

Norsk Nyfødtmedisinsk Kvalitetsregister og Medisinsk fødselsregister - verdien av registrene i forbedringsarbeid

Hans Jørgen Stensvold

Stipendiat, Norsk nyfødtmedisinsk kvalitetsregister

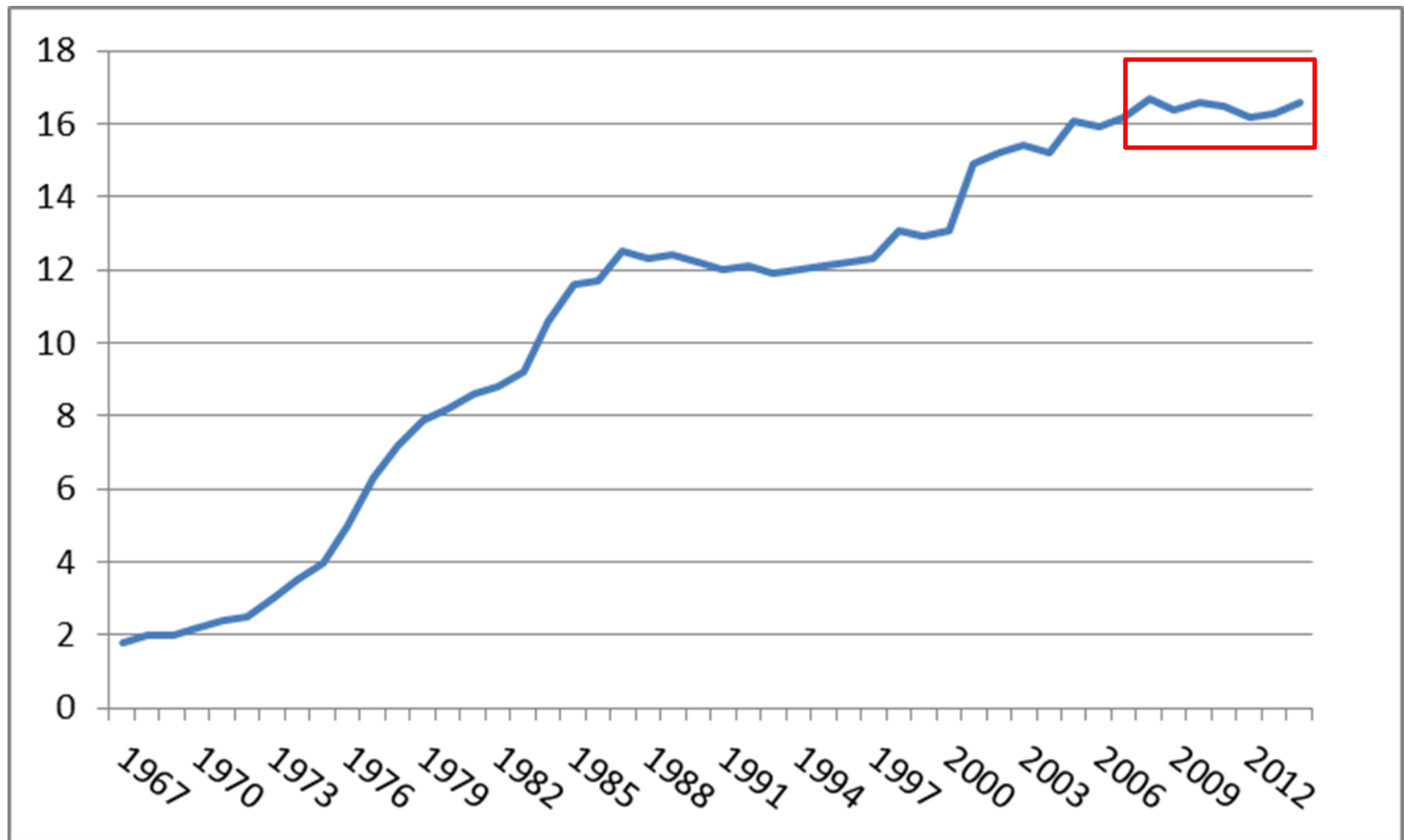
Overlege, nyfødtseksjonen OUS RH

&

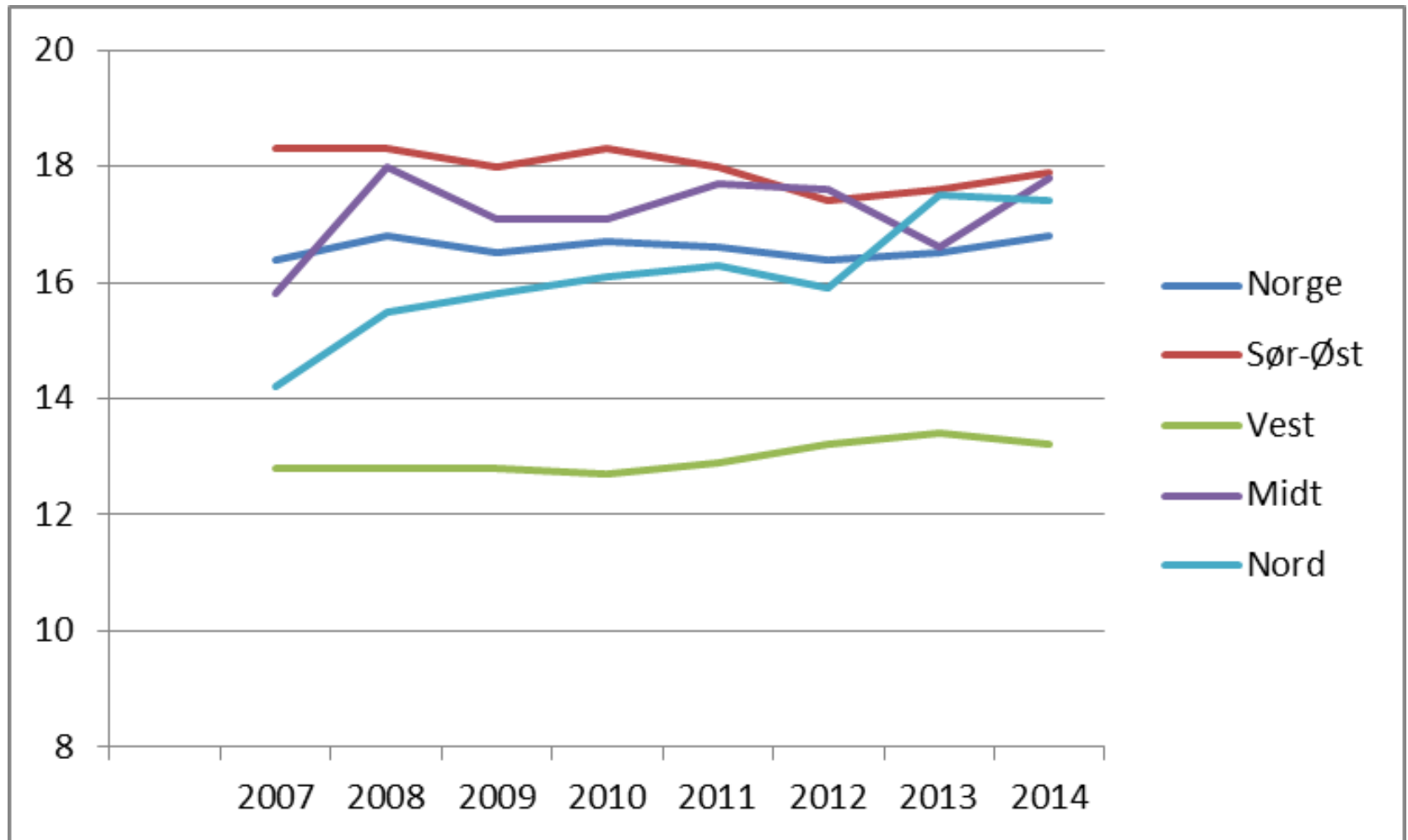
Mette C Tollånes, PhD

Overlege Medisinsk fødselsregister

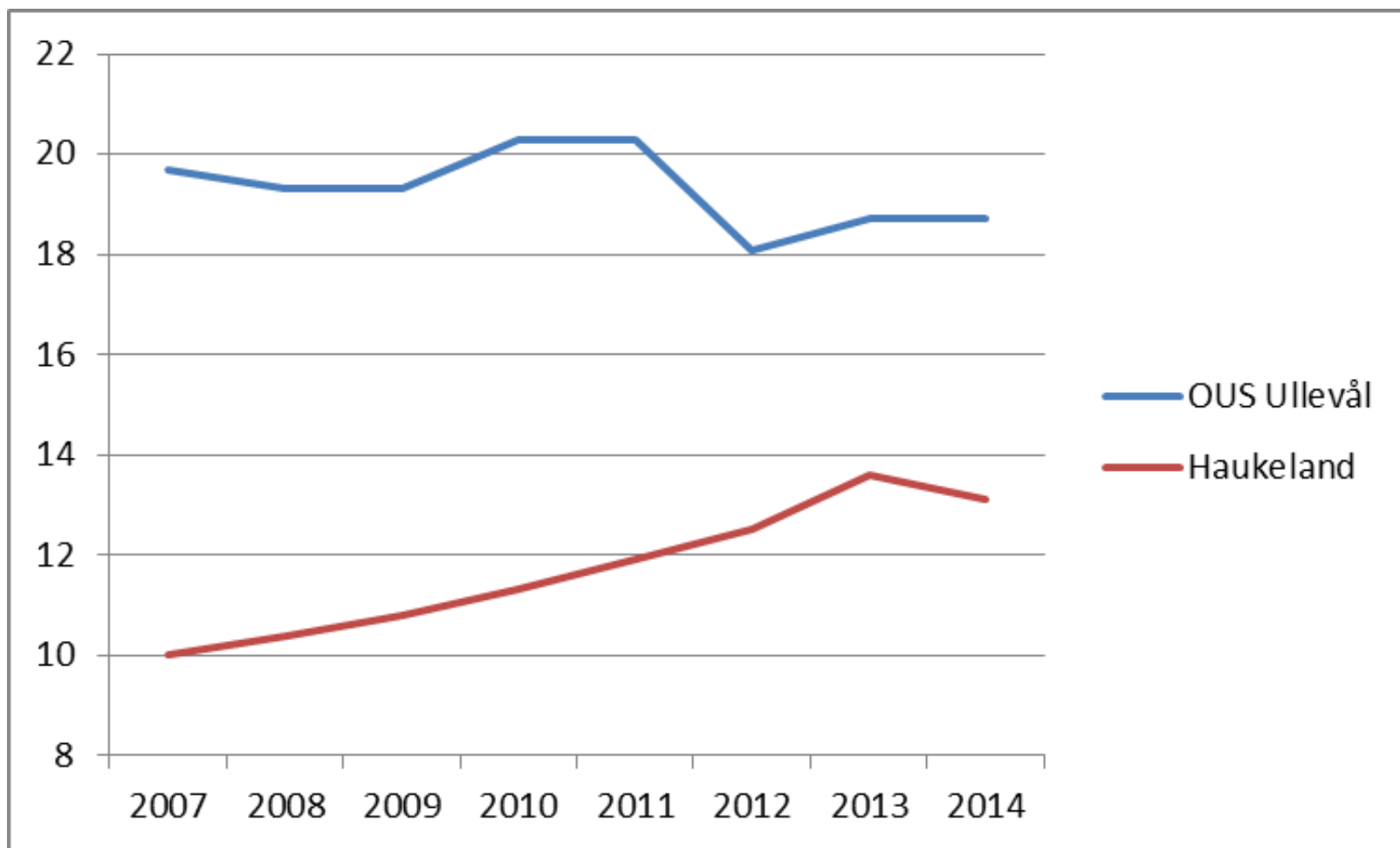
Keisersnitt i Norge



