



HØGSKOLEN I BERGEN

Mastergradsstudium i kunnskapsbasert praksis

Mastergradsoppgave

Jordmorfaglig audit av fødselsomsorgen til lavrisiko førstegangsfødende

Tittel (norsk)

Criteria based audit of intrapartum midwifery care to low risk first time mothers

Tittel (engelsk)

Solveig Elisabeth Nøkling

Forfatter (student)

Veileder: Gro Jamtvedt og Birgitte Graverholt

Innleveringsdato: 16. mai 2011

Antall sider: 103

FORORD

Allerede som jordmorstudent fikk jeg troen på fødsel som en normal og fysiologisk prosess i den friske, fertile kvinnes liv. I snart to tiår har jeg opprettholdt denne troen og arbeidet ut fra prinsippet om å være avventende og tålmodig, men opplever stadig at den travelheten vi opplever i samfunnet generelt også har gjort sitt inntog på fødestua. Ulike fødselsideologier har gjort seg gjeldende og fødsel har blitt aktivt håndtert for ikke å ta for lang tid. Dette kommer til uttrykk ved at det riestimulerende medikamentet oxytocin brukes i utstrekkt grad. Bekymringsfullt mange førstegangsfødende opplever slik stimulering, til tross for at medikamentet kan resultere i negativt utfall av fødselen for både mor og barn.

Jeg ønsket derfor å kartlegge hvordan jordmor i egen fødeavdeling praktiserer fødselsomsorg til lavrisiko førstegangsfødende i fødselens åpningstid, og om kvaliteten på denne omsorgen utøves i samsvar med dagens profesjonelle kunnskap.

Det har vært mulig å gjennomføre studiet og dette masterprosjektet fordi jeg hele veien har hatt fantastiske støttespillere ved min side. Jeg vil rette stor takk til samtlige, men først til lederen i min avfødeavdeling, Norunn Svarstad, som har gitt meg lønnet permisjon i deler av min stilling gjennom hele studiet. Underveis i masterprosjektet har hun også lagt alt til rette for at jeg skulle få dette i havn. Mine veiledere har vært Gro Jamtvedt og Birgitte Graverholt. Dere fortjener gode ord for kyndige innspill, lydhørhet og oppmuntring underveis. Gode kollegaer har bidratt som faglige konsulenter og praktiske bidragsytere. Dere er en flott og dyktig gjeng. Det har også vært godt å ha en datakyndig svoger som har gitt av sin tid når teknologien ble for utfordrende til at jeg klarte det alene.

På hjemmebane har jeg hatt et fantastisk bakkemannskap, - to besteforeldre som har passet barn og holdt hjulene i gang. Uten dere hadde ikke dette vært mulig. To barn har også gjennom tre år blitt vant til at mamma ikke er "tilstede" fordi hun alltid må lese og skrive; Takk til Norun og Brage for **stor** tålmodighet.

Stord 16.5.2011

Solveig E. Nøkleing

SAMMENDRAG

Bakgrunn: Fødselsomsorgen ønsker å kvalitetsmåle praksis i relasjon til andel frisk førstegangsfødende som opplever et normalt fødselsforløp uten medisinsk eller instrumentell intervensjon. Retningslinjer er anbefalt som grunnlag for kvalitetsmåling der en vil redusere uønsket variasjon i praksis og sikre helsetjenester av høy kvalitet. Kvalitetsmåling kan initieres både på organisasjonsnivå og av den enkelte helsearbeider i helsetjenesten. Slikt arbeid kan gjennomføres med audit og feedback, da metoden har vist seg effektiv i å fremme kunnskapsbaserte tjenester i praksis.

Hensikt: Å kvalitetsmåle intern jordmorpraksis i henhold til eksplisitte, kunnskapsbaserte kriterier for forebygging, diagnostisering og behandling av langsom framgang i åpningstiden i fødsel hos friske, lavrisiko førstegangsfødende.

Metode: Intern, retrospektiv, jordmorfaglig kriteriebasert audit av data fra elektroniske fødejournaler.

Resultater: Datainnsamling fra 163 (n=163) journaler. Standard ble ikke møtt for noen av kriteriene. Kontinuerlig jordmorsomsorg ble ikke dokumentert i journalen, men 91 % av journalene viste en-til-en omsorg. Kriteriet for fødselstart ble kun møtt med 11 %. Audit avslørte oxytocinstimulering på hele 68 %. Kriteriet for diagnostisering og behandling av langsom framgang ble ikke innfridd i noen av journalene.

Konklusjon: Kartlegging ble gjort opp mot kriterier fra en retningslinje som ikke var forsøkt implementert i forkant av kvalitetsmålingen. Audit viste derfor lav baseline tilslutning til alle fire kriterier. Audit var effektiv i å avklare hvor det må settes fokus og innsats, da det ble tydelig at jordmødrene praktiserer svært forskjellig og med til dels uheldig variasjon som kan påvirke fødselsforløpet negativt.

Nøkkelord: Obstetrics; Midwifery; Intrapartum Care; Labor Stage, First; Protracted Birth; Dystocia; Guidelines; Quality Measurement; Audit and Feedback

ABSTRACT

Background: The Norwegian Birth Services intend to measure the quality of clinical practice in relation to the proportion of healthy first-time mothers who are stimulated with oxytocin in labor. Guidelines are recommended as the basis for quality measurements in order to reduce unwanted variation in practice, and to ensure high health care quality. Quality Measurement activities can be initiated either at the organizational level or by the individual health worker and can be completed with audit and feedback, as this method has proved effective in promoting evidence based practice.

Objective: To measure the internal quality of midwifery practice in accordance with explicit, evidence-based criteria for prevention, diagnosis and treatment of dystocia in the first stage of labor in healthy, low risk first-time mothers.

Method: Internal, retrospective, criteria based audit of data from electronic birth records.

Results: Data collected from 163 (n = 163) records. Standard was not met for any of the criterias. Continuous midwifery- care was not documented in any the records, but showed 91% adherence in one-to-one care. The criterion for defining start of labor was only met by 11 %. Data revealed an oxytocin stimulation frequency of 68 %. The criterion for diagnosing and treating dystocia was not obtained in any of the records.

Conclusion: Mapping was done against the criteria of a guideline that was not tried implemented ahead of the Quality Measurement. Audit showed low baseline adherence to all of the four criteria. Audit was effective in clarifying where focus and effort must be set, as it became clear that midwifery care held very different and sometimes undesirable variations which may affect the birth process negatively.

Keywords: Obstetrics; Midwifery; Intrapartum Care; Labor or Labour, First Stage; Protracted Birth; Dystocia; Guideline; Quality Measurement; Audit and Feedback

INNHOLDSFORTEGNELSE

SAMMENDRAG	3
INNHOLDSFORTEGNELSE	5
1.0 INNLEDNING	1
1.1 Hensikt og problemstilling med avgrensning.	3
1.2 Definisjoner	5
2.0 BAKGRUNN	8
2.1 Kvalitetsutvikling i helsetjenesten	8
2.2 Kvalitetsutvikling i jordmorfaget.....	15
2.3 Kvalitetsutvikling i organisasjonen	19
2.4 Auditprosessen som strategi for kvalitetsutvikling i helsetjenesten	23
2.4.1 Trinn 1: Å definere en problemstilling	28
2.4.2 Trinn 2: Å sette kriterier og standarder (kvalitetsmål).....	31
2.4.3 Trinn 3: Å gjøre en datainnsamling.....	33
2.4.4 Trinn:4: Å gjøre en kvalitetsvurdering	35
2.4.5 Trinn 5: Å gi tilbakemelding til praksis	35
2.5 Audit og feedback i obstetrikken	38
2.6 Fødselsomsorg til den friske førstegangsfødende - en relevant problemstilling for jordmorfaglig audit?	39
3.0 METODE.....	44
3.1 Trinn 1: Forberedelse til audit.	44
3.2 Trinn 2: Å sette kriterier og standarder	51
3.2.1 Kriterium 1: Kontinuerlig jordmoromsorg.....	51
3.2.2 Kriterium 2: Bruk av badekar i åpningstiden.....	52
3.2.3 Kriterium 3: Å definere aktiv fødsel	53
3.2.4 Kriterium 4. Langsom framgang i åpningstiden.....	53
3.3 Trinn 3: Datasamling	56
3.4 Analyse av data.....	59
3.5 Etske vurderinger	60
5.0 DISKUSJON.....	67
6.0 KONKLUSJON	85
7.0 REFERANSELISTE	86
8.0:VEDLEGG VEDLEGG I: GODKJENNING FRA NSD.....	94



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: 02.11.2010

Vår ref:25130 / 3 / KH

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 29.09.2010. All nødvendig informasjon om prosjektet forelå i sin helhet 29.10.2010. Meldingen gjelder prosjektet:

25130	<i>Jordmorfaglig audit av fødselsomsorgen til lavrisiko førstegangs fødende</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Høgskolen i Bergen, ved institusjonens overste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Birgitte Graverholt</i>
Student	<i>Solveig Elisabeth Nøking</i>

Etter gjennomgang av opplysninger gitt i meldeskjemaet og øvrig dokumentasjon, finner vi at prosjektet ikke medfører meldeplikt eller konsesjonsplikt etter personopplysningslovens §§ 31 og 33.

Dersom prosjektopplegget endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for vår vurdering, skal prosjektet meldes på nytt. Endringsmeldinger gis vi: et eget skjema, http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/skjema.html.

Vedlagt følger vår begrunnelse for hvorfor prosjektet ikke er meldepliktig.

Vennlig hilsen

Vigdis Namtvedt Kvalheim


Kjersti Håvardstun

Kontaktperson: Kjersti Håvardstun tlf: 55 58 29 53
Vedlegg: Prosjektvurdering
Kopi: Solveig Elisabeth Nøking, Hystadbakkjen 63, 5416 STORD

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. kyrre.svarva@svt.ntnu.no
TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@svt.uit.no

1.0 INNLEDNING

Pasientsikkerhet har fått økt fokus i Norge. En aktuell internasjonal undersøkelse, i regi av Commonwealth Fund, viser at norske pasienter oppgir opplevelsen av pasientsikkerhet som dårlig (www.kunnskapssenteret.no¹). Av de elleve landene som var med i undersøkelsen, var pasienter i Norge minst fornøyd med de tjenestene de hadde fått. Dette har Helse - og omsorgministeren respondert på ved å innføre ti tiltak for å bedre kvalitet og pasientsikkerhet i helsesektoren (Pressemelding 55/2010²). Blant disse er et lovfeste krav om systematisk kvalitets -, og pasientsikkerhetsarbeid, etablere flere nasjonale retningslinjer og stille krav til at disse følges, samt etablere bedre systemer for kvalitetsmåling.

Disse tiltakene er også beskrevet i en strategiplan for Sosial -, og helsetjenesten (Sosial - og helsedepartementet, ... Og bedre skal det bli, 2005). Her skisseres en handlingsplan som skal sikre et helsevesen der tjenestene er av gjennomgående høy kvalitet. En viktig del av handlingsplanene er ”å følge med og evaluere”, for å bli bevisst på og redusere områder med mer uttalt risiko for feil. Verktøy i dette arbeidet skal være kvalitetsvurderte, nasjonale retningslinjer og måling av praksis i henhold til ulike kvalitetsindikatorer.

Helsedirektoratet har hatt en gjennomgang av fødselsomsorgen i Norge. Dette har resultert i veilederen ”Et trygt fødetilbud. Kvalitetskrav til fødselsomsorgen” (Helsedirektoratet, 2010- IS-1877). Veilederne skal fungere som faglig grunnlag for å utvikle kvaliteten i det norske fødetilbud, og presenterer ulike kvalitetsindikatorer for framtidens fødselsomsorg der er fokus ivaretagelse av fødsel som en normal prosess i den fertile kvinnes liv.

Fødselsomsorgen i Norge uttrykker bekymring vedrørende den store andel fødende som opplever medisinsk intervensjon i sin fødsel (Nasjonalt folkehelseinstitutt, 2010). Den

¹ **Kunnskapssenteret**; Commonwealth Fund-undersøkelsen 2010: Resultater fra en komparativ befolkningsundersøkelse i 11 land. Rapport fra kunnskapssenteret nr 21-2010 .[Internett] Tilgjengelig fra <[http://www.kunnskapssenteret.no/Publikasjoner/Commonwealth+Fund-unders % C3 % B8kelsen+2010 %3A+Resultater+fra+en+komparativ+befolkningsunders%C3%B8kelse+i+11+land.10688.cms](http://www.kunnskapssenteret.no/Publikasjoner/Commonwealth+Fund-unders%C3%B8kelsen+2010%3A+Resultater+fra+en+komparativ+befolkningsunders%C3%B8kelse+i+11+land.10688.cms)> [Lastet ned 1.5.2011]

² **Pressemelding 55/2010**: [Internett] Tilgjengelig fra: <<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/pressesenter/pressemeldinger/2010/skal-lofte-kvalitet-og-sikkerhet-i-helse.html?id=614615>> [Lastet ned 22.3.2011]

komplisjonen som rammer størst andel fødende er langsam framgang i fødsel (Den norske legeförening, 2010). Førstegangsfødende er mest utsatt, og årlig diagnostiseres tilstanden hos over tretti prosent av denne gruppen fødende. Opptil seksti prosent av disse kvinnene opplever forløsning med vacuum, tang, eller keisersnitt (ibid).

Langsom framgang i fødsel å utgjøre en utfordring på flere områder, da både tilstanden i seg selv og adekvat medisinsk behandling er forbundet med mulig negativt utfall for mor og barn (Den norske legeförening, 2010). Medisinsk behandling er å gi medikamentet oxytocin intravenøst. Medikamentet brukes i både forbyggende og behandlernde formål. Enkeltstudier i Norden og Norge viser at dette resulterer i en stimuleringsfrekvens av førstegangsfødende opptil sytti prosent. (Stålhammar & Bostrøm, 2008; Kulseng, Jensen & Vinding, 2003; Blix et.al, 2002). Norsk medisinsk fødselsregister (2009) viser til statistikk der femti prosent av landets førstegangsfødende ble stimulert med oxytocin i 2008, og uttaler samtidig en mistanke om underrapportering.

Tallene for stimulering er betenkelig høye. Oxytocin kan gi flere alvorlige sideeffekter, og er derfor registrert på en liste over medisiner som ved bruk trenger intensivt overvåkning (Institute for Safe Medication Practices in Canada, 2008). Det presiseres at medikamentet representerer signifikant høyere risiko for alvorlige bivirkninger og betydelig pasientskader enn andre medikamenter hvis det brukes feil. Dette kommer spesielt til uttrykk ved at intravenøs administrering av oxytocin er uthevet som ett av tolv preparater med særdeles høy risiko(ibid).

Spesialister innen fødselsomsorg mener den store andelen fødsler med oxytocinstimulering skyldes ustrukturerte rutiner (Selin et.al, 2009), samt mangel på definisjoner for fødselstart og langsam framgang (Stålhammar & Bostrøm, 2008; Kulseng, Jensen & Vinding, 2003; Blix et.al., 2002). Disse definisjonene foreligger nå i en retningslinje utviklet av National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE, 2007); "Intrapartum care.Care of the Healthy Women and Their Babies during Childbirth".

En retningslinje representerer *ny kunnskap* for praksis ved å være utviklet på grunnlag av systematisk innsamlet forskningsbasert kunnskap, som er kritisk vurdert med tanke

på å gi anbefalinger for kliniske spørsmål i praksis (Statens Helsetilsyn, 2002). Det er en utfordring å redusere avstanden mellom det forskning sier er beste praksis og den praksis som utøves reelt. Det eksisterer sterke forskningsresultater om slår fast at denne avstanden er stor (Verdens helseorganisasjon/ Health Evidence Network, 2011). Mange ulike strategier er forsøkt for å redusere denne kløften mellom forskning og praksis, og i denne sammenheng er det funnet at audit og feedback som del av en større strategi kan være *én* vei å gå for å oppnå dette (ibid).

Det er økende interesse blant helseprofesjonene å bruke audit og feedback i kvalitetsutviklingsarbeid. Audit og feedback er en aktivitet der en måler praksis og gir tilbakemelding til helsearbeidere om resultatet (Flottorp et.al, 2010). Metoden viser seg mest effektiv der en mistenker en praksis som ikke holder ønsket standard, der det er mulig å hente inn pålitelige data på en effektiv måte og til en lav kostnad, og feedback blir gitt i en intensivert form (ibid). Audit anbefales også som metode i kliniske problemstillinger som involverer et høyt pasientvolum, innebærer behandling som utgjør risiko for pasientskade i større grad en vanlig, det eksisterer retningslinje som definerer ønsket standard og det er potensial for endring (NICE, 2002).

1.1 Hensikt og problemstilling med avgrensning.

Jordmors ansvarsområde i fødselsomsorgen omfatter forebyggende og fremmende tiltak for den normale fødsel, og oppdagelse av komplikasjoner hos mor og barn (Den norske jordmorforening, u.å³:avsnitt 2). Dette betyr at jordmor har et selvstendig ansvar i både å forebygge og identifisere langsom framgang. Når det mistenkes et kvalitetsproblem innenfor eget fagområde, plikter jordmorgruppen selv å ta i bruk kunnskapsbaserte standarder som kan fremme trygghet og kvalitet i omsorgen (ibid). Med utgangspunkt i pasientsikkerhet og fokus på rett behandling til rett tider det relevant å stille to dagsaktuelle spørsmål;

³ **Den norske jordmorforening** (u.å). Definisjon av jordmor :[Internett] Tilgjengelig fra: <http://www.jordmorforeningen.no/jm/Fag-og-forskning/Definisjon-av-jordmor2>> [Lastet ned 1.5.2011] *Retningslinjer i den Norske jordmorforening.*[Internett)] Tilgjengelig fra:< <http://www.jordmorforeningen.no/jm/Fag-og-forskning/Etiske-retningslinjer>> [Lastet ned 1.5.2011]

Bruker jordmor kunnskapsbaserte jordmørtiltak; kontinuerlig jordmoromsorg og varme bad, for å fremme den naturlige fødselsprosessen hos lavrisiko førstegangsfødende?

Definerer jordmor fødselstart og langsom framgang i henhold til satte kriterier fra NICE retningslinjen (2007)?

Hensikten med prosjektet er å gjøre en retrospektiv, kvantitativ kvalitetsmåling av hvorvidt jordmor praktiserer fødselsomsorg i henhold til eksplisitte, kunnskapsbaserte kriterier i arbeidet med å forebygge og diagnostisere og langsom framgang i fødsel hos den friske, lavrisiko førstegangsfødende. Kriteriene og standardene er satt i med utgangspunkt i retningslinjen ”Intrapartum Care- Care of healthy women and their babies during childbirth ” fra NICE, 2007, og oppdaterte systematiske oversikter fra Cochrane Library 2009-2011.

Problemstillingen er valgt ut fra et jordmorfaglig perspektiv. Populasjonen er frisk førstegangsfødende med ett barn innstilt i hodeleie, der det er forventet normal fødsel. Fødselsomsorg til denne gruppen kvinner er av spesiell interesse, da en ser at utfall av disse fødselene har stor betydning for fremtidig fysisk og psykisk helse, spesielt relatert til fremtidige svangerskap og fødsler (Helsedirektorater, 2010: IS-1877).

Langsom framgang i fødsel forekommer i både fødselens første og andre fase, og oxytocin er regnet som adekvat behandling i begge tilfeller. I disse to fasene har langsom framgang svært ulike kjennetegn, tiltak og problemstillinger. En audit av begge faser vil kreve flere kvalitetsmål og gi et stort datamateriale. Det er derfor nødvendig og begrense oppgavens problemstilling til kun å gjelde *en* av fasene. Ved å velge få, overkommelige og oppnåelige kriterier, vil auditprosessen med større sannsynlighet resultere i vellykket endring av praksis (Kjærgaard et.al, 2008). Fødselens første fase legger ofte grunnlaget for fødselens videre utvikling. Det virker derfor naturlig å starte i ”rett ende” av en ellers omfattende problemstilling.

Brukerkunnskap - og brukervedvirkning er viktige aspekter i all kvalitetsutvikling der det er fokus på prosess. Dette forutsetter ”.. evne og vilje til å forstå, anerkjenne og ta konsekvensene av brukernes perspektiv, samt å bidra aktivt til brukerinvolvering

gjennom egenomsorg, medbestemmelse og samhandling” (Sosial – og helsedirektoratet, 2006:11). Da samtlige kriterier for denne auditen er bygget på NICE (2007) sine anbefalinger, der disse aspektene er ivaretatt, diskuteres ikke dette ytterligere i denne oppgaven.

Forfattere som beskriver auditprosessen, fremhever behovet for struktur (Kjærgaard et.al, 2008; Ammentorp & Blomhøj, 2008; NICE, 2002). I denne sammenheng beskriver struktur faglig sammensetning av auditgruppen, antall nødvendige medarbeidere, møteprogram og plan for involvering av og formidling til målgruppen for endring. Selv små prosjekter beskrives som ressurs-, og tidkrevende. Et auditprosjekt med utgangspunkt i å være en masteroppgave, faller på flere områder utenom disse anbefalingene. Der det ligger anbefalinger om å være minimum tre til maks tolv medlemmer i gruppen, ligger det flere utfordringer i å gjennomføre et ”enmannsprosjekt” og være alene om samtlige ferdigheter og oppgaver i auditprosessen. Oppgaven vil se på de mest vesentlige forutsetninger, ulike tiltak og oppgaver en møter i audit som metode, - enkelte ble reelt gjennomført i praksis, andre vil bare bli diskutert ut fra teori og ideelle forutsetninger.

Hvis audit skal føre til ønsket resultat i praksis, må alle fem trinn i prosessen gjennomføres. Denne oppgaven gjennomfører sirkelens fire første trinn. Det femte trinnet feedback/ implementering, vil bare bli drøftet på teoretisk grunnlag.

1.2 Definisjoner

Denne oppgaven har enkelte ord og uttrykk som benyttes i utstrakt grad. I avsnittet under er disse sortert i alfabetisk rekkefølge for å lette leserens tilgang på definisjon når de oppstår i teksten.

- **Audit og feedback:** ”... any summary of clinical performance of health care over a specified period of time aimed at providing information to health professionals to allow them to assess and adjust their performance” (Flottorp et.al, 2010:IV).

Clinical audit is a quality improvement process that seeks to improve patient care and outcomes through systematic review of care against explicit criteria and the implementation of change. Aspects of structure,

process and outcomes of care are selected and systematically evaluated against explicit criteria. Where indicated, changes are implemented at an individual, team, or service level and further monitoring is used to confirm improvement in healthcare delivery (NICE, 2002:1)

- **Kjerneytelser:** Delt inn i områdene struktur, prosess og utfall.

- Struktur er relatert til organisasjonens rent fysiske forutsetninger og økonomiske rammer, teknisk utstyr, bemanning og kompetanse hos personalet.
- Prosess vurderer i hvilken grad klinisk praksis, utredning og behandling, er i henhold til ansett optimal prosedyre.
- Utfall gir opplysninger om resultatet av utført praksis, hvilket tilsier effekten av behandlingen. (Kjærgård et.al, 2008).

- **Kriterium /Standard:** Kriterier er mål som kan oppnås under optimale betingelser. Standard beskriver realistiske mål for kvalitet, og uttrykkes ofte som en prosentsats av kriteriet. Der det ikke er akseptabelt å fravike kriteriet, vil de to begrepene uttrykke samme kvalitetsnivå. Kriterier og standarder representerer objektive, definerte *kvalitetsmål* i forhold til definert problemstilling (Ammentorp & Rørmann, 2008).

- **Kunnskapsbasert praksis (KBP):** En helsetjeneste der faglige avgjørelser skal tas med utgangspunkt i systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og pasientens ønsker og behov i gitte situasjon (Nortvedt et.al, 2007:206).

- **Kunnskapshåndtering:** Systematisk og eksplisitt forvaltning av relevant og pålitelig kunnskap. Det inkluderer innhenting, organisering, spredning, bruk og utnyttelse av ulike typer og former for kunnskap, deriblant forskningsbasert kunnskap”. [Internett] Tilgjengelig fra: <https://fremtidenshelsetjeneste.regjeringen.no/tema/kunnskap-i-helsetjenesten/enkeltsvar/7641/> [Lastet ned 01.4.11]

- **Kvalitet i helsetjenesten:** Tjenester som har god kvalitet kjennetegnes ved å være virkningsfulle, trygge og sikre, involverer brukere og gir dem innflytelse, er samordnende og preget av kontinuitet og utnytter ressursene på en god måte (Sosial-, og helsedirektoratet, 2005:IS-12).

”... i hvilken grad helsetjenestens aktiviteter og tiltak øker sannsynligheten for at enkeltpersoner og grupper i befolkningen får en ønsket helserelatert velferd, og tjenesten utøves i samsvar med dagens profesjonelle kunnskap” (Rygh et.al, 2010:4)

- **Kvalitetsindikatorer:** Målbare variabler som gir informasjon om kvaliteten innen et område som vanligvis ikke lett lar seg måle direkte (Rygh et.al, 2010)

Målbare variabler som skal si noe om kvalitet eller volum på det som måles.

Indikatorerne gir dermed grunnlag for å evaluere om bestemte krav eller standarder blir møtt (Kjærgård et.al, 2008)

- **Kvalitetsmål:** Kvalitetsmål er fellesbetegnelsen for kriterier og standarder (Blomhøj & Mainz, 2000).

- **Kvalitetsutvikling:** Helsesektoren bruker *kvalitetsutvikling* som et overordnet begrep for de aktiviteter og metoder som benyttes i målrettet kvalitetsarbeid (Kjærgård et.al, 2009:18).

- **Metaanalyse:** The use of statistical techniques in a **systematic review** to integrate the results of included studies. Sometimes misused as a synonym for systematic reviews, where the review includes a meta-analysis.[Internett] Tilgjengelig fra:

<<http://www.cochrane.org/glossary/5#term387> > [Lastet ned 1.5.2011]

- **Normal fødsel:** Fødsel uten kirurgiske intervensjoner, uten bruk av instrumenter, medisinsk stimulering eller epidural (NICE, 2007:3).

Spontan i sin start, lavrisiko når den begynner og fortsatt lavrisiko fram til barnets fødsel, - der barnet fødes spontant og i bakhodestilling mellom 37. og 42 svangerskapsuke, og mor og barn er i god form etterpå (WHO, 1996)

- **Pasientsikkerhet:** Vern mot unødig skade som følge av helsetjenestens ytelser eller mangel på ytelser (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011).

- **Retningslinje:** ”Systematisk utviklede råd og konklusjoner for å hjelpe helsearbeidere og pasienter til å velge passende / hensiktsmessig behandling for en definert klinisk problemstilling” (Statens helsetilsyn, 2002: IS-2653:9)

- **Systematisk oversiktsartikkel:**

A review of a clearly formulated question that uses systematic and explicit methods to identify, select, and critically appraise relevant research, and to collect and analyse data from the studies that are included in the review

[Internett] Tilgjengelig fra: <<http://www.cochrane.org/glossary/5#term387> >

[Lastet ned 1.5.11]

2.0 BAKGRUNN

2.1 Kvalitetsutvikling i helsetjenesten

Kvalitetsutvikling og pasientsikkerhet har over tid hatt stor internasjonal oppmerksomhet, både faglig og politisk. Dette er dokumentert i internasjonale studier som innberetter atten til tjue prosent uønskede hendelser i behandlingen av alle pasientene innlagt i sykehus (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011). I Norge er det de siste årene lagt inn store økonomiske satsinger, ulike reformer og lovendringer for å sikre høy kvalitet i helsetjenesten. I forbindelse med dette arbeidet er det samlet informasjon om aktivitet og produktivitet, satt i sammenheng med helseøkonomiske investeringer og resultater. Dette fokuset har resultert i at det ikke er registrert sammenliknbare data for kvalitet ved de fleste andre sider av helsetjenesten. Vi mangler data for kvaliteten på de ulike direkte pasientrelaterte tjenestene og resultatene av de disse (ibid). Dette har lagt grunn for et lovfestet krav til både sentrale helsemyndigheter og det enkelte helseforetak om å drive systematisk kvalitets – og pasientsikkerhetsarbeid gjennom gode systemer for kvalitetsmåling (ibid).

Norske helsemyndigheter har alltid vektlagt betydningen av å forbedre sine tjenester. Dette har gitt resultater i at norske helse- og sosialtjenester er rangert blant de beste i verden (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011). Samtidig er det gjort klart at de tjenestene som tilbys i dag ikke alltid virker etter sin hensikt, og derfor ikke er så trygge og sikre som de skal være. Det er derfor behov for en pågående utvikling og forbedring som imøtekommer de stadige endringene i samfunnet, utvikling av ny kunnskap og ny

teknologi. Brukerne av helsetjenestene har også endrede forventninger, og stiller krav til økt medvirkning når nye tilbud og behandlingsformer tas i bruk. Dette stiller krav til økt kompetanse i alle ledd av helsetjenestens komplekse funksjoner. Dette er utgangspunktet for å dra i gang en nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial og helsetjenesten med fokus på seks mål for kvalitet og fem ulike innsatsområder (Sosial- og helsedirektoratet, 2005:IS-1162).

Tjenester av høy kvalitet er i strategien for kvalitetsutvikling definert å være virkningsfulle, trygge og sikre, involverer brukerne og gir dem innflytelse, er samordnet og preget av kontinuitet (Sosial- og helsedirektoratet, 2005:IS-1162:12). Kvalitet i helsetjenesten kan også beskrives som "... i hvilken grad helsetjenestens aktiviteter og tiltak øker sannsynligheten for at enkeltpersoner og grupper i befolkningen får en ønsket helse relatert velferd, og tjenesten utøves i samsvar med dagens profesjonelle kunnskap" (Rygh et.al, 2010:4). Kvaliteten i helsetjenesten skal opprettholdes og forbedres gjennom målrettet kvalitetsutvikling. I helsetjenesten fremmes kvalitetsutvikling gjennom målrettede prosesser der ulike aktiviteter og metoder skal sikre faglighet og kvalitet i helsesektoren ved å ta utgangspunkt i anerkjent, forskningsbasert kunnskap (Ammentorp & Rørmann, 2000:16).

Nasjonal strategi for kvalitet i helsetjenesten beskriver at faglighet og kvalitet skal oppnås i alle ledd av helsetjenesten ved å fokusere på fem ulike innsatsområder og ved bruk av flere konkrete virkemidler (Sosial- og helsedirektoratet, 2005:IS-1162). Innsatsområdene er å styrke brukeren, styrke utøveren, forbedre ledelse og organisasjon, styrke forbedringskunnskapens plass i utdanningen samt følge med og evaluere tjenesten (ibid:2). De enkelte innsatsområdene skal opprettholde og forbedre sin kvalitet gjennom flere delmål og både ulike og sammensatte virkemidler.

