



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Handläggning av normal förlossning

En kartläggning av barnmorskors
dokumenterade vård och utförda interventioner

Författare: Anja Palmgren och Diana Yu

Handledare: Elizabeth Crang Svalenius och Linda Kvist

Examinator: Eva K. Persson

Magisteruppsats

Januari 2016

Lunds universitet
Medicinska fakulteten
Institutionen för hälsa, vård och samhälle
Avdelningen för omvårdnad
Box 157, 221 00 LUND

Handläggning av normal förlossning

En kartläggning av barnmorskors dokumenterade vård och utförda interventioner

Författare: Anja Palmgren och Diana Yu

Handledare: Elizabeth Crang Svalenius och Linda Kvist

Magisteruppsats

Januari 2016

Abstrakt

Förlossningsvården har blivit mer högteknologisk och medikaliserad under de senaste tre decennier. Det har skett en ökning av interventioner vilket har lett till att det idag fokuseras mycket på vad som är normalt inom förlossningsvården. Studiens syfte var att undersöka barnmorskors handläggning av normal förlossning genom att kartlägga barnmorskors dokumenterade vård och undersöka vilka interventioner som utförs. En retrospektiv journalgranskning utfördes vid två förlossningsavdelningar i södra Sverige. Vid genomförandet av journalgranskningen användes ett validerat instrument. Resultatet visade att flertalet interventioner utfördes i förlossningsförloppet, ofta utan dokumenterad indikation. Det framkom tydliga brister i barnmorskors dokumentation av utförd vård vid normal förlossning. Skillnader mellan sjukhusen påvisades i barnmorskors dokumentation och i förekomsten av interventioner i det normala förlossningsförloppet.

Nyckelord

Barnmorska, dokumentation, interventioner, normal förlossning

Avdelningen för omvårdnad
Institutionen för hälsa, vård och samhälle
Medicinska fakulteten
Lunds universitet, Box 157, 221 00 LUND

Innehållsförteckning

Innehållsförteckning	1
Problembeskrivning	2
Bakgrund.....	2
Normal förlossning	2
Definition av normal förlossning enligt Socialstyrelsen	3
Definition av normal förlossning enligt WHO.....	3
Diagnoskod normal förlossning.....	4
Förlossningens stadier	4
Definition av aktiv förlossning enligt Socialstyrelsen (2001)	4
Riskbedömning	5
Interventioner under förlossning.....	6
Barnmorskans dokumentation	7
Barnmorskans roll	8
Syfte	9
Specifika frågeställningar	9
Metod	9
Urval av journaler	9
Inklusionskriterier	10
Exklusionskriterier	10
Undersökningsinstrument	10
Genomförande av datainsamling	11
Genomförande av databearbetning	12
Etisk avvägning	13
Resultat.....	13
Bakgrundsfakta	14
Tabell 1: Bakgrundsfakta	15
Ankomstbedömning	15
Tabell 2: Ankomstkontroller.....	16
Öppningsskedet	16
Tabell 3: Dokumenterad vård under öppningsskedet	18
Utdrivningsskedet.....	18
Tabell 4. Dokumenterad vård utförd i utdrivningsskedet.....	20
Efterbördsskedet.....	20
Tabell 5. Dokumenterad vård utförd i efterbördsskedet	21
Diskussion.....	21
Diskussion av vald metod	22
Diskussion av framtaget resultat.....	23
Konklusion och Implikation.....	29
Referenser	30
Bilaga 1 (3).....	41
Bilaga 2 (3).....	42
Bilaga 3 (3).....	43

Problembeskrivning

Under de senaste decennierna har det skett en snabb utveckling och ökning av medicinsk teknologi som kan användas för att starta, påskynda, reglera eller övervaka den fysiologiska förlossningsprocessen, med syftet att förbättra vården för mor och barn (Socialstyrelsen, 2001). Denna ökning låg till grund för kraven och definitionen på normal förlossning (World Health Organization [WHO], 1996). Trots WHO:s evidensbaserade rekommendationer sker olämpliga och onödiga interventioner inom förlossningsvården (Chalmers, Mangiaterra & Porter, 2001). International Confederation of Midwives (ICM, 2011) ändrade år 2005 definitionen av barnmorskors profession och la till ”att främja normal förlossning” på grund av ökningen av interventioner under förlossningen (Downe, 2006). Under de senaste 20 åren har det skett en ökning av kejsarsnittsfrekvensen i Europa, USA och Australien (Barber et al., 2011; Fenwick, Staff, Gamble, Creedy & Bayes, 2010; Li, Zeki, Hilder & Sullivan, 2012; WHO, 2015) och därför har det fokuserats mycket på vad som är normal förlossning i sjukhusmiljö (Gould, 2000; Keating & Fleming, 2009). I sjukhusmiljön beslutas om vård vid normal förlossning av barnmorskor och obstetiker vilket kan försvåra det normala förloppet då ett tydligt risktänkande och stressrelaterad till en tung arbetsbörda initierar förebyggande interventioner (Carolan-Olah, Kruger & Garvey-Graham, 2015). Hierarki där obstetiker med det medicinska ansvaret tar det yttersta beslutet om vården vid normal förlossning kan ligga till grund för en mer medikaliserad förlossningsvård (Keating & Fleming, 2009). Komplikationer postpartum kan förebyggas genom normal förlossning vilket är en fördel för både den nyförlösta modern och det nyfödda barnet (Brown & Jordan, 2013; Davis et al., 2012; Michels, Kruske & Thompson, 2013; Moore, Anderson & Bergman, 2007). Ökade interventioner kan ge negativt utfall för kvinnor vid förlossning och postpartum (Davis et al., 2012).

Bakgrund

Normal förlossning

Det är idag trots mycket forskning och debatter svårt att definiera vad som är normalt under en förlossning (Copeland, Dahlen & Homer, 2014; WHO, 1996). Normalitetsbegreppet

förändras med tiden och skiljer sig åt mellan olika kulturer. Det är till exempel normalt att de flesta förlossningar sker på sjukhus i industriländerna medan det i utvecklingsländerna är normalt med hemförlossningar. Det är därför svårt att definiera vad som är normalt. Normalitet ligger nära det naturliga men också det mest vanligt förekommande i just det landet och kulturen (Socialstyrelsen, 2001; WHO, 1996). Gould (2000) menar att barnmorskor har svårt att definiera vad som är normalt på grund av den ökande teknikanvändningen och medikalisering av den normala fysiologiska förlossningsprocessen. Barnmorskor i Keating och Flemings studie (2009) uppger att det är svårt att upprätthålla en normal förlossning i en miljö där det är hårt tryck och ständig press på att arbeta aktivt enligt olika protokoll. Tidigare ansågs att diagnosen normal förlossning endast kunde ställas retrospektivt vilket ledde till att många obstetriker behandlade alla graviditeter som högriskgraviditeter. Detta i sin tur ledde till ökade interventioner på oklara indikationer och att många normala förlossningar blev medikaliserade och till att kvinnorna inte fick uppleva sina förlossningar som de hade föreställt sig (WHO, 1996).

Definition av normal förlossning enligt Socialstyrelsen

Normal förlossning innebär att förlossningen startar spontant i graviditetsvecka 37+0-41+6, enkelbörd, vid förlossningens start föreligger inga medicinska riskfaktorer som bedöms kunna påverka förlossningens förlopp eller utfall, förlossningsförlopp utan komplikationer, spontan födsel i huvudbjudning, samt att mor och barn mår bra efter förlossningen (Socialstyrelsen, 2001). Definitionen tar inte hänsyn till eventuella interventioner under förlossningsförloppet.

Definition av normal förlossning enligt WHO

Normal förlossning innebär att värkarbetet startar spontant, innan förlossningens start bedöms graviditet och förlossning som lågrisk och som fortsätter vara lågrisk under hela förlossningsförloppet, enkelbörd, barnet föds spontant i huvudbjudning mellan 37 och 42 graviditetsveckor och mor och barn mår bra efter förlossningen (WHO, 1996). Under förlossning skall minimalt med interventioner utföras för att inte påverka det normala förloppet.

Diagnoskod normal förlossning

Inom obstetrisk och gynekologisk vård i Sverige används diagnoskoder utifrån ICD-10:s kapitel XV vilka presenteras av Svensk förening för Obstetrik och Gynekologi (SFOG) i deras diagnoshandbok för kvinnosjukvården 2014. Normal förlossning diagnostiseras som spontan förlossning kod O80 i svenska förlossningsjournaler (Bilaga 1). Denna kod står för spontanförlossning som avslutas icke- instrumentellt vaginalt, enkelbörd, under förlossning krävs minimal eller ingen förlossningshjälp och förlossningen avslutas med eller utan perineotomi. Vidare betecknas förlossningen normal om förlossningen inducerats, vid prematurbörd och överburenhet om ingen förlossningskomplikation såsom blödning eller värkrubbning registrerats. Efter förlossningens avslut ska alla förlösta patienter ha en diagnoskod. Kod O80 används vanligen som huvuddiagnos (SFOG, 2014).

Förlossningens stadier

Förlossningen indelas i tre stadier, öppnings-, utdrivnings- och efterbördsskedet. Öppningsskedet indelas vidare i latent och aktiv förlossningsfas. Vid ankomst till förlossningsavdelningen skall barnmorskan göra en bedömning av vilken del av förlossningsförloppet kvinnan befinner sig i för att undvika onödiga ingrepp i latensfas (Socialstyrelsen, 2001).

Definition av aktiv förlossning enligt Socialstyrelsen (2001)

För att kvinnan skall bedömmas vara i aktiv förlossningsfas skall två av följande tre kriterier vara uppfyllda:

1. Tre till fyra smärtsamma, regelbundna sammandragningar per 10 minuter
2. Vattenavgång
3. Tre- fyra centimeter cervixdilatation

Denna definition ändrades under 2015 efter att det uttryckts missnöje med definitionen vilket lett till att flertalet kliniker i Sverige använde sig av lokala definitioner (Wiklund, Ahlberg,

Pettersson & Blomberg, 2015). Enligt de nya kriterierna för aktiv förlossning skall två av tre följande kriterier vara uppfyllda:

1. Spontan vattenavgång
2. Minst två till tre spontana smärtsamma, regelbundna värkar per 10 minuter
3. Cervix dilaterad fyra centimeter eller öppen mer än en centimeter och utplånad.

