

Erfaringer fra forbedrings- arbejdet i Sikre fødsler

Udgivet af:

Dansk Selskab for Patientsikkerhed
c/o Hvidovre Hospital
P610 Kettegård Alle 30
2650 Hvidovre

Juni 2016

Forsidefoto: Ulrik Jantzen/Amager
og Hvidovre Hospital

Layout: Herrmann & Fischer A/S
Fotos: Dansk Selskab for Patientsikkerhed

PS!
Dansk Selskab for
PatientSikkerhed



Forord

Sikkerheden omkring fødsler i Danmark er grundlæggende høj. Men enkelte fødselsforløb er vanskelige eller udvikler sig problematisk undervejs, sådan at der er risiko for, at barnet får iltmangel under fødslen. Børn, som har haft længerevarende, alvorlig iltmangel, risikerer at blive både mentalt og fysisk handikappede. Det har omfattende menneskelige konsekvenser for både børn og familier.

Projektet Sikre fødsler blev iværksat i 2012 for yderligere at øge sikkerheden på de danske fødesteder. Samarbejdspartnerne bag projektet er Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi, Dansk Selskab for Pædiatri, Jordemoderforeningen, Dansk Selskab for Patientsikkerhed, Patientforsikringen, de fem regioner og Danske Regioner.

Sikre fødsler bestod af to dele, et undervisningsprogram i tolkning af CTG for alle læger og jordemødre på fødestederne, og et systematisk arbejdende læringsnetværk, hvor fødestederne fik undervisning og støtte i at forbedre deres arbejdsgange, blandt andet ved at implementere tre pakker, kop-pakken, s-drop-pakken og fødselstjeklisten.

Nærværende publikation beskriver erfaringerne fra læringsnetværket og forbedringsarbejdet på fødestederne. Formålet er at formidle erfaringer fra de fødesteder, hvor det i høj grad er lykkedes at implementere pakkerne. Ambitionen er, at andre afdelinger – ikke bare obstetriske afdelinger, men også andre specialer – skal kunne drage læring af den forbedringsrejse, som Sikre fødsler har været på.

Rapporten bygger dels på data fra forbedringsarbejdet og dels på en række interview – i alt 11 interview, som Dansk Selskab for Patientsikkerhed har gennemført med nøglepersoner på nogle af de afdelinger, der har opnået de bedste resultater af implementeringsprocessen.

Personalet på fødeafdelingerne har vist stor interesse og entusiasme omkring Sikre fødsler. Det lykkedes at forbedre arbejdsprocesserne markant på de fleste af fødestederne, og interviewene viser, at fødestederne har taget forbedringstankegangen til sig og er begyndt at bruge metoderne bredt.

Tak til alle der har bidraget til Sikre fødsler. Den forbedringstankegang, som har været central i projektet, vil uden tvivl få varig betydning ikke bare på fødestederne, men i hele sundhedsvæsenet.

Juni 2016

*Britt Wendelboe
Konstitueret direktør
Dansk Selskab for Patientsikkerhed*

Indhold

- 3 Forord**
- 5 Konklusion og læring**
- 6 Læringspunkter
- 7 Danmarks største fødeafdeling er et godt eksempel
- 10 Baggrund**
- 11 Sikre fødsler – projektets design**
- 11 Læringsnetværket og forbedringsmetoderne
- 13 Det kliniske indhold: pakkerne
- 14 Målinger og indikatorer
- 15 Erfaringer**
- 16 Nye redskaber, som fødestederne har taget i brug
- 18 Nye arbejdsgange, der er implementeret på fødestederne
- 23 Anvendelse af forbedringsmetoder
- 23 Forskellen på små og store fødesteder
- 24 Kommunikation
- 25 Resultater**
- 25 Processerne er blevet mere sikre
- 28 Bilag 1 – Medlemmer af styregruppe og faglig følgegruppe**
- 29 Bilag 2 – Metoder til forbedringsarbejdet**
- 29 Forbedringsmodellen
- 30 System of Profound Knowledge
- 30 Litteraturreferencer**

Konklusion og læring

Projektet Sikre fødsler 2012-2015 involverede alle 23 fødesteder i Danmark. Sikre fødsler bestod af to dele, et undervisningsprogram i tolkning af CTG for alle læger og jordemødre på fødestederne, og et systematisk arbejdende læringsnetværk, hvor fødestederne fik undervisning og støtte i at forbedre deres arbejdsgange, blandt andet ved at implementere tre kliniske pakker, kop-pakken, s-drop-pakken og fødselstjeklisten, herunder tjek ind og time out.

Nærværende publikation beskriver erfaringerne fra læringsnetværket og forbedringsarbejdet på afdelingerne. Formålet er at formidle erfaringer fra de fødesteder, hvor det i høj grad er lykkedes at levere samtlige elementer i pakkerne. Ambitionen er, at andre kliniske afdelinger skal kunne drage læring af den forbedringsrejse, som Sikre fødsler har været på.

MARKANTE RESULTATER

Der er opnået markante resultater af forbedringsarbejdet i forbindelse med Sikre fødsler. 16 ud af de 23 fødesteder var enten i mål med alle pakker, eller manglede kun en enkelt. Arbejdsgange og processer på fødestederne er blevet mere sikre og mere veldokumenterede i forbindelse med projektet.

I forbindelse med denne rapport er der gennemført interview med fem af de fødesteder, der har opnået gode resultater af forbedringsarbejdet i form af høj opfyldelsesgrad på pakkerne.

Interviewene viser, at der i forbindelse med Sikre fødsler er udviklet en række nye arbejdsgange, redskaber og metoder, som ikke tidligere har været brugt på fødestederne i samme omfang. Den nye praksis er mange steder blevet rutine, sådan at der arbejdes på en fundamentalt anden måde end før Sikre fødsler.

Et eksempel på en arbejdsgang, der er ændret i forbindelse med projektet, er overlevering af informationer ved vagtskifte. Tidligere er det sket på kontoret, men nu foregår vagtskiftet på stuen, hvor det fødende par kan følge med. Ændringen er en kæmpegevinst, fordi parret føler sig informeret og kan bidrage med informationer.

Interviewene viser, at Sikre fødsler har medført en række positive effekter som øget systematik, større åbenhed og opblødning af faggrænser. Der er sket forbedringer i kommunikation og samarbejde kolleger imellem, faggrupper imellem og mellem personalet og de fødende. Desuden er der opbygget kapacitet til at skabe forbedringer i klinisk praksis, og denne kapacitet kan blive af værdi på nye områder.

Der er på flere af de interviewede fødesteder sket en ændring i kulturen på afdelingen, sådan at metoderne fra Sikre fødsler spredes til nye områder, hvor der arbejdes med forbedringer, fx reduktion i bristninger hos den fødende.

Der har også været barrierer og frustrationer undervejs. Resultater af forbedringsindsatsen ses først efter et stykke tid, og der er brug for vedholdenhed i processen. Her kan det hjælpe at italesætte indsatsen i positive vendinger og at fokusere på muligheder frem for begrænsninger, og ved at fejre succeser og milepæle, dvs. værdsætte det, der er lykkedes.

TIDSTRO DATA

Sikre fødsler opfattes på nogle fødesteder som et projekt, der har været meget dokumentationskrævende og medført ekstra registreringer og papir- eller pc-arbejde. På andre fødesteder er det lykkedes at indbygge registreringer i den elektroniske patientjournal, sådan at Sikre fødsler opleves som en dokumentationsmæssig lettelse.

Det har krævet ekstra arbejde at følge opfyldelsesgraden af pakkerne. I nogle sammenhænge har det været nødvendigt at gennemføre regelmæssige journalaudits. Men nogle af fødestederne har for fx tjek ind-pakken valgt at gøre målingen af opfyldelsesgraden mere tidstro. En gang pr. vagt bliver der gjort status over, om tjek ind er gennemført hos alle de fødende. Den tidstro registrering gør det muligt at rette op på eventuelle mangler, inden barnet fødes.

ANTAL BØRN MED ILMANGEL

Sikre fødsler havde fra starten sat som mål at halvere antallet af børn, der fødes med tegn på iltmangel.

Hvidovre Hospital, som er Danmarks største fødested med næsten 7000 fødsler årligt, har i projektperioden 2012-2014 opnået ikke bare over 95% opfyldelsesgrad på alle fire pakker, men også en reduktion i antallet af børn, født med iltmangel.

På landsplan har man dog ikke kunnet registrere en tilsvarende effekt, selv om undervisningsprogrammet er gennemført og arbejdsgangene i vidt omfang forbedrede.

Der kan være mange årsager til, at projektet ikke har ført til den forventede reduktion i antallet af børn med iltmangel. Måske er de gennemførte interventioner ikke tilstrækkelige. Måske spiller det en rolle, at der endnu er et stykke vej til fuld opfyldelsesgrad af pakkerne over hele landet. Det, at der gennemføres valide navlesnors-pH-målinger på en større andel af de nyfødte, kan også bidrage til, at der opdages flere børn med pH < 7, sådan at det stabile antal i virkeligheden er tegn på en forbedring.

At man på Danmarks største fødested har opnået reduktion i antallet af børn med iltmangel, giver håb for, at det er muligt også på nationalt niveau.

Læringspunkter

På baggrund af data fra implementeringsprocessen samt erfaringerne fra interviewrunden kan uddrages en række læringspunkter. Det er pointer, som kan være af værdi i forbindelse med fremtidige forbedringsprojekter i sundhedsvæsenet.

- En synlig og tydelig ledelse er vigtig for at skabe forandringsvilje og -lyst
- Ved brug af forbedringsmetoderne er det muligt at ændre arbejdsgange, sådan at praksis forbedres
- Småskala-afprøvninger opbygger viden om, hvilke forandringer, der er forbedringer og giver ejerskab til forbedringerne
- Indsatsen organiseres bedst i tværfaglige team, sådan at samarbejdet mellem faggrupper understøttes og der skabes en fælles ånd omkring forbedringsarbejdet
- Når data følges over tid, bliver det muligt at følge effekten af de enkelte forbedringsinitiativer, drage læring og følge fremdriften i processen
- Besværlige processer omkring dokumentation bør så vidt muligt ikke overskygge selve forbedringsarbejdet
- Forbedringsarbejdet i praksis fordrer fokus, systematik og vedholdenhed over tid

Resultat af implementeringsarbejdet i Sikre fødsler



I begyndelsen af 2015, da Sikre fødsler blev overdraget til regionerne, var 10 af de 23 fødesteder nået i mål med alle fire pakker, dvs. det lykkedes over en længere periode at levere samtlige relevante elementer – altså hele den bedste og evidensbaserede behandling – til mindst 95% af de fødende. Yderligere seks fødesteder var i mål med tre af de fire pakker. Kun syv af de 23 fødesteder manglede mere end én pakke.

Danmarks største fødeafdeling er et godt eksempel

Stærk og fokuseret ledelsesopbakning, ivrig anvendelse af PDSA, involvering af hele personalet og brug af tidstro registreringer frem for tidskrævende journalgennemgange. Det er nogle af de faktorer, der har været karakteristisk for arbejdet med Sikre fødsler på Hvidovre Hospitals fødeafdeling, som er Danmarks største fødested med næsten 7000 fødsler om året.

Hvidovre Hospital har i projektperioden 2012-2014 opnået ikke bare over 95% kompliance på alle fire pakker, men også en reduktion i antallet af børn, født med iltmangel. Mange faktorer har bidraget til afdelingens succes, mener ledende overlæge Charlotte Wilken-Jensen og afdelingsjordemoder Louise Munk, der begge har været med i afdelingens forbedringsteam.

“Vi, der skulle drive projektet, vi havde fra starten fuld opbakning fra ledelsen. Dels fik vi afsat timer til Sikre fødsler, dels holdt ledelsen hver uge møde med os, for at løfte projektet og give os motivation,”

siger Louise Munk. Hun startede som menig jordemoder i Sikre fødsler-teamet, og er senere blevet afdelingsjordemoder.