Strategien for kvalitetsforbedring vil sikre faglighet og høy kvalitet i tjenesten ved at "best mulig kunnskap" og "ny kunnskap" i større grad er fundamentet i behandling, pleie og oppfølging (Sosial- og helsedirektoratet, 2005: IS-1162). Det er da snakk om vitenskapelig dokumentasjon som er systematisk samlet inn, kritisk vurdert og presentert som systematiske oversiktsartikler, retningslinjer, veiledere, prosedyrer og andre faglig normerende dokumenter (ibid). Det har lenge vært antydning, og er nå en veldokumentert realitet, at det eksisterer uønsket stor avstand mellom

forskningsbaserte anbefalinger for praksis og den tjeneste brukeren reelt mottar (Health Evidence Network, HEN, 2011). Det betyr at resultater fra forskning i mindre grad enn det som først var antatt blir tatt i bruk som beslutningsgrunnlag i praksis. Den store kunnskapsmengden som publiseres er for de fleste uoverkommelig, samtidig som mange mangler kompetanse i å vurdere og omsette det de finner til praktisk bruk. Denne avstanden mellom forskning og praksis medfører uheldig variasjon i både behandling og utfall for brukerne av helsetjenesten (HEN, 2011).

Som ledd i å styrke brukeren har det vært fokus på å øke kompetansen i å arbeide kunnskapsbasert (Sosial – og helsedirektoratet, 2005:IS-1162). Evidence – based medicine (EBM), som på norsk oversettes til kunnskapsbasert praksis (KBP), ble framsatt som en ide tidlig på 70.- tallet av legen Archie Cochrane (King, 2005). Han ønsket å samle fagspesifikk forskning, systematisere den og gjøre den lett tilgjengelig for beslutningsstøtte i klinisk praksis, og begrunnet dette i at det ble utført store mengde med forskning som ikke kom pasienten til gode. Cochrane sin idé ble videreutviklet i samarbeid med den britiske professoren Sackett og hans kollegaer ved Oxford universitetet (ibid). Sackett et.al (1996) definerer evidence based medicine slik:

Evidence-based medicine is the conscientious, explicit, and judicious use of the current best evidence in making decisions about care of individual patients. The practice of evidence-based medicine means integrating individual clinical expertise with the best available external clinical evidence from systematic research. (Sackett et.al, 1996:71)

Denne definisjonen legger vekt på tydelig og ansvarsfull bruk av oppdatert forskningsbasert kunnskap når det skal legges til rette for behandling og pleie av den individuelle pasient. Kunnskapsbasert praksis kan dermed sies å være beste mulige bruk av kunnskap ved å kombinere den kunnskapen vi har fra forskning med erfaring fra klinisk praksis satt i samsvar med uttrykte ønsker og behov fra pasientene og deres familie. En norsk definisjon av kunnskapsbasert praksis uttrykker det slik:

Kunnskapsbasert praksis beskriver en helsetjeneste der faglige avgjørelser tas med utgangspunkt i systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og pasientens ønsker og behov i gitte situasjon. (Nortvedt et.al, 2007:206)

For å sikre en systematisk fremgangsmåte og lette arbeidsgangen i kunnskapsbasert praksis, er prosessen delt inn i seks ulike trinn (www.kunnskapsbasertpraksis.no⁴). Prosessen starter med evnen og viljen til å reflektere rundt problemstillinger i praksis og dermed erkjennelse av et informasjonsbehov for å sikre faglig utvikling og kvalitet i praksis og slik ivareta behovet til pasienter og pårørende. Neste trinn forutsetter å formulere relevante og presise spørsmål som skal gi svar på det området det er ønske om ny kunnskap. Trinn tre i prosessen forutsettes ferdigheter i å aktivt søke etter relevante forskningsbaserte studier, for deretter i fjerde trinn å kritisk vurdere om disse er av god kvalitet, besvarer de aktuelle kliniske spørsmålene og imøtekommer den individuelle pasientens behov i gitte situasjon. Femte trinn involverer kunnskap om og iverksetting av ulike strategier for å implementere ny kunnskapen i praksis. Sjette og siste trinn er rettet mot å evaluere om mål for de tjenester som utføres og om ønsket utfall for behandling og pleie blir nådd (ibid).

Internasjonalt er det rettet ulik kritikk mot Evidence based medicine (Straus & McAlister, 2000.) Fokus har vært rettet mot arbeidsprosessen i KBP der det er legges vekt på flere praktiske begrensninger og barrierer (Straus & McAlister, 2000). Det er ansett som et problem at resultater fra forskning er lite tilgjengelig for de fleste klinikere og at kunnskapen blir presentert i en form som det er vanskelig å relatere til den enkelte pasient. Det hevdes også at behovet for nye ferdigheter i å søke etter og vurdere ny forskningsbasert kunnskap vil hindre KBP i å bli en allmenngyldig realitet i helsetjenesten, samt at prosessen er for tidkrevende i en travel klinisk hverdag. Det blir også hevdet at KBP fremmer en ”kokebok-behandling” som ikke verdsetter klinikerens erfaring, og der ensidig fokus på prosess og resultat ikke vil møte behov relatert til pasientens verdier (ibid).

Også i Norge er KBP kritisert (Boge & Martinsen, 2004; Martinsen, 2008; Ekeland, 2008; Hofstad, 2008). Det blir hevdet at evidence-kunnskap er tilpasset gjennomsnittspasienten, som er en brukergruppe som ikke eksiterer i helsetjenesten (Hofstad, 2008). Denne kunnskapen er derfor i mange sammenhenger verdiløs. KBP fremheves også er et verktøy i helsemyndighetenes strategi for å redusere kostnadene i

⁴ Kunnskapsbasertpraksis.no: [Internett] Tilgjengelig fra:<http://kunnskapsbasertpraksis.no/index.php?action=static&id=67> [Lastet ned 1.5.2011]

helsetjenesten, og det blir uttrykt bekymring for hvordan helsevesenet vil møte menneskelige dimensjoner som ikke kan besvares med resultat fra randomiserte kontrollerte studier (Boge & Martinsen, 2004; Hofstad, 2008). Forfatterne mener derfor at KBP ikke er egnet til å møte mennesker med sammensatt plager eller som trenger hjelp i situasjoner der både biologiske, sosiale og kulturelle hensyn må tas.

Helsetjenesten mange tjenesteområder deles gjerne inn i områder som struktur, prosess og utfall, gjerne kalt helsetjenestens kjerneytelser (Kjærgård et.al, 2008). Struktur er relatert til organisasjonens rent fysiske forutsetninger for å yte god helsetjeneste; økonomiske rammer, teknisk utstyr, bemanning og kompetanse hos personalet. Prosess er på sin side relatert til det reelle møte mellom utøveren av helsetjenestene og brukerne av disse, og viser dermed til de tilbud eller tiltak som fører til gode helsetjenester; all forebygging, diagnostikk, behandling og pleie. Utfall/ resultat har fokus på den helserelevante effekten brukeren sitter igjen med etter kontakten med helsetjenesten; symptomer, livskvalitet, funksjon eller overlevelse (Rygh et.al, 2010). For å sikre brukerne av tjenestene mot unødig skade som følge av helsetjenestens ytelser eller mangel på slike, er det en forklart målsetning at all forebygging, diagnostikk, behandling og pleie skal være fundert i beste mulige kunnskap (Helse - og omsorgsdepartementet, 2011).

Det er fokus på pasientsikkerhet innenfor samtlige områder i helsevesenets kliniske tjenester; forebygging, diagnostikk, behandling og pleie/omsorg (; prosess) (Helse – og omsorgsdepartementet, 2011). Pasientsikkerhet er definert som vern mot unødig skade som følge av helsetjenestens ytelser eller mangel på ytelser (ibid). I den Nasjonal helse og omsorgstjenesteplanen beskriver man at arbeidet skal funderes på forskningsbasert kunnskap, noe som skal sikres ved omfattende fokus på raskere kunnskapsoverføring mellom forskning og praksis (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011). Omsorgsplanen beskriver ulike virkemidler for å nå sin målsetning. Det er et satsningsområde å fremskaffe god og relevant kunnskap og gjøre den tilgjengelig for både brukere, pasienter og tjenesteytere. Et vesentlig virkemiddel i dette arbeidet er å etablere nasjonale retningslinjer og veiledere innenfor utvalgte områder i helsetjenesten. Arbeidet med å utvikle kvalitetsindikatorer for spesialisthelsetjenesten skal intensiveres, og det er framsatt forslag om lovfestet krav til å drive systematisk

pasientsikkerhetsarbeid innenfor alle områder i helsetjenestens. I dette ligger en intensjon om styrke kravene til arbeid med kvalitet og pasientsikkerhet i de regionale helseforetakene, der den enkelte organisasjon og ledere må etterspørre resultater om kvalitet og sikkerhet i sine tjenester i større grad enn det som er tilfelle i dag.

Kvalitet i helsetjenesten er ”... i hvilken grad helsetjenestens aktiviteter og tiltak øker sannsynligheten for at enkeltpersoner og grupper i befolkningen får en ønsket helserelevant velferd, og tjenesten utøves i samsvar med dagens profesjonelle kunnskap” (Rygh et.al, 2010:4). Dette forutsettes fokus på læringskultur og kompetanseutvikling i helsetjenesten. Omsorgsplanen fremhever at derfor at alt helsepersonell skal ha mulighet til å forbedre sin tjenesteytelse ved blant annet å ha lett tilgjengelig informasjon og ny forskningsbasert kunnskap. Dette skal oppnås ved en stadig pågående produksjon og påfølgendes publisering av ny kunnskap i ulike elektroniske databaser (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011).

Helsebiblioteket.no er et offentlig nettsted som driftes av Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Formålet med Helsebiblioteket er ”... å heve kvaliteten på helsetjenestene ved å tilby helsepersonell fri tilgang til nyttig og pålitelig kunnskap. Utjevning av store forskjeller i tilgang til slik fagkunnskap, økonomiske besparelser og bedre kvalitet ved å tilby god fagkunnskap er tre gode grunner for etableringen av Helsebiblioteket.no⁵. Nettstedet er inndelt i flere kategorier, der det blant annet er fri tilgang til viktige oppslagsverk i helsefag, de mest velrenommerede medisinske databasene, fulltekstartikler i flere viktige tidsskrifter innen medisin og helsefag, samt nasjonale, kliniske retningslinjer for de mest sentrale fagfeltene i helsetjenesten. Internasjonale retningslinjer er også tilgjengelige gjennom verdens største retningslinje database Guideline International Network (GIN).

Brukererfaringer, pasientsikkerhet, eksempler på praktiske kvalitetsforbedringsprosjekter, ulike kvalitetsmålinger, – dette er også noen av feltene

⁵ Helsebiblioteket. no.[Internett] Tilgjengelig fra:
(.http://www.helsebiblioteket.no/Om+Helsebiblioteket/Helsebiblioteket.no+%E2%80%93+form%C3%A5+tilbud+og+bruk.62822.cms [Lastet ned 25.4.2011])

som dekkes i Helsebiblioteket. Hensikten er å kombinere forskning, teori og praktisk erfaring innen kvalitetsforbedring i helsetjenesten. Det er også en viktig oppgave for Helsebiblioteket å publisere kunnskapsoppsummeringer produsert blant annet av Nasjonalt Kunnskapscenter for helsetjenesten. Kunnskapsoppsummeringer er pålitelig fagkunnskap nettopp ved at de systematisk og eksplisitt summerer opp kunnskap fra flere vitenskapelig studier, slik at denne kunnskapen enklere kan benyttes til å bygge opp under kunnskapsbasert beslutninger i praksis (www.helsebiblioteket.no).

Kvalitetsutvikling i den kliniske helsetjenesten skal altså sikre at de ulike prosessene (informasjon, kommunikasjon, utredning, behandling, oppfølging) i samhandling med brukeren er i tråd med relevant, pålitelig og oppdatert kunnskap. I internasjonal litteratur (Straus, Graham & Tetroe, 2009) og rapporter fra ulike nasjonale høringer (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011) er det påpekt at gode, faglige retningslinjer har stor betydning for kvaliteten av de kliniske helsetjenestene fordi retningslinjer er definert som "... systematisk utviklede råd og konklusjoner for å hjelpe helsearbeidere og pasient til å velge passende/ hensiktsmessig behandling for en definert klinisk problemstilling" (Statens Helsetilsyn, 2002:9).

Kliniske, kunnskapsbaserte retningslinjer regnes derfor som effektive verktøy i brobyggingen mellom forskning og praksis (Sosial- og omsorgsdepartementet, 2011). Internasjonalt er det fokus på ulike implementeringstiltak og strategier som legger til rette for aktiv bruk av retningslinjer i praksis i ulike settinger og blant ulike yrkesgrupper i helsesektoren, og noe av dette arbeidet er oppsummert i flere systematiske oversikter (Hakkennes & Dodd, 2007; Chailet et.al, 2008; Francke et.al, 2008). I Norge gjøres det også en målrettet innsats for å oppdatere og gjøre kjent eksisterende nasjonale retningslinjer. Det er og vil bli nedsatt ulike faggrupper, som skal utvikle nye retningslinjer for fagområder der det foreligger et erkjent behov for det (Helse - og omsorgsdepartementet, 2011). I tråd med intensjonene om å sikre samsvar med dagens profesjonelle kunnskap og helsetjenestens aktiviteter og tiltak gjennom lett tilgjengelig og forståelig kunnskap, har Helsebiblioteket.no disse retningslinjene lett tilgjengelig på sine nettsider.

Kunnskapsbasert praksis, og bidrag til oppdaterte faglige retningslinjer og prosedyrer er aktivitetene som støtter helsevesenets intensjon om kvalitetsutvikling gjennom

problemidentifisering, effektiv gjennomgang av og kyndig formidling av ny og relevant kunnskap (Sosial- og helsedepartementet, 2005). Helsedirektoratet påpeker derfor betydningen av å gi framtidige helsearbeidere relevant kompetanse i kunnskapshåndtering og forbedringskunnskap i de ulike grunnutdanningene. Økt satsing på forskning og fagutvikling innenfor det enkelte fagfelt og å fremme forbedringskunnskapens plass i utdanning og hos ledelsen i de ulike helseorganisasjonene er sentralt. Forbedringskunnskap er ” kunnskap om systemer og prosesser, kunnskap om variasjon, kunnskap om arbeids – og endringspsykologi og erfaringslæring” (Sosial - og helsedirektoratet, 2006). Å følge med på og evaluere tjenestene gjennom kvalitetsmåling er viktige virkemidler innen forbedringsarbeid og kvalitetsutvikling.

2.2 Kvalitetsutvikling i jordmorfaget

Et endret kompetansebehov i arbeidslivet skal møtes med å styrke forbedringskunnskapens plass i helsefaglige utdanninger (Sosial- og helsedirektoratet, 2005). Den nasjonale helse og omsorgsplanen 2011-2015 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011) legger også vekt på at alle relevante utdanninger innen helse- og sosialfag skal vektlegge pasientsikkerhet, kunnskapshåndtering og kvalitetsforbedring. Dette skal oppfylles ved å integrere forsknings- og kunnskapshåndtering som en viktig del av studiene. Ved endt utdanning skal helsearbeideren dermed ha kompetanse i å arbeide kunnskapsbasert; evne- og vilje til å finne og nyttegjøre seg av resultater fra relevant forskning for kontinuerlig å opprettholde og bedre kvaliteten i sin yrkesutøvelse. Dette vil også få betydning for jordmorfaget.

Jordmoryrket er knyttet til faget obstetrikk, som er læren om svangerskap, fødsel og barseltid (Olds, London & Ladewig, 1992). Det obstetriske fagfeltet oppdaget på 70-tallet nytteverdien av å ta beslutninger i praksis på grunnlag av forskningsbaserte resultater (King, 2005). Chalmers og hans kollegaer ved Oxford universitetet sluttet seg om Archie Cochrane sin uttalelse om at obstetrikken bygget sin praksis på feil kunnskap, som i stor grad var erfarings- og opinionsbestemt. Disse legene anerkjente betydningen av å ta beslutninger på grunnlag av dokumenterte bevis fra randomiserte studier, og startet dermed en utvikling der et stadig økende antall kliniske studier av god

kvalitet innen det obstetriske feltet ble oppsummert i systematiske oversiktsartikler og formidlet gjennom Cochrane databasen (ibid).

Cochrane logoen står som et symbolet for obstetrikkens tidlige orientering mot kunnskapsbasert praksis, og som en stadig påminning om hvor relevant dette kan være for liv og helse. Den sirkulært formede logoen består av en C for Cochrane og en omvendt C for samarbeid (collaboration). Dette symboliserer jordkloden, fordi det Cochrane publiserer har globalt betydning. Sirkelens kjerne har et diagram som presenterer resultatet fra en obstetrisk oversiktsartikkel. Syv horisontal linje viser resultatet av hver enkelt av de inkluderte randomiserte, kontrollerte studiene (RCT), der det ble målt overlevelse for barnet hos kvinner i prematur (; for tidlig) fødsel. Kvinnene fikk enten behandling med kortikosteroider for å stimulere barnets lungemodning eller et placebo. Hver for seg og oppsummert viste studiene til gode resultater i favør for behandling med kortikosteroider. Resultatene viste en reduksjon i dødelighet hos barnet på hele tretti til femti prosent hos denne gruppen (The Cochrane Collaboration ⁶; avsnitt 2-4). Den første av disse syv studiene ble publisert allerede i 1972, men resultatene nådde ikke fram til fagfeltet, og behandlingen ble ikke tatt i bruk før det ble gjort en systematisk oppsummering i 1989. Cochrane regner dette som et viktig eksempel på betydningen av å kontinuerlig utføre systematiske vurderinger av kontrollerte, randomiserte studier fra helsesektoren.



(www.cochrane.org)

Jordmorutdanningen er en av flere helsefagutdanninger som relativt tidlig endret sin undervisningsform og innholdet i læreplanene for studentene. Ferdigheter i kunnskapsbasert praksis er i dag en rød tråd i alt studentarbeidet. Dagens fødselsomsorg bør derfor være godt på vei til å møte helsemyndighetenes krav om å ha kompetanse i å evaluere kvaliteten i eget arbeid, oppdage og reagere på uønskede tilstander og

⁶ The Cochrane Logo. [Internett] Tilgjengelig fra :< <http://www.cochrane.org/about-us/history/our-logo>>, [Lastet ned 26.4.2011)

imøtekomme dette med ny kunnskap som bidrar til kontinuerlig kvalitetsutvikling i eget fagområde (St.meld.12,2008-2009).

I internasjonal målestokk holder norsk fødselsomsorg høy kvalitet (Helsedirektoratet, 2010: IS-1877). Det er likevel viktig å være sunt kritiske til eget system, og overvåke for mulige problemområder. I 2008-2009 (Helsedirektoratet, 2010:IS-1877) ble det foretatt en revisjon av den norske jordmortjenesten, der kvaliteten på fødselsomsorgen ble spesielt vurdert. Denne vurderingen påpeker et behov for kompetanseheving i jordmortjenesten i fødeinstitusjonene. Det er bemerket som bekymringsfullt at det ikke forskes innenfor norske jordmorkretser, og at kunnskapsutvikling og kvalitetsarbeid ikke er satt i system (Helsedirektoratet, 2010: IS-1815).

Jordmoryrket anses som særdeles krevende og ansvarsfullt, der svikt i yrkesutførelsen kan medføre alvorlige konsekvenser for både kvinnen, barnet, familien og samfunnet. I rapporten ”Utviklingsstrategi for jordmortjenesten” blir det påpekt behov for en kunnskapsbasert utvikling av jordmortjenesten, der jordmødre i fremtiden tar aktiv del i å utvikle eget fag gjennom forskning på eget fag og evaluering av eget arbeid (Helsedirektoratet, 2010, IS - 1815).

Den norske fødselsomsorgen er desentralisert og differensier gjennom inndeling i kvinneklinikker, fødeavdelinger og fødestuer. Dette gir kvinner mulighet til å føde i nærheten av eget hjemsted. Tidligere ble kvaliteten i fødselsomsorgen evaluert ut fra hvor mange fødsler fødeinstitusjonen hadde pr år. For å sikre at det blir stilt samme krav til kvalitet og pasientsikkerhet i store og små fødeenheter, skal fokus på tall nå erstattes med ulike kvalitetsindikatorer (Helsedirektoratet, 2010:IS-1877).

Kvalitetsindikatorer etablerer nye kriterier og resultatkrav for høyspesialiserte tjenester. Dette oppnås ved at ”... kvalitetsindikatorer er målbare variabler som gir informasjon om kvaliteten innen et område som vanligvis ikke lett lar seg måle direkte” (Rygh et.al, 2010). I helsetjenesten skal slike indikatorer brukes til å vise om ulike helsetjenester er i samsvar med beste tilgjengelige kunnskap, og om dette gir helsegevinst. Helsegevinst forklares som økt overlevelse, funksjonsevne, kontroll over ulike symptomer og bedret forsvar mot sykdom og tap av funksjoner (ibid).

I Norge er kvalitetsmåling med kvalitetsindikatorer å regne som nybrottsarbeid. Arbeidet startet opp i 2003, og er siden kritisert for ikke å fungere etter sin hensikt (Rygh et.al, 2010). Kritikken gjelder blant annet manglende helhetstenkning ved prioriteringer og valg av satsningsområder, og det er etterspurt åpenhet og etterrettelighet i prosessene rundt utviklingen - og implementeringen av de ferdigstilte indikatorene. Kunnskapssenteret har derfor fått i oppdrag av Helsedirektoratet å utvikle et overordnet rammeverk med helsepolitiske og faglige føringer for det videre indikatorarbeidet (ibid). Rammeverket skal "... bidra til å skape et relevant og bærekraftig kvalitetsindikatorsystem med klart definerte mål og stor grad av transparens når det gjelder helsepolitiske og faglige prioriteringer og valg" (Rygh et.al, 2010:). Kvalitetsindikatorer skal ha som formål å fungere som helsepolitisk styring, virksomhetsstyring, intern kvalitetsforbedring og til sammenlikning av standard på tjenestetilbudet når pasient/ bruker benytter seg av fritt sykehusvalg (ibid).

Grunnlaget for utvikling av kvalitetsindikatorer skal være vitenskapelig dokumentasjon av høy kvalitet; forskningsbasert kunnskap som er systematisk samlet inn, oppsummert og kvalitetsvurdert, skal være grunnlaget for utvikling av kvalitetsindikatorer (Rygh et.al, 2010). Framtidens indikatorer skal rette seg mot alle de tre kjerneområdene i helsetjenesten; struktur, prosess og resultat. Brukerperspektivet skal allikevel prioriteres, slik at vi får bedre forståelse av effekt av behandling, sikkerhet, pasientinformasjon, tilgjengelighet, effektivitet og brukeropplevelse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011).

Systematisk innsending av data til Medisinsk fødselsregister, har siden 2007 gjort det mulig å måle utfall av fødsel i forhold til ulike kvalitetsindikatorer (Folkehelseinstituttet, 2007⁷). Eksempel på indikatorer som allerede er i bruk, er andel kvinner med alvorlig skade i underlivet etter fødsel, andel kvinner som blir forløst med vacuum tang eller keisersnitt samt andel nyfødte med lav apgar (ibid). Veilederen "Et trygt fødetilbud. Kvalitetskrav til fødeinstitusjoner" (Helsedirektoratet, 2010) presenterer forslag til nye kvalitetsindikatorer, der ivaretagelse av det normale

⁷ Folkehelseinstituttet (2007). Nyhetsbrev. Kvalitetsindikatorer i fødselshjelpen.[Internett] Tilgjengelig fra:<
http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=Area_5626&MainArea_5661=5619:0:15,4323:1:0:0:0:0&MainLeft_5619=5626:66484::1:5625:1:::0:0&Area_5626=5544:66605::1:5628:3:::0:0 [Lastet ned 1.5.2011]

fødselsforløp og kvinnens fødselsopplevelse er i fokus. Helsedirektoratet planlegger derfor å kvalitetsmåle andel fødende som får kontinuerlig jordmoromsorg, da dette er et tiltak som har vist seg svært effektivt i å opprettholde det normale fødselsforløp og fremme spontan vaginal forløsning (ibid). Dette kan videreføres til neste relevante indikator; andel lavrisiko førstegangsfødende som opplever ukomplisert fødsel uten medisinske eller instrumentelle inngrep.

”Å evaluere ” innebærer blant annet å sammenlikne en tilstand med en annen (www.kunnskapsbasertpraksis.no). Dette skjer gjennom en prosess i to faser, der en først måler det som skjer i praksis og deretter sammenlikner dette opp mot en gitt standard. Kvalitetsindikatorer er peker generelt på områder der det mistenkes uheldig variasjon i praksis, som kan medføre høyere risiko enn det som er akseptabelt, og dermed få alvorlige konsekvenser for brukeren av tjenesten (Sosial- og helsedepartementet, 2005). Utvalgte anbefalinger til framtidige kvalitetsindikatorer for fødselsomsorgen utfordrer den enkelte organisasjon, leder og avdeling til å ta opp til vurdering hvordan de best kan følge med på og evaluere sine egne tjenester, og hvordan de skal ta konsekvensen av det de finner.

2.3 Kvalitetsutvikling i organisasjonen

Helsemyndighetene har som mål å sikre kontinuerlig forbedringsarbeid ved å forbedre ledelsen i organisasjon (ref). Dette forklares med det ansvaret ledelsen har i å forbedre og videreutvikle organisasjonens kjerneytelse ved å legge til rette for den kompetanseutviklingen de ansatte trenger for å levere tjenester av god kvalitet. Tradisjonelt sett har helsetjenesten basert sitt forbedringsarbeid på erfaringskunnskap og de verdier som preger kulturen i den enkelte profesjon, men det er behov for å ta i bruk ulike typer kunnskap i arbeidet med å forbedre tjenestene. ”Tre elementer må arbeide sammen for å oppnå suksess; evidensbasert praksis, forskning og kvalitetsforbedring” (Plsek, 2006⁸). Ingen av disse komponentene kan stå alene og gi den innsikt og sammenheng som er nødvendig for å gi forbedring. Forbedringskompetanse beskriver kunnskap om systemer og prosesser, kunnskap om variasjon, kunnskap om arbeids- og endringspsykologi - og erfaringslæring (Sosial- og helsedirektoratet, 2006). Forbedringskunnskap er ansett som et komplement til den fagspesifikke kunnskapen, og samlet legger dette grunnlaget for kontinuerlig forbedring og kvalitet i helsetjenesten.

⁸ Plske, 2006: referert fra konferansen ... Og bedre skal det bli! [

Dermed er forbedringskompetanse ansett som en verdifull tilføyelse som kan gjøre det enklere å følge med på, analysere og forstå om og hvordan kunnskap fra forskning og praksis blir brukt til å understøtte beslutningsprosesser innenfor alle tjenester i organisasjonen (Sosial- og helsedirektoratet, 2006).

Ledelse er ”... å lede virksomheten etter de mål som er satt og de rammer som er gitt (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011:119), og ”... å få ting gjort ved å sette andre til å gjøre mer enn de ellers kunne eller ville gjøre” (Sosial- og helsedirektoratet, 2006:9). Ledelse av endring krever nødvendig tilpasning til krav som kommer utenfra i kombinasjon med ønsket utvikling i egen organisasjon basert på egne ressurser (Busch et.al, 2007). Stramme budsjett og knappe personalressurser utfordrer lederne i å etterkomme helsemyndighetens krav om å dokumenter kvalitetsarbeid for å sikre høy, faglig kvalitet i tjenesten. Ledere av framtidens helse og sosialtjenester må derfor tilegne seg kunnskap om verktøy og virkemidler som kan kombinere de daglige arbeidsoppgavene, kvalitetsarbeid og kompetanseutvikling som tre sider av samme sak (Sosial- og helsedirektoratet, 2006).

Det er utviklet en modell for endringsledelse (Sosial- og helsedirektoratet, 2006). Denne modellen består av fem likestilte delmål som hver for seg og sammen har innvirkning på hverandre. Øverst rangerer delmålet å erkjenne og ta hensyn til den kompleksitet helsetjenesten består av. Deretter følger å etablere forståelse for hvorfor vi trenger å forbedre tjenestene, å bestemme hva vi må endre og å beslutte hvordan vi skal gjennomføre endringer. Dette arbeidet skal understøttes av et siste men kontinuerlig pågående delmål, å sikre varig forbedring (ibid).

Et helseforetak er en kompleks kunnskapsbedrift. Her er det mange ulike høyt utdannede profesjoner som skal ha det samme målet, å gi brukerne god kvalitetsmessig helsehjelp. For å lykkes med endring i komplekse organisasjoner forsettes det at ledelsen formulerer en målsetning som vekker interesse og engasjement hos alle aktuelle profesjoner. Dette vil kunne skape et felles perspektiv på hva en ønsker å oppnå (Krogh, Ichijo & Nonaka, 2007). Organisasjonen må videre vurdere hva som må endres både i forhold til struktur, prosess og resultat. Når endringsprosjekter foreslås og iverksettes må hensikt, gjennomførbarhet, praktisk betydning for personalet og

pasientgruppen, sammen med muligheten for å oppnå ønsket endring kommuniseres klart og tydelig (ibid).

Ledelse er å involvere og motivere sine medarbeidere til å være fleksible og innovative. Det vil si å våge å utfordre organisasjonskulturen, der etablert tankegang kan hindre en reflektert praksis som sikrer lokal forbedring (Straus, Tetroe & Graham, 2009). Det å ”være åpen for å gjøre nye ting på nye måter og prøve dem ut i egen organisasjon” er nettopp en av forventningene helsemyndighetene har til fremtidens ledere i den norske helsetjenestene (Sosial- og helsedirektoratet, 2006:8).

Førstelinje ledere er de som er nærmest personalet ”på gulvet” og som dermed utøver ledelse til det største personalvolumet i sykehusene. Forbedrings kunnskap inkluderer derfor det å lede sammen med andre som et viktig moment. Det vektlegges betydning å i felleskap avdekke forbedringsområder i egen virksomhet og deretter engasjere kunnskapsaktivister. (Krogh, Ichijo & Nonaka, 2007). Kunnskapsaktivistene har som oppgave å stimulere den enkelte profesjonelle til å gjøre en best mulig jobb mens de samler kunnskap og omdanner denne til noe som organisasjonen trenger.