Inom de två närmsta timmarna bör progress av förlossningsförloppet ses som tillägg till ovan beskrivna kriterier (Herbst, Amer-Wåhlin, Stjernholm, Weichselbraun & Domellöf, 2015; Wiklund et al., 2015).

Riskbedömning

Barnmorskan bör utföra en riskbedömning av den gravida kvinnan samt bedömning av hennes behov under graviditeten, innan förlossningens start och ska utvärdera denna kontinuerligt under förlossningen (WHO, 1996; Wiklund, Wallin, Vikström & Ransjö-Arvidsson, 2012). Riskbedömningen syftar till att uppdaga eventuella riskfaktorer inför planering av fortsatt handläggning (WHO, 1996; WHO, 2011). Det har tidigare saknats en nationell och internationell definition av vad som är låg- respektive högriskgraviditeter (Kvist, Damiani, Rosenqvist & Sandin-Bojö, 2011). Sedan mars 2015 finns ett nationellt underlag för riskbedömning (Stjernholm, Weichselbraun & Amer-Wåhlin, 2015). Lågriskgraviditeter definieras enligt detta som väsentligen frisk kvinna, normal graviditet, BMI under 30 vid graviditetens start, normal obstetrisk anamnes, enkelbörd, foster i huvudbjudning, värkarbetet startar spontant mellan graviditetsvecka 37+0 och 41+6, normalstort barn, normalt doortest och CTG (Cardiotocografi), spontant värkarbete och inga medicinska komplikationer som behöver specialistvård. Högriskgraviditet anses föreligga om dessa kriterier inte uppfyllts samt om kvinnan är rökare, har en svår social hemsituation exempelvis ensamstående, om kvinnan är under 18 år eller över 40 år och om kommunikationssvårigheter föreligger (Stjernholm et al., 2015). Värkarbetet och förlossningen kan vara normala vid högriskgraviditeter, men de klassificeras ändå inte som normala förlossningar (WHO, 1996).

Interventioner under förlossning

WHO (1996) fokuserar på förloppet snarare än på vilka medicinska och tekniska åtgärder som vidtas under förlossningen. Målet är att uppnå en frisk mamma och ett friskt barn med minsta möjliga interventioner. Barnmorskans uppdrag är att stödja normal förlossning för att minska behovet av förlossningshjälp med onödiga interventioner (SFOG, 2014; Socialstyrelsen, 2006; WHO, 1996). En vanlig intervention som används utan indikation är ankomst CTG, så kallad ”doortest”. CTG infördes på 1960-talet med syftet att analysera förändringar av fosterljud under förlossningar för att kunna upptäcka tecken på hotande fosterasfyxi (Pinas & Shandharan, 2015). Användandet av CTG har sedan dess snabbt blivit en standard på förlossningsavdelningarna i Sverige trots att evidens för denna användning saknas för kvinnor med lågriskgraviditeter (King & Pinger, 2014; Lothian, 2014). Enligt lokala riktlinjer för fosterövervakning vid granskade förlossningsavdelningar samt enligt råd från Säker Förlossningsvård skall ankomst CTG utföras samt övervakning om 20-30 minuter varannan timme om graviditet och förlossningsförlopp är bedömt som lågrisk (Herbst, 2011; Herbst, et al., 2015; Nordlöf & Stale, 2014). I Blixs (2013) RCT studie påvisas att det inte finns någon evidens som visar några fördelar för användandet av ankomst CTG bland kvinnor med lågrisk graviditeter och borde därför avskaffas, eftersom det istället har visat sig leda till ökade interventioner. I en prospektiv studie granskades fem erfarna obstetrikers sätt att tolka och klassificera samma CTG-kurvor vid två olika tillfällen (Ayres-de-Campos, Arteiro, Costa-Santos & Bernardes, 2011). Kompletterande information var inte densamma vid granskningstillfällena. Resultatet visade att samma obstetriker tolkade samma kurva olika utifrån den kompletterande informationen.

Amniotomi är en av de vanligaste förekommande interventionerna som utförs inom modern obstetrisk verksamhet (Smyth, Markham & Dowswell, 2013). Amniotomi utförs med målet att förstärka uteruskontraktioner och därmed förkorta förlossningsdurationen (Smyth et al., 2013; Wei et al., 2013). Risken för komplikationer såsom navelsträngs prolaps, fetala variabla decelerationer, infektionsrisk samt felinställning av föregående fosterdel ökar vid amniotomi (Iravani, Janghornbani, Zarean & Bahrami, 2015; Lothian, 2014; Smyth et al., 2013; Wei et al., 2013). Förkortning av förlossningsdurationen med hjälp av utförd amniotomi är marginell varför amniotomi utan annan indikation inte rekommenderas. I en Cochrane review (Wei et

al., 2013) sågs en signifikant minskad förekomst av kejsarsnitt bland förstföderskor som erhållit amniotomi och oxytocininfusion i tidigt öppningsskede.

Två svenska studier som studerat värkstimulering med oxytocininfusion hos förstföderskor visar att mer än 70 % av alla förstföderskor erhåller oxytocin som värkstimulering trots att flertalet inte uppfyllde kraven för värksvaghet (Selin, Almström, Wallin & Berg, 2009; Svärdby, Nordström & Sellström, 2005). Nationellt och internationellt är det oklart när kriterier för värksvaghet är uppfyllda vilket leder till start av åtgärder vid olika tidpunkter i förloppet (Bernitz, Øian, Rolland, Nystedt & Hilldingsson, 2014; Sandvik & Blix, 2014; Socialstyrelsen, 2011). Enligt nationella riktlinjer från Socialstyrelsen anses utebliven progress föreligga efter tre timmar (Socialstyrelsen, 2011).

En annan intervention som förekommer inom svensk förlossningsvård är att ge lavemang till kvinnan under öppningsskedet, oftast utan att indikation föreligger (Kvist et al., 2011; Sandin-Bojö, Wilde Larsson, Axelsson & Hall-Lord, 2006). Det finns ingen evidens som stödjer att ge lavemang på rutin i öppningsskedet (Iravani et al., 2015; Reveiz, Gaitán & Cuervo, 2013; WHO, 1996).

Barnmorskans dokumentation

I Svensk författningssamling finns patientdatalag 2014:827 beskriven. I 3:e kapitlet, skyldighet att föra patientjournal, beskrivs skyldigheter att föra patientjournal för legitimerad personal inom hälso- och sjukvården. 6§: En patientjournal ska innehålla de uppgifter som behövs för en god och säker vård av patienten. Här beskrivs att en patientjournal om uppgift finns ska innehålla uppgifter om patientens identitet, betydelsefulla uppgifter om bakgrunden till vården, orsak till mera betydande åtgärder och information om ställd diagnos samt väsentliga uppgifter om planerade och vidtagna åtgärder. En patientjournal ska innehålla uppgifter om information som delgivits patienten, dennes vårdnadshavare eller närstående, och uppgift om ställningstagande som tagits gällande behandlingsalternativ och om möjlighet till ny medicinsk bedömning samt uppgift om patienten valt att avstå vård och/eller behandling. Det skall av journalföringen framgå vem som har gjort en anteckning (SFS 2014:827, kap.3, 6§).

Det har länge varit konstaterat att korrekt dokumentation är viktigt för patientsäkerheten och för god kvalitet av vården (Zegers et al., 2011). Genom dokumentation kommunicerar personal inom olika vårdenheter med varandra (Bailey, Wilson & Yoong, 2015) och god dokumentation är ett säkerhetsstecken på att patienten erhåller god och säker vård (Bergh, Johansson, Bratt, Ekström & Mårtensson, 2015). Dokumentation är även en informationskälla för att i efterhand kunna granska ett förlopp (SFS 2014:827, kap.3, 6§). På förlossningsavdelningar dokumenterar barnmorskor i löpande text i journal och i partogram (Bailey et al., 2015). Partogram används för att åskådliggöra förlossningsprogress och för att upptäcka utebliven progress (Lavender, Hart & Smyth, 2013). Faktorer som kan ha en negativ påverkan på dokumentationen kan vara högt arbetstempo och tung arbetsbelastning samt trötthet och att ständigt bli avbruten (Bailey et al., 2015).

Barnmorskans roll

Enligt socialstyrelsens kompetensbeskrivning för legitimerad barnmorska skall barnmorskan kunna handlägga normal graviditet, förlossning och eftervård självständigt samt vid ett normalt förlopp kunna identifiera och bedöma eventuella avvikelser (Socialstyrelsen, 2006). Birth territory teorin fokuserar på normal förlossning vid vilken kvinnans inre styrka och önskemål ska uppmuntras och stödjas så att hon kan uppnå en förlossning som kan ge henne en tillfredställelse både med förlossningen och över den egna förmågan att ha klarat av den oavsett förlossningsförlopp (Fahy, Parratt, Foureur & Hastie, 2011). Vid förlossning är kvinnan mycket utsatt och sårbar samtidigt som hon i samband med denna upplevelse har stor möjlighet till personlig utveckling. Barnmorskans roll är att vakta över förloppet, låta kvinnan vara ostörd och få kvinnan att uppleva en trygghet i situationen och miljön. Denna trygghet ska möjliggöra för henne att förlita sig på sin inre styrka och sin fysiska förmåga (a.a.). Inom förlossningsvården idag utförs interventioner på oklara indikationer som inte följer WHO:s rekommendationer för vård vid normal förlossning (Sandin-Bojö, Hall-Lord, Axelsson & Wilde Larsson, 2007). Barnmorskans yrkesutövande skall bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet i enlighet med föreliggande författningar. Barnmorskan skall ha en förmåga att förhålla sig kritisk reflekterande till etablerade rutiner och vid behov utveckla dessa utifrån evidensbaserade rekommendationer (Socialstyrelsen, 2006).

Genom att uppmärksamma den vård som utförs felaktigt, på ett skadligt sätt eller utan vetenskaplig bakgrund kan felanvända rutiner uppmärksammas inför framtida förändringsarbete (Sandin-Bojö, et al., 2007). Via kartläggning av barnmorskors dokumenterade vård vid normal förlossning hoppas författarna kunna uppmärksamma vård som inte utförs i enlighet med evidensbaserade riktlinjer. Resultatet av detta önskar författarna kunna stödja barnmorskor och barnmorskestuderande till utveckling i enlighet med evidensbaserad praxis.

