

Tiltak for å oppdage og forebygge skadelige konsekvenser av postpartum urinretensjon

*Et kvalitetsforbedringsprosjekt på Bærum
sykehus*

Hans Jørgen Haug, Gry Nordeide Grønli, Victoria Lykke
Syse, Kathrine Kalager, Bendik Seth Fiskå, Tien Thuy Le,
Therese Omland

Veileder: Anne Karin Lindahl, Avdelingsdirektør i Avdeling
for kvalitet og pasientsikkerhet



KLoK-oppgave
Gruppe 4

UNIVERSITETET I OSLO

03.12.2015

Tiltak for å oppdage og forebygge skadelige konsekvenser av postpartum urinretensjon på Bærum sykehus

© Forfatter

År: 2015

Tittel: Tiltak for å oppdage og forebygge skadelige konsekvenser av postpartum urinretensjon

Forfattere: Hans Jørgen Haug, Gry Nordeide Grønli, Victoria Lykke Syse, Kathrine Kalager,
Bendik Seth Fiskå, Tien Thuy Le, Therese Omland

<http://www.duo.uio.no/>

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo

Sammendrag

Kvinner som nettopp har født er en spesielt utsatt gruppe for å utvikle urinretensjon (1).

“Veileder i fødselshjelp 2014” angir en insidens av postpartum urinretensjon på 0,45-14,1 %, og helsedirektoratets “Nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen” oppgir en insidens på rundt 4 % (2).

Postpartum urinretensjon defineres som “manglende evne til å late vannet spontant innen seks timer etter vaginal fødsel eller innen seks timer etter fjerning av kateter ved keisersnitt” (3).

Urinretensjon med volum over 400-600 ml kan gi vedvarende problemer med blæretømming på grunn av nedsatt kontraktilitet av detrusormuskelen. (4-6). I tillegg vil uoppdaget urinretensjon være en risikofaktor for residiverende urinveisinfeksjoner (7).

For å forbedre dagens praksis, med mål om å oppdage postpartum urinretensjon tidligere og hos flere, ønsker vi å iverksette en rekke tiltak. Tiltakene omfatter økt informasjon til både pasienter, pårørende og ansatte, omlegging av struktur og økt standardisering av prosedyrer, samt vurdere om dagens tilgang på utstyr er tilstrekkelig.

For å vurdere effekten av tiltakene har vi valgt fire indikatorer. Som prosessindikatorer vil vi undersøke antall kvinner som får kartlagt vannlatingen, undersøke antall sjekklister i Partus som blir fylt ut og undersøke antall blærescanundersøkelser som gjøres. Som resultatindikator vil vi se på antallet kvinner som oppdages med urinretensjon >400 ml innen 3 timer.

Dette prosjektet ønsker vi at skal være gjennomført innen utgangen av september 2016, hvorav tre måneder i forkant vil gå med til å skaffe baseline-målinger, og seks måneder vil brukes til å gjennomføre prosjektet. Underveis må prosjektgruppen evaluere framgangen, og ved prosjektets slutt må det evalueres om målene er nådd, og om nye tiltak må iverksettes.

Innholdsfortegnelse

1	Bakgrunn for oppgaven	1
2	Kunnskapsgrunnlag	3
2.1	Søkestrategi	3
2.2	Forekomst og symptomer	3
2.3	Patogenese og risikofaktorer	4
2.4	Skadelige konsekvenser	5
2.5	Diagnostikk	5
2.6	Nasjonale retningslinjer	6
2.6.1	NGFs anbefalinger - «Veileder i fødselshjelp 2014»	6
2.6.2	Helsedirektoratets anbefalinger	8
2.6.3	Kunnskapsgrunnlaget for retningslinjene	8
2.6.4	Mangel i anbefalingene?	9
3	Dagens praksis	10
3.1	På fødeavdelingen	10
3.2	Overføring til barselavdelingen	10
3.3	På barselavdelingen	11
3.4	Rutiner ved skade	12
3.5	Flytskjema	13
3.6	Bærums retningslinjer sammenlignet med norske retningslinjer	14
4	Tiltak	15
4.1	Informasjon til fødekvinnene og deres pårørende	15
4.2	Plakater	16
4.3	Partus-mal for barsel der urinretensjons-screening er en del av malen	17
4.4	Økt bruk av blærescanner	18
4.5	Rutiner i forbindelse med kateterfjerning og oppfølging av pasienter etter riftreparasjon.	20
5	Indikatorer	22
6	Prosess, ledelse og organisering	24
6.1	Forberede	25
6.2	Planlegge	25
6.2.1	Mål	25
6.3	Utføre	26

6.4	Evaluere	27
6.5	Følge opp	27
7	Konklusjon og diskusjon	28
	Litteraturliste	29

Figur 1: Mulige årsaker til at postpartum urinretensjon ikke oppdages.....	2
Figur 2. Flytskjema fra Norsk Gynekologisk Forening - «Veileder i fødselshjelp 2014» Gjengitt med tillatelse fra Norsk Gynekologisk Forening. (5).....	7
Figur 3. Flytskjema som illustrerer prosedyrene for å oppdage og følge opp postpartum urinretensjon på Bærum Sykehus.....	13
Figur 4. PDSA-hjulet. Arbeidsmetode for kvalitetsforbedringsprosjekter utarbeidet av Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. (19)	24
Figur 5. Modell for vedvarende forbedring, utarbeidet fra National Health Service., og hentet fra Nasjonalt Kunnskapssenter for helsetjenesten. (20)	27

1 Bakgrunn for oppgaven

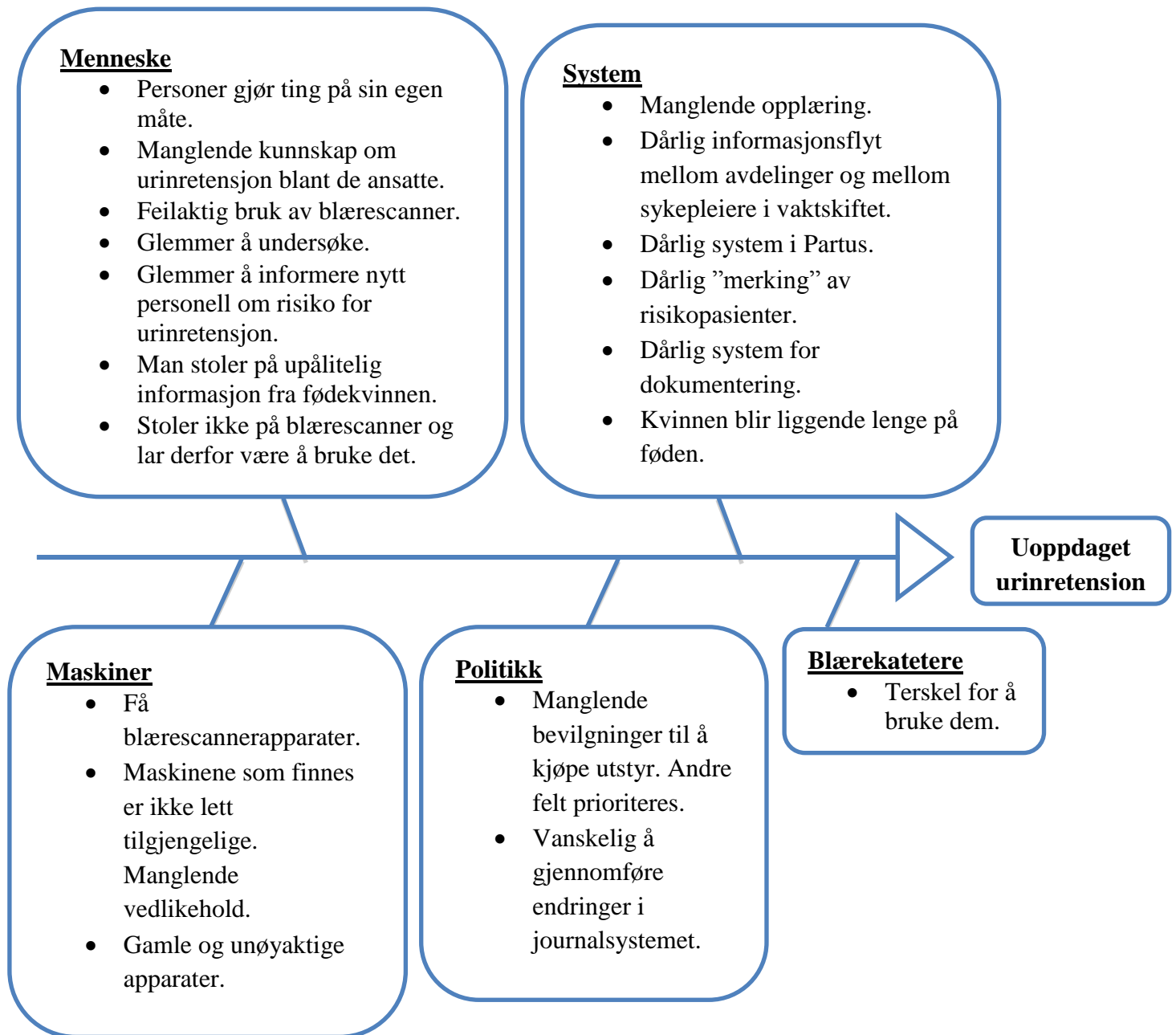
Akutt urinretensjon, dvs. manglende evne til å late vannet, er en tilstand som i den normale befolkningen hyppigere vil ramme menn (8). I den kvinnelige befolkningen er likevel postpartum kvinner en spesielt utsatt gruppe for å utvikle tilstanden(1). “Veileder i fødselshjelp 2014” angir en insidens på 0,45-14,1 % og helsedirektoratets “Nasjonalt faglig retningslinje for barselomsorgen” oppgir en insidens på rundt 4 % (2).

