

Fødselsstimulation med oxytocindrop og forløsning med kop dokumenteres utilstrækkeligt

Birgitte Freilev Lindved¹, Ole Kierkegaard¹ & Jacob Anhøj²

For at forbedre kvaliteten af behandlingen på landets fødeafdelinger har Danske Regioner i samarbejde med Patientforsikringen, Dansk Selskab for Patient-sikkerhed, Dansk Selskab for Obstetrik og Gynæko-logi og Jordemoderforeningen udviklet Projekt Sikre Fødsler [1].

Projekt Sikre Fødsler har til formål at halvere antallet af børn, der får iltmangel ved fødslen. Indsatsen består af undervisning og e-læring i tolkning af kardiokografi (CTG) samt tre kliniske pakker (Fødsels-tjeklisten, S-droppakken og Koppakken). Pakkerne støtter sig til eksisterende nationale guidelines. I Projekt Sikre Fødsler anvendes forbedringsmodellen [2] til at arbejde med implementeringen af de tre pakker og det primære formål at få overholdt guide-lines og derigennem skabe forbedringer.

Det er imidlertid uvist, i hvor høj grad de nationale guidelines for behandling under fødslen følges i Danmark. Det er desuden uafklaret, i hvilket omfang udførte procedurer reelt dokumenteres.

Forud for Projekt Sikre Fødsler fandt vi det derfor interessant at undersøge, i hvor høj grad udvalgte procedurer blev dokumenteret i journalerne. Resultaterne er brugt til inspiration i udarbejdelsen af pakkerne ved at give et indtryk af, hvilke elementer man fandt vigtige, og som en statusmåling før indførelsen af projektet.

METODE OG MATERIALE

Formålet var at undersøge, i hvilket omfang forudsætninger og procedurer for behandling med oxytocindrop og kopanlæggelse var dokumenteret i journalerne på et udsnit af fødeafdelingerne i Danmark. Undersøgelsen viser således ikke, om guidelines følges.

En stikprøve er foretaget som en »temperaturmåling« med det formål at finde ud af, om vi kan forbedre vores dokumentation og derigennem sikre, at guidelines følges. Det var forventet, at opfyldelsesgraden for alle elementer ville være under 100%.

Der blev udvalgt de fem afdelinger, der i forvejen deltog i projektet Patientsikkert Sygehus [3], og desuden en stor afdeling i hver region.

Fødeafdelingerne på følgende sygehuse deltog: Sygehus Thy-Mors, Aalborg Universitetshospital,

Hospitalsenheden Horsens, Aarhus Universitetshospital, Sygehus Lillebælt, Odense Universitetshospital, Næstved Sygehus, Roskilde Sygehus, Hillerød Hospital og Røgshospitalet.

Retrospektivt blev journalmateriale fra fødsler i periode 1. januar 2012-30. juni 2012 gennemgået. Vi inkluderede førstegangsfødende med gestationsalder fra 37 + 0 til 41 + 6.

For at undgå skærpet opmærksomhed på kvinden under fødslen, hvilket formentlig ville kunne øge dokumentationsgraden, blev kvinder med flerfold-graviditeter, igangsatte fødsler og medicinsk behandling i graviditeten ekskluderet.

Ti fødselsforløb med oxytocindrop og ti fødselsforløb med kopanlæggelse (fem på grund af manglende progression og fem på grund af truende asfyksi) blev opgjort, og data blev samlet uden mulighed for at skelne mellem de enkelte afdelinger. Valgt ud fra gældende nationale guidelines [4-6] blev der udarbejdet tjeklister med konkrete oplysninger om de enkelte forløb.

Der blev udregnet opfyldelsesgrad for hvert enkelt element og for alle elementer samlet inden for henholdsvis behandling med oxytocindrop, forudsætninger for anlæggelse af kop og anlæggelse af kop, alle med 95%-sikkerhedsintervaller.

Journalerne blev valgt ud fra specifikke koder for stimulation med oxytocindrop under fødslen (BKHD31) og kopforløsning i kombination med enten asfyksi eller forlænget uddrivningsfase, udtrættet mor eller vesvækkelse (KMAE00-99 i kombination med enten DO680*-89* eller DO621-22, DO630-31, DO750). Journalerne blev gennemgået kronologisk efter cpr-nummer, og de første ti, der opfyldte kriterierne, blev inkluderet.

Ved gennemgang af journalerne blev det forventet, at der ved skift af jordemoder eller tilkaldelse af læge blev foretaget en ny vurdering af kvinden. Elementerne blev derfor ikke registreret som dokumenteret, hvis de blev fundet i et tidligere notat fra en kollega. Vi ønskede i denne undersøgelse at give et indtryk af dokumentationsgraden på landsplan og ikke af forskellen mellem de enkelte afdelinger, hvorfor alle resultater blev poollet.

Projektet blev anmeldt til Datatilsynet.

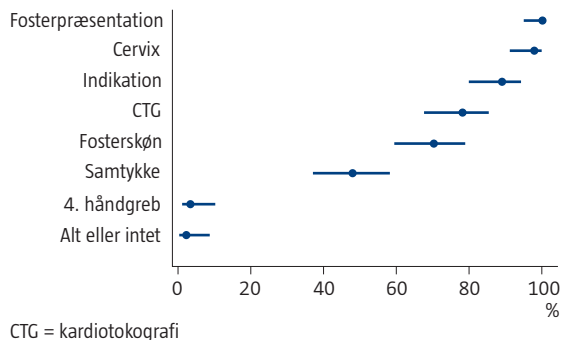
KVALITETS- UDVIKLINGS- ARTIKEL

1) Kvindefædelingen, Regionhospitalet Horsens
2) Dansk Selskab for Patientsikkerhed, Hvidovre Hospital

Ugeskr Læger
2014;176:V05130276

FIGUR 1

Dokumentationsgraden ved oxytocinstimulation: angivelse af procentandele med dokumentation for opfyldt forudsætning.



RESULTATER

Sygehus Thy-Mors måtte melde fra til undersøgelsen på grund af manglende resurser til at finde journaler. Derfor blev der gennemgået 90 journaler om behandling med oxytocindrop, 45 om kopforløsning pga. asfyksi og 45 om kopforløsning pga. manglende progression.

Oxytocinstimulation

Figur 1 viser dokumentationsgraden for de enkelte elementer. I de fleste tilfælde blev det dokumenteret, at der var gjort status for fødselsforløbet med relevante håndgreb, mens der kun i 78% af journalerne var dokumentation for, at fosterets tilstand blev vurderet med CTG, på trods af at dette ifølge de nationale guidelines bør være en forudsætning for oxytocinbehandling [4, 5]. Samtykke til behandlingen blev kun dokumenteret i 48% af tilfældene. Ingen forløb havde alle elementer dokumenteret.

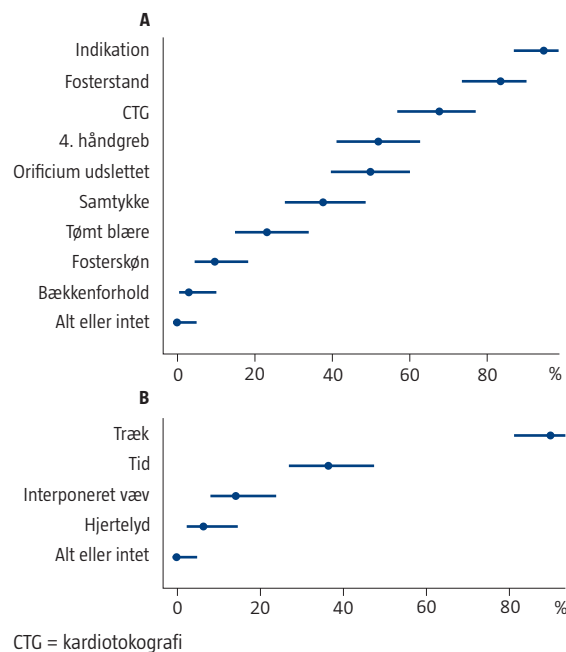
Kopforløsning

I de nationale guidelines [6] anbefales det, at der før kopanlæggelse udføres en status, blæren skal tømmes, og der skal foreligge informeret samtykke. I Figur 2A ses, at de fleste elementer kun i begrænset omfang er dokumenteret. Under selve kopanlæggelsen er det kun antallet af træk, der bliver dokumenteret tilfredsstillende (Figur 2B).

På syv afdelinger brugte man elektronisk patientjournal eller fødejournal, mens der på to afdelinger blev dokumenteret i en papirjournal. På de fleste afdelinger fandtes konkrete instrukser for dystoci og instrumentel forløsning, og på fire afdelinger fandtes tjeklister/afkrydsningsskemaer til brug i journalen, hvilket syntes at medføre øget dokumentation af de enkelte elementer.

FIGUR 2

Kopforløsning. A. Forudsætninger med angivelse af procentandele med dokumentation for opfyldt forudsætning. B. Forløb med angivelse af procentandele med dokumentation for kontrol før hvert træk.



DISKUSSION

Vi har foretaget en »temperaturmåling« på dokumentationsgraden af visse obstetriske procedurer. Opfyldelsesgraden var forventeligt under 100%, og det synes at være rimeligt at gå ud fra, at elementerne er vurderet i flere tilfælde end dokumenteret. For mange er de enkelte elementer procedurer, som man »bare gør« og ikke nødvendigvis får dokumenteret. Dermed ikke sagt, at man ikke har undersøgt elementet eller gjort sig overvejelser om det. Det forventes, at de allerfleste læger f.eks. vil have kontrolleret for interponeret væv i forbindelse med kopanlæggelse, selv om det i vores stikprøve kun er dokumenteret i mindre end 20% af journalerne.

