



Høgskulen på Vestlandet

Masteroppgave

MAKP601

Predefinert informasjon

Startdato:	24-10-2018 12:00	Termin:	2018 HØST
Sluttdato:	06-11-2018 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Masteroppgave	Studiepoeng:	45
SIS-kode:	203 MAKP601 1 MG 2018 HØST		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.: 625

Informasjon fra deltaker

Antall ord *: 17500

Tro- og loverklæring *: Ja

Jeg bekrefter at jeg har **Ja**
registrert oppgavetittelen
på norsk og engelsk i
StudentWeb og vet at
denne vil stå på
vitnemålet mitt *:

Jeg godkjenner avtalen om publisering av masteroppgaven min *

Ja



Høgskulen
på Vestlandet

MASTEROPPGAVE

Kontinuerlig støtte av jordmor
under fødselen – en klinisk audit

Continuous support in labour –
a clinical audit

Elin Sogge

Master i kunnskapsbasert praksis i helsefag
Fakultet for helse- og sosialvitenskap (FHS)
Senter for kunnskapsbasert praksis

Veiledere

Anne Kristin Snibsør og Birgitte Espehaug

Innleveringsdato 6. november 2018

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 10.

Forord

Faglige retningslinjer for fødselsomsorgen anbefaler at jordmor er kontinuerlig tilstede under fødselens aktive fase, for å støtte kvinnen fysisk, psykisk, følelsesmessig og praktisk. I 2017 ga Helse- og omsorgsdepartementet de regionale helseforetakene i oppgave å dokumentere tilfeller der anbefalingen ikke blir etterlevd, og bruke resultatene til kvalitetsforbedring. Denne masteroppgaven beskriver et kvalitetsforbedringsprosjekt ved Sykehuset i Vestfold for å sikre at praksis er i tråd med kunnskapsbaserte anbefalinger om kontinuerlig støtte under fødselen.

Som fagutviklingsjordmor er jeg opptatt av hvordan vi jobber kunnskapsbasert i helsetjenesten. Jeg har spesielt interessert meg for hvordan vi kan sikre at kunnskapsbasert praksis blir integrert og anvendt i praksis. I løpet av masterstudiet har jeg fått øynene opp for det siste trinnet i kunnskapsbasert praksis, å evaluere praksis. Studiet og masteroppgaven har gitt meg verdifull erfaring og kunnskap om å arbeide systematisk med kvalitetsforbedring. Spesielt vil jeg takke veilederne ved masterstudiet, Anne Kristin Snibsøer og Birgitte Espehaug, for deres konstruktive tilbakemeldinger og veiledning gjennom prosessen med å skrive masteroppgaven.

Jeg vil takke ledelsen ved Kirurgisk Sykepleieavdeling og Føde-barselseksjonen ved Sykehuset i Vestfold, som har gitt meg permisjon og støtte til å gjennomføre studiet. En stor takk rettes til jordmødrene og barnepleierne ved Føde-Barsel 4C, som har engasjert seg i temaet «kontinuerlig støtte under fødselen», og bidratt til kvalitetsforbedringsprosjektet ved å reflektere over praksis og stille viktige, kritiske spørsmål. Til slutt vil jeg takke familien min, for tålmodigheten de har vist når jeg i lange perioder har fordypet meg i lesing og skriving.

Tønsberg, 6. november 2018

Elin Sogge

Sammendrag

Bakgrunn: Kunnskapsbaserte faglige retningslinjer anbefaler at kvinner i aktiv fødsel har kontinuerlig støtte av jordmor.

Hensikten med dette kvalitetsforbedringsprosjektet var å kartlegge og evaluere om kvinner i aktiv fødsel fikk kontinuerlig støtte av jordmor i tråd med kunnskapsbaserte anbefalinger, samt å implementere tiltak for å forbedre praksis dersom optimal standard for etterlevelse ikke var oppnådd.

Metode: Klinisk audit ble valgt som kvalitetsforbedringsmetode. Kriterium for beste praksis var at alle kvinner i aktiv fødsel fikk kontinuerlig støtte av jordmor eller annen kvalifisert fagperson, med unntak av pauser under 10 minutter, eller etter kvinnens ønske. Optimal standard for etterlevelse var $\geq 95\%$. Audit av 276 fødejournaler for perioden 1. desember 2017 – 31. januar 2018, viste lavere etterlevelse enn optimal standard. En handlingsplan ble implementert fra februar til mai 2018, for å møte identifiserte barrierer for beste praksis. Re-audit av 276 fødejournaler ble gjennomført for perioden 24. april – 17. juni 2018, for å evaluere om tiltakene i handlingsplanen førte til forbedringer i praksis.

Resultat: Etterlevelse av beste praksis økte med 5 % fra audit (88 %) til re-audit (93 %). Det var vanlig å få kontinuerlig støtte fra 5 cm mormunnsåpning. Den vanligste årsaken til at kvinner ikke fikk kontinuerlig støtte, var at jordmor hadde ansvar for flere kvinner i aktiv fødsel samtidig.

Konklusjon: Resultatene viser relativt høy etterlevelse ved audit og en liten endring i andelen kvinner som får kontinuerlig støtte under fødselen, men optimal standard er ikke oppnådd. Det anbefales å fortsette kvalitetsforbedringsarbeidet, og undersøke etterlevelsen av kontinuerlig støtte med en årlig klinisk audit.

Nøkkelord: en-til-en omsorg, kontinuerlig støtte, kontinuerlig tilstedeværelse, fødsel, jordmor

Abstract

Background: Evidence-based clinical guidelines recommend that women in active labour have continuous support from a midwife.

The aim of this quality improvement project was to assess whether women in active labour received continuous support from midwives in line with evidence-based recommendations, as well as implement measures to improve practice if the optimum performance standard was not met.

Methods: Clinical audit was chosen as a quality improvement method. The criterion for best practice was that all women in active labour received continuous support from a midwife or other qualified professionals, except for breaks of 10 minutes or at the woman's request. Optimum performance standard was $\geq 95\%$. Audit of 276 records for the period 1 December 2017 – 31 January 2018 showed lower compliance than the optimum standard. An action plan was implemented in February to May 2018 to overcome identified barriers for best practice. Re-audit of 276 records was conducted from 24 April to 17 June 2018 in order to assess whether measures in the action plan had led to improvements in clinical practice.

Results: Compliance with best practice increased by 5 % from audit (88 %) to re-audit (93 %). It is common to receive continuous support from 5 cm cervical dilatation. The most common reason for not providing continuous support was that the midwife was responsible for more than one woman in active labour at the same time.

Conclusion: The results show relatively high compliance at audit and a slight change in the proportion of women receiving continuous support during labour, but the optimal standard is not achieved. It is recommended to continue the quality improvement efforts, and to assess compliance with the recommendation of continuous support in an annual clinical audit.

Keywords: One-to-one support, Labour support, Continuous support, Childbirth, Midwifery

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	3
Abstract	4
1. Innledning	8
1.1 Hensikt og problemstillinger	9
1.2 Oppgavens oppbygging	9
2. Bakgrunn og tidligere forskning	11
2.1 Kvalitetsforbedring	11
2.3 Kontinuerlig støtte under fødselen	18
2.3.1 Begrepsavklaring og definisjon av kontinuerlig støtte	18
2.3.2 Kvinners opplevelse av kontinuerlig støtte	21
2.3.3 Utfall av kontinuerlig støtte	22
2.3.4 Helsepersonells erfaringer med kontinuerlig støtte	23
3. Metode	24
3.1 Trinn 1 - Forberedelse og planlegging	24
3.1.1 Valg av forbedringsområde, formål og metode	24
3.1.2 Kriterium og standard for beste praksis	26
3.1.3 Etablere prosjektgruppe og involvere interessenter	30
3.1.4 Etske overveielser	33
3.2 Trinn 2 – Kartlegging av praksis	34
3.2.1 Kontekst	35
3.2.2 Populasjon og utvalg	35
3.2.3 Auditverktøy	36
3.2.3 Datainnsamling	37
3.2.5 Dataanalyse	39
3.3 Trinn 3 – Implementering av endringer	40
3.3.1 Årsaksanalyse	40
3.3.2 Søk etter implementeringsforskning	42
3.3.3 Tiltak for å endre praksis - forskningsfunn	43
3.3.3. Handlingsplan for å endre praksis i tråd med anbefalingen	44

3.4 Trinn 4 - Vedlikeholde forbedringer	48
3.4.1 Re-audit	48
3.4.2 Formidling av resultatene	49
4. Resultat	50
5. Diskusjon	54
5.1 Drøfting av metode	54
5.1.1 Kriterium og standard for beste praksis	55
5.1.2 Involvering av interessenter	56
5.1.3 Utvalg	57
5.1.4 Auditverktøy	58
5.1.5 Datamateriale	58
5.1.6 Implementering av endringer	59
5.2 Drøfting av resultater.	60
6. Konklusjon	64
Referanseliste	2
Vedlegg 1 Søkestrategier for systematisk oppsummert forskning	2
Vedlegg 2 Konsekvensanalyse for kvalitetsforbedringsprosjektet «Kontinuerlig støtte fra jordmor under fødselen».	5
Vedlegg 3 Kritisk vurdering av veileder fra Helsedirektoratet	6
Vedlegg 4 Kritisk vurdering av retningslinje fra NICE	7
Vedlegg 5 Internt meldeskjema for godkjenning av kvalitetsregistre	8
Vedlegg 6 Godkjenning fra Norsk senter for forskningsdata	10
Vedlegg 7 Fremdriftsplan	12
Vedlegg 8 Auditverktøy	2
Vedlegg 9 Inter-rater reliabilitet	4
Vedlegg 10 Helsekort for gravide	5
Vedlegg 11 Hvordan registrere kontinuerlig tilstedeværelse	6
Vedlegg 12 Søkestrategier for implementeringsforskning	2
Vedlegg 13 Retningslinje for kontinuerlig støtte under aktiv fødsel	6
	6

Vedlegg 14 Retningslinje ved samtidighetskonflikt	10
Vedlegg 15 Litteraturoversikt – forskningsbasert kunnskap om kontinuerlig støtte under fødselen.	12
Vedlegg 16 Litteraturoversikt – implementeringsforskning	15
Vedlegg 17 Klinisk audit rapport mars 2018	1

Liste over figurer

Figur 1 God kvalitet i helsetjenestene

Figur 2 Modell for kunnskapsbasert praksis

Figur 3 Trinnene i kunnskapsbasert praksis

Figur 4 Kunnskapspyramiden med eksempler på kilder

Figur 5 Klinisk audit sirkelen

Figur 6 Kartlegging av interessenter september 2017

Figur 7 Skjerm bilde fra Partus: Tilstedeværelse registrert med linje i partogrammet

Figur 8 Årsaks-virknings analyse (fiskebeinsdiagram)

Figur 9 Handlingsplan

Figur 10 Mormunnsåpning ved start av kontinuerlig støtte

Figur 11 Registrerte årsaker for manglende etterlevelse ved audit

Figur 12 Registrerte årsaker for manglende etterlevelse ved re-audit

Liste over tabeller

Tabell 1 Kriterium og standard for kontinuerlig støtte

Tabell 2 Demografiske og kliniske karakteristika ved audit og re-audit

Tabell 3 Etterlevelse av anbefalingen om kontinuerlig støtte under fødselen ved audit og re-audit

Tabell 4 Etterlevelse av anbefalingen om kontinuerlig støtte under fødselen ved audit og re-audit, etter karakteristika ved kvinnene i fødsel

Tabell 5 Mormunnsåpning ved start av kontinuerlig støtte

1. Innledning

Å sikre forsvarlige helsetjenester av god kvalitet er et prioritert område for helse- og omsorgstjenestene nasjonalt og internasjonalt (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012, s. 9; 2017a; Tunçalp et al., 2015, s. 1046). I Norge har kravene til kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid i helsetjenestene økt. Målsettingen har vært å få større vekt på arbeid med kvalitetsforbedring på alle nivåer i helse- og omsorgstjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012, s. 9). Kvalitetsforbedringsarbeid skal være integrert i den daglige virksomheten i helsetjenesten, det skal gjøres kvalitetsmålinger og ledere skal følge opp resultatene. Kvalitetsarbeidet skal føre til bedre helse, mer tilfredse pasienter og bedre ressursutnyttelse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012, s. 9). I 2017 kom Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017a), som gir ledere av virksomheter i helsetjenesten ansvar for å sikre faglig forsvarlige tjenester, kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet.

Å føde barn er en viktig livshendelse i kvinners liv. Omsorgen en kvinne får under fødselen kan ha påvirke henne fysisk og psykisk, på kort og lang sikt, og virke inn på både hennes og barnets helse (National Collaborating Centre for Women's and Children's Health, 2014, s. 16-17). Fødekvinnen er avhengig av både sine egne indre ressurser, og støtte fra andre, for å mestre de fysiske og psykiske utfordringene hun møter under fødselen (Bowers, 2002, s. 742; Lunda, Minnie & Benade, 2018, s. 9-10).

Oppsummert forskning viser at kontinuerlig støtte under fødselen øker sannsynligheten for at kvinner føder spontant vaginalt, har kortere fødsler og en positiv fødselsopplevelse. Kontinuerlig støtte under fødselen vil si at jordmor, eller en person med opplæring og erfaring i å støtte kvinnen i fødsel, er tilstede for å støtte kvinnen fysisk, psykisk, følelsesmessig og praktisk, kun avbrutt av korte pauser, eller etter forespørsel fra kvinnen (Bohren, Hofmeyr, Sakala, Fukuzawa & Cuthbert, 2017, s. 8; National Institute for Health and Care Excellence, 2014b, s. 28). Kontinuerlig støtte er et tiltak som ikke har negative effekter, og som er knyttet til flere positive utfall for kvinner og barn (Bohren et al., 2017, s. 36).

Det er jordmødre som er tilstede ved de fleste fødslene i Norge. Jordmødre i Norge er kvalifisert til selvstendig å bistå den fødende under en normal fødsel, og bistå sammen med lege ved kompliserte fødsler (Helsedirektoratet, 2010, s. 8). I veilederen «Et trygt fødetilbud -

kvalitetskrav til fødselsomsorgen, anbefaler Helsedirektoratet (2010, s. 26) at alle fødende skal ha en jordmor hos seg så tidlig som mulig i aktiv fase av fødselen, og til fødselen er over. Selv om det er godt dokumentert at kontinuerlig støtte har mange fordeler for mor og barn, og jordmødre er opptatt av å være tilstede hos kvinnen, har det også blitt hevdet at mange kvinner ikke får kontinuerlig støtte under fødselen (Aune, Amundsen & Skaget Aas, 2014, s. 94; Johansen, Pay, Broen, Roland & Øian, 2017; Lura, Fjelltveit & Helgheim, 2017). Helse- og omsorgsdepartementet ga derfor i 2017 de regionale helseforetakene i oppgave å dokumentere tilfeller der anbefalingen om kontinuerlig støtte av jordmor ikke blir etterlevd, og bruke resultatene til kvalitetsforbedring (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017c, s. 6). På bakgrunn av dette oppdraget ble det ved Sykehuset i Vestfold gjennomført et kvalitetsforbedringsprosjekt, for å sikre kvinner kontinuerlig støtte av jordmor under fødselen. Kvalitetsforbedringsprosjektet brukte klinisk audit som metode for å evaluere og forbedre praksis.

1.1 Hensikt og problemstillinger

Hensikten med kvalitetsforbedringsprosjektet er å kartlegge og evaluere om kvinner i aktiv fødsel får kontinuerlig støtte av jordmor i tråd med kunnskapsbaserte anbefalinger, samt å implementere tiltak for å forbedre praksis dersom optimal standard for etterlevelse ikke er oppnådd.

Kvalitetsforbedringsprosjektet har som mål å besvare følgende problemstillinger:

- Hva er andelen kvinner i aktiv fødsel som får kontinuerlig støtte i tråd med kunnskapsbaserte anbefalinger?
- Fra når i fødselsforløpet får kvinnene kontinuerlig støtte?
- Hvilke årsaker oppgir jordmor når kvinnene ikke får kontinuerlig støtte i aktiv fødsel?

1.2 Oppgavens oppbygging

Masteroppgaven er skrevet som en monografi. Oppgaven gir en beskrivelse av et kvalitetsforbedringsprosjekt for å sikre kontinuerlig støtte av jordmor under fødselen. I første kapittel innleder jeg med å presentere bakgrunnen for prosjektet, hensikt og problemstillinger. I andre kapittel definerer jeg begrepene kvalitetsforbedring og kunnskapsbasert praksis, og gjør rede for forskningsbasert kunnskap om kontinuerlig støtte under fødselen. I kapittel tre

gjør jeg rede for metodologiske valg, og hvordan vi gjennomførte en klinisk audit for å evaluere og forbedre praksis. Resultatene fra kartleggingen blir presentert i kapittel fire. Resultatene, samt styrker og svakheter ved gjennomføringen av klinisk audit, diskuteres i kapittel fem. Oppgaven avsluttes med en konklusjon for å besvare problemstillingen, og anbefalinger for videre praksis.

2. Bakgrunn og tidligere forskning

I dette kapitlet definerer jeg begrepene kvalitetsforbedring og kunnskapsbasert praksis, og beskriver kvalitetsforbedringsmetoden klinisk audit. Deretter gjør jeg rede for forskningsbasert kunnskap om kontinuerlig støtte under fødselen.

2.1 Kvalitetsforbedring

Helse- og omsorgstjenestene skal tilby befolkningen forsvarlige helsetjenester av god kvalitet. Kvalitet kan defineres på mange måter, avhengig av den enkeltes ståsted og subjektive oppfatning. Helsedirektoratet (2017, s. 5) anvender en definisjon som sier at god kvalitet i helsetjenestene kjennetegnes ved at tjenestene er virkningsfulle, trygge og sikre, involverer brukerne og gir dem innflytelse, er samordnet og preget av kontinuitet, utnytter ressursene på en god måte, samt er tilgjengelige og rettferdig fordelt (figur1).

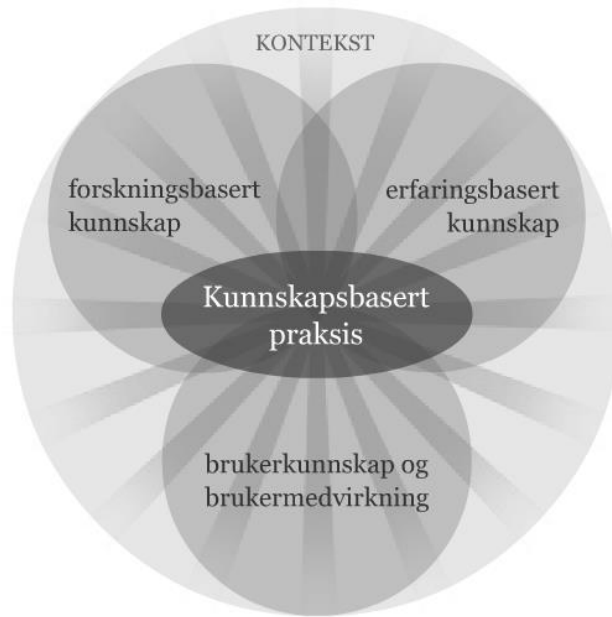


Figur 1 God kvalitet i helsetjenestene (Folkehelseinstituttet, 2015)

At helse- og omsorgstjeneste i Norge er av god kvalitet, og at de fleste brukere er fornøyd med helsetjenestene de får, fremgår både av nasjonale og internasjonale undersøkelser (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017b, s. 6). Samtidig finnes det mange kvalitetsforbedringsområder, og det er påvist for stor variasjon i deler av helsetjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013, s. 6). Å kartlegge praksis, og iverksette tiltak for å begrense uønsket variasjon, er sett på som viktige tiltak for å sørge for likeverdige helsetjenester til hele befolkningen. Det er de enkelte virksomhetene i helsetjenesten som har ansvar for å forbedre kvaliteten på helsetjenestene, og virksomhetene er pålagt å arbeide systematisk med kvalitetsforbedring (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017a). Kvalitetsforbedring kan defineres som kontinuerlige prosesser for å planlegge, gjennomføre, evaluere og vedlikeholde forbedringer i tjenesten (Helsedirektoratet, 2017, s. 5).

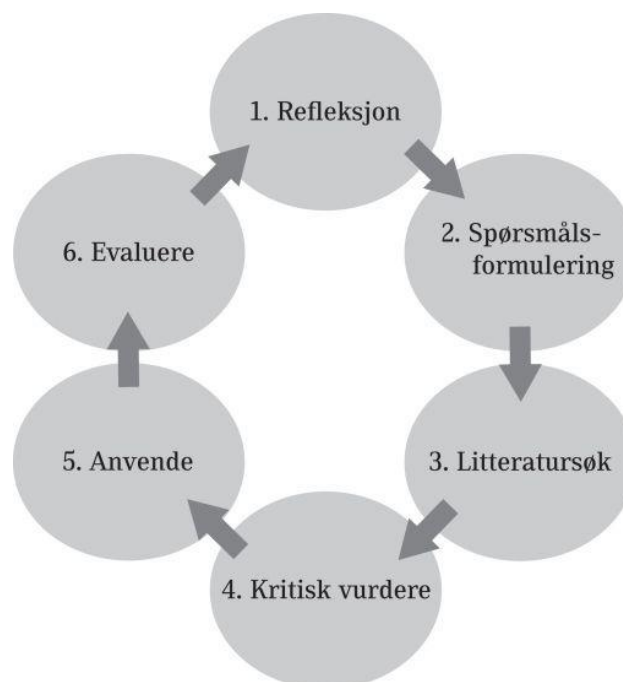
For å sikre god kvalitet i helsetjenesten er det forventet at kunnskapsbasert praksis ligger til grunn for avgjørelser i klinisk praksis. For å kunne sikre brukerne virkningsfulle, trygge og sikre helsetjenester, er det en forutsetning at beslutninger er basert på beste tilgjengelige forskningsbaserte kunnskap (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013, s. 7; Sosial- og helsedirektoratet, 2005, s. 21). Kunnskapsbasert praksis er grunnleggende for å oppfylle krav om høy kvalitet og brukermedvirkning i helsetjenesten (Harrison, Graham, Fervers & van den Hoek, 2013, s. 110; Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim & Reinart, 2012, s. 22)

Kunnskapsbasert praksis innebærer å ta faglige avgjørelser basert på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap, og pasientens ønsker og behov i den gitte situasjonen (Hopayian et al., 2005, s. 1; Nortvedt et al., 2012, s. 17). Det vil si at kunnskapsbasert praksis integrerer både forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap, brukerkunnskap, brukermedvirkning, og kunnskap om konteksten i praksis. Kunnskapskildene påvirker og overlapper hverandre, og danner et samlet kunnskapsgrunnlag for kunnskapsbasert praksis (Nortvedt et al., 2012, s. 16). Modellen for kunnskapsbasert praksis (figur 2) illustrerer dette.



Figur 2 Modell for kunnskapsbasert praksis (www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis)

Å arbeide kunnskapsbasert er en sirkulær prosess, illustrert med seks trinn (figur 3). Utgangspunktet for prosessen er refleksjon over egen praksis. De neste trinnene er å formulere spørsmål, finne forskningsbasert kunnskap, kritisk vurdere forskningen, anvende kunnskapskildene, og evaluere egen praksis (Nortvedt et al., 2012, s. 21).

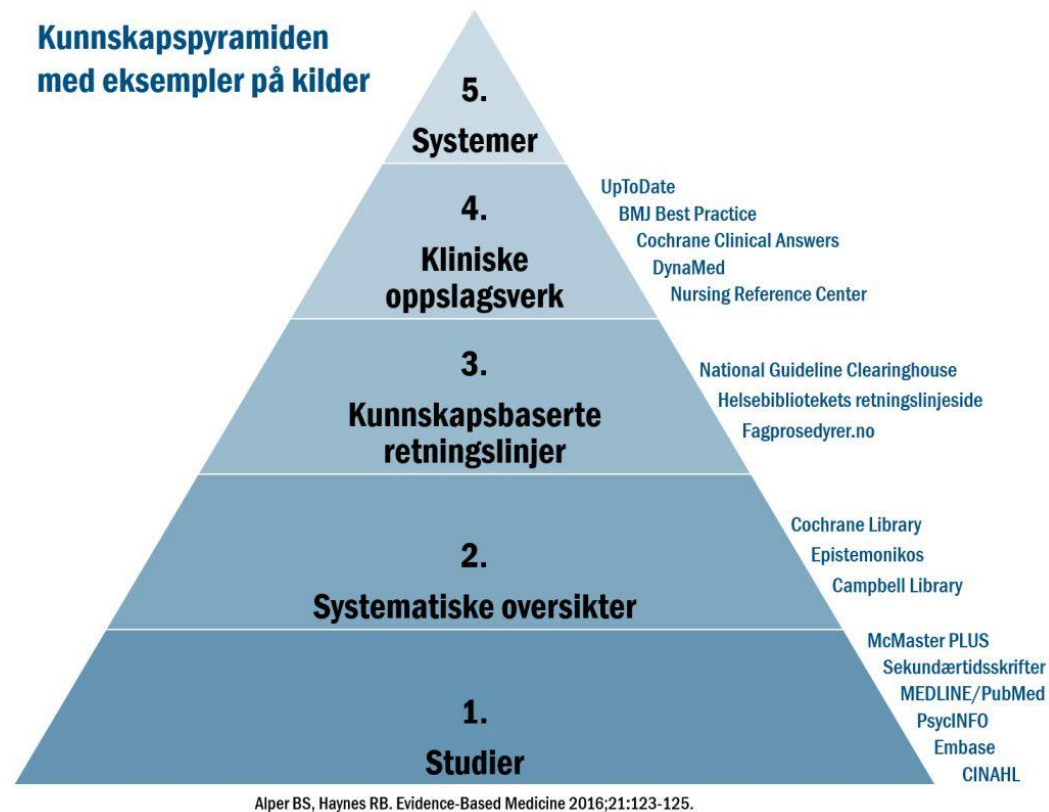


Figur 3 Trinnene i kunnskapsbasert praksis (www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis)

Formålet med kunnskapsbasert praksis er å styrke beslutningsgrunnlaget i helsetjenesten. Det er derfor viktig at helsepersonell kan finne den beste tilgjengelige kunnskapen og kritisk vurdere denne (Senter for kunnskapsbasert praksis Høgskulen på Vestlandet & Område for helsetjenester i Folkehelseinstituttet, 2018). Kunnskapsbaserte metoder og verktøy kan også bidra til å danne grunnlag for kvalitetsforbedringsarbeid av god kvalitet (Helsebiblioteket, 2018). Viktige spørsmål fra brukere av helsetjenesten og helsepersonell skaper behov for forskningsbasert kunnskap. Ved hjelp av metoder for systematisk innhenting og bruk av forskningsbasert kunnskap, kan kunnskapsbasert praksis bidra til at det tas velinformerte beslutninger i kvalitetsforbedringsarbeidet (Helsebiblioteket, 2018).

Kjernes spørsmål i helsetjenesten gir kunnskap om erfaringer og holdninger, forekomst, diagnose, prognose, årsak og effekt av tiltak (Nortvedt et al., 2012, s. 35). Kjernes spørsmålet påvirker studiedesign, og hvilke kilder vi bør søke i for å finne forskning med det egnede studiedesignet (Nortvedt et al., 2012, s. 38; Ormstad & Underdal, 2013, s. 221). Ved å bruke PICO-skjema som hjelpemiddel, kan vi formulere, strukturere og konkretisere spørsmål for å gjøre et systematisk litteratursøk (Kirkehei og Ormstad, 2013, s. 142).

Kunnskapspyramiden (figur 4) er en modell som hjelper klinikere med å velge relevante kunnskaps- og søkekilder for forskningslitteratur (Senter for kunnskapsbasert praksis Høgskulen på Vestlandet & Område for helsetjenester i Folkehelseinstituttet, 2018). Pyramiden deler kunnskapskilder i helsetjenesten inn i 5 nivåer, med kilder til oppsummert forskning øverst, og primærstudier nederst. Klinikere anbefales å starte litteratursøket så høyt oppe i pyramiden som mulig, for å finne oppsummert, lett tilgjengelig og relevant kunnskap. Det er derimot viktig å være oppmerksom på at kildene øverst i pyramiden ikke nødvendigvis er av god kvalitet eller oppdatert med ny forskning (Ormstad & Underdal, 2013, s. 222).



Figur 4 Kunnskapspyramiden med eksempler på kilder (www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis)

Det er et viktig prinsipp for kunnskapsbasert praksis at kliniske beslutninger i størst mulig grad skal baseres på systematisk oppsummert forskningsbasert kunnskap. Kunnskap er mer pålitelig når den totale forskningen oppsummeres, og det ikke bare velges ut forskning som støtter ett syn (Djulbegovic & Guyatt, 2017, s. 416-419).

Et annet prinsipp er at kunnskapsbasert praksis skal basere seg på beste tilgjengelige forskningsbaserte kunnskap (Djulbegovic & Guyatt, 2017, s. 416). I dette ligger det at ikke all forskning er av god kvalitet, og at forskning av høyere kvalitet ligger nærmere sannheten om utfall, prognose og effekt av tiltak i helsetjenesten. Forskningsbasert kunnskap må derfor kvalitetsvurderes for å sikre at kunnskapen vi baserer vår praksis på, er pålitelig og av god kvalitet (Djulbegovic & Guyatt, 2017, s. 418). Til dette er det utviklet en rekke verktøy for kvalitetsvurdering ved ulike studiedesign, og for kliniske retningslinjer (AGREE Next Steps Consortium, 2017; Goldet & Howick, 2013; Helsebiblioteket, 2016).

Forskningsbasert kunnskap er derimot ikke tilstrekkelig for å ta kliniske beslutninger, men må anvendes sammen med erfaringskunnskap, brukerkunnskap, brukermedvirkning, og ses i lys

av den aktuelle konteksten (Djulbegovic & Guyatt, 2017, s. 416,420; Nortvedt et al., 2012, s. 16). Særlig har fokuset økt på viktigheten av å inkludere brukernes individuelle verdier og behov i kunnskapsbasert praksis, og å bidra til økt brukermedvirkning i helsetjenesten (Djulbegovic & Guyatt, 2017, s. 421).

Evaluering av praksis er det siste trinnet i sirkelen for kunnskapsbasert praksis. I metodekapittelet omtaler jeg hvordan vi ved vårt sykehus anvendte klinisk audit som kvalitetsforbedringsmetode, for å evaluere om kvinner fikk kontinuerlig støtte under fødselen i tråd med kunnskapsbaserte faglige anbefalinger. Klinisk audit er en kontinuerlig kvalitetsforbedringsprosess med fire trinn, som er designet for å forbedre kvaliteten på helsetjenesten. Ved å kartlegge og evaluere helsetjenesten mot anerkjente og kunnskapsbaserte kriterier og standarder for høy kvalitet, kan vi gjøre forbedringer der det er nødvendig, og slik forbedre kvaliteten og utfallene for pasientene (R. Burgess, 2011a, s. xi).

Klinisk audit sirkelen (figur 5) illustrerer at kvalitetsforbedringsarbeidet er en kontinuerlig prosess, som gjennomføres og gjentas for å sikre vedvarende forbedringer (Healthcare Quality Improvement Partnership, 2016a, s. 7).



Figur 5 Klinisk audit sirkelen (Healthcare Quality Improvement Partnership, 2016a, s. 7)

Healthcare Quality Improvement Partnership (HQIP) er en engelsk organisasjon som utgir veiledninger for beste praksis i klinisk audit i helsetjenesten (Healthcare Quality Improvement Partnership, 2018a). HQIP beskriver de fire trinnene i klinisk audit som 1) forberedelse og planlegging, 2) kartlegging av praksis, 3) implementering av endringer, 4) å vedlikeholde forbedringer. I trinn 1 forberedes og planlegges klinisk audit prosessen. I trinn 2 blir praksis kartlagt og sammenlignet mot kriterier og standard for beste praksis. I trinn 3 utarbeides en handlingsplan for å implementere endringer og forbedre praksis. I trinn 4 gjentas kartlegging for å evaluere om tiltakene i handlingsplanen førte til forbedringer i praksis. Klinisk audit prosessen bør gjentas til forbedringer er oppnådd og vedlikeholdt (Healthcare Quality Improvement Partnership, 2016a, s. 7-11).

Klinisk audit egner seg som kvalitetsforbedringsmetode når det eksisterer kunnskapsbaserte kriterier og standarder for beste praksis, og når hensikten er å vurdere om klinisk praksis er i tråd med de forventede standardene (Ashmore, Ruthven & Hazelwood, 2011c, s. 26). Metoden egner seg også hvis forbedringsområdet har stort omfang, kostnadene er høye ved uønskede hendelser, eller dersom manglende etterlevelse utsetter brukerne for risiko (Ashmore et al., 2011c, s. 26).

