

STYRESAK

GÅR TIL: Styremedlemmer
FØRETAK: Helse Bergen HF

DATO: 23.05.2018
SAKSHANDSAMAR: Nina Næsheim
SAKA GJELD: **Gjennomgang av fødsel- og barselomsorga i føretaket**

STYRESAK: 61/18 O
STYREMØTE: 30.05.2018

FORSLAG TIL VEDTAK

Styret tar saka til orientering, og ber om å bli halde oppdatert om arbeidet.

Oppsummering

Tal frå Norgesstatistikken visar at Helse Bergen HF leverer fødselshjelp av god kvalitet på nivå med dei andre helseregionene. Kvinneklinikken ved Haukeland universitetssjukehus (HUS) har, slik dei andre sjukehusa i helseregion vest, eit markert avvik i forhold til resten av fødeavdelingane i landet ved at talet på keisarsnitt er lågare.

Ein stor del av variasjonen kan forklarast ved ulikskap i fødepopulasjonen fordi det er ein låg del kvinner med risiko for gjentatt keisarsnittforløyning. I tillegg overfører HUS ein del planlagde keisarsnitt til Voss sjukehus, som dermed får ein høg del planlagde keisarsnitt. Helse Bergen kan også vise til gode tal og ein positiv utvikling når det gjeld andre kvalitetsindikatorar innanfor fødselshjelp.

Tal frå verksemda

Helseregion vest har hatt eit lågare tal på keisarsnitt enn resten av landet i ei årrekke, men Kvinneklinikken i Bergen sine tal avviker ikkje vesentleg frå resten av sjukehusa i helseregion vest. Når vi samanliknar med dei andre helseregionane, er det viktig å vere klar over at fødepopulasjonane ikkje er like. Ein vesentlig forskjell er at det er færre kvinner i Helse Bergen sitt opptaksområdet som har tatt keisarsnitt tidlegare, samanlikna med kvinner busett i dei andre helseregionane. Kvinner som har tatt keisarsnitt tidlegare, vil ofte også trenge keisarsnitt ved neste graviditet. Det vil seie at det er færre kvinner som føder ved Kvinneklinikken som treng keisarsnitt som følgje av at første barn blei forløynt på denne måten. Dersom ein korrigerer for dette, og for samarbeidet med Voss sjukehus som gjennomfører planlagde keisarsnitt på pasientar som tilhøyrar HUS sitt opptaksområde, ville Kvinneklinikken hatt ei keisarsnittrate på omlag same nivå som store sjukehus elles i landet.

Det er heller ikkje slik at ein finn at sjukehus med høge tal på keisarsnitt har betre resultat på andre kvalitetsindikatorar innanfor fødselsomsorga. Norgesstatistikken visar for eksempel at det er sjukehus med stor del keisarsnitt som har dårlegare resultat på Apgarscore (som er ein metode for å fastslå eit nyfødd barn sin tilstand direkte etter fødsel), enn sjukehus der færre blir forløynt med keisarsnitt.

Andelen dødfødde viser noko variasjon frå år til år i Helse Vest, noko som heng saman med at det er sjeldne tilfelle, men nivået er samanfallande med dei nasjonale tala.

Haukeland universitetssjukehus har gjennomført eit stort arbeid for å få ned talet på fødselsrifter grad 3 og 4 hos fødekvinne. Dette har resultert i ein stadig reduksjon dei siste åra til 1,8% i 2017 og 1,3% hittil i 2018. På Voss sjukehus er dette også eit fokusområde. Helse Bergen HF har vist ein positiv utvikling på dette området.

Fødselar der kvinna får «ein til ein»-oppfølging i aktiv fødsel, har gjennomgåande vore høg i 2017 med ein variasjon frå 95 til 99,2 prosent. Det er ikkje enda publisert nasjonale tall på denne kvalitetsindikatoren.

Kommentar

Helse Bergen HF sitt fokus er å levere god helsehjelp, og målet er at fødselshjelpa bidrar til at mor og barn er friske etter fødsel. Norgesstatistikken viser at ein klarer å innfri dette målet i føretaket, sjølv med lågare tal på keisarsnitt enn landsgjennomsnittet. Som det går fram over, kan ein vise til gode tal når det gjeld alle kvalitetsindikatorar innanfor

fødselshjelp. Helse Bergen HF meiner at det er behov for å oppretthalde og arbeide vidare med kvaliteten på tenestetilbodet, og ønskjer blant anna fokus på brukarmedverknad med vidare utvikling av verktøy for samval og i større grad involvere pasientrepresentantar i kvalitetsutviklingsarbeidet.

Det er god evidens for at naturleg fødsel er best for mor og barn på både kort og lang sikt, og at keisarsnitt kan vere den beste løysinga når det er medisinsk indikasjon for det. Ein har verken nasjonalt eller internasjonalt definert kva som er «rette» tall for optimal keisarsnittfrekvens. Det som er viktig, er at frekvensen er på eit nivå som gjer at resultatet for mor og barn blir best mogleg.

