



HØGSKOLEN I BERGEN

Mastergradsstudium i Kunnskapsbasert praksis i helsefag

Mastergradsoppgave

Når avnavler jordmor i den normale fødsel, og hvilke kunnskapskilder støttes avnavlingstidspunkt på?

At what time is the umbilical cord clamped in normal labour, and what knowledge is clamping of the cord supported on?

Katrine Aasekjær

Veileder: Gro Jamtvedt
Birgitte Graverholt

Innleveringsdato: 16. 05. 2011

Antall sider: 88

Forord

Kravet til kvalitet og målet om at helsearbeidere arbeider kunnskapsbasert er økende. Gjennom denne masteroppgaven har jeg kartlagt avnavlingspraksis blant jordmødre i en større fødselsklinikk i Norge. Hensikten med en slik kartlegging var å se om vi arbeider i tråd med kunnskapsbaserte retningslinjer og anbefalinger, og om praksis møtte ønsket standard satt for praksis.

Hovedveileder for mastergradsoppgaven har vært Gro Jamtvedt avdelingsdirektør ved avdeling for kunnskapsbasert praksis, biveileder har vært Birgitte Graverholt, senter for kunnskapsbasert praksis, Høgskolen i Bergen. Jeg vil rette en stor takk til både Gro og Birgitte for å ha veiledet meg, motivert meg og hatt tro på prosjektet gjennom hele prosessen.

En takk til mine ledere som har gitt meg permisjon for å fullføre oppgaven.

Takk også til de 112 jordmødrene som i en travel arbeidsdag tok seg tid til å delta og svare på spørreskjemaet.

Min medstudent og gode støttespiller Kjersti Stokke fortjener en varm takk for sine konstruktive innspill og gode samtaler gjennom oppturer og nedturer i oppgaveskrivingen.

En spesiell takk til familie og venner for tålmodighet og tro på meg. Det hadde ikke gått uten.

Bergen 16.05.11.

Katrine Aasekjær.

Sammendrag

Både internasjonalt og nasjonalt er pasientsikkerhet og kvalitet i helsetjenesten prioriterte områder, og målsettingen er at diagnostisering og behandling skal være basert på forskningsbasert kunnskap. Likevel viser studier at praksis ikke alltid handler i tråd med forskningsbasert kunnskap og at det er et gap mellom det vi vet og det vi gjør. Forskningsbasert kunnskap er viktig for å sikre kvalitet på helsetjenesten, og gjennom evaluering får vi kunnskap om praksis som setter oss i stand til å vurdere om vi arbeider kunnskapsbasert.

Hensikten med dette prosjektet var å kartlegge avnavlingspraksis i den normale fødsel, for å kunne vurdere om praksis var i tråd med kunnskapsbasert standard.

Avnavlingspraksis i den normale fødsel ble kartlagt gjennom klinisk audit. De fire første trinnene i auditsirkelen ble gjennomført. 112 jordmødre ved en større kvinneklinikk svarte på spørreskjema vedrørende avnavlingstidspunkt, begrunnelse for tidspunkt, plassering av barnet etter fødsel og bruk av kunnskapskilder. Kartleggingen viste at halvparten av jordmødrene avnavlet det nyfødte barnet i tråd med kunnskapsbasert standard satt for den jordmorfaglige audit. Videre viste kartleggingen at det var variasjoner blant jordmødrene for hvordan samme prosedyre ble utført. Disse variasjonene forekom innenfor samme avdeling og mellom de ulike fødeavdelingene.

Kartleggingen viste også at de fleste jordmødrene rådførte seg med kollega dersom de stod overfor en problemstilling knyttet til avnavling, svært få jordmødre benyttet seg av forskningsbasert kunnskap.

Det er nødvendig med tilbakemelding til praksis om hvordan avnavlingspraksis føres. Gjennom en tilbakemelding vil praksis kunne forbedres slik at jordmødrene i større grad arbeider i tråd med forskningsbasert kunnskap.

Nøkkelord: avnavling, den normale fødsel, pasientsikkerhet, klinisk audit, kvalitetsforbedring, kunnskapsbasert praksis.

Summary

Patient safety and quality in health care are prioritized areas both internationally, and nationally. The overall aim is that diagnosis and treatment should be based on research knowledge. However, studies show that practice does not always correspond with research-based knowledge, thus causing a gap between what we know and what we do. Research-based knowledge is important to ensure the quality of health services, and through the evaluation we gain knowledge of practice that enable us to assess if we are working evidence - based.

The purpose of this quality improvement project was to document when midwives clamp the umbilical cord in normal labour, in order to assess whether the practice corresponded with evidence-based standard.

Clamping the umbilical cord in normal labour was studied through clinical audit. The first four steps in the audit circle were conducted. 112 midwives at a major birth clinic responded to a questionnaire regarding clamping of the umbilical cord, justification for the timing, placement of the child after birth and use of knowledge sources.

The audit showed that 53 % of the midwives clamped the umbilical cord in normal labour according to the evidence – based standard set for the audit. Furthermore, the audit showed that there were variations among midwives on when the clamping was performed. These variations where found both within the same ward and between the different maternity wards.

The survey also showed that most midwives consulted with her colleague if they were facing a problem related to the timing of clamping the umbilical cord, few midwives used research-based knowledge.

The timing of when the umbilical cord is clamped must be mediated to practice. By providing feedback from the audit midwives can adjust their practice thus limiting the gap between what we know and what we do can be decreased.

Keywords: umbilical cord clamping, normal labour, patient safety, clinical audit, quality improvement, evidence – based practice.

Innholdsfortegnelse

1. INNLEDNING	4
1.1 HENSIKT OG PROBLEMSTILLING	6
1.2 DEFINISJONER	6
2. BAKGRUNN.....	7
2.1 KUNNSKAPSBASERT PRAKSIS OG KVALITETSFORBEDRING.....	7
2.2 AVNAVLING	13
3. METODE.....	15
3.1 FORBEREDELSE TIL JORDMORFAGLIG AUDIT (TRINN 1)	16
3.2 FASTSETTELSE AV KVALITETSMÅL (TRINN 2).....	19
3.3 DATASAMLING (TRINN 3).....	21
3.3.1 <i>Utvalg</i>	24
3.4 DATABEARBEIDING (TRINN 4)	25
3.5 ETIKK.....	25
4. RESULTATER.....	26
4.1 TIDSPUNKT OG BEGRUNNELSE FOR AVNAVLING.....	27
4.2 BRUK AV KUNNSKAPSKILDER	28
4.3 PLASSERING AV DET NYFØDTE BARN	30
5. DISKUSJON.....	30
5.1 KONSEKVENSER VED AUDIT	36
5.2 KONKLUSJON	38
5.3 FORSLAG TIL VIDERE FORSKNING	39
LITTERATURLISTE.....	40

Artikkel

Vedlegg

1. Innledning

Kvalitet på helsetjenesten er et viktig mål i det norske helsevesenet, og ambisjonene er høye. Den norske regjering sier at god kvalitet og pasientsikkerhet er et av tjenestens viktigste mål (Helse – og omsorgsdepartementet, 2011, St.meld. 16).

Gjennom strategiplanen ... Og bedre skal det bli (2005), har Helsedirektoratet utarbeidet en plan hvor kvaliteten på helsetjenesten er i fokus. Strategiplanen inneholder fem satsningsområder, hvor et av disse områdene er evaluering av egen praksis. For å kunne evaluere og kvalitetsforbedre egen praksis sier strategiplanen at vi må kunne måle eller beskrive våre aktiviteter, ha en formening om hva som er gode eller dårlige resultater og evne til å foreta endringer dersom ikke resultatene er forenelig med akseptabel praksis (Helsedirektoratet, 2005, ... og bedre skal det bli, s.37).

De ulike helseforetakene i Norge arbeider målrettet med visjoner og satsningsområder. I Helse Vest er visjonen kvalitet i prosess og resultat, og målsettingen er at diagnostisering, behandling og omsorg er av høy kvalitet. Videre sier helseforetaket at det skal satses på forskning, utdanning og fagutvikling og at behandlingen som tilbys til enhver tid skal være basert på den beste kunnskap (Helse Bergen Strategiplan, 2009).

Til tross for høye ambisjoner og klare målsettinger viser stortingsmelding om ny helse og omsorgsplan, at Norge ikke alltid tilfredsstillter dagens målsettinger når det gjelder kvalitet og pasientsikkerhet (Helse – og omsorgsdepartementet, 2011, s.96).

Stortingsmelding nr.16 (Helse – og omsorgsdepartementet, 2011, s.95) rapporterer også at vi vet for lite om de helsetjenestene vi tilbyr. Som et resultat av dette ønsker man å integrere kvalitetsforbedringsarbeid inn i den daglige virksomheten, slik at man i større grad kan dokumentere og forbedre kvaliteten på tjenesten. Gjennom kartlegging og registrering av praksis får man økt fokus på faglighet og kvalitet i helsetjenesten (Helse – og omsorgsdepartementet, 2011; Helsedirektoratet, 2005, ... og bedre skal det bli).

I dokumentet "Utviklingsstrategi for jordmortjenesten", påpeker Helsedirektoratet at det er behov for en kvalitetsmessig heving og styrking av kunnskapsbaserte tjenester innenfor jordmoryrket, og at virkningsfulle og trygge jordmortjenester avhenger av jordmødrenes kompetanse (Helsedirektoratet, 2010, s.6). Videre sier Helsedirektoratet at Helsetilsynet har avdekket at de ulike fødeinstitusjonene i varierende grad sikrer

jordmødre den nødvendige opplæring og etter – og videreutdanning (Helse og omsorgsdepartementet, 2010¹). En konsekvens kan dermed være at jordmødre baserer sin praksis på tradisjon og erfaring, og i mindre grad på forskningsbasert kunnskap.

Avnavling av det nyfødte barn er en viktig prosedyre i fødselens tredje fase, og er det tidspunkt hvor navlesnoren avklemmes og klippes etter barnets fødsel, slik at barn og morkake skilles (Enkin et al, 2006, s.303). Ved egen arbeidsplass dokumenteres ikke avnavlingstidspunkt, og hvordan praksis føres er dermed usikkert. Forskningsbasert kunnskap om den kliniske gevinst ved å avvente avnavling er systematisk oppsummert, og det er utarbeidet kunnskapsbaserte retningslinjer som gir anbefalinger for hvordan denne fasen av en normal fødsel bør behandles (NICE, CG55, 2007, McDonald & Middleton, 2008; Hutton & Hassan, 2007, Rabe et al, 2004). Retningslinjen anbefaler sen avklemming av navlesnor da dette har vist positiv klinisk betydning for barnet. Til tross for dette hevder Wiklund, Nordström og Norman (2008) at rutiner rundt avnavling varierer mellom de ulike fødeklinner og internt i fødeklubben.

Hvordan jordmødre forholder seg til problemstillingen preges dermed av den enkelte jordmors kunnskap og holdninger til problematikken (Mercer et al, 2000). Sandvik hevder i sin studie at jordmødre har en positiv holdning til kunnskapsbasert tenkning, men at jordmødre i hovedsak konsulterer jordmorkollega eller lege når det gjelder kliniske problemstillinger (Sandvik, 2003). Dette samsvarer med andre resultater som viser at helsearbeidere i stor grad baserer sine avgjørelser i praksis på erfaring fra egen praksis eller fra kollegaer (Upton & Upton, 2006), og at de i svært liten grad benytter seg av vitenskapelige databaser som kunnskapskilder (Jamtvedt & Røsberg, 1999). Helseforetakets strategiplan sier at foretaket skal satse på forskning, utdanning og fagutvikling for å sikre god pasientbehandling, og at medarbeidere skal bli gitt et tilbud innen kompetanseheving. Fokus i kompetansehevingen skal være forskningsbasert, og man har en tydelig målsetting om økt bruk av forskningsbasert kunnskap i klinisk praksis (Helse Bergen, Strategiplan, 2009).

Dette kvalitetsforbedringsprosjektet skal kartlegge tidspunkt og kunnskapskilder i avnavlingsprosedyren, gjennom en jordmorfaglig audit. Klinisk audit er en

¹ Et trygt fødetilbud, Forslag til kvalitetskrav på fødeinstitusjoner, 2010.

kvalitetsprosess hvor hensikten er å forbedre praksis gjennom å sammenligne aktuell klinisk praksis opp mot allerede bestemte kriterier og standarder for hva som er god kvalitet på tjenesten (NICE, 2002, s.1). Data skal i denne aktuelle audit innhentes gjennom et spørreskjema. Denne audit vil ikke gjennomføre alle trinnene i auditsirkelen, og implementering av endring av praksis vil derfor bli adressert som forslag til endring.

1.1 Hensikt og problemstilling

Hensikten med dette prosjektet er å kartlegge avnavlingstidspunkt og dokumentere praksis. Gjennom en slik kartlegging vil man kunne vurdere om praksis er i tråd med de anbefalinger og konklusjoner som gis gjennom retningslinjer og systematisk oppsummert forskning.

“Når avnavler jordmor i den normale fødsel, og hvilke kunnskapskilder støttes avnavlingstidspunkt på?”

Følgende spørsmål kan besvares gjennom dette prosjektet med jordmorfaglig audit som metode:

- Når avnavler jordmor?
- I hvilken grad er dagens praksis i tråd med anbefalinger fra kunnskapsbaserte retningslinjer?
- Hvilke kunnskapskilder oppgir jordmor for valg av avnavlingstidspunktet?

1.2 Definisjoner

Audit vil kartlegge når jordmor avnavler i den normale fødsel, det er derfor nødvendig å definere disse to begrepene.

Den normale fødsel er definert av WHO (Verdens Helseorganisasjon) som:

Spontan i sin start, lavrisiko ved starten av fødsel og fortsetter slik gjennom hele fødselsforløpet. Barnet fødes spontant i vanlig bakhode posisjon mellom

svangerskapsuke 37 og 42. Etter fødsel er mor og barn i god form. Under den normale fødsel skal det være en gyldig grunn dersom man forstyrrer den naturlige prosessen. (WHO, Safe Motherhood, 1996).

Den norske jordmorforenings definisjon av jordmor er basert på ICM's (International Confederation of Midwives) definisjon av jordmor, og den sier at:

Jordmoren er anerkjent som en ansvarsbevisst og ansvarlig profesjonell fagutøver som arbeider sammen med kvinnen for å gi henne den nødvendige støtte, omsorg og rådgivning i løpet av svangerskap, fødsel og barseltid. Jordmoren skal på eget ansvar bistå og lede kvinnen under fødsel og ha omsorg for det nyfødte barn og spedbarnet. Denne omsorgen omfatter forebyggende tiltak, fremming av normal fødsel, oppdagelse av komplikasjoner hos mor og barn, tilgang til medisinsk eller annen relevant assistanse og utførelse av nødtiltak. (Den norske jordmorforening, 2005).

2. Bakgrunn

Bakgrunnen for kartlegging av avnavlingstidspunkt blant jordmødrene, var en konkret henvendelse fra avdelingsleder i klinikk om å se på avnavlingspraksis av det nyfødte barn. Avnavlingstidspunkt blir ikke journalført, og det syntes derfor hensiktsmessig å kartlegge dagens praksis for å si noe om når vi avnavler det nyfødte barn. Gjennom en slik kartlegging var også målsettingen at jordmødrene ble mer bevisste i forhold til egen praksis, slik at man i større grad deltar i å utvikle og forbedre egen praksis.

2.1 Kunnskapsbasert praksis og kvalitetsforbedring

Kunnskapsbasert praksis er et begrep som brukes ofte og i stadig større omfang innenfor de ulike helseprofesjonene, og det finnes ulike definisjoner av begrepet.

”Å utøve kunnskapsbasert praksis er å ta faglige avgjørelser basert på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og pasientens ønsker og behov i den gitte situasjon” (Nortvedt et al, 2007, s.15).

Kunnskapsbasert praksis handler altså om at helsearbeideren integrerer ulike kunnskapskilder i den daglige utøvelsen av sin praksis. Helse – og omsorgsdepartementet sier at god og sikker helsetjeneste skal være kunnskapsbasert (St.meld.16, 2011, s.95). De påpeker også at god kunnskap er en forutsetning for kvalitet i tjenesten (St.meld.16, 2011, s.96). Å arbeide kunnskapsbasert betraktes gjerne som en brobygger mellom teori og praksis, og det blir sett på som en syklisk prosess for å kunne redusere gapet mellom forskning og klinisk praksis, og dermed heve kvaliteten på våre tjenester (Straus, Tetroe & Graham, 2009, s.60).

Kvaliteten på helsetjenesten i Norge er høy, og Norge defineres derfor som et av verdens tryggeste land å føde barn i (Helse og – omsorgsdepartementet, St.meld.nr.12, 2008 – 2009²). Målsettingen for svangerskaps, fødsels – og barselomsorgen er en helhetlig organisering som skal ivareta kapasitet, kvalitet, kontinuitet, trygghet og samlet ressursutnyttelse (ibid). Brukerne av tjenesten skal derfor ha en oppfatning av at tilbudet er trygt nok, og av høy faglig kvalitet. Fra gravide og fødende har tilbakemeldingene vært at tjenestetilbudet ikke alltid innehar dette perspektivet (Helse - og omsorgsdepartementet, 2008, St.meld.nr.12).

Helse og omsorgsdepartementet sier at god kvalitet og pasientsikkerhet er deres viktigste mål, og de påpeker at pasientsikkerhet er en forutsetning for kvalitet på tjenesten (Helse og - omsorgsdepartementet, 2011³; Helse og – omsorgsdepartementet, 2008, St.meld. nr. 12). Både nasjonalt og internasjonalt har det i de senere årene vært en endring av fokus på hvordan helsetjenesten skal måles og vurderes. Tidligere har helsetjenesten blitt målt og vurdert opp mot effektivitet og tall. Kvalitet og kvalitetsforbedringsarbeid skal nå være et ledende prinsipp for hvordan helsetjenestene skal vurderes (NHS, 2008⁴; Helsedirektoratet, 2010⁵). Høyere kvalitet på helsetjenestene vil gi tryggere tilbud til brukerne av tjenesten, og bedre utnyttelse av helsekronene (Maybin & Thorlby, 2008).

Kvalitetsbegrepet kan defineres på mange måter og vil også være avhengig av den enkeltes ståsted og subjektive oppfatninger. Kvalitetsbegrepet er ikke statisk, og vil endres over tid. Kvalitet kan defineres som egenskaper ved et produkt eller en tjeneste

² En gledelig begivenhet. Om en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg. 2008-2009.

³ Fremtidens helsetjeneste: Trygghet for alle. Nasjonal helse - og omsorgsplan, (2011 – 2015).

⁴ High Quality Care for All: NHS Next stage Review (2008).

⁵ Et trygt fødetilbud. Forslag til kvalitetskrav for fødeinstitusjoner (2010).

(Kjærgaard et al, 2001, s.24). Sosial – og helsedirektoratet sier at: ”Kvalitet er i hvilken grad en samling iboende egenskaper oppfyller krav” (”... og bedre skal det bli”, 2005, s.11), og sier videre at for helsetjenesten innebærer god kvalitet at tjenestene er virkningsfulle, trygge og sikre, involverer brukerne, er samordnet og bærer preg av kontinuitet, god ressursutnyttelse og er tilgjengelige og rettferdig fordelt (Sosial – og helsedirektoratet, 2005, s.12). For å heve kvaliteten, og dermed bedre pasientsikkerheten, må oppmerksomheten rundt disse temaene økes. Dette kan skje gjennom systematisk arbeid forankret i ledelsen, der kartlegging og registrering av praksis gjennomføres (Helse og omsorgsdepartementet, 2011, St.meld. nr.16). Kvalitetsutvikling blir dermed de systematiske metoder vi til enhver tid benytter, og som har som mål å fremme kvaliteten i helsevesenet (Kjærgaard et al, 2001, s.24).

For å kunne forbedre og utvikle kvaliteten på en tjeneste, sier Helsedirektoratet at vi kontinuerlig må følge med og evaluere tjenesten. Et viktig redskap for å redusere gapet mellom det vi vet og det vi gjør, er evaluering av eksisterende praksis. Dette innebærer en systematisk innhenting av data, vurdert opp mot på forhånd definerte gode og dårlige resultater (Helsedirektoratet, 2007, Veileder for ”... og bedre skal det bli”, s.37). Audit er en slik systematisk metode, som kan benyttes som et ledd i kvalitetsutviklingsarbeid (Kjærgaard et al, 2001, s.107; Nortvet et al, 2007, s.172; NICE, 2002, s.1)

Klinisk audit betegnes som en hensiktsmessig metode når man ønsker å forbedre kvaliteten på en helsetjeneste. Klinisk audit benyttes også når man ønsker en endring av behandling, og når man ønsker en bekreftelse på at den aktuelle behandling møter det aksepterte kvalitetsnivå (NICE, 2002; Kjærgaard et al, 2001, s.109). Klinisk audit er derfor aktuelt når man ønsker forbedring, endring eller en forsikring av praksis.

National Institute for Clinical Excellence, Storbritannia (NICE, 2002, s.9) definerer audit som en kvalitetssøkende prosess hvor hensikten er å forbedre pasientbehandling gjennom systematisk gjennomgang av behandlingen mot bestemte kriterier, samt implementering av endringer. Aspekter rundt struktur, prosess og resultat av behandlingen gjennomgås systematisk mot eksplisitte kriterier (NICE, 2002, s.9). Audit som prosess er oppsummert i figur 1 illustrert nedenfor.

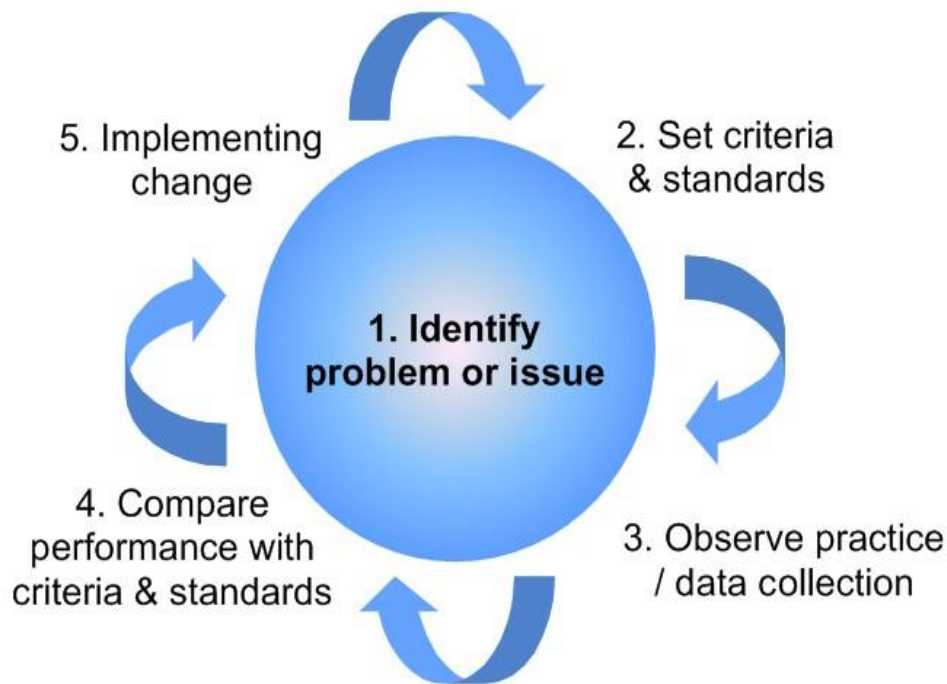


Fig.1 Brain & Bywaters, 2009.