Syfte

Studiens syfte var att undersöka barnmorskors handläggning av normal förlossning genom att kartlägga barnmorskors dokumenterade vård och undersöka vilka interventioner som utförs.

Specifika frågeställningar

- Finns det några interventioner som är vanligt förekommande vid normal förlossning och finns det några skillnader mellan förlossningsavdelningarna?
- Visar kartläggningen några skillnader i barnmorskans dokumenterade vård mellan de två utvalda förlossningsavdelningarna?

Metod

Retrospektiv journalgranskningsmetod användes för genomförandet av studien.

Urval av journaler

Studien genomfördes vid två olika förlossningsavdelningar i södra Sverige, vid två akutsjukhus vilka vidare kommer att benämnas sjukhus 1 och sjukhus 2. Vid sjukhus 1, som är ett universitetssjukhus, sker ca 5000 förlossningar årligen och vid sjukhus 2, som är ett länssjukhus, sker ca 2000 förlossningar per år. Sjukhus 2 har ett större geografiskt

upptagningsområde än sjukhus 1. Skillnaderna mellan sjukhusen gjorde dem intressanta att undersöka. Vid de båda förlossningsavdelningarna fanns förlossningsliggare där kvinnans personnummer och förlossningssätt dokumenterades. Författarna inhämtade journaler via respektive kliniks förlossningsliggare från början av år 2015. I denna liggare skrevs även tillägg såsom om förlossningen avslutades med vacuum extraktion (VE) eller akut kejsarsnitt.

Inklusionskriterier

Inklusionskriterier för studien var journaler med diagnoskod O80, frisk kvinna vars graviditet varit normal som kunnat följa basprogram i mödrahälsovården (MHV), lågrisk vid graviditetens start och ankomst till förlossningen, enkelbörd, huvudbjudning, spontan värkdebut i graviditetsvecka 37+0 till 41+6 och förväntat normalstort barn vid förlossningens start (mellan +22 % till -22 % om tillväxtkontroll var utförd).

Exklusionskriterier

Exklusionskriterier för studien var journaler med bidiagnos O61 för induktion, mekoniumfärgat fostervatten vid ankomst till förlossningen, BMI > 30, diastoliskt blodtryck > 90 mm Hg, temperatur vid ankomst > 38 grader, ej normalt ankomst CTG, tidigare kejsarsnitt, tidigare obstetriska komplikationer och medicinska komplikationer som behöver specialistvård.

Undersökningsinstrument

För högre reliabilitet och validitet användes ett instrument som använts tidigare i liknande studier (Kvist et al., 2011, Sandin-Bojö, 2006). Instrumentet som valdes var utvecklat av Sandin-Bojö, Hall-Lord, Axelsson, Udén och Wilde Larsson (2004) utifrån WHO:s rekommendationer för vård vid normal förlossning. WHO tillsatte år 1996 en expertgrupp som har granskat befintlig forskning inom förlossningsvården samt undersökt evidensen för- eller emot de vanligaste interventionerna och därefter formulerat rekommendationer för vård vid normal förlossning ”Care in Normal Birth: a practical guide”. Dessa rekommendationer är

inte lands- eller regionsspecifika (WHO, 1996). Utifrån rekommendationerna formulerades frågor som kunde besvaras med ”Ja/Nej” för att kunna mäta hur väl den dokumenterade vården i journalerna motsvarade rekommendationerna (Sandin-Bojö, 2006). Instrumentet användes vid retrospektiv journalgranskning av dokumenterad vård i samband med förlossning och vidareutvecklats i flera efterkommande studier (Kvist et al., 2011; Sandin-Bojö, Hashimoto, Kanal & Sudiura, 2012).

Instrumentet innehåller 70 huvudfrågor och 36 uppföljande frågor. Inför journalgranskningen granskade författarna 10 av journalerna med ordinarie instrument. Efter denna granskning modifierades instrumentet för att motsvara studiens syfte samt för att begränsa materialets storlek. Frågor gällande kvinnans besök i mödravården togs bort då studien endast rörde förlossningen. Variabler som handlade om bakgrundsuppgifter från kvinnans mödravårdsbesök valde författarna att behålla. Frågor gällande förlossningsbrev, vård på eget rum, sjukhus kvinnan önskar föda på, smärtlindring vid suturering, vård utförd efter efterskötning och frågor gällande det nyfödda barnet togs bort för att begränsa materialets storlek. Fler svaralternativ såsom ”Ej dokumenterat” och ”Ej bedömt” har lagts till för vissa frågor. Dessutom har författarna valt att lägga till egna frågor. De frågor som lades till handlade om CTG hade klassificerats av barnmorska, om skalpelektrod hade använts och i så fall om indikation angivits, hur länge kvinnan var ineliggande på sjukhus i aktiv förlossningsfas och så ändrades frågan om Methergin givits postpartum till om oxytocin givits postpartum. Gällande frågan om vaginalundersökning utförts mer än en gång på fyra timmar så ändrades denna till mer än en gång på tre timmar eftersom tre timmar är den definition av utebliven progress som används idag inom svensk förlossningsvård. Det slutliga instrumentet omfattade totalt 106 variabler varav 100 var på nominalnivå, fyra var på ordinalnivå och två var på skalnivå.

Genomförande av datainsamling

Ansvarig verksamhetschef vid valda förlossningsavdelningar informerades skriftligen om studien per brev och tillfrågades om tillstånd att läsa journaler med diagnosen O80 vilket betraktas som kvalitetssäkring. Under höst och vinter år 2015 genomfördes en journalgranskning. Urvalsförfarandet genomfördes på plats på respektive avdelning. Författarna upprättade därefter en kodlista där patientens personnummer kodades till en siffra.

Denna kodlista förvarades inlåst i dokumentaskåp separerat från instrumenten hos en av författarna under hela granskningsprocessen och återlämnades därefter till respektive verksamhetschef efter att studien var genomförd. Utifrån kodlistan granskades sedan journalerna i journalsystemet Obstetrix och Melior på plats på en av förlossningsavdelningarna. Ett instrument per journal användes. På instrumentet angavs kodnumret och därefter överfördes avidentifierad information från journalerna utifrån instrumentets variabler. Vid valda förlossningsavdelningar användes journalsystemet Obstetrix för dokumentation av graviditet, förlossning, eftervård och preventivmedelsrådgivning. Dokumentationssystemet Melior användes vid båda sjukhusen för dokumentation av övrig given vård samt på förlossningsavdelningarna för ordination, administration och signering av läkemedel samt för att kontrollera patientens provsvar. Författarna granskade båda journalsystemen för att kunna besvara frågorna i instrumentet. All datainsamling genomfördes av författarna gemensamt för att minska risken för tolkningsfel.

Genomförande av databearbetning

För analys av journaler behövs ett kategoriskt system antingen med siffror eller med ett binärt index Ja- Nej (Eliasson, 2006). Varje journal granskades med hjälp av valt instrument. I mätinstrumentet omkodades svarsalternativen till siffror. Materialet sammanställdes därefter i statistikprogrammet SPSS (The Statistical Package for Social Sciences). Efter att datainmatning slutförts utfördes stickprovskontroller för att kontrollera att datainmatning blivit rätt utförd. Totalt 20 stickprovskontroller utfördes. Efter att författarna var nöjda med resultatet av dessa påbörjades analysförfarandet. Först analyserades hela materialet för att undersöka förekomsten av dokumentation av instrumentets variabler. Då journaler från två sjukhus med olika upptagningsområde och storlek granskades valde författarna att göra en jämförelse mellan sjukhusen gällande alla variabler i instrumentet för att undersöka om skillnader i den dokumenterade vården fanns. Varje variabel analyserades separat för jämförelse mellan sjukhusen. För vissa variabler fanns flera svarsalternativ, för att kunna utföra analyser dikotomiserades svarsalternativen genom omkodning och då skapades nya variabler med endast två svaralternativ. Vid analys av variabler på nominalnivå för att undersöka om skillnader förekom mellan två grupper valdes Pearson's χ^2 test (Polit, 2010a). I de fall värden som var fem eller mindre skulle analyseras ändrade SPSS automatiskt analysmetod från Pearson's χ^2 test till Fisher's exact test. Fisher's exact test är ett mer

komplext test som kan användas då frekvensen i testmaterialet är för lågt för att genomföra ett Pearson's Chi² test (Polit, 2010a). Variablerna kvinnans ålder och hur länge kvinnan var inneliggande på sjukhus i aktiv förlossningsfas var på skalnivå och då användes independent samples T-test (Polit, 2010b). P-värde $\leq 0,05$ ansågs signifikant. Datainmatning och analysförfarandet genomfördes av författarna gemensamt.

Etisk avvägning

Vid insamling av data inför en retrospektiv studie av journalhandlingar finns svårigheter att samla in godkännande från de patienter vars journal granskas. Genom metoden att samla in dold information utan samtycke är detta acceptabelt men det är då viktigt att inte kränka individens rätt till sitt privatliv (Polit & Beck, 2004a, b). Efter inhämtat tillstånd från respektive verksamhetschef skickades ansökan till vårdvetenskapliga etiknämnden (VEN) för rådgivande yttrande. VEN bad i sitt utlåtande (Diarienummer VEN 76-15) från 2015-06-15 författarna att inkomma med ett kvalitetssäkringsintyg från respektive verksamhetschef där det intygades om att studien utfördes som en del av verksamhetens systematiska förbättringsarbete. Verksamhetscheferna kontaktades per post angående detta. Efter att efterfrågat kvalitetssäkringsintyg inlämnats till VEN fanns inga ytterligare synpunkter på studiens genomförande. Författarna är medvetna om att föreliggande studie kan upplevas kränkande för de barnmorskor vars dokumentation granskats. Studiens syfte var inte att granska specifika barnmorskor utan vad som dokumenteras i det normala förlossningsförloppet.