Postpartum urinretensjon defineres som “manglende evne til å late vannet spontant innen seks timer etter vaginal fødsel eller innen seks timer etter fjerning av kateter ved keisersnitt” (3). Urinretensjon med volum over 400-600 ml kan gi blæreskader i form av nedsatt kontraktilitet av detrusormuskelen og vedvarende problemer med å tømme blæren som en følge av dette (4-6). I tillegg vil uoppdaget urinretensjon være en risikofaktor for residiverende urinveisinfeksjoner (7).

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten har fått inn et betydelig antall avviksmeldinger om postpartum urinretensjon. Dette understreker at postpartum urinretensjon er et viktig tema, og det er grunnen til at vi valgte dette som problemstilling for oppgaven. Vi har valgt føde-/barselavdelingen ved Bærum sykehus som vårt mikrosystem. Sykehusets retningslinjer (9-11) samsvarer i det store og hele med de nasjonale, særlig “Veileder i fødselshjelp 2014” fra Norsk gynekologisk forening (5). Likevel hender det at urinretensjon hos fødekvinnene ikke oppdages. Fra Fødeavdelingens side har utfordringer knyttet til data-/journalssystemer og menneskelig svikt blitt trukket frem som mulige medvirkende årsaker til at urinretensjon av og til forekommer, på tross av retningslinjene. De var derfor svært interessert i å bli med på dette kvalitetsforbedringsprosjektet.

Fordi fødende kvinner er en populasjon som generelt er unge og friske fra før, er det viktig å forhindre at de pådrar seg unødvendige komplikasjoner, som vil kunne affisere deres livskvalitet i lang tid. Gjennom vårt prosjekt ønsker vi å forebygge langvarig postpartum urinretensjon ved å skape mer oppmerksomhet rundt emnet og å øke bruken av blærescan på avdelingen.

I figuren under har vi listet opp en rekke årsaker som vi tenker oss kan føre til at urinretensjon ikke blir oppdaget.



Figur 1: Mulige årsaker til at postpartum urinretensjon ikke oppdages.

2 Kunnskapsgrunnlag

2.1 Søkestrategi

Vi gjorde et pyramidesøk i McMaster Plus på ”postpartum urinary retention” i første omgang. Vi brukte følgende PICO-spørsmål:

- P- Kvinner postpartum.
- I- Intervensjon med blærescan.
- C- Ikke bruk av blærescan.
- O- Oppdage urinretensjon.

Deretter gjorde vi nye søk i McMaster Plus og i tillegg pubmed-søk med ulike kombinasjoner av søkeordene ”postpartum urinary retention”, ”bladder scanning”, ”ultrasound” og ”residual volume”. Artikler vi fikk treff på ble gjennomgått og vurdert ut ifra tittel med tanke på relevans for oppgaven. Vi tok hovedsakelig utgangspunkt i retningslinjer fra UpToDate og deres kildehenvisninger da disse er øverst i kunnskapspyramiden og dermed har best evidens. Vi benyttet oss også av systematiske oversikter og enkeltstudier som havnet utenfor kunnskapspyramiden, der vi måtte gjøre våre egne kritiske vurderinger. Læringsnotat fra meldeordningen til Kunnskapssenteret, nasjonale retningslinjer for barselomsorg og veileder i fødselshjelp var også viktige deler av kunnskapsgrunnlaget.

2.2 Forekomst og symptomer

Akutt urinretensjon er definert som plutselig oppstått manglende evne til å late vannet (8). I den generelle befolkningen er tilstanden sjelden hos kvinner, og det er oftest menn som utvikler tilstanden, sekundært til benign prostatahyperplasi (8). Svekket sensorisk eller motorisk innervasjon av urinblæren, og en skadet og dårlig kontraherende detrusormuskulatur er også årsaker til urinretensjon (8). Blant kvinner postpartum er urinretensjon et vanligere problem enn blant kvinner i den øvrige befolkningen, men eksakt insidens er usikker (1). Estimeringer av insidens varierer fra 0,05 % til 37,0 %, og avhenger av hvordan studier har definert postpartum urinretensjon samt om de har inkludert kvinner med vaginale fødsler, kvinner med forløsning via keisersnitt eller alle kvinner postpartum (1). ”Veileder i fødselshjelp 2011” angir en insidens på 0,45-14,1 %, vanligvis i nedre område (5), mens i

følge helsedirektoratets ”Nasjonale faglige retningslinje for barselomsorgen” utvikler om lag 4 % av kvinner urinretensjon etter fødsel (2). Definisjonen av postpartum urinretensjon er ”manglende evne til å late vannet spontant innen seks timer etter vaginal fødsel eller innen seks timer etter fjerning av kateter etter keisersnitt” (3). I internasjonal litteratur rommer begrepet urinretensjon både totalt manglende vannlating og de som har vannlating med dannelse av en unormal mengde resturin. ”Overt postpartum urinary retention” er urinretensjon med manglende evne til vannlating, mens ”covert postpartum urinary retention” defineres som en resturin på 150 ml eller mer etter spontan vannlating, verifisert ved ultralyd eller kateterisering (3). Symptomer på resturin kan være små urinvolum, pollakisuri, svak eller intermitterende urinstråle, sterk trang (urge), urininkontinens, smerter eller ubehag i urinblæren, følelse av ufullstendig tømning eller ingen følelse av vannlatingstrang. Resturin kan også være asymptomatisk (1).

2.3 Patogenese og risikofaktorer

Årsaken til at kvinner postpartum er ekstra utsatt for å utvikle urinretensjon, involverer neurologiske, mekaniske og fysiologiske prosesser (1). Anestesi og skade av nervus pudendus og andre nerver i bekkenet svekker sensorisk stimuli fra blæren og interferer med normal vannlatingrefleks. Mekanisk obstruksjon av urinpassasje kan føre til urinretensjon. Dette kan skyldes skader på urinblæren eller urethra som følge av ødem eller hematomer. Obstruksjonen kan også være funksjonell som følge av smerter. De fysiologiske forandringene som kan bidra til urinretensjon, innebærer høyt nivå av progesteron. Progesteron reduserer tonus i glatt muskulatur og medfører dilatert urinblære, ureter og nyrebekken i noen få uker etter fødsel (1). Samtidig vil en hurtig endring i intravesikalt trykk, fra økt trykk under graviditeten til normalisering postpartum, resultere i en hypoton urinblære i tidlig puerperium (1). Risikofaktorer for postpartum urinretensjon er epidural-/spinal-/pudendalanalgesi, operativ forløsning, langvarig fødsel, episiotomi, ødem, hematom, rifter – spesielt fortilrifter, nullipara, fødselsvekt > 3,8 kg og store mengder intravenøs væske under eller etter fødsel (1, 5, 12).

2.4 Skadelige konsekvenser

Urinretensjon er ofte en selvbegrensende tilstand der spontan remisjon i løpet av en uke forventes i de fleste tilfeller (12). Overdistensjon av blæren, som vil si volum over 400-600 ml eller volum på mer enn 120% av urinblærens kapasitet, kan medføre blæreskade med nedsatt kontraktilitet av detrusormuskulaturen, og følgelig vedvarende problemer med å tømme blæren (4-6). Uoppdaget urinretensjon kan også føre til residiverende urinveisinfeksjoner og skader av øvre urinveier i tillegg til permanente vannlatingsvansker (7). Tidlig diagnostikk og behandling er nødvendig for å forhindre irreversibel blæreskade (7).

2.5 Diagnostikk

De vanligste kliniske metodene for å estimere residualvolum i urinblæren er palpasjon, kateterisering og ultralyd (13). Et blærevolum på mindre enn 300 ml vil som regel ikke detekteres av palpasjon alene, og palpasjon er dermed en for dårlig metode til å kunne diagnostisere postpartum urinretensjon (13). Kateterisering kan enkelt bestemme residualvolum, men risikoen for urinveisinfeksjon er til stede (13). Ultralyd er en nøyaktig metode for å estimere residualvolum, også for kvinner postpartum, og kan brukes til å bestemme om kateterisering er nødvendig (13). Portabel 3D ultralyd blærescanner har i flere studier vist seg å oppdage et resturinvolum som signifikant korrelerer med det resturinvolumet som måles ved kateterisering (14, 15). Gjennomsnittlig forskjell i volum oppdaget ved de to metodene varierer i litteraturen mellom 13 ml og 26 ml (14-16). Sensitiviteten og spesifisiteten til en håndholdt automatisk 3D ultralyd blærescanner, i forhold til å oppdage et blærevolum på 400 ml eller mer, er henholdsvis 0,76 og 0,96 (16). Utrengnet fra dette vil positiv prediktiv verdi være 0,44 og negativ prediktiv verdi 0,99. Altså 1 av 100 kvinner med negativ blærescan vil likevel ha et blærevolum på over 400 ml. Konklusjonen er at blærescannere, både håndholdte og større portable apparater, er pålitelige metoder for å utelukke postpartum urinretensjon (14-16).

