

Forord

Legeforeningen organiserte i 1998-1999 et forbedringsprosjekt vedrørende keisersnitt, begrunnet i økende antall keisersnitt i Norge. 24 av 26 fødeavdelinger i Norge deltok. Antall fødsler ved de deltagende avdelingene varierte fra ca. 400 til 5000 per år.

Etter prosjektperioden har keisersnittfrekvensen igjen gått oppover, men stigningen er vesentlig mindre enn i andre nordiske og europeiske land og USA.

Forskningsdelen av "Gjennombruddsprosjektet om keisersnitt" i 1998-1999 har resultert i bl.a. seks publikasjoner, en mastergrad og en ph.d.-avhandling.

Med bakgrunn i fortsatt økende bruk av keisersnitt ønsket Legeforeningen etter initiativ fra Norsk gynekologisk forening (NGF) å bidra til å organisere et nytt forbedringsprosjekt innen fødselsomsorg. Prosjektet fokuserte på å kvalitetsforbedre fødselsomsorgen, og gjeldende praksis ble vurdert mot Helsedirektoratets retningslinje "Et trygt fødetilbud. Kvalitetskrav til fødselsomsorgen", fra 2010 og Norsk gynekologisk forenings "Veileder i obstetikk" fra 2014, samt mot faglig konsensus.

Samarbeidspartnerne var helseforetak (fødeavdelinger), Den norske jordmorforening, Jordmorforbundet NSF, Norsk gynekologisk forening, Norsk barnelegeforening, Norsk forening for allmenntidisin, og pasient-/brukerforeninger.

Prosjektet ble gjennomført med tre forbedringssamlinger fra september 2014 til juni 2015, med en oppfølgingssamling i september 2016.

25 fødeenheter gjennomførte prosjektet, og alle helseforetak som har fødeenheter var representert. Resultatene er nærmere beskrevet i rapporten.

Legeforeningen vil takke de ovennevnte samarbeidspartnerne, samt Legeforeningens fond for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet som fullfinansierte prosjektet.

I tillegg vil vi takke ressursgruppen som ga prosjektet faglig innhold, og veilederne som bidro med råd og støtte i prosjektperioden.

Sist, men ikke minst, takker vi alle fødeenhetene som deltok, og vi håper erfaringen har gitt inspirasjon til å bruke metoden de har lært til kontinuerlig forbedring i egen enhet.

Bjarne Riis Strøm
fagdirektør

Audun Fredriksen
fagsjef

Innhold	Side
Forord	1
Innledning	5
Del 1	
Gjennombruddsprosjekt	6
Konsept og organisering	6
Bakgrunn for dette prosjektet	8
Målinger i forbedringsarbeid	9
Statistisk prosesskontroll (SPC)	9
Del 2	
Ressursgruppen	11
Veiledergruppen	11
Ressursgruppens forslag til forbedringsarbeid fordelt etter tema	12
Del 3	
Teamenes forbedringsområder	
Tema 1: Håndtering av langsom fremgang og bruk av oksytocin	13
Finnmarkssykehuset, Klinikk Hammerfest og Alta fødestue	13
Kvinneklubben, Universitetssykehuset i Nord-Norge	15
Kvinne-Barn klinikk, Nordlandssykehuset, Bodø	18
Fødeavdelingen, Sykehuset Levanger	20
Sykehuset Namsos, Fødeavdelingen	23
Førde sentralsjukehus, Kvinneklubben	26
Helse Fonna, Haugesund sjukehus	29
Kvinneklubben, Haukeland universitetssykehus	30
Akershus universitetssykehus	32
Oslo universitetssykehus – Fødeavdelingen Ullevål	33
Gyn/fødeavdeling, Elverum	36
Ringerike sykehus	39
Bærum sykehus	41
Sykehuset Innlandet Lillehammer	42
Sykehuset Innlandet Gjøvik	47
Sykehuset i Vestfold, Føde-Barselseksjon	50
Sykehuset Østfold	52
Tema 2: Fosterovervåking og diagnose av truende asfyksi	55
Drammen sykehus	55
Tema 3: Ikke-medisinske årsaker til keisersnitt	57
Sørlandet sykehus, Kristiansand	57
Tema 4: Indikasjoner og metoder for induksjon av fødsel	59
Kvinneklubben Møre og Romsdal, Ålesund sykehus	59
Sørlandet sykehus, Arendal	61
Fødeavdelingen, Kvinneklubben, Stavanger universitetssykehus	63
Oslo universitetssykehus Rikshospitalet	65
Tema 5: Kontinuerlig tilstedeværelse av jordmor under fødsel	68
St. Olavs hospital, Fødeavdelingen	68
Sykehuset Telemark - Skien	70

Innledning

Jörg Kessler

Obstetrikk er et brennpunkt-fag på mange måter. Veien fra nærmest ubeskrivelig lykke til ufattelig katastrofe ved en fødsel er noen ganger veldig kort. Medisinske avgjørelser som treffes på fødestuen har konsekvenser for den gravide kvinnen og barnet både på kort sikt, men også for begge livsløp. Ikke bare de gravide kvinnene - deres familie, media, politikere, leger fra andre spesialiteter – alle har tydelige meninger om hvordan fødselshjelpen skal være på et overordnet plan og hos den enkelte.

Derfor er det helt avgjørende at vi fødselshjelpere kan faget vårt – både håndverket og den vitenskapelige kunnskapen bak. Men det er ikke nok. Vi må også kunne formidle vår faglige trygghet på en god måte til våre gravide kvinner og resten av samfunnet.

Dette skjer ikke av seg selv, men krever blant annet et kontinuerlig fokus på kvalitetsarbeid. Det nasjonale forbedringsprosjektet obstetrikk har vært en katalysator for dette arbeidet på mange av landets fødeavdelinger. Prosjektet har utdannet både jordmødre og leger i et tankesett og en arbeidsmåte egnet til å drive systematisk forbedringsarbeid på avdelingene – også etter at prosjektet er formelt avsluttet.

Prosjektet har også vært en drivkraft for samarbeid og tillit mellom jordmødre og leger, noe som er forutsetning for et godt fødselsutfall og en god fødselsopplevelse for den gravide kvinnen og hennes partner.

Prosjektet satte seg ambisiøse mål: redusere variasjonen i bruk av keisersnitt i veldefinerte, sammenlignbare grupper gravide og tilstrebe at keisersnitt kun utføres når det er medisinsk begrunnet. Selv om disse mål ikke fullt kunne nås har prosjektet vist et faglig engasjement og entusiasme blant norske fødselshjelpere som vi kan være stolt av. Det er en garanti for å kunne tilby en trygg fødselshjelp som en veloverveid balanse mellom intervensjon og observasjon, og minst risiko for mor og barn.

Det har vært en ære og glede å kunne bidra til nasjonalt forbedringsprosjekt obstetrikk.

Jörg Kessler
Overlege, PhD

Leder av ressursgruppen

Del 1

Gjennombruddsprosjekt

Konsept og organisering

Gjennombruddsmetodikken bygger på en metode som i senere år er mye brukt i Kvalitetsforbedringsprosjekter i bl.a. USA, Sverige, Nederland og Norge. Metoden er opprinnelig utviklet ved Institute for Healthcare Improvement (IHI) i Boston, som er en nonprofit organisasjon og er ledende innen kvalitetsutvikling i USA (www.ihl.org). IHI har siden 1995 gjennomført en serie "gjennombruddsprosjekter" ("Breakthrough series" (BTS)), på områder som astma, intensivbehandling, legemiddelbivirkninger, keisersnitt, forskrivningspraksis, ryggsmarter, forsyningsfunksjon, terminalomsorg, hjertekirurgi og ventetider.

Legeforeningen har i mer enn femten år brukt Gjennombruddsmetoden for å bedre prosessene/resultatene innenfor utvalgte områder i helsetjenesten. Prosjektene har hatt fokus på prosessforbedringer og kan vise til mange gode resultater.

Sluttrapporter fra noen av de norske gjennombruddsprosjektene finnes på Legeforeningenes hjemmesider.

Grunnlaget for gjennombruddsprosjektene er observasjonen av at klinisk praksis ofte er forskjellig fra det optimale (basert på vitenskapelig kunnskap). IHI's utgangspunkt er begrepet "Achievable Benefits Not Achieved" (ABNA). Alle områder der det er et gap mellom det en gjør og det en ut fra eksisterende kunnskap og teknologi kunne ha gjort, er kandidater for et gjennombruddsprosjekt. Oppgaven er å sørge for at de muligheter som faktisk finnes tas i bruk på en bedre måte.

Hvorfor betegnelsen "Gjennombrudd"?

Fordi konseptet innebærer at man i forbedringsarbeidet setter seg ambisiøse mål som fordrer radikal og annerledes tenkning. Bruddet med gamle vaner og rutiner blir et "Gjennombrudd" – når det lykkes.

Hva er så spesielt med dette konseptet?

Det er både banalt og spesielt på samme tid. Det banale består i velkjente faktorer som vi vet fremmer menneskers arbeidsinnsats, entusiasme og effektivitet når det gjelder å løse et problem. Det kan f.eks. være direkte eierforhold til problemet, påvirkningsmulighet, fellesskap, konkurranseånd, resultatmåling, ytre press, sekundering, veiledning og støtte. Det spesielle er at disse faktorene er bygget inn i en strukturert, fastlagt ramme, hvor hvert element kommer på rett plass og til rett tid. Rammen innebærer fastlagte arbeidsformer, tidsfrister, innsending av rapporter og ikke minst deltakelse på fellessamlinger.

Hva skal til for å lykkes?

Suksessfaktorer for å lykkes med forbedringsarbeid i helsetjenesten – basert på evaluering av gjennombruddsprosjekter i Norge er:

Suksessfaktor 1 INFORMASJON - KUNNSKAP

- om beste praksis
- om nåværende praksis
- sammenligne egne oppnådde resultatet med andre

Suksessfaktor 2 INVOLVERING OG ENGASJEMENT i FORBEDRINGSARBEIDET

- involvere ledere på alle nivåer

- involvere pasienter og pårørende
- tverrfaglighet
- involver alle ansatte

Suksessfaktor 3 INFRASTRUKTUR - SYSTEM

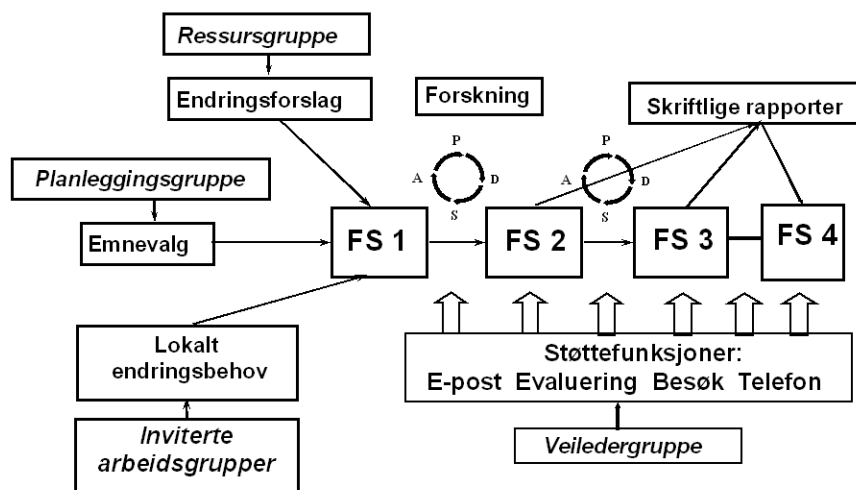
- benytte forbedringskunnskap som base
- utvikle læringsystemer
- veiledning av forbedringsarbeidet
- system for å få endringer til å bestå

Referanse: *Aleidis Skard Brandrud, Ada Schreiner, Per Hjortdahl, Gro Sævil Helljesen, Bjørnar Njyen, Eugene C. Nelson* <http://qualitysafety.bmj.com/content/20/3/251>

Gangen i et gjennombruddsprosjekt er som følger:

1. Først identifiseres forbedringsmuligheter på det utvalgte fagfeltet av en gruppe som er eksperter på det utvalgte emnes medisinske sider.
2. Sykehusavdelinger eller andre helsetjenesteenheter inviteres til å delta i prosjektet.
3. De deltagende enheter etablerer lokale forbedringsteam.
4. Prosessendringsrådgivere/veiledere veileder forbedringsteamene i de deltagende enhetene gjennom en endringsperiode på i underkant av ett år.
5. I løpet av denne perioden arrangeres tre fellessamlinger. Der kommer ressursgruppen, veiledergruppen og de deltagende enhetene sammen og utveksler erfaringer og ideer.
6. Veiledergruppen følger opp de lokale forbedringsteamene i periodene mellom fellessamlingene ved veiledningsbesøk, e-postnettverk og telefonkonferanser.

Elementene i et gjennombruddsprosjekt



Bakgrunn for dette prosjektet

Legeforeningens første gjennombruddsprosjekt

Den norske legeforening ønsket å analysere keisersnittene i Norge og startet høsten 1998 et forbedringsprosjekt, såkalt gjennombruddsprosjekt, om keisersnitt. Man antok at keisersnittfrekvensen var for høy. Målsettingen var å klargjøre det medisinske grunnlag for keisersnitt og medvirke til at keisersnitt kun gjøres i de tilfeller det er grunnlag for det. Man ønsket også å redusere variasjonen i hyppigheten av keisersnitt.

Delmålene for prosjektet varierte fra avdeling til avdeling. Mange hadde fokus på induksjon av fødsel. Prosjektet (arbeidsmetoden) medførte et løft innad i avdelingene med økt oppmerksomhet på fødselsomsorg og en nyttig gjennomgang og revisjon av prosedyrer

Etter prosjektperioden har keisersnittfrekvensen igjen stadig gått oppover, men stigningen er vesentlig mindre enn i andre nordiske og europeiske land og USA. Prosjektet kan ha vært en medvirkende årsak til at stigningen har vært lavere i Norge.

Prosjektet omfattet også et forskningsprosjekt, der det ble utfylt et skjema for hvert keisersnitt hvor det fremgikk detaljer om kvinnens medisinske og obstetriske anamnese, graviditeten, forløsningen og barnet de første levedøgn. Forskningsdelen har resultert i en rekke vitenskapelige publikasjoner.

Utviklingen etter 1999

Internasjonalt har den stadig økende keisersnittfrekvensen i mange år vært et tema som vies stor interesse i medisinske fora og tidsskrifter. Tidligere har mye av diskusjonen dreiet seg hva korrekt keisersnittfrekvens skulle være, et spørsmål som er vanskelig å svare på. Keisersnittfrekvensen avhenger av mange faktorer: den obstetriske populasjon som andel av førstegangsfødende eller høyrisikopasienter og fødeavdelingenes ressurser, kompetanse og tilgang på serviceinstanser, kvinners ønske, medieomtale og annet.

Ved svært lav keisersnittforekomst (<5%) er det vist bedret neonatalt utkomme hvis forekomsten økes, mens forekomst over 15-20% ikke synes å bedre utkomme hverken for kvinnen eller barnet.

Det er store ulikheter i bruk av keisersnitt mellom ulike land. I USA ligger nå frekvensen på omkring 35 % (spredning mellom statene på 22-40 %), i Italia opp mot 38 % og i flere europeiske land (England, Irland, Danmark, Sverige, Tyskland, Italia) er den godt over 20 %. Internasjonalt har Norge fortsatt en lav keisersnittfrekvens. Før 1973 var frekvensen under 2,5 %, men årene etter kom en kraftig stigning i frekvensen og nådde maksimum i 1987 hvor den var på 12,8 %. Siden har den mer eller mindre steget jevnt og er nå omkring 16 %. Det vil si at ca. 10 000 keisersnitt utføres årlig, og keisersnitt er et av de hyppigste utførte større operative inngrep i Norge.

Imidlertid er det store variasjoner i keisersnittfrekvens mellom sammenlignbare fødeavdelinger i Norge. Flere forklaringer har vært lansert, bl.a. ulik kultur og praksis på den enkelte avdeling, vaktordning for obstetrikere, tilgang på neonatalekspertise og erfaringen til fødselshjelperne.

Erfaringen fra prosjekter av denne typen viser at et godt resultat er avhengig av at lederen for enheten engasjerer seg i gjennomføringen av prosjektet, blant annet ved å støtte opp om arbeidsgruppen som skal drive prosessen lokalt. Med "leder" menes den som er faglig ansvarlig for enheten og som fastsetter rutiner for driften.

I dette prosjektet vil vi, gjennom avtalen som Legeforeningen inngår med alle deltagende enheter, forplikte enhetens daglige leder til å delta i prosjektets fellessamlinger. Dette vil bidra til at de lokale prosjektgruppene får nødvendig oppfølging og støtte på egen arbeidsplass, og vil dermed være en viktig forutsetning for at prosjektet skal nå sine mål.

Målinger i forbedringsarbeid

Bjørnar Nyen

Hvordan kan vi vite at de tiltakene vi setter i gang faktisk fører til at tjenestene våre blir bedre? For å kunne dokumentere forbedringene og spre kunnskap om hva som virker er det ofte nødvendig å gjennomføre målinger både før, underveis og etter at tiltakene er iverksatt.

Sett mål

Det vil være behov for både overordnede mål og mer praktisk rettede mål. Utgangspunkt for å sette målene vil ofte være kartleggingen av nåværende praksis.

Målene bør konkretiseres slik at de fyller følgende kriterier (**SMART** mål):

- **Spesifikke:** klar, konkret, entydig angivelse av forventet resultat - helst tallfestet
- **Målbare:** man skal kunne vite om målet er oppnådd
- **Ansporende:** være utfordrende, gi mulighet for egenutvikling og inspirere til nytenkning
- **Realistiske:** oppnåelig i forhold til andre oppgaver og ressurser
- **Tidsbestemt:** angi når resultatet skal være nådd

Enighet om målet: forankring i arbeidsgruppen, hos medarbeiderne og hos ledelsen
Jo tydeligere målene er, jo lettere er det å vite om de er nådd.

Finn nyttige indikatorer

For å måle kvaliteten på et område benyttes indikatorer. En indikator er en målbar variabel som anvendes til å overvåke og evaluere kvaliteten.

Indikatorer kan inndeles i resultatindikatorer og prosessindikatorer.

- **Resultatindikatorer** sier noe om sluttresultatet, ofte sett fra pasientens synsvinkel, for eksempel pasienttilfredshet.
- **Prosessindikatorer** sier noe om de prosesser som leder frem til resultatene. Dersom forskningsbasert kunnskap tilsier at det er klar sammenheng mellom valg av prosess og de resultater man ønsker å oppnå, kan det være tilstrekkelig å benytte prosessmål.

Det er viktig å måle det mest nødvendige og så langt som mulig bruke data som er lett tilgjengelige og slik unngå å bruke for mye ressurser på datafangst og databehandling. Noen indikatorer er allerede utviklet; ellers må de utvikles.

Gjør målinger

Hensikten med å gjøre målinger i forbedringsarbeid er å vise de forbedringer som skjer etter gjennomføringen av tiltakene.

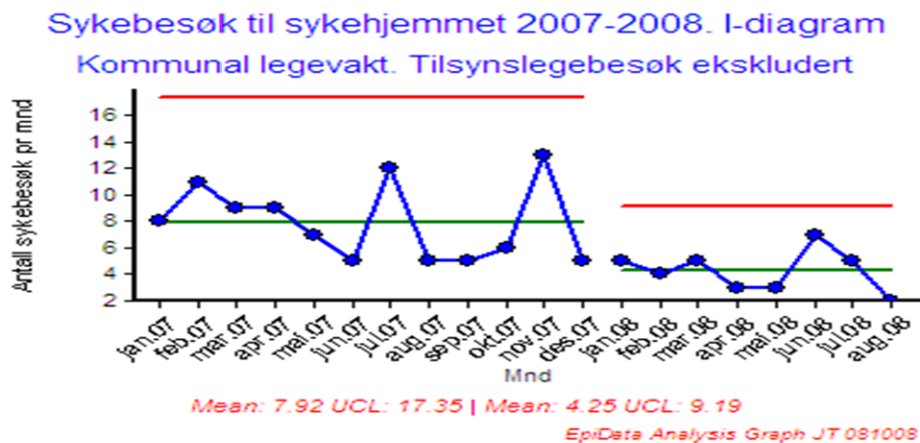
Utvikling og forbedring kan ofte måles ved uttrekk av små stikkprøver. I forbedringsarbeid vil kravene til dataenes nøyaktighet gjerne være mindre enn ved forskning.

Statistisk prosesskontroll (SPC)

Målinger ved forbedringsarbeid egner seg ofte for presentasjon i tidsseriediagrammer. Disse viser indikatoren over tid og gjør det mulig raskt å påvise forandringer som skjer. Et egnet verktøy her er statistisk prosesskontroll.

- Det kan gi informasjon om nivået på prosessen, om den er stabil eller om den er uforutsigbar med for stor variasjon.
- SPC kan brukes både på små og store tallmaterialer.
- SPC gir en grafisk fremstilling av dataene som er velegnet til å lære av prosessene og formidle resultatene videre.

Figur 1 viser et eksempel på SPC-diagram. Det er fra sluttrapporten til et forbedringsteam som deltok i Legeforeningens gjennombruddsprosjekt i sykehjemsmedisin i 2008.



Figur 1. Antall sykebesøk til Flora Omsorgssenter pr måned, før og etter endring ved årsskiftet 2007/2008. Sykebesøk foretatt av sykehjemslegen er ekskludert. Endringen er signifikant. Mer stoff om SPC finnes i [Helsebiblioteket](#).

Thor et al har skrevet en [oversiktsartikkel over SPC](#) brukt i forbedringsarbeid i helsetjenesten og drøftet fordeler, begrensninger, hindringer og faktorer som bidrar ved bruken.

Del 2

Ressursgruppen

Ressursgruppen er prosjektets faglige fundament og forankrer det i fagmiljøet. Ressursgruppens oppgave er å identifisere og konkretisere utvalgte forbedringsområder som skal presenteres for deltakerteamene. Ressursgruppens forslag utgjør en ”meny” som deltakergruppene velger sitt eget delprosjekt ut fra. Forbedringsområdene skal være tilstrekkelig konkrete, målbare og gjennomførbare. I tillegg bidrar ressursgruppen på forbedringsseminarene med foredrag og veiledning.

Ressursgruppens medlemmer:

- Jörg Kessler (leder), NGF og Helse Bergen
- Eli Aaby, NSF
- Dag Moster, Medisinsk fødselsregister
- Patji Alnæs-Katjaviri, OUS
- Toril Kolås, Sykehuset Innlandet
- Pål Øian, UNN
- Marit Martinussen, St. Olavs Hospital
- Thorbjørn Brook Steen, OUS, Ullevål
- Lise Gaudernack, Den norske jordmorforening
- Elsa Lindtjørn, Stavanger Universitetssykehus
- Annette Moldrup Pedersen, Norsk Pasientforening

Følgende forbedringsområder ble valgt ut og presentert for gruppene:

1. Håndtering av langsom fremgang og bruk av oksytocin
2. Fosterovervåkning og diagnose av truende asfyksi
3. Ikke-medisinske årsaker til keisersnitt
4. Indikasjoner og metoder for induksjon av fødsel
5. Kontinuerlig tilstedeværelse av jordmor under fødsel

Veiledergruppen

Legeforeningen har i gjennombruddsprosjektene hatt en fast gruppe veiledere som har en sentral rolle i fremdriften av forbedringsarbeidet i de ulike forbedringsteamene.

Veiledergruppen følger opp de lokale forbedringsteamene i periodene mellom forbedringsseminarene, gjennom veiledningsbesøk, ved e-postnettverk og telefonkonferanser. De bidrar også aktivt inn i forbedringsseminarene og er en viktig støtte for prosjektleder.

Prosjektveiledere:

- Gro Sævil Haldorsen, koordinator for veiledergruppen
- Rune Modell
- Terje-Ørnulf Korsnes
- Torstein Rønningen
- Ada Schreiner
- Marit Frogner
- Janecke Thesen
- Øyvind Antonsen
- Aleidis Skard Brandrud

- Thorfinnur Gudmundsson
- Bjørnar Nyen
- Mette Fredheim
- Berit Flønæs
- Rune Tufte
- Maria Bergli
- Tanya Ryder

Øyvind Antonsen og Bjørnar Nyen underviste i tillegg om målinger og statistisk prosesskontroll på alle samlingene. De var viktige ressurspersoner for å skape forståelse for målingene i prosjektene og tolkning av resultatene.

Legeforeningens prosjektleder var Tine Gammelgaard Aaserud.

Ressursgruppens forslag til forbedringstemaer

Håndtering av langsom fremgang og bruk av oksytocin

Forbedringsprosjekt:

Diagnose ved langsom fremgang

Tidligere keisersnitt, håndtering i fødsel

Diagnose av langsom fremgang

Gullstandard: Oksytocin skal kun brukes der det er indikasjon fordi bruk innebærer risiko for fosterhypoksi

Forbedring: Innføring av varsel- og tiltakslinje i partogrammet

Målevariable: Andel fødsler der varsel- og tiltakslinje er brukt

Tidligere keisersnitt, håndtering i fødsel

Gullstandard: Unngå for sterke og hyppige rier med risiko for uterusruptur

Forbedring: Utarbeide egen prosedyre for denne tilstanden

Målevariable: Dager mellom fødsel hos kvinne med tidligere sectio og overstimulering med fosterstress

Fosterovervåking og diagnose av truende asfyksi

Forbedringsprosjekter:

- Intrauterin resuscitering
- Intervensjonstid ved truende fosterasfyksi
- Dokumentasjon av CTG tolkning

Intrauterin resuscitering

Gullstandard: Eliminasjon av hypoksiutløsende årsak er første tiltak ved CTG forandringer i åpningstiden

Forbedring: Systematisk bruk av Tractocile ved uterin hyperstimulering eller spontan uterin hyperaktivitet. Bevisstgjøring av prosedyre/ny prosedyre/Husk skjema på fødestuen

Målevariable: Antall fødsler per uke der det observeres tegn til overstimulering eller tegn til CTG forandringer utløst av overstimulering. Oksytocinbruk ja/nei

Intervensjonstid ved truende fosterasfyksi

Gullstandard: Tidsbruk på maksimalt 20 min fra indikasjon for forløsning til fødsel

Forbedring: Epidural påfyll på fødestue/Samordne preoperative rutiner/Samhandling med operasjonspersonalet/anestesi-personalet

Målevariable: Tid siden siste keisersnitt med over 20 min tidsforbruk

Ikke medisinske årsaker til keisersnitt

Forbedringsprosjekter:

- Etablere opplegg for kvinner som ønsker keisersnitt; behandlingsteam
- Friske kvinner vs. pre-eksisterende psykisk sykdom, differensiere behandling
- Tiltak "kjent jordmor" etter tidligere sectio
- Tidlig henvisning av kvinner med ønske om keisersnitt
- Oppfølging av kvinner med operativ forløsning/traumatisk fødsel på Barsel

Indikasjoner og metoder for induksjon av fødsel

Forbedringsprosjekter:

- Induksjon på mistanke om ikke-diabetisk makrosomi hos foster
- Vurdering av fostervannsmengde
- Diagnose preeklampsi
- Diagnose fostervannsavgang
- Forlenge/systematisere ekseptanstid etter amniotomi før oppstart av oksytocin
- Oppstart av induksjon hos friske kvinner ved overtid
- Induksjon av kvinner etter tidligere keisersnitt

Vurdering av fostervannsmengde

Gullstandard: Induksjon kun ved oligohydramnion

Forbedring: Måle AFI x2 ved start og slutt av UL undersøkelsen for å øke sikkerhet i diagnose.

Konsulter kollega for bekreftelse av funn ved AFI < 5

Målevariable: Fødsler med diskrepans mellom UL funn og mengde fostervann ved amniotomi/vannavgang.

Del 3

Teamenes forbedringsområder

Tema 1: Håndtering og langsom fremgang og bruk av oksytocin

1. Finnmarkssykehuset, Klinikk Hammerfest og Alta fødestue

Beskrivelse av avdelingen

Avdelingen består av to fødestuer, ni barselplasser, tre barselrom på pasienthotellet og seks gynekologiske sengeplasser. 400 fødsler i året i Hammerfest og 100 fødsler på fødestua i Alta.

Hensikten med prosjektet og mål

Vi ønsket å jobbe med håndtering av langsom framgang i fødselens åpningsfase og bruk av oksytocin på rett indikasjon. Ved prosjektstart var bruken av oksytocin mer tilfeldig. Vi ønsket å utarbeide prosedyrer som leder til en felles praksis for bruken av oksytocin samt å gi fødselen bedre tid ved at det ble økt til fire timer mellom varsel- og tiltakslinjen. Det var et mål å fremme den normale fødselen.

Vårt tallfestede mål var å redusere bruken av oksytocin før krysset tiltakslinjen med 30%. Vi har ikke utført tellinger på dette før prosjektstart så vi har ingen data å sammenligne funnene angående dette på. Vi valgte istedenfor å sammenligne våre funn med det bakgrunnsmateriale vi har i fra to tidligere opptellinger gjennomført i vår avdeling. Det ble sett på bruken av oksytocin som ristimulering under fødsel av Ellen Blix m.fl. fra 1996-2000. De fant at vi hadde benyttet oksytocin som ristimulering i 34% av alle fødsler. Stine H. Zachariassen fant i sin masteroppgave 10 år senere, 2009-2010, at vi benyttet oksytocin som stimulering i 40,8% av alle fødsler.

Tiltak

Det ble iverksatt tiltak med hensikt å øke fokus på å fremme den normale fødselen, og indikasjoner for bruk av oksytocin:

- 1) Selektene i partus ved innkomst og ved endret status. Rød/grønn magnet på tavla på vaktrommet.
- 2) Familierommet og badet er åpnet for lavrisikofødsler.
- 3) Hovedregel med å avvente med epidural til mormunn er 5 cm.
- 4) Sjekkliste med tiltak for å fremme den normale fødselen.
- 5) Laget ny prosedyre med indikasjon på bruk av oksytocin.
- 6) Det er nå er 4t mellom varsel og tiltakslinjen i partogrammet, tidligere var det 2 t. Man skal hovedsakelig vente med oksytocin som ristimulering til etter at tiltakslinjen er krysset.
- 7) Oppfriskningskurs i akupunktur.

Punkt 1,2,4 og 6 handler om å øke fokus på å fremme den normale fødselen.

Målinger

I 2015 var det 277 fødsler (etter vi har ekskludert induksjoner, flerlingfødsler, IUFD og setefødsler slik som Blix og Zachariassen gjorde i sine tellinger).

Av disse var det brukt syntocinon i 34% av fødslene, noe som er en nedgang igjen etter Zachariassen sin optelling fra 2009-2010 da hun fant at vi stimulerte 40,8% av fødslene.

Av de 34% det ble gitt oksytocin til, ble oksytocin gitt før tiltakslinja er krysset til 33,6%, mens 25,2% ble gitt etter krysset tiltakslinje. 41% ble gitt etter mormunnen er 10 cm åpen. Vi valgte å dele opp i gitt oksytocin før og etter krysset tiltakslinje og etter mormunn har blitt 10 cm for å lettere fange opp endringer i bruken av gitt oksytocin. Av tallene for 2015 ser vi at 25,2% og 41% (totalt 66,2%) av gitt oksytocin er gitt på riktig indikasjon etter vår nye prosedyre.

Resultat

Vi har blitt flinkere til å øke bevisstheten om håndtering av fødsel og ser en stor forbedring i måten partogrammene blir utfylt nå kontra tidligere. Vi har blitt flinkere til å både benytte og dokumentere myke tiltak som blir iverksatt før oksytocin gis.

Vi har blitt flinkere til å holde fokus på selektering og diskuterer oftere tiltak med hensyn til den seleksjonen som er gitt fødselen.

Vi ser altså nedgang i bruken av oksytocin samt at de færreste får oksytocin før tiltakslinja krysses.

Læring

Faglig har vi lært oss å ha respekt for bruken av oksytocin også gjennom andre fokus avdelingen har (CTG-kurs og ammekurs). Vi erfarer at de myke tiltakene har en positiv effekt på fødslene.

