

MFR och operativ vaginal förlossning - tid för anpassning?

Diskussionsunderlag
Perinatalmöte 2019-04-10

Ingela Hulthén Varli
Representant Perinatal-ARG
Samarbete kring MFR-variabler
Socialstyrelsen 2018

Översyn data MFR, 2018

Målsättning:

- Relevant data utifrån aktuell kunskap och praxis inom förlossnings- och mödrahälsovården.
- Data ska möjliggöra uppföljning, utvärdering och forskning kring utfall av graviditeter, förlossningar och barnets nyföddhetsperiod.
- Data ska kunna insamlas digital (idag är ca 20% av data insamlat med pappersblanketter)
- Utfallsparametrar ska om möjligt vara framtidssäkrade

Hur görs arbetet i referensgruppen

Genomgång av samtliga befintliga uppgifter som idag samlas in. Därefter diskussion:

- a. Bör behållas utan förändring
- b. Bör modifieras
- c. Bör tas bort

Förslag på ev. nya uppgifter som bör samlas in till MFR (det kan vara uppgifter som samlas in i vården idag men inte finns med i MFR, och helt nya uppgifter)

Deltagare förlossningsgruppen

- Mia Ahlberg, barnmorska, ordförande Barnmorskeförbundet
- Charlotte Elvander, barnmorska, representant Barnmorskeförbundet
- Ingela Hultén Varli, förlossningsläkare, representant SFOG
- Stellan Håkansson, neonatolog, biträdande registerhållare SNQ
- Karin Källén, professor reproduktionsepidemiologi och sakkunnig Socialstyrelsen
- Mikael Norman, neonatolog, registerhållare SNQ
- Beatrice Skiöld, neonatolog, ordförande neonatalföreningen, Svenska barnläkarföreningen
- Olof Stephansson, förlossningsläkare, registerhållare Graviditetsregistret
- Eva Uustal, förlossningsläkare, registerhållare Bristningsregistret, vice ordförande SFOG

Ex. parametrar som modifieras/tas med

- Indikation för kejsarsnitt
- Typ av anesthesi vid kejsarsnitt
- Förlossningsställning
- Smärtlindring (uppdelad i farmakologisk och icke farmakologisk)

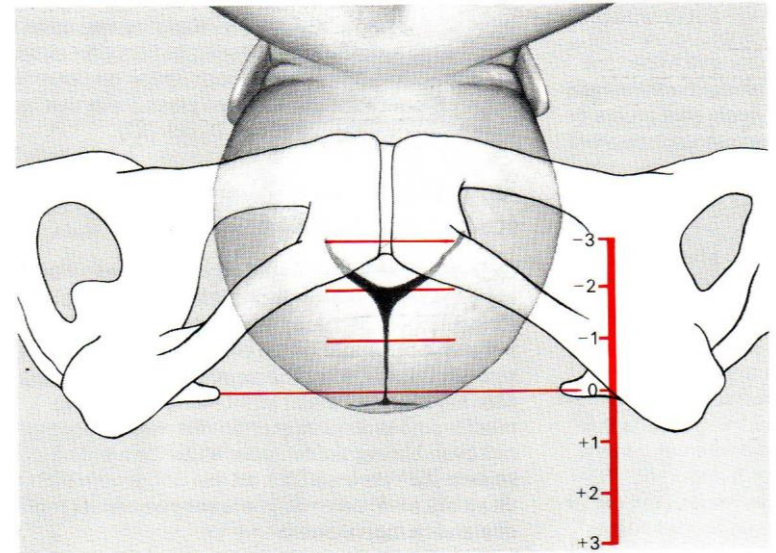
Operativ vaginal förlossning -Tång/VE

Nya variabler

- Indikation
 - Huvuddiagnos: HFA, dystoci, uttröttad mor, annan
 - Bidiagnos (samma som ovan)
- Tid i minuter
- Antal drag
- Antal klocksläpp
- Vid vilken station står huvudet vid start
- Typ av klocka (metall, plast, silikon)
- Ev. byte av operatör

Svensk nuvarande VE-indelning

- Hög VE
- Medelhög VE
- Utgångs VE
- Traktion
- Försök VE



I nuläget finns i MFR endast uppgift om VE el Tång använts

☐ mittvidd ☐ tvärvidd

Värkar

- ☒ Ej angivet
☐ inga
☐ goda
☐ glesa
☐ ineffektiva
☐ glesa och ineffektiva

Värkstimulering

- ☒ Ej angivet
☐ ingen
☐ oxytocin infusion
☐ oxytocin nasalt

Vacuumextraktion

Klocktyp

- ☒ Ej angivet ☐ Mjuk
☐ Malmström ☐ Kiwi
☐ Bird

Storlek

- ☒ Ej angivet
☐ 40
☐ 50
☐ 60

Trycket sänkt

- ☒ Ej angivet
☐ direkt
☐ stegvis

Undertryck

kg/cm²

Trycksänkningen påbörjade kl:

Extraktionen påbörjade kl.

Antal dragningar

Tidsåtgång för extraktion

min

Antal klocksläpp

- ☒ Ej angivet

- ☐ Utgångsextraktion
☐ Medelhög VE Cx fullvidgad
☐ Medelhög VE Cx ej fullvidgad
☐ Hög VE
☐ VE-försök
☐ VE-traktion

☐ Narkos

☐ Lokal

☐ Pudendus

☐ PCB

☐ Epidural

☐ Sufenta epidural

☐ Akupunktur

☐ Annan

Basal hjärtfrekvens under extraktionen

- ☒ Ej angivet
☐ 100-160 slag/minut
☐ > 160 slag/minut
☐ < 100 slag/minut

Hjärtfrekvensvariabilitet (CTG)

- ☒ Ej angivet
☐ 5-25 slag/minut
☐ > 25 slag/minut
☐ < 5 slag/minut

Registrerat via

- ☒ Ej angivet
☐ CTG
☐ Auskultation

Kommentar

Sista pH, skalp

BE

Kl.

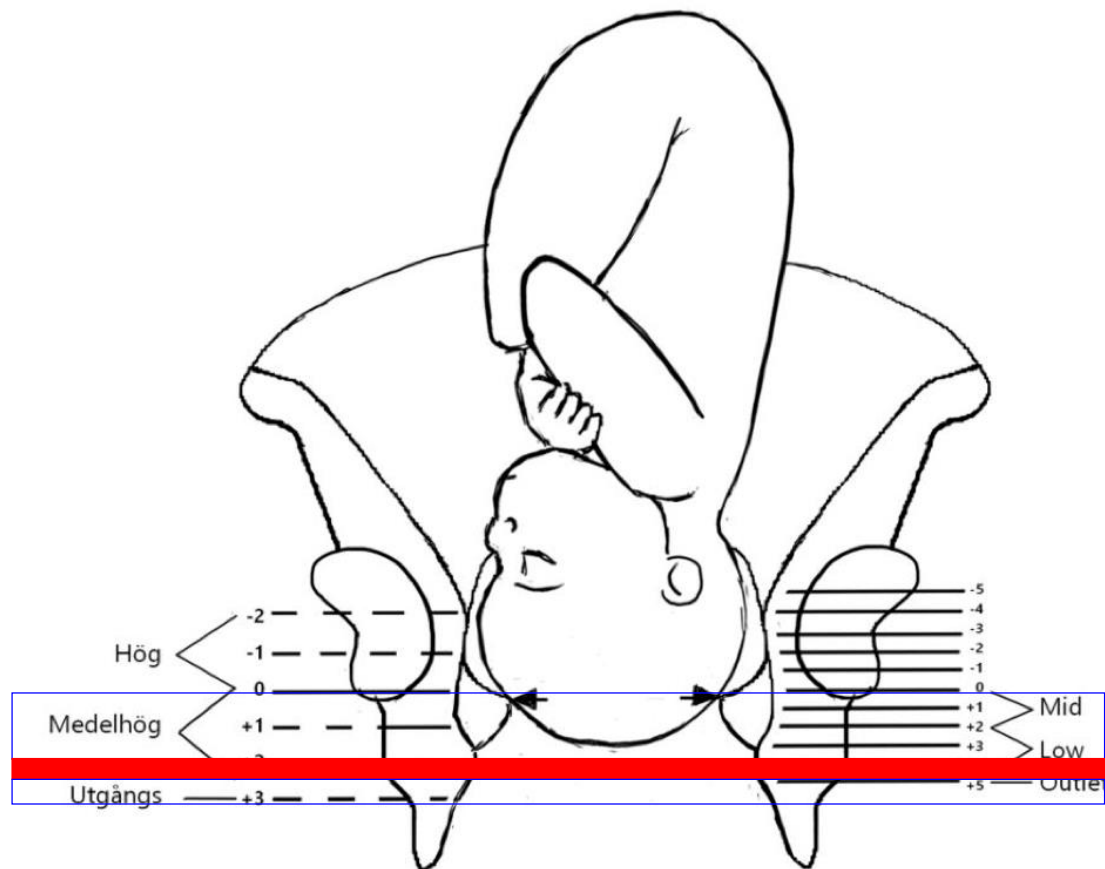
pH, navelartär

BE

pH, navelven

BE

Svensk vs. Internationell stationsindelning



Fördelning av station vid > 2000 VE

	VE: Outlet/Low/Mid		
	Outlet	Low	Mid
Fördelning	40%	25%	35%
Konverterad	0%	2% av low	20% av mid
Tung/Svår (skattat av operatör)	0	15% av low	37% av mid

Tung/svår VE är associerat till ökat behov av NICU-vård – oavsett konverterad eller lyckad VE (OR 3.0, adjusted)

Ref: Pettersson 2018, Thesis for doctoral degree

Pettersson et al. BJOG 2015

Pettersson et al. BMC Pregnancy and Childbirth 2019

Data svenska registerstudier

Risker (misslyckad jmf lyckad VE)

- Subgalealhämatom OR 7.3 CI (5.5–9.7)
- Kramper OR 1.9 CI (1.4–2.7)
- Låg Apgar score OR 2.6 CI (2.3–3.0)
- Intrakraniell blödning NS

Riskfaktorer för misslyckad VE:

- Vidöppen bjudning,
- Medelhög VE UNS,
- Stort barn,
- 1-föderska,
- Kort mamma,
- EDA

Ref: Ahlber et al 2015

15-20 barn/år accepteras för ersättning av LÖF
pga undvikbar situation i samband med förlossning.

25-50% är associerade till VE.

Dokumentationen vid VE bristfällig

Ref: Berglund et al 2015

Denna siffra ser ut att ha minskat efter projekt "Säker Förlossningsvård"

Förslag beskrivning station i MFR

Medelhög

Från vid spine till station $< +2$

Internationella "mid"

Låg

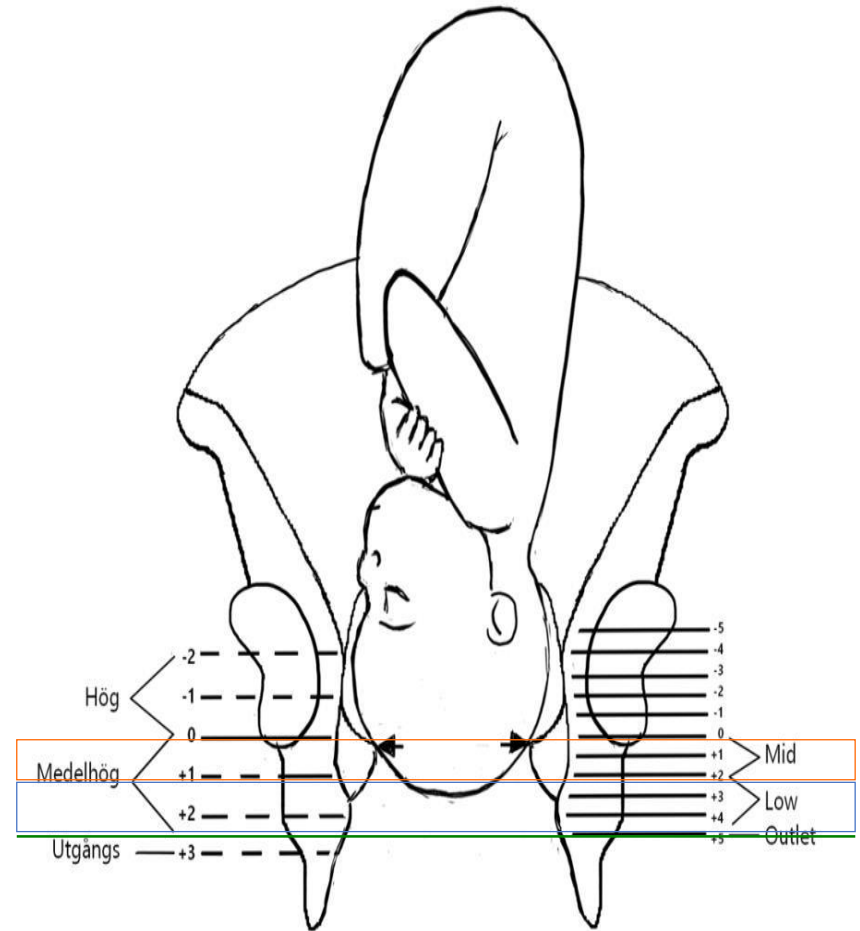
Från $+2$ till $+4$ (strax ovan bäckenbotten)

Internationell "low"

Utgångs

Kvar som tidigare,
Slutroterad el nästan
slutroterad på bäckenbotten
 $= +5$

Internationell "outlet"



Varför ”ändra”

- Anpassning till internationell klassificering
- Vad vill vi veta?
 - Statistik avseende
 - ✓ Medelhög-Mid
 - ✓ Låg-Low
 - ✓ Utgång-Outlet
 - Ytterligare kunskap om ev. komplikationer (akuta el senare) har relation till ”klock-höjd”
 - Konverterade respektive lyckad VE, som ett kvalitets- och patientsäkerhetsmått

Fortsatt följd av förslag?

- Vacuumextraktionsförlossning utifrån station

- Medelhög-Mid
- Låg-Low
- Utgång-Outlet

→ Obstetrisk diagnos skapas

- Vacuumextraktion utifrån åtgärd

- Medelhög-Mid
- Låg-Low
- Utgång-Outlet

→ Obstetrisk åtgärdskod skapas

Tack för
uppmärksamheten