Det er en viktig lederoppgave nettopp å sørge for at medarbeiderne bygger opp sin kompetanse gjennom ulike forbedringsmetoder. Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring foreslår i sin veileder flere virkemidler og verktøy i arbeidet med å utvikle slik kunnskap i praksis. Ett foreslått virkemiddel er ”Demmings sirkel”. Sirkelen er utarbeidet som modell for systematisk forbedring og består av fire trinn i en sirkulær prosess; planlegge, utføre, kontrollere og korrigere (Sosial- og helsedirektoratet, 2005:IS-1162:28). I en ledelsesstyrt implementeringsprosess vil disse ulike trinnene legger til rette for å involvere personalet i både planleggingen og utførelsen av ulike tiltak for å oppnå ønsket forbedring av ulike sider ved helsetjenesten. I denne sammenheng er det hevdet at å involvere ulike helseprofesjoner hver for seg og sammen i gjennomføringen av audit og feedback kan være ett av flere tiltak i gjennomføringen av Demmings sirkel.

Organisasjonskultur og åpenhetskultur er i stor grad to sider av samme sak. Kulturen i en organisasjon blir ofte oversett når endringsprosjekter iverksettes (Krogh, Ichijo & Nonaka, 2007). Hvis organisasjonskulturen, valgte strategier og satte mål ikke er

samstemte, vil organisasjonen ikke oppnå ønsket resultat. Sosial- helsedirektoratet (2005;16) foreslår å fokusere på fem nøkkelementer som anses å ha betydning på organisasjonens evne til omstilling. Dette gjelder relasjoner innad i virksomheten og deres positive eller negative innvirkning på nytenkning, etablerte beslutningsprosesser, maktfordeling og på hvilken måte og hensikt makt blir bruk, konflikthåndtering som negative og positive faktorer i miljøet samt hvorvidt det er et åpent, nysgjerrig læringsmiljø i stedet for at ny kunnskap anses som en trussel mot kjent praksis.

Helsemyndigheten har fokus på å ”følge med på og evaluere” helsetjenestene på nasjonalt nivå (Sosial - og helsedirektoratet, 2005: IS-1162). Evalueringen innebærer dermed å sammenlikne et utgangspunkt med grad av oppnådd målsetning på et senere tidspunkt, gjennom ett eller flere spesifikke tiltak (Kjærgård et.al, 2008).

Slik evaluering kan skje fra makronivå helt ned på mikronivå. For å oppnå delmålet ”sikre varig forbedring” er det et sentralt tema at den enkelte organisasjon og leder på alle nivå i tjenesten setter fokus på å måle sine aktiviteter og resultater.

Helsemyndighetene gitt helsetjenestene pålegg om å ta i bruk kunnskapsbaserte systemer og metode som kan dokumentere ulike prosesser i samhandling med brukerne av tjenestene (Sosial - og helsedirektoratet, 2004:IS-1183). Dette skal gi svar på om iverksatte tiltak og endringer tjener etter sin hensikt. Det vil si om vi har gjort det vi sa vi skulle gjøre på den måten vi sa vi skulle gjøre det og om det er godt nok.

Internrevisjon er en del av arbeidet med ”å følge med på og evaluere” eget arbeid. Revisjon betyr gjennomgang, korrektur og ettersyn, og er derfor et anbefalt redskap for å kontrollere om dokumentert - og reell praksis er sammenfallende (Sosial - og helsedepartementet, 2004:IS-1183). Internrevisjon skal blant annet sikre at helsetjenesten har kontroll på de prosessene som ved ikke å være gode nok setter liv og helse i fare.

I helsetjenesten er en innovasjon iverksetting og gjennomføring av nye tjenester og løsninger som skal øke kvaliteten i helsetilbudet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011). Det er vesentlig at fremtidige innovasjoner sikrer at forskningsbasert kunnskap blir videreutviklet til nye tilbud innen pasientbehandling og organisasjonsstruktur. Kvalitetsindikatorer er eksempel på innovasjon styrt fra myndighetens side, men ulike

former for innovasjon kan også være initiert av den enkelte helsearbeider i samarbeid med ledelsen i sin organisasjon. Det vektlegges at fremtidige innovasjoner og andre typer endringsprosjekter må utføres med metoder som gir målbareffekt av det arbeidet som er gjort, og det oppfordres til å dokumentere dette gjennom store og små pilotprosjekter (ibid:104).

Grunnlaget for sammenlikning kan være praksis i egen virksomhet før og etter introduksjon av et ønsket kvalitetsmål. Helsedirektoratet sitt tilsyn med fødeinstitusjonene var evaluering på makronivå, og resulterte i veilederen ” Et trygt fødetilbud. Kvalitetskrav for fødeinstitusjoner” (2010). Evaluering på mikronivå kan være det enkelte helsepersonell som arbeider kunnskapsbasert og slik kritisk evaluerer ulike sider ved sin måte å yte tjenester, og følger dette opp med å endre sin og andres praksis i henhold til kunnskapsbaserte anbefalinger.

2.4 Auditprosessen som strategi for kvalitetsutvikling i helsetjenesten

Verdens helseorganisasjon har gjort klart at det er for stor avstanden mellom den praksis som anbefales og de helsetjenester pasienten reelt mottar. For å imøtekomme denne problemstillingen er det fokus på ulike metoder og strategier som kan sikre raskere kunnskapsoverføring og bedret yrkesutøvelse innenfor helsevesenets tjenester. I denne sammenheng er det økt interesse for å bruke audit og feedback som en metode til å fremme kunnskapsbasert praksis og slik legge til rette for kvalitetsutvikling i relasjon til spesifikt utvalgte problemområder.

Audit er et engelsk ord som vi på norsk kan oversette til evaluering, monitorering og kvalitetsmåling av klinisk praksis (Graverholt & Tuntland, 2008:56).

Kvalitetsmonitorering av helsevesenets tjenester ble foreslått allerede tidlig på 1900-tallet av Dr. Codman (1911), (ref. Mainz, 2009). Han utviklet et ”End- Result-System” der resultat av ulike operasjoner ble vurdert ved utskrivning av pasienten, og deretter revurdert etter ett år. Dr. Codman uttalte;” Every hospital should follow every patient it treats long enough to determine whether or not the treatment has been successful and then enquire” if not, why not?” with a view to preventing similar failures in the future”⁹.

⁹ Mainz, J (2009) Audit- en metode til kvalitetsudvikling af klinisk praksis. [internett] Tilgjengelig fra:<http://www.dsk.dk/filer/aarsmoede_2009/workshop4_jan_mainz.pdf> [Lastet ned 8.2.11]

Hans synspunkt var i kontrast med den tids oppfattelse av at det kun var opp til den enkelte lege å evaluere sine tjenester ut fra sin fagutdanning og erfaring som yrkesutøver. Dr. Codman synspunkt førte ham ut i faglig isolasjon og økonomisk ruin, men han er i dag regnet som kvalitetsutviklingens grunnlegger i USA (Mainz, 2009).

Ulike metoder for kvalitetsutvikling ble videreutviklet på 1950- 70 tallet (Mainz, 2009). Audit og feedback er etter hvert brukt til systematisk kvalitetsvurdering i en rekke land (Blomhøj & Mainz, 2000). I USA er metoden mye brukt både på avdelings- og organisasjonsnivå, og det samme gjelder etter hvert for flere land i Europa; Nederland, Sverige, Danmark og Storbritannia. Disse landene har etter hvert omfattende erfaring med audit både som et relevant lederverktøy for å sikre at helsetjenestenes organisasjonsvirksomhet er i orden. Dette har resultert i flere godt gjennomførte auditprosjekter, og flere av disse er publisert (ibid).

Jamtvedt et.al (2006) har i en oversiktsartikkel inkludert 118 randomiserte kontrollerte studier om effekten av audit og feedback for å bedre kvalitet og sikkerhet i helsetjenesten. Forfatterne konkluderer med at audit og feedback kan være effektiv i å endre praksis i helsetjenesten, men påpeker at endringen vanligvis er liten til moderat. Det blir likevel hevdet at audit og feedback kan være verdt innsatsen, spesielt hvis selv små endringer kan ha betydning for utfall av praksis. Oppnådd endring ser ut til å være størst i de settingene der oppslutningen om ønsket praksis er liten, og feedback utføres i en intensiv form (ibid).

Som en del av strategien ”... å følge med og evaluere” har det den senere tid vært en voksende interesse for å ta i bruk audit og feedback som en framgangsmåte innenfor den kunnskapsbaserte praksis. Evaluere er siste trinnet i denne prosessen, og hensikten er dermed å øke denne kompetansen ved å bruke audit og feedback som en strategi i dette arbeidet. (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011).

For å nå målsetningen om kvalitetsutvikling med audit og feedback som metode, er det viktig å kjenne til faktorer som kan fremme og hemme endring i praksis. I sin oversiktsartikkel hevder Johnston et.al (2000) at tiltaket fremmer endring i praksis ved å bedre tverrfaglig kommunikasjon samt øke tilfredshet i arbeidet gjennom ny kunnskap.

Negativ sideeffekt er opplevelse av redusert selvstendighet i yrkesutøvelsen, frykt for represalier og mistenkeliggjøring fra kollegaer og ledelse.

Det er flere ulike definisjoner for audit og feedback;

... any summary of clinical performance of health care over a specified period of time aimed at providing information to health professionals to allow them to assess and adjust their performance (Flottorp et.al, 2010).

Clinical audit is a quality improvement process that seeks to improve patient care and outcomes through systematic review of care against explicit criteria and the implementation of change. Aspects of structure, process and outcomes of care are selected and systematically evaluated against explicit criteria. Where indicated, changes are implemented at an individual, team, or service level and further monitoring is used to confirm improvement in healthcare delivery (NICE, 2002:1).

I klinisk praksis blir audit og feedback benyttet som en metode til å foreta en kvalitetsmåling av ulike utvalgte sider av helesarbeideren yrkesutøvelse, for deretter å gi tilbakemelding til de det gjelder om resultatet (Flottorp et.al, 2010). Audit og feedback kan gjennomføres med ulike innfallsvinkler og være del av et frivillig eller pålagt prosjekt. National Health Services (NHS) i Storbritannia har eksempelvis integrert klinisk audit som en av seks hovedpilarer i sitt forbedringsarbeid i helsesektoren, og pålegger slik hvert enkelt helseforetak (; stiftelse) å gjennomføre ulike auditprogrammer i tråd med nasjonale prioriteringer og anbefalinger for audit (NICE, 2002).

Innfallsvinkelen for audit og feedback kan være på ulikt nivå i helseorganisasjonen; den kan iverksettes av den enkelte helsearbeider, en fagprofesjon, et tverrfaglig team eller av ledelsen i en organisasjon (Flottorp et.al, 2010). Disse ulike utgangspunktene for å initiere audit og feedback resulterer i auditprosjekter som har benevnelse i forhold til ulike kjennetegn. Det er vanlig med både intern og ekstern audit, der intern audit utføres av ansatte på egen arbeidsplass og ekstern audit utføres av ressurser hentet utenfra. Da metoden også brukes av ulike helseprofesjoner alene eller sammen, benevnes den gjerne etter den profesjonen som gjennomfører den. Dette har resultert i medisinsk audit, sykepleie audit og klinisk audit, - utført av henholdsvis leger, - sykepleiere, - eller

tverrfaglig gruppe (Ammentorp & Rørmann, 2008). Audit er også utført av jordmødre (Kongnyuy & Uthman, 2009). Disse benevnes gjerne som obstetrisk- eller jordmorfaglig audit. Uansett hvilken benevnelse auditen har, er de metodiske prinsippene de samme.

HEN (2011) anbefaler klinisk audit og feedback som et verdifullt tiltak i alle typer prosjekter som fokuserer på kvalitetsutvikling i helsetjenesten, men legger vekt på betydningen av å følge noen viktige faktorer når resultatet skal formidles tilbake til praksis; å velge rett tiltak til rett tid, å være konkret og handlingsrettet uten å være refsende, slik at den enkelt forstår hva som må gjøres for å forbedre praksis.

Tilbakemelding (; feedback) gis på mange ulike måter og avhenger i stor grad av hvem som har initiert auditen, på hvilket grunnlag og hvordan den er gjennomført (Flotorp et.al, 2010). Skriftlig informasjon i elektronisk form og papirformat er vanlig. Ulike former for muntlig tilbakemelding benyttes også. Slik tilbakemelding kan gis direkte til den enkelte yrkesutøver, og til enkeltstående profesjoner - og tverrfaglige grupper. Tilbakemelding kan også gis med ulik grad av intensivitet, relatert til én enkeltstående tilbakemelding eller ukentlige og månedlig informasjon over lengre tid som tre, seks eller tolv måneder (Flotorp et.al, 2011).

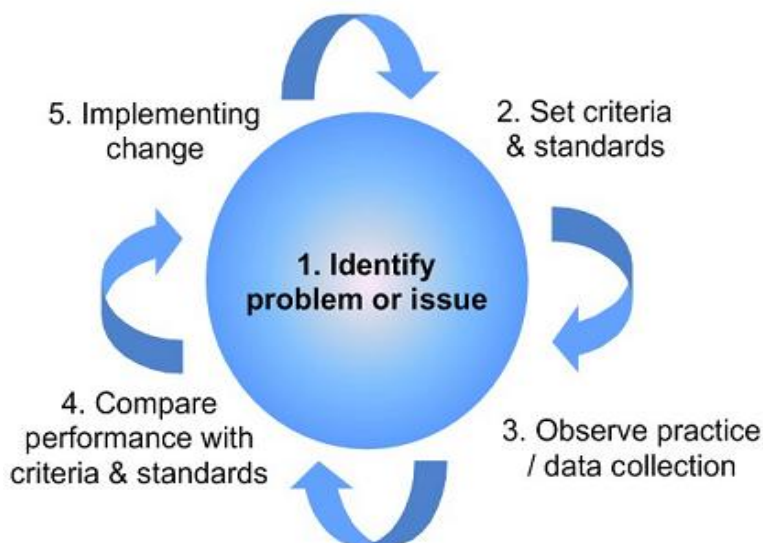
I ensartet feedback blir resultatene gjerne presentert som ren informasjon til grupper eller enkeltpersoner, uten å være veiledet av pedagogiske tiltak (Kjærgård et.al 2008:16), men det er også vanlig å kombinere feedback med både en og flere intervensjoner og på forskjellige måter (Flotorp et.al, 2011).

Audit og feedback illustreres ved å være en pågående, sirkulær prosess i fem trinn ;

1. å definere en problemstilling
2. å sette kriterier og standarder (kvalitetsmål)
3. å gjøre en datainnsamling
4. å gjøre en kvalitetsvurdering
5. å gi tilbakemelding til praksis/ implementere og følge opp vedrørende forståelse og bruk av ny kunnskap

Figur 1: Auditprosessen

(Brain & Bywaters, uå)



Det er viktig å være tydelig på forskjellene mellom audit og forskning (tabell 1).

Forskning er utprøvinger av hypoteser, ikke en systematisk gjennomgang og innhenting av rutine-data fra praksis med på forhånd valgte parametere, der forbedring er målsetningen. Dette utgangspunktet gjør likevel ikke resultatet av en audit uinteressant eller ikke-publiserbart. Det har vist seg at audit kan sette fokus på problemstillinger som kan føre til videre forskning (ABC of Audit, u.å¹⁰). Samtidig kan resultatene være relevante nettopp fordi det i kunnskapsbasert praksis er viktig å både dele egne og se til andres erfaringer i små og store prosjekter.

Tabell 1: Forskjell på forskning og audit (Bearbeidet fra ABC of Audit)

Forskning:	Audit:
Oppdager hva som er riktig å gjøre	Avgjør om det som er riktig blir gjort i praksis
Ulike "av - og - på" studium	Sirkulær og stadig pågående prosess
Samler komplekse data	Samler rutine-data fra praksis
Nøye definert eksperiment	Gjennomgang av hva klinikere virkelig gjør
Vanlig å kunne generalisere funn	Kan ikke generalisere ut fra funn

¹⁰ ABC of AUDIT: [Internett] Tilgjengelig fra;< <http://www.gp-training.net/training/tutorials/management/audit/audabc.htm> > [Lastet ned 1.4.2011].

2.4.1 Trinn 1: Å definere en problemstilling

Donabedian var tidlig en forkjemper for kvalitetsmåling med audit som metode og har uttalt; ”Quality monitoring (the activity by which we keep the quality of care under constant observation) can be thought of as the eyes and ears of the system of healthcare. Without it, we do not know where we are or where we are going” (ref: Rygh et.al, 2010:22).

Den sirkulære auditprosessen starter med at praksis opplever at enkelte sider ved praksis ikke fungerer etter sin hensikt og som dermed representerer et problemområde som bør kvalitetsforbedres. Det videre arbeidet er rettet mot å konkret identifisere og vurdere hva en vil kvalitetsmåle, og sette dette i sammenheng med hva den forskningsbaserte kunnskapen på området sier er beste praksis (Flottorp et.al, 2011).

I relasjon til disse momentene, kan et relevans-scoringsskjema være til hjelp for å sjekke om audit og feedback er den mest hensiktsmessige tilnærmingen til valgte problemstilling (Patel, 2010) (tabell.2).

Tabell 2; Relevance score for audit (tilpasset etter S. Patel, 2010: 32).

Spørsmål:	JA (2.poeng)	VET IKKE (1.poeng)	NEI (0.poeng)
1. Har tema relevans for pasientomsorg?			
2 Bør temaet prioriteres?			
3 Kan det gjøres en rask datasamling?			
4 Vil innsamlet data være til å stole på?			
5 Kan foreslåtte endringer implementeres?			
5 poeng eller mindre: Audit vil mest sannsynlig ikke føre fram	6-7 poeng: Audit kan lykkes	8 poeng eller mer: Audit vil mest sannsynlig lykkes	Poengsum her:

Donabedian fremmet betydningen av å sette kvalitetsmål innenfor tre ulike fokusområder; struktur, prosess og resultat. Denne inndelingen i- og definisjonen av disse tre måleområdene brukes aktiv i dag i helsefaglige kvalitetsarbeid (Sosial- og helsedirektoratet, 2005: IS -1162). Disse fokusområdene blir gjerne referert til som helsetjenestens kjerneytelser (Kjærgård et.al, 2008). Donabedian hevdet denne tredelte inndelingen var nødvendig fordi”... good structure increases the likelihood of good

process, and good process increases the likelihood of good outcome” (Flottorp et.al, 2010:4). Denne inndeling anbefales derfor brukt som måleområder når kvalitetsindikatorer skal utvikles (Rygh et.al, 2010) og også når kriterier skal settes for en auditprosess (Kjærgård et.al, 2008).

Prosessmål vurderer i hvilken grad klinisk praksis, utredning og behandling er i henhold til ansett optimale prosedyrer og slik resulterer i gode helsetjenester (Rygh et.al.2010: 63). Prosessmål anses betydningsfulle, nettopp fordi de reflekterer den behandling og de tiltak som pasienten mottar. Selve relasjon og samarbeide (; informasjon og dialog) mellom utøver av helsetjenesten og mottaker spiller også vesentlig betydning inne prosessmål. Slike mål regnes som enkle å definere fordi de skal bygge på fakta fra oppsummert, vitenskapelig dokumentasjon. En vurdert ulempe med prosessmål er at datasamlingen ofte vanskeliggjøres ved mangelfull dokumentasjon av standardprosedyrer i praksis, og at det er nødvendig med journalgjennomgang eller prospektiv registrering av data (ibid:65).

Resultatmål vektlegges stor betydning fordi dette gir direkte uttrykk for hvordan det går med pasientene; symptomer, livskvalitet, funksjon eller overlevelse. Data for resultatmål kan hentes ut fra både et klinisk – og pasientopplevd ståsted. Til gjengjeld regnes disse dataene å kunne være vanskelig å tolke, da mange ulike faktorer som er vanskelig å skille fra hverandre virker inn på det endelige resultatet. (Rygh et.al, 2010:65).

Erkjennelse av behov for endring er første ledd i en endringsprosess (Busch et.al, 2007). Når denne erkjennelsen er nådd, er støtte hos ledelsen og fagmiljøet av vesentlig betydning for å oppnå gode resultater. Et positiv kjennetegn ved organisasjonen er derfor en *ikke- hierarkisk* struktur der ledelsen er deltagende framfor styrende (Greenhalgh et.al, 2004). Deltagelse fra ledelse, involvering av alt personell og å presisere betydningen av samarbeid utgjør fundamentet i en vellykket klinisk audit (NICE, 2002).

Greenhalgh et.al (2004) sier i en systematisk oversikt at like viktig som at audit er forankret i ledelse, må en kartlegge den menneskelige dimensjonen i praksis og relaterer dette til den enkelte avdeling sin kultur. Vellykket audit og feedback forutsetter derfor

kjennskap til barrierer og fremmede egenskaper i kollegiet og de fysiske forhold der ny kunnskap blir forsøkt implementert (Kongnyuy & Uthman, 2009). Barrierer defineres i denne sammenheng som faktorer som vil hindre eller begrense implementasjon av ny kunnskap (Straus, Tetroe, Graham, 2009). Den enkelte og faggruppens kjennskap til innholdet i den nye kunnskapen kan virke både som barriere og fremmede faktor i arbeid for endring. Holdninger for og imot gir ulik motivasjon for handlinger som hemmer og fremmer endringsprosessen. Kollegaenes holdning og sosiale plassering i nettverk på arbeidsplassen kan også ha innvirkning (Greenhalgh et.al, 2004).

Klinisk audit involverer mennesker som enten mottar, leverer eller legger til rette for ulike prosesser i heletjenesten. Eksempel på interessenter er derfor pasienter, hjelpepleiere, sykepleiere, jordmødre, leger og medisinske sekretærer og administrative ledere. Kartlegging av interessenter anbefales derfor for alle auditprosjekt (NICE, 2002). I et tverrfaglig kollegium er alle interessenter ansett å være like viktige, men det er vesentlig å erkjenne at enkelte grupper vil kunne kreve mer oppmerksomhet enn andre i et implementeringsarbeid (Mitton et.al, 2007).

Vitenskapelig dokumentert kunnskap er ikke samstemt i når og hvordan en best involverer ulike interessenter i ulike typer implementeringsarbeid og endringsprosesser. Mitton et.al (2007) foreslår å involvere de ulike profesjoner til ulik tid relatert til gruppens ståsted. DiCenso, Guyatt og Cilisca (2005) hevder det er positivt å introdusere planer for endring for samtlige interessenter fra starten, og deretter utvikle undergrupper som arbeider videre med implementering ut fra sin kompetanse. Dette er også i tråd med Krogh, Ichijo og Nonaka (2001) som hevder alle interessenter har noe å bidra med når ny kunnskap skal bearbeides og utvikles til å passe inn i en lokal kontekst. Dette er begrunnet i betydningen av at alle bør føle eierskap til prosjektet -, noe som kan gi drahjelp videre i implementeringsarbeidet. Straus, Tetroe og Graham (2009) hevder også at det bør være en primær målsetning å inkludere alle relevante kollegaer i implementeringsarbeidet, og at dette er nøkkelen til brobygging mellom forskning og praksis.

Andre faktorer som spiller inn er fysiske forhold til de praktiske sidene ved å gjennomføre en auditprosess og dermed tilgjengelige ressurser. Den barrieren som

erkjennes å ha størst betydning i et auditprosjekt, er organisasjonens manglende tilrettelegging for avsatt tid til helsearbeideren til det arbeidet som må gjøres (NICE, 2002). Videre er tilgang på forskningsbasert litteratur via bibliotek/ bibliotekar eller internett ressurser og tilgang på valide data. Det er også relevant om organisasjonen er forberedt på mulige ekstrakostnader direkte relatert til behov for endringer i praksis (ibid).

2.4.2 Trinn 2: Å sette kriterier og standarder (kvalitetsmål)

Når problemstillingen er definert er neste trinn i auditprosessen er å sette kriterier og standard for praksis. Kriterier betegner mål som kan oppnås under optimale betingelser. I en klinisk audit er eksplisitte kriterier definert som; “ A systematic developed statement that can be used to assess the appropriateness of specific healthcare decisions, services and outcomes” (NICE; 2002:23).

Standard beskriver realistiske mål for kvalitet, og uttrykkes ofte som en prosentatsats av kriteriet. Et kvalitetsmål beskriver en forventet kvalitetsstandard, og er dermed en samlebetegnelse for det enkelte kriterium med tilhørende standard (Ammentorp og Rørmann, 2008; Kjærgård et.al, 2008). Der det ikke er akseptabelt å fravike kriteriet, vil de to begrepene uttrykke samme kvalitetsnivå (Kjærgård et.al, 2008:7). Et kvalitetsmål beskriver dermed ønsket kvalitetsnivå på den tjenesten som evalueres (ibid:18).

I audit med klinisk problemstilling er det anbefalt å bruke prosesskriterier, da disse regnes for å være sensitive i å måle denne reelle kvaliteten på tjenestene. Dette forutsetter bruk av valide kriterier, som betyr at kriteriene belyser viktige, målbare sider ved helsetjenesten og er satt med utgangspunkt i nye systematisk kunnskapsoppsummeringer fra forskning, eller nasjonale helsepolitiske anbefalinger (Ammentorp & Rørmann, 2008; NICE, 2002). Valide prosesskriterier er dermed definert ved å være eksplisitte, målbare uttalelse, formulert som entydige, objektive mål for kvalitet.

Problemstillinger fra klinisk praksis, som hensiktsmessig kan møte med audit og feedback som metode, kan ofte relateres til en eller flere av følgende kjennetegn ved at den...

- er direkte pasientrelaterte,
- involverer et høyt volum pasienter
- innebefatter behandling som utgjør risiko for pasientskade i større grad enn vanlig,
- har potensial for endring
- kan imøtekommes med eksisterende retningslinjer som definerer ønsket standard er knyttet opp mot nasjonalt politisk initiativ
- er en prioritert problemstilling der organisasjonen har erkjent et behov for endring

(NICE, 2002; Ammentorp & Rørmann, 2008; Kjærgård et.al, 2008)

Siden forskningsbasert kunnskap skal ligge til grunn for prosesskriterier, fremheves fordelene med å utvikle disse med utgangspunkt i retningslinjer, begrunnet i den funksjon retningslinjer har ved å være "... systematisk utviklede råd og konklusjoner for å hjelpe helsearbeidere og pasienter til å velge passende / hensiktsmessig behandling for en definert klinisk problemstilling "(Statens helsetilsyn, 2002: IS-2653:9). Mye arbeid blir spart ved at retningslinjen allerede har utført litteratursøk, kvalitetsvurdering og utarbeidet anbefalinger som kan videreutvikles til kriterier for bruk i gitte setting. NICE (2002:24) hevder derfor at;"There is no need to duplicate detailed literature searches, provided that an up- to -date guideline or review is available" (NICE, 2002:24)

Audit er slik sett en metode som legger til rette for systematisk gjennomgang av hverdagslige rutiner i omsorgen av pasienter med vanlige tilstander, i den hensikt å vurdere kvaliteten av dette arbeidet og slik fremme bedre måter å møte pasientens reelle behov (Blomhøj & Mainz, 2002). En slik systematisk gjennomgang i henhold til utvalgte kriterier, anerkjennes å gi pålitelig informasjon. Informasjonen kan like gjerne bekrefte en allerede god praksis som bør underbygges, eller også fremheve et påkrevd behov for endring (ibid). Audit innebærer dermed en mulighet for å vurdere alle helsevesenets ytelser, så som dokumentasjon, informasjon, kommunikasjon, forebygging, diagnostikk, behandling, omsorg og etterbehandling.

Audit kan også gjennomføres med implisitte kriterier. Dette gjøres oftest på områder i helsetjenesten der en ikke kan ta utgangspunkt i oppsummert forskningsbasert kunnskap. I stedet settes kriterier på grunnlag av det den enkelte fagperson eller gruppe anser å være tilfredsstillende eller ikke tilfredsstillende kvalitet (Ammentorp & Rørmann, 2008:16).

2.4.3 Trinn 3: Å gjøre en datainnsamling

Når kriterier og standard for praksis er satt, er neste trinn å måle praksis. En valid måling sikres ved å tydelig definere

- brukergruppe/ utvalg
- hvilke helseprofesjoner som er involvert i omsorgen
- hvilken tidsperiode kriteriene gjelder for
- hvor data skal hentes (NICE; 2002:34-35)

I dette arbeidet er det også viktig å vurdere hvor stor utvalget skal være. Utvalget må være tilstrekkelig for å gi resultater som gir mening. Audit som ledd i internkontroll foreslår 20-30 journaler som egnet. Studier som skal formidle generaliserbar kunnskap trenger derimot større utvalg og tallmateriale for å gi valide resultat (Kongnyuy & Uthman, 2009).

I en audit kan det samles både kvantitative og kvalitative data. Dette avhenger av den problemstillingen som skal kvalitetsmåles (Blomhøj & Mainz, 2000). En klinisk audit som vurderer den behandling som er utført, vil hente retrospektive, kvantitative data. Det er vanlig å hente slike data fra å lese pasientjournaler(; kurver, bilder, journalnotat). Elektroniske journaler er ansett som spesielt egnet for dette, da datamaterialet gjerne er tilgjengelig uten for mye forarbeid (Blomhøj & Mainz, 2000; NICE.2002). Samtidig er det bemerket som en ulempe at dokumentasjon av daglige gjøremål i praksis ofte er mangelfullt dokumentert (Rygh et.al, 2010). Likevel er disse dataene regnet som relativt enkle å måle uten store skjevheter og feil, samtidig som det ikke kreves så store utvalgsstørrelser for å avdekke forskjeller av betydning for det kliniske arbeidet (Blomhøj & Mainz, 2000).

En prospektiv audit (; survey) henter data fra nåtid, gjerne som løpende datasamling (NICE, 2002). Blant annet kan dette gjøres ved situasjonsbestemt avkryssing av

arbeidsark, det vil si i de kliniske situasjonene der kriteriene gjelder. Spørreskjema og intervju er også vanlig. Avhengig av framgangsmåte blir det samlet enten kvantitative - eller kvalitativ data. En positiv effekt ved prospektiv audit er raskere tilbakemelding om resultatet til de helseutøverne det gjelder, hvilket kan forsterke tilslutningen om kriteriene og dermed både forbedre og opprettholde god praksis (NICE, 2002:40).