2.6 Nasjonale retningslinjer

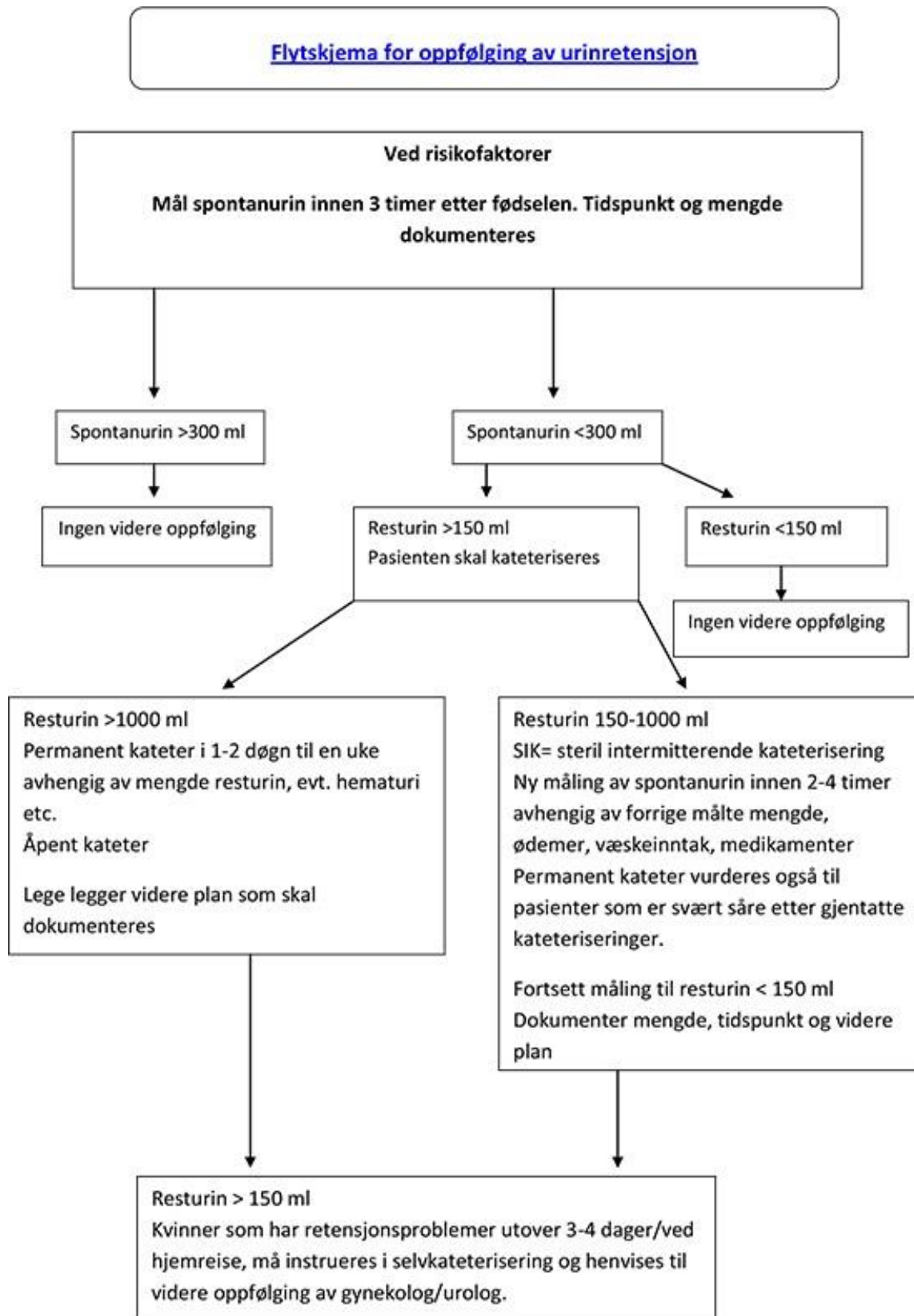
Det er utarbeidet to nasjonale retningslinjer som omhandler urinretensjon postpartum. Disse er forfattet av Norsk gynekologisk forening (heretter NGF) og Helsedirektoratet. Begge retningslinjene ble skrevet i 2014. Vi er ikke kjent med at det har kommet nye nasjonale eller internasjonale anbefalinger etter den tid. UpToDate sine anbefalinger på emnet er sist oppdatert i desember 2015, og inneholder ingen nye eller endrede forslag til diagnostisering eller behandling av postpartum urinretensjon. (12)

2.6.1 NGFs anbefalinger - «Veileder i fødselshjelp 2014»

Kvinnen bør late vannet innen tre timer etter fødsel, og dette bør dokumenteres. Ved resturin mellom 150-1000 ml anbefales engangskateterisering hver 2.-4. time. Dette bør gjøres fram til spontan vannlating med resturin under 150 ml er kommet i gang. Dersom resturin er over 1000 ml anbefales det å bruke et permanent kateter i 2-7 dager. Tidspunkt for vannlating og evt. resturinmengde skal noteres, og denne bør måles med blærescan eller engangskateter. Dersom kvinnen har risikofaktorer for å utvikle urinretensjon, skal spontanurin måles innen 3 timer etter fødsel (5).

Dersom vannlatingsproblemene vedvarer anbefales det at det lages en individuell plan for å sikre blæretømming. I verste fall instrueres kvinnen til selvkateterisering hjemme med oppfølging på poliklinikk. Dersom kvinnen har vært kateterisert mer enn én gang, eller har symptomer på UVI, skal urinen sendes til dyrkning.

Det er laget et flytskjema for oppfølging av urinretensjon - dette sees under (5). Det poengteres at «flytskjemaet er veiledende», og at det må gjøres en helhetsvurdering av kvinnen ut fra væskeinntak og symptomer. Ved tvil anbefales bruk av blærescanner.



Figur 2. Flytskjema fra Norsk Gynekologisk Forenings - «Veileder i fødselshjelp 2014» Gjengitt med tillatelse fra Norsk Gynekologisk Forening. (5)

2.6.2 Helsedirektoratets anbefalinger

Helsedirektoratets anbefalinger er mindre detaljerte enn anbefalingene til NGF. Ved manglende spontan vannlating etter fødsel, anbefales det å undersøke kvinnen for urinmengde i blæren ved palpasjon og perkusjon, ultralyd/blærescanner eller kateterisering. Ved resturin over 500 ml anbefales kateterisering hver 2.-4. time, eller så hyppig at resturinen ikke overskrider 400-500 ml. Det er viktig å notere tidspunkt for vannlating og en eventuell resturinmengde. Når resturinmengden er under 100 ml, kan man avslutte den jevnlig kateteriseringen. Det kommer ikke tydelig fram hva som bør gjøres ved resturin 100-400 ml.
(2)

2.6.3 Kunnskapsgrunnlaget for retningslinjene

Anbefalingene fra Helsedirektoratet er i all hovedsak basert på klinisk erfaring og praksis. Den eneste litteraturen benyttet som kilde er NGFs retningslinjer. Likevel anbefaler Helsedirektoratet sterkt at retningslinjen følges.

NGF har, i tillegg til å bruke klinisk erfaring, basert retningslinjene på annen faglitteratur. I «Veileder i fødselshjelp 2014» angis nivå for dokumentasjon fra I-IV. Samtlige av anbefalingene i kapittelet om postpartum urinretensjon er bare på nivå III-IV, hvilket betyr at kunnskapsgrunnlaget for anbefalingene er noe svakt. Bakgrunns litteraturen for veilederen (6 artikler) er funnet ved hjelp av pyramidesøk i McMaster PLUS.

NGFs forslag til diagnostisering samsvarer i all hovedsak med oppgitt bakgrunns litteratur. Imidlertid sees av flytskjemaet at veilederen også anbefaler mengdemåling av spontanurin. Denne anbefalingen gjenfinnes ikke i noen de seks artiklene, og det er derfor uklart hvorfor NGF har implementert dette i flytskjemaet.

2.6.4 Mangel i anbefalingene?

I noe av bakgrunns litteraturen for NGFs anbefalinger beskrives enkle og grunnleggende tiltak for å forebygge urinretensjon, som ikke er foreslått av verken Helsedirektoratet eller NGF. Disse tiltakene er blant annet analgetika, varmt bad og å følge kvinnen til toalettet (1, 13). Det er beskrevet tilfeller hvor opptil 50 % av kvinnene med diagnosen postpartum urinretensjon klarte å late vannet etter bruk av disse enkle grepene. Væskeliste/drikkeliste er også et enkelt tiltak som foreslås, og som ikke direkte er beskrevet i de norske anbefalingene. (1)

3 Dagens praksis

Bærum sykehus har ca. 1600 fødsler i året. Vanligvis overføres kvinnene fra føde- til barselavdeling ca. to timer etter fødsel. Vanlig liggetid på barselavdelingen er to-fire dager. Avdeling for gynekologi og fødselshjelp ved Bærum sykehus har flere prosedyrer for å unngå uheldige hendelser knyttet til urinretensjon hos fødende kvinner. I eHåndboka til Bærum sykehus er det blant annet et eget kapittel om ”Urinretensjon, behandling etter fødsel”, som har som hensikt å ”Hindre at kvinner blir liggende med overfylt blære under fødsel eller med større resturinvolument etter fødsel og at de får skade av dette”(11). Det er egne punkter både for føde og barsel for hvordan dette spesifikt skal følges opp på henholdsvis føde- og barselavdeling. Kvalitetsparameteret oppført som mål er at: ”Fødekvinne ikke blir liggende med overfylt blære, dvs. > 500 ml”.

3.1 På fødeavdelingen

På fødeavdelingen er rutinene at blæren bør være tømt før utdrivningstiden, spesielt ved operativ forløsning (dvs. med tang eller vakuum). Etter fødselen skal jordmor kontrollere at kvinnen har latt vannet og at blæren er tømt. I eHåndboka står det at dette «gjøres ved å palpere, perkutere, kateterisere eller anslå resturinmengde med hjelp av ultralydundersøkelse/bladderscan (finnes på gynekologisk post)(11).» Assisterende avdelingsjordmor kan fortelle at i praksis er det sjelden at det gjøres på denne måten. Man tilser alltid at kvinnen er på toalettet i løpet av de første to timene, men hvis kvinnen angir at hun følte hun fikk tømt seg helt, og jordmoren typisk har hørt at vannet lates, vil man stort sett si seg fornøyd med det på dette stadiet.

3.2 Overføring til barselavdelingen

Når fødekvinne overføres til barsel, ringer jordmor på fødeavdelingen ned til barselavdelingen, og avgir en muntlig rapport per telefon, med utgangspunkt i en journalmal som er tilgjengelig i eHåndboka(9). Denne informasjonen dokumenteres i fritekst i Partus, samt i et kortere DIPS-notat, som kun skal inneholde viktige punkter som har betydning for kvinnens opphold på barselavdelingen. I avsnittet ”2 timer postpartum,” i eHåndboka er det et eget punkt om urin, hvor det skal anføres om kvinnen har hatt spontan vannlating eller ikke.