Vi har flere planer for videre arbeid for å fremme prosjektet, men uten prosjektets tidsfrister og av økonomiske hensyn har det vært vanskelig å samles for å iverksette planene. Likevel har fokuset på bruken av oksytocin gått sin gang i avdelingen selv etter avsluttet prosjekt. Vi er optimistiske og tenker at avdelingen er på rett vei for en bedre bruk av oksytocin

2. Kvinneklinikken, Universitetssykehuset i Nord-Norge

Beskrivelse av virksomheten

Kvinneklinikken ved UNN HF består av 3 lokalisasjoner. UNN Tromsø er kvinneklinikk med 1381 fødsler i 2014. I tillegg til føde/barselavdeling er det i Tromsø føde poliklinikk med fostermedisinsk tilbud, IVF, generell gynekologi og gynekologisk onkologi. I Harstad og Narvik finnes kombinerte føde og gynekologisk avdeling med 302 fødsler i 2014 i Harstad og 232 fødsler i 2014 i Narvik.

Hensikten med prosjektet og mål

Vi har høy andel induuerte fødsler. I 2014 var tallene 22,8 % i Tromsø, 11 % i Narvik og 16,2 % i Harstad. Sectiofrekvens i Tromsø på induuerte Robson gruppe 2b (P0>37 uker) 16 % versus 10,9% ved spontan fødselsstart (Robson gruppe 1).

Hensikten med prosjektet er å få ned antall timer kvinnen bruker fra oppstart induksjon til fødsel/forløsning. Vår erfaring viser at induksjonene kan ta lang tid og kanskje er tidsbruken en medvirkende årsak til at ønsket resultat hos noen kvinner ikke oppnås. Målinger av induksjonstid og praksis mellom lokalisasjonene våre viser forskjell i tidsbruk og at vi benytter ulike induksjonsmetoder. Vi ønsket derfor også å lage felles prosedyre som en kvalitetssikring innenfor eget helseforetak.

Vi har utarbeidet og iverksatt ny prosedyre fra januar 2015. Vi måler tidspunkt for oppstart av induksjon, induksjonstid og om induksjonen ble utført i henhold til de nye retningslinjene.

Vårt mål har vært at 80 % av planlagte induksjoner startes til rett tid etter gjeldende prosedyre knyttet til induksjonsårsak.

Vi ønsker å redusere induksjonstid i Tromsø og Harstad med 20 % og opprettholde resultatene i Narvik.

Måleansvarlig på de forskjellige lokalisasjonene har innhentet opplysningene ved journalgjennomgang.

Tiltak

Det ble utført journalgjennomgang av de 20 siste induksjonene fra en gitt dato i høst. Tidsbruk, induksjonsmetode, årsak til induksjon, forløsningstidspunkt og forløsningsmetode ble registrert på alle 3 lokalisasjonene.

I forbindelse med utarbeidelse av nye prosedyrer har vi prøvd ut et nytt preparat, Misodel (misoprostol vaginalinnlegg), på ni fødekvinner. Vi har valgt å ikke gå videre med denne induksjonsmetoden, da det synes som om dette gir økt risiko for overstimulering, i tillegg til at det ikke så ut til å effektivisere prosessen, da tid-til-fødsel var som med gammel prosedyre.

Nye prosedyrer er utarbeidet på bakgrunn av nasjonale retningslinjer og erfaringer fra andre sammenlignbare fødeavdelinger. Prosedyren er blitt lagt inn i avdelingens prosedyresamling. Det er gjennomført undervisning av alle faggrupper som er involvert i prosessen; leger, jordmødre og barnepleiere. Undervisningen har blitt gitt på avdelingsmøte, ved faste internundervisningspunkt og som ”workshops” i fødeavdelingen. Det er også utarbeidet pasientinformasjonsmateriell.

Innledningsvis hadde vi også en annen problemstilling, induksjoner grunnet lite fostervann. Dette problemstillingen ble forkastet etter journalgjennomgang da det viste seg at problemstillingen ikke var reell; vi hadde allerede svært godt samsvar mellom vurdert fostervannsmengde ved ultralyd og funn ved fødsel.

Målinger

Vi har brukt SPC og har lagt fødsler i tidsrekkefølge. I-diagram er utarbeidet for varighet og induksjonsstart per lokalisasjon.

Etter implementering av ny prosedyre har vi fortsatt registreringen av tidsbruk, induksjonsmetode, årsak til induksjon, forløsningsstidspunkt og forløsningsmetode.

Det viste seg vanskelig å tolke data direkte, da det var svært stor variasjon, som delvis også forklares ut fra variasjon ved hver enkelt pasients utgangspunkt (svangerskapslengde, Bishop score ved induksjonsstart etc.).

I og med at avdelingene hadde forskjellige prosedyrer for induksjon i utgangspunktet, er det også vanskelig å sammenligne før-dataene direkte.

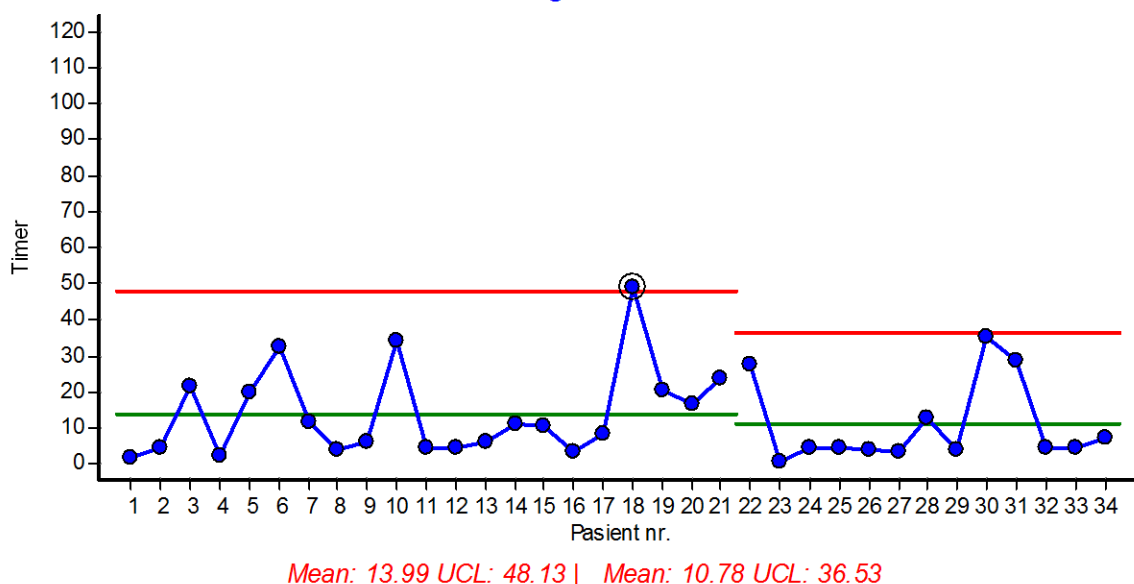
Når det gjelder data fra Tromsø, har vi valgt å ekskludere data på en pasient der induksjonen hadde tatt > 5 dager, da dette var fordi pasienten motsatte seg å bli forløst med keisersnitt etter mislykket induksjon.

Resultat

Målingene før intervensjonen viste forskjell i tidsbruk og oppstartstidspunkt, særlig mellom fødeavdelingen i Narvik og avdelingene i Harstad og Tromsø, der Narvik kom tidligere i gang og brukte kortere tid.

I-diagram Tid fra induksjon til fødsel

Fødeavdelingen UNN Narvik

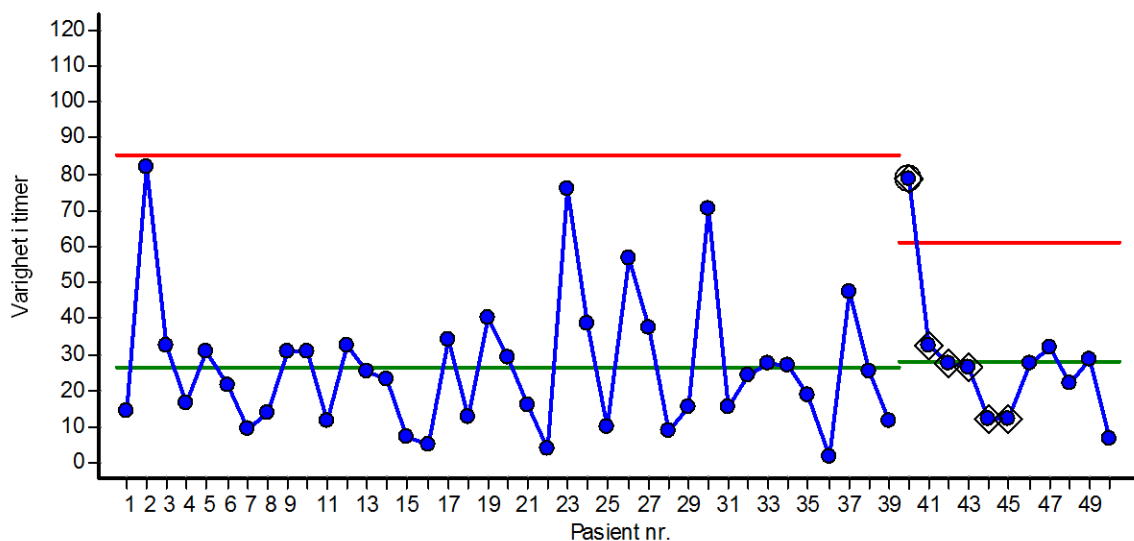


EpiData Analysis Graph

Når det gjelder målet om å gjennomføre induksjonen etter prosedyre, synes det som om vi i stor grad klarer å følge prosedyren. Det er kun registrert 2 avvik fra prosedyren ved hver lokalisasjon. Det må likevel presiseres at vi sliter med å få oppstartstidspunktet gjennomført i henhold til prosedyren, da vi ofte kommer senere i gang om morgenen enn ønsket med de elektive induksjonene. Men når vi først er kommet i gang, følges prosedyren. Noen ganger er induksjonene blitt forsinket av hensyn til forhold hos fødekvinne (usikkert om hun er begynt med rier), eller av hensyn til drift i avdelingen.

I-diagram Tid fra induksjon til fødsel

Fødeavdelingen UNN Harstad

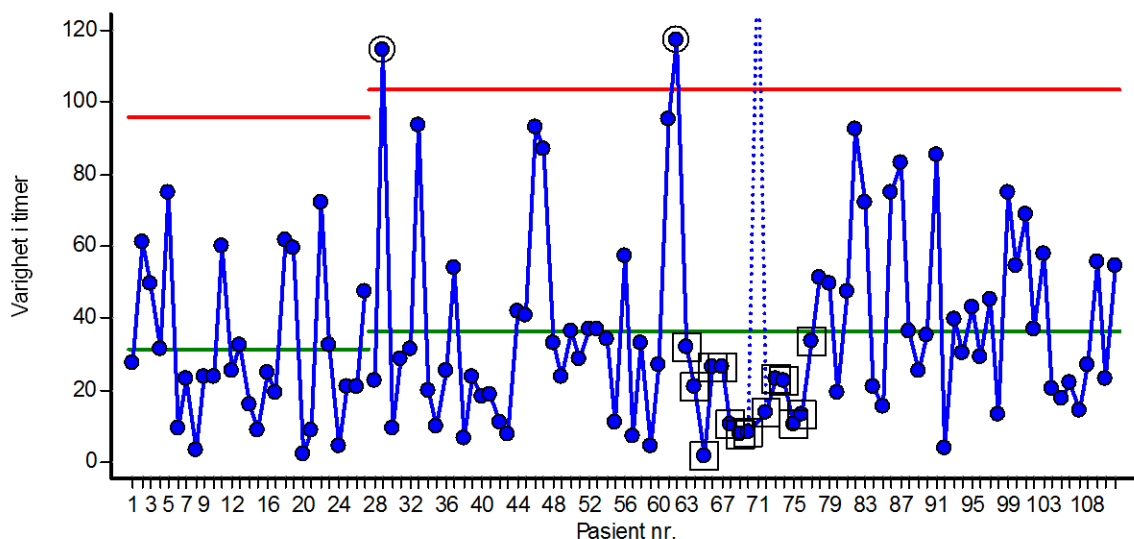


Mean: 26.51 UCL: 85.50 | Mean: 27.93 UCL: 61.06

EpiData Analysis Graph

I-diagram Tid fra induksjon til fødsel

KK UNN Tromsø



Mean: 31.22 UCL: 95.95 | Mean: 36.52 UCL: 103.67

EpiData Analysis Graph

Når vi ser på tallene etter intervensjonen, viser det seg at forskjellene vedvarer. Narvik bruker fortsatt kort tid på induksjonene, og starter tidligere om morgenen på de elektive induksjonene. I Harstad og Tromsø ser det ut som om vi så langt ikke har klart å komme til målet med å forkorte tidsbruken, og å komme i gang tidligere om morgenen. Vi har i Harstad og Narvik klart å redusere variasjonen, noe som tyder på at vi klarer å gjennomføre induksjonene etter prosedyre. Tromsø så ut til å ha et nivåskifte, men det har ikke vedvart. Vi antar at dette skyldes at det har

vært stort press på fødeavdelingen den siste måneden, med nesten doblede fødselstall ift normalen.

I tillegg til det vi ønsket å måle på i prosjektet, har vi også sett på keisersnittene i pasientgruppen. Det er ennå få pasienter, og vanskelig å trekke sikre konklusjoner. Så langt ser det ut som om Narvik har få keisersnitt blant de induserte (1/10), mens Harstad har svært mange keisersnitt (hele 7/11, dvs. 64%). I Tromsø er det 18 av 90 som er forløst med sectio (20%).

Læring

Det er utfordrende å få til møter der deltakerne er spredt på 3 lokalisasjoner og i tillegg jobber vakt/ turnus. Det har også vært vanskelig til å få tid til å jobbe med prosjektet i hverdagen. Vi har blitt oppdatert på aktuell forskning innenfor området. Vi har hatt gode diskusjoner for å komme fram til en god prosedyre om ivaretar faglige/ medisinske krav og som kan fungere praktisk. Prosedyren må ta hensyn til avdelingens rutiner og døgnrytme og tilgjengelig kompetanse for å kunne fungere. Prosedyren skal også kunne benyttes på 3 ulike avdelinger.

Vi har fått implementert felles prosedyre ved alle tre lokalisasjoner ved UNN, i tråd med Nasjonal veileder. Dette oppfattes positivt av personale og fødekvinnene.

Vi ser at det er kapasitetsproblemer i avdelingene som forklarer at induksjonsprosessen trekker ut i tid, og også at oppstartstidspunktet for elektive induksjoner (både grunnet overbelegg av pasienter og bemanningsutfordringer).

Det har vært positivt og givende å jobbe med et felles prosjekt, på tvers av lokalisasjoner og faggrupper.

Vi innser at å gjøre endringer i en stor og heterogen gruppe tar tid og krever ressurser. Vi ser at resultatene kan la seg vente på, og at kontinuerlig evaluering av behandling og resultater er viktig for å sikre trygg og effektiv pasientbehandling.

Narvik og Harstad har god erfaring med sjekklister ved induksjoner, noe som også vil bli vurdert implementert i Tromsø.

For Tromsøs vedkommende er vi i prosess for å få startet elektive induksjoner tidligere på dagen, ved at disse pasientene skal møte ved føde poliklinikk i stedet for i avdelingen.

Vi ser at utfordringene med bemanning og overbelegg må løftes, da dette medfører forsinkelser i pasientbehandlingen. Kvinneklinikken ved UNN i Tromsø har også utfordring med høyt belegg av selekterte risikopasienter, som krever mye bemanningsmessig.

Vi vil fortsette å registrere induksjonene for å se om tiltak som tenkes iverksatt vil gjøre endringer i prosessen. Vi ser for oss at etter at registreringsperioden er over, ønsker vi å følge tidsbruk ved induksjoner, da f eks ved å se på utvalgte perioder, f eks 3 ganger i året.

3. Kvinne-Barn klinikk, Nordlandssykehuset Bodø

Beskrivelse av virksomheten

Kvinneklinikk med 4 fødestuer, observasjonspost, barselavdeling og pasienthotell. Sentralsykehusfunksjon med premature avdeling fra uke 26. Alle risikopasienter fra lokalsykehusene i Nordland fylke selekteres hit. Vi har drøyt 1000 fødsler per år. Litt over halvparten av alle fødende er selektert som risikofødende. Total sectiofrekvens i 2014 var 16,4 %, i Robson gruppe 1 var dette 7,6 %. I 2015 var sectiofrekvensen gått ned til 13,1 %, for Robson I var det en nedgang til 6.8 %.

Hensikten med prosjektet og mål

Hovedmålet med deltakelse i prosjektet har vært å lære en metode for forbedring, faglig utvikling og samhandling med andre kolleger.

- Vi valgte å fokusere på riktig bruk av syntocinon under fødsel hos Robson gruppe I.

- Vi hadde inntrykk av at vi brukte for mye syntocinon hos denne gruppen, og at bruken var tilfeldig. Avdelingen hadde uklare retningslinjer for bruken av medikamentet, og uklar definisjon på protraisert forløp.
- Målet vårt var en reduksjon i bruken av syntocinon på 25 %.
- Vi hadde innført sjekkliste like før prosjektstart, denne ble endret og videreført.
- Sjekklisten skal brukes før oppstart eller ved doseendring av syntocinon.
- Vi planla å endre prosedyren som omhandler stimulering av rier og protraisert forløp.
- Vi planla undervisning og informasjon i kollegiet for å bevisstgjøre den enkelte jordmor og lege.

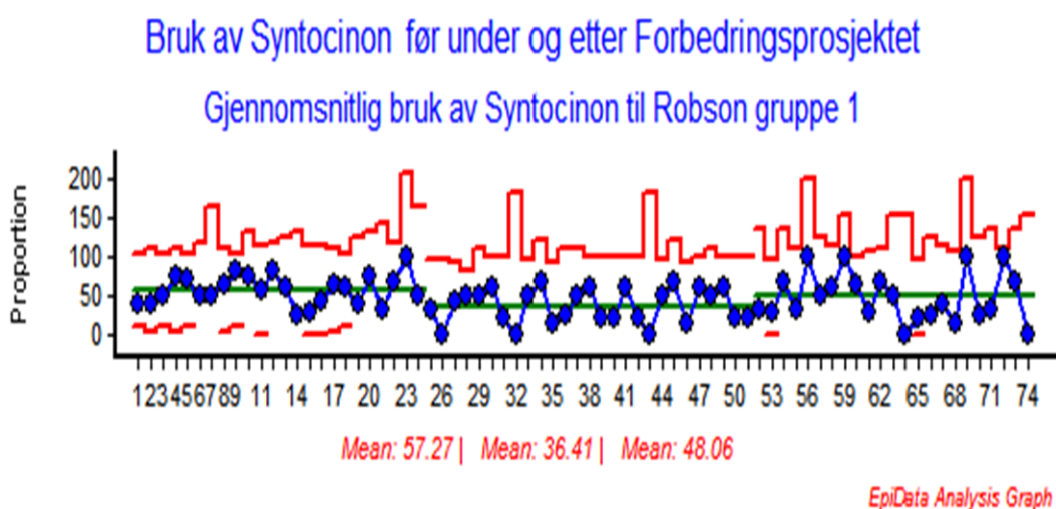
Tiltak

Prosedyre er endret og det er utarbeidet sjekkliste. Veggavis som er hengt opp på fødeavdelingen, observasjonsposten, føde poliklinikk og på møterom for leger og jordmødre. Denne er blitt fortløpende oppdatert. Informasjon om prosjektet står på fødeavdelingens kvalitetstavle. Informasjon til nyansatte og vikarer. Presentere halvårlige statusrapporter på felles møter.

Målinger

- Halvårs statusrapport ble utført som planlagt. Vi så at bruken av syntocinon var igjen økende. Det ble hengt opp oversikt over forbruk på møterom, uten noe mer fokus på utfallet.
- Siste målinger viser økning i prosent bruk av syntocinon sammenlignet med oppnådd forbedring under aktiv prosjekt periode (48 versus 36,4%)
- Det ble innført et nytt forbedringsprosjekt mars 2016 med fokus på å redusere andel fødselsrifter. Det er mulig at det tok fokus fra syntocinon prosjektet?
- Vi har også LAPS- prosjektet for samme gruppe fødende.

Resultat



Grafen viser bruken av syntocinon før, under og etter prosjektet. De første 24 ukene er måling av bruken før prosjektstart. Midterste måling viser bruken under prosjektperioden, siste måling er gjort fra prosjektslutt og ett år etter. Grafen viser en reduksjon på 21 % under prosjektperioden. Etter prosjektslutt er det en økning på 12 % i bruken av syntocinon. Det er en reduksjon på 9 % i forhold til før prosjektstart.

Læring

- Viktig å ha fokus for å opprettholde oppnådd forbedring.
- Mulig at en nasjonal rapportering med jevne mellomrom ville opprettholdt fokus og motivasjon til vedvarende forbedring.
- Vi burde ha aksjonert i en tidlig fase når vi så at bruken av syntocinon økte.

4. Fødeavdelingen Sykehuset Levanger

Beskrivelse av virksomheten

Gynekologi- og fødeavdeling med ca. 1000 fødsler i året, fra og med svangerskapsuke 30. Gynekolog, anestesilege og pediater tilgjengelig hele døgnet. 2-3 jordmødre på vakt til enhver tid, samt barnepleier. 4 fødestuer, 13 barselsenger og 6 gyn. senger, samt voldtektsmottak og gyn. dagkirurgi.

Hensikten med prosjektet og mål

Fokus på riktig bruk av oksytocin ved fødsel og håndtering av langsom fremgang i fødsel for å bedre fødselsovervåkingen ved avdelingen. Se om dette kan medvirke til at keisersnitt kun utføres når det er tilstrekkelig begrunnet.

Riktig håndtering av langsom fremgang i fødsel ved å øke bruken av fødepartogram med varsel- og tiltakslinjer til 80 % av alle vaginale fødsler.

Redusere bruken av oksytocin under fødsel ved å lage detaljerte retningslinjer for stimulering av rier under fødsel.

Tiltak

1. Synlig fødepartogram på PC på fødestua under hele fødselen. PC skal stilles slik at bildet ikke forsvinner, og man slipper stadig innlogging mens fødselen foregår.
2. Partogrammet skal starte (først) når det er 4 cm åpning og «gode rier». Gode rier defineres her som minst 2 rier per 10 min av minst 45 sek varighet.
3. Varsellinje skal startes ved 4 cm (def. aktiv fødsel).
4. Oksytocin skal ikke gis før tiltakslinje passerer.
5. Når tiltakslinje passerer, skal man vurdere hva som forsinker framgangen. Hvis det ikke kan påvises mekanisk misforhold eller andre disponerende faktorer, skal oksytocin startes straks (må i så fall være forberedt før linjen passerer). Hvis intakte hinner, gjøres amniotomi først og man venter 1 time før oksytocin evt. startes.

Målinger

Vi ønsket å undersøke hvordan vi kunne få til en mer aktiv bruk av partogram med varsellinje og tiltakslinje. Det er solid dokumentasjon for at dette gir resultater i obstetrikken. (WHO recommendations for augmentation of labour. 2014).

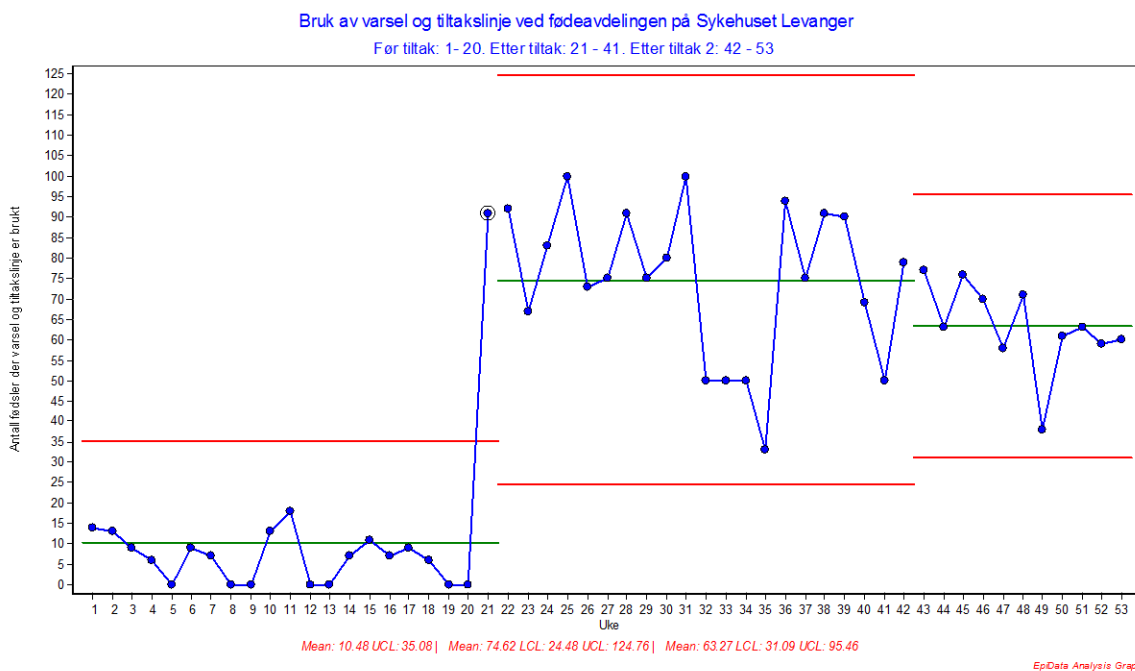
Vi antok at dette tiltaket kunne gi redusert bruk av oksytocin ved avdelingen.

For best mulig kunnskap i personalet, prioriterte vi flere møter mellom ansvarsgruppen, legene og jordmødrene i avdelingen og la vekt på å selge prosjektet inn som et tiltak med sannsynlig lettere og tryggere arbeid for den enkelte. Vi sørget for at det ble holdt flere møter, slik at alle fikk anledning til å delta. I tillegg «tavlemøter» (spontane 10 min. innlegg for jordmødre i vaktskiftet.) Vi målte så på andel fødsler pr uke hvor det ble brukt partogram med varsellinje og tiltakslinje. På samme måte målte vi andel fødsler hver uke hvor oksytocin var benyttet. Materialet var alle våre fødsler i de 20 ukene før prosjektstart (uke 1-20 i 2015) og i 20 uker etter prosjektstart. Alle elektive sectio ble ekskludert.

Etter prosjektslutt er dette målt i seks 14-dagers perioder fra våren 2015 tom våren 2016.

Resultater

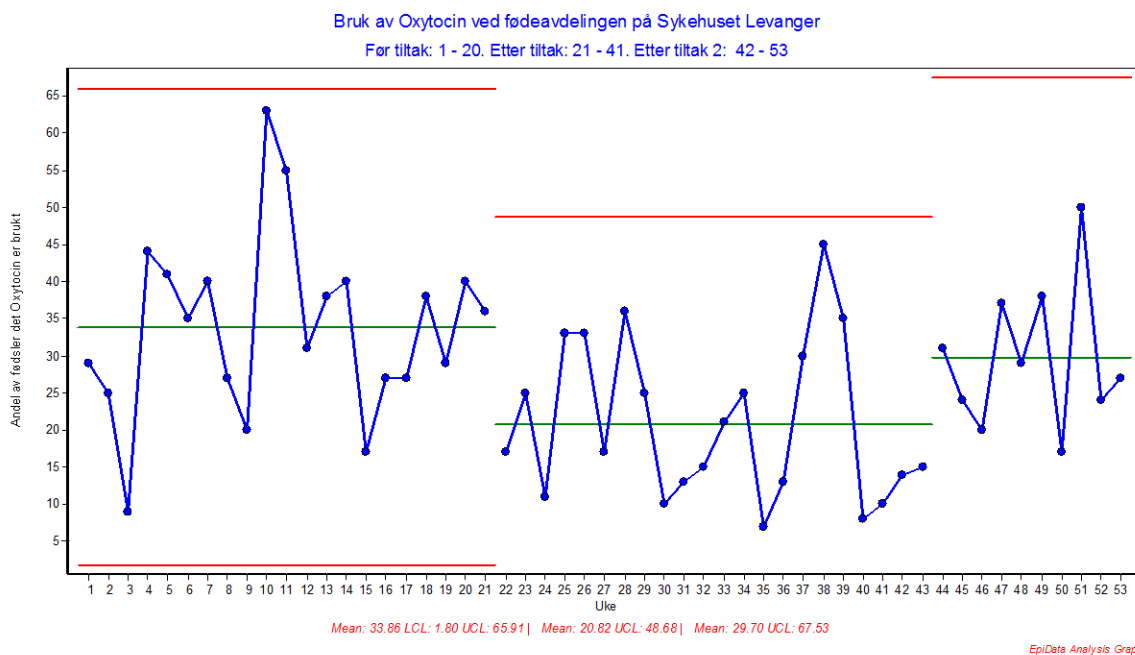
Varsel- og tiltakslinjer



Resultatene viser at vi i baseline (uke 1-20 i 2015) gjennomsnittlig brukte partogram med v/t-linje i 6 % av fødselene. Etter at prosjektstart endret dette seg raskt til 75 %. Slik holdt det seg til januar 2015. Det har ikke vært noen signifikante perioder med avvik fra dette gjennomsnittet.

Etter prosjektslutt har bruken av partogram med v/t-linjer gått ned til et gjennomsnitt på 63 %.

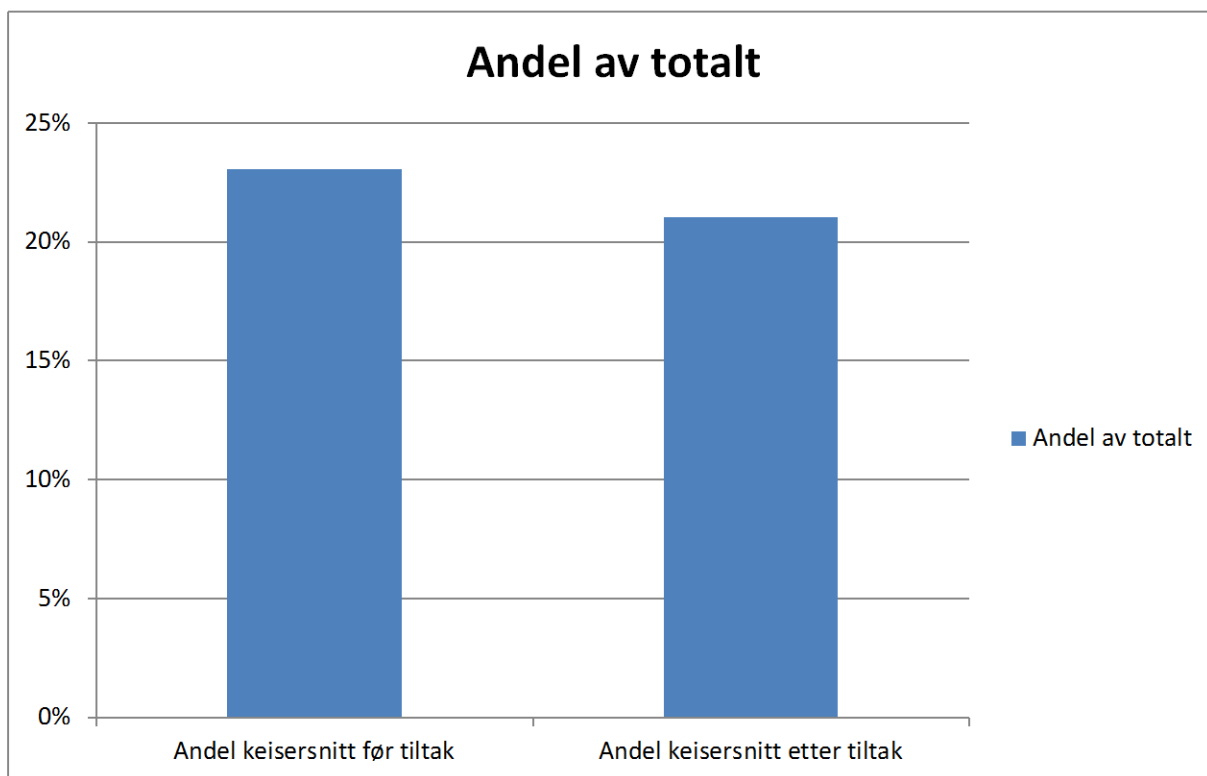
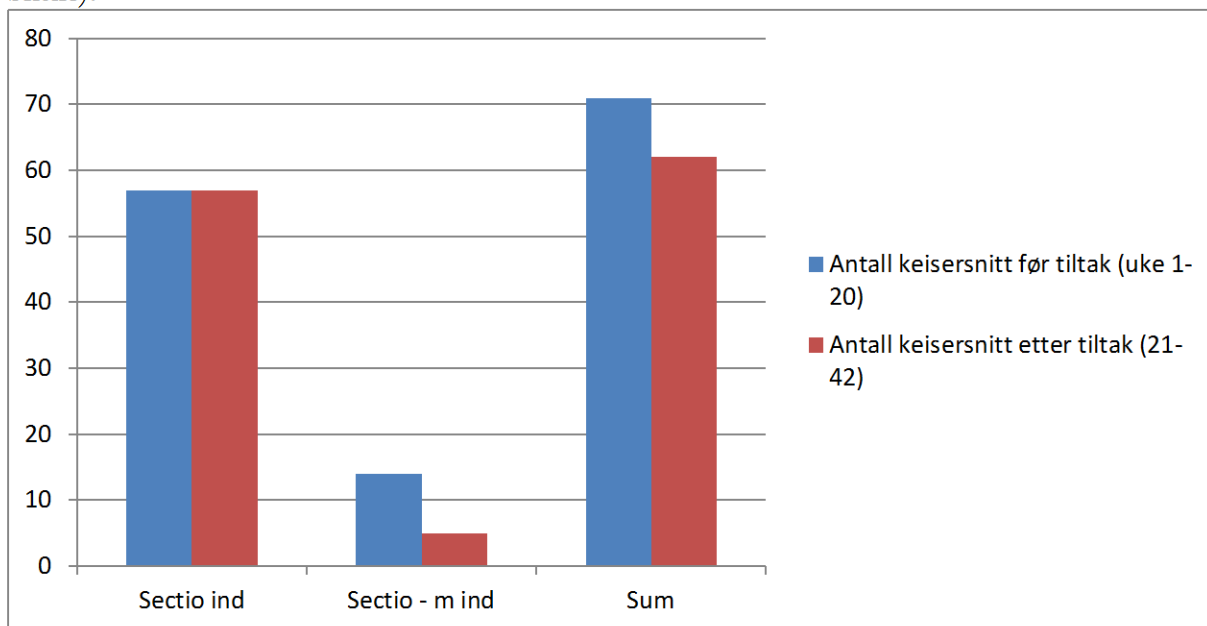
Oksytocin



På samme måte opplevde vi at gjennomsnittet for bruk av oksytocin falt fra 33 til 22 %. Etter prosjektslutt er gjennomsnittet gått opp, og viser gjennomsnitt på 29 %. Dette stemmer også med statistikk i Natus i denne perioden.