Resultat

Totalt granskades 305 journaler för att kunna hitta 120 journaler, 60 journaler från vardera sjukhus, som motsvarade valda inklusions- och exklusionskriterier. Vid sjukhus 1 granskades totalt 146 journaler och vid sjukhus 2 granskades 159 journaler. Detta innebar att 41 % respektive 38 % av det totala antalet förlösta kvinnor vid respektive enhet vid tiden för genomförd journalgranskning motsvarade kriterierna för att bedömas som lågrisk vid ankomst till förlossningen och där förloppet postpartum kunde diagnostiseras med kod O80.

Dokumentation saknades i samtliga journaler gällande följande variabler: ”Emotionellt stöd i form av information och barnmorskans närvaro”, ”Emotionellt stöd vid undersökning”, ”Riskbedömning efter öppningsskedet” och ”Orsak till riskändring efter öppningsskedet”.

Resultatet presenteras nedan i fem tabeller efter hur valt granskningsinstrument är utformat. Tabell 1 är en deskriptiv tabell som redovisar bakgrundsfakta om kvinnorna vars journaler inkluderats i studien. I tabell 2 redovisas kontroller som barnmorskorna dokumenterade vid kvinnornas ankomst till förlossningen. Tabell 3 ger en översikt över dokumenterad vård under öppningsskedet där duration, interventioner och indikationer till utförda interventioner redovisas. Tabell 4 är ett resultat av dokumentation vid utdrivningsskedet och tabell 5 ger en översikt över dokumentation av efterbördsskedet.

Bakgrundsfakta

Vid journalgranskningen framkom att av de kvinnor vars journaler granskades var medelåldern 28,8 år (SD 5,23). Vid granskning av mödrahälsovårdens journaler framkom att alla kvinnorna hade undersökts av barnmorska vid minst fyra tillfällen under sin graviditet.

I tabell 1 redovisas bakgrundsfakta om kvinnorna. Av tabellen framgår att hälften av kvinnorna var 0-para, de flesta kvinnorna var gifta eller sambo, endast en liten andel av kvinnorna var rökare och de flesta kvinnornas BMI vid graviditetens början var normala (mellan 19-25). Gällande kvinnornas kunskaper i svenska språket så sågs skillnader mellan sjukhusen, men dessa var inte signifikanta vid test med Chi². Inga övriga skillnader mellan sjukhusen framkom i resultatet.

Tabell 1: Bakgrundsfakta

Bakgrundsvariabler		Totalt % (n)	Sjukhus 1 % (n)	Sjukhus 2 % (n)
Kvinnans ålder	Medelålder	28,8	29	27
Paritet	0-para	46,7 (56)	45 (27)	48,3 (29)
	Flerpara	53,3 (64)	55 (33)	51,7 (31)
Civilstånd	Sambo/Gift	84,2 (101)	80 (48)	88,3 (53)
	Ensamstående	6,7 (8)	6,7 (4)	6,7 (4)
	Annat	7,5 (9)	11,7 (7)	3,3 (2)
	Ej dokumenterat	1,7 (2)	1,7 (1)	1,7 (1)
Rökning	Aldrig	87,5 (105)	86,7 (52)	88,3 (53)
	1-9 cigaretter/dag	6,7 (8)	6,7 (4)	6,7 (4)
	>10 cigaretter/dag	1,7 (2)	1,7 (1)	1,7 (1)
	Snus dagligen	0	0	0
	Ej dokumenterat	4,2 (5)	5 (3)	3,3 (2)
BMI	<19	8,3 (10)	8,3 (5)	8,3 (5)
	19-25	63,3 (76)	66,7 (40)	60 (36)
	25-30	25,8 (31)	21,7 (13)	30 (18)
	Ej dokumenterat	2,5 (3)	3,3 (2)	1,7 (1)
Språk	Svensktalande	85 (102)	90 (54)	80 (48)
	Behov av tolk	15 (18)	10 (6)	20 (12)
Riskbedömd				
MHV	Ja	81,7 (98)	73,3 (44)	90 (54)

Ankomstbedömning

Vid ankomst till förlossning dokumenterades kontroll av kvinnas puls, blodtryck och förekomst av eventuell proteinuri i 67 % av de sammanlagda journalerna. Tabell 2 visar procent och antal för genomförda intagningskontroller för den totala studiepopulationen samt en jämförelse mellan sjukhusen för genomförandet av dessa kontroller. Det fanns flera signifikanta skillnader mellan sjukhusen där barnmorskorna på sjukhus 2 dokumenterade dessa kontroller i patientjournalerna i större utsträckning. Vid bedömning av latent eller aktiv förlossningsfas vid inläggning på sjukhus framkom att 68 % var i aktiv förlossningsfas. Vid jämförelse mellan de båda sjukhusen visade det sig att kvinnor i signifikant större utsträckning blev inlagda i latensfas vid sjukhus 2. Riskbedömning vid ankomst dokumenterades i kvinnornas journaler endast vid sjukhus 1, vilket motsvarar 10 % av fallen. Barnmorskor på båda sjukhusen dokumenterade utförd riskbedömning på en förlossningstavla. Förnyad riskbedömning under förlossningsförloppet dokumenterades inte i en enda journal. Det var sparsamt dokumenterat kring kvinnornas smärtpåverkan och deras önskemål om smärtlindring, detta gällde vid båda sjukhusen. Huruvida kvinnan hade en anhörig med sig på förlossningen var dokumenterat i 4,2 % av journalerna, ingen signifikant skillnad fanns mellan sjukhusen.

Tabell 2: Ankomstkontroller

Ankomststatus		Totalt % (n)	Sjukhus 1 % (n)	Sjukhus 2 % (n)	P-värde
Puls	Ja	66,7 (80)	51,7 (31)	81,7 (49)	0,000*
Blodtryck	Ja	86,7 (104)	76,7 (46)	96,7 (58)	0,001*
Temperatur	Ja	10 (12)	6,7 (4)	13,3 (8)	0,362 ^(a)
Proteinuri	Ja	33,3 (40)	1,7 (1)	65 (39)	0,000 ^{*(a)}
Vattenavgång	Ja	24,2 (29)	25 (15)	23,3 (14)	0,831
Utseende på fostervatten	Ja	100 (29)	100 (15)	100 (14)	-
Cervixstatus	Ja	90,8 (109)	88,3 (53)	93,3 (56)	0,529 ^(a)
Fosterljud avlyssnade	Ja	91,7 (110)	96,7 (58)	86,7 (52)	0,095 ^(a)
Aktiv förlossning?	Ja	68,3 (82)	78,3 (47)	58,3 (35)	0,019*
Smärtpåverkan dokumenterad	Ja	26,7 (32)	33,3 (20)	20 (12)	0,099
Önskan om smärtlindring	Ja	20 (24)	16,7 (10)	23,3 (14)	0,361
Anhörig med sig	Ja	4,2 (5)	6,7 (4)	1,7 (1)	0,364 ^(a)
Doortest	Ja	95,8 (115)	95 (57)	96,7 (58)	0,500 ^(a)
Ankomst riskbedömning	Ja	10,8 (13)	21,7 (13)	0	0,000 ^{*(a)}

*Statistisk signifikant (p-värde $\leq 0,05$)

^(a)Fisher's exact test

Öppningsskedet

Resultatet visar att partogram upprättades i 90 % av fallen, inga skillnader mellan sjukhusen uppmättes. Kontroll av kvinnans puls, blodtryck och temperatur var utfört i de flesta fallen, men i signifikant större utsträckning på sjukhus 2. Vaginalundersökning utfördes oftare än en gång under var 3:e timme på båda sjukhusen. Vid vattenavgång under öppningsskedet var fostervattnet bedömt i 96 % av fallen. Om kvinnan varit mobiliserad under förlossningsförloppet var dokumenterat i 40 % av journalerna och om hon erbjudits mat och/eller dryck fanns sparsamt dokumenterat i samtliga journaler. Kvinnorna hade en perifer venkateter (PVK) i 53 % av fallen och i signifikant större utsträckning på sjukhus 2 än sjukhus 1. Indikation till PVK fanns angivet i de flesta fallen. Infusion förekom inte i några av de granskade journalerna från sjukhus 1, men förekom i nio av de granskade journalerna vid sjukhus 2 och i fem av dessa fanns indikation angiven.

Gällande interventioner utförda under öppningsskedet framkom att amniotomi utfördes i 38 % av alla de granskade journalerna och indikation till utförd amniotomi var sparsamt angiven. Lavemang gavs till kvinnorna i 14 % av fallen och indikation fanns inte dokumenterat i några av fallen. Vid sjukhus 1 gavs kvinnorna lavemang i signifikant större utsträckning än på sjukhus 2. Övervakning med CTG användes i alla de granskade journalerna och intermittent avlyssning förekom i 60 % av fallen. Förlängd CTG övervakning i mer än 20 minuter per två

timmar förekom i 83 % av fallen. Det fanns inga signifikanta skillnader mellan sjukhusen i CTG övervakning. Indikation till förlängd övervakning fanns angiven i 13 % av fallen. Dokumenterad indikation till förlängd CTG övervakning förekom i statistiskt signifikant större utsträckning vid sjukhus 1. Klassificering av CTG kurvan var utförd i 62 % av journalerna och i signifikant större utsträckning vid sjukhus 1. Barnmorskans klassificering av CTG infördes i början av året 2015 vid sjukhus 2 (C. Vallen, personlig kommunikation, 12 december 2015). I 60 % av de granskade förlossningsjournalerna användes skalpelektrod för fosterövervakning, indikation för användning av skalpelektrod fanns angiven i 15 %. Det fanns en signifikant skillnad i användandet av och indikationen för skalpelektrod mellan sjukhusen. Vid sjukhus 2 användes skalpelektrod i signifikant större utsträckning medan indikation till skalpelektrod var angiven i signifikant lägre utsträckning.

Oxytocinstimulering användes i öppningsskedet i 20 % (n=24) av de granskade journalerna, indikation fanns angivet i 9 av fallen. Det fanns ingen signifikant skillnad i dokumentation av användandet av oxytocinstimulering under öppningsskedet eller för indikation till användandet av oxytocinstimulering mellan sjukhusen.

I de granskade journalerna förekom urintappning i 12 av fallen, varav indikation fanns angiven i två fall.