Et tilsvarende punkt finnes på skjemaet for de som kommer til barsel fra post-operativ etter et keisersnitt, eller at man har sydd rifter eller liknende.

Det har lenge vært snakk om at dette skjemaet skal erstattes av en sjekklister i det kliniske programmet Partus, som er det som brukes mest på Fødeavdelingen. Dette er en ønsket endring blant jordmødrene, men det har vist seg vanskelig å få laget slike sjekklister i tillegg til de som allerede finnes der. Den allerede eksisterende listen oppfattes ikke som god nok til dagens bruk, og derfor har de valgt å heller dokumentere slik som det er beskrevet ovenfor.

3.3 På barselavdelingen

På barselavdelingen sier eHåndboka at dersom ”man mistenker at kvinnen ikke får tømt blæren, må dette undersøkes ved å kateterisere henne eller med ultralyd”(11). Denne mistanken vil oftest bygge på at kvinnen selv angir at det kommer små mengder urin. Dette er noe som jordmødrene også rutinemessig spør om. Dersom man bestemmer seg for å undersøke resturinmengde, har eHåndboka følgende punkter(11):

1. Hvis resturinmengden er <100 ml, er det ikke noe problem.
2. Dersom resturinmengden er mellom 100 og 500 ml, kommer oftest vannlatingen i gang spontant. Man bør likevel kontrollere at kvinnen får tømt seg ved å palpere blæren, ved å tappe blæren på nytt etter at hun har latt vannet spontant eller evt. gjøre en ultralydundersøkelse.
3. Dersom resturinmengden er >500 ml, må hun kateteriseres regelmessig, dvs. hver 2.-4. time alt etter om hun har fått mye væske i løpet av fødselen, har hatt epiduralanalgesi eller drikker mye eller lite selv. Hun må tappes så ofte at resturinmengden ikke overstiger 500 ml. Plan for hvor ofte man skal tappe blæren skrives i pasientrapporten, og restmengdene føres på kurven.
4. Kateteriseringen kan opphøre når resturin har vært < 100 ml ved 2 tilfeller.
5. Dersom pasienten må fortsette med kateterisering etter hjemreise, instrueres hun i selvkateterisering. Sykepleierne på Gyn.pol. kan evt. lære pasienten teknikken. Hun bør føre liste over når hun tapper seg og hvor store restmengdene er. Kontrolltime på gynekologisk poliklinikk etter hjemreise, avtales.
6. Bakteriologisk dyrkningsprøve tas før hjemreise dersom kvinnen har vært tappet mer enn 1 gang etter fødselen eller hvis hun har symptom på urinveisinfeksjon”.

I vår korrespondanse med assisterende avdelingsjordmor, har hun fortalt at disse rutineene, så vidt hun kan bedømme, også følges i praksis. Men hun presiserer at man hos kvinner som har blitt kateterisert for over 500ml, og som i henhold til metodebok kateteriseres jevnlig, forsøker å få til spontan vannlating før kateterisering. Hun forteller også at for alle pasienter der man har funnet resturin og funnet det nødvendig å engangskateterisere, føres det en kateteriseringskurve med tidspunkt og volum på papirkurven der medikamenter, blodtrykk og andre målinger føres opp. Dette oppleves per i dag at fungerer godt.

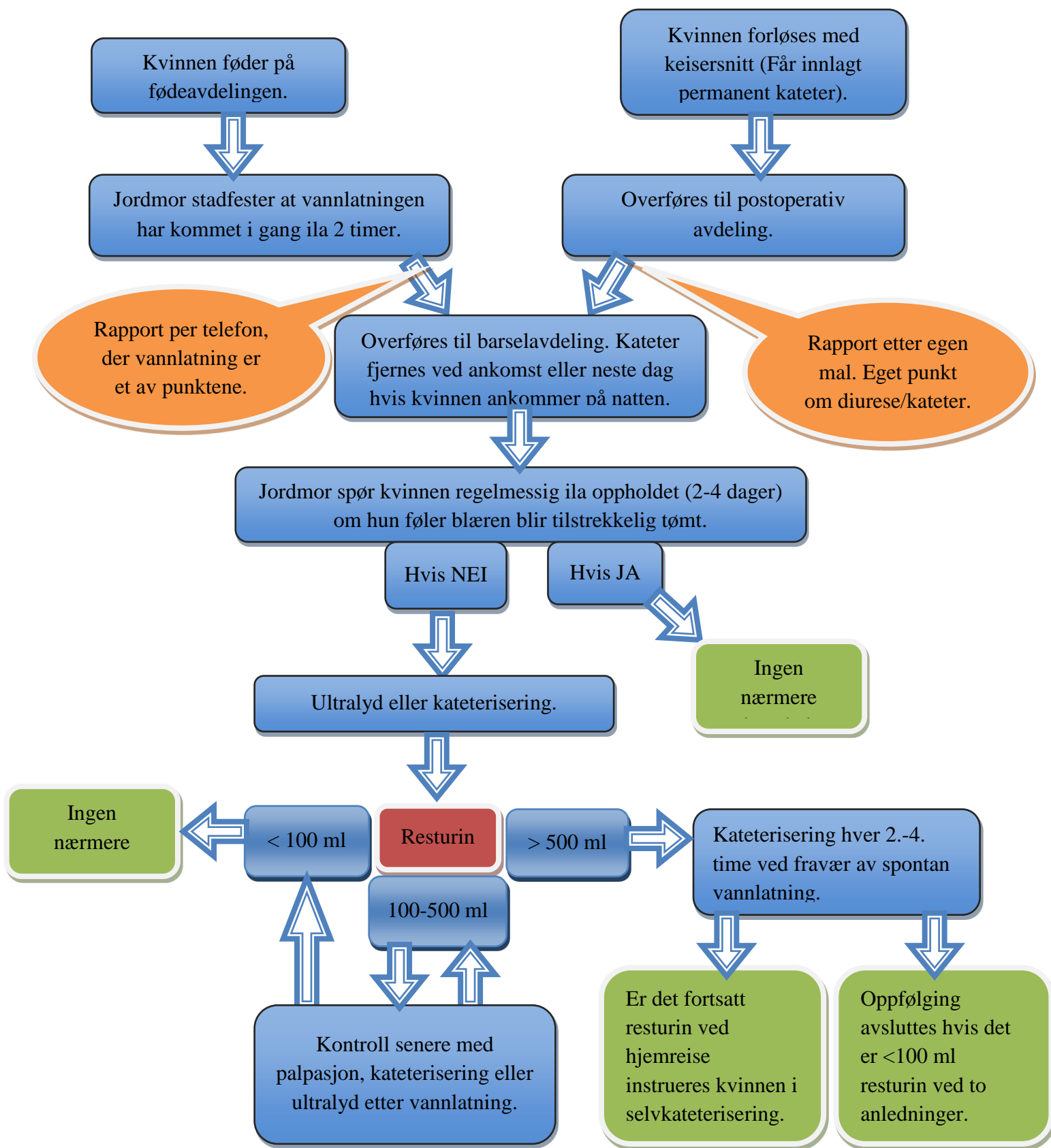
I eHåndboka finnes det et kapittel om ”Rutiner ved mottak av pasient på barsel”(9), der det står at man skal være ”(...) spesielt oppmerksom på vannlatingen. Kvinnen skal ha tisset spontant innen 3 timer etter fødsel. Hvis ikke, må dette følges opp nøye. Hvis en mistenker at kvinnen ikke får tømt blæren, må dette undersøkes med blærescanner og/eller kateterisere henne med engangskateter”. Det står også oppført at man skal være spesielt oppmerksom på kvinner som har følgende risikofaktorer: syntocinondrypp under fødsel, epidural/spinalanalgesi, pudendalbedøvelse, operativ forløsning, langvarig fødsel, episiotomi, rifter, fått store mengder intravenøs væske. Man skal også gi informasjon til kvinnen om at det er viktig med hyppig blæretømming etter fødsel, og at hun skal ta kontakt med personalet dersom hun ikke får latt vannet. Assisterende avdelingsjordmor har et tydelig inntrykk av at denne informasjonen regelmessig blir gitt.

Det finnes én blærescanner på barselavdelingen, av merket BladderScan. Dette oppleves som tilstrekkelig ut fra dagens bruk. Det har dog vært noe usikkerhet rundt bruken av apparatet, da det tidligere har hatt en el avvikende målinger, og personalet har oppfattet undersøkelsen som noe upålitelig. Etter at batteriet ble skiftet, oppleves undersøkelsen nå som svært sikker.

3.4 Rutiner ved skade

Dersom det oppdages en urinretensjon > 1000 ml etter fødsel, skal dette meldes som en pasientskade i det interne systemet Synergi(10). Det vil da bli tatt hånd om av nærmeste leder til den som har meldt, som vil se på rutiner og lignende. Det er ikke rutine for å melde en slik urinretensjon, uten påvist varig blæreskade, til Statens helsetilsyn eller Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten etter §3.3 i Spesialisthelsetjenesteloven.

3.5 Flytskjema



Figur 3. Flytskjema som illustrerer prosedyrene for å oppdage og følge opp postpartum urinretensjon på Bærum Sykehus

3.6 Bærums retningslinjer sammenlignet med norske retningslinjer

Retningslinjene ved føde-/barselavdelingen ved Bærum sykehus er beskrevet annet sted i oppgaven. Så vidt vi kan se, er Helsedirektoratets anbefalinger eneste litteraturkilde til prosedyreanbefalingene ved sykehuset.