Keisersnitt

Andelen keisersnitt uten medisinsk indikasjon er målt før prosjektstart og i prosjektperioden, og målingene viser en nedgang i andelen keisersnitt uten medisinsk indikasjon (fødselsangst/ eget ønske).



Læring

Vi har ervervet kunnskap om et godt verktøy for å måle forbedringer i fødeavdelingen. Viktig med tett oppfølging i prosjektperioden, og også oppfølging og påminnelse videre. Forankring i avdelingens ledelse, og videre at alle involverte i prosjektet blir informert og er delaktige – får et eierskap til prosjektet.

5. Sykehuset Namsos, Fødeavdelingen

Beskrivelse av virksomheten

Sykehuset Namsos har en kombinert føde/barselavdeling med gynekologiske pasienter i tillegg (ikke kreftpasienter). Det er fire gynekologiske senger, to fødestuer, ett kombinertrom (brukes etter behov), sju barselrom/observasjonsrom.

Hensikten med prosjektet og mål

Man har ved avdelingen valgt å rette fokuset mot bruken av oksytocin. Dette med utgangspunkt i at langt de fleste akutte keisersnitt har indikasjonene protrahert forløp/truende asfyksi. Vi har ikke endret noe på målet underveis i prosjektet.

Hovedmålet med deltakelse i prosjektet har vært:

Skaffe pålitelig kunnskap/statistikk om hvordan egen avdeling fungerer i form av behandling og utfall for den enkelte fødende. Bevisstgjøre og motivere hele kollegiet med tanke på videre, kontinuerlig forbedringsarbeid.

Ønsket måloppnåelse i prosjektperioden:

Andelen akutte keisersnitt viser fallende tendens 17,1%. Målet på 30% reduksjon er ikke nådd. Men vi er ikke ferdige.

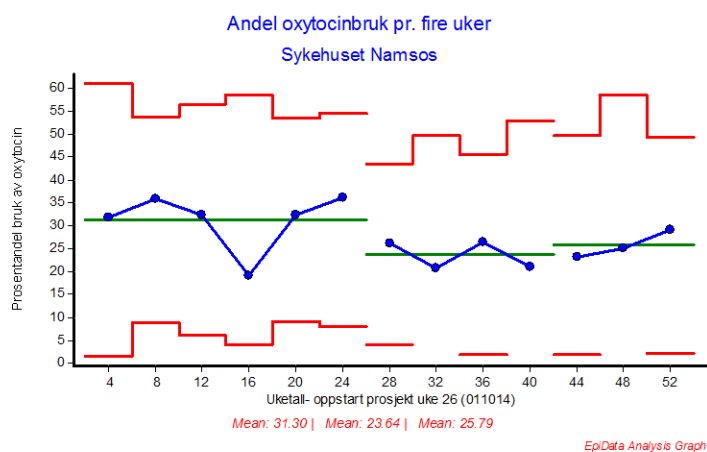
Tiltak

Vi har kartlagt resultatene i avdelingen før prosjektet startet (april t.o.m. september 2014), og sammenlignet med resultat som kom underveis i prosjektperioden med oppstart 1. oktober. Ved hjelp av data fra Imatis Natus og håndskrevet fødselsprotokoll frembragte vi vaskede data som kartla bruken av oksytocin og forekomsten av akutte keisersnitt. Vi tilrettela for grundigere gjennomgang av kompliserte fødsler fortløpende på morgenmøter i avdelingen.

- Vi har tatt ut månedsvise statistikk fra Imatis Natus for å vurdere evt. endringer.
- Vi innførte varsel- og tiltaklinje med fire timers mellomrom og opplæring i bruk av denne, og har også sett på bruken av denne – dette er pr i dag godt implementert.
- Laget sjekklister for oppstart av oksytocininfusjon, og har også sett på bruken av denne. Dette er nå godt implementert.
- Gått igjennom prosedyren for bruk av oksytocin.
- Hatt fokus på den naturlige fødsel og myke tiltak.
- Fått endret prosedyre for matinntak ved bruk av epidural. Tidligere fikk kvinnene kun klare væsker ved epiduralanestesi. Dette var en kultur blant anestesileger.
- Det lages veggavis med informasjon om framdriften i prosjektet til de andre ansatte
- Laget poster
- Laget ulike grafer for å prøve å fremstille resultat på ulike måter.
- Gått igjennom alle akutte keisersnitt for å vurdere fødselshjelpen og årsaken til keisersnitt. Vurdert om det er forbedringspotensial.
- Det har vært en gjennomgang av avdelingens møtestruktur, slik at det fremover er avsatt faste dager/timer med tanke på optimalisering av tilgjengelighet, oppmøte og innhold.

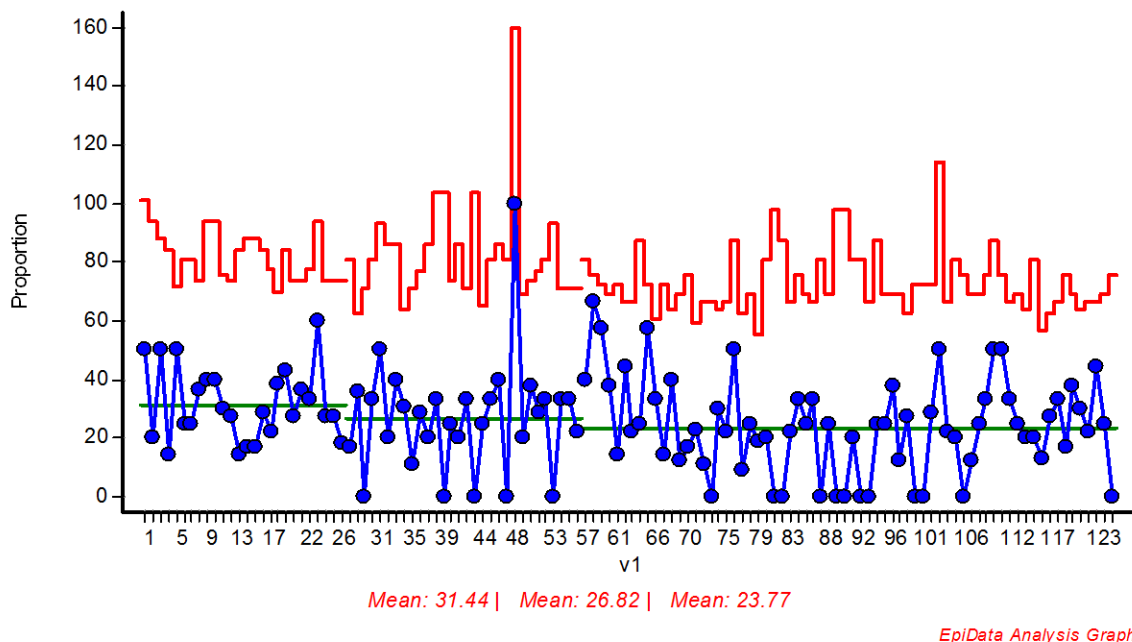
Målinger

- Bruk av varsel- og tiltakslinje: Gått inn i partogrammene og telt manuelt. Fra prosjektstart tom. 24/3-15 er den satt inn i 64,6% av fødslene. Fra 24/3-15 tom.26/4-15 er varsel- og tiltakslinja satt inn i 81,4% av alle fødslene. Ca. halvparten av fødslene uten varsel- og tiltakslinje har vært raske fødsler. Dvs. en signifikant økning i bruk!
- Andel bruk av oksytocin: Brukt tall fra Imatis natus. Før prosjektstart 33,9%. Etter prosjektstart 30,9% dvs. en nedgang på 8,85 % bruk. Graf under viser tendens til mindre variasjon.

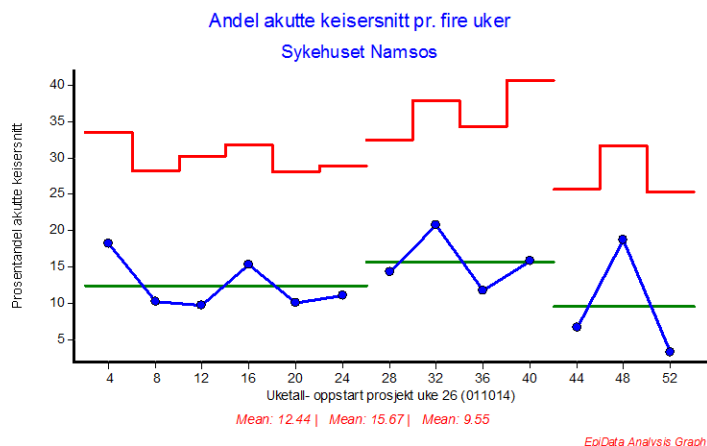


Etter prosjektslutt (26/4-15) er andelen bruk av oksytocin 23,7%, dvs. en nedgang på 24,3% (før prosjektstart 31,44% i egne tall) Se nedenfor.

Prosentandel fødsler med bruk av oxytocin - forhåndsdata/prosjektperiode/tiden etter

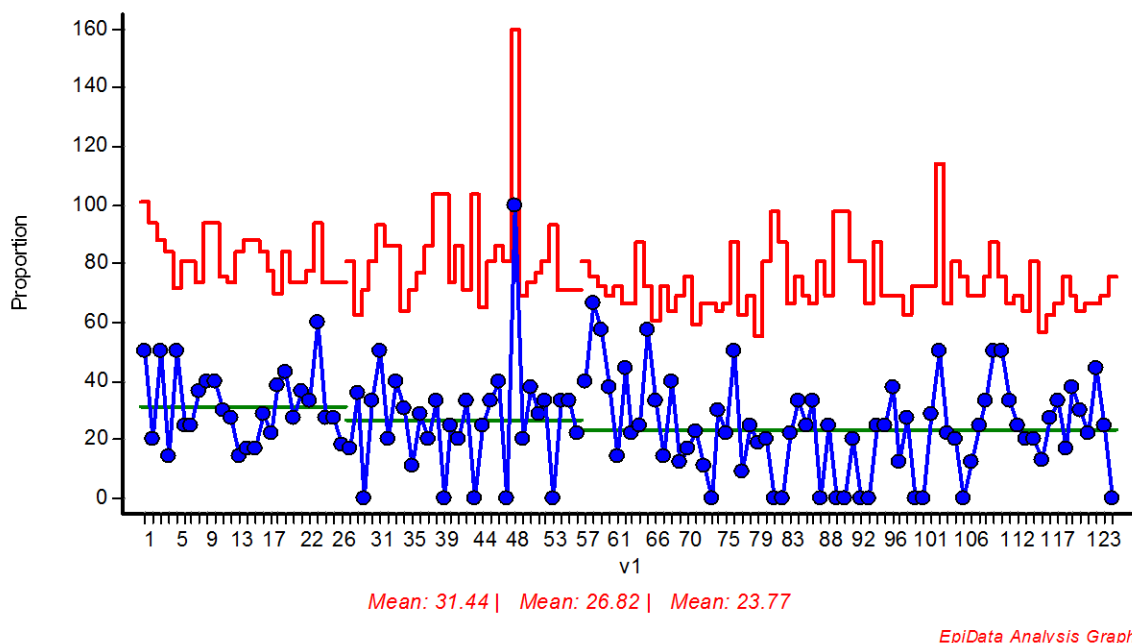


Andel akutte keisersnitt: Brukt tall fra Imatis natus. (opprinnelig planlagt keisersnitt er ikke medregnet) Før prosjekt 12,3%, etter prosjektstart 12,9%. Splittes prosjektperioden, blir det først en økt andel, og deretter lavere andel enn før prosjektstart. Se graf nedenfor.



Etter prosjektslutt (26/4-15) er andelen akutte sectio 10,9%, dvs. en nedgang på 17,1% (før prosjektstart 13,1 % i egne tall) Se nedenfor.

Prosentandel fødsler med bruk av oxytocin - forhåndsdata/prosjektperiode/tiden etter



Resultat

Vi hadde en forhåpning om at vi hadde satt inn effektive tiltak for å redusere forekomsten av akutte keisersnitt. Målingene viser svakt redusert bruk av oksytocin. Gjennom vurdering av de akutte keisersnittene kan vi ikke se at bruk av oksytocin i vår avdeling er noen direkte årsak til akutte keisersnitt. Med innføring av prosjektet har vi standardisert en del av oppfølgingen av de fødende.

- o Små tall gir store variasjoner prosentvis.
- o Innføring av varsel- og tiltakslinje har fungert godt.
- o Bruken av oksytocin går ned, det samme gjør andelen av akutte keisersnitt – sammenhengen er vanskelig å vurdere.

Læring

Vi i gruppa har lært en ny metode i prosjektarbeid. Det at noen i avdelingen jobber med forbedringsarbeid, gir en positiv effekt hos de andre ansatte som igjen blir mer engasjert. Man registrerer en positiv holdning til prosjektets hensikt i kollegiet.

Det synes å være en gunstig tendens vedrørende bruk av oksytocin og andel akutte sectio. Gjennomgang av egne data har også avslørt en for høy andel elektive sectio og høy andel av akutte sectio hos induserte førstegangs fødende. Det utredes tiltak vedrørende dette – mulig nytt prosjekt.

Veien videre

- o Enda mer fokus på gjennomgang av kompliserte fødsler på morgenmøtene
- o Fortsette å holde fokus på den normale fødselen
- o Se på indikasjoner for elektive keisersnitt
- o Fokus på førstegangs fødende

6. Førde sentralsjukehus Kvinneklinikken

Beskrivelse av virksomheten

Kvinneklinikk med felles føde-/barsel-/gynekologisk avdeling. 12 barselsenger. 4 fødestuer. 3 observasjonssenger. 910 fødsler i 2014.

Hensikten med prosjektet og mål

Før prosjektstart har det i avdelingen vært liten felles forståelse for bruk av oksytocin i fødsel. Dette medfører til en viss grad, tilfeldig bruk av medikamentet. Vi ønsker å oppnå en mer bevisst bruk av oksytocin under fødsel, for å unngå å bruke dette i fødsler der det ikke foreligger indikasjon.

Hovedmålet med deltakelse i prosjektet har vært å redusere oksytocin i fødsel med 20 %.

Tiltak

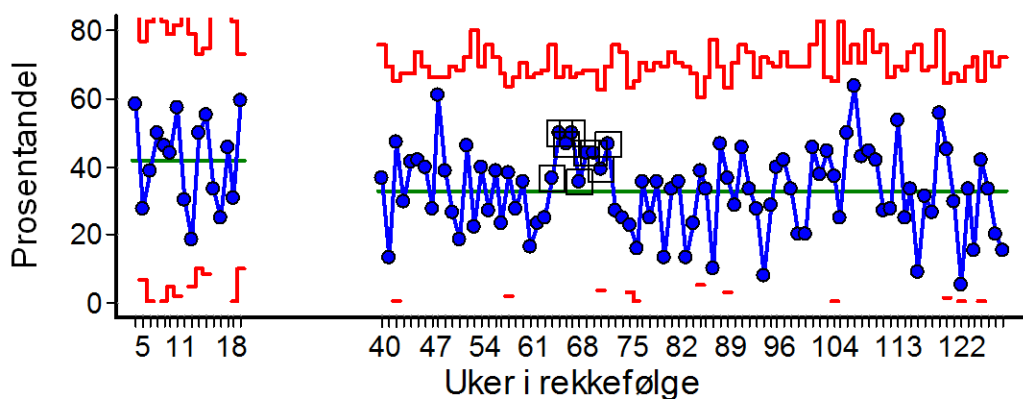
- Tidspunkt for start av fødsel, aktiv fase, skal dokumenteres i eget felt i fødeprogrammet Natus. Dette medfører at jordmødre må være bevisst på om kvinnen er i latensfase eller aktiv fødsel.
- Bruk av varsel- og tiltakslinje på alle fødende. Denne settes på det tidspunkt kvinnen er i aktiv fødsel, for å kunne identifisere langsom fremgang i fødsel.
- Innføring av nye prosedyrer for stimulering av rier.
- Innføring av sjekklister ved oppstart av oksytocin, samtidig noteres i eget notat i Natus årsaken til oppstart av oksytocin.
- Whiteboard på vaktrom med fokus på prosjektet og oppnådde målinger.
- Gjentatt informasjon på jordmormøte, personalmøte og møte i legegruppen.

Målinger og resultater

Det første P-diagrammet nedenfor viser at vi har hatt en reduksjon i bruken av oksytocin fra 41,81 % til 33,00 %, dette innebærer en reduksjon på 21,07 %. Videre har vi sett på om dette har hatt noen innvirkning på andel sectio i perioden. De neste P-diagrammene viser at vi har hatt en reduksjon i total sectio, men ingen endring i de akutte. Vi har og satt opp et P-diagram der vi bare har med de akutte sectio som oppstår etter fødselsstart, vi ser heller ingen reduksjon her. Her har vi bl.a. ekskludert inntak med rier/ev. vannavgang, der det allerede er bestemt elektivt sectio. Vi har også ekskludert akutte situasjoner der kvinnen blir forløst med sectio uten å gå i fødsel.

P diagram andel syntocinon i prosent

KK Førde

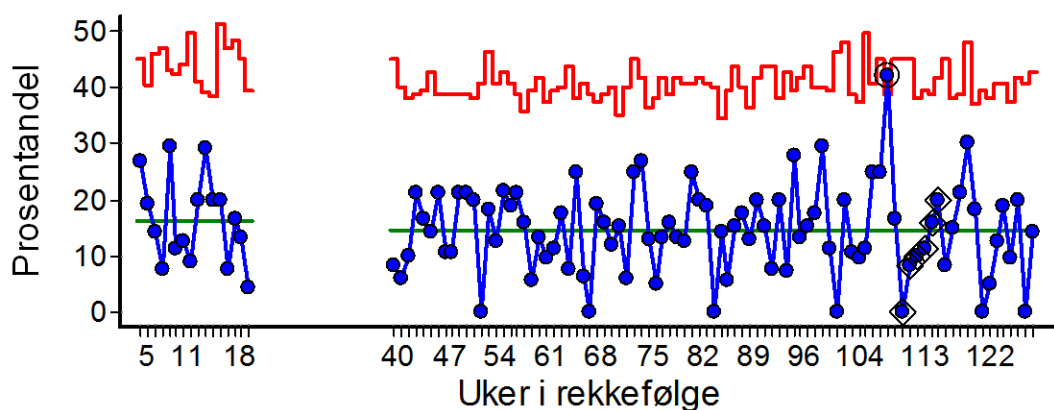


Mean: 41.81 | Mean: 33.00

EpiData Analysis Graph

P- diagram Andel total sectio

KK- Førde

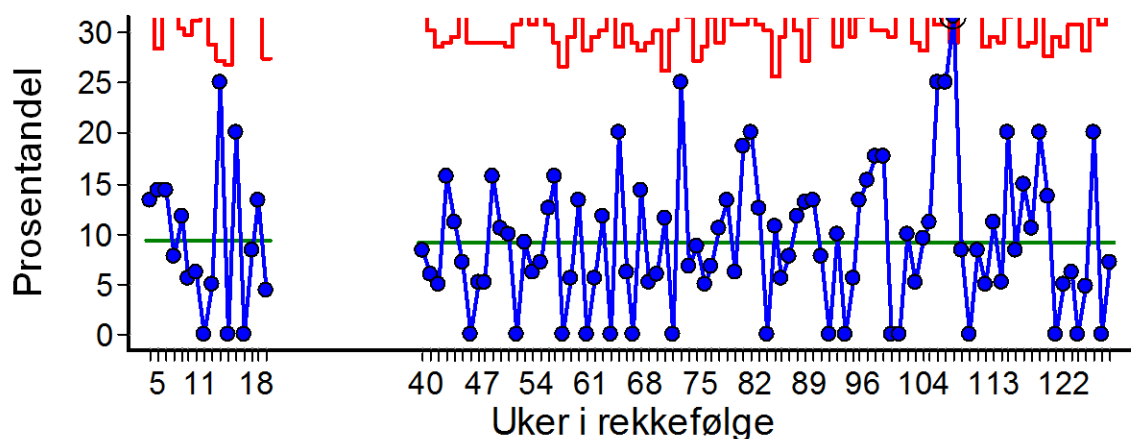


Mean: 16.31 | Mean: 14.49

EpiData Analysis Graph

P-diagram Andel akutte sectio

KK Førde

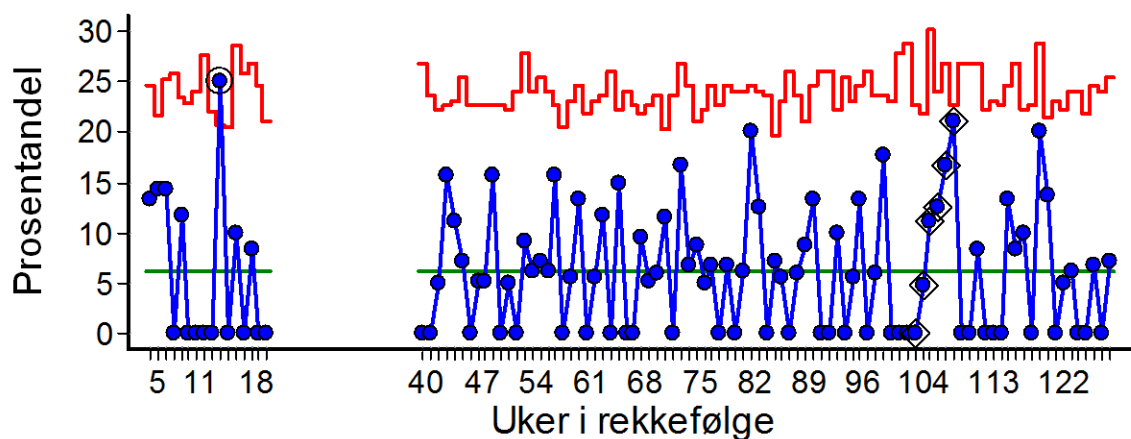


Mean: 9.32 | Mean: 9.20

EpiData Analysis Graph

P-diagram Andel akutte sectio i fødsel

KK Førde



Mean: 6.06 | Mean: 6.13

EpiData Analysis Graph

Læring

Vi har lært at det å gjennomføre endringer i avdelingen krever at alle jordmødre og leger ser nytten av prosjektet, samt at vi utøver kunnskapsbasert praksis. Vi har fått mer fokus på den normale fødsel og fremme progresjon i fødsel med "myke tiltak". Ellers har vi lært at det er viktig med gjentatt informasjon. En utfordring har vært samkjøring av informasjon til ulike profesjoner. En av årsakene til dette er at vi ikke har en felles arena for informasjonsoverføring utover whiteboard.

7. Helse Fonna, Haugesund sjukehus

Beskrivelse av virksomheten

Haugesund sjukehus er ett av sjukehusene i Helse Fonna. Kvinneklubben er en del av kirurgisk avdeling, og består av poliklinikk, fertilitetsavdeling og en kombinert føde/gyn/barselenhet. Vi har ca. 1500 fødsler i året. Føde/barsel avdelingen disponerer 26 senger.

Hensikten med prosjektet og mål

Hensikt med prosjektet var å få flere kvinner i Robson 1 og 2a til å føde normalt uten operativ forløsning. Vi håpet å holde keisersnitt frekvensen uendret.

- Vi ønsket ved hjelp av korrekt bruk av oksytocin, bruk av aksjonslinje, «sjekklister trygg fødsel» og «sjekklister oksytocin» å oppnå våre hovedmål;
 - o Robson 1 normal fødsel 75%
 - o Robson 2a normal fødsel 60%

Vi har valgt å fokusere på Robson1 og 2a fordi vi vet at oksytocinbruk og intervensjoner er høyest i disse gruppene. Hvis vi klarer å få disse kvinnene gjennom sin første fødsel på en bra måte håper vi sekundært å kunne redusere antall inngrep hos flergangsfødende.

Tiltak

- Øke bruk av aksjonslinje.
- Fokus på lik definisjon av aktiv fødsel.
- Øke bruk av «sjekklister trygg fødsel».
- Innføre «sjekklister oksytocin».
- Innføre ny prosedyre stimulering av rier.

Vi har ikke testet ut forbedringen i liten skala først. Vi valgte å innføre endringen for alle fødende fra 17.november 2014. Vi informerte personalet på forhånd, og laget mapper med informasjon om prosjektet lett tilgjengelig for de ansatte i avdelingen.

Vi har hatt regelmessige og spontane møter i avdelingen der vi har informert og diskutert prosjektet, prosedyrer og resultater.

Målinger

Tall er hentet ut fra Natus og dips og overført til Excel. Vi har brukt både EpiData Analysis og kakediagram til fremstilling av data.

Resultat

Aksjonslinjebruk: Før intervensjon 38,7% og etter 58,5%.

Bruk av »Sjekklister trygg fødsel»: Før intervensjon 74,2% og etter 86,6 %.

Oksytocinbruk: Før intervensjon 48,6% og etter 40,6%.

Bruk av «Sjekklister oksytocin» 63,6%.

Sfinkterruptur: Før intervensjon 14/357(3,9%), og etter 14/394(3,6%).

Blødning > 1000 ml: Før intervensjon 21/385(5,5%) og etter 19/426(4,5%).

Apgar 5 min < 7: Før intervensjon 9/385(2,3%) og etter 6/426(1,4%).

Metabolsk acidose: Før intervensjon: 2/385 og etter 1/426.

Læring

Det er tidkrevende, men det nytter. Forbedring er oppnådd.

Jevnlig fokus er nødvendig for å opprettholde resultater.

Sjekklister oksytocin er blitt forenklet og slått sammen med sjekklister operativ vaginal forløsning.

8. Kvinneklinikken, Haukeland universitetssykehus

Beskrivelse av virksomheten

Kvinneklinikken ved Haukeland Universitetssjukehus består av tre fødeenheter; Storken, Føde 1 og Føde 2. Storken er en normalenhet med fire fødestuer, hvor det i 2015 ble født 1100 barn. Føde1 og Føde 2 hadde i 2015 til sammen 4000 fødsler i året fordelt på 12 fødestuer. Det meste av patologi plasseres på Føde 1, Føde 2 er mer en normalenhet med epiduralbruk. Føde1 har 8 fødestuer og føde 2 har 4.

Storken var ikke med i prosjektet fra starten av. Dette på grunn av at de sjelden benytter oksytocinstimulering, og da kun i siste del av utdrivningsfasen. Imidlertid synes vi at også disse tilfellene burde ha optimal bruk av oksytocin, så derfor ble Storken inkludert etterhvert.

Hensikten med prosjektet og mål

Vi ønsket å innføre sjekklister før oppstart av oksytocindrypp. Dette fordi vi vurderte praksis til ikke å være i tråd med eksisterende retningslinjer, og for å sikre at de fødekvinnene som trenger det, får optimal behandling med oksytocindrypp gjennom fødsel.

Det ble etablert en prosjektgruppe bestående av tre jordmødre og en lege.

Tallfestet mål var at sjekklister før oppstart av oksytocindrypp skal være benyttet ved 98% av alle fødsler der oksytocindrypp er benyttet.

Tiltak

1. Definere aktiv fase av fødselen etter WHO's definisjon, og innføring av varsel og tiltakslinje i fødeprogrammet Natus.
2. Innføring av sjekklister i forkant av ristimulering med oksytocin.
3. Innføring av «time-out» jevnlig, etter oppstart av ristimulering, frem til fødsel.

Eksisterende retningslinjer for prosedyren «Bruk av oksytocinstimulering av rier» ble revidert. Vi innførte bruk av varsel- og tiltakslinjen i fødeprogrammet Natus. Vi innførte felles definisjon av når kvinnene vurderes å være i aktiv fødsel, etter WHO's definisjon.

Videre benyttet vi alle muligheter til å skape engasjement for prosjektet blant våre kollegaer, via informasjon på dagseminar, morgenmøter, avdelingsmøter og mail. Vi forsøkte å skape en positiv ramme rundt prosjektet med kaker og lunsjmøter der alle var inviterte. Felles informasjonsmail ble ukentlig sendt til alle jordmødre.

Det ble hengt opp tavler på fødegangene med informasjon om antall dager gått siden barn ble født med Apgar <7 etter 5 minutter, og antall dager siden barn ble født med metabolsk acidose. Resultat av sjekklisterbruk per måned ble presentert på tavlen.

Vi involverte brukerrepresentanter i planleggingen av sjekklisten, og disse medvirket også underveis.

Det ble innført papir sjekklister før oppstart av oksytocindrypp med timeout hver 4. time. Skjemaene ble hver måned manuelt talt opp og sammenholdt med informasjon om oksytocinbruk fra fødeprogrammet Natus. Prosenttallene fra hver avdeling ble så plassert et SPC diagram.

Sjekklistene ble utprøvd i liten skala, revidert og iverksatt i papirutgave. Etter at vi nådde omtrentlige mål, 90 % i april 2016, ble papirsjekklistene erstattet med en laminert sjekklister i lommeformat.

Den laminerte lommeutgaven ble utdelt til jordmødrene og festet til alle infusjonspumpene som benyttes ved oksytocin infusjon. I tillegg henger den på stativet til vakuumpumpene.