Klinisk audit er en kvalitetsvurdering av den daglige kliniske sykehusbehandlingen. Spørsmålene som omhandler kvalitet gjennomgås på en tydelig og systematisk måte, og kunnskapsgrunnlaget er basert på kvalitetsvurdert kunnskap. Gjennom en audit kan man få dokumentert den kliniske standarden, og få søkelys på eventuelle behov for forbedring (NICE, 2002, s.6).

En audit inndeles gjerne i hvordan den gjennomføres, og etter de fagpersoner som gjennomfører den aktuelle audit (Ammentorp & Rørmann, 2008, s.21; Mainz & Blomhøi, 2000,s.3). Det er vanlig med både intern og ekstern audit. Audit kan videre inndeles etter de fagprofesjoner som er involvert i auditgruppen. Dette gir oss medisinsk audit, sykepleie audit og klinisk audit. Klinisk audit involverer ulike fagprofesjoner, og er derfor tverrfaglig (Mainz & Blømhøj, 2000, s.3). Uansett hvilken benevnelse man gir den aktuelle audit, er de metodiske prinsippene de samme (ibid).

Figur 1 viser at klinisk audit er en prosess bestående av flere trinn, hvor første trinn dreier seg om hvilket område av praksis man skal kvalitetsforbedre. Når problemområdet er fastsatt må fokus også rettes mot ledelse og fagmiljøet hvor kvalitetsforbedringen skal gjennomføres. Dersom miljøet er støttende og positiv til klinisk audit er det større sannsynlighet for positiv gjennomføring av metoden og endring av praksis (NICE, 2002, s.9; Helsedirektoratet, 2005, s.).

Neste trinn omhandler kriterier og standarder for audit. I en klinisk audit blir kriterier brukt for å fastsette kvaliteten på den behandlingen som tilbys (NICE, 2002:22).

Kriteriene viser til det ideelle mål for kvalitet, og skal fastsettes på forskningsbasert kunnskap.

Definisjon på kriterie er "A systematically developed statement that can be used to assess the appropriateness of specific healthcare decisions, services, and outcomes" (NICE, 2002, s.23).

Kriteriene skal være gyldige (valide), og føre til en forbedring av behandlingen (NICE, 2002, s.28). Audit basert på slike kriterier beskrives som en kriterie basert audit.

Kriteriene kan igjen klassifiseres til prosess, struktur eller resultat (NICE, 2002, s.28; Ammentorp & Rørmann, 2008, s.17), avhengig av om kartleggingen dreier seg om hva som skal gjøres (prosess), hva som skal oppnås (resultat) eller ha vi trenger (struktur) (ibid).

Standarden beskriver de realistiske målene for kvaliteten. Definisjon på standard er "The percentage of events that should comply with the criterion." (NICE, 2002, s.23)

En standard blir sett på som det som skal nåes for at kvaliteten oppfattes som akseptabel, og blir presentert i prosent. Ved enkelte kliniske problemstillinger vil det ikke være akseptabelt å fravike kriteriet, slik at standarden vil uttrykke likt kvalitetsnivå som kriteriet (Blomhøj & Mainz, 2000, s.7).

Kriterier skal utarbeides gjennom systematiske metoder, og hentes fra best tilgjengelig kunnskap. Det finnes ulike metoder for hvordan denne prosessen gjennomføres, og en anerkjent metode er å bruke anbefalinger fra kliniske retningslinjer (NICE, 2002, s.25). Retningslinjer er "systematisk utviklede anbefalinger, for å støtte fagpersoners og pasienters beslutninger om relevant behandling for en definert klinisk problemstilling. Formålet er å fremme klare anbefalinger med den hensikt å påvirke behandlers innsats" (The AGREE Collaboration / Helsedirektoratet, 2003, s.3). Slike retningslinjer har som mål å forbedre den kliniske praksis (NICE, 2010). Fordi utviklingen av gode retningslinjer er basert på den best tilgjengelige kunnskap, blir kriterier basert på retningslinjer ansett som valide (NICE, 2002, s.25).

Når kriteriene og standarden for audit er satt, er det avgjørende å definere hvem som skal inkluderes i utvalget for auditen (NICE, 2002, s.34). Datainnsamling i en audit kan

hentes både kvantitativt og kvalitativt avhengig av den kliniske problemstillingen som skal belyses (Mainz & Blomhøj, 2000, s.9 - 10). Den mest vanlige metoden for å kartlegge aktuell praksis er å hente eksisterende informasjon som ligger blant annet i journaler (NICE, 2002, s.34). Man henter data retrospektivt, etter at behandling er gitt.

Det er også mulig å hente data samtidig som den aktuelle behandling blir utført. En slik sammenfallende datasamling gir helsepersonell en raskere tilbakemelding på egen praksis, og kan fungere som en ønsket forsterker til å forbedre eller opprettholde god praksis (NICE, 2002, s.40).

Når datasamlingen er gjennomført vil resultatene fra de innsamlede data bli analysert og sammenlignet opp mot det eksplisitte kriteriet som er satt. Det blir gjort en kvalitetsvurdering, og konklusjonen fra analysen vil kunne si noe om kvaliteten på helsetjenesten og om hvor bra standarden ble møtt.

Målsettingen med å gjennomføre en klinisk audit er kvalitetsforbedring av praksis. Audit alene vil ikke kunne heve kvaliteten på helsetjenesten. Resultatene fra kvalitetsvurderingen må formidles til praksis. En slik formidling kalles feedback (Kjærgaard et al, 2000, s.120; Ammentorp & Rørmann, 2008, s.20; NICE, 2002, s.47). Feedback handler om å formidle informasjon til praksis, og hensikten er å redusere gapet mellom observert og ønsket praksis (Cantillion & Sargeant, 2008). Feedback kan leveres både skriftlig og muntlig, og den kategoriseres gjerne i hvem som er mottaker og avsender, hvor hyppig og lenge feedback skal gis, og innholdet (Flottorp et al, 2010). Den underliggende tanken bak audit og feedback, er at kvaliteten og sikkerheten på pasientbehandlingen vil forbedres som et resultat av at helseutøveren får tilbakemelding på egen praksis, og dermed endrer adferd (ibid). Hysong (2009) konkluderer i sin meta - analyse at feedback har moderat, men statistisk signifikant effekt på kvalitetsmål. For å styrke denne effekten bør feedback inneholde konkrete forslag til kvalitetsforbedring, den bør gis skriftlig og feedback må gis ofte (Hysong, 2009). Innholdet i feedback må være av en slik karakter at den har fokus på hva som skal forbedres, og unngå fokus på hvem som gjør hva (Hysong, Best & Pugh, 2006).

Like viktig som å forbedre kvaliteten må målet også være å opprettholde den kvalitetsforbedringen man har oppnådd gjennom auditprosessen (NICE, 2002,s.59). Dette kan gjøres ved å gjennomføre en re- audit. Å samle data etter at endring er innført, er nødvendig for å vurdere og opprettholde de kvalitetsforbedringer som er innført i

løpet av auditprosessen (NICE, 2002, s.60). Figur 1 illustrer hvordan audit er en syklisk prosess som gjentas (Brians & Bywaters, 2009).

2.2 Avnavling

Gjennom svangerskapet lever barnet en beskyttet tilværelse i livmor omgitt av fostervann og fostervannshinner. Barnet er forbundet til mor via navlesnor og morkake, hvor morkaken har avgjørende funksjoner for barnet. Den materielle del av morkaken sørger for barnets metabolske behov gjennom hele svangerskapet og under fødsel. Dette innebærer at oksygenrikt blod tilføres barnet fra morkake via navlevenen, og oksygenfattig blod forlater barnet via navlearteriene tilbake til morkaken (Skulstad, 2005). Gjennom svangerskapet er det totale blodvolum som sirkulerer mellom morkake, barn og navlesnor 115ml/kg (Linderkamp, 1982). Fordelingen av blod mellom barn og morkake endres i takt med barnets og svangerskapets utvikling. Mot slutten av svangerskapet er 70 ml/kg i barnet, og 45 ml/kg i morkake. Sen avnavling vil innebære at opp mot 35 ml/kg fosterblod i morkake overføres til barnet etter fødselen. Det tilsvarer ca 100 ml blod til et barn som veier 3 kg. Dersom dette omgjøres til et voksent menneske tilsvarer dette mellom 1,5 – 2 liter blod (Wiklund, Nordström & Norman, 2008).

Avnavling er en rutinemessig prosedyre, og kan gjennomføres uten tanke for at verken tidspunkt for avklemming (Mercer et al, 2000), eller plassering av barnet etter fødsel er av betydning for barnet (Airey, Farrar & Duley, 2009). Innenfor fødselsomsorgen er den generelle oppfatningen at tidlig avnavling skjer umiddelbart etter barnets fødsel, eller i løpet av de første 20-30 sekundene etter at barnet er født. Sen avnavling oppfattes fra minimum 3 minutter etter fødselen, eller til opphør av pulsasjon i navlesnor (McDonald & Middleton, 2008; Rabe et al, 2004; Hutton & Hassan, 2007; Mercer et al 2000; Emhamed, vanRheenen & Brabin, 2004). Verdens Helseorganisasjon (WHO) sier at sen avnavling er den fysiologiske måten å behandle navlesnoren på, og at tidlig avnavling i den normale fødsel er en intervensjon som krever begrunnelse (WHO, Safe Motherhood, 1996).

Verdens helseorganisasjons ti prinsipper for vellykket amming sier at mor og barn skal ha uforstyrret hudkontakt etter fødselen. Etter fødsel legges derfor det nyfødte barn opp

på mors bryst (WHO, 1998). Dersom barnet plasseres på mors mage med navlesnoren intakt slik at det ligger over morkakenivå, vil det skje en transfusjon fra barn til morkake (Farrar et al, 2009). Dersom barnet holdes under morkakenivå påvirkes ikke den total transfusjonsmengden, men transfusjonen mellom morkake og barn skjer raskere (Airey, Farrar & Duley, 2009).

Moss & Monset – Couchard (1967) hevder at den første avnavlingsstudien ble gjennomført i Frankrike på 1870 tallet, og studien viste at barnet fikk en blodtransfusjon fra morkaken dersom man avventet avnavling etter fødselen. Flere senere studier bekrefter dette funnet, og det er vist at det foregår en overskuddstransfusjon av blod fra morkake til barnet via navlestrengens vene i løpet av den første tiden etter fødselen (Yao, Moinian & Lind, 1969; Linderkamp, 1982). To systematiske oversikter fra Cochrane Collaboration (McDonald & Middleton, 2008; Rabe, et al 2004) viser at man ved å la navlestrengspulsasjonen pågå uforstyrret sørger man for at barnet får økt blodvolum og at dette blodvolumet forbedrer blodgjennomstrømningen av vitale organer hos barnet. På grunn av det økte blodvolum øker barnets røde blodlegemer i blodet og dette letter barnets tilpasning av hjerte- og lungekretsløp utenfor livmor. Den økte konsentrasjonen av røde blodlegemer sørger for økte oksygennivåer i blodet som igjen sørger for stimulering av barnets respirasjonssenter slik at barnets egenrespirasjon starter (Mercer & Skovgaard, 2002).

Det økte blodvolumet sørger også for økte jernlagre hos barnet, og dermed en reduksjon i antall barn med jernmangelanemi. Jernmangelanemi er den vanligste ernæringsmangel i verdensmålestokk, både blant spedbarn og større barn, i følge en systematisk oversikt fra Cochrane som så på effekten av jerntilskudd hos barn med jernmangelanemi (Zeng & Wu, 2007). Barnet vil ha en bedret jernstatus helt opp til 6 måneders alder ved at man avventer avnavling etter fødsel. Reduksjon av anemi er assosiert med økt motstandsdyktighet mot infeksjoner og bedret ernæring i form av økt amming, dette er resultater som igjen vil gi bedret psykososial helse for mor fordi behovet for hjelp fra helsevesenet reduseres (Hutton & Hassan, 2007). Hutton & Hassan sier videre at i et større perspektiv er dette resultater som vil ha enda større betydning for land hvor ressursene er knappe, og tilgang til jernrik kost er dårligere.

Premature barn er i nyfødtp perioden ekstra utsatt for anemi og lavt blodtrykk, og sen avnavling resulterer i færre blodtransfusjoner for barnet (Rabe et al, 2004). Sen

avnavling har også vist å resultere i færre hjerneblødninger hos det premature barn. Det har også positiv innvirkning på barnets nyrefunksjon og bedrer temperatur kontrollen (Rabe et al, 2004).

I tillegg til det økte blodvolumet man oppnår ved avvente avnavlingstidspunkt, inneholder navlestrengsblodet store mengder stamceller. Stamcellene har en beskyttende, forebyggende og reparerende funksjon i kroppen. Disse stamcellene kan også ha en betydning når det gjelder forebygging av utvikling av ulike sykdommer både i nyfødtp perioden og senere i livet. (Brunstad & Tegnander, 2010, s.432).

En fellesnevner for alle studiene, både de som omhandler det premature barn og barn født til termin, er at antall røde blodlegemer øker hos barna hvor man har sen avnavling. Til tross for denne økte mengden resulterer ikke dette i økt antall barn som utvikler alvorlig grad av gulsott. I de studiene der man så en økt tendens til gulsott i gruppen sen avnavling, trengte ikke barna lenger behandling enn barna i gruppen tidlig avnavling. Blodverdiene oversteg heller ikke det man betegner som alvorlig (Strauss et al, 2008; Chaparro et al 2006; Cernadas et al 2006).

Blødning etter fødsel er den hyppigste årsak til sykkelighet og dødelighet hos mor, både i i- og u-land (Prendeville, Elbourne & McDonald, 2000). Det har vært en oppfatning at en aktiv fremfor avventende holdning i fødselens tredje fase er gunstig for å redusere blødning hos mor. Aktiv holdning innebærer at navlesnoren avklemmes umiddelbart etter fødsel, og at man aktivt forløser morkaken. En Cochrane oversikt konkluderte med at aktiv tilnærming var fordelaktig med tanke på redusert blødning hos kvinnen etter fødsel, i forhold til avventende holdning (Prendeville, Elbourne & McDonald, 2000). Senere års forskning har tilbakevist dette, og man konkluderer nå med at det ikke er signifikante forskjeller i den normale fødsel på blødning hos mor med en avventende holdning, som innebærer at navlesnoren ikke avklemmes før pulsasjon er opphevet (McDonald & Middleton, 2008; McDonald, 2007; Mercer et al, 2006; Chaparro et al 2006; Cernadas et al 2006).

3. Metode

Klinisk audit er brukt som design i denne kartleggingsstudien, og praksisdata er samlet inn ved hjelp av et spørreskjema, som i en survey. Dette innebærer at de data som

samles inn er direkte knyttet til en bestemt aktivitet i et konkret utvalg av respondenter, nemlig avnavlingstidspunkt blant jordmødre (Polit & Beck, 2004, s.733). I denne kartleggingen betyr dette at data samles inn i en aktuell tidsperiode, for at man ved et senere tidspunkt kan samle nye data rundt samme problemstilling for så å foreta en evaluering om det har skjedd en endring av den bestemte aktiviteten (Halvorsen, 2008, s.102). I denne kartleggingen vil data kun samles en gang, slik at det ikke vil foregå noen sammenligning av datasett.

I denne audit har jeg fokus på prosessutfall fordi jeg ønsker å kartlegge hva som gjøres i den aktuelle praksis, og kvalitetsmålet blir de krav man stiller til forventet kvalitet på tjenesten (Ammentorp & Rørmann, 2008, s.17 – 18). Gjennomføringen av den aktuelle kliniske audit har foregått trinnvis, og hvordan prosessen ble gjennomført presenteres trinn for trinn. Denne audit har gjennomført trinnene frem til implementering av forandring, altså de fire første trinnene slik Brian og Bywaters (2009) illustrerer audit prosessen. Trinn fem som omhandler implementering av forandring blir presentert som forslag til endring i diskusjonskapitlet.

I tillegg til å gjennomføre en audit av avnavlingstidspunkt, ble begrunnelse for avnavlingstidspunkt og bruk av kunnskapskilder knyttet til avnavling kartlagt.

3.1 Forberedelse til jordmorfaglig audit (trinn 1)

Audit er en omfattende, trinnvis metode og krever viktig forarbeid for å sikre en gyldig (valid) kartlegging av praksis (NICE, 2002; Kjærgaard et al, 2001, s.113; Ammentorp & Rørmann, 2008, s.22). Det første steget i forberedelsesfasen vil være utvelgelse av et problemområde som skal kvalitetsvurderes (ibid). I denne jordmorfaglige audit kom det en konkret henvendelse fra avdelingsledelsen der de ønsket at rutinene rundt avnavlingsprosedyren skulle belyses. Når problemområdet var bestemt, ble det viktig å finne forskningsbasert kunnskap som belyste det aktuelle problemområdet slik at eksplisitte kriterier for praksis kunne bestemmes (NICE, 2002, s.29; Kjærgaard et al, 200, s.113).

Klinisk audit er en kvalitetsprosess hvor hensikten er å forbedre praksis gjennom å sammenligne aktuell klinisk praksis opp mot allerede bestemte kriterier og standarder

for hva som er god kvalitet på tjenesten (NICE, 2002, s.1). Kriterier og standard skal settes ut fra kvalitetsvurdert kunnskap, og bestemmes gjennom systematisk gjennomgang av denne kunnskapen (NICE, 2002, s.29).

Jeg foretok derfor søk i G-I-N (Guidelines International Network) med søkeordet *intrapartum care*, og fant retningslinjen fra NICE: *Intrapartum care – care of healthy women and their babies during childbirth* (NICE, 2007). Deretter foretok jeg et søk etter systematiske oversikter om effekt av sen avnavling i Cochrane Library, med søkeordene *umbilical cord clamping*. Med dette søkeordet oppnådde jeg ti treff på systematiske oversikter, hvor to var relevant for min problemstilling (McDonald & Middleton, 2008; Rabe et al, 2004). I Cochrane Library valgte jeg også alternativet “other reviews”, og da fant jeg den systematiske oversikten av Hutton & Hassan (2007). (Vedlegg nr.I).

NICE produserer kvalitetsvurderte retningslinjer basert på den best tilgjengelige kunnskap (NICE, 2010). Det ble likevel foretatt en kritisk vurdering av retningslinjen fordi det skulle settes kriterier og standarder for egen praksis. Retningslinjen ble kritisk vurdert ved hjelp av AGREE instrumentet. AGREE instrumentet er utviklet for å evaluere kvaliteten på kliniske retningslinjer utviklet av lokale, regionale, nasjonale eller internasjonale arbeidsgrupper eller myndigheter (The AGREE Collaboration / Sosial- og helsedirektoratet, 2003, s.3). Denne evalueringen av retningslinjens kvalitet omfatter vurdering av metoder, innholdet av retningslinjens anbefalinger og faktorer knyttet til implementering. En slik evaluering muliggjør retningslinjens sannsynlighet for ønsket forbedring av praksis (ibid).

Vurderingen viste at jordmødre og obstetrikere er målgruppen for retningslinjen og at den inneholder anbefalinger og tiltak som skal fremme den normale fødsel.

Retningslinjen sier videre tydelig hvem som har utarbeidet den, og hvem som har oppdatert den, og prosessen rundt utarbeidelsen er svært gjennomiktig. Det gjøres rede for metoden som er brukt. Litteratursøkene er gjennomført i relevante databaser, og både søkestrategi, inklusjons – og eksklusjonskriterier er tydelig beskrevet. Alle de inkluderte studiene var vurdert av en Guideline Development gruppe (GDG), dette er personer som er valgt på grunn av deres ekspertise, erfaring og forståelse for kunnskapsbasert helsearbeid. Kvaliteten på de inkluderte studiene ble vurdert gjennom en omfattende evidence tabell (NICE, The guidelines manual, 2006, s.47). Alle de inkluderte studiene som omhandlet sein versus tidlig avnavling var gradert til evidence

nivå 1 (Level of evidence for intervention studies), da alle studiene var randomiserte kontrollerte studier. Kun tre av de tolv inkluderte studiene ble vurdert som godt gjennomførte studier med lav risiko for bias. Disse tre studiene var kvalitetsstempelet 1+. De resterende ni studiene var vurdert til 1-, som innebærer at disse studiene har høyere risiko for bias. NICE definerer hva de mener med begrepet bias. NICE sier at studier som graderes med ”-” ikke skal danne grunnlag for anbefalinger. Samtidig sier NICE at studier som vurderes med ”-” hvor studien viser sannsynlig og logisk effekt og der flere studier viser den samme effekten, likevel skal inkluderes for å vise omfanget av studier som konkluderer likt.

Retningslinjen ble første gang publisert i 2007, og det kommer tydelig frem når retningslinjen ble oppdatert, og når det foreligger planer om ny oppdatering. Anbefalingen til retningslinjen samsvarer med konklusjonen til de inkluderte studiene, og studiene er vurdert i forhold til nivå av evidence.

Det kom klart frem hvilke parter som har vært involvert i utarbeidelsen, bruk av interessenter og konsensus beslutninger. Det kom ikke klart frem om retningslinjen var utprøvd i praksisfeltet, men anbefalingen fra retningslinjen var vurdert av en omfattende gruppe av “stakeholders”, og det var en tverrfaglig gruppe som hadde utarbeidet retningslinjen. Oppsummert betyr denne kritiske gjennomgangen at NICEs retningslinje ”Intrapartum Care: management and delivery of care to women in labour”, ble vurdert som en retningslinje forankret i den beste kunnskapen på området, og at anbefalingene fra denne retningslinjen kunne danne grunnlaget for eksplisitte kriterier i en audit.

Når man benytter seg av oppdaterte retningslinjer, skal det ikke være nødvendig å søke etter annen forskningslitteratur om tema. Likevel søkte jeg etter systematiske oversikter og primærstudier fordi flere av studiene som omhandlet avnavling i retningslinjen ble vurdert til å inneha et lavere nivå av evidence. De systematiske oversiktene ble også kritisk vurdert ved hjelp av sjekklister (Kunnskapssenteret, 2008). Også disse ble vurdert til å være av god kvalitet da samtlige kriterier i sjekklisten ble møtt.