Sykehusets retningslinjer er i det store og hele samsvarende med de nasjonale retningslinjer, særlig «Veileder i fødselshjelp», som er den mest detaljerte. Den eneste åpenbare forskjellen er at NGF anbefaler kateterisering ved resturin > 150 ml, mens Bærum sykehus (i likhet med Helsedirektoratet) har satt grensen til > 500 ml. Sykehuset anbefaler dog kontroller dersom resturin er 100-500 ml. (9-11)

4 Tiltak

For å forbedre dagens praksis, med mål om å oppdage postpartum urinretensjon tidligere og hos flere, ønsker vi å iverksette en rekke tiltak. Tiltakene omfatter økt informasjon til både pasienter, pårørende og ansatte, omlegging av struktur og økt standardisering av prosedyrer, samt vurdering av om dagens tilgang på utstyr er tilstrekkelig.

4.1 Informasjon til fødekvinnene og deres pårørende

Fødende kvinner er i utgangspunktet en frisk pasientgruppe. Det er derfor spesielt viktig å unngå postpartum urinretensjon og komplikasjonene dette kan føre til i denne gruppen. Et tiltak vi ønsker å iverksette, er å gi informasjon til kvinnen selv og hennes pårørende om viktigheten av å oppdage en urinretensjon tidlig, og hvilke symptomer de bør være oppmerksomme på. Bærum sykehus tilbyr et fødselsforberedende kurs for kvinner med fødeplass på sykehuset. Det er også kvinner som går på slike kurs på helsestasjonen de hører til. Informasjon om urinretensjon og komplikasjonene dette kan føre med seg kan også bli gitt på slike forberedende kurs. Etter samtale med assisterende avdelingsjordmor Kari-Anne Lervåg, forteller hun at hennes oppfatning er at kvinner vil være lite mottakelige for slik informasjon på dette tidspunktet. Dette fordi kvinnene er mest opptatt av selve fødselssituasjonen, og kan oppleve slik informasjon som overveldende. Vi mener dette er et godt poeng, men dersom kvinnen får utdelt skriftlig informasjon om fødselssituasjonen og hva man kan forvente, mener vi at det også bør inkluderes et punkt om faren ved urinretensjon, samt hva man kan gjøre for å oppdage det. Ved en slik bevisstgjøring kan kvinnene blir mer observante over eget vannlatingsvolum allerede før fødselen, og slik ha lettere for å oppdage vannlatingsproblemer.

På Bærum sykehus blir den fødende kvinnen mottatt av jordmor når hun ankommer fødeavdelingen. Vi mener at idet kvinnen ankommer sykehuset og får informasjon om det som kommer til å skje videre, bør hun også bli informert om muligheten for å utvikle urinretensjon etter fødsel. Hvis vi gjør kvinnene selv oppmerksom på dette tror vi det kan være til hjelp for å oppdage urinretensjon tidligere. Ved informasjon til kvinnene vil de selv tenke mer over hvor mye urin som kommer når de later vannet, og hvis det er lite som kommer vil dette være noe som bør følges opp. Fødekvinnene har som oftest med seg en partner og denne informasjonen kan også gis til partneren slik at de også kan være

oppmerksomme på vannlatningen. Informasjonen om urinretensjon bør bli gitt både muntlig fra ansvarlig jordmor og skriftlig på et informasjonsskriv som deles ut til hver pasient når de ankommer sykehuset. Ifølge Lervåg er det stor variasjon i hvor mottakelige kvinnene er for informasjon i fødselssituasjonen. Dette avhenger blant annet av hvor langt ut i fødselen de er når de ankommer sykehuset. Informasjon om urinretensjon blir gitt etter fødselen, men det er ikke alltid at kvinnene heller da er mottakelige for denne informasjonen. De ansatte opplever at den beste måten å bevisstgjøre kvinnene på, er hyppig oppfølging og spørsmål om kvinnen har latt vannet. En slik praksis bør fortsette. Både vi og Lervåg tror at engasjerte partnere vil kunne bidra til ekstra sikkerhet og oppmerksomhet rundt vannlatingsfunksjonen. Dette er et godt argument for at informasjon om urinretensjon, både skriftlig og muntlig, bør gis til både kvinnen og hennes partner.

4.2 Plakater

Alle fødestuene på Bærum sykehus ligger i tilknytning til et eget bad. Vi tenkte at man kunne henge opp en enkel informasjonsplakat på badene. Når kvinnene er på toalettet under og etter fødselen blir hun dermed minnet på faren for utvikling av urinretensjon. Plakaten bør henges slik at den er lett synlig når kvinnen sitter på toalettet. Slike plakater kan man også henge opp på badene på barselavdelingen. Plakatene må være enkle og informative og skal være med på å fange opp mulig urinretensjon. Vi ser for oss at plakaten har en setning som: «Får du tømt blæren ordentlig? Hvis ikke, gi beskjed om dette til jordmor.» Det er en fordel å ha med en illustrasjon slik at informasjonen også blir forstått av de med dårlige norskkunnskaper.

Hvor stor effekten av en slik plakat vil være for å bevisstgjøre kvinnen på hvor store volum hun later, vil være avhengig av hvor mottakelig for informasjon hun er. Mange kvinner vil rett etter fødselen være i det Lervåg beskriver som en «barseltåke,» og kun konsentrere seg om det nyfødte barnet. Alle kvinner er forskjellige, og noen vil være mer mottakelige for slik informasjon enn andre. Vi mener at for disse kvinnene, vil en plakat kunne ha effekt, og dersom hun kan minnes på dette i det hun sitter på toalettet, vil det være lettere å tenke på hvor stort volum hun nettopp har latt.

4.3 Partus-mal for barsel der urinretensjons-screening er en del av malen

Kvinnene overføres fra fødeavdelingen til barselavdelingen ca. to timer etter fødsel. Før overføringen blir det gitt en muntlig rapport per telefon fra ansvarlig jordmor på fødeavdelingen til jordmor på barselavdelingen. Denne rapporten følger journalmal tilgjengelig i eHåndboka. På fødeavdelingen på Bærum Sykehus har de lenge ønsket å utarbeide en elektronisk sjekkliste i Partus i tillegg til en slik muntlig rapport. Vi ønsker at denne sjekklisten skal ha noen punkter hvor man kan krysse av for ja eller nei, som gjør det enklere å oppdage og forebygge urinretensjon. En slik sjekkliste vil også gi personalet en rask oversikt over mulige risikofaktorer slik at de ikke glemmes. Punktene vi foreslår er hentet både fra eHåndboka, samt litteratursøket som ble gjort i forbindelse med innhenting av kunnskapsgrunnlag for kvalitetsforbedringsprosjektet. Forslag til punkter i sjekklisten kan sees i tabellen under:

	Har kvinnen latt vannet spontant innen tre timer etter fødsel?
	Føler kvinnen at hun fikk tømt seg tilstrekkelig?
	Har kvinnen hatt noen risikofaktorer under fødsel som gir økt risiko for urinretensjon? <ul style="list-style-type: none">○ Væske i.v.○ Epidural-/spinalanalogesi○ Syntocinondrypp○ Pudendalbedøvelse○ Operativ forløsning○ Langvarig fødsel○ Episiotomi, rifter○ Ødem/hematom○ Nullipara○ Fødselsvekt over 3,8 kg
	Har kvinnen blitt blærescannet/kateterisert på fødeavdelingen?
	Må kvinnen blærescannes på barselavdelingen?

Tabell 1. Forslag til sjekkliste i Partus

Det har tidligere vært foreslått å bruke en av de eksisterende sjekklisterne i journalsystemet. Forslaget ble møtt med motstand blant de ansatte fordi de eksisterende sjekklisterne i Partus er alt for dårlige, og det har vist seg vanskelig å få laget egne. Vi mener at malen med punktene som er nevnt ovenfor vil være betydelig bedre og mer oversiktlig med tanke på å oppdage og sikre god oppfølging av kvinnene med økt risiko for urinretensjon. Ved å ha dette som en mal som må fylles ut for hver pasient, sikrer man også at det blir tatt stilling til hver enkelt pasients risiko, samt at jordmor på barselavdelingen bruker mindre tid på å lete seg frem til hvilke risikofaktorer kvinnen har hatt når hun senere skal skrive DIPS-journalnotat. Man slipper også papirarbeidet ved siden av som de nå har ved å bruke et skjema som finnes i eHåndboka. Denne malen kan også innarbeides i en større mal som omfatter andre viktige punkter, og gi et svært oversiktlig bilde av hver enkelt kvinnes risiko for flere tilstander enn bare urinretensjon. Å dokumentere på denne måten vil også være til sikkerhet for de ansatte, for dersom man for eksempel oppdager stor urinretensjon hos en pasient, vil det allerede være dokumentert at dette har blitt tatt stilling til. I et fritekstnotat er det større risiko for at man kan glemme å dokumentere alt man har spurt om og fått svar på. Disse argumentene mener vi er gode nok til at en slik endring bør gjennomføres. Assisterende avdelingsjordmor Lervåg forteller også at en slik grundig utarbeidet sjekklistemal vil være svært ønskelig blant de ansatte på avdelingen.

4.4 Økt bruk av blærescanner

Nasjonal veileder anbefaler at det skal måles hvor mye vannlating en kvinne har postpartum, med bekken i toalettet og oppføring av hvor stor volumet er. Ved reduserte volum skal det iverksettes tiltak for å sikre at kvinnen ikke har urinretensjon. Jf. tidligere avsnitt, gjøres denne målingen i praksis svært sjelden på Bærum sykehus. Hver enkelt jordmor har ansvar for å følge opp spontanurin hos alle sine pasienter. I forhold til tiltakene som er beskrevet i eHåndboka om overvåkning, mener vi at blærescanning er en rask, trygg og effektiv undersøkelse, som vil være mindre tungvint å utføre enn å måle spontanurin hos alle, samt i forhold til å perkutere og palpere blæren. Grundig perkusjon og palpasjon vil ta lengre tid, er mindre sensitivt og krever større kliniske ferdigheter. Vi foreslår at det innarbeides rutiner for å blærescanne alle kvinner som enten oppgir å ha latt mindre vann enn normalt, eller som ennå ikke har latt vannet 3 timer etter fødsel. Ideelt sett, bør dette gjøres når kvinnene ankommer barsel, eventuelt etter vannlating som oppgis som unormalt lite på fødeavdelingen,

i forbindelse med to-timers-stellet. Blærescanning vil også være nyttig for å vurdere om det vil være nødvendig med engangskateterisering, og dersom det er små volum, kan man spare kvinnen for mer kateterisering enn nødvendig. Alle kvinner med epidural eller andre risikofaktorer mener vi bør scannes uansett, med mindre de oppgir å ha latt store volum.