“Min rolle i starten var at gøre Sikre fødsler synligt. Jeg var der hver dag, jeg var der om aftenen, jeg var der om natten og italesatte hele tiden projektet og metoderne. Det er svært, hvis folk allerede har fået lavet en agenda om, at ‘det her, det gider vi ikke!’. Der kører hurtigt nogle kulturer på en afdeling. Men vi var hurtige, og vi var heldige at få hele staben med,” siger Louise Munk.

Arbejdet efter forbedringsmodellen med hyppige småskalaafprøvninger, PDSA, har været en af årsagerne til Sikre fødslers popularitet på afdelingen: “Vi blev meget ivrige omkring PDSA. Det gav god stemning og entusiasme omkring projektet, at medarbejderne blev involveret i at skulle prøve tingene af. Og når de fandt noget, der ikke var hensigtsmæssigt, så blev det faktisk ændret, og så prøvede man en gang til,” siger Charlotte Wilken-Jensen.

Fortsættes side 8



Der er opnået markante resultater af forbedringsarbejdet i forbindelse med Sikre fødsler. Arbejdsgange og processer er blevet mere sikre og mere veldokumenterede. (Foto fra Hvidovre Hospital. Fotograf: Ulrik Jantzen).

Case fra Hvidovre Hospital – fortsat

ACCEPT OG EJERSKAB TIL DEN NYE PRAKSIS

Et eksempel på en arbejdsgang, der er ændret i forbindelse med projektet, er overlevering af informationer ved vagtskifte. Tidligere er det sket på kontoret, men nu foregår vagtskiftet på stuen, hvor det fødende par kan følge med. Ændringen er en kæmpegevinst, fordi parret føler sig informeret og kan bidrage med informationer. Men der er også barrierer for den nye praksis, fx kan der været informationer om sociale faktorer, overvægt osv, som det kan være svært at tale om i den fødendes påhør.

“Vi prøvede den nye praksis først på en og så på flere, og jeg spurgte ind til jordemødrenes oplevelser med den nye praksis. Og det viste sig, at de ikke havde negative oplevelser med den. Så tog vi en hel dagvagt og sagde, at i dag foregår alle vagtskifter på stuerne. Og til sidst nåede vi til, at fra på mandag, så er det den nye praksis på hele afdelingen,” siger Louise Munk:

“Det er en god måde at ændre tingene på. Folk får prøvet det af, som de har modstand imod. Man får pudset kanterne af, og samtidig får man accept og ejerskab til den nye praksis,”

Under arbejdet med Sikre fødsler var der opgaver til mange forskellige personalegrupper. Ikke bare læger og jordemødre.

“Når der bliver lagt kop, er det sosu-assistenten, der suverænt styrer slagets gang. Uanset hvem, der står med koppen. Om det er en overlæge, der har arbejdet med obstetrik i 25 år eller det er den sidste nye introduktionslæge, så skal de gøre det på samme måde. De skal fortælle, hvornår de trækker første gang. De skal være med til at tælle trækkene. De skal stoppe efter tre træk. Og det er en sosu, der står og styrer det. Det med at fordele opgaverne har været en god ide,” siger Charlotte Wilken-Jensen.

Louise Munk var en af dem, der samlede afdelingens data om Sikre fødsler, og til det fik hun hjælp fra en af sekretærerne.

“Det var motiverende, at der var nogen, der modtog de data, vi samlede ind. Nogen, der efterspurgte det. Og det var dejligt, når man havde samlet data, at man så ikke også skulle bruge tid på at taste dem ind i et regneark,” siger Louise Munk. Hun mener også, at det med at fordele opgaverne har en anden vigtig effekt:

“Det betyder, at alle føler sig som en del af projektet, og det er vigtigt for, hvordan der tales om projektet i vagtstuen. Det er vigtigt, at alle er med. At det ikke bare er et lægeprojekt.”

SKABELONER OG TIDSTRO REGISTRERINGER

Sikre fødsler bliver nogle steder kritiseret for at være et “dokumentationsprojekt”, der kræver ekstra papirarbejde og indtastninger ved computeren på bekostning af kontakten til patienten. Men sådan bliver det ikke oplevet på Hvidovre Hospital. For hver af pakkerne blev der lavet nogle standardskabeloner i den elektroniske patientjournal, Opus.

“Jeg oplever ikke, at vores personale synes, at Sikre fødsler giver mere dokumentationsarbejde. Egentlig har vi bare fået nogle redskaber, der hjælper med at få puttet informationerne ind. Opus er ikke særlig smidigt, men i stedet for at brokke os over, at det ikke fungerer ordentlig, så har vi forsøgt at lave skabelonerne, sådan at de er nemme at arbejde med,” siger Louise Munk.

Når data skal samles sammen, forsøger afdelingen så vidt muligt at gøre det så nemt som muligt.

“Vi opgav ret hurtigt det med retrospektiv gennemgang af journalerne, når vi skulle se på, om fx tjek ind-pakken var opfyldt. Så skulle man sidde og kigge 15-25 journaler igennem for at beregne, hvor stor en del af patienter, der havde fået opfyldt pakken,” siger Charlotte Wilken-Jensen. I stedet er det i hver vagt afdelingsjordemoderens opgave at samle data på, om patienterne har fået lavet tjek ind. Det betyder også, at der kan rettes op på eventuelle mangler med det samme.

Tidstro registrering er også årsagen til, at det er lykkedes at opnå høj opfyldelsesgrad på s-drop-pakken, mener Charlotte Wilken-Jensen.

“Det var svært for os at komme i mål med s-drop-pakken, men til sidst lykkedes det os at knække koden. Vi begyndte at registrere tidstro. Inden der sætte s-drop, diskuteres beslutningen med afdelingsjordemoderen, som er den gennemgående person i vagt. Samtidig er hun så den, der spørger: ‘Har du gennemgået s-drop-pakken?’ Sådan at vi tjekker det prospektivt,” siger hun.

Fortsættes side 10

Case fra Hvidovre Hospital – fortsat

STORE FØDESTEDER ER EN STYRKE

Ifølge Charlotte Wilken-Jensen har det at være et stort fødested været en styrke i projektet. Fx det, at der er en afdelingsjordemoder, der svæver over vandene. Den funktion findes ikke på de mindre fødesteder.

”De små fødesteder er mindre robuste i forhold til at skulle afsætte arbejdskraft til projektet. Vi er mere gearret til at afsætte nogle hænder til projektarbejde. Ganske vist på bekostning af, at andre medarbejdere så skal løse deres opgaver. Men hvis der ikke er andre, så bliver det jo vanskeligt,” siger hun.

Sideløbende med Sikre fødsler-projektet har Hvidovre Hospitals fødeafdeling gennemført flere andre kvalitetsprojekter, som også har haft positiv virkning. Projektet Productive Ward har haft til formål at analysere og rationalisere arbejdsgange, en indsats, der har stemt godt med arbejdet i Sikre fødsler. Afdelingen har også kørt et teamtrænings-program, hvor man har trænet simulerede akutte obstetriske situationer, fx blødning og svangerskabsforgiftning.

Hvidovre Hospital har gennem forløbet fået ugentlig støtte af projektleder Rikke Hollesen, som led i hendes uddannelse til forbedringsrådgiver ved Institute for Healthcare Improvement, IHI. Rikke Hollesen deltog i afdelingens ugentlige teammøder og hjalp med læring af data, PDSA-afprøvninger osv.



Kalender, der markerer dage for seneste tilfælde af børn med iltmangel. Hvidovre Hospital.

Baggrund

Der bliver hvert år født ca. 60.000 børn i Danmark, og langt de fleste fødsler forløber godt. Sikkerheden omkring fødsler i Danmark er grundlæggende høj. Men enkelte fødselsforløb er vanskeligere eller udvikler sig problematisk undervejs, sådan at der er risiko for, at barnet får iltmangel under fødslen. Børn, som har haft længerevarende, alvorlig iltmangel, risikerer at blive både mentalt og fysisk handikappede. Det har omfattende menneskelige konsekvenser for både børn og familier.

Projektet Sikre fødsler blev iværksat i 2012 for yderligere at øge sikkerheden på de danske fødesteder (1). Det var fællesregional indsats på alle landets 23 fødesteder. Projektet var et samarbejde mellem Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi, Dansk Selskab for Pædiatri, Jordemoderforeningen, Dansk Selskab for Patientsikkerhed, Patientforsikringen, de fem regioner og Danske Regioner.

Ambitionen var mindst at halvere antallet af børn, der får alvorlige fødselsskader pga. iltmangel. Udgangspunktet før projektstart var, at 500-700 børn hvert år fødtes med iltmangel på grund af komplikationer under fødslen (se side 12). Heraf var der ca. 10 meget alvorlige hændelser, hvor børn fik alvorlige fødselsskader, fordi de i en periode under fødslen ikke har fået ilt nok.

Danske og udenlandske undersøgelser havde samstemmende vist, at årsagen til de alvorlige skader i mange tilfælde var mangelfuld CTG-overvågning eller fejlfortolkning af CTG under fødslen. Også en række organisatoriske og kulturelle forhold havde ifølge litteraturen betydning for sikkerheden omkring fødsler. Internationalt anbefaledes en indsats, som udover at sikre at personalet tilstrækkelige CTG-kompetencer også skulle omfatte teamtræning, værktøjer til sikker kommunikation og sikre arbejdsgange gennem fx standardisering og tjeklister (1).

Derfor blev Sikre fødsler en indsats, der bestod af to dele, et undervisningsprogram i CTG for alle læger og jordemødre på fødestederne, og et systematisk arbejdende læringsnetværk, hvor fødestederne fik undervisning og støtte i at forbedre deres arbejdsgange, blandt andet ved at implementere tre pakker, kop-pakken, s-drop-pakken og fødselstjeklisten.

Nærværende publikation beskriver erfaringerne fra læringsnetværket og forbedringsarbejdet på afdelingerne, som i 2012-2014 blev koordineret af Dansk Selskab for Patientsikkerhed, v. projektleder Rikke Hollesen. Den anden del af Sikre fødsler, CTG-undervisningsprogrammet, blev koordineret af Danske Regioner, som uddelegerede det til Rigshospitalet. Der foregår et ph.d.-arbejde omkring denne del af projektet.

Sikre fødsler har fra starten haft både en styregruppe med vicedirektør Steen Werner Hansen, Herlev Hospital, som formand, og en faglig følgegruppe med direktør Dorthe Gylling Crüger, Sygehus Lillebælt, som formand. De øvrige medlemmer af styregruppe og følgegruppe fremgår af bilag 1. Den faglige følgegruppe har medvirket til og sikret, at det faglige niveau i projektet lever op til gældende standarder, evidens og praksis på området. Gruppen har bidraget med faglig ekspertise til udviklingen af projektets forskellige dele.

Dansk Selskab for Patientsikkerheds rolle i Sikre fødsler sluttede officielt med udgangen af 2014, og i løbet af 2015 er Sikre fødsler overdraget til regionerne, som fortsætter arbejdet med at indarbejde forbedringerne i de daglige rutiner omkring fødsler. Landets fødesteder fortsætter med at mødes i læringsnetværk én gang om året på tværs af faggrupper og oplever stor værdi af at bibeholde netværket.

Skader ved fødsler – omfang og karakter

En af kilderne til viden om utilsigtede hændelser ved fødsler er anmeldelser af skader til Patientforsikringen. Nogle af de alvorligste sager i Patientforsikringen er fødselsskader, hvor fosteret har manglet ilt under fødslen. I 2007 blev der publiceret en undersøgelse, som er baseret på anmeldelser af skader (2).