NICE er en uavhengig organisasjon som utarbeider anbefalinger til det engelske helse – og sosialsystemet (NHS), hvor NHS står for hovedvekten av helsetilbudet i England. I retningslinjen som omhandler fødselshjelp til mor og barn, definerer NICE fødsel til ikke å være av medisinsk karakter, og at intervensjon ikke skal tilbys eller anbefales dersom fødselen forløper normalt (NICE, CG55, 2007). Denne definisjonen samsvarer

med WHO's definisjon av fødsel, og er den samme som den norske jordmorforening forholder seg til (Den norske jordmorforening⁶, 2005; WHO, Safe Motherhood, 1996).

Fokus for retningslinjen er den omsorg og behandling som enhver fødekvinne skal motta i fødselsarbeid. Behandlingen skal ta hensyn til brukerperspektivet samtidig som man skal sørge for at behandlingen til enhver tid tar utgangspunkt i den best tilgjengelige kunnskapen. I Norge legger regjeringen også vekt på en sterk brukermedvirkning, og at tjenestene skal inneholde høy faglig kvalitet (Helse og – omsorgsdepartementet, 2008, St.meld.nr.12, s.1). Fødselstilbudet i England er i større grad enn i Norge knyttet opp mot store fødselsklinikker, likevel mener jeg fødselsomsorgen i de to landene kan sammenlignes og at retningslinjen fra NICE kan overføres til norske sykehus.

3.2 Fastsettelse av kvalitetsmål (trinn 2)

Når forskningsbasert kunnskap om tema var kartlagt, gikk jeg videre til trinn to i auditprosessen, hvor eksplisitte kriterier og standarder skulle bestemmes.

Kriterier

Kriterier og standard for denne jordmorfaglige audit ble fastsatt fra retningslinjen Intrapartum Care – Care of Healthy women and their babies during childbirth (NICE, CG55, 2007), to kvalitetsvurderte systematiske oversikter fra Cochrane Library (McDonald & Middleton, 2008; Rabe et al, 2004), og en systematisk oversikt fra JAMA (Hutton & Hassan, 2007). Retningslinjen fra NICE (CG 55, Intrapartum Care: Care of Healthy women and their babies during childbirth, 2007) sier at dersom sykehusavdelingen har en avventende holdning til tredje fase av fødsel skal man følge et bestemt handlingsmønster dersom kvinnen ønsker dette. Egen klinisk erfaring har vist at få eller ingen fødekvinne er bevisst eller har kunnskap om hva sen avklemming av navlesnor betyr for barnet, og kvinnen er dermed avhengig av jordmors holdning og kunnskap til prosedyren (Mercer et al, 2000). Med utgangspunkt i retningslinjen til NICE (CG 55, 2007, s.175), og støtte fra systematiske oversikter (McDonald &

⁶ Den norske jordmorforening, definisjon av jordmor, 2005.

Middelton, 2008; Hutton & Hassan, 2007; Rabe et al, 2004), ble det eksplisitte kriteriet for avnavling av det nyfødte barn:

Avklemming av navlesnor i den normale fødsel skal skje etter opphør av pulsasjon i navlesnor.

Kriteriet er identisk til NICE sine anbefalinger for avventende holdning til tredje fase av fødsel (NICE, CG 55, Intrapartum Care - Care of Healthy women and their babies during childbirth 2007, s.175). De systematiske oversiktene er ikke inkludert i retningslinjen da de er publisert etter at retningslinjen ble utgitt. Retningslinjen og de systematiske oversiktene konkluderer alle med at det er en positiv gevinst for det nyfødte barn at man avventer avklemming av navlesnor.

Standard

NICE har utarbeidet en audit criteria for sin egen retningslinje (CG 55, Audit Criteria, Intrapartum care, 2007), hvor standarden i forhold til fødselsomsorgen er satt til 100 % (ibid). Standarden er satt på bakgrunn av at det er den normale fødsel og fødsel av friske barn som vurderes. I denne jordmorfaglige audit ble også standarden satt til 100 %. Dette innebærer at i alle normale fødsler skal jordmor avnavle etter opphør av pulsasjon i navlesnor. Standarden som ble satt er høy, men i definisjonen av jordmors oppgaver heter det at noen av jordmors fremste og viktigste oppgaver er: forebyggende tiltak, fremming av normal fødsel, oppdagelse av komplikasjoner hos mor og barn, tilgang til medisinsk eller annen relevant assistanse og utførelse av nødtiltak (Den norske jordmorforening, 2005).

Følgende standard ble benyttet i denne jordmorfaglige audit:

Alle jordmødrene (100 %) skal i den normale fødsel avnavle etter opphør av pulsasjon i navlesnor.

I forbindelse med denne audit vil også jordmors kunnskapskilder bli kartlagt.

Kartlegging av kunnskapskilder inngår ikke i den jordmorfaglige audit, og det ble derfor ikke utarbeidet kriterier og standard for bruk av kunnskapskilder.

3.3 Datasamling (trinn 3)

Jeg samlet inn data om avnavlingstidspunkt ved hjelp av et spørreskjema. Deler av spørreskjemaet var brukt i en tidligere publisert studie (Mercer et al, 2000) (Vedlegg nr. II). Det originale spørreskjemaet (Mercer et al, 2000) var på engelsk, og for at jordmødrene skulle svare på skjemaet, var det nødvendig å oversette spørreskjemaet. Tillatelse til å tilpasse spørreskjemaet til norske forhold ble innhentet hos forfatter av skjemaet, professor Mercer. Kontakten ble opprettholdt via e-post gjennom hele tilpasningsprosessen. Norsk tilpasning av spørreskjemaet foregikk ved at to jordmødre, meg selv inkludert, oversatte spørreskjemaet til norsk. Oversettelsene foregikk uavhengig av hverandre, og den andre jordmoren hadde ikke kjennskap til spørreskjemaet på forhånd. Den eneste instruksjonen som ble gitt i forbindelse med oversettelsesarbeidet, var at det var innholdet i spørsmålene som var av betydning.

Oversettelsene ble sammenlignet og diskutert til vi kom til enighet om en versjon (Vedlegg nr. III). Det ferdigstilte spørreskjemaet ble så oversatt tilbake til engelsk av en tospråklig jordmor, og dette utkastet var tilnærmet lik originalspørreskjemaet (Vedlegg nr. IV). På bakgrunn av denne prosessen ble det norskoversatte spørreskjemaet gjennomgått av en tredje jordmor som ikke hadde kjennskap til det engelske spørreskjemaet. Denne jordmor kommenterte at den norske oversettelsen hadde noe tungt språk, og at enkelte faguttrykk burde justeres for å øke forståelsen blant norske jordmødre. Dette bekreftet også panelet av jordmorstudenter som ble presentert for det engelske spørreskjemaet.

Fordi spørreskjemaet tidligere var brukt i USA deltok 10 jordmorstudenter i et ekspertpanel der det engelskspråklige spørreskjemaet ble gjennomgått med fokus på innholdsforståelse. En slik vurdering av face validity av ordlyden i spørsmålene er en betegnelse på hvor godt man sikrer at spørreskjemaet måler det som skal måles (Polit & Beck, 2004, s.423). Det er viktig å påpeke at en slik valideringsprosess ikke er en objektiv måling av selve instrumentet, men en tolkning av innholdet i spørsmålene. Årsaken til at et slikt ekspertpanel ble opprettet, var med tanke på kulturelle forskjeller og ulikt fagspråk mellom Norge og USA (Boynton & Greenhalg, 2004). Jordmorstudentene var fra avgangskullet, slik at ekspertpanelet var mest mulig likt det utvalget spørreundersøkelsen skulle gjennomføres på. Jordmorstudentene hadde alle hatt praksis ved ulike fødeinstitusjoner i Norge i løpet av studietiden, og dette vil

dermed gi et svar på om vi har et felles jordmorfaglig språk og forståelse i Norge som strekker seg ut over den klinikk eller institusjon man arbeider ved.

Ingen fra ekspertpanelet hadde deltatt i en slik oversettelsesprosess tidligere, og de fikk en rask innføring i hva som var hensikten. De ble forklart at det var deres oppfatning av innholdet i spørsmålet som var av betydning, og at det ikke var noe som var feil eller mer korrekt oppfatning.

Face validity av spørreskjemaet ble gjennomført ved at en person fra ekspertpanelet leste opp ett spørsmål, og så oversatte vedkommende spørsmålet som hun hadde lest til norsk. Dersom de andre i panelet hadde en annen innholdsforståelse av spørsmålet skulle de komme med sin forståelse. Neste spørsmål ble gjennomgått av neste person, og slik fortsatte oversettelsen til alle spørsmålene var gjennomgått.

Spørsmål nummer 1 var det enighet om i panelet. Spørsmål nummer 2 hadde personen vansker med å oversette, men fikk hjelp fra en annen i panelet og da var det enighet i hele panelet om at spørsmål 2 måtte oppfattes i sammenheng med spørsmål 1, men at dette burde komme klarere frem. Svaralternativene til spørsmål 2 var det enighet om. Spørsmål nummer 3 og 4 var det enighet om i panelet. Ved spørsmål 5 var det enighet rundt den direkte oversettelsen av svaralternativene knyttet til dette spørsmålet, men panelet diskuterte at jordmødre i Norge ikke bruker betegnelsen ved perineum og under introitus. Alternativt ville panelet heller bruke mellom mors ben som svaralternativ til A, og under placenta nivå som svaralternativ til C. Spørsmål 6, 7, 8 og 9 var det enighet om i ekspertpanelet. Denne prosessen resulterte i det ferdigstilte spørreskjemaet (Vedlegg nr.V).

Det finnes anbefalinger utarbeidet av WHO for hvordan man bør gjennomføre en oversettelse av spørreskjema (WHO, 2008). Ikke alle trinnene i min prosess følger disse anbefalingene. Dette fordi denne oversettelsesprosessen er svært ressurs – og tidkrevende. Kartleggingens omfang, med tanke på størrelse og tidsaspekt gjør at det ikke har vært mulig å gjennomføre tilpasningsprosessen helt i tråd med WHO's anbefalinger. Jeg har likevel fulgt anbefalingene så langt det har vært mulig, og det ferdigstilte spørreskjemaet oppfyller mange av de anbefalingene som WHO kommer med. Det finnes flere eksempler på studier som har gjennomført en slik tilpasning av verktøy hvor WHO's prinsipper har vært fulgt helt eller delvis (Thulin, Iversen & Hanestad, 2004; Hommelstad & Ruland, 2004; Steinsbekk, 2008; Pallesen et al, 2005).

Det ferdigstilte spørreskjemaet ble pilottestet på 6 jordmødre som arbeidet ved barsel – og observasjonspost i den samme klinikken, og justeringer i spørreskjemaet ble gjort etter verdifulle tilbakemeldinger fra dette panelet. Originalspørreskjemaet var også blitt pilottestet.

Det ble brukt et selvadministrerende spørreskjema hvor respondentene selv leste og fylte ut sine svar på spørreskjemaet. Vedlagt til spørreskjemaet fikk respondentene skriftlig informasjon om kartleggingen. Spørreskjemaet bestod av lukkede spørsmål, med flere svaralternativer. Problemstillingen ønsket å kartlegge tidspunkt for avnavling, og hvilke kunnskapskilder som ble brukt ved avnavling. Spørreskjemaet var delt inn i to deler, der del en kartla demografiske variabler som jordmoransiennitet og om jordmor arbeidet ved høy – eller lavrisiko fødeavdeling.

Del to kartla jordmødrenes egen praksis og kunnskapsgrunnlag rundt avnavlingstidspunkt i den normale fødsel. Spørsmål nummer 1 i del to, spør når jordmor avnavler det nyfødte barn, og er inndelt i flere svaralternativer, slik som umiddelbart, ved 1 minutt, mellom 1 og 3 minutter, etter 3 minutter, ved opphør av pulsasjon i navlesnor, etter at morkaken er født og til slutt svaralternativene vet ikke og det varierer. De to siste svaralternativene er lagt til spørreskjemaet. Disse svaralternativene ble inkludert, fordi at ved å åpne for slike svaralternativer kunne jeg unngå at respondenten valgte et svaralternativ som ikke var korrekt for henne, og som dermed kunne påvirket resultatet av datamaterialet (Vallgård og Koch, 2008, s.245).

Spørsmål nummer 2 er et oppfølgingsspørsmål, hvor man søker å finne en begrunnelse for jordmors svar i spørsmål nummer 1. Spørsmål nummer 3 spør hvor jordmor plasserer barnet rett etter fødsel. Spørsmål nummer 1 til og med nummer 3 er hentet fra Mercer et al (2000) sin undersøkelse som omhandler jordmors holdning og handling til avnavling. Spørsmål nummer 4 ble hentet fra en tverrsnittstudie som omhandlet jordmødres kompetanseutvikling i Norge (Sandven, 2003), og spør konkret om hvor jordmor henter sin kunnskap i praksis. I dette spørsmålet ble jordmødrene presentert for seks aktuelle kilder til informasjon, samt at de hadde muligheter til å tilføye andre aktuelle kilder. Spørsmål nummer 4 var en erstatning for spørsmål nummer 9 i spørreskjemaet fra Mercer et al (2000), fordi da denne undersøkelsen ble gjennomført ble jordmødrene presentert for et åpent spørsmål om hvilke kilder de benyttet seg av, og ca. 80 % av respondentene unnlot da å svare på dette spørsmålet.

For å kunne klare å gjennomføre en kvalitetsforbedring av praksis var det av betydning at hele prosessen var forankret i avdelingsledelsen. I dokumentet ... og bedre skal det bli! fra Helsedirektoratet (2005, s.11) presiseres det at evaluering og forbedring av helsetjenestene er et ledelsesansvar. Det at ledelsen i klinikken var positiv til at en evaluering av praksis skulle gjennomføres, var av avgjørende betydning for at oppslutningen blant jordmødrene ble så positiv. Foruten av auditprosessen var forankret i ledelsen, tok jeg andre bevisste valg for å øke oppslutningen blant jordmødrene.

Før datasamlingen startet hadde alle jordmødrene som var inkludert for studien, fått skriftlig informasjon om studien. Jordmødrene mottok informasjon om bakgrunn og hensikt med studien, og informasjon om hvordan data ville bli samlet inn. Denne informasjonen ble gitt en uke før spørreskjemaene ble levert ut, og den ble sendt på jordmødrenes interne e – post. Informasjonen ble gjentatt den dagen spørreskjemaene ble utlevert.

Spørreskjemaene ble levert i den enkelte jordmors interne posthylle på arbeidsplassen, og inneholdt et følgebrev som forklarte hensikten med kartleggingen samt en konvolutt hvor skjemaet skulle returneres i. Spørreskjemaene ble returnert i lukket konvolutt, og lagt i merket postkasse ved de respektive fødeavdelingene i klinikken. Det ble foretatt 2 purringer på innlevering av spørreskjema. Av hensyn til anonymiteten til den som svarte, var ikke spørreskjemaene utstyrt med identifikasjonsnummer. Purring ble derfor sendt til alle jordmødrene. Alle purringene ble sendt til jordmødrenes intern e – post.

Jordmødrene på fødeavdelinger arbeider turnus. Perioden datasamlingen foregikk ble derfor satt til to måneder. To måneder er lang tid, og konsekvensen kunne derfor bli at jordmødrene ville glemme å fylle ut skjemaene. For at flest mulig skulle huske å fylle ut spørreskjemaet, kontaktet jeg utvalgte jordmødre. Dette var jordmødre som jeg visste var opptatt av fag og fagutvikling. Disse jordmødrene ble mine ambassadører inn i klinikken, ved at de jevnlig minnet om den pågående spørreundersøkelsen.

3.3.1 Utvalg

For å kunne gjennomføre en audit, må man vite hvem som kan inkluderes i utvalget. I denne audit var utvalget alle jordmødrene som arbeidet i fødselsomsorgen ved den aktuelle kvinneklinikk. Jeg skulle kartlegge hvordan alle jordmødre ved en bestemt klinikk utførte en bestemt prosedyre og hvilke kunnskapskilder de brukte knyttet opp mot denne prosedyren. Inklusjonskriteriet for utvalget var jordmødre ansatt ved

obstetrisk seksjon i den aktuelle kvinneklinikk i det tidspunktet undersøkelsen skulle gjennomføres og som arbeidet med fødsler. Utvalget omfattet jordmødre som arbeidet på lav – og høyrisiko avdeling, til sammen 117 jordmødre.

3.4 Databearbeiding (Trinn 4)

Data ble plottet i Microsoft Excel, versjon 2010. Data ble plottet to ganger, av forfatter av prosjektet for å kvalitetssikre prosessen. Det ble gjennomført deskriptiv statistikk, og datamaterialet ble presentert i stolpediagrammer og tabeller for å vise fordelingen av de ulike variablene. Data om avnavlingstidspunkt, begrunnelse for avnavlingstidspunkt, kunnskapskilder og plassering av det nyfødte barn befant seg på nominalt nivå, og resultatene ble oppgitt i prosenter.

Data som omhandlet ansiennitet som jordmor ble fordelt i to kategorier. Jordmor med ansiennitet inntil fem år, og jordmor med ansiennitet mer enn fem år. Begrunnelsen for denne inndelingen var at etter innføringen av kvalitetsreformen i høyrere utdanning, skjedde det en endring av jordmorutdanningen. Denne kvalitetsreformen ble iverksatt fra 2003 (Kunnskapsdepartementet, 2007, St.meld.nr.7). Målsettingen er at Norge skal være et kunnskapsbasert samfunn hvor universiteter og høyskoler blir avgjørende aktører for å fremme norsk forskning og kunnskap (ibid). I 2004 ble det innført ny rammeplan for jordmorutdanningen. Denne rammeplanen sier at jordmorutdanningen skal sørge for at studentene utvikler vitenskapelige arbeidsmåter, som fremmer forskning og fagutvikling. Utdanningsinstitusjonen skal gi høyere utdanning som er basert på den beste kunnskap (Utdanning og forskningsdepartementet, 2004; Wärchter, 2004).

Spørreskjemaene ble også delt inn kategoriene høyrisiko og lavrisiko fødeavdeling, for å sammenligne avnavlingstidspunkt mellom de to avdelingene.

3.5 Etikk

Alle deltagerne i kartleggingen var voksne personer, det ble ikke stilt sensitive spørsmål, og alle spørreskjemaene var anonyme. Det ble det sendt en

fremleggingsvurdering for regional etisk komité, for å få en uavhengig vurdering av kartleggingen. Regional etisk komité, konkluderte med at kartleggingen av praksis ikke var fremleggingspliktig (vedlegg nr.VI).

Kartleggingen er meldt til Norsk Samfunnsvitenskapelig datatjeneste (vedlegg nr.VII). Klinikkleidelsen, ved klinikkdirektør, overjordmor og avdelingsledelse ved de respektive fødeavdelinger, ble informert skriftlig og muntlig om kartleggingen, og har gitt godkjenning til at denne kan gjennomføres.

Spørreskjemaet inneholdt informasjon om kartleggingen, og respondentene fikk informasjon om at innlevering av spørreskjemaet ble sett på som samtykke til å delta.

4. Resultater

I resultatkapitlet i denne kappen presenterer jeg kun resultater som ikke presenteres i artikkelen. Det innebærer at dette kapitlet primært presenterer resultater knyttet opp mot jordmors bruk av kunnskapskilder, og hvor det nyfødte barn plasseres etter fødsel. Resultatene som omhandler audit av avnavlingspraksis blir presentert i artikkelen.

Spørreskjemaet ble sendt ut 15.oktober 2010, og svarfrist var satt til 15.desember 2010. I løpet av de første 14 dagene var det 41 % (n=48) av jordmødrene i utvalget som hadde returnert spørreskjemaet. Første purring ble sendt ut 28.oktober 2010, og ytterligere 37 jordmødre responderte, slik at svarprosenten ved utgangen av oktober måned var 72 % (n=85). Andre purring ble foretatt 17.november, og når svarfristen utløp var svarprosenten 95 % og totalt 112 jordmødre hadde fylt ut skjemaet.

Gjennomsnittlig ansiennitet som jordmor var 12,5 år (range 0,5-41 år). Det var 29 % (n=32) av jordmødrene som hadde jordmoransiennitet mindre enn fem år. 71 % (n=80) av jordmødrene hadde mer enn fem års ansiennitet som jordmor. I kategorien jordmødre med ansiennitet inntil fem år, var gjennomsnittlig ansiennitet som jordmor 2,3 år (range 0,5 – 5 år). I kategorien over fem år, var gjennomsnittlig ansiennitet som jordmor 16,6 år (range 5 – 41 år).

66 % (n=74) av jordmødrene arbeidet ved høyrisiko fødeavdeling, mens 34 % (n=38) arbeidet ved lavrisiko fødeavdeling.

4.1 Tidspunkt og begrunnelse for avnavling

Spørsmålene som omhandlet når jordmor avnavlet, og hvilken begrunnelse hun gav for avnavlingstidspunkt ble sammenlignet. Bakgrunnen for denne sammenligningen var å se om det var konsistens i besvarelsen mellom angitt tidspunkt for avnavling og begrunnelse for dette tidspunkt.

Ved sammenligning av disse to spørsmålene ble datamaterialet i enkelte kategorier svært lite, og tidspunkt for avnavling ble slått sammen til fire kategorier. Tidlig avnavling, som inneholdt svaralternativene A) umiddelbart, eller før det har gått ett minutt og alternativ B) ved ett minutt. Kategorien intermedia inneholdt svaralternativ C) mellom ett og tre minutter. Sen avnavling inneholdt svaralternativene D) etter tre minutter og E) ved opphør av pulsasjon i navlesnor, og kategori G som var det varierer (Tabell 5). På spørsmålet om begrunnelse for avnavlingstidspunkt kunne respondenten krysse av for mer enn ett svaralternativ. På dette spørsmålet ble det foretatt 185 avkrysninger av de 112 respondentene

Resultatet fra sammenligningen viste at det var prosentvis lik begrunnelse for avnavlingstidspunkt (alternativ B, C og G) i gruppene intermediate avnavling og sen avnavling (tabell 5).

Tabell 5. Tidspunkt for avnavling (tidlig, intermedia, sen og det varierer) sammenlignet med begrunnelse for avnavlingstidspunkt (%).

Begrunnelse for avnavlingstidspunkt (n=185)	Tidlig (n=4)	Intermedia (n=33)	Sen (n=107)	Variierer (n=41)
Tidspunkt for avnavling uten betydning for nyfødt barn	0 %	5,6 % (n=1)	1,5 % (n=1)	0,0 %
Avventer avnavling for å øke morkake transfusjon	33,3 % (n=1)	83,3 % (n=15)	81,8 % (n=54)	56,0 % (n=14)
Avventer avnavling for å gi en gradvis tilpasning til ekstrauterin sirkulasjon	0,0 %	50,0 % (n=9)	47,0 % (n=31)	48,0 % (n=12)

Avnavler tidligere for å kunne ta meg av det nyfødte barn	33,3 % (n=1)	11,1 % (n=2)	6,1 % (n=4)	8,0 % (n=2)
Tidlig avnavling (< 30 sekunder) er rutine i min institusjon	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
Jeg avnavler sent når foreldrene ber om det	33,3 % (n=1)	0,0 %	0,0 %	4,0 % (n=1)
Mener barnet fortsetter å motta oksygen fra mor når navlestrengen pulserer	33,3 % (n=1)	33,3 % (n=6)	25,8 % (n=17)	44,0 % (n=11)
Avnavler tidlig for å forhindre neonatal ikterus	0,0 %	0,0 %	0,0 %	4,0 % (n=1)

83 % (n=15) av respondentene i gruppen intermediate valgte svaralternativ B som en av begrunnelsene for avnavlingstidspunkt. Dette svaralternativet ble valgt av 82 % (n=54) av respondentene i gruppen sen avnavling. 22 % av respondentene valgte svaralternativet “det varierer” for avnavlingstidspunkt. Når vi ser på begrunnelsen for avnavlingstidspunkt i denne gruppen fordeler svarene seg også på svaralternativene B, C og G. Svarbegrunnelsen for gruppen “det varierer”, kan indikere at de tilhører kategorien sen avnavling. En forklaring på dette, kan være at respondentene i denne kategorien har reflektert grundig over praksis og derfor svarer at det varierer.