Dette tiltaket forutsetter at avdelingen har tilgang på nødvendig utstyr. Per i dag har avdelingen kun én blærescanner tilgjengelig på barselavdelingen. Det kan diskuteres om en blærescanner på føden også vil være nødvendig, i forbindelse med operative forløsninger og hos kvinner der det er nødvendig å vente lengre på fødestuen før overflytting. Vi tror terskelen for å benytte seg av hjelpemiddelet vil bli lavere hvis et blærescannerapparat alltid er lett tilgjengelig på fødeavdelingen. Pris på en blærescanner er omtrent 50 000 kr. I tillegg vil det være ekstrautgifter som for eksempel printerpapir, stativ, gel, osv. Blærescannerbruk vil også forutsette at personalet får tilstrekkelig opplæring, og i tillegg informasjon om nødvendigheten av undersøkelsen. Vi foreslår å ha internundervisning med opplæring av alle jordmødre på fødeavdelingen og barselavdelingen i bruk av blærescanner, samt informasjonsmøte og skriv til alle ansatte om hvilken skade urinretensjon kan gi, og nødvendigheten av å oppdage det i tide. Her kan man også gi informasjon om at blærescanning har en høy negativ prediktiv verdi, og således vil et negativt svar kunne hjelpe til med å utelukke at blæren er overdistendert. Ved verdier over terskelen, vil den relativt lave positive prediktive verdien gjøre det usikkert om det er en reell verdi, og det vil forekomme ganske mange falske positive.

I tillegg er kontroll av at utstyret fungerer som det skal viktig å gjøre med jevne mellomrom, og dette har også vært et problem på avdelingen, da man har opplevd at undersøkelsen var svært upålitelig. Dette bedret seg etter at det ble byttet batteri på apparatet.

4.5 Rutiner i forbindelse med kateterfjerning og oppfølging av pasienter etter riftreparasjon.

Hos keisersnittpasienter vil man alltid legge inn et kateter. Dette vil også hjelpe til å unngå eller oppdage blæreskader som kan oppstå i forbindelse med inngrepet. Ved samtale med Overlege Heide presiseres det at dette alltid gjøres. Hun forteller videre at kateteret skal fjernes så raskt som mulig når pasienten har ankommet barselavdelingen. Assisterende avdelingsjordmor Kari-Anne Lervåg forteller at dette gjøres som regel morgenen etter operasjonen. Dette gjør de fordi de ved fjerning av kateter vil være helt sikre på å ha tilstrekkelig bemanning til å følge opp vannlatingen, og at dette kan bli vanskelig å få til på nattestid. Den enkelte kvinne vurderes også i forhold til om det vil være fysisk mulig for henne å komme seg på toalettet etter fjerning av kateter. Etter fjerning av kateter, skal kvinnen ha latt vannet spontant innen 6 timer, og dette følges opp jevnlig. Det oppleves at denne praksisen fungerer godt. Vi mener at som ekstra sikkerhet for oppfølging av dette, kan man også føre vannlating opp som et OBS-punkt i journalnotatet i DIPS, som jordmor på barselavdelingen skal ha lett tilgjengelig gjennom hver vakt. I tillegg bør man være ekstra oppmerksom, og vurdere å blærescanne allerede etter 3-4 timer etter at kateteret ble fjernet hos pasienter som f.eks. har fått mye væske iv og enda ikke latt vannet.

Kvinner med riftreparasjon kan bli liggende lenge ute av stand til å gå på toalettet, og dette vil bidra til å øke deres risiko urinretensjon og blæreskader. Overlege Heide forteller at disse pasientene alltid engangskateteriseres rett før inngrepet, at vannlatingsfunksjonen følges nøye opp på postoperativ avdeling, og at vannlatingsfunksjon og spontanurin skal oppgis når det gis muntlig rapport til barsel etter eHåndbok-skjema. Ved overflytting av disse pasientene anbefaler vi også at sjekklistemalen for vannlatning benyttes. Det vil da være enda lettere å få god oversikt over alle risikofaktorer, og jordmor slipper å lete ulike steder i Partus for å finne ut av dette. Heide forteller at hos kvinner der man vurderer det som lite sannsynlig at de vil klare å komme seg opp for å gå på toalettet i løpet av den første tiden, vil man noen ganger legge inn et permanent kateter. Dette gjelder spesielt kvinner med større blødninger som har fått mye væske i.v., og er en individuell vurdering. Hos disse kvinnene følges samme protokoll som hos sectio-pasientene, og vi vil anbefale de samme tiltak her, som de nevnt ovenfor.

Av tiltakene som er foreslått ovenfor vil noen antakeligvis være mer effektive enn andre. I litteraturen kan vi finne informasjon om årsaksanalyse (Root Cause Analysis) som kan si noe om hvor effektive og mindre effektive ulike forbedringstiltak kan være. Det amerikanske VA-systemet har en oversikt over hvilke tiltak som er mer effektive enn andre (18). Økt bruk av blærescanner som en del av en standardisert rutine for å oppdage urinretensjon, kan være et effektivt tiltak i følge denne oversikten. Tiltaket vårt om å lage en ny mal i PARTUS med en sjekkliste for overføring fra føde- til barselavdelingen, og også for overføring fra postoperativ til barselavdelingen, blir regnet som et intermediært effektivt tiltak. Det samme blir økt kommunikasjon og informasjon til fødekvinnene og deres pårørende. I følge litteraturen blir tiltaket vårt om å henge opp informasjonsplakater klassifisert som mindre effektivt. At tiltakene har ulik effekt er forventet, men vi tror at det å iverksette alle disse tiltakene samtidig uansett vil ha en samlet positiv effekt.

5 Indikatorer

Indikatorer:

For å kunne måle effekten av tiltakene som settes i gang, har vi vurdert ulike kvalitetsindikatorer. For at disse indikatorene skal regnes som gode er det krav om at de skal være(17):

- Relevante.
- Gyldige – det vil si at det er en sammenheng mellom indikatoren og kvalitet.
- Målbare.
- Tilgjengelige.
- Pålitelige, med lite variasjon i forhold til hvem som utfører målingene.
- Mulig å tolke.
- Sensitive for endring.

Av strukturindikatorer kan man gjøre rede for om blærescanner er lett tilgjengelig på aktuelle avdelinger og hvor mange som kan anvende disse. Dette er en lett indikator å måle. Det er i dag to apparater tilgjengelig, en på barselavdelingen og en på gynekologisk poliklinikk som kan brukes av fødeavdelingen. I tillegg er disse apparatene relativt enkle å bruke. I første omgang vurderes tilgjengeligheten god nok, men dette bør vurderes som et ledd i evalueringsfasen i PDSA.

Som prosessindikatorer kan man se på hvor mange av kvinnene som får vannlatingsfunksjonen kartlagt. Dette kan gjøres ved å dele ut et enkelt spørreskjema til kvinnene med enkle ja-nei spørsmål som: “Ble du spurt av jordmødrene/sykepleiere/leger ang. vannlating?” Ellers kan man telle antallet blærescanninger som utføres der man krysser av på et ark etter gjennomført undersøkelse.. Antallet blærescanninger vil ikke nødvendigvis korrelere med at urinretensjoner oppdages tidligere ettersom det i mange tilfeller holder å få vite fra kvinnen at hun har fått tømt seg godt på egenhånd. En annen lignende indikator vil være å se på en sjekklister i Partus der man tar stilling til urinretensjon, og hvorvidt det fylles ut. Dette er selvfølgelig gitt at vi får det implementert i programmet.

En annen prosessindikator kan være å få kvinnene til å fylle ut et enkelt spørreskjema angående kunnskap om urinretensjon etter fødsel. Ved hjelp av tiltak som informering av

kvinnen og pårørende ved ankomst og å henge opp infoplakater om urinretensjon, ønsker vi å øke oppmerksomheten rundt dette temaet. Et spørreskjema kan vise om disse tiltakene faktisk har hatt noen effekt.

Blant resultatindikatorene, kan man telle antall kvinner med urinretensjon >400mL som oppdages innen 3 timer og antallet som oppdages etter dette. Ønsket er selvfølgelig å få antallet som oppdages før 3 timer opp og tilsvarende senke antallet som oppdages senere. Initialt tenker vi at økt oppmerksomhet rundt vår problemstilling vil kunne øke antallet av antall tilfeller av urinretensjon, som oppdages både før og etter 3 timer, men at andelen som oppdages etter 3 timer vil synke etterhvert. Et problem ved å bruke antall tilfeller av urinretensjon oppdaget etter 3 timer vil derimot være at man ikke vet om en nedgang er en følge av at flere oppdages tidligere eller at man har dårligere oppfølging og totalt avdekker færre tilfeller av urinretensjon.

Vi har også diskutert om man kunne se på antallet komplikasjoner som følge av urinretensjon og bruke det som en indikator, men det viser seg at dette heldigvis forekommer sjeldent. Det vil være vanskelig å bruke dette som en indikator ettersom det vil ta svært lang tid å registrere endringer i tallet.