Icke farmakologisk smärtlindring förekom i 33 % och farmakologisk smärtlindring förekom i 82 % av de granskade journalerna. Det fanns ingen signifikant skillnad i icke farmakologisk smärtlindring och farmakologisk smärtlindring mellan sjukhusen, men signifikanta skillnader sågs vid användning av epiduralbedövning (EDA) och smärtstillande tabletter vilket användes i större utsträckning vid sjukhus 2.

Öppningsskedets aktiva fas var mindre än 12 timmar i 93 % av alla de granskade journalerna. Ingen signifikant skillnad fanns mellan sjukhusen.

Tabell 3: Dokumenterad vård under öppningsskedet

Öppningsskede		Totalt % (n)	Siukhus 1 % (n)	Siukhus 2 % (n)	P-värde
Partogram upprättat	Ja	90 (108)	91,7 (55)	88,3 (53)	0,381 ^(a)
Puls	Ja	71,7 (86)	51,7 (31)	91,7 (55)	0,000 ^{*(a)}
Blodtryck	Ja	83,3 (100)	76,7 (46)	90 (54)	0,050 [*]
Temperatur	Ja	12,5 (15)	6,7 (4)	18,3 (11)	0,048 ^{*(a)}
VU <1gång/3h	Ja	10 (12)	6,7 (4)	13,3 (8)	0,181 ^(a)
Fostervatten utseende bedömt	Ja	95,8 (115)	93,3 (56)	98,3 (59)	1,182 ^(a)
Mobilisering	Ja	40 (48)	43,3 (26)	36,7 (22)	0,456
Mat & Dryck	Ja	9,2 (11)	6,7 (4)	11,7 (7)	0,264 ^(a)
PVK	Ja	53,3 (64)	43,3 (26)	63,3 (38)	0,028 [*]
Indikation	Ja	32,5 (39)	66,7 (12)	71,1 (27)	0,739
Infusion	Ja	7,5 (9)	0	15 (9)	0,003 ^{*(a)}
Indikation	Ja	55,6 (5)	0	55,6 (5)	
Amniotomi	Ja	38,3 (46)	36,7 (22)	40 (24)	0,707
Indikation	Ja	17,4 (8)	27,3 (6)	8,3 (2)	0,128 ^(a)
Lavemang	Ja	14,2 (17)	26,7 (16)	1,7 (1)	0,000 ^{*(a)}
Indikation	Ja	0	0	0	
CTG övervakning	Ja	100 (120)	100 (60)	100 (60)	1,000 ^(a)
Intermittent avlyssning av fosterhjärtljud	Ja	60,8 (73)	65 (39)	56,7 (34)	0,350
CTG förlängd övervakning	<20min/2h	17,5 (21)	21,7 (13)	13,3 (8)	0,230
Indikation	Ja	13 (13)	22,9 (11)	3,8 (2)	0,005 ^{*(a)}
CTG klassificering	Ja	62,5 (75)	98,3 (59)	26,7 (16)	0,000 ^{*(a)}
CTG patologisk	Ja	4,2 (5)	8,3 (5)	0	0,578 ^(a)
Skalpelektrod	Ja	60 (72)	50 (30)	70 (42)	0,025 [*]
Indikation	Ja	15,3 (11)	26,7 (8)	7,1 (3)	0,027 ^{*(a)}
Oxytocin inf	Ja	20 (24)	18,3 (11)	21,7 (13)	0,648
Indikation	Ja	37,5 (9)	54,5 (6)	23,1 (3)	0,206 ^(a)
Urintappad	Ja	10 (12)	10 (6)	10 (6)	1,000
Indikation	Ja	16,7 (2)	16,7 (1)	16,7 (1)	1,000
Icke farmakologisk smärtlindring	Ja	33,3 (40)	35 (21)	31,7 (19)	0,699
Farmakologisk smärtlindring	Ja	82,5 (99)	78,3 (47)	86,7 (52)	0,230
EDA	Ja	17,5 (21)	12,8 (6)	28,8 (15)	0,051 [*]
Lustgas	Ja	77,5 (93)	97,9 (47)	88,5 (46)	0,069 ^(a)
Smärtstillande tabletter	Ja	11,7 (14)	4,3 (2)	23,1 (12)	0,007 ^{*(a)}
Injektioner	Ja	23,3 (28)	33,3 (16)	25 (13)	0,359
Öppningsskedets aktiva fas <12h från Cx öppen 3cm till FV	Ja	93,3 (112)	96,7 (58)	90 (54)	0,136

^{*}Statistisk significant (p-värde ≤ 0,05)

^(a)Fisher's exact test

Utdrivningsskedet

Den vanligaste förekommande förlossningsställningen för kvinnorna var ryggläge då endast 33 % av kvinnorna förlöstes i annan position. Fosterhjärtljud registrerades intermittent efter

varje värk endast i 6,7 %, inga skillnader mellan sjukhusen påvisades. Yttre press användes i ett fall vid sjukhus 1, indikation fanns angiven i detta fall. Utfört perinealskydd dokumenterades i 36 % av fallen. Vid sjukhus 2 fanns utfört perinealskydd dokumenterat i 72 % av journalerna medan på sjukhus 1 var det inte dokumenterat i någon av de granskade journalerna. Oxytocinstimulering i utdrivningsskedet förekom i 22 % av fallen, detta var lika vanligt förekommande vid båda sjukhusen. Indikation till användning av oxytocin fanns angivet i 33 % av fallen och i signifikant större utsträckning vid sjukhus 1. Givet oxytocin postpartum fanns dokumenterat i 65 % av alla förlossningsjournalerna. Det fanns en signifikant skillnad mellan sjukhusen då det var givet oxytocin i 80 % av fallen vid sjukhus 1 och 50 % av fallen vid sjukhus 2.

Tiden för inläggning i aktiv förlossningsfas var i genomsnitt 243 minuter (SD 209). Det fanns ingen signifikant skillnad i tid mellan sjukhusen. Vid sjukhus 1 var kvinnorna i genomsnitt inlagda i 225 minuter (3h 45min) jämfört med sjukhus 2, där tiden för inläggning i genomsnitt var 260 minuter (4h 20min).

Gällande frågan om kvinnorna fått en bristning postpartum saknades det dokumentation i 10 % av journalerna. I de fall barnmorskor dokumenterat att bristning förelåg var gradering enligt socialstyrelsen dokumenterad i 42 % av fallen. Inga signifikanta skillnader mellan sjukhusen förelåg.

Tabell 4. Dokumenterad vård utförd i utdrivningsskedet

Utdrivningsskede		Totalt % (n)	Sjukhus 1 % (n)	Sjukhus 2 % (n)	P-värde
Förlossningsposition. Annat än ryggläge?	Ja	32,5 (39)	38,3(23)	26,7 (16)	0,172
Fosterljud reg intermittent efter varje värk	Ja	6,7 (8)	5 (3)	8,3 (5)	0,717 ^(a)
Yttre press	Ja	0,8 (1)	1,7 (1)		1,000 ^(a)
Indikation	Ja	100 (1)	100 (1)		
Perinealskydd	Ja	35,8 (43)	0	71,7 (43)	0,000 ^{*(a)}
Oxytocinstimulering	Ja	21,7 (26)	21,7 (13)	21,7 (13)	1,000
Indikation	Ja	33,3 (9)	53,8 (7)	14,3 (2)	0,046 ^{*(a)}
Smärtlindring i utdr	Ja	75,8 (91)	68,3 (41)	83,3 (50)	0,055
Uppmanas att krysta innan krystkänsla?	Ja	0,8 (1)	1,7 (1)	0	1,000 ^(a)
Perineotomi	Ja	4,2 (5)	5 (3)	3,3 (2)	1,000 ^(a)
Indikation	Ja	80 (4)	66,7 (2)	100 (2)	1,000 ^(a)
Oxytocin Postpartum	Ja	65 (78)	80 (48)	50 (30)	0,001 ^{*(a)}
Placenta undersökt	Ja	97,5 (117)	95 (57)	100 (60)	0,244 ^(a)
Förlossningsduration <12h	Ja	93,3 (112)	95 (57)	91,7 (55)	0,717
Antal minuter inlagd på sjukhus i aktiv förlossning	Medelvärde Minuter	243	226	260	0,363
Utdrivningsduration <1h aktiv kryst	Ja	95 (114)	95 (57)	95 (57)	1,000 ^(a)
Bristning dokumenterad	Ja	90 (108)	90 (54)	90 (54)	1,000
Antal bristningar	Ja	66,7 (80)	70,4 (38)	77,8 (42)	0,380
Gradering enl soc.styrelsen	Grad I	11,1 (9)	8,3 (5)	6,7 (4)	
	Grad II	38,3 (31)	23,3 (14)	28,3 (17)	
	Grad III	6,2 (5)	5 (3)	3,3 (2)	
	Grad IV	2,5 (2)	1,7 (1)	1,7 (1)	
	Ej graderad	42,0 (34)	25 (15)	31,7 (19)	

*Statistisk significant (p-värde $\leq 0,05$)

^(a)Fisher's exact test

Efterbördsskedet

Efterskötning var utförd i de flesta fallen på båda sjukhusen. I genomförd efterskötning ingick att kontrollera blodtryck i de flesta fall, vilket var detsamma på båda sjukhusen. Pulskontroll var utförd i 61 % av fallen. Temperaturkontroll var dokumenterad i 12 % av alla granskade journaler. Temperatur kontrollerades i 23 % av fallen vid sjukhus 2 och vid sjukhus 1 var temperatur inte kontrollerad postpartum i något av de granskade fallen. Den totala blödningen postpartum var dokumenterad i 95 % av fallen på båda sjukhusen. Uterus läge var dokumenterat i 57 % av fallen. Det fanns en signifikant skillnad i dokumentationen av uterus

läge mellan sjukhusen då sjukhus 2 dokumenterade uterus läge i signifikant större utsträckning. Miktions postpartum var dokumenterat i de flesta fall på båda sjukhusen. Postpartumsamtal förekom i 4 fall och inga signifikanta skillnader förekom. Apgar-score var dokumenterat i alla journaler. Majoriteten av barnen hade Apgar-score > 7 vid 5 minuter, inga skillnader mellan sjukhusen sågs.