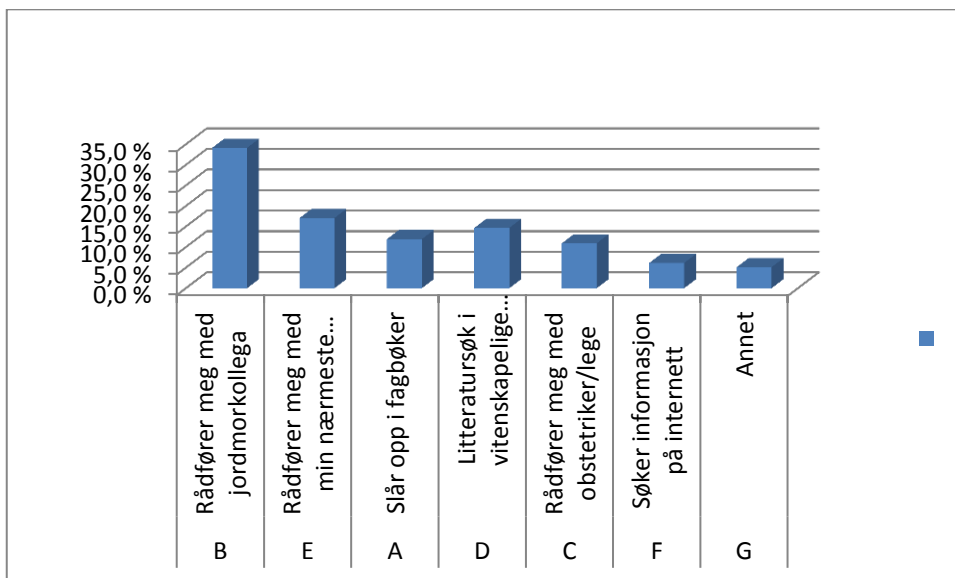
Sammenligningen av spørsmål tre og fire viste at det var konsistens i svarene som ble gitt, og at det dermed var sammenheng mellom oppgitt avnavlingstidspunkt og begrunnelsen for dette.

4.2 Bruk av kunnskapskilder

Som nevnt i artikkelen begrunnet jordmødrene i stor grad sin avgjørelse for avnavlingstidspunkt basert på medisinskfaglige argumenter. Spørsmål nummer seks spurte hvor jordmor hentet sin kunnskap i praksis fra (Figur 2). Uavhengig av avdelingstilhørighet og ansiennitet som jordmor søkte respondentene oftest råd hos en jordmorkollega (34 %). Når det gjaldt nærmeste faglige overordnede søkte man

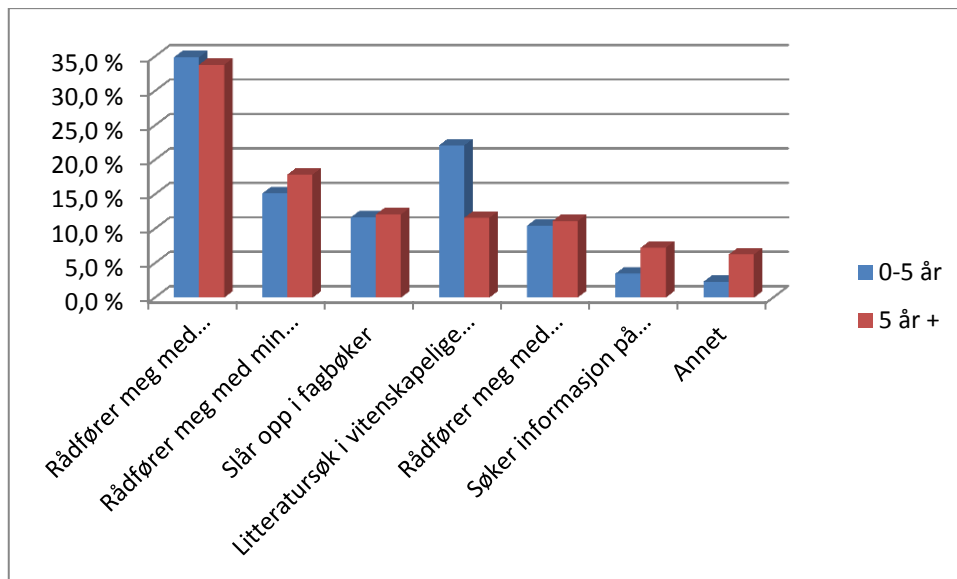
sjeldnere råd (17 %). Det var 15 % av jordmødrene som benyttet vitenskapelige databaser når de stod overfor et problem når det gjaldt avnavling av det nyfødte barn. Det var forskjell mellom høyrisiko fødeavdeling og lavrisiko fødeavdeling når det gjaldt å søke råd hos lege/obstetrikere. Jordmødre ved høyrisiko fødeavdeling oppgav i større grad (15 %) at de søkte råd hos lege/obstetrikere enn jordmødre ved lavrisiko fødeavdeling (3 %).

Ved bruk av kunnskapskilder kunne respondentene oppgi andre kilder til kunnskap enn de som var listet opp. Det var få som krysset av for dette, men de som oppgav annen kilde henviste da til avdelingens metodebok.



Figur 2. Mest brukt kunnskapskilde blant jordmødre når de står overfor et problem knyttet til avnavling, vist i %.

Uavhengig ansiennitet som jordmor og avdelingstilhørighet var det få forskjeller i hvordan den enkelte jordmor søkte etter kunnskap relatert til avnavling. Jordmødre utdannet etter innføring av kvalitetsreformen i høyere utdanning brukte vitenskapelige databaser i større grad enn jordmødre utdannet før innføring av denne reformen. Blant jordmødre med ansiennitet inntil 5 år var det 22 % (n=19) som foretok litteratursøk i vitenskapelige databaser. Blant jordmødre med ansiennitet mer enn fem år var det 11 % (n=24) som brukte denne kunnskapskilden (Figur 3).



Figur 3. Forskjeller i bruk av kunnskapskilder avhengig av ansiennitet som jordmor, presentert i %

4.3 Plassering av det nyfødte barn

86 % (n=96) av de spurte jordmødrene plasserte det nyfødte barnet på mors mage etter fødsel. Fordelingen mellom de to andre svaralternativene; mellom mors ben og under morkakenivå var likt (7 %). På dette spørsmålet var det ingen forskjeller når det gjaldt avdelingstilhørighet eller ansiennitet som jordmor.

5. Diskusjon

I dette diskusjonskapitlet vil jeg drøfte styrker og svakheter ved studien og primært drøfte hvilke kunnskapskilder jordmor benyttet. Artikkelen diskuterer audit av avnavlingspraksis i den normale fødsel. Jeg vil bare kort diskutere resultatene fra audit i dette kapitlet, fordi problemstillingen stiller dette spørsmålet.

Hovedfunnet fra denne kartleggingen av avnavlingstidspunkt viste at ønsket standard for praksis ikke ble møtt. Standard for avnavlingspraksis var satt til at 100 % av jordmødrene skulle avnavle ved opphør av pulsasjon i navlesnor, og 53 % av jordmødrene avnavlet ved dette tidspunkt. Avstanden mellom mål for praksis og reel praksis var betydelig mindre blant jordmødre utdannet etter innføring av kvalitetsreformen i høyere utdanning. Her var det 75 % (n=24) av jordmødrene som

avnavlet etter opphør av pulsasjon i navlesnor. Det var også forskjell på avnavlingspraksis avhengig av hvilken avdeling man arbeidet på. Jordmødre på lavrisiko fødeavdeling avnavlet i større grad i tråd med standard satt for praksis. Videre viste kartleggingen at det var variasjoner blant jordmødrene for hvordan samme prosedyre ble utført. Disse variasjonene forekom innenfor samme avdeling og mellom de ulike fødeavdelingene.

Det ble valgt å gjøre en intern kartlegging av avnavlingstidspunkt. Ved å gjennomføre en intern jordmorfaglig audit, vil resultatet si noe om praksis i den aktuelle klinikk på gjeldende tidspunkt. Det er usikkert om det vil være mulig å generalisere resultatene til å gjelde jordmødre utenfor den aktuelle klinikk. Likevel viste kartleggingen fra denne audit at resultatene samsvarer med andre studier hvor avnavlingspraksis er dokumentert (Wiklund, Nordström og Norman 2008; Mercer et al, 2000). Både Wiklund, Nordström og Norman (2008) og Mercer et al (2000), viser at avnavlingspraksis varierer blant jordmødre. Andre studier hvor obstetrisk praksis er kartlagt viser at fødselshjelpen blant jordmødre i sin helhet varierer. Sandin – Bojö et al (2006) kartla praksis blant svenske jordmødre ved hjelp av et auditverktøy. Denne kartleggingen viste at standard og anbefalinger for praksis bare delvis ble møtt. Sandin – Bojö og Kvist (2008) viste i sin studie at fødselshjelpen blant jordmødre i liten grad var basert på forskningsbasert kunnskap og at praksis varierte mellom avdelinger og sykehus. En kvalitetsmåling av praksis gjennomført av Kvist et al (2010) viste også at anbefalinger ikke ble fulgt, og at praksis inneholdt stor grad av variasjon. Selv om denne audit av avnavlingstidspunkt var intern og hadde et lite utvalg er det likevel grunn til å tro at praksis blant jordmødre i Norge ikke skiller seg mye fra våre nordiske land, og det er dermed trolig at resultatet fra denne kartleggingen kan overføres til andre fødeavdelinger.

Audit er en interaktiv prosess der det settes av tid og ressurser og flere personer er involvert i hvordan kriterier og standarder bestemmes (Ammentorp & Rørmann, 2008, s.33; NICE, 2002). I denne kartleggingen av praksis har det ikke vært en gruppe på flere mennesker som har arbeidet mot et felles mål om bedret praksis. Det har kun vært en person som har arbeidet med hele prosessen. Faren ved å arbeide på denne måten kan være at problemstillingen og metode belyses ensidig og kun ut fra min oppfatning av virkeligheten. For å unngå dette problemet har ikke audit prosessen foregått i et lukket vakuum, men problemstillinger og valg har blitt diskutert med kollegaer, klinikkledere, medstudenter, veiledere og andre ressurspersoner. På bakgrunn av disse diskusjonene

har jeg tatt beslutningene om metoden og audit prosessen har dermed involvert flere personer. Fordi auditprosessen i stor grad har vært gjennomført av en person, har den ikke involvert andre fagpersoner innen obstetrikken. NICE hevder at klinisk audit best gjennomføres gjennom tverrfaglighet, og hvor man vektlegger samarbeid og samhandling (NICE, 2002, s.9). Avnavling i den normale fødsel er en jordmoroppgave, og jeg har derfor vurdert det som ikke nødvendig å involvere andre faggrupper i bestemmelsen av kriterier og standard.

Fordi data ikke kunne hentes inn objektivt via pasientjournaler, ble spørreskjema valgt som datasamlingsmetode for denne audit. Spørreskjema er en mye brukt datainnsamlingsmetode innenfor jordmorforskning. Det er en relativt hurtig og rimelig metode for datasamling, samt at den kan innlemme et relativt stort utvalg (Brindle et al, 2005). Spørreskjemaet i denne audit tok utgangspunkt i en tidligere undersøkelse gjennomført blant amerikanske jordmødre (Mercer et al, 2000). Årsaken til at akkurat dette spørreskjemaet ble tatt i bruk, var at det fantes få andre spørreskjemaer som kartla jordmødres avnavlingspraksis og dette spørreskjemaet ble vurdert som best egnet.

En spørreskjemaundersøkelse kan gjøre det vanskelig å få helt presise data, fordi den som svarer mer eller mindre ubevisst har en tendens til å overdrive positive sider og underrapportere negative sider (Polit & Beck, 2004, s.350). Deltagerne i denne audit fylte imidlertid ut spørreskjemaene anonymt og svarprosenten var høyere enn beregnet sample size (vedlegg nr. VIII), dette kan være med å styrke gyldigheten i resultatene. Spørreskjemaet ble ikke levert ut elektronisk, selv om systematiske oversikter har vist at dette kan være en viktig faktor for å øke svarprosenten (Edwards et al, 2009). Etter å ha kontaktet helseforetakets egen IT avdeling besluttet jeg å levere spørreskjemaet i jordmødrenes interne posthyller. IT avdelingens egne erfaringer var at ansatte i helseforetaket svarte relativt sjelden på elektroniske spørreundersøkelser, og at en svarprosent rundt 40 % var en realistisk oppnåelse ved bruk av elektroniske spørreskjema. Ved å levere spørreskjemaene i jordmødrenes posthyller var det større sannsynlighet for at spørsmålene kunne bli diskutert og at resultatet dermed ble påvirket av disse diskusjonene. Utformingen av spørreskjemaet var basert på at det skulle være enkelt å fylle ut, og at det ikke skulle ta lang tid. Spørreskjemaet inneholdt kun seks spørsmål, hvor fire av disse omhandlet kartlegging av praksis. Edwards et al (2009) hevder at strategier hvor enkelhet er vektlagt, kan fremme oppslutningen til en spørreundersøkelse. Spørreskjemaet inneholdt kun seks spørsmål, og av de 112

innleverte spørreskjemaene var det bare tre spørreskjemaer som ikke hadde besvart alle spørsmålene. Tilbakemeldinger fra jordmødrene var at skjema inneholdt enkle og forståelige spørsmål, og at det var raskt å fylle ut (Edwards et al, 2009). Disse tilbakemeldingene kan styrke antagelsen i at de fleste jordmødrene mente spørreskjemaet var enkelt å fylle ut, og at det derfor ble gitt selvstendige svar.

Andre datasamlingsmetoder ble vurdert. Blant annet observasjonsstudie av avnavlingstidspunkt, merking av tilfeldige journaler og fokusgruppeintervju. Ingen av disse metodene ble vurdert som bedre egnet enn spørreskjemaundersøkelse.

I tillegg til å kartlegge når jordmor avnavlet det nyfødte barn, ble det samlet data om hvilke kunnskapskilder jordmor benyttet seg av når hun stod overfor et problem knyttet til avnavling. Kartleggingen viste at uavhengig av avdelingstilhørighet og ansiennitet som jordmor, søkte jordmødrene oftest råd og veiledning hos en jordmorkollega (34 %). Dette funnet samsvarer med andre studier som har kartlagt jordmødres kunnskapstilegning (Sandven, 2003). Sandven (2003) fant også at jordmødre oftest søkte råd og veiledning hos egen kollega når de ble stilt overfor en klinisk problemstilling. Ulvenes et al (2009) rapporterte i sin studie at den mest brukte informasjonskilden i klinisk praksis blant norske leger også var kollegaer. Thompson et al (2008) hevder at sykepleiere støtter seg til mange ulike kunnskapskilder i sin daglige yrkesutøvelse, men at forskningsbasert kunnskap kun benyttes i mindre grad.

Kartleggingen sier ikke noe om hvorfor jordmor søker oftest råd hos egen kollega. Det å arbeide på en fødeavdeling innebærer høyt tempo og tidspress, det blir derfor naturlig å diskutere og rådføre seg med kollegaer. Kartleggingen av avnavlingspraksis avdekket variasjoner i praksis. For å sikre kvalitet og lik behandling må vi sørge for at den faglige diskusjonen er tuftet på oppdatert kunnskap. Både nasjonalt og lokalt i eget helseforetak, er en av målsettingene å sikre kvaliteten i behandlingen gjennom å øke anvendelsen av forskningsbasert kunnskap i praksis (Helsedirektoratet, 2010; Strategiplan Helse Vest, 2009). Samtidig dokumenteres det i offentlige dokumenter at ulike helseforetak og fødeinstitusjoner ikke klarer å oppfylle kravene om faglig oppdatering og videreutdanning blant jordmødre (Helse og - omsorgsdepartementet, St.meld.12, 2008-2009). For at jordmødre til enhver tid skal kunne benytte seg av den best tilgjengelige kunnskapen, er det en forutsetning at de får opplæring og kompetanse i hvordan finne denne kunnskapen. Sandven (2003) hevder at jordmødre har en positiv

holdning til kunnskapsbasert praksis, dette konkluderer Ulvenes et al (2009) at norske leger også har. Ulvenes et al (2009) sier videre at legene rapporterte at det var vanskelig å søke etter og kritisk vurdere forskningsbasert kunnskap i en hektisk hverdag.

Coomarasamy og Khan (2004) konkluderer i sin systematiske oversikt at undervisning om kunnskapsbasert praksis og trening i kritisk vurdering av forskningsartikler, resulterte i endret adferd og holdning til kunnskapsbasert praksis i en positiv retning. Videre sier de at for å øke anvendelsen av forskning i praksis bør undervisning i kunnskapsbasert praksis integreres i den kliniske hverdag (Coomarasamy og Khan 2004).

Hvordan informasjon ble innhentet varierte på noen områder, avhengig av ansiennitet som jordmor og om jordmor arbeidet på høy – eller lavrisikoavdeling. Jordmødre i gruppen med ansiennitet inntil fem år søkte kunnskap fra vitenskapelige databaser i vesentlig større grad enn jordmødrene med ansiennitet mer enn fem år. I denne gruppen benyttet 22 % av jordmødrene seg av vitenskapelige databaser når de trengte informasjon om avnavlingstidspunkt, mens 11 % av jordmødre i gruppen med ansiennitet over fem år benyttet seg av vitenskapelige databaser. Denne forskjellen skyldes nok i hovedsak at jordmødre utdannet etter 2004 (Kunnskapsdepartementet, st.meld.7) har fått systematisk opplæring i hvordan søke og kritisk vurdere forskningsbasert kunnskap. Gruppen jordmødre i denne kartleggingen er liten og det er vanskelig å trekke noen absolutte slutninger, men det er mulig å se en tendens til at undervisning i å arbeide kunnskapsbasert kan ha en effekt. Dette samsvarer med Coomarasamy og Khan (2004) som sier at økt kunnskap fører til positiv adferd og holdning til kunnskapsbasert praksis. Andre faktorer kan være at jordmødre med lavere ansiennitet er yngre, og innehar andre holdninger til forskningsbasert kunnskap og bedre ferdigheter relatert til søk og søkestrategi. Ulveset et al (2009) fant i sin studie at yngre leger, og da særlig assistent legene, var mer positiv til kunnskapsbasert tenkning enn sine eldre kollegaer.

Jordmødrene (3 %) som arbeidet ved lavrisiko fødeavdeling benyttet seg i langt mindre grad av obstetriker/ lege når de søkte kunnskap rundt problemstillingen, i forhold til jordmødre ved høyrisiko fødeavdeling (15 %). Årsaken til dette kan være at fødeavdelinger som defineres som lavrisiko fødeavdelinger er jordmorstyrte. Ved jordmorstyrte fødeavdelinger blir obstetriker kun tilkalt ved behov, mens i en høyrisiko fødeavdeling er obstetriker mer tilgjengelig og tilstede i avdelingen.

På spørsmålet om bruk av kunnskapskilder kunne respondentene krysse av for mer enn ett svaralternativ. Det var ikke mulig å gradere alternativene, så kartleggingen kan ikke på dette spørsmålet si noe om hvilke kunnskapskilder jordmor anser som viktigst for å sikre kvaliteten på praksis.

Bruk av kunnskapskilder ble i dette spørreskjemaet knyttet opp mot avnavlingspraksis. Hvorvidt jordmor søker kunnskap på denne måten i andre kliniske problemstillinger, vil ikke være mulig å konkludere med ut fra denne kartleggingen. Jordmødrene hadde muligheter til å legge til andre kilder for kunnskap enn det spørreskjemaet tok høyde for. Kartleggingen viste at de jordmødrene som benyttet seg av denne muligheten ofte svarte at avdelingens metodebøker var en valgt kunnskapskilde. Det finnes ikke lokalt tilpassede retningslinjer for avnavlingspraksis i klinikkens metodebøker. Dette svaret kan bety at jordmødrene på spørsmålet om bruk av kunnskapskilder har svart mer generelt, og ikke bare i forhold til spørsmål relatert til avnavlingspraksis.

Hvor jordmor plasserte det nyfødte barn etter fødsel, var også en del av kartleggingen og 86 % av jordmødrene svarte at de plasserte det nyfødte barn på mors mage etter fødsel. Årsaken til at dette spørsmålet ble inkludert er at navlevenen påvirkes mer av gravitasjon enn den arterielle blodstrømmen og oksygenert blod transfunderes til barnet via navlevenen. Ved å holde barnet over morkakenivå reduseres den venøse transfusjonen, samtidig som den arterielle strømmingen fortsetter å transportere blod fra barn til morkake (Yao et al, 1964; Aiery, Duely & Farrar, 2010; Skulstad, 2005; Farrar et al, 2009). Man er redd for at det kan oppstå en negativ transfusjon fra barn til morkake dersom barnet legges for høyt over morkakenivå. For høyt i denne sammenheng er vurdert til å være 20 cm over morkakenivå (Farrar et al, 2009). Sett i lys av at majoriteten av jordmødrene begrunner valg av avnavlingstidspunkt med økt morkaketransfusjon, er det få jordmødre som velger å plassere barnet under morkakenivå rett etter en fødsel. Kvinneklinikken hvor audit ble gjennomført er en mor- barn vennlig klinikk (WHO, 1998). Mor- barn vennlig initiativ er en oppfølging av WHO/Unicefs “Baby Friendly Hospital Initiative”. Ett av prinsippene til mor – barn vennlig initiativ er tidlig hud- mot – hud kontakt mellom mor og barn etter fødsel for å fremme amming. Dette prinsippet er nok hovedårsaken til at de fleste barn legges på mors bryst etter fødsel, og før navlesnor avklemmes. Hutton og Hassan (2007) har i sin systematiske oversikt vist en sammenheng mellom økte jernlagre hos barnet og bedret vilkår for vellykket amming. Ved å holde barnet lavere enn morkakenivå, sørger

jordmor for raskere transfusjon slik at barnet kommer raskt til mor og dermed bedrer barnets muligheter for god ernæring både ved økt blodvolum og tidlig hud – mot- hud kontakt.