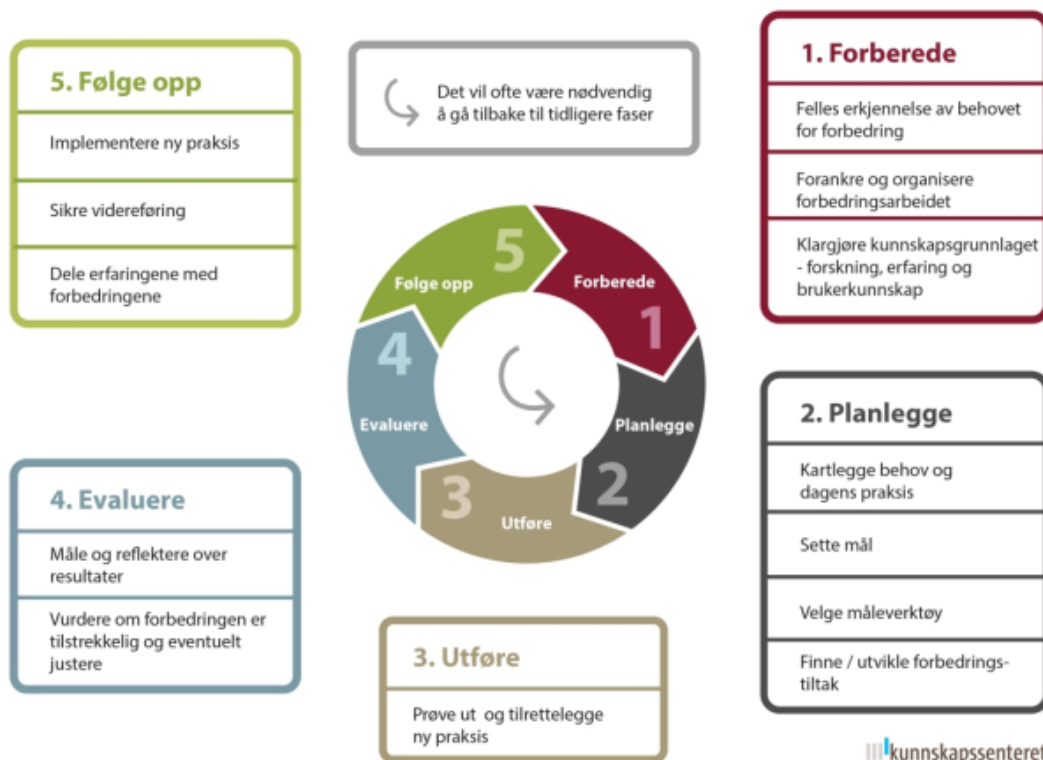
Vi har kommet fram til 4 indikatorer:

1. Antall kvinner som får kartlagt vannlatingen.
2. Antall sjekklister i Partus som blir fylt ut.
3. Antall blærescanundersøkelser som gjøres.
4. Antallet kvinner som oppdages med urinretensjon >400 ml innen 3 timer.

Disse indikatorene er relevante, særlig den siste som er en del av vår målsetning. I tillegg er de enkelt målbare og sensitive for endringer. Med en kombinasjon av prosessindikatorer og resultatindikator vil vi få et mer komplett bilde av effekten av vårt prosjekt både på endringer i systemet og om dette fører til bedre resultater.

6 Prosess, ledelse og organisering

For å strukturere vårt prosjekt på fødeavdelingen ved Bærum Sykehus, har vi valgt å følge modellen for kvalitetsforbedring utviklet av Seksjon for kvalitetsutvikling i Kunnskapssenteret(19). Denne modellen består av fem ulike faser som man gjennomfører i en syklus. Det er som regel nødvendig med flere sykluser før et forbedringsprosjekt kan implementeres på en slik måte at målene som blir satt nås og noen ganger er det også nødvendig å gå tilbake til tidligere faser og revidere dem. De ulike fasene i syklusen er: Forberedelse, planlegging, utføre, evaluering og oppfølging. Modellen er illustrert i figuren under.



Figur 4. PDSA-hjulet. Arbeidsmetode for kvalitetsforbedringsprosjekter utarbeidet av Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. (19)

6.1 Forberede

Denne første fasen krever at man erkjenner et problem som trenger forbedring. Etter dette må man klargjøre et kunnskapsgrunnlag for å sikre at de endringene som innføres via forbedringsprosjektet er av god kvalitet. Kunnskapsgrunnlaget for vårt prosjekt er allerede redegjort for tidligere i oppgaven.

I tillegg er det anbefalt å opprette en prosjektgruppe for å kunne organisere arbeidet. Vi har hatt kontakt med Helene Heide som er seksjonsoverlege på fødeseksjonen ved Bærum Sykehus og assisterende avdelingsjordmor Kari-Anne Lervåg. Det vil derfor være naturlig at disse sitter i en eventuell prosjektgruppe som representanter for avdelingsledelsen for hhv. legene og jordmødrene. I tillegg har vi i KLoK-gruppen bidratt med arbeidet.

For å gjennomføre prosjektet anbefaler vi at det rekrutteres flere til prosjektgruppen, dette kan f.eks. være en jordmor til som ikke sitter i ledelsen. Støtte fra både ledelsen og avdelingen vil gjøre det lettere å spre informasjon om framgang og nye tiltak både oppover og nedover i systemet.

6.2 Planlegge

I første del av planleggingsfasen må den allerede eksisterende praksisen kartlegges, dette har vi allerede redegjort for tidligere i oppgaven og det repeteres derfor ikke her. I tillegg må det settes et konkret mål for forbedringsprosjektet.

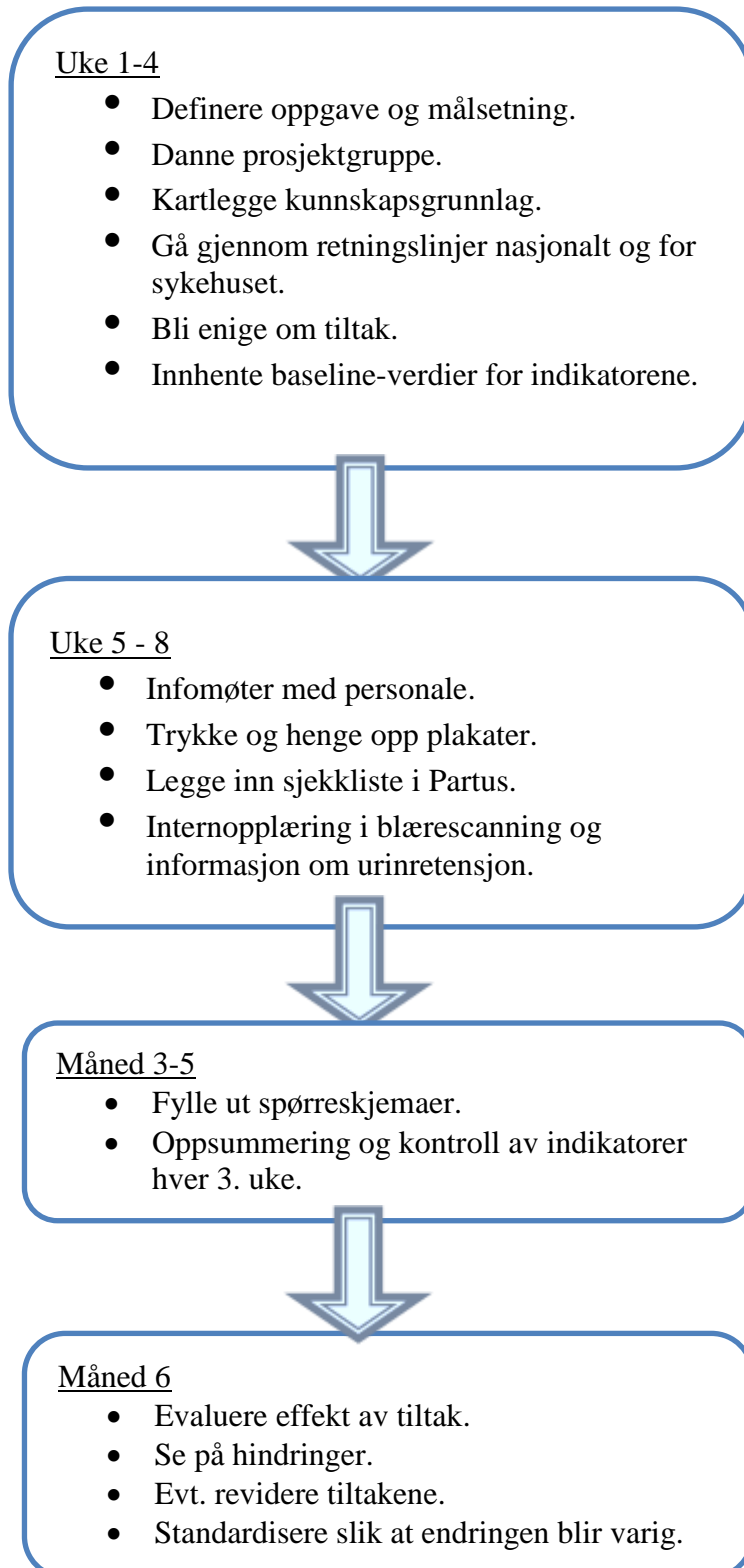
6.2.1 Mål

Vi ønsket med dette prosjektet å redusere antallet fødende kvinner som fikk urinretensjon og blæreskader som en komplikasjon til fødsel, samt redusere antallet urinretensjoner som ble oppdaget mer enn 3 timer etter fødsel. Ved å bruke kriteriene for SMARTE-mål (18) som anbefaler at mål bør være spesifikke, målbare, ansporende (utfordrende), realistiske, tidsbestemte og med en felles enighet om målet, kom vi fram til at målet for prosjektet skulle være å “innen september 2016 øke andelen kvinner som oppdages med urinretensjon >400 ml innen 3 timer etter fødsel”. Avdelingen har kun hatt innmeldinger av volum over 1000 ml. De må nå begynne å registrere volum over 400 ml, og at vi regner med at det vil ta ca. tre

mnd. før vi får et godt nok inntrykk av baseline. Man har deretter seks mnd. til å gjennomføre prosjektet.