Keisersnitt, alle helseregioner



Ullevål og Haukeland

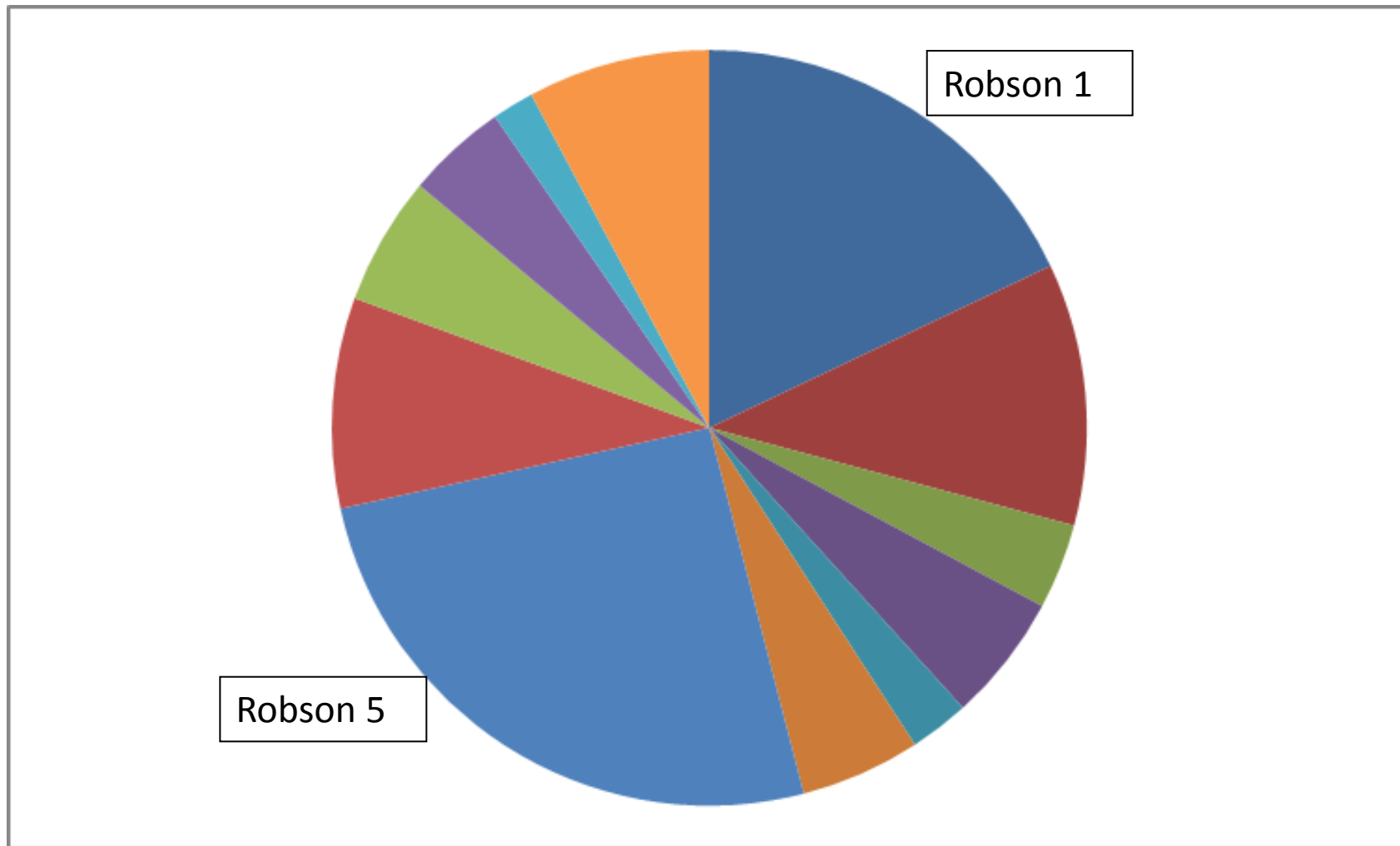


Robson klassifisering

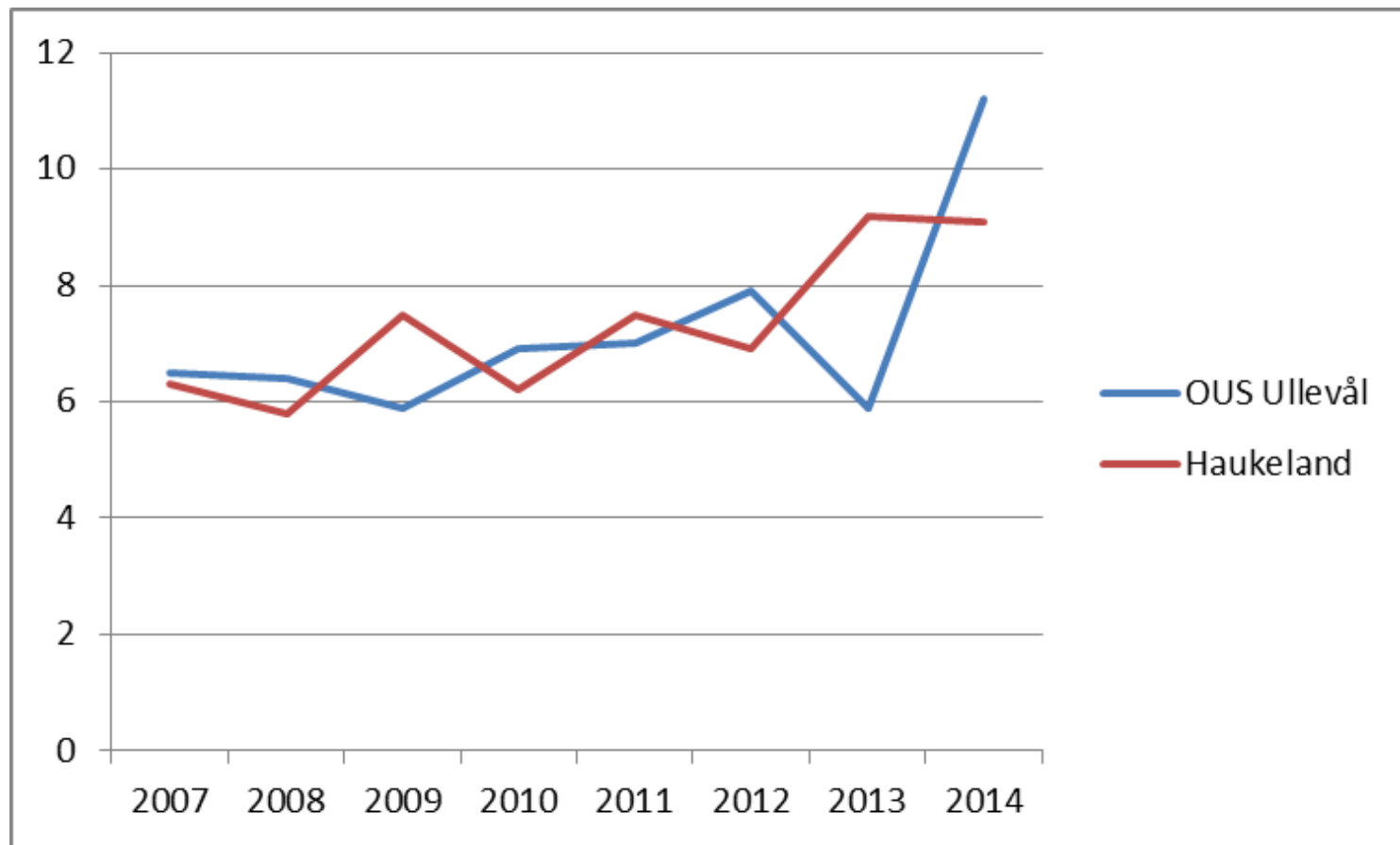
- 1. Førstegangsfødende med spontane rier, ett foster i hodeleie, ≥ 37 uker**
2. Førstegangsfødende, ett foster i hodeleie, ≥ 37 uker der fødsel blir satt i gang med keisersnitt eller induksjon
3. Flergangsfødende, ett foster i hodeleie, spontane rier, ≥ 37 uker
4. Flergangsfødende, ett foster i hodeleie, ≥ 37 uker der fødsel blir satt i gang med keisersnitt eller induksjon
- 5. Alle med tidligere keisersnitt, ett foster i hodeleie og ≥ 37 uker**
6. Alle førstegangsfødende med ett foster i seteleie
7. Alle flergangsfødende med ett foster i seteleie
8. Alle multiple graviditeter
9. Alle fosterleier som ikke er sete- eller hodeleie
10. Alle premature < 37 uker med ett foster i hodeleie