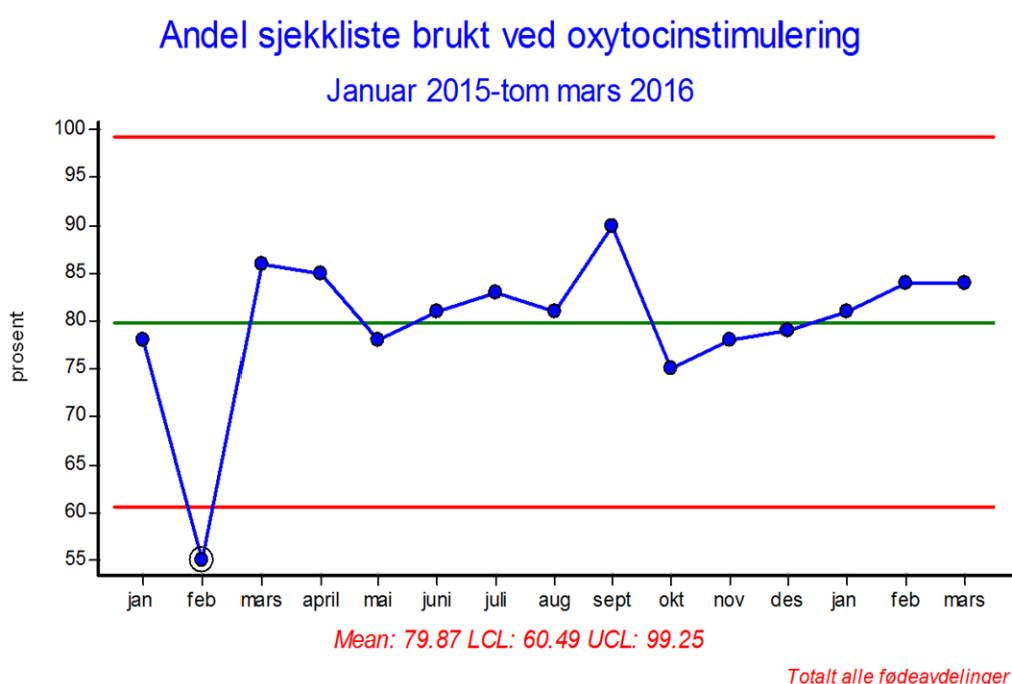
To måneder etter at den laminerte sjekklisten ble innført, delte vi ut spørreskjema til jordmødrene for å høre hvordan de opplever endringen fra papirutgave til lommeformat og for å høre hvor i kvinnens fødeprogram de mener det er naturlig å dokumentere at sjekklisten er gjennomgått.

Målinger

Personalet ved Føde 1 og Føde 2 har i varierende grad benyttet sjekkliste før oppstart av Oksytocindrypp. De ansatte ved Føde 2 kom raskt opp i 90 % bruk av sjekkliste. Føde 1 trengte lengre tid. Storken har for det meste hatt høy etterlevelse i forhold til bruk av sjekklisten for oksytocinbruk, men her må det påpekes at de har svært få tilfeller per måned. Vi opplevde sårbarhet ved fravær av prosjektgruppen blant annet ved avvikling av ferier.

Prosjektmedlemmene fra Føde 1 og Føde 2 går ikke nattevakter, og dette oppdaget vi var uheldig når det gjaldt å nå alle ansatte.

Resultat



Grafen over viser bruk av sjekkliste før oppstart av oksytocindrypp fra 2015 til mars 2016. Gjennomsnittlig i denne perioden har sjekkliste blitt benyttet i 85 % der oksytocindrypp har vært benyttet. Den kraftige nedgangen i februar 2015 sees i sammenheng med at vi åpnet Føde 2. September 2015 var en ekstrem travel måned, - da er det fint å se at vi hadde høy bruk av sjekkliste før oksytocindrypp.

Vi hadde som tallfestet mål at sjekkliste skulle ha blitt benyttet ved 98 % for all bruk av oksytocindrypp. Dette var sannsynligvis et for høyt mål. Derfor sa vi oss fornøyde da vi målte 90 % hos Føde1, som er den største avdelingen.

Kvinneklinikken ved Helse Bergen har vært pilot i prosjektet Trygg Fødsel, med utarbeidelse av sjekklister før blant annet oppstart av oksytocindrypp. Derfor har prosjektgruppen hatt mulighet til å følge opp bruk av sjekkliste før oksytocindrypp.

Dokumentering av at lommeformat sjekklisten er gjennomgått er foreløpig litt variabel. Det regnes med at fødeprogrammet Natus fra januar 2017 vil ha en egen rubrikk i oppsummering av fødsel hvor en skal markere at sjekkliste er brukt.

Læring

- Det er vesentlig at gruppemedlemmene får avsatt tid til prosjektarbeid.
- Nøkkelpersonell fra alle berørte enheter må være med i arbeidsgruppen.
- Tilgjengelighet og informasjon av gruppemedlemmene når spørsmål oppstår hos kollegaer og konkret oppfølging/ tilbakemelding til kollegaer der en ikke er tilfreds med bruken av sjekklister
- Prosjektet må være godt forankret i ledelsen, og de må etterspørre resultater.
- Medvirkning blant kollegaene er vesentlig for å få til endring.
- Medvirkning av brukerrepresentant er nyttig.
- Forbedringstiltak bør være enkle og gjennomførbare.
- Kreativitet i prosjektet lønner seg. Det bør «utmerke seg» blant alle andre prosjekt som pågår.
- Prosjektgruppens medlemmer trenger påfyll/veiledning når de begynner «å gå tomme».

Vi mener det er en stor kvalitetsforbedring å innføre sjekklister i ulike stadier under en fødsel slik vi har gjort. Det sikrer at alle pasienter får best tilgjengelige fødselshjelp og at våre anbefalinger og retningslinjer følges. Dessuten har vi erfart at det gir rom for større medvirkning fra fødekvinnen og hennes partner.

9. Akershus universitetssykehus

Beskrivelse av virksomheten

Sykehuset har en Kvinneklinikk med 2 fødeenheter:

Fødetun A er lavrisiko enhet med ca. 1000 fødsler per år, 4 fødestuer.

Fødetun B tar imot risikofødende kvinner og friske kvinner som ønsker epidural. Har ca. 4000 fødsler per år, 8 fødeenheter.

Obs post: 6 senger. Barselhotell med 20 senger og Barsel sengepost med 21 senger

Hensikten med prosjektet og mål

Vi hadde inntrykk av at det var ulik praksis i håndteringen av langsom fremgang, bruk av rstimulerende medikament (oksytocin) og variasjoner i måten disse fødslene ble ledet på. Vi trodde at mer optimal praksis i avdelingen ved langsom fremgang kunne redusere behovet for keisersnitt.

Hovedmålet med deltakelse i prosjektet har vært å få en mer enhetlig håndtering av fødsler med langsom fremgang, og å unngå både over- og underforbruk av oksytocin.

Vi hadde som målsetning å redusere antall keisersnitt i Robson gruppe 1 og 2A med 20 %.

Tiltak

- Vi gjorde målinger på antall keisersnitt i gruppene
- Prosedyren for langsom fremgang og stimulering med oksytocin ble gjennomgått og revidert. Definisjon for aktiv fødsel ble endret, og bruk av varsellinje og tiltakslinje ble presisert i selve prosedyren
- Bruk av sjekklister for tiltak før oksytocinstimulering ble tatt i bruk fra januar 2015
- Det ble laget egen prosedyre for kontinuerlig tilstedeværelse av jordmor under aktiv fødsel ("en- til-en" jordmor).
- "En-til-en" jordmor ble brukt fra mars 2015
- Intermitterende CTG ved epiduralanalgesi (EDA) uten andre risikofaktorer, for å motvirke unødvendig immobilisering under fødsel, ble tatt i bruk april 2016.

Leger og jordmødre ble gjennom prosjektperioden fortløpende informert mål om tiltakene i informasjonsmøter, og ved skriftlig informasjon som mail og oppslagstavler med informasjon om prosjektet på begge fødeavdelingenes vaktrom.

Målinger

Vi har ikke gjort nye målinger av keisersnittfrekvens i aktuelle Robsongrupper i 2016. Vi så at keisersnittfrekvensen er nærmest uendret i de 2 gruppene, det er mulig at det er en liten nedgang i bruk av keisersnitt i Robson gruppe 2 A ved siste måling i 2015.

Det er ønskelig å unngå flest mulig keisersnitt med hovedindikasjon føtalt distress. Disse er forbundet med større grad av hast, større risiko for mor, og også mer traumatisk for parene. Vi har derfor sett på fordelingen av keisersnittfrekvens mellom gruppene hvor hovedindikasjon var langsom fremgang og føtal distress i 2014 og 2015. Her var det ingen signifikante endringer.

Resultat

Vi planlegger å gjøre nye målinger av sectiofrekvens i aktuelle Robsongrupper høsten 2016.

Læring

I en stor fødeavdeling med mye turnusarbeid er det utfordrende å nå alle med tilstrekkelig informasjon.

Både leger og jordmødre har stor grad av autonomi som gir utfordringer ved innføring av nye tiltak. Tilbakemeldinger på prosedyreendringer er både positive og negative. Det har vært uenighet om enkelte punkter i prosedyren for stimulering, samt noe motstand mot bruk av sjekklister før oksytocinstimulering. Det har også vært en del motstand mot å gjennomføre prinsippet om "en til en" jordmor.

Forbedringsarbeid er tidkrevende, og krever kontinuerlig fokus. Det krever at man har avsatt ressurser (personell og tid) til dette. Vi har erfart at det er nødvendig med mer informasjonsarbeid, både før og under et slikt prosjekt. Turnus har vært en utfordring for prosjektgruppen når man skal finne møtetidspunkt.

Prosjektperioden har vært kort, og kort observasjonstid mellom tiltakene har gjort det utfordrende å vurdere effekten av hvert enkelt tiltak.

Sammenlignet med mange andre helseforetak har Ahus allerede før prosjektstart en lav sectiofrekvens. I ettertid ser vi at det nok ikke var realistisk å oppnå en så stor reduksjon i antall keisersnitt som definert i målsetningen.

Prosjektarbeidet har medført at vi har oppnådd:

- Tydeligere definisjon av aktiv fødsel, og viktigheten av å ikke starte partogrammet for tidlig.
- Mindre variasjon i bruk av oksytocinstimulering.
- Mer bevissthet rundt betydningen av tiltak som ernæring, stillingsendring og bevegelse i fødsel.
- Mer bevisst holdning til jordmors tilstedeværelse under fødsel.

10. Oslo universitetssykehus – Fødeavdelingen Ullevål

Beskrivelse av virksomheten

Kvinneklinikk med to fødeavdelinger med samme tilbud. Antall fødsler til sammen på de to fødeavdelingene i 2014: 6538. Antall fødsler Føde A+B+ABC: 7190

Hver fødeavdeling har seks fødestuer og ett mottaksrom som kan brukes som fødestue.

Hensikten med prosjektet og mål

Hensikten med prosjektet er å redusere sectiofrekvensen.

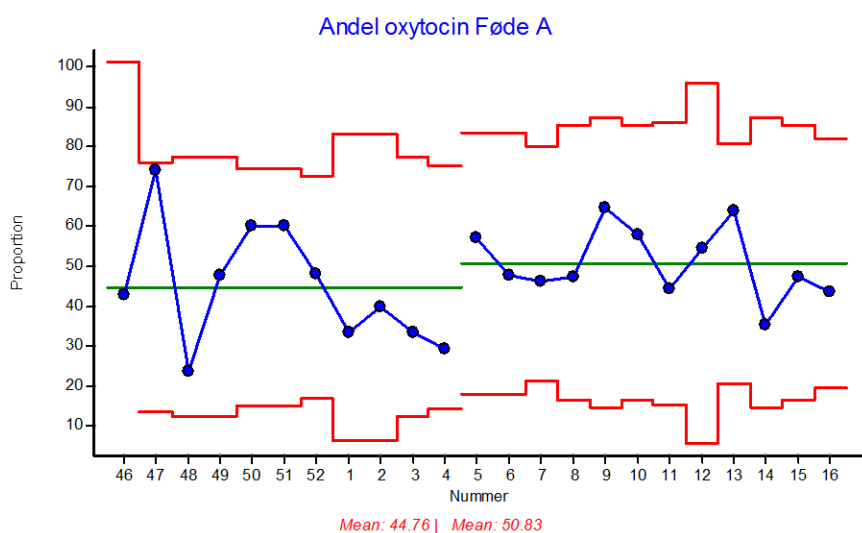
Vi har valgt Robson gruppe 1+5 fordi det er viktig å få disse gjennom en vaginal fødsel for obstetrisk fremtid.

Målet med prosjektet er å redusere sectiofrekvensen som følge av protraahert forløp i Robson gruppe 1+5 med 20 %. Delmål: Redusere oksytocin med 30%

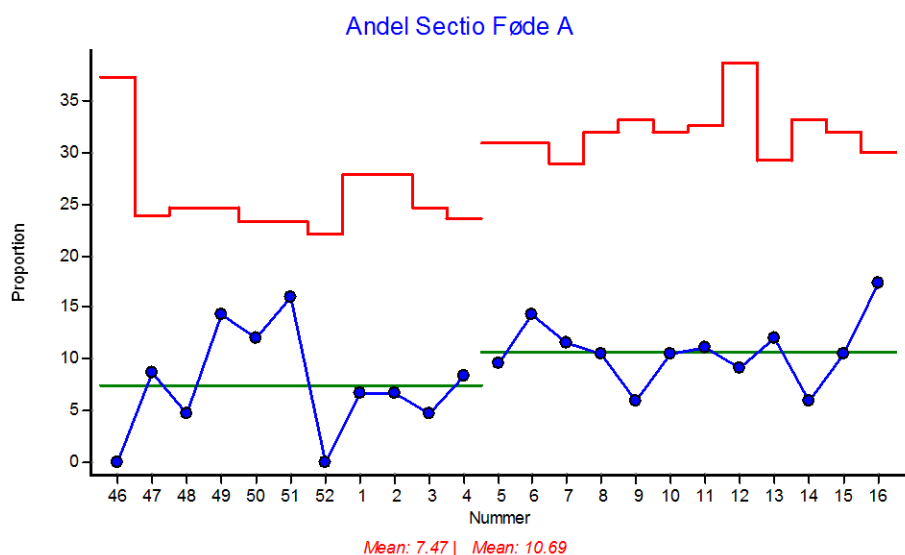
Tiltak

- Jordmor til stede (en-til-en jordmor) i aktiv fødsel.
- Oksytocin sjekkliste for bevisst og riktig bruk av oksytocin. Sjekklisten ble revidert etter 2. fellessamling. Den reviderte sjekklisten spør etter cervix åpning ved oksytocin start og at jordmor gjennomgår sjekklisten i samråd med ansvarshavende jordmor/lege.
- Strukturert legevisitt x 4 pr. døgn. Legevisitt ble revidert til previsitt på ekspedisjonen. Det var en del motstand både blant jordmødre, men også leger som ikke så nytten av tiltaket.
- Jordmor fyller ut skjema etter fødsel som dokumenterer om tiltak er gjennomført, fødselsutfall og varighet av fødsel.

Målinger

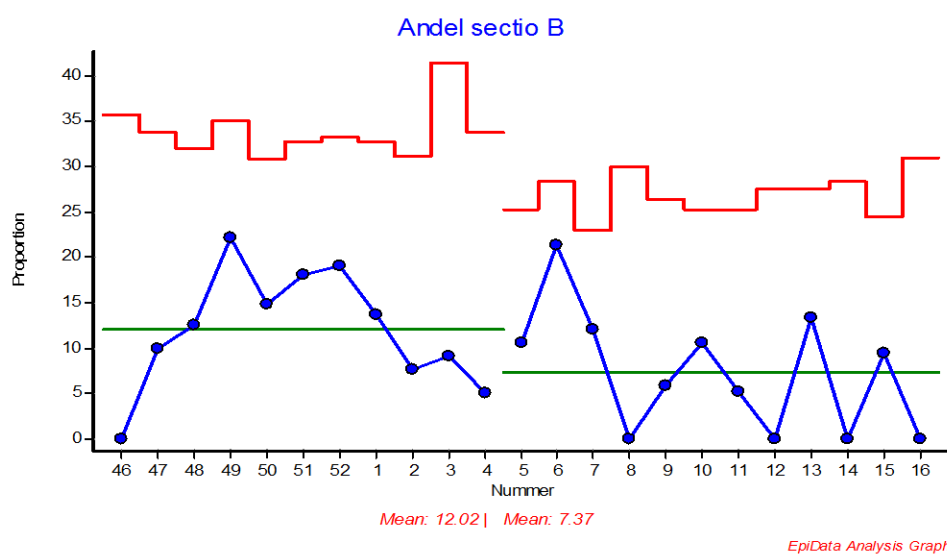
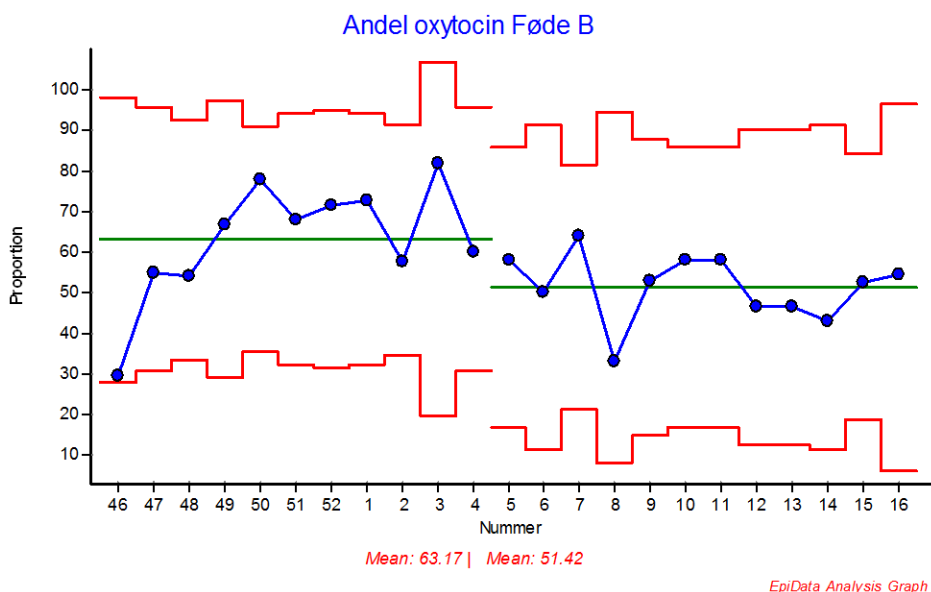


EpiData Analysis Graph



EpiData Analysis Graph

Brudd i grafene viser tall før og etter revidering av tiltakene.



Brudd i grafene viser tall før og etter revidering av tiltakene.

Resultater i prosjektperioden for Robson gruppe 1 og 5

En jordmor fra hver fødeavdeling samler utfylte skjema og går gjennom protokoll og partus (partogram) for alle kvinner i Robson gruppe1 og 5 ukentlig.

En lege er måle- og statistikkansvarlig. En jordmor planlegger og innkaller til møter i prosjektgruppen. Det er ikke testet ut forbedringer før tiltak ble satt i verk.

I kartleggingsperioden uke 41,42 og 43, var sectiofrekvensen i Robson gruppe 1 9,4 %. Resultater ved avslutning av prosjektet (5.mai) viste sectiofrekvens på 9,3 %.

Sectiofrekvensen for Robson gruppe 5 var 49,7 %. Ved avslutning av prosjektperioden var den 46,8 %

I kartleggingsperioden var frekvensen av oksytocin 55,7 %. Ved prosjektoppstart viste resultatene at både oksytocinbruk og sectiofrekvensen var ulik for Føde A og B. I løpet av prosjektperioden har avdelingene blitt mer lik hverandre. Resultater ved avslutning av prosjektet viser samlet oksytocinbruk 51,1 %.

Læring

Prosjektgruppen har bestått av seks personer. Det har vært regelmessige teammøter hver andre uke, 30 min. Alt arbeid i prosjektet har foregått i ordinær arbeidstid. Prosjektet har ikke ført til endringer i bemanning. Det er endringer i ressursbruk, ved at vi har fokus på at jordmor er til stede i aktiv fødsel i de aktuelle gruppene.

Det har vært givende å se at tiltakene har ført til endret praksis over tid; jordmor tilstede og bruk av oksytocinsjekkliste. Det har vært utfordrende å få alle til å delta. Med en stor personalgruppe er det vanskelig å nå alle. I prosjektperioden kom to reviderte prosedyrer: ”normal fødsel” og ”stimulering av rier”, dette skapte usikkerhet om riktig oksytocinbruk.

Det er vanskelig å følge opp planer som er lagt i etterkant av at prosjektet ble avsluttet. Kun en av seksjonene har fortsatt å holde oversikt over bruk av oksytocin og sectiofrekvens.

11. Gyn/fødeavdeling, Elverum

Beskrivelse av virksomheten

Fødeavdeling med ca. 870 fødsler i året. 24 sengeplasser, fire fødestuer.

Hensikten med prosjektet og mål

Hensikten med prosjektet var å endre holdningen til bruk av oksytocin.

Målet var å redusere bruk av oksytocin med 40%.

Tiltak

For å nå målet vårt var planen å ha fokus på prosedyre som ble endret i mars 2014 og senere revidert i juli 2014. Hele personalgruppen ble informert på studiedager, møter, morgenmøter og andre fora. Vi utarbeidet sjekkskjema og hadde temasamlinger med jordmødre og leger.

Jordmødre og leger gjennomgikk hver torsdag kasus. på tolking av CTG og STAN. Vi ønsket bevisstgjøring rundt riarbeidet og overstimulering med oksytocin. Vi ønsket å løfte frem andre, ikke-medikamentelle tiltak for å få ønsket fremgang i fødsel.

Vi startet med å registrere antall fødsler i Robson gruppe 1,3 og 5 og antall drypp i de samme gruppene. Fra januar 2015 prioriterte vi Robson gruppe 1. I mars 2015 reviderte vi prosedyren igjen slik at man kunne ha en enda mer avventende holdning i stadium 2.

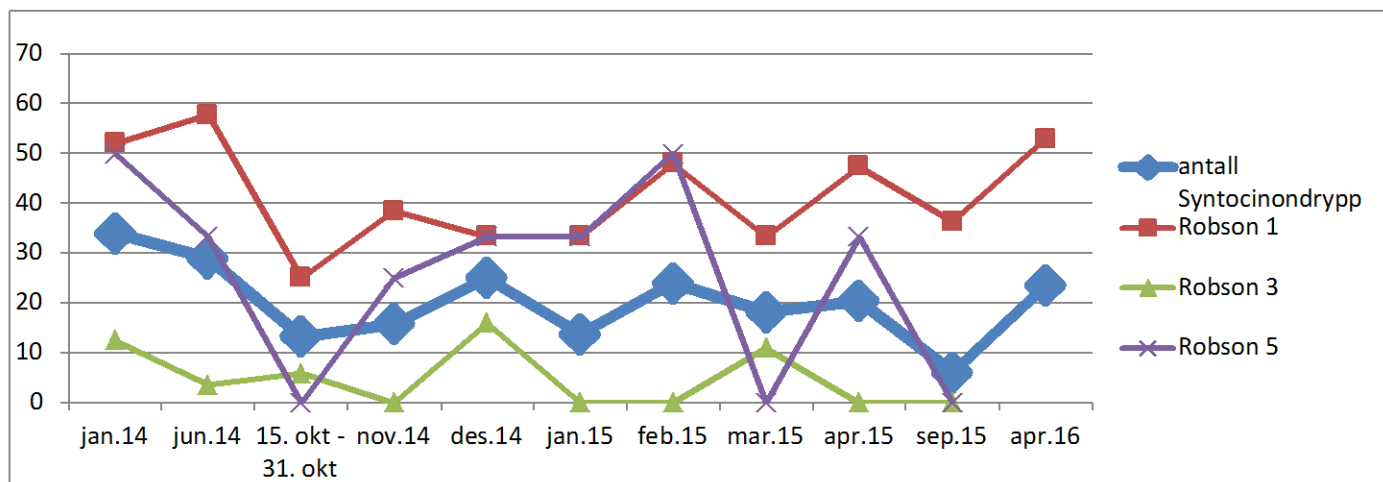
Målinger

Målt antall timer kvinnene har fått oksytocin-stimulering, antall timer i aktiv fødsel, antall minutter i stadium 2. Målingene lagt inn i epidata-grafer.

Bruk av oksytocindrypp i %

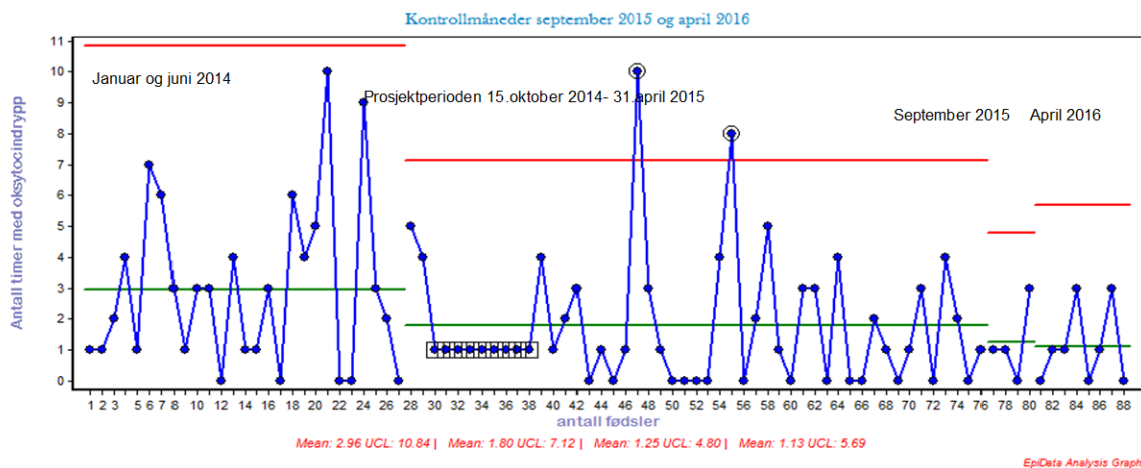
Man ser her at bruken i Robson gruppe 1 har gått opp igjen i forhold til prosjektperioden.

Tidligere har vi kontrollert de i Robson gruppe 3 og 5 for prosent, men har nå valgt kun å telle de

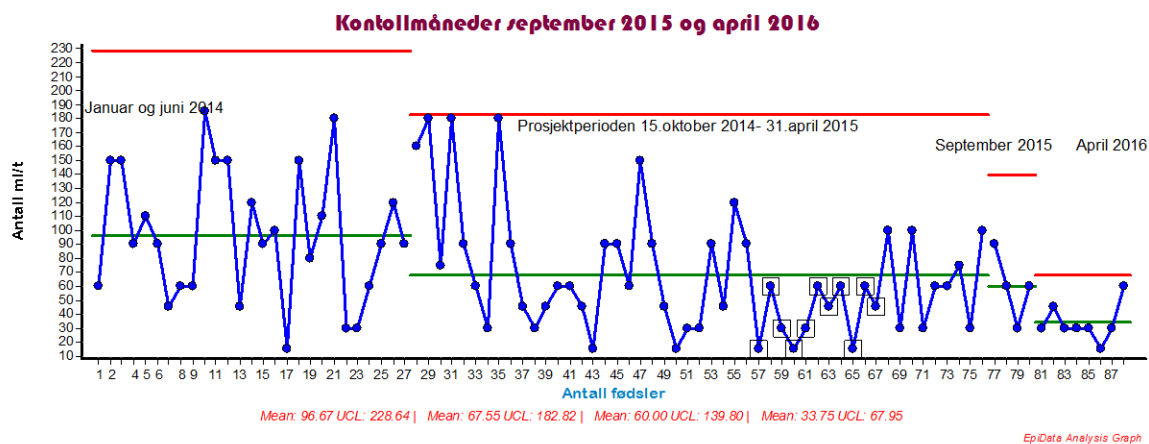


i Robson gruppe 1 og totalen for gruppe 1,3 og 5. I september 2015 var prosenten veldig positiv totalt, mens den er gått opp igjen i april 2016.

Antall timer ved bruk av oksytocindrypp



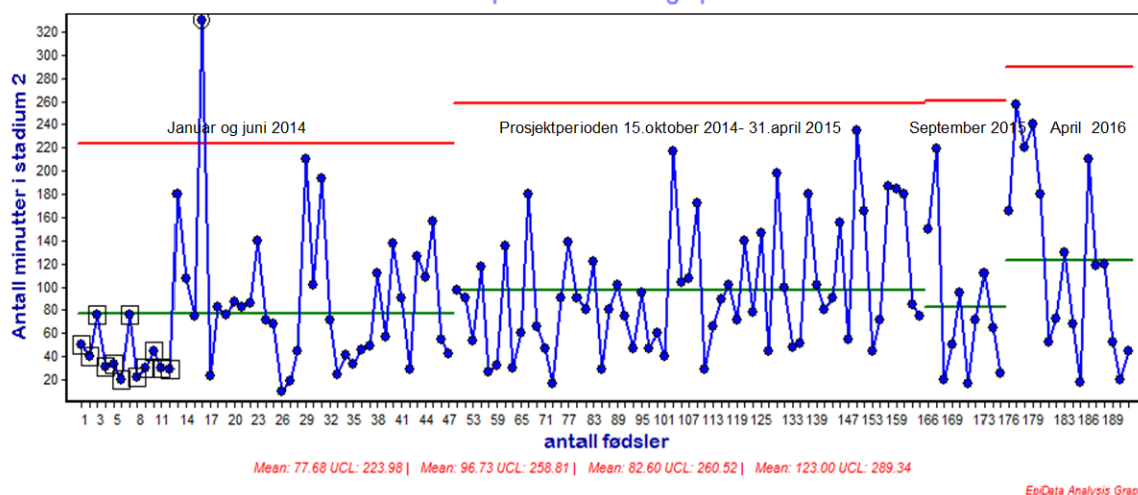
Maksdose ved bruk av oksytocindrypp



Antall timer med oksytocindrypp og maks dose går fortsatt nedover. Dette er veldig positivt. Så selv om man bruker oftere oksytocindrypp så blir tiden og dosen mindre.

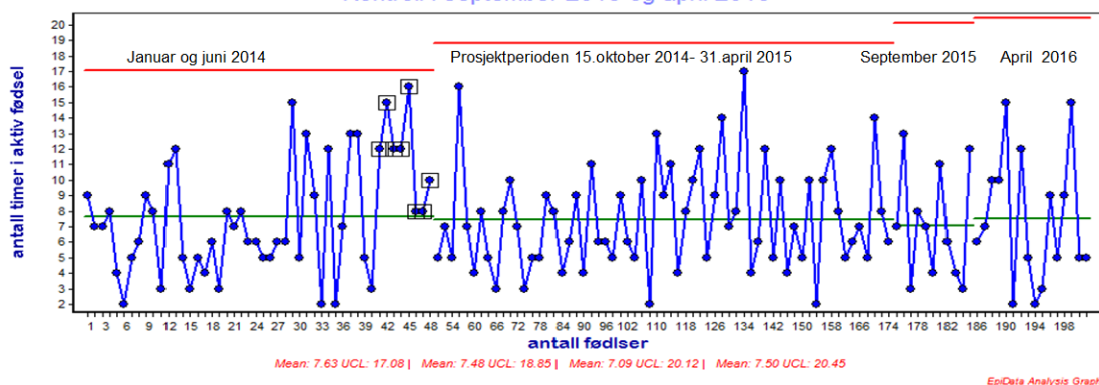
Antall minutter i stadium 2 for i Robson gruppe 1

Kontroll i september 2015 og april 2016



Antall timer i aktiv fødsel i Robson gruppe 1

Kontroll i september 2015 og april 2016



Vi har også sett på timer i aktiv fødsel og antall minutter i stadium to for å kontrollere at redusert bruk av oksytocindrypp ikke fører til at dette øker. I forhold til timer i aktiv fødsel holder denne seg veldig stabil. Man ser at antall minutter i stadium 2 har gått opp i april 2016. Og man kan undre seg over dette. Spesielt i forhold til at timer i aktiv fødsel holder seg ganske stabil og at antall oksytocindrypp har økt. Vi har og sett ut fra materialet vårt at oksytocindrypp gis primært i stadium 2.

Resultat

Etter forbedringsprosjektet (juni 2015) så vi på stadium 2 og at noen kvinner muligens hadde for langvarige forløp i denne fasen av fødselen. Vi lurte på om vi hadde blitt for tilbakeholdne med oksytocin-stimulering i denne fasen.