6.3 Utføre

I denne fasen skal man implementere tiltakene. Vi har satt opp en veiledende plan med tidsramme for prosjektet, men dette er selvfølgelig fleksibelt og kan revurderes underveis.



6.4 Evaluere

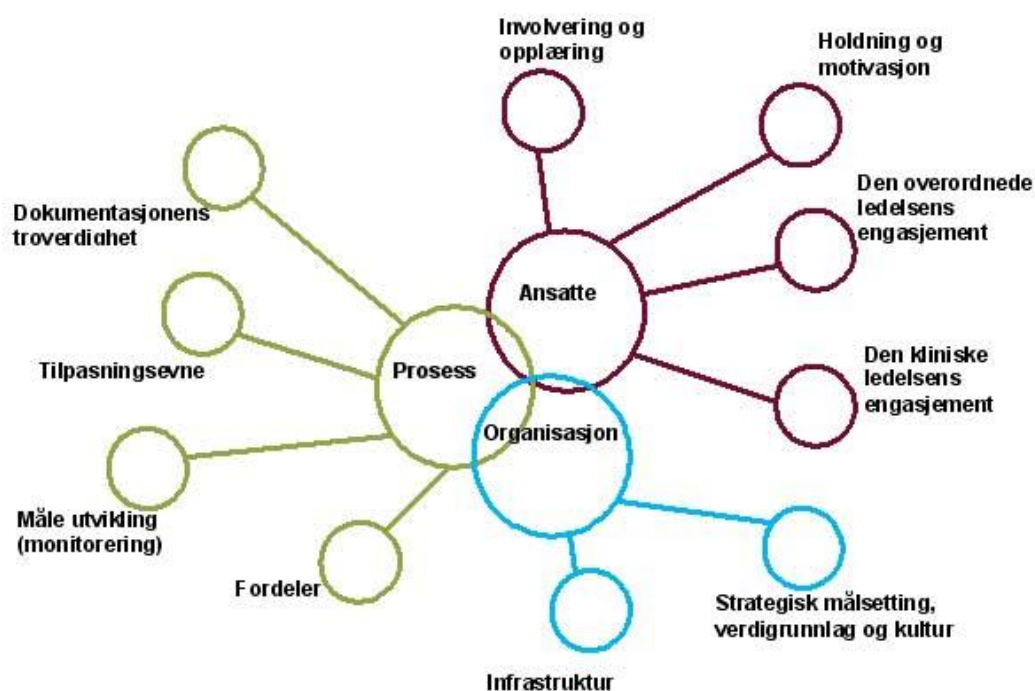
Etter at utførelsesfasen er over i måned 6 bør prosjektgruppa diskutere indikatorene ift. måloppnåelsen, hindringer underveis og tilbakemeldinger fra personale.

Hvis målet ikke er oppnådd må man revidere tiltakene eller innføre nye tiltak og deretter implementere dem i en ny utførelsesfase. Om målene derimot er oppnådd kan man gå over til neste fase.

6.5 Følge opp

Om resultatene er tilfredsstillende, vil den neste utfordringen for prosjektet være å opprettholde de gode resultatene slik at vi får en varig endring som evt. kan spres til andre steder. National Health Service har utviklet en modell for vedvarende forbedring (20) som består av ti faktorer innenfor 3 områder: Ansatte og ledere, prosess og organisasjon.

Prosjektet vårt tilfredsstillende prosessfaktorene, men det viktige videre blir de gjenværende faktorene som hovedsakelig går ut på å få endringene implementert inn i avdelingens infrastruktur og få til et engasjement fra både ledelsen og personalet. Dette forsøker vi å få til ved å få med representanter fra både ledelsen og personale på avdelingen i prosjektgruppa, god flyt av informasjon ut til ansatte og oppmuntring til tilbakemeldinger og innspill.



Figur 5. Modell for vedvarende forbedring, utarbeidet fra National Health Service., og hentet fra Nasjonalt Kunnskapssenter for helsetjenesten. (20)

7 Konklusjon og diskusjon

Postpartum urinretensjon er et viktig tema, og en tilstand som kan medføre varige blæretømmingsproblemer hos kvinner som blir liggende med en overfylt blære over lengre tid. Da dette er en komplikasjon som ofte er påført i utgangspunktet friske kvinner, gjennom anestesi og operative inngrep, er det spesielt viktig å oppdage dette tidlig slik at skadelige konsekvenser kan unngås.

Til tross for gode rutiner ved Bærum sykehus, hender det likevel at urinretensjon hos kvinner postpartum ikke blir oppdaget like tidlig som man skulle ønske. Fødeavdelingen var derfor svært interessert i å bli med på kvalitetsforbedringsprosjektet.

Vi mener at flere enkle tiltak kan iverksettes for å ytterligere sikre at postpartum urinretensjon blir oppdaget tidligere i forløpet. De viktigste tiltakene vil være mer informasjon til fødekvinnene, partnere og ansatte, bruk av elektroniske sjekklister og økt bruk av blærescanner. Disse tiltakene er gjennomførbare og krever ikke mye ressurser. Enkelte av tiltakene har også tidligere blitt utpekt blant de ansatte som en ønsket endring, som er et ekstra argument for at tiltaket bør iverksettes. Indikatorene vi har valgt å bruke for å måle effekten av tiltakene er også svært enkle å måle. Det vil heller ikke kreve mye ressurser for intern registrering av disse målingene.

Når vi vurderer viktigheten av å oppdage postpartum urinretensjon tidlig nok, opp mot hva som kreves av ressurser og organisering, anbefaler vi at dette kvalitetsforbedringsprosjektet bør gjennomføres.

Litteraturliste

1. Lim JL. Post-partum voiding dysfunction and urinary retention. Aust N Z J Obstet Gynaecol. 2010; 50: 502-5.
2. Nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen: Helsedirektoratet; 2014 [2015-11-02]. Available from: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/130/IS-2057-Barsel-fullversjon.pdf>.
3. Yip SK, Brieger G, Hin LY, et al. Urinary retention in the post-partum period. The relationship between obstetric factors and the post-partum post-void residual bladder volume. Acta Obstet Gynecol Scand. 1997; 76: 667-72.
4. Mueller ER. Postoperative urinary retention in women. UpToDate versjon 2.0. [2015-12-09]. http://www.uptodate.com/contents/postoperative-urinary-retention-in-women?source=search_result&search=urinary+retention+post+partum&selectedTitle=2~4#H68321661.
5. Rosenberg MB, Oversand S. Veileder i fødselshjelp 2014 [2015-11-02]. Available from: <http://legeforeningen.no/Fagmed/Norsk-gynekologisk-forening/Veiledere/Veileder-i-fodsels-hjelp-2014/Barselpleie---urinretensjon-etter-fodsels->
6. Mulder FE, Hakvoort RA, Schoffelmeer MA, Limpens J, Van der Post JA, Roovers JP. Postpartum urinary retention: a systematic review of adverse effects and management. International urogynecology journal. 2014; 25: 1605-12.
7. Groutz A, Gordon D, Wolman I, Jaffa A, Kupferminc MJ, Lessing JB. Persistent postpartum urinary retention in contemporary obstetric practice. Definition, prevalence and clinical implications. J Reprod Med. 2001; 46: 44-8.
8. Glen WB. Acute urinary retention UpToDate versjon 26.0 [2015-12-09]. http://www.uptodate.com/contents/acute-urinary-retention?source=search_result&search=urinary+retention&selectedTitle=1~40.
9. Lervåg KA. Rutiner ved mottak av pasient på barsel. 2015. In: eHåndbok Bærum sykehus.
10. Lauritzen N. Melding av uønskede hendelser og avvik - pasientrelatert. 2015. In: eHåndbok Bærum sykehus.
11. Kristoffersen M. Urinretensjon, behandling etter fødsel. 2012. In: eHåndbok Bærum sykehus.
12. Berens P. Overview of postpartum care UpToDate versjon 52.0 [30.11.2015]. http://www.uptodate.com/contents/overview-of-postpartum-care?source=see_link§ionName=Voiding+difficulty+and+urinary+retention&anchor=H29#H29.

13. Yip SK, Sahota D, Pang MW, et al. Postpartum urinary retention. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2004; 83: 881-91.
14. Al-Shaikh G, Larochele A, Campbell CE, et al. Accuracy of bladder scanning in the assessment of postvoid residual volume. *J Obstet Gynaecol Can.* 2009; 31: 526-32.
15. Nusee Z, Ibrahim N, Rus RM, et al. Is portable three-dimensional ultrasound a valid technique for measurement of postpartum urinary bladder volume? *Taiwan J Obstet Gynecol.* 2014; 53: 12-6.
16. Lukasse M, Cederkvist HR, Rosseland LA. Reliability of an automatic ultrasound system for detecting postpartum urinary retention after vaginal birth. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2007; 86: 1251-5.
17. Universitetet i Oslo. Kvalitetsindikatorer [23.11.2015]. <http://www.med.uio.no/studier/ressurser/fagsider/klok/info-fagplanutvalg/kvalitetsindikatorer.html>.
18. VA National Center for Patient Safety. Root Cause Analysis Tool. 2015. http://www.patientsafety.va.gov/docs/joe/rca_tools_2_15.pdf (08.12.15)
19. Helsebiblioteket. Modell for kvalitetsforbedring [28.11.2015]. <http://www.helsebiblioteket.no/kvalitetsforbedring/slik-kommer-du-i-gang/modell-for-kvalitetsforbedring>.
20. Helsebiblioteket. Hvordan skape vedvarende forbedringer [28.11.2015]. <http://www.helsebiblioteket.no/kvalitetsforbedring/slik-kommer-du-i-gang/verktøy/verktøy-for-vedvarende-forbedringer-sustainability>.