Klassifiseringen er utformet av den engelske gynekologen Michael Robson

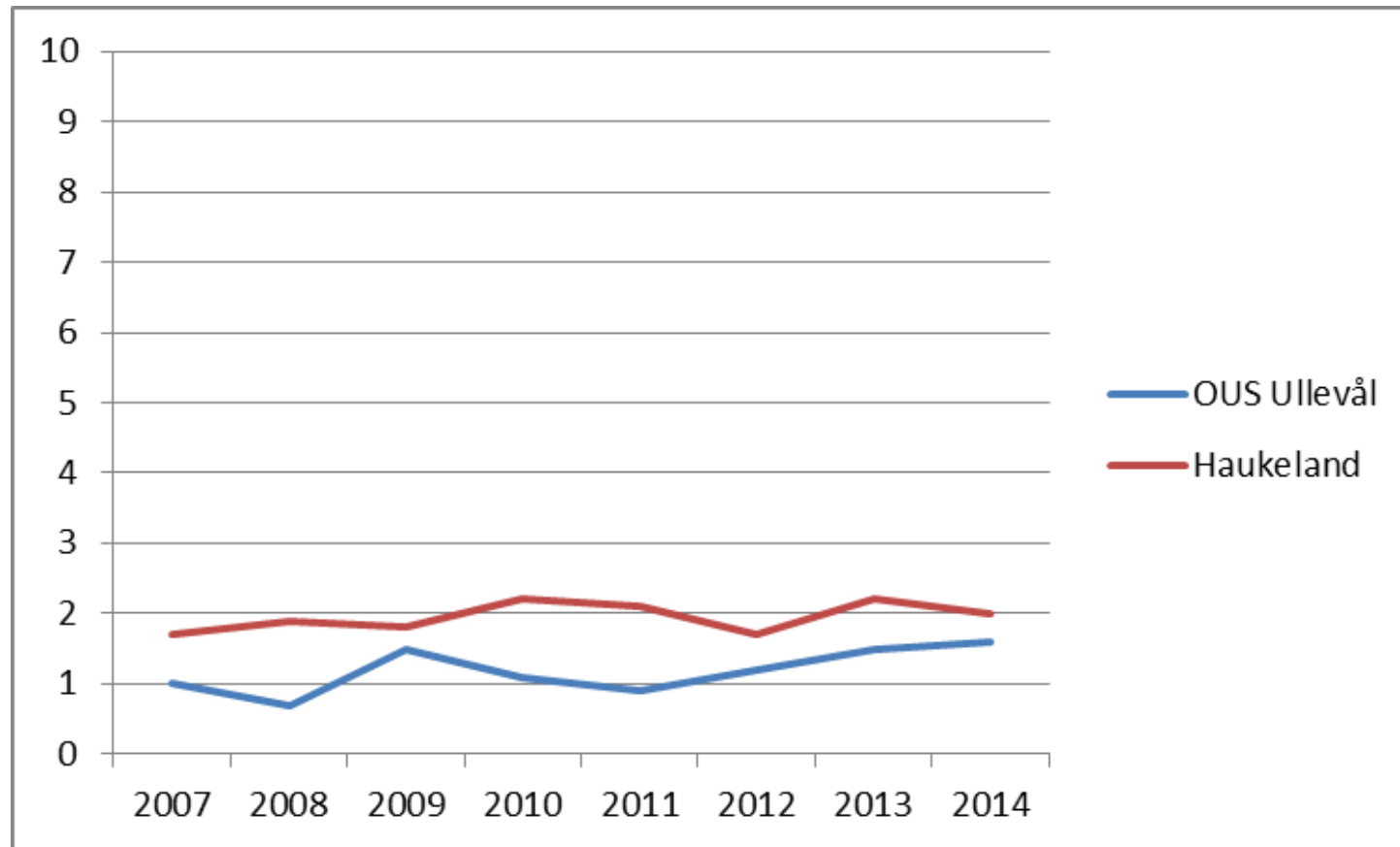
Fordeling av 9800 keisersnitt 2014



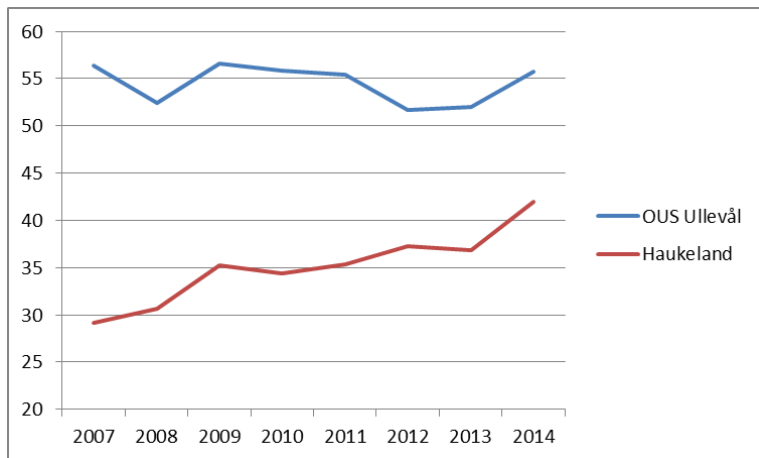
Førstegangsfødende, ett foster i hodeleie, spontane rier, ≥ 37 uker (Robson 1)



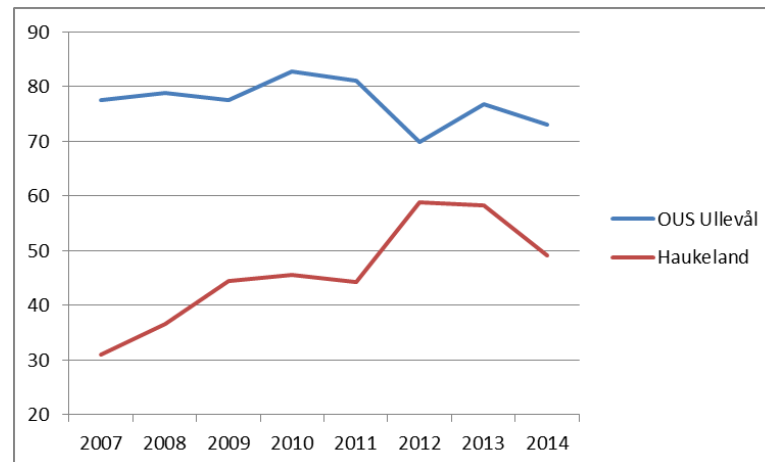
Flergangsfødende, ett foster i hodeleie, spontane rier, ≥ 37 uker (Robson 3)