Å anvende robust metodologi og fullføre alle trinnene i klinisk audit sirkelen, er viktig for at klinisk audit skal lede til forbedringer i helsetjenesten (Burgess, 2011, s. 7). Klinisk audit skal alltid involvere en handlingsplan for kvalitetsforbedring, og kvalitetsforbedringsprosessen er ikke komplett før det er dokumentert at det er forbedringer i praksis. Dersom endring ikke er oppnådd fortsettes kvalitetsforbedringsprosessen til forbedringer er dokumentert (Ashmore, Ruthven & Hazelwood, 2011d, s. 95; Healthcare Quality Improvement Partnership, 2016a, s. 11). For å sikre vedvarende forbedringer kan audit sirkelen gjentas med nye målinger av praksis (Ashmore et al., 2011d, s. 101; Healthcare Quality Improvement Partnership, 2016a, s. 11).

Klinisk audit må ikke forveksles med forskning, som har som hensikt å finne ny kunnskap og undersøke de beste måtene å gjøre ting på. Klinisk audit sammenligner praksis mot etablerte standarder, og tar utgangspunkt i det vi så langt vet om beste praksis. Klinisk audit egner seg når det finnes kunnskapsbaserte standarder for beste praksis, og hensikten er å evaluere klinisk praksis mot disse standardene (Ashmore et al., 2011c, s. 26). Metoden egner seg også

hvis forbedringsområdet har stort omfang, kostnadene er høye ved uønskede hendelser, eller dersom manglende etterlevelse utsetter brukerne for risiko (Ashmore et al., 2011c, s. 26). Hensikten med klinisk audit er alltid å forbedre omsorgen for pasientene (R. Burgess, 2011a, s. 6).

2.3 Kontinuerlig støtte under fødselen

Gjennom historien og på tvers av kulturer, har kvinner støttet hverandre under fødselen. At en omsorgsfull og støttende person er tilstede, kan hjelpe kvinnen slik at hun finner styrke og tror på egne krefter (Bowers, 2002, s. 747; Nikula, Laukkala & Pölkki, 2015, s. 380). Når fødslene i siste halvdel av 1900-tallet ble flyttet fra hjemmene og til sykehus, er det blitt hevdet at den økende medikaliseringen og fokuset på teknologi i fødselsomsorgen, har ledet helsepersonell bort fra å støtte kvinnen under fødselen (Bohren et al., 2017, s. 8).

For å få en oversikt over eksisterende forskningsbasert kunnskap om kontinuerlig støtte under fødselen, har jeg søkt etter oppsummert forskning og kunnskapsbaserte retningslinjer i de helsefaglige databasene Cochrane Library, MEDLINE (Ovid), Embase (Ovid) og i Helsebibliotekets retningslinjedatabase. Litteratursøket er supplert med gjennomgang av referanselister og siteringssøk for relevante oversikter og retningslinjer. Dokumentasjon for søkestrategier er vedlagt i vedlegg 1. Jeg har inkludert systematiske oversikter, litteraturoversikter, kunnskapsbaserte faglige retningslinjer og enkeltstudier, publisert på norsk og engelsk de siste 15 årene. En litteraturoversikt over forskningsbasert kunnskap om kontinuerlig støtte under fødselen er vedlagt i vedlegg 15.

2.3.1 Begrepsavklaring og definisjon av kontinuerlig støtte

Det er gjort omfattende forskning på støtte under fødselen de siste 50 årene, og både nasjonale og internasjonale kunnskapsbaserte faglige retningslinjer for fødselsomsorg anbefaler kontinuerlig støtte av jordmor i den aktive fasen av fødselen (Helsedirektoratet, 2010, s. 10; National Institute for Health and Care Excellence, 2014b, s. 28; World Health Organization et al., 2017, s. 15). Likevel varierer definisjonene av kontinuerlig støtte under fødselen i stor grad (A. Burgess, 2014, s. 67; Ross-Davie & Cheyne, 2014, s. 52). En entydig definisjon av kontinuerlig støtte er viktig for å evaluere og sammenligne kvaliteten på helsetjenestene, og for å sikre at kvinner får støtte under fødselen på en slik måte at det faktisk fører til positive utfall for henne og barnet (A. Burgess, 2014, s. 64-66; Sosa, Crozier & Robinson, 2012, s. 2).

Et klart og tydelig konsept kan også hjelpe helsepersonell å forstå viktigheten av kontinuerlig støtte under fødselen, og hvordan det kan implementeres i klinisk praksis for å lede til forbedringer for brukerne (A. Burgess, 2014, s. 66).

En konseptanalyse av kontinuerlig støtte under fødselen fant at det ble brukt mange begreper isteden for kontinuerlig støtte (*continuous support in labour*) i engelsk litteratur (A. Burgess, 2014, s. 66). Begrepene *labour support*, *professional labour support*, *one to one labour support*, *social support*, *nursing support* og *intrapartum labour support* ble ofte brukt om hverandre, og uten en presis definisjon av begrepet (A. Burgess, 2014, s. 66). I norsk litteratur har jeg funnet begrepene *en-til-en omsorg*, *en-til-en tilstedeværelse*, *kontinuerlig tilstedeværelse*, *tilstedeværelse i fødsel* og *kontinuerlig støtte i fødsel*.

For å tydeliggjøre begrepet kontinuerlig støtte i fødsel, mener A. Burgess (2014, s. 67) vi må begynne med å definere *kontinuerlig*. *Kontinuerlig* blir trolig definert forskjellig fordi det er vanskelig å underbygge med forskning, i hvor stor andel av tiden jordmor må være tilstede under fødselen, for å oppnå forbedring i utfallene for mor og barn (A. Burgess, 2014, s. 67). Det har blitt foreslått 80% og 90% av tiden, «så kontinuerlig som praktisk mulig i den gitte konteksten», eller «bare avbrutt av korte pauser» (Bohren et al., 2017, s. 8; Dansk Kvalitetsdatabase for Fødsler, 2015, s. 11; National Institute for Health and Care Excellence, 2014b, s. 28). Sykehuset i Vestfold deltok i 2014-2017 i en multisenterstudie (Bernitz et al., 2017), der kontinuerlig støtte ble registrert som er sekundært utfallsmål. Definisjonen på at jordmor var kontinuerlig stede var med unntak av pauser under 10 minutter.

Det er enighet om at elementer i kontinuerlig støtte under fødselen kan være fysisk støtte, psykisk støtte, praktisk støtte, informasjonsstøtte eller beslutningsstøtte (Adams & Bianchi, 2008, s. 106; Bohren et al., 2017, s. 8; A. Burgess, 2014, s. 67-68; Sauls, 2006, s. 40). Det er derimot ikke avklart i faglitteraturen når i fødselsforløpet kontinuerlig støtte skal starte, og hvem som skal gi støtten (Sosa et al., 2012, s. 2).

Det finnes ikke kunnskapsgrunnlag for å si når i fødselen det er mest effektivt å starte kontinuerlig støtte (Bohren et al., 2017, s. 2). I en systematisk oversikt over kontinuerlig støtte under fødselen, inkluderte Bohren et al. (2017, s. 8) bare studier der kontinuerlig støtte ble startet senest tidlig i fødselen, definert som før kvinnen hadde 6 cm mormunnsåpning. Faglige retningslinjer anbefaler ofte kontinuerlig støtte fra kvinnen er i aktiv fase av fødselen, eller så

tidlig som mulig i aktiv fødsel (Helsedirektoratet, 2010, s. 26; National Institute for Health and Care Excellence, 2014b, s. 28).

Første stadium i fødselen består av to faser, latensfasen og aktiv fase. Aktiv fase av fødselen kan defineres som tiden fra kvinnen har 4 cm mormunnsåpning og regelmessige rier (National Institute for Health and Care Excellence, 2014b, s. 18-19; World Health Organization, UNICEF & United Nations Population Fund, 2017, s. C78). Veileder for fødselshjelp i Norge anbefaler den nevnte definisjonen av aktiv fødsel (Thorbjørn Moe Eggebø et al., 2014). Det er derimot ikke nasjonal eller internasjonal konsensus om definisjonen av aktiv fødsel.

Hvem som er den mest passende omsorgspersonen for å gi kontinuerlig støtte under fødselen i er uklart. Bohren et al. (2017, s. 34) fant imidlertid at kontinuerlig støtte fra personer som ikke er helsepersonell, men som har erfaring og kunnskap i å støtte kvinner i fødsel, kan være mer effektivt enn kontinuerlig tilstedeværelse av helsepersonell. Det som virker å ha effekt er at den som er tilstede, i tillegg til å ha kunnskap og erfaring, har det å støtte kvinnen som sin hovedoppgave. Jordmødre har ofte mange oppgaver ved fødeavdelingen, og kan derfor bli forhindret fra å gi kontinuerlig støtte til en kvinne (Bohren et al., 2017, s. 34). Bohren et al. (2017, s. 8) definerer kontinuerlig støtte under fødselen som at en person som har kunnskap og erfaring i å støtte kvinner i fødsel, er kontinuerlig tilstede under fødselen for å støtte kvinnen fysisk, psykisk, og praktisk.

Ved implementeringen av nasjonale kvalitetsindikatorer for fødsler i Danmark, ble kontinuerlig støtte definert som støtte fra fagpersonell ansatt ved fødeavdelingen (jordmor, sykepleier, doula) (Kesmodel & Jolving, 2011, s. 298). I forslag til kvalitetsindikatorer i fødselsomsorgen, åpner Helsedirektoratet for at den som gir kontinuerlig støtte kan være jordmor, eller annen faglig omsorgsperson (Helsedirektoratet, 2010, s. 14). Ved vår fødeavdeling har jordmor ansvar for å gi kontinuerlig støtte under fødselen, men kan samarbeide med en barnepleier om oppgaven, forutsatt at barnepleier har kunnskap og erfaring i å støtte kvinner i fødsel.

Kontinuerlig støtte har vist seg å ha størst effekt i sammenhenger der kvinner ikke får lov til å ha med familie eller venner under fødselen, eller når epiduralanalgesi ikke er tilgjengelig (Bohren et al., 2017, s. 36). I Norge er det imidlertid vanlig at kvinnen har med seg familie eller venner under fødselen, og epidural er oftest tilgjengelig. Kontinuerlig støtte fra personer

i kvinnens sosiale nettverk har vist positiv effekt på kvinnens fødselsopplevelse, men har ikke vist positive effekter på andre utfall for mor og barn (Bohren et al., 2017, s. 35; Kabakian-Khasholian & Portela, 2017, s. 11). Noen kvinner ønsker også å ha med en doula som støtte under fødselen. En doula er en erfaren fødselsledsager, som kjenner kvinnen og hennes ønsker, og tilbyr støtte til kvinnen og hennes partner før, under og etter fødselen. Doulaen har ikke medisinsk ansvar under fødselen, og er tilstede i tillegg til helsepersonell (Norsk doulaforening, 2016; Stuebe & Barbieri, 2017). Fordi en doula har erfaring og kunnskap om å støtte kvinner i fødsel, og har dette som sin hovedoppgave, har støtte fra en doula vist positive utfall for mor og barn (Bohren et al., 2017, s. 35).

2.3.2 Kvinners opplevelse av kontinuerlig støtte

Kvalitativ forskning viser at mange kvinner har nytte av og verdsetter tilstedeværelsen av støttende person under fødselen (Bohren et al., 2017, s. 8; Bowers, 2002, s. 747; Nikula et al., 2015, s. 380). For mange kvinner er kontinuerlig støtte fra en erfaren person det viktigste elementet i fødselsopplevelsen. Det er en sterk sammenheng mellom kvinners opplevelse av støtten de fikk, hvor mye kontroll de følte under fødselen, og deres psykiske helse etter fødselen (Ross-Davie & Cheyne, 2014, s. 57).

Kontinuerlig støtte under fødselen er knyttet til høyere grad av tilfredsstillelse og trygghet hos kvinner, enn om kvinnen er alene i periode under fødselen. Ross-Davie, McElligott, King og Little (2014, s. 21) gjorde direkte observasjoner under 49 fødsler, og identifiserte flere viktige konsekvenser av jordmorens fravær fra rommet. Konsekvenser som ble observert var angst hos kvinnen og hennes fødselspartner, reduksjon i muligheter til å bygge tillit og tilby støtte, og redusert evne for jordmor til å overvåke fødselens fremgang. Studien fant også at de jordmødrene som var ute av rommet mer, var mindre støttende for kvinnene når de var i rommet. Faglige retningslinjer anerkjenner likevel at kvinnen kan avslå kontinuerlig støtte, når det er hennes uttrykte ønske (National Institute for Health and Care Excellence, 2014b, s. 28).

Faktorer som har vist seg å være viktige for å bestemme kvinnens tilfredshet med fødselsopplevelsen er personlige forventninger, hvor mye støtte hun mottar, kvaliteten på forholdet til omsorgspersonene (respekt, kommunikasjon, kontinuitet) og deltagelse i beslutningstaking. I en finsk studie hadde kvinnene den beste fødselsopplevelsen når de fikk

psykisk støtte, støtten var lindrende, og når de fikk informasjon om fødselsforløpet (Nikula et al., 2015, s. 373). Denne erfaringen virket også positivt inn på fremtidige fødsler. Kvinnene erfarte at ros og oppmuntring var den viktigste formen for støtte under fødselen.

2.3.3 Utfall av kontinuerlig støtte

Oppsummert forskning viser at kvinner som får kontinuerlig støtte under fødselen har økt sannsynligheten for å føde spontant, lavere risiko for keisersnitt, vakuump- og tangforløsning, raskere fødsler, mindre behov for medikamentell smertelindring, mer vitale nyfødte, og ofte en bedre fødselsopplevelse (Bohren et al., 2017, s. 36). Kobayashi et al. (2017, s. 2) fant at støtte i latensfasen kan redusere bruk av epiduralanalgesi, og øke kvinners tilfredshet, men fant ikke sikker effekt andre utfall for mor eller barn.

Kontinuerlig støtte kan fremme de fysiologiske fødselsprosessene, øke kvinners følelse av kontroll, og hennes tiltro til egen fødeevne (Bohren et al., 2017, s. 8). De positive effektene av kontinuerlig støtte kan skyldes at støtten virker som en buffer mot stress under fødselen. Stress under fødselen kan virke negativt på fremgangen i fødselsforløpet, og bidra til at kvinnen får en negativ fødselsopplevelse. Effekten av kontinuerlig støtte kan også forklares ved at det forebygger en kaskade av intervensjoner i fødselen, som epidural analgesi, oksytocinstimulering eller keisersnitt, som kan inntreffe hvis kvinnen ikke opplever støtte, og som igjen øker risikoen for mor og barn (Bohren et al., 2017, s. 8; Rossignol et al., 2014, s. 77).

I tillegg til å forbedre kvinners fødselsopplevelse, fremmer støtte under fødselen en positiv tilpasning til morsrollen, og reduserer risikoen for psykiske vansker i barselperioden (Ross-Davie & Cheyne, 2014, s. 52). Fødselsopplevelser kan ha kortsiktige og langsiktige, positive eller negative, effekter på kvinnens liv, velvære og helse. En positiv fødselsopplevelse kan bli en styrkende livshendelse, knyttet til mestring og selvfølelse (Nilver, Begley & Berg, 2017, s. 1). En negativ fødsels erfaring øker risikoen for negative helseutfall, som barseldepresjon, og fødselsangst som kan føre til en anmodning om keisersnitt i neste svangerskap.

Kontinuerlig støtte under fødselen er nøkkelen til å fremme normal fødsel og redusere medisinske inngrep (Ross-Davie & Cheyne, 2014, s. 52). Særlig betydningsfull er effekten kontinuerlig støtte har på redusert forekomst av keisersnitt, fordi keisersnitt kan ha mange

negative utfall for mor og barn (Häger, Kolås, Novakovic, Fuglenes & Steen, 2014). I Norge forløses ca. 16 % av alle fødende med keisersnitt (Medisinsk fødselsregister, 2016). Det er ikke vist at en keisersnittfrekvens over 10% kan forbedre mortaliteten for mor og barn (World Health Organisation, 2015, s. 1). Det er derfor viktig å fremme tiltak for å holde keisersnittfrekvensen nede, selv om vi i Norge har en lav keisersnittfrekvens i internasjonal målestokk.

Videre forskning er anbefalt i forhold til om utdanning i fødselshjelp kan øke effekten av kontinuerlig støtte (Bohren et al., 2017, s. 36). Det er også anbefalt at videre forskning undersøker langtidseffekter som fødselsdepresjon og amming, om det er forskjell på om kvinnen har født før eller er førstegangsfødende, og på forskjeller mellom kvinner med lav- og høy risiko i svangerskapet

2.3.4 Helsepersonells erfaringer med kontinuerlig støtte

En norsk studie viste at jordmødrene opplevde seg som gode jordmødre når de var kontinuerlig tilstede under fødselen (Aune et al., 2014, s. 91). Samtidig opplevde de frustrasjon og en følelse av å ikke strekke til, når utilstrekkelig bemanning gjorde at de hadde ansvar for flere kvinner i fødsel på samme tid (Aune et al., 2014, s. 92). Jordmødrene understreket også at når de ikke var tilstede, mistet de verdifull informasjon som kunne bidra til en normal fødsel. De mente at kontinuerlig tilstedeværelse av jordmor kunne forhindre bruk av riefremkallende medikamenter, epiduralanalgesi, forsinket fremgang i fødselen og operative inngrep.

En studie fra Canada viste at sykepleiernes intensjoner om å gi kontinuerlig støtte under fødselen var lavere for kvinner som fikk epidural analgesi, noe som var påvirket av sosialt press på arbeidsplassen (Payant, Davies, Graham, Peterson & Clinch, 2008, s. 411). Også de norske jordmødrene fortalte at de noen ganger bestilte epidural når de hadde flere kvinner i fødsel samtidig, slik at de ikke måtte være tilstede (Aune et al., 2014). En annen studie viste at sykepleiere som jobbet på fødeenheter med høy forekomst av epidural og keisersnitt, mer sjelden brukte kontinuerlig støtte, enn sykepleiere som jobbet på fødeenheter med lav forekomst av intervensjoner (Barrett & Stark, 2010, s. 17).

3. Metode

Vi valgte klinisk audit som metode og rammeverk for kvalitetsforbedringsprosjektet. Metodologiske valg ble basert på kriteriene for beste praksis i klinisk audit, slik de er beskrevet i boken «New Principles of Best Practice in Clinical audit» (R. Burgess, 2011b), og en oppdatert veileder fra Healthcare Quality Improvement Partnership (2016a). Kunnskapsbasert praksis, som er beskrevet i kapittel 2.2, dannet grunnlag for faglige beslutninger i prosjektet. I metodekapittelet beskrives hvordan kvalitetsforbedringsprosjektet ble gjennomført med utgangspunkt i de fire trinnene i klinisk audit modellen (figur 5).

3.1 Trinn 1 - Forberedelse og planlegging

Forberedelse og god planlegging er det første og grunnleggende trinnet for en effektiv klinisk audit. En systematisk tilnærming til kvalitetsforbedringsarbeidet, sikrer at alle relevante forutsetninger for endring blir tatt hensyn til. Tiden og innsatsen som legges ned i denne fasen kan være avgjørende for at klinisk audit leder til kvalitetsforbedring (Ashmore et al., 2011c, s. 25; Grol & Wensing, 2013, s. 15; Healthcare Quality Improvement Partnership, 2016a).

Trinn 1 i klinisk audit omfatter å velge et område for kvalitetsforbedring, definere formål, definere kriterier og standard for beste praksis, involvere aktuelle interessenter, utnevne prosjektleder og etablere en prosjektgruppe, og utarbeide en realistisk tidsplan for prosjektet (Ashmore et al., 2011c, s. 23-57).

3.1.1 Valg av forbedringsområde, formål og metode

I alle kvalitetsforbedringsprosjekter er det anbefalt å vurdere om problemstillingen er et viktig og prioritert forbedringsområde, og hvilken kvalitetsforbedringsmetode som mest sannsynlig vil lede til forbedring. Klinisk audit skal bare anvendes hvis det er den best egnede metoden (Ashmore et al., 2011c, s. 26; Healthcare Quality Improvement Partnership, 2016a, s. 7).

Kontinuerlig støtte av jordmor under fødselen var allerede et prioritert forbedringsområde i føde- barseksjonen, på bakgrunn av helsemyndighetenes krav til helseforetakene om å evaluere og forbedre praksis (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017c). Tillitsvalgte og

jordmødre, lokalt og nasjonalt, hadde meldt bekymring om at kontinuerlig støtte av jordmor ikke ble tilbudt alle kvinner i fødsel (Lura et al., 2017). Det var også meldt avvik i sykehusets kvalitetshåndteringssystem, om kvinner som ikke fikk kontinuerlig støtte på grunn av samtidighetskonflikter i fødeenheten. Å starte et kvalitetsforbedringsprosjekt for å fremme kontinuerlig støtte under fødselen, hadde derfor bred støtte hos ansatte og ledelsen i fødebarselseksjonen, og ble beskrevet som et prioritert forbedringsområde i seksjonens handlingsplan for 2017-2018.

For å vurdere om klinisk audit var en egnet kvalitetsforbedringsmetode for prosjektet, brukte vi et kartleggingsskjema utviklet av Healthcare Quality Improvement Partnership (2016b, s. 13) for å vurdere og prioritere forbedringsområder. Kriterier som blir vurdert er forbedringsområdets kostnad, omfang, risiko, variasjon i praksis, kunnskapsbaserte anbefalinger, potensiale for forbedring, og om praksis kan måles mot relevante standarder. Skåringsverdien går fra 0-60 poeng, og jo høyere totalskår, jo høyere viktighet og prioritet har området for klinisk audit (Healthcare Quality Improvement Partnership, 2016c, s. 13). Kontinuerlig støtte under fødselen fikk 50 poeng av totalt 60 mulige poeng (vedlegg 2). Det indikerer at kontinuerlig støtte under fødselen er et viktig forbedringsområde, og at klinisk audit egner seg som metode for å forbedre praksis.

Ledergruppen ved føde-barselseksjonen var involvert i valget av kvalitetsforbedringsmetode, og vurderte at klinisk audit var en passende og gjennomførbar metode for kvalitetsforbedringsprosjektet. Kontinuerlig støtte under fødselen ble vurdert som et viktig forbedringsområde, fordi det er godt dokumentert at tiltaket har flere positive effekter for mor og barn (Bohren et al., 2017, s. 36). Et litteratursøk etter oppsummert forskningsbasert kunnskap (kapittel 2.3) viste at det fantes kunnskapsbaserte faglige anbefalinger for kontinuerlig støtte under fødselen, som kunne brukes som kunnskapsgrunnlag for å definere kriterium og standard for beste praksis. Forbedringsområdet var også viktig fordi det har betydning for alle kvinner i aktiv fødsel. I tillegg var det reist bekymring om et gap mellom anbefalingen fra Helsedirektoratet (2010) og praksis ved sykehusene i Norge (Johansen et al., 2017). Vi vurderte at området var mottagelig for endring, fordi kontinuerlig støtte under fødselen opptok og engasjerte både ansatte og ledelsen ved sykehuset.

Å definere et klart formål, var viktig for å sikre en felles forståelse for hvorfor kvalitetsforbedringsprosjektet ble gjennomført, og tydeliggjøre hva vi ønsket å oppnå med

prosjektet (Ashmore et al., 2011c, s. 31). Formålet for kvalitetsforbedringsprosjektet, som er beskrevet i kapittel 1.1, var «å kartlegge og evaluere om kvinner i aktiv fødsel får kontinuerlig støtte av jordmor i tråd med kunnskapsbaserte faglige anbefalinger, og implementere tiltak for å forbedre praksis hvis optimal standard for etterlevelse ikke er oppnådd».

3.1.2 Kriterium og standard for beste praksis

For å evaluere kvaliteten på praksis, er det viktig å måle og sammenligne praksis mot klart definerte, kunnskapsbaserte kriterier og standarder for beste praksis (Ashmore et al., 2011c, s. 38; Healthcare Quality Improvement Partnership, 2016a, s. 7). Audit kriterier er eksplisitte, målbare beskrivelser av beste praksis (hva som skal skje i klinisk praksis) (Ashmore et al., 2011c, s. 33). Det er viktig at kriterier for klinisk audit er utvetydige. Dersom kriterium for beste praksis gir rom for tolkning, kan det måles ulikt av ulike mennesker, og føre til upålitelige data og resultater (Ashmore et al., 2011c, s. 32). Audit standard er forventet nivå av etterlevelse, uttrykt som prosent (%) (Ashmore et al., 2011c, s. 33). Kriterier og standarder for beste praksis skal være spesifikke, målbare, oppnåelige, relevante, presise, og basert på beste tilgjengelige forskningsbaserte kunnskap (Ashmore et al., 2011c, s. 37; Healthcare Quality Improvement Partnership, 2016a, s. 7).

Det ble utført et systematisk litteratursøk etter systematiske oversikter og kunnskapsbaserte retningslinjer (vedlegg 1), for å samle et kunnskapsgrunnlag for å definere kriterium og standard for beste praksis. Kunnskapsbaserte retningslinjer ble vurdert med AGREE II-instrumentet (AGREE Next Steps Consortium, 2017) for vurdering av faglige retningslinjer og veiledere. Instrumentet består av 23 punkter fordelt under seks hovedområder. Hvert hovedområde kartlegger en særskilt side av kvaliteten på retningslinjen, som er: avgrensning og formål, involvering av interessenter, metodisk nøyaktighet, klarhet i presentasjon, anvendbarhet, og redaksjonell uavhengighet (AGREE Next Steps Consortium, 2017; Brouwers et al., 2010, s. E841). Systematiske oversikter ble kritisk vurdert ved hjelp av en sjekklister for vurdering av oversiktsartikler (Folkehelseinstituttet, 2014).

Medlemmene i seksjonsledermøtet vurderte kunnskapsgrunnlaget i fellesskap, og kom til en enighet om definisjoner og mål for kriterium og standard. Deretter ble kriterium og standard godkjent av føde- barseksjonens kvalitetsgruppe. Vi tok først utgangspunkt i

Helsedirektoratets veileder «Et trygt fødetilbud - Kvalitetskrav til fødselsomsorgen» (Helsedirektoratet, 2010). Anbefalingen i veilederen var:

«Av faglige kvalitetshensyn anbefales det i denne veilederen at alle fødende skal ha en jordmor hos seg så tidlig som mulig i aktiv fase av fødselen og til fødselen er over.» (Helsedirektoratet, 2010, s. 26).

Veilederen ble kvalitetsvurdert ved hjelp AGREE II verktøyet (vedlegg 3), og fikk en lav totalskår. Kunnskapsgrunnlaget for anbefalingen var ikke referert, og veilederen var ikke oppdatert siden den ble utgitt i 2010. Vi vurderte at veilederen hverken hadde godt nok eller oppdatert nok kunnskapsgrunnlag, til at vi kunne basere kriterium og standard for kontinuerlig støtte under fødselen på den alene. I tillegg vurderte vi at anbefalingen var for upresis til å kunne måle og sammenligne beste praksis. Det var en svakhet at veilederen ikke definerte «aktiv fødsel», som ble vurdert som et viktig kriterium for å definere beste praksis. I tillegg var det uklart for medlemmer i ledergruppen hva begrepet «å ha en jordmor hos seg» inneholdt. Det ble kommentert at anbefalingen ikke åpnet for at kvinnen selv kan bestemme om hun ønsker at jordmor skal være hos henne. Det ble også stilt spørsmål ved, om det var kunnskapsgrunnlag for at den som var hos kvinnen skulle være jordmor, eller om det kunne være en annen omsorgsperson. Anbefalingen gjaldt «alle fødende», som ble vurdert som en presis, spesifikk og målbar standard for beste praksis.

Vi vurderte deretter en kunnskapsbasert retningslinje for fødselsomsorg fra National Institute for Health and Care Excellence (2014b). National Institute for Health and Care Excellence (NICE) i Storbritannia utarbeider anerkjente kunnskapsbaserte retningslinjer for helsetjenesten. Anbefalingen fra NICE var:

“Provide a woman in established labour with supportive one-to-one care.”

“Do not leave a woman in established labour on her own except for short periods or at the woman's request.” (National Institute for Health and Care Excellence, 2014b, s. 28).

Retningslinjen fikk en høy totalskår med AGREE II verktøyet (vedlegg 4), og kunne derfor anvendes som kunnskapsgrunnlag for vår kliniske audit. Retningslinjens definerte at aktiv fødsel starter når kvinnen har 4 cm mormunnsåpning og regelmessige rier, som var i samsvar

med definisjonen i våre lokale retningslinjer (National Institute for Health and Care Excellence, 2014b, s. 18-19; Sykehuset i Vestfold, 2015).

Det var enighet om at retningslinjen viste til presise, målbare kriterier for beste praksis. Retningslinjen brukte begrepet «supportive one-to-one care». Vi tolket det som tilsvarende kontinuerlig støtte under fødselen, og at «one-to-one» refererte til at bemanningen måtte sikre at én jordmor, kunne være tilstede hos én kvinne om gangen. Anbefalingen var at kvinnen ikke skulle forlates unntatt for korte perioder, eller etter forespørsel fra kvinnen. Retningslinjen spesifiserte ikke hva «korte perioder» betydde, men vi mente det var et viktig kriterium, fordi det var klart for oss at helsepersonell trenger pauser for å spise, eller kommunisere med annet helsepersonell. At anbefalingen åpnet for at kvinner kan be om at jordmor ikke er tilstede, mente vi også var et viktig kriterium for beste praksis, fordi brukermedvirkning er en lovpålagt rettighet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2001). Å involvere brukerne, og lytte til dere ønsker og behov, er også viktig for å sikre god kvalitet og kunnskapsbasert praksis i helsetjenesten (Helsedirektoratet, 2017, s. 5; Nortvedt et al., 2012, s. 17).

Hvem som kunne gi kontinuerlig støtte under fødselen var ikke beskrevet i retningslinjen fra NICE. I en tilhørende kostnadsanalyse foreslår imidlertid National Institute for Health and Care Excellence (2014a, s. 11) at kontinuerlig støtte kan gis av jordmødre med assistanse fra annet fagpersonell i fødeavdelingen. Den medfølgende kvalitetsstandarden for fødselsomsorgen (National Institute for Health and Care Excellence, 2015a, s. 14) beskriver at kvalitetskriteriet er: «Women in established labour have one-to-one care and support from an assigned midwife». Vi tolket dette som at jordmor hadde ansvar for å gi kontinuerlig støtte, med kunne få assistanse fra annet fagpersonell når det var nødvendig.

Fordi de to retningslinjene for fødselsomsorgen ikke hadde oppdaterte litteratursøk, inkluderte vi en nyere systematisk oversikt om kontinuerlig støtte i fødselen (Bohren et al., 2017). Studien ble vurdert til å være av god kvalitet, og ga oss et oppdatert kunnskapsgrunnlag for å definere kriterium for beste praksis. Bohren et al. (2017, s. 34) fant at kontinuerlig støtte fra personer som ikke er helsepersonell, men som har erfaring og kunnskap i å støtte kvinner i fødsel, kan være mer effektivt enn kontinuerlig tilstedeværelse av helsepersonell. Det som virker å ha effekt, er at den som er tilstede, har det å støtte kvinnen som sin hovedoppgave. Bohren et al. (2017, s. 8) definerer kontinuerlig støtte under fødselen som, at en person med

kunnskap og erfaring i å støtte kvinner i fødsel, er kontinuerlig tilstede under fødselen for å støtte kvinnen fysisk, psykisk, og praktisk. Kontinuerlig støtte fra personer i kvinnens sosiale nettverk har også vist positiv effekt på kvinnens fødselsopplevelse, men ikke andre positive effekter (Bohren et al., 2017, s. 35). Vi valgte derfor å avgrense omsorgspersoner som kunne gi kontinuerlig støtte til å være jordmor, eller annen kvalifisert fagperson. Med «annen kvalifisert fagperson» mente vi en person som har formell kunnskap og erfaring i å støtte kvinner under fødsel. «Annen kvalifisert fagperson» ville i praksis være barnepleier ansatt ved føde- barseksjonen. Vi noterte oss at oversikten ikke fant kunnskapsgrunnlag for å si når i den aktive fasen det er mest effektivt å starte kontinuerlig støtte (Bohren et al., 2017, s. 2), men valgte følge anbefalingen fra NICE, som var fra aktiv fase av fødselen, det vil si 4 cm mormunnsåpning og regelmessige rier.

Vi definerte kontinuerlig støtte som at jordmor eller annen kvalifisert fagperson, er kontinuerlig tilstede i fødselens aktive fase, for å støtte kvinnen fysisk, psykisk, følelsesmessig og praktisk. Medlemmene i kvalitetsgruppen hadde innspill om at begrepet «korte pauser» måtte spesifiseres. Vi valgte derfor å basere oss på en definisjon som vi var kjent med fra en multisenterstudie vi hadde deltatt i (Bernitz et al., 2017), der kontinuerlig støtte var et sekundært utfallsmål. Definisjonen var at kontinuerlig støtte med pauser under 10 minutter fortsatt var å regne som kontinuerlig støtte.