Undersøgelsen viste, at Patientforsikringen i perioden fra 1992–2004 modtog 153 anmeldelser om skader som følge af iltmangel under fødslen. 127 af skaderne blev anerkendt. I de 127 sager døde 25 spædbørn og stort set alle de øvrige fik alvorlige mentale og fysiske handikap. Når man sammenligner antallet af fødsler med antallet af anmeldte skader, er hyppigheden af sådanne alvorlige skader ikke stor. I perioden 1992-2004, som den ovenfor nævnte undersøgelse omfatter, blev der født ca. 860.000 børn. På den anden side svarer undersøgelsens 127 sager til omkring 10 tilfælde om året eller lidt mindre end en om måneden.

Andre kilder til viden om antallet af børn, som er 'dårlige' ved fødslen, er vurderingen af barnet med Apgar score og måling af pH værdier i navlesnoen. I 2011 var der i Danmark i alt 507 nyfødte med lav Apgar score (Apgar < 7 efter 5 minutter), heraf 168 med lavt Apgar født før 37. uge og 339 født efter uge 37. I perioden fra 1. september 2010 til 31. august 2011 blev der født 311 børn med lavt pH. Da der er et vist sammenfald i såvel vurderingsmetode som opgørelsesmetode på disse to måder at vurdere dårlige børn på, kan man konkludere, at der skønsmæssigt vil blive født 5-700 børn årligt med iltmangel mv. I 2011 blev der således udskrevet 589 børn med diagnosen iltmangel ved fødsel (1).

Sikre fødsler – projektets design

Læringsnetværket og forbedringsmetoderne

I forbindelse med Sikre fødsler blev der etableret et læringsnetværk med deltagelse af team fra alle 23 fødesteder i landet. Formålet med denne del af projektet var at sikre alle fødende samtlige elementer i den evidensbaserede best practice. Konkret blev der arbejdet med tre kliniske pakker, der beskrev best practice på tre forskellige kliniske områder.

Dansk Selskab for Patientsikkerhed koordinerede og leverede ekspertise til denne del af Sikre fødsler. Ved begyndelsen af projektet udpegede alle fødestederne et tværfagligt team til at drive forbedrings-

arbejdet. Teamene bestod af ledere, nogle steder afdelingsledere og andre steder klinisk arbejdende ledere, samt menige jordemødre og fødselslæger og på flere fødesteder var der også andre faggrupper med, fx en sosu-assistent eller en lægesekretær.

Team fra alle afdelinger mødtes to gange om året til et læringsseminar à to dage (i alt fire læringsseminarer i perioden). På læringsseminarerne underviste Dansk Selskab for Patientsikkerhed i samarbejde med Institute for Healthcare Improvement i forbedringsmetoder, og teamene fik mulighed for at lære af hinandens erfaringer. Teamene blev uddannet i at anvende metoder til at afprøve, implementere og fastholde forbedringer i klinisk praksis ved hjælp af forbedringsmodellen og System of Profound Knowledge (se bilag 2).

Mellem læringsseminarerne fik teamene også vejledning i forbedringsmetoder og bistand til indikatormålinger og datahåndtering. Der blev afholdt månedlige telefonkonferencer, og alle teams fik besøg af Dansk Selskab for Patientsikkerheds eksperter i forbedringsarbejde.

En gang om måneden sendte teamene en rapport til projektledelsen i Dansk Selskab for Patientsikkerhed med status på, hvordan lærings- og forbedringsprocessen skred frem, succeser, barrierer, gennembrud og planer for det kommende forbedringsarbejde. Månedsrapporten fungerede som arbejdsredskab for projektledelsen, som på baggrund af rapporten gav vejledning til fødestederne om den fortsatte forbedringsproces. Fødestedet modtog skriftlig tilbagemelding på rapporten i løbet af en uge. Desuden bidrog månedrapporterne til spredning af ideer og erfaringer på tværs af fødestederne.

Det skete ved, Dansk Selskab for Patientsikkerhed delte erfaringerne ved de regelmæssige telefonkonferencer og ved læringsseminarerne.

Dansk Selskab for Patientsikkerheds erfaringer med forbedringstankegang og -metoder er beskrevet i publikationen *Et kvalitetsprogram – fra Patientsikkert Sygehus til forbedringsarbejde på sundhedsområdet* (3).

Forbedringseksperterne fra IHI har bidraget med undervisning i forbedringsmetoder på de fire læringsseminarer. IHI har erfaring med at skabe forbedringer inden for det obstetriske område, idet de gennem nogle år har drevet "Perinatal Improvement Community" et netværk med deltagelse af omkring 50 amerikanske hospitaler. IHI har desuden erfaring med at arbejde i Danmark, da de har været tilknyttet projektet Patientsikkert Sygehus.

Støtte til forbedringsarbejdet på sygehusene

- Assistance fra Dansk Selskab for Patientsikkerhed til baselinemålinger og fastsættelse af lokale mål.
- Et uddannelsesprogram i forbedringsmetoder med fire læringsseminarer á to dage (i alt 8 uddannelsesdage). Her deltog team fra fødeafdelingerne.
- Månedlig feedback på data og forbedringer fra Dansk Selskab for Patientsikkerhed.
- Månedlige telefonkonferencer med Dansk Selskab for Patientsikkerhed med fokus på fremdrift og forbedringer.
- Konsulentbistand til implementering, databehandling og -tolkning (ca. et besøg af Dansk Selskab for Patientsikkerhed pr. sygehus mellem hvert læringsseminar).
- Redskaber til datahåndtering.
- Assistance til formidling af resultater.

Lokale mål

Et vigtigt skridt i forbedringsprocessen er, at der på baggrund af de overordnede mål fastsættes lokale mål, som giver mening for det enkelte fødested.

Et eksempel kan være, at man – fx ved arbejdet med kop-pakken – i første omgang sætter sig det mål at opnå en opfyldelsesgrad på 80%. Når denne milepæl er nået, kan der sættes endnu mere ambitiøse mål, fx 95% opfyldelsesgrad. Denne trinvis opbygning af mål giver afdelingen mulighed for at opnå og fejre succeser undervejs, hvilket er med til at fastholde motivationen.

Et andet eksempel kan være, at man fx på fødestedet i Holbæk satte sig det mål at opnå 1000 fødsler mellem to børn, der blev født med iltmangel. Målet blev nået og fejret på afdelingen. Se side 25.

Det kliniske indhold: pakkerne

På baggrund af den videnskabelige litteratur blev der som det kliniske indhold i Sikre fødsler sammenlagt tre pakker, fødselstjeklisten (bestående af tjek ind og time out), s-droppakken og koppakken. Indholdet i pakkerne blev defineret af Sikre fødslers faglige følgegruppe.

De tre pakker beskrev handlinger og procedurer, som allerede var kendte og blev brugt på fødestederne. Intentionen med pakkerne var, at skabe større rutine og sikkerhed omkring, at alle elementer i pakkerne blev leveret til alle fødende.

FØDSELSTJEKLISTEN

Et "tjek ind" sikrer, at alle vigtige oplysninger om den fødende bliver registreret ved ankomsten til fødeafdelingen. Hvor mange gange har kvinden født tidligere? Har hun tidligere fået kejsersnit? Hvor stort skønnes barnet at være? Er der specielle forhold, der udgør en særlig risiko, fx sygdomme hos moderen. Det er oplysninger, som kan være vigtige, hvis der opstår en akut situation, eller der tilstøder en komplikation.

Derefter er der mindst hver fjerde time et "time out", hvor personalet gør status over fødselens forløb. Også her ved hjælp af en tjekliste: Hvordan skrider fødslen frem? Hvordan er barnets tilstand? Hvordan er den fødendes tilstand? Er der opstået ny risikofaktorer, der skal tages højde for?

Tjek-ind ved indlæggelse til intenderet vaginal fødsel

Følgende oplysninger foreligger fra indlæggelsestidspunktet:

1. Paritet
2. Gestationsalder
3. Tidligere sectio
4. Fosterskøn
5. Risikofaktorer, bl.a. medicinske sygdomme hos kvinden, ugunstigt forhold mellem kvindens højde og fosterskøn, igangsættelse, grønt fostervand

Time-out ved overlevering og ved nytilkomne risikofaktorer samt mindst hver 4. time

1. Tjek-ind gennemgås (kun ved overlevering og nye risikofaktorer)
2. Der foretages vurdering af progression
3. Der foretages vurdering af barnets tilstand
4. Der foretages vurdering af kvindens tilstand
5. Der tages stilling til eventuelle nytilkomne risikofaktorer

S-DROPPAKKEN

S-droppakken er en tjekliste i de situationer, hvor den fødende får ve-stimulerende drop.

Før opsætning af s-drop er følgende opfyldt:

1. Tjek-ind er gennemgået
2. Fosterstilling, -stand og -rotation er beskrevet
3. Der er utilfredsstillende progression pga. utilstrækkelige veer
4. CTG-overvågning er påbegyndt, beskrevet og klassificeret
5. Planlagt tidspunkt for første statusopfølgning er noteret og aftalt med den fødende

Løbende overvågning

1. Der foretages regelmæssig vurdering af progression og CTG
2. Ved utilfredsstillende progression, afvigende/ patologisk CTG eller flere end 5 veer på 10 minutter beskrives handling

KOPPAKKEN

I de tilfælde, hvor det er nødvendigt at forløse barnet med kop, anvendes koppakken. Tjeklisten sikrer, at alle forudsætninger for kopforløsning er opfyldt, og at proceduren ikke strækker sig over for langt et tidsrum, sådan at der opstår risiko for barnet.

1. Tjek-ind er gennemgået
2. Der foreligger relevant indikation for kopforløsning
3. Følgende er beskrevet: fosterstilling -stand og -rotation, orificium, 4. håndgreb, tom urinblære
4. Stopur startes ved første træk og antal træk og minuttal siges højt på stuen før hvert træk
5. Senest efter 3. træk eller 15 min. revurderes situationen

Om pakker

En "pakke" er et mindre antal evidensbaserede handlinger, som udført samlet for en bestemt patientgruppe medfører bedre resultater for patienterne, end hvis elementerne udføres hver for sig (4).

Det er vigtigt at være opmærksom på, at det ikke er pakkens formål at indføre nye pleje- eller behandlingsprincipper eller at ændre eksisterende retningslinjer. Pakkens formål er at sikre, at alle patienter modtager den pleje og behandling, man på forhånd er enige om, er den rette.

Målinger og indikatorer

Hvert enkelt fødested har gennem projektet løbende fulgt implementeringen af pakkerne og effekten heraf ved hjælp af en række proces- og resultatindikatorer.

Opfyldelsesgraden (implementeringsgraden) af pakkerne er blevet løbende monitoreret og data vist i tidstro seriediagrammer, der har gjort det muligt for personalet at følge fremdriften i forbedringsprocessen og tilpasse forbedringsindsatsen derefter.

På afdelingsniveau har man desuden fulgt egne resultater ved at tælle dage mellem nyfødte med henholdsvis lav pH og Apgar-score.

Derudover er nogle overordnede indikatorer blevet fulgt på landsplan: Andel nyfødte med lav navlesnors-pH, andel nyfødte med lav Apgar-score og andel nyfødte som kølebehandles.

Det har været et selvstændigt mål i projektet, at flere

nyfødte skulle have målt såvel venøs som arteriel navlesnors-pH, NS-pH. Tidligere har man ofte kun målt pH på de nyfødte, der havde symptomer på iltmangel, men det har vist sig, at børn kan have pH < 7, uden at der umiddelbart er symptomer af det.

Det er muligt, at disse børn er særligt robuste og tåler kortvarig iltmangel. Men lav pH kan være et tegn på, at fødselsforløbet ikke har været optimalt. Det er vigtigt at finde disse tilfælde, sådan at der kan drages læring af dem. pH-målingerne er desuden essentielle for, at man kan følge projektets resultatindikatorer og dermed konstatere, om der er effekt af de iværksatte forbedringer.