I flere tilfælde kan der være foretaget en vurdering af en kollega, som man retter sig efter. Vi har valgt, at dokumentationen skal være foretaget af den jordemoder eller læge, der stiller indikationen for oxytocindrop eller kopforløsning.

Vi valgte bevidst at poole data for at undgå evt. at udstille enkelte afdelinger positivt eller negativt. Derved fravalgte vi muligheden for at sammenligne, om f.eks. brug af tjeklister eller andre procedurer i sidste ende kunne benyttes til at forbedre udkommet. Disse forhold er interessante, men ligger uden for formålet med vores undersøgelse. Såfremt Projekt Sikre

Fødsler bliver evalueret, ville man evt. kunne få belyst disse og andre faktorer.

Projekt Sikre Fødsler har som mål at reducere andelen af asfyktiske børn, men har ikke som delmål at øge dokumentationsgraden i journalerne, blot tjeklisterne udfyldes. Det er derfor op til den enkelte afdeling at vedtage, hvad der skal dokumenteres i journalerne.

Vores resultater skal derfor kun bruges som en »temperaturmåling« og forhåbentlig en inspiration til afdelingerne for at fremme dokumentationsgraden i journalerne.

Berglund *et al* påviste, at man efter implementering af retningslinjer for brug og dokumentation af oxytocin reducerede tilfældene af for tidlig brug af oxytocin fra 40% til 11%. Desuden blev indikationen for brug af oxytocin dokumenteret i 86% af tilfældene mod 54% før implementeringen. Ligeledes blev dokumentationen af CTG øget fra 5% til 58% [7].

At gældende standarder for behandling ikke bliver overholdt, er også velkendt fra perinatale audit her i landet.

KONKLUSION

Vi har gennemgået en stikprøve af journaler på et udvalgt af danske fødeafdelinger for at undersøge dokumentationsgraden ved stimulation med oxytocindrop og forløsning med kop. Der synes at være et stort forbedringspotentiale i forhold til dokumentation af behandling under fødslen.

Denne undersøgelse kan forhåbentlig medføre større opmærksomhed på dokumentation som helhed på landets fødeafdelinger. Der synes at være behov for redskaber til en systematisk vurdering, inden der foretages obstetriske procedurer.

Med det netop påbegyndte Projekt Sikre Fødsler indføres der tjeklister inden for det obstetriske speciale. Tjeklisterne og dermed dokumentation forventes at give øget opmærksomhed på de enkelte ele-

menter ved obstetriske procedurer. Herved vil nationale guidelines forhåbentlig blive fulgt i højere grad end nu, og der er derved håb om at nedbringe antallet af børn, der fødes med iltmangel.

Gennem forbedringsmodellen lægger Projekt Sikre Fødsler op til, at den enkelte afdeling skal forbedre sit udkomme med udgangspunkt i det nuværende niveau. Det kunne være interessant i en senere undersøgelse at belyse forskellen mellem de forskellige afdelinger i Danmark.

KORRESPONDANCE: Birgitte Freilev Lindved, Kvindeafdelingen, Regionshospitalet Horsens, Sundvej 30, 8700 Horsens. E-mail: birgittelindved@gmail.com

ANTAGET: 29. august 2013

PUBLICERET PÅ UGESKRIFTET.DK: 4. november 2013

INTERESSEKONFLIKTER: Forfatterens ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med artiklen på Ugeskriftet.dk

LITTERATUR

1. Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi, Jordemoderforeningen, Patientforsikringen, Dansk Selskab for Patientsikkerhed og Regionerne. <http://vis.dk/indlaeg/sikre-fdsler/introduktion-til-sikre-fdsler>. 2011. (21. jun 2013).
2. Sikre Fødsler Hjemmeside. <http://vis.dk/node/3239/overblik> (21. jun 2013).
3. Sikker Patient – Forebyggelse af fejl og skader – Patientsikkerhed. www.patientsikkerhedsgehus.dk/om-projektet/sygehusene.aspx (21. jun 2013).
4. Bødker B, Helmig RB, Hvidman L *et al*. Vestimulation, hyperstimulation og uterusruptur. DSOG obstetriske guidelines, 2005. www.dsog.dk/sandbjerg/VESTIMULATIONguidelinesog.pdf (21. jun 2013).
5. Møller N, Hvidman L, Kjærgaard H *et al*. Dystoci. DSOG obstetriske guidelines; 1999. www.dsog.dk/files/dystoci-aktiv-fase.htm (21. jun 2013).
6. Schantz A, Pedersen BP, Henriques C *et al*. Instrumentel vaginal forløsning. DSOG obstetriske guidelines, 2002. www.dsog.dk/files/instrumentel_vaginal_forloesning.pdf (21. jun 2013).
7. Holmgren S, Silfver KÅ, Lind C *et al*. Oxytocin augmentation during labor: how to implement medical guidelines into clinical practise. *Sex Reprod Health* 2011;2:149-52.

Der er behov for systematisk vurdering ved obstetriske indgreb.