Å fastsette standard for etterlevelse avhenger av hvor viktig kriteriet er, hvor gjennomførbart kriteriet er, og hvor akseptabel standarden er blant klinikere og brukere (Ashmore et al., 2011c, s. 41). Ledergruppen foreslo at ideell standard skulle være 100 % etterlevelse, i tråd med anbefalingene fra National Institute for Health and Care Excellence (2014b) og Helsedirektoratet (2010), men at optimal standard skulle settes til minst 95 %. I følge Ashmore et al. (2011c, s. 41-42) ligger optimal standard vanligvis mellom ideell standard og minimum nivå for etterlevelse. Det laveste akseptable nivået for etterlevelse vurderte ledergruppen var 90%. Argumentet for å sette en optimal standard, var at naturlig variasjon i aktiviteten ved fødeenheten kunne hindre personalet fra å være kontinuerlig tilstede, når flere kvinner trengte støtte samtidig. Det ble derfor vurdert at 100% etterlevelse var uopnåelig. NICE anbefaler vanligvis 100% etterlevelse av beste praksis, men i tilfeller der 100 % etterlevelse ikke er realistisk eller passende, ut i fra sikkerhetshensyn, personlige valg eller profesjonelle vurderinger, anbefaler NICE at optimal standard for etterlevelse defineres lokalt (National Institute for Health and Care Excellence (NICE), 2015a, s. 29).

På bakgrunn av beste tilgjengelige forskningsbaserte kunnskap, og etter konsensus i seksjonsledergruppen og kvalitetsgruppen, baserte vi kriterium og standard for kontinuerlig støtte under fødselen på retningslinje for fødselsomsorgen fra National Institute for Health and Care Excellence (2014b), veileder for fødselsomsorgen fra Helsedirektoratet (2010), og funnene i en oppdatert systematisk oversikt over kontinuerlig støtte under fødselen (Bohren et al., 2017) Optimal standard for etterlevelse av kontinuerlig støtte var minst 95 %, og ideell standard var 100% etterlevelse (tabell 1). Kriterium for beste praksis var:

«Alle kvinner i aktiv fødsel får kontinuerlig støtte av jordmor eller annen kvalifisert fagperson, med unntak av pauser under 10 minutter, eller etter kvinnens ønske.»

Tabell 1: Kriterium og standard for kontinuerlig støtte

Kriterium for beste praksis	Standard	Optimal standard	Kunnskapsgrunnlag
Alle kvinner i aktiv fødsel får kontinuerlig støtte av jordmor eller annen kvalifisert fagperson, med unntak av pauser under 10 minutter, eller etter kvinnens ønske.	100 %	≥ 95 %	Bohren et al. (2017); Helsedirektoratet (2010); National Institute for Health and Care Excellence (2014b)

3.1.3 Etablere prosjektgruppe og involvere interessenter

Interessenter er personer eller grupper, som direkte eller indirekte kan bli påvirket av forbedringen, eller som kan påvirke forbedringsarbeidet. For å lykkes i kvalitetsforbedringsarbeidet er det viktig å involvere interessentene tidlig i prosjektet, og gjennom hele prosessen (Healthcare Quality Improvement Partnership, 2016a, s. 8; Straus, Tetroe & Graham, 2009, s. 36). Det er viktig å kartlegge interessentene på en systematisk måte, for å hindre at viktige interessenter blir oversett, eller involvert for sent i prosessen (Ashmore et al., 2011c, s. 45). Ledergruppen kartla derfor aktuelle interessenter for kvalitetsforbedringsprosjektet, som vist i figur 6.



Figur 6 Kartlegging av interessenter september 2017

Mor, barn og ledsager ble identifisert som viktige interessenter for kontinuerlig støtte under fødselen. Å involvere brukere er grunnleggende i kvalitetsforbedringsarbeid, for å sikre at forbedringsarbeidet er planlagt og gjennomført med fokus på brukernes ønsker og behov (Helsedirektoratet, 2017, s. 35-37; National Institute for Health and Care Excellence, 2013, s. 25). Det var derfor viktig å avklare tidlig hvordan vi kunne trekke inn brukeres erfaringer og preferanser i forbedringsarbeidet (Ashmore et al., 2011c, s. 55). Vi valgte å ikke involvere brukere direkte i prosjektet, men å samle brukererfaringer gjennom forskningsbasert

kunnskap om brukeres erfaringer med kontinuerlig støtte under fødselen, samtaler med kvinnene og observasjoner i klinisk praksis. Vi fant at brukererfaringer var godt beskrevet i litteraturen. I tillegg ga kvinnene uttrykk for, og jordmødrene observerte i praksis, at kvinnene ønsket og verdsatte kontinuerlig støtte under fødselen. Det ga oss viktig kunnskap om brukernes erfaringer og preferanser, som vi brukte til å ta kunnskapsbaserte beslutninger i kvalitetsforbedringsprosjektet. Brukermedvirkning var også ivarettatt ved at brukere og brukerorganisasjoner var involvert i utarbeidelsen av retningslinjene som vi baserte kunnskapsgrunnlaget vårt på (Helsedirektoratet, 2010, s. 4; National Collaborating Centre for Women's and Children's Health, 2014, s. 14-15).

I starten av prosjektet var ledergruppen i føde- barselseksjonen sentrale interessenter for å prioritere forbedringsområde, definere formål for kvalitetsforbedringsprosjektet, og definere kriterium og standard for klinisk audit. Fagutviklingsjordmor ble utnevnt som prosjektleder, og var ansvarlig for gjennomføringen av kvalitetsforbedringsprosjektet. Seksjonsleder og seksjonsoverlege for gynekologiseksjonen ble involvert gjennom de månedlige seksjonsledermøtene, der kriterium og standard ble diskutert, og prosjektleder informerte om fremgangen i prosjektet. Støtte og engasjement fra ledelsen er viktig for at kvalitetsforbedringsprosessen skal bli forankret og prioritert i organisasjonen, og hos de ansatte. Ledere er også viktige ressurspersoner fordi de har kunnskap som er verdifull i kvalitetsforbedringsprosesser, og kontakter med andre ledere og beslutningstakere, som kan bli sentrale for å få gjennomført endringer (Grol, Ouwens & Wollersheim, 2013, s. 72).

Healthcare Quality Improvement Partnership (2016a, s. 8) anbefaler å etablere en prosjektgruppe med interessenter, som deltar i utviklingen og gjennomføringen av klinisk audit. Strukturerede diskusjoner mellom relevante interessenter kan bidra til å avklare og finne løsninger på problemer, utvikle en felles forståelse og forpliktelse mellom interessentene, og bidra til en demokratisk kvalitetsforbedringsprosess (National Institute for Health and Care Excellence, 2013, s. 8). Føde-barselseksjonens kvalitetsgruppe ble valgt som prosjektgruppe, fordi medlemmene allerede representerte sentrale interessenter for kvalitetsforbedringsprosjektet. Medlemmer i kvalitetsgruppen var jordmor og barnepleier fra praksis, seksjonsleder, assisterende seksjonsleder, teamleder, fagutviklingsjordmødre og spesialrådgiver fra kirurgisk klinikk.

Kvalitetsgruppen hadde månedlige kvalitetsgruppemøter, der kvalitetsforbedringsprosjektet var ett av flere tema. Alle medlemmene hadde erfaring med kvalitetsforbedringsarbeid, men ingen hadde erfaring med klinisk audit som metode. Prosjektleder gjennomgikk derfor klinisk audit metoden for gruppe-medlemmene i starten av prosjektet. Kvalitetsgruppen bidro i arbeidet med å godkjenne formål, kriterium og standard for klinisk audit, vurdere resultater, utarbeide en handlingsplan og implementere endringer.

Jordmødre og leger ved poliklinikken og i førstelinjetjenesten ble identifisert som interessenter fordi de var sentrale for å formidle informasjon om vårt tjenestetilbud til brukerne.

Klinikk-sjef i kirurgisk klinikk, og avdelingssjef i kirurgisk sykepleieavdeling, var viktige beslutningstakere for prosjektet. De ble holdt informert om prosjektet av seksjonsleder på deres felles møter. Det er avgjørende for å lykkes med å forbedre praksis, at ledere og beslutningstakere er involvert, og forberedt på å handle i forhold til funnene i en klinisk audit (R. Burgess, 2011a, s. 9; Grol et al., 2013, s. 72). Kvalitetsenheten, og fag- og forskningsenheten ved sykehuset, kunne bidra med veiledning i litteratursøk, datainnsamling, analyse og presentasjon av data, og formidling av resultater. Prosjektleder hadde ansvar for å innhente bistand og metodestøtte når det var nødvendig.

Før datainnsamlingen startet ble alle ansatte ved føde-barselseksjonen informert, i fagmøter og via seksjonens informasjonsskriv, om kvalitetsforbedringsprosjektets formål og metode. Det er anbefalt at klinikere som er involvert i omsorgen er informert om klinisk audit fra starten av (Ashmore et al., 2011c, s. 43-44; Healthcare Quality Improvement Partnership, 2016a, s. 7-8).

3.1.4 Etske overveielser

For å sikre at kvalitetsforbedringsprosjektet bygget på grunnleggende etiske prinsipper om selvbestemmelse, konfidensialitet og nytte for pasientene, søkte prosjektleder om godkjenning for prosjektet fra helseforetakets lokale personvernombud, Norsk senter for forskningsdata (NSD). Godkjenning ble søkt for å innhente personopplysninger fra fødejournaler, til kvalitetssikring av helsehjelpen ved Sykehuset i Vestfold. Kvalitetsforbedringsprosjektet var skriftlig godkjent av klinikkleder ved kirurgisk klinikk, og fagdirektør ved Sykehuset i

Vestfold (vedlegg 5), før søknad ble sendt til NSD Datainnsamlingen startet etter at godkjenning var mottatt fra NSD (vedlegg 6).

Vi fulgte Sykehuset i Vestfolds retningslinjer for lagring og sikring av data i forsknings- og kvalitetssikringsprosjekter (Sykehuset i Vestfold, 2017). Data ble aidentifisert ved at kvinnes identitet ble fjernet og erstattet med et nummer. Aidentifiserte personopplysninger ble lagret på forskningsserveren ved Sykehuset i Vestfold. Forskningsserveren ivaretok nødvendig sikkerhet, med tanke på konfidensialitet, integritet og tilgjengelighet til data som ble lagret. Personidentifiserende opplysninger ble koblet til datamaterialet med en kodenøkkel, som ble lagret separat i et låst skap på prosjektleders kontor. Aidentifiserte auditskjema ble oppbevart avskilt fra kodenøkkel, i et låst skap på prosjektleder sitt kontor, Ved publisering av klinisk audit resultater skulle alle data anonymiseres. På denne måten ble pasientdata håndtert konfidensielt.

Etablering av virksomhetsinterne kvalitetsregistre er omfattet av pasientjournallovens virkeområde, og vi vurderte derfor at det ikke var nødvendig å innhente samtykke fra kvinnen for innhenting av personopplysninger. Sykehuset i Vestfold informerer pasientene kollektivt på sine nettsider, om sykehusets behandling av personopplysninger for kvalitetssikring, og pasientens rett til å reservere seg fra utlevering av personopplysninger (Sykehuset i Vestfold, 2018b).

En fremdriftsplan ble utarbeidet for å gi en oversikt over oppgavene, og sikre fremdrift i prosjektet (Ashmore et al., 2011c, s. 43). Prosjektleder hadde ansvaret for å tilse at aktivitetene i fremdriftsplanen ble koordinert og gjennomført (vedlegg 7).

3.2 Trinn 2 – Kartlegging av praksis

Trinn 2 i klinisk audit er å kartlegge og sammenligne praksis mot kriterium og standard for beste praksis. Data samles og analyseres, med den hensikt å veilede en forbedringsprosess. Resultatene presenteres slik at interessentene kan diskutere og vurdere resultatene (Ashmore, Ruthven & Hazelwood, 2011b, s. 59-79).

Det overordnede formålet med klinisk audit er å forbedre kvaliteten på omsorgen. Data som samles inn skal derfor være relevante for problemstillingen, og nødvendige for å kartlegge etterlevelsen av beste praksis (Ashmore et al., 2011b, s. 61-62; Healthcare Quality Improvement Partnership, 2016a, s. 9). For å sikre pålitelige data, er det viktig å definere inklusjon- og eksklusjonskriterier for klinisk audit, beregne utvalgsstørrelse, teste at datainnsamlingsverktøy er pålitelige, og at datainnsamlere er kompetente (Healthcare Quality Improvement Partnership, 2016a, s. 9). Metoden for klinisk audit bør presenteres på en slik måte at datasamlingen kan gjentas likt ved ny måling (Healthcare Quality Improvement Partnership, 2016a, s. 9).

3.2.1 Kontekst

Sykehuset i Vestfold er et akutt sykehus, som har ansvar for å gi spesialisthelsetjenester til befolkningen i Vestfold fylke. Sykehuset i Vestfolds visjon er å skape gode og likeverdige helsetjenester til alle som trenger det. Sykehusets verdier er kvalitet, trygghet og respekt (Sykehuset i Vestfold, 2018a). Fødsel- og barselomsorgen er familiesentrert, og kvinner har rett til å ta med de hun ønsker av sine nærmeste som støtte under fødselen. Kvinner har sjelden med en doula under fødselen ved Sykehuset i Vestfold.

I løpet av et år føder rundt 2000 kvinner ved Sykehuset Vestfold. Føde-barselseksjonen har ansatt 43 jordmødre og 36 barnepleiere, som jobber både i fødeenheten og barselenheten. De to enhetene er lokalisert i samme etasje, noe som muliggjør et tett samarbeid mellom personalet. Fødeenheten har fire føderom for kvinner i aktiv fødsel, og fem ventesenger for kvinner før fødsel.

I 2017 ble det født rundt 56 600 barn i Norge.

3.2.2 Populasjon og utvalg

Populasjonen for kvalitetsforbedringsprosjektet var kvinner i aktiv fødsel ved Sykehuset i Vestfold. Kvalifisert for inklusjon i klinisk audit var alle kvinner i aktiv fødsel. Aktiv fødsel ble definert som at kvinnen hadde minst 4 cm mormunnsåpning og regelmessige rier. Kvinner som ble forløst med keisersnitt før aktiv fødsel, eller som fødte utenfor sykehuset, ble ikke inkludert.

Utvalgsstørrelse ble beregnet ved hjelp EpiTools kalkulator for å påvise statistisk signifikante forskjeller mellom to andeler (Ausvet, 2017). Vi antok at etterlevelsen ved audit kunne ligge rundt 80 %, på bakgrunn av tilbakemeldinger fra jordmødre i praksis. Basert på antatt 80 % etterlevelse ved audit og 95 % etterlevelse ved re-audit, med signifikansnivå 5 % og styrke 80 %, var den beregnede utvalgsstørrelsen 88 fødejournaler ved henholdsvis audit og re-audit, totalt 176 fødejournaler. Det ble foretatt et systematisk tilfeldig utvalg fra populasjonen, ved at vi startet med et tilfeldig protokollnummer i seksjonens fødeprotokoll, og trakk hver 3. fødejournal fra protokollen inntil utvalgsstørrelsen var nådd. Et systematisk tilfeldig utvalg gir alle i populasjonen lik sannsynlighet for å inkluderes, slik at risikoen for utvalgsskjevhet reduseres, og et representativt utvalg sikres (Healthcare Quality Improvement Partnership, 2018b, s. 22).

En analyse av 88 fødejournaler viste 88 % etterlevelse av kriterium for beste praksis. En endring i etterlevelse fra 88 til 95 % ble vurdert som klinisk viktig, og ny beregning av utvalgsstørrelse ble derfor utført. Denne viste at for å kunne påvise definert endring som statistisk signifikant, med signifikansnivå 5 % og styrke 80 %, måtte 276 fødejournaler inkluderes ved henholdsvis audit og re-audit, totalt 552 fødejournaler. Fordi det var nødvendig med en større utvalgsstørrelse enn først antatt, var et tilfeldig utvalg ikke gjennomførbart, på grunn av tiden datainnsamlingen ville ta. Alle fødejournalene ble derfor samlet fortløpende fra fødeprotokollen i innsamlingsperioden, inntil utvalgsstørrelsen var nådd. Å inkludere alle journaler fortløpende gjorde at risikoen for utvalgsskjevhet var lav (Polit & Beck, 2012, s. 279).

3.2.3 Auditverktøy

Vi søkte etter eksisterende auditverktøy for kontinuerlig støtte under fødselen, men ingen av retningslinjene vi fant hadde inkludert auditverktøy. Dansk Kvalitetsdatabase for Fødsler (2015, s. 15) og National Institute for Health and Care Excellence (2015a, s. 14-16) hadde utviklet kvalitetsindikatorer for kontinuerlig støtte. De beskrev relevante og valide data for å kartlegge kontinuerlig støtte, som vi baserte oss på for å utvikle vårt auditverktøy (vedlegg 8).

Deretter fulgte vi anbefalingene i Healthcare Quality Improvement Partnership (2011, s. 22-26) og Ashmore et al. (2011b, s. 63-66), for å utvikle et pålitelig auditverktøy. Auditverktøyet ble pilotert på 12 tilfeldige journaler, for å avdekke uklarheter eller feil, før datainnsamlingen startet. Data ble samlet av prosjektleder og tre datainnsamlere, som hadde fått opplæring i

bruk av auditverktøyet av prosjektleder. I denne piloten ble skjemaene sammenlignet og datainnsamlerene ga tilbakemeldinger på auditverktøyet. Vi gjennomførte noen små justeringer i verktøyet, som å presisere uklarheter og tilpasse spørsmålene til rekkefølgen i fødejournalen.

Ved audit ble de første 88 journalene undersøkt to ganger, av to uavhengige datainnsamlere. Ved re-audit ble 40 tilfeldige journaler kontrollert to ganger, av to uavhengige datainnsamlere. Auditskjemaene ble sammenlignet for å beregne i hvilken grad dataene samsvarte mellom datainnsamlerene (inter-rater reliabilitet) (Healthcare Quality Improvement Partnership 2011, s. 4). Inter-rater reliabilitet ble beregnet som prosent overenstemmelse i registrerte verdier. Ved audit var inter-rater reliabilitet 98 % og ved re-audit var den 96% (vedlegg 9). Vi hadde satt 95 % som grense for akseptabelt samsvar. På bakgrunn av dette kunne vi si at målingene vi gjorde var pålitelige.

3.2.3 Datainnsamling

En retrospektiv audit ble gjennomført for perioden 1. desember 2017 til 31. januar 2018, med gjennomgang av 276 fødejournaler. En prospektiv re-audit ble gjennomført for perioden 24. april – 17. juni 2018, med gjennomgang av 276 fødejournaler. Datainnsamling startet etter at prosjektet var godkjent av ledelsen ved Sykehuset i Vestfold (vedlegg 5), og personvernombudet for Sykehuset i Vestfold, Norsk senter for forskningsdata (NSD) (vedlegg 6). Datainnsamlingen ble lagt utenfor sommerferien, fordi det i den perioden kunne være høye fødselstall og lavere bemanning, og slike variasjoner kunne påvirke resultatene (Ashmore et al., 2011b, s. 70).

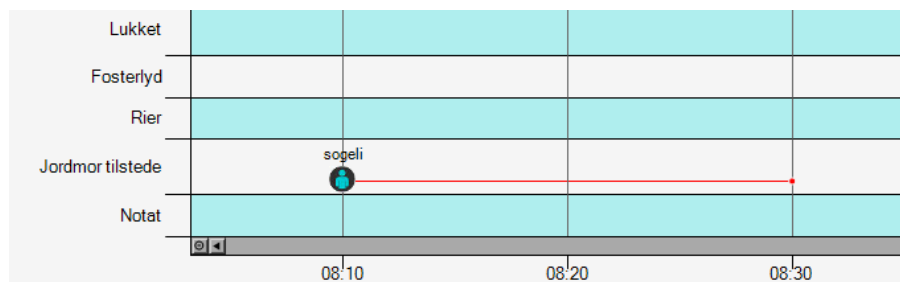
Data ble samlet inn ved gjennomgang av dokumentasjonen i den elektroniske fødejournalen Partus (versjon 4.4), og i kvinnens «Helsekort for gravide» (vedlegg 10). I Partus leste vi skjermbildene Fødsel-Mor, Fødsel-Barn og det aktuelle partogrammet (grafisk fremstilling av fødselsforløpet). Dette ga grunnlag for utfylling av auditverktøyet. I Helsekort for gravide hentet vi data om kvinnens landbakgrunn.

Vi definerte landbakgrunn i tråd med definisjonen fra Statistisk sentralbyrå: "For personer født i utlandet, er dette (med noen få unntak) eget fødeland. For personer født i Norge er det foreldrenes fødeland. I de tilfeller der foreldrene har ulikt fødeland, er det morens fødeland

som blir valgt.» (Statistisk sentralbyrå, 2017). Parietet vil si antall fødsler kvinnen har gjennomgått tidligere (fra og med svangerskapsuke 22+0). Data om bakgrunnsvariabler ble samlet inn for å beskrive materialet, for å vurdere om det var forskjeller i fordelingen av bakgrunnsfaktorer mellom audit og re-audit, og for å evaluere om praksis var lik for ulike grupper kvinner.

Å dokumentere kontinuerlig støtte i fødejournalen, var en ny løsning i Partus versjon 4.4. Vi underviste jordmødrene og barnepleierne i den nye versjonen av Partus på fagdage i oktober 2017. Etter fagdage ble det utarbeidet en veiledning for dokumentasjon av kontinuerlig støtte (vedlegg 11), etter forespørsel fra jordmødrene. Veiledningen ble hengt opp ved datamaskinen på alle fødestuene. Jordmødrene fikk på dagtid tilbud at fagutviklingsjordmor viste hvordan de skulle registrere kontinuerlig støtte i Partus. Dette ble gjort for å sikre så fullstendige og pålitelige data som mulig.

Jordmor dokumenterte kontinuerlig støtte med en strek på en tidslinje i partogrammet (figur 7). I tillegg dokumenterte jordmor kontinuerlig støtte under fødselen med «ja/nei» i fødejournalen når fødselen var over. Årsaker til at kvinnen ikke fikk kontinuerlig støtte ble dokumentert i et tilhørende fritekstfelt.



Figur 7 Skjerm bilde fra Partus: Tilstedeværelse registrert med linje i partogrammet

I følge Dansk Kvalitetsdatabase for Fødsler (2015, s. 15) er kontinuerlig støtte er tilstrekkelig dokumentert når det er registrert med en strek på en tidslinje i partogrammet. At jordmødre registrer kontinuerlig støtte underveis i fødselen er viktig for å sikre pålitelige data, særlig når fødselen strekker seg over mange timer og flere vaktskift. En linje i partogrammet gjør det mulig å se historikken, for den jordmoren som tar over kvinnen i fødsel (Dansk Kvalitetsdatabase for Fødsler, 2015, s. 15). Kort tid etter at jordmødrene startet registreringen av kontinuerlig støtte i fødejournalen, oppdaget vi en feil i partogrammet som gjorde det

umulig å registrere tilstedeværelse tilbake i tid hvis det hadde gått mer enn seks timer. Denne feilen ble rettet av Partus leverandør CSAM i desember 2017.

3.2.5 Dataanalyse

Dataanalyse i klinisk audit skal hovedsakelig fokusere på å avgjøre om praksis møter forventet standard for kvalitet, og være tett knyttet til kvalitetsforbedringsprosjektets hensikt og problemstillinger (Ashmore et al., 2011b, s. 72). Data ble analysert i SPSS Statistics, og lagret på forskningsserveren ved Sykehuset i Vestfold. Data var aidentifisert ved at kvinnes identitet var fjernet og erstattet med et nummer. Personidentifiserende opplysninger ble koblet til datamaterialet med en kodenøkkel, som ble lagret separat i et låst skap på prosjektleders kontor. På denne måten ble pasientdata behandlet konfidensielt. I SPSS ble variabelen parietet kategorisert i verdiene «førstegangsfødende» og «flergangsfødende». Variabelen landbakgrunn ble kategorisert i verdiene «Norge», «Europa utenfor Norge» og «annen landbakgrunn». Dette var nødvendig for å sikre at kvinner ikke kunne bli identifisert ved formidling av resultatene.

Statistiske analyser ble gjort i SPSS Statistics, unntatt konfidensintervall som ble beregnet via nettsiden R Core Team (2018). For å beskrive resultatene brukte vi deskriptiv statistikk, tabeller og figurer. Kategoriske variabler, som bakgrunnsvariabler og om kvinnen fikk kontinuerlig støtte (ja/nei), ble presentert med antall og prosent (Polit og Beck, 2012, s.379). Etterlevelse ble beregnet som prosent av kvinner i aktiv fødsel som fikk kontinuerlig støtte i tråd med kriterium for beste praksis. Den kontinuerlige variabelen mormunnsåpning ved oppstart av kontinuerlig støtte, ble presentert med modus, median og variasjonsbredde som mål på sentraltendens og spredning (Polit & Beck, 2012, s. 385-387). Median ble foretrukket fremfor gjennomsnitt fordi vi ønsket å beskrive den sentrale tendensen uten å gi ekstreme verdier stor vekt (Ashmore et al., 2011b, s. 74). Differanse i resultatene mellom audit og re-audit ble presentert med antall, prosent og 95% konfidensintervall (95% KI). Pearson Kji kvadrat test ble brukt for å avdekke om det var statistisk signifikante forskjeller mellom kategoriske variabler. Mann Whitney U test ble brukt for å avdekke om det var statistisk signifikante forskjeller mellom kontinuerlige variabler (referanse Polit og Beck). P-verdi < 0,05 ble brukt som grense for statistisk signifikans.

Årsaker til at kvinner ikke fikk kontinuerlig støtte var samlet som kvalitative data i fritekst. Fritekstsvarene ble lest, kategorisert og sammenfattet i meningsbærende enheter, som beskrev essensen og meningen i utsagnene. Resultatene ble beskrevet narrativt, og presentert i figurer for henholdsvis audit og re-audit.

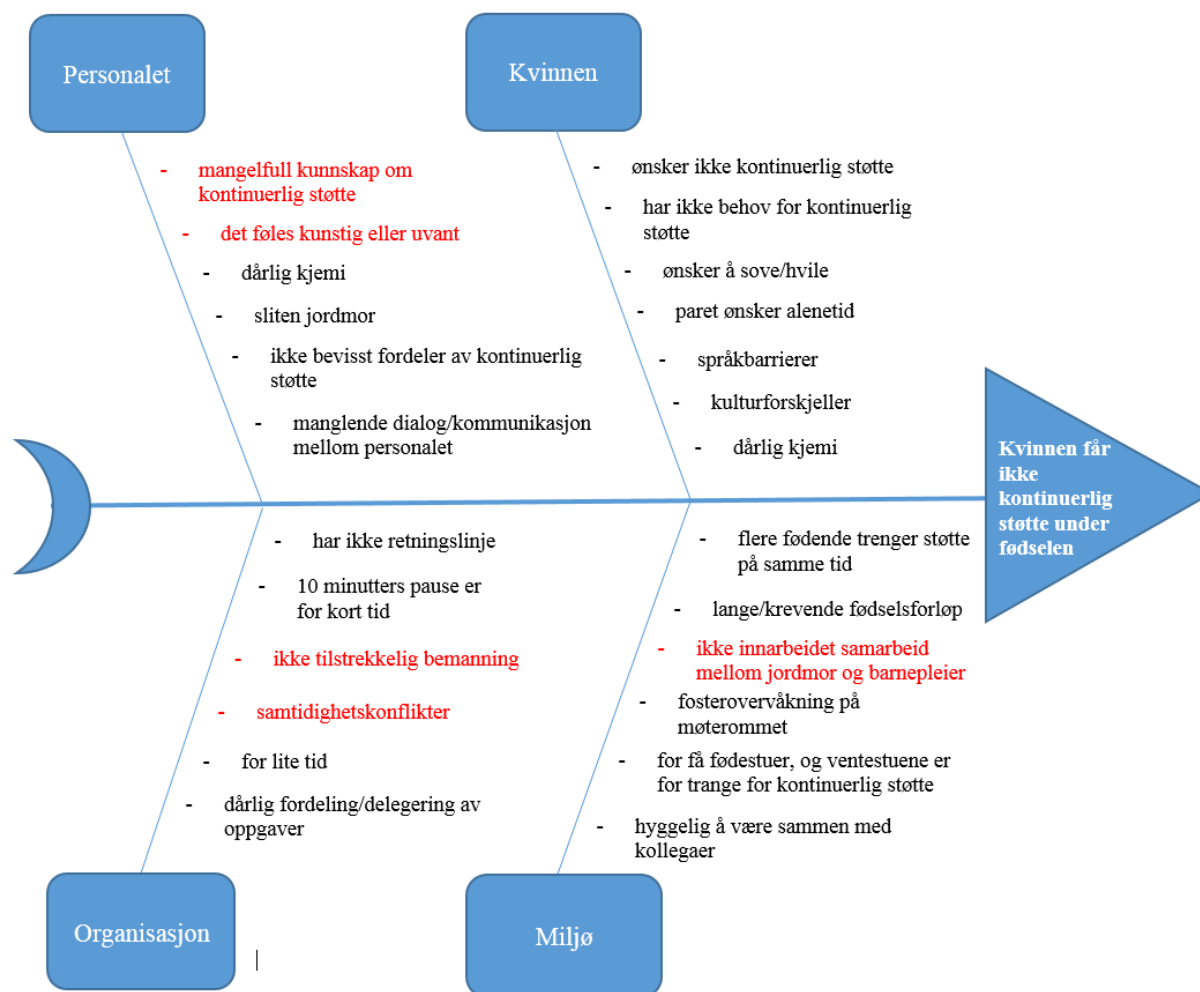
3.3 Trinn 3 – Implementering av endringer

Trinn 3 i klinisk audit er å implementere endringer for å forbedre kvaliteten på helsetjenesten. Å endre eksisterende praksis kan være vanskelig, og krever en systematisk og godt planlagt tilnærming. Strategier for å oppnå endring bør baseres på en grundig analyse av problemet, interessentene og konteksten endringene skal skje i (Ashmore, Ruthven & Hazelwood, 2011a, s. 82; Grol & Wensing, 2013, s. 15).

Resultatet ved audit identifiserte et gap mellom den kunnskapsbaserte anbefalingen og praksis, og vi mente det var nødvendig å gjøre tiltak for å forbedre praksis. Når kvaliteten av omsorgen er lavere enn forventet, er det anbefalt å undersøke underliggende årsaker, og utarbeide en handlingsplan for å implementere endringer som kreves i praksis (Healthcare Quality Improvement Partnership, 2016a, s. 10).

3.3.1 Årsaksanalyse

Resultatene fra audit ble delt med jordmødrene og barnepleierne på fagdage i februar 2018. Jordmødrene og barnepleierne deltar på tre fagdager hvert år i regi av føde- barselseksjonen. Prosjektleder presenterte kunnskapsgrunnet for kontinuerlig støtte under fødselen, kriterium og standard for etterlevelse av beste praksis og resultatene fra audit, som viste at ikke alle kvinner fikk kontinuerlig støtte i tråd med kunnskapsbasert anbefaling. Ledergruppen mente det var behov for endring i praksis, og ønsket å involvere de ansatte i å kartlegge underliggende årsaker til manglende etterlevelse. Vi valgte årsaks-virknings analyse som verktøy for å kartlegge årsakene til at kvinner ikke fikk kontinuerlig støtte under fødselen (Helsebiblioteket, 2010). Verktøyet blir også kalt fiskebeinsdiagram (figur 8). Årsaks-virknings analyse starter alltid med å definere problemet. Problemet vi hadde definert var at «kvinnen får ikke kontinuerlig støtte under fødselen». Vi hadde på forhånd valgt fire hovedkategorier for årsaker til problemet: kvinnen, personale, miljø og organisasjon.



Figur 8 Årsaks-virknings analyse (fiskebeinsdiagram)

Å kartlegge og analysere årsaker bør gjøres som en gruppeøvelse for å få frem flere ulike forståelser (Helsebiblioteket, 2010). På fagdage ble de ansatte delt inn i grupper på 5-6 jordmødre og barnepleiere, som gjennomførte en ide-dugnad for å finne årsaker. Gruppene ble på forhånd fortalt, at målet var å identifisere flest mulig årsaker. De fylte alle årsakene de fant inn i et fiskebeinsdiagram. Gjennom prosessen med å lage fiskebeinsdiagram fikk alle i gruppen innsikt i problemet og mulige løsninger. Til slutt diskuterte gruppene i plenum hva som var hovedårsaker til problemet. Prosjektleder og seksjonsleder samlet alle fiskebeinsdiagrammene når gruppearbeidet var ferdig, og sammenfattet årsakene, som vist i figur 8. Hovedårsakene er markert med rødt i diagrammet. Årsaksanalysen viste at hovedårsaker og viktige barrierer for kontinuerlig støtte under fødselen var: utilstrekkelig bemanning og samtidighetskonflikter, personalets holdninger, mangelfull kunnskap, og manglende samarbeid mellom jordmor og barnepleier.

3.3.2 Søk etter implementeringsforskning

Det er viktig at strategier og tiltak for å implementere kunnskapsbaserte anbefalinger i praksis er basert på robust forskning og grundige vurderinger (Grol, 2013, s. xv).

Implementeringsforskning er forskning på metoder og tiltak for å fremme opptak av forskningsbasert kunnskap i praksis, og har som formål å redusere gapet mellom forskning og praksis (Flottorp & Aakhus, 2013, s. 189).