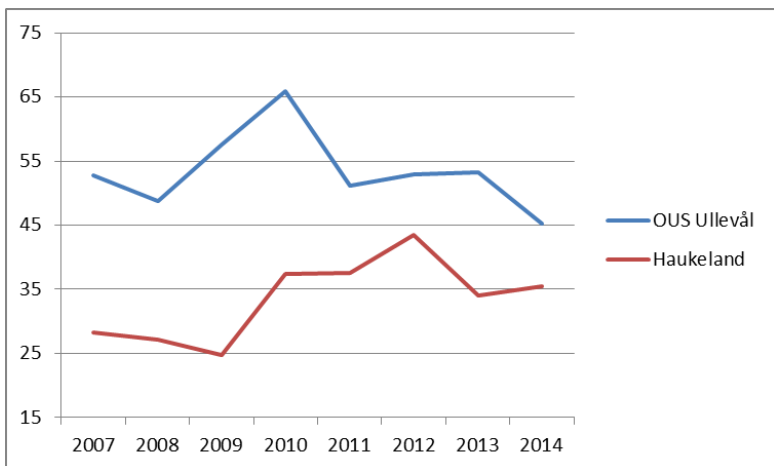
Tidligere keisersnitt (Robson 5)



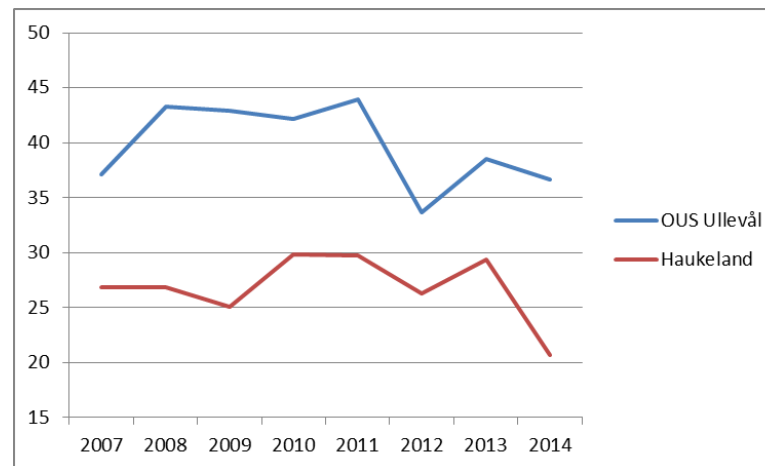
Seteleie (Robson 6)



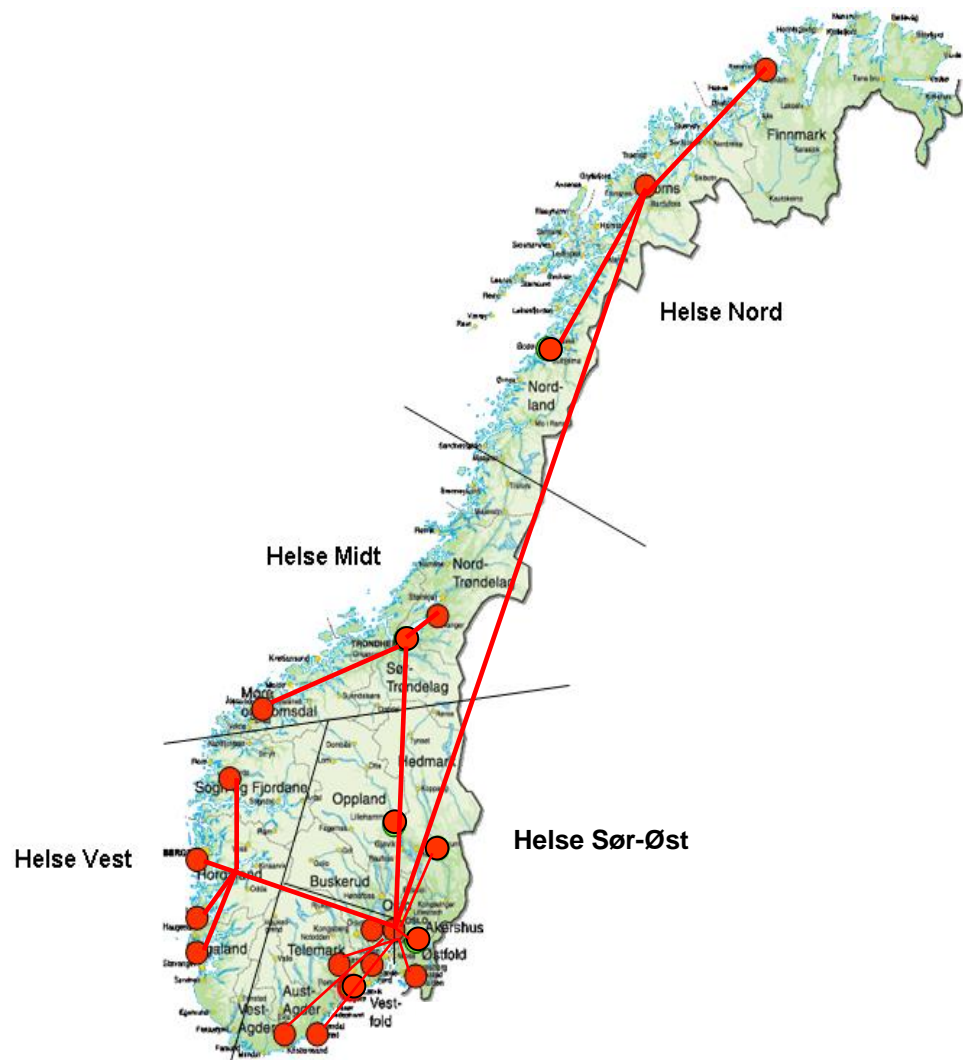
Flerlinger, (Robson 8)



Preterm (Robson 10)



- Godkjent nasjonalt medisinsk kvalitetsregister i 2004
- 100 % nasjonal dekning på institusjon og individnivå fra 2011
- Årlige rapporter til hver avdeling og egen årlig registerkonferanse
- Etablerer forskningsgrupper og utleverer data til forskning



Koblete data fra NNK og MFR

Eksempler på regionale forskjeller i klinisk praksis

1. Kjølebehandling av nyfødte etter asfyksi
2. Initial behandling og overlevelse av ekstremt premature barn
 - Dødfødte, levende fødte og innlagte
 - Perinatale resultater, ikke bare forløp på nyfødtavdeling

Kjølebehandling etter afyksi



- Kjølebehandling av nyfødte etter moderat / alvorlig asfyksi bedrer overlevelse og øker andelen overlevende uten alvorlig funksjonstap.