I en audit med prosesskriterier er vanlig å utarbeide et eget verktøy til dette formålet. NICE (2002) imøtekommer denne arbeidsprosessen ved å utarbeide ferdig utviklede kriterier og auditverktøy som vedlegg til sine retningslinjer. De gjør dette for å effektivisere auditprosessen og implementeringsarbeidet. Datasamling kan utføres med svært ulike verktøy, men i tilknytning til kliniske kriterier argumenterer NICE (2002) med at det ”enkle er det geniale”. Organisasjonen anbefaler å utvikle auditverktøy der innfrielse av kriteriet kun besvares med JA / NEI. Fordi erfaringer fra audit med journalgjennomgang har vist usikkerhet vedrørende data for hvordan en helsetjeneste er utført, er det også vanlig å inkludere VET IKKE som et svaralternativ (Blomhøj & Mainz, 2002).

Det er en uttalt anbefaling å teste et nyutviklet verktøy før kartleggingen starter (Kjærgård et.al, 2008). Tilbakemelding fra den/ de som tester ut verktøyet kan sikre at feil og uklare spørsmålsformuleringer blir korrigert. Det er vanlig å la utvalgte personer gjøre en slik forhåndstest, både målgruppen / kolleger kan involveres i dette. Når verktøyet er korrigert kan det pilottestes på et større antall respondenter. Denne prosessen kan gjentas i en test-retest fram til verktøyet fungerer hensiktsmessig (ibid)

Det ferdigstilte verktøyet bør også testes for interrater pålitelighet. (NICE, 2002). Det vil si at å kontrollere om resultatene er repeterbare når det blir gjort en gjentatt måling (ibid). Dette tilsier at to eller flere personer samler data fra det samme materialet og ser i hvor stor grad disse er sammenfallende. Slik testingen skal redusere sannsynligheten for skjevheter, og er en forutsetning for å få et pålitelig datamateriale å bygge videre beslutninger på. Testingen kan også være nyttig i forhold til å få et bilde på hvor lang tid en vil bruke å samle data fra hver kilde. Siden opplæring og faglig ståsted kan påvirke interrater pålitelighet er det anbefalt å bruke kolleger til dette arbeidet, men forutsetter at det blir avsatt tid til å gi kollegene innsikt i problemstillingen og tilhørende kriterier, samt opplæring i å bruke utarbeidet verktøy

2.4.4 Trinn:4: Å gjøre en kvalitetsvurdering

Når problemstilling for audit har *et klinisk perspektiv* vil datasamlingen forholder seg til epidemiologiske, kvantitative data (Kjærgård et.al, 2008). Videre vil den analysemetoden en velger å benytte være avgjørende for det datamateriale en velger å samle. Verktøyet som er utarbeidet for datasamling (vedlegg I) vil avgjøre hvilke egenskaper variablene har. Enkle auditstudier samler gjerne data som i hovedsak består av diskrete og dikotome variabler. Slike data trenger kun enkle matematiske beregninger, der de vanligste er prosentberegning og gjennomsnitt. Hvis resultatene skal inspirere til endring er det anbefalt å forholde seg til slike enkle analyser, fordi en da oppnår at alle involverte parter forstår resultatene (Plsek, 1999).

Med samme begrunnelse er det også anbefalt å holde seg til så tydelige og lettfattelige tabeller og grafiske framstillinger som mulig. Diskrete og dikotome variabler lar seg tydelig illustrere i søyle-, stolpe- og kakediagrammer. Dette er bergninger og illustrasjoner som er funksjonelle og forståelige for alle parter og er derfor blitt en vanlig måte å illustrere funn fra ulike auditstudier (NICE, 2002).

Datasamlingen i auditprosjekter kan gi relativt store datamengder. Ved hjelp av statistiske programpakker kan variablene bearbeides elektroniske. Excel regnes som tilstrekkelig når datamateriale er lite og det kun skal utføre enkle analyser.

2.4.5 Trinn 5: Å gi tilbakemelding til praksis

Audit alene vil ikke kunne forandre praksis. Endring av praksis vil først kunne skje ved at praksis får tilbakemelding, og gjennom en slik tilbakemelding blir satt i stand til å kunne korrigere praksis. Feedback innebærer som beskrevet over å gi fagfolk tilbakemelding på eget arbeide basert på måling av data hentet fra praksis. En intensivert form for feedback forutsetter en implementeringsstrategi bestående av flere ulike tiltak. En slik strategi bør være fundert på forskningsbasert kunnskap omkring effekt av de ulike tiltakenes (Straus, Tetroe & Graham, 2009). Kunnskapsbasert implementering er et relativt nytt felt, og defineres som; "...the scientific study of methods to promote the systematic uptake of research findings to improve the quality

and effectiveness of health services and care “(Agency for Healthcare Research and Quality, 2004, ref Jamtvedt, 2010: bilde 45¹¹).

Det er en utfordrende og kompleks oppgave å overføre forskningsbasert kunnskap til reell praksis, da kunnskapsoverføring ikke kun skjer ved ulike, informative tiltak, men gjennom et aktivt forarbeid og stadig tilpasning til lokale forhold (Straus, Tetroe & Graham, 2009). En systematisk oversiktartikkel, som undersøker effekt av ulike strategier for implementering av retningslinjer i det medisinske fagfeltet, kan ikke presentere enkelttiltak eller strategier som mer effektive enn andre (Hakkennes & Dodd, 2008). Helsepersonell som ønsker å endre praksis ved å implementere retningslinjer må først identifisere spesifikke barrierer for endring i aktuelle faggruppe, for deretter å skreddersy en strategi som imøtekommer barrierene og passer inn i den aktuelle settingen (ibid).

Barrierer defineres som faktorer som vil hindre eller begrense implementering av ønsket kunnskapsbasert praksis, og kan avklares ved hjelp av ulike intervensjoner (Grol & Wensing, 2004). Det er anbefalt å bruke ulike verktøy til dette arbeidet, og blant disse er ”The Barrier Scale” (Straus, Tetroe & Graham, 2009). Tjueni strukturerte punkter gjør verktøyet effektivt i å identifisere barrierer blant sykepleiere i å ta i bruk forskningsbasert kunnskap i praksis.

I en metaanalyse presenterer Francke et.al (2008) ulike faktorer som fremmer implementering av retningslinjer. De deler dette inn i fem hovedområder der karatertrekk ved retningslinjen, implementeringsstrategien, fagfolkene og miljøet spiller inn. Retningslinjen må være enkel å forstå, enkel å prøve ut, ikke kreve ekstra ressurser og være utarbeidet av målgruppen. Selve implementeringsstrategien må inkludere flere tiltak enn ett, og må fra start involvere de aktuelle fagfolkene. Fagfolk har ulike forutsetninger for å ta i bruk nye retningslinjer, - yngre endrer praksis lettere enn de som er eldre, og hovedbarriere hos samtlige er mangel på kjennskap til og enighet om innholdet i retningslinjen. Tilstrekkelige og tydelige rammebetingelser i miljøet er viktig for vellykket implementering. Dette signaliserer støtte fra ledelsen, og er en vesentlig faktor i å bygge ned motstand hos personalet.

¹¹ Jamtvedt, G (2010), Foredrag. Implementering [Internett] Tilgjengelig fra: <http://www.kunnskapssenteret.no/Publikasjoner/Implementering.10507.cms> [Lastet ned 1.4.11]

For å oppnå endring må strategi for implementering imøtekomme ulike faser i fagmiljøet (Grol & Wensing, 2004). Så tidlig som mulig er det vesentlig å skape oppmerksomhet rundt innovasjonen. Aktive tiltak må iverksettes for å stimulere til interesse for å vite mer, og dermed sikre engasjement og involvering hos kollegiet. Det må skapes forståelse for hva ny praksis innebærer, hvorfor det trengs og hva det vil kreve av den enkelte. I denne prosessen er det nødvendig å forsikre seg om at faggruppen som helhet og den enkelte har innsikt i egne rutiner. Ulike tiltak må fremme positiv holdning til endring, blant annet ved å fokusere på fordelene framfor ulempene ved endret praksis. Motstand mot endring må forventes, og denne må møtes med seriøs og åpen diskusjon. Diskusjonen bør inkludere problemstillinger som kan forventes og hvordan disse kan møtes. Dette skal føre fram til at faggruppen blir fast bestemt på å følge den anbefalte praksisen, og at dette prøves ut i liten skala og evalueres før omfattende implementering finner sted.

Når retningslinjer skal implementeres er det anbefalt å bruke fler enn ett tiltak (Francke et.al, 2008; HEN, 2011). Når helsepersonell er målgruppen brukes tiltak som; distribusjon av undervisningsmateriale, forelesning, påminnere i elektronisk eller skriftlig form, lokale opinionsledere, interaktive undervisningsmøter og audit/feedback. Hver for seg har disse tiltakene svært ulik effekt i å påvirke endring rettet mot prosess. Distribusjon av undervisningsmateriale har kun fire prosent effekt på prosess når det brukes alene (Francke et.al, 2008). Bruk av opinionsledere gir ti prosent praksisendring, elektroniske påminnere resulterer i fjorten prosent endring, interaktive møter har liten til moderat effekt og dette gjelder også for audit / feedback (ibid).

Ulike faktorer kan fremme og hemme endring i praksis når tiltaket er audit og feedback I sin oversiktsartikkel hevder Johnston et.al (2000) at tiltaket fremmer endring i praksis ved å bedre tverrfaglig kommunikasjon samt øke tilfredshet i arbeidet gjennom ny kunnskap. Negativ sideeffekt er opplevelse av redusert selvstendighet i yrkesutøvelsen, frykt for represalier og mistenkeliggjøring fra kollegaer og ledelse. HEN (2011) presiserer noen viktige element i en auditprosess; å velge rett tiltak til rett tid, i større grad rette tiltak mot enkeltindividet uten å være refsende, og være konkret og handlingsrettet slik at den enkelt forstår hva som må gjøres for å forbedre praksis.

Klinisk audit blir framhevet som et verdifullt tiltak i alle typer prosjekter som fokuserer på kvalitetsutvikling i helsetjenesten (ibid).

2.5 Audit og feedback i obstetrikken

Ulike fagmiljøer responderer ulikt når ny kunnskap blir forsøkt implementert. I en oppsummert oversiktsartikkel har det obstetriske fagmiljøet vist seg å være mottakelig for implementering av retningslinjer med tiltak som audit/ feedback, påminnere og flerkomponent strategi (Chaillet et.al, 2006). Disse resultatene er forskjellige fra studier der ulike tiltak for implementering av retningslinjer er vurdert innen andre medisinske profesjoner.

Metoden har frem til nylig primært blitt brukt for å måle utfall av helsetjenestens ytelser (Blomhøj & Mainz, 2009). Den første medisinske auditen i Norge ble gjennomført tidlig på 80-tallet. Dette var en perinatal audit, bestående av et tverrfaglig team som gjennom ett år gikk igjennom samtlige perinatale dødsfall i fire fylker i landet (Bergsjø, Bakketeig, & Langhoff-Roos, 2003). Studien viste at audit som metode var effektiv i å identifisere årsaker til at barn dør i mors liv rett før, under eller i kort tid etter fødselen. Funnene fra auditen resulterte i ny prosedyrer innenfor flere områder i svangerskap, - fødsel og nyfødtsorgen, og viste seg effektive i å redusere antall perinatale dødsfall. Slike dødsfall blir nå evaluert i fylkesvise perinatalkomiteen, der målet er pågående læring og kvalitetsforbedring. Den norske erfaringen fra perinatal audit fikk internasjonal oppmerksomhet, og ligger til grunn for at både Danmark og Sverige også har omfattende system for å gjennomføre audit innen dette fagfeltet (ibid).

Obstetrikken var også vært tidlig ute med å implementere audit som en arbeidsform i kunnskapsbasert praksis. Det er publisert både primærstudier og systematiske oversiktartikler der ulike problemstillinger og utfordringer i praksis er imøtekommet med audit og feedback som metode. I en oversiktsartikkel av Kongnyuy og Uthman (2009) er det kun inkludert studier med obstetriske, kriteriebasert audit og feedback som metode. Generelt viste audit og feedback seg å ha moderat effekt i å endre praksis, men enkelte studier oppnådde også signifikant endring når baseline tilslutning til satte kriterier var lav og størrelsen på utvalget var tilstrekkelig. De inkluderte studiene viste i hovedsak god effekt i forhold til minst ett av satte prosesskriterier. Eksempelvis hadde to studier, der utvalget var 100 deltagere, signifikant effekt på eksplisitte

prosesskriterier rettet mot å redusere diagnosen langsom framgang i trykktiden. I den ene studien gjaldt dette et kriterium som sikret tom blære før trykktiden startet, og en annen studie oppnådde gode resultater ved å benytte et kriterium for fortløpende føring av partogrammet gjennom hele fødselen.

En metaanalyse som vurderer kunnskapsbaserte tiltak for å redusere keisersnittfrekvens, viser også at audit/ feedback resulterer i signifikant reduksjon i keisersnittfrekvens blant kvinner som diagnostiseres med fosterstress eller langsom framgang i fødsel (Chaillet & Dumont, 2007). Også disse forfatterne hevder at et godt resultat forutsetter feedback gitt som flerkomponent strategi rettet mot på forhånd kjente barrierer mot endring.

2.6 Fødselsomsorg til den friske førstegangsfødende - en relevant problemstilling for jordmorfaglig audit?

Omtrent nitti prosent av alle gravide har friske svangerskap med *ett* barn presentert i hodeleie. Flesteparten, ca to tredjedeler, vil starte spontant i fødsel (NICE, 2007). I 2008 var det 60 540 fødsler i Norge. Førtito prosent av kvinnene fødte sitt første barn (Nasjonalt folkehelseinstitutt, 2010).

En fødsel er i utgangspunktet en normal hendelse i den fertile kvinnes liv. *Normal fødsel* defineres som en hendelse uten kirurgiske intervensjoner, uten bruk av instrumenter, medisinsk stimulering eller epidural (NICE, 2007:3). Til sammenlikning definerer verdens helseorganisasjon fødsel som; Spontan i sin start, lavrisiko når den begynner og fortsatt lavrisiko fram til barnets fødsel, - der barnet fødes spontant og i bakhodestilling mellom 37. og 42 svangerskapsuke, og mor og barn er i god form etterpå (WHO, 1996).

En fødsel deles i tre faser. Fødselsarbeidet kjennetegnes ved regelmessige rier, og at livmoråpningen utvider seg fra en til ti cm (NICE, 2007). Kvinnen regnes for å være i aktiv fødsel når livmoråpningen er fire cm eller mer og fram til ti cm, full åpning. Dette er fødselens *første fase* og omtales som *åpningstiden*. Fødselen andre fase omtales som trykktiden. Den starter når livmoråpningen er ti cm og barnehodet er innstilt på bekkenbunnen, og avsluttes når barnet er født. Fødselens tredje fase starter i det barnet er født og avsluttes når morkaken er kvitert. En førstegangsfødende er gjennomsnittelig i fødsel i åtte timer, men inntil atten timer fødselsarbeid anses også som normalt (ibid).

Den komplikasjonen som rammer størst andel fødende er langsom framgang i fødsel (Den norske legeforening, 2010). Hver av fødselens tre faser kjennetegnes ved å ha ulike diagnostiske funn når diagnosen langsom framgang settes (NICE, 2007). Langsom framgang i fødselens åpningstid defineres av utvidelse av mormunnsåpningen som går senere enn forventet, og begrunnes gjerne med rier med dårlig styrke og lange intervaller (Den norske legeforening, 2010).

I 2008 ble totalt trettito prosent av våre førstegangsfødende diagnostisert med langsom framgang i fødsel (; åpningstid og trykktid) (Den norske legeforening, 2010). Blant denne gruppen fødende endte seksti prosent opp med instrumentell forløsning. Instrumentell forløsning i forbindelse med denne tilstanden skjer oftest ved vacuum og tang, men keisersnitt forekommer også (Wei et.al, 2009).

Langsom framgang i fødsel å utgjøre en utfordring på flere i områder i fødselshjelpen, da både tilstanden i seg selv og medisinsk behandling er forbundet med mulig negativt utfall for mor og barn (Wei et.al, 2009). På grunn av utmattelse, opplever disse kvinnene i større grad instrumentell forløsning. Som reaksjon på langvarig stress kan barnet kan få patologisk hjerterefrekvens, noe som også initierer raskere forløsning med instrumenter. Instrumentell forløsninger øker risikoen for skade i kvinnens underliv, og resulterer samtidig i flere barn med lav Apgar score¹². For å avverge et langt fødselsforløp benyttes intravenøs stimulering av rier ved hjelp av medikamentet oxytocin. I kjølevannet av oxytocin stimuleringen følger mange av de samme utfallene som diagnosen selv, i tillegg til flere mulige, negative sideeffekter (Simpson & Knox, 2009).

Oxytocin kan resultere i overstimulering av livmoren, som gir *for* hyppige og *for* langvarige rier. Dette medfører ofte intense riermerter. Adekvat smertelindring er i denne sammenheng er epiduralbedøvelse. Epidural er kjent for å hemme rieaktiviteten, og resulterer i økte doser med oxytocin. De kraftige, stimulerte riene kan forårsake redusert oksygentilførselen til barnet og slik medføre patologisk hjerterefrekvens

¹² Apgar score: Apgar score: Hjerterytme, respirasjon, muskeltonus, reflekser og farge evalueres ett og fem minutt etter fødsel på en skala fra 0-10, 0 som laveste verdi og 10 som normalt. Tallene adderes for Apgar score. En score på 0-3 indikerer alvorlig stress, 4-7 indikerer moderat stress, score på 7-10 tilsier normal tilpasning til livet utenfor livmoren (Olds, Ladewig & London, 1992)

(Simpson & Knox, 2009). Dette krever intensivt, teknisk overvåkning med CTG (Cardio-Toco-Gram / måling av fosterhjerter- og riefrekvens). Dette binder kvinnen til sengen og hemmer hennes bevegelsesfrihet. Overvåkningen kan skape spenning i fødesituasjonen, noe som utløser økt tendens til instrumentell forløsning (Alfirevic, Devane, & Gyte, 2006). Ytterste konsekvens av overstimulering med oxytocin er for tidlig morkakeløsning og livmorrupitur. Begge tilstandene erkjennes å kunne være fatale for både mor og barn (ibid).

I Canada tar en disse sideeffektene på alvor. Institute for Safe Medication Practices i Canada (ISMP, 2008) har satt oxytocin på en liste over medisiner som ved bruk trenger intensivt overvåkning. Det presiseres at medikamentene representerer signifikant høyere risiko for alvorlige bivirkninger og betydelige pasientskader enn andre medikamenter hvis de brukes feil. Dette kommer til uttrykk ved at intravenøs administrering av oxytocin er uthevet som ett av tolv spesiell høyrisiko preparater.

Oxytocin er ikke registrert på en tilsvarende liste i Norge¹³. Norsk fødselsomsorg har likevel et økt fokus på negative sideeffekter ved bruk av medikamentet. Dette kommer blant annet til uttrykk i den norske ”Veileder i fødselshjelp”(Den norske legeforening, 2010). Kapitlet som omhandler stimulering av fødsel og bruk av oxytocin ble oppdatert i 2010. Der presiseres det nå;” Faren for overstimulering er stor og kan føre til asfyksi hos fosteret, utslitt mor, unødvendige instrumentelle forløsninger og uterusruptur (ibid: kapittel 30).

Obstetrikken, læren om svangerskap, fødsel og barseltid (Olds, London & Ladewig, 1992), har over tid fokusert på å avverge, diagnostisere og behandle langsom framgang i fødsel. Ulike framgangsmåter, omtalt som aktiv, aggressiv, avventende og standard håndtering av fødsel, har vært utprøvd i randomiserte, kontrollerte forskningsprosjekt (Cammu & Eeckhout, 1996; Blanche et.al, 1998; Pattison et.al, 2003). Disse studiene kommer fram til at oxytocin ikke har signifikant effekt på fødselens varighet, da tiden i fødsel kun blir redusert med opp til en time. Cammu og Eeckhout (1996) konkluderer med at obstetrikken er uklar på vesentlige felt i fødselsomsorgen, som medfører at indikasjoner for å stimulere en fødsel med oxytocin kan synes tilfeldig. Forfatterne

¹³ Forespørsel til og svar fra Hedvig Nordeng, Universitetet i Oslo, Farmasøytisk institutt, den 15.12.10

konkluderer med, at en vellykket fødselsomsorg står og faller på klare definisjoner av fødselstart og langsom framgang i fødselsarbeidet. I en oversiktartikkel påpeker også Wei et.al (2009) at tilnærming til ulike problemstillinger innen obstetrikken ville vært gjort enklere ved at faget kom fram til en universell enighet om definisjon av fødselens start og langsom framgang i fødsel.

Nordiske studier rapporterer om stimulering av førstegangsfødende på seksti til sytti prosent (Stålhammar & Bostrøm, 2008; Kulseng, Jensen & Vinding, 2003; Blix et.al, 2002). Forfatterne reflekterer over om fødselsomsorgen tar i bruk stimulering med oxytocin som en følge av mangl på retningslinjer som definerer fødselens start, de ulike fasene, samt det normale og avvikende fødselsforløp. De etterlyser slike definisjoner for slik å forbedre disse tallene.

NICE (2007) imøtekommer behovet for slike definisjoner. Retningslinjen setter entydige definisjon på fødselens start og forventet utvikling innenfor klart satte tidsrammer. Retningslinjen legger også vekt på og anbefaler også ulike tradisjonelle, kunnskapsbaserte jordmørtiltak som effektive i å korte tiden i og opprettholde det normale fødselsforløpet. Blant disse er kontinuerlig jordmoromsorg og å tilrettelegge for varme bad.

Kontinuerlig jordmoromsorg har vist seg å redusere kvinnenens opplevelse av smerte, redusere åpningstiden med inntil en time, og signifikant å øke forekomsten av det normale fødselsforløp med spontan vaginal forløsning (Hodnet et.al, 2011). Bruk av badekar viser signifikant reduksjon av smerteopplevelse, redusert bruk av epidural og økt tilfredshet med fødselsopplevelsen.(Cluett & Burns, 2009). Kvinner oppgir å tåle smerte i fødsel hvis de ellers opplever omsorg. NICE (2007) anbefaler derfor begge tiltak som effektive i å ivareta og opprettholde fødselen som en normal fysiologisk hendelse i kvinnelivet.

Jordmors ansvarsområde i fødselsomsorgen omfatter forebyggende og fremmende tiltak for den normale fødsel, og oppdagelse av komplikasjoner hos mor og barn (Den norske jordmorforening, u.å.-a). Dette betyr at jordmor har et selvstendig ansvar i både å forebygge og identifisere langsom framgang. I min hverdag som jordmor erfarer jeg stadig de utfordringene som ligger i dette ansvaret. Fødsel er ikke stringent, - ingen

fødsel er lik. Kvinnekroppen har sin fysiologiske og anatomiske forutsetninger for fødsel, men påvirkes også av psykososiale og kulturelle dimensjoner. I dagens teknologiske og medikaliserte fødemiljø opplever jeg et stadig større krav fra paret i fødsel og egne kollegaer, om forutsigbarhet og kontroll over fødselens framgang. I slike settinger er "vente og se" ofte ikke et godt nok svar. Derimot blir medisinske tiltak verdsatt, fordi da blir noe gjort. For å stå faglig sterkt i disse situasjonene trenger mine kollegaer og jeg kunnskap som sikrer god kvalitet i våre tjenester, ved at våre observasjoner og tiltak er fundert på forskningsbaserte anbefalinger for beste jordmorpraksis.

Hensikten med dette prosjektet var å kvalitetsmåling fødselsomsorgen opp mot fire eksplisitte prosesskriterier som har vist seg effektive i å ivareta den normale fødselsprosessen i åpningstiden til den friske førstegangsfødende;

Spørsmål 1: Bruker jordmor kunnskapsbaserte jordmortiltak; kontinuerlig jordmoromsorg og varme bad, for å fremme den naturlige fødselsprosessen hos lavrisiko førstegangsfødende?

Spørsmål 2: Definerer jordmor fødselstart og langsom framgang i henhold til forskningsbaserte anbefalinger?

Formålet med auditprosjektet er å sikre kvinner som føder i vår avdeling en kunnskapsbasert fødselsomsorg som fremmer den naturlige fødselsprosessen, og slik øke sannsynligheten for spontan vaginal forløsning der mor og barn har det bra etterpå.

3.0 METODE

Dette auditprosjektet ble gjennomført ved Stord Sjukehus i heleforetaket Helse-Fonna i Sunnhordland høsten 2010- våren 2011. Dette er et lokalsykehus som tjener et befolkningsgrunnlag på ca. 40 000. Sykehuset har en kombinert føde -, barsel- og gynekologisk avdeling. Fødeavdelingen har strenge seleksjonskriterier, slik at kvinner som får føde i denne avdelingen på forhånd er ansett å være lavrisiko fødende med forventet normal fødsel. Avdelingen har i snitt rund 500 - 600 fødsler årlig, hvorav ca. en tredjedel av disse er førstegangsfødende.

Designet for denne studien var en intern, jordmorfaglig audit. Auditprosessen bygger på måling av eksplisitte prosesskriterier, fordi jeg ønsket å se på hvordan praksis utøves. Dataene ble hentet retrospektivt fra elektroniske pasientjournaler registrert i 2009. Et eget verktøy ble utarbeidet til for dette formålet. Prosjektet fokuserte på auditprosessen fire første trinn. Trinn fem, plan for feedback og endring av praksis med ulike implementeringstiltak, blir kun drøftet i diskusjons kapittel.

Kriteriene og standardene ble satt i med utgangspunkt i retningslinjen ”Intrapartum Care- Care of healthy women and their babies during childbirth ” fra NICE, 2007, og oppdaterte systematiske oversikter fra Cochrane Library 2009-2011

3.1 Trinn 1: Forberedelse til audit.

Helsedirektoratets tidligere inndeling i fødeklinikk, fødeavdeling og fødestue i henhold til antall årlig fødsler, har avdelingen i årenes løp flere ganger vært vurdert omgjort til fødestue. Det nye innspillet fra Helsedirektoratet i 2010 om kvalitetsvurdering ut fra ulike kvalitetsindikatorer, ble derfor mottatt med blandede følelser.

Problemstillingen for dette auditprosjektet valgt med utgangspunkt i flere strategisk viktige områder for avdelingen. Avdelingen hadde senhøstes 2009 fått innspill fra øverste ledelse i helseforetaket om at tall for utfall av fødsel for våre førstegangsfødende var bekymringsfulle. Det ble blant annet pekt på høy frekvens av instrumentell forløsning og store vaginale rifter. Dette ble tatt opp til ytterligere diskusjon da Helsedirektoratet sin rapport ”Et trygt fødetilbud. Forslag til kvalitetskrav for fødeinstitusjoner” (2010:IS-1877) ble gjort kjent i avdelingen forsommeren 2010.

Rapporten satte søkelys på høy andel intervensjon i fødsel hos den friske, lavrisiko fødende, og nevnte i denne sammenheng oxytocinstimulering i fødsel. Dette var gjenstand for diskusjon blant personalet generelt på avdelingsnivå, og formell diskusjon blant funksjonsleder (jordmor), overlege og meg selv som fagutviklingsjordmor. Det ble ansett som nødvendig å se på årsak til avdelingens dårlige resultater og gjøre tiltak med henblikk på dette.

Det var vesentlig å vurdere om audit og feedback var en metode som kunne ha potensial i å endre praksis. Da Patel (2010) sitt skjema for relevansscoring ble benyttet i forhold til prosjektets problemstilling ga avkryssing i skjemaet åtte poeng som, noe som tilsa at ” Audit vil mest sannsynlig lykkes” (se s. 28).

Relevans ble vurdert slik; Problemstillingen er et prioritert område for avdelingen. Samtidig imøtekommer den samtlige av NICE (2002) sine ulike kjennetegn for prioriteringskriterier som gjør problemstillingen egnet for audit og feedback som metode; Diagnosen langsom framgang i fødsel involverer et høyt volum pasienter (Folkehelseinstituttet, 2010), og feildiagnostisering og feil bruk av oxytocin innebærer risiko for pasientskade (Den norske legeforening, 2010, 2008; Simpson & Knox, 2009). Sykehusets gode IKT-system med elektronisk fødejournal gjør data for audit lett tilgjengelig, og jeg vurderte at disse i hovedsak ville være til å stole på. Det er potensial for endring gjennom målrettede, enkle og gjennomførbare tiltak støttet på kunnskap fra en kvalitetsvurdert retningslinje fra NICE (2007). Relevans av problemstillingen ble forsterket ved at valgte kriterier fra retningslinjen er samstemt med foreslåtte kvalitetsindikatorer i den ny, nasjonale veilederen fra Helsedirektoratet (2010:IS-1877).

Den nye veilederen for fødselsomsorgen ”Et trygt fødetilbud. Kvalitetskrav til fødeinstitusjonene”, utviklet av Helsedirektoratet (2010.IS-1877) foreslår ulike virkemidler i å redusere blant annet erkjent uheldig variasjon i oppfølging og behandling av fødekvinnene i norsk fødselsomsorg. En av flere foreslåtte kvalitetsindikatorer er her direkte relatert til friske førstegangsfødende og fravær av intervensjon i det normale fødselsforløp. Dette styrket problemstillingens relevans ytterligere.

Da problemstilling og metode for prosjektet var valgt primo 2010, henvendte jeg meg først til avdelingens funksjonsleder. Hun støttet umiddelbart prosjektet, og ga uttrykk for at skriftlig søknad til og godkjenning fra henne eller øvrig ledelse ikke var nødvendig. Videre fikk jeg beskjed om at jeg på eget initiativ kunne disponere tid i avdelings- og jordmormøter til informasjon og undervisning. Prosjektet var dermed godt forankret i ledelsen.

Primo 2010 presenterte jeg problemstilling for avdelingens overlege og introduserte samtidig retningslinjen fra NICE. Han viste umiddelbar interesse. Han vurderte retningslinjen, og ga ved et senere tidspunkt klarsignal for at denne og valgte kriterier kunne presenteres for avdelingen med tanke på fremtidig implementering. De øvrige to legene ved avdelingen ble dermed informert, og disse fikk link til retningslinjen i personlig e- mail, sammen med spesifiserte kriterier for mitt prosjekt.

Prosjektet ble første gang presentert for personalet på et avdelingsmøte i mai 2010. Tidspunktet ble valgt fordi gjennomgang av nye seleksjonskriterier for våre fødende og foreslåtte kvalitetsindikatorer var tema for møtet. Det var naturlig å knytte dette opp mot mitt prosjekt. På dette møtet brukte jeg tid på å forklare audit som metode, for på et tidlig stadié å imøtekomme holdninger som kunne mobilisere motstand mot prosjektet (Johnston et.al, 2000). Det kom ikke opp negativ respons på mitt innlegg.