For å få oversikt over hvilke implementeringstiltak som kan ha effekt for å implementere kontinuerlig støtte under fødselen, søkte vi etter implementeringsforskning i de helsefaglige databasene MEDLINE (Ovid), Embase (Ovid) og PDQ-Evidence. Vi søkte etter systematiske oversikter over kvalitative studier om brukeres erfaringer med kontinuerlig støtte, som kunne bidra med verdifull kunnskap om mulige barrierer for implementering. I MEDLINE (Ovid) brukte vi metodefilter for implementeringsforskning. I MEDLINE (Ovid) og Embase (Ovid) brukte vi metodefilter for systematiske oversikter over kvalitative studier. I PubMed brukte vi funksjonen ”Topic-Specific Queries” og begrenset søket til studier om implementering ved å velge ”Health Services Research”. Videre gikk vi gjennom en liste over systematiske oversikter om implementeringstiltak i The Effective Practice and Organisation of Care Group (EPOC) i Cochrane Library. Fordi standard databasesøk fanger bare opp en liten del av relevante studier og oversikter om implementering, brukte vi også andre søkemetoder, som søk i relaterte artikler, siteringssøk og gjennomgang av referanselister. Dokumentasjon for søkestrategier er vedlagt i vedlegg 12.

Vi inkluderte systematiske oversikter, litteraturstudier og enkeltstudier som var publisert på norsk og engelsk, de siste 15 årene, og som omhandlet implementering av kontinuerlig støtte under fødselen, eller strategier for implementering av kliniske retningslinjer. Vi ekskluderte artikler som handlet om kontinuitet i svangerskap- og fødselsomsorgen. Kvaliteten og overførbarheten på de inkluderte artiklene ble vurdert ved å bruke sjekklister for kritisk vurdering av forskningsartikler (Folkehelseinstituttet, 2014). En litteraturoversikt over implementeringsforskning er vedlagt i vedlegg 16.

3.3.3 Tiltak for å endre praksis - forskningsfunn

Når vi kjente de viktigste årsakene til praksisgapet, var neste steg å velge effektive implementeringstiltak for å møte de kartlagte barrierene (Healthcare Quality Improvement Partnership, 2016a, s. 10). Det anbefales ofte å bruke flere implementeringstiltak for å oppnå forbedring i praksis. Samtidig er ikke antallet viktig, men å velge intervensjoner som sannsynlig har effekt i den enkelte situasjonen (Ashmore et al., 2011a, s. 83).

Funnene i implementeringsforskningen viste at de vanligste barrierene for implementering av kontinuerlig støtte er 1) utilstrekkelig bemanning (Aune et al., 2014, s. 92; Davies & Hodnett, 2002; National Institute for Health and Care Excellence, 2015b, s. 13-14; Nikula et al., 2015, s. 379; Payant et al., 2008, s. 405), 2) manglende kunnskap hos helsepersonell (Nikula et al., 2015, s. 374; Payant et al., 2008, s. 412), 3) negative holdninger til kontinuerlig støtte under fødselen (Aune et al., 2014, s. 92; Baas, Wieggers, de Cock, Koelewijn & Hutton, 2013, s. 79; Davies & Hodnett, 2002, s. 53; Payant et al., 2008, s. 411-412), og 4) dårlig samarbeid mellom helsepersonell (Aune et al., 2014, s. 92; Macdonald et al., 2015, s. 93; Munabi-Babigumira, Glenton, Lewin, Fretheim & Nabudere, 2017). En scoping oversikt over organisatoriske faktorer som kan være barrierer for å implementere kunnskapsbasert praksis, fant fem barrierer som fremhevet seg 1) høy arbeidsbelastning, 2) andre ansatte/ledelse som ikke støttet kunnskapsbasert praksis, 3) mangel på ressurser, 4) manglende myndighet til å endre praksis og 5) motstand mot endring i miljøet (Williams, Perillo & Brown, 2015, s. e39)

De vanligste implementeringstiltakene som blir anbefalt er å skreddersy en implementeringsstrategi for å møte barrierene (Baker et al., 2015), utdanning av personalet (Forsetlund et al., 2009; Yost et al., 2015) og kartlegging av praksis med tilbakemelding (audit & feedback) (N. Ivers et al., 2012).

En systematisk oversikt viste at skreddersydde tiltak for å møte indentifiserte barrierer for etterlevelse av kunnskapsbasert praksis, kan ha effekt for å implementere endringer i praksis, men at effekten varierer fra liten til moderat (Baker et al., 2015, s. 19). Audit og feedback er undersøkt i en systematisk oversikt (N. Ivers et al., 2012, s. 2) som viser at å gi tilbakemeldinger til helsepersonell om etterlevelse av kunnskapsbaserte anbefalinger, fører til små men trolig viktige forbedringer i praksis. Effekten ser ut til å være størst når etterlevelsen er lav i utgangspunktet, når tilbakemeldingen blir gitt av en respektert kollega eller en

overordnet kollega, og når tilbakemelding blir gitt flere ganger. Audit og feedback virker også å ha større effekt når det inkluderer både klare mål og en handlingsplan (N. Ivers et al., 2012, s. 33; N. M. Ivers et al., 2014, s. 1538). En systematisk oversikt (Yost et al., 2015) viste at utdanningstiltak kan ha effekt på sykepleieres anvendelse av kunnskapsbasert praksis, og at multifaseterte undervisningstiltak kan ha effekt på utfall for brukerne. Dette er i tråd med en tidligere systematisk oversikt over effekt av utdanningstiltak som viser at tiltak som kurs og møter kan forbedre klinisk praksis, og at effekten kan økes ved høy deltagelse, å blande interaktiv og didaktisk undervisning, og ved å fokusere på utfall som oppfattes som viktige (Forsetlund et al., 2009, s. 15).

3.3.3. Handlingsplan for å endre praksis i tråd med anbefalingen

På bakgrunn av forskningsfunnene, og kartleggingen av barrierer i praksis, utarbeidet vi en handlingsplan for forbedring av kontinuerlig støtte under fødselen (figur 9). En handlingsplan bør være et levende dokument som kan oppdateres, og som beskriver anbefalte endringer, forbedringstiltak, tidsfrister, og de ansvarlige for å gjennomføre tiltakene (Ashmore et al., 2011a, s. 153-155). I handlingsplanen tok vi utgangspunkt implementeringstiltak som trolig ville ha effekt for implementering av kontinuerlig støtte under fødselen eller implementering av kunnskapsbaserte retningslinjer.

Tiltak i handlingsplanen var 1) tilbakemelding på auditresultater, 2) utarbeide lokale retningslinjer for kontinuerlig støtte, 3) utarbeide retningslinje for koordinering av aktivitet og bemanning ved samtidigetskonflikter, 4) undervisning for personalet, 5) forbedre datakompletheten i Partus og 6) re-audit for å sikre at implementeringstiltakene har forbedret praksis. Seksjonsleder ved føde-barselseksjonen godkjente handlingsplanen før den ble implementert.

Endringsstatus

1. Enighet om anbefalingene - ennå ikke iverksatt tiltak
2. Tiltak iverksatt
3. Anbefaling fullt implementert
4. Anbefaling ble ikke gjennomført
5. Andre

Klinisk audit handlingsplan

Prosjektets tittel		Kontinuerlig støtte av jordmor under fødselen - et kvalitetsforbedringsprosjekt med klinisk audit som metode			
Anbefalinger	Tiltak	Innen dato	Ansvarlig person	Kommentarer	Endringsstatus
1. Tilbakemelding på audit resultater	<ul style="list-style-type: none"> • Formidle informasjon om auditresultater til hovedinteressentene på fagdager, via e-post, intranett og plakater. 	Mars 2018	Elin Sogge		2
2. Retningslinje for kontinuerlig støtte	<ul style="list-style-type: none"> • Utarbeide retningslinje for kontinuerlig støtte. 	April 2018	Elin Sogge og Irene Jensen		1
3. Retningslinje for koordinering av aktivitet og bemanning ved samtidighetkonflikter	<ul style="list-style-type: none"> • Utarbeide retningslinje for koordinering av aktivitet og bemanning ved samtidighetkonflikter. • Ledelsesstøtte ovenfor koordinatører under implementeringsperioden. 	April 2018	Irene Jensen og Nina Høyer		1
4. Undervisning for personalet	<ul style="list-style-type: none"> • Internundervisning for jordmødre og barnepleiere med fokus på holdninger, samarbeid mellom jordmor og barnepleier, og tiltak ved samtidighetkonflikter. 	April 2018	Elin Sogge		1

Figur 9 Handlingsplan klinisk audit

Anbefalinger	Tiltak	Innen dato	Ansvarlig person	Kommentarer	Endringsstatus
5. Forbedre datakomplettheten i Partus	<ul style="list-style-type: none"> • Gi tilbakemelding via meldingstjenesten i Partus ved manglende dokumentasjon. • Fyller inn manglende data når det er mulig. • Identifisere og melde eventuelle feil i programvaren til Sykehuspartner. 	Mai-juni 2018	Elin Sogge		1
6. Sikre at implementeringstiltakene har forbedret praksis	<ul style="list-style-type: none"> • Re-audit i mai-juni. 	Mai-juni 2018	Elin Sogge, Irene Jensen, Nina Høyér og Elisabeth V. Sørensen		1

Figur 9 Handlingsplan klinisk audit

Vi hadde identifisert manglende kunnskap om kontinuerlig støtte som en av de viktigste barrierene for kontinuerlig støtte, og økt kunnskap som viktig for å lykkes med implementeringen. Undervisningstiltak var et implementeringstiltak som krevde lite ressurser for å gjennomføres i vår seksjon. Vi kunne benytte allerede avsatt tid til undervisning, og fagutviklingsjordmor kunne undervise personalet. Vi hadde allerede etablerte arenaer for fagutvikling og opplæring, der vi kunne nå mange ansatte, undervise personalet om fordelene ved kontinuerlig støtte, og hvordan de kan legge til rette for kontinuerlig støtte under fødselen.

De ansatte hadde identifisert at tid og ressurser var en barriere for implementeringen. Vi valgte derfor å utarbeide en retningslinje for håndtering av samtidighetskonflikter (vedlegg 14). Seksjonsleder skulle videre diskutere behov for økt bemanning i helgene med avdelingssjef for Kirurgi sykepleieavdeling. Jordmødrene ønsket også en retningslinje for kontinuerlig støtte under fødselen (vedlegg 13), slik at praksisen ble formalisert, og jordmødrene kunne konsultere retningslinjen hvis noe var uklart. Gode faglige retningslinjer kjennetegnes ved systematisk innhenting og vurdering av forskningsbasert kunnskap, at gruppen som utvikler retningslinjen inkluderer deltagere fra de mest sentrale interessentene, og at anbefalingene samsvarer med kunnskapsgrunnlaget (Fretheim, Flottorp, Oxman & Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2015, s. 2; Greenhalgh, 2014, s. 20).

Vi fulgte Sykehuset i Vestfolds overordnede retningslinje for hvordan faglige retningslinjer og prosedyrer skal systematisk utarbeides og oppdateres. Retningslinjene ble utarbeidet av fagutviklingsjordmor i samarbeid med seksjonsleder, før forlag til retningslinjene ble sendt ut på høring til alle sluttbrukere. Kvalitetsgruppen drøftet deretter høringsinnspillene og seksjonsleder godkjente den endelige retningslinjen. Gjennom denne strukturerte prosessen sikret vi konsensus for endringer i praksis, og forankring hos interessentene (Harrison et al., 2013, s. 117).

For å sikre gjentatte tilbakemeldinger til interessentene om praksis, som er et anbefalt tiltak for å få god effekt av audit & feedback, ble audit resultatene formidlet på fagdage og via e-post til de ansatte. Det ble også utarbeidet en skriftlig rapport etter audit, som beskrev klinisk audit metoden, resultater og implementeringstiltak (vedlegg 17). Rapporten skulle å sikre at interessentene og beslutningstakere kjente prosjektet og kunne lære av resultatene (Healthcare Quality Improvement Partnership, 2016a, s. 9 og 11). Rapporten ble formidlet til ansatte og

sykehusledelsen via e-post, og ved muntlige fremlegg i fagmøter i mars 2018. Etter en implementeringsperiode på 10 uker planla vi å gjennomføre en prospektiv re-audit for å evaluere om tiltakene i implementeringsplanen hadde forbedret praksis. En klinisk audit er ikke fullført før det er vist at implementeringsplanen har ledet til en kvalitetsforbedring. (Healthcare Quality Improvement Partnership, 2016a, s. 11).

3.4 Trinn 4 - Vedlikeholde forbedringer

Det siste trinnet i klinisk audit sirkelen er å gjøre tiltak for å vedlikeholde og opprettholde forbedringer. Det er anbefalt å gjøres en ny kartlegging (re-audit) av praksis for å kontrollere at forbedringstiltakene har blitt gjennomført, og for å evaluere om tiltakene har ledet til forbedringer for brukerne (Ashmore et al., 2011d, s. 95). For å sikre vedvarende forbedringer bør de ansvarlige for kvalitetsforbedringsprosjektet også vurdere om klinisk audit bør gjentas (Healthcare Quality Improvement Partnership, 2016a, s. 11).

3.4.1 Re-audit

Etter en implementeringsperiode på 10 uker, gjennomførte vi en prospektiv re-audit for å evaluere om tiltakene i implementeringsplanen hadde ført til forbedringer i praksis. Vi la vekt på å måle likt mot likt, ikke endre standarder, bruke samme utvalg, samlet data likt, og analysere data likt som ved audit (Ashmore et al., 2011d, s. 97). Jordmødrene fikk fortløpende tilbakemeldinger på dokumentasjon av kontinuerlig støtte via elektroniske meldinger i Partus, ved manglende eller uklare dokumentasjon.

De foreløpige resultatene fra re-audit ble formidlet til de ansatte på fagdage i mai 2018. Deretter ble resultatene diskutert i kvalitetsgruppen i september 2018. Konklusjonen fra kvalitetsgruppen var at selv om ikke optimal standard var nådd, var det trolig var mulig å komme nærmere ideell standard ved ytterligere forbedringer. For å oppnå ytterligere forbedring, må vi arbeide med å implementere allerede iverksatte tiltak fullt ut, og vi må evaluere om det er andre tiltak som kan iverksettes, for å oppnå minst 95 % etterlevelse og komme så nærme 100 % etterlevelse som mulig. Klinisk audit handler om endring og kontinuerlig kvalitetsforbedring. Å vedlikeholde endringer krever vilje til å prøve ut nye måter å gjøre ting på, å få gode ideer raskt ut i praksis, og å gjøre tilpasninger på veien for å

sikre at de ønskede prestasjonsnivået blir opprettholdt over tid (Ashmore et al., 2011d, s. 105).

Viktige faktorer for å vedlikeholde bruk av kunnskap er kontinuerlig evaluering av praksis, et sterkt lederskap, å utarbeide en plan for vedvarende endring, og en kultur som støtter planlagte evalueringer av praksis. Endringer kan også vedlikeholdes og styrkes over tid ved å diskutere og presentere auditresultater jevnlig i passende fora, å lede ved eksempel, motivere ansatte, formidle og sette forventninger, og å fokusere på å lære opp nyansatte (Burgess, 2011, s. 104).

3.4.2 Formidling av resultatene

Et grunnleggende prinsipp klinisk audit av høy kvalitet, er at resultatene av klinisk audit må deles med interessentene (Healthcare Quality Improvement Partnership, 2016a, s. 9 og 11). En skriftlig rapport som beskriver metoder, resultater og utfall tillater alle interessenter å lære av kvalitetsforbedringsprosjektet. Vi planlegger derfor å utarbeide en sluttrapport som beskriver metoden, resultater og utfall, for å sikre at interessentene ser gevinsten av prosjektet og lærer av resultatene. Rapporten bør formidles til klinikere, brukere og sykehusledelsen via e-post, plakater, sykehusets intranett, ved muntlige fremlegg på fagdager og i møter, og til førstelinjetjenesten i heftet ”Praksisnytt”. En klar og transparent rapport bidrar til at klinisk audit kan gjentas med de samme metodene, og at resultatene kan sammenlignes.

4. Resultat

Vi analyserte 276 fødejournaler ved audit, og 276 fødejournaler ved re-audit. Det var bare mindre ikke statistisk signifikante forskjeller i fordelingen av bakgrunnsvariabler ved audit og re-audit (tabell 2).

Tabell 2 Demografiske og kliniske karakteristika ved audit og re-audit

Variabel	Audit N=276	Re-audit N=276	P-verdi*
Parietet, n (%)			0,162
Førstegangsfødende	115 (42)	99 (36)	
Flergangsfødende	161 (58)	177 (64)	
Landbakgrunn, n (%)			0,261
Norge	193 (70)	206 (75)	
Europa utenom Norge	49 (18)	37 (13)	
Annen landbakgrunn**	34 (12)	33 (12)	
Epiduralanalgesi, n (%)			0,660
Ja	105 (38)	100 (36)	
Nei	171 (62)	176 (64)	
Operative inngrep, n (%)			0,503
Akutt keisersnitt	11 (4)	21 (8)	
Operativ vaginal forløsning***	18 (7)	13 (5)	
Ingen operative inngrep	247 (89)	242 (87)	

* Pearson Kji-kvadrat test

** Asia, Afrika, Nord- og Sør-Amerika

*** Vakuumpompe, tang (unntatt tang ved seteleie)

Etterlevelse av anbefalingen om kontinuerlig støtte var 88% ved audit, og 93% ved re-audit. Det var en økning på 5% (95% KI: -0,1 - 9,5, p=0,06) fra audit til re-audit (tabell 3).

Tabell 3 Etterlevelse av anbefalingen om kontinuerlig støtte under fødselen ved audit og re-audit

Kriterium for beste praksis	Audit N=276	Re-audit N=276	Differanse (95% KI)	P-verdi*
Alle kvinner i aktiv fødsel får kontinuerlig støtte av jordmor eller annen kvalifisert fagperson, med unntak av pauser under 10 minutter, eller etter kvinnens ønske, n (%)	244 (88)	257 (93)	13 (5; -0,1 - 9,5)	0,056

* Pearson Kji-kvadrat test

Om kvinnene hadde fått kontinuerlig støtte «ja/nei», var dokumentert i 263 av 276 (95%) fødejournaler ved audit, og i alle 276 fødejournalene (100%) ved re-audit.

Signifikant flere flergangsfødende enn førstegangsfødende fikk kontinuerlig støtte ved audit ($p=0,01$), men ved re-audit fant vi ingen forskjell i kontinuerlig støtte knyttet til parietet ($p=0,9$) (tabell 4). Det var ikke statistisk signifikante forskjeller i etterlevelse av anbefalingen for kontinuerlig støtte knyttet til andre karakteristika ved kvinnene i fødsel, ved audit eller re-audit. Forskjellene relatert til karakteristika var gjennomgående mindre ved re-audit.

Tabell 4 Etterlevelse av anbefalingen om kontinuerlig støtte under fødselen ved audit og re-audit, etter karakteristika ved kvinnene i fødsel

Karakteristika	Audit n/N (%)	P-verdi*	Re-audit n/N (%)	P-verdi*
Parietet		0,011		0,927
Førstegangsfødende	95/115 (83)		92/99 (93)	
Flergangsfødende	149/161 (93)		165/177 (93)	
Landbakgrunn		0,058		0,921
Norge	166/193 (86)		192/206 (93)	
Annen landbakgrunn**	78/83 (94)		65/70 (93)	
Epiduralanalgesi		0,062		0,295
Ja	88/105 (84)		91/100 (91)	
Nei	156/171 (91)		166/176 (94)	
Operative inngrep i fødselen***		0,106		0,633
Ja	23/29 (79)		31/34 (91)	
Nei	221/247 (89)		226/242 (93)	

* Pearson Kji-kvadrat test

** Europa, Asia, Afrika, Nord- og Sør-Amerika

*** Akutt keisersnitt, vakuüm, tang (unntatt tang ved seteleie)

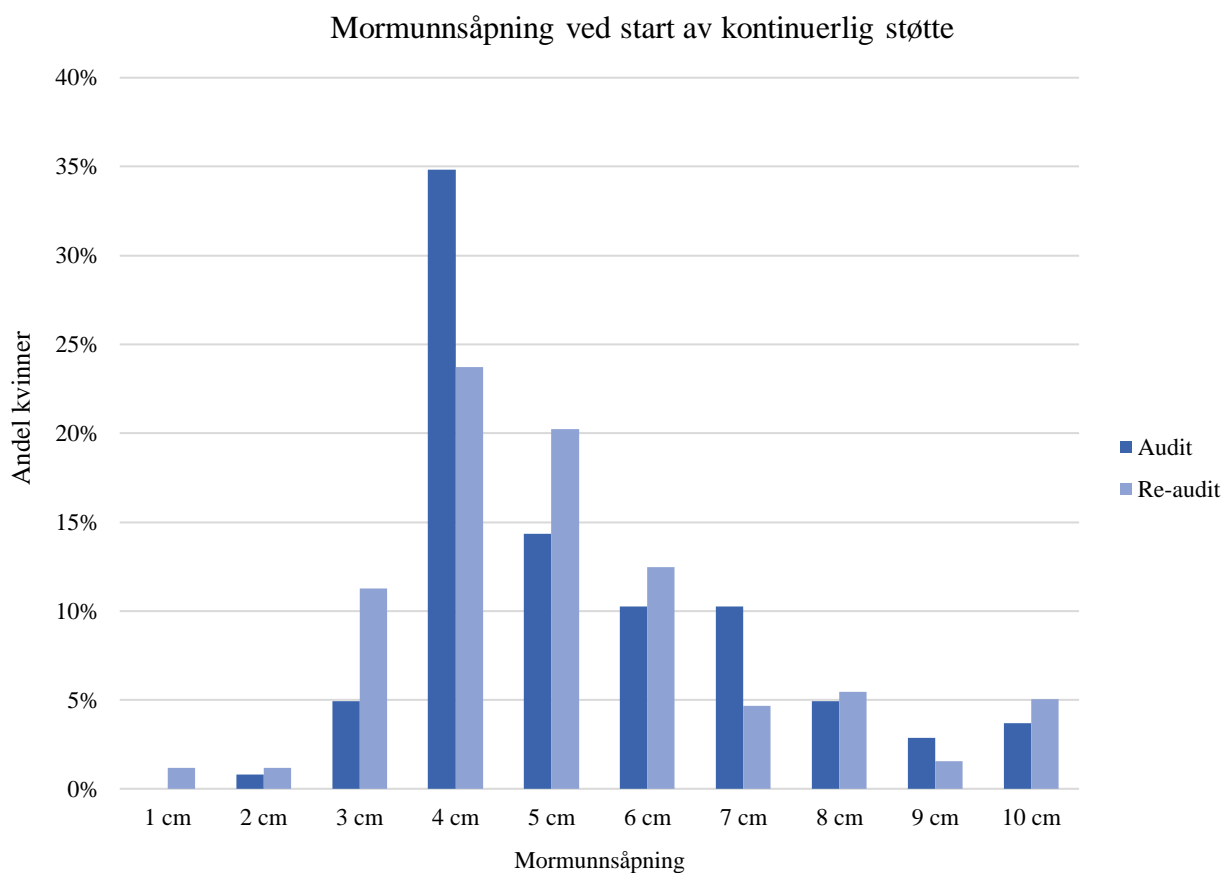
Når kvinnene fikk kontinuerlig støtte i tråd med anbefalingen, var tilstedeværelse dokumentert med en tidslinje i partogrammet i 212 av 244 (87%) av fødejournalene ved audit, og i 223 av 257 (87%) av fødejournalene ved re-audit. Median mormunnsåpning ved start av kontinuerlig støtte, var 5 cm ved begge målingene. Variasjonsbredden var 1 til 10 cm mormunnsåpning ved audit, og 2 til 10 cm mormunnsåpning ved re-audit (tabell 5).

Tabell 5 Mormunnsåpning ved start av kontinuerlig støtte

	Audit n=244	Re-audit n=257	P-verdi*
Dokumentert start kontinuerlig støtte, n (%)	212 (87)	223 (87)	0,970
Median, cm mormunnsåpning	5	5	0,435
Variasjonsbredde	1-10	2-10	

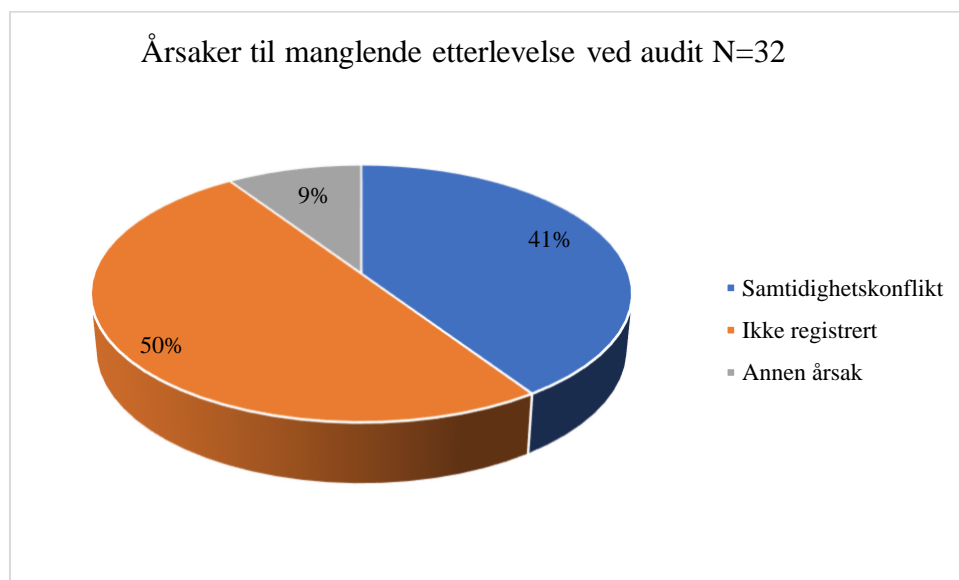
* Mann Whitney U test ved kontinuerlige variabler, Pearson Kji-kvadrat test ved kategoriske variabler

Figur 10 viser at det var vanligst å ha kontinuerlig støtte fra 4 cm mormunnsåpning.

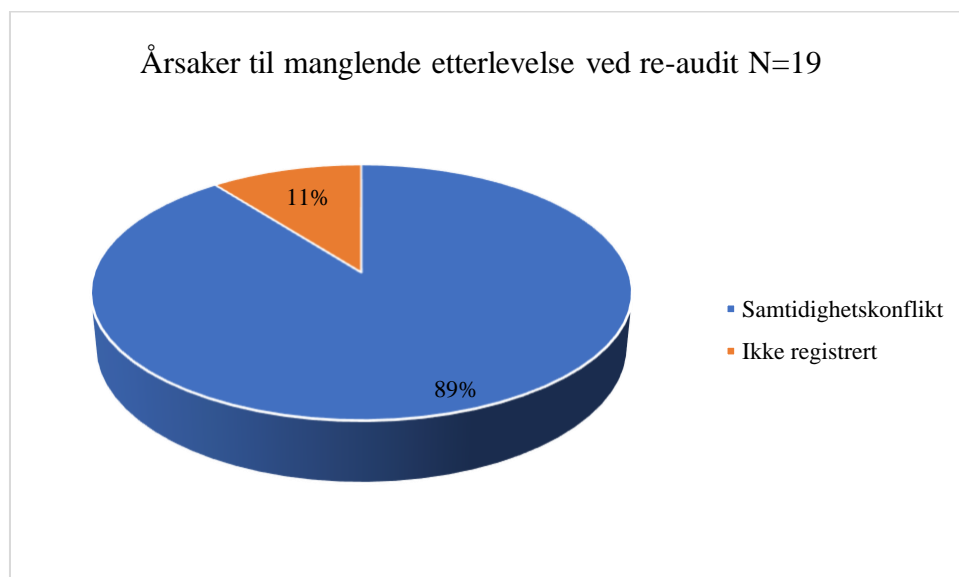


Figur 10 Mormunnsåpning ved start av kontinuerlig støtte

Årsak til at kvinner ikke fikk kontinuerlig støtte i tråd med kriterium for beste praksis, var dokumentert i 16 av 32 (50%) tilfeller ved audit (figur 11), og i 17 av 19 tilfeller (89%) av tilfellene ved re-audit (figur 12). Samtidighetskonflikt var den vanligste dokumenterte årsaken til at kvinner ikke fikk kontinuerlig støtte, både ved audit og re-audit. Ved audit var «andre årsaker» at kvinnen hvilte eller sov (figur 11).



Figur 11 Registrerte årsaker for manglende etterlevelse ved audit



Figur 12 Registrerte årsaker for manglende etterlevelse ved re-audi

5. Diskusjon

Dette kvalitetsforbedringsprosjektet ble gjennomført for å undersøke om kvinner i aktiv fødsel fikk kontinuerlig støtte av jordmor i tråd med kunnskapsbaserte faglige anbefalinger, og iverksette tiltak for å forbedre praksis dersom optimal standard for etterlevelse ikke var nådd. I diskusjonsdelen drøftes styrker og svakheter med metoden for kvalitetsforbedringsprosjektet. Deretter blir resultatene av klinisk audit drøftet og sett i lys av tidligere forskning.

5.1 Drøfting av metode

Klinisk audit er en anerkjent og effektiv metode for å evaluere og forbedre klinisk praksis (R. Burgess, 2011a, s. 1, 9). En systematisk oversikt over effekten av audit og tilbakemeldinger til praksis (audit & feedback), viser at audit & feedback som gjennomføres i tråd med kunnskapsbaserte anbefalinger, har små til moderate, men ofte viktige effekter for å forbedre kvaliteten på helsetjenesten (N. Ivers et al., 2012, s. 33; N. M. Ivers et al., 2014, s. 1538). Kontinuerlig støtte under fødselen er et forbedringsområde som skårer høyt på kriterier for å anvende klinisk audit. På bakgrunn av dette kan vi si at klinisk audit en egnet metode for å forbedre kvaliteten på kontinuerlig støtte under fødselen.

Styrker med klinisk audit som kvalitetsforbedringsmetode er at den fokuserer på å forbedre omsorgen for brukerne, involvere alle interessentene, og at kvalitetsforbedring er en kontinuerlig prosess for å vedlikeholde forbedringer. En begrensning ved klinisk audit kan være at metoden krever tid og ressurser. Hvis ikke alle trinnene i klinisk audit sirkelen blir fullført, er det ikke sannsynlig at klinisk audit vil føre til forbedringer i klinisk praksis (R. Burgess, 2011a, s. 9). I vår seksjon var ledelsen pådrivere for kvalitetsforbedringsprosjektet, og sikret at prosjektet ble tilført tid og ressurser, slik at klinisk audit kunne gjennomføres i tråd med anbefalinger for beste praksis.

Å gjennomføre klinisk audit i tråd med anbefalinger for beste praksis krever metodekunnskap som ikke nødvendigvis er tilgjengelige på praksisstedet. Klinisk audit har ikke den samme utbredelsen som kvalitetsforbedringsmetode i det norske helsevesenet, som for eksempel i England. Derfor kan klinikere som ønsker å gjennomføre klinisk audit, erfare at de ikke har

støtten som trengs fra organisasjonen for å gjennomføre kvalitetsforbedringsprosessen (Healthcare Quality Improvement Partnership, 2016a, s. 4-6). Metoden for klinisk audit er derimot godt beskrevet i litteraturen (R. Burgess, 2011b), og HQIP har utarbeidet omfattende nettressurser for å støtte klinikere i gjennomføringen av lokale klinisk audit prosjekter (Healthcare Quality Improvement Partnership, 2016a, 2018a). En styrke for vårt kvalitetsforbedringsprosjekt var at vi fikk støtte og veiledning fra fag- og forskningsavdelingen ved sykehuset, og fra Høgskulen i Bergen, fordi prosjektet inngikk i denne masteroppgaven. Denne hjelpen bidro til at vi kunne gjennomføre vår første kliniske audit på en robust måte.

5.1.1 Kriterium og standard for beste praksis

Kvalitet i helsetjenesten kan måles ved å sammenligne praksis mot strukturkriterier, utfallskriterier eller prosesskriterier (Ashmore et al., 2011c, s. 34-36). Strukturkriterier beskriver rammene og ressursene som kreves for god kvalitet i helsetjenesten. Utfallskriterier måler brukernes respons på en behandling for å evaluere kvaliteten på helsetjenesten. Prosesskriterier måler handlinger eller beslutninger som er tatt i samspill med brukerne, og sammenligner praksis mot anerkjente standarder for god kvalitet (Ashmore et al., 2011c, s. 34-36). Klinisk audit bruker ofte prosesskriterier som kvalitetsmål, fordi prosesskriterier kan sammenlignes mot kunnskapsbaserte standarder for høy kvalitet, som er sentralt i klinisk audit metoden (Ashmore et al., 2011c, s. 35-36).

Når det eksisterer en sterk kunnskapsbasert anbefaling, som for kontinuerlig støtte under fødselen, kan anbefalingen bruke som et mål på kvalitet (Fretheim et al., 2015, s. 17). Kontinuerlig støtte under fødselen er derfor et prosesskriterium som blir brukt for å vurdere kvaliteten på fødselsomsorgen. National Institute for Health and Care Excellence bruker kontinuerlig støtte av jordmor som kvalitetsindikator for fødselsomsorgen i Storbritannia (National Institute for Health and Care Excellence, 2015a, s. 14-16). Dansk Kvalitetsdatabase for Fødsler (2015) brukte kontinuerlig støtte fra helsepersonell som nasjonal kvalitetsindikator fra 2010 til 2015. Helsedirektoratet (2010, s. 14) har også foreslått «Kontinuerlig tilstedeværelse av jordmor/faglig omsorgsperson i den aktive fase av fødselen» som kvalitetsindikator for fødselsomsorgen i Norge. På bakgrunn av dette mener vi at kontinuerlig støtte under fødselen er et viktig kvalitetsmål for fødselsomsorgen.