Tabell 5. Dokumenterad vård utförd i efterbördsskedet

Efterbörd		Totalt % (n)	Sjukhus 1 % (n)	Sjukhus 2 % (n)	P-värde
Efterskötning					
utförd	Ja	95 (114)	93,3 (56)	96,7 (58)	0,340 ^(a)
Puls	Ja	61 (74)	55 (33)	68,3 (41)	0,133
Blodtryck	Ja	92,5 (111)	90 (54)	95 (57)	0,245 ^(a)
Total blödning	Ja	95 (114)	95 (57)	95 (57)	0,660 ^(a)
Uterus läge	Ja	56,7 (68)	46,7 (28)	66,7 (40)	0,027*
Mikterat	Ja	89,2 (107)	86,7 (52)	91,7 (55)	0,279 ^(a)
Temperatur	Ja	11,7 (14)	0	23,3 (14)	0,000 ^{*(a)}
Postpartum samtal	Ja	3,3 (4)	1,7 (1)	5 (3)	0,309 ^(a)
	>7 vid				
Apgar-score	5min	99,2 (119)	98,3 (59)	100 (60)	0,500 ^(a)

*Statistisk signifikant

^(a)Fisher's exact test

Diskussion

Studiens syfte var att undersöka barnmorskors handläggning av normal förlossning genom att kartlägga barnmorskors dokumenterade vård och undersöka vilka interventioner som utförs. Vidare ville författarna undersöka om några interventioner var vanligt förekommande vid normal förlossning och om det fanns några skillnader mellan förlossningsavdelningarna. Författarna ville även undersöka om kartläggningen visade några skillnader i barnmorskans dokumenterade vård mellan de två utvalda förlossningsavdelningarna. Ett beprövat instrument utvecklat enligt WHO:s rekommendationer för vård vid normal förlossning användes vid granskning av journalerna.

Diskussion av vald metod

Vid insamling av data inför en retrospektiv studie av journalhandlingar finns svårigheter att samla in godkännande från de patienter vars journal skall granskas (Polit & Beck, 2004a, b). Studien har därför genomförts som en del av respektive verksamhets utvecklingsarbete. Enligt patientdatalagen 2008:355 kap. 3 2§ är utvecklingsarbete av verksamhet ett av syftena med att föra en patientjournal. Metoden anses vara den mest lämpade för valt syfte däremot är det viktigt att notera att det är dokumentationen av given vård som granskas vilket inte nödvändigtvis överensstämmer med den vård som faktiskt utförts (Donabedian, 1988; Ehrenberg & Ehnfors, 2001; Griffiths & Hutchings, 1999). Då studien genomfördes retrospektivt kan inte resultatet påverkats av att barnmorskorna var medvetna om studiens genomförande.

Vald tidsram kan ha påverkat resultatet negativt då insamling startade i januari 2015 vilket är en månad då många helgdagar inträffar och då ordinarie verksamheter såsom obstetriska specialistmottagningar varit stängda. Detta innebär att de kvinnor som i vanliga fall skulle fått vård där nu fick söka sig till förlossningsavdelningarna vilket kan ha ökat vårdtyngden på förlossningen. Antalet dagar som granskades var begränsat framförallt på sjukhus 1 (12 dagar på sjukhus 1, 31 dagar på sjukhus 2). Detta kan ha inneburit att ett begränsat antal barnmorskors dokumentation granskades, vilket kan ge en fel bild av hela avdelningen och innebär att resultatet bör tolkas med detta faktum i åtanke.

Vid sjukhus 1 användes ett detaljerat riskbedömningsinstrument och barnmorskorna dokumenterade riskbedömning i kvinnans journal (se bilaga 2). Detta riskbedömningsinstrument användes därför som underlag för att formulera inklusions- och exklusionskriterier. Valt riskbedömningsinstrument skilde sig något från det nationella underlag för riskbedömning som utkom i mars 2015 (Stjernholm et al., 2015). I det nationella underlaget var rökning, ålder, social situation och kommunikation en del av riskbedömningen. Dessa faktorer nämns inte i valt instrument. Riktlinjerna utkom efter tiden för granskning av journaler vilket var orsaken till att det lokala riskbedömningsinstrumentet valdes som underlag. Kontinuerlig riskbedömning dokumenterades inte, detta tror författarna kan ha påverkat resultatet då en förnyad riskbedömning under förloppet hade kunnat visa på en förändrad risknivå och därmed kunnat motivera flera av de utförda interventionerna. Detta

anser författarna vara en svaghet i den genomförda studien. Om studien hade gjorts om skulle författarna själva valt att göra en retrospektiv riskbedömning utifrån journalen under förlossningens förlopp för ett mer trovärdigt resultat. Tydliga kriterier för selektering av journaler som skall ingå i studien var viktigt för att i så stor utsträckning som möjligt uppnå möjligheten att granska barnmorskors dokumentation i normala förlossningsförlopp.

Undersökningsinstrumentet valdes utifrån studiens syfte. Instrumentet var tidigare använt vid liknande studier (Kvist et al., 2011, Sandin-Bojö et al., 2012) vilket ansågs öka trovärdigheten i den utförda studien då instrumentet var testat för validitet och reliabilitet. Instrumentets storlek var dock en begränsning och inför studiens genomförande fick frågor tas bort för att begränsa materialets storlek. Instrumentets storlek innebar att urvalet fick begränsas till 120 journaler med tanke på tidsramen för arbetet. Detta är en svaghet för studiens resultat och medför att resultatet inte kan bedömas vara generaliserbart. Om ett större urval hade använts kunde materialets tillförlitlighet ökas och felmarginalerna minskats (Olsson & Sörensen, 2011). Om studien skulle upprepats rekommenderas att modifiera instrumentet genom att bland annat minska det ytterligare och istället öka antalet granskade journaler för ett mer tillförlitligt resultat samt att modifiera frågorna efter aktuell forskning och evidens.

Diskussion av framtaget resultat

I studien framkom att barnmorskors dokumenterade vård vid två förlossningsavdelningar i södra Sverige var bristfällig. Omvårdnadsåtgärder dokumenterades sällan, medan medicinska interventioner och åtgärder dokumenterades i större utsträckning. Indikation till utförda interventioner fanns sparsamt dokumenterat. Barnmorskorna dokumenterade mycket olika och på olika ställen i journalerna. Enligt patientdatalag 2008:355 kap. 3 2§ är syftet med att föra patientjournal att bidra till en säker och god vård av patienten. Brister i dokumentationen kan innebära risker i vården av patienten (Sharp, Klinga, Hansson & Andreen Sachs, 2014). Eftersom dokumentationen är det vanligaste sättet för sjukvårdspersonal att kommunicera på och ett av få sätt att undersöka vad som faktiskt är gjort, är det av stor vikt att det dokumenteras på rätt sätt med tillräcklig information (Kvist et al., 2011). I tidigare studier utförda med samma instrument visade resultaten detsamma att omvårdnadsmissiga variabler var sparsamt dokumenterade av barnmorskorna (Kvist et al., 2011; Sandin-Bojö, Wilde Larsson, Axelsson & Hall-Lord, 2006; Sandin-Bojö et al., 2012). Det är enligt författarna

osannolikt att ingen av dessa barnmorskor skulle utföra detta, men barnmorskor kanske inte lägger ner lika stor vikt vid att dokumentera dessa omvårdnadsåtgärder. Detta kan tolkas som att omvårdnadsåtgärder anses ha mindre betydelse för förloppet och därav dokumenteras i lägre utsträckning eller så beror det kanske på brist på tid för dokumentation.

Vad som anses vara en normal förlossning definieras olika vilket innebar en svårighet vid studiens utförande. På grund av detta valde författarna att använda sig av den nationella diagnoskod som finns idag för normal förlossning (O80). Denna kod är den närmsta definitionen för normal förlossning som idag kan hittas i journaler. En svaghet med koden var att den inkluderade alla vaginala förlossningar som inte var instrumentella, även när förlossningar inte startade spontant eller i fullgången tid. Frågan om vad som är normalt idag kan vidare diskuteras. I studien framkom ett flertal interventioner som utfördes i det normala förlossningsförloppet. I de definitioner som idag finns för normal förlossning enligt WHO (1996) och Socialstyrelsen (2001) är dessa interventioner varken inkluderade eller exkluderade. Normalt är vad som är vanligt förekommande i en given kontext. I enlighet med föreliggande studies resultat skulle detta i så fall innebära att det är normalt att under en förlossning ha epiduralbedövning (EDA), oxytocin stimulering, att amniotomi utförs och övervakning med kontinuerligt CTG och skalpelektrod.

Förekomsten av EDA i Sverige är lägst i de södra delarna av landet (Schytt & Waldenström, 2010; Socialstyrelsen, 2014). Signifikanta skillnader i användning av EDA sågs mellan sjukhusen (Tabell 3). Detta resultat kan tänkas bero på att vid tiden för granskning inkluderades många helgdagar vilket framförallt var fallet på sjukhus 1 som granskades under en kortare tid. Under helgdagar kan det tänkas att tillgången till EDA är något begränsad på grund av helgbemanning av anestesipersonal vilket kan vara en av anledningarna till den lägre frekvensen av EDA vid sjukhus 1. En annan tänkbar anledning kan vara barnmorskornas inställning till EDA som smärtlindringsmetod, eftersom barnmorskans inställning kan tänkas påverka kvinnans val. En annan faktor som inte undersökts i denna studie var kvinnans utbildningsnivå, tidigare studier (Schytt & Waldenström, 2010; Socialstyrelsen, 2014) har visat att kvinnor med lägre utbildningsnivå oftare använder EDA. EDA är den mest effektiva smärtlindringen under förlossning men är förenligt med flertalet komplikationer såsom förlängd duration av öppningsskedet, ökad användning av oxytocin, kontinuerlig fosterövervakning, ökad risk för instrumentell förlossning, ökad risk för kejsarsnitt på grund av hypoxi hos fostret, ökad risk för maternell feber och ökad risk för urinretention (Anim-

Somuah, Smyth & Jones, 2011; Jones et al., 2012; Lothian, 2014; Tracy, Sullivan, Wang, Black & Tracy, 2007). Även om EDA var mer förekommande på sjukhus 2 så var förekomsten lägre än genomsnittet för regionen (Socialstyrelsen, 2014). Variationen av förekomsten kan förklaras med lokal avdelningskultur vilken påverkar barnmorskans handläggning och förhållandet till den förväntade förekomsten samt enhetens ledarskap (Schytt & Waldenström, 2010). Även Sandin-Bojö och Kvist (2008) rapporterade stora skillnader mellan Sveriges sjukhus. EDA förekom i högre utsträckning på sjukhus 2 vilket inte var ett universitetssjukhus. Det kan tänkas att denna skillnad påverkat förekomsten men tidigare studier (a.a.) visar inga signifikanta skillnader mellan universitets- och länsjukhus. En annan tänkbar förklaring till resultatet är att på sjukhus 2 blev fler kvinnor inlagda i latensfas vilket ökar risken för interventioner och åtgärder i det normala förlossningsförloppet såsom EDA (Bailit, Dierker, Blanchard & Mercer, 2005; Gharoro & Enabudoso, 2006; Rahnama, Ziaei & Faghihzadeh, 2006).