Vidare er det viktig å skilje mellom akutte og planlagde keisarsnitt. Når det gjelder andelen akutte keisarsnitt, er det små forskjellar i helseregion vest samanlikna med dei andre helseregionene. Det er på andelen planlagde keisarsnitt at forskjellane mellom helseregionane er størst.

Ved HUS blei det for meir end 10 år sidan bygd opp eit systematisk tilbod til kvinner som ikkje ønskjer naturleg fødsel. Kvinneklubben var først i landet med å bygge opp eit slikt tilbod, og har delt erfaringane med dei fleste store fødeavdelingar. Etter vår erfaring er ønsket om keisarsnitt ofte eit uttrykk for at kvinna har eit særleg behov for å bli sett, høyrd og forstått, noko som er bekrefta i den forskinga som er på feltet. Desse kvinnene må bli tatt på alvor og alle tilviste får eit tilbod om oppfølging på Kvinneklubben. Ofte vil det i samråd med kvinna bli utforma ein fødselsplan. I denne gruppa av kvinner får ca. 75 prosent ein vaginal fødsel og 25 prosent får keisarsnitt. Dette er resultat som er i samsvar med forskning på området.

God fødselsomsorg med «ein- til ein-» omsorg i aktiv fødsel er prioritert. Det er viktig å understreke at overgangen frå tidleg fødselsstart til aktiv fødsel kan vere ulik frå kvinne til kvinne og ikkje alltid tydeleg. Aktiv fødsel deles inn i to ulike fasar: opningsfasen og utdrivingsfasen som avsluttast med at barnet blir født. At kvinna ikkje har jordmor tilstade når hun føder barnet, reknast på som et alvor avvik. Vi har ingen registrerte avvik på at den fødande har vore aleine i utdrivingsfasen eller når barnet blir født. Leiinga ved Kvinneklubben går igjennom alle sakar der kvinna ikkje har hatt jordmor til stades i aktiv fødsel, og tiltak blir vurdert fortløpande.

Det kan vere stor variasjon i aktiviteten på ei fødeavdeling i dei enkelte døgn, på Kvinneklubben frå 7-27 fødsler pr. døgn. Det er i døgn med størst aktivitet at det blir meldt avvik på «ein-til-ein» omsorg i fødsel. Gjennomgang av desse avvika visar at kvinna i den tidlege delen av aktiv fødsel kan oppleve at jordmor ikkje er kontinuerlig tilstade i ein periode på 1-3 timar. Ho får då berre sporadisk kortvarige tilsyn. Intervju med desse kvinnene har vist at dei ikkje har vore utrygge eller engstelege. Det heng antakeleg saman med at jordmødrene er gode til å vurdere kven som kan klare seg utan jordmor tilstade for kortare periodar.

Ein del av medarbeidarane har gjennomført kommunikasjonskurset «Fire gode vaner». Leiinga ser at det er behov for å ha eit fortsatt fokus på kommunikasjon både mellom medarbeidarane og med pasientane og vil også framover prioritere å sende medarbeidarar på dette kurset. Vidare vil det bli vurdert om det skal gjennomførast andre tiltak for å styrke kommunikasjonskompetansen i avdelinga.

Fødeavdelingane i Helse Bergen HF arbeidar kontinuerleg og systematisk med pasienttryggleik. Helse Bergen HF har leda utviklingsarbeidet med prosjektet «trygg fødsel» der det blant anna er utvikla sjekklister som no er implementert i heile Helse Vest. Det blir brukt sjekklister ved bruk av stimulerande behandling, og ved operative vaginale forløyseringar.

Det blir arbeidd kontinuerleg med å ha ein låg terskel for å ta opp fagleg usemje og skape ein kultur der metodar og framgangsmåtar blir fortløpande diskutert og evaluert. Kvinneklubben følgjer opp avviksmeldingar i Synergi og dei blir gjennomgått på det månadlege møte i kvalitetsforum ved avdelinga. Det har vore identifisert avviksgrupper som er følgde opp med spesifikke tiltak. Eksempel på slike avviksgrupper som har kravd tiltak, er manglande namneband på reinnlagde nyfødde, urinretensjon etter fødsel, postpartum blødning og medikamentavvik. Alle NPE og tilsynssaker blir gjennomgått systematisk på kvalitetsforum og på personalmøte. Kvinneklubben har tatt i bruk hendingsanalyse som metode etter alvorlege og komplekse avvik, og har så langt gjennomført tre analysar.

Konklusjon

Administrerende direktør vurderer fleire tilnærmingar for å understøtte vidare kvalitetsutvikling av fødetilbodet i Helse Bergen HF.

- Gjennomføre brukarundersøkingar for å i større grad forstå kva som er viktig for pasientane
- Tiltak for å auke kommunikasjonskompetansen i avdelinga
- Tiltak for å utvikle systematisk verktøy til bruk i samval
- Etterspørje resultat av dei systematiske gjennomgangane av synergisaker

Vedlegg: Resultat frå kvalitetsindikatorane i fødselsomsorga