Det finnes ingen entydig definisjon av kontinuerlig støtte, og hva som er beste praksis i forhold til hvordan, når, eller av hvem kontinuerlig støtte skal gis (Bohren et al., 2017, s. 8; A. Burgess, 2014, s. 67; Sauls, 2006, s. 36). Burgess anbefaler at standard og kriterium for beste praksis baserer seg på beste tilgjengelige kunnskap, samt profesjonell konsensus i tilfeller der det ikke finnes fastsatte kunnskapsbaserte kriterier for best praksis (Ashmore et al., 2011c, s. 39). En styrke ved vårt prosjekt var at vi gjorde systematiske litteratursøk for å finne oppdatert forskningsbasert kunnskap, og forskningen ble kritisk vurdert, før lokalt kriterium og standard for kontinuerlig støtte under fødselen ble definert. Litteraturen ble vurdert av en person alene, noe som kan gjøre vurderingen mindre pålitelig enn om flere hadde gjort den samme vurderingen.

Definisjoner og kriterier for kontinuerlig støtte under fødselen ble diskutert i tre seksjonsledermøter, og et møte i den tverrfaglige kvalitetsgruppen, før vi kom til konsensus. Slik sikret vi at lokalt kriterium og standard for kontinuerlig støtte fikk legitimitet i fagmiljøet, og god forankring i organisasjonen. En formell konsensusprosess med bruk av sjekklister er best egnet for å ivareta kravene til systematikk og åpenhet rundt utviklingen av kriterier for beste praksis (Ashmore et al., 2011c, s. 38-39; Rygh, Saunes & Skredtveit Moen, 2012, s. 6). I vår prosjekt brukte vi ikke sjekklister, men vurderinger som ble gjort ble skrevet ned i referatene fra møtene. På denne måten ble prosessen godt dokumentert, og er mulig å ettergå ved senere anledninger. Selv om vi baserte vårt kriterium for beste praksis på kunnskapsbaserte retningslinjer og forskningskunnskap av god kvalitet, kan andre komme til andre konklusjoner enn det vi gjorde. Lokale forhold kan også virke inn så lenge definisjonen av kontinuerlig støtte under fødselen ikke er entydig eller fastsatt på nasjonalt nivå.

5.1.2 Involvering av interessenter

Å involvere brukere i kvalitetsforbedringsarbeidet er viktig for å sikre at brukernes perspektiv og behov blir hensyntatt (R. Burgess, 2011a, s. 13). I dette prosjektet ble brukere ikke direkte involvert i prosessen, med hensyn til av omfanget av auditen og hva som var praktisk mulig i den tiden vi hadde til rådighet. Brukerperspektivet ble representert ved å søke og konferere forskningsbasert kunnskap om brukeres erfaringer og behov, og ved å anvende jordmødre og barnepleieres erfaringskunnskap fra samspill med brukerne i klinisk praksis. Det er likevel ikke slik at jordmødre og barnepleiere vet like godt som kvinnene selv hva deres behov og ønsker er. Det er sannsynlig at jordmødre og kvinner kan ha ulike syn på hva som er god

praksis. At brukere ikke var direkte involvert var slik sett en svakhet ved undersøkelsen. I fremtidige kvalitetsforbedringsprosesser bør det derfor vurderes å involvere brukere direkte i gjennomføringen av prosjektet.

At ansatte og ledelsen tidlig ble involvert i kvalitetsforbedringsprosjektet bidro til at prosjektet fikk høy prioritet i organisasjonen og blant de ansatte. Det er avgjørende for å lykkes med å forbedre praksis at ledere og beslutningstakere eier klinisk audit, og er forberedt på å handle i forhold til funnene (R. Burgess, 2011a, s. 9). Det er begrenset hva en ansatt eller en liten gruppe kan gjøre for å sikre endringene som er anbefalt i en klinisk audit. I mange tilfeller er vi avhengige av godkjenning eller støtte på et høyere nivå i organisasjonen, før nødvendige endringer kan skje (R. Burgess, 2011a, s. 12). Klinisk audit var ikke en kjent metode i seksjonen, men at ansatte og ledelsen var interesserte og viste engasjement gjennom hele prosessen var en styrke for kvalitetsforbedringsprosjektet.

5.1.3 Utvalg

Populasjonen for undersøkelsen var alle kvinner i aktiv fødsel ved sykehuset. Vi identifiserte kvinner i aktiv fødsel ved å gå systematisk gjennom fødselsprotokollen. Dette var en rask og sikker metode for å identifisere aktuelle kvinner for inklusjon i klinisk audit. Fordi det er flere kontrollrutiner knyttet til fødejournalen for å sikre at den er komplett, var det liten risiko for at vi skulle overse noen kvinner. Det var enkelt å undersøke en kvinne skulle ekskluderes fra klinisk audit, fordi det alltid blir registrert i fødejournalen om kvinnen er forløst med keisersnitt før aktiv fødsel, eller om kvinnen har født utenfor sykehus.

Å trekke et tilfeldig utvalg av pasienter gir større sannsynlighet for at utvalget er representativt for populasjonen og reduserer risikoen for utvalgsskjevhet (Polit & Beck, 2012, s. 280-281). Denne metoden krever derimot en stor populasjon. Selv om sykehuset har rundt 2000 fødsler i året, ville å trekke et tilfeldig utvalg ta for lang tid siden utvalgsstørrelsen var på 552 kvinner, og vi skulle gjennomføre to målinger. Vi valgte derfor å samle inn data fra alle kvinner i datainnsamlingsperiodene til utvalgsstørrelsen var nådd. Denne metoden reduserer i stor grad muligheten for utvalgsskjevhet, spesielt om perioden er lang nok til å redusere sesongrelaterte skjevheter (Ashmore et al., 2011b, s. 68). I dette prosjektet omfattet audit jul og nyttår, og re-audit omfattet påske. Ferieperioder kan påvirke resultatene fordi det er færre ansatte på arbeid i disse periodene. Fordi datainnsamlingsperioden var over 8 uker,

mener vi at helligdagene ikke påvirket resultatene i stor grad. I den grad det påvirket resultatene var det trolig i negativ retning. Samtidig er fødselsomsorgen forventet å være av høy kvalitet uavhengig av ferieavvikling, høytider, hverdag eller helg, og en klinisk audit er forventet å avspeile den virkeligheten praksis må forholde seg til. Vi mente derfor at høytider kunne inngå i auditperioden.

5.1.4 Auditverktøy

For å vurdere i hvilken grad det er samsvar mellom kontinuerlig støtte under fødselen i praksis og den kunnskapsbaserte anbefalingen, må kartleggingsverktøyet vi bruker samle inn pålitelige (reliable) og gyldige (valide) data. Validitet vil si at verktøyet har evne til å skille mellom kvinner som får kontinuerlig støtte, og kvinner som ikke får kontinuerlig støtte (Polit & Beck, 2012, s. 336). Basert på anbefalingene fra Dansk Kvalitetsdatabase for Fødsler (2015, s. 15) om valide data for å vurdere kontinuerlig støtte under fødselen, vurderte vi at løsningen for å dokumentere kontinuerlig støtte i fødejournalen (kapittel 3.2.3), var i tråd med anbefalingene og kunne gi valide data.

At auditverktøyet samler pålitelige data vil si om samme verdier samles inn hvis målingene gjentas (Polit & Beck, 2012, s. 331). Tilbakemeldingene fra datainnsamlerene var at auditverktøyet var enkelt å bruke og forstå. Vi beregnet 98% interrater-reability ved audit og 96% interrater-reability ved re-audit, som indikerte at datainnsamlingen var pålitelig (Healthcare Quality Improvement Partnership, 2011, s. 4). Risiko for systematiske feil i datainnsamlingen var liten fordi vi var en liten gruppe som samlet data, datainnsamlerene fikk opplæring, auditverktøyet ble pilotert og forbedret på grunnlag av tilbakemeldinger. Det kan være en svakhet for fremtidig audit, at det ikke var laget en bruksanvisning som fulgte med auditverktøyet. Selv om auditverktøyet var designet for å være selvforklarende, bør det utarbeides en bruksanvisning med auditverktøyet før neste audit.

5.1.5 Datamateriale

Ved audit så vi at datakomplettheten for registreringene i Partus måtte forbedres. Ved audit manglet 5 % av journalene registrering av kontinuerlig støtte under fødselen. I journaler der det var registrert at kvinnene hadde kontinuerlig støtte, manglet 13% av journalene fortløpende registrering av kontinuerlig støtte i partogrammet. De manglende registreringene

var tilfeldig fordelt i materialet, som gir lavere risiko for systematiske skjevheter, men manglende verdier kan likevel gjøre det vanskeligere å tolke resultatene, fordi beregningsgrunnlaget blir mindre og vi får mindre presise data (Nasjonalt Servicemiljø for medisinske kvalitetsregistre, 2018). Løsningen i Partus for å registrere kontinuerlig støtte var ny fra oktober 2017, som kan være en bakenforliggende årsak til manglende registreringer. Vi forventet derfor at tilbakemeldinger til jordmødrene og oppfølging av eventuelle feil i Partus, kunne forbedre datakomplektheten ved re-audit.

I en periode i desember 2017 var det ikke mulig å registrere tilstedeværelse i partogrammet lenger tilbake enn 6 timer. Det gjorde at jordmødre ikke kunne avslutte en registrering de hadde påbegynt, når det hadde gått mer en 6 timer. Det medførte videre at neste jordmor heller ikke fikk registrert sin tilstedeværelse. Dette løste vi med at jordmødrene registrerte tilstedeværelse i notater i partogrammet. Slik påvirket ikke feilen datakvaliteten i nevneverdig grad. Noen jordmødre er likevel ikke fornøyd med løsningen for hvordan tilstedeværelse dokumenteres i partogrammet. Det er for lett å glemme å avslutte registreringen i vaktskiftet, jordmor som kommer på vakt ønsker ikke å rette i andres opplysninger, og det er vanskelig å vite om kontinuerlig tilstedeværelse er reell når linjen i partogrammet ikke er avsluttet korrekt. At jordmødre opplever funksjonaliteten som lite brukervennlig, ble meldt videre til leverandøren i januar 2018, som igjen registrerte det som endringsønske for neste versjon av Partus.

5.1.6 Implementering av endringer

Erfaringen fra implementeringsperioden var at 10 uker var for kort tid til å implementere alle endringene vi hadde planlagt. Vi kunne ikke legge opp til implementering i sommerferieperioden, da det erfaringsmessig er en travel periode ved fødeenheten, og fagutviklingsjordmor tas ut i arbeid i klinikken. Høsten er erfaringsmessig en tid på året da vi har tid til å jobbe i en lengre periode med kvalitetsforbedringsarbeid. Det er en god tid å starte på en ny audit, søke litteratur på nytt, revidere handlingsplanen, planlegge en lengre implementeringsperiode før vi gjør en ny kartlegging.

Noen ganger kan små endringer føre til store forandringer på kort tid, men store endringer må ofte implementeres over en lengre periode før de fører til forbedringer (National Institute for Health and Care Excellence (NICE), 2018). Implementering av nye retningslinjer og tiltak for

å forbedre bemanningen ved samtidighetskonflikter er eksempel på større endringer, som det må arbeides med over lengre tid. Retningslinjen for håndtering av samtidighetskonflikter ble for eksempel ikke ferdig godkjent før etter implementeringsperioden. Vi kan derfor ikke forvente effekt av dette implementeringstiltaket, men å utarbeide retningslinjen var det var et viktig arbeid for å gjøre noe med en av hovedårsakene til at kvinner ikke fikk kontinuerlig støtte.

Barrierer knyttet til personalet handlet om kunnskap og holdninger til kontinuerlig støtte. Til tross for den sterke evidensen for fordeler ved kontinuerlig støtte, mangler jordmødre kunnskap om hovedelementer og fordeler av tiltaket (Nikula et al., 2015, s. 374; Payant et al., 2008, s. 412). For å møte barrieren manglende kunnskap, utviklet vi en lokal retningslinje for kontinuerlig støtte. Vi hadde internundervisning, med fokus på den nye retningslinjen og samarbeid mellom jordmødre og barnepleiere. Det var dessverre lite oppmøte til internundervisningen på grunna travel avdeling. Vi bør i fremtiden legge undervisningen til fagdager, der alle har mulighet til å delta. Fagdage er et effektivt møtested fordi vi treffer alle ansatte innenfor et kort tidsrom. Det gir oss muligheten til å sette fokus på et viktig tema for kvalitetsforbedring, og ledelsen kan formidle sin forventning.

Gjennom samtaler med personalet ga både jordmødre og barnepleier uttrykk for at det var blitt mer fokus på samarbeid mellom jordmødre og barnepleiere for å sikre kontinuerlig støtte. Særlig var det barnepleiere som uttrykte at de var fornøyd med dette. de uttrykte et ønske om å bidra med å støtte kvinnene, ikke bare bli satt til praktiske gjøremål.

5.2 Drøfting av resultater.

Resultatene av undersøkelsen viser en relativt høy etterlevelse av beste praksis ved audit, og en liten ikke signifikant endring i andelen kvinner som fikk kontinuerlig støtte under fødselen ved re-audit, men optimal standard er ikke oppnådd. Det er usikkerhet knyttet til om implementeringstiltakene rettet mot barrierer for beste praksis, hadde effekt for å endre praksis. Forskning viser at det ofte kan være vanskelig å oppnå endring i helsepersonells praksis (Ashmore et al., 2011a, s. 82; Grol & Wensing, 2013, s. 5). Implementeringsforskning viser også at implementeringstiltak vanligvis har liten til moderat effekt (Fretheim et al., 2015, s. 4; N. M. Ivers et al., 2014, s. 1537). Audit og feedback, som ble brukt som implementeringstiltak i denne undersøkelsen, har vist best effekt når etterlevelsen i

utgangspunktet er lav. Den høye etterlevelsen ved audit kan være en forklaring på hvorfor endringen i praksis ikke var større ved re-audit.

Fordi etterlevelsen var relativt høy ved audit har vi reflektert over om Hawthorne effekten hadde oppstått under audit. Hawthorne effekten vil si at individer som vet de undersøkes endrer adferd til det de vet er forventet. Adferden som observeres under datainnsamlingsperioden vil da ofte avta eller bli borte når kartleggingen er over (Ashmore et al., 2011b, s. 66). Det kan tenkes at den høye etterlevelsen skyldes at jordmødrene ble informert om undersøkelsen på fagdage i oktober 2017. Kontinuerlig støtte under fødselen var allerede et samtaletema på vaktrommet, jordmødre og barnepleier diskuterte definisjonen, og hvordan de praktisk skulle kunne være tilstede når flere kvinner var i fødsel samtidig. Jordmødre og barnepleierne var fra tidligere kjent med anbefalingen fra Helsedirektoratet, og oppdraget fra helsemyndighetene om å sikre at kontinuerlig støtte ble gitt til alle kvinner under fødselen. Disse faktorene kan ha bidratt til å endre de ansattes adferd allerede før første kartlegging av praksis. Det er derfor viktig å følge opp med nye målinger for å se om etterlevelsen av kontinuerlig støtte under fødselen er vedlikeholdt.

Manglende dokumentasjon kunne påvirke resultatet, fordi alle blanke journaler ble registrert som «nei» for å beregne etterlevelse. Ved audit var det ikke dokumentert om kvinnen fikk kontinuerlig støtte «ja/nei» i 5 % av journalene. Et verstefallssenario var at disse kvinnene ikke fikk kontinuerlig støtte. Ved re-audit gjorde vi tiltak for å forbedre datakompletheten, som resulterte i at kontinuerlig støtte «ja/nei» var dokumentert i alle journalene ved re-audit. Det kan tenkes at forbedringen i dokumentasjon bidro til endringen i etterlevelse fra audit til re-audit.

Vi analyserte om det var forskjeller i om kvinner fikk kontinuerlig støtte relatert til ulike karakteristika ved kvinnene og fødslene. En studie i Canada har vist at sykepleiere for eksempel er mindre tilstede hos kvinner som har EDA (Payant et al., 2008, s. 411) . Vi ville derfor kartlegge om kvinner med ulike karakteristika fikk lik behandling. Ved audit fikk signifikant flere flergangsfødende kontinuerlig støtte enn førstegangsfødende. For andre karakteristika var det ikke signifikante forskjeller ved audit. Ved re-audit var forskjellene mellom gruppene mindre og til dels borte. For parietet og landbakgrunn var det ingen forskjell ved re-audit.

Dokumentasjon av tilstedeværelse med en tidslinje i partogrammet, manglet i 13% av fødejournalene ved audit. Tidslinjen i partogrammet var viktig for å sikre valide data om kontinuerlig støtte under fødselen (Dansk Kvalitetsdatabase for Fødsler, 2015, s. 15). En årsak til manglende registreringer, kan være at løsningen var ny i fødejournalen. Jordmødrene opplyste også at de glemte å registrere det. Vi gjorde derfor tiltak for å øke datakomplettheten ved re-audit. Alle jordmødre fikk tilbakemelding via elektronisk melding i fødejournalen, når det manglet registrering av etterlevelse i partogrammet. Ved re-audit manglet fortsatt 13% av journalene registrering av tilstedeværelse, som tyder på at tilbakemeldingene ikke hadde umiddelbar effekt. Registrering av kontinuerlig tilstedeværelse i partogrammet er et område det bør fokuseres på videre, for å sikre valide data.

Helsedirektoratet (2010) anbefaler kontinuerlig støtte av jordmor så tidlig i aktiv fase av fødselen som mulig. Aktiv fase definerte vi som 4 cm mormunnsåpning og regelmessige rier. For å undersøke når i fødselsforløpet kvinner fikk kontinuerlig støtte, mente vi derfor at mormunnsåpning kunne være en relevant indikator. Resultatene ved audit og re-audit viste at flest kvinner fikk kontinuerlig støtte i starten av fødselens aktive fase, det vil si fra 4 cm mormunnsåpning. Medianverdien var 5 cm mormunnsåpning ved start av kontinuerlig støtte. Det vil si at noen kvinner får kontinuerlig støtte tidlig i fødselsforløpet, og noen får også kontinuerlig støtte relativt sent i fødselen. En kilde til usikkerhet rundt disse resultatene er at jordmødre ikke alltid registrerer mormunnsåpning direkte knyttet til start av kontinuerlig støtte. Mormunnsåpning kan derfor være et relativt upresist mål for å vurdere etterlevelsen av anbefalingen om kontinuerlig støtte så tidlig som mulig i aktiv fødsel. Bohren et al. (2017) foreslår at et mål kan være at kvinnen får kontinuerlig støtte innen en time etter innleggelse, men det ekskluderer alle som ligger inne til induksjon av fødselen, som ikke er i aktiv fødsel når de legges inn. I England kartlegges hvor mange kvinner som opplever å ha blitt forlatt av jordmor, på et tidspunkt i fødselen som gjorde at hun eller partneren ble bekymret. I 2017 svarte 8 % av kvinnene at de hadde opplevd dette (Care Quality Commission, 2018, s. 26). En mer kvalitativ tilnærming kan kanskje fortelle oss mer om kvaliteten knyttet til kontinuerlig støtte enn bare å telle. «...not everything that can be counted counts, and not everything that counts can be counted». (Cameron, 1963).

Den vanligste dokumenterte årsaken i fødejournalen til at kvinner ikke fikk kontinuerlig støtte, var samtidigetskonflikter, både ved audit og re-audit. Dette er i tråd med funnene i årsaksanalysen etter audit, der jordmødre og barnepleiere pekte på utilstrekkelig bemanning

som en hovedårsak til at kvinner ikke fikk kontinuerlig støtte. Samtidighetskonflikter oppstår når det er flere kvinner i aktiv fødsel enn jordmødre som kan være kontinuerlig tilstede. (National Institute for Health and Care Excellence, 2015b, s. 27). Jordmødrene ved vår fødeenhet beskriver at de på vakter der mange kvinner er i aktiv fødsel samtidig, må gå mellom flere kvinner i aktiv fødsel. Når jordmødrene har det travelt har også barnepleierne det travelt, og da hender det at kvinnene og ledsager blir alene i en periode lenger enn 10 minutter under fødselen. Utilstrekkelig bemanning er en kjent barriere for kontinuerlig støtte fra jordmor under fødselen (Aune et al., 2014, s. 92; Davies & Hodnett, 2002; National Institute for Health and Care Excellence, 2015b, s. 13-14; Nikula et al., 2015, s. 379; Payant et al., 2008, s. 405; Williams et al., 2015). Kartleggingen viste at full etterlevelse av anbefalingen om kontinuerlig støtte var mulig på vakter med tilstrekkelig bemanning. Det bør derfor jobbes videre med å sikre lik bemanning på alle vakter, og opprette systemer som sikrer tilkalling av nødvendig personell, når aktiviteten er høyere enn det tilgjengelig personell kan håndtere. Samtidig er det ofte vanskelig å få tilført økte ressurser i helsetjenesten, det er en forventning om at oppgavene skal dekkes innenfor eksisterende rammer. Å arbeide for økt bemanning ved fødeenheten må derfor løftes opp til beslutningstakere ved sykehuset.

Ved å kartlegge barrierer for beste praksis, og arbeide med tiltak rettet mot de kartlagte barrierene, har vi synliggjort forutsetningene for etterlevelse av anbefalingen om kontinuerlig støtte under fødselen i vår praksis. Den viktigste forutsetningen for kontinuerlig støtte under fødselen virker å være tilstrekkelig bemanning. Vi nådde ikke optimal standard, og har et mål om å komme så tett opptil ideell standard som mulig. Derfor anbefales derfor at vi fortsatt har fokus på kontinuerlig støtte under fødselen, og at vi undersøker etterlevelsen av kontinuerlig støtte med en årlig klinisk audit for å vedlikeholde og forbedre kvaliteten i praksis. Dette var den første kliniske auditen som er gjennomført ved vår seksjon. Vi har erfart at det er viktig å basere kriterier og standard for høy kvalitet, på beste tilgjengelige forskningsbaserte kunnskap. Godt samarbeid og dialog mellom ledelsen og de ansatte har også vært viktig i kvalitetsforbedringsarbeidet. I fremtiden ville det være nyttig å kunne sammenligne praksis med andre sykehus i Norge, basert på en felles definisjon av kontinuerlig støtte, og underbygget av en nasjonal faglig retningslinje for fødselsomsorgen.

6. Konklusjon

Helseforetakene i Norge fikk i 2017 som oppdrag å dokumentere om kvinner fikk kontinuerlig støtte av jordmor under fødselen, og bruke resultatene til kvalitetsforbedring. For å undersøke andelen kvinner som fikk kontinuerlig støtte under fødselen i tråd med kunnskapsbaserte anbefalinger, kartla vi praksis med klinisk audit som metode. Resultatene viste relativt høy etterlevelse ved audit, men optimal standard var ikke oppnådd.

Ved å involvere ansatte og ledelsen i kvalitetsforbedringsarbeidet, og kartlegge årsaker til manglende etterlevelse av kontinuerlig støtte, ble forutsetninger for kontinuerlig støtte under fødselen ved vår fødeenhet synliggjort. Lokale barrierer for kontinuerlig støtte var utilstrekkelig bemanning og samtidighetskonflikter, personalets holdninger eller manglende kunnskap. En skreddersydd handlingsplan for å overkomme identifiserte barrierer, basert på eksisterende implementeringsforskning, ledet til en liten endring i praksis men optimal standard er fortsatt ikke oppnådd. Undersøkelsen viser likevel at det er realistisk å forbedre praksis videre opp mot ideell standard, som betyr at alle kvinner i aktiv fødsel får kontinuerlig støtte av jordmor under fødselen. Det anbefales derfor å fortsette kvalitetsforbedringsarbeidet, og kartlegge praksis en årlig klinisk audit, for å forbedre og vedlikeholde etterlevelsen av kontinuerlig støtte under fødselen.

Referanseliste

- Adams, E. D. & Bianchi, A. L. (2008). A Practical Approach to Labor Support. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 37(1), 106-115. doi:10.1111/j.1552-6909.2007.00213.x
- AGREE Next Steps Consortium. (2017). *The AGREE II Instrument*. Hentet fra <https://www.agreetrust.org/wp-content/uploads/2017/12/AGREE-II-Users-Manual-and-23-item-Instrument-2009-Update-2017.pdf>
- Ashmore, S., Ruthven, T. & Hazelwood, L. (2011a). Implementing change. I R. Burgess (Red.), *New principles of best practice in clinical audit* (s. 81-92). Oxford: Radcliffe Publishing.
- Ashmore, S., Ruthven, T. & Hazelwood, L. (2011b). Measuring performance. I R. Burgess (Red.), *New principles of best practice in clinical audit* (s. 59-79). Oxford: Radcliffe Publishing.
- Ashmore, S., Ruthven, T. & Hazelwood, L. (2011c). Preparation, planning and organisation of clinical audit. I R. Burgess (Red.), *New principles of best practice in clinical audit* (s. 23-58). Oxford: Radcliffe Publishing.
- Ashmore, S., Ruthven, T. & Hazelwood, L. (2011d). Sustaining improvement. I R. Burgess (Red.), *New principles of best practice in clinical audit* (s. 93-106). Oxford: Radcliffe Publishing.
- Aune, I., Amundsen, H. H. & Skaget Aas, L. C. (2014). Is a midwife's continuous presence during childbirth a matter of course? Midwives' experiences and thoughts about factors that may influence their continuous support of women during labour. *Midwifery*, 30(1), 89-95. doi:10.1016/j.midw.2013.02.001
- Ausvet. (2017). Epitools epidemiological calculators. Hentet 6. november 2017 fra <http://epitools.ausvet.com.au/content.php?page=2Proportions>
- Baker, R., Camosso-Stefinovic, J., Gillies, C., Shaw, E. J., Cheater, F., Flottorp, S., ... Jager, C. (2015). Tailored interventions to address determinants of practice. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(4), CD005470. doi:10.1002/14651858.CD005470.pub3
- Barrett, S. J. & Stark, M. A. (2010). Factors associated with labor support behaviors of nurses. *J Perinat Educ*, 19(1), 12. Hentet fra <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2820357/pdf/jpe-19-012.pdf>

- Bernitz, S., Dalbye, R., Øian, P., Zhang, J., Eggebø, T. M. & Blix, E. (2017). Study protocol: the Labor Progression Study, LAPS - does the use of a dynamic progression guideline in labor reduce the rate of intrapartum cesarean sections in nulliparous women? A multicenter, cluster randomized trial in Norway. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(1), 370. doi:10.1186/s12884-017-1553-8
- Bohren, M. A., Hofmeyr, G. J., Sakala, C., Fukuzawa, R. K. & Cuthbert, A. (2017). Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(7). doi:10.1002/14651858.CD003766.pub6
- Bowers, B. B. (2002). Mothers' experiences of labor support: Exploration of qualitative research. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 31(6), 742-752. doi:10.1177/0884217502239218
- Brouwers, M. C., Kho, M. E., Browman, G. P., Burgers, J. S., Cluzeau, F., Feder, G., ... Consortium, A. N. S. (2010). AGREE II: advancing guideline development, reporting and evaluation in health care. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal*, 182(18), E839-842. doi:10.1503/cmaj.090449
- Burgess, A. (2014). An Evolutionary Concept Analysis of Labor Support. *International Journal of Childbirth Education*, 29(2), 64-72.
- Burgess, R. (2011a). Introduction: Foundations, tradition and new directions - the future of clinical audit in a new decade. I R. Burgess (Red.), *New principles of best practice in clinical audit* (s. 1-21). Oxford: Radcliffe Publishing.
- Burgess, R. (Red.). (2011b). *New principles of best practice in clinical audit*. (2. utg.). Oxford: Radcliffe Publishing.
- Baas, C., Wiegers, T., de Cock, P., Koelewijn, J. & Hutton, E. (2013). Continuous support during childbirth by maternity care assistants: An exploration of opinions in the Netherlands. *International Journal of Childbirth*, 3(2), 76. doi:10.1891/2156-5287.3.2.76
- Cameron, B. W. (1963). *Informal sociology: a casual introduction to sociological thinking*. New York: Radom House.
- Care Quality Commission. (2018). *2017 survey of women's experiences of maternity care*. Hentet fra <https://www.cqc.org.uk/publications/surveys/maternity-services-survey-2017>
- Dansk Kvalitetsdatabase for Fødsler. (2015). *Dansk Kvalitetsdatabase for Fødsler - Kommenteret årsrapport 2015*. Hentet fra <http://www.rkkp.dk/om-rkkp/de-kliniske-kvalitetsdatabaser/foedsler/>

- Davies, B. L. & Hodnett, E. (2002). Labor support: Nurses' self-efficacy and views about factors influencing implementation. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 31(1), 48-56.
- Djulbegovic, B. & Guyatt, G. H. (2017). Progress in evidence-based medicine: a quarter century on. *Lancet (London, England)*, 390(10092), 415. doi:10.1016/S0140-6736(16)31592-6
- Flottorp, S. & Aakhus, E. (2013). Implementeringsforskning ; vitenskap for forbedring av praksis. *Norsk epidemiologi*, 23(2), 187-196.
- Folkehelseinstituttet. (2014). Sjekklistor for vurdering av forskningsartikler. Hentet fra <https://www.fhi.no/kk/oppsummert-forskning-for-helsetjenesten/sjekklistor-for-vurdering-av-forskingsartikler/>
- Folkehelseinstituttet. (2015). Modell for kvalitetsforbedring. Hentet 24. oktober 2018 fra <http://www.helsebiblioteket.no/kvalitetsforbedring/slik-kommer-du-i-gang/modell-for-kvalitetsforbedring>
- Forsethlund, L., Bjorndal, A., Rashidian, A., Jamtvedt, G., O'Brien, M. A., Wolf, F., ... Oxman, A. D. (2009). Continuing education meetings and workshops: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(2), CD003030. doi:10.1002/14651858.CD003030.pub2
- Fretheim, A., Flottorp, S., Oxman, A. D. & Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. (2015). *Effekt av tiltak for implementering av kliniske retningslinjer* (9788281219595). Oslo.
- Goldet, G. & Howick, J. (2013). Understanding GRADE: an introduction. *Journal of Evidence-Based Medicine*, 6(1), 50-54.
- Greenhalgh, T. (2014). *How to Read a Paper : The Basics of Evidence-Based Medicine* (5. utg.). Hoboken: Wiley.
- Grol, R. (2013). Introduction. I R. Grol, M. Wensing, M. Eccles & D. Davis (Red.), *Improving patient care : the implementation of change in health care* (2. utg., s. xiii-xvii). Chichester: Wiley-Blackwell BMJ Books.
- Grol, R., Ouwens, M. & Wollersheim, H. (2013). Planning and organizing the change process. I R. Grol, M. Wensing, M. Eccles & D. Davis (Red.), *Improving patient care : the implementation of change in health care* (2. utg., s. 64-76). Chichester: Wiley-Blackwell BMJ Books.