Høsten 2010 var det avsatt tid til problemstillingen for auditprosjektet på et formelt jordmormøte i regi av avdelingsleder. Det var på forhånd avtalt at avdelingens overlege og funksjonsleder skulle være tilstede for å vise faglig og administrativ støtte. Etter møtet ble link til kortversjonen av retningslinjen sendt på e-mail til samtlige jordmødre. Flytdiagram for langsom framgang ble trykt ut i papirformat og lagt i hver enkelts posthulle. Samtidig med dette knytte jeg til meg tre kollegaer som faglige og praktiske ressurspersoner. De var på ulike måter med i arbeidet for å kvalitetssikre auditverktøyet før datasamlingen.

Dataene ble samlet fra fødejournaler via det elektroniske fødeprogrammet IMATIS Natus. Dette er en komplett fødejournal, noe som innebærer at de observasjoner og vurderinger som er gjort, og ulike tiltak som er satt i verk i forhold til fødekvinnen, kan dokumenteres og senere finnes og brukes på en enkel og oversiktlig måte. Ettersom

fødejournalen skal inneholde dokumentasjon av all fødselsomsorg, er den ifølge produsenten et egnet redskap i kvalitetssikring, faglig utvikling og forskning.

Prosjektet ble forankret i retningslinjer og systematiske oversikter. Retningslinjer og systematiske oversikter anbefales som det beste grunnlaget for å sette kunnskapsbaserte kriterier og standarder for klinisk praksis (Kjærgaard et.al, 2008; NICE, 2002).

Jeg gjennomførte to ulike litteratursøk:

1. søk etter retningslinjer via Guideline International Network (GIN)
2. søk etter systematiske oversiktartikler i Cochrane Library.

Søkeordet "Intrapartum care" i GIN databasen resulterer i et treff på retningslinjen "Intrapartum Care of the Healthy Women and Their Babies during Childbirth" fra National Institute of Clinical Health and Excellence (NICE, 2007). Siste litteratursøk for retningslinjen ble gjort i april 2006.

Jeg vurderte retningslinjen ved hjelp av AGREE- Instrumentet (Appraisal of Guidelines Research and Evaluation). AGREE-instrumentet er utviklet som et rammeverk for evaluering av kvaliteten på kliniske veiledere og retningslinjer for klinisk praksis (The AGREE Collaboration/ Sosial- og helsedirektoratet, 2003). Når en retningslinje blir kontrollert opp mot dette verktøyet, vil det bli klart om det er eventuelle skjevheter og motsetninger i utviklingen av retningslinjen, og om disse eventuelt er grundig drøftet. Kontrollen vil også avklare om de anbefalingene retningslinjen gir kan regnes som internt og eksternt valide, samt om de er gjennomførbare i praksis. Jeg fant at retningslinjen hadde høy kvalitet.

Retningslinjen tilfredsstillte kravene om tydelig definert målgruppe og klinisk problemstilling. Den er utarbeidet av en multiprofesjonell gruppe bestående av relevant helsepersonell og juridisk/ økonomiske rådgivere. Brukerrepresentanter og aktuelle interesseorganisasjoner har også vært involvert. Brukerperspektivet har høy prioritet, og samtlige kapitler tar opp ulike perspektiver fra brukernes ståsted, og har også anbefalinger relatert til dette.

Retningslinjen innfrir også kravet om å bygge sine råd og konklusjoner på studier hentet fra anerkjente, relevante og tverrfaglige datakilder. Informasjonsbehovet for de ulike involverte profesjonene er dermed dekket. Anerkjente, tverrfaglige databaser er benyttet. Søkeord, begrensinger og resultater er opplyst for hver enkelt problemstilling. Enkelte punkter er revidert i 2008., men dato for ytterligere oppdatering er ikke satt.

De studiene som er inkludert i retningslinjen er rangert i forhold til kvalitet i et eget graderingsinstrument og er eksplisitt vurdert i omfattende resultattabeller (NICE, 2007:4). I dette graderingssystemet er de studiene som omhandler dette prosjektets kriterier i hovedsak vurdert til å ha høy kvalitet; Evidence Level 1+. Denne graderingen er gitt fordi kilden til forskningsresultatet var godt gjennomførte metaanalyser, systematiske oversiktsartikler eller kontrollerte, randomiserte studier med lav risiko for bias ¹⁴ (NICE, 2007:4).

Retningslinjen er i hovedsak utviklet med tanke på fødselsomsorgen i Storbritannia. Retningslinjer utarbeidet i andre land eller ved andre institusjoner må bearbeides slik at de passer til en ny lokal kontekst; ny kulturell og organisatorisk setting eller i et spesielt helseforetak (Straus, Tetroe & Graham, 2009). Retningslinjens anbefalinger generelt og valgte kriterier spesielt, innebærer ikke grunnleggende ny kunnskap i forhold til dagens norske praksis, men inneholder relevante anbefalinger for endring på punkter der vår praksis har vist seg å variere. Retningslinjens anbefalinger kan også overføres til norske fødeavdelinger da valgte intervensjoner for dette prosjektet er enkle å forstå og gjennomføre. Tiltakene kan også lett formidles til og forstås av kvinnene, hvilket er bekreftet ved at NICE (2007) viser til forskning der kvinner rapporterer å oppleve denne form for fødselsomsorg som positiv.

Intervensjonene er hovedsakelig ikke ressurskrevende. Unntaket er kontinuerlig jordmorsomsorg. En slik praksis kan utfordre den enkelte fødeenhet med tanke på jordmorbemannning. Samtlige intervensjoner vil derimot kreve holdningsendring gjennom ny kunnskap hos både jordmor-, og legegruppen.

¹⁴Bias: ”Avvik, skjevheter eller usannheter i resultatene som skyldes feil i måling av utfall eller eksponering eller feil i seleksjon av individ og grupper som sammenliknes. Slike skjevheter gjør at forskjeller som blir funnet, muligens kan være en effekt av feilen og ikke tiltaket” (Nortvedt, Graverholt, Jamtvedt & Reinart, 2007:200)

NICE (2007) gjorde siste litteratursøk til retningslinjen i april 2006 og har revidert noen punkter i 2008. Anbefalingen relatert til kvalitetsmålene i auditen kommer ikke inn under denne revideringen. Et viktig element i kunnskapsbasert praksis er å holde seg oppdater ved å følge med på om det kommer til av ny kunnskap om gjeldende tema. Vurdert i forhold til S-pyramiden er neste relevante nivå systematisk oversikte. Cochrane Library er anbefalt som en sentral database for oppsummert forskningskunnskap utviklet fra randomiserte, kontrollerte studier der fokus er effekt av tiltak (DiCenso, Guyatt & Cilisca, 2005;38). Jeg valgte derfor å gjøre strukturerte søk i denne databasen i forhold til hvert enkelt av mine kriterier. For å spesifisere søket ble det gjort et forarbeid der jeg ut fra prosjektets to problemstillinger satte relevante søkeord inn i et PICO- skjema (Patient, Intervention, Comparison, Outcome) (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholdt & Reinar, 2007).

Tabell 2: PICO – skjema

Patient	Intervention	Comparison	Outcome
Labor Stage, First Childbirth Intrapartum Care	Midwifery Continuous Support Immersion in Water Oxytocin	Standard Care Expectant Care Usual Care Routine Care	Spontaneous Vaginal Birth, Dystocia

Jeg gjorde enkeltstående søk i forhold til hvert av de tre intervensjonene kontinuerlig jordmoromsorg, bruk av badekar og oxytocin. Pasient, sammenlikning og utfall var like i samtlige søk. Dette resulterte i tre systematisk oversiktsartikler datert etter april 2006, som var siste søk for studier inkludert i retningslinjen. Oversiktsartiklene ble kvalitetskontrollert med egnet sjekklister¹⁵. I denne anledning brukte jeg Kunnskapssenterets ”Sjekklister for vurdering av oversiktsartikkel”. Denne inkluderer ti sjekkpunkt som ved innfrielse indikerer en oversiktartikkel av god kvalitet.

Jeg vurderte at samtlige artikler var av god metodisk kvalitet. Formålet med oversiktartikkelen var tydelig formulert, og både populasjon, tiltak, sammenlikning og utfallsmål var tydelig definert. Ingen av artiklene hadde satt begrensning i å inkludere studier der utvalget var kun førstegangsfødende, men vurdert effekt av tiltakene hos alle

¹⁵ Kunnskapssenteret; Sjekklister for vurdering av en oversiktsartikkel. [Internett] Tilgjengelig fra : <<http://www.kunnskapssenteret.no/Verkt%C3%B8y/2031.cms>> [Lastet ned 1.april 2011]

fødende med spontan fødselstart. Konklusjonene i artiklene underbygget ytterligere anbefalingene for valgte intervensjoner i NICE sin retningslinje.

Hodnett et.al (2011) vurderte effekt av kontinuerlig omsorg sammenliknet med vanlig omsorg, og betydning av oppstart av kontinuerlig omsorg til ulikt tidspunkt i fødselen. Oversiktartikkelen inkluderer 21 randomiserte, kontrollerte studier der 15061 kvinner deltok. Forfatterne kunne ikke sette noen konklusjon for rett tidspunkt for oppstart av kontinuerlig omsorg. Kvinnene som fikk kontinuerlig omsorg hadde i større grad spontan, vaginal fødsel og mindre bruk av medisinsk smertelindring i åpningstiden. Fødslene var også 0,58 timer kortere, og kvinnene rapporterte liten grad av misnøye med fødselsforløpet. Forfatterne konkluderer med at alle kvinner bør ha kontinuerlig omsorg, og at denne omsorgen er mest hensiktsmessig når omsorgspersonen har erfaring med fødselshjelp.

Cluette og Burns (2009) vurderte i sin oversiktartikkel bruk av badekar både i fødselens åpningstid og trykketid, og sammenliknet dette med ingen bruk av badekar. Artikkelen inkluderer 11 randomiserte, kontrollerte studier der 3146 kvinner deltok. Kun en av studiene randomiserte kvinne til bruk av badekar i forhold til ”tidlig” og ”sen” bruk, og definerte dette henholdsvis til før og etter = > fem cm mormunnsåpning. Dette ga ikke godt nok grunnlag for å vurdere effekten av denne praksisen, men resultatene fra studiene samlet indikerte at bruk av badekar ved godt etablert fødsel ga størst effekt som smertelindrende tiltak og i å redusere tiden kvinnen var i fødsel. Oversiktartikkelen viser til at bruk av badekar i fødselens åpningstid signifikant reduserer bruk av epidural som smertelindring. Det var ingen forskjell i spontan vaginal fødsel eller bruk av vacuum, tang og keisersnitt. Bruk av badekar forårsaket heller ingen negativ utfall for mor og barn.

Wei et.al. (2009) vurderte i sin oversiktartikkel tidlig hinnerivning og tidlig oxytocinstimulering for å avverge og behandle langsom framgang i fødselens åpningstid, og for å avverge keisersnitt som utfall. Dette ble sammenliknet med avventende håndtering av fødsel. Artikkelen inkluderte tolv randomiserte og kvasi-randomiserte kontrollerte studier, der 7792 kvinner deltok. Tiltaket med tidlig hinnerivning og påfølgende oxytocinstimulering hos kvinner med mistenkt langsom

framgang viste seg å gi moderat reduksjon i keisersnittfrekvens og kortet tiden kvinnen var i fødsel med 1.1 timer.

3.2 Trinn 2: Å sette kriterier og standarder

Da den forskningsbaserte kunnskap rundt problemstillingen var innhentet og kvalitetsvurdert, gikk jeg videre til trinn to i auditprosessen. Her ble kriterier og standarder formulert, og disse ble formulert som tydelige uttalelser gjennom fokus på **SMARTe** målsetninger; **S**pesifikke, **M**ålbare, **A**nsprende, **R**ealistiske og **T**idsbestemte (Ammentorp & Rørmann, 2008)). Med basis i NICE sin retningslinje og de oppdaterte Cochrane oversiktene formulerte jeg følgende kriterier og standarder;

3.2.1 Kriterium 1: Kontinuerlig jordmoromsorg

Fødekvinne skal tilbys kontinuerlig jordmoromsorg i åpningstiden.

Dette betyr at kvinnen ikke skal overlates til seg selv annet enn for korte intervaller eller i samarbeid med kvinnen.

Standard:

100 prosent av fødekvinnene skal oppleve å få kontinuerlig jordmoromsorg i fødselsarbeidet.

Kunnskapsgrunnlag:

”Kontinuerlig jordmoromsorg” beskriver et tilbud til fødekvinne, der hun får innflytelse på hvor mye jordmor er tilstede på fødestuen. Jordmor skal kun ha ansvar for en kvinne i fødsel og være tilstede så fremt kvinne ikke ønsker noe annet (NICE, 2007). I veilederen fra Helsedirektoratet (2010:IS-1877) er denne kvalitetsindikatoren formulert som ”kontinuerlig tilstedeværelse av jordmoromsorg/ faglig omsorgsperson i den aktive fasen av fødselen”.

NICE (2007) oppsummerer flere systematiske oversiktsartikler vedrørende dette i en metaanalyse. Kontinuerlig jordmoromsorg blir anbefalt fordi det fremmer det normale fødselsforløp ved signifikant å redusere bruk av medikamentell smertelindring, samt signifikant øke forekomst av spontan vaginal fødsel. Ved at kvinnen opplever større grad av kontroll i fødselsarbeidet øker graden av tilfredshet med fødselopplevelsen. Metaanalysen finner ingen signifikant effekt på fødselens varighet.

En nyere systematisk oversiktartikkel fra Cochrane Library (Hodnett et.al, 2009) viser derimot at tiltaket reduserer fødselens varighet med neste en time. Artikkelen konkluderer at tiltaket regnes som vesentlig i å sikre god kvalitet i fødselsforløpet og ivaretagelse av den normale fødselsprosessen.

3.2.2 Kriterium 2: Bruk av badekar i åpningstiden

Fødekvinnen skal informeres om og oppfordres til å benytte varme bad som smertelindrende tiltak.

Det skal dokumenteres i journalen at kvinnen har fått slik informasjon, samt kvinnens valg i forhold til dette.

Standard:

100 prosent av kvinnene skal informeres om og tilbys badekar som smertelindring i fødsel. 100 prosent av journalene skal dokumentere kvinnenes respons på informasjon og tilbud om å bruke badekar.

Prosentvis andel kvinner som benytter badekar i åpningstiden kan ikke settes, da dette vil være et valg gjort av kvinnen selv

Kunnskapsgrunnlag:

NICE (2007) anbefaler varme bad i åpningstiden som et tiltak som fremmer den normale fødsel. En metaanalyse viser at kvinner som benytter badekar rapporterer signifikant reduksjon av smerte i fødsel og signifikant reduksjon av epidural som smertelindring. Fødselens varighet blir ikke påvirket, men analysen viser at tidspunktet kvinnen går i badekaret kan ha betydning. NICE påpeker at det ikke foreligger nok forskning som definerer rett tidspunkt.

En nyere Cochrane systematiske oversiktsartikler (Cluett & Burnes, 2009) presenterer samme funn og underbygger dermed anbefalingene i retningslinjen. Artikkelen drøfter også tidspunkt for bruk av badekar. Kun en inkludert studie definerte tidlig og sen bruk, der tidlig bruk er før fem cm mormunn, og sen bruk er etter fem cm mormunn med godt etablerte rier. Forfatterne konkluderer likevel med at bruk av badekar tidlig i åpningstiden kan stanse utvikling av rier og dermed øke sannsynligheten for langsom framgang i fødsel. Dette resulterer i påfølgende stimulering med oxytocin og epidural

som smertelindring, samt signifikant økning av instrumentell forløsning med vacuum og tang.

Bruk av badekar gir signal om normalitet i fødselen (Cluett & Burns, 2009). Dette har positiv psykologisk effekt på både omsorgsyter og kvinnen selv. Kvinnene rapporterer i større grad å ha kontroll og økt opplevelse av tilfredshet med fødselsforløpet, og ønsker å benytte tilbudet igjen i en senere fødsel.

3.2.3 Kriterium 3: Å definere aktiv fødsel

Fødselstart, aktiv fase av fødselen, skal defineres ved mormunnsåpning ≥ 4 cm og ved erkjennelse av smertefulle, regelmessige rier.

Standard:

100 prosent av fødslene skal ha definert fødselstart i tidsur og partogram i henhold til satte kriterier.

Kunnskapsgrunnlag:

Tidligere har regelmessige rier alene vært et kriterium for fødselstart. Dette overlater til fødekvinnen selv å sette tidspunkt for når fødselen begynner. Ved å inkludere kriterium for mormunnsåpning i definisjonen, kan fødselstart kun settes av fagpersoner og sikre en kunnskapsbasert fødselsomsorg med mindre rom for påvirkning av subjektive faktorer (NICE, 2007). Definisjonen på fødselstart er satt ut fra konsensusprosess, da ingen relevante studier sammenlikner utfall av fødsel i forhold til ulike kriterier for fødselens start.

NICE (2007:139) definerer dermed fødselens start ved at to kriterier er tilstede;

- *regelmessige smertefulle rier*
- *mormunnsåpningen $\Rightarrow 4$ cm*

3.2.4 Kriterium 4. Langsom framgang i åpningstiden

- *Etter registrert fødselstart på 4 cm livmoråpning, mistenkes langsom framgang i fødselen ved utvidelse av livmoråpning som er ≤ 2 cm etter fire timer.*
- *Hvis livmoråpningen etter ytterligere to timer har utvidet seg < 1 cm, settes diagnosen langsom framgang.*

- *Anbefale kvinnen og deretter eventuelt å utføre hinnerivning før stimulering med oxytocin*

Standard:

I de fødslene der kvinnen diagnostiseres med langsom framgang, skal sette kriterier ligget til grunn for vurdering i 100 prosent av tilfellene.

Kunnskapsgrunnlag:

Anbefalingene og et eget flytdiagrammet for langsom framgang er utviklet i konsensusprosess (NICE, 2007). Anbefalingen tar utgangspunkt i ulike studier som viser at en fødsel i større grad får gå uforstyrret hvis det praktiseres en avventende holdning til vaginale undersøkelser. Disse skal i hovedsak utføres i intervall på fire timer, men gjøres hver annen time ved mistanke om negativ utvikling. Dette reduserer ulike intervensjoner i fødselen, reduserer antall kvinner som diagnostiseres med langsom framgang og reduserer dermed bruk av oxytocin. Samtidig viser denne håndteringen av fødsel ingen negative utfall i andre variabler for mor eller barn.

Diagnosen langsom framgang skal ikke alene vurderes ut fra utvidelse av mormunn, men også inkludere observasjoner i forhold til fosterhodets nedgang og rotering i bekkenet, samt bedømmelse av rienes styrke og frekvens (ibid).

Hinnerivning er funnet å være effektivt i å stimulere kvinnens egne rier, og tiltaket kan alene korte den tiden kvinne er i fødsel (NICE, 2007; Wei et.al, 2009). Retningslinjen anbefaler å vurdere fødselens utvikling etter ytterligere to timer og starte stimulering med oxytocin hvis utviklingen ikke er hensiktsmessig. Wei et.al (2009) sin oversiktsartikkel viser til samme funn, og dokumenterer at denne framgangsmåten kan korte tiden kvinnen er i fødsel med opptil 70 minutter. Retningslinjen og Wei et. al (2009) er også samstemte i at oxytocinstimulering er mest effektiv på brutte fosterhinner/ etter fostervannsavgang.

For å gjøre tydelig grunnlaget for auditen og innsamling av like data i en eventuell re-audit ble samtlige kriterier og standarder med henvisninger til benyttet litteratur oppsummert i en protokoll (Tabell 3);

Tabell 3: Protokoll for kriterier / standarder med litteraturhenvisninger

	Kvalitetsmål: Kriterier og standarder	Kunnskapskilder	Datakilde	Spørsmål
1	<p><u>Kontinuerlig jordmorsomsorg</u> Fødekvinne skal tilbys kontinuerlig jordmorsomsorg i åpningstiden. Dette betyr at kvinnen ikke skal overlates til seg selv annet enn for korte intervaller eller i samarbeid med kvinnen</p> <p>Standard: 100 prosent av fødekvinne skal oppleve tilbud om kontinuerlig jordmorsomsorg i åpningstiden.</p>	NICE, 2007; Hodnett et.al, 2011	IMATIS Natus: Journalnotat og partogram	Spørsmål 1: Bruker jordmor kunnskapsbaserte jordmortiltak; kontinuerlig jordmorsomsorg og varme bad, for å fremme den naturlige fødselsprosess hos lavrisiko førstegangsfødende?
2	<p><u>Bruk av badekar i åpningstiden</u> Fødekvinne skal informeres om og oppfordres til å benytte varme bad som smertelindrende tiltak i fødselens aktive fase.</p> <p>Standard: 100 prosent av kvinnen skal informeres om og tilbys varme bad. Prosentandel kvinner som benytter badekar kan ikke settes da dette er et valg gjort av kvinnen selv.</p>	NICE, 2007; Cluette & Burnes, 2009	IMATIS Natus: Journalnotat og partogram	
3	<p><u>Fødselens start</u> Fødselstart, aktiv fase av fødselen, definert ved mormunnsåpning ≥ 4 cm og ved erkjennelse av smertefulle, regelmessige rier.</p> <p>Standard: 100 prosent av fødslene skal registreres med fødselstart i tidsur og partogram når mormunn er ≥ 4 cm.</p>	NICE, 2007	IMATIS Natus. Partogram og tidsur	Spørsmål 2: Definerer jordmor fødselstart i henhold til satte kriterier fra NICE (2007) retningslinjen?
4	<p><u>Langsom framgang i fødselens åpningstid</u> Totrinns vurdering:</p> <p>a) Langsom framgang mistenkes ved utvidelse av mormunnsåpningen som er ≤ 2 cm etter fire timer. Hvis hele hinner: Anbefale og deretter eventuelt å utføre hinnerivning.</p> <p>b) Diagnosen langsom framgang fastsettes hvis livmoråpningen etter ytterligere to timer har utvidet seg $<$ enn 1 cm. Hvis mormunnsåpning er utvidet ≥ 1 cm regnes fødselsforløp som normalt.</p> <p>Standard: I fødsler der diagnosen langsom framgang settes, skal kriteriene være fulgt og dokumentert i 100 prosent av tilfellene.</p>	NICE, 2007; Wei mfl., 2009	IMATIS Natus: Journalnotat, partogram og i eget ikon for oppsummering av fødsel	

3.3 Trinn 3: Datasamling

Med utgangspunkt i utvalg i *journaler fra 2009 til friske førstegangsfødende*, begrenset til kriterier for *åpningstiden i fødselen og jordmorgruppen som fagutøvere*, ble det utviklet et auditverktøy. utviklet med eksempel i en mal fra NICE Audit Criteria (2007).

Så lang jeg vet, er det ikke utviklet et verktøy til samme formål i Norge. Jeg utviklet derfor et eget verktøy etter en mal inkludert i retningslinjen fra NICE Audit Criteria (2007). Kriterium 1; kontinuerlig jordmoromsorg og kriterium 2; bruk av badekar ble oversatt og videreført direkte fra NICE sitt auditverktøy. Prinsippet om ”å gjøre det enkelt” ble også videreført ved at kriteriene hovedsakelig har spørsmål med svaralternativene JA/NEI. For å gi utvidet forståelse for enkelte sider ved det enkelte kriterium, ble det også lagt til utfyllende spørsmål.

- *Populasjon og utvalg.*

En forutsetning for å gjennomføre en audit er en tydelig formulert problemstilling og et tydelig definert utvalg (NICE, 2002). Utvalget i dette prosjektet er den *elektroniske journalen* til selekterte, lavrisiko førstegangsfødende, som i 2009 fødte ved vår fødeavdeling og som innfridde følgende inklusjonskriterier;

- Kvinnen har vært frisk i graviditeten, har ingen tilleggssykdommer, ikke tidligere operert i livmoren eller underlivet
- Forventet friskt barn
- Fødsel til termin, - hvilket tilsier graviditetsuke ≥ 37 til ≤ 42
- Barnet er innstilt i hodeleie
- Kvinnen er i spontan fødsel, fødselens aktive fase (åpningstiden).

Disse kriteriene ble satt, da de samstemmer med målgruppen for retningslinjen. Dette utvalget inngår også i ulike statistiske beregninger i IMATIS Natus. Det er også denne gruppe fødende som i størst grad er utsatt for intervensjon i fødsel grunnet diagnosen langsom framgang (Den norske legeforening, 2010). Disse fødselsforløpene er derfor av spesiell interesse. Implementering av ny kunnskap for håndtering av fødselen hos denne brukergruppen vil også komme våre fleregangsfødende til gode.

- Utvikling av auditverktøy

Verktøyet ble delt inn i fire rubrikker, der hver rubrikk hentet data for hvert enkelt kriterium. Verktøyet inneholdt svaralternativene JA, NEI og VET IKKE. VET IKKE ble inkludert fordi det var usikkerhet rundt data for ”kontinuerlig jordmorsomsorg”. Denne usikkerhet gjorde utslag i at en-til en omsorg ble inkludert som et tilleggsspørsmål i auditverktøyet. Dette punktet vil gi data som kan avklare i hvor stor grad våre kvinner opplever og ha kontakt med kun *en* jordmor pr vakt, og kan ha betydning for avdelingens både bemannings - og holdningsmessig grunnlag for å videreutvikle en-til-en omsorg til ”kontinuerlig omsorg”.

For å kartlegge reell baseline, var det interessant å se på hva som ble gjort vi, hvordan det ble gjort og hvorfor. Jeg inkluderte derfor supplerende spørsmål til hvert enkelt kriterium. Bruk av badekar har positiv effekt på fødselsforløpet, men tidspunktet det tas i bruk kan ha betydning (NICE, 2007; Cluette & Burns, 2009). For å kartlegge når i fødselsforløpet badekar benyttes i avdelingen ble det lagt til et spørsmål om mormunnsåpning idet kvinnen gikk i badekaret.

Det ble inkludert et spørsmål som spesifiserer mormunnsåpningen i det fødselstart registreres i partogrammet. Dette vil gjøre klart om jordmor i dag praktiserer ensartet vurdering i relasjon til dette spørsmålet, og i tilfelle når i fødselsprosessen jordmor definerer fødselens start. IMATIS Natus krever også registrering av fødselstart i et eget ikon kalt ”Tidsur”, og jeg inkluderte derfor et spørsmål om dette. Tidsuret har integrasjon til Imatis Natus sitt statistikkprogram, fordi det er her det regnes ut hvor lang tiden kvinnen er i fødsel totalt. Disse dataene blir også videresendt til Medisinsk fødselsregister. Korrekt bruk av tidsur for registrering av fødselstart har derfor betydning for både avdelingens egne - og nasjonale statistikker på dette området.

Langsom framgang er en sammensatt problemstilling, og flere spørsmål ble lagt til kriteriet for å belyse dette. IMATIS Natus har kun statistikk på det totale antall kvinner som får stimuleringer i fødsel. Det ble vesentlig å hente data som skilte mellom hvor mange førstegangs fødende som opplevde stimulering totalt i fødselen, samt antall oxytocinstimuleringen i hver av de to ulike fasene i fødsel; åpnings - og trykktiden. I denne sammenheng var ikonet for ”oppsummering av fødsel” viktig. Dette inneholder et spesifikt vindu der oxytocinstimulering må hakes av for at dette skal registreres i

IMATIS Natus sitt statistikkprogram og videreformidles til medisinsk fødselsregister. Dette ble vurdert som relevante data for auditen, og ble inkluderte som spørsmål i verktøyet.

Ved mistanke om langsom framgang i fødsel anbefaler NICE (2007) å foreta hinnerivning for å fremme kvinnens egne rier og slik redusere sannsynlighet for oxytocinstimulering. Jeg inkluderte dermed et spørsmål om dette.

For å kartlegge reell praksis omkring håndtering av langsom framgan i avdelingen, inkluderte jeg spørsmål angående intervall for vaginale undersøkelser og endring i mormunnsåpning på det tidspunktet kvinnen ble stimulert med oxytocin. Jeg ønsket også innsikt i hvordan og hvilken grad jordmor dokumenterer årsak til stimulering med oxytocin i journalnotat, og dette Dokumentasjon er en viktig del av all kvalitetssikring, og var utgjorde motivet for å inkludere to spørsmål som skulle gi data for i hvilken grad og hvordan jordmor dokumenter årsaken til oxytocinstimulering.

- Testing av verktøy

Ved flere anledninger testet jeg selv verktøyet på tilfeldig utvalgte journaler. Dette resulterte i endringer og gjentatt testing fram til verktøyet fungerer optimalt fra mitt ståsted. For å kvalitetssikre verktøyet testet en jordmorkollega dette utkastet på fem journaler. På forhånd ble hun satt inni i oppgavens problemstillinger samt innholdet i gjeldende kvalitetsmål. Hun ga nyttige innspill som resulterte i mer entydige spørsmål.

Verktøyet ble også testet i forhold til interrater pålitelighet (NICE, 2002:40). En ny kollega fikk opplæring på lik linje med den første kollegaen. Hver for oss samlet vi inn data fra de ti første journalene på auditlisten. Sammenlikning av data viste hundre prosent samsvar, og auditverktøyet ble regnet som ferdigstilt for datainnsamling, da det ble vurdert til å ville gi valide data.

- Datasamling

Samtlige fødsler i avdelingen er oppsummert i en felles protokoll i IMATIS Natus sitt statistikkprogram. Protokollen viste tydelig hvilke journaler som omhandler førstegangsfødende. Protokollnummer, navn og fødselsnummer tilhørende hver enkelte journal ble fortløpende overført til en egen, håndskrevet journalliste i papirformat. Dette

arbeidet var nødvendig, siden protokollen ikke har integrasjon til de enkelte journalene. Samtidig ble dataetiske prinsippet om ikke å lagre sensitive opplysninger utenfor IKT-sikrede journalsystemer ivaretatt (Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste, NSD,2010).

Hver enkelt journal ble søkt opp ved bruk av fødselsnummeret. Etter hvert som journalene ble godkjent for utvalget, ble aktuelle protokollnummeret tilføyd et auditnummer på journallisten. Protokollnummer og auditnummer ble deretter overført til det enkelte auditverktøyet. Journallisten ble oppbevart separat fra auditverktøyet, slik at det ikke var mulig for utenforstående å koble disse dataene opp mot gjeldende journal.