Det ble en presisering på fagdag i juni 2015 vedrørende stadium 2 hvor man så på endret prosedyre fra mars 2015 som innebar en mer avventende holdning i stadium 2.

Konkluderte med at man i enhver fødsel må bruke skjønn og forhindre at kvinnene ligger altfor lenge i fødsel.

Mulig dette forklarer at prosentandelen av oksytocinbruk igjen har økt siden vi ser at de aller fleste som stimuleres er i stadium 2?

Læring

At det er vanskelig å holde engasjementet oppe.

Prosedyrer må være så tydelige og nøyaktige at de er enkle å forstå og forholde seg til.

At det er uheldig når arbeidsgruppen halveres.

At det er utfordrende at flere prosjekter gjennomføres samtidig (LAPS / Forbedringsprosjekt) siden det blir en del ekstra utfyllingsarbeid på jordmødrene.

At mailer ikke alltid leses. Har vært nødvendig å minne om utfyllingen av registreringsskjemaene.

Frustrerende at tallene er så høye igjen. Positivt at det gis lavere dose oksytocin over kortere tid.

Vi tror at medikamentelle tiltak for å sikre fremgangen i fødselen er godt innarbeidet nå, både gjennom forbedringsprosjektet og LAPS-studien. Det er også blitt økt fokus på «en til en omsorg» i fødselens aktive fase.

Ser på partogrammene at oksytocin gis på rett indikasjon (protrahert forløp), men er det andre faktorer som påvirker fødselsforløpet, f.eks. travelhet, stress? Kan vi gjøre noe med det?

En ting er sikkert: Vi kommer til å fokusere på bruk av ristemulerende medikament også i tiden fremover og stadig søke å bli bedre.

12. Ringerike sykehus

Beskrivelse av virksomheten

Lokalsykehus med gyn/føde- og barselavdeling. 2 fødestuer, 2 obs. plasser, 14 barselsenger og 4 gyn-senger. I underkant av 800 fødsler årlig. Barnelegepoliklinikk og barselvisitt daglig. Samarbeid med neonatalavdeling på Drammen via telemedisin og henteteam. 8 leger og ca. 25 jordmødre.

Hensikten med prosjektet og mål

Vi hadde lite oversikt over bruken av oksytocinstimulering i avdelingen. Inntrykket var at det var tilfeldig bruk, for hyppig og for tidlig oppstart. På bakgrunn av dagens kunnskap om den begrensede effekten av oksytocin, ønsket vi å redusere bruken og bruke legemiddelet kun til de kvinnene hvor det foreligger en klar indikasjon.

Resultatmål: Det opprinnelige målet var ingen oppstart av oksytocin før aksjonslinje er brutt.

Kvinner med barn i hodeleie og spontan fødselstart uten arr på uterus etter uke 35 er inkludert i prosjektet.

Tiltaks mål: Start av partogram ved definert fødselstart etter WHO's retningslinjer og fortløpende føring innen 30 min etter funn. Utfylling av alle sjekklister og gjennomsnittlig score på 90 %.

Tiltak

Vi har definert avdelingens indikasjon for bruk av oksytocin tydelig. Avdelingens prosedyrer for normal fødsel og langsom fremgang og stimulering av rier er revidert, vi følger WHO's anbefaling om bruk av hjelpelinjer i partogram med 4 timers forsinkelse. Baselinemålingene viste forsinket føring av partogram. Det ble bestemt at partogram skal føres fortløpende og hjelpelinjer følges. Fokus på myke tiltak i åpningsfasen for å fremme progresjon. Utarbeidet sjekklister som hjelpemiddel og grunnlag for målinger. Underveis er sjekklisten endret for å tilpasses avdelingen. Målet ble endret underveis, det ble åpnet for bruk av oksytocin i fase 2 før krysset aksjonslinje for å kunne stimulere kvinner med rask fase 1 og forlenget fase 2. Tiltakene er implementert gjennom informasjon på fagdager, skriftlig informasjon på tavle og e-post og gjennom fortløpende bruk av sjekklisten.

Målinger

Sjekklisten har vært grunnlag for målingene. Den er delt i to med en tiltaksdel inkludert egenvurderingsdel og en utfallsdel i forhold til fødselen. Tiltaksdelen er grunnlaget for score

på sjekklisten, 12 poeng gir 100 % score. Det er levert lister på samtlige inkluderte fødsler. Baselinemålingene er ført i retrospekt og mangler vurderingsdelen. Score på tiltaksdelen har vi fulgt i I-chart i SPC. Første nivåskifte var ved innføring av sjekklisten, men siden baseline manglet vurderingsdel ble nivået falskt lavt i den perioden. Vi fikk et nytt nivåskifte etter 12 pasienter stimulert med oksytocin. Nivået har holdt seg høyt ut perioden. Gjennomsnittlig score for prosjektperioden var 94,5 %, hvilket var høyere enn målet på 90 %. Utfallsdelen av sjekklisten er vurdert med andelsberegninger i % for hele perioden, illustrert med kakediagrammer, med separate beregninger for stimulerte og ikke-stimulerte pasienter. Vi vurderte å dele perioden opp i mindre tidsintervaller, men da materialet er så lite, ville det gi lite tilleggsinformasjon.

Resultat

Vi har hatt et ambisiøst mål og fant ut at målsettingen om ingen bruk av oksytocin før aksjonslinje måtte justeres, ved å differensiere på fase 1 og 2. I baselinemålingen var bruken av oksytocin 45 %, alle startet før aksjonslinje. Tallet har gått ned til 34 %. Underveis i prosjektet begynte vi å registrere hvilke fase stimuleringen startet. Av 46 stimulerte ble 17 (37 %) stimulert i fase 1 og 29 (63 %) i fase 2. Av de som ble startet i fase 1 ble 65 % stimulert før aksjonslinje, vurdert riktig, 6 % stimulert før aksjonslinje, vurdert feil. Resten er stimulert etter aksjonslinje. Når vi sammenligner forløsningsmetode hos stimulerte sammenlignet med ikke-stimulerte, finner vi sectiofrekvens på 14 % hos de stimulerte mot 2 % hos de ikke-stimulerte, total sectiofrekvens 7 %. Vaginal operativ forløsning var 40 % hos de stimulerte, 1 % hos de ikke-stimulerte og 14 % samlet. Hos de stimulerte fant vi en blødningsmengde på mellom 500 og 1000 ml hos 21 %, tallet var 10 % hos de ikke-stimulerte. Vi ser en bedring i forhold til de målsettingene vi hadde for prosjektet, men siden tallene er små, er det ikke mulig å si om de er signifikante.

September 2015: 26% oksytocinbruk alle fødsler. 5/6 stimulert i fase 1 før aksjonslinje er brutt

November 2015: 20% oksytocinbruk alle fødsler: Alle stimulert før actinoline er brutt. 4/5 stimulert fase 1.

Januar 2016: 51,6% oksytocinbruk alle fødsler: Registrert 31 fødsler og gjennomgående at stimuleringen skjer før aksjonslinje er brutt både i fase 1 og 2.

Mars 2016: 40% oksytocinbruk alle fødsler: Registrert 40 fødsler. Kun to av fødslene stimulering etter aksjonslinje er brutt. Fleste fødsler stimuleres i fase 2.

Viktig bemerkning: Vi måler nå all bruk av oksytocin; også induksjoner og pasienter med tidligere sectio.

Læring

I den første tiden etter at prosjektet var ferdig hadde vi de beste resultatene. Det er vanskelig å opprettholde fokus på bruk av oksytocin over tid. Mange er bevisste, men det er krevende å endre "gamle" arbeidsvaner selv om prosedyren er entydig på hvordan man skal bruke oksytocin. Prosjektgruppa har lært mye om oksytocinets effekt og begrensninger, viktigheten av myke tiltak, spesielt en-til-en oppfølging og ernæring i forhold til fødselsprogresjon. Betydningen av partogramets hjelpelinjer har fått en renessanse. Kunnskapen er formidlet til staben gjennom fagdager og faglige diskusjoner i hverdagen. Ved å sette fokus på et tema, skapes det engasjement og entusiasme og vilje til forbedring. Ved bruk av sjekklisten er det blitt et fortløpende fokus på prosjektet.

Det mest givende har vært muligheten til å øke fagkunnskapen i avdelingen og fokuset på god håndtering av fødselsarbeidet. Det er kommet tydelig fram at alle er opptatt av å gjøre en god jobb og ønsker å gi fødekvinne en så god fødsel som mulig. Det har vært en gjennomgående lojalitet ovenfor prosjektet blant medarbeiderne, kjærkomment å få bekreftet viktigheten av myke tiltak og verdien av en-til-en-oppfølging. Det vanskeligste har vært å endre godt fundamenterte holdninger til oppstart av oksytocin. Det har vist seg vanskelig for mange å vente med oksytocindrypp til aksjonslinje er brutt.

Det har vært spennende å tallfeste arbeidsmetodene våre og se hvordan fokus på et tema gjør at arbeidsmetodene forbedres. Metoden gjør at tilnærmingen til arbeidet heves fra individuelt nivå til et avdelingsnivå, slik at alle drar i samme retning. Det har vært enormt lærerikt og inspirerende å møte representanter fra andre avdelinger og høre om deres prosjekter og resultater.

13. Bærum sykehus

Beskrivelse av virksomheten

Bærum Sykehus (BS) er et av fire sykehus i Vestre Viken HF. Fødeavdelingen har ca. 1600 fødsler pr. år, både normalt fødende og risikofødsler fra og med 35 uker.

Hensikten med prosjektet og mål

I fødselshjelpen har det vært en tiltagende bruk av oksytocin i de senere årene. Det har vært mye diskutert hvilke fordeler og ulemper dette kan ha for mor og barn, og om det er de "riktige" som blir stimulert.

Vi ønsket av denne grunn å sette fokus på bruk av oksytocin på indikasjon sekundær risvekkelse i fødselens åpningsfase (4-10 cm). Vi ville bevisstgjøre jordmødre og fødselsleger og få frem engasjement og diskusjon. Samtidig ønsket vi å kontinuerlig registrere antall akutte sectio og 5^a Apgar <7.

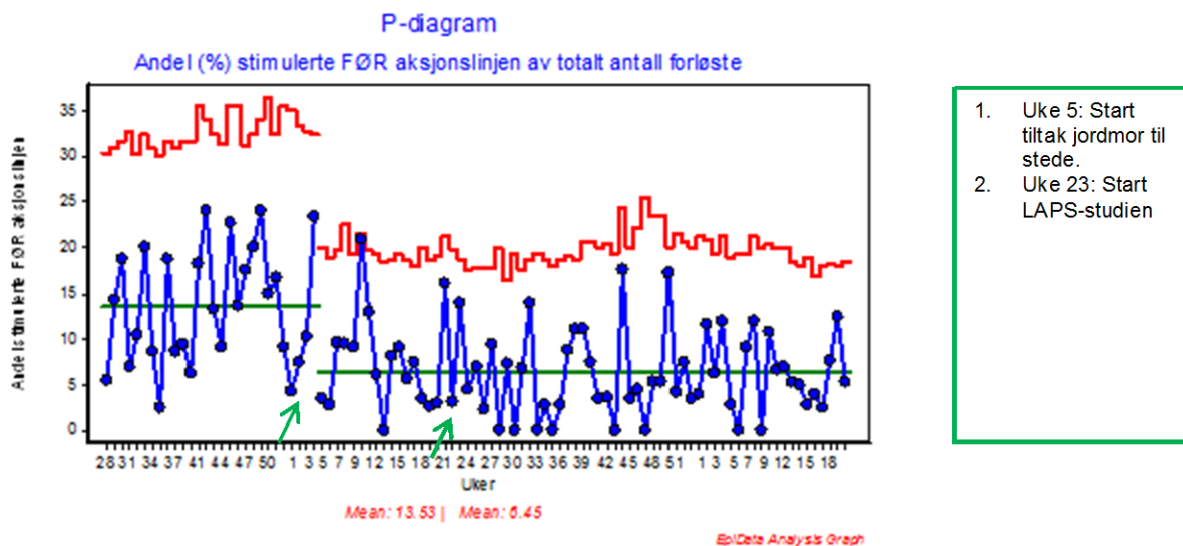
MÅL: Halvere andel stimulerte i åpningsfasen FØR aksjonslinjen - fra 13,5 % til 6,8 %.

Tiltak

- Vi begynte prosjektperioden med å rette fokus mot bruk av Syntocinon, ved gjentatt informasjon om prosjektet og bevisstgjøring omkring temaet. Dette ble gjort i møter med lege- og jordmorgruppen, samt på fagdager for jordmødre. Avdelingsjef og seksjonsleder har vært fortløpende informert.
- Utarbeidet 12-ukers baseline retrospektivt (uke 28-39, 2014) ved manuell journalgjennomgang.
- Innsamling av data ved hjelp av utarbeidet skjema fra uke 40, 2014. Dette fylles ut av jordmødrene etter alle fødsler/sectio. Oppfølging av manglende utfylte skjema.
- Start av målinger ved hjelp av SPC for å få en oversikt over dagens praksis.
- Midlertidig poster fra FS2 ble hengt på vaktrommet og det ble gjort plass til fortløpende informasjon fra prosjektet ved siden av.
- Innført tiltak "jordmors tilstedeværelse" og iverksetting av myke tiltak siste timer før aksjonslinjen krysses, fra uke 5, 2015.

Målinger

SPC diagrammer for prosjektperioden samt oppfølgingsåret. Hvert punkt representerer målinger i en uke.

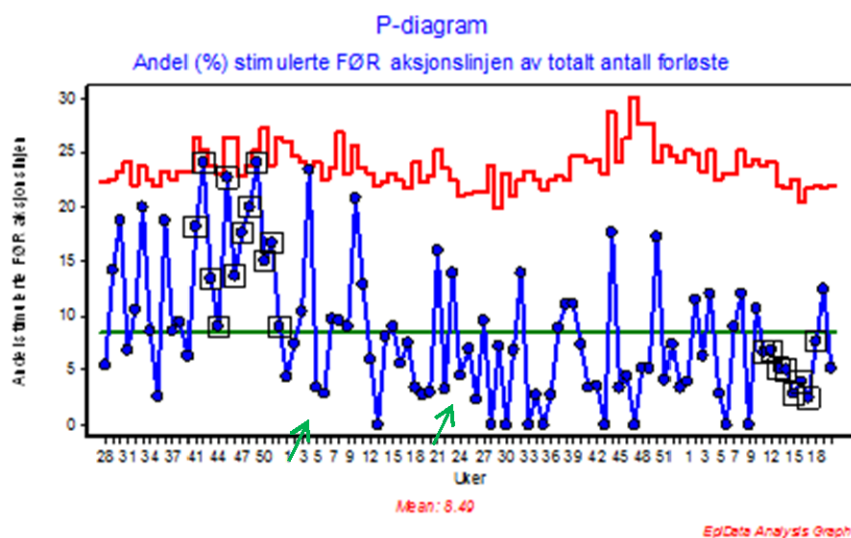


Kommentar til diagrammet:

Baseline er laget på bakgrunn av historisk innhentet data og den første perioden i prosjektet. Bruddet er satt ved innført tiltak jordmor til stede, fra uke 5 2015. Tallfestet mål oppnådd. Gjennomsnitt har gått ned fra 13,5 til 6,5 (tallfestet mål: 6,8)

Klinisk vurdering av diagrammet:

Vi ser en større variasjon på bruk av oxytocin før aksjonslinjen på baseline. Etter iverksatt tiltak ses en mindre variasjon, samt flere punkter som ligger under baselines gjennomsnittslinje. Vi kan tolke dette som en nedgang i bruk av oxytocin før aksjonslinjen, altså en endring av praksis.



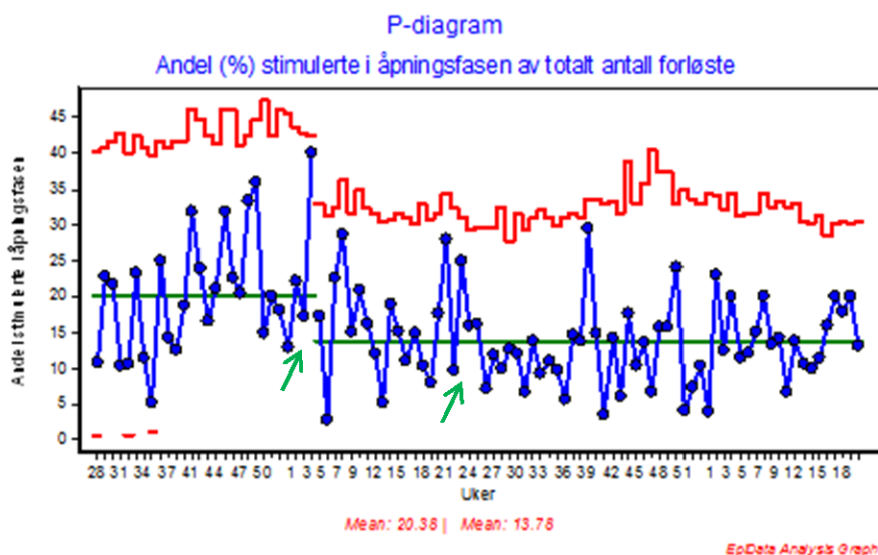
- 3. Uke 5: Start tiltak jordmor til stede.
- 4. Uke 23: Start LAPS-studien

Kommentar til diagrammet:

Baseline og hele prosjektperioden sett under ett, uten brudd. Her ser vi et nivåskifte i starten av prosjektperioden, samt nivåskifte mot slutten av prosjektet. Ingen nivåskifter i sommermånedene.

Klinisk vurdering av diagrammet:

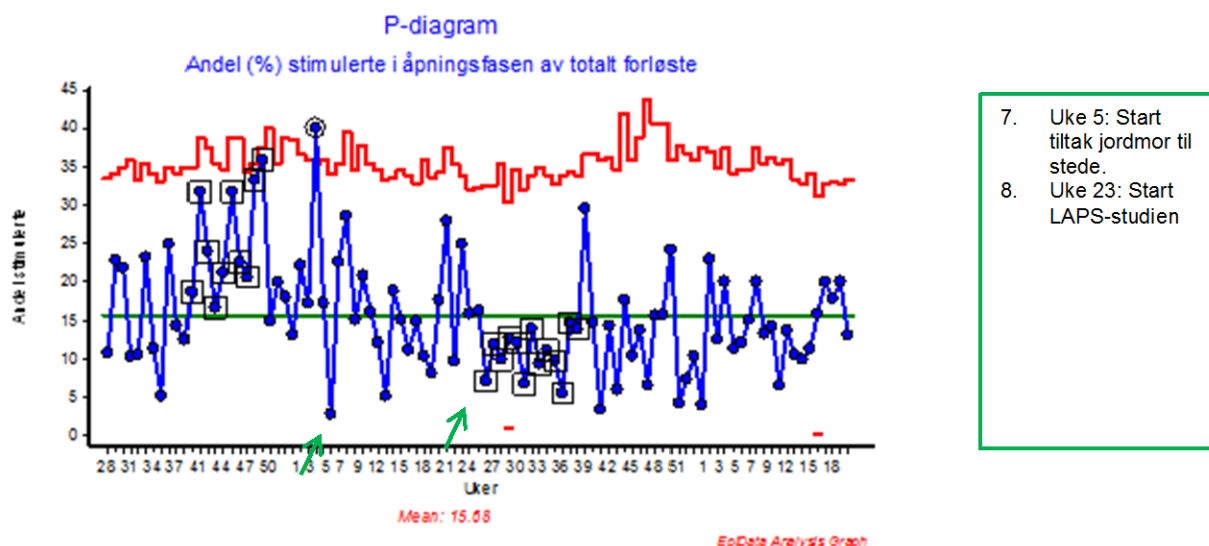
Nivåskiftet i slutten av prosjektperioden kan indikere endret praksis i avdelingen i ønsket retning.



- 5. Uke 5: Start tiltak jordmor til stede.
- 6. Uke 23: Start LAPS-studien

Kommentar til diagrammet:

Baseline er laget på bakgrunn av historisk innhentet data og den første perioden i prosjektet. Bruddet er satt ved innført tiltak jordmor til stede, fra uke 5 2015. Nedgang i andel stimulerte etter iverksatt tiltak. Mindre variasjon på total bruk av oxytocin.



Kommentar til diagrammet:

Baseline og hele prosjektperioden sett under ett, uten brudd. Her kan vi se nivåskifte som indikerer reduksjon av oxytocin totalt i sommermånedene. Sammenlignet med kurven for stimulerte FØR krysset aksjonslinje, som ikke viser nivåskifte.

Læring

At fokus er særdeles viktig. Nøye oppfølging med jevnlig informasjon til jordmorgruppen er nødvendig.

At det er krevende å få tid til kvalitetsprosjekter i en vanlig avdeling. Et prosjekt initiert av legeföreningen med forankring i ledelse gjør det lettere å få prosjektet gjennomført.

Skjema burde vært enklere for å unngå feil og begrense merarbeid.

Inklusjonskriteriene muligens for strenge. Materialet kunne vært større.

Registrering av tiltaket jordmors tilstedeværelse ble mangelfull, og det lot seg ikke gjøre å registrere dette med SPC. På tross av mangelfull registrering, kan det merkes at holdningen blant jordmødrene er at tilstedeværelse etterstrebes og gjennomføres så langt det lar seg gjøre.

14. Sykehuset Innlandet Lillehammer

Beskrivelse av virksomheten

Fødeavdeling med fire fødestuer og ti observasjonssenger for gravide. Omlag 1200 fødsler årlig. Lillehammer mottar risikofødende fra Hedmark og Oppland etter gjeldende seleksjonskriterier. Svangerskapspoliklinikk og barselavdeling med forsterket barselenhet.

Hensikten med prosjektet og mål

Valgt område for forbedring: Håndtering av langsom fremgang og bruk av oksytocin. Avdelingen hadde ikke konkret nok prosedyre for håndtering av langsom fremgang og bruk av oksytocin. Bruk av ristemulerende opplevdes som tilfeldig.

Vi ønsket å se om bruk av ristemulerende medikament (oksytocin) på rett indikasjon kunne bidra til å redusere antall akutte sectio for kvinner i Robson gruppe 1, 3 og 5. Det vil si alle fødende med spontan fødselsstart, til termin med ett barn i hodeleie.

Reduksjon av Sectiofrekvens:

Robson gruppe 1 = 6% (Gjennomsnitt 7,4 siste 10 år)

Robson gruppe 3 = 1% (Gjennomsnitt 1,3 siste 10 år)

Robson gruppe 5 = 10% (Gjennomsnitt 47,8 siste 10 år)

Økt fokus på myke tiltak i fødsel.

Tiltak

- **Ny prosedyre «Langsom fremgang og ristemulering med oksytocin»:** Utarbeidet og godkjent i kvalitetssystemet 1.12.14. Nøkkelpunkter i ny prosedyre er klar definisjon av fødselsstart og klar definisjon av langsom fremgang i fødsel.
- **Økt fokus på myke tiltak for fremgang i fødsel:** Tilstedeværelse av jordmor, væske, ernæring, aktivitet, tom urinblære, amniotomi minimum en time før aksjonslinjen krysses. Avdelingen har kjøpt inn sportsdrikk som tilbys alle fødende. De myke tiltakene er forankret i prosedyren.
- **Internundervisning:** Lege- og jordmorgruppen fikk undervisning om prosjektets hensikt og målsetting, ny prosedyre og måleskjema ved flere anledninger. Begge grupper ble oppfordret til økt tverrfaglig samarbeid. Poster har hengt oppe sentralt i avdelingen etter FS 2.

Målinger

Kvinner i Robson gruppe 1, 3, 5 er inkludert.

Det ble utarbeidet et måleskjema som jordmor fylte ut under/etter fødselen. Vi testet ut *måleskjemaet for vi tok det i bruk. Dette gjorde lege/jordmor i prosjektgruppen ved å samle data tilbake i tid* (mai-14 og september-14). På den måten fikk vi en kontrollgruppe som gav oss baselineinformasjon.

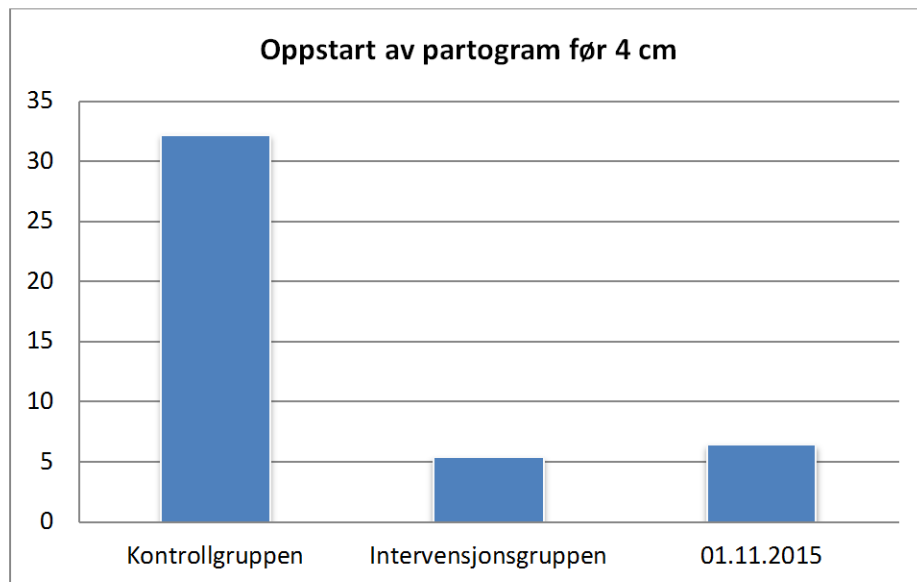
Alle resultater er plottet inn i Excel. Datasamlingen ble videreført ut 2015.

Fordeling av kvinnene i de ulike gruppene ble slik:

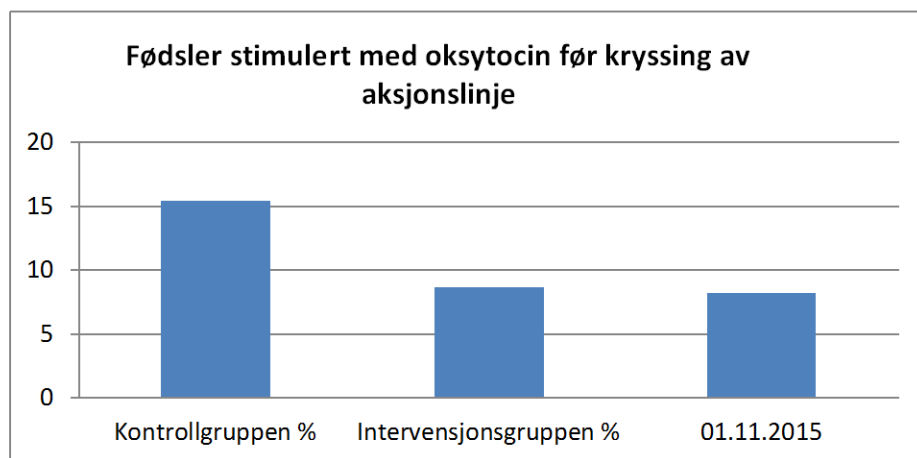
	Kontrollgruppen Mai og sept. 2014 149 fødsler	Intervensjonsgruppen 1.12.2014-23.4.15 (FS4) 297 fødsler	1.11.2015 686 fødsler
Robson gruppe 1	62	139	298
Robson gruppe 3	83	139	345
Robson gruppe 5	4	19	43

Etter FS2 bestemte vi oss for ikke å bruke SPC. Ingen av gruppe medlemmene hadde kunnskap eller tid til å sette seg inn i SPC. Samtidig så vi at våre aktuelle målepunkter kunne besvares med ja/nei og at resultatene derfor best illustreres via søylediagram. Gruppens veileder støttet denne avgjørelsen.

Resultat

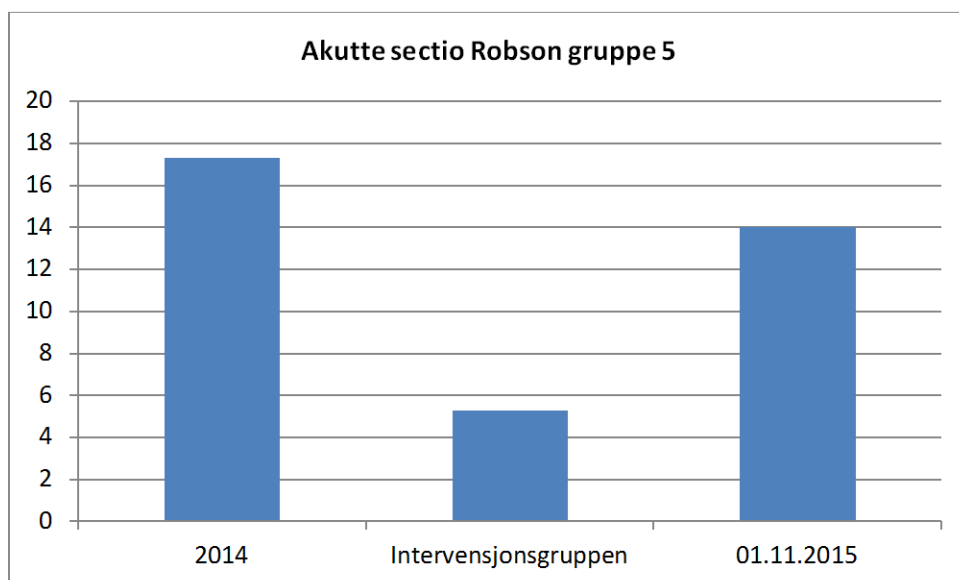
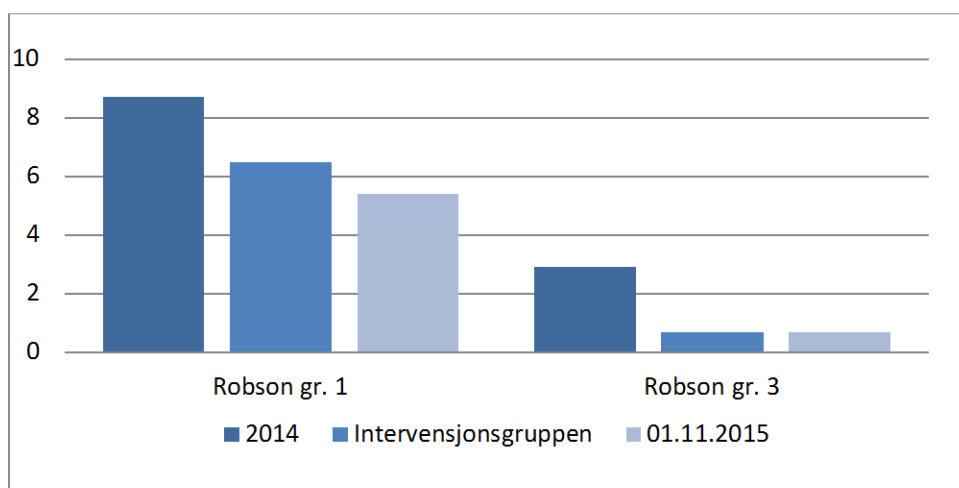


Vi ser en betydelig reduksjon i antall partogram som blir startet før mormunn har nådd 4 cm.



Vi ser en reduksjon i antall fødsler som blir stimulert med oksytocin før kriterium for langsom fremgang er nådd i fødselens 1. stadium. Det vil si kryssing av aksjonslinje, eller fire timer uten fremgang i fødsel. **Dette i tråd med vår målsetting om bruk av oksytocin på rett indikasjon.**

Akutte sectio Robson gruppe 1 og 3



Vi ser gjennom prosjektperioden en reduksjon i sectiofrekvens i alle tre grupper. Vi har nådd våre tallfestede endemål i Gruppe 1 og 3.

Læring

Det har vært lærerikt å starte opp og gjennomføre et kvalitetsforbedringsprosjekt i egen avdeling. Implementering av ny fagprosedyre og utfylling av måleskjema gikk lettere enn antatt. En utfordring gjennom prosjektperioden har vært å skape et felles engasjement for prosjektets hensikt og målsetting i personalgruppen.

En annen utfordring har vært knappe tidsressurser til teamets arbeid.

15. Sykehuset Innlandet Gjøvik

Beskrivelse av virksomheten

Felles føde/barsel/gyn avdeling uten barneavdeling. Tilstede vakt av barneleger på dagtid. Anestesilege har til stede vakt på kveld/ natt / helg med ansvar for dårlige nyfødte. 3 fødestuer, 20 sengeplasser inkludert 2 gyn.senger. Antall fødsler i 2014: 770.

Hensikten med prosjektet og mål

Hovedmål: 30% reduksjon av oksytocinstimulering hos P0 med spontan fødselsstart og redusere antall sectio.

Unngå tilfeldig bruk av oksytocin. Vi har hatt for høy og feil bruk av oksytocinstimulering i aktiv fødsel. Hensikten med endringen er å minske gapet mellom anbefalt bruk av oksytocin og egen praksis. Vi har valgt Robson gruppe 1 som studiepopulasjon fordi det er viktig å unngå komplikasjoner hos disse kvinnene med tanke på senere fødsler.

Tiltaksmål: Økt bevissthet i avdelingen om riktig bruk av oksytocin i fødsel etter avd. prosedyre
Balanserende mål: Avdelingen bør få færre operative forløsninger med mindre og riktigere bruk av oksytocin som igjen bør gi flere tilfredse pasienter.

1. Øke andelen riktig bruk av oksytocin
2. Redusere antall sectio

Tiltak

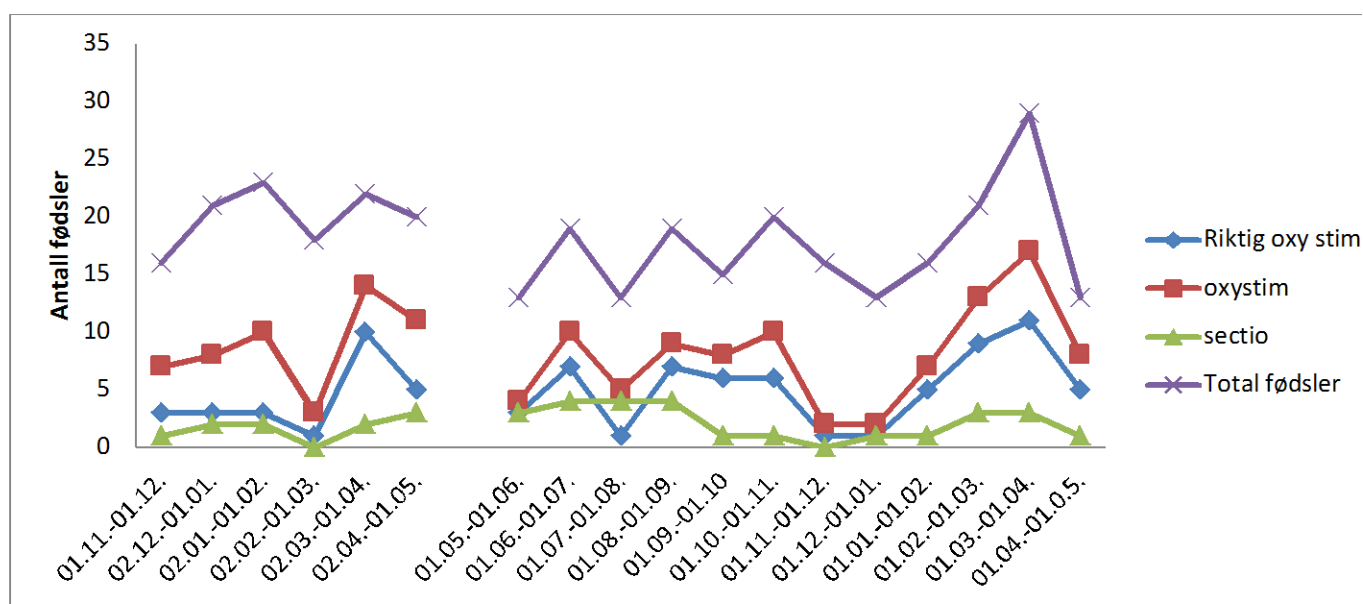
- Avdelingen bruker fortsatt varsel- og tiltakslinjer i partogrammet. Vi har fortsatt fokus på bruk av linjene, myke tiltak og amniotomi, og som hovedregel avvente oppstart at oksytocin til tiltakslinjen krysses.
- Ikke starte partogram for tidlig, som hovedregel ikke før 4 cm MM.
- Forbedret sjekklister angående bruk av oksytocin under fødsel, fylles ut ved alle fødsler.
- Korte retningslinjer for oksytocinstimulering/langsom framgang er hengt opp på alle fødestuer
- Tilfeldig undervisning for personell for å opprettholde fokus på prosjektet med blant annet gjennomgang av aktuelle prosedyrer og fødselsforløp der oksytocin ble brukt riktig/ feil.

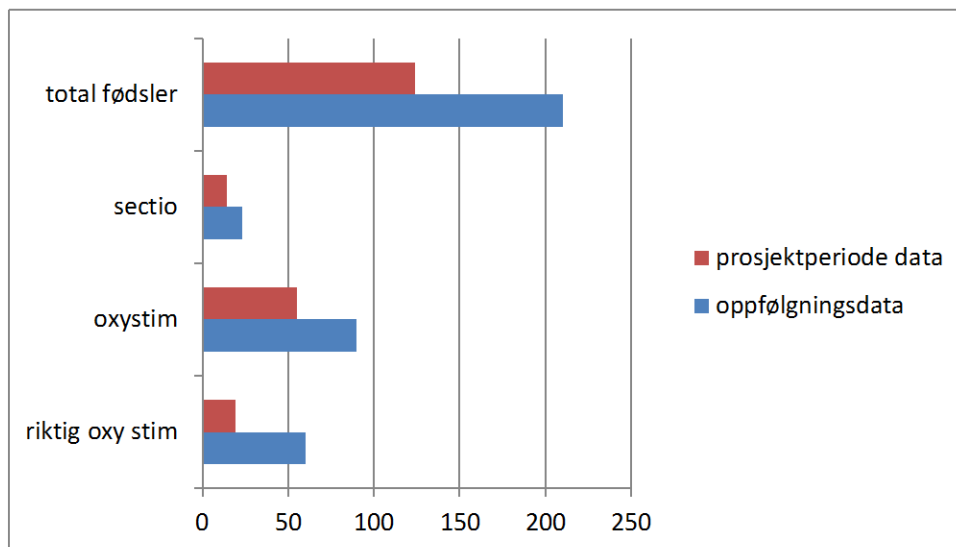
Målinger

Linjediagram med data i prosjektperiode og oppfølgingsperiode:

01.11.15- 01.05.15: prosjekt periode

01.05.15- 01.05.16: oppfølgingsperiode





I oppfølgingsperioden:

Stimulet: 90 av 210, ca. 42,8%, nedgang fortsatt på ca. 24 sammenlignet for prosjektstart.

Riktig indikasjon: 60 av 90, ca. 66,6%.

Sectio: 23 AV 210 ca. 11%

Bakgrunnsdata: Perioden 28.06.14 – 30.09.14.

Prosjektdata (perioden 01.11.14 -30.04.15): Tallmaterialet viste en reduksjon i bruk av oksytocin på 24,3%. Riktig bruk av oksytocin stimulering etter avdelingens prosedyre gikk fra 20 % til 48 %. Sectiofrekvensen totalt var 20,3 % i perioden for bakgrunnsdata og 8 % i perioden for prosjektdata. For operative vaginal forløsninger er tallene henholdsvis 21,7 % mot 20,5 %. Ikke signifikante tall.

Perioden 01.05.15 – 01.05.16: 42,8 % av kvinnene i studiepopulasjonen (90/210) ble stimulert med oksytocin. Fortsatt reduksjon av oksytocin stimulering på ca. 24% i Robson gruppe 1 sammenlignet med data før oppstart av prosjektet. Antall riktig bruk har gått fra 48 % i prosjektperioden til 66,6 % i oppfølgingsperioden. Andelen sectio i gruppen er 11 %.

Læring:

Ang forbedringsarbeid: Det mest givende er å se at det nytter å gjennomføre forbedringsprosesser, avdelingen har klart å forbedre sin bruk av oksytocin. Selve prosessen har vært det vanskelige, planleggingsfasen og deretter implementeringen, å merke hvor lang tid det tar å få fagfolk til å ende hvordan å tenke/jobbe selv om endringene er små.

Gjennombruddsmetoden fungerer men den er tid- og ressurskrevende. En må kontinuerlig holde fokus i avdelingen, spesielt tidlig i prosessen. Etter et halvt år begynte vi å merke at avdelingen brukte kunnskapen mer automatisk.

Men siste året har det ikke vært avsatt tid til oppfølging i form av for eksempel undervisning/gjennomgang av kasus for å minne oss på riktig bruk. Det er mer tilfeldig om det blir konferert med kollega før oppstart av oksytocin, som det ble gjort i prosjektperioden. Bruk av sjekkliste er avsluttet da det ikke var ønskelig med flere skjemaer enn nødvendig å fylle ut i forbindelse med fødsel. Det har ikke blitt sett på tallene før nå uke 35.

16. Sykehuset i Vestfold, Føde-Barselseksjon

Beskrivelse av virksomheten

Føde-Barsel seksjon ved Sykehuset i Vestfold har 21 sengeplasser i barsel og 4 fødestuer på føden. I tillegg har vi 2 ventestuer og undersøkelsesrom. Fødeseksjon har ca. 2000 fødsler i året.

Hensikten med prosjektet og mål

Hensikten med prosjektet var og er å bevisstgjøre bruken av syntocinonstimulering. Vi valgte dette målet da vi mente det var en varierende bruk av syntocinonstimulering på vår avdelingen, med uklare indikasjoner. Vi ønsket en kunnskapsbasert praksis, med klare indikasjoner/prosedyre for syntocinonstimulering ved langsom fremgang hos kvinner i aktiv fødsel. Prosjektet vårt er begrenset til å omfatte kvinner i Robson gruppe 1. Vi håpet å nå dette målet ved å sette fokus på temaet via undervisningsdager, samtaler på avdelingen og utfylling av sjekklister. Vi reviderte også prosedyren for Langsom fremgang i fødsel som skulle bidra til konkrete og tydelige føringer for bruk av syntocinonstimulering.

Vi har målt hvorvidt kvinnene fra Robson gruppe 1 er stimulert eller ikke stimulert på rett indikasjon i følge prosedyren for Langsom fremgang.

Samtlige stimuleringer / ikke stimuleringer blir gjort på riktig indikasjon i henhold til prosedyre for Langsom fremgang. Målet er at prosedyren etterkommes med 100%.

Tiltak

- Revidert og innført ny prosedyre for langsom fremgang i fødsel
- Fokus på myke tiltak for å fremme fødselsprosessen
- Innførte sjekklister etter utprøving i avdelingen
- Fremlegg/diskusjon på undervisningsdager

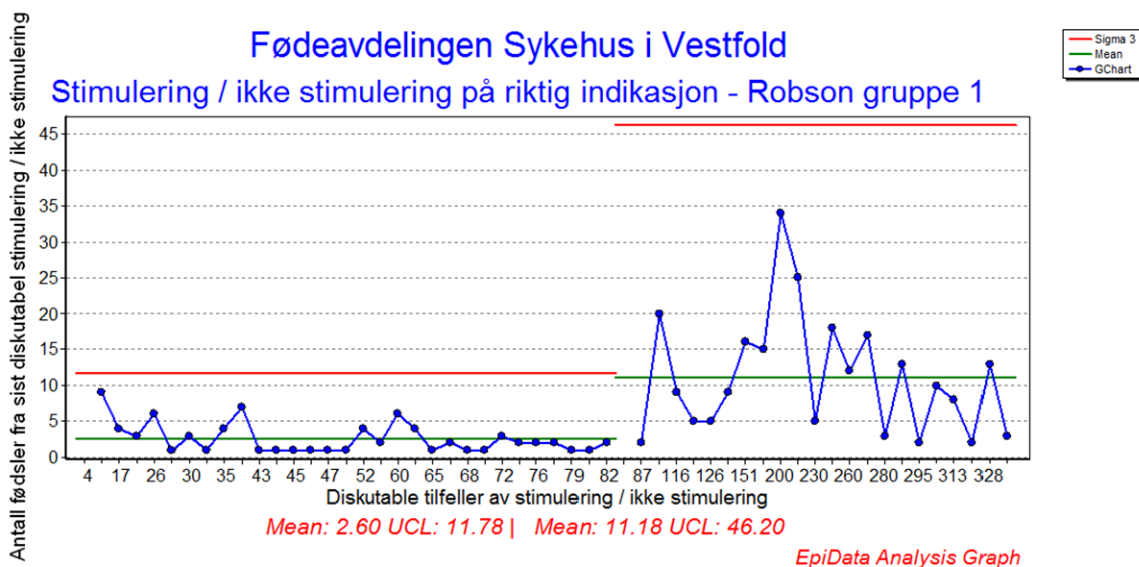
Målinger

Vi har benyttet et G-chart diagram for å fremstille data. Dette diagrammet egner seg for å fremstille forekomst av sjeldne tilfeller. Grafen viser hvor mange akseptable tilfeller av syntocinonstimulering som utføres mellom hvert diskutabelt tilfelle av stimulering. Hvert punkt på grafen er et tilfelle av en diskutabel stimulering i henhold til prosedyren Langsom fremgang i fødsel. Vi har ekskludert de kvinner i Robson 1 der kvinnen har ligget i en lang latensfase og man har stimulert kvinnen med et syntocinondrypp for å få henne i aktiv fødsel. Disse har vi definert som induksjoner.

Resultat

Vårt mål var å eliminere alle diskutabile tilfeller av syntocinonstimulering i henhold til prosedyre. Mens vi ikke har oppnådd det målet, har vi konstatert en signifikant nedgang i diskutabile tilfeller av stimulering / ikke stimulering i prosjektperioden kontra baselineperioden. I baselineperioden var det gjennomsnittlig 2,6 akseptable stimuleringer før et diskutabelt tilfelle. I prosjektperioden var det gjennomsnittlig hele 11,2 akseptable stimuleringer før en diskutabel. Dette er en stor forbedring grunnet de tiltakene som er satt inn. Samtidig ser vi at resultatene har begynt å endre seg underveis i prosjektet og at tilfeller av uakseptable stimuleringer begynner å øke utover i prosjektperioden. Her må praksisen strammes inn med økt fokus på tiltaksplanen.

Tiltak i prosjektperioden har ført til endringer i årsak til de diskutabile tilfellene av syntocinonstimulering. Vi ser at omtrent samtlige jordmødre starter nå partogrammet når kvinnen har nådd 4 cm åpning. Tidlig i prosjektperioden kunne vi se flere tilfeller av diskutabile tilfeller på bakgrunn av oppstart av partogram og definert i aktiv fødsel ved 3 cm som igjen kunne føre til tilfeller av syntocinonstimulering tidlig i fødselsprosessen. I slutten av prosjektperioden har vi sett at dette har blitt så godt som eliminert. Vi har derimot sett økt tendens av diskutabile tilfeller av stimulering sent i fødselens første stadium. Kvinnen kan ha nådd 9 cm åpning og man stimulerer med syntocinondrypp før tiltakslinjen er krysset.



Vi har revidert prosedyren for langsom fremgang i fødsel, men har i løpet av den siste måneden sett utfordringer ved definisjon av langsom fremgang i andre stadium i fødsel. Per i dag er dette definert etter henholdsvis 2 eller 3 timer etter utslettet mormunn. Dette har da blitt tolket som at syntocinonstimulering ikke er akseptabel før etter dette tidsaspektet. Ved denne tolkningen får vi en utfordring da Laps prosjektet understreker at barnet skal være forløst i løpet av disse tidsrammene.

En annen utfordring vi har opplevd i prosjektperioden er, når det er akseptabelt tidspunkt for å foreta amniotomi. Vi har opplevd flere tilfeller der jordmor avventer amniotomi til tiltakslinjen er krysset og vi får et protraisert fødselsforløp hvis amniotomi ikke bidrar til stimulering av fødselsforløpet. Dette på bakgrunn at vi må vente ytterligere 1 til 2 timer etter amniotomi før vi kan benytte syntocinonstimulering.

Ut ifra de overnevnte utfordringene har vi definert noen føringer som er gått ut til alle jordmødre og leger på mail. Sammen med medlemmene i Laps prosjektgruppen har vi definert akseptabel stimulering i 2 stadium etter 1 time utslettet mormunn der det til tross for andre tiltak ikke er fremgang i fødselsforløpet. Vi har også lagt føringer for at amniotomi bør foretas 1 time før tiltakslinjen er krysset for å forebygge protraisert fødselsforløp. Disse føringene skal være veiledende, ikke absolutte. Det må i hvert tilfelle gjøres en helhetsvurdering av situasjonen, forløp og iverksatte tiltak.

Læring

Vi har gjennom prosjektperioden opplevd utfordringer med å få til teammøter. Jordmor har fått permisjonsdager med lønn for å følge opp prosjektet, men dette har ikke dataansvarlig og gruppemedlem. Vi har kommunisert pr mail, telefon og sporadiske samtaler i løpet av felles vakter. På bakgrunn av iverksatte tiltak har det skjedd store endringer i praksis i organisasjonen i prosjektperioden. Revidering av prosedyre og fokus har bidratt til dette. Prosedyren Langsom fremgang tror vi vil bidra til en varig endring av praksis selv om vi trolig fortsatt vil oppleve avvik fra denne. Vi har gjennom revidering av prosedyre tilegnet oss fagkunnskap og reflektert rundt riktig bruk av syntocinonstimulering og langsom fremgang i fødsel. Når det gjelder forbedringskunnskap har vi erfart at fokus på temaet har skapt bevisstgjøring og endring.

Det har også dukket opp utfordringer underveis som har skapt debatt og refleksjoner på avdelingen. Det krever tid å endre praksis og vi opplevde at det var lettere å gå tilbake til tidligere praksis etter hvert som prosjektet nærmet seg slutten. Endring av vaner krever tid og fokus. Dette har vært et prosjekt over relativt kort tid. Vi har støtt på utfordringer den siste måneden som et resultat av prosjektet som vi må jobbe videre med, dette gjelder omformulering av

definisjon i prosedyren samt bevisstgjøring og fokus på krysning av tiltakslinje som indikasjon for syntocinonstimulering under hele fødselens første stadium.

Vi har i slutten av prosjektperioden opplevd flere utfordringer som nevnt tidligere i rapporten. Vi skal jobbe med omformuleringer i prosedyren for Langsom fremgang. Vi tror at revidering og ytterligere konkretisering av prosedyren vil bidra til at resultatet fra prosjektet opprettholdes. Det hadde vært ønskelig om man kunne sett på statistikk og fortsette føring av data, slik at man ved undervisningsdager kunne legge dette frem. Det ville også kunne være med å skape debatt og refleksjoner. Vi har ikke inngått noen avtale om videre arbeid utover prosjektperioden. Da vi allerede under prosjektet har sett utfordringer i forhold til fristilling av personale, så tror vi dette kan bli vanskelig.

17. Sykehuset Østfold

Beskrivelse av virksomheten

Fødeavdelingen Sykehuset Østfold har i underkant av 3000 fødsler per år. Per i dag følges fødselsprogresjon ved hjelp av varsel og tiltakslinje i elektronisk partogram i Partus.

Hensikten med prosjektet og mål

Hensikten med prosjektet var å redusere akutt sectiofrekvens i Robson gruppe 1, ved å evaluere håndtering av langsom fremgang og riktig bruk av oksytocin. Bakgrunnen for valget var en høy akutt keisersnittfrekvens på 10.2 % i Robson gruppe 1 året før studiestart. Siste 5 år (2009-2013) var sectiofrekvensen i Robson gruppe 1 på 10.0 %. Ved å unngå sectio ved første fødsel øker sannsynligheten for spontan fødsel ved etterfølgende fødsler.

Målevariabler: Kartlegge antall fødsler med diagnostisert langsom fremgang, bruk av oksytocin samt kontinuerlig tilstedeværelse av jordmor fra seks centimeters åpning i fødsel i henhold til prosedyre.

Resultatmål: Reduksjon av sectiofrekvens i Robson gruppe 1 fra 10.2% til 5.0%.

Tiltaks mål: Riktig bruk av oksytocin og reduksjon av sectio pga. langsom fremgang gjennom kontinuerlig tilstedeværelse av jordmor og «myke tiltak» for å forebygge langsom fremgang.

Balanserende mål: Reduksjon av sectiofrekvens i Robson gruppe 1 fra 10.2% til 5.0% uten økning i andelen elektive sectio eller operative vaginale forløsninger.

Tiltak

- Prosedyren «Langsom fremgang og ristimulering med oksytocin» ble revidert i begynnelsen av prosjektet. Prosedyren har varsel og tiltakslinje med fire timers forsinkelse.
- Registreringsskjema for inkluderte pasienter utformet og implementert i fødeavdelingene.
- Studieoppstart Forbedringsprosjektet: 10.11.2014.
- Informasjon til leger og jordmødre om prosjektet. Daglig visitt på fødeavdelingene for bistand med inkludering av fødende til prosjektet.
- LAPS-studien (Labour Progression Study) start 9. januar 2015. Fra studiestart har Robson 1 kvinner i gjennombruddsprosjektet fulgt Zhangs kurve for diagnostikk av langsom fremgang.

Målinger

Vi registrerte følgende parametere for inkluderte pasienter i Robson gruppe 1:

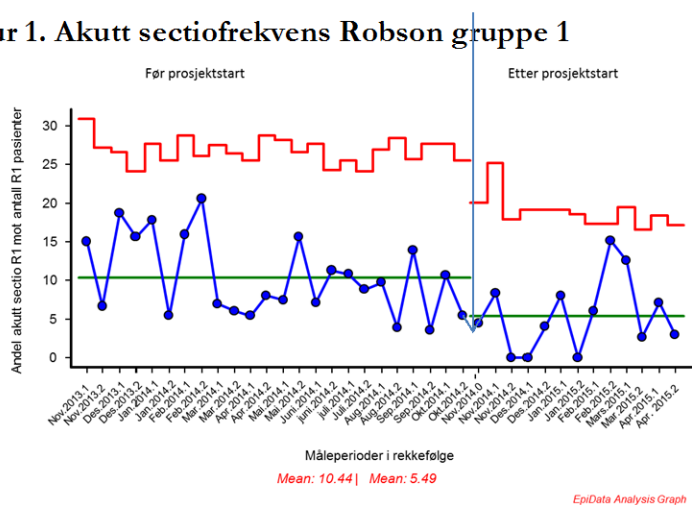
- Antall fødsler med diagnostisert langsom fremgang
- Oksytocinbruk i åpningsfasen og utdrivningsfasen samt når oksytocin ble gitt (før, ved eller etter påvist langsom fremgang)
- Langsom fremgang i åpningsfasen og utdrivningsfasen
- Forløsningsmetode
- Tiltak for å forebygge langsom fremgang: Kontinuerlig tilstedeværelse av jordmor fra 6 cm mormunnsåpning

Vi gjorde målinger hver 14. dag og registrerte antall av nevnte parametere.

Resultat

Totalt antall fødsler i studieperioden var 1184 hvorav 333 kvinner er registrert som Robson gruppe 1 i Partus, hvorav 332 kvinner ble inkludert i forbedringsprosjektet.

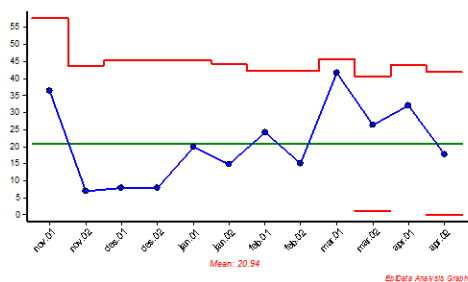
Figur 1. Akutt sectiofrekvens Robson gruppe 1



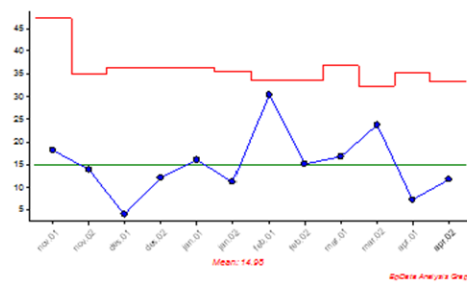
Akutt sectiofrekvens i Robson gruppe 1 året før studieoppstart var 10.2 % (80/784).
Sectiofrekvensen ble redusert til 5.4 % (18/332) i studieperioden 10.november 2014- 30. april 2015.

Langsom fremgang i åpningsfasen defineres med fire timers tiltakslinje og etter Zhangs partogram fra 09.01.15. Fødselens stadium 2 (fra 10 cm åpning) skal ikke overskride 3 timer hos P0 med EDA (3,5 timer i følge Zhang), 2 timer hos P0 uten EDA (2,75 timer i følge Zhang), og trykktiden skal ikke overskride 60 minutter. Langsom fremgang ble diagnostisert hos 35.5 % (118/332) hvorav 20.2 % (67/332) hadde langsom fremgang i åpningsfasen og 15.3 % (51/332) i utdrivningsfasen.

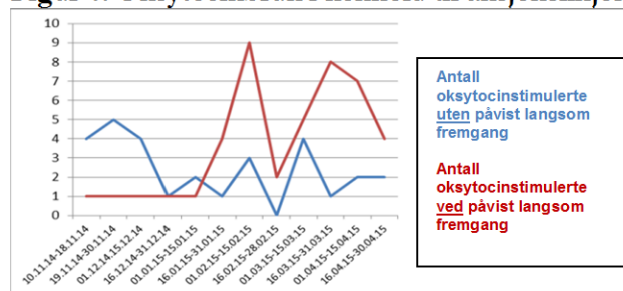
Figur 2. Andel langsom fremgang i åpningsfasen fremgang i utdrivningsfasen



Figur 3. Andel langsom fremgang i utdrivningsfasen



Figur 4. Oksytocinbruk i henhold til aksjonslinjen i åpningsfasen



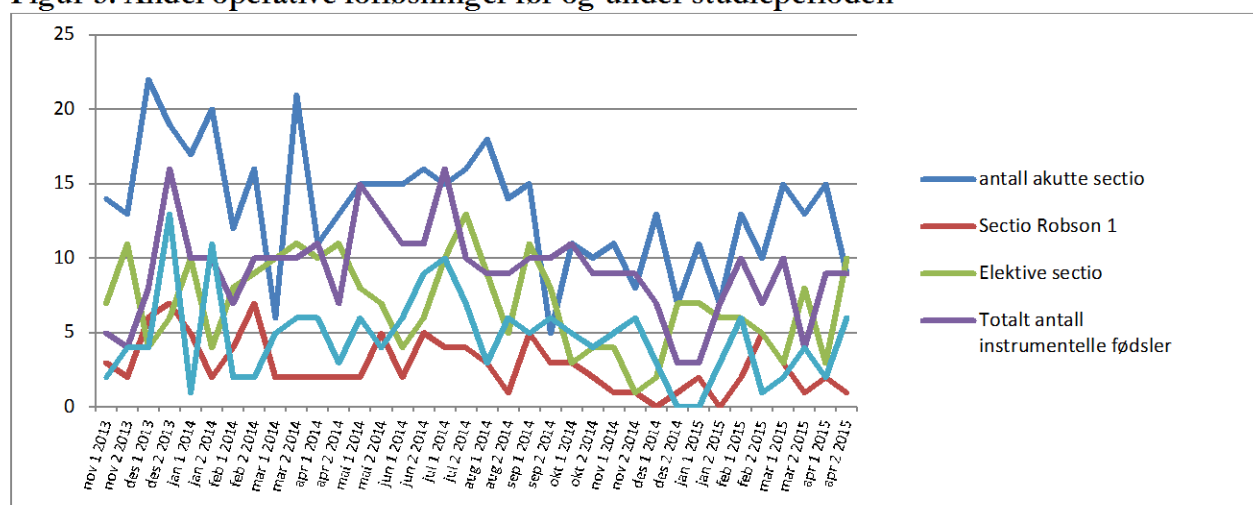
42.7 % (142/332) av fødende i Robson gruppe 1 ble stimulert med oksytocin.
22.2 % (74/332) ble stimulert i åpningsfasen.
8.7 % (29/332) fikk oksytocin uten påvist langsom fremgang.
13.6 % (45/332) fikk oksytocin ved/etter langsom fremgang ble diagnostisert.

I utdrivningsfasen fikk 20.5 % (68/332) oksytocin hvorav 51 kvinner ble diagnostisert med langsom fremgang, dvs. 5.1 % (17/332) av fødslene ble stimulert uten diagnostisert langsom fremgang i utdrivningsfasen.

Kontinuerlig tilstedeværelse av jordmor vil si at kvinnen ikke er alene i mer enn 10 min etter 6 cm mormunnsåpning, jf. prosedyre. Jordmor var kontinuerlig til stede ved 71 % av fødslene, 15,3 % besvarte ikke skjemaet på denne parameter og i 13,6 % var kvinnen alene lenger enn 10 minutter i denne fasen av fødselen

Andelen elektive keisersnitt og vaginale operative forløsninger var ikke endepunkter i vårt prosjekt. Vi ønsket likevel å undersøke om reduksjonen i akutte keisersnitt i Robson gruppe 1 medførte endringer i andelen elektive sectio og vaginale operative forløsninger. Den elektive sectiofrekvensen og andelen operative vaginale forløsninger i studieperioden var henholdsvis 4.9 % (58/1185) og 6.7 % (81/1185). I året før studieoppstart var tilsvarende tall henholdsvis 6.5 % (183/2834) og 9.0 % (258/2834). I studieperioden var den totale akutte sectiofrekvensen på 10.3 % (122/1185). Året før studiestart var tilsvarende frekvens 12.2 %, noe som tilsvarer en reduksjon på 19 %.

Figur 5. Andel operative forløsninger før og under studieperioden



Målet vårt i forbedringsprosjektet var 50 % reduksjon av akutte keisersnitt i Robson gruppe 1. I studieperioden reduserte vi sectiofrekvensen med 48 %. Reduksjonen har ikke medført økning i den elektive sectiofrekvensen eller andelen operative vaginale forløsninger.

Læring

Det har vært utfordrende å få tid til å jobbe med prosjektet. Personale har ikke blitt fristilt for prosjektarbeid. Sykehuset planlegger innflytting til nytt sykehus, et tidkrevende arbeid.

Forbedringsprosjektet har vist målbar reduksjon i akutt sectiofrekvens, noe som inspirerer til fortsatt fokus på langsom fremgang. Gjennom prosjektet har vi fått økt fokus på tverrfaglig samarbeid. Samlet erfaring med forbedringsprosjektet er at det er nyttig og viktig, men tidkrevende. Metoden krever ressurser og fristilling av personale samt kontinuerlig oppfølging/samtale med kollegaer, noe som er vanskelig å få til i en travel hverdag.

Veien videre: opprettholde våre gode resultater ved å presentere statistikk månedlig for jordmødre og leger. Fødeavdelingen er med i LAPS studien, og slik vil diskusjon og fokus på langsom fremgang og bruk av oksytocin naturlig fortsette.

Tema 2: Fosterovervåkning og diagnose av truende asfyksi

1. Drammen sykehus

Vi har en middels stor fødeavdeling med ca.2000 fødsler per år. Siden år 2000 har vi hatt STAN overvåking og Milou tilknyttet alle pc'ene på fødeavdelingen og på alle legekontorer. Nyfødte ned til 28 ukers gestasjonslengde håndteres hos oss.

Hensikten med prosjektet og mål

Forbedringsteamet valgte signering og klassifisering av CTG/STAN som tema for forbedringsprosjektet. Spesielt ble signering av CTG ved instrumentell forløsning på indikasjon truende asfyksi registrert. Hensikten var å sikre god fosterovervåking og at diagnosen truende asfyksi ikke ble oversett. Vi valgte dette temaet fordi vi hadde sett at CTG registreringene for sjelden ble beskrevet og signert.

Vi ønsket at det både for leger og jordmødre skulle bli en rutine at registreringene ble beskrevet og signert hver halvtime. Som en sekundæreffekt ville vi oppnå mer faglig diskusjon i hverdagen og bedre kvalitet på arbeidet.