I föreliggande studie framkom att flertalet interventioner utfördes i det normala förlossningsförloppet. Oxytocinstimulering användes vid 20 % av förloppen vilket är lägre än vad tidigare studier har visat (Selin et al., 2009; Svärdby et al., 2005). Detta kan bero på att oxytocinstimulering i förhållande till paritet inte är undersökt i föreliggande studie. Indikation till användning av oxytocin var sparsamt dokumenterad. Resultatet är inte anmärkningsvärt i sig då flera tidigare svenska studier tyder på att oxytocin är en vanligt förekommande förlossningsintervention (Selin et al., 2009; Svärdby et al., 2005). Riktlinjer för användning av Oxytocin finns tydligt på förlossningsavdelningarna men definitionen av utebliven progress är inte lika klar (Kjærgaard, Olsen, Ottesen, & Dykes, 2009; Nystedt & Hildingsson, 2014). Tidigare forskning har kunnat visa att samband finns mellan värkstimulering med oxytocin och överstimulering (Bugg, Siddiqui & Thornton, 2013), akut kejsarsnitt och sämre förlossningsupplevelser samt ett lägre Apgar-score för barnet (Nystedt & Hildingsson, 2014). I en intervjustudie utförd i Canada intervjuades kvinnor två månader postpartum som fått en högre dos av Oxytocin under förlossningsförloppet, resultatet av studien visade samband mellan Oxytocin och depression, ångest och kortare tid för helamning (Gu et al., 2015). Sambanden var beroende på dosen av Oxytocin som kvinnan hade erhållit. Oxytocin givet postpartum ökar risken för biverkningar såsom stigande blodtryck, eftervärkar och kräkningar och kan inte rekommenderas till kvinnor med låg risk för postpartumblödningar (Begley, Gyte, Devane, Mc Guire & Weeks, 2015). Detta resultat visar på hur viktigt det är att utföra kontinuerliga riskbedömningar för att kunna bedöma behovet av interventionerna för att inte

försöka onödiga komplikationer i normala förlossningsförlopp. Det är anmärkningsvärt i sig att oxytocin används utan indikation med tanke på negativa effekter kvinnan kan få intra- och postpartum.

Amniotomi utfördes i stor utsträckning och endast i ett fåtal fall fanns indikation angiven. Det är av stor vikt att det finns indikation för att utföra amniotomi då detta ökar risken för komplikationer (Iravani et al., 2015; Lothian, 2014; Smyth et al., 2013; Wei et al., 2013). En tänkbar anledning till den höga förekomsten av amniotomi kan vara inför användandet av skalpelektrod. Skalpelektrod användes vid mer än hälften av förlossningarna, förekomsten av skalpelektrod var signifikant större vid sjukhus 2. Användandet av skalelektrod ger en mer pålitlig CTG-registrering (Cohen et al., 2012; Nunes, Ayres-de-Campos, Costa Santos & Bernardes, 2014) och minskar risken för kejsarsnitt (Harper, Shanks, Tuuli, Roehl & Cahill, 2013). Indikation till användandet av skalpelektrod var sparsamt dokumenterat överlag och i signifikant lägre utsträckning vid sjukhus 2. En anledning till den höga förekomsten av skalpelektrod kan vara för att barnmorskorna idag är ansvariga för den CTG övervakning som utförs under förlossning. I detta ansvar ingår att se till att en tillförlitlig övervakning finns (SFOG & SBF, 2015). En annan tänkbar anledning är att underlätta för kvinnan till mobilisering vid samtidig fosterövervakning. Förutom en alltmer medikaliserad förlossningsvärld möter även barnmorskorna en generation av kvinnor som är mer pålästa om förlossningsförloppet och kan ställa högre krav på övervakning med exempelvis skalpelektrod vilket skulle kunna påverka barnmorskors handläggning av det normala förloppet. Åldern bland barnaföderskorna har ökat vilket har bidragit till att graviditeterna är mer välplanerade, vilket i sin tur ökar förväntningarna på att ingenting ska gå fel (Waldenström, 2005). Kontinuerlig övervakning med CTG förekom i hälften av de granskade journalerna. Indikation var sparsamt dokumenterad. En orsak kan vara den hårda arbetsbelastningen på avdelningarna där barnmorskan har hand om flera kvinnor i aktiv förlossning samtidigt. Genom kontinuerlig övervakning med CTG kan barnmorskan ”övervaka” kvinnorna utan att behöva närvara på rummet vilket kan inge en trygghet för barnmorskan (Waldenström, 2005). Hög arbetsbelastning och kvinnor med ett större vårdbehov inom förlossningsvården leder till att resurser får omfördelas, arbetsbelastningen ökar och omvårdnad och vård utförs precis i den utsträckning som är medicinskt nödvändig (Edwards, 2008; Larsson, Aldegarmann & Aarts, 2009). Detta minskar barnmorskors tillfredsställelse med utförd arbetsinsats. Kvaliteten på vården i dessa fall kan äventyras. I en intervjustudie med erfarna svenska barnmorskor

framkom skillnader i handläggning av CTG då mindre erfarna barnmorskor oftare använde kontinuerlig CTG övervakning för de kvinnor de hade ansvar för (Larsson et al., 2009).

Vidare användes ankomsttest med CTG i de flesta fall. Flertalet större studier påvisar negativt utfall i form av ökade interventioner vid användandet av ankomst CTG för kvinnor med graviditeter som kan klassificeras som lågrisk (Blix, 2013; Devane, Lalor, Daly, Mc Guire & Smith, 2012; Iravani et al., 2015; King & Pinger, 2014; Lothian, 2014). Trots detta anger nya råd från Säker förlossningsvård avseende fosterövervakning vid aktiv förlossning att ankomsttest med CTG skall utföras så snart som möjligt efter inläggning på förlossning (Herbst et al., 2015). Vad för evidens som ligger bakom de nya rekommendationerna av Herbst et al. (2015) finns inte angivet i dokumentet. Enligt de nationella riktlinjerna i Storbritannien, NICE-guidelines, skall CTG inte användas under förlossning för kvinnor med lågrisk graviditeter (National Institute for Health and Care Excellence [NICE], 2014). Dessa riktlinjer baseras bland annat på resultat från Blixs (2013) studie. Vidare rekommenderas intagnings CTG inte längre vid lågrisk förlossningar i Danmark, Norge, Island och Kanada (Statens beredning för medicinsk och social utvärdering [SBU], 2015). Detta innebär att svenska lokala PM och nya riktlinjer går emot internationella rekommendationer som baseras på ett starkt evidensbaserat underlag. En tänkbar anledning kan vara att enskilda individer med stort inflytande kan tänkas få större inflytande och påverkan än rådande evidens vid utformandet av nya riktlinjer. Om dessa riktlinjer implementeras kan detta tänkas påverka synen på vad som är normalt i svensk förlossningsvård då barnmorskans handläggning styrs utifrån rådande riktlinjer. Om svensk förlossningsvård inte utförs enligt evidensbaserad praxis kan forskning i svensk kontext tänkas få mindre betydelse internationellt då resultaten kanske inte blir applicerbara. CTG-övervakning har visat sig i upp till 60 % kunna ge falskt-positivt utfall (Pinas & Chandrabaran, 2015), vilket innebär att CTG kan ge en bild av att fostrets hjärtljud är bättre än de faktiskt är. Information om förlossningsförloppet är avgörande för tolkning av CTG (Ayres-de-Campos et al., 2011). Orsaken till varför obstetiker och barnmorskor väljer att förlita sig på ett instrument som inte är tillförlitligt kan tänkas handla om tradition inom verksamheten. En tänkbar anledning kan vara som Lewis & Rowe (2004) beskriver att risken att bli anmäld påverkar barnmorskors handläggning.

Diagnosen normal förlossning (kod O80) ställs även om flertalet interventioner utförts i förlossningsförloppet vilket innebär att flertalet interventioner osynliggörs. Frågan är då om detta är normalt idag. Barnmorskans roll är att vaka över det normala förloppet och skapa

trygghet i den omgivande miljön för att möjliggöra kvinnans utveckling. Detta kan tolkas som att normalt är det kvinnan mår bäst av och känner sig trygg med. För kvinnan kan detta innebära att interventioner är normalt även om det inte är naturligt. Kvinnor är idag mer positiva till interventioner i förlossningsförloppet (Green & Baston, 2007). Forskning visar att för många interventioner ”stör” det normala förlossningsförloppet och ökar även risken för fler komplikationer. Interventioner skall vara medicinskt indicerade det för att förbättra vården för frisk mor och barn (Lothian, 2014). Rutinmässiga interventioner har ingen enighet med evidensbaserad kvinnohälsovård då ingenting kan vara bra för alla (Begley, 2014). I Storbritannien gick NICE-guidelines (2014) ut med en uppmaning till alla lågriskgravida kvinnor att föda på barnmorskledda enheter då detta minskar risken för interventioner i förlossningsförloppet. Barnmorskor är generellt mer öppna för förändring och förbättring än obstetiker och sjuksköterskor som ofta fortsätter arbeta så som de alltid har gjort (DiFranco & Curl, 2014). Detta kan tänkas bero på att barnmorskor arbetar mer självständigt än sjuksköterskor och är mer måna om att förbättra sitt yrkesutövande för att förstärka sin profession. Det är viktigt att den vård som utförs är evidensbaserad (Iravani et al., 2015; Sandin-Bojö & Kvist, 2008).