Regionernes Kliniske Kvalitetssikringsprogram (RKKP) og Dansk Kvalitetsdatabase for Fødsler (5) leverer data til projektet, sådan at udvikling i projektets nationale mål om reduktion i antallet af asfyktiske børn og andelen af børn med to valide pH-prøver fra navlesnoren kan følges.

Indikatorer i Sikre fødsler

Resultatindikatorer

1. Andel levendefødte med NS-pH < 7,0
2. Andel nyfødte med måling af arteriel NS-pH
3. Fødsler mellem levendefødte med NS-pH < 7,0
4. Andel nyfødte med Apgar < 7 efter 5 minutter
5. Andel nyfødte som kølebehandles
6. Dage mellem levendefødte med NS-pH < 7,0
7. Dage mellem nyfødte med Apgar < 7 efter 5 minutter

Procesindikatorer

8. Andel fødsler med komplet tjek-ind
 9. Andel overleveringer med komplet time-out
 10. Andel s-dropfødsler med komplet s-droppakke
 11. Andel kopfødsler med komplet koppakke
-

Nye redskaber, som fødestederne har taget i brug

TJEK IND-TAVLE PÅ FØDESTUERNE

En tavle, der hænger synligt for alle på fødestuen, og som støtter op om tjek ind-pakken. Tavlerne er forskelligt indrettet fra fødested til fødested, men indeholder altid de grundoplysninger, der er beskrevet i tjek ind-pakken. Formålet med tavlen er, at alle der kommer ind på stuen, hurtigt kan danne sig et overblik over de grundlæggende oplysninger. Tavlen gør det også let for familien at følge med i fødselsforløbet og stille relevante spørgsmål. Ligesom det er let for personalet at informere og involvere familien i næste skridt i fødslen.

Nogle fødeafdelinger har valgt at undlade betegnelsen "risikofaktorer" og bruger på tavlen i stedet fx "opmærksomhedspunkter" eller bare "OBS".

Charlotte Sander, afdelingsjordemoder, Herning

Jeg tror ikke, at der er nogen af os, der kunne forestille os at undvære den tavle. Nu er jeg afdelingsjordemoder, så jeg kommer ind på mange forskellige stuer, og der synes jeg, at det er helt fantastisk, og man hurtigt kan kigge op på tavlen og få overblik. Og man kan også fx se, hvad hedder far og mor herinde?

Ordet 'risikofaktorer', det skurrer nok i mange jordemødres ører, fordi man jo gerne vil holde fødslen som en naturlig ting, men man er også med på, at det er vigtigt, at man forholder sig til risikofaktorer. Men vi har ændret det til 'opmærksomhedspunkter', eller 'OBS' står der bare. Under OBS er det også vigtigt, at man gør opmærksom på, hvilke ressourcer kommer det her forældrepar med?

Det kan være et par, der har gået til "smertefri fødsel". Det er også rigtig rart at være opmærksom på, når man kommer ind på en stue i en presseperiode fx, da disse kvinder har en meget anderledes vejtrækningsteknik og presseteknik.

Eller det kan også være et særligt ønske, forældrene har, som kommer til at stå under OBS.

TAVLE TIL LÆRING AF DATA

En tavle, der hænger synligt for medarbejderne fx på kontoret eller i kaffestuen. Her præsenteres data fra forbedringsarbejdet. Det kan være procesdata, fremstillet i seriediagrammer, eller resultatdata, fx dage siden sidste barn, født med asfyxi.

Formålet er at gøre forbedringsarbejdet synligt og skabe motivation. Nogle steder præsenteres forbedringsdata sammen med andre data på afdelingens lean-tavle. Fødeafdelingen i Herning har tavlen hængende synligt for de fødende og pårørende.

Charlotte Carlsen, social- og sundhedsassistent, Odense.

Om interessen for tidstro data

Hvis jeg har haft ferie, fx op til et månedsskifte, så det første de spørger om, når de ser mig, så griber de fat i mig og siger, husk at vi vil gerne lige se, hvordan det er gået i denne måned. Der er stor interesse for, at tallet kommet op (komplians på pH-målinger). Alle er ærekære omkring opgaven og vil gerne have, at vi får mest muligt ud af det.

Charlotte Sander, afdelingsjordemoder, Herning

Vi har haft vores data til at hænge synligt på gangen, og det var også vildt grænseoverskridende i starten, men når man så leger lidt med tanken og får vendt den i hovedet et par gange...

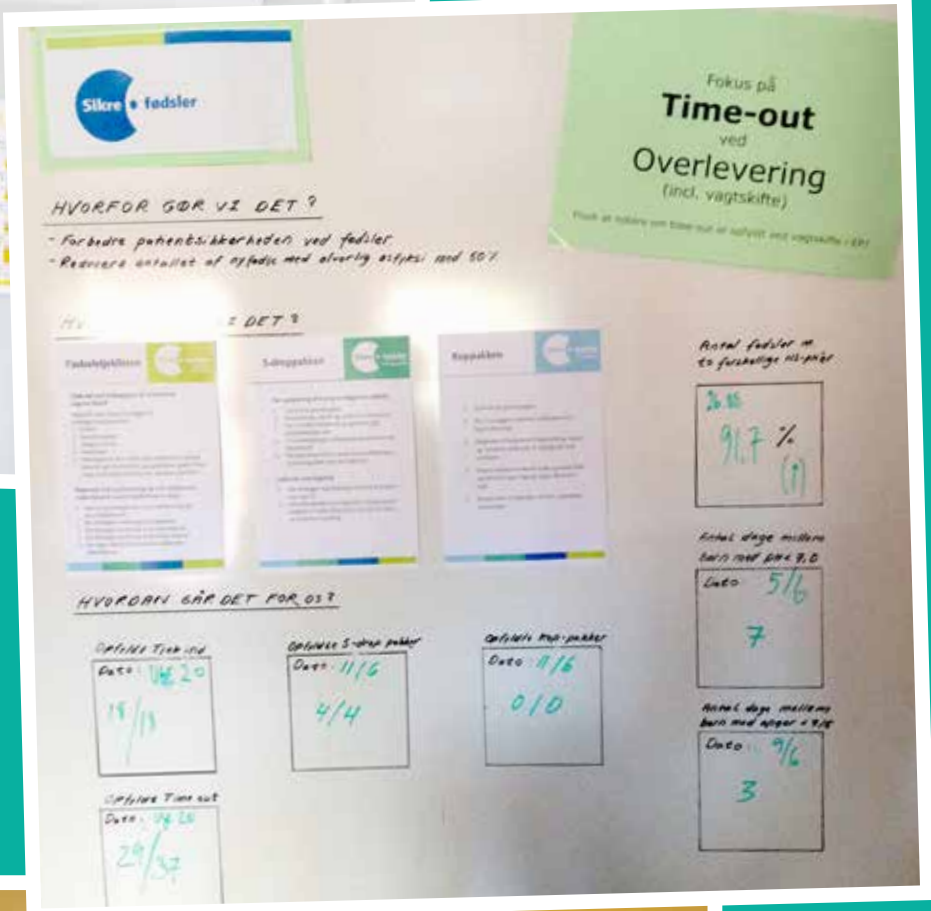
Man tænker måske, at det er ikke noget de (patienterne/kvinderne/parrene) behøver at blive konfronteret med. Men de ved jo godt, at der kommer dårlige børn. Og at de så ser, at det er faktisk også noget, som vi tager helt vildt alvorligt, og noget vi arbejder med.

Men det har været en tanke, der lige skulle smages lidt på og vendes og drejes i hovedet, og så har det været rigtig fint. Det er sådan nogle små rejser, vi har været på.

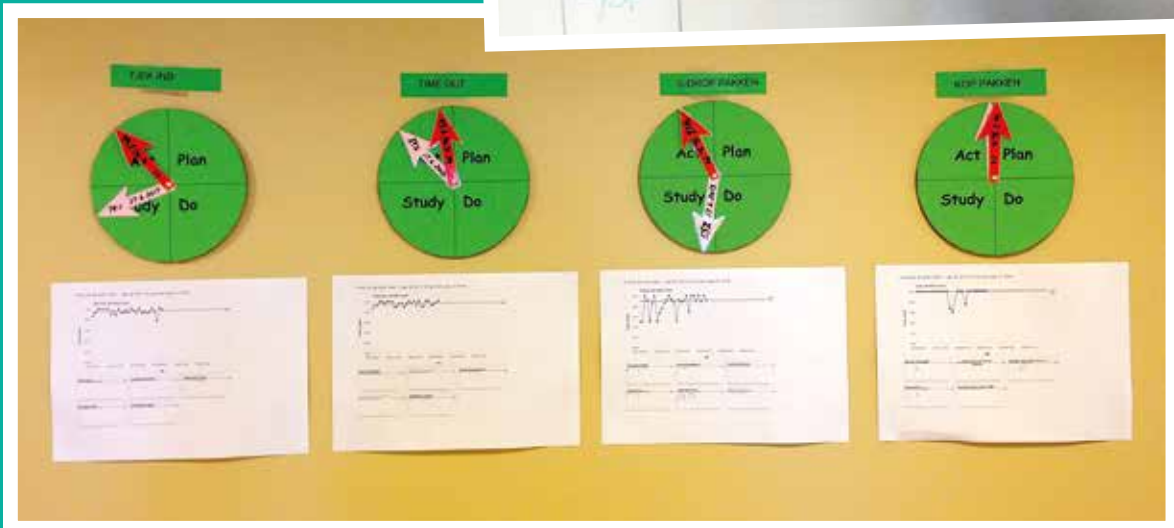


Tavle til præsentation af data på afdelingen. Tavlen hænger i personalestuen på fødeafdelingen, Odense Universitetshospital.

Tavle fra fødeafdelingen på Århus Universitetshospital, Skejby



Tavle fra fødeafdelingen på Regionshospitalet Herning.



Jordemoder Line Langballe, Sygehus Thy-Mors, har været dataansvarlig for Sikre fødsler på afdelingen

På et tidspunkt har vi haft en tavle, hvor vi har skrevet, at nu var det så mange dage siden, vi havde haft et barn med iltmangel. Men der kom nogle enkelte jordemødre og bad om, at det blev fjernet, fordi de følte, at det var nok dem, der sidst havde haft et barn, som havde haft en lav pH eller en lav apgar, de følte, at de var skyldige – og det brød de sig ikke om – hver gang de så det tal, så tænkte de: 'det var også mig....'

Og selv om man gik ind og læste journal, og der var ikke noget, vi andre ville have gjort anderledes, de børn kommer bare indimellem, uden at vi kan forklare det, så følte de sig stadigvæk skyldige, og udstillet.

Så fjernede vi det fra tavlen på et tidspunkt. Nu får de en mail ud hver måned om, hvordan det står til. Men det med konfrontationen, hver gang man går ind på kontoret på en stor tavle, det er der ikke mere.

Nanna Morgen, jordemoder, Holstebro

Om manglende effekt på resultatindikatorerne

Det var det ikke supernemt at se, at der var nogen effekt, og det er lidt ærgerligt for det kunne personalet godt bruge. Resultaterne blev efterspurgt af personalet. Og de sagde: Virker det så? Især den gang, hvor der stadig var en lille modstand. Folk blev lidt trætte af at få de der sedler i deres kasse. Og så udfordrer man jo arbejdsgangene.

Hvis man kunne have set effekten, så var det noget, man godt kunne have brugt til at motivere, når der var lidt for mange trælse tilbagemeldinger. Men det ville også motivere personalet i Holstebro, hvis man havde kunnet se et resultat i Herning. Det er motiverende, hvis man kan se, at de her arbejdsgange, de faktisk rykker – så er det næsten ligegyldigt hvilket fødested.

Nye arbejdsgange, der er implementeret på fødestederne

Signe Bay Frederiksen, jordemoderleder, Næstved

Vi har bestemt lært af Sikre Fødsler projektet. Men verden har jo ikke stået stille i de år, hvor vi har arbejdet med det. Så det, der fungerede – eller ikke fungerede på et tidspunkt – kan have helt andre forudsætninger i dag. Det gør det svært at pege præcist på, hvad vi tager med fra Sikre fødsler.