- Grol, R. & Wensing, M. (2013). Implementation of change in healthcare: a complex problem. I R. Grol, M. Wensing, M. Eccles & D. Davis (Red.), *Improving patient care : the implementation of change in health care* (2. utg., s. 3-15). Chichester: Wiley-Blackwell BMJ Books.
- Harrison, M. B., Graham, I. D., Fervers, B. & van den Hoek, J. (2013). Adapting knowledge to local context. I S. E. Straus, J. Tetroe & I. D. Graham (Red.), *Knowledge translation in health care: moving from evidence to practice* (s. 110-120). Chichester: Wiley-Blackwell.
- Healthcare Quality Improvement Partnership. (2011). *Guide to Ensuring Data Quality in Clinical Audits*. Hentet fra <https://www.hqip.org.uk/resource/hqip-guide-to-ensuring-data-quality-in-clinical-audits/#.W8tGIC3JK7o>
- Healthcare Quality Improvement Partnership (2011). *Transforming Clinical Audit Data into Quality Improvements*. Hentet fra https://www.hqip.org.uk/wp-content/uploads/pelerous_media_manager/public/253/E-learningProgrammes/Training%20Transforming/LQIT-uploads/HQIP-Learner-Booklet-all.pdf
- Healthcare Quality Improvement Partnership. (2016a). *Best Practice in Clinical Audit*. Hentet fra <https://www.hqip.org.uk/resources/best-practice-in-clinical-audit-hqip-guide/>
- Healthcare Quality Improvement Partnership. (2016b). *Developing a clinical audit programme*. Hentet fra <https://www.hqip.org.uk/resource/developing-a-clinical-audit-programme/>
- Healthcare Quality Improvement Partnership. (2016c). *Guide for Clinical Audit Leads*. Hentet fra <https://www.hqip.org.uk/wp-content/uploads/2016/08/FINAL-HQIP-Guide-for-Clinical-Audit-Leads.pdf>
- Healthcare Quality Improvement Partnership. (2018a). About Us - Measuring and improving our healthcare services. Hentet fra <https://www.hqip.org.uk/about-us/>
- Healthcare Quality Improvement Partnership. (2018b). *An introduction to analysing quality improvement & assurance data*. Hentet fra <https://www.hqip.org.uk/wp-content/uploads/2018/10/FINAL-An-Introduction-to-Data-Analysis-October-2018.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2001). *Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)* (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

- Helse- og omsorgsdepartementet. (2012). *God kvalitet - trygge tjenester : kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten* (Meld. St. 10 (2012-2013)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-10-20122013/id709025/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2013). *Kvalitet og pasientsikkerhet 2013* (Meld. St. 11 (2014-2015)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/Meld-St-11-20142015/id2345641/?q=stortingsmelding%2011%202013>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2017a). *Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2016-10-28-1250>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2017b). *Kvalitet og pasientsikkerhet 2016* (Meld. St. 6 (2017 – 2018)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-6-20172018/id2581316/sec1>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2017c). *Oppdragsdokument 2017 Helse Sør-Øst RHF*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/bd8a11644b744dec8a8dc452794000e4/oppdragsdokument-helse-sor-ost-rhf-2017-c.pdf>
- Helsebiblioteket. (2010). Fiskebeinsdiagram. Hentet fra <https://www.helsebiblioteket.no/kvalitetsforbedring/metoder-og-verktoy/fiskebeinsdiagram>
- Helsebiblioteket. (2016). Sjekklistor. Hentet fra <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor>
- Helsebiblioteket. (2018). Kvalitetsforbedring. Hentet 24. oktober 2018 fra <https://www.helsebiblioteket.no/kvalitetsforbedring>
- Helsedirektoratet. (2010). *Et trygt fødetilbud. Kvalitetskrav til fødselsomsorgen* (IS-1877). Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/et-trygt-fodetilbud-kvalitetskrav-til-fodselomsorgen>
- Helsedirektoratet. (2017). *Ledelse og kvalitetsforbedring. Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten* (IS-2620). Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/ledelse-og-kvalitetsforbedring>
- Hopayian, K., Martin, J., Cartabellotta, A., Glasziou, P., Summerskill, W., Dawes, M., ... Osborne, J. (2005). Sicily statement on evidence-based practice. *BMC Medical Education*, Vol.5(1), 1-7. Hentet fra <https://bmcomeduc.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1472-6920-5-1>

- Häger, R., Kolås, T., Novakovic, Z., Fuglenes, D. & Steen, T. (2014). *Veileder i fødselshjelp - Keisersnitt*. Hentet fra <http://legeforeningen.no/Fagmed/Norsk-gynekologisk-forening/Veiledere/Veileder-i-fodselshjelp-2014/>
- Ivers, N., Jamtvedt, G., Flottorp, S., Young, J. M., Odgaard-Jensen, J., French, S. D., ... Oxman, A. D. (2012). Audit and feedback: effects on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 6, CD000259. doi:10.1002/14651858.CD000259.pub3
- Ivers, N. M., Grimshaw, J. M., Jamtvedt, G., Flottorp, S., O'Brien, M. A., French, S. D., ... Odgaard-Jensen, J. (2014). Growing literature, stagnant science? Systematic review, meta-regression and cumulative analysis of audit and feedback interventions in health care. *Journal of General Internal Medicine*, 29(11), 1534-1541. Hentet fra https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4238192/pdf/11606_2014_Article_2913.pdf
- Johansen, L. T., Pay, A. S. D., Broen, L., Roland, B. & Øian, P. (2017). Følges fastsatte kvalitetskrav i fødselsomsorgen? *Tidsskrift for Den norske legeforening*. doi:10.4045/tidsskr.16.1070
- Kabakian-Khasholian, T. & Portela, A. (2017). Companion of choice at birth: factors affecting implementation. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(1), 265. Hentet fra https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5577840/pdf/12884_2017_Article_1447.pdf
- Kesmodel, U. S. & Jolving, L. R. (2011). Measuring and improving quality in obstetrics-the implementation of national indicators in Denmark. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 90(4), 295-304. doi:10.1111/j.1600-0412.2011.01078.x
- Kobayashi, S., Hanada, N., Matsuzaki, M., Takehara, K., Ota, E., Sasaki, H., ... Mori, R. (2017). Assessment and support during early labour for improving birth outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(4). doi:10.1002/14651858.CD011516.pub2
- Lunda, P., Minnie, C. S. & Benade, P. (2018). Women's experiences of continuous support during childbirth: A meta-synthesis. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18 (1) (167), 1-11. doi:10.1186/s12884-018-1755-8
- Lura, C., Fjellveit, I. & Helgheim, S. V. (2017). Nå må sykehusene bevise at de har en jordmor per fødende. Hentet fra <https://www.nrk.no/hordaland/na-ma-sykehusene-bevise-at-de-har-en-jordmor-per-fodende-1.13314275>
- Macdonald, D., Snelgrove-Clarke, E., Campbell-Yeo, M., Aston, M., Helwig, M. & Baker, K. A. (2015). The experiences of midwives and nurses collaborating to provide birthing

care: a systematic review. *JBI Database Of Systematic Reviews And Implementation Reports*, 13(11), 74-127. doi:10.11124/jbisrir-2015-2444

Medisinsk fødselsregister. (2016). Fødte ved keisersnitt etter mors bosted og fødestedstype. Hentet 22. november 2017 fra <http://statistikkbank.fhi.no/mfr/>

Munabi-Babigumira, S., Glenton, C., Lewin, S., Fretheim, A. & Nabudere, H. (2017). Factors that influence the provision of intrapartum and postnatal care by skilled birth attendants in low- and middle-income countries: a qualitative evidence synthesis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (11). doi:10.1002/14651858.CD011558.pub2

Nasjonalt Servicemiljø for medisinske kvalitetsregistre. (2018). Manglede data. Hentet 20. mars 2018 fra <https://www.kvalitetsregistre.no/manglende-data>

National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. (2014). Intrapartum Care: Care of healthy women and their babies during childbirth. Clinical Guideline 190. Methods, evidence and recommendations. Hentet 15. oktober 2017 fra <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190/evidence/full-guideline-pdf-248734770>

National Institute for Health and Care Excellence. (2014a). Costing statement: Intrapartum care: care of healthy women and their babies during childbirth Implementing the NICE guideline on intrapartum care (CG190). Hentet fra <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190/resources/costing-statement-pdf-248729581>

National Institute for Health and Care Excellence. (2014b). *Intrapartum care for healthy women and babies*. Hentet fra <https://www.nice.org.uk/guidance/CG190/>

National Institute for Health and Care Excellence. (2015a). *Intrapartum care - Quality standard*. Hentet fra <https://www.nice.org.uk/guidance/qs105>

National Institute for Health and Care Excellence. (2015b). *Safe midwifery staffing for maternity settings*. Hentet fra <https://www.nice.org.uk/guidance/ng4>

National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2018). Practical steps to improving the quality of care and services using NICE guidance. Hentet fra <https://intopractice.nice.org.uk/practical-steps-improving-quality-of-care-services-using-nice-guidance/index.html>

National Institute for Health and Care Excellence. (2013). *Into practice guide*. London. Hentet fra <https://www.nice.org.uk/>

- Nikula, P., Laukkala, H. & Pölkki, T. (2015). Mothers' perceptions of labor support. *MCN The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 40(6), 373-380. doi:10.1097
- Nilver, H., Begley, C. & Berg, M. (2017). Measuring women's childbirth experiences: A systematic review for identification and analysis of validated instruments. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17 (1) (203), 1-19. doi:10.1186/s12884-017-1356-y
- Norsk doulaforening. (2016). Doula. Hentet 10. februar 2018 fra <https://www.norskdoulaforening.no/doula>
- Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L. V. & Reinar, L. M. (2012). *Jobb kunnskapsbasert! En arbeidsbok* (2. utg.). Oslo: Akribe.
- Ormstad, S. S. & Underdal, H. (2013). Informasjonskilder for kunnskapsbasert praksis. *Norsk epidemiologi*, 23(2), 221-224. doi:10.5324/nje.v23i2.1648
- Payant, L., Davies, B., Graham, I. D., Peterson, W. E. & Clinch, J. (2008). Nurses' intentions to provide continuous labor support to women. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 37(4), 405-414. doi:10.1111/j.1552-6909.2008.00257.x
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2012). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice* (9. utg.). Philadelphia: Wolters Kluwer Health / Lippincott Williams & Wilkins.
- R Core Team. (2018). R: A language and environment for statistical computing. Hentet fra <https://www.r-project.org>
- Ross-Davie, M. & Cheyne, H. (2014). Intrapartum support: what do women want? A literature review. *Evidence Based Midwifery*, 12(2), 52-58. Hentet fra <https://search-proquest-com.galanga.hvl.no/docview/1780244191?accountid=15685>
- Ross-Davie, M., McElligott, M., King, K. & Little, M. (2014). Midwifery support in labour: how important is it to stay in the room? *Practising Midwife*, 17(6), 19-22.
- Rygh, L., Saunes, I. & Skredtveit Moen, H. (2012). *Konsensusbaserte prosesser i arbeidet med kvalitetsindikatorer. En praktisk veileder for avdeling for kvalitetsmåling og pasientsikkerhet. Notat fra Kunnskapssenteret*. Hentet fra https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/notater/2012/notat_2012_veileder_konsensusprosesser.pdf

- Sauls, D. J. (2006). Dimensions of professional labor support for intrapartum practice. *Journal of Nursing Scholarship*, 38(1), 36-41. Hentet fra <https://sigmapubs.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1547-5069.2006.00075.x>
- Senter for kunnskapsbasert praksis Høgskulen på Vestlandet & Område for helsetjenester i Folkehelseinstituttet. (2018). Kunnskapsbasert praksis. Hentet 22. oktober 2018 fra <http://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis>
- Sosa, G., Crozier, K. & Robinson, J. (2012). What is meant by one-to-one support in labour: analysing the concept. *Midwifery*, 28(4), 391-397. doi:10.1016/j.midw.2011.07.001
- Sosial- og helsedirektoratet. (2005). ... og bedre skal det bli! Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten. Til deg som leder og utøver. (IS-1162). Oslo: Helsedirektoratet. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/og-betreskal-det-bli-nasjonal-strategi-for-kvalitetsforbedring-i-sosial-og-helsetjenesten-20052015>
- Statistisk sentralbyrå. (2017). Variabeldefinisjon. Landbakgrunn. Hentet 10. oktober 2017 fra <https://www.ssb.no/a/metadatas/conceptvariable/vardok/1919/nb>
- Straus, S. E., Tetroe, J. & Graham, I. D. (2009). *Knowledge translation in health care: moving from evidence to practice*. Chichester: Wiley-Blackwell.
- Stuebe, A. & Barbieri, R. L. (2017). Continuous labor support by a doula. I V. Berghella (Red.), *UpToDate*. Waltham M.A.: UpToDate. Hentet fra <https://www.uptodate.com/>
- Sykehuset i Vestfold. (2015). *Langsom fremgang i fødsel* (D09436). Tønsberg: Sykehuset i Vestfold, Føde-Barsel 4C.
- Sykehuset i Vestfold. (2017). *Lagring og sikring av data i forsknings- og kvalitetssikringsprosjekter og helseregistre*. (D15445). Tønsberg: Sykehuset i Vestfold.
- Sykehuset i Vestfold. (2018a, 19. mars). Om Sykehuset i Vestfold. Hentet 20. september 2018 fra <https://www.siv.no/om-oss/om-sykehuset-i-vestfold#arlig-melding>
- Sykehuset i Vestfold. (2018b). Pasienter og personvern. Hentet 1. oktober 2018 fra <https://www.siv.no/rettigheter/pasienter-og-personvern#utlevering-av-personopplysninger>
- Thorbjørn Moe Eggebø, Janne Rossen, Liv Ellingsen, Helene Christine Heide, Saba Muneer & Stian Westad. (2014). Veileder i fødselshjelp - Stimulering av rier. Hentet 3. november 2018 fra <http://legeforeningen.no/Fagmed/Norsk-gynekologisk-forening/>

Tunçalp, Ö., Were, W. M., MacLennan, C., Oladapo, O. T., Gülmezoglu, A. M., Bahl, R., ... Bustreo, F. (2015). Quality of care for pregnant women and newborns—the WHO vision. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 122(8), 1045-1049. doi:10.1111/1471-0528.13451

Williams, B., Perillo, S. & Brown, T. (2015). What are the factors of organisational culture in health care settings that act as barriers to the implementation of evidence-based practice? A scoping review. *Nurse Education Today*, 35(2), e34-41. doi:10.1016/j.nedt.2014.11.012

World Health Organisation. (2015). *WHO Statement on Caesarean Section Rates*. Geneva. Hentet fra <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/>

World Health Organization, UNICEF & United Nations Population Fund. (2017). *Managing complications in pregnancy and childbirth: a guide for midwives and doctors – 2nd ed.* Hentet fra http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/managing-complications-pregnancy-childbirth/en/

Yost, J., Ganann, R., Thompson, D., Aloweni, F., Newman, K., Hazzan, A., ... Ciliska, D. (2015). The effectiveness of knowledge translation interventions for promoting evidence-informed decision-making among nurses in tertiary care: a systematic review and meta-analysis.(Systematic review)(Report). *Implementation Science*, 10, 98.

Øksne, R. (2017). Kvalitetskrav om tilstedeværelse. *Tidsskrift for jordmødre*, (7), 9-10.

Vedlegg 1 Søkestrategier for systematisk oppsummert forskning

Side 1/3

Cochrane Library

Date Run: 22/11/17

ID	Search	Hits
#1	MeSH descriptor: [Parturition] explode all trees	282
#2	MeSH descriptor: [Delivery, Obstetric] explode all trees	4960
#3	MeSH descriptor: [Labor, Obstetric] explode all trees	2018
#4	parturition*:ti,ab,kw or labo?:r:ti,ab,kw or birth*:ti,ab,kw (Word variations have been searched)	4001
#5	#1 or #2 or #3 or #4	8941
#6	MeSH descriptor: [Midwifery] explode all trees	332
#7	MeSH descriptor: [Obstetric Nursing] explode all trees	43
#8	MeSH descriptor: [Perinatal Care] explode all trees	555
#9	continuous support*:ti,ab,kw or continuous presence*:ti,ab,kw or "one-to-one":ti,ab,kw or one-to-one care:ti,ab,kw (Word variations have been searched)	4460
#10	#6 or #7 or #8 or #9	5316
#11	#5 and #10	316

Treff: 32 Cochrane Reviews

Database(s): Ovid MEDLINE(R) Epub Ahead of Print, In-Process & Other Non-Indexed Citations, Ovid MEDLINE(R) Daily and Ovid MEDLINE(R) 1946 to Present

Search Strategy: 21. 11.2017

#	Searches	Results
1	exp Delivery, Obstetric/ or exp Midwifery/ or exp Labor, Obstetric/	125290
2	exp Parturition/	14910
3	(childbirth* or birth* or labo?:r or deliver* or parturition* or midwife*).tw.	922970
4	1 or 2 or 3	975111
5	(labo?:r adj6 support).tw.	790
6	(childbirth adj6 support).tw.	295
7	(continuous adj3 support).tw.	1349
8	(continuous adj3 presence).tw.	2057
9	(one-to-one adj3 support).tw.	194
10	(one-to-one adj3 care).tw.	162
11	5 or 6 or 7 or 8 or 9 or 10	4640
12	4 and 11	1327
13	limit 12 to "reviews (maximizes specificity)"	58

Database(s): Ovid MEDLINE(R) Epub Ahead of Print, In-Process & Other Non-Indexed Citations, Ovid MEDLINE(R) Daily and Ovid MEDLINE(R) 1946 to Present

Search Strategy: 21.11.2017

#	Searches	Results
1	exp Delivery, Obstetric/ or exp Midwifery/ or exp Labor, Obstetric/	125290
2	exp Parturition/	14910
3	(childbirth* or birth* or labo?r or deliver* or parturition* or midwife*).tw.	922970
4	1 or 2 or 3	975111
5	(labo?r adj6 support).tw.	790
6	(childbirth adj6 support).tw.	295
7	(continuous adj3 support).tw.	1349
8	(continuous adj3 presence).tw.	2057
9	(one-to-one adj3 support).tw.	194
10	(one-to-one adj3 care).tw.	162
11	5 or 6 or 7 or 8 or 9 or 10	4640
12	(qualitative and systematic review).tw.	5068
13	evidence synthesis.tw.	3014
14	realist synthesis.tw.	155
15	(qualitative and synthesis).tw.	5758
16	(meta synthesis* or metasynthesis).tw.	867
17	(meta ethnograph* or metaethnograph*).tw.	413
18	12 or 13 or 14 or 15 or 16 or 17	12356
19	4 and 11 and 18	11

Database(s): **Embase** 1974 to 2017 November 21
 Search Strategy:

#	Searches	Results
1	birth/	16119
2	exp labor/ or childbirth/	52359
3	exp obstetric delivery/	127798
4	(labo?r or birth* or childbirth*).tw.	466520
5	1 or 2 or 3 or 4	555910
6	(labo?r adj6 support).tw.	851
7	(childbirth adj6 support).tw.	311
8	(continuous adj3 support).tw.	1809
9	(continuous adj3 presence).tw.	2194
10	(one-to-one adj3 support).tw.	257
11	(one-to-one adj3 care).tw.	224
12	10 or 11 or 12 or 13 or 14 or 15	5434
13	5 and 12	1528
14	limit 17 to "reviews (maximizes specificity)"	37

Vedlegg 2 Konsekvensanalyse for kvalitetsforbedringsprosjektet «Kontinuerlig støtte fra jordmor under fødselen».

Appendix 2. Quality Impact Analysis

This table can be used to provide a transparent system for deciding whether or not (and to what extent) a locally-conceived clinical audit project should attract clinical audit resources. Each project should be scored against the following criteria.

Criteria	No relevance (0)	Some relevance (1)	Almost met (2)	Fully met (3)	Score
High cost				3	(x2) 6
High volume				3	3
High risk				3	(x2) 6
Evidence of a quality problem				3	(x2) 6
Wide variation in practice			2		2
Good evidence available to inform audit standards				3	3
Likely to improve healthcare outcomes as well as process improvements				3	3
Likely to have economic and efficiency benefits		1			(x2) 2
Topic is a key professional or clinical interest				3	3
Reliable sources of data readily available			2		2
Reasonable time frame for completion				3	3
Potential for change				3	(x2) 6
Scope for direct involvement of patients and carers			2		2
Multidisciplinary project				3	3
Interface project *	0				0
TOTAL SCORE					50

* When projects cross organisational boundaries, consideration should be given to the priority the project has in each organisation.

If the criterion has no relevance, score = 0
If the criterion has some relevance, score = 1
If the criterion is met in part, score = 2

If the criterion is fully met, score = 3
NB Multipliers are used to weight the most important criteria

Vedlegg 3 Kritisk vurdering av veileder fra Helsedirektoratet

A critical appraisal of: Et trygt fødetilbud. Kvalitetskrav til fødselsomsorgen using the AGREE II Instrument

AGREE II Score Sheet

Domain	Item	AGREE II Rating						
		1 <i>Strongly Disagree</i>	2	3	4	5	6	7 <i>Strongly Agree</i>
Scope and purpose	24. The overall objective(s) of the guideline is (are) specifically described.							7
	25. The health question(s) covered by the guideline is (are) specifically described.				4			
	26. The population (patients, public, etc.) to whom the guideline is meant to apply is specifically described.			3				
Stakeholder involvement	27. The guideline development group includes individuals from all the relevant professional groups.			3				
	28. The views and preferences of the target population (patients, public, etc.) have been sought.				4			
	29. The target users of the guideline are clearly defined.			3				
Rigor of development	30. Systematic methods were used to search for evidence.	1						
	31. The criteria for selecting the evidence are clearly described.	1						
	32. The strengths and limitations of the body of evidence are clearly described.	1						
	33. The methods for formulating the recommendations are clearly described.	1						
	34. The health benefits, side effects and risks have been considered in formulating the recommendations.			3				
	35. There is an explicit link between the recommendations and the supporting evidence.	1						
	36. The guideline has been externally reviewed by experts prior to its publication.				4			
Clarity of presentation	37. A procedure for updating the guideline is provided.	1						
	38. The recommendations are specific and unambiguous.					5		
	39. The different options for management of the condition or health issue are clearly presented.				4			
Applicability	40. Key recommendations are easily identifiable.					5		
	41. The guideline describes facilitators and barriers to its application.	1						
	42. The guideline provides advice and/or tools on how the recommendations can be put into practice.	1						
	43. The potential resource implications of applying the recommendations have been considered.	1						
Editorial independence	44. The guideline presents monitoring and/ or auditing criteria.			3				
	45. The views of the funding body have not influenced the content of the guideline.							7
Overall Guideline Assessment	46. Competing interests of guideline development group members have been recorded and addressed.			2				
	Overall quality of this guideline: 3/7 Guideline recommended for use? <u>Yes</u> with modifications. Nb: Spesiell oppmerksomhet må rettes mot at kunnskapsgrunnlag ikke er referert, svak metode, og lav anvendelighet for klinikere.	1 <i>Lowest possible quality</i>	2	3	4	5	6	7 <i>Highest possible quality</i>

Appraiser: Elin Sogge
 Date: 8. October 2018
 Email: elinsogge@gmail.com
 URL of this appraisal: <http://www.agreetrust.org/appraisal/59594>
 Guideline URL:
<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/245/Et-trygt-fodetilbud-kvalitet-skrav-til-fodselsomsorgen-IS-1877.pdf>

Domain	Total
1. Scope and Purpose	14/21
2. Stakeholder Involvement	10/21
3. Rigour of Development	13/56
4. Clarity of Presentation	14/21
5. Applicability	6/28
6. Editorial Independence	9/14

Vedlegg 4 Kritisk vurdering av retningslinje fra NICE

A critical appraisal of: Intrapartum Care: Care of healthy women and their babies during childbirth using the AGREE II Instrument

AGREE II Score Sheet

Domain	Item	AGREE II Rating						
		1 <i>Strongly Disagree</i>	2	3	4	5	6	7 <i>Strongly Agree</i>
Scope and purpose	1. The overall objective(s) of the guideline is (are) specifically described.							7
	2. The health question(s) covered by the guideline is (are) specifically described.							7
	3. The population (patients, public, etc.) to whom the guideline is meant to apply is specifically described.							7
Stakeholder involvement	4. The guideline development group includes individuals from all the relevant professional groups.					5		
	5. The views and preferences of the target population (patients, public, etc.) have been sought.						6	
	6. The target users of the guideline are clearly defined.							7
Rigor of development	7. Systematic methods were used to search for evidence.							7
	8. The criteria for selecting the evidence are clearly described.					5		
	9. The strengths and limitations of the body of evidence are clearly described.					5		
	10. The methods for formulating the recommendations are clearly described.						6	
	11. The health benefits, side effects and risks have been considered in formulating the recommendations.							7
	12. There is an explicit link between the recommendations and the supporting evidence.				4			
	13. The guideline has been externally reviewed by experts prior to its publication.							7
Clarity of presentation	14. A procedure for updating the guideline is provided.					5		
	15. The recommendations are specific and unambiguous.						6	
	16. The different options for management of the condition or health issue are clearly presented.						6	
Applicability	17. Key recommendations are easily identifiable.							7
	18. The guideline describes facilitators and barriers to its application.						6	
	19. The guideline provides advice and/or tools on how the recommendations can be put into practice.						6	
	20. The potential resource implications of applying the recommendations have been considered.							7
Editorial independence	21. The guideline presents monitoring and/ or auditing criteria.							7
	22. The views of the funding body have not influenced the content of the guideline.							7
	23. Competing interests of guideline development group members have been recorded and addressed.						6	
Overall Guideline Assessment	Overall quality of this guideline: 6/7 Guideline recommended for use? Yes.	1 <i>Lowest possible quality</i>	2	3	4	5	6	7 <i>Highest possible quality</i>

Appraiser: Elin Sogge
 Date: 8. October 2018
 Email: elinsogge@gmail.com
 URL of this appraisal: <http://www.agreetrust.org/appraisal/59592>
 Guideline URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190/evidence/full-guideline-pdf-248734770>

Domain	Total
1. Scope and Purpose	21/21
2. Stakeholder Involvement	18/21
3. Rigour of Development	46/56
4. Clarity of Presentation	19/21
5. Applicability	26/28
6. Editorial Independence	13/14

Vedlegg 5 Internt meldeskjema for godkjenning av kvalitetsregistre

Side 1/2

Internt meldeskjema for godkjenning kvalitetsregistre ved SiV. Skjema

Side 1 av 2



Sykehuset i Vestfold

Internt meldeskjema for godkjenning av kvalitetsregistre ved SiV.

Skjema sendes til nærmeste leder.

Klinikkssjef godkjenner interne kvalitetsregistre [\(Helsepersonelloven, § 1-10\)](#).

Klinikkssjef anbefaler og fagdirektør godkjenner medisinske kvalitetsregistre, tematiske forskningsregistre og klinikkovergripende registre [\(Helsepersonelloven, § 1-10 og § 1-11\)](#).

1. Arkivnr. I Public
Fylles ut av kvalitetsenheten
2. NAVN på REGISTERET
Kontinuerlig støtte av jordmor under fødselen – et kvalitetsforbedringsprosjekt med klinisk audit som metode.
3. REGISTERANSVARLIG
Navn: Elin Sogge Avdeling: Kirurgisk Sykepleieavdeling Klinikk: Kirurgisk klinikk
4. FORMÅL
Hensikten med kvalitetsforbedringsprosjektet er å evaluere praksis, for å sikre at kvinner i aktiv fødsel får kontinuerlig støtte av jordmor, eller annen kvalifisert fagperson, i tråd med anbefalingene i nasjonale faglige retningslinjer.
5. VARIGHET
2. januar 2018 – 21. desember 2018.
6. TYPE REGISTER
Internt kvalitetsregister (Helsepersonelloven).
7. MELDING / KONSESJONSPLIKTIG
Det søkes godkjenning fra helseforetakets personvernombud, Norsk senter for forskningsdata (NSD).
8. LAGRING
Data innhentes fra elektronisk datajournal (Partus). Personopplysninger aidentifiseres ved hjelp av koblingsnøkkel, og aidentifiserte data lagres på forskningsserver ved SiV. Koblingsnøgkelen lagres på papir innelåst i brannsikket skap ved Sykehuset i Vestfold. Registeransvarlig og tre datainnsamlere (Irene Jensen, Nina Høyer, Elisabeth V. Sørensen) skal ha tilgang til området på forskningsserveren og koblingsnøgkelen. Datainnsamling starter når godkjenning fra NSD foreligger, og området på forskningsserveren er klart, tentativt januar 2018.
9. SENSITIVE OPPLYSNINGER
Nei
10. OPPLYSNINGENES OMFANG
Journalopplysninger fra kvinner i aktiv fødsel, definert som 4 cm mormunnsåpning og regelmessige rier, inkluderes i to perioder. Kvinner som forløses med keisersnitt før aktiv fødsel, og kvinner som føder utenfor kvinneklinikken, blir ekskludert. Det samles inn data fra 88 pasientjournaler retrospektivt (baseline) og 88 pasientjournaler prospektivt (re-audit). Prosessdata som innsamles er: Kontinuerlig støtte under fødsel: ja/nei. Hvis nei: årsak. Utfallsdata: Epidural analgesi, vakuum, tang, akutt keisersnitt, appar-skår. Bakgrunnsvariabler: paritet, opprinnelse; norsk, vestlig, ikke vestlig.

Sykehuset i Vestfold HF
Ledelse

Dok.nr:
D19050

Plassering:
1.1.7.9.5

Ver.Nr.:
1.05

Gyldig fra:
03.11.2016

Sign.:
Fagdirektør Anita
Schumacher

11. SAMTYKKE / INFORMASJON TIL PASIENT / PÅRØRENDE	
Sykehuset informerer kollektivt på sine nettsider om sykehusets behandling av personopplysninger for kvalitetssikring, og pasientens rett til å reservere seg fra utlevering av personopplysninger.	
Fordi kvalitetssikring av helsetjenester er omfattet av pasientjournallovens virkeområde, er det vurdert at det ikke er nødvendig å innhente samtykke fra pasientene for innhenting av personopplysninger. Pasienter har rett til å reservere seg fra utlevering av personopplysninger til kvalitetssikring. Helsepersonell skal informere pasienten om utlevering av personopplysninger til kvalitetssikring dersom de har grunn til å tro at pasienten vil reservere seg.	
12. REGISTERVERKTØY	
Data registreres og analyseres ved hjelp av auditskjema, Microsoft Office Excell og SPSS.	
13. INNEHOLDER REGISTERET PROMS (patient reported outcome measures)	
Nei.	
14. BRUK AV DATA	
Data skal brukes til å evaluere praksis mot kriterier for beste praksis innen fødselshjelp.	
Kvalitetsindikator er basert på den kunnskapsbaserte anbefalingen fra Helsedirektoratet om at alle fødende skal ha en jordmor hos seg så tidlig som mulig i aktiv fase av fødselen og til fødselen er over.	
Kriterium for beste praksis: Alle kvinner i aktiv fødsel skal ha kontinuerlig støtte av jordmor, eller annen kvalifisert fagperson, med unntak av pauser under 10 minutter, eller etter kvinnens ønske. Standard: $\geq 90\%$ etterlevelse.	
15. PRESENTASJON AV DATA	
Resultatene av kvalitetsforbedringsprosjektet vil bli formidlet til klinikere, brukere og sykehusledelsen i en rapport og ved muntlige fremlegg.	
Kvalitetsforbedringsprosjektet er planlagt formidlet anonymisert, i registeransvarligs masteroppgave for master i kunnskapsbasert praksis i helsetjenesten, ved Høgskolen på Vestlandet. Masteroppgaven blir utformet som en artikkel med kappe, og artikkelen er planlagt publisert i et fagfellevurdert tidsskrift.	
16. GODKJENNING	
Dato: 27.11.17	Klinikkssjef:
Dato: 3/12.17	Fagdirektør:

Registeransvarlig fyller ut Internt meldeskjema for godkjenning av kvalitetsregistre ved SIV, innhenter nødvendig godkjenning og signatur. Skjema skannes og sendes elektronisk til Kvalitetssenheten kvalitetssenheten@siv.no

Kopi av skjema sendes som vedlegg med meldingen til personvernombudet (NSD-meldingen).

Kvalitetssenheten lagrer skjema elektronisk i saksarkivet og registrerer opplysningene om registeret i sykehusets interne oversikt.

Registeransvarlig mottar en e-post med informasjon om saksnummer til saksarkivet. Øvrig prosjektdokumentasjon (som f.eks. eksterne godkjenninger, NSD, REK etc.) lagres av registeransvarlig i denne saksmappen.

Vedlegg 6 Godkjenning fra Norsk senter for forskningsdata

Side1/2



Elin Sogge
Klinikk Kirurgiske fag Sykehuset i Vestfold HF
Postboks 2168
3103 TØNSBERG

Vår dato: 21.12.2017

Vår ref: 57485/310051RH

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM KVALITETSSIKRINGSPROSJEKT

Vi viser til meldeskjema mottatt 29.11.2017 og supplerende informasjon mottatt 21.12.17 for prosjektet:

57485

Kontinuerlig støtte av jordmor under fødselen - et kvalitetsforbedringsprosjekt med klinisk audit som metode.

Meldingen gjelder opprettelse av et lokalt kvalitetsregister. Behandlingsansvarlig institusjon er Sykehuset i Vestfold HF ved øverste leder. Det daglige ansvaret er delegert til prosjektleder Elin Sogge.

Behandlingen av opplysninger i det lokale kvalitetsregisteret er forankret i virksomhetens ledelse, jf. helsepersonelloven § 26. Vi viser her til mottatt oppdragsdokument datert 29.11.2017.

Prosjektbeskrivelse

Formål

Hensikten med prosjektet er å evaluere praksis, for å sikre at kvinner i aktiv fødsel får kontinuerlig støtte av jordmor eller annen kvalifisert fagperson, i tråd med anbefalingene i nasjonale faglige retningslinjer.

Utvalg og data

Utvalget omfatter kvinner i aktiv fødsel ved Føde-Barsel 4C, Sykehuset i Vestfold. Utvalget trekkes tilfeldig fra populasjonen. Det samles inn data fra 88 pasientjournal retrospektivt og 88 pasientjournaler prospektivt. Vi viser til meldeskjema og prosjektbeskrivelse for fullstendig variabeliste.

Informasjon

I følge forarbeider til helsepersonelloven § 26 skal pasienten informeres om behandlingen av personopplysninger til kvalitets sikringsformål, dersom helsepersonellet, på bakgrunn av sin kjennskap til pasienten og opplysningenes karakter, har grunn å tro at pasienten vil motsette seg dette.

Sykehuset informerer kollektivt på sine nettsider om sykehusets behandling av personopplysning for kvalitets sikring, og pasientens rett til å reservere seg fra utlevering av personopplysninger. Kvalitets sikring av helsetjenester er omfattet av pasientjournallovens virkeområde, og prosjektleder har vurdert det ikke nødvendig å innhente samtykke fra pasientene for innhenting av personopplysninger.

Informasjonsikkerhet

Innsamlete opplysninger registreres og oppbevares aidentifisert på server i virksomhetens nettverk. Data hentes fra elektronisk datajournal (Partus). Koblingsnøkkelen lagres separat på papir, innlåst i brannsikket skap ved Sykehuset i Vestfold. Daglig ansvarlig og tre medarbeidere i prosjektet (Irene Jensen, Nina Høyer og Elisabeth V. Sørensen) skal ha tilgang til forskningsserver og koblingsnøkkel.

Personvernombudet legger for øvrig til grunn at personopplysningene behandles i tråd med Sykehuset i Vestfold HF sine retningslinjer for datasikkerhet.

Prosjektperiode og håndtering av data ved prosjektslutt

Prosjektperioden er 02.01.2018 til 21.12.2018. Datamaterialet skal anonymiseres ved prosjektslutt. Personvernombudet gjør oppmerksom på at anonymisering innebærer at direkte personopplysninger og koblingsnøkkel slettes, og at indirekte personidentifiserende opplysninger slettes eller omkodes/grovkategoriseres, slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes i datamaterialet.

Resultater fra kvalitetssikringsprosjektet kan, i anonymisert form, publiseres i artikler.

Prosjektvurdering

Personvernombudet finner at behandlingen av personopplysningene oppfyller vilkårene i helsepersonelloven § 26 og har hjemmel i pasientjournalloven § 6. Behandlingen utløser meldeplikt jf. pasientjournalloven § 5, jf. personopplysningsloven § 31.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med personvernombudet, samt pasientjournalloven og personopplysningsloven med forskrifter.

Prosjektleder skal gi ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Det skal også innhentes nødvendig tillatelse dersom det skulle bli aktuelt å benytte persondata fra kvalitetssikringsprosjektet i forskning, enten fra Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (jf. helseforskningsloven) eller fra Personvernombudet for forskning/Datatilsynet (jf. personopplysningsloven). Melding om endringer gis via eget Endrings skjema, http://www.nsd.uib.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 21.12.2018, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

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

Ta gjerne kontakt dersom noe er uklart.

Vennlig hilsen


Marianne Høgetveit Myhren

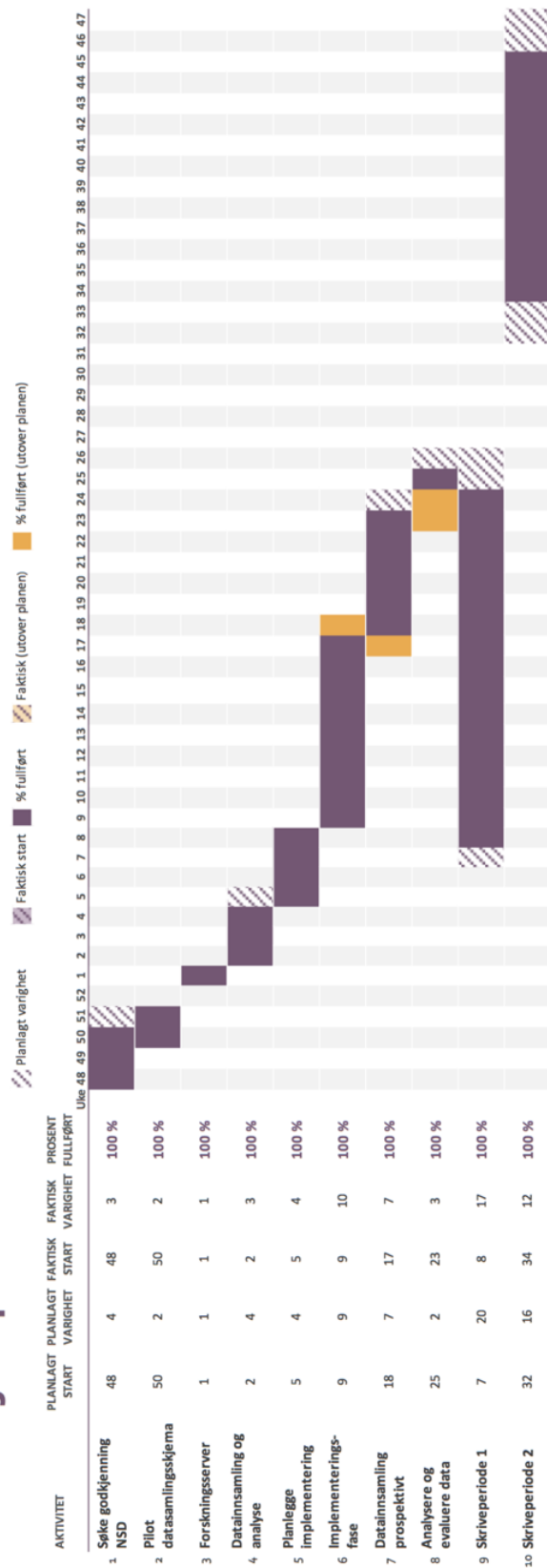

Øyvind Straume

Kontaktperson: Øyvind Straume: Oyvind.Straume@nsd.no

Kopi:
Sykehuset i Vestfold HF

Vedlegg 7 Fremdriftsplan

Prosjektplan



Vedlegg 8 Auditverktøy

Side 1/2

Datainnsamlings skjema for klinisk audit over kontinuerlig støtte under aktiv fødsel

Audit ID:

Bakgrunnsvariabler

Paritet:	Landbakgrunn (fra Helsekort):		
Sett kryss:		Ja	Nei
Hadde kvinnen epidural?			
Hadde kvinnen akutt keisersnitt?			
Hadde kvinnen vakuump?			
Hadde kvinnen tang?			

Spørsmål

1	Fikk kvinnen kontinuerlig støtte i aktiv fase av fødselen?	Ja	Nei	Unntak*/notater
3	Hvis ja , fra hvilken nærmeste cm mormunnsåpning er det registrert kontinuerlig støtte i partogrammet?	cm		Unntak*/ notater
2	Hvis nei , sett kryss ved årsak(er) som er registrert			
	Etter kvinnens ønske			
	Jordmor hadde flere fødende samtidig			
	Jordmor måtte bistå annen jordmor			
	Barnepleier kunne ikke avløse jordmor			
	Ukjent årsak			
	Andre årsaker (fritekst):			

* Koder for unntak

A - Kvinnen ønsket ikke kontinuerlig støtte under aktiv fødsel

B - Ikke registrert

Definisjoner:

Parietet	Antall fødsler kvinnen har gjennomgått tidligere (fra og med svangerska
Landbakgrunn	"For personer født i utlandet, er dette (med noen få unntak) eget fødeland. For personer født i Norge er det foreldrenes fødeland. I de tilfeller der foreldrene har ulikt fødeland, er det morens fødeland som blir valgt. Hvis ikke personen selv eller noen av foreldrene er utenlandsfødt, hentes landbakgrunn fra de første utenlandsfødte en treffer på i rekkefølgen mormor, morfar, farmor eller farfar" (http://www.ssb.no/a/metadata/conceptvariable/vardok/1919/nb)
Kontinuerlig støtte	Kontinuerlig støtte under fødselen vil si at jordmor eller barnepleier er kontinuerlig tilstede i fødselens aktive fase, for å støtte kvinnen fysisk, psykisk, følelsesmessig og praktisk, unntatt for pauser under 10 minutter, eller etter kvinnens ønske.
Aktiv fase i fødselen	Fra kvinnen har 4 cm mormunnsåpning og regelmessige rier.

Vedlegg 9 Inter-rater reliabilitet

$$\text{Inter-rater reliabilitet} = \frac{\text{dataelementer som samsvarer}}{\text{totalt antall dataelementer}} \times 100$$

Audit:

Totalt antall dataelementer samlet fra utvalget:

88 journaler x 15 dataelementer = 1320 dataelementer

Antall dataelementer der det var samsvar mellom datasamlerne (ved kontinuerlige variabler vurderes feilmargin maks. 10% som samsvar):

1298 dataelementer som samsvarer

$$\frac{1298}{1320} \times 100 = 98 \% \text{ *inter-rater reliabilitet*}$$

Re-audit:

Totalt antall dataelementer samlet fra utvalget:

40 journaler x 15 dataelementer = 600 dataelementer

Antall dataelementer der det var samsvar, det vi si ingen avvik mellom datasamlerne: dataelementer (ved kontinuerlige variabler vurderes feilmargin maks. 10% som samsvar):

584 dataelementer som samsvarer.

$$\frac{584}{600} \times 100 = 97 \% \text{ *inter-rater reliabilitet*}$$

Vedlegg 10 Helsekort for gravide



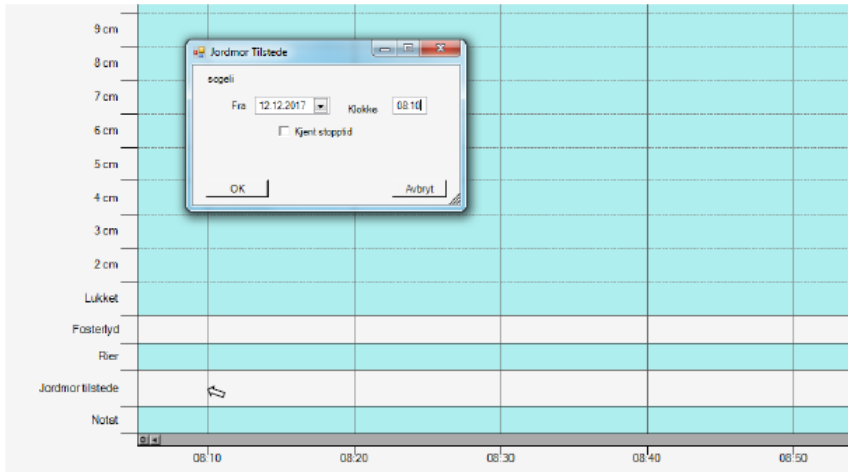
The linked image cannot be displayed. The file may have been moved, renamed, or deleted. Verify that the link points to the correct file and location.

Kilde: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1040/IS-2714-Helsekort-for-gravide-med-kontinuasjonsark.pdf>

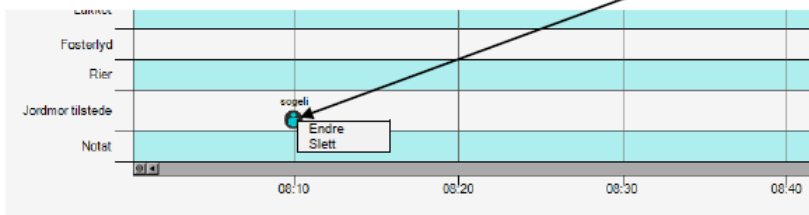
Vedlegg 11 Hvordan registrere kontinuerlig tilstedeværelse

Registrere tilstedeværelse av jordmor/annen kvalifisert fagperson i partogrammet:

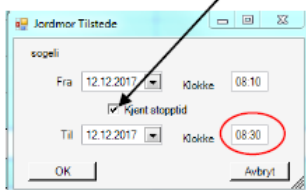
1. Ansvarlig jordmor høyreklikker på raden «Jordmor tilstede». Starttidspunkt vil samsvare med tiden der markøren står: eventuelt rediger starttidspunkt, og trykk OK.



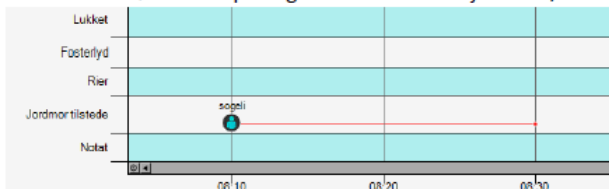
2. For å «avslutte tilstedeværelse» høyreklikker du på ikonet for jordmor, og velger «endre».



Klikk i ruten «Kjent stopptid». Nåværende tidspunkt foreslås som stopptid: eventuelt rediger stopptid, og trykk OK.



Det vises en rød strek i partogrammet for tiden jordmor/annen kvalifisert fagperson var tilstede:



Vedlegg 12 Søkestrategier for implementeringsforskning

Side 1/4

Database(s): Ovid MEDLINE(R) and Epub Ahead of Print, In-Process & Other Non-Indexed Citations and Daily 1946 to October 11, 2018

Search Strategy:

#	Searches	Results
1	exp Delivery, Obstetric/ or exp Midwifery/ or exp Labor, Obstetric/	119816
2	exp Parturition/	14997
3	(childbirth* or birth* or labo?r or deliver* or parturition* or midwife*).tw.	904490
4	1 or 2 or 3	954227
5	(labo?r adj6 support).tw.	787
6	(childbirth adj6 support).tw.	305
7	(continuous adj3 support).tw.	1338
8	(continuous adj3 presence).tw.	1975
9	(one-to-one adj3 support).tw.	199
10	(one-to-one adj3 care).tw.	164
11	5 or 6 or 7 or 8 or 9 or 10	4554
12	evidence based medicine.mp.	75726
13	exp Health Services/	1960596
14	exp Preventive Health Services/mt	107451
15	implementation.mp.	203787
16	12 or 13 or 14 or 15	2167102
17	4 and 11 and 16	495

Database(s): **Ovid MEDLINE(R) and Epub Ahead of Print, In-Process & Other Non-Indexed Citations and Daily** 1946 to
October 11, 2018

Search Strategy:

#	Searches	Results
1	exp Delivery, Obstetric/ or exp Midwifery/ or exp Labor, Obstetric/	168171
2	exp Parturition/	23265
3	(childbirth* or birth* or labo?r or deliver* or parturition* or midwife*).tw.	1151582
4	1 or 2 or 3	1219444
5	(labo?r adj6 support).tw.	898
6	(childbirth adj6 support).tw.	343
7	(continuous adj3 support).tw.	1949
8	(continuous adj3 presence).tw.	2221
9	(one-to-one adj3 support).tw.	282
10	(one-to-one adj3 care).tw.	236
11	5 or 6 or 7 or 8 or 9 or 10	5700
12	(qualitative and systematic review).tw.	6640
13	evidence synthesis.tw.	3585
14	realist synthesis.tw.	157
15	(qualitative and synthesis).tw.	6654
16	(meta synthesis* or metasynthesis).tw.	943
17	(meta ethnograph* or metaethnograph*).tw.	467
18	12 or 13 or 14 or 15 or 16 or 17	14892
19	4 and 11 and 18	15

Side 3/4

Database(s): **Embase** 1974 to 2018 October 29

Search Strategy:

#	Searches	Results
1	birth/	16203
2	exp labor/ or childbirth/	48729
3	exp obstetric delivery/	127158
4	(labo?r or birth* or childbirth*).tw.	473855
5	1 or 2 or 3 or 4	559134
6	(labo?r adj6 support).tw.	898
7	(childbirth adj6 support).tw.	343
8	(continuous adj3 support).tw.	1949
9	(continuous adj3 presence).tw.	2221
10	(one-to-one adj3 support).tw.	282
11	(one-to-one adj3 care).tw.	236
12	6 or 7 or 8 or 9 or 10 or 11	5700
13	(qualitative and systematic review).tw.	6640
14	evidence synthesis.tw.	3585
15	realist synthesis.tw.	157
16	(qualitative and synthesis).tw.	6654
17	(meta synthesis* or metasynthesis).tw.	943
18	(meta ethnograph* or metaethnograph*).tw.	467
19	13 or 14 or 15 or 16 or 17 or 18	14892
20	5 and 12 and 19	11

The screenshot shows the PDQ-Evidence search interface. At the top, there are navigation links for 'About PDQ-Evidence' and 'Contact us', along with 'Sign up' and 'Login' options. The main search area is titled 'Advanced search' and contains a search strategy: `(title:(labour support) OR abstract:(labour support)) OR (title:(cor`. Below this, a larger text box contains a more complex search strategy: `(title:(title:(labour support) OR abstract:(labour support)) OR (title:(continuous support) OR abstract:(continuous support)) OR (title:(one-to-one support) OR abstract:(one-to-one support))) OR abstract:(one-to-one support)) OR abstract:(title:(labour support) OR abstract:(labour support)) OR (title:(continuous support) OR abstract:(continuous support)) OR (title:(one-to-one support) OR abstract:(one-to-one support)))`. There are buttons for 'Search', 'Save', 'Export', 'History', and 'Help'. Below the search area, there are 'Filters' for 'Publication year' (with a range from 2002 to 2017) and a list of results. The first result is a 'Systematic review' titled 'Assessment and support during early labour for improving birth outcomes' by Kobayashi, Shinobu, Hanada, Nobutsugu, Matsuzaki, Masayo, Takehara, Kenji, Ota, Eiko, Sasaki, Hatake, Naoaki, Chiu, Mei.

Side 4/4

Cochrane Library - Effective Practice and Organisation of Care Group (EPOC)

Søk utført 10. oktober 2018

Filtrert emne: "Effective practice & health systems" og "Implementation strategies"

Begrenset til: "Review"

Cochrane Trusted evidence. Informed decisions. Better health.

Search...

Our evidence About us Join Cochrane News and jobs Cochrane Library ▶

68 search results

Current search: Effective practice & health systems Implementation strategies Reset

Filter your results: Cochrane Evidence Resources Handbooks & Manuals Training & Workshops News All Cochrane sites

Health topics: Date published (desc) Hide descriptions Subscribe to this search

Child health (14)
 Consumer & communication strategies (2)
 Effective practice & health systems
 Delivery of healthcare services (3)
 Implementation strategies

Updated • COCHRANE EVIDENCE • Published 28 Sep 2018

Non-clinical interventions for reducing unnecessary caesarean section

What is the aim of this review?The aim of this Cochrane Review was to find out whether non-clinical interventions, which

Health services research (HSR) PubMed Queries

Søk utført: 11. oktober 2018

Filter: "Published in the last 5 years"

Search	Add to builder	Query	Items found	Time
#46	Add	Search ((labour support OR continuous support OR one-to-one) AND (midwifery OR labour OR childbirth*)) AND ((health services administration[mh] OR randomized controlled trial[pt] OR randomized controlled trials as topic[mh] OR random allocation[mh] OR random*[tiab] OR review[pt] OR compare*[tiab] NOT (animals[mh] NOT humans[mh]))) Sort by: Best Match Filters: published in the last 5 years	47228	

Vedlegg 13 Retningslinje for kontinuerlig støtte under aktiv fødsel

Side 1/3

 Sykehuset i Vestfold	Klinikknivå - Nivå 2 Plassering: 2.1.5.4.1.11.16	Dok.nr: D23490
	Kontinuerlig støtte under aktiv fødsel	
Gjelder for: Kirurgisk klinikk\Kirurgisk sykepleieavdeling\Kirurgiske poster\Føde-Barsel 4C		
Hovedområde: Arbeidsprosesser	Utarbeidet / revidert av: Seksjonsleder I. Jensen, ass. seksjonsleder N. Høyer, teamleder E. Sørensen, fagutviklingsjordmor E. Sogge	Revisjonsnr: 1.00
Dokumenttype: Retningslinje	Godkjent av: Seksjonsleder I. Jensen /	Godkj. dato: 08.05.2018

Utskrift er kun gyldig på utskriftsdato

1. HENSIKT

Sikre at kvinner i aktiv fødsel får kontinuerlig støtte av jordmor eller barnepleier, i tråd med kunnskapsbaserte faglige anbefalinger (1, 4).

2. ANSVAR

Jordmor

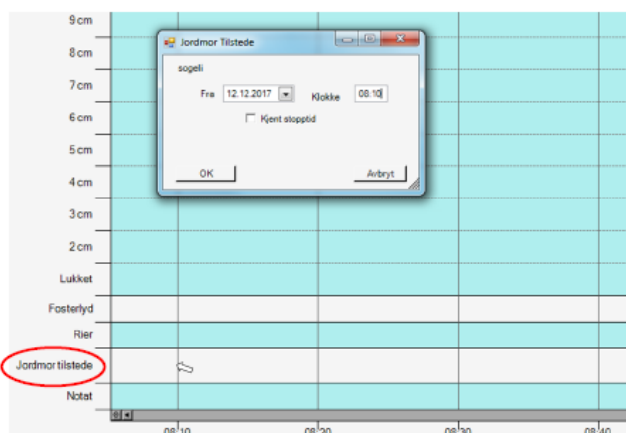
3. FREMGANGSMÅTE

3.1 Kontinuerlig støtte

- Jordmor skal tilby kontinuerlig støtte til alle kvinner i aktiv fase av fødselen (2).
- Kontinuerlig støtte vil si at jordmor, eller en person som har kunnskap og erfaring i å støtte kvinner i fødsel, er kontinuerlig tilstede i fødselens aktive fase, for å støtte kvinnen fysisk, psykisk, følelsesmessig og praktisk (1).
- Jordmor og barnepleier overlapper hverandre så langt det er mulig, hvis den ene må gå fra fødekvinnen.
- Korte pauser under 10 minutter regnes fortsatt som kontinuerlig støtte (4).
- Kvinnen kan velge å ikke ha kontinuerlig støtte (4).
- Koordinator skal vurdere bemanningen hvis kvinner som ønsker det, ikke får kontinuerlig støtte. Se retningslinje: [Koordinering av aktivitet og bemanning ved samtidighetskonflikter. Føde-Barsel 4C.](#)
- Jordmor skal [melde avvik i EOS](#) når kvinner som ønsker det, ikke får kontinuerlig støtte i aktiv fødsel (3).

3.2 Dokumentasjon i Partus

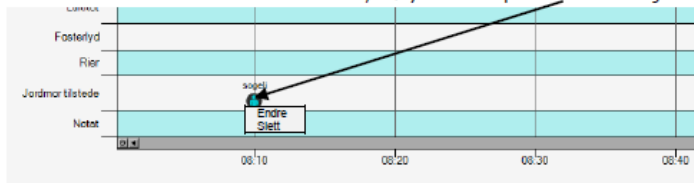
1. Jordmor registrerer fortløpende tilstedeværelse av jordmor/barnepleier i partogrammet:
Høyreklikk på raden «Jordmor tilstede». Starttidspunkt samsvarer med tiden der markøren står: rediger eventuelt starttidspunkt, og trykk OK.



Utskrift er kun gyldig på utskriftsdato

Side 1 av 3

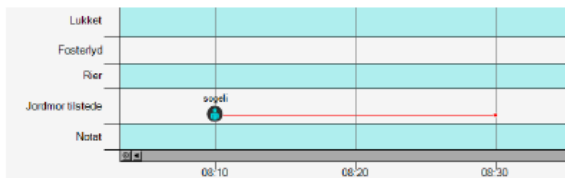
2. For å «avslutte tilstedeværelse», høyreklikk på ikonet for jordmor, og velg «endre».



Klikk i ruten «Kjent stopptid».

Nåværende tidspunkt foreslås som stopptid: rediger eventuelt stopptid, og trykk OK.

Det vises en rød strek i partogrammet for tiden jordmor/barnepleier var tilstede:



3. Når fødselen er over dokumenterer jordmor kontinuerlig støtte med «ja/nei» i skjermbildet «Fødselen-Mor». Hvis «nei», angi årsak i fritekstfeltet:

Tips: ved å høyreklikke i fritekstfeltet får du opp fraselager «ikke kontinuerlig støtte – årsak» med forslag til tekst.

4. GENERELT

Kontinuerlig støtte under fødselen øker sannsynligheten for at kvinner føder spontant vaginalt, har kortere fødsler og en positiv fødselsopplevelse. Kontinuerlig støtte reduserer sannsynligheten for keisersnitt, vakuume ekstraksjon, tangforløsning, bruk av medikamentell smertelindring eller regionalanalgese, og barn med lav apgar-skår etter fem minutter. Kontinuerlig støtte har ikke vist negative effekter for mor eller barn (1).

Aktiv fase av fødselen starter når kvinnen har 4 cm mormunnsåpning og regelmessige rier (5).

5. INTERNE REFERANSER

[1.1.7.3.1.2](#) EQS - registrere melding

[2.1.1.3.2.5.1.3.1](#) Koordinering av aktivitet og bemanning ved samtidighetskonflikter. Føde-Barsel 4C.

6. EKSTERNE REFERANSER

1. Bohren, M. A., Hofmeyr, G. J., Sakala, C., Fukuzawa, R. K. & Cuthbert, A. (2017). Continuous support for women during childbirth. Cochrane Database of Systematic Reviews (7). doi:10.1002/14651858.CD003766.pub6

2. Helsedirektoratet. (2010). Et trygt fødetilbud. Kvalitetskrav til fødselsomsorgen (IS-1877). Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/et-trygt-fodetilbud-kvalitetskrav-til-fodselomsorgen>

3. Helse- og omsorgsdepartementet. (2017). Oppdragsdokument 2017 Helse Sør-Øst

RHF. Hentet fra

https://www.regjeringen.no/contentassets/bd8a11644b744dec8a8dc452794000e4/oppd_ragsdokument-helse-sor-ost-rhf-2017-c.pdf

4. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2015). Intrapartum care - Quality standard. Hentet fra <https://www.nice.org.uk/guidance/qs105>

5. World Health Organization, UNICEF & United Nations Population Fund. (2017). Managing complications in pregnancy and childbirth: a guide for midwives and doctors. Hentet fra http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/managing-complications-pregnancy-childbirth/en/

7. VEDLEGG

Vedlegg 14 Retningslinje ved samtidighetskonflikt

Side 1/2

 Sykehuset i Vestfold	<i>Klinikknivå - Nivå 2</i> <i>Plassering: 2.1.1.3.2.5.1.3.1</i> <i>Dok.nr: D23475</i>	
Koordinering av aktivitet og bemanning ved samtidighetskonflikter. Føde-Barsel 4C.		
<i>Gjelder for: Kirurgisk klinikk\Kirurgisk sykepleieavdeling\Kirurgiske poster\Føde-Barsel 4C</i>		
<i>Hovedområde:</i> Ledelse	<i>Utarbeidet / revidert av:</i> Seksjonsleder I. Jensen, ass. seksjonsleder N. Høyer, seksjonsoverlege E. Margas, fagutviklingsjordmor E. Sogge	<i>Revisjonsnr:</i> 2.00
<i>Dokumenttype:</i> Retningslinje	<i>Godkjent av:</i> Seksjonsleder I. Jensen /	<i>Godkj. dato:</i> 24.09.2018

Utskrift er kun gyldig på utskriftsdato

1. HENSIKT

Sikre nødvendig bemanning og kompetanse ved samtidighetskonflikter, og at behandlingen av kvinner og barn prioriteres i en forsvarlig rekkefølge.

Gi retningslinjer for tiltak når bemanningen er for lav til å møte kvinner og barns behov for helsetjenester.

2. ANSVAR

Seksjonsleder, stedfortreder for seksjonsleder, koordinator Føde-Barsel 4C.

3. FREMGANGSMÅTE

3.1 Daglige vurderinger

- Koordinator skal vurdere aktivitet og bemanning hvis:
 - Det er uventet variasjon i behovet for fødselshjelp
 - Kvinner eller barn trenger ekstra støtte, eller behandling av spesialist
 - Kvinner som ønsker det ikke får kontinuerlig støtte i aktiv fødsel av jordmor eller barnepleier.
 - Det er uplanlagt fravær i løpet av vekten
- Følg eskaleringsplanen (punkt 3.2) hvis behovet for jordmødre/barnepleiere er større enn tilgjengeligheten. Avbestillinger, utsettelse og stenging av aktivitet bør være siste utvei.

3.2 Eskaleringsplan:

- Hvis det oppstår samtidighetskonflikt, har koordinator og vakthavende lege beslutningsmyndighet til å avgjøre prioriteringsrekkefølge i pasientbehandlingen. Øyeblikkelig hjelp prioriteres alltid først.
- Vurdering av behovet, og beslutning om å tilkalle ekstra ressurser, tas av koordinerende jordmor (i samarbeid med lederteamet i på dagtid):
 1. Omdisponere personell i seksjonen.
 2. Sende ut behov for ekstrahjelp som SMS via GAT.
 3. Pålegge jordmor eller barnepleier å starte/avslutte samme dags vakt tidligere/senere.
 4. Innkalle kvalifisert personell for å sikre faglig forsvarlig helsehjelp (telefonliste henger ved koordinatorplassen).

5. Utsette arbeid som ikke haster (eks. ryddeoppgaver, utreisesamtaler, veiledning av studenter (student observerer)).
6. Kontakte gynekolog, som vurderer om hun/han kan utføre spesifikke oppgaver.
7. Omdirigere gravide/fødende til Sykehuset i Telemark HF eller Vestre Viken HF Drammen (etter avtale).

4. GENERELT

5. INTERNE REFERANSER

[2.1.1.3.2.5.1](#) Koordinator i Føde-Barsel 4C funksjonsbeskrivelse

6. EKSTERNE REFERANSER

1. Helsedirektoratet. (2010). Et trygt fødetilbud. Kvalitetskrav til fødselsomsorgen (IS-1877). Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/et-trygt-fodetilbud-kvalitetskrav-til-fodselsomsorgen>.
2. Helsedirektoratet. (2014). Nytt liv og trygg barseltid for familien : Nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen (IS-2057). Oslo: Helsedirektoratet. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/nasjonal-faglig-retningslinje-for-barselomsorgen-nytt-liv-og-trygg-barseltid-for-familien>
3. Sosial- og helsedirektoratet. (2005). Nasjonalfaglig retningslinje for svangerskapsomsorgen (IS-1179). Oslo: Helsedirektoratet. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/nasjonal-faglig-retningslinje-for-svangerskapsomsorgen>
4. National Institute for Care and Health Excellence (NICE). (2015). Safe midwifery staffing for maternity settings. Hentet fra <https://www.nice.org.uk/guidance/ng4>

7. VEDLEGG

Vedlegg 15 Litteraturoversikt – forskningsbasert kunnskap om kontinuerlig støtte under fødselen.

Side 1/3

Studie	Studiedesign	Utvalg	Formål	Resultater	Metodisk kvalitet
Bowers, 2002	Systematisk oversikt.	17 kvalitative studier	Oppsummere kvalitative studier av kvinners erfaringer med profesjonell støtte under fødselen.	Kvinner ønsker kontinuerlig støtte under fødselen. Kvinner opplever støtte under fødselen hvis fødselshjelperen fremmer fysisk komfort, viser omsorg og følelsesmessig støtte, gir informasjon, er kvinnens advokat, kommuniserer godt og oppleves som kompetent. Kontinuerlig støtte kan gjøre det enklere for kvinner å takle belastninger under fødselen i alle kontekster.	Formål klart beskrevet. Et begrenset litteratursøk, men mange relevante studier. Kvaliteten på studiene er ikke diskutert. Flere nordiske studier er inkludert. Resultatene gir en oversikt og innsikt i kvinners erfaringer med støtte fra fagpersoner under fødselen. Overførbare resultater til vår praksis.
Bohren et al., 2017	Systematisk oversikt.	27 randomiserte kontrollerte studier	Vurdere effektene av en-til-en kontinuerlig støtte i fødsel for kvinner og deres barn, sammenlignet med vanlig omsorg, i hvilken som helst setting.	Kontinuerlig støtte under fødselen kan forbedre utfallene for kvinner og barn, og har ingen bivirkninger, når støtten blir gitt av en person som har erfaring og kunnskap i å støtte kvinner i fødsel, og har som sin oppgave å tilby kvinnen fysisk, psykisk, følelsesmessig, informativ og praktisk støtte. Videre forskning bør undersøke hvordan kontinuerlig støtte best kan tilbys i ulike settinger.	Klart formulert formål. Følger metode for systematiske oversikter i Cochrane samarbeidet tett. Omfattende litteratursøk. Siste søk 1. juni 2017. Studiene er kvalitetsvurdert med GRADE. Resultatene kan overføres til vår praksis med noen forbehold. Alle viktige utfallsmål ble vurdert.
Kobayashi et al., 2017	Systematisk oversikt.	6 randomiserte kontrollerte studier	Vurdere effekten av vurdering og støttende tiltak, for kvinner i tidlig fase av fødselen.	Undersøkelser og støtte av helsepersonell eller lekfolk for aktiv fase av fødselen, viser ikke tydelig effekt på forekomst av keisersnitt, vakuumekestraksjon, tangforløsning eller fødsel før ankomst til sykehus. Tiltaket kan redusere bruk av epiduralanalgesi og øke kvinnenes tilfredshet.	Klart formulert formål, god beskrivelse av tilstanden. Omfattende litteratursøk. Få studier inkludert. Studiene er kvalitetsvurdert med GRADE. Resultatene kan overføres til vår praksis. Alle viktige utfallsmål ble vurdert.
Sosa et al., 2011	Konseptanalyse.		Utforske mangfoldet og variasjonen i betydningene av begrepet en-til-en støtte i fødsel. Klargjøre begrepet en-til-en-støtte i fødsel.	Litteraturen er ikke entydig i forhold til definisjoner av konseptet «en-til-en støtte» i fødsel. Det er varierende og uklare beskrivelser av grad av tilstedeværelse, hvem som skal gi støtte, når støtte skal gis eller hvilken modell som skal brukes. Mer forskning trengs for å få en større forståelse av jordmors aktiviteter ved en-til-en støtte	Ikke oppgitt antall studier, men litteratursøket virker å ha vært omfattende, men ikke så systematisk. Omfattende oversikt og diskusjon relatert til begrepet en-til-en støtte under fødselen. Diskuterer også begrepet kontinuerlig støtte. Bidrar med viktig diskusjon rundt begrepet og definisjoner.

Studie	Studiedesign	Utvalg	Formål	Resultater	Metodisk kvalitet
Burgess, A 2014	Konseptanalyse	31 artikler	Utforsker hvordan støtte under fødselen er definert i litteraturen, for å jobbe mot en begrepsavklaring.	Etter å ha gjennomgått litteraturen blir kontinuerlig støtte definert i fire hovedkategorier: emosjonell støtte, fysisk støtte, informasjonstjenester og partnerstøtte. Det ser ikke ut til å være enighet om hva andelen tid hos kvinnen som definerer kontinuerlig støtte. Det er viktig at sykepleiere undersøker barrierer for implementering av kontinuerlig støtte under fødselen.	Klart formål. Godt beskrevet søk. God oversikt og diskusjon relatert til begrepet støtte under fødselen. Diskuterer også begrepet kontinuerlig støtte. Bidrar med viktig diskusjon rundt definisjoner.
Ross-Davie & Cheyne, 2014	Litteraturstudie.	91 artikler	Undersøke i hvilken grad støtte under fødselen former kvinners vurdering av deres fødselsopplevelse.	Kontinuerlig støtte av høy kvalitet er nøkkelen til å fremme normal fødsel og redusere medisinske inngrep. Det forbedrer også kvinners fødselsopplevelse, fremmer en positiv tilpasning til morsrollen, og reduserer risikoen for psykiske vansker i barselperioden. Det finnes god evidens for å kunne definere nøkkelbegrep og atferd som kvinner mener er sentrale for å gi god støtte under fødselen.	Klart formål, og omfattende søk, men ikke veldig godt beskrevet metode. Usikkert om studiene er kvalitetsvurdert. Litt uoversiktlig oppsett, men får frem noen viktige betraktninger.
Helsedirektoratet, 2010	Veileder for fødselsomsorgen		Anbefalinger om kvalitetskrav for fødselsomsorgen	Anbefaling: Av faglige kvalitets hensyn anbefales det i denne veilederen at alle fødende skal ha en jordmor hos seg så tidlig som mulig i aktiv fase av fødselen og til fødselen er over.	AGREE II 3/7 Kan anbefales med forbehold
National Institute for Health and Care Excellence, 2014	Kunnskapsbasert faglig retningslinje og kvalitetsstandard.		Anbefalinger for fødselsomsorgen	Kvinner i aktiv fødsel skal ha en-til-en støtte under fødselen. Kvinnen skal ikke forlates i aktiv fødsel umtatt for korte perioder eller på kvinnens foresørsel. Aktiv fødsel defineres som regelmessige rier og pågående mormunnsåpning fra 4 cm.	AGREE II 6/7 Kan anbefales

Studie	Studiedesign	Utvalg	Formål	Resultater	Metodisk kvalitet
Dansk Kvalitetsdatabase for Fødsler, 2015	Dansk kvalitetsdatabase for fødsler. Årsrapport.		Kvalitetsindikatorer for fødselsomsorgen.	Nasjonal indikator: Andel fødende som kontinuerlig har tilstedeværelse av fagpersonell på fødestuen i fødselens aktive fase, unntatt fra korte pauser avtalt med den fødende. Standard: minst 90%. Landresultatet har i flere år oppfylt standarden. 33% av fødeavdelingene har ikke fylt kravene til valide data (at tilstedeværelse registreres fortløpende under fødselen, og ikke bare med et kryss etter fødselen). Med bakgrunn i dette tas indikatoren ut av kvalitetsbasen, og det anbefales at audit fortsetter lokalt.	Ikke aktuelt
Payant et al., 2008	Kvalitativ studie	Beskrivende undersøkelse – Theory of Planned Behavior 97 sykepleiere (Canada)	Undersøke determinanter for sykepleieres intensjoner om å praktisere kontinuerlig støtte under fødsel.	Sykepleieres intensjoner om å gi kontinuerlig støtte under fødselen er lavere for kvinner som får epidural analgesi, og er påvirket av opplevd sosialt press ved deres enhet. Sykepleiere ser organisatoriske barrierer som viktige faktorer som påvirker deres evne til å gi kontinuerlig støtte under fødselen.	Klart formål. God beskrevet metode. Besvarer mange viktige spørsmål. Ikke fullt overførbart med tanke på at det er sykepleiere som svarer.
Aune et al., 2014	Kvalitativ studie	Dybdeintervju med 10 jordmødre (Norge)	Skape forståelse for jordmødres erfaringer med å gi kontinuerlig støtte under fødsel, og å lære om faktorer som kan påvirke kontinuerlig støtte.	Å gi kontinuerlig støtte under fødselen, fremmet jordmødrenes oppfatning av seg selv som en "god jordmor". Arbeidsbelastningen gjorde det noen ganger vanskelig å gi kontinuerlig støtte. Jordmødrene følte på utilstrekkelighet når de hadde for liten tid til kvinnen under fødselen.	Godt beskrevet metode. Belyser tema på en oversiktlig, men helhetlig måte. Går i dybden. Mye overførbart til vår praksis.
Nikula, et al., 2015	Tverrsnittstudie, beskrivende	260 kvinner i Finland	Beskrive mødres opplevelser av støtte under fødselen.	Alle fødekvinner trenger støtte (følelsesmessig, informativ, konkret/håndfäst) for å få en best mulig fødselsopplevelse. Denne erfaringen virker også positivt på fremtidige fødsler. Ros og oppmuntring er den mest nyttige formen for støtte for mødre under fødselen.	Tydlig formål. Enkel metode. Godt beskrevet resultater. Overførbart til vår praksis.

Vedlegg 16 Litteraturoversikt – implementeringsforskning

Side1/2

Studie	Studiedesign	Utvvalg	Formål	Resultater	Metodisk kvalitet
Forsetlund mfl., 2009	Systematisk oversikt	81 randomiserte kontrollerte studier	Vurdere effekt av undervisningstiltak på praksis i helsejensosten, og utfall for pasienter.	Utdanningstiltak kan alene eller i kombinasjon med andre tiltak, forbedre klinisk praksis og utfall for pasientene. Effekten kan økes ved høy deltagelse, å blande interaktiv og didaktisk undervisning, og ved å fokusere på utfall som oppfattes som viktige.	Formål, inklusjon- og eksklusjonskriterier klart formulert. Studier kvalitetsvurdert av to forskere. Flere studier hadde høy risiko for bias. En svakhet at intervensjoner i flere studier var dårlig beskrevet. Evidens av moderat kvalitet.
Ivers mfl., 2012	Systematisk oversikt	140 randomiserte studier	Vurdere effekten av audit og feedback på praksis av helsepersonell og pasientutfall og å undersøke faktorer som kan forklare variasjon i effektiviteten av revisjon og tilbakemelding.	Audit og feedback har generelt små, men trolig viktige effekter på forbedring av klinisk praksis. Effekten ser ut til å være større når etterlevelsen av kunnskapsbasert anbefaling er lav i utgangspunktet, når tilbakemelding blir gitt av en overordnet eller en respektert kollega, når tilbakemelding blir gitt flere ganger, og når tiltaket inkluderer tydelige mål og en handlingsplan.	Formål, inklusjon- og eksklusjonskriterier er klart formulert. Inkluderer et stort antall studier, moderat kvalitet. Flere studier hadde uklare eller høy risiko for bias. Kvalitet vurdert med GRADE. En sekundæranalyse ga samme konklusjoner {Ivers, 2014 #1960}
Baker mfl., 2015	Systematisk oversikt	32 klynge-randomiserte studier	Vurdere effekt av skreddersyddde tiltak rettet mot barrierer for endring i helsepersonell sin praksis, og utfall for pasienter.	Skreddersyddde tiltak kan forbedre praksis, men effekten varierer og er ofte liten til moderat. Det er ikke klart hvordan en best identifiserer barrierer og skreddersyr tiltak.	Klart formulert formål. Omfattende systematisk litteratursøk, og inkluderte studier er vurdert med GRADE. Alle studiene var randomiserte kontrollerte studier. Lav risiko for bias i de inkluderte studiene.
Yost mfl., 2015	Systematisk oversikt	18 kvantitative, 10 kvalitative, 2 mixed-methods studier	Undersøke om undervisningstiltak rettet mot sykepleiere i spesialisthelsetjenesten, har effekt på kunnskapsbasert-praksis-adferd, og utfall for brukerne. Undersøke om faktorer i omgivelsene kunne påvirke effekten.	Enkle og multifaseterte undervisningstiltak virker å ha effekt på spesialsykepleieres kunnskapsbasert-praksis-adferd og i utfall for brukerne. Ledere i organisasjonen bør involveres i implementering av ny kunnskap i praksis.	Omfattende og godt beskrevet litteratursøk. To forfattere undersøkte kvalitet uavhengig. Brukte Cochranes verktøy for vurdering av risiko for bias. GRADE ble brukt for å vurdere kvalitet og styrke på forskningen. Tydelig formulert hensikt.
Macdonald et al., 2015	Systematisk oversikt	5 kvalitative studier (USA og Canada)	Identifisere, vurdere og syntetisere kvalitativ forskning om jordmødre og sykepleieres erfaringer med samarbeider i fødselsomsorgen	Jordmødre og sykepleiere hadde negative erfaringer med samarbeid i fødselsomsorg, som mistillit, uklare roller og uprofesjonell adferd. Jordmødre og sykepleiere hadde positive erfaringer med samarbeid som kan være en kilde til håp om å overvinne utfordringene med å dele omsorgen.	Systematisk søk, mange kilder. Uklart om det var en eller flere som screenet studier. Kvalitetsvurderte studier. Ikke overførbart med samarbeid med jordmor/sykepleier, men noe kan overføres til samarbeid jordmor/barnepleier

Studie	Studiedesign	Utvalg	Formål	Resultater	Metodisk kvalitet
Williams et al., 2015	Scoping oversikt	49 artikler	Kartlegge litteratur om organisatoriske barrierer for implementering av kunnskapsbasert praksis i helsevesenet.	Fem organisatoriske barrierer for kunnskapsbasert praksis (KBP) fremhevet seg: 1) arbeidsbelastning, 2) andre ansatte / ledelse som ikke støttet kunnskapsbasert praksis, 3) mangel på ressurser, 4) manglende myndighet til å endre praksis og 5) motstand mot endring i miljøet	Tydlig hensikt. Omfattende litteratur søk. Oversiktlig resultat. Overførbart til vår praksis.
National Institute for Health and Care Excellence, 2015	NICE veileder		Forbedre fødselsomsorgen ved å gi råd om monitorering av bemanning og tiltak som skal iverksettes dersom det ikke er nok jordmødre til å møte behovene til kvinner og barn i tjenesten.	Denne retningslinjen gir anbefalinger om krav til trygg bemanning i fødselsinstitusjoner, basert på de beste tilgjengelige forskningsbaserte kunnskap.	Ikke vurdert
Payant et al., 2008	Kvalitativ studie	Beskrivende undersøkelse – Theory of Planned Behavior 97 sykepleiere (Canada)	Undersøke determinanter for sykepleieres intensjoner om å praktisere kontinuerlig støtte under fødsel	Sykepleierens intensjoner om å gi kontinuerlig støtte under fødselen er lavere for kvinner som får epidural analgesi, og er påvirket av opplevd sosialt press ved deres enhet. Sykepleiere ser organisatoriske barrierer som viktige faktorer som påvirker deres evne til å gi kontinuerlig støtte under fødselen.	Klart formål. God beskrevet metode. Besvarer mange viktige spørsmål. Ikke fullt overførbart med tanke på at det er sykepleiere som svarer.
Aune et al., 2014	Kvalitativ studie	Dybdeintervju med 10 jordmødre (Norge)	Skape forståelse for jordmødres erfaringer med å gi kontinuerlig støtte under fødsel, og å lære om faktorer som kan påvirke kontinuerlig støtte.	Å gi kontinuerlig støtte under fødselen, fremmet jordmødrenes oppfatning av seg selv som en "god jordmor". Arbeidsbelastningen gjorde det noen ganger vanskelig å gi kontinuerlig støtte. Jordmødrene følte på utilstrekkelighet når de hadde for liten tid til kvinnen under fødselen.	Godt beskrevet metode. Belyser tema på en oversiktlig, men helhetlig måte. Går i dybden. Mye overførbart til vår praksis.
Davies & Hodnett, 2002	Tverrsnittstudie	152 sykepleiere i fase 2 av studien (Canada)	Fase 2: Beskrive sykepleieres evaluering av faktorer som fremmer eller hemmer kontinuerlig støtte under fødselen	Sykepleiere er trygge på sine evner til å yte støtte under fødselen, men det er fortsatt et gap i praksis. Utfordringer i klinisk praksis inkluderer å administrere fleksible bemanningsplaner, og samarbeid med andre omsorgspersoner (jordmødre, doula, lege) for å sikre at noen gir støtte til kvinnen under fødselen. Det er behov for undervisning som fokuserer på de humanistiske eller omsorgsfulle aspektene av sykepleie.	Klart formål. Godt beskrevet metode. Gir en oversikt over noen vanlige barrierer. Ikke direkte overførbart til Norge

Vedlegg 17 Klinisk audit rapport mars 2018

Kontinuerlig støtte av jordmor under fødselen

- et kvalitetsforbedringsprosjekt med klinisk audit som metode.



Kirurgisk sykepleieavdeling

Kirurgisk post 4C Føde-Barsel

Prosjektgruppe

Elin Sogge, prosjektleder	Fagutviklingsjormor	
Irene Jensen	Seksjonsleder	
Nina H. Høyer	Ass. seksjonsleder	Data periode: desember 2017 - januar 2018
Elisabeth V. Sørensen	Teamleder	Rapport dato: 15. mars 2018

Innhold

Sammendrag	3
Bakgrunn	4
Hensikt	4
Kriterium og standard	5
Utvalg	5
Datakilde	6
Metode	7
Resultater	7
Diskusjon	9
Anbefalte implementeringstiltak for å forbedre praksis	10
Handlingsplan	10
Referanser	11

Forkortelser, definisjoner og ordforklaringer

Aktiv fase i fødselen	Fra kvinnen har 4 cm mormunnsåpning og regelmessige rier.
Klinisk audit	Klinisk audit er en kvalitetsforbedringsprosess i fire trinn, som er designet for å forbedre kvaliteten på helsetjenesten. Gjennom å kartlegge og evaluere helsetjenesten mot anerkjente og kunnskapsbaserte standarder for beste praksis, kan vi gjøre forbedringer der det er nødvendig, og slik forbedre kvaliteten og utfallene for pasientene.
Kontinuerlig støtte	Jordmor, eller annen kvalifisert fagperson, er kontinuerlig tilstede i fødselens aktive fase, for å støtte kvinnen fysisk, psykisk, følelsesmessig og praktisk.
Landbakgrunn	For personer født i utlandet, er dette eget fødeland. For personer født i Norge er det foreldrenes fødeland. I de tilfeller der foreldrene har ulikt fødeland, er det morens fødeland som blir valgt.
Parietet	Antall fødsler kvinnen har gjennomgått tidligere (fra og med svangerskapsuke 22+0).
Partogram	Grafisk fremstilling av fødselsforløpet

Sammendrag

Denne rapporten beskriver en klinisk audit ved Sykehuset i Vestfold, for å evaluere om kvinner i aktiv fødsel får kontinuerlig støtte under fødselen, i tråd med kunnskapsbaserte faglige anbefalinger, og å gjennomføre tiltak for å forbedre praksis dersom optimal standard for etterlevelse ikke er oppnådd. Kriterium for beste praksis er at alle kvinner i aktiv fødsel får kontinuerlig støtte av jordmor eller annen kvalifisert fagperson, med unntak av pauser under 10 minutter, eller etter kvinnens ønske (1, 2). Ideell standard er 100% etterlevelse. Optimal standard er 95 %, fordi naturlig variasjon i antall fødende kan hindre personalet fra å være kontinuerlig tilstede, når flere kvinner trenger støtte samtidig.

En retrospektiv audit ble gjennomført for perioden 1. desember 2017 – 31. januar 2018, med gjennomgang av 276 fødejournaler. Inkludert i audit var alle kvinner i aktiv fødsel i perioden. Data ble samlet inn fra fødejournalen Partus og kvinnens «Helsekort for gravide», ved hjelp av et datainnsamlings skjema (vedlegg 1). Datainnsamlings skjemaet ble pilotert og testet før datainnsamlingen startet. Kartleggingen viser at:

- 88 % av kvinnene hadde kontinuerlig støtte i aktiv fødsel i tråd med kriterium for beste praksis.
- Det er vanlig at kvinner får kontinuerlig støtte fra 5 cm mormunnsåpning, men variasjonen er fra 2 cm til 10 cm mormunnsåpning.
- Registrerte årsaker til at kvinner ikke får kontinuerlig støtte er; «kvinnens eget ønske», «jordmor har flere fødende samtidig» og «kvinnen sover/hviler»

En årsaksanalyse viste at barrierer for kontinuerlig støtte under fødselen var for lite bemanning og samtidighetskonflikter, personalets holdninger eller mangelfull kunnskap (vedlegg 2). Fremmede faktorer for kontinuerlig støtte var tilstrekkelig bemanning, økt kunnskap, en kultur for kontinuerlig støtte, og godt samarbeid mellom jordmor og barnepleier. En handlingsplan er utarbeidet for å forbedre praksis (vedlegg 3). Ny kartlegging (re-audit) er planlagt i mai - juni 2018.

Bakgrunn

Kontinuerlig støtte under fødselen betyr at en jordmor, eller en person som har kunnskap og erfaring i å støtte kvinner i fødsel, er kontinuerlig tilstede under fødselen for å støtte kvinnen fysisk, psykisk, følelsesmessig og praktisk (2, 3).

Oppsummert forskning viser at kontinuerlig støtte øker sannsynligheten for at kvinner føder spontant vaginalt, har kortere fødsler og en positiv fødselsopplevelse. Kontinuerlig støtte reduserer sannsynligheten for keisersnitt, vakuume ekstraksjon, tangforløsning, bruk av medikamentell smertelindring eller regionalanalogesi, og at barn har lav apgar-skår etter fødselen. Det er ikke vist negative effekter av tiltaket for mor eller barn (2).

Helsedirektoratet anbefaler i kvalitetskrav til fødselsomsorgen at "alle fødende skal ha en jordmor hos seg så tidlig som mulig i aktiv fase av fødselen og til fødselen er over" (4). For å sikre at anbefalingen om kontinuerlig støtte under fødselen blir fulgt opp, har Helse- og omsorgsdepartementet I 2017 gitt de regionale helseforetakene i oppgave å dokumentere tilfeller der anbefalingen ikke blir etterlevd, og bruke resultatene til kvalitetsforbedring (5). På bakgrunn av dette, gjennomfører fødebarselseksjonen ved Sykehuset i Vestfold et kvalitetsforbedringsprosjekt, med klinisk audit som metode, for å fremme kontinuerlig støtte under fødselen.

Hensikt

Hensikten med kvalitetsforbedringsprosjektet er å kartlegge og evaluere om kvinner i aktiv fødsel får kontinuerlig støtte av jordmor eller annen kvalifisert fagperson, i tråd med kunnskapsbaserte faglige anbefalinger, og gjøre tiltak for å forbedre praksis dersom optimal standard for etterlevelse ikke er oppnådd.

- Hva er andelen kvinner i aktiv fødsel som får kontinuerlig støtte i tråd med kriterium for beste praksis?
- Fra når i fødselen får kvinnene kontinuerlig støtte?
- Hvilke årsaker oppgir jordmor når kvinner ikke får kontinuerlig støtte i aktiv fødsel?

Kriterium og standard

Kriterium og standard for beste praksis, er basert på kvalitetsstandarden fra National Institute for Health and Care Excellence (NICE), og resultatene i en oppdatert systematisk Cochrane-oversikt:

Terminologi

Kriterium (fl.=kriterier) er en eksplisitt, målbar beskrivelse av beste praksis.

Standard er forventet nivå av etterlevelse, uttrykt som prosent (%).

Unntak er rimelige grunner for å ikke gi det nivået av omsorg som er spesifisert.

Tabell 1: Kriterium og standard for kontinuerlig støtte

Kriterium for beste praksis	Standard	Optimal standard	Kunnskapsgrunnlag
Alle kvinner i aktiv fødsel får kontinuerlig støtte av jordmor eller annen kvalifisert fagperson, med unntak av pauser under 10 minutter, eller etter kvinnens ønske.	100 %	≥ 95 %	National Institute for Health and Care Excellence (1), Bohren, Hofmeyr (2), Helsedirektoratet (4)

Ideell standard er 100% etterlevelse. Hvis 100 % etterlevelse ikke er realistisk eller passende ut i fra sikkerhetshensyn, personlige valg eller profesjonelle vurderinger, anbefaler NICE at optimal standard for etterlevelse blir definert lokalt (1). I følge Ashmore, Ruthven (6) vil optimal standard vanligvis ligge mellom ideell standard og minimum nivå for etterlevelse. Etter diskusjon og konsensus i føde-barselseksjonens kvalitetsgruppe er optimal standard satt til minst 95 %, fordi naturlige variasjoner i aktiviteten ved fødeavdelingen kan hindre personalet fra å være kontinuerlig tilstede, når flere kvinner trenger støtte samtidig.

Utvalg

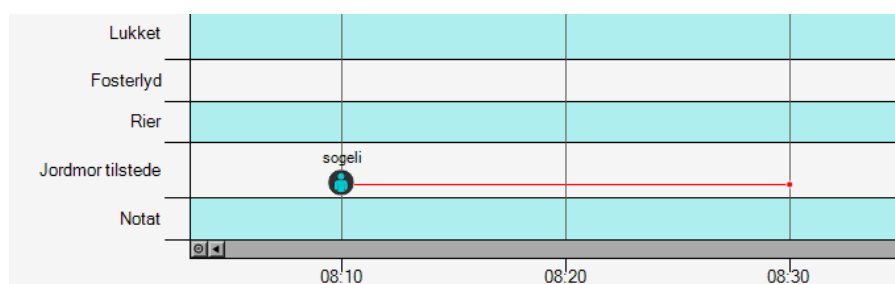
Sykehuset i Vestfold ligger i Sør-Øst Norge, og har rundt 2000 fødsler i året. Kvalifisert for inklusjon i klinisk audit var alle kvinner i aktiv fødsel ved føde-barselseksjonen. Kvinner som ble forløst med keisersnitt før aktiv fødsel, eller fødte utenfor sykehuset, ble ikke inkludert.

Basert på antatt 80 % etterlevelse ved audit og 95 % ved re-audit, ble det beregnet en utvalgsstørrelse på 88 fødejournaler (7). Journalene ble samlet med systematisk, tilfeldig trekning av hver 3. fødejournal, identifisert via fødeavdelingens fødeprotokoll. Analyse av de 88 journalene viste 88% etterlevelse. Fordi etterlevelsen var høyere enn først antatt, ble utvalgsstørrelsen beregnet på nytt, for å sikre et tilstrekkelig stort utvalg for å kunne påvise statistisk signifikante forskjeller (8). Basert 88 % etterlevelse ved audit, 95 % etterlevelse ved re-audit, 95 % konfidensintervall (KI) og styrke 80 %, krevdes en utvalgsstørrelse på 276 journaler ved hver måling, totalt 552 fødejournaler, for å sikre et representativt utvalg (7).

Datakilde

Data for klinisk audit ble samlet inn med gjennomgang av dokumentasjon i den elektroniske fødejournalen Partus, og i kvinnens «Helsekort for gravide».

I Partus dokumenterer jordmor kontinuerlig støtte fortløpende, ved å registrere en linje i partogrammet (bilde 1), i den tiden jordmor/barnepleier er tilstede hos kvinnen.



Bilde 1: Jordmor tilstede

I tillegg registrerer jordmor kontinuerlig tilstedeværelse med «ja/nei» i et avkryssingsfelt, etter fødselen. Årsaker til at kvinnen ikke fikk kontinuerlig støtte dokumenteres i tilhørende fritekstfelt.

Metode

En retrospektiv audit ble gjennomført ved Sykehuset i Vestfold i perioden 1. desember 2017 til 31. januar 2018, med gjennomgang av 276 journaler til kvinner som har vært i aktiv fødsel. Datainnsamling startet etter at prosjektet var godkjent av ledelsen ved Sykehuset i Vestfold, og personvernombudet Norsk senter for forskningsdata (NSD). Alle fødejournalene i perioden ble samlet fra seksjonens fødeprotokoll, inntil nødvendig utvalgsstørrelse var nådd.


Data ble samlet inn av fire jordmødre i prosjektgruppen, ved hjelp av et datainnsamlings skjema (vedlegg 1). Datainnsamlings skjemaet ble pilotert og testet, for å avdekke uklarheter eller feil før datainnsamlingen startet. De første 88 journalene ble undersøkt av to datainnsamlere uavhengig av hverandre, og datainnsamlings skjemaene ble sammenlignet for å beregne i hvilken grad dataene samsvarte (inter-rater reliabilitet). Inter-rater reliabilitet var på 98%, som betyr at målingene er pålitelige.

Statistiske analyser ble gjort i SPSS Statistics Microsoft.

Resultater

88 % av kvinnene i aktiv fødsel fikk kontinuerlig støtte i tråd med kriterium for beste praksis.

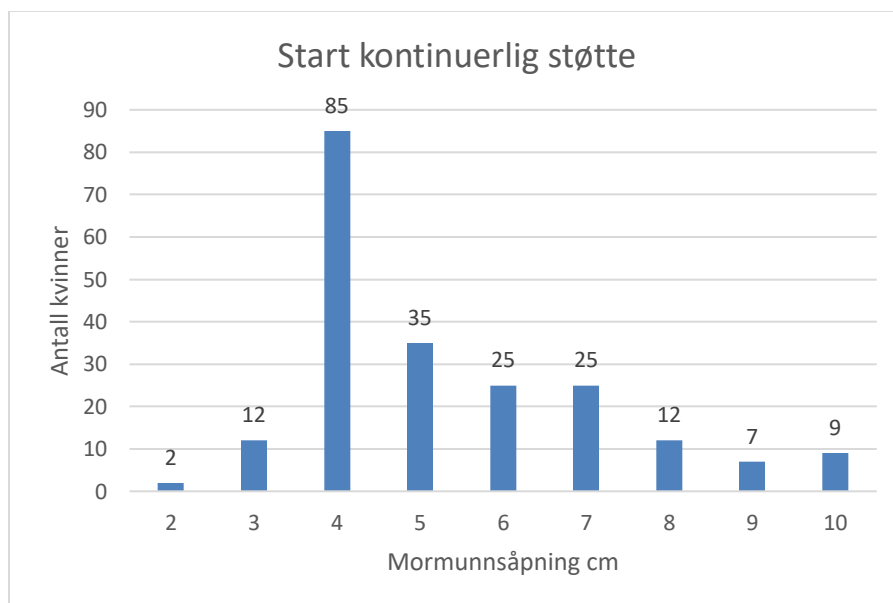
Tabell 2: Resultat etterlevelse

Kriterium for beste praksis	n/N audit	Etterlevelse audit 2017/2018	Etterlevelse re-audit	
Alle kvinner i aktiv fødsel får kontinuerlig støtte av jordmor eller annen kvalifisert fagperson, med unntak av pauser under 10 minutter, eller etter kvinnens ønske.	244/276	88 %		

Tabell 3: Demografisk fordeling

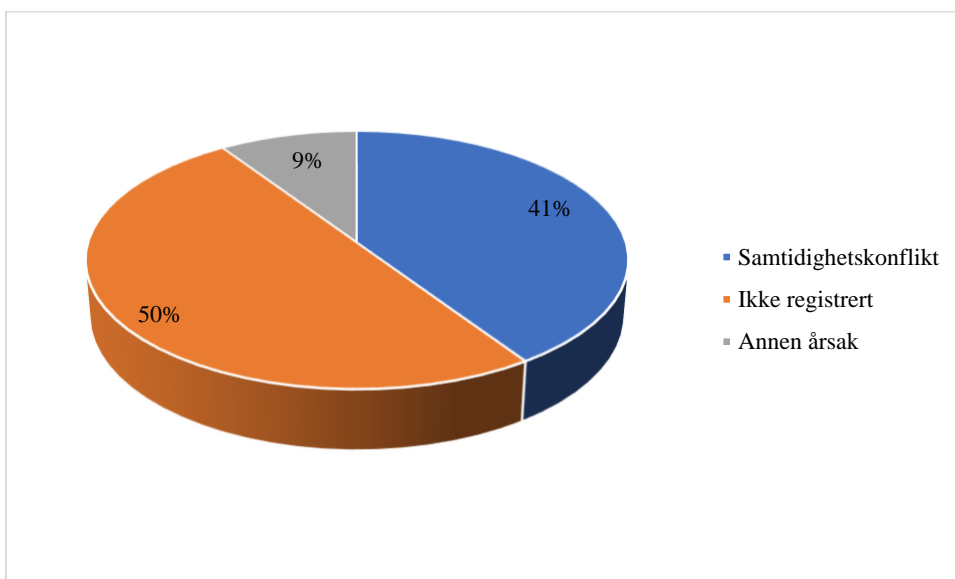
	Audit	
	n/N	Prosent
Parietet		
Para 0	115/276	42 %
Para >0	161/276	58 %
Mors landbakgrunn		
Norge	193/276	70 %
Europa	49/276	18 %
Afrika, Asia og Sør-Amerika	34/276	12 %
Prosedyrer		
Epiduralanalgesi	105/276	38 %
Akutt keisersnitt	11/276	4 %
Operativ vaginal forløsning	18/276	6,5 %

Det er vanlig at kvinner får kontinuerlig støtte fra 5 cm mormunnsåpning (median), men oppstart av kontinuerlig støtte varierer fra 2 til 10 cm mormunnsåpning.


Figur 1: Start kontinuerlig støtte

5 % av alle journalene manglet registrering av kontinuerlig støtte under fødselen. 13 % av journalene manglet fortløpende registrering av kontinuerlig støtte i partogrammet.

Årsaker som jordmor har registrert, til at noen kvinner ikke får kontinuerlig støtte:



Diskusjon

Resultatene viser et behov for vedvarende oppmerksomhet på kontinuerlig støtte i fødsel, og det er nødvendig å iverksette tiltak for å forbedre praksis.

Ansatte ved føde-barselseksjonen gjorde en analyse av hovedårsaker til at kvinner i aktiv fødsel ikke får kontinuerlig støtte, på fagdagene i februar 2018. Barrierer for kontinuerlig støtte under fødselen er for lite bemanning og samtidighetskonflikter, personalets holdninger eller mangelfull kunnskap (vedlegg 2). Fremmede faktorer for kontinuerlig støtte er tilstrekkelig bemanning, økt kunnskap, en kultur for kontinuerlig støtte, og godt samarbeid mellom jordmor og barnepleier.

Datakomplettheten for registreringene i Partus bør også bli bedre. 5 % av alle journalene manglet registrering av kontinuerlig støtte under fødselen. 13 % av journalene manglet fortløpende registrering av kontinuerlig støtte i partogrammet. De manglende registreringene er tilfeldig fordelt i materialet, som gir lavere

risiko for systematiske skjevheter, men manglende verdier kan likevel gjøre det vanskelig å tolke resultatene, fordi beregningsgrunnlaget blir mindre og resultatene kan bli upresise. Løsningen i Partus for å registrere kontinuerlig støtte er ny fra oktober 2017. Det kan være en bakenforliggende årsak til manglende registreringer. Vi kan derfor forvente at tilbakemeldinger til jordmødrene og oppfølging av entuelle feil i Partus, kan forbedre datakomplettheten.

Anbefalte implementeringstiltak for å forbedre praksis

- Tilbakemelding på audit resultater
- Utarbeide retningslinje for kontinuerlig støtte
- Utarbeide retningslinje for koordinering av aktivitet og bemanning ved samtidighetkonflikter
- Undervisning for personalet - styrke samarbeidet mellom jordmor og barnepleier
- Forbedre datakomplettheten
- Sikre at implementeringstiltakene har forbedret praksis

Handlingsplan

En handlingsplan er utarbeidet for å forbedre praksis, og en ny kartlegging (re-audit) er planlagt i mai - juni 2018 (vedlegg 3).

Referanser

1. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Intrapartum care - Quality standard. Internett. 2015.
2. Bohren MA, Hofmeyr GJ, Sakala C, Fukuzawa RK, Cuthbert A. Continuous support for women during childbirth. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. 2017; (7). Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003766.pub6/abstract>.
3. Bowers BB. Mothers' experiences of labor support: Exploration of qualitative research. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2002;31(6):742-52.
4. Helsedirektoratet. Et trygt fødetilbud. Kvalitetskrav til fødselsomsorgen. 2010. Report No.: IS-1877.
5. Helse- og omsorgsdepartementet. Oppdragsdokument 2017 Helse Sør-Øst RHF. 2017.
6. Ashmore S, Ruthven T, Hazelwood L. Preparation, planning and organisation of clinical audit. . In: Burgess R, editor. New principles of best practice in clinical audit. Oxford: Radcliffe Publishing; 2011. p. 23-58.
7. Sergeant ESG. Epitools epidemiological calculators 2017 [Available from: <http://epitools.ausvet.com.au/>].
8. Ashmore S, Ruthven T, Hazelwood L. Measuring performance. In: Burgess R, editor. New principles of best practice in clinical audit. Oxford: Radcliffe Publishing; 2011. p. 59-79.