5.1 Konsekvenser ved audit

Kvalitetsforbedring av praksis er et av hovedmålene ved å gjennomføre en audit. Like viktig som forbedring av praksis, er opprettholdelsen av forbedret praksis (NICE, 2002; Ammentorp & Rørmann, 2008; Patel, 2010). Auditprosessen i denne kartleggingen har kun involvert prosessens trinn frem til implementering (NICE, 2002). Det at implementering av forbedringstiltak ikke er gjennomført, innebærer at resultatene må formidles til praksis (Flottorp et al, 2010; DiCenso et al, 2002). En slik tilbakemelding bør skje både skriftlig og muntlig (Flottorp et al, 2010).

Audit som prosess er omfattende. Kartleggingen av avnavlingstidspunkt og bruk av kunnskapskilder omhandlet ikke implementering av endring til praksis. Det vil likevel fremmes forslag til hvilke endringer som kan foretas, og hvilke implementeringsstrategier som kan være hensiktsmessige å bruke.

Det er avstand mellom det vi vet og det vi gjør i klinisk praksis (Davis, et al 2003), og disse avstandene eksisterer også i hvordan vi best implementerer endring til praksis (ibid). Klinisk audit er en kvalitetsforbedringsmetode for hvordan vi kan oppnå endring av praksis. Gjennom systematiske oversikter er det forsøkt vist effekten av audit som kvalitetsforbedringsmetode. Jamtvedt et al (2006) konkluderer i sin Cochrane oversikt at audit har liten til moderat effekt som implementeringstiltak alene. Likevel viser oversikten at klinisk audit i enkelte tilfeller kan ha stor effekt på praksis og at audit derfor kan være en nyttig metode for å endre praksis. Den samme Cochrane oversikten sier at audit har vist seg å ha større effekt når den er en del av flere implementeringstiltak, og da særlig i sammenheng med feedback (Jamtvedt et al, 2006). Feedback er tilbakemelding til praksis om kvaliteten på den reelle praksis (Kjærgaard et al, 2001,s.16). Straus, Tetroe og Graham (2009, s.128), påstår at en tilbakemelding som tydelig demonstrerer gapet mellom teori og praksis vil motivere helseutøveren til å ville forbedre egen praksis. Tilbakemeldingene til egen praksis vil her innebære at resultatene fremlegges internt i egen klinikk, både i muntlig og skiftelig form. Andre måter å formidle resultatet på kan være å bruke opinions ledere. En opinionsleder er en

person som gjennom sin posisjon og status i klinikken, evner å påvirke andre menneskers holdninger og adferd (Starus, Tetroe & Graham, 2009, s.124). En opinionsleder er gjerne en person med høy kompetanse og evne til å formidle og videreføre et budskap (ibid). Ved å benytte seg av opinionsledere kombinert med feedback, kan resultatet i større grad kunne spres i klinikken, og ønsket endring oppnås. Gjennom arbeidsverktøyet Toolkit: Implementation of clinical practice guidelines (DiCenso et al, 2002, s.50) refereres det til kunnskapsbaserte implementeringsstrategier som har vist god effekt på endring av praksis. Også her konkluderes det med at man må iverksette flere enn et tiltak for å oppnå endring. Implementeringsstrategiene som har vist seg effektive er audit og feedback, bruk av reminders, lokale opinions ledere og oppmerksomhet rundt ønsket endring (DiCenso, 2002, s.50).

Alle fødsler dokumenteres og oppsummeres gjennom fødedataprogrammet IMATIS Natus. Ved å innføre dokumentasjon av avnavlingstidspunkt i dette dataprogrammet vil jordmor etter hver fødsel få en påminner om hvordan hun handlet i praksis. Slike datapåminnelser kan ha en positiv effekt i forhold til bevisstgjøring og være med å redusere gapet mellom praksis og forskning (Shojania et al, 2010). Ved å innføre dokumentasjon av avnavlingstidspunkt, vil man gjøre klinikken i stand til å foreta en re-audit, hvor man i større grad kan basere funn på objektive data. Det kan være nødvendig å gjenta audit sirkelen for å avgjøre om endring har funnet sted, og om endringer har oppnådd ønsket kvalitetsmål (NICE, 2002).

Ulike systematiske oversikter, hvor man ser på ulike tiltak for å forbedre praksis, hevder at det ikke finnes en løsning for å forbedre kvaliteten på helsetjenesten, men at mange ulike intervensjoner sammen kan gi viktige forbedringer av praksis og pasient utfall. Intervensjoner som trekkes frem som særlig effektive i denne sammenhengen var da bruk av reminders, audit og feedback, oppmerksomhet rundt problemstillingen og interaktiv undervisning (Oxman et al, 1995; Bero et al, 1998; Prior et al, 2008; O`Brian et al, 2009).

En systematisk oversikt av Chaillet et al (2006), viser at bruk av klinisk audit innenfor fødselsomsorgen er et effektivt virkemiddel for å kartlegge praksis og gjennomføre endringer. Den systematiske oversikten sier også at audit kombinert med feedback og lokale opinionsledere er særlig effektivt innenfor fødselsomsorgen (Chaillet et al, 2006). Avnavlingspraksis viste variasjoner på praksis blant jordmødrene, og det kan synes som

om implementering av kunnskapsbasert retningslinjer kan være et virkemiddel for å forbedre praksis på dette området. Implementering av retningslinjer etterfulgt av evaluering har vist seg å være virkningsfullt. Sandin – Bojö et al (2007) gjennomførte en audit etter at et kvalitetsforbedringsprogram var innført. Resultatene viste tydelig forbedring av fødselsomsorgen, og da særlig på de områdene hvor retningslinjer var implementert. Sprague et al (2008) så også på effekten av å implementere en kunnskapsbasert retningslinje. Retningslinjen ble implementert ved å bruke kunnskapsbaserte implementeringsstrategier (Dicenso et al, 2002 i Sprague et al, 2008). Resultatet viste forbedring av praksis, men ikke i den skala man hadde forventet. Årsaken til dette skyldes trolig mangelfull tilbakemelding av resultatene til praksis, og manglende kartlegging av avdelingens holdninger og kultur (Sprague et al, 2008). Disse studiene viser at det nytter å implementere retningslinjer, men at det er en omfattende prosess som krever ressurser og ledelsesforankring (Sprague et al, 2008). Et viktig prinsipp innenfor norsk helsevesen er at tilbudet skal inneha god kvalitet og være likt for brukerne (... og bedre skal det bli, 2005 – 2015, s.). Helse og – omsorgsdepartementet sier i stortingsmelding nr.16 sier at mellom 8 – 20 % av pasientene i sykehus blir utsatt for uønskede hendelser. Noe av årsaken til dette skyldes mangelfulle rutiner og retningslinjer (St.meld. nr.16, 2011, s.96). Implementering av kunnskapsbaserte retningslinjer kan synes som en oppgave som må forankres både nasjonalt og lokalt. For å bedre situasjonen er det nødvendig å drive systematisk kvalitetsforbedringsarbeid, som er forankret i sykehusledelsen (Helse og - omsorgsdepartementet, St.meld. nr.16, s.97).

5.2 Konklusjon

Audit av avnavlingspraksis viste at det var avstand mellom ønsket standard for praksis og reell praksis. Det var 53 % av jordmødrene som avnavlet etter opphør av pulsasjon, videre viste kartleggingen at avnavlingspraksis blant jordmødrene varierte internt i fødeavdelingen og mellom de ulike fødeavdelingene.

Oppgavens problemstilling inneholdt spørsmål om hvilke kunnskapskilder avnavlingstidspunkt støttes på. Resultatet fra kartleggingen viste at forskningsbasert kunnskap ble lite brukt. Jordmødre som hadde fått opplæring i å søke i vitenskapelige

databaser, benyttet i større grad disse kildene som kunnskapsgrunnlag for avnavlingspraksis. Ut fra denne kartleggingen kan vi ikke si noe om årsaken til hvorfor forskningsbasert kunnskap brukes lite.

5.3 Forslag til videre forskning

Denne audit har kartlagt at praksis ikke alltid er basert på den beste kunnskap. Ved å implementere strategier for å øke anvendelsen av forskningsbasert kunnskap kan vi redusere gapet mellom hva vi vet og det vi gjør. Gjennom en re – audit kan vi dokumentere om det har skjedd en forbedring av praksis basert på de tiltak som er implementert (NICE, 2002).

Ingen spørsmål i denne audit kartla årsaken til hvorfor jordmor gjør som hun gjør. For videre forbedring av praksis kan det være nyttig å kartlegge årsaker til hvorfor vi ikke arbeider i tråd med forskningsbasert kunnskap. Kjaermo et al (2010) hevder at de oftest rapporterte barrierene for ikke å implementere ny kunnskap er mangel på tid, kunnskap om å arbeide kunnskapsbasert, mangel på ledelsesforankring, manglende kunnskap om statistikk og kritisk vurdering og manglende ressurser. Kjaermo et al (2010), sier at disse barrierene må tas hensyn til ved implementering, men at det også er like viktig å kartlegge lokale og kontekstuelle barrierer i den aktuelle organisasjonen hvor implementering skal foregå. Implementering av ny kunnskap krever dermed kunnskap om de kontekstuelle og kulturelle forholdene i praksis hvor endring skal skje.

Litteraturliste

Airey, R., Farrar, D. & Duley, L (2009). Alternative position for the bayby at birth before clamping the umbilical cord. *Cochrane database of systematic Reviews*, Issue 1. Art.No.: CD007555. DOI:10.1002/14651858. CD007555.

Ammentorp, J. & Rørmann D. (2008) *Audit i Sundhetsvæsenet. En håndbog om metoden og dens anvendelse i klinisk praksis*. København Danmark, Books on Demand GmbH.

Bero, LA., Grilli, R., Grimshaw, JM., Harvey, E., Oxman, AD & Thomson, MA. (1998). Getting research findings into practice: Closing the gap between research and practice: an overview of systematic reviews of interventions to promote the implementation of research findings. *BMJ* 317, s. 465-468

Blomhøj, G. & Mainz, J. (2000). *Audit– en metode til kvalitetsudvikling af klinisk praksis*. København, Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren, ISSN: 1398 – 1560. Klaringsrapport.

Boynton, P.M. & Greenhalg, T. (2004). Selecting, designing, and developing your questionnaire. *BMJ* 328, s. 1312 – 1315.

Brain, J. & Bywaters, C. (2009) Clinical Audit Program. Guidance Tools. *HQIP*[internett] s.1-19 Tilgængelig fra: <
<https://www.hqip.org.uk/assets/Downloads/Clinical-Audit-Program-Guide-and-Guidance-Tools.pdf>. > [Nedlastet 12.februar 2010].

Brindle, S., Douglas, F., vanTeijlingen E & Hundley V. (2005). Midwifery research: questionnaire surveys. *MIDWIFES* 8 (4), s. 156 – 158.

Cantillon, P. & Sargeant, J. (2008) Giving feedback in clinical settings. *BMJ*, 337(11), s. 1292-94

Cernadas, JMC. Carroli, G. Pellegrini, L. Otaño, L. Ferreira M., Ricci, C. Casas, O. Daniel Giordano, D. & Lardizábal, J (2006) The Effect of Timing of Cord Clamping on Neonatal Venous Hematocrit Values and Clinical Outcome at Term: A Randomized, Controlled Trial. *Pediatrics*. 117 (4), s. 779-786.

Chaillet N., Dube E., Dugas M., Audibert F., Tourigny C., Fraser W.D. & Dumont A. (2006) Evidence-based strategies for implementing guidelines in obstetrics: A systematic review. *Obstetrics and Gynecology*. 108(5), s. 1234-1245.

Chaparro, CM., Neufeld, LM., Alavez, GT., Cedillo, REL. & Dewey KG (2006). Effect of timing of umbilical cord clamping on iron status in Mexican infants: a randomised controlled trial *The Lancet*, 367(9527), s. 1997-2004.

Coomarasamy, A. & Khan, KS. (2004). What is the evidence that postgraduate teaching in evidence based medicine changes anything? A systematic review. *BMJ*. Volume 329

Davis, D., Davis, ME., Jadad, A., Perrier, C., Rath, D., Ryan, D., Sibbald, G., Starus, S., Rappolt, S., Wowk, M. & Zwarenstein, M. (2003) The case for knowledge translation: shortening the journey from evidence to effect. *BMJ* 327(33)

De regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK). (2010) [Internett] Tilgjengelig fra: <<http://helseforskning.etikkom.no/xnet/public> > [Nedlastet 20.mai 2010]

Den Norske Jordmorforening (2010). *Etiske retningslinjer*. [Internett] Oslo. Tilgjengelig fra:< <http://www.jordmorforeningen.no/jm/Organisasjon/Styringsdokumenter/Retningslinjer> > [Nedlastet 14. februar 2010].

Den Norske Jordmorforening (2005). *Definisjon av jordmor*. [internett] Oslo Tilgjengelig fra: < <http://www.jordmorforeningen.no/jm/Fag-og-forskning/Definisjon-av-jordmor2> > [nedlastet 14.februar 2010],

DiCenso, A., Bajnok, I., Borycki, E., Davies, B., Graham, I., Harrison, M., Logan, J., McCleary, L., Power, M. & Scott, J. (2002) Toolkit: Implementation of clinical practice guidelines. *Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO)*.

<<http://www.rnao.org/Page.asp?PageID=924&ContentID=823>> [Nedlastet 2.februar 2011].

Edwards P, Roberts I, Clarke M, DiGuseppi C, Pratap S, Wentz R, Kwan I. (2009) Increasing response rate to postal questionnaires: a systematic review. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 3. Art. No.: MR000008. DOI: 10.1002/14651858.MR000008.pub4.

Enkin, M., Keirse, MJNC., Neilson, J., Crowther C., Duley, L., Hodnett, E. & Hofmeyr, J. (2006). *A guide to effective care in pregnancy and childbirth*. 3.utg.Oxford. Oxford University Press.

Emhamed, M.O., van Rheeën, P. & Brabin, B.J (2004). The early effects of delayed cord clamping in term infants born to Libyan mothers. *Tropical Doctors* 34, s. 218-222.

Farrar, D., Tufnell, D., Airey, R. & Duley, L. (2009) Care during the third stage of labour: A postal survey of UK midwives and obstetricians. *BMC Pregnancy and Childbirth*,

Halvorsen, K. (2008). *Å forske på samfunnet. En innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. 5.utgave, Oslo Cappelen Akademiske Forlag.

Helse Bergen (2009) *Strategiplan for HelseBergen HF 2008- 2012* [intranett]

<<http://www.helse-bergen.no/intranett>> [nedlastet 10.april 2009].

Helsedirektoratet (2003). *Evaluering av faglige retningslinjer. AGREE instrumentet*.

The AGREE Collaboration/ Sosial og – helsedirektoratet, juli 2003. The AGREE

Collaboration. Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation (AGREE)

Instrument. www.agreecollaboration.org

<http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/evalueringer/agree_instrument_evaluering_av_faglige_retningslinjer_2761>

Helsedirektoratet (2005). *Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial – og helsetjenesten... Og bedre skal det bli (2005 – 2015)*. Oslo, 2005

Helsedirektoratet (2007). *Hvordan kommer vi fra visjoner til handling? ... og bedre skal det bli! Praksisfeltets anbefalinger for å oppnå god kvalitet på tjenestene i sosial- og helsetjenesten*. IS 1502 Veileder. Oslo, oktober 2007.

Helsedirektoratet (2010). *Utviklingsstrategi for jordmortjenesten. Tjenestekvalitet og kapasitet*. Oslo, 2010

Helsedirektoratet (2010). *Et trygt fødetilbud. Forslag til kvalitetskrav for fødeinstitusjoner*. Oslo, april 2010.

Helse og omsorgsdepartementet (2009). *En gledelig begivenhet. Om en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg*. St.meld. nr. 12 (2008–2009). Oslo, februar 2009.

Helse – og omsorgsdepartementet.(2011). *I trygge hender- nasjonal pasientsikkerhetskampanje. Veileder for ledelse av pasientsikkerhet*. Nasjonal enhet for pasientsikkerhet, Kunnskapssenteret. Oslo, 2011.

Helse – og omsorgsdepartementet (2011). *Nasjonal helse og – omsorgsplan (2011-2015)*.St.meld.nr.16, Oslo, april 2011.

Hommelstad, J. & Ruland, C. M. (2004). Norwegian nurses' perceived barriers and facilitators to research use. *AORN Journal*. 79 (3), s. 621-34.

Hutton, EK & Hassan, ES. (2007) Late vs Early Clamping of the Umbilical Cord in Full-term Neonates: Systematic Review and Meta-analysis of Controlled Trials. *JAMA*, s. 297(11):1241-52.

Hysong, S J. (2009) Meta-Analysis: Audit and Feedback Features Impact Effectiveness on Care Quality. *Medical Care*: 47 (3), s. 356-363.

Hysong, S.J., Best, R.G & Pugh, J.A. (2006). Audit and feedback and clinical practice guideline adherence: Making feedback actionable. *Implementation Science*, 1:9
Published: 28 April 2006.

<<http://www.implementationscience.com/content/1/1/9/abstract>> [nedlastet 31.03.11].

Jamtvedt, G. & Røsberg, A. (1999). Norske fysioterapeuters forhold til den faglige informasjonsflommen. *Fysioterapeuten* (3), s. 10-6.

Jamtvedt G, Young JM, Kristoffersen DT, O'Brian MA, Oxman AD(2006) Audit and Feedback: effects on professional practice and health care outcomes(Review). *The Cochrane Library* 2006. Issue 2. Art.No,CD000259.

Kajermo, K.N., Boström, A-M., Thompson, D.S., Hutchinson, A.M., Estabrooks, C.A & Wallin, L (2010). The BARRIER scale -- the barriers to research utilization scale: A systematic review. *Implementation Science*, 5:32. Tilgjengelig fra:

<<http://www.implementationscience.com/content/5/1/32>> [nedlastet 03.05.11].

Kjærgaard, J., Mainz, J., Jørgensen, T & Willaing, I (2001). *Kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet*. København, 2001, Munksgaard.

Kunnskapsdepartementet (2007) *Statusrapport for Kvalitetsreformen i høgre utdanning*. St.meld. nr. 7(2007-2008).

Kvist, J.L., Damiani, N., Rosenqvist, J. & Sandin-Bojö, A-K.(2010) Measuring the quality of documented care given by Swedish midwives during birth *Midwifery*. 2010

Linderkamp, O.(1982) Placental transfusion: determinants and effects. *Clinics in Perinatology*. Oct;9(3), s.559-92.

Maybin, R & Thorlby, J. (2008) High Quality Care for All: Briefing on NHS Next Stage Review final report. London, *The King's Fund* [internett] Tilgjengelig fra:

<http://www.kingsfund.org.uk/publications/briefings/high_quality_care.html>

[nedlastet 22.03.11].

McDonald, S.J. & Middleton, P. (2008) Effect of timing of umbilical cord clamping of term infants on maternal and neonatal outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Issue 2. Art. No.: CD004074. DOI: 10.1002/14651858.CD004074.pub2.

McDonald, S. (2007). Management of the third stage of labour. *The Journal of Midwifery & Women's Health* 52(3), s. 254–261.

Meberg, A & Dahlø, R. *Jordmorboka*. I: Brunstad, A. & Tegnander E. (2010) Del 7: Det syke nyfødte barn. Oslo. Akribe AS. s.588-613.

Mercer J, Nelson C, Skovgaard CNM, Hughes B (2000) Umbilical cord clamping: beliefs and practices of American nurse- midwives. *Journal of Midwifery and women's health*. Volume 45 (1), s. 58-66.

Mercer J (2001) Current Best Evidence: A Review of the Literature on umbilical cord clamping. *Journal of Midwifery and Women's Health*. 46(6), s. 402 – 414.

Mercer, J. & Skovgaard, R.L., (2002) Neonatal Transitional Physiology: A New Paradigm. *Journal of Neonate Nursing* 15(4), s. 56 – 75.

Mercer, J, McGrath, M, Vohr, B, Wallach, M, Padbury, J, Oh, W. (2006). “Delayed Cord Clamping in Very Preterm Infants Reduces the Incidence of Intraventricular Hemorrhage and Late Onset Sepsis: A Randomized Controlled Trial.” *Pediatrics*, 117(4).

Moss AJ, Monset-Couchard M. Placental transfusion: early versus late clamping of the umbilical cord. *Pediatrics*. 40(1), s. 109-26.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenestene (2008). *Sjekkliste for vurdering av en Oversiktsartikkel*. Tilgjengelig fra:

<<http://www.kunnskapssenteret.no/systemsider/S%C3%B8keresultater?cx=010191580526572086837%3A3gzhprhbb6u&cof=FORID%3A11%3BNB%3A1&ie=UTF-8&q=kritisk+vurdering#964> > [nedlastet 03.05.11].

NICE clinical guideline. (2002) *Principles for Best Practice in Clinical Audit* Radcliffe Medical[Internett] Tilgjengelig fra:
<<http://www.nice.org.uk/media/796/23/BestPracticeClinicalAudit.pdf>> [Nedlastet 11. Februar 2010]

NICE, *the guidelines manual* (2006). Radcliffe Medical[Internett] Tilgjengelig fra:
<<http://www.nice.org.uk/media/FA2/C8/GuidelinesManualChapters06.pdf>> [Nedlastet 11. Februar 2010].

NICE clinical guideline 55 (2007) *Intrapartum care: care of healthy women and their babies during childbirth* 1.8 Normal labour: third stage [Internett] Tilgjengelig fra:
<<https://ekstern.stud.hib.no/nicemedia/pdf/,DanaInfo=.awxyCrnilHx1rL7y+IPCNICEGuidance.pdf>> [Nedlastet 11.februar 2010].

NICE Clinical Guideline Implementing Tool (2007). *Intrapartum care: Audit criteria* Tilgjengelig fra: < <http://guidance.nice.org.uk/CG55/AuditSupport/doc/English>> [Nedlastet 03.05.11].

NICE 2010. *Who we are*. Radcliffe Medical[Internett] Tilgjengelig fra: < http://www.nice.org.uk/aboutnice/whoweare/who_we_are.jsp> [Nedlastet 22.03.11]

Nortvedt M, Jamtvedt G, Graverholt B, Reinart LM (2007) *Å arbeide og undervise kunnskapsbasert – en arbeidsbok for sykepleiere*. Oslo, Norsk Sykepleie Forbund.

Norsk Samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD). [Internett] tilgjengelig fra:
<http://www.nsd.uib.no> [Nedlastet 20.mai, 2010].

O'Brien MA, Freemantle N, Oxman AD, Wolfe F, Davis D, Herrin J
This (2009) Continuing education meetings and workshops: effects on professional practice and health care outcomes (Review). *The Cochrane Library* Issue 1. Art.No.: CD003030. DOI: 10.1002/14651858.CD003030.

Oxman AD, Thomson MA, Davies DA, Haynes RB. (1995) No magic bullets: a systematic review of 102 trials of interventions to improve professional practice. *CMAJ – JAMC*, 1995. 153 (10) 1423-1431.

- Patel, S (2010) Achieving quality assurance through clinical audit. *Nursing Management. Harrow-on-the-Hill.* 17(3), s. 28-34.
- Pallesen, S., Nordhus, I.H., Omvik, S., Sivertsen, B., Matthiesen, S.B. & Bjorvatn, B. (2005) Pittsburgh Sleep Quality Index. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, s. 714 – 717.
- Polit, D.F. & Beck, C.T. (2004). *Nursing Research. Principles and Methodes*. 7th Edition. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins.
- Prendeville, WJP., Elbourne, D.&McDonald, S. (2000). Active versus expectant management in the third stage of labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 3. Art. No.: CD000007. DOI: 10.1002/14651858.CD000007.pub2
- Prior, M., Guerin, M. & Grimmer – Sommers, K. (2008). The effectiveness of clinical guideline implementation strategies – a synthesis of systematic review findings. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. Vol 14, s.888-897.
- Rabe H, Reynolds G, Diaz-Rossello J.(2004). Early versus delayed umbilical cord clamping in preterm infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Issue 4. Art. No.: CD003248. DOI: 10.1002/14651858.CD003248.pub2.
- Sandven, I. (2005) *Kompetanseutvikling blant jordmødre i Norge*. Akademisk avhandling, Nordiska Hälsovårdhögskolan:Göteborg.
- Shojania, K.G., Jennings, A., Mayhew, A., Ramsay, C.R., Eccles, M.P. & Grimshaw, J. (2010) The effects of on-screen, point of care computer reminders on processes and outcomes of care. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 3. Art. No.: CD001096. DOI:10.1002/14651858. CD001096.pub2.
- Sandin – Bojö, AK., Larsson BW, Axelsson O, Hall-Lord ML (2006), Intrapartal care documented in a Swedish maternity unit and considered in relation to World Health Organization recommendations for care in normal birth”. *Midwifery* 22 (3), s. 207-217.

Sandin-Bojö AK, Hall-Lord ML, Axelsson O & Larsson BW (2007). Intrapartal care in a Swedish maternity unit after a quality-improvement programme.

Midwifery;23(2), s.113-22.

Sandin-Bojö, AK. & Kvist, LJ. (2008) Care in Labor: A Swedish Survey Using the Bologna Score *Birth* 35(4), s.321–328.

Skulstad, NM (2005). *Umbilical vein constriction at the abdominal wall. An 48mmmediate48 study in low risk pregnancies*.Ph.D thesis. Institute of Clinical Medicine Division of Obstetrics and Gynecology University of Bergen and Departement of Obstetrics and Gynecology Haukeland University Hospital Bergen.

Sprague, AE., Oppenheimer, L., McCabe, L., Graham, ID. & L. Davies, BL. (2008) Knowledge to Action Implementing a Guideline for Second Stage Labour. *American Journal of Maternal Child Nursing* 33(3), s. 179 – 186.

Straus S, Tetroe J, Graham ID (2009) *Knowledge Translation in Health Care. Moving from evidence to Practice*. Oxford, Wiley – Blackwell BMJ Books 1st Edition.

Strauss RG, Mock DM, Johnson KJ, Cress GA, Burmeister LF, Zimmermann MB, Bell EF, Rijhsinghani, A. (2008) A randomized clinical trial comparing 48mmmediate versus delayed clamping of the umbilical cord in preterm infants:short term clinicaly and laboratory endpoints. *TRANSFUSION* 48(4) s. 658 – 665.

Steinsbekk, A. (2008). Måling av effekt av pasientopplæring. *Tidsskrift for Den Norske Legeforening*. 20(10), s. 1216-8.

Thompson, DS., Moore, KN. & Estabrooks, CA. (2008) Increasing research ude in nursing: implications for clinical educators and managers. *Evidence Based Nursing* 11;35-39

Thulin, LBB., Iversen M & Hanestad BR.(2008). Oversettelse og kulturell tilpasning av diabetes spesifikt livskvalitets skjema ADDQol for bruk i Norge. *Vård i Norden* . 88.(2), s. 53 – 56.

Ulvenes, LV., Aasland, O., Nylenna, M. & Sønbo Kristiansen, I (2009). Norwegian Physicians`Knowledge of and Opinions about Evidence – Based Medicine: Cross – sectional Study. *Plus ONE* Nov 2009, Volume 4, Issue 11.

Upton, D & Upton, P (2006) Knowledge and use of evidence-based practice by allied health and health science professionals in the United Kingdom. *Journal of Allied Health*; 35(3), s.127-33.

Utdanning – og forskningsdepartementet. (2004) *Rammeplan med forskrift for jordmorutdanningen*. Kunnskapsdepartementet, Rammeplaner for høyere utdanning, helse – og sosialutdanning.

Vallgård, S & Koch, L (2007). *Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskap*. 3.udgave København. Munksgaard Danmark.

Wächter, B. (2004) The Bologna Process: developments and prospects. *European Journal of Education*. 39(3), s. 265-273.

World Health Organization (1996). Safe motherhood. Care in Normal Birth: a practical guide. *Maternal and newborn health/safe motherhood division of reproductive health world health organization* Geneva

World Health Organization (1998). Evidence for the ten steps to successful breastfeeding. *Division of Child health and Development*, Geneva. <
http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241591544_eng.pdf> [nedlastet 31.03.11].

World Health Organization. (2008). Process of translation and adaption of instruments. [Internett] tilgjengelig fra:
<http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/translation/en> [Nedlastet 21.mars 2010].

Wiklund, I., Nordström, L & Norman, M (2008) Vårdprogram för avnavling av nyfödda barn. *Läkartidningen*, 45, s. 3208-10.

Yao, AC & Lind, J (1968) Effect of gravity on Placental Transfusion. *The Lancet*, 294, Issue 7619(9), s. 505-508.

Yao AC, Moinian, M & Lind, J (1969) Distribution of Blood between Infant and Placenta after birth. *The Lancet*, 294, Issue 7626(10), s. 871-873.

Zeng X & Wu T (2007). Iron supplementation for iron deficiency anemia in children. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 2. Art. No.: CD006465. DOI: 10.1002/14651858.CD006465.

**Arbeider jordmor kunnskapsbasert: en jordmorfaglig audit av
Avnavlingspraksis i den normale fødsel.**

Katrine Aasekjær

Masterprogram i Kunnskapsbasert praksis i helsefag

Avdeling for Helse – og sosialfag

Høgskolen i Bergen

Vår 2011

Det er planlagt å sende artikkelen til tidsskriftet Sykepleien Forskning

Sammendrag

Bakgrunn: Kvalitet på helsetjenesten er et viktig mål i det norske helsevesenet, og målsettingen er at diagnostisering og behandling skal være basert på forskningsbasert kunnskap. Likevel viser studier at praksis ikke alltid handler i tråd med forskningsbasert kunnskap og at det er et gap mellom det vi vet og det vi gjør.

Hensikt: Hensikten med dette prosjektet var å kartlegge avnavlingstidspunkt og dokumentere praksis. Gjennom en slik kartlegging kan man vurdere om praksis er i tråd med de anbefalinger og konklusjoner som gis gjennom retningslinjer og systematisk oppsummert forskning.

Metode: Avnavlingspraksis i den normale fødsel ble kartlagt gjennom klinisk audit. De fire første trinnene i auditsirkelen ble gjennomført. 112 jordmødre ved en større kvinneklinikk svarte på spørreskjema vedrørende avnavlingstidspunkt, begrunnelse for tidspunkt, plassering av barnet etter fødsel og bruk av kunnskapskilder.

Resultat: Kartleggingen viste at halvparten av jordmødrene (53 %) avnavlet det nyfødte barnet i tråd med kunnskapsbasert standard satt for den jordmorfaglige audit. Videre viste kartleggingen at det var variasjoner blant jordmødrene på tidspunktet for hvordan samme prosedyre ble utført. Disse variasjonene forekom innenfor samme avdeling og mellom de ulike fødeavdelingene.

Kartleggingen viste også at de fleste jordmødrene rådførte seg med kollega dersom de stod overfor en problemstilling knyttet til avnavling, få jordmødre benyttet seg av forskningsbasert kunnskap.

Konklusjon: Resultatene fra den jordmorfaglige audit viste at det var diskrepans mellom reell praksis og anbefalinger gitt til praksis når det gjelder avnavling av det nyfødte barn. Praksis varierte også internt i fødeavdelingene og mellom de ulike fødeavdelinger.

Nøkkelord: kvalitetsforbedring, kunnskapsbasert praksis, klinisk audit, avnavling

Summary

Background: Quality of care is an important goal in the Norwegian health care system, and the goal is that diagnosis and treatment should be evidence - based. Nevertheless, studies show that practice not always is evidence – based and that there is a gap between what we know and what we do.

Purpose: The purpose of this quality improvement project was to document the timing of when midwives clamp the umbilical cord in normal labour, in order to assess whether their practice corresponded with evidence-based standard.

Method: The timing of clamping the umbilical cord in normal labour was studied through a clinical audit. The first four steps in the audit circle were conducted. 112 midwives at a major birth clinic responded to a questionnaire regarding clamping the umbilical cord, justification of the timing, placement of the child after birth and the use of knowledge sources.

Result: The audit showed that 53 % of the midwives clamped the umbilical cord corresponding with evidence-based standards set for the audit. Furthermore, the audit showed that there were variations among midwives on when the procedure was performed. These variations occurred within the same department and between different maternity wards.

The survey also showed that most midwives consulted with her colleague if they were facing a problem related to when clamping the umbilical cord, few midwives used research-based knowledge.

Conclusion: The results of the clinical audit show that there is a discrepancy between actual practice and recommendations given to practice when it comes to clamping the umbilical cord. Practice also varies within the maternity departments and between different maternity wards.

Keywords: quality improvement, evidence based practice, clinical audit, umbilical cord clamping.

INTRODUKSJON

Det er dokumentert, både nasjonalt og internasjonalt, at det helsetilbudet som pasienten mottar ikke alltid samsvarer med gjeldende retningslinjer og anbefalinger for praksis, og at det derfor oppstår et gap mellom reel praksis og anbefalt praksis (1,2). En slik uønsket variasjon på praksis opptrer både i primær – og spesialisthelsetjenesten, og påvirker både kvaliteten og sikkerheten på tjenestene (1).

Fødselsomsorgen i Norge holder høy kvalitet sammenlignet med andre land i verden (3), og har som mål å fremstå som virkningsfulle, trygge og sikre, og inneha kvalitet i alle ledd (3,4). Kvalitet og kvalitetskrav innenfor fødselsomsorgen endres over tid og ved ervervelse av ny kunnskap. Det er derfor nødvendig med kontinuerlig kvalitetsarbeid for å kunne opprettholde og høyne kvaliteten på fødselsomsorgen (3).

Pasientsikkerhet og forsvarlighet er en forutsetning for god kvalitet i fødselsomsorgen (2,3). Gjennom helsepersonelloven er jordmødre forpliktet til å arbeide faglig forsvarlig, slik at man bidrar til pasientsikkerhet og kvalitet i helsetjenesten (5). Kravet om faglig forsvarlighet omfatter også ledelsen av helsetjenesten (6). Det forventes derfor at fødeinstitusjonene arbeider kunnskapsbasert, og at man tilstreber å følge gjeldende anbefalinger innenfor fødselsomsorgen (2).

Å arbeide kunnskapsbasert betraktes som en brobygger mellom teori og praksis. Det blir sett på som en syklisk prosess for å kunne redusere gapet mellom forskning og klinisk praksis, og dermed heve kvaliteten på våre tjenester (7). Et viktig redskap for å redusere gapet mellom det vi vet og det vi gjør, er evaluering av eksisterende praksis gjennom klinisk audit (8,9).

Systematiske oversikter har vist viktigheten av at navlesnoen avklemmes etter opphør av pulsasjon både for barnet født til termin, og det premature barn (10,11,12). NICE (13) har utarbeidet en retningslinje som sier at dersom det ikke er nødvendig med tiltak overfor mor eller barn umiddelbart etter fødsel, skal man tilstrebe sen avnavling, fortrinnsvis etter at pulsasjon av navlesnor har opphørt (13). Tidspunkt for avnavling er av klinisk betydning for det nyfødte barn. Navlestrengsblodet fortsetter å pulsere og sender oksygenrikt blod til barnet etter at det er født. Dette sørger for at barnet får en gradvis tilpasning til livet utenfor livmor, og egenrespirasjon etableres. Mengden blod som transfunderes fra mor til barn kan være opp til 35 % av barnets totalvolum for barn

født til termin (10,11,12,14). Hos premature barn er mengden større (11). Hastigheten på denne transfusjonen påvirkes ved at barnet holdes lavere enn morkakenivå etter fødsel (15). Effekten av denne store transfusjonen for barn født til termin er økte jernlagre, og en reduksjon i antall barn med jernmangelanemi (12). For barn født før termin er effekten av sen avnavling reduksjon i anemi, intraventrikulære blødninger og behovet for blodtransfusjoner på grunn av lavt blodtrykk og anemi (11).

Forskningsbasert kunnskap har dokumentert at avnavling bør utføres sent, og fortrinnsvis etter opphør av pulsasjon i navlesnor (10,11,12,13,14,15). Likevel viser studier at avnavlingstidspunkt varierer mellom de ulike fødeklinikker, og internt i fødeklinikken og hvordan jordmødre forholder seg til problemstillingen preges dermed av den enkelte jordmors kunnskap og holdninger til problematikken (16,17).

Årsaken til denne variasjonen kan være sammensatt, men studier har vist at helsearbeidere ikke alltid er like flink til å kvalitetsvurdere egne praksisferdigheter (1) og at arbeidsoppgaver av rutinemessig karakter påvirker vår evne til refleksjon og dermed senkes kvaliteten på praksis (7). Avklemming av navlesnor er en rutinemessig oppgave som jordmor gjerne utfører flere ganger per vakt. Gjennom å kartlegge avnavlingstidspunkt kan vi systematisk følge med og evaluere tjenesten, og på den måten kvalitetssikre praksis. Klinisk audit er aktuelt når man ønsker å måle kvalitet, og arbeide med forbedrings – og endringsarbeid i klinikken. (8,9).

Hensikt

Hensikten med dette kvalitetsforbedringsprosjektet var å kartlegge jordmors avnavlingspraksis og vurdere om praksis er i tråd med anbefalinger fra kunnskapsbaserte retningslinjer. Følgende spørsmål var utgangspunkt for den jordmorfaglig audit:

- Når avnavler jordmor?
- I hvilken grad er dagens praksis i tråd med gjeldende retningslinjer på området?
- Hvilke kunnskapskilder angir jordmor for valg av avnavlingstidspunktet?

METODE

En jordmorfaglig audit ble gjennomført i tidsperioden oktober – desember 2010, på en universitetsklinikk med gjennomsnittlig 5000 fødsler per år i Norge. Klinikken inneholdt to fødeavdelinger, og disse var inndelt i en høyrisikofødeavdeling og en lavrisikofødeavdeling. Den jordmorfaglige audit av avnavlingstidspunkt i den normale fødsel ble i hovedsak gjennomført av forfatter. I tillegg til å gjennomføre en audit av avnavlingspraksis, ble det også kartlagt begrunnelse for avnavlingstidspunkt og hvilke kunnskapskilder jordmor oppga når de sto overfor en problemstilling knyttet til avnavlingspraksis.

Jordmødre ble inkludert dersom de arbeidet ved en av de to fødeavdelingene i den tidsperioden kartleggingen foregikk. 117 jordmødre ble inkludert til denne audit.

Kriterier og standard

Kartleggingen av kvalitet kan måles på tre nivåer, avhengig av om kvalitetsmålingen dreier seg om prosess, resultat eller struktur (8). Kvaliteten på praksis i dette prosjektet ble evaluert ved å kartlegge den reelle avnavlingspraksis som det nyfødte barn mottok, prosessdata (8). Denne informasjonen ble evaluert opp mot eksplisitte kriterier (8). De eksplisitte kriteriene ble brukt til å kunne vurdere i hvilken grad reell praksis korresponderte med anbefalinger gitt for praksis. Det ble satt ett kriterium for denne audit, og det ble formulert basert på anbefalinger fra en kunnskapsbasert retningslinje og systematiske oversikter (10,11,12,13). Retningslinjen ble funnet etter et systematisk søk i Guidelines International Network (G-I-N), med søkeordet *intrapartum care* (13). Det ble også foretatt et systematisk søk i Cochrane Collaboration med søkeordet *umbilical cord clamping* (10,11). Retningslinjen ble kritisk vurdert ved hjelp av AGREE verktøyet (33), mens de systematiske oversiktene ble vurdert ved hjelp av sjekklister fra kunnskapssenteret (34). Det eksplisitte kriteriet for den jordmorfaglige audit var: Avklemming av navlesnor i den normale fødsel skal skje etter opphør av pulsasjon i navlesnor.

Det ble også satt standard for avnavlingspraksis. En standard beskriver det realistiske målet for praksis (8), og i dette prosjektet tok jeg utgangspunkt i at kartleggingen av avnavlingstidspunkt omhandlet den normale fødsel og fødsel av friske barn. Ønsket standard for praksis ble derfor formulert på følgende måte: Alle jordmødrene (100 %)

skal i den normale fødsel avnavle etter opphør av pulsasjon i navlesnor. Både kriterie og standard ble formulert av forfatter.

Datasamling

Avnavlingstidspunkt blir ikke journalført, og det var derfor nødvendig å utvikle et egnet verktøy for å kunne kartlegge og dokumenter praksis. Audit verktøyet for denne jordmorfaglige audit, var et spørreskjema hentet fra en tidligere publisert amerikansk studie om avnavlingspraksis blant amerikanske jordmødre (17). Det fantes ikke noe spørreskjema på norsk, så det amerikanske spørreskjemaet ble oversatt til norsk ved å følge WHO`s oversettelses program (19). Norsk tilpasning foregikk ved at to jordmødre individuelt oversatte det originale spørreskjemaet til norsk. Det ble laget en felles oversettelse på bakgrunn av de to individuelle oversettelsene. Den norske versjonen ble tilbakeoversatt av en annen tospråklig jordmor. Den opprinnelige versjonen gjennomgikk deretter en face validity blant 10 jordmorstudenter fra avgangskullet ved Høgskolen i Bergen. Den opprinnelige og den tilbakeoversatte versjonen ble sammenlignet. De to versjonene uttrykte samme meningsinnhold, men i den norske versjonen ble ordlyd justert for å få bedre flyt i tekst. Det oversatte spørreskjemaet gjennomgikk en pilottest blant 6 jordmødre ansatt ved barsel – og observasjonspost i den samme klinikk som audit skulle gjennomføres. Tilbakemelding fra pilottesten resulterte i små justeringer av spørreskjemaet.

Spørreskjemaet inneholdt seks spørsmål. De to første omhandlet ansiennitet som jordmor og om jordmor arbeidet ved høy – eller lavrisiko fødeavdeling.

De fire neste spørsmålene kartla tidspunkt for avnavling i den normale fødsel, begrunnelse for avnavlingstidspunkt, plassering av det nyfødte barn og hvilke kunnskapskilder jordmor benyttet seg av i kliniske spørsmål som omhandlet avnavling. De fire spørsmålene som omhandlet egen praksis var satt opp med flere svaralternativer, hvor spørsmål om tidspunkt for avnavling og plassering av det nyfødte barn tillot et svar. I spørsmålene som tok for seg begrunnelse for avnavlingstidspunkt og bruk av kunnskapskilder kunne respondentene velge flere svaralternativer.

Prosjektet ble fremlagt for Regional komité for medisin og helsefaglig forskningsetikk (20), og den ble vurdert som ikke fremleggingspliktig. Den er godkjent av Norsk

samfunnsvitenskapelige datatjeneste (20). Kartlegging av praksis er godkjent av avdelings - og klinikkledelse. Alle data som ble samlet var anonyme.

Spørreskjemaet inneholdt et informasjonsbrev, hvor respondentene ble gitt skriftlig informasjon om kartleggingen og at innlevering av spørreskjemaet ble ansett som samtykke til deltagelse i studien.

Statistiske analyser

Det ble benyttet Excel versjon 2010 for de statistiske analysene. Det er gjort en deskriptiv fremstilling av data for utvalget. Datamaterialet ble presentert i stolpediagrammer og tabeller, for å vise fordelingen av de ulike variablene. Alle resultatene ble oppgitt i prosenter.

RESULTATER

Av 117 jordmødre var det 112 som deltok i kartleggingen av avnavlingspraksis. Dette gav en svarprosent på 95 %.

66 % av jordmødrene (n=74) arbeidet ved høyrisiko fødeavdeling, mens 34 % (n= 38) arbeidet ved lavrisikoavdeling. Gjennomsnittlig ansiennitet som jordmor var 12,5 år (range 0,5 – 41).

Tidspunkt for avnavling

Ingen jordmødre avnavlet barnet umiddelbart eller før det var gått ett minutt etter fødsel. 3 % (n=3) avnavlet ved ett minutt, mens 16 % (n=18) av jordmødrene avnavlet barnet mellom ett og tre minutter. Det var 6 % (n=7) av jordmødrene som oppgav at de avnavlet etter tre minutter, mens 53 % (n=59) avnavlet etter opphør av pulsasjon i navlesnor. Blant de spurte jordmødrene var det 22 % (n=25) som svarte at tidspunkt for avnavling av det nyfødte barn varierte (tabell 1, Vedlegg IX).

Spørreskjemaet inneholdt svaralternativet det varier, på spørsmål om avnavlingstidspunkt. 22 % av respondentene svarte at tidspunkt for avnavling varierte. Gjennomsnittlig ansiennitet som jordmor for denne gruppen var 15 år (3 – 34 år). Gruppen skilte seg ikke fra total populasjonen når det gjaldt ansiennitet. Det var 21 av jordmødrene i denne gruppen som arbeidet ved høyrisiko fødeavdeling.

Tidspunkt for avnavling ble kategorisert ut i fra om jordmor arbeidet ved høyrisiko - eller lavrisiko fødeavdeling. Ved høyrisikofødeavdeling svarte 39 % (n=29) av jordmødrene at de avnavlet ved opphør av pulsasjon i navlesnor. Prosentandelen jordmødre som oppgav dette svaret ved lavrisiko fødeavdeling var 79 % (n=30).

Det var flere jordmødre ved høyrisiko fødeavdeling som oppgav at tidspunkt for avnavling varierte, enn jordmødre ved lavrisiko fødeavdeling. Ved høyrisikofødeavdeling var det 28 % (n=21) som varierte avnavlingspraksis, mens det ved lavrisikofødeavdeling var 10 % (n=4) som oppgav dette svaralternativet for avnavlingspraksis. Det var også flere jordmødre (23 %) som avnavlet mellom ett og tre minutter ved høyrisiko fødeavdeling enn ved lavrisiko fødeavdeling (3 %).