For Sikre Fødsler tiltag er mixet med alle de andre forandringer, som er foregået i samme periode. Men det, vi har prøvet at gøre, er at få Sikre Fødsler indarbejdet i de arbejdsgange og strukturer, vi i forvejen har.

TJEK IND – STANDARDISERET MODTAGELSE AF DE FØDENDE

Ved modtagelsen af den fødende gennemføres tjek ind i overensstemmelse med pakken. Dermed sikres at grundoplysninger er nemt tilgængelige, hvis der skulle opstå problemer eller komplikationer undervejs i forløbet. Desuden skabes der sikkerhed for, at oplysningerne er til stede, hvis der senere bliver brug for at analysere forløbet.

Charlotte Wilken-Jensen, ledende overlæge, Gynækologisk-obstetrisk afdeling, Hvidovre Hospital

Alle i hele organisationen modtager nu en gravid på samme måde, med et tjek ind-notat som er udarbejdet i overensstemmelse med pakken i Sikre fødsler. Vi laver også time out systematisk.

Udover at vi har gjort det sådan, at man kan gå tilbage og finde det i journalerne, har vi også gjort det tidstro, dvs. at afdelingsjordemoderen i starten af hver vagt har mindet dem, der var i vagt om, at det er den måde vi gør det på, og det bliver tjekket af på overvågningstavlen, på fødegangen, at der er udført tjek ind og time out, sådan at hvis de formaliserede journalnotater skulle mangle, så har vi registreret det i løbet af vagten. →

Mange af de ting, som projektet Sikre fødsler beskriver, det er jo ting, som er blevet gjort på de danske fødegange i mange år, men usystematisk – og ikke hver gang. Der var typisk altid oplysninger, der manglede, så, der er kommet systematik i det, og der er kommet en konstans. Det er ikke bare nogen gange, det er hver gang, og det er de samme oplysninger.

TIME OUT – SAMARBEJDE OM STATUS PÅ FØDELSFORLØBET

Mindst hver fjerde time gennemføres time out i overensstemmelse med pakken. Formålet er at skabe sikkerhed for, at fødselsforløbet ikke trækker unødigt ud, uden at man får reageret på advarsels-signaler i tide. Altså at sikre, at der er progression i fødslen. Nogle steder er time out defineret som en proces, der foregår i dialog med en kollega, dvs. der kommer 'andre øjne på'.

Jannie Skovlund Rasmussen, basisjordemoder, Næstved Sygehus

Vi har valgt at fortolke time out, som noget, der foregår mellem to parter for at fremme sparring mhp. større patientsikkerhed og for at fremme gode forløb. Med mundtlig time out mellem to parter (jordemoder/læge eller jordemoder/jordemoder), hvor den ene part ikke er fast på stuen, bidrages med et nyt syn på forløbet. Det mener vi er en kvalitet.

Det har åbnet op for fødestuerne og givet en større sparring, og vi oplever at det har bidraget positivt til forløbene. Time out var sammen med tjek ind et af de elementer, der var hurtigst at implementere og er nu en etableret praksis

BEDSIDE-OVERLEVERING

Ved skift af jordemoder gennemføres overleveringen på stuen, mens det fødende par hører med. Det giver mulighed for, at parret kan supplere med relevante oplysninger, samtidig med at det giver parret mulighed for at være informeret og involveret.

Charlotte Sander, afdelingsjordemoder, Herning Om bedside-overlevering

Når det fungerer, er det bare rigtig godt. Det er godt for parrene, at vi bruger dem, de supplerer rigtig ofte undervejs. Når man sidder derinde og overleverer et forløb, så er de jo dem, der kender allermest til graviditeten og fødselsforløbet. Så de er supergode ressourcer.

Plus, at vi har for nylig interviewet en far – det var i forbindelse med vores nye fødestuer – og han sagde, at han ville bare gerne vide, hvad der blev sagt, hvad var det, der blev overleveret, kunne man være tryk ved at den jordemoder, der var opmærksom på det før, var den næste jordemoder nu også det?

Det giver også parret en tryghed, at de hører, hvad der bliver sagt videre til den næste jordemoder.

Det er en kæmpefordel af have parrene med, både som ressource, men også for deres egen skyld.

Signe Bay Frederiksen, jordemoderleder, Næstved

Vi har ændret rapporten ved vagtskifte og tænkt Sikre fødsler ind. I stedet for at give lang rapport om alle fødende til alle fremmødte, mødes tilgående og afgangende jordemoder på fødestuen og har bedside time-out, sådan at familien er involveret i planen og tidspunkt for næste time-out.

SPARRING OG ÅBENHED

Mange steder er der indført ny praksis, hvor man sparer med hinanden ved fortolkninger eller beslutninger. Fx regler om, at man altid sparrer med en kollega, en afdelingsjordemoder eller en læge før opsætning af s-drop. Ny kultur omkring fortolkningen af CTG, hvor det er ok at søge kollegers sparring.

Overlæge Ole Bredahl Rasmussen, Herning

Jeg synes, at arbejdet med forbedring af processerne har gjort en hel masse godt på fødegangen. Det har skabt større åbenhed, og det er guld værd for samarbejdet og for arbejdet i det hele taget.

Jeg hører fra jordemødrene, at det betyder meget for dem, at man nemmere kan komme hen til hinanden og snakke sammen, hvis man har problemer eller noget, man har brug for at tale om. Og den åbenhed er kommet med Sikre fødsler-projektet.

Fødslen er ikke længere bare den enkeltes ansvar. Det er mere legitimt at tale med en kollega om, hvad der sker, og måske også tale med lægerne....

Det er noget af det, jeg synes som læge, at det er fantastisk dejligt, hvis en jordemoder kontakter mig omkring de problemer, hun ser i en fødsel og vil diskutere dem. Det betyder, at man som læge også har mere lyst til at være på fødegangen, og jo mere lyst lægerne har til at være der, jo mere tilgængelige er de også, når der så er brug for dem. De bliver en del af afdelingen.

Sikre fødsler har været med til at opløse nogle faggrænser.

SYSTEMATISK TEAMSAMARBEJDE OM KOP-FORLØSNING

Procedurerne omkring kop-forløsning er præget af teamsamarbejde med en klar og tydelig fordeling af roller og funktioner.

Typisk er der udarbejdet en tjekliste, som anvendes ved forberedelse til kop-lægning og den efterfølgende anvendelse af koppen. Tjeklisten indeholder elementerne i kop-pakken. Det udfyldes undervejs i proceduren af en assistent, ofte en sosu.

Tidsforløbet følges og noteres i forbindelse med brugen af koppen. Desuden nævnes tidsforbruget og antal træk også højt på stuen, hver gang der trækkes.

Charlotte Sander, afdelingsjordemoder, Herning

Vi siger tingene højt på stuen: vi siger fx: 'koppen har nu siddet på i syv minutter, og der er trukket to gange'.

Assistenterne, de var betænkelige i starten. 'Åh, skal jeg nu stå og sige det? Tror lægen jeg siger det for at stresse?' Nu ved vi, at det er bare en del af kop-pakken. Det, at vi siger tingene højt, og vi laver tingene fælles. Der er blevet en større åbenhed.

Nanna Morgen, jordemoder, Holstebro

Det der 'uld i mund', man kunne have, og man stod bare der og havde en træls mavefornemmelse, der var ikke nogen faste rammer for, hvordan man snakkede om det her. Det gjorde det nogen gange lidt svært. Men de fælles redskaber gør det nemmere at snakke om tingene. Vi har fået nogle redskaber til, hvordan vi kan være mere åbne omkring det og mere systematiske. Vi kan næsten ikke huske, hvordan det var før.

Jordemoder Line Langballe, Sygehus Thy-Mors

Vi går mere systematisk til værks, med s-drop og kop. Før var der forskel på, hvordan man beskrev det i journalen, og på stuen var der forskel på, hvordan man greb det an. Nu er vi meget mere systematiske, og vi har et fælles sprog omkring det, når vi bruger s-drop og kop. Der er noget systematik nu, der er anderledes end før.

Majken Jensen, cheffjordemoder, Sygehus Thy-Mors

Det vi gør anderledes, det er den der systematisering. Den ligger i vores elektroniske patientjournal. Vi har fx fået lagt s-drop skemaet ind. Det er svært at komme udenom. Vores kop-skema er et papirskema. Det ligger på vakuume ekstraktoren. Den kan man ikke få fat i uden at falde i skemaet.

SYSTEMATIK OMKRING S-DROP

S-droppakken har blandt andet medført, at man mange steder sparrer med en kollega, inden s-drop startes. Det betyder, at der er større sikkerhed for, at indikationen for s-drop er til stede.

Under behandlingen med s-drop følges forløbet med jævnlige time out. Jordemoderen noterer fx i journalen, hvornår det er planlagt at vurdere situationen næste gang, og den fødende informeres herom.

Charlotte Sander, afdelingsjordemoder, Herning
Om at sparre med kolleger, inden der sættes s-drop

Vi har fået en fast rutine med, at vi sparrer, inden vi sætter s-drop. Og det viser sig, at det er faktisk ofte, når man sparrer med en kollega, at man finder ud af, at vi prøver lige noget andet først. Og så laver vi måske en status om en time i stedet for. Havde man stået alene, var man nok kommet frem til konklusionen, 'der sker ikke noget, ok, jeg sætter et s-drop'.

Men ved at man lige går ud og snakker med en kollega, så er der måske én, der lige får spurgt om det rigtige, fx: har du haft hende i knæ-albueleje? Eller: det kan godt være, at du er gået i gang med at presse, men det er jo egentlig ok at det tager så lang tid.



Andelen af fødende, hvor der målt pH på det arterielle navlesnorsblod. Fra Odense Universitetshospital.

INDSATS FOR AT OPNÅ TO PH-MÅLINGER FRA HVER FØDSEL

Ved starten af Sikre fødsler var det kun ved ca. halvdelen af alle fødsler, at der forelå både en arteriel og en venøs pH fra navlesnoren. I forbindelse med projektet har afdelingerne arbejdet for at sikre begge pH-målinger ved så mange fødsler som muligt. Praksis omkring pH-målinger bliver fulgt med procesdata ligesom opfyldelsen af pakkerne.

Charlotte Carlsen, social- og sundheds-assistent, Odense (har haft til opgave at få praksis omkring pH-målingerne til at virke)

Det var sosu'erne, der fik den opgave at tage de to prøver (navlesnors-pH) fra efter fødslen. Vi skulle lige pludselig hen og stå med en navlesnor i hånden og en jordemoder, som vi skulle have skubbet væk.

Før var det sosu'er der tørrede barnet af, lagde varmt på og varmelampe. Nu bytter vi roller. Nu er det sosu'ernes opgave at holde tot i navlesnoren samtidig med at vi tager prøver, vi skal være obs på noget blødning. Den proces har været meget spændende. Det var svært i starten for nogle – at skubbe til jordemoderen. Men da først det kørte, så kunne vi mærke en utrolig stor forbedring med det samme. Vi røg op på 79% den første måned.

Charlotte Carlsen, social- og sundheds-assistent, Odense

Vi startede ud med, at vi havde ganske almindelig sprøjter, og vi brugte lyserøde kanyler. Men det fandt vi ret hurtigt ud af, at de lyserøde kanyler var for store. Man kom ret hurtigt til at perforere især i den arterielle del. Derfor prøvede vi, at alle skulle bruge blå kanyler, og de blev pakket på et procedurebord

Vi har hjulpet hinanden med at finde teknikken. Hvordan tager man prøverne, uden at der er risiko for stikskader, fx?