Datamaterialet ble i hovedsak hentet ut ved at jeg egenhendig kontrollerte 156 av de 186 journalene på listen. Den samme jordmorkollegaen som testet interrater pålitelighet, hjalp til ved å samle data på 30 journaler. Det ble samlet data ved manuell avkryssing i et auditverktøy i papirform. Gjennomlesing av samtlige journaler for utvalget, resulterte i at 23 av disse ble ekskludert, da de av ulike årsaker ikke innfridde inklusjonskriteriene for utvalget. Etter litt erfaring brukte jeg gjennomsnittlig ti til femten minutter på hver journal. Datasamlingen ble gjort primo januar 2011.

3.4 Analyse av data

Jeg overførte data fra auditverktøyet til et eget skjema i papirform som kategoriserte og oppsummerte de spørsmålene som gav svar i kategoriene JA/ NEI og VET IKKE (vedlegg III). For å gjøre statistiske analyser ble data fra oppsummeringsskjema plottet inn i Excel, versjon 2003. Dette arbeidet ble utført og deretter kontrollert av to personer for å kvalitetssikre prosessen.

Uregninger for innfridd kriterium for fødselstart ble delt inn i tre kategorier; Kun innfridd i tidsur, kun innfridd i partogram og innfridd kriterium i både tidsur og partogram.

Kriteriet for bruk av badekar inkluderte et spørsmål om mormunnsåpning i det kvinnen gikk i badekaret. Da innhentet data ble oppsummert, ble disse delt i to kategorier; tidlig bruk av badekar ved mormunn <4 cm, og sen bruk av badekar ved mormunn ≥ 4 cm.

De spørsmålene i verktøyet som ga data for tidsintervall for vaginale undersøkelser, endring i mormunn og årsak til stimulering ble i første omgang oppsummert i en tabell i laget for dette formålet i Word-2000 (vedlegg IV). Dette dokumentet ble deretter overført direkte til Excel for bearbeiding. I Excel ble blant annet fritekst fra journalene, der jordmor beskriver årsak til oxytocinstimulering, gruppert i ulike årsakskategorier fra en til fem: 1: liten eller ingen framgang, 2: barnets innstilling i bekkenet, 3: epidural, 4: ordinert av lege og 5: dårlige rier. Resultatene blir presentert i et kakediagram.

Det ble kun gjort enkle beregninger i prosent og tidsintervall, og øvrige resultater er illustrert i tabeller og stolpediagram.

3.5 Etiske vurderinger

Distinkte forskjeller mellom forskning og klinisk audit er utslagsgivende når det kommer til å søke om formell etisk godkjenning for gjennomføring av prosjektet (Dixon, u.å). Mitt prosjekt involverte ikke direkte pasientkontakt. Det involverte kun retrospektiv datasamling fra elektroniske pasientjournaler i forhold til en allerede etablert helsetjeneste. I så måte ble prosjektet definert som kvalitetsikringsarbeid. Det var derfor ikke påkrevd formell godkjenning fra Regional etisk komité (REK). Prosjektplan måtte derimot sendes til og godkjennes av Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste (NSD) da alle kvalitetssikringsprosjekt som skal behandle sensitive personopplysninger elektronisk har meldeplikt til personvernombudet. Søknad ble sendt til NSD i september 2010, og ble godkjent uten merknader (vedlegg I).

Som ansvarlig for prosjektet hadde jeg et individuelt ansvar for å sikre ivaretagelse av etiske prinsipper ovenfor organisasjonen og enkeltpersoner. Jeg må derfor følge opp og ta konsekvensene av de funnene som blir gjort, ved å iverksette nødvendige tiltak for endringer på de områdene der resultatene ikke samstemmer med ønsket praksis.

Audit gjennomført av en person er ikke anbefalt (Dixon, u.å). Det var derfor vesentlig å tilrettelegge for en åpen og etterprøvbart prosess som er åpen. Innsyn og engasjement av andre kollegaer ble derfor ansett som nødvendig. Hensikten var å legge til rette for forståelse for problemstillingen og dens kunnskapsgrunnlag, samt aksept for valg av

klinisk audit som metode. I ettertid vil dette legge til rette for implementering av ønsket endring.

Hovedintensjonen i alt etisk arbeid er å ha respekt for oppgaven og de menneskene som blir berørt av prosjektet. Auditverktøy med journalopplysninger ble anonymiserte, slik at gjenkjenning ikke var mulig. Ivaretagelse av taushetsplikt og forsvarlig oppbevaring av auditlister - og verktøy var en selvfølge.

4.0 RESULTATER

Det elektroniske journalsystem Imatis Natus har et eget statistikkprogram. Her er det registrert at aktuelle fødeavdeling hadde 612 fødsler i 2009. Av disse var 186 kvinner førstegangsfødende. Ved oppstart utgjorde disse 186 journalene utvalget for dette auditprosjektet. Da journalene ble kontrollert opp mot kriteriene for utvalget, ble 23 journaler ekskludert. Det endelige utvalget ble n=163 journaler (tabell 3.4).

Tabell 3.4.1: Antall ekskluderte journaler fra primærutvalg (n=186)

Årsak til ekskludering	Antall journaler
Kan ikke hente data: Mangler partogram og journalnotat	3
Svangerskap over 42 uker	10
Feilregistrert med spontan fødselstart: Langvarig vannavgang uten rier, stimulert	7
Risikopasient- fyller ikke kriterier	3
SUM	23

Kriterium 1: Kontinuerlig jordmorsomsorg

På spørsmål om innfridde kriterium ble svaralternativ "VET IKKE" krysset av i 100 % av journalene.

Spørsmål om "en-til-en omsorg" ble registrert som "JA" når journalnotat og / eller partogram var skrevet av samme jordmoren gjennom én hel vakt. Kun 9 (6 %) av de 163 journalene ble markert med svaralternativ NEI. I disse journalene viste journalnotat eller partogram bytte av jordmor i løpet av samme vakt.

Kriterium 2: Bruk av badekar i åpningstiden

Det var registrert bruk av badekar i 25 (15 %) av journalene. Kriteriet for badekar inkluderte ett spørsmål vedrørende dokumentasjon av gitt informasjon om bruk og effekt av badekar. De resterende 138 (85 %) journalene inneholdt ingen dokumentasjon om at kvinnen hadde fått slik informasjon eller blidt tilbud badekar og selv hadde valgt det bort.

Totalt (n=163) benyttet 15 (9 %) badekaret tidlig, da mormunn var < 4 cm. 10 (6 %) benyttet badekaret i fødselens aktive fase, etter registrert mormunnsåpning \geq 4 cm.

Kriterium 3: Fødselens start

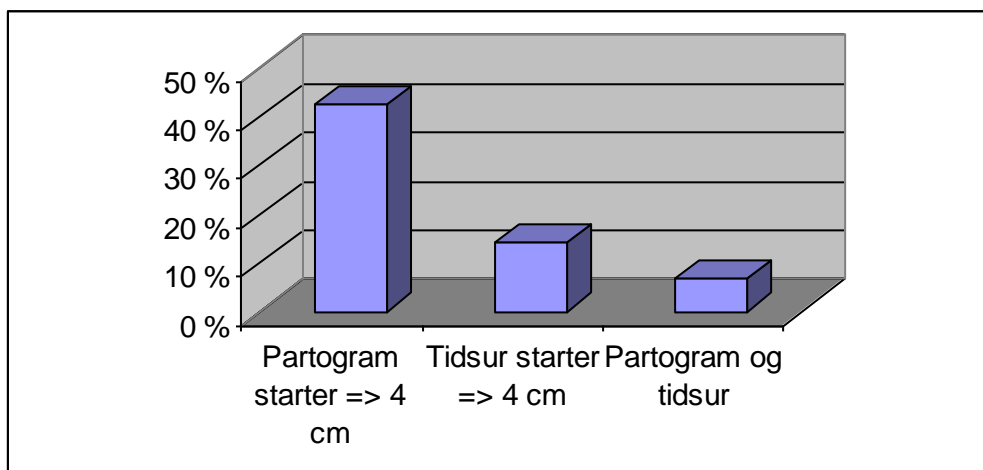
Fødselens totale varighet regnes ut fra det tidspunkt som jordmor oppgir i tidsuret.

Gjennomgang av journalene gjorde klart at det generelt sett og i hver enkelt journal var store uoverensstemmelser i registrert tidspunkt for fødselstart i tidsur og partogram.

Tidsuret var i 139 (85 %) av journalene markert med fødselstart flere timer før ankomst i fødeavdelingen. Dette ble gjort selv om dokumenterte funn fra vaginale undersøkelser, registrert i partogrammet, viste at kvinnen ikke var i aktiv fødsel.

Data fra journalene viste at tidsuret var registrert i samsvar med kriteriet i 24 (15 %) journaler. Kriteriet ble innfridd i 68 (42 %) av partogrammene. Samlet ga disse to kategoriene 92 journaler (56 %) som på den ene eller andre måten innfridde kriteriet. Det var kun samsvar mellom registrert tidspunkt i både tidsuret og partogrammet i 18 (11 %) av journalene (figur 2).

Figur 2: Innfridd kriterium for registrering av fødselstart i tidsur og partogram (n=163)



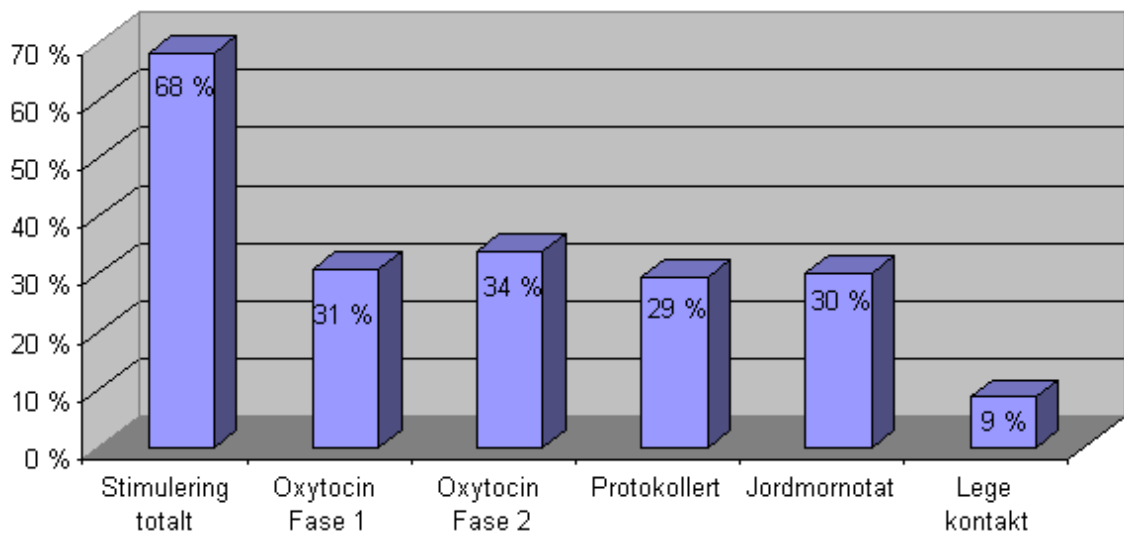
Kriterium 4: Langsom framgang i fødselens åpningstid.

Jordmor dokumenterte oppstart av oxytocinstimulering på kvinnes partogram på det tidspunktet det ble tatt i bruk. I journalene var det registrert totalt 111 (68 %) oxytocinstimuleringen for åpnings – og trykktiden. Oxytocinstimulering var fordelt med 50 (31 %) i åpningstiden (Fase 1)(fig. 3) og 55 (34 %) i trykktiden.

Auditdata der utregning viser 68 % stimulering totalt for åpnings – og trykktid sto i kontrast til den lave andelen stimuleringer registrert i programmet IMATIS Natus. Her var det kun registrert 29 % stimulering totalt for i denne gruppen fødende.

Spørsmålet om oxytocin var haket av i oppsummering av fødselen, oppklarte den store forskjellen i auditdata og beregninger i IMATIS Natus. I oppsummeringen må oxytocin stimulering hakes av i en egen rubrikk for å bli registrert i IMATIS Natus sitt statistikkprogram, og for å bli rapportert videre til Medisinsk fødselsregister. Når n=111 journaler var det i 48 (43 %) av tilfellene *ikke* haket av for dette i den påkrevde rubrikken. Figur 3 viser dokumentert oxytocin stimulering i 163 journaler;

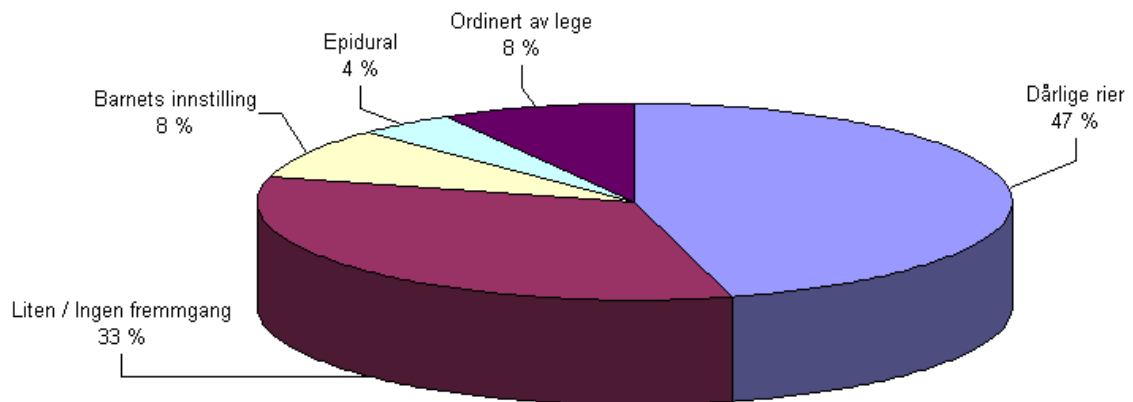
Figur 3: (n=163) Dokumentert oxytocinstimulering



Når n= 50 dokumenterte jordmor årsak til stimulere i åpningstiden i eget journalnotat i 24 (48 %) tilfeller. Det var kun dokumentert kontakt med lege i forbindelse med mistenkt langsom framgang i 4 (8 %) av tilfellene.

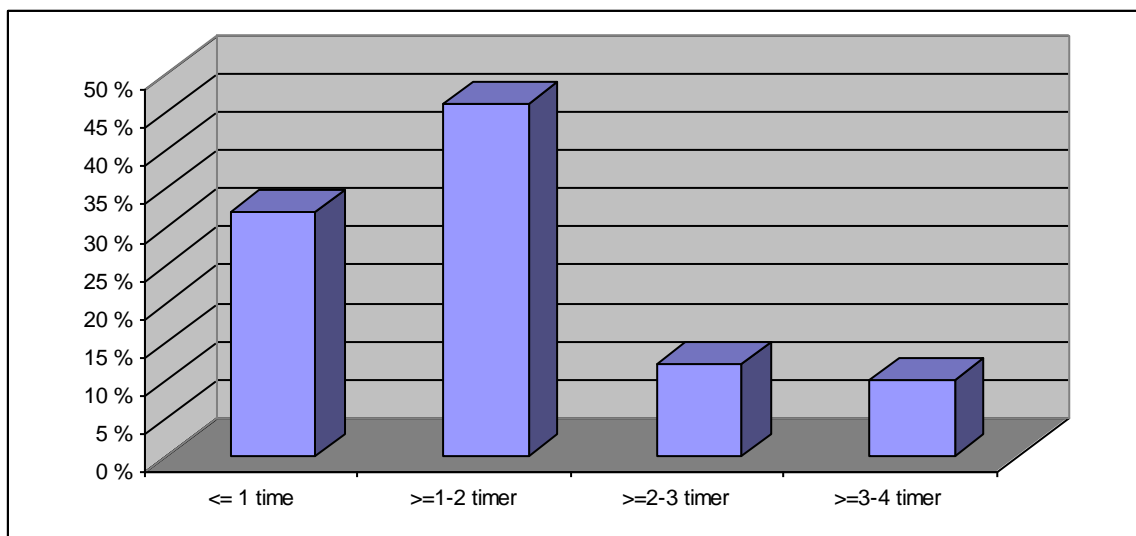
Auditverktøyet inkluderer et spørsmål i relasjon til hvorvidt jordmor har begrunnet årsaken til at hun stimulerte fødselen med oxytocin. I de journalene der det ble stimulert i åpningstiden (n=50) (Fase 1), har jordmor ført journalnotat i 24 journaler (48 %). Når n=24, ble oxytocinstimulering begrunnet med dårlige, ujamne, avtagende og korte rier hos 47%, forklart med liten eller ingen framgang hos 15 %, økt medisinerings på epiduralkateteret hos 2 %, forklart med uhensiktsmessig innstilling av barnehodet i bekkenet hos 4 %, og 8 % ble begrunnet med ”ordinert av lege” (fig.4).

Figur 4: Jordmor begrunner oxytocinstimulering i journal (n=24)



Kriteriet for langsom framgang var formulert i en to-trinns evaluering der anbefalt intervall mellom vaginale undersøkelser er fire og to timer. Ingen av journalene hadde notat med mistanke om uønsket utvikling i fødsel i forkant av stimuleringen, og begrunnelse for stimulering og intervensjon med oxytocin ble tidfestet parallelt. Samtlige 50 journaler (100 %) fikk dermed NEI på innfridd på dette kriteriet.

Figur 5: Tidsintervall for vaginale undersøkelser før oxytocinstimulering (n= 50)



Grovfordeling innenfor fire kategorier viste at vaginale undersøkelser med påfølgende stimulering forekommer hyppigst innenfor tidsintervall $\geq 1-2$ timer. Det ble også gjort beregninger i forhold til spesifikt, registrert tidsintervall mellom de to siste vaginale undersøkelsene før stimulering. Det korteste intervallet var på 30 minutter og lengste 250 minutter. Dette ga en gjennomsnittlig undersøkelsesintervall på 2 timer og 6 minutter.

Analyse av intervall mellom vaginale undersøkelser og utvikling i cm mormunn, indikerte at når $n= 50$ ble 17 (34 %) kvinner sannsynligvis stimulert til tross for hensiktsmessig utvikling i åpningstiden.

Det ble hentet data i forhold til spontan vannavgang og/eller hinnerivning, da det ikke skal stimuleres med oxytocin på hele fosterhinner. Det ble registrert spontan vannavgang eller hinnerivning før oxytocinstimulering i 48 (96 %) av $n=50$ journaler.

Det var kun dokumentert kontakt med lege i forkant av oxytocinstimulering i 4 (8 %) av journalene. Denne kontakten resulterte i at det var legen som ordinerte medikamentet.

5.0 DISKUSJON

Data fra denne kartleggingen og vurderingen av jordmorpraksis viste liten til ingen oppslutning om tre av fire kriterier for god jordmorpraksis i åpningstiden. Kriteriet for kontinuerlig jordmorsomsorg ble for samtlige journaler besvart med ”vet ikke”, fordi det ikke var mulig å hente ut data for dette kriteriet i journalsystemet IMATIS Natus. Badekar ble benyttet i kun 15 % av fødslene. I de øvrige journalene var det ikke dokumentert at kvinnen hadde fått informasjon om bruk av badekar som smertelindrende tiltak. Kartleggingen viste også at det er tilfeldig hvordan jordmor definerer fødselens start og langsom framgang. Tilleggsspørsmål til kriteriet knyttet til langsom framgang viste at 68 % stimulerte med oxytocin for fødselens åpningstid og trykktid, med en relativ lik fordeling innenfor disse to ulike fasene. Oxytocin var kun ordinert av lege i 8 % av tilfellene.

Praktisk gjennomføring av audit i organisasjonen

Problemstillingen ble valgt med utgangspunkt i en dagsaktuell diskusjon i avdelingen og hos den faglige ledelsen. Avdelingen hadde fått innspill fra øverste ledelse i Kvinne / barn klinikken om at tall for utfall av fødsel for våre førstegangs fødende var bekymringsfulle. Det ble blant annet pekt på høy frekvens av instrumentell forløsning og store vaginale rifter. I samme tidsrom kom Helsedirektoratets rapport med forslag til kvalitetskrav for fødselsomsorgen, der ett av fokusområdene var ivaretagelse av den normale fødsel hos lavrisiko førstegangs fødende (Helsedirektoratet, 2010:IS-1877). Dette ga et godt utgangspunkt da jeg henvendte meg til de øverste lederne i avdelingen for å få tillatelse til å gjennomføre en audit i tråd med prinsippet om ”... å følge med og evaluere” egen praksis (Sosial- og helsedirektoratet, 2005: IS-1162)

Vår avdeling har tverrfaglig ledelse, der lege og jordmor som henholdsvis første og andrenivåledere, er både administrativt og fysisk nær avdelingen ved å ta del i arbeidet ”på gulvet”. De er i daglig dialog med jordmorgruppen og har innsikt i de utfordringene som ligger i praksis. Dette utgangspunktet og min egen funksjon som fagutviklingsjordmor resulterte i at dette ”bottom- up” prosjekt fra start fikk udelt støtte, til tross for at kvalitetsmålingen skulle gjøres med kriterier og standarder utviklet fra en retningslinje som ikke var kjent verken for dem eller øvrig personalet. Det ble heller ikke stilt krav om formelle prosedyrer som skriftlig søknad og godkjenning til øvrig

ledelse. Denne responsen samsvarer med funn i en oversiktsartikkel av Greenhalgh et.al.(2004). Artikkelen inkluderer studier som så på fremmende og hemmende faktorer når retningslinjer skulle implementeres i helsetjenesten. Et positivt karaktertrekk ved organisasjoner som lykkes i å implementere retningslinjer er en uformell, ikke-hierarkisk atmosfære der ledelsen er deltagende framfor styrende(Greenhalgh et.al, 2004).

Styrker og svakheter av studien

Støtte og viktige innspill fra faglig- og administrativ ledelse, funksjonsleder for både jordmor og legegruppen, ble ivaretatt i dette prosjektet og det sikret og tilrettela for intern audit med god forankring i organisasjonen. Det ble derfor lagt til rette for tilstrekkelig datatilgang i IMATIS Natus sitt statistikkprogram, og også avsatt tid til informasjon, diskusjon og tilbakemelding om prosjektet på jordmormøter underveis i prosessen.

Prosjektets problemstilling var og er dagsaktuell gjennom Helsedirektoratet (2010: IS-1877) sitt innspill om behov for kvalitetsutvikling og kvalitetsmåling av fødselsomsorgen. Det er en styrke for prosjektet at kriteriene bygger på forskningsbasert kunnskap fra en kvalitetsvurdert retningslinje utviklet av den anerkjente organisasjonen National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE, 2007). Retningslinjen er utarbeidet for samme målgruppe som utvalget i dette prosjektet, og kriteriene ble sammen med avdelingens seksjonsoverlege besluttet å ha overføringsverdi til våre forhold uten videre lokal tilpasning. Dette gir et godt utgangspunkt for å lykkes med det videre implementeringsarbeidet (Francke et.al, 2008), og var også et godt faglig argument da kriteriene første gang ble presentert for jordmorkollegiet.

Verktøy for datasamling ble utviklet med utgangspunkt i en mal fra NICE Audit Criteria (2007). Interrater - og pilottesting av verktøyet ble en viktig bekreftelse på at det fungerte etter sin hensikt. Datasamlingen ga informasjon som la grunnlag for å besvarer problemstillingen for prosjektet selv om det var en klar svakhet at ikke alle kriteriene lot seg besvare med tilgjengelig informasjon.

Prosjektet er basert på dokumentasjon av praktiske oppgaver i klinisk praksis. Dette kan være en svakhet for studien, da det er kjent at dokumentasjon av prosess gjerne er mangelfull (Rygh et.al, 2010). Dette var også aktuelt i dette prosjektet. Det er også hevdet at retrospektiv audit av tjenester kan gi et skjevt bilde av virkeligheten fordi at manglende dokumentasjon ikke behøver betyr at omsorgen eller tiltaket ikke er gitt (Griffiths & Hutchings, 1999 referert i Sandin – Bojö et.al, 2005:212). Dette kan være tilfelle i denne auditen også. Dokumentasjon av informasjon, dialog og tilstedeværelse med kvinnen var ikke dokumentert, men det er sannsynlig at dette likevel var en del av den totale omsorgen kvinnen mottok. Datainnsamlingen ble gjort fra samtlige kilder der slik informasjon skal være dokumentert og det ble samlet valide data for tre av fire kriterier.

Det er en svakhet for prosjektet at det var usikkerhet rundt datasamlingen, relatert til kriteriet for kontinuerlig jordmoromsorg. Kriteriet for om det praktiseres kontinuerlig jordmoromsorg ble besvart med ”vet ikke” da det ikke var mulig å finne informasjon som bekreftet eller avkreftet slik praksis. Verktøyet for datasamling skal inkludere kriterier som sikrer en valid datasamling (Kjærgård et.al, 2008). Tiltross for dette, ble kriteriet inkludert i auditen, begrunnet i et viktig motargument; Helsedirektoratet har foreslått å implementere ”kontinuerlig jordmoromsorg” som en egen kvalitetsindikator for den norske fødselsomsorgen (Helsedirektoratet, 2010:IS-1877), og denne realiteten må imøtekommes ved *økt fokus på og tiltak for* både å yte slik omsorg og finne løsninger for valid dokumentasjon av en slik praksis.

Datasamlingen ble gjort i en relativt liten fødeavdelingen relatert til fire sentrale prosesskriterier som kan fremme en kunnskapsbasert fødselsomsorg. Det ble bare samlet data fra 163 journaler, hvor det i femti av journalene var dokumentert bruk av oxytocin i åpningstiden. Funn fra auditen kan dermed i reglene ikke generaliseres utenfor egen avdeling. Det er likevel relevant å tro, at audit av journaler med lignende verktøy, i både større og mindre fødeenheter, ville bringe for dagen lignende funn. Denne påstanden underbygges ved at en retrospektiv audit av 212 journaler, fra en stor fødeklinikk med to tusen fødsler årlig, har sammenfallende funn i henhold til liknende prosesskriterier (Sandin – Bojö et.al, 2005).

Det ble tidlig avklart en svakhet ved inklusjonskriteriene for utvalget. Ett av inklusjonskriteriene for utvalget er friske førstegangsfødende med *spontan fødselstart*. I forkant av datasamlingen var det ikke spesifisert om ”spontan fødselstart” innfris i henhold til avdelingens praksis eller NICE (2007) sin definisjon. Avdelingen har en muntlig forståelse av at fødselens aktive fase starter ved en mormunnsåpning på to til tre cm i, men starter først ved fire cm mormunn i NICE (2007) sin definisjon. Dette uavklarte momentet ble møtt med å inkludere alle førstegangsfødende som innfridde øvrige inklusjonskriterier for utvalget, og som **ikke** ble stimulert før det var fire cm mormunn eller mer. Dette ga et utvalg der ingen ble stimulert tidligere enn ved 5 cm mormunn.

Denne studien sammenliknet med andre jordmorfaglige auditstudier.

Jordmødre i flere land har utført audit av fødselsomsorg. Innfallsvinkelen i obstetriske/ jordmorfaglige auditstudier er gjerne implementering av retningslinjer for å redusere intervensjon i fødsel i den hensikt å ivareta det normale fødselsforløp (Costello, 2003; Sandin – Bojö et.al, 2005; Clarke, Bowcock & Gales 2007; Sprague et.al, 2008). Jeg har ikke lyktes i å finne studier som rapporterer om audit der langsom framgang i åpningstiden er problemstillingen. Sprague et.al (2008) rapporterer derimot om implementering av kriterier fra en lokalt utviklet retningslinje, der det med henblikk til pasientsikkerhet var ønskelig å redusere andel fødsler behandlet for langsom framgang i trykktiden. Studien hadde både retrospektiv audit og prospektiv re-audit som metode, og hadde derfor fokus på ulike strategier for kunnskapsoverføring for å sikre implementering av aktuelle retningslinje. I likehet med forfatterne av denne artikkelen, opplevde jeg det som en styrke ved auditprosessen at den ga et tydelig bilde på ”virkeligheten” i avdelingens fødselsomsorg. Når det er et mål å få et slikt ”virkelighetsbilde”, kan audit anbefales som metode for enhver fødeavdeling.

Flere jordmorfaglige auditstudier påpeker den betydningen audit har i å avklare mangel på dokumentasjon (Costello, 2003; Sandin – Bojö, 2005; Clarke, Bowcock & Gales 2007; Sprague et.al, 2008). Disse studiene fremhever også betydningen av journalgjennomgang med eksplisitte kriterier som effektiv i å avklare spesifikke områder med påkrevd behov for forbedring. Forfatternes erfaringer samsvarer med data fra min studie. Min studie har gjort klart et problem med manglende dokumentasjon generelt og i forhold til ”gitt informasjon” spesielt i vår avdeling. Det ble også brakt til

rede uheldige variasjoner i praksis, relatert til bruk av badekar og definisjon av fødselstart og langsom framgang. Auditprosessen bekreftet at jordmorgruppen har en jobb å gjøre for å utøve fødselsomsorg i samsvar med dagens profesjonelle kunnskap innen disse spesifikke områdene i dagens fødselsomsorg.

Kvalitetsmåling med ett eksplisitt kriterium i relasjon til en så omfattende problemstilling som langsom framgang i fødsel vil ikke gi et helhetlig bilde av situasjonen. Denne problemstillingen kunne også være tjent med å bli belyst med en prospektiv audit, der jordmor i den enkelte, pågående fødsel fyller ut/ besvarer og begrunner avvik fra satte kriterier et eget auditverktøy. Clarke, Bowcock og Gales (2007) gjennomførte audit med en slik prospektiv design der jordmor fylte ut et auditverktøy i forhold til ulike kriterier for å fremme den naturlige fødsel. De fant at dette designet ga et godt grunnlag for kvalitetsmåling med audit. Forfatterne konkluderte med en situasjonsbetinget bruk av auditverktøyet i seg selv fremmet en jordmoromsorg i samsvar med de kunnskapsbaserte kriteriene, samtidig som de så at dette resulterte i forbedret dokumentasjonen i journalene. Den prospektive datasamlingen stimulerte også til pågående uformelle diskusjoner i kollegiet rundt ulike tiltak i fødsel. Slike diskusjoner er i seg selv regnet som effektive i å fremme kunnskapsopptak og å endre konkrete sider ved yrkesutøvelsen. Sprague et.al (2008) brukte også ”arbeidsark”(worksheets) som et kunnskapsbasert implementeringstiltak, der jordmor fylte ut hvordan de fulgte opp de ulike kriteriene underveis i fødselen. Arbeidsarket ble senere brukt for å lette datasamling i en re-audit, der jordmødrene rapporterte å følge kriteriene i 93 prosent av tilfellene. Det er imidlertid viktig å bemerke at en slik prospektiv datainnsamling i seg selv vil påvirke praksis og derved ikke kan sies å være en objektiv kvalitetsmåling.