Nasjonale kriterier for oppstart kjøle-behandling ved perinatal asfyksi fra 2007

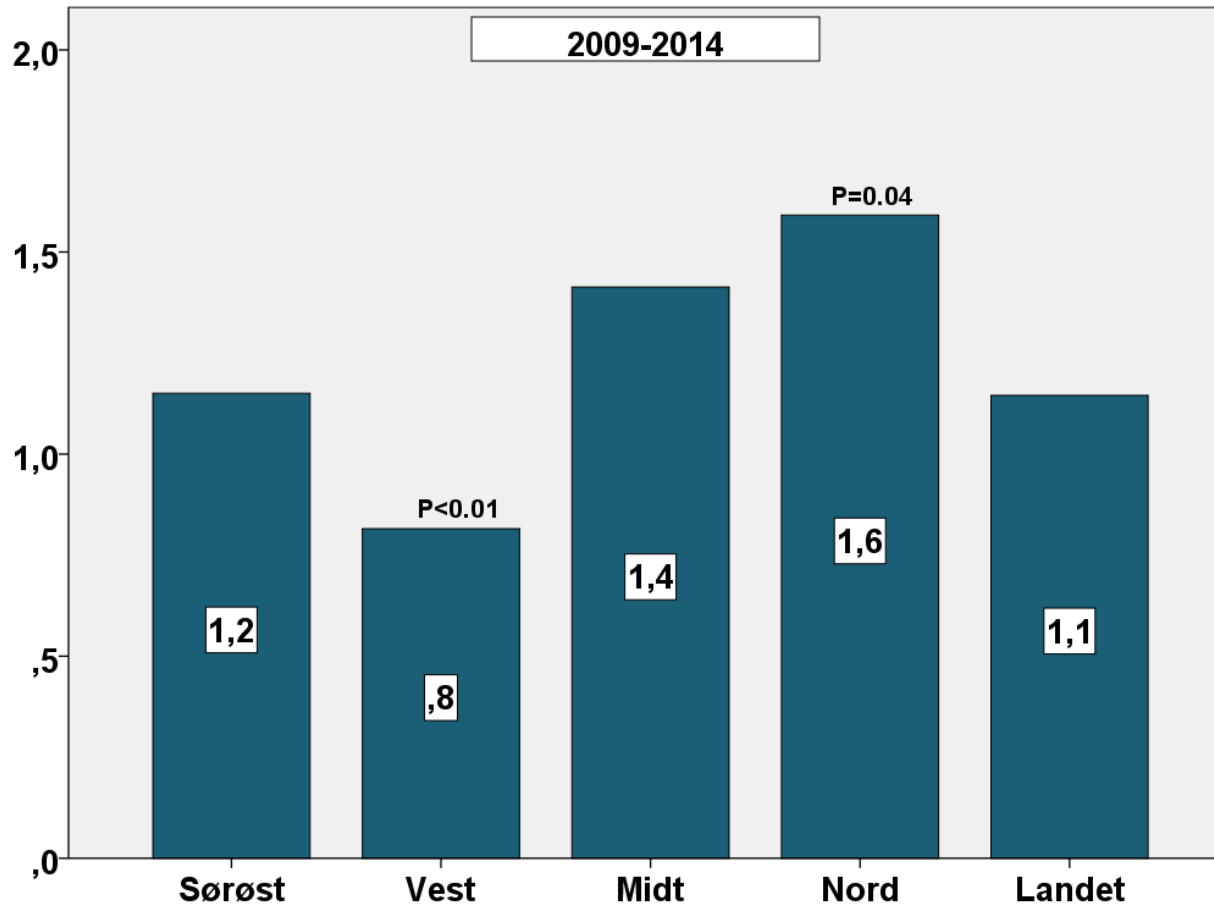
A. Gestasjonsalder (GA) \geq 36 uker og minst en av følgende:

- 10 min Apgar score \leq 5
- Behov for overtrykksventilasjon ved 10 min
- pH $<$ 7,00
- BE \leq -16

B. Nedsatt bevissthetstilstand og minst en av følgende:

- Muskelhypotoni
- Unormale reflekser
- Kramper

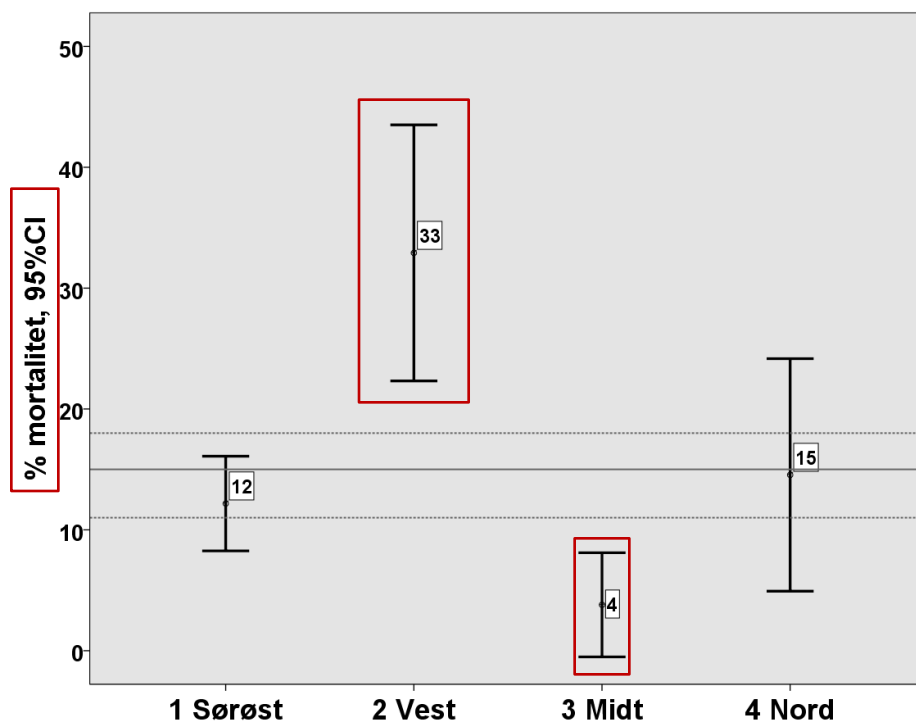
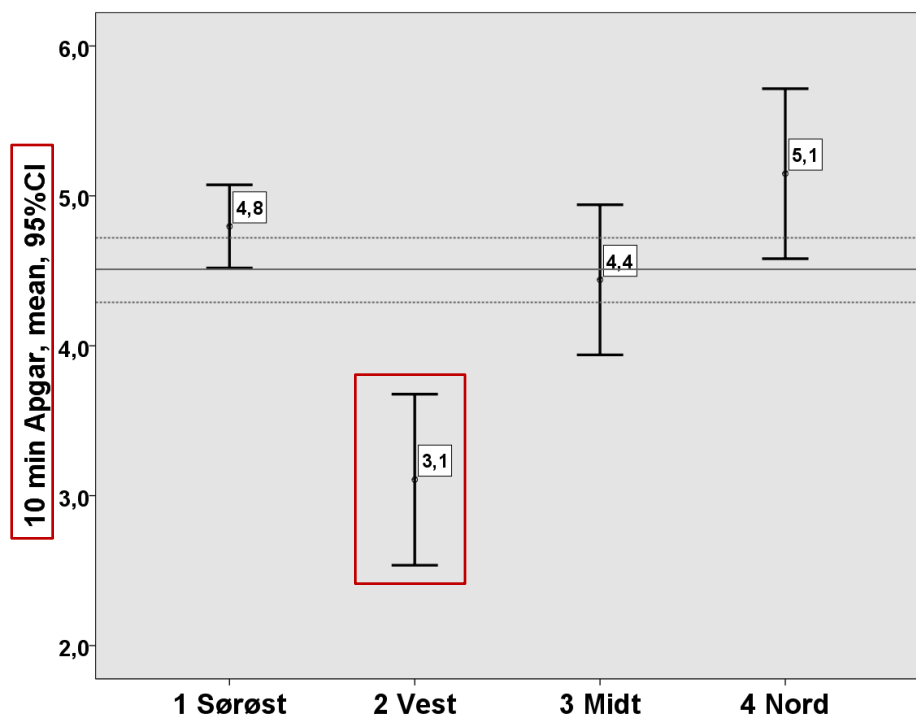
Hypotermibehandling pr 1000 fødte barn