Der har været meget snak om det her med, at hvad nu hvis der stadig er pulsation i navlesnoren, og vi står der og prikker hul. Og jeg har selv bekymret mig. Men vi har fundet ud af at lægge gaze henover, og så fortsætter pulsationen. Fordi vi bruger blå kanyler med en meget lille diameter, så lukker den sig lynhurtigt.

ANALYSE AF FORLØB, DER HAR FØRT TIL BØRN MED ASFYXI

Mange fødesteder har også tidligere haft en praksis med at gennemgå forløb, der har ført til fødsel af et barn med asfyxi. Fx gennemføres rutinemæssigt perinatal audit. I forbindelse med Sikre fødsler er denne praksis udviklet, sådan at der drages mest muligt læring af de enkelte cases og identificeres mønstre og tendenser på tværs af casene. Gennemgangen af forløbene sker mere umiddelbart, og flere faggrupper inddrages.

Louise Munk, afdelingsjordemoder, Hvidovre Hospital,

Om opfølgning på de dårlige børn

Vi strukturerer opfølgningen på de børn, vi får, som har påvirket pH eller apgar. Det har vi sådan set gjort hele tiden, men mest som en præsentation for lægegruppen, nu er jordemodergruppen også kommet med. Som jo i virkeligheden er dem, der står med de her forløb, hvor børnene bliver dårlige, mange, mange timer. Men tidligere har der ikke rigtig været noget feedback til dem. Det er er meget mere struktureret nu.

Jordemoder Line Langballe, Sygehus Thy-Mors

Når vi har haft et dårligt barn, så plejer vi at tage det op med dem, der har været involveret, og hvis de giver tilladelse, så tage det op på et personalemøde. Hvad kunne vi have gjort bedre?

Det er affødt af projektet. Der havde vi nok lidt berøringsangst. Kan vi tillade os det? Er det at udstille den, der har været involveret i det? Vi er også begyndt at tage nogle af de CTG'er op, som har været svære at tolke. På personalemødet diskuterer vi: 'Hvad ser jeg?' 'Hvordan ville du klassificere?' Vi vedligeholder viden i fællesskab.

INTEGRERING AF PAKKERNE I DEN ELEKTRONISKE PATIENTJOURNAL

Der er flere eksempler på, at fødesteder har benyttet lejligheden til at tilrette den elektroniske patientjournal, sådan at indholdet i Sikre fødsler-pakkerne er integreret. Det gøres fx i form af standardskabeloner, hvor jordemødrene guides igennem pakkerne og i høj grad kan dokumentere ved at sætte kryds eller flueben ud for standardformuleringer, dvs. at der ikke er brug for så meget prosa. Standardskabeloner i epj kan altså, når det lykkes, blive et redskab, der letter dokumentationsbyrden. Samtidig bliver det lettere for tværfaglige samarbejdspartnere, fx læger, at finde relevant information ved behov.

Charlotte Sander, afdelingsjordemoder, Herning

Nu har vi lavet epj, så de får det hele serveret på et sølvfad. Man får lige lavet det der flueben. Får skrevet det, man faktisk har gjort på stuen. Vi har gjort dokumentationen nemmere, sådan at det kommer i rækkefølge, man skal ikke sidde og lede. Når man fx skal udfylde en s-drop pakke, så er det bare at åbne, og så gøre det hele der.

Signe Bay Frederiksen, jordemoderleder, Næstved

Om dokumentation

Sikre fødsler har et langt stykke hen ad vejen været et dokumentationsprojekt. I forvejen havde vi et kop skema og pakke elementerne burde alle være at finde i journalen. Vi syntes også, vi gjorde det. Men vi har brugt lang tid på at kunne dokumentere pakkerne systematisk.

Men hvor meget der klinisk er væsentligt anderledes end før, det ved jeg ikke. Sikre Fødsler giver en systematik og en struktur og en måde at gøre det på.

Hvis du spørger basispersonalet, så vil de sige, at det er mange kræfter at lægge i noget, som måske ikke er blevet anderledes i sin substans – altså som kliniske handlinger.

Anvendelse af forbedringsmetoder

Forbedringsmodellen, afprøvninger med PDSA-cirkler og tidstro visning af data i seriediagrammer er arbejdsredskaber, som fødestederne har taget til sig og bruger – ikke bare til det fortsatte arbejde med Sikre fødsler-pakkerne men også på en række andre områder, hvor der arbejdes med forbedringer.

Charlotte Sander, afdelingsjordemoder, Herning

Sikre fødsler har også været med til, at vi har fået mod til at lave prøvehandling. Hvis man gerne vil lave en forandring i en afdeling, så behøver vi ikke sætte alle 100 jordemødre til at gøre det på én gang og så tre uger senere finde ud af, at nej, det fungerer ikke. Det med at lave de små prøvehandling, det er den måde, vi er kommet i mål med vores pakker.

Vi jordemødre har fundet ud af, at systematik er faktisk rigtig godt, og der er kommet en respekt for, at man sagtens kan bruge systematik, samtidig med at man giver den enkelte en individuel behandling. Det kan godt gå hånd i hånd, det er ikke modsætninger.

Jannie Skovlund Rasmussen, basisjordemoder, Næstved Sygehus.

Om at følge procesdata

Der er nogle, der tænker, at kvalitetsdata og fokus på dette er langt væk fra praksis. At det med at holde øje med nogle tal, at det ikke rigtig relaterer sig til det, de står og gør inde på fødestuerne.

Nogle føler, at der er (for) stor fokus på dokumentation. Det skyldes, at den måde vi holder øje med, om vi har gjort det, vi skulle, netop er ved at vurdere dokumentationen. Derfor er der flere, der kan synes, at Sikre fødsler har været et dokumentationsprojekt. Men det, som man måske ikke tænker over, er de ting, som vi faktisk gør anderledes nu – ikke pga. data i sig selv, men pga. de handlinger vi implementerer som følge af data.

Lone Sølvsten Kappendrup, afdelingsjordemoder, Odense

Om at bruge forbedringsmetoderne bredt

Vi har lært meget om metoder, og vi prøver aktivt at bruge de metoder, vi har lært. Fx prøver vi at udbrede metoderne til at arbejde med forebyggelse af sphincter-ruptur. Hvor vi skriver, hvor mange fødsler var der siden sidst, der var én med sphincter-ruptur. Det har givet godt mening.

Det med ikke at skynde sig at laminere ting, at prøve det af i det små og justere det til, og så prøve på en lidt større gruppe, og justere.

Vi bruger også små-skalaafprøvning, nu hvor vi skal til at udarbejde nogle kodeark til vores EPJ. Jeg har snakket med sekretærene om, at prøv at lav et ark, og når der er nogle jordemødre i vagt, så prøv at spørg dem, 'hvad tænker I?' Og hvis de ikke forstår det, så forstår resten det nok heller ikke.

Majken Jensen, cheffjordemoder på Sygehus Thy-Mors

Vi har planer om at fastholde resultaterne. Det kan godt være, at vi går over til stikprøver. Men hvis vi har fornemmelse af, at nu begynder det at skride, så er det hurtigt tilbage på stien igen. Så kigger vi på alle journaler igen.

Forskellen på små og store fødesteder

Generelt kan man sige, at jo flere fødsler, der sker på et fødested, jo større er læringsmulighederne i forbedringsarbejdet.

Fødestederne har også gjort sig nogle mere specifikke tanker om, hvordan der kan være forskel på forbedringsarbejdet på store og små fødesteder.

De små fødesteder har den fordel, at det er nemmere at skabe overblik og nemmere at nå ud til hele personalegruppen, fordi der er færre ansatte.

De store fødesteder har til gengæld haft den fordel, at der er en afdelingsjordemoder/koordinerende jordemoder i vagt. Det betyder, der er en, der kan koordinere forbedringsarbejdet, have ansvar for tidstro målinger ol.

**Lone Sølvsten Kappendrup,
afdelingsjordemoder, Odense**

Om fordelene ved at være et stort fødested

Noget af det, der gør forskellen på det store og det lille sted, det er, at du har en person i døgndrift, som ligesom glider over vandene. Så bliver det også mere tidstro. Vi lavede fx en stikprøve. I hver vagt udvalgte vi helt tilfældigt fra tavlen en fødsel – så det ikke altid var den samme jordemoder eller den samme stue hver gang. Så gik vi ind og kiggede på: Var tjek ind i orden? Var status ved overlevering i orden? Og hvis det så ikke var det, så tog den koordinerende jordemoder det straks op med den pågældende jordemoder. Det har vores koordinerende jordemoder gjort her, en sådan én har man fx ikke i Svendborg.

(Koordinerende jordemoder svarer til afdelingsjordemoder andre steder)

Nanna Morgen, jordemoder, Holstebro

Om forskellen på små og store fødesteder

Vi er et lille sted, og afhængigt af størrelsen er der lidt forskel på, hvor hurtigt man har kunnet lave ændringer. Jeg kommer hurtigt omkring jordemødrene, fordi vi er så få. Hvorimod i Herning, kan det tage lang tid, og de har et meget større rykind af vikarer. Til gengæld har de en afdelingsjordemoder, der kan have fingeren på pulsen. Det har vi ikke. Her er bare de jordemødre, der er i vagt, der er ikke nogen, de skal rapportere til, og som har det forkromede overblik. Fejlene bliver først opdaget, når jeg så opdager dem. Til gengæld har jeg nemmere ved at få et budskab bredt ud. Fordelen er at det er nemt at komme omkring til alle.

**Signe Bay Frederiksen, jordemoderleder,
Næstved**

Nu er vi jo et lille fødested. De fødesteder, der er kommet hurtigt i mål med Sikre fødsler, har nok haft en afdelingsjordemoder eller lignende i vagt, som har sørget for, at krydserne er sat, hvis handlingerne har været der. Det har vi ikke, så vi har skullet brede det ud til over 50 jordemødre og 20 læger. At de skulle huske at sætte krydser de rigtige steder. Så vi har sagt 'husk nu' og 'husk nu' og 'husk nu!'. De bliver trætte af det. Men vi vil alle sammen hellere være i mål med pakkerne end 'i rød'.



Holbæk fødested fejrer, at det er 1000 fødsler siden, der sidst er født et barn med lav Apgar.

Kommunikation

Kommunikative virkemidler kan aktivt bruges til at øge fremdrift og acceleration i forbindelse med forbedringsarbejdet (6). Kommunikation både internt i organisationen og eksternt til medier og offentlighed kan anvendes strategisk til at skabe opmærksomhed, fokus og forandringsvilje. Formålet med kommunikationen er altså ikke alene at formidle og sprede viden, men i høj grad også at skabe motivation blandt de sundhedsprofessionelle og dermed virke som katalysator for forbedringsarbejdet.

I Sikre fødsler har man mange steder sørget for at fejre succeser og milepæle, og både dagspressen og fagpressen har skrevet artikler om projektet.

Resultater



Gynækologisk-Obstetrisk Afdeling i Hospitalsenheden Vest fejrer en milepæl i Sikre fødsler ved at invitere Hjem-IS bilen på besøg.

Processerne er blevet mere sikre

Der blev opnået store fremskridt i forbindelse med projektet, og det lykkedes at forbedre arbejdsprocesserne markant de fleste af fødestederne ved at implementere pakkerne i Sikre fødsler.

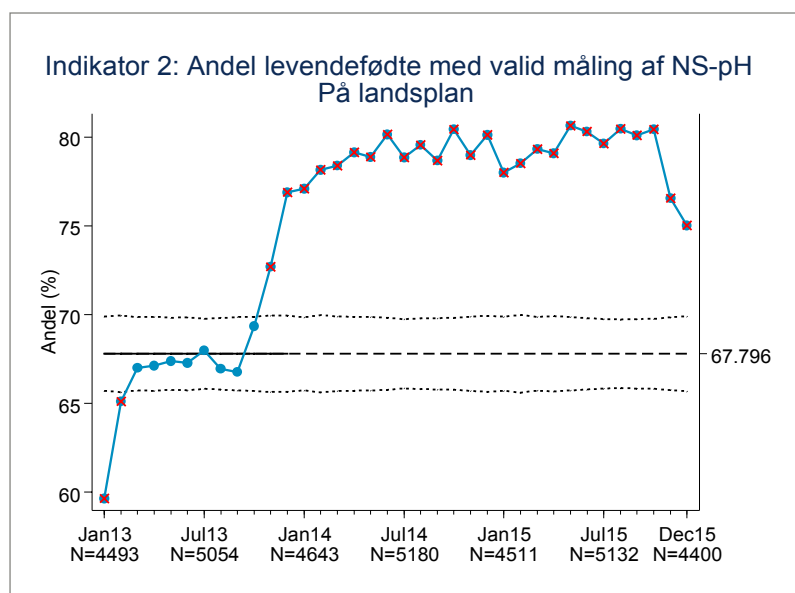
I begyndelsen af 2015 var i alt 10 af de 23 fødesteder nået i mål med alle fire pakker, dvs. det lykkedes over en længere periode at levere samtlige relevante elementer (bedste praksis) til mindst 95% af de fødende. Yderligere seks fødesteder var i mål med tre af de fire pakker. Syv af de 23 fødesteder manglede mere end én pakke.

Flertallet af fødestederne viser altså, at de har lært at bruge forbedringsmetoderne systematisk til at forbedre de kliniske processer.

Mest markante resultater er opnået med fødselstjeklisten, dvs. tjek ind og time out-pakkerne, hvor der i løbet af 2014 skete en markant stigning i antallet af fødesteder, der havde opnået fuld implementering af pakken. Ved starten af 2015 var det kun to fødesteder, der ikke var i mål med tjek ind, og fire fødesteder, der ikke var i mål med time out.

Også for kop-pakken er der sket store fremskridt i løbet af 2014 med 15 ud af de 23 fødesteder i mål med pakken. S-drop-pakken har været vanskeligere, men ved starten af 2015 var det dog over halvdelen af fødestederne, der var i mål også med den.

Samtidig er der i forbindelse med Sikre fødsler sket en markant stigning i andelen af fødsler, hvor der foreligger valid navlesnors-pH-måling, fra knap 68% før projektstart til ca. 80%.



Antallet af børn med iltmangel

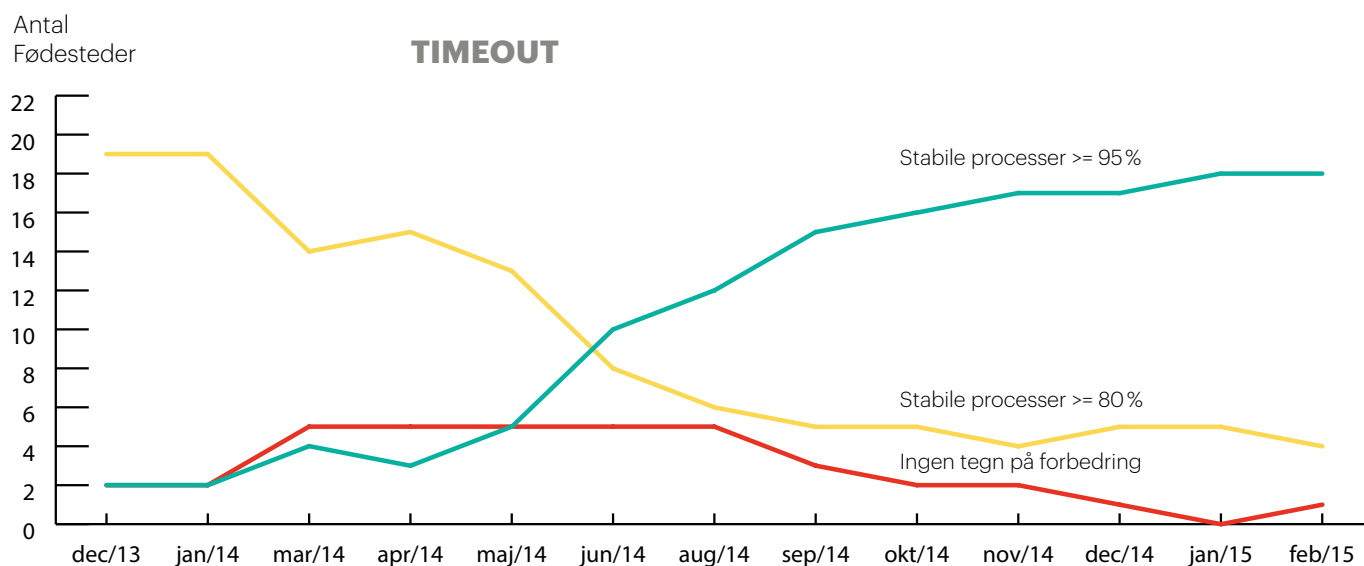
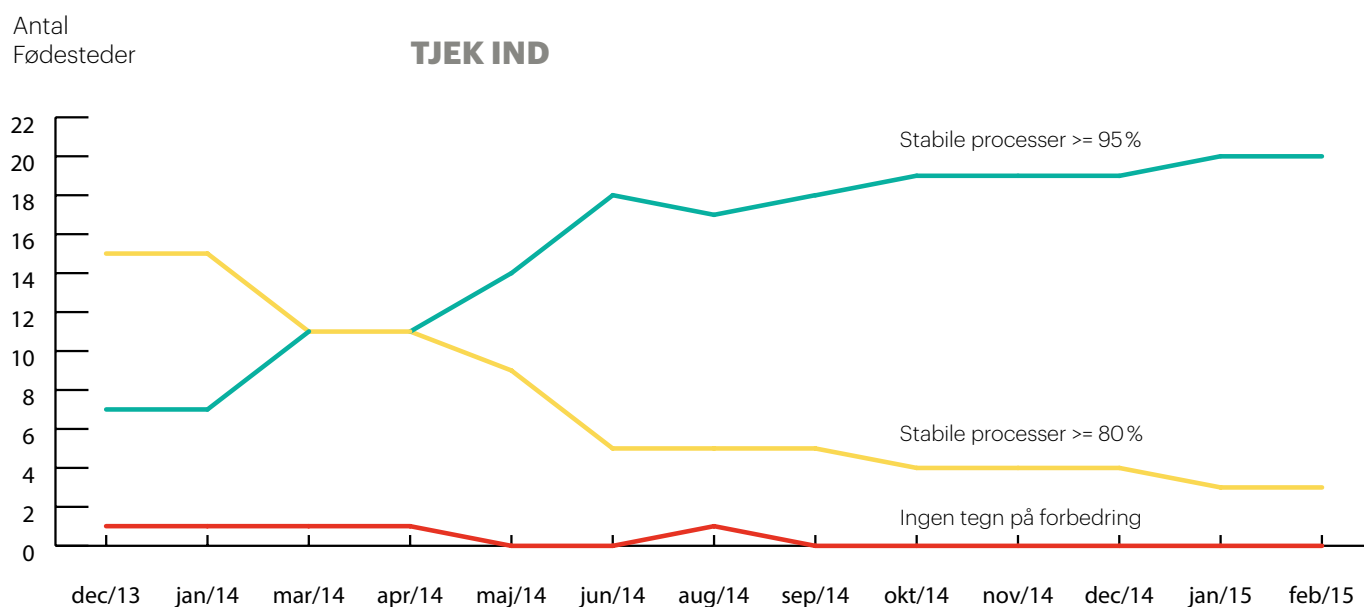
Det var ambitionen med Sikre fødsler at halvere antallet af børn, der udviklede iltmangel i forbindelse med fødslen. Men tal fra Fødselsdatabasen, frem til oktober 2015 viser, at der ikke kan registreres nogen ændring i antallet af børn med iltmangel på landsplan, hverken når det gælder 'levendefødte med navnesnors-pH < 7' eller 'levendefødte med Apgar < 7 efter fem minutter'.

På Hvidovre Hospital, som er Danmarks største fødested med næsten 7000 fødsler årligt, har man dog registreret, at der bliver længere imellem børn med iltmangel.

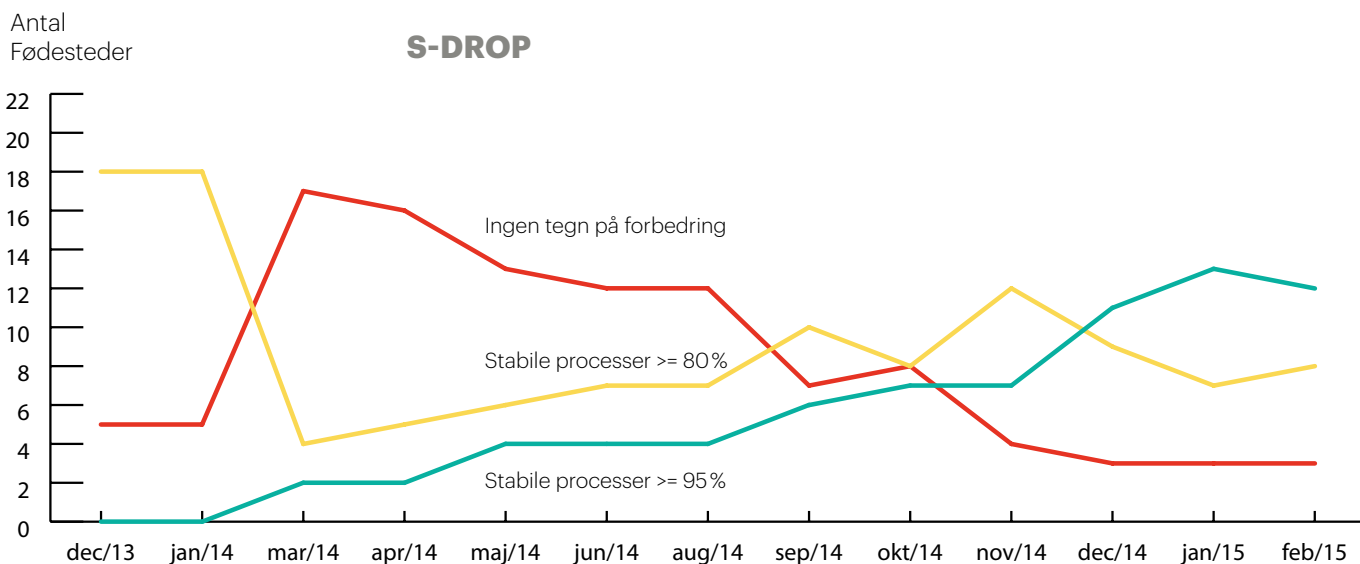
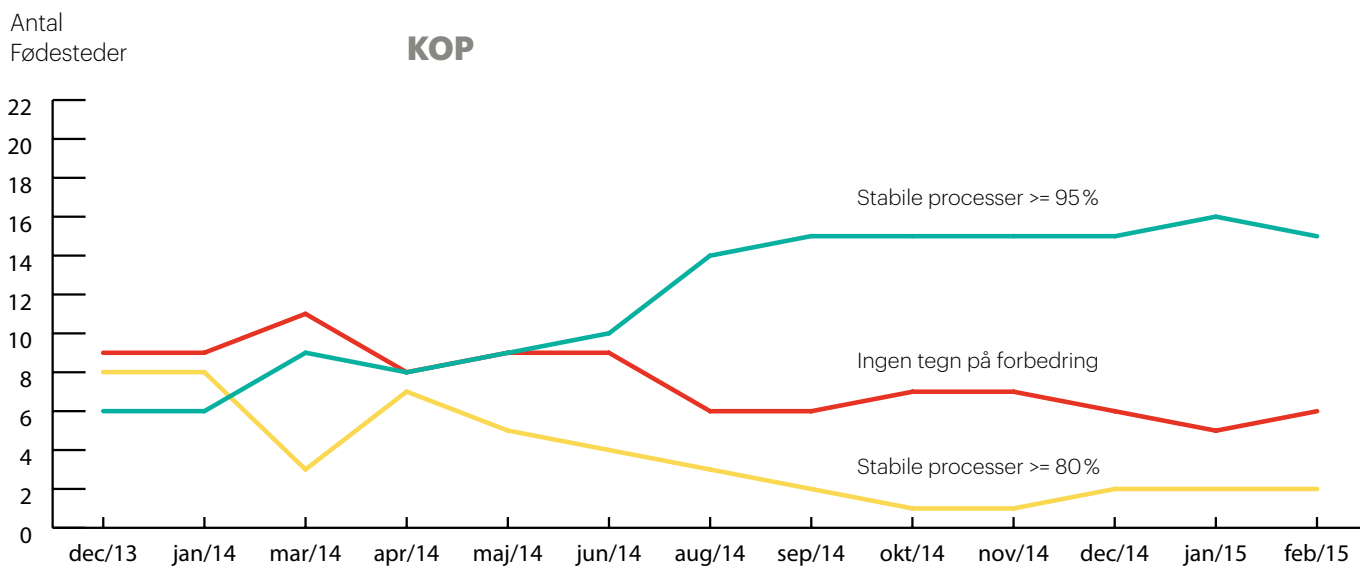
Opfyldelsesgraden af pakkerne

Status over opfyldelsesgraden af pakkerne på landets 23 fødesteder fra december 2013 til februar 2015.

- Stabile processer $\geq 95\%$
(Opfyldelsesgrad på mindst 95% ved mindst syv konsekutive målinger)
- Stabile processer $\geq 80\%$
(Opfyldelsesgrad på mindst 80% ved mindst syv konsekutive målinger)
- Ingen tegn på forbedring



- Stabile processer $\geq 95\%$
(Opfyldelsesgrad på mindst 95% ved mindst syv konsekutive målinger)
- Stabile processer $\geq 80\%$
(Opfyldelsesgrad på mindst 80% ved mindst syv konsekutive målinger)
- Ingen tegn på forbedring



Bilag 1

Medlemmer af styregruppe og faglig følgegruppe

Styregruppe for Sikre fødsler

Medlemmer af styregruppen er:

- Vicedirektør Steen Werner Hansen, Herlev Hospital (formand)
- Ledende overlæge Helle Ejdrup Bredkjær, Hillerød Hospital
- Ledende cheffjordemoder Ellen Merete Tobiassen, Sygehus Syd
- Lægelig direktør Dorthe Gylling Crüger, Sygehus Lillebælt
- Cheffjordemoder Joan Dürr, Århus Universitetshospital Skejby
- Cheffjordemoder, Lisbet Hammer, Aalborg Sygehus
- Direktør Beth Lilja, Dansk Selskab for Patientsikkerhed
- Seniorskonsulent Trine Petersen, Danske Regioner
- Afdelingsjordemoder Kit Dynnes Hansen, Jordemoderforeningen
- Ledende overlæge Charlotte Wilken-Jensen, Dansk Selskab for Patientsikkerhed
- Overlæge Charlotte Brix Andersson, Dansk kvalitetsdatabase for fødsler
- Klinikchef Morten Hedegaard, Patientforsikringen
- Overlæge Christine Brot, Sundhedsstyrelsen
- Overlæge Ole Kierkegaard, ressourceperson udpeget af Styregruppen
- Afdelingsjordemoder Benedikte Alling Møller, Dansk Selskab for Patientsikkerhed, samt ressourceperson udpeget af Styregruppen
- Cheffjordemoder Ingelise Andersen, Region Hovedstaden
- Specialeansvarlig overlæge Jens Lyndrup, Region Sjælland
- Specialeansvarlig overlæge Jan Stener Jørgensen, Region Syddanmark

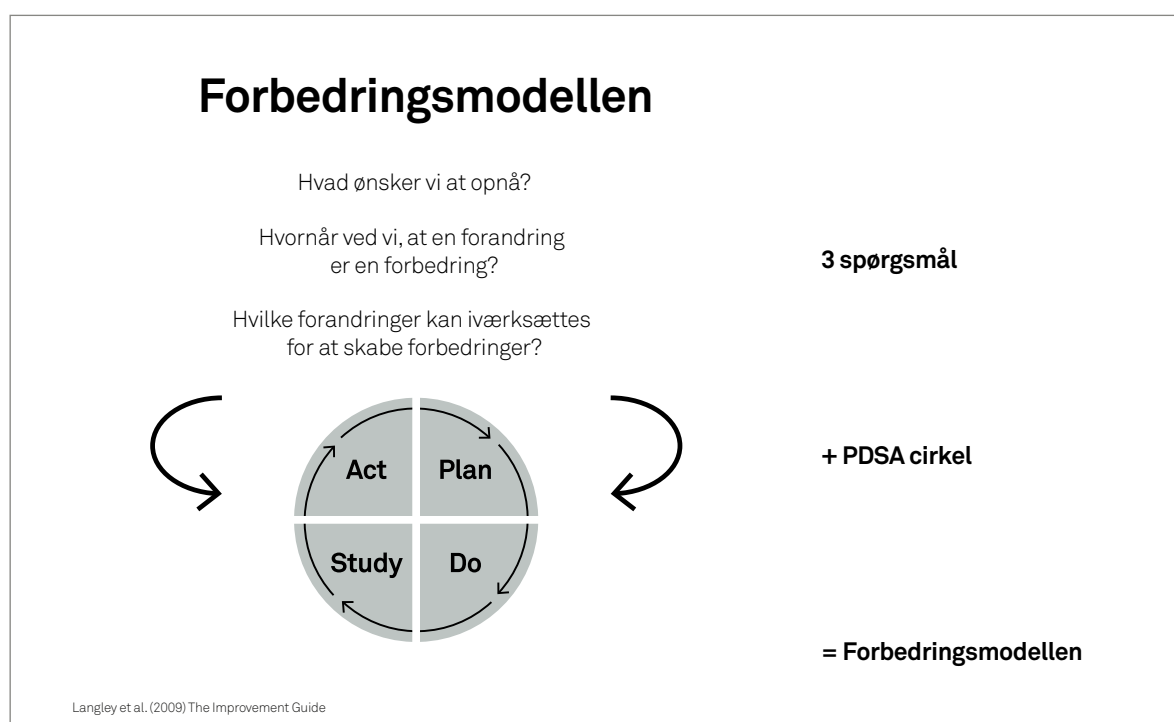
Faglig Følgegruppe

Medlemmer af den faglige følgegruppe er:

- Lægelig direktør Dorthe Gylling Crüger, Sygehus Lillebælt (formand)
- Overlæge Lise Lotte Torvin Andersen, Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi
- Ledende overlæge Kirsten Wisborg, Dansk Pædiatrisk Selskab
- Overlæge Lone Hvidman, Region Midtjylland
- Specialeansvarlig overlæge Margrethe Møller, Region Nordjylland
- Seniorskonsulent Trine Petersen, Danske Regioner

Bilag 2

Metoder til forbedringsarbejdet



Forbedringsmodellen

Forbedringsmodellen er et enkelt værktøj til at accelerere og fokusere forbedringsarbejdet til lokale kontekster, i dette tilfælde fødestederne.

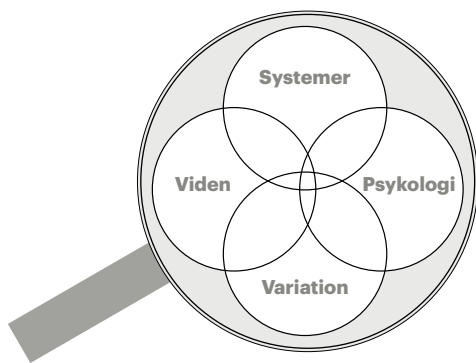
Spørgsmålene hjælper til at fokusere arbejdet på konkrete mål og at identificere de processer i den kliniske hverdag, der skal ændres for at nå målene. Det er ikke meningen, at besvarelsen af spørgsmålene skal være en langstrakt skrivebordsøvelse, men derimod en kontinuerlig proces, hvor forbedringen afprøves i lille skala (fx på blot én patient). Redskabet

hertil er PDSA-testen (Plan – Do – Study – Act), hvor erfaringerne fra hver afprøvning danner grundlag for mindre justeringer, der igen afprøves. Dette gentages, indtil man har fundet en proces, der fungerer i daglig klinisk praksis, og først på dette tidspunkt implementeres processen i fuld skala.

Én af styrkerne ved forbedringsmodellen er, at den sikrer, at forandringer bliver tilpasset lokale forhold og involverer det personale, som kender arbejdsgangene bedst og udfører arbejdet til daglig.

System of Profound Knowledge

Den teoretiske og metodiske ramme for forbedringsarbejdet i Sikre Fødsler er System of Profound Knowledge udviklet af Edward Deming. Det er den teoretiske og metodiske platform for, hvordan man lærer organisationer at skabe forbedringer på en systematisk måde ved at trække på fire vidensområder samtidig. System of Profound Knowledge er viden om, hvordan en forandring vil resultere i en forbedring under forskellige betingelser. Deming beskriver hovedteorien i fire dele, som alle er relaterede til hinanden og bør være repræsenteret samtidig i ledelse af forbedringsarbejde. Ifølge Deming behøver man ikke være ekspert i alle fire vidensområder, men skal kunne anvende de fire vidensområder i teori og praksis (7).



Systemer: Opgaven er at respektere og forstå det system, man vil forbedre. Et system består af indbyrdes afhængige elementer, som arbejder sammen mod et fælles mål. Det er vigtigt at forstå kendetegnene ved komplekse systemer, som består af mennesker, procedurer, processer og udstyr, som er relateret til hinanden for at opnå et fælles mål.

Variation: Der er to opgaver: at forstå variation og at skelne mellem tilfældig og ikke-tilfældig variation. Alle processer indeholder tilfældig variation. Nogle processer indeholder desuden ikke-tilfældig variation, fx tilsigtede forbedringer eller uønskede forværringer.

Viden: Når vi formulerer og afprøver hypoteser og studerer resultaterne, lærer vi og opbygger gradvist viden om, hvordan vi bliver bedre.

Psykologi: De menneskelige aspekter af forandringsprocessen. God ledelse tager hensyn til, at mennesker er forskellige og motiveres af noget forskelligt. Der findes dårlige systemer, ikke dårlige medarbejdere.

Litteraturreferencer

- 1 Baggrund for Sikre fødsler. Sikre fødsler 2012. <http://vis.dk/netvaerk/sikre-f-dsler>
- 2 Hove LD, Bock J, Christoffersen JK, Hedegaard M. Analysis of 127 peripartum hypoxic brain injuries from closed claims registered by the Danish Patient Insurance Association. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2008;87(1):72-5.
- 3 Et kvalitetsprogram – fra Patientsikkert Sygehus til forbedringsarbejde på sundhedsområdet.
- 4 Resar R, Griffin FA, Haraden C, Nolan TW. Using Care Bundles to Improve Health Care Quality. IHI Innovation Series white paper. Cambridge, Massachusetts: Institute for Healthcare Improvement; 2012.
- 5 Fødselsdatabasen: <http://www.kcks-vest.dk/kliniske-kvalitetsdatabaser/foedsler/>
- 6 Resultater af spørgeskemaundersøgelse om betydningen af kommunikation. Ida Hoeck Analyse og Rådgivning for Patientsikkert Sygehus, marts 2013.
- 7 Langley G.L. Nolan K.M. Nolan T.W. Norman C.L. Provost L.P (2009) *The Improvement Guide: A Practical Approach to Enhancing Organizational Performance (2nd Edition)*. Jossey Bass, San Francisco.

Dansk Selskab for Patientsikkerhed

Danish Society for Patient Safety

T 36 32 21 71

F 36 32 36 07

E info@patientsikkerhed.dk

www.patientsikkerhed.dk