Tallfestet mål: 80% signering og klassifisering av CTG hvert 30 min. i aktiv fase av fødselen
100% av alle signeringer skal være riktig klassifisert
Gjennomsnittlig score på sjekklisten skal være 90%

Tiltak

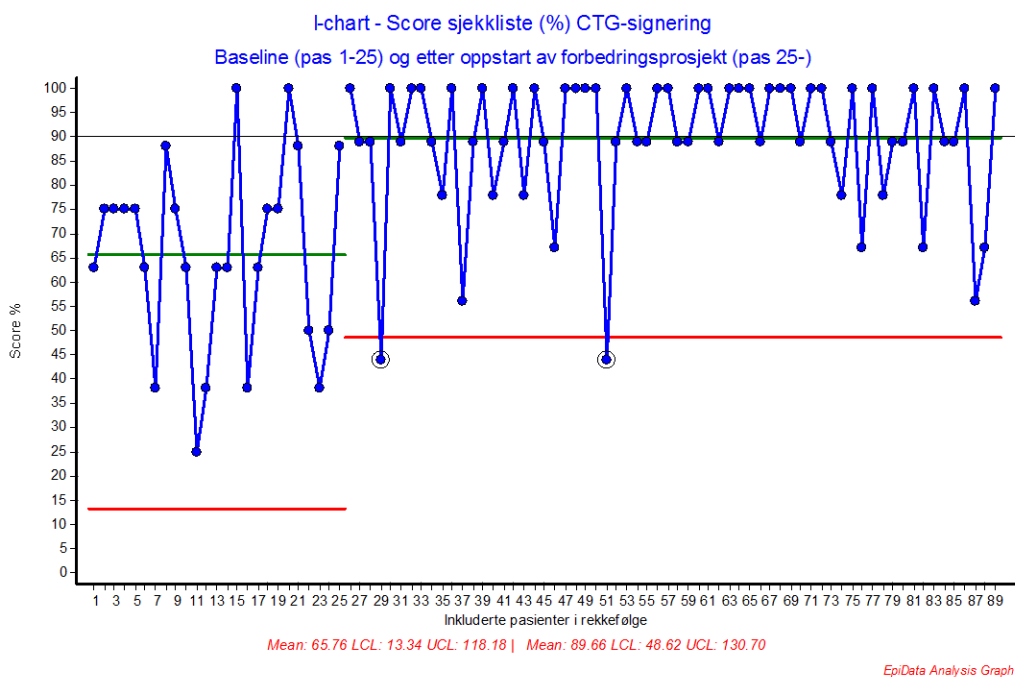
Fra 20.sept. 2014 til vi startet opp 10.oktober brukte vi tiden til å implementere forbedringsarbeidet i avdelingen og til å stimulere og være med på å vurdere registreringene fortløpende, ofte leger og jordmødre sammen. Det ble umiddelbart økt aktivitet. Vi innførte at vi to ganger i uken gjennomgår og diskuterer CTG registreringer i plenum på previsitten.

Målinger

Forbedringsteamet utarbeidet i fellesskap en sjekkliste for signering av CTG som ble brukt til å evaluere praksis i fødsler med instrumentell forløsning på indikasjon truende asfyksi .

Vi fant først frem til 25 pasienter som hadde født før oppstart av prosjektet. Disse ble evaluert ut i fra sjekklisten for å etablere en baseline av hvordan praksis var før prosjektet ble startet (Se Graf 1.) Baseline var utgangspunktet vi sammenliknet mot for å se om vi ble bedre.

Statistisk prosesskontroll (SPC) viser endring over tid og vi brukte dette hjelpemiddelet til å følge opp score på sjekklistene for å se om vi oppnådde forbedring. En av overlegene som er med i avdelingens STAN superbrukergruppe, Anne MK, har vurdert alle CTG/STAN registreringene sammen med en eller flere i gruppen. Dette har sikret mest mulig lik vurdering.



Graf 1 – I-diagram

Resultat

Resultatet vårt er at 90 % av registreringene er signert og klassifisert tilfredsstillende i henhold til sjekklisten. Dette er en stor forbedring fra før oppstart da vi kun hadde 67 %.

Vi ser at det var betydelig mindre variasjon i måloppnåelse i registreringsperioden i forhold til før vi startet registreringene, dog var det mot slutten litt mer variasjon.

Læring

Vi har ikke hatt mye tid avsatt til forbedringsarbeidet så mye har foregått på fritiden.

Vi er imidlertid nokså konsekvente med å gjennomgå CTG/STAN registreringer på morgenmøtene. Videre er det en betydelig økt aktivitet i å diskutere CTG registreringer i det daglige arbeidet. To dager i uken har vi klart å gjennomgå og diskutere registreringer i plenum på previsitten.

Vi har erfart at det er stor interesse for forbedringsarbeidet. Det har ført til mer faglig diskusjon og det virker som om folk er mer engasjerte og lærevillige..

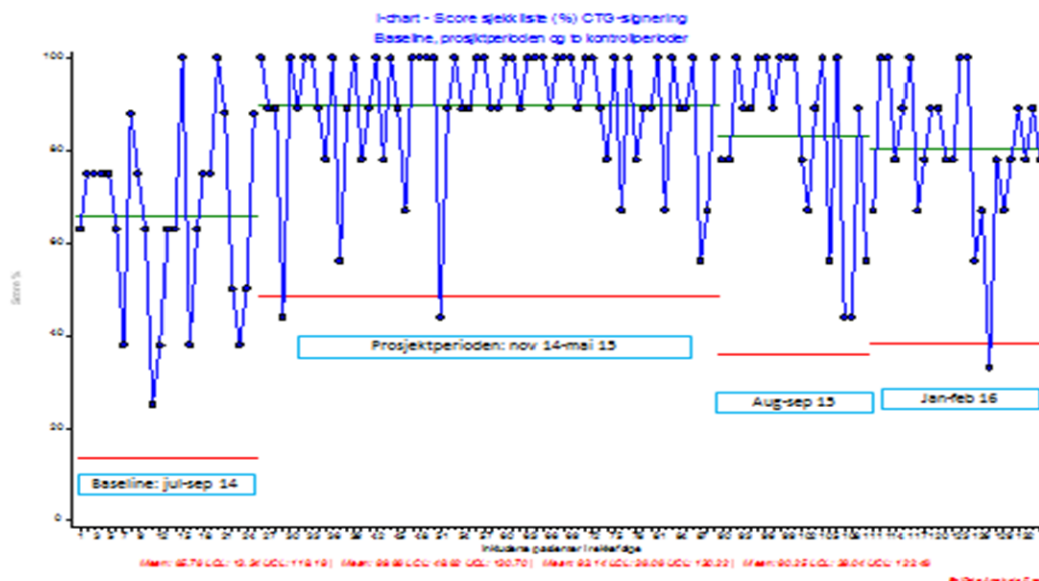
Vår erfaring er at det nytter å sette fokus på noe og bli bedre når man får med seg kollegaene. Hyppige diskusjoner og demonstrasjoner av CTG øker alles fagkunnskap.

Det mest givende har vært at vi har sett resultater av arbeidet. Det mest frustrerende har vært mangel på tid til å møtes i gruppen.

Vår samlede erfaring med gjennombruddsmetoden er at det er en god metode til å sette et tema på dagsorden, fokusere på dette og bli bedre på akkurat dette fagområdet.

Et år etter prosjektslutt

Se neste graf. Vår intensjon var å fortsette med målinger i ett år til. Prosjektgruppen har gjennomgått registreringer fra 2 ulike perioder. Resultatet viser at vi gjennomsnittlig har hatt noe nedgang i gjennomføring av signeringene, men vi har likevel klart å holde et nivå som ligger godt over der vi var da vi startet med prosjektet.



Tema 3: Ikke-medisinske årsaker til keisersnitt

1. Sørlandet sykehus, Kristiansand

Kvinneklinikk, ca. 2000 fødsler i året. Prematurgrense 26 uker.

Hensikten med prosjektet og mål

1. Evaluere effekten av samtaler under svangerskapet
 - a. Hvor mange føder normalt etter samtaler
 - b. Hvordan fødeplanen ble overholdt
 - c. Samle kvinnens tanker om "neste svangerskap og fødsel"
2. Øke kunnskap om fødselsangst på avdeling
3. Bruke ressurser mest effektivt
4. På lang sikt redusere keisersnittfrekvensen ytterligere.

Hovedmål:

- 1) Å tilstrebe en så sikker og trygg forløsning som mulig
- 2) Evaluere og synliggjøre arbeid som blir gjort med kvinner som har primært sectioønske.
- 3) Rett bruk av ressurser.

Målet ble valgt fordi vi ikke hadde sett systematisk på dette tidligere.

Tiltak

- Datasamling
- Litteratursøk om temaet «fødselsangst & primært sectioønske»
- Evalueringsskjema for jordmødre
- Skjema for ettersamtale
- Skriftlig pasientinformasjon: Vi har utarbeidet ny prosedyre med nytt skriftlig informasjonsmateriale som gis kvinnen/paret. Denne informasjonen inneholder detaljert informasjon om ulike fordeler og risiko med både vaginale forløsninger og ved sectio-forløsninger.
- Ny prosedyre
- Workshop om fødselsangst for kommunejordmødre og jordmødrene som jobber på svangerskapspoliklinikken (foredragsholderen: Winnie Dragnes fra AHUS)
- Parallelt har vi hatt et sfinkterruptur-prosjekt pågående i avdelingen hvor SPC benyttes.

- Innført peroral administrasjon av Prostaglandin ved induksjon. En del av pasienter som har primært sectioønske har lyst å unngå unødvendige vaginale undersøkelser. Innføring av peroral administrasjon hjulpet denne gruppen.

Målinger

Vi har i en periode på noen måneder gått gjennom alle case som omhandler kvinner med sectioønske. Resultatet var at de fleste med fødselsangst og sectioønske hadde tidligere blitt induisert og endt opp med akutt sectio. Dette er den største risiko-gruppen hvor man må forsøke å sette inn preventive tiltak.

Resultat

Opplegget som vi har fungerer bra. På poliklinikken har vi faste og engasjerte jordmødre og leger som tar seg spesielt av kvinner med fødselsangst. Vi har som en generell behandlingsmodell at kvinnen får først opptil to 1-timers samtaler med jordmor før hun ev. blir videre henvist til lege. Det er kun faste leger som tar avgjørelser om kvinnen får innvilget keisersnitt. Dette for å unngå «snille og slemme» leger. Ved avslag på keisersnitt blir det sammen med jordmor laget en fødeplan. Når kvinnen kommer i fødsel tilstrebes det at hun følges av en fast ansatt, trygg og erfaren jordmor.

Nye preventive tiltak for å unngå at flere har sectioønske i framtiden, med fokus på risiko-grupper (tidligere induserte mødre og kvinner endt opp med akutt sectio):

- SIM øvelser for hele personalet: 1. Kommunikasjon i akutte situasjoner 2. Close loop Communication
- Som et tiltak videre ønsker vi at spesielt de som havner i denne gruppen blir identifisert like etter fødsel og blir kontaktet noen uker etter fødsel for en tidlig gjennomgang av fødselen. Dette håper vi kan være med på å redusere og forebygge senere fødselsangst.

Læring

- Svært mye tid brukt på få pasienter som allikevel ikke motiveres for vaginal fødsel
- Tungtveiende grunner til sitt sectioønske
 - 1) Hvem kan vi nekte innvilgelse av sectio etter traumatisk opplevelse?
 - 2) Er det riktig å nekte?
 - 3) Hva med barnet i et livstidsperspektiv (allergi, astma, matvareintoleranse, cøliaki) når mor forløses med elektivt sectio på ”mors ønske”.
- Førstegangsfødende bør i prinsippet ikke innvilges elektivt sectio om det ikke foreligger overgrepshistorie eller andre tungtveiende psykiske grunner.
- Traumatisk fødselsopplevelse. Foreslår følgende tiltak for fremtiden:
 - 1) Forberedelse til fødsel må ha større fokus
 - 2) Fortløpende informasjon under fødselen
 - 3) Hvordan opptre på fødestua i akutte situasjoner (kommunikasjon til pasienten/mannen, samt personale seg i mellom)
 - 4) Grundig postpartumsamtale
 - 5) Åpne for ettersamtaler poliklinisk (et økonomisk- og ressurssspørsmål)
- Om resultatene til riftprosjektet fortsetter i samme trend, antar vi at færre kvinner ønsker sectio pga. tidligere sfinkterruptur

Forberedende tiltak er viktig. Vi har hatt flere SIM øvelser hvor temaet er tatt opp. Roen i akutte situasjoner.

For jordmødrene på poliklinikken er det krevende å ha samtaler med kvinner med uttalt angst. De har ytret et ønske om å få avsatt tid til å kunne diskutere seg imellom og dele enkelte erfaringer. Det skal forsøkes å sette av en time hver måned til dette.

Jordmødrene på poliklinikken har også ytret et ønske om å få personlig veiledning og samtale med f.eks. psykolog eller psykiatrisk sykepleier. Det jobbes videre med å få dette til.

Tema 4: Indikasjoner og metoder for induksjon av fødsel

1. Kvinneklinikken Møre og Romsdal, Ålesund sykehus

Beskrivelse av virksomheten

Kvinneklinikken i Ålesund har ca. 1400 fødsler pr. år, vi har 4 fødestuer, og 6 familierom på Barselhotell i tillegg til kombinert barsel/observasjonspost. Seleksjon av risikofødsler skjer til Ålesund Sykehus fra de tre andre sykehusene i Møre og Romsdal. Neonatalavdelingen tar i mot alle gestasjonsaldre. Tilstedevakt for LIS/overlege.

Hensikten med prosjektet og mål

I perioden 2012- 2014 ble ca. 24% av svangerskapene induisert ved KK Ålesund Sykehus. Hos induserte førstegangsfødende endte 25% med sectio, hos induserte flergangsfødende endte 10,6% med sectio. Vi ønsket å forbedre induksjonsprosessen, og være målrettet og strukturerte i hele induksjonsforløpet.

- Det konkrete målet for prosjektet var å øke bruken av ballong ved induksjon på BS \leq 5 med 70%. Samtidig ønsket vi å optimalisere selve induksjonsprosessen ved å forsøke å: Redusere tid fra ballong tas ut/faller ut til neste induksjonstiltak iverksettes
- Redusere antall prostaglandiner administrert etter at ballong er tatt ut/falt ut, og heller gå videre med amniotomi.

Tiltak

- Vi innførte ny prosedyre for innleggelse av ballong med en del vesentlige forandringer fra tidligere, med utgangspunkt i Veileder i Fødselshjelp 2014.
- Internundervisning om prosjektet for jordmødre og leger ble holdt før oppstart i uke 46.
- Tidligere har man brukt ballong som preinduksjon, men ballong skal nå være hovedvalg ved induksjon ved BS \leq 5.
- Av praktiske tiltak ordnet vi i stand et nytt poliklinikkrom for innleggelse av ballong, og laget en utstyrskasse for ballonginnleggelse, hvor målet var at den hele tiden skulle være fylt med nødvendig utstyr. Vi innførte et nytt ballongkateter som tåler mer vann. Ballongen fylles nå med 50 ml.
- Vi utarbeidet en informasjonsbrosjyre til pasientene om induksjon med ballong.
- Økt fokus på tettere samarbeid om tvilstilfeller med tanke på Bishopscore og valg av videre induksjonstiltak innen 1 time (jordmor-jordmor eller jordmor-lege).

Målinger

Økningen i bruk av ballong etter prosjektperioden var på 156 %! (Målet var en økning på 70%!). Sectiofrekvensen i induksjonsgruppen falt fra 16,7 % til 13,9 %. Sectiofrekvensen hos induserte førstegangsfødende falt fra 25,9% til 16,7 %. Hos induserte flergangsfødende falt sectiofrekvensen til 6,3 %, mot 9,3 % før prosjektet. Vi reduserte også bruken av prostaglandiner etter at induksjonen var startet med ballong og vi ble flinkere til å gå i gang med nytt tiltak innen en time etter at ballong falt ut/ble tatt ut.

Ett år etter prosjektet var avsluttet gjorde vi en ny opptelling for å se hvordan vi lå an. På grunn av begrenset tid til å arbeide med måledata valgte vi oss ut en periode på ca. 8 uker (dvs. hele mars og hele april 2016). Denne perioden er ikke så lang som periodene på 20 uker som ble brukt til opptelling i forbindelse med prosjektet, men tallene gir en viss pekepinn.

Før oppstart av prosjektperioden induserte vi 23% av alle fødsler med ballong, etter prosjektperioden induserte vi 59,8% av alle fødsler med ballong, mens vi i «stikkprøve-perioden» i mars/april 2016 induserte 69% med ballong. En økning på 200%!

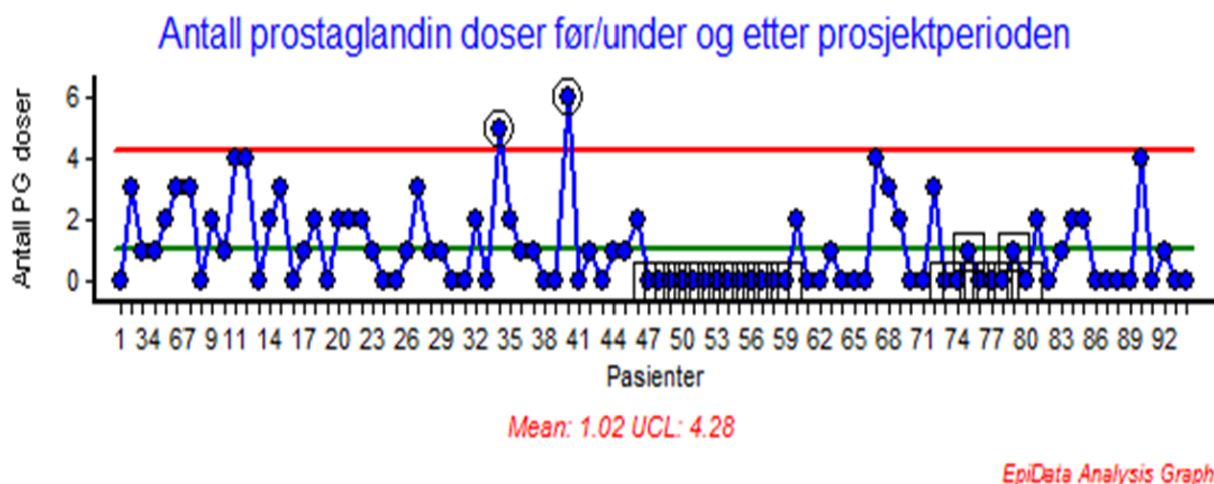
Av totalt antall induksjoner endte 16,3% med sectio (mars/april 2016) mot 16,7% før tiltak og 13,9% etter tiltak i prosjektperioden.

Sectiofrekvensen hos induuerte førstegangsfødende har nå steget til 29,4%. Hos induuerte flergangsfødende er sectiofrekvensen nå 12%. Sectiofrekvensen er således stigende, men man må ha i mente at det er et lite tallmateriale vi har fra denne perioden.

Før prosjektperioden startet gikk vi videre med tiltak innen en time etter at ballong falt ut/datt ut i 26,7% av tilfellene. Etter tiltak økte denne prosentandelen til 58,9%. Ved gjennomgang av tall fra mars/april i år ser vi at vi går videre med tiltak innen en time i 76,4% av tilfellene.

Før prosjektperioden ble det brukt prostaglandiner som neste tiltak etter ballong ble fjernet/falt ut i 73% av induksjonene, etter tiltak i 43,8% av induksjonene, og ved opptelling av tall fra mars/april 2016 ser vi at vi kun bruker prostaglandiner i 35,3% av tilfellene der man har startet induksjonsprosessen med ballong.

Gjennomsnittlig antall doser er nå på 2,25 mot hhv 2,0 doser før prosjektperioden og 2,16 etter prosjektperioden. Tallene er stabile. Se graf:



Forklaring: Pasienter 1-30 er før intervensjon
 Pasienter 31-60 er i prosjektperioden (etter innført intervensjon)
 Pasienter 61-94 er i oppfølgingsperioden.

Resultat

Etter at man innførte tiltak, og var ferdig med opptelling av induksjonene i de 20 ukene etter dette, ble det ikke gjort særlig mer fra prosjektgruppens side. Det ble vanskelig å holde «trøkket oppe» i en hektisk arbeidshverdag der det i praksis ikke er avsatt tid til prosjektarbeid og forbedringsarbeid. Gruppen har ikke vært fulltallig i året som nå har gått etter avsluttet prosjekt (barselpermisjon mv), og man har derfor ikke samlet gruppen til diskusjon om prosjektet. Vi hadde planer om ny internundervisning, men dette er ikke gjennomført.

Læring

Vi ser at det har skjedd en kulturendring i avdelingen i forhold til bruk av ballong som foretrukket induksjonsmetode. Ballong blir også brukt ved mer moden cx.

Det er viktig, men veldig vanskelig, å følge opp et prosjekt når det ikke er avsatt tid. Ledelsesforankring er viktig også i denne fasen. Det er nok kanskje nødvendig at en fra ledelsen med myndighet til ressurstildeling/omfordeling er med i prosjektgruppen.

Gruppemedlemmene er glad for å ha deltatt i Gjennombruddsprosjektet. Det har gitt innsikt i hvordan man kommer i gang med, og hvordan man gjennomfører og tallfester en endring i en avdeling.

2. Sørlandet Sykehus Arendal

Sørlandet sykehus Arendal er en kombinert avdeling, svangerskapspoliklinikk, føde og barsel. Det er 4 observasjonssenger for gravide, 3 fødestuer og 14 barselsenger, herav 4 familierom.

Hensikten med prosjektet og mål

Vi valgte å satse på induksjoner da vi antok at det var et område som vi kunne gjøre noen forbedringer på. I Arendal har induksjoner steget med flere prosent de siste årene og vi antok at indikasjonene for induksjon ikke var gode nok.

Vi mente at sectio frekvensen for induksjoner også var høy i forhold til sectio frekvens for andre pasienter.

Tallfestet mål: Redusere sectio med 5%.

Tiltak

Vi ønsket å utarbeide nye prosedyrer for trivselskontroll.

Oppdatere kriterier for induksjon og induksjonsmetoder, som ville være i tråd med nasjonal veileder.

For å gjennomføre dette så måtte vi ha:

- Faste møtepunkter
- Inkludere hele personalet
- Møtereferater tilgjengelig for alle ansatte
- Nye prosedyrer
- Kriterier for induksjoner
- Indikasjonsmetode
- Uke målinger ved hjelp av EPI data.

Vi kom raskt i gang med å få installert EPI data på PC til de som skulle bruke det, og begynte å jobbe med endringer av prosedyrer.

Det var forholdsvis greit å få implementert denne prosedyren. Det vi ikke har gjort godt nok var å utarbeide gode retningslinjer for dokumentasjon. Jordmødrene i svangerskapspoliklinikken trengte prosedyre på hvordan de skulle diktere og dokumenter i DIPS journal. Tidligere har de ført sine funn i Partus, men vi mente at det var viktig og riktig at de skulle diktere i DIPS.

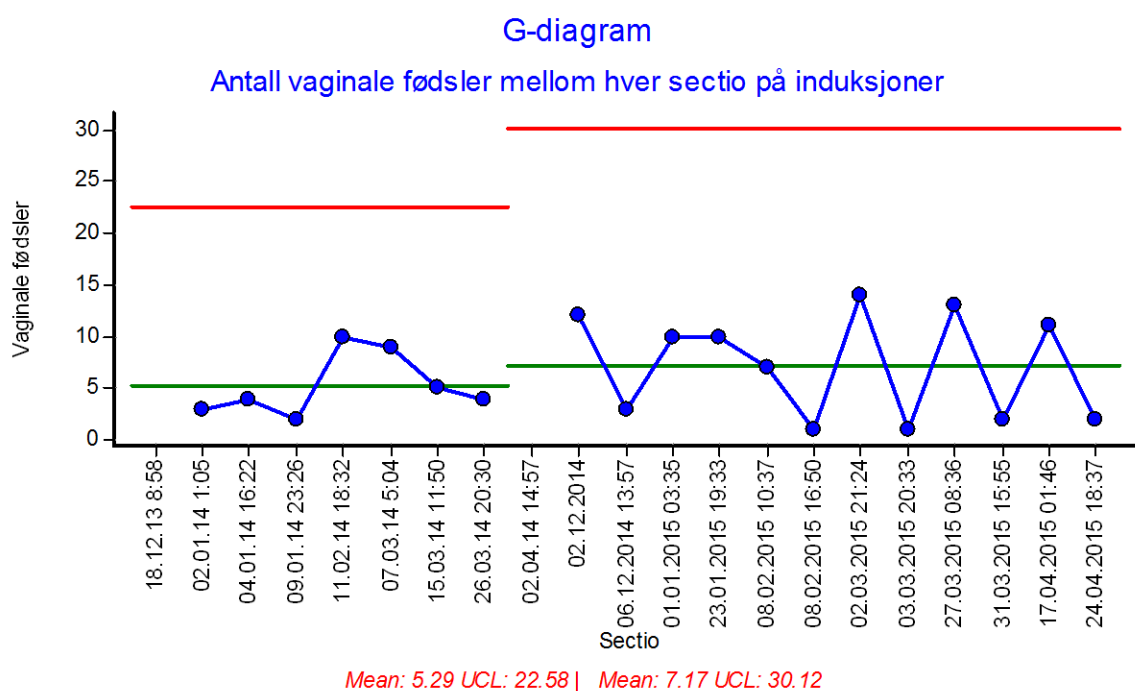
Målinger

Legene er blitt bedre til å bruke den nye induksjonsprosedyren.

Flere blir indusert med ballong som førstevalg.

Vi ser også at legene har bedre journaldiktat i forbindelse med innleggelse og indikasjon for induksjon. De er i tillegg blitt mye flinkere til å dokumentere i Partus.

Resultat



EpiData Analysis Graph

Vi har økt gjennomsnittet på vaginale fødsler mellom hver induksjon fra 5,29 til 7,17. Det betyr at det i snitt er 2 flere "normale fødsler" mellom hver sectio.

Vi har hatt en prosentvis økning av vaginale fødsler mellom hvert keisersnitt på 31,8 % i forhold til samme periode forrige år.

Læring

Det er ikke lett å endre rutiner og holdninger i en avdeling, de som jobber i prosjektet må hele tiden være pådrivere. Det er veldig viktig at vi har noen som kvalitetssikrer tall.

Gruppen og avdelingen har blitt mer bevist på hvilken metode vi bruker for å indukere og hvordan det går med de fødslene.

Vi har hatt en veldig travel periode den siste tiden, som ikke har gått på prosjektet.

Mye av tiden har gått til å diskutere med klinikkledelse og sykehusstyret vedrørende hvilke fødsler som skal kunne foregå i Arendal.

3. Fødeavdelingen, Kvinneklinikken, Stavanger Universitetssykehus

Fødeavdelingen ved Stavanger Universitetssykehus (SUS) har ca. 4800-4900 fødsler årlig, fordelt på en lavrisikoenhet (Fødeloftet 7H) og Fødeavdelingen. Lavrisikoenheten har ca. 1200 av disse fødslene årlig. Fødeavdelingen har 10 fødestuer, Fødeloftet har 3 fødestuer.

Hensikten med prosjektet og mål

Vi valgte å forsøke å redusere antall operative forløsninger på indikasjon protrahert stadium 2. Dette på bakgrunn av at vi på fødeavdelingen ved SUS ligger generelt høyt i antall operative vaginale forløsninger. 27 % av våre vakuumbforløsninger skyldes protrahert stadium 2.

Vi tallfestet ikke målet, men ønsket å se om man kunne oppnå reduksjon i antall operative vaginale forløsninger på indikasjon protrahert forløp stadium 2. Samtidig ville vi se om dette ga endringer i antall sectio utført på samme indikasjon.

Ved å fokusere på enkle tiltak som vi i dag tror fremmer det naturlige fødselsforløpet, ønsket vi å nå dette målet. Vi utarbeidet en sjekkliste for å måle i hvor stor grad det enkelte tiltak ble oppfulgt på fødestua.

Tiltak

Sjekkliste ble tatt i bruk hos alle fødende med enling svangerskap i hodeleie etter uke 37 og som fødte etter minst 1 times trykkesid: (ekskluderte flerlinger, avvikende leier, premature og de som føder tidligere enn 1 time etter full åpning).

Følgende tiltak ble evaluert i sjekklisten:

- Tømming av urinblæren
- Stillingsendring hos kvinnen
- Være oppe, stå/gå
- Jordmors tilstedeværelse på fødestuen
- Væskeinntak
- Adekvat smertelindring
- Vurdering av rier
- Kvinnens bevissthet om hva hun selv vet hva hun kan gjøre for å fremme spontan fødsel

Dette ble registrert hver halvtime etter utslettet mormunn frem til fødselen. Vi laget et scoringssystem, og sjekklisten ble evaluert etter hver fødsel.

Vi gjorde en manuell loggføring av data fra sjekklisene i Excel og benyttet Pivot tabeller mot dette datagrunnlaget for å vise utviklingstrekk og trender. I tillegg har vi framstilt resultatene grafisk i Epidata med SPC.

Ved å ta ut ukentlige rapporter fra Fødejournalsystemet (Natus) og opptelling av registreringene fra sjekklista, så vi etter eventuelle endringer.

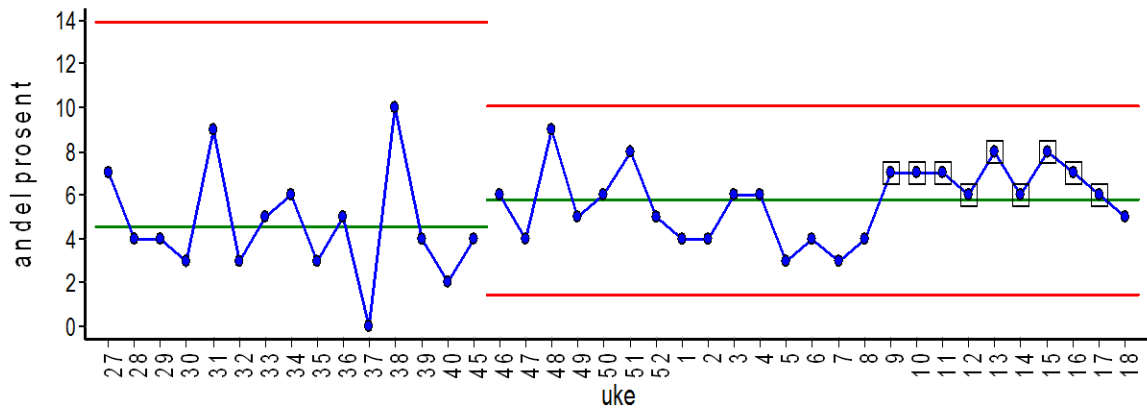
Målinger

Målingene (se kurvene) viste ingen reduksjon i antall operative vaginale forløsninger i prosjektperioden fra 3. november 2014 (uke 45) til 11.mai 2015. Etter diskusjon er vi kommet frem til at dette skyldes at de naturlige svingningene i antall operative forløsninger fra måned til måned og uke til uke er større enn potensiell forventet effekt.

Ser man på antall sectio utført på indikasjon protrahert stadium 2 i samme periode, ser man en tendens til reduksjon, men også dette er et tall som svinger fra måned til måned og uke til uke.

Vi fortsetter målingene som i prosjektperioden, men med enklere skjema på et tilfeldig utvalg av fødende.

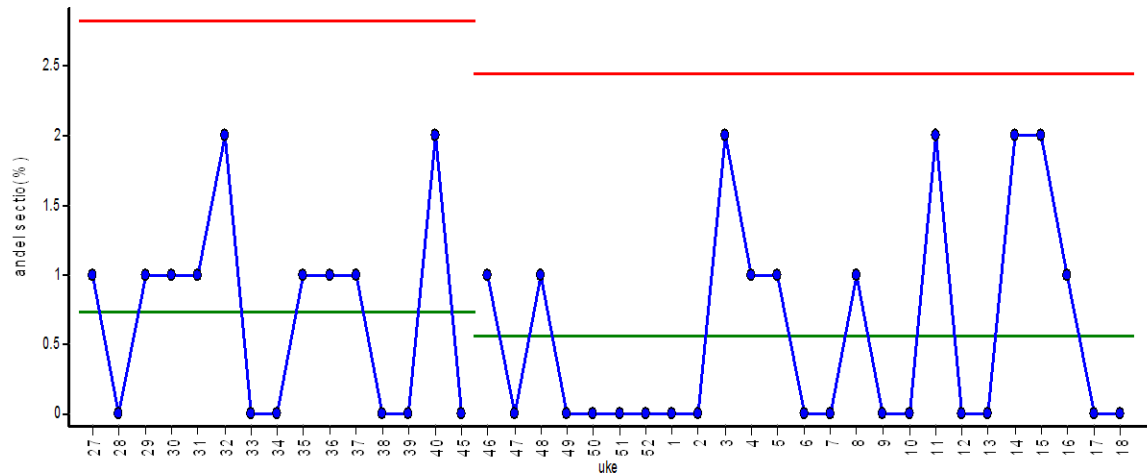
andel vakuum/tang protrahert forløp st.2



Mean: 4.60 UCL: 13.91 | Mean: 5.76 LCL: 1.44 UCL: 10.08

EpiData Analysis Graph

andel akutt sectio stadium2



Mean: 0.73 UCL: 2.82 | Mean: 0.56 UCL: 2.44

EpiData Analysis Graph

Resultat

Da vi ikke oppnådde endringer i antall vakuumforløsninger på indikasjon protrahert stadium 2 i den første prosjektperioden, valgte vi å evaluere om de tiltakene vi fokuserte på for å fremme spontan fødsel fortsatt er i bruk i daglig klinisk praksis. Et nytt og enklere spørreskjema, med de viktigste tiltakene for å fremme spontan fødsel, er tatt i bruk i juni 2016. Den enkelte jordmor blir spurt i etterkant av fødselen hvilke tiltak hun har iverksatt og fødselens endepunkt (vakuum/tang/sectio/spontan fødsel) registreres.

Læring

Vi har hatt positiv erfaring med gjennombruddsmetoden. Gruppen har fått bekreftet at det er viktig å holde fokus på det vi vil forbedre. Dersom vi mister fokus sklir prosjektet ut. I tillegg har vi hatt en bevisstgjøring i avdelingen av viktigheten av bevegelse og mobilisering under en fødsel. Legene har blitt mer bevisste på indikasjon for operativ vaginal forløsning og mer restriktive med å gripe inn i fødsler med protrahert stadium 2.

4. Oslo Universitetssykehus Rikshospitalet

Fødeavdeling med 2800 fødsler årlig, 5 fødestuer, 12 observasjons-/ventesenger for gravide og 26 barselsenger. Regionansvar for selekterte maternelle og føtale tilstander.

Hensikten med prosjektet og mål

Fødeavdelingen ved OUS Rikshospitalet har de siste årene hatt en stigende forekomst av induksjon av fødsel blant førstegangsfødende. I perioden 2013 til høsten 2014 steg induksjonsraten i denne gruppen fra 20 % til 25 %. Induksjon av fødsel er forbundet med økt risiko for keisersnitt, delvis på grunn av underliggende sykdom hos mor eller foster. Førstegangsfødende synes likevel mer utsatt for keisersnitt. Ved Rikshospitalet mellom 2010-2014 ble en av fire (26 %) igangsatte kvinner* forløst med keisersnitt, sammenlignet med en av tolv (8 %) med spontan fødselsstart. Vi hadde også et inntrykk av at gjennomføringen av induksjoner ikke var optimal pga. hensynet til logistikk og samtidighetskonflikter i avdelingen. Vi valgte derfor det følgende mål for vår intervensjon:

*Para 0 med et foster i hodeleie ≥ 37 uker (Robson gruppe 2a).

Overordnet mål: Å sikre at de riktige kvinnene blir indusert og til riktig tid med riktig gjennomføring.

Tallfestet mål: Redusere antall induksjoner hos førstegangsfødende med minst 20%.

Tiltak

1. Kommunikasjon av retningslinjer for induksjon:
 - i. Forventningsstyring hos brukere: skriftlig informasjon til fødende.
 - ii. Fortløpende formidling av våre resultater til avdelingen.
 - iii Laminert huskeliste til ansatte

2. Bedret indikasjonsstilling, teknikk og gjennomføring av induksjon:
 - i. Overtid: Induksjon først ved 42+0 uker /41+2 hos kvinner ≥ 40 år for å la flest mulig få sjansen til å gå spontant i fødsel.
Overtid: Induksjon alle ukedager uten logistikk-begrensninger.
 - ii. Fosterpatologi: Det skal foreligge medisinsk indikasjon for induksjon.
 - iii. Oligohydramnion: Second opinion ved funn av isolert oligohydramnion (AFI ≤ 5).
 - iv. Veksthemming: alle leger opplæres i måling av blodstrøm i foster-MCA.
 - v. Ballongvolum minimum 50 ml.
 - vi. Misodel (200 ug misoprostol vaginalinnlegg) førstevalg hos førstegangsfødende uten kontraindikasjon.

Vi har videreført de aller fleste tiltakene fra den aktive perioden:

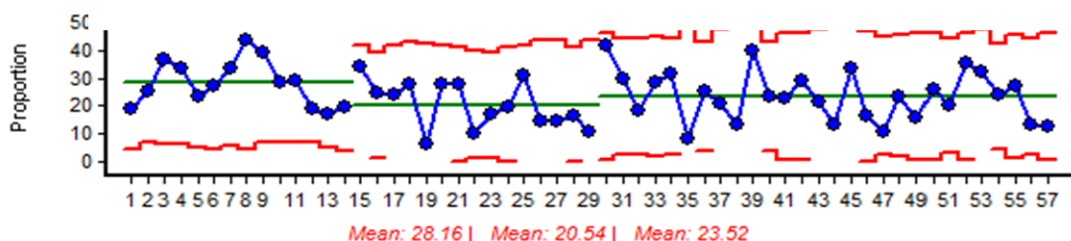
Målinger

Vi fortsatte med registrering av alle induksjoner i målgruppen. Vi følger følgende parametere:

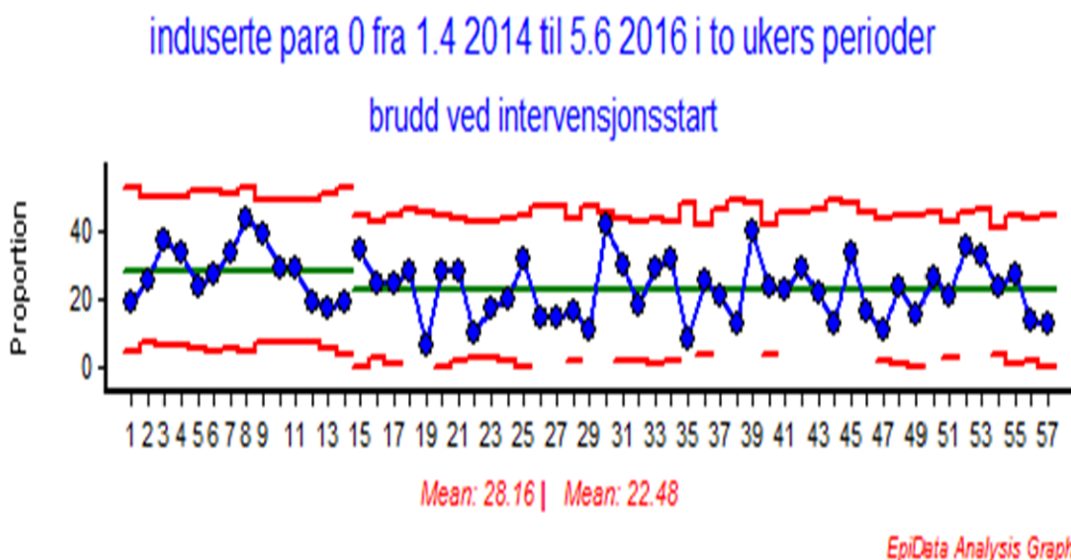
1. Antall og andelen induksjoner
2. Antall og andel keisersnitt, operativ vaginal fødsel og spontan vaginal fødsel

Resultat

1. Andelen induksjoner var høyest før induksjonsperioden med 28.2%, falt til 20.5% i intervensjonsperioden og steg til 23.5% etter intervensjonsperioden (Figur 1). Samlet hadde intervensjonsperioden og tiden etter intervensjon en induksjonsrate på 22.5% (Figur 2).

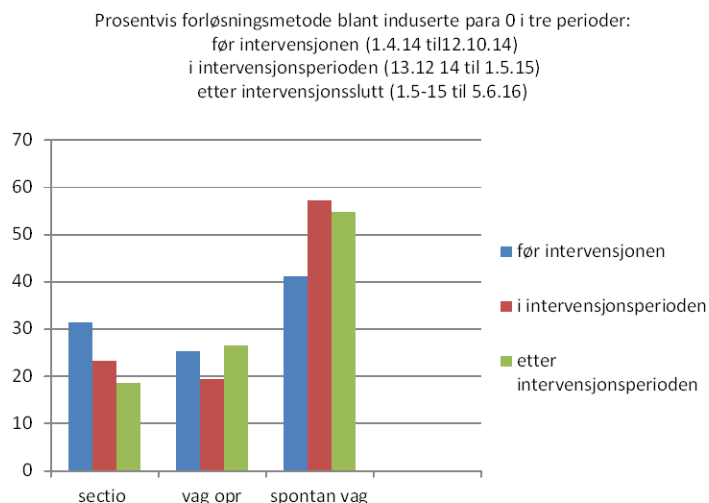


Figur 1. Andel induksjoner blant førstegangsfødende før, under og etter intervensjonsperioden, 2 ukers perioder, 1.april 2014- 6.juni 2016.

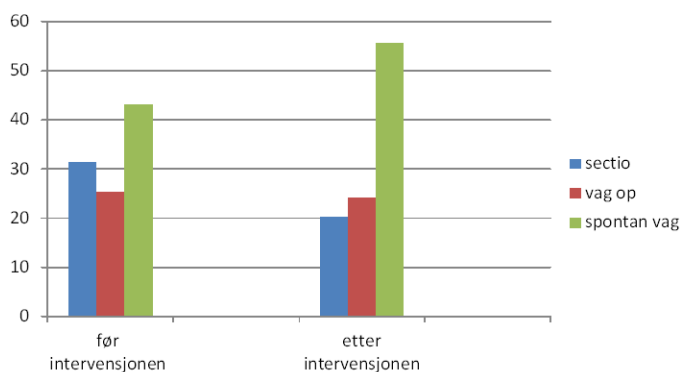


Figur 2. Andel induksjoner blant førstegangsfødende før og etter intervensjonsstart; 2 ukers perioder, 1.april 2014 – 5.juni 2016.

2. Andelen induserte kvinner som ble forløst med akutt sectio ble redusert fra 31.5% før intervensjonsperioden til 23.3% i intervensjonsperioden. Andelen falt ytterligere til 18.7% etter intervensjonsperioden (Figur 3). Sammenligner en perioden før intervensjon med tiden etter er dette en signifikant nedgang ($p=0.009$).
3. Før intervensjon opplevde 41.2% av induserte kvinner en spontan vaginal fødsel (ingen operativ intervensjon), mens under intervensjonsperioden økte andelen til 57.3%. Etter prosjektslutt har andelen holdt seg høy (54.8%). Sammenligner en perioden før intervensjon med tiden etter er dette en signifikant økning ($p=0.016$).



**Signifikant nedgang i akutte sectio ($p=0,009$)
 og signifikant økning i spontane vaginale fødsler ($p= 0,016$)**
 Perioden før intervensjonstart (1.4.14 til 12.10.14) sammenlignet med hele
 perioden etter intervensjonsstart (13.10.14 til 5.6.16)



Figur 3. Forløsningsmåte blant induserte kvinner før, under og etter intervensjonsprosjektet. Færre kvinner ble forløst med akutt sectio og flere kvinner fødte spontant etter prosjektet sammenlignet med før prosjektstart.

Vedørende operativ vaginal forløsning var det kun små endringer i de tre tidsperiodene.

Selv om induksjonsraten har gått noe opp etter avsluttet prosjekt synes resultatene vedrørende forløsningsmåte å ha holdt seg etter avsluttet prosjekt.

En har således oppnådd en lett reduksjon i induksjoner samtidig som det er økt forekomst av spontan vaginal fødsel og færre akutte sectio blant de kvinnene som blir indusert.

Et vedvarende fokus på korrekt gjennomføring av induksjon uten avbrudd eller pauser samt innføring av misoprostol vaginalinnlegg synes å ha bidratt til disse funnene.

Læring

- Viktig å informere og motivere nyansatte som har kommet til etter avsluttet aktivt prosjekt om det sterke fokuset vi har på korrekt induksjon blant førstegangsfødende kvinner.

- Vanskelig i en travel hverdag å få tid til ekstra aktiviteter – krever meget motiverte gruppemedlemmer.

- Viktigheten av å følge med på alle Robson-grupper slik at vi har kontroll på at ikke en reduksjon i induksjon for eksempel er et resultat av økt antall planlagte keisersnitt.

Prosjektets måleansvarlige kunne i kraft av sin stilling som fagjordmor fristille tid til prosjektet pga. prosjektpenger fra HIOA til masterstudenter. Gjennombruddsmetoden krever legitimitet samt vilje fra ledelsen til å avsette/mobilisere tid og ressurser.

Reell diskusjon med leger og jordmødre FØR vi utformet tiltakene var essensielt for eierskapsfølelse blant de ansatte. Vi har lært at viktigste forutsetning for forbedringstiltak er motivasjon blant ansatte. Anonym audit var viktig for å generere nye tiltak underveis og motivere staben til fortsatt entusiasme.

Tema 5: Kontinuerlig tilstedeværelse av jordmor under fødsel

1. St. Olavs Hospital - Fødeavdelingen

Beskrivelse av virksomheten

Fødeavdeling består av to like enheter, ØST/VEST, med 7 fødestuer hver.
Børselposter (24 senger),
Børselhotell (14 senger),
Observasjonspost (7senger).
Svangerskaps- og barsel/ammepoliklinikk er tilknyttet enheten.
4000 fødsler per år,
150 jordmødre/barnepleiere ansatt,
30 leger (kvinneklubben).



Hensikten med prosjektet og mål

Det er meget god dokumentasjon for at en-til-en-oppfølging fører til økt antall normale fødsler, mindre bruk av epidural, færre keisersnitt, færre vaginal-operative forløsninger.

Kulturen i vår avdeling var preget av travelhet og «intervallomsorg», også på vakter der vi har bedre tid til hver enkelt fødende. Mange mente at det var umulig å få til kontinuerlig tilstedeværelse med dagens bemanning.

- Vi ville kartlegge hvor mye jordmødre faktisk er hos fødekvinnene i aktiv fødsel, og sette fokus på viktigheten av dette
- Vi vil finne årsakene til at jordmødre ikke er kontinuerlig tilstede
- Vi vil komme med endringsforslag underveis, for eksempel organisere fordelingen av arbeid på en annen måte
- Vi vil avdekke om bemanningen gjenspeiler det virkelige behovet

Vi inkluderte alle kvinner i aktiv fødsel (Robson 1-10).

Ønsket måloppnåelse i prosjektperioden: Jordmor 100 % kontinuerlig til stede til alle fødende i aktiv fase. Kartlegge antall fødsler med jordmor >90 % til stede.

Gjennom prosjektperioden fikk vi høy måloppnåelse og kunne vise til en tydelig forbedring. Etter endt prosjekt ville vi opprettholde de gode resultatene og holde fokus, slik at forbedringen ble varig endret praksis.

Tiltak

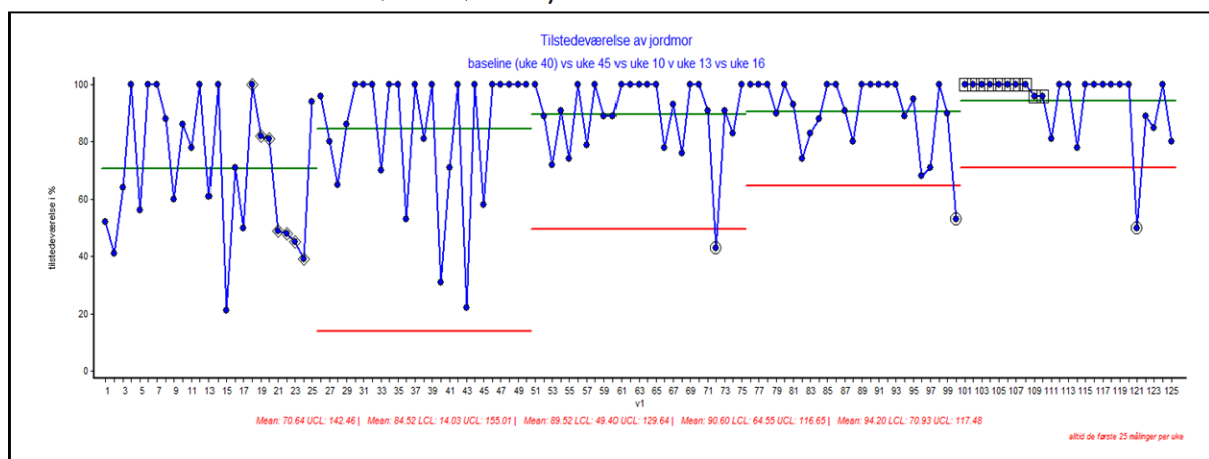
- Gjennomføring av registreringsuker som stikkprøver spredt gjennom året. Vi utførte tre uker med registrering i løpet av sommeren 2015 (uke 26, 30 og 34) da aktiviteten på fødeavdelingen var økt med 30 %.
- Registrering av tilstedeværelse i uker gjennom året med normal drift gjennomførte vi i uke 40 (baseline), uke 50, 6 og 16.
- Registrering også uke 30 sommeren 2016.
- Opprettelse av faggruppe som jobber videre med tema i forhold til tilrettelegging av stikkprøver, motivasjon og faglig påfyll.
- Høsten 2015 hadde vi undervisning til alle jordmødre og barnepleiere om kontinuerlig tilstedeværelse og oppfølging av stikkprøver med resultater.
- Høsten 2016 skal vi ha undervisning til alle jordmødre og barnepleiere med fokus på kvaliteten i tilstedeværelsen på fødestua.

Målinger

Sommeren er utfordrende for vår fødeavdeling med en økning av antall fødsler med rundt 30 %. Derfor var det viktig å registrere i hvor stor grad vi lykkes med å være tilstede også når det er meget travelt. Resultater viser at vi ikke lykkes i like stor grad. Likevel er tilstedeværelse høyere enn i baselinemåling. Detaljanalysen viser at det er først og fremst barselpasienter som blir liggende på fødestua (pga. for lite barselkapasitet) som er årsak til at jordmødre har flere oppgaver og ikke klarer å være tilstede i like stor grad.

Vi registrerer tilstedeværelse ca. hver 10. uke og i perioder med vanlig aktivitet har vi like gode resultater som ved slutten av prosjektet, noe som vi tolker som at vi har lyktes med å innføre en varig kulturendring. Ved siste undersøkelse i uke 16/2016 var jordmor ved hele 77 % av alle fødsler >90 % til stede.

Tilstedeværelse i % i de 25 første fødsler/uke



X-aksen viser fødslene fortløpende bortover, Y-aksen viser tilstedeværelse i % av hele fødselen. Hver prikk i grafen representerer én fødsel. Den grønne linjen representerer gjennomsnittlig tilstedeværelse i de respektive ukene. Avstanden mellom den røde og grønne linjen viser at variasjonen har blitt betydelig mindre i løpet av prosjektperioden.

Baselineregistreringen (uke 40) viste stor variasjon av tilstedeværelse av jordmor. Uke 45 er første uke etter oppstart av prosjekt, uke 10 kommer etter at vi har jobbet mye med kulturendring og informasjon over tid og innført endring i poliklinikk på vakttid. Uke 13 viser stadig forbedringer og uke 16 er den siste uke som er med i registreringen – den viser en veldig god utvikling. Tidlig i prosjektperioden så vi på en del av fødslene med minst tilstedeværelse for å finne en fellesfaktor – det fant vi ikke.

Resultat

- Fordeling av oppgaver, bevisstgjøring og tilrettelegging har ført til at jordmor med kvinne i aktiv fødsel kan være kontinuerlig tilstede i større grad enn tidligere.
- Resultatene viser at i fødslene med lavest tilstedeværelse, så er spriket størst mellom at jordmor ikke har annen oppgave og om hun er kontinuerlig til stede.
- Resultatene viser at selv på travle vakter er andelen tilstedeværelse høyere
- Det er mulig å oppnå kontinuerlig tilstedeværelse i større grad med dagens bemanning.
- Mest å hente på holdningsendring/holdningsskapende arbeid fortsatt, fremfor å endre strukturer og rutiner i avdelingen.

Læring

Viktig å holde fokus for å opprettholde de gode resultatene. Holdningsendring og kulturendring tar tid, og det er lett å falle tilbake i gammelt mønster og arbeidshverdag om en ikke fortsetter med målinger og fokus på tema med faglig påfyll og motivering. Det er mulig å oppnå forbedring uten endring i bemanning.

Avgjørende med støtte fra ledelsen, og at både leger, jordmødre og barnepleiere er innforstått med hvilke prinsipper vi ønsker å jobbe etter på vår fødeavdeling.

2. Sykehuset Telemark, Skien

Beskrivelse av virksomheten

Kvinneklinikken Sykehuset Telemark HF har ca. 1700 fødsler/år, 5 fødestuer hvorav 1 ”lavrisikostue”, 6 senger på observasjonspost i tilknytning til føden, 22 senger på barsel og 7 senger på gynekologisk avdeling.

Hensikten med prosjektet og mål

Vi ønsket å ha fokus på tilstedeværelse av jordmor under fødsel og se om det kunne påvirke sectiofrekvensen i positiv retning. Vi ønsket også å øke kunnskapen om ctg-klassifisering og bidra til å gjøre riktige vurderinger med hensyn til når man skal gripe inn i en fødsel på indikasjon truende asfyksi.

Hovedmålet med deltakelse i prosjektet har vært: ”20 % reduksjon i akutt sectiofrekvens!”

Ønsket måloppnåelse i prosjektperioden: Jordmødrene følger kvinner i aktiv fødsel 1:1 og alle operative forløsninger på indikasjon truende asfyksi diskuteres i plenum på morgenmøtene.

Tiltak

Måleperioden i prosjektet var fra 8. desember 2014 tom 27. april 2015. Der vi:

- Registrerte jordmors tilstedeværelse og årsaker til at jordmor ikke var til stede
- Hadde en spørreundersøkelse om den fødendes opplevelse og tilfredshet med jordmorsomsorg og tilstedeværelse
- Gjennomgang av ctg/stan på morgenmøte etter alle operative forløsninger på indikasjon truende asfyksi. Dette ble mangelfullt i prosjektperioden pga. problemer/ustabilitet med programvaren, Milou
- Etter at selve prosjektet var over har fokus på 1:1 omsorg av jordmor i aktiv fødsel fortsatt, særlig fordi vi i samme periode og fremdeles er med i en fødselsprogresjonsstudie (LAPS-studien) hvor 1:1 omsorg blir registrert.
- Gjennomgang og diskusjon av ctg/stan registreringer hvor det er gjort operative forløsninger på indikasjon truende asfyksi, er igjen blitt en naturlig del av morgenmøtene.

I forkant av den 4. samlingen har vi i 1 uke fra 22/8-29/8 igjen tatt målinger på jordmors tilstedeværelse under fødselen og kvinnenes opplevelse av tilstedeværelse. Siden vi meldte oss på seint, ble det bare en uke med målinger noe som jo er for kort tid for å kunne si noe generelt om

tilstedeværelse. Men vi tenker at all fokus på dette er med på å bidra til økt bevissthet hos jordmødrene.

I denne uken har vi kun fått inn 4 registreringsskjemaer som var fullstendig utfylte. Den korte observasjonstiden og begrenset mulighet til å informere staben om registrering av tilstedeværelse er nok hovedårsaken til begrenset antall skjemaer. Men i de 4 skjemaene var det en stor grad av tilstedeværelse.

Så langt i 2016 har vi i årets første 7 måneder hatt ca. 100 fødsler flere enn på samme tid i fjor. Vi vet at tilstedeværelse på de mest travle vaktene kan være vanskelig å få til og at en ikke kan ha bemanning for de største toppene, men det å se på organiseringen av arbeidet og ressursutnyttelsen er viktig.

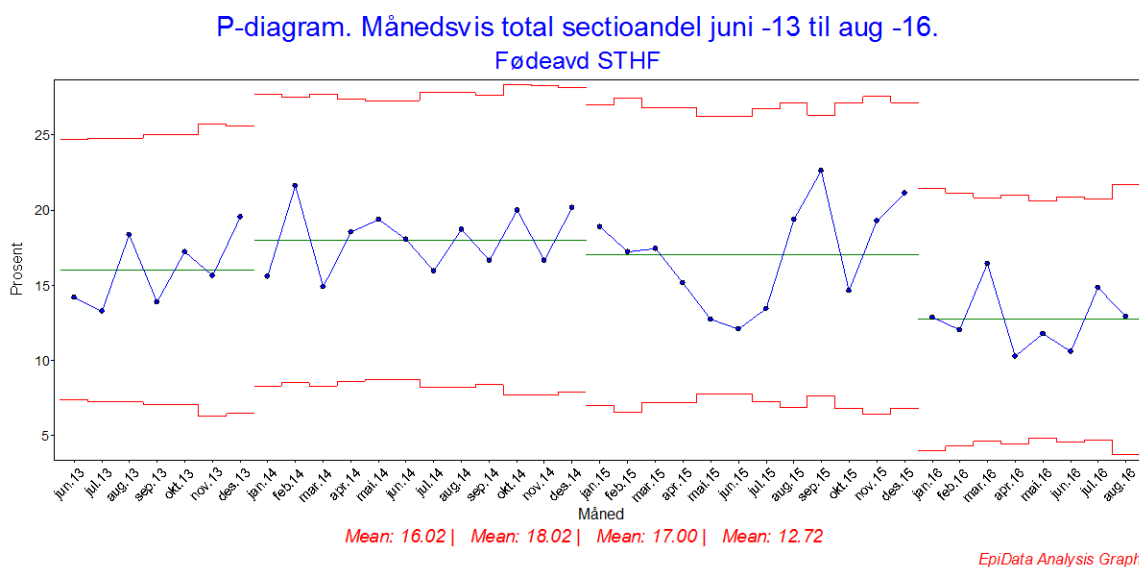
Målinger

Vi har fulgt total sectioandel ved fødeavdelingen ved STHF fra juni 2013 til august 2016.

Figur 1 viser at det i 2016 har vært et nivåskifte – det har nå vært åtte måneder etter hverandre hvor andel sectio har vært under gjennomsnittet for tellingene fra siste to år. Sectioandelen har hittil i 2016 vært 12,7 % mot 17,1 % de foregående to år; altså en nedgang på ca 27 %.

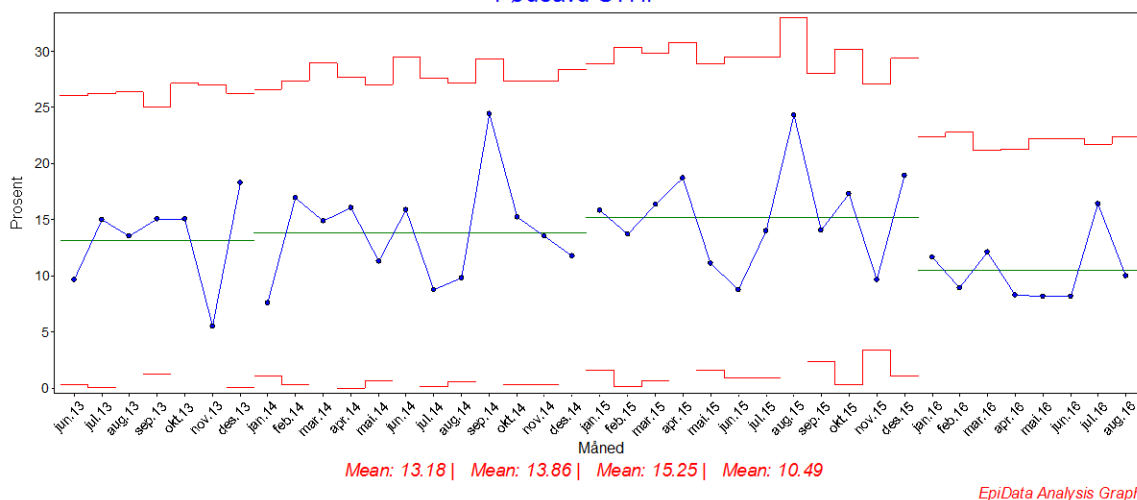
Vi har også laget diagram over sectioandel for målgruppene (Robsongruppe 1, 2a og 5b) med brudd for hvert kalenderår, se figur 2.

Figur 2 viser at i 7 av 8 måneder hittil i år er sectioandelen under gjennomsnittet vi har hatt de siste 2,5 årene. Dette tyder på at vi nå er på vei til å få ned sectioandelen for Robsongruppene 1, 2a og 5b. Hvis ikke andelen hadde vært såpass høy i juli 2016, hadde vi hatt et sikkert nivåskifte. Den høye andelen i juli kan ha hatt sammenheng med sommertid/ferieavvikling. Sectioandel for disse gruppene har hittil i 2016 vært 10,6 % mot 14,1 % de to foregående år; en nedgang på omlag 25 %. Vi konkluderer med at vi er i ferd med å nå hovedmålet vårt ved å delta i prosjektet, nemlig å få 20 % reduksjon i akutt sectiofrekvens.



Figur 1. Månedvis andel sectio ved Fødeavd. STHF fra juni 2013 til august 2016 (august 2016 med registreringer fram til og med 24.08.)

P-diagram. Andel ac sectio (Robsongr 1, 2b og 5b) juni -13 til aug -16.
Fødeavd. ved STHF



Figur 2. Andel akutt sectio for Robsongruppene 1, 2b og 5 b ved Fødeavd. ved STHF fra juni 2013 til august 2016 (august 2016 med registreringer fram til og med 24.08.)

Resultat

Vi kan ikke si hva som er årsaken til den store nedgangen i sectio hittil i år, men

- Vi har en stabil stab på jordmor siden, og har fått en mer stabil stab på legesiden
- Vi diskuterer ctg/stan rutinemessig på morgenmøtene og ellers på avdelingen
- Jordmødrene har fokus på 1:1 omsorg i aktiv fødsel og avdelingen tilstreber å organisere arbeidet slik at det i størst mulig grad er gjennomførbart
- Alle søknader om elektiv sectio diskuteres i plenum av legene
- Bevisst bruk av oksytocinstimulering

Vi tenker nå at med dette resultatet hittil i år så blir jobben videre å fortsette med de tingene vi allerede har fokus på.

Andre tall som er interessante i denne sammenhengen i perioden januar – juni 2016:

Antall fødsler 881

Induksjoner 25%

Oksytocinstimulering v/spontan fødselstart 20,9 %

Oksytocinstimulering tot. 35,2 %

Tang 1,5 %

Vacuum 6,2 %

Vi tar pH fra navlesnor av nesten alle fødslene: Metabolsk acidose 0,5 %. Ingen av disse hadde apgar under 7 etter 5 min.

1. januar – 24. august 2016 (1162 fødsler):

- Robson gruppe 1, 4,5 % ac sectio
- Robson gruppe 2a, 16,9% ac sectio
- Robson gruppe 5b, 26% ac sectio

Læring

Det tar tid å endre vaner og rutiner og man må ha et konstant fokus målrettet endringsarbeid. Viktig at endringsønskene og målsetningen er godt forankret i ledelsen og at alle ansatte føler eierskap til målsetningene og til resultatene.

SKRIFTSERIE FOR LEGER

Utdanning og kvalitetsutvikling

Hensikten med denne serien er å stimulere til lokale kvalitets- sikringstiltak og etterutdanning



**DEN NORSKE
LEGEFORENING**

Postboks 1152 Sentrum, 0107 Oslo
Telefon 23 10 90 00
www.legeforeningen.no

ISBN 978-82-8070-202-9