Insidens oppgitt i
internasjonal litteratur:
2-4 / 1000 fødte

Hypotermibehandling

Apgar score og dødelighet



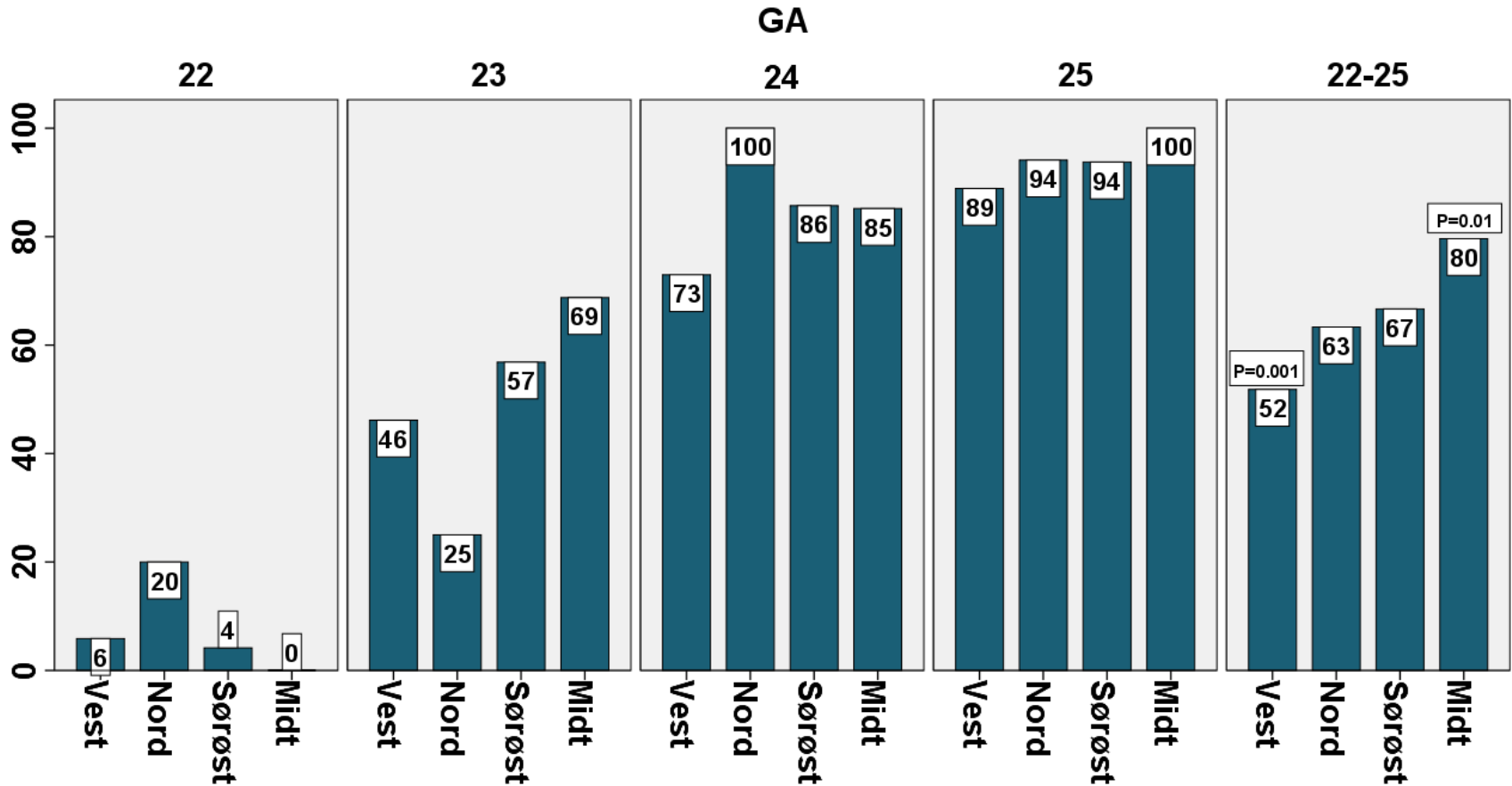
Håndtering av ekstremt premature barn med GA 22-25 uker – stadig et kontroversielt tema

- Sammenligning av retningslinjer fra 23 land:
 - Uke 22 avståelse fra aktiv behandling
 - Uke 23 og 24 stort sprik
 - Uke 25 aktiv behandling

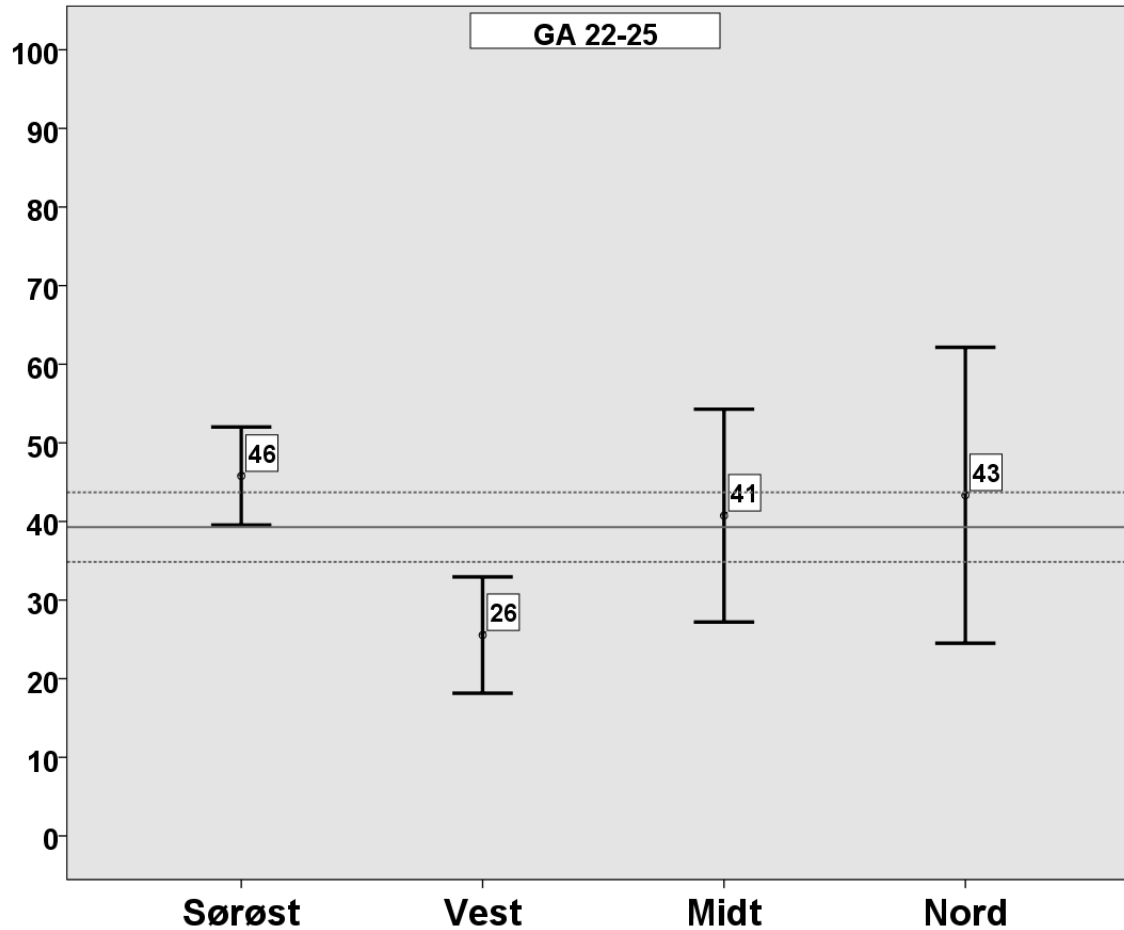


PEDIATRICS Volume 136, number 2, August 2015

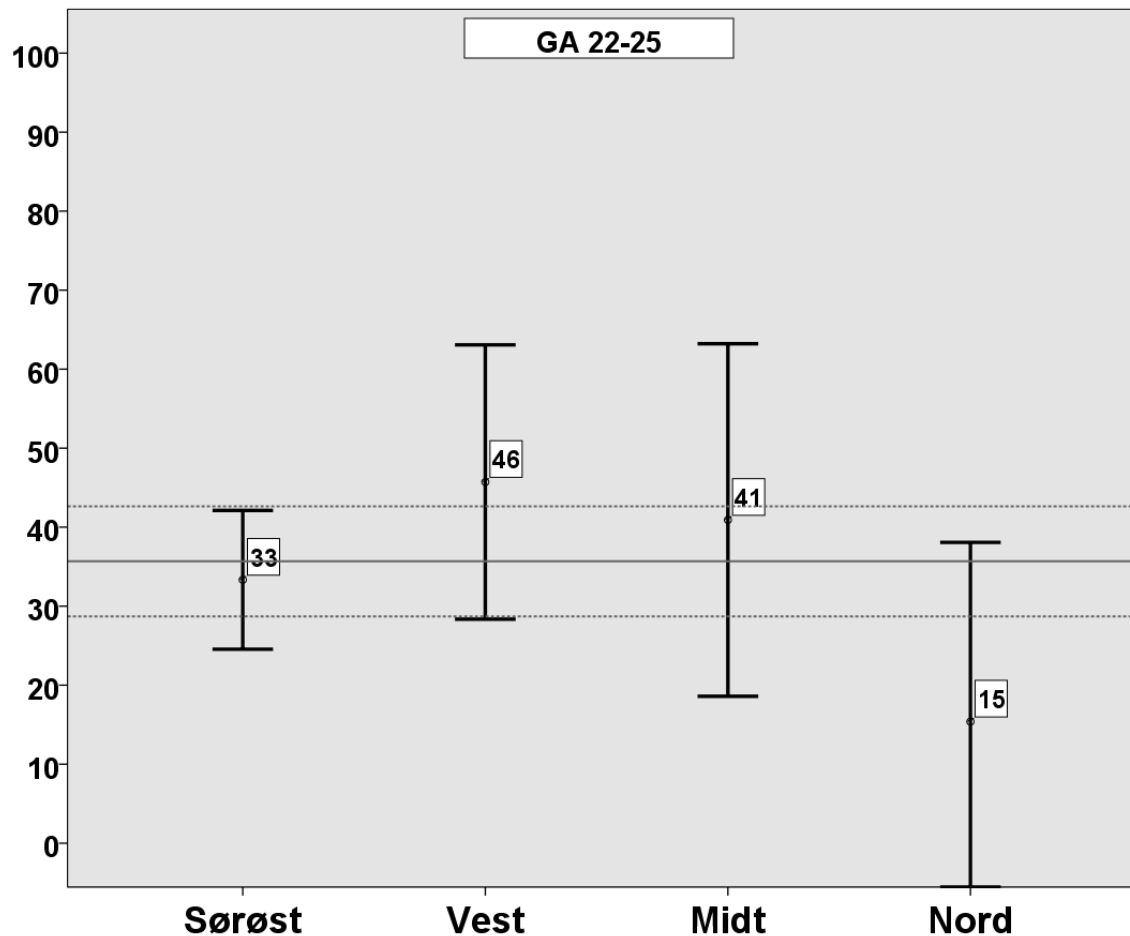
Prosent innlagt nyfødtavdeling



Prosent overlevelse



Prosent alvorlig sykkelighet blant barn utskrevet til hjemmet i live



Konklusjon

- NNK og MFR **kan ikke** fortelle hva som «korrekt»
- Registrene **kan:**
 - Identifisere behandlingsforskjeller
 - Identifisere tidstrender
- Tallene kan resultere i:
 - diskusjon rundt praksis i fagmiljøene
 - forskning
 - endring av praksis



Kvalitetsforbedring