Resultatene for avnavlingstidspunkt ble også delt inn etter ansiennitet som jordmor. 75 % (n=24) av jordmødrene med ansiennitet mindre enn fem år svarte at de avnavlet det nyfødte barn etter opphør av pulsasjon i navlesnor. I kategorien jordmødre med mer enn fem års ansiennitet som jordmor var det 44 % (n=35) som avnavlet etter opphør av pulsasjon i navlesnor. Det var flere jordmødre i kategorien ansiennitet mer enn fem år som svarte at avnavlingstidspunkt varierte. Her var det 30 % (n=24) som svarte at avnavlingspraksis varierte, mens det var 3 % (n=1) av jordmødrene med ansiennitet mindre enn fem år som sa at avnavlingspraksis varierte.

Begrunnelse for avnavlingstidspunkt

Jordmødrene kunne på spørsmål om begrunnelse for avnavlingstidspunkt velge mer enn ett svaralternativ, og det ble gjort 185 begrunnelser for avnavlingstidspunkt. Tre skjemaer manglet begrunnelse, og disse ble registrert som ikke besvart.

Jordmødrene begrunnet oftest at de avventet avnavling for å øke morkaketransfusjonen, gi det nyfødte barn en gradvis tilpasning av sirkulasjonen utenfor livmor og jordmødrene mente barnet fortsatte å motta oksygen fra navlesnor. Resultatet viste at 92 % (n=172) av jordmødrene valgte en eller flere av disse tre begrunnelsene for avnavlingstidspunkt. Det var ingen tydelige forskjeller i begrunnelse for avnavlingstidspunkt når det gjaldt jordmoransiennitet og avdelingstilhørighet.

DISKUSJON

Flere studier og systematiske oversikter har vist at det er en klinisk gevinst for det nyfødte barn dersom jordmor avventer avnavling etter fødsel. Resultatene fra denne audit viste at litt over halvparten av jordmødrene (53 %) utførte avnavlingspraksis i henhold til de anbefalinger som er gitt gjennom retningslinjen til NICE (13). På forhånd var standard for praksis satt til å være 100 %. Halvparten av jordmødrene arbeidet dermed i tråd med ønsket standard for praksis.

Til tross for diskrepans mellom ønsket standard for praksis og reell praksis, viste kartleggingen at ingen jordmødre avnavlet umiddelbart etter fødsel. Noe som innebærer at de fleste barna får overført noe blod fra morkake. Samtidig viste kartleggingen at det var store variasjoner på når jordmor avnavlet det nyfødte barn etter en fødsel. Audit dokumenterte at blant 73 % av jordmødrene varierte avnavlingspraksis til å gjelde fra ett minutt etter fødsel til opphør av pulsasjon i navlesnor. Variasjonene på avnavlingspraksis ble dokumentert innenfor samme fødeavdeling, og mellom de to fødeavdelingene. Dette funnet samsvarer med resultater fra lignende studier av avnavlingspraksis (16,17,18). Norsk fødselshjelp holder et høyt nivå, men det er dokumentert behov for forbedring (1,2,3,4). Det at praksis rundt en prosedyre varierer slik, sikrer hverken kvaliteten eller pasientsikkerheten på fødselsomsorgen.

Hvorfor praksis varierte ble ikke kartlagt, men studien kartla begrunnelse for avnavlingstidspunkt for å avdekke hvorfor jordmødrene handler som de gjør. Til tross for variasjoner i praksis hadde de fleste jordmødrene (92 %) en medisinskfaglig begrunnelse for avnavlingstidspunkt. Dette resultatet kan indikere at det ikke er kunnskapsgrunnlaget som er mangelfullt, med derimot andre faktorer som påvirker jordmors avnavlingspraksis. Kartleggingen viste at jordmødrene hadde relevant kunnskap om hvorfor man bør avvente avnavlingstidspunkt. Det at praksis er tuftet på kunnskap sørger for økt sikkerhet og kvalitet på behandlingen (2,25). Fordi begrunnelsen for avnavlingstidspunkt var medisinskfaglig for majoriteten av jordmødrene burde kanskje prosentandelen jordmødre som avnavlet ved opphør av pulsasjon vært høyere. Svarene om begrunnelse er relativt likt blant jordmødrene, og kan dermed være et resultat av at spørsmålet har blitt diskutert og dermed ikke uttrykker et nøyaktig resultat på dette spørsmålet.

Avstanden mellom ønsket mål for praksis og reell praksis var betydelig mindre blant jordmødre utdannet etter innføring av kvalitetsreformen (23). Blant jordmødre med jordmoransiennitet inntil fem år, var det 79 % som avnavlet etter opphør av pulsasjon. Denne forskjellen mellom jordmødre utdannet før og etter innføringen av kvalitetsreformen, kan forklares med at jordmorutdanningen siden 2004 har hatt økt fokus på kritisk vurdering og bruk av forskningsbasert kunnskap i utdanningen (23).

Kartleggingen viste også at det var en forskjell i avnavlingstidspunkt når det gjaldt hvilken avdeling jordmor arbeidet ved. Jordmødre ved lavrisikofødeavdeling avnavlet i større grad ved opphør av pulsasjon i navlesnor enn jordmødre i høyrisikoavdeling. Ved lavrisikofødeavdeling var det 79 % som avnavlet ved opphør av pulsasjon, mens det ved høyrisikoavdeling var 39 % av jordmødrene som gjennomførte praksis på denne måten. Forskningsbasert kunnskap har vist at ved innleggelse i en høyteknologisk fødeavdeling, øker sannsynligheten for at man intervensjoner og aktivt griper inn i fødselsarbeidet (3,24). Dette kan være en mulig forklaring til den store forskjellen i avnavlingstidspunkt mellom de to avdelingene.

Det ble gjennomført en intern audit, hvor utvalget var lite. Resultatene sier noe om den aktuelle praksis internt i klinikken, og vil i mindre grad kunne generaliseres utenfor den utenfor den aktuelle klinikk. Det ble brukt et spørreskjema for å samle data. Bruk av spørreskjema kan resultere i at respondenten kan overdrive positive egenskaper og underrapportere negative egenskaper. Spørreskjemaet ble fylt ut anonymt, inneholdt få og enkle spørsmål og svarprosenten var høy, disse faktorene kan være med å øke gyldigheten av resultatene.

KONKLUSJON.

Resultatene fra den jordmorfaglige audit viser at det er diskrepans mellom reell praksis og anbefalinger gitt til praksis når det gjelder avnavling av det nyfødte barn. Praksis varierer også internt i fødeavdelingene og mellom de ulike fødeavdelinger. Hvorfor praksis varierer på denne måten kan ikke kartleggingen si noe om. Det er usikkert om resultatene fra denne audit kan overføres til å gjelde fødselsomsorgen i Norge generelt, men funnet fra kartleggingen samsvarer med lignende undersøkelser som også konkluderer med variasjon av avnavlingspraksis (15,16). Andre studier som har kartlagt fødselsomsorgen viser at praksis varierer både internt i sykehusavdelingen og mellom

de ulike sykehus, og at jordmødre i liten grad baserer sin praksis på forskningsbasert kunnskap (31).

Jordmødre som hadde fått undervisning i å arbeide kunnskapsbasert, utførte praksis i større grad i tråd med gjeldende retningslinjer og anbefalinger.

KONSEKVENSER FOR PRAKSIS.

Klinisk audit innebærer også å gi tilbakemeldinger til praksis, slik at praksis får muligheter til å justere egen praksis (8,28). Bare gjennom å få vite hvordan praksis utføres, kan man settes i stand til å justere praksis. Tilbakemelding bør derfor formidles både i form av direkte undervisning og gjennom skriftlig tilbakemelding av resultatene (1,28). Tilbakemeldingene må tydeliggjøre gapet mellom reell praksis og forventet praksis, slik at dette kan motivere jordmor til å forbedre egen praksis (7,8). For å kunne forbedre praksis vil det være nyttig å kartlegge årsaker til hvorfor vi ikke arbeider kunnskapsbasert. Det er mange og sammensatte årsaker til hvorfor ny kunnskap ikke implementeres (31). Like viktig som å ta hensyn til de universelle barrierene for å implementere forskningsbasert kunnskap, vil det være avgjørende å kartlegge de lokale og kulturelle barrierene innenfor den aktuelle organisasjon hvor endring skal gjennomføres (31,32). Ved å skreddersy strategien for forbedringsarbeidet er det større sannsynlighet for at implementering av ny kunnskap vil resultere i forbedring av praksis (31,32).

Etter at audit var gjennomført oppga jordmødre at økt fokus på problemstillingen hadde resultert i økt refleksjon av egen praksis. Denne refleksjonen rundt egen praksis hadde hos disse jordmødre resultert i at de avventet avnavling av det nyfødte barn til opphør av pulsasjon. Hvor lenge slik refleksjon opprettholdes er avhengig av intensiteten på tilbakemeldingen som gis (28). Å gjenta tilbakemeldingen har vist å være virkningsfullt (1,8,28), men hvordan tilbakemeldingen blir gitt og hvem som formidler den vil også være avgjørende for at praksis endres (1,8,28). Tilbakemeldingen må gis om hva som må endres, ikke hvem som gjør feil, og den må formidles av personer som har anseelse i fagmiljøet.

Alle fødsler dokumenteres gjennom et eget fødedataprogram. Innføring av dokumentasjon av avnavlingstidspunkt, vil sørge for at jordmor ved hver fødsel blir

minnet på tidspunkt for avnavling (29). En slik påminnelse kan være med å forsterke ønsket adferd i praksis (28,29).

Det kan se ut som at undervisning i hvordan søke og kritisk vurdere forskningsbasert kunnskap kan være et viktig virkemiddel for at jordmødrene i større grad benytter seg av vitenskapelige databaser. Kompetanseutvikling er nødvendig for å sikre kvaliteten på behandlingen som gis, og kunnskap kan bidra til at gapet mellom forskningsbasert kunnskap og praksis reduseres (2,4).

Kvalitetsforbedring av praksis krever samarbeid og iverksettelse av flere tiltak dersom man skal oppnå ønsket mål om forbedring.

Takk til.

En stor takk til alle jordmødrene som deltok i kartleggingen. Takk også til ledelse ved klinikken for støtte til gjennomføring av audit.

REFERANSER:

1. European Observatory on Health Systems and Policies. HEN, HealthEvidenceNetwork [Internett] WHO Regional Office for Europe, Copenhagen. Denmark. Flottorp, S.A., Jamtvedt, G., Gibis, B & McKee, M; 2010. [hentet 2011-05-16] Tilgjengelig fra:
http://www.who.euro.int/_data/assets/pdf_file/0003/124419/e94296.pdf
2. Helsedirektoratet. Et trygt fødetilbud. Forslag til kvalitetskrav for fødeinstitusjoner. Oslo, Helsedirektoratet; 2010. Rapport IS – 1803.
3. Helse - og omsorgsdepartementet. En gledelig begivenhet. Om en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg. Oslo, Helse – og omsorgsdepartementet; 2009 St.meld. nr. 12; 2008 – 2009.
4. Helsedirektoratet. Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial - og helsetjenesten... Og bedre skal det bli (2005 – 2015). Oslo, Helsedirektoratet. Veileder IS- 1162; 2005.
5. Helsepersonelloven. 1999 Lov om helsepersonell mv. av 1999-07-02 nr. 64.
6. Helsepersonelloven. Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. av 1999-07-02 nr. 61.
7. Straus S, Tetroe J, Graham ID. Knowledge Translation in Health Care. Moving from evidence to Practice. 1st Edition Oxford: Wiley - Blackwell BMJ Books; 2009.
8. National Institute for Clinical Excellence [Internett] University of Leicester: Radcliff Medical Press 2002.[hentet 2011-05-16]. Tilgjengelig fra:
<http://www.nice.org.uk/media/796/23/BestPracticeClinicalAudit.pdf>
9. Kjærgaard, J, Mainz, J, Jørgensen, T & Willaing, I. Kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet. København, 2001, Munksgaard.
10. McDonald, SJ. & Middleton, P. Effect of timing of umbilical cord clamping of term infants on maternal and neonatal outcomes. Cochrane Database of Syst. Rev. 2008, Issue 2.
11. Rabe H, Reynolds G, Diaz-Rossello J. Early versus delayed umbilical cord clamping in preterm infants. Cochrane Database of Syst. Rev. 2004, Issue 4. Art. No.: CD003248. DOI: 10.1002/14651858.CD003248.pub2.

12. Hutton, EK & Hassan, ES. Late versus Early Clamping of the Umbilical Cord in Full-term Neonates: Systematic Review and Meta-analysis of Controlled Trials. JAMA2007;297(11):1241-52.
13. National Institute for Clinical Excellence [Internett] University of Leicester: Radcliff Medical Press 2007 [hentet 2011-02-11] Tilgjengelig fra: <http://guidance.nice.org.uk/CG55/NICEGuidance/pdf/English>
14. Yao AC, Moinian, M & Lind, J. Distribution of Blood between Infant and Placenta after birth. The Lancet.1969 Oct; 294(7626): 871-873.
15. Yao, AC & Lind, J. Effect of gravity on Placental Transfusion. The Lancet.1969 Sept; 294, (7619):505-508.
16. Wiklund, I., Nordström, L & Norman, M. Vårdprogram för avnavling av nyfödda barn Läkartidningen.2008 Okt; 45:3208-10.
17. Mercer J, Nelson C, Skovgaard CNM, Hughes B. Umbilical cord clamping: beliefs and practices of American nurse- midwives. Journal of Midwifery and women's health. 2000 Jan/Feb; 45 (1):58-66.
18. Airey, R., Farrar, D. & Duley, L. Alternative position for the bayby at birth before clamping the umbilical cord. Cochrane Database of Syst.Rev., Issue 10.
19. World Health Organization [internett]. Process of translation and adaption of instruments. [hentet 2010-05-20]. Tilgjengelig fra: http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/translation/en
20. REK Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk [Internett][hentet 2010-05-20] Tilgjengelig fra: <http://helseforskning.etikk.no>
21. NSD Norsk Samfunnsvitenskapelig datatjeneste. [Internett] [hentet 2010-05-20] tilgjengelig fra: <http://www.nsd.uib.no>
22. Den Norske Jordmorforening [internett] Etiske retningslinjer. [hentet 2010-02-14] Tilgjengelig fra: <http://www.jordmorforeningen.no/jm/Organisasjon/Styringsdokumenter/Retningslinjer>

23. Kunnskapsdepartementet. Rammeplan med forskrift for jordmorutdanningen. Oslo, Utdanning - og forskningsdepartementet; 2005 Rammeplaner for høyere utdanning, helse - og sosialutdanning.
24. Hundley, VA., Cruickshank, FM., Lang, GD., Glazener, CMA., Milne, JM., Turner, M., Blyth, D. Mollison, J. & Donaldson, C. Midwife managed delivery unit: a randomised controlled comparison with consultant led care. *BMJ* Nov;309(6966):1400-4.
25. Helse – og omsorgsdepartementet. I trygge hender- nasjonal pasientsikkerhetskampanje. Veileder for ledelse av pasientsikkerhet. Oslo, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten/pasientsikkerhetskampanjen; 2011.
26. Sandven, I. Kompetanseutvikling blant jordmødre i Norge. [Akademisk avhandling] Göteborg.Nordiska Hälsovårdhögskolan; 2003. 52s.
27. Helse Bergen. Strategiplan for HelseBergen HF 2008- 2012. Bergen; 2009; [intranett]
28. RNAO Transforming Nursing through Knowledge. [Internett]. Ontario, DiCenso, A., Bajnok, I., Borycki, E., Davies, B., Graham, I., Harrison, M., Logan, J., McCleary, L., Power, M. & Scott, J. Toolkit: Implementation of clinical practice guidelines. Tilgjengelig fra: <http://www.rnao.org/Page.asp?PageID=924&ContentID=823>
29. Shojania, K.G., Jennings, A., Mayhew, A., Ramsay, C.R., Eccles, M.P. & Grimshaw, J. The effects of on-screen, point of care computer reminders on processes and outcomes of care. *Cochrane Database of Syst.Rev.*2009, Issue 3.
30. Kvist, JL., Damiani, N., Rosenqvist, J. & Sandin-Bojö, A-K. Measuring the quality of documented care given by Swedish midwives during birth. *Midwifery.* 2010
31. Kajermo, K.N., Boström, A-M., Thompson, DS., Hutchinson, AM., Estabrooks, CA & Wallin, L. The BARRIER scale -- the barriers to research utilization scale: A systematic review. *BioMedScience* [elektronisk artikkel]. 2010 [hentet 2011-03-05];5(32):[22s.] Tilgjengelig fra: <http://www.implementationscience.com/content/5/1/32>

32. Sprague, AE., Oppenheimer, L., McCabe, L., Graham, ID. & L. Davies, BL. Knowledge to Action Implementing a Guideline for Second Stage Labour. *Matern Child Nurs.* 2008 May/June;33(3):179 – 186.
33. Helsedirektoratet. Evaluering av faglige retningslinjer. AGREE instrumentet. The AGREE Collaboration/ Sosial og – helsedirektoratet, juli 2003. The AGREE Collaboration. Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation (AGREE) Instrument. www.agreecollaboration.org
34. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenestene [internett]. Sjekkliste for vurdering av en Oversiktsartikkel. Tilgjengelig fra:
<http://www.kunnskapssenteret.no/systemsider/S%C3%B8keresultater?cx=010191580526572086837%3A3gzhprhbb6u&cof=FORID%3A11%3BNB%3A1&ie=UTF-8&q=kritisk+vurdering#964>



Member Login
 Password
 Log in

HOME ABOUT G-I-N ACTIVITIES **LIBRARY** EVENTS NEWSLETTER MEMBERSHIP CONTACT US

You are here: Home > Library > International Guideline Library



International Guideline Library - Search Results

My Searches

Recent Searches

We found 4 results out of 7516 entries for your search.

[Back To Search Form](#)
[Export To EndNote](#)
[Export To RefMan](#)
[RSS](#)
[Help](#)
[Select all](#)
[Deselect all](#)

Relevance	Title	Organisation	Type	Date	Relevant Countries	Status
100%	Intrapartum care: management and delivery of care to women in labour (CG55)	NICE (UK) - National Institute for Health and Clinical Excellence	Guideline	Sep 01, 2007	United Kingdom	Published
93%	Intrapartum care. Care of healthy women and their babies during childbirth. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. NGC:005954	AHRQ (US) - Agency for Healthcare Research and Quality	Guideline Clearing Report	Sep 01, 2007	United Kingdom	Published
92%	Intrapartum fetal surveillance. In: Fetal health surveillance: antepartum and intrapartum consensus guideline. Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. NGC:006906	AHRQ (US) - Agency for Healthcare Research and Quality	Guideline Clearing Report	Sep 01, 2007	Canada	Published
70%	Antenatal fetal surveillance. In: Fetal health surveillance: antepartum and intrapartum consensus guideline. Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. NGC:006794	AHRQ (US) - Agency for Healthcare Research and Quality	Guideline Clearing Report	Sep 01, 2007	Canada	Published

[Back To Search Form](#)
[Export To EndNote](#)
[Export To RefMan](#)
[RSS](#)





from The Cochrane Collaboration

BROWSE

Cochrane Reviews: [By Topic](#) | [New Reviews](#) | [Updated Reviews](#) | [A-Z](#) | [By Review Group](#)
Other Resources: [Other Reviews](#) | [Clinical Trials](#) | [Methods Studies](#) | [Technology Assessments](#) | [Economic Evaluations](#)

SEARCH

Enter search term Title, Abstract or Keywords
[Advanced Search](#) | [MeSH Search](#) | [Search History](#) | [Saved Searches](#)

Search Results

Show Results in:

Cochrane Reviews (10) | [Other Reviews](#) (4) | [Clinical Trials](#) (135) | [Methods Studies](#) (0) | [Technology Assessments](#) (0) | [Economic Evaluations](#) (0) | [Cochrane Groups](#) (0)

There are 10 results out of 6602 records for: 'umbilical cord clamping in Title, Abstract or Keywords in Cochrane Database of Systematic Reviews'

[Save Search](#)

View: 1-10

[Edit Search](#)

[Export All Results](#)

Record Information

Issue: [Current](#) | [All](#) Restrict to: [Reviews](#) | [Protocols](#) Sort by: [Record Title](#) | [Match %](#) | [Date](#)

- [Effect of timing of umbilical cord clamping of term infants on maternal and neonatal outcomes](#)
Susan J McDonald, Philippa Middleton
July 2009
[Review](#)
- [Early versus delayed umbilical cord clamping in preterm infants](#)
Heike Rabe, Graham J Reynolds, Jose Luis Diaz-Roselo
February 2010
[Review](#)
- [Alternative positions for the baby at birth before clamping the umbilical cord](#)
Rebecca J Airey, Diane Farrar, Lela Duley
October 2010
[Review](#)
- [Placental cord drainage after spontaneous vaginal delivery as part of the management of the third stage of labour](#)
Hora Soltani, Fiona Dickinson, Ian M Symonds
October 2009
[Review](#)
- [Topical umbilical cord care at birth](#)
Jelka Zupan, Paul Garner, Alka AA Omari
January 2009
[Review](#)
- [Fundal pressure versus controlled cord traction as part of the active management of the third stage of labour](#)
Guilomar E Peña-Martí, Gabriela Comuñán-Carrasco
November 2010
[Review](#)
- [Active versus expectant management for women in the third stage of labour](#)
Cecily M Begley, Gillian ML Gyte, Deirdre J Murphy, Declan Devane, Susan J McDonald, William McGuire
July 2010
[Review](#)
- [Active versus expectant management in the third stage of labour](#)



THE COCHRANE LIBRARY

Independent high-quality evidence for health care decision making

from The Cochrane Collaboration

BROWSE

Cochrane Reviews: [By Topic](#) | [New Reviews](#) | [Updated Reviews](#) | [A-Z](#) | [By Review Group](#)
Other Resources: [Other Reviews](#) | [Clinical Trials](#) | [Methods Studies](#) | [Technology Assessments](#) | [Economic Evaluations](#)

SEARCH

Enter search term

[Advanced Search](#) | [MeSH Search](#) | [Search History](#) | [Saved Searches](#)

Search Results

Show Results in:

[Cochrane Reviews \(10\)](#) | [Other Reviews \(4\)](#) | [Clinical Trials \(135\)](#) | [Methods Studies \(0\)](#) | [Technology Assessments \(0\)](#) | [Economic Evaluations \(0\)](#) | [Cochrane Groups \(0\)](#)

There are 4 results out of 14602 records for: "umbilical cord clamping in Title, Abstract or Keywords in Database of Abstracts of Reviews of Effects"

[Save Search](#)

View: 14

[Edit Search](#)

Record Information

Sort by: [Record Title](#) | [Match %](#) | [Date](#)

- [Pinzamiento precoz o tardío del cordón umbilical: una revisión sistemática de la literatura médica \[Early or late umbilical cord clamping: a systematic review of the literature\] \(Provisional abstract\)](#)
 Centre for Reviews and Dissemination
 Original Author(s): B Lainez-Vilabona, E Bergel-Ayllon, M L Cafferata Thompson, J M Baltzan Chiesa
 2005
- [Late umbilical cord-clamping as an intervention for reducing iron deficiency anaemia in term infants in developing and industrialised countries: a systematic review \(Provisional abstract\)](#)
 Centre for Reviews and Dissemination
 Original Author(s): P Van Rieenen, B J Brabin
 2004
- [Late vs early clamping of the umbilical cord in full-term neonates: systematic review and meta-analysis of controlled trials \(Structured abstract\)](#)
 Centre for Reviews and Dissemination
 Original Author(s): E K Hutton, E S Hassan
 2007
- [A systematic review and meta-analysis of a brief delay in clamping the umbilical cord of preterm infants \(Brief record\)](#)
 Centre for Reviews and Dissemination
 Original Author(s): H Rahe, G Reynolds, J Diaz-Rossello
 2008

[Select All](#) (to export citations)

View: 14

Judith S. Mercer, CNM, DNSc, FACNM
137 White's Point Road
Standish, Maine 04084

Carlene Nelson, CNM, PhD
2827 Palomino Circle
LaJolla, CA 92037

Rebecca Skovgaard, CNM, MS
University of Rochester
Dept. of Ob/Gyn,
Strong Midwifery Group
601 Elmwood Ave, Box 668
Rochester, NY 14642

March 24, 1998

Practices and Beliefs about Umbilical Cord Clamping: Questionnaire

Dear Colleagues:

Attached you will find a brief questionnaire in which we ask you to address your practices and beliefs about umbilical cord clamping. We are asking that you complete this questionnaire as soon as possible and return it to us in the enclosed self-addressed stamped envelope.

Cord clamping is a controversial topic and little is found in the literature about the current management and rationale. We hope to present the preliminary results of this questionnaire during our presentation at the ACNM convention in San Francisco in May, 1998. Your response is highly valued and we thank you in advance for your time and effort in participating in this study.

You will see that there is a number at the top of the questionnaire, which is for our tracking purposes only. You may be assured of complete confidentiality. Return of the questionnaire is considered your consent to participate. All questionnaires need to be returned no later than April 30, 1998.

Thank you for your interest in this research and your thoughtful participation.

Sincerely,

Judith S. Mercer, CNM, DNSc, FACNM, for the team

QUESTIONNAIRE ON PRACTICES AND BELIEFS ABOUT CORD CLAMPING

Participant number: Your age: Years of experience as a midwife:

Approximate number of births you attend per year:

Types of workplace: Hospital : Free-Standing Birth Center : Home Setting : Other
A B C D

Please answer the following questions. Note that only questions 2 and 4 may have more than one answer.

1. After a normal birth, I clamp and cut the umbilical cord (Circle one answer)

- A. immediately or before one minute has passed
- B. at one minute
- C. between one and three minutes
- D. after three minutes
- E. when the cord stops pulsating
- F. after the placenta is delivered
- G. Other (write in) _____

2. The following choice(s) best describe my rationale for the preceding answer (Circle all that apply)

- A. The timing of cord clamping is not significant to newborn status
- B. I delay clamping in order to maximize the placental transfusion
- C. I delay clamping in order to allow gradual transition to extra-uterine circulation
- D. I clamp early in order to facilitate management of the neonate
- E. Early clamping (<30 seconds) is the norm at my institution
- F. I delay clamping only at the parents' request
- G. I believe that the baby continues to receive oxygen from the mother when the cord is pulsating
- H. I clamp the cord early to prevent neonatal jaundice

3. When I have a distressed baby, I clamp and cut the cord (circle one answer)

- A. immediately
- B. within the first minute
- C. at one minute
- D. between one and three minutes
- E. after three minutes
- F. when the cord stops pulsating
- G. after the placenta is delivered

4. The following choice(s) best describe my rationale for the preceding answer (Circle all that apply)

- A. The timing of cord clamping is not significant to newborn status
- B. I delay clamping in order to maximize the placental transfusion and resuscitate at the perineum
- C. I delay clamping in order to allow gradual transition to extra-uterine circulation and resuscitate at the perineum
- D. I clamp early and move the neonate to the warmer in order to facilitate management of the resuscitation
- E. Early clamping (<30 seconds) is the norm at my institution
- F. The baby continues to receive oxygen from the mother while the cord is pulsating

Participant number:

Page 2

5. **Immediately after a normal delivery, I hold or keep the baby** (*Circle one answer*)

- A. at the perineum
- B. on the mother's abdomen
- C. below the introitus

6. **When I have a nuchal cord present at birth, I manage it by** (*circle one answer*)

- A. Clamp and cut in most cases
- B. Clamp and cut only when very tight
- C. Never cut it
- D. Use the somersault maneuver and avoid cutting it whenever possible

7. **When there is particulate meconium-staining present, I manage the baby by** (*circle one answer*)

- A. Suction when the head is on the perineum, clamp and cut the cord immediately, and move the baby to the warmer for evaluation and visualization of the cords
- B. Suction when the head is on the perineum, suction again immediately after delivery, continue resuscitation at the perineum without clamping and cutting the cord
- C. Suction when the head is on the perineum, suction again immediately after delivery, clamp and cut the cord and move the baby to the warmer for evaluation and visualization of the cords
- D. Suction when the head is on the perineum, , continue resuscitation at the perineum without clamping and cutting the cord
- E. Other, please explain _____

8. **You have just delivered an infant at term that is toneless, pale white, with no reflexes. You have placed the baby on the bed and note that the heart rate is over 100 and the cord is pulsating. Please describe how you would manage this infant from this moment.** (*Circle one answer*)

- A. clamp and cut the cord immediately and move the baby to the warmer for resuscitation
- B. lower the baby below the introitus for 20 to 30 seconds, then cut the cord and move baby to warmer for resuscitation
- C. resuscitate at the perineum leaving cord attached
- D. place baby on mother's abdomen and stimulate leaving cord attached
- E. Other, please explain _____

9. **Please list (briefly) one or two references or resources that you use for rationale about cord clamping timing:**

If there is additional information that you wish to share, you may write on the back or enclose it on a separate sheet of paper. Please be sure that we can read the handwriting. Please return this part in the enclosed self-addressed envelope as soon as you finish it so that we can have it for the April 30 deadline. Thank you for your participation.

Spørreskjema

Svar på følgende spørsmål. Merk at bare spørsmål nummer 2 og 4 kan ha mer enn ett svar.

1. Etter en normal fødsel, klemmer og kutter jeg navlesnoren (Sett ring rundt ett svar).

- A. Umiddelbart eller før det har gått ett minutt.
- B. Ved ett minutt.
- C. Mellom ett og tre minutter
- D. Etter tre minutter.
- E. Ved opphør av pulsasjon i navlesnor.
- F. Etter at morkaken er født.
- G. Annet (fyll inn) _____

2. De følgende utsagnene forklarer best mitt svar ved forrige spørsmål (Sett ring rundt alle de utsagnene som gjelder for ditt svar).

- A. Tidspunkt for avklemming av navlesnor er ikke av betydning for det nyfødte barn.
- B. Jeg avventer avnavling for å kunne øke morkake transfusjonen.
- C. Jeg avventer avnavling for å gi en gradvis tilpasning til den ekstrauterine sirkulasjonen.
- D. Jeg avnavler tidlig for lettere å håndtere det nyfødte barnet.
- E. Tidlig avnavling (< 30 sekunder) er rutinen i min institusjon.
- F. Jeg avnavler sent bare når foreldrene ber om dette.
- G. Jeg mener at barnet fortsetter å motta oksygen fra mor når navlesnoren pulserer.
- H. Jeg avnavler tidlig for å forhindre neonatal ikterus.

3. Når jeg har et slapt barn, avnavler jeg barnet (Sett ring rundt ett svar)

- A. Umiddelbart.

- B. I løpet av det første minuttet.
- C. Ved ett minutt.
- D. Mellom ett og tre minutter.
- E. Etter tre minutter.
- F. Ved opphør av pulsasjon i navlesnor.
- G. Etter at morkaken er født.

4. De følgende utsagn forklarer best mitt svar ved forrige spørsmål (Sett ring rundt alle de utsagn som gjelder for ditt svar)

- A. Tidspunkt for avklemming av navlesnor er ikke av betydning for det nyfødte barn.
- B. Jeg avventer avnavling for å kunne øke morkake transfusjonen og resusciterer ved perineum.
- C. Jeg avventer avnavling for å gi en gradvis tilpasning til den ekstrauterine sirkulasjonen og resusciterer ved perineum.
- D. Jeg avnavler tidlig og flytter barnet til varmen for å starte resusciteringen.
- E. Tidlig avnavling (< 30 sekunder) er rutinen i min institusjon.
- F. Barnet fortsetter å motta oksygen fra mor når navlesnor pulserer.

5. Umiddelbart etter en normal fødsel, holder eller oppbevarer jeg barnet (Sett ring rundt ett svar).

- A. Ved perineum.
- B. På mors mage.
- C. Under introitus.

6. Når navlesnor rundt hasen inntreffer i fødsel, håndterer jeg dette ved å (Sett ring rundt ett svar).

- A. Avklemmer og klipper i de fleste tilfeller.
- B. Avklemmer og kutter bare ved svært stram snor.
- C. Klipper aldri.
- D. Bruker Somersault manøver, og unngår å klippe når dette er mulig.

- 7. Når det er svært misfarget fostervann, håndterer jeg barnet ved** (Sett ring rundt ett svar).
- A. Suger når barnets hode står ved perineum, avnavler umiddelbart og flytter barnet til varme for evaluering og inspeksjon av snor.
 - B. Suger når barnets hode står ved perineum, suger igjen umiddelbart etter fødsel og fortsetter resuscitering ved perineum uten å avnavle.
 - C. Suger når barnets hode står ved perineum, suger igjen umiddelbart etter fødsel, avnavler og flytter barnet til varme for evaluering og inspeksjon av snor.
 - D. Suger når barnets hode står ved perineum, fortsetter resuscitering ved perineum uten å avnavle.
 - E. Annet, spesifiser _____

- 8. Du har akkurat tatt i mot et barn født til termin med lav tonus, blek hvit, ingen reflekser. Du har lagt barnet på sengen, og du registrerer at hjertefrekvensen er over 100 og snoren pulserer. Beskriv hvordan du håndterer barnet fra dette øyeblikket** (Sett ring rundt ett svar).
- A. Avnavler umiddelbart og flytter barnet til varme for gjenopplivning.
 - B. Holder barnet lavere enn introitus i 20 – 30 sekunder, deretter avnavles og flyttes barnet til varme for gjenopplivning.
 - C. Gjenoppliver ved perineum uten å avnavle.
 - D. Legger barnet på mors mage og stimulerer uten å avnavle.
 - E. Annet, forklar _____

Questionnaire.

Please answer the following questions. Note that only question 2 and 4 may have more than one answer.

1. **After a normal delivery, I cut and clamp the umbilical cord** (Please circle one of the following answers)
 - A. Immediately or just prior to one minute after delivery.
 - B. After one minute precisely.
 - C. Between one and three minutes.
 - D. After three minutes.
 - E. After pulsation cease in the umbilical cord.
 - F. After delivery of the placenta.
 - G. Other (describe)

2. **The following statements best describe the answer given in question 1** (Please circle all statements that support your answer)
 - A. The timing of cord clamping has no effect on the newborn.
 - B. I delay cord clamping in order to increase the placenta transfusion.
 - C. I delay cord clamping in order to give the newborn a gradual adaptation to extrauterine circulation.
 - D. I practice early clamping of the umbilical cord in order to manage the newborn easier.
 - E. Early clamping of the umbilical cord (< 30 seconds) is the procedure in my unit.
 - F. I delay clamping of the cord only when the parent's wishes to do so.
 - G. I believe that the newborn continue to receive maternal oxygen during pulsation of the umbilical cord.
 - H. I practice early clamping of the cord in order to prevent neonatal jaundice.

3. **When I deliver a distressed baby, I clamp and cut the umbilical cord** (Please circle one answer)
 - A. Immediately.
 - B. During the first minute.
 - C. At one minute.
 - D. At between one and three minutes.
 - E. After three minutes.
 - F. After pulsation cease in the umbilical cord.
 - G. After delivery of the placenta.

4. **The following statements best describe the answer given in question 3** (Please circle all statements that support your answer)
 - A. The timing of cord clamping has no effect on the newborn.
 - B. I delay cord clamping in order to increase the placenta transfusion, and resuscitate by the perineum.
 - C. I delay cord clamping in order to give the newborn a gradual adaptation to extrauterine circulation, and resuscitate by the perineum.
 - D. I clamp the cord early and transfer the newborn to the heated resuscitation table, and begin resuscitation.

- E. Early clamping of the umbilical cord (< 30 seconds) is the procedure in my unit.
- F. The newborn continue to receive maternal oxygen during pulsation of the umbilical cord.

5. Immediately after a normal delivery, I keep the newborn (Please circle one answer)

- A. By the perineum.
- B. On the mothers' abdomen.
- C. Below the introitus.

6. When umbilical cord around the neck occurs in delivery, I manage this by (Please circle one answer)

- A. Compressing cord and episiotomy in most cases.
- B. Compressing cord and performing an episiotomy only when the cord is tight.
- C. Never performing episiotomy.
- D. Using Somersault maneuver, and avoiding the use of an episiotomy when possible.

7. When severe meconium staining occurs, I manage the baby by (Please circle one answer)

- A. Suction while baby's head is by the perineum, immediate cord clamping and transfer the newborn to heated resuscitation table for evaluation and inspection of the umbilical cord.
- B. Suction while baby's head is by the perineum, repeat suction immediately after delivery and continue resuscitation by the perineum without cord clamping.
- C. Suction while baby's head is by the perineum, repeat suction immediately after delivery, clamp the cord, and transfer baby to heated resuscitation table for evaluation and inspection of the umbilical cord.
- D. Suction while baby's head is by the perineum, continue resuscitation by the perineum without cord clamping.
- E. Other, please specify.

8. You have just delivered a full term baby presenting hypotonic, pale white, no reflexes. You have placed the baby on the bed, and you register heartbeat above 100 and cord pulsation. Please describe how you manage the newborn from this moment (Please circle one answer)

- A. Clamp the cord immediately, transfer the baby to the heated resuscitation table and begin resuscitation.
- B. Hold the baby below the vaginal opening for 20-30 seconds, I then clamp the cord and transfer the baby to the heated resuscitation table and begin resuscitation.
- C. Resuscitate at the perineum without clamping the cord.
- D. Place the baby on the mother's abdomen and stimulate it without clamping the cord.
- E. Other, please describe.

Til Jordmorkollega

Som et ledd i min mastergradsutdanning i kunnskapsbasert praksis ved Høyskolen i Bergen skal jeg gjennomføre en kartlegging av praksis blant jordmødre vedrørende avnavling. Avnavlingstidspunkt er et mye diskutert tema innenfor obstetrisk litteratur, og hensikten med en slik kartlegging er å sette oss i stand til å vurdere om vi arbeider i tråd med anbefalt forskning.

Sammen med dette brevet finner du et kort spørreskjema vedrørende din praksis og dine holdninger knyttet til avnavling av det **nyfødte, friske barn**. Jeg håper du vil returnere ferdigutfylt spørreskjema i vedlagt konvolutt så raskt som mulig. Du kan legge det utfylte skjema i en merket posthylle på fødeavdelingen eller storken.

Resultatene fra kartleggingen vil bli sammenfattet og drøftet i min masteroppgave, samt at de vil bli presentert internt i klinikken. Ved publisering vil det ikke fremkomme opplysninger som kan tilbakeføres til deg som person. Alle innsamlede data vil bli lagret på PC og jeg er underlagt taushetsplikt, data vil bli slettet ved prosjektslutt i mai 2011.

All deltagelse er frivillig. Når du returnerer spørreskjemaet er dette å betrakte som et samtykke til deltagelse i undersøkelsen.

Studien er fremlagt for Regional etisk komité, og meldt til Personvernombudet for forskning og Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste.

Din tilbakemelding er av stor betydning, og jeg vil på forhånd takke for at du tar deg tid til å delta. Alle skjemaene må returneres innen 15. desember 2010. Spørsmål relatert til studien kan rettes til undertegnede.

Med vennlig hilsen

Katrine Aasekjær

Masterstudent, Høyskolen i Bergen

Tlf.473 38 058

Forts. vedlegg nr.V

Veileder

Gro Jamtvedt

Avdelingsdirektør, nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten

Avdeling for kunnskapsbasert praksis

Tlf. 975 18 144

Spørreskjema.

Hvor mange år har du arbeidet som jordmor? _____

Hvilke fødeavdeling arbeider du ved? Høyrisikoavdeling

Lavrisikoavdeling

Vennligst svar på følgende spørsmål. Merk at spørsmål nummer 2 er et oppfølgingsspørsmål til spørsmål nummer 1, og at du på spørsmål nummer 2 kan du gi mer enn et svar.

1. Etter en **normal fødsel**, avnavler jeg: (sett ring rundt ett svar).

- A. Umiddelbart, eller før det har gått ett minutt.
- B. Ved ett minutt.
- C. Mellom ett og tre minutter.
- D. Etter tre minutter.
- E. Ved opphør av pulsasjon i navlesnor.
- F. Etter at morkaken er født.
- G. Det varierer.
- H. Vet ikke.

2. De følgende utsagnene begrunner best mitt svar ved forrige spørsmål
(Sett ring rundt alle de svaralternativene som gjelder for ditt svar).

- A. Tidspunkt for avnavling er ikke av betydning for det nyfødte barn.
- B. Jeg avventer avnavling for kunne øke morkake transfusjonen.
- C. Jeg avventer avnavling for å gi en gradvis tilpasning til den ekstrauterine sirkulasjon.
- D. Jeg avnavler tidlig for lettere å kunne ta meg av det nyfødte barn.
- E. Tidlig avnavling (< 30 sekunder) er rutine i min institusjon.
- F. Jeg avnavler sent bare når foreldrene ber om dette.
- G. Jeg mener barnet fortsetter å motta oksygen fra mor når navlesnoen pulserer.
- H. Jeg avnavler tidlig for å forhindre neonatal ikterus.

3. Umiddelbart etter en normal fødsel, plasserer jeg barnet: (sett ring rundt ett svar).

- A. Mellom mors ben.
- B. På mors mage.
- C. Under placentanivå.

4. Dersom du som jordmor er usikker på tidspunkt for avnavling, hvilke kilder bruker du for å hente informasjon om temaet? (sett ring rundt alle de svaralternativene som er aktuelle for deg).

- A. Slår opp i fagbøker.
- B. Rådfører meg med jordmorkollega.
- C. Rådfører meg med obstetriker/lege.
- D. Litteratursøk i vitenskapelige databaser.
- E. Rådfører meg med mine nærmeste faglige overordnede.
- F. Søker informasjon på internett.
- G. Annet, presiser:

Hei,

Jeg har gått gjennom prosjektbeskrivelsen du har sendt, og ser ikke på dette som et prosjekt som er fremleggingspliktig for REK.

Formålet med prosjektet er å kartlegge og samkjøre praksis om når man bør avnavle.

Prosjektet fremstår som en evaluering/kvalitetssikring av pågående tjeneste, kvalitetssikring og evaluering av helsehjelp regnes som en del av helsetjenesten og er derfor ikke fremleggingspliktig for REK.

Da du skal samle inn personopplysninger må prosjektet klareres med personvernombudet for forskning/NSD.

Prosjektet kan således i prinsippet gjennomføres uten godkjenning fra REK, som ikke har innvendinger mot at resultatene evt. blir publisert.

mvh
Øyvind Straume
førstekonsulent

Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk
Vest-Norge (REK Vest)
Postadresse: Postboks 7804, 5020 Bergen
Besøksadresse: Haukeland universitetssykehus, 5021 Bergen
Telefon: 55 97 84 97
E-post: rek-vest@uib.no
<http://helseforskning.etikkom.no/xnet/public>

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfagres gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr. 985 321 884

Birgitte Graverholt
Senter for kunnskapsbasert praksis
Høgskolen i Bergen
Postboks 7030
5020 BERGEN

Vår dato: 20.09.2010

Vår ref: 24986 / 3 / KH

Deres dato:

Deres ref:

KVITTERING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 11.09.2010. Meldingen gjelder prosjektet:

24986	<i>Trenger jordmor å endre handling og holdning til avnavling av det nyfødte barn: Et kvalitetsforbedringsprosjekt med klinisk audit som metode</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Høgskolen i Bergen, ved institusjonens øverste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Birgitte Graverholt</i>
Student	<i>Katrine Aasekjær</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, vedlagte prosjektvurdering - kommentarer samt personopplysningsloven/-helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/skjema.html. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://www.nsd.uib.no/personvern/prosjektoversikt.jsp>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 16.05.2011, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Bjørn Henrichsen

Kjersti Håvardstun

Kontaktperson: Kjersti Håvardstun tlf: 55 58 29 53
Vedlegg: Prosjektvurdering
Kopi: Katrine Aasekjær, Trollia 24, 5101 EIDSVÅGNESET

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no
TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrr.svarva@svt.ntnu.no
TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@svt.uit.no



What margin of error can you accept?

5% is a common choice

5 %

The margin of error is the amount of error that you can tolerate. If 90% of respondents answer *yes*, while 10% answer *no*, you may be able to tolerate a larger amount of error than if the respondents are split 50-50 or 45-55. Lower margin of error requires a larger sample size.

What confidence level do you need?

Typical choices are 90%, 95%, or 99%

95 %

The confidence level is the amount of uncertainty you can tolerate. Suppose that you have 20 yes-no questions in your survey. With a confidence level of 95%, you would expect that for one of the questions (1 in 20), the percentage of people who answer *yes* would be more than the margin of error away from the true answer. The true answer is the percentage you would get if you exhaustively interviewed everyone. Higher confidence level requires a larger sample size.

What is the population size?

If you don't know, use 20000

117

How many people are there to choose your random sample from? The sample size doesn't change much for populations larger than 20,000.

What is the response distribution?

Leave this as 50%

50 %

For each question, what do you expect the results will be? If the sample is skewed highly one way or the other, the population probably is, too. If you don't know, use 50%, which gives the largest sample size. See below under **More information** if this is confusing.

Your recommended sample size is

90

This is the minimum recommended size of your survey. If you create a sample of this many people and get responses from everyone, you're more likely to get a correct answer than you would from a large sample where only a small percentage of the sample responds to your survey.

<http://www.raosoft.com/samplesize.html>

Tabell 1. Fordeling av avnavlingstidspunkt i den normale fødsel, i antall og prosent.

	Tidspunkt for avnavling.	Antall jordmødre (n=112)	Prosent (%)
A	Umiddelbart, eller før det har gått ett minutt	0	0 %
B	Ved ett minutt	3	3 %
C	Mellom ett og 3 minutter	18	16 %
D	Etter tre minutter	7	6 %
E	Ved opphør av pulsasjon i navlesnor	59	53 %
F	Etter at morkaken er født	0	0 %
G	Det varierer	25	22 %
H	Vet ikke	0	0 %
	Sum	112	100 %