Sandin – Bojö et.al (2005) utførte en retrospektiv audit av 212 fortløpende fødejournaler i en to-måneders periode ved et sentralsykehus i Sverige. Forfatterne benyttet et verktøy med kriterier for auditen av fødselsomsorgen, utviklet av Verdens helseorganisasjon. Verktøyet var knyttet opp mot organisasjonens egen retningslinje for ivaretagelse av den normale fødsel (WHO 1996). Kriteriene for auditen var ikke forsøkt implementert i forkant av målingen, og verktøyet inkluderte hele 69 punkt med 24 utdypende spørsmål. Flere av disse samsvarer med auditkriteriene i mitt prosjekt; spørsmål om kvinnen var i spontan fødsel ved innleggelse, dokumentert tilstedeværelse og informasjon av jordmor,

vaginale undersøkelser hyppigere enn hver fjerde time og faglig begrunnet bruk av oxytocin i åpningstiden. Mine resultater sammenfaller også i stor grad med denne studien. Forfatterne konkluderer med gjennomgående lav oppslutning om kriteriene. Fysiske observasjoner og tiltak var i hovedsak dokumentert, men de fant ikke data for gitt informasjon, dialog og psykisk støtte gitt til fødekvinnene. Auditen gjorde også klart at kvinnen ble lagt inn i avdelingen før de var i aktiv fødsel, og intervensjonsnivået i åpningstiden var høyt, selv hos de kvinnene som var selekterte lavrisikofødende. Disse intervensjonene ble utført uten faglig begrunnet årsak, og enkelte ble klassifisert som ”risiko for skade”.

Hva betyr resultatene?

- Kontinuerlig jordmoromsorg

Kontinuerlig jordmoromsorg er ressurskrevende. Til tross for at den aktuelle avdelingen er en travel kombinertavdeling med føde-, barsel-, gynekologiske og polikliniske pasienter, er *en- til- en* oppfølging en uskrevet rutine i avdelingen. Dette er begrunnet i allerede velkjent kunnskap hos jordmor om betydningen av tillit, ro, omsorg og trygghet som viktige forutsetninger for et ukomplisert forløp og en god fødselsopplevelse. *En- til- en* omsorg innfris ved at jordmor er fritatt fra andre oppgaver når en kvinne er innlagt i aktiv fødsel. Kartlegging av journalene viste også at kun ni prosent av kvinnene opplevde bytte av jordmor i løpet av en vakt. Samtidig tilsier praksiserfaring at den enkelte jordmor er tilstede på fødestuen i den grad hun opplever at den enkelte kvinnen trenger henne, og for å utføre sitt arbeid faglig forsvarlig. Min personlige antakelse er at kontinuerlig jordmoromsorg til dels praktiseres i vår avdeling, men at denne praksisen er mer situasjonsbetinget enn resultat av en anerkjent og innarbeidet rutine fundert på kunnskap fra forskning om beste praksis.

I enhver kvalitets utviklingsprosess er det av positiv betydning at endring av praksis ikke medføre økt behov for ressurser (NICE, 2002; Kjærgård et.al, 2008). Dette gir et godt utgangspunkt når det relateres til data fra egen avdeling. Auditdata viste at 91 prosent av kvinnene opplevde *en-til-en* oppfølging. Kartleggingen avklarte dermed et godt ressursmessig utgangspunkt for å praktisere kontinuerlig jordmoromsorg uten å måtte øke bemanning og dermed medføre økt kostnad for avdelingen.

- *Bruk av badekar i åpningstiden*

Sandin – Bojö et.al (2005) fant i sin studie liten oppslutning om bruk av ikke-medikamentel smertelindring (; dusj/ badekar) i åpningstiden. Allerede tidlig på 1990 tallet anerkjente fødselsomsorgen badekar som et viktig tilbud som burde være tilgjengelig for alle kvinner i fødsel (WHO, 1996) og har helt fra starten på 90- tallet vært et anbefalt tiltaket i internasjonale retningslinjer for jordmorsomsorg (ibid). På denne tiden var det også stor oppmerksomhet rundt dette i Norge. Det ble arrangert forelesninger og kurs der tiltaket ble promotert. Jordmødrene er derfor i utgangspunktet kjent med bruk av badekar som smertelindrende tiltak i fødselsarbeidet. Vår avdeling har møtt dette ved å ha to moderne fødestuer der begge har eget baderom og egnet badekar. Jeg antok derfor en relativ høy bruk av badekar, spesielt med tanke på at utvalget var førstegangsfødende

Åpningstiden hos førstegangsfødende er erfaringsmessig tung og tar forholdsvis lang tid samtidig som smertelindrende tiltak er få. I denne sammenheng anså jeg badekar som et allmenngyldig jordmortiltak å tilrettelegge for kvinnen i denne fasen av fødselen. Resultatene fra audit var derfor overraskende og tankevekkende. Kun 25 (15 %) av 163 kvinner benyttet varmt bad som smertelindring. Kun 10 (40 %) av disse 25 kvinnene benyttet tiltaket i da mormunn var lik eller større enn fire cm. De kvinnene som benytte badekar før fødselstart, gjorde dette i hovedsak da mormunn var tre cm. Det er også interessant å konstantere like hyppig bruk av badekar på både en og to cm mormunn som på fem cm. Den lave andelen kvinner som totalt benyttet badekar, samt det faktum at de færreste benytter karbad i den fasen der det er mest hensiktsmessig, gjør klart at jordmødrene ikke vektlegger dette som et sentralt smertelindrende tiltak i aktiv fødsel og ikke har kunnskap om negativ effekt når det administreres feil. Det er lite hensiktsmessig å drøfte mulige årsaker til dette, da det bare blir personlige antakelser. Derimot er dette fakta som vil være interessante å ta opp til diskusjon i kollegiet, for å få klarhet i hvilke jordmorvurderinger som ligger bak tilrettelegging av tiltaket til ulike tider i fødselsforløpet. Uformell spørreunde blant kolleger ga et svar til ettertanke; Hvis kvinnen ikke selv spurte etter bad foreslo ikke jordmor dette som tiltak.

Fødekvinnen opplever det gjerne som energikrevende å mobilisere seg til å bruke badekaret. Samtidig har hun muligens hverken kunnskap om eller tro på at tiltaket er effektivt i å redusere smerteopplevelse og fremme en positiv fødselsopplevelse. Å

spørre etter og benytte tiltaket er derfor gjerne motivert av et primært ønske, eller gjennom god informasjon og motivasjon fra jordmor. Kvalitet i fødselsomsorgen skal sikres gjennom informasjon som gir kvinnen mulighet for å ta velfunderte valg på egne vegne i eget fødselsforløp (NICE, 2007; Helsedirektoratet, 2010:IS-1877). Dette forutsetter jordmødre med kunnskap om, evne og vilje til å informere om og tilrettelegge for badekar som et effektivt tiltak i å bevare det normale fødselsforløpet (Cluett & Burnes, 2009). Vår praksis vitner om et uttalt behov for å gjenvinne troen på at et ikke-medikamentelt tiltak er effektivt i å holde den normale fødsel normal og gir kvinner en positiv fødselopplevelsen gjennom smertelindring og følelse av kontroll.

- Registrering av fødselstart

NICE (2007) har som første retningslinje satt en definisjon for fødselstart. Definisjonen erstatter den subjektive vurderingen av når fødselen startet med en objektiv, klinisk standard (ibid). Dette er et vesentlig utgangspunkt når fødselens videre utvikling skal vurderes. Behovet for en slik definisjon kom tydelig til uttrykk i denne kartleggingen av praksis. Vår avdeling har i dag en felles muntlig forståelse av at fødselens åpningstid defineres ved mormunnsåpning på to til tre cm. Det er også en uskreven regel at partogrammet skal startes på dette tidspunktet. Audit avslørte likevel en praksis der variasjonene var store, samt stor grad av inkonsekvent dokumentasjon både i den enkelte journal og også mer generelt.

Inkonsekvent dokumentasjon kom til uttrykk på ulike måter; I journaler der partogrammet innfridde kriteriet, var tidsuret satt tilbake til et tidspunkt før første vaginale undersøkelse og dermed ofte til et tidspunkt der kvinnen enda ikke var innskrevet i avdelingen. Dette tyder på at jordmor dokumenterte fødekvinnes subjektive opplevelse av når fødselen startet. I kontrast til dette, så innfridde tidsuret kriteriet i tilfeller der kvinnen var lagt tidlig inn i avdelingen. Partogram var primært startet før tre cm mormunnsåpning og jordmor ventet med å registrere fødselstart ut fra en faglig vurdering av om kvinnen var i aktiv fødsel. Riktig og kontinuerlig føring av partogram har vist positiv effekt i å redusere medikamentell – og instrumentell intervensjon i fødselsforløpet (WHO, 1996; NICE 2007). Dette er forklart med at partogrammet gir en grafisk fremstilling av utviklingen i fødselen åpningstid.

Kriteriet der definisjon av fødselstart var mormunnsåpning lik eller større enn fire cm, ble i første omgang innfridd i større grad enn forventet. Det var dermed positivt at kriteriet ble møtt med korrekt start av partogram på 42 prosent, og korrekt registrering i tidsur med 15 prosent. Samlet ga dette 57 prosent journaler som møtte kriteriet. Sammenslåing av tall for dokumentasjon i partogram og tidsur kan diskuteres, da gjennomgang av data viste at høy prosentoppnåelsen skyldtes generelt inkonsekvent samsvar i dokumentasjon av fødselstart i både partogram og tidsur. Dette kom til uttrykk ved at kun 20 prosent av journalene hadde samsvar mellom disse to. Et partogram som startes før fødselen er i aktiv fase vil intuitivt gi inntrykk av et langt forløp med behov for aktiv intervensjon for å sikre femdrift. Kartleggingen viste dermed en praksis med mulig negativ konsekvens for våre fødekvinne

Ovenforstående resultater er interessante fakta å bringe tilbake til kollegiet. Resultatene legger grunnlag for en konstruktiv debatt omkring både definisjonen av fødselstart og behov for samordnet dokumentasjon. NICE (2007) sin definisjon av fødselstart er entydig og teoretisk bør den derfor være enkel å følge. I praksis er realiteten en annen. En fødsel har mange nyanser og dimensjoner, og dermed ulike problemstillinger som må debatteres. Jordmorgruppen må derfor utarbeide nyanserte løsninger til denne problemstillingen. Slik kan den enkelte situasjon og påfølgende dokumentasjon blir møtt med en bevisst holdning til fødselstart, i tråd med ny kunnskap på området.

- Langsom framgang i fødsel

Tall fra statistikkprogrammet i avdelingens elektroniske journal viste at 29 prosent av våre førstegangsfødende opplevde å bli stimulert med oxytocin i fødselen. Dette var et positivt utgangspunkt, med tanke på at avdelingens stimuleringsfrekvens lå godt i underkant av tall fra medisinsk fødselsregister. Her er det oppgitt en frekvens for stimulering på hele 51 prosent for denne gruppen (Nasjonalt folkehelseinstitutt, 2010). I denne sammenheng var det verdt å merke seg at medisinsk fødselsregister har uttalt en mistanke om underrapportering (ibid), noe som samsvarer med enkeltstudier som rapporterte en stimuleringsfrekvens på hel 70 prosent (Stålhammar & Bostrøm, 2008; Kulseng, Jensen & Vinding, 2003; Blix et.al, 2002). Audit av egne journaler bekreftet dessverre denne mistanken om underrapportering, da reell, samlet stimuleringsfrekvens for åpningstiden og trykktiden viste seg å være på hele 68 prosent.

Målet i alt pasientsikkerhetsarbeid er å redusere uønskede hendelser. Tre sentrale fokusområder er; å redusere feil eller skade ved medisinhåndtering, redusere feil eller forsinket diagnostisering og å redusere feil eller manglende kommunikasjon innad og mellom tjenestenivå i helsetjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011). En stor kvalitativ studie fra USA har sett på samarbeid og kommunikasjon mellom jordmor og lege i fødselsomsorgen, og hvilken betydning dette har for pasientsikkerhet (Simpson, Dotti & Knox, 2006). Forfatterne konkluderte med at mangel på slikt samarbeid utsatte fødekvinnen for utalt risiko for uhensiktmessig eller feil behandling, og relaterer dette spesielt til bruk av fosterovervåkning (CTG) og oxytocin. Data fra egen avdeling viste at lege kun var involvert i åtte prosent av de fødslene der oxytocin ble tatt i bruk. Dette tyder på at jordmor i avdelingen praktiserer autonomt når framgang i fødsel vurderes og behandles, og at denne praksisen kan utgjøre en risiko for våre fødekvinner. Det eksiterer dermed et uttalt behov for å utvikle rutiner som sikrer dialog og samarbeid mellom jordmor og lege, slik at de tre sentrale fokusområdene for pasientsikkerhet som er nevnt innledningsvis blir ivaretatt i fremtiden.

Fødsel er en prosess som skjer i ulike intervaller. Mormunnsutvikling skjer derfor ikke jamnt men i ulike etapper (WHO, 1996). Denne forståelsen ligger til grunn for NICE (2007) sin anbefaling om å vurdere framdrift i fødsel i en to trinns prosess med vaginale undersøkelser i intervaller på fire og to timer. I kontrast har avdelingen en muntlig overlevert rutine der dette bør gjøres innenfor en to-timers intervall. Dette gjør oxytocinstimulering legitimt hvis utvidelse av mormunnsåpning innenfor denne tidsrammen er mindre enn to cm, uavhengig av foregående fremdrift i fødsel. Denne praksisen har sannsynligvis sitt utgangspunkt i en obstetrisk holdning som ble promotert av O'Driscoll (1984) tidlig på 80 – tallet. Det ble da fremmet en praksis der det, uavhengig av mormunnsåpning ved ankomst fødeavdelingen, ble forventet 1 cm utvidelse av mormunn pr time etter innleggelse. Hvis fødselen ikke innfridde disse kriteriene ble dette fulgt opp ved raskt å utføre hinneriving og oxytocinstimulering som to parallelle tiltak. Denne praksisen ble kjent som aktiv håndtering av fødsel, og skulle sikre fødsel innenfor et tidsintervall på åtte timer for å bedre utfall av fødsel for mor og barn (ibid). O'Driscoll (1984) rapporterte at aktiv håndtering av fødsel tjente sin misjon. Dette la grunnlag for en internasjonal fødselsomsorg der det ble anerkjent å ha lav terskel for intervensjon i fødsel (Wei et.al., 2009). Wei et.al (2009) mener denne

praksisen ikke er imøtegått, blant annet ved at det obstetriske fagfeltet ikke har et anerkjent et universelt kriterium for fødselstart og langsom framgang i fødsel (ibid).

Femti kvinner ble stimulert med oxytocin i fødselens åpningstid. I 34 prosent av disse journalene begrunnet jordmor stimuleringen med liten eller ingen framgang i fødsel. Gjennomsnittlig undersøkelsesintervall lå i overkant av to timer. Det var stor variasjon i tidsintervall mellom de to siste utførte undersøkelsene før stimulering. De kvinnene som ble stimulert var i størst utstrekning undersøkt med et intervall på mindre eller lik to timer. Dette er helt i samsvar med resultatene i en metaanalyse utført av NICE (2007). Denne viser at hyppige vaginale undersøkelser resulterer i økt grad av intervensjon i fødselsforløpet. Samtidig viste kartleggingen at 47 prosent av stimuleringen var begrunnet med dårlig riekvalitet. Dette ga seg utslag i stimulering med oxytocin i fødsler der utviklingen i mormunnsåpningen hadde vært upåklagelig mindre enn en time tidligere. Kartleggingen viste en uhensiktmessig og uheldig praksis som utfordrer pasientsikkerheten i vår avdeling. Denne praksisen kan nå korrigeres med tilbakemelding og kyndig implementering av forskningsbasert kunnskap.

Ingen av fødslene i denne auditen innfridde kriteriet for langsom framgang i fødsel. Dette var som forventet siden NICE (2007) sin todelte tilnærming til problemstillingen var ukjent for kollegiet i 2009. Datasamlingen bekreftet at avdelingen har en praksis som følger den norske veilederen i fødselshjelp. Her er behandling av langsom framgang kun definert ved at "... stimulering av rier er aktuelt når kvinnen er i etablert fødsel og det oppstår riesvekkelse" (Den norske legeforening, 2010: kap.30). Dette er også i samsvar med dokumentasjonen i journalene, der årsaken til stimulering med oxytocin hovedsakelig var begrunnet med dårlige, ujamne, avtagende og korte rier.

Dette kapittelet i veilederen ble oppdatert februar 2010. Da den norske veilederen i stor grad ligger til grunn for obstetriske prosedyrer i praksis, er det relevant å tro at norsk fødselsomsorg vil være tjent med en veileder som gir mer spesifikke definisjoner av langsom framgang og tydelige anbefalinger for hvordan denne problemstillingen bør håndteres.

Pasientsikkerhet forutsetter felles forståelse for og kommunikasjon rundt hva som er beste praksis mellom de ansvarlige fagprofesjonene. Avdelingen har behov for bedre rutiner for å sikre at

Veien videre

Evaluering og kvalitetsmåling uten oppfølging med iverksetting av tiltak for endring har ingen verdi og er etisk ikke forsvarlig (Dixon, u.å). Auditprosessen har sine trinn som strukturerte arbeidsgangen i kvalitetsutviklingsprosjektet. Siste trinn er den delen av prosessen der feedback skal fremme implementering av kunnskapsbaserte anbefalinger for praksis. Demings sirkel med trinnene Planlegge -Utføre- Kontrollere-Korrigere kan benyttes som et verktøy for å sikre at også implementeringsarbeidet har struktur og en veldefinert plan.

- Planlegge

I planleggingen gjelder det å bestemme seg for de ulike kunnskapsbaserte tiltak som med størst sannsynlighet vil gi effekt på kollegiets tjenestetiløvelse. Ledelsen bør involveres i denne prosessen, da tilstrekkelige og tydelig rammebetingelser i miljøet er viktige for en vellykket implementering (France et.al, 2008).

Veien videre vil være knyttet til flere faktorer; økt kompetanse og enighet omkring registrering i IMATIS Natus, kartlegging av barrierer hos kollegeit og i ledelsen, gjennomføring av spesifikt valgte tiltak for å fremme felles forståelse og deretter implementering av nye prosedyrer konkret knyttet tilkriteriene blant både jordmor- og legegruppen.

- IMATIS Natus

Audit og feedback gjennomføres med det utgangspunkt å gi forbedring der en gjør klart et behov for det. Det er urealistic å tro at store endringer og tilleggsfunksjoner vil bli gjort i et nasjonalt fødeprogram som følge av en studie som dette. Det vil imidlertid bli formidlet til Helse-Fonna sin representant i IMATIS – Natus hvilke erfaringer jeg har gjort meg ved å gjøre denne kartleggingen av fødejournalene. IMATIS Natus er en moderne elektronisk journal som skal inneholde dokumentasjon av all fødselsomsorg. Produsenten presenterer derfor systemet som et egnet redskap i kvalitetssikring og faglig utvikling og forskning. Denne fødejournalen ble første gang tatt i bruk 2007.

Årlige revisjon av programmet har siden den gang ført til nødvendig endringer og nye funksjoner.

Aktuelle journalgjennomgang gjorde klart at programmet mangler naturlige koblinger mellom ulike funksjoner når det ble brukt til audit med et spesifikt utvalg. Programmet har blant annet ikke hensiktsmessig link mellom statistikkdelen og de journalene den bygger sine tall på. Dette resulterte i et unødvendig tungvint og tidkrevende journalarbeid og utvikling av egne navnelister utfor det IKT- sikrede journalsystemet. IMATIS Natus har egen statistikk for et utvalg likt det som gjelder for denne auditen (; ROBSON 1). En hensiktsmessig forbedring i programmet vil derfor være at ulike utvalg i statistikkdelen har kobling til de journalene som inngår i beregningene. Dette er å anse som et vesentlig innspill til den gruppen som årlig vurderer systemet og foreslår nye brukerfunksjoner. I en senere kvalitetsmålinger vil dette kunne gi et effektivt utgangspunkt når praksis ønsker å evaluere de ulike prosessene som ligger bak tallene.

Audit avslørte videre at jordmødrene har en jobb å gjøre i forhold til å bruke IMATIS Natus hensiktsmessig. Vi må korrigere feil bruk av enkelte funksjoner og samtidig tilegne oss ferdigheter i og vilje til å bruke flere av de mulighetene som ligger i systemet. Dette gjelder blant annet effektiv dokumentasjon av gitt informasjon til og dialog med fødekvinne. Programmet er allerede tilrettelagt for å sikre slik dokumentasjon ved å ha et eget ikon som heter ” Gitt informasjon om”. Aktivering av ikonet sikrer effektiv dokumentasjon og oppsummering av dette. I dag er denne funksjonen ikke i bruk i avdelingen. Det ligger dermed en utfordring i å innarbeide både forståelse for og reell dokumentasjon av den informasjon som blir gitt til fødekvinne i forbindelse med ulike kliniske prosedyrer.

Det er et første delmål å arbeide for forbedring på ett vesentlig punkt; korrekt registrering av oxytocin. Gjennomgangen av journalene avslørte raskt at en enkel detalj i fødeprogrammet var utslagsgivende for manglende registrering. Jordmødrene fører pliktoppfyllende bruk av oxytocin i partogrammet, men i over halvparten av tilfellene overser jordmor et spesifikt vindu som må hakes av for at oxytocinstimulering skal registreres i statistikkprogrammet og deretter oversendes i en oppsummering til Medisinsk fødselsregister. Elektroniske påminnelser (; reminders) har vist seg effektiv i å endre praksis (Francke et.al, 2008). Imatis Natus har allerede ett ”pop-up” vindu, som

minner jordmor på å stadfeste fødselens start i tidsur. En skal være på vakt for å bruke slik påminner i for stor grad, men jeg mener det ville være hensiktsmessig å legge til en slik funksjon relatert til dokumentasjon av oxytocin. Den uttalte underrapporteringen av oxytocinstimulering er et sterkt argument for dette. Pop- up vinduet kunne ha en tekst som spør: ”Er fødselen stimulert med Oxytocin? ”. Positivt svar kan dermed føre til oppsummering av fødsel der det krysses av for gitt medikament.

Helsedirektoratet (2010: IS: 1877) ønsker å pilotteste registrering av kontinuerlig jordmorsomsorg ved utvalgte sykehus. I partogrammet i IMATIS - Natus kan det allerede i dag enkelt og effektiv registreres slik aktivitet, men det må integreres utregning i statistikkprogrammet som viser konkret hvor mye tid jordmor er på fødestuen. Både fødeklinikker, avdelinger og fødestuer bruker denne elektroniske journalen, og disse sykehusene er dermed velegnet for ønsket pilottesting, samtidig som det var en gylden anledning til å implementere denne form kunnskapsbasert fødselsomsorg. Vår avdeling vil være ”første mann ut” og implementere slik registrering høsten 2011.

- Utføre

Resultater fra klinisk audit som indikerer uheldig variasjon i praksis skal følges opp med tiltak som føre til endring (Dixon, u.å). Thomas et.al. (2001) skisserer i sin oversiktartikkel at vanlige tiltak for implementering av retningslinjer innenfor de ulike medisinske profesjoner, er en kombinasjon av skriftlig undervisningsmateriale, reminders, interaktive undervisningsmøter og audit & feedback. Forfatterne fant at en stor variasjon av tiltak vil være effektiv. Godt gjennomførte oversiktsartikler er regnet som beste kilde til kunnskap om hvilke implementeringstiltak som er mest effektive i å fremme slik kvalitetsutvikling i helsetjenesten (Grimshaw et.al, 2003). Ulike oversiktartiklene rapporterer ulike resultater, avhengig av hva som skal implementeres, yrkesgrupper som skal berøres og om det er fokus på prosessresultater eller utfall av behandling for pasienten (Grol & Wensing, 2004). Dette er hensyn som må tas når ulike tilnæringsmåter skal velges og tiltak iverksettes.

Underveis i auditprosessen er det gjort enkelt tiltak. Prosjektet ble tidlig presentert for kollegiet for å gjøre audit som metode kjent for personalet og dermed ufarliggjøre opplevelsen av å bli kontrollert (NICE; 2002: Ammentorp & Rørmann, 2008). I

etterkant ble link tilretningslinjen distribuert e- mail til samtlige jordmødre og leger. Et eget filvedlegg med flytdiagram for langsom framgang ble inkludert. Retningslinjen og kriteriene ble allerede på forsommeren 2010 distribuert e- mail til samtlige jordmødre og leger. Det samme ble gjort med anbefalingen som lå til grunn for de enkelte kriteriene. Flytdiagrammet og kriterier ble også lagt i papirformat i den enkelte jordmors posthylle, fordi det er kjent av flere av kollegiet ikke går inn og sjekker sine e- mail. Disse tiltakene ble gjort fordi distribusjon av undervisningsmateriale, skriftlig informasjon i papirformat eller elektronisk, har vist seg å ha positiv effekt på forståelsen for kliniske prosesser, men innvirker ikke direkte på pasientrettet praksis (Farmer et.al, 2008). Likevel vurderer forfatterne tiltaket som verdt innsatsen, spesielt når det er ledd i en større tiltakspakke

Gjennom kjennskap til avdelingen som fagutviklingsjordmor og et tidligere gjennomført endringsprosjekt har jeg gjort meg kjent med ulike holdninger og barrierer i kollegiet når ny kunnskap skal implementeres, og ulike tiltak som var effektive i å imøtekomme disse. En kjent og markant barriere hos helsepersonale i endringsprosesser der retningslinjer skal implementeres er mangel på kjennskap til og enighet om innholdet i denne (France et.al, 2008). Dette erkjenner også jordmorgruppen hos oss. Fra tidligere har avdelingen derfor god erfaring med distribusjon av undervisningsmateriale på e- mail og papirformat i forkant av interaktiv undervisning for å gjøre forskningsbasert kunnskap forståelig og overførbar til egen praksis (Farmer et. al, 2008). Det kan også fremme involvering og engasjement når personalet møtes i både formelle og uformelle settinger.

”The Barrier Scale” har avdekket at manglende språkferdigheter er en barriere mot kunnskapsbasert praksis blant sykepleiere (Straus, Tetroe & Graham, 2009). Denne barrieren er også en uttalt realitet i vår avdeling. For å lette opptaket av den kunnskapen kriterier bygger på, vil samtlige kriterier bli skrevet inn i avdelingens prosedyrer og flytdiagrammet vil bli distribuert på norsk før den planlagte temadagen høsten 2011.

Undervisning alene har vist seg å ha liten effekt på å endre praksis, men i kombinasjon med andre tiltak har det vist seg å gi positiv utfall for pasientene (Forsetlund et.al (2009). Sykepleiere og jordmødre har vist å endre sin adferd i praksis når retningslinjer er implementert ved bruk av interaktive undervisningsmøter (Thomas et.al, 1999). Vår

avdeling har også fra tidligere positiv erfaring med tverrfaglig temadag der en ny retningslinje ble gjort kjent ved hjelp av ulike undervisningsformer og aktiv dialog/samspill. Den planlagte temadagen vil bli ledet av meg, og vil inkludere aktiv bruk av verktøy som brainstorming og fiskebeinsdiagram for å avklare motstand og antatte hindringer for implementering av aktuelle kriterier (www.kunnskapssenteret.no). En tverrfaglig setting vil også kunne legge til rett for en felles forståelse og samarbeid mellom lege og jordmor.

Audit skal ikke utføres i isolasjon men være inkluderende og åpen (Ammentorp & Rørmann, 2008), samtidig som engasjement fra utvalgte kolleger er regnet som én av flere suksessfaktor ved implementering av en retningslinje (Francke et.al, 2008). Gjennom auditprosessen har jeg derfor knyttet til meg støttespillere, som både i for - og etterkant av temadagen vil fungere som kunnskapsaktivister. Disse skal fungere som aktive promotører for den nye kunnskapen ved å engasjere til uformelle diskusjoner i avdelingen, og senere å være veiledere i praktiske situasjoner der langsom framgang mistenkes og oxytocin vurderes tatt i bruk. Kunnskapsaktivistene er kolleger som ved sin faglige kompetanse og væremåte er vel ansett i kollegiet (Krogh, Ichijo & Nonaka, 2001), og som dermed vil ha positiv innflytelse på innstilling til og reell utførelse av framsatte endringer for praksis (Costello, 2003; Clarke, Bowcock & Gales 2007; Sprague et.al, 2008).

Temadagen er planlagt som starttidspunkt for å ta de nye prosedyrene i bruk. Flytdiagrammet for langsom framgang vil bli laminert og lagt på våre fødestuer. Slik vil de kunne fungere som "sjekkliste" og dermed gjøre jordmor tryggere i sine vurderinger. Andre tiltak vil bli vurdert og utarbeidet sammen med kunnskapsaktivistene.

- Kontrollere og korrigere

Feedback er mest effektiv i å endre praksis når den blir gitt i en intensiver form, og gjerne i kombinasjon med andre tiltak gitt både til enkeltpersoner og grupper. (Flottorp et.al, 2010). Intensiviteten beskrives av hvor ofte personalet får tilbakemelding om egen praksis. I dette prosjektet er det planlagt formell tilbakemelding til jordmødrene månedlig første året, hvilket beskrives som moderat intensivitet både relatert til hvor ofte det vil bli gitt og over hvor lang tidsperiode (ibid:24). Innholdet i tilbakemeldingen vil inkludere andel journaler som har innfridd de ulike kriteriene foregående måned,

hvilket vil være overkommelig, fordi dette kun vil utgjøre mellom ti til femten journaler. Feedback vil også som ledd i pågående læring inkludere gjennomgang av partogram/ kurver i enkeltstående fødsler, der jordmorgruppen kan diskutere i hvilken grad fødselsforløpet var tilfredsstillende fulgt opp med tiltak og dokumentasjon. Over tid vil de resultatene som blir avdekket være ulike, fordi det alltid vil være variasjoner i praksis som vil påvirke tall for både prosess og utfall. Trolig vil det å følge med på og evaluere egen praksis gi kollegiet en forståelse for disse variasjonene. Denne forståelsen vil sannsynligvis gi et veldig godt grunnlag for å drive kontinuerlig forbedringsarbeid.