Enligt Birth Territory teorin är normal förlossning en möjlighet för kvinnan att vidareutvecklas genom upplevelsen oavsett förlossningssätt (Fahy et al., 2011). Om diagnos normal förlossning endast skulle ställas om inga interventioner under förloppet använts skulle endast en liten del av förlossningarna idag kunna sägas vara normala (Socialstyrelsen, 2001). Diagnoskod normal förlossning (O80) innebär att fler kvinnor får diagnosen normal förlossning än vad som skulle vara fallet om diagnosen normal förlossning endast skulle ges till de kvinnor vars förlossning varit naturlig. Detta medför att normal förlossning snarare är inkluderande istället för exkluderande vilket kan skapa möjligheter för fler kvinnor att uppleva sin förlossning som en utveckling i enlighet med Birth Territory teorin (Fahy et al., 2011). Detta tycker författarna är en viktig tanke då mindre än hälften av de totalt 305 journaler som granskades kunde inkluderas då de uppfyllde förutbestämda kriterier för studien för normal förlossning. Vad som är normalt idag diskuteras utifrån kontext och landsspecifika riktlinjer. Om fokus istället skulle vara på vad för evidens som finns för att kvinna och barn ska få en för dem en optimal förlossningsvård så skulle nog det naturliga förbli normalt.

Konklusion och Implikation

Kvinnor får diagnosen normal förlossning även om flertalet interventioner utförts i förloppet. Det finns tydliga brister i barnmorskornas dokumentation av utförd vård vid normal förlossning. Skillnader påvisades mellan de granskade sjukhusen i barnmorskornas dokumentation och i förekomsten av interventioner i det normala förlossningsförloppet. Det är viktigt att ge kvinnor inflytande över förlossningsvården samtidigt som barnmorskans åtgärder måste baseras på evidens. Barnmorskans utförande av kontinuerliga riskbedömningar för att planera vidare handläggning av förloppet skulle kunna skapa optimala förutsättningar för att skapa trygghet i situationen och därmed hjälpa kvinnan till positiv utveckling oavsett förlossningsförlopp och förlossnings sätt.

Inför vidare studier med valt instrument rekommenderas att modifiera instrumentet mer för att minska resultatets storlek och öka antalet inkluderade journaler. Vidare vore det intressant att undersöka journaler tillhörande kvinnor med lågriskgraviditeter som avslutats instrumentellt och vaginalt för att jämföra barnmorskornas handläggning av förlossningsförloppen.

Referenser

- Anim-Somuah, M., Smyth, R., & Jones, L. (2011). Epidural versus non-epidural or no analgesia in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (15). doi: 10.1002/14651858.CD000331.pub3
- Ayres-de-Campos, D., Arteiro, D., Costa-Santos, C., & Bernardes, J. (2011). Knowledge of adverse neonatal outcome alters clinician's interpretation of the intrapartum cardiotocograph. *An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, May, 978-984. doi: 10.1111/j.1471-0528.2011.03003.x
- Bailey, S., Wilson, G., & Yoong, W. (2015). What factors affect documentation by midwives? A prospective study assessing relationship between length of shift, workload and quality of note keeping. *Midwifery*, 31(8), 787-792. doi: 10.1016/j.midw.2015.04.001
- Bailit, J. L., Dierker, L., Blanchard, M.H., & Mercer, B.M. (2005). Outcomes of Women Presenting in Active Versus Latent Phase of Spontaneous Labour. *American Collage of Obstetricians and Gynecologists*, 105, 77-79. doi: 10.1097/01.AOG.0000147843.12196.00
- Barber, E., Lundsberg, L., Belanger, K., Pettker, C-M., Funai, E-F., & Illuzzi, J-L. (2011). Indications contributing to the increasing cesarean delivery rate. *Obstetric Gynecology*, 118(1), 29-38. doi: 10.1097/AOG.0b013e31821e5f65
- Begley, C.M. (2014). Intervention or interference? The need for expectant care throughout normal labor. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 5, 160-164. doi: 10.1016/j.srhc.2014.10.004
- Begley, C.M., Gyte, G. M.L., Devane, D., McGuire, W., & Weeks, A. (2015). Active versus expectant management for women in the third stage of labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (3). doi: 10.1002/14651858.CD007412.pub4
- Bergh, I.H-E., Johansson, A., Bratt, A., Ekström, A., & Mårtensson, L.B. (2015). Assessment and documentation of women's labour pain: A cross-sectional study in Swedish delivery wards. *Women and Birth*, 28(2), e14-e18. doi: 10.1016/j.wombi.2015.01.010

Bernitz, S., Øian, P., Rolland, R., Sandvik, L., & Blix, E. (2014). Oxytocin and dystocia as riskfactors for adverse birth outcomes: A cohort of low-risk nulliparous women. *Midwifery*, 30(3), 364-370. doi:10.1016/j.midw.2013.03.010

Blix, E. (2013). The admission CTG: is there any evidence for still using the test? *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 92(6), 613-619. doi: 10.1111/aogs.12091

Brown, A., & Jordan, S. (2013). Impact on birth complications on breastfeeding duration: an internet survey. *Journal of Advanced Nursing*, 69(4), 828-839. doi: 10.1111/j.1365-2648.2012.06067.x

Bugg, G., Siddiqui, F., & Thornton, J.G. (2013). Oxytocin versus no treatment or delayed treatment for slow progress in the first stage of spontaneous labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*,(6). doi: 10.1002/14651858.CD007123.pub3

Carolan-Olah, M., Kruger, M., & Garvey-Graham, A. (2015). Midwives' experiences of the factors that facilitate normal birth among low risk women at public hospital in Australia. *Midwifery*, 31(1), 112-121. doi: 10.1016/j.midw.2014.07.003

Cohen, W.R., Ommani, S., Hassan, S., Mirza, F.G., Solomon, M., Brown, R., ... Hayes-Gill, B.R. (2012). Accuracy and reliability of fetal heart rate monitoring using maternal abdominal surface electrodes. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 91(11), 1306-1313. doi: 10.1111/j.1600-0412.2012.01533.x

Chalmers, B., Mangiaterra, V., & Porter, R. (2001). WHO Principles of Perinatal Care: The Essential Antenatal, Perinatal, and Postpartum Care Course. *Birth*, 28(3), 202-207. doi: 10.1046/j.1523-536x.2001.00202.x

Copeland, F., Dahlen, H.G., & Homer, C.S. (2014). Conflicting contexts: midwives' interpretation of childbirth thorough photo elicitation. *Women and Birth: Journal of the Australian Collage of Midwives*, 27(2), 126-131. doi: 10.1016/j.wombi.2013.11.004.

Davis, D., Baddock, S., Pairman, S., Hunter, M., Benn, C., Anderson, J., & Herbison, P. (2012). Risk of severe postpartum hemorrhage in low-risk childbearing women in New Zealand: exploring the effect of place of birth and comparing third stage management of labour. *Birth*, 39(2), 98-105. doi: 10.1111/j.1523-536X.2012.00531.x

Devane, D., Lalor, J.G., Daly, S., McGuire, W., & Smith, V. (2012). Cardiotocography versus intermittent auscultation of fetal heart on admission to labour ward for assessment of fetal wellbeing. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 15(2). doi: 10.1002/14651858.CD005122.pub4

DiFranco, J.T., & Curl, M. (2014). Healthy Birth Practice #5: Avoid Giving Birth on Your Back and Follow Your Body's Urge to Push. *The Journal of Perinatal Education*, 23(4), 207-210. doi: 10.1891/1058-1243.23.4.207

Donabedian, A. (1988). The quality of care. How can it be assessed? *The Journal of the American Medical Association*, 260(12), 1743-1748. doi: 10.1001/jama.1988.03410120089033

Downe, S. (2006). Engaging with the concept of unique normality in childbirth. *British Journal of Midwifery*, 1(6), 352-356.

Edwards, L. (2008). How prepared are midwives to provide high-dependency care? A study exploring midwives' experiences when caring for highly dependent women on delivery suite. *Midwifery Digest*, 18, 224-230.

Ehrenberg, A., & Ehnfors, M. (2001). The accuracy of patient records in Swedish nursing homes: congruence of record content and nurses' and patients' descriptions. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 15, 303-310. doi: 10.1046/j.1471-6712.2001.00044.x

Eliasson, A. (2006). Analysera enskilda variabler. I A. Eliasson (Red.), *Kvantitativ metod från början* (s. 69-91). Lund: Studentlitteratur.

Fahy, K., Parratt, J., Foureur, M., & Hastie, C. (2011). Birth Territory: A theory for midwifery practice. In R. Bryar & M. Sinclair (Ed.), *Theory for midwifery practice* (2nd ed). (pp. 215-240). Hampshire: Palgrave Macmillan.

Fenwick, J., Staff, L., Gamble J., Creedy, D. K., & Bayes, S. (2010). Why do women request caesarean section in normal, healthy first pregnancy? *Midwifery*, 26(4), 394-400. doi: 10.1016/j.midw.2008.10.011

Gharoro, E.P., & Enabudoso, E.J. (2006). Labour management: An appraisal of the role of false labour and latent phase on the delivery mode. *Journal of obstetrics and Gynaecology*, 26(6), 534-537. doi: 10.1080/01443610600811094.

Gould, D. (2000). Normal labour: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 31(2), 418-427.

Green, J.M., & Baston, H.A. (2007). Have Women Become More Willing to Accept Obstetric Interventions and Does This Relate to Mode of Birth? Data from a Prospective Study. *Birth*, 34(1), 6-13. doi: 10.1111/j.1523-536X.2006.00140.x

Griffiths, J., & Hutchings, W. (1999). *Journal of Clinical Nursing*, 8(1), 57-65. doi: 10.1046/j.1365-2702.1999.00217.x

Gu, V., Feeley, N., Gold, I., Hayton, B., Robins, S., Mackinnon, A., Samuel, S., Carter, S., & Phyllis, Z. (2015). Intrapartum Synthetic Oxytocin and its Effect on Maternal Well-Being at 2 Months Postpartum. *Birth* (In press). doi: 10.1111/birt.12198

Harper, L.M., Shanks, A.L., Tuuli, M.G., Roehl, K.A., & