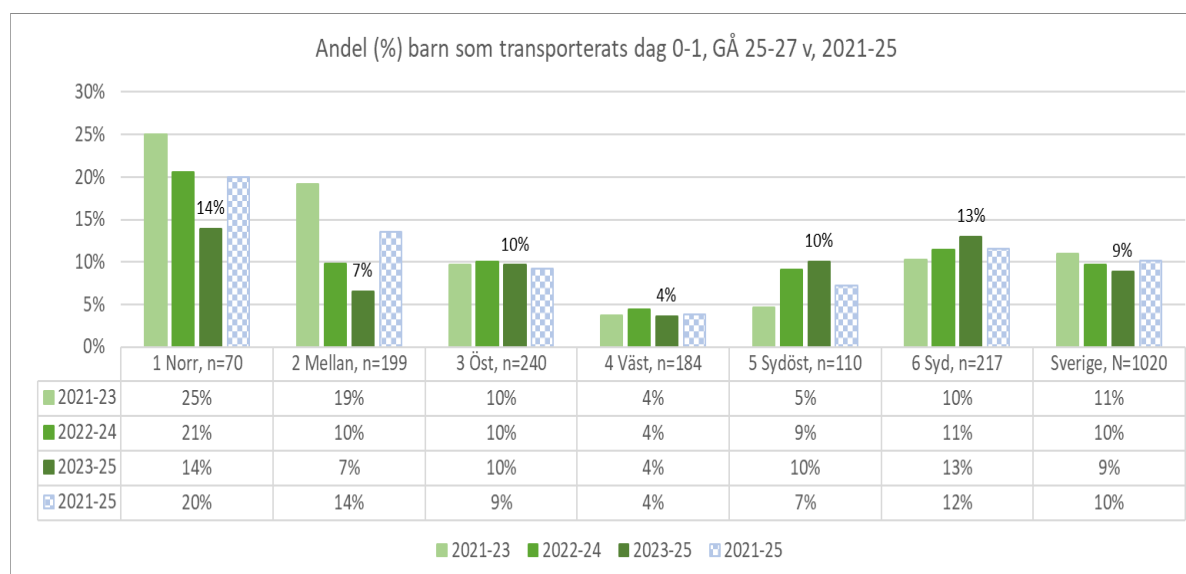
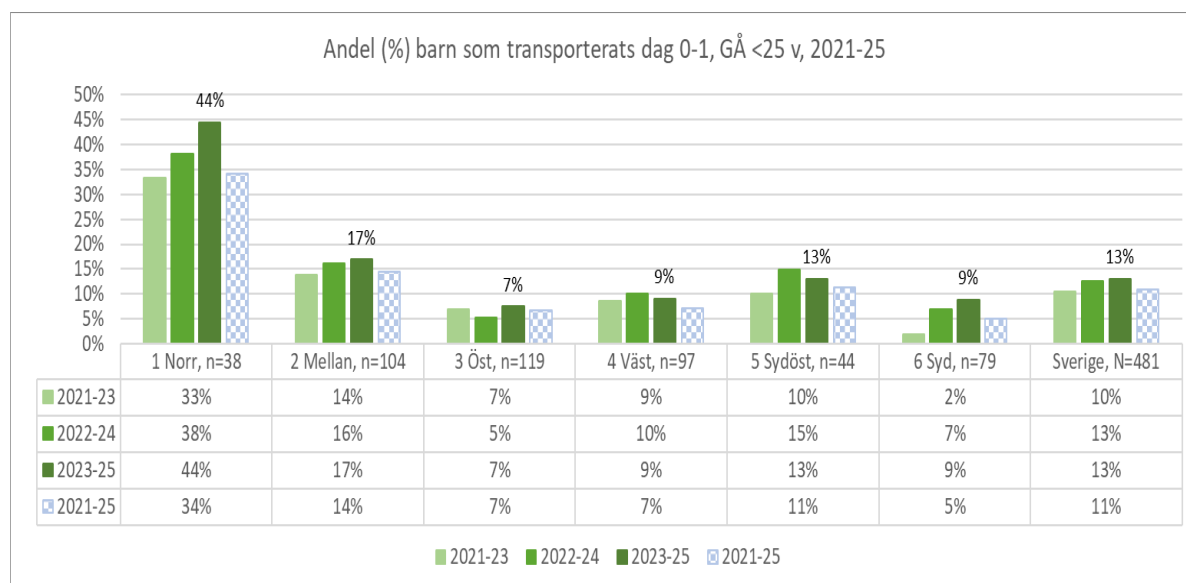
Kommentar: Hälften av alla transporter av nyfödda barn hade omedelbar eller akut prioritet. För ambulansflyget var majoriteten av transporterna planerade medan helikopter användes fr.a. för omedelbara-akuta transporter. Vägambulans användes lika ofta för omedelbara-akut transport som för planerad transport.

3. Transporter mellan storregioner.

Antal neonatala transporter mellan storregioner, 2021–25*							
Från storregion	Till storregion						Sverige
	1 Norr	2 Mellan	3 Öst	4 Väst	5 Sydöst	6 Syd	
Från storregion	761 (78%)	73	84	44	1	11	974
	64	1279 (79%)	146	105	24	8	1626
	79	142	1881 (81%)	21	108	100	2331
	27	60	16	1344 (69%)	32	469	1948
	1	30	122	31	984 (78%)	95	1263
	8	9	75	92	61	1536 (86%)	1781
	940	1593	2324	1637	1210	2219	9923

*Antal och % av radsumma visas för transporter inom regionen.

4. Tidiga transporter. Transporter mellan sjukhus de första dagarna efter födelsen.



Kommentar: Mer än vart 10:e barn som fötts före 28:e graviditetsveckan transporterades under 2021-2025 mellan sjukhus 0-1 dag efter födelsen. Antenatal centralisering för förlossning på rätt vårdnivå syftar till att undvika transporter de första dygna. Målvärde: <10% transporter av extremt tidigt födda första dygna. Förbättringspotential ses i flera sjukvårdsregioner.

Faktablad 7. Uppföljning av extremt tidigt födda (före 28:e graviditetsveckan) vid 2 års korrigerad ålder (barn utskrivna 2019–2023)

- **Genomsnittligt antal barn som årligen skrivits ut levande** varierade från 20/år i norra storregionen till 61 barn/år i östra sjukvårdsregionen, och med fortsatt minskande antal över tid. Samtliga dessa barn ska ha erbjudits 2-årsuppföljning enligt det nationella programmet.
- Av 1348 barn utskrivna levande från neonatalvård under åren 2019–2023 hade 212 (16%) diagnoskod för minst en fosterskada. 1111 (82%) barn hade ett registrerat datum för **genomförd 2-årsuppföljning**. Regionalt varierade andelen uppföljda från 50% (region Norr) till 94% (region Väst och Syd) för barn utskrivna 2022 (för barn utskrivna 2023 med planerad uppföljning 2025 kan viss eftersläpning i inrapportering föreligga).
- Antal extremt tidigt födda barn utskrivna levande 2019–2023 och med uppgift från 2 årsuppföljningen (nationell statistik):
 - **inskrivna barnhabiliteringen: 101/1065 (9,5%)**
 - diagnostiserats med **cerebral pares (CP): 48/1004 (4,8%)**
 - **blind/grav synnedsättning** på båda ögonen: 3/1021 (0,3%)
 - **döv/grav hörselnedsättning** på båda öronen: 3/1046 (0,3%)
- Antal barn som psykologbedömts (genomgått Bayley-test) var 742 (55%) med stor regional variation. Uppgift om barnets kognition vid 2 år saknades hos 100/101 (99%) i en storregion jämfört med 58/266 barn (22%) i en annan storregion.
- Antal som vid Bayley-test uppvisade ett utvecklingsindex <90 (gräns för då föräldrar informeras och interventioner för att stödja barnets utveckling bör diskuteras):
 - **kognition: 144/742 (19%)**
 - **språk: 285/670 (43%)**
 - **motorik: 152/544 (28%)**

Introduktion

År 2015 presenterade Svensk Neonatalförening ett [nationellt uppföljningsprogram](#) för en grupp neonatala högriskbarn som rekommenderades standardiserad uppföljning till skolstart. I högriskgruppen ingick barn födda före 28 veckors gestationsålder, barn med födelsevikt <-3 SD, barn med morfologisk hjärnskada, betydande asfyxi eller svår encephalopati av annan orsak, barn med cerebrala infektioner samt barn med annan mycket svår sjuklighet. Uppgifter om sjuklighet och funktionspåverkan, och standardiserade undersökningar av motorik, kognition, beteende och tillväxt planerades att utföras vid 2 års korrigerad ålder samt vid 5,5 års ålder. Data skulle sedan samlas i det nationella Neonatalvårdsregistret SNQ. Syftet var att tidigt upptäcka för barnet och familjen betydande funktionspåverkan för att med tidiga insatser förbättra barnets prognos eller livskvalitet. Insamlade data skulle också möjliggöra kvalitetsuppföljning och vetenskaplig utvärdering av neonatalvården. Programmet var i första hand avsett som en screeningverksamhet med standardiserade undersökningar för att tidigt upptäcka misstänkta avvikelser. I programmet ingick inte de omfattande, ofta multidisciplinära utredningar som krävs för att säkerställa diagnos och inte heller de hjälpinsatser som barn och familj kunde behöva.

Metod

Styrgruppen har prioriterat följande kvalitetsindikatorer till Årsrapporten 2025:

- Andel (%) med ett registrerat datum för uppföljning som indikator för följsamhet till det nationella uppföljningsprogrammet.
- Andel (%) inskrivna barnhabiliteringen vid 2 års ålder korrigerad för underburenhet som indikator för svårare funktionshinder.
- Andel (%) barn med diagnosticerad cerebral pares (CP).
- Andel (%) barn med svår synnedsättning definierat som blind/svår synnedsättning eller ständig skelning på båda ögonen.
- Andel med svår hörselnedsättning definierat som helt döv eller gravt nedsatt hörsel trots hjälpmedel.
- Andel (%) barn som psykologtestats (Bayley-test, version III) och som screenat positivt (definierat som en index-poäng <90) för kognitiv, språklig eller motorisk utveckling, och andel med misstänkt utvecklingsförsening (definierat som en index-poäng <80).

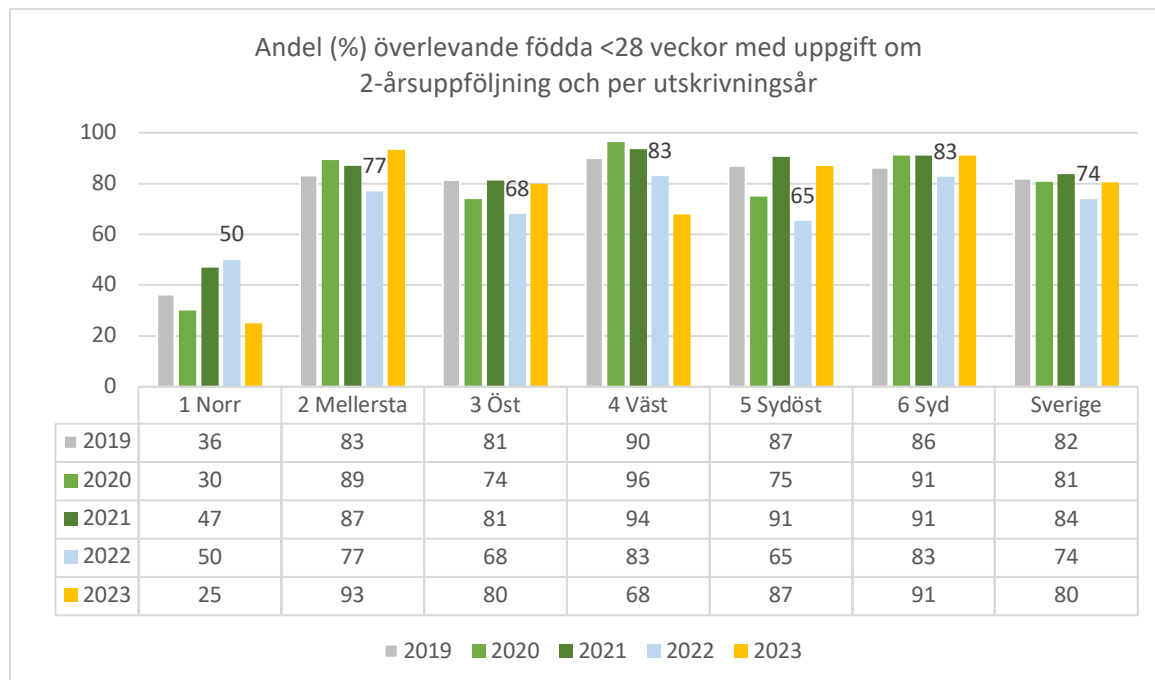
Eftersom antalet uppföljda barn inom respektive riskgrupp och storregion är begränsat, och då antalet barn med något av de valda utfallen är än färre så presenteras resultaten huvudsakligen som nationell statistik över fem år. Aggregerade data minskar risken för slumpmässiga variationer p.g.a. små tal och ger därmed en stabilare bild än data uppdelade över tid och på regioner.

Målvärden

Målvärden för utfall vid 2 års ålder saknas. Eftersom bortfallet/andelen uppgift saknas var hög för flera kvalitetsindikatorer redovisas utfallsmått endast som riksgenomsnitt. Långtidsutfall för de tre riskgrupper som presenteras i denna Årsrapport kan dock jämföras.

Resultat

1. Andel (%) extremt tidigt födda (<28 graviditetsveckor) som överlevt och med uppgift i Neonatalvårdsregistret om datum för utförd uppföljning vid 2 års korrigerad ålder. Avser barn utskrivna 2019–2023 (N=1348) och med uppföljning t.o.m. 31 mars 2026.



Kommentar: Måluppfyllelsen (målvärde >90% uppföljda) har inte förbättrats på senare år. För barn utskrivna 2023 kan viss eftersläpning i uppföljning och rapportering förekomma.

2. Antal och andel (%) extremt tidigt födda (<28 graviditetsveckor) som överlevt och med uppgift i Neonatalvårdsregistret om utvalda hälsoutfall vid uppföljning i 2 års åldern. Avser barn utskrivna 2019–2023 (N=1348).

Extremt tidigt födda (<28 v) vid 2 års korrigerad ålder			
Sverige, utskrivna 2019–23	Antal (%)	Uppgift saknas	Med datum för genomförd uppföljning
Inskrivna barnhabilitering	101/1065 (9,5%)	283/1348 (21%)	1111/1348 (82%)
Cerebral pares (CP)	48/1004 (4,8%)	344/1348 (25%)	
Blind/svår synnedsättning	<5/1021 (0,3%)	327/1348 (24%)	
Döv, svår hörselnedsättning	<5/1046 (0,3%)	302/1348 (22%)	
Resultat av Bayley-test:	Utvecklingsindex <90	Uppgift saknas	Utvecklingsindex <80
Kognition	141/742 (19%)	606 (45%)	85/742 (11%)
Språkutveckling	285/670 (43%)	678 (50%)	181/670 (27%)
Motorik	152/544 (28%)	804 (60%)	69/544 (13%)

Kommentarer: Bortfallet för delar av uppföljningsprogrammet bidrar till osäkerhet i skattningarna. Bortfallet var också delvis regionalt. För barn utskrivna från neonatalvård 2020–22 och med planerad 2-årsuppföljning 2022–2024 fanns uppgift om kognition hos <5 barn i region Norr, 36 (25%) i region sydöst, 66 (28%) i mellersta regionen, 212 (69%) i region Öst, 217 (76%) i region Syd, och 208 (78%) i region Väst.

Ett utvecklingsindex/indexpoäng <90 har definierats som gräns för då föräldrar informeras och interventioner för att stödja barnets utveckling bör diskuteras.

Vid utvecklingsindex <80 inom en eller flera domäner föreligger misstanke om utvecklingsstörning (för kognition hade 85/742 (11%) av formellt testade barn index <80, varav <5 (31%) barn födda i vecka 22; 15/63 (24%) i vecka 23; 22/112 (20%) i vecka 24; 13/144 (9%) i vecka 25; 15/165 (9%) i vecka 26; och 16/245 (6,5%) barn födda i vecka 27. Det bör föranleda återbesök, eventuellt med utvidgad bedömning, och samtal med föräldrarna eller direkt remiss till habilitering samt tidiga stödåtgärder enligt lokala rutiner.



Photo attribution: University of the Fraser Valley, CC BY 2.0 <<https://creativecommons.org/licenses/by/2.0>>, via Wikimedia Commons

Uppföljning vid 2 års ålder

Kylbehandlade barn

Faktablad 8. Uppföljning vid 2 års ålder av barn som kylbehandlats neonatalt p.g.a. asfyxi

- **Antalet barn som erhållit neonatal kylbehandling** och som skrevs ut levande 2019–2023 var som högst 2021 (109 barn) och sjönk därefter till 79 2023. Antalet kylbehandlingar bland överlevande barn varierade mellan storregioner mellan 10–20 per år.
- Av 452 levande utskrivna barn under åren 2019–2023 hade 322 (**71%**) ett registrerat datum för **genomförd 2-årsuppföljning** med en regional variation från 38% (region Norr) till 84% (region Syd).
- Antal neonatalt kylbehandlade barn som vid 2 årsuppföljningen (nationell statistik):
 - var **inskrivna barnhabiliteringen: 54/304 (18%)**
 - diagnostiserats med **cerebral pares: 39/294 (13%)**
 - hade **svår synnedsättning: <5/297 (0,7%)**
 - hade **svår hörselnedsättning: 0/304 (0%)**Det är lägre frekvenser än vad som rapporterats internationellt.
- Antal som på Bayley-test uppvisat ett utvecklingsindex <90 (gräns för då föräldrar informeras och interventioner för att stödja barnets utveckling bör diskuteras) var för
 - **kognition: 19/194 (10%)**
 - **språk: 48/180 (27%)**
 - **motorik: 24/155 (15%)**

Introduktion

Inducerad hypotermi (kylbehandling) har visat sig skydda det nyfödda barnets hjärna när den varit utsatt för asfyxi och minska risken för död eller bestående hjärnskada. Kylbehandling innebär att barnets kroppstemperatur sänks till 33,5 grader och påbörjas före 6 timmars ålder och pågår under 72 timmar.

I Svensk Neonatalförenings [nationella uppföljningsprogram](#) rekommenderas standardiserad uppföljning till skolstart av barn med asfyxi och som kylbehandlats. Uppgifter om sjuklighet och funktionspåverkan, och standardiserade undersökningar av motorik, kognition, beteende och tillväxt ska enligt programmet utföras vid 2 och 5,5 års ålder. Resultaten ska sedan samlas i det nationella Neonatalvårdsregistret SNQ. Syftet är att tidigt upptäcka för barnet och familjen betydande funktionspåverkan för att med tidiga insatser förbättra barnets prognos eller livskvalitet. Insamlade data ska också möjliggöra kvalitetsuppföljning och vetenskaplig utvärdering.

Metod

Styrgruppen har prioriterat följande kvalitetsindikatorer till Årsrapporten 2025:

- Andel (%) med ett registrerat datum för uppföljning som indikator för följsamhet till det nationella uppföljningsprogrammet.
- Andel (%) inskrivna barnhabiliteringen vid 2 års ålder (som indikator för svårare funktionshinder).
- Andel (%) barn med diagnosticerad cerebral pares (CP).
- Andel (%) barn med svår synnedsättning definierat som blind/svår synnedsättning eller ständig skelning på båda ögonen.
- Andel med svår hörselnedsättning definierat som helt döv eller gravt nedsatt hörsel trots hjälpmedel.
- Andel (%) barn som psykologtestats (Bayley-test, version III eller IV) och som screenat positivt (definierat som en index-poäng <90) för kognitiv, språklig eller motorisk utveckling, och andel med misstänkt utvecklingsförsening (definierat som en index-poäng <80).

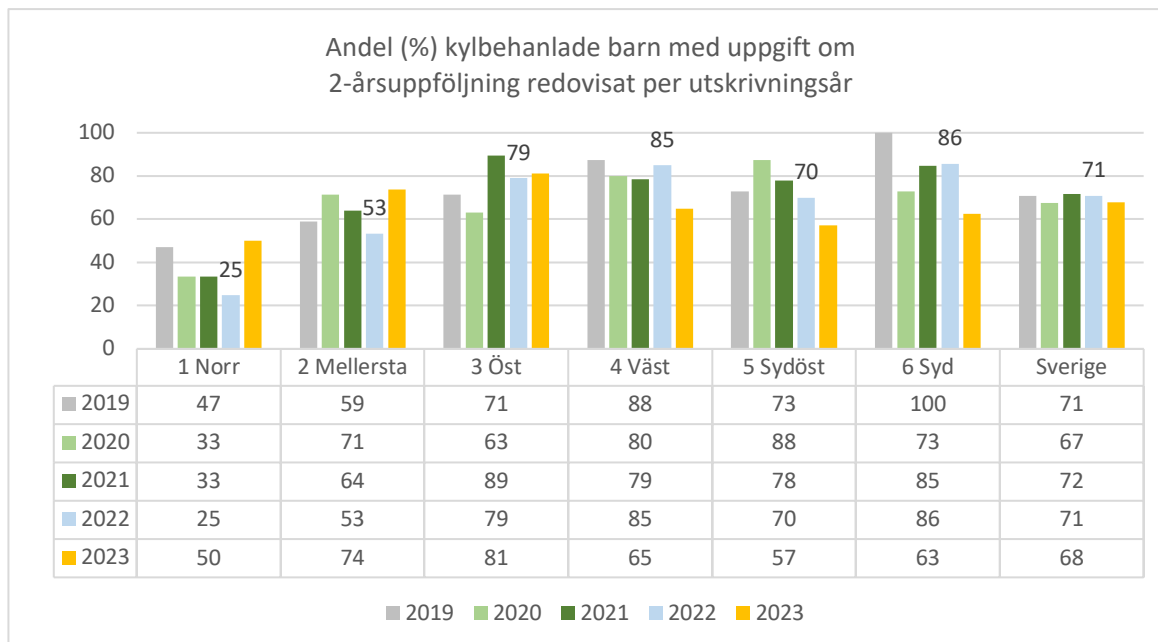
Eftersom antalet uppföljda barn inom respektive riskgrupp och storregion är begränsat, och då antalet barn med något av de valda utfallen är än färre så presenteras resultaten huvudsakligen som nationell statistik över fem år. Aggregerade data minskar risken för slumpmässiga variationer p.g.a. små tal och ger därmed en stabilare bild än data uppdelade över tid och på regioner.

Målvärden

Målvärden för utfall vid 2 års ålder saknas. Eftersom bortfallet/andelen uppgift saknas var hög för flera kvalitetsindikatorer redovisas utfallsmått endast som riksgenomsnitt. Långtidsutfall för de tre riskgrupper som presenteras i denna Årsrapport kan dock jämföras.

Resultat

1. Andel (%) neonatalt kylbehandlade barn med uppgift om datum för utförd uppföljning vid 2 års ålder. Avser barn utskrivna levande 2019–2023 och födda efter 36 fullgångna graviditetsveckor (N=452). Datauttag: 1 april 2026.



Kommentar: Andelen neonatalt kylbehandlade barn som överlevt och som erhållit uppföljning vid 2 års ålder enligt det nationella uppföljningsprogrammet kan förbättras i vissa regioner. Antalet som varje år behövt uppföljning varierade mellan 10–20 barn i respektive storregion vilket bidrar till att viss variation kan tillskrivas små tal.

2. Andel (%) neonatalt kylbehandlade barn med uppgift i Neonatalvårdsregistret om utvalda hälsoutfall vid uppföljning i 2 års åldern. Avser barn utskrivna levande 2019–2023 och födda efter 36 fullgångna graviditetsveckor (N=452).

Kylbehandlade (≥36 v), uppföljning vid 2 års ålder			
Sverige, utskrivna 2018–22	Antal (%)	Uppgift saknas	Med datum för genomförd uppföljning
Inskreven barnhabilitering	54/304 (18%)	148 (33%)	322/452 (71%)
Cerebral pares (CP)	39/294 (13%)	158 (35%)	
Blind/svår synnedsättning	<5/297 (0,7%)	155 (34%)	
Döv, svår hörselnedsättning	0 (0%)	148 (33%)	
Resultat av Bayley-test:	Utvecklingsindex <90	Uppgift saknas	Utvecklingsindex <80
Kognition	19/194 (10%)	258 (57%)	15/194 (7,7%)
Språkutveckling	50/180 (28%)	272 (60%)	25/180 (14%)
Motorik	24/155 (15%)	297 (66%)	13/155 (8,4%)

Kommentar: Andelen barn som kylbehandlats och som diagnostiserats med CP förefaller vara lägre i Sverige än vad som rapporterats internationellt (23%). Detsamma gäller blindhet (6,6% internationellt) och dövhet (3,4% internationellt) [33].

Andelen kylbehandlade barn som genomgått formell psykologtestning (Bayley-test) vid 2 års ålder var begränsat (43% med uppgift om indexpoäng för kognition) vilket bidrar till osäkerhet i skattningarna.

Ett utvecklingsindex/indexpoäng <90 har definierats som gräns för då föräldrar informeras och interventioner för att stödja barnets utveckling bör diskuteras.

Vid utvecklingsindex <80 inom en eller flera domäner föreligger misstanke om utvecklingsstörning. Detta bör föranleda återbesök, eventuellt med utvidgad bedömning, och samtal med föräldrarna eller direkt remiss till habilitering samt tidiga stödåtgärder enligt lokala rutiner.

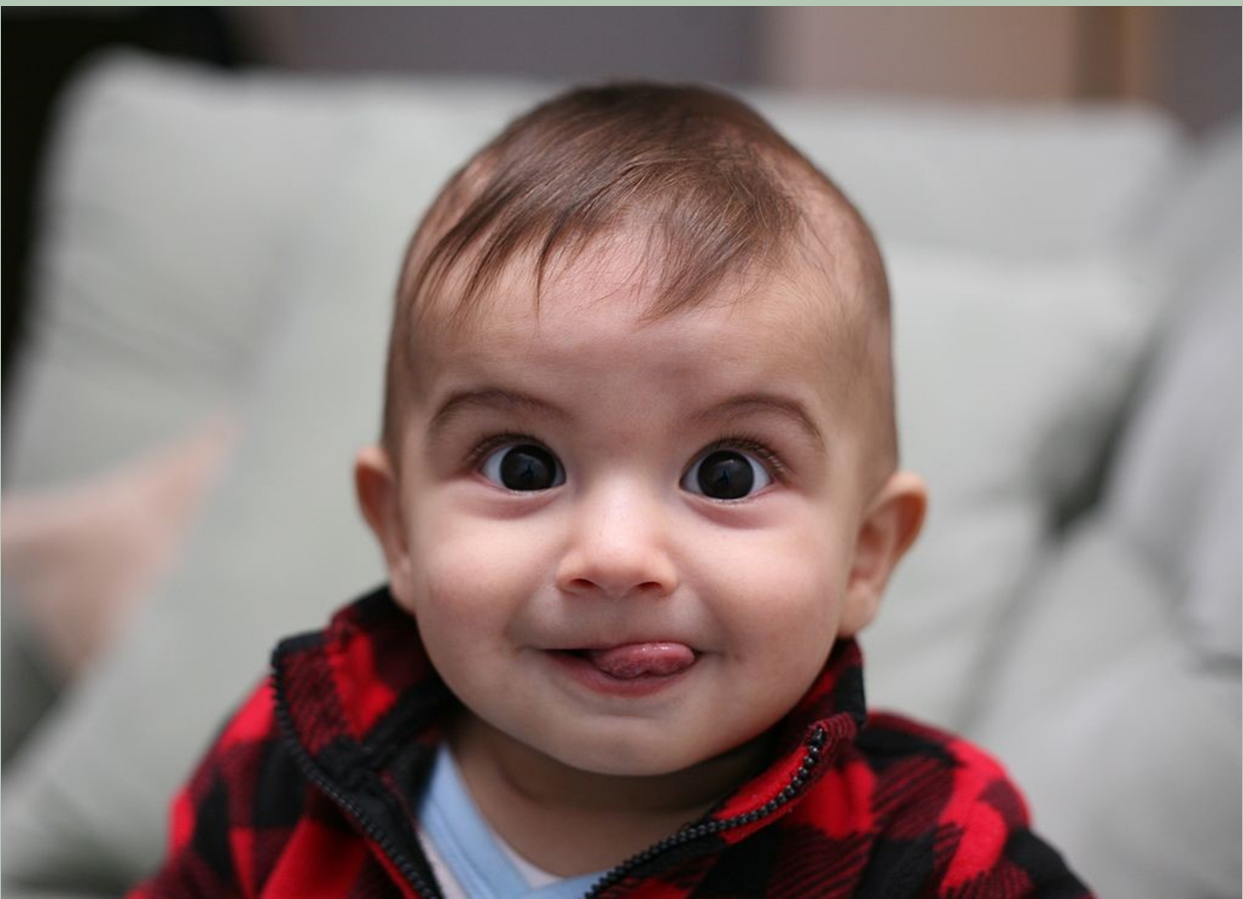


Photo attribution: Avsar Aras, CC BY-SA 4.0 <<https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/>>, via Wikimedia Commons.

Uppföljning vid 2 års ålder Intrauterint tillväxthämmade barn med födelsevikt $<-3SD$

Faktablad 9. Uppföljning vid 2 års ålder av intrauterint tillväxthämmade barn (exkluderar extremt tidigt födda barn)

- **Antal barn i neonatalvården med födelsevikt som var lägre än 3 standarddeviationer under medel** (utskrivningsår 2019–2023) var 1684. Av dessa barn hade 199 (12%) en eller flera diagnoser för fosterskada.
- Antal intrauterint tillväxthämmade barn varierade från 21/år i storregion Norr till 79 barn/år i Östra sjukvårdsregionen. Samtliga dessa barn kvalificerade sig för strukturerad uppföljning vid 2 års ålder enligt det nationella programmet.
- Andel intrauterint tillväxthämmade barn med registeruppgift om (datum för utförd) **uppföljning vid 2 års ålder** var **49% i hela landet** med en regional variation från 25% (region Norr) till 57% (region Syd). Andelen **formellt testade** med avseende på kognition var i genomsnitt **36%** och med lägre andelar för testade med avseende på språkutveckling och motorik.
- Resultat av 2-årsuppföljning (antal och andelar) av intrauterint tillväxthämmade barn (nationell statistik):
 - **inskrivna barnhabiliteringen: 33/792 (4,2%)**
 - diagnostiserats med **cerebral pares (CP): 7/738 (1,1%)**
 - hade **grav synnedsättning: 7/745 (0,9%)**
 - hade **grav hörselnedsättning: 0/752**
- Antal (%) som på Bayley-test uppvisat ett utvecklingsindex <90 (gräns för då föräldrar informeras och interventioner för att stödja barnets utveckling bör diskuteras) var för
 - **kognition: 83/602 (14%)**
 - **språkutveckling: 198/548 (36%)**
 - **motorik: 85/493 (17%)**

Introduktion

I Svensk Neonatalförenings [nationella uppföljningsprogram](#) rekommenderas att barn med en födelsevikt som avviker nedåt med mer än 3 standarddeviationer från den genomsnittliga födelsevikten (för flicka eller pojke och vid en given graviditetslängd) ska ingå i det nationella uppföljningsprogrammet. Bakgrunden är den adderade risken för i första hand motorisk funktionspåverkan/CP som tidigare observerats hos svenska barn födda i fullgången tid [34], men också påverkan på kognitiva funktioner.

Uppgifter om sjuklighet och funktionspåverkan, och standardiserade undersökningar av motorik, kognition, beteende och tillväxt ska enligt programmet utföras vid 2 och 5,5 års ålder. Resultaten ska sedan samlas i det nationella Neonatalvårdsregistret SNQ. Syftet är att tidigt upptäcka för barnet och familjen betydande funktionspåverkan för att med tidiga insatser förbättra barnets prognos eller livskvalitet. Insamlade data ska också möjliggöra kvalitetsuppföljning och vetenskaplig utvärdering.

En huvudorsak till svår intrauterin tillväxthämning är fosterskador. Uppgift om antal (%) barn med neonatalt diagnosticerad fosterskada (exklusive öppetstående duktus arteriosus, icke nedstigen testikel, instabil höft och kutana hemangiom) har därför tagits fram.

Metod

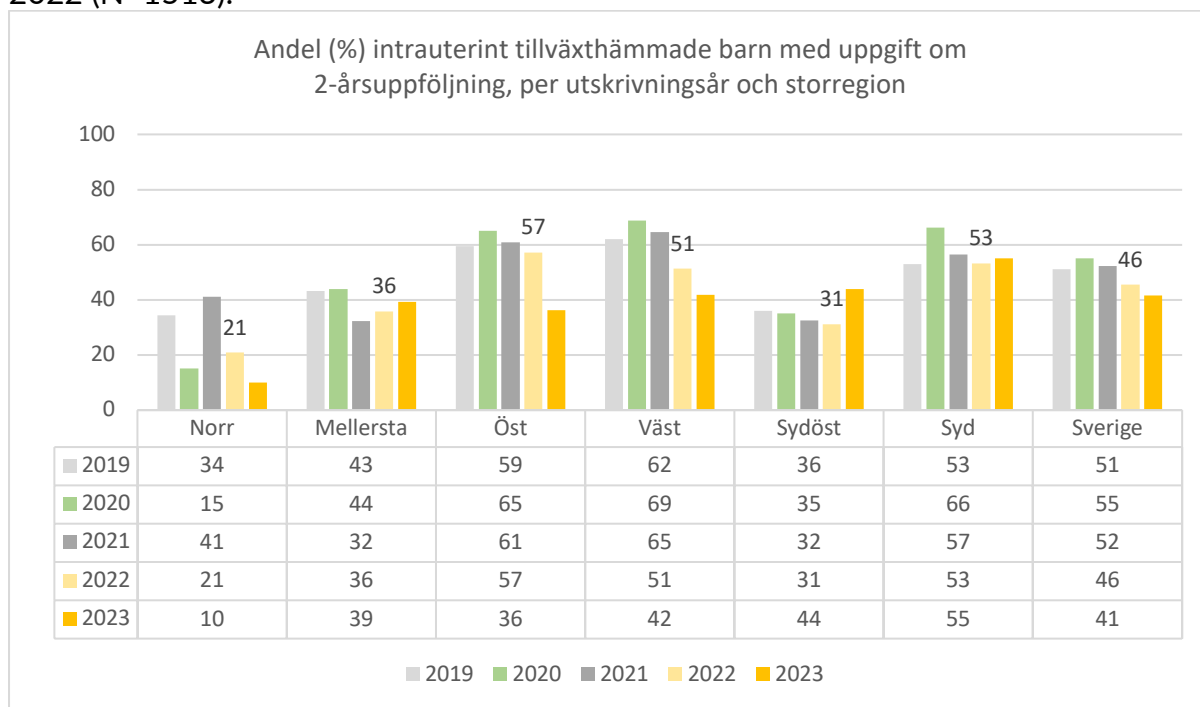
Styrgruppen har prioriterat följande kvalitetsindikatorer till Årsrapporten 2025:

- Andel (%) med ett registrerat datum för uppföljning som indikator för följsamhet till det nationella uppföljningsprogrammet.
- Andel (%) inskrivna barnhabiliteringen vid 2 års ålder som indikator för svårare funktionshinder.
- Andel (%) barn med diagnosticerad cerebral pares (CP).
- Andel (%) barn med svår synnedsättning definierat som blind/svår synnedsättning eller ständig skelning på båda ögonen.
- Andel med svår hörselnedsättning definierat som helt döv eller gravt nedsatt hörsel trots hjälpmedel.
- Andel (%) barn som psykologtestats (Bayley-test, version III) och som screenat positivt (definierat som en index-poäng <90) för kognitivt, språkligt eller motoriskt funktionshinder.

Eftersom antalet uppföljda barn inom respektive riskgrupp och storregion är begränsat, och då antalet barn med något av de valda utfallen är än färre så presenteras resultaten huvudsakligen som nationell statistik över fem år. Aggregerade data minskar risken för slumpmässiga variationer p.g.a. små tal och ger därmed en mer stabilare bild.

Resultat

1. Andel (%) intrauterint tillväxthämmade barn (födelsevikt <-3SD) med gestationsålder 28 veckor eller mer och med uppgift i Neonatalvårdsregistret om datum för utförd uppföljning vid 2 års ålder. Avser barn utskrivna levande åren 2018–2022 (N=1513).



Kommentar: Andelen kraftigt intrauterint tillväxthämmade barn som överlevt och som erhållit uppföljning enligt det nationella uppföljningsprogrammet kan förbättras. Antalet barn som varje år kvalificerat sig för uppföljning varierade i genomsnitt från 21 i Norra regionen till 79 i Region Öst. Datauttag: april 2026.

2. Antal (%) kraftigt intrauterint tillväxthämmade barn med uppgift i Neonatalvårdsregistret om utvalda hälsoutfall vid uppföljning i 2 års åldern. Avser barn utskrivna 2019–2023 och födda efter 28 fullgångna graviditetsveckor eller mer (N=1684).

Intrauterint tillväxthämmade barn (födelsevikt <-3SD) och med gestationsålder ≥28 veckor.			
Sverige, utskrivna 2019–23		Med datum för genomförd uppföljning	
		Uppgift saknas	
Inskrivna barnhabilitering	33/792 (4,2%)	892 (53%)	1684
Cerebral pares (CP)	7/738 (1,1%)	946 (56%)	
Blind/svår synnedsättning	7/745 (0,9%)	939 (56%)	
Döv, svår hörselnedsättning	0/752 (0%)	932 (55%)	
Resultat av Bayley-test:	Indexpoäng <90	Uppgift saknas	Indexpoäng <80
Kognition	83/602 (14%)	1082 (64%)	40/602 (6,6%)
Språkutveckling	198/548 (36%)	1136 (67%)	114/548 (21%)
Motorik	85/493 (17%)	1191 (71%)	40/493 (8,1%)

Kommentarer:

Andelen intrauterint tillväxthämmade barn som genomgått formell psykologtestning (Bayley-test) vid 2 års ålder var begränsat vilket gör skattningarna osäkra.

Ett utvecklingsindex/indexpoäng <90 har definierats som gräns för då föräldrar informeras och interventioner för att stödja barnets utveckling bör diskuteras.