Audit brakte rede for at flere av fødslene i 2009 ble stimulert på ugyldig indikasjon når de ble satt i relasjon til kriteriet for langsom framgang. Gjennomgang med auditverktøy gjorde derimot ikke klart hvor stor andel kvinner som fikk oxytocin grunnet reell langsom framgang. En slik vurdering ville kreve et utvidet auditverktøy og datamateriale, og helst også en tverrfaglig gjennomgang for å få valide svar. Klinisk praksis er kompleks. Klinisk skjønn vil derfor alltid være et viktig del av en kunnskapsbasert jordmorsomsorg. En kunnskapsbasert jordmorpraksis vil alltid måtte kombinere relevant forskningsbasert kunnskap med den individuelle kvinnes utgangspunkt og situasjon. Dette gir kvalitative data, og disse er vanskelige å finne i journalene. I denne omgang er dette også utenfor det denne auditen har som intensjon å kvalitetsmåle. Det er derimot ikke uvanlig at en audit med eksplisitte kriterier også vurderes i henhold til implisitte kriterier, da dette regnes som komplementære metoder (Blomhøj & Mainz, 2000). I en re-audit med flere medarbeidere, ville det derfor vært ønskelig å ha auditmøter med gjennomgang av samtlige journaler der oxytocin ble brukt. Implisitte kriterier ville da kunne gi et bilde på om fødselsomsorgen var tilfredsstillende eller ikke tilfredsstillende utført.

Eget utbytte

Erfaring som jordmor i atten år og ny kunnskap fra forskningsbasert litteratur har ført til en erkjennelse; Langsom framgang i fødsel hos førstegangsfødende er en stor utfordring for fremtidens fødselsomsorg. Denne erkjennelsen gjorde forberedelsene til audit til en ensom prosess der jeg kjente på et faglig ansvar jeg gjerne skulle delt med flere.

Underveis i prosessen opplevde jeg ved flere anledninger et uttalt behov for et formelt tverrfaglig samarbeid der engasjement og ansvar for prosjektets problemstilling var likt

fordelt. Spesielt hadde dette vært ønskelig i forhold til gjennomgang av aktuelle retningslinje og de oversiktsartiklene som ligger til grunn for satte kriterier og kvalitetsmålingen av egen praksis. Derfor verdsette jeg høyt gode innspill og nyttig deltagelse fra jordmorkolleger, og tverrfaglig innspill gjennom seksjonsoverlegens interesse for prosjektet.

6.0 KONKLUSJON

Jordmødre i Norge er tradisjonelt en stolt og ærekjær yrkesgruppe som alltid har ønsket det beste for mor og barn. I internasjonal målestokk holder da også norsk fødselsomsorg høy kvalitet. Omsorg av høy kvalitet tilsier tjenester som er trygge og sikre fordi de utøves i samsvar med dagens nye, profesjonelle kunnskap. Det betyr kunnskap som er vitenskapelig dokumentert, systematisk samlet inn og kritisk vurderer for å veilede beslutningstaking i klinisk praksis.

Det er viktig å være sunt kritisk til eget system og overvåken for mulige problemområder. Når det mistenkes et kvalitetsproblem innen eget fagområde har jordmødrene selv ansvar for å utvikle profesjonelle, kunnskapsbasert standard som sikrer at fødekvinnen mottar beste mulig omsorg. I den hensikt har jeg i dette prosjektet gjennomført fire av fem trinn i en auditprosess, og kartlagt intern jordmorpraksis i åpningstiden til lavrisiko førstegangsfødende. Datainnsamling fra elektronisk journal opp mot fire kunnskapsbaserte prosesskriterier, var effektiv i å tegne et bilde av her og nå situasjonen i avdelingen.

Kartleggingen viste behov for økt fokus på pasientsikkerhet i vår avdeling. Dette viste seg ved at standard ikke ble møtt for noen av kriteriene. Fokus må settes på forskningsbaserte anbefalinger for diagnostisering av fødselstart og langsom framgang, og dermed riktig ordinerer av et høypotent medikament. Det må også vektlegges å utvikle rutiner for tverrfaglig kommunikasjon og samarbeid mellom jordmor og lege, for å sikre en felles forståelse for denne utfordrende og problemstillingen i fødselsomsorgen.

Audit av intern jordmorpraksis gjorde klart at det eksisterer et gap mellom det forskning sier er beste praksis og den fødselsomsorg kvinnen mottar. Fakta slutter ikke å eksistere hvis de overses. Resultatene må derfor presenteres for kollegiet i strukturerte tilbakemeldinger, og hvert enkelt kvalitetsmål må søkes implementert ved velfundert tiltak som legger til rette for *økt fokus på* og *målrettet handling for* både å yte omsorg basert på forskningsbasert kunnskap og finne løsninger for valid dokumentasjon av en slik praksis.

7.0 REFERANSELISTE

- ABC of AUDIT(u.å), [Internett] Tilgjengelig fra;< <http://www.gp-training.net/training/tutorials/management/audit/audabc.htm> > [Lastet ned 1.4.2011].
- Ammentorp, J. & Rørmann, D.(2008) *Audit i sundhetsvæsentet. En håndbok om metoden og dens anvendelse i klinisk praksis*. Books on demand, GmbH, København, Danmark
- Alfirevic, Z. Devane. & Gyte, G.M.L (2006) Continuous cardiotocography (CTG) as a form of electronic fetal monitoring (EFM) for fetal assessment during labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 3*.
- Bergsjø, P. Bakketeig, L.S. Langhoff-Roos, J. (2003), The development of perinatal audit: 20 years experience. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 82, s.780-788
- Blanch, G. Lavender T, Walkinshaw, S. & Alfirevic, Z (1998) Dysfunctional labour: a randomised trial. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*,105, s.117-120.
- Blix, E. Pettersen, S. Eriksen, H. Pedersen, EH & Øian, P.(2002) Bruk av oksytocin som riestimulerende middel etter spontan fødselstart. *Tidsskrift for Den norske legeforening*,
122 (14) s.1359-62
- Blomhøj, G. & Mainz, J. (2000) Audit – en metode til kvalitetsutvikling af klinisk praksis. Ugeskrift for Læger. Klaringsrapport. [Internett]. Tilgjengelig fra:
<http://www.ugeskriftet.dk/pls/portal/docs/PAGE/LAEGERDK/UGESKRIFT_FOR_LAEGER/KLINISKE_VAERKTOEJER/KLARINGSRAPPORTER/AUDIT.PDF
>[Nedlastet april 2010]
- Brain, J. & Bywaters, M.J. (u.å) *Clinical Audit programme Guidance Tools*. Sheffield teaching Hospitals NHS Foundation Trust.[Internet] Tilgjengelig fra:
<<http://www.hqip.org.uk/assets/Downloads/Clinical-Audit-Program-Guide-and-Guidance-Tools.pdf> > [Nedlastet 01.februar 2010]
- Boge, J. & Martinsen, K.(2004), Uro kring evidens. *Sykepleien*, 38 (19)s.64-65
- Busch, T. Johnsen, E. Valstad, S. J. & Vanebo, J. O. (2007) *Endringsledelse i et strategisk perspektiv*, Oslo, Universitetsforlaget
- Cammu, H. & Eeckhout, E. (1996) A randomised controlled trial of early versus delayed use of amniotomy and oxytocin infusion in nulliparous labours. *Obstetrics and Gynecology*,
88 (8) s.335-359
- 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

- Chaillet, N.& Dumont, A (2007) Evidence-based strategies for reducing caesarean section rates: a meta-analysis. *Birth*, 34 (1): 53-64.
- Clarke, P. Bowcock, M. Gales, P. (2007) Development of an Integrated Care pathway for Natural Birth. Intrapartum Care Focus. *British Journal of Midwifery* 15 (1) s.12-15
- Cluett, E.R. & Burns, E. (2009), Immersion in water in labour and birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews 2009, Issue 2*.
- Costello, J. Munro, J.(2003) An audit of the NICE guidelines for the use of electronic fetal monitoring in labour. *MIDIRS, Midwifery Digest*, 13 (1) March, s.66-68
- Den norske jordmorforening (u.å.-a). *Definisjon av jordmor* [Internett], Tilgjengelig fra: <<http://www.jordmorforeningen.no/jm/Fag-og-forskning/Definisjon-av-jordmor2>> [Lastet ned 30.5 2010]
- Den norske jordmorforening (u.å.-b) *Etiske retningslinjer* [Internett] Tilgjengelig fra: <<http://www.jordmorforeningen.no/jm/Fag-og-forskning/Etiske-retningslinjer>> [Lastet ned 30.5.2010]
- Den norske legeforening (2010) *Veileder i fødselshjelp 2008* [Internet], Tilgjengelig fra: <<http://www.legeforeningen.no/id/148125>> [Nedlastet 3.3.11]
- DiCenso, A. Guyatt, G. & Cilisca, D.(2005), *Evidence-based nursing: a guide to clinical practice*. St. Louis, Elsevier Mosby.
- Dixon, N.(u.å) *Healthcare Quality Improvement Partnership. Review of Ethics Issues related to Clinical Audit and Quality Improvement Activities* [Internet]. Tilgjengelig fra: <<http://www.hqip.org.uk/ethics-and-clinical-audit-and-quality-improvement> >[Lastet ned 30.4.10]
- Farmer, A.P. Légaré, F. Turcot, L. Grimshaw, J. Harvey, E. McGowan, J.L. & Wolf, F. (2008) Printed educational materials: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews 2008, Issue 3*.
- Fancke, A.L. Smit, M.C. de Veer, A. Mistiaen, P. (2008) Factors influencing the implementation of clinical guidelines for health care professional: A systematic meta-review. *Bio Med Central, Medical Informatics and Decision Making* 8 (38) [Internett] Tilgjengelig fra < <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6947-8-38.pdf>> [Lastet ned 1.5.11]
- Folkehelseinstituttet (2007). Nyhetsbrev. Kvalitetsindikatorer i fødselshjelpen [Internett] Tilgjengelig fra: <http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=Area_5626&MainArea_5661=5619:0:15,4323:1:0:0:::0:0&MainLeft_5619=5626:66484::1:5625:1:::0:0&Area_5626=5544:66605::1:5628:3:::0:0> [Lastet ned 1.5.11]
- Flottorp, S.A. Jamtvedt, G. Gibis, B. McKee, M. (2010), *Using Audit and feedback to health professionals to improve the quality and safety of health care*. Health Evidence Network, Policy summary 3 [Internett] Tilgjengelig fra: <<http://www.euro.who.int/en/what-we-do/data-and-evidence/health-evidence-network->

hen/publications/joint-policy-briefs-and-policy-summaries/published-for-the-belgian-european-union-presidency-ministerial-conference-on-the-european-health-workforce/using-audit-and-feedback-to-health-professionals-to-improve-the-quality-and-safety-of-health-care> [Lastet ned 14.februar 2011]

Forsetlund, L. Bjørndal, A. Rashidian, A. Jamtvedt, G. O'Brien, M. A. Wolf, F. Davis, D. Odgaard-Jensen, J. & Oxman, A.D. Continuing education meetings and workshops: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009, Issue 2.

Graverholt, B. & Tuntland, H.(2008) Arbeidsformer som implementerer kunnskapsbasert praksis, *Ergoterapeuten*, 1 (51) s.54-9.

Greenhalgh, T. Robert, G. Bate, G. Kyriakidou, O. MacFarlane, F. & Peacock, R. (2004). *How to Spread Good Ideas, A systematic review of the literature on diffusion dissemination and sustainability of innovations in health service and delivery and organisation*. Report for the National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery And Organisation R & D (NCCSDO),[Internett] Tilgjengelig fra:<<http://www.sdo.nihr.ac.uk/files/project/38-final-report.pdf>> [Lastet ned 1.4.11]

Grol, R. & Wensing, M. (2004), What drives change, Barriers to and incentives for achieving evidence-based practice. *Medical Journal of Australia*, 180, s. 67-60

Griffiths, L. Hutchings, W. (1999). The wider implications of an audit of care plan documentation. *Journal of Clinical Nursing*, (8) s.57-67

Hakkennes, S. & Dodd, K.(2008) Guideline implementation in allied health professions: a systematic review of the literature (2008), *Qual Saf Health Care*, 17: 296-300

Helsedirektoratet (2004). *Hvordan holde orden i eget hus. Internkontroll i sosial – og helsetjenesten, Veileder, IS - 1183*. [Internett] Tilgjengelig fra:<http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00001/Internkontroll_i_sosi_1061a.pdf>[Lastet ned 27.4.2011]

Helsedirektoratet (2006). *Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial og helsetjenesten. Følge med og evaluere...* Arbeidsgruppe 5 [Internett]. Tilgjengelig fra:<http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00063/Rapport_-_F_lge_med__63229a.pdf> (Lastet ned 08.11.10)

Helsedirektoratet (2010). Rapport. *Et trygt fødselstilbud. Forslag til kvalitetskrav for fødeinstitusjoner*. IS-1803 [Internett]. Tilgjengelig fra:<http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00287/Et_trygt_f_detilbud_287039a.pdf> [Lastet ned 3.mars 2011]

Helsedirektoratet (2010). Veileder. *Et trygt fødetilbud. Kvalitetskrav til fødeinstitusjoner*. IS-1877 [Internett]. Tilgjengelig fra:<http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00316/Et_trygt_f_detilbud_316979a.pdf> [Laste ned 3.3.11]

Helsedirektoratet (2010) *Utviklingsstrategi for jordmøtjenesten. Tjenestestrategi og kapasitet*. Rapport. IS-1815. [Interne] Tilgjengelig fra: <http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00290/Utviklingsstrategi__290259a.PDF> [Lastet ned 1.5.11]

Helse- og omsorgsdepartementet (2011). *Fremtidens helsetjeneste. Trygghet for alle. Nasjonal helse- og omsorgsplan, 2011-2015*. [Internett] Tilgjengelig fra: <<https://fremtidenshelsetjeneste.regjeringen.no/>> [Lastet ned 22.3.11]

Helse – og omsorgsdepartement (2011), *Nasjonal helse – og omsorgsplan 2011-2015, Meld. St. 16 (2010-2011)* [Internett] tilgjengelig fra <<http://www.regjeringen.no/pages/16251882/PDFS/STM201020110016000DDDPDFS.pdf>> [Lastet ned 10.4.2011]

Health Evidence Network (HEN), (2011) *Using audit and feedback to health professionals to improve the quality and safety of healthcare*. [Internett] Tilgjengelig fra: <<http://www.euro.who.int/en/what-we-do/data-and-evidence/health-evidence-network-hen/publications/joint-policy-briefs-and-policy-summaries/published-for-the-belgian-european-union-presidency-ministerial-conference-on-the-european-health-workforce/using-audit-and-feedback-to-health-professionals-to-improve-the-quality-and-safety-of-health-care>> [Lastet ned 14.2.2011]

Hodnett, E.D. Gates, S. Hofmeyr, G.J. Sakala, C. & Weston, J. (2011) Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews 2011, Issue 2*.

Hofstad, E. (2008), Frykter gammeldags praksis. *Sykepleien*, 96 (9) s.65-66

Institute for Safe Medication Practices (2008) ISMP's List of High-Alert Medications. [Internet] <<http://www.ismp.org/Tools/highalertmedications.pdf>> [Lastet ned 05.november 2010]

Jamtvedt, G. Young, J.M. Kristoffersen, D.T. O'Brien, M.A. & Oxman, A.D. Audit and feedback: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 2..*

Johnston, G. Crombie, I. K. Davies, H. T. Alder, E. M. & Millard, A (2000) Reviewing audit: barriers and facilitating factors for effective clinical audit. *Quality in Health Care*, 9(1) s.23-36

King, J.F. (2005), A short history of evidence-based obstetric care. *Clinical Obstetric & Gynaecology*, 19(1) February, s.3-14

Kjærgård, J. Mainz, J. Jørgensen, T & Willaing, I (2008), *Kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet- en lærebog*, Munksgaard Danmark, København

Kongnyuy, E.J. & Uthman, O.A (2009) Use of criterion-based clinical audit to improve the quality of obstetric care: a systematic review. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 88 (8) s.873-881

Krogh, G. V., Ichijo, K. & Nonaka, I. (2001) *Slik skapes kunnskap: hvordan frigjøre taus kunnskap og inspirere til nytenkning i organisasjoner*, Oslo, NKS forlag.

Kulseng, A.P. Jensen, I. & Vinding, U. B. (2003). Oxytocin brukt som riestimulerende middel under fødsel til friske gravide ved termin. *Vård i Norden*, 23 (2) s.22-25

Kunnskapssenteret (2010), *Commonwealth Fund-undersøkelsen 2010: Resultater fra en komparativ befolkningsundersøkelse i 11 land*. Rapport fra kunnskapssenteret nr 21-2010 .[Internett] Tilgjengelig fra:

<<http://www.kunnskapssenteret.no/Publikasjoner/Commonwealth+Fund-unders%C3%B8kelsen+2010%3A+Resultater+fra+en+komparativ+befolkningsunders%C3%B8kelse+i+11+land.10688.cms>> [Lastet ned 1.5.11]

Kunnskapssenteret(u.å) Sjekkliste for vurdering av oversiktartikler [Internett]

Tilgjengelig fra:<http://www.kunnskapssenteret.no/Verkt%C3%B8y/2031.cms> > [Lastet ned 1.4.11]

Mainz, J (2009) Audit- en metode til kvalitetsudvikling af klinisk praksis. [internett]

Tilgjengelig fra:< http://www.dsks.dk/filer/aarsmoede_2009/workshop4_jan_mainz.pdf > [Lastet ned 8.2.11]

Mitton, C. Adair, C. E. Mc Kenzie, E. Patten, S. B. P. & Wayne, B. (2007) Knowledge transfer and exchange: review and synthesis of the literature, *Milbank Quarterly* 85 (4) s.729-768.

Martinsen, K.(2008) Evidensialismen - en totalitær ideologi. *Sykepleien*, 96 (9) s.64-65

Nasjonalt folkehelseinstitutt. Divisjon for epidemiologi (2010) *Årstabeller for Medisinsk fødselsregister 2008. Fødsler i Norge* [Internett]. Tilgjengelig fra:< <http://www.fhi.no/dokumenter/b05ede8c59.pdf> > [Lastet ned 3.3.11]

National Institute for Clinical Excellence (2002) *Principles for Best practice in Clinical Audit* [Internet]. Tilgjengelig fra:

<http://www.nice.org.uk/usingguidance/implementationtools/auditadvice/audit_advice.jsp > [Lastet 3.3 10]

National Institute for Health and Clinical Excellence (2007),*Audit Criteria. Intrapartum Care. Implementation Tools*. NICE clinical guideline 55- Intrapartum care [Internett].

Tilgjengelig fra: <<http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG55AuditCriteria.doc> > [Lastet ned 1. 4. 10]

National Institute for Health and Clinical Excellence (2007).*Intrapartum care; Care of the healthy women and their babies during childbirth. NICE clinical guideline 55*

[Internet] Tilgjengelig fra: <

<http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/IPCNICEGuidance.pdf#60> > [Nedlastet 30.1.10]

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS (NSD) (Copyright 2011),

Personvernombudet for forskning. ([Internett]. Tilgjengelig fra:

< http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/begreper.html >[Lastet ned 26.5.10]

- Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B. & Reinart, L. M (2007) *Å arbeide og undervise kunnskapsbasert: en arbeidsbok for sykepleiere*, Oslo, Norsk sykepleierforbund.
- O'Driscoll, K. Foley, M. & MacDonald, D. (1984), Active management of labour as an alternative to caesarean section for dystocia, *Obstetrics & Gynaecology* 63 (4) s.485-490
- Olds, SB. London, M. & Ladewig, P.W (1992) *Maternal newborn Nursing*, Addison-Wesley-Nursing- The Benjamin/ Cumming Publishing Company Inc, California, USA
- Patel, S. (2010), Achieving quality assurance through clinical audit. *Nursing management*, 17 (3) June, s. 28-34
- Pattison, RC. Howart, GR. Mdluli, W. MacDonald, AP. & Funk, M. (2003). "Aggressive or expectant management of labour: a randomized clinical trial". *BJOG: an International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, (110) May, s.457-461
- Plsek, P.E (1999), Quality improvement method in clinical medicine. *Pediatrics*, 103:203-214
- Rygh, L. H. Helgeland, J. Braut, G. S. Bukholm, G. Fredheim, N. Frich, J. C. Halvorsen, M. Kittelsen, S.A.C. Magnus, T. Nguyen, K. N. Thesen, J. Tjomsland, O. Forslag til rammeverk for et nasjonalt kvalitetsindikatorsystem for helsetjenesten. *Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten*. Rapport nr.16-2010[Internett] Tilgjengelig fra.
<<http://www.kunnskapssenteret.no/Publikasjoner/Forslag+til+rammeverk+for+et+nasjonalt+kvalitetsindikatorsystem+for+helsetjenesten.9833.cms> >[Lastet ned 25.4.11]
- Sackett; D. Rosenberg, W.M.C. Gray, M.J.A. Haynes. R.B. Richardson, W.S (1996). Evidence based medicine: what it is and what it isn't. Editorial, *British medical Journal*, *BMJ*, 312(7023): January,s.71
- Sandin-Bojo 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) September, s.207-217.
- Selin, E. Almstrøm, E. Wallin, G & Berg, M (2009) Use and abuse of oxytocin for augmentation of labor, *Acta Obstetrica Gynecologica Scandinavica* 88(12) December, s.1352-1357
- Simpson, K.R. & Knox, E (2009),Oxytocin as a high-alert medication; Implications for Perinatal Patient Safety, *British Nursing Index* 34 (1) January / February, s.8-15.
- Simpson, K.R. James, D.C &Knox, G.E. (2006), Nurse-Physician Communication During Labor and Birth: Implications for Patient Safety, *JOGGN: Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing* 35 (4) January, s.547-556

Smyth, R.M.D. Allred, S.K. Markham, C. (2007) Amniotomy for shortening spontaneous labour [Internett] *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 4.

Sosial - og helsedirektoratet (2004). Hvordan holde orden i eget hus. IS-1183 [Internett] Tilgjengelig fra: <http://www.ogbedreskaldetbli.no/237/IS-1183_1061a.pdf> [Lastet ned 1.2.11]

Sosial - og helsedirektoratet (2005), ... Og bedre skal det bli. Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial – og helsetjenesten. Veileder, IS-1162, [Internett] Tilgjengelig fra: <http://www.ogbedreskaldetbli.no/237/IS-1162_4390a.pdf> [Lastet ned 01.4.11]

Sosial- og helsedirektoratet (2006), Rapport; ... Og bedre skal det bli! Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial og helsetjenesten., innsatsområdet Styrke brukeren. Arbeidsgruppens anbefalinger til delmål og tiltak. [Internett] Tilgjengelig fra: <http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00063/Rapport_-_styrke_bru_63439a.pdf> [Laste ned 2.5.2011]

Sosial – og helsedirektoratet (2006), Rapport; ... Og bedre skal det bli! Styrke forbedringskunnskapens plass i sosial – og helsefaglige utdanninger. Arbeidsgruppens anbefalinger til delmål og tiltak., [Internett] Tigjengelig fra <http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00063/Rapport_-_styrke_for_63209a.pdf> [Lastet ned 1.4.11]

Sprague, A.E. Oppenheim, L. McCabe, L. Graham, I.D. Davies B.L. (2008), Knowledge to action; implementing a Guideline for Second Stage Labor. *Clinical Evidence* 33 (3), May/ June: 179-186

Statens Helsetilsyn (2002). *Retningslinjer for retningslinjer. Prosesser og metoder for implementering av faglige retningslinjer*. IK 2653. IS-2653 (revidert utgave 2002) [Internett] Tilgjengelig fra: <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonale_faglige_retningslinjer/retningslinjer_for_retningslinjer_2912> [Lastet ned 26.5.10]

Straus, S.E. McAlister, F.A (2000), Evidence- based medicine: a commentary on common criticism. *Canadian Medical Journal, CMAJ*, 2000, October, 163 (7) s.837-840

Straus, S. E., Tetroe, J. & Graham, I. D red. (2009), *Knowledge translation in health care: moving from evidence to practice*, Chichester, Wiley-Blackwell.

Stålhammar, A. & Boström, B (2008), Policies for labour management, -existence and content, *Scandinavian Journal of Caring Science*, 2008, Jun; 22(2) s. 259-64.

The AGREE Collaboration/ Sosial- og helsedirektoratet (2003), Evaluering av faglige retningslinjer. AGREE Instrumentet, Appraisal of Guidelines Research & Evaluation. [Internett] Tilgjengelig fra: <<http://www.agreecollaboration.org/pdf/no.pdf>> [Lastet ned 9.2.11]

The Cochrane Collaboration (u.å), The Cochrane Logo. [Internett] Tilgjengelig fra: <<http://www.cochrane.org/about-us/history/our-logo>>, [Lastet ned 26.4.11]

Wei, S. Wo, B.L. Xu, H. Luo, Z.C. Roy, C. Fraser, W.D (2009). Early amniotomy and early oxytocin for prevention of or therapy for, delay in first stage spontaneous labour compared with routine care. *Cochrane Database of Systematic Reviews 2009*

World Health Organization (1996). *Safe Motherhood. Care in Normal Birth: a practical guide*. Maternal Health and Safe Motherhood Programme, Division of Family Health, Geneva [Internet] Tilgjengelig fra < WHO 1996 Care in normal birth (pdf-fil) > [Lastet ned 1.1.10]

8.0:VEDLEGG Vedlegg I: Godkjenning fra NSD

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: 02.11.2010

Vår ref:25130 / 3 / KH

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 29.09.2010. All nødvendig informasjon om prosjektet forelå i sin helhet 29.10.2010. Meldingen gjelder prosjektet:

25130	<i>Jordmorfaglig audit av fødselsomsorgen til lavrisiko førstegangsfødende</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Høgskolen i Bergen, ved institusjonens øverste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Birgitte Graverholt</i>
Student	<i>Solveig Elisabeth Nøking</i>

Etter gjennomgang av opplysninger gitt i meldeskjemaet og øvrig dokumentasjon, finner vi at prosjektet ikke medfører meldeplikt eller konsesjonsplikt etter personopplysningslovens §§ 31 og 33.

Dersom prosjektopplegget endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for vår vurdering, skal prosjektet meldes på nytt. Endringsmeldinger gis via: et eget skjema, http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/skjema.html.

Vedlagt følger vår begrunnelse for hvorfor prosjektet ikke er meldepliktig.

Vennlig hilsen

Vigdis Namtvedt Kvalheim


Kjersti Håvardstun

Kontaktperson: Kjersti Håvardstun tlf: 55 58 29 53
Vedlegg: Prosjektvurdering
Kopi: Solveig Elisabeth Nøking, Hystadbakkjen 63, 5416 STORD

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. kyrre.svarva@svt.ntnu.no
TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@svt.uit.no

Vedlegg II - Auditverktøy

Kriteria nr	Kriteria	Auditnr:	Ja	Nei	?	NICE Guideline ref.
1. Sprsm: 1 Datakilde: Journalnotat, Kurve Partogram	Jordmoromsorg					Kap 4
	En-til – en jordmoromsorg					
	Kontinuerlig jordmoromsorg					
2. Sprsm: 1 Datakilde Kurve Journalnotat	Bruk av badekar i åpningstiden					Kap.5
	Dokumentert i journalnotat at kvinnen er informert om og tilbudt bruk av badekar som smertelindring i åpningstiden?					
	Kvinnen har benyttet badekar? Siste målte mormunnsåpning ved start varmt bad cm					
3. Sprsm:2 Datakilde: Partogram Tidsur	Fødselens start, defineres med mm 4 cm og regelmessige, smertefull rier					Kap.7
	Partogrammet er startet ved oppfylte kriterier?					
	Jordmor har definert fødselstart med ” tidsur ” ved oppfylte kriterier?					
4. Sprsm: 2 Datakilde: Journalnotat Kurve Partogram	Langsom framgang i fødselens åpningstid					Kap. 14 Flytdiagram: Langsom framgang i åpningstiden s.40
	Oxytocin stimulert? (sett ring rundt aktuelle fase) Fase 1-åpningstiden Fase 2- trykktiden					
	Er oxytocinstimulering haket av i oppsummeringen?					
	Spontan vannavg / hinnerivning før stimulering?					
	Jordmor begrunner årsak til at oxytocindrypp henges opp i journalnotat? Jordmors begrunnelse:					
	Er det dokumentert kontakt med lege i journal i forbindelse med oppstart oxytocindrypp??					
	Ved stimulering er mormunncm Antall timer mellom de to siste vag.us når oxytocindrypp startestimer.....min Forandring i mormunn mellom de to vag.us.=cm					
	Oppfylles kriteriet for langsom framgang?					

Vedlegg III – Oppsummering fra auditverktøy

Auditnr:	En-til-en	Badekar Latens-fase	Badekar Åpnings-tid	Partogram startet ≥ 4 cm	Tidsur startet ≥ 4 cm	Oxytocin stimulering	VA/ IH	Oxytocin Fase 1	Oxytocin Fase 2	Proto-kollert	Jord-mor notat	Lege
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												
SUM												

Vedlegg IV - Oppsummering fra auditverktøy

Auditnr	Krit 3 innfridd	Fase1	Fase2	Kontakt med lege	Jordmornotat	Mormunn ved siste us før stim.	Vag.us <1 t	Vag us 1-2 t	Vag.us 2-3	Vag .us 3-4t	Mormunn ved stim.
7	ja	x-		nei	Riene er dårlige	9cm					? ikke reg
12	nei		x	nei	Korte rier						10
13	ja		x	nei	Lengre tid mellom Riene. Korte rier						10
16	nei	x		ja	Ingen framgong	5cm	x				6cm
17	nei	x		nei	Avtagende rier	4cm				x	9cm
18	ja	x		ja	Uforandret funn etter fire timer	4cm				x	4cm Hele hinner
21	nei		x		Riesvekkelse						
29	ja	x		nei	Ikke sluttrotert barn. Kant fortil, bradycard fosterlyd	5cm			x		6cm
31	ja	x		nei	Avtagende rier	4	x				5cm
37	nei	x		nei	Avtagende og korte rier	5			x		6cm
40	Ja (10 cm)		x	nei	Asynklitisk innst.						10
52	Ja	x		nei	Samme funn etter en time	8		x			9cm
54	ja		x	nei	Hodet står høyt						10
57	nei		x	nei	Langsom framgang Sliten mor						10
61	nei	x		nei	Mindre rier	5		x			9
62	nei	x		nei	Gir bolus og starter drypp	5	x				6
64	ja	x		nei	Det stoppa litt opp, Langsom framgang	9		x			9
65	nei		x	nei	Riene avtatt.						10