Referenser

1. Norman M, Padkaer Petersen J, Stensvold HJ, et al. Preterm birth in the Nordic countries-Capacity, management and outcome in neonatal care. *Acta Paediatr.* 2023;112:1422-33.
2. Helenius K, Longford N, Lehtonen L, et al. Association of early postnatal transfer and birth outside a tertiary hospital with mortality and severe brain injury in extremely preterm infants: observational cohort study with propensity score matching. *BMJ.* 2019;367:l5678.
3. Johansson S, Montgomery SM, Ekbom A, et al. Preterm delivery, level of care, and infant death in Sweden: a population-based study. *Pediatrics.* 2004;113:1230-5.
4. Svenska Neonatalföreningen. Handläggning av hotande förtidsbörd och nyfödda barn före vecka 27. <https://neo.barnlakarforeningen.se/wp-content/uploads/sites/14/2024/08/Rktlinjer-Handlaggning-extrem-fortidsbord.pdf>. 2024.
5. McGoldrick E, Stewart F, Parker R, et al. Antenatal corticosteroids for accelerating fetal lung maturation for women at risk of preterm birth. *Cochrane Database Syst Rev.* 2020;12:CD004454.
6. Norberg H, Kowalski J, Marsal K, et al. Timing of antenatal corticosteroid administration and survival in extremely preterm infants: a national population-based cohort study. *BJOG.* 2017;124:1567-74.
7. Group WHOIKS, Arya S, Naburi H, et al. Immediate "Kangaroo Mother Care" and Survival of Infants with Low Birth Weight. *N Engl J Med.* 2021;384:2028-38.
8. Lillieskold S, Lode-Kolz K, Rettedal S, et al. Skin-to-Skin Contact at Birth for Very Preterm Infants and Mother-Infant Interaction Quality at 4 Months: A Secondary Analysis of the IPISTOSS Randomized Clinical Trial. *JAMA Netw Open.* 2023;6:e2344469.
9. Svenska Neonatalföreningen. Magnesiumsulfat vid hotande förtidsbörd före v 32+0. <https://neo.barnlakarforeningen.se/nyhetsbrev/magnesiumsulfat-vid-hotande-fortidsbord-fore-v-320-nationellt-inforande-av-ny-rutin/>. 2020.
10. Jasani B, Torgalkar R, Ye XY, et al. Association of Umbilical Cord Management Strategies With Outcomes of Preterm Infants: A Systematic Review and Network Meta-analysis. *JAMA Pediatr.* 2021;175:e210102.
11. Svenska Neonatalföreningen. Stabilisering av underburna barn. <https://neo.barnlakarforeningen.se/riktlinjer-varldprogram/>. 2022.
12. Bowe AK, Lightbody G, Staines A, et al. Prediction of 2-Year Cognitive Outcomes in Very Preterm Infants Using Machine Learning Methods. *JAMA Netw Open.* 2023;6:e2349111.
13. Doyle LW, Cheong JL, Ehrenkranz RA, et al. Early (< 8 days) systemic postnatal corticosteroids for prevention of bronchopulmonary dysplasia in preterm infants. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017;10:CD001146.
14. Doyle LW, Cheong JL, Hay S, et al. Early (< 7 days) systemic postnatal corticosteroids for prevention of bronchopulmonary dysplasia in preterm infants. *Cochrane Database Syst Rev.* 2021;10:CD001146.
15. Zamir I, Stoltz Sjöström E, Ahlsson F, et al. Neonatal hyperglycaemia is associated with worse neurodevelopmental outcomes in extremely preterm infants. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed.* 2021;106:460-6.
16. Zamir I, Tornevi A, Abrahamsson T, et al. Hyperglycemia in Extremely Preterm Infants-Insulin Treatment, Mortality and Nutrient Intakes. *J Pediatr.* 2018;200:104-10 e1.
17. Patidar N, Rath CP, Rao S, et al. Outcomes of very preterm infants with hyperglycaemia treated with insulin: A systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr.* 2023;112:1157-64.
18. Scrivens A, Reibel NJ, Heeger L, et al. Survey of transfusion practices in preterm infants in Europe. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed.* 2023;108:360-6.
19. Deschmann E, Dame C, Sola-Visner MC, et al. Clinical Practice Guideline for Red Blood Cell Transfusion Thresholds in Very Preterm Neonates. *JAMA Netw Open.* 2024;7:e2417431.
20. Linner A, Thernström Blomqvist Y, Jonsson K, et al. Parental Experiences of Neonatal Care: A Nationwide Study on Determinants of Excellence. *Neonatology.* 2024;121:46-55.

21. Wilson E, Maier RF, Norman M, et al. Admission Hypothermia in Very Preterm Infants and Neonatal Mortality and Morbidity. *J Pediatr*. 2016;175:61-7 e4.
22. Hentges CR, Silveira RC, Procianoy RS, et al. Association of late-onset neonatal sepsis with late neurodevelopment in the first two years of life of preterm infants with very low birth weight. *J Pediatr (Rio J)*. 2014;90:50-7.
23. Shane AL, Sanchez PJ, Stoll BJ. Neonatal sepsis. *Lancet*. 2017;390:1770-80.
24. Cong X, Wu J, Vittner D, et al. The impact of cumulative pain/stress on neurobehavioral development of preterm infants in the NICU. *Early Hum Dev*. 2017;108:9-16.
25. Vinall J, Grunau RE. Impact of repeated procedural pain-related stress in infants born very preterm. *Pediatr Res*. 2014;75:584-7.
26. Graham H, Razaz N, Hakansson S, et al. Pain in very preterm infants-prevalence, causes, assessment, and treatment. A nationwide cohort study. *Pain*. 2025;166:1882-92.
27. Holmstrom G, Hellstrom A, Tear Fahnehjelm K, et al. Treatment for retinopathy of prematurity in Sweden 2008-2021: Reduced gestational age of treated infants and remaining differences in treatment type and recurrence rates between hospitals. *Acta Ophthalmol*. 2024;102:401-8.
28. SWEDROP. Årsrapport 2024. <https://www.medscinet.com/ROP/uploads/A%CC%8Arsrapport%202024%20-%20SWEDROP,%20DEFINITIV%20-%202023.1.2026.pdf>.
29. Svenska Neonatalföreningen. Hypotermibehandling till nyfödda barn efter svår perinatal asfyxi. <https://neo.barnlakarforeningen.se/wp-content/uploads/sites/14/2022/06/Hypotermi-varldprogram.pdf>. 2022.
30. Dimopoulou V, Klingenberg C, Naver L, et al. Antibiotic exposure for culture-negative early-onset sepsis in late-preterm and term newborns: an international study. *Pediatr Res*. 2025;97:1629-35.
31. Gyllensvard J, Studahl M, Gustavsson L, et al. Antibiotic Use in Late Preterm and Full-Term Newborns. *JAMA Netw Open*. 2024;7:e243362.
32. Cnattingius S, Johansson S, Razaz N. Apgar Score and Risk of Neonatal Death among Preterm Infants. *N Engl J Med*. 2020;383:49-57.
33. Jacobs SE, Berg M, Hunt R, et al. Cooling for newborns with hypoxic ischaemic encephalopathy. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;2013:CD003311.
34. Jacobsson B, Ahlin K, Francis A, et al. Cerebral palsy and restricted growth status at birth: population-based case-control study. *BJOG*. 2008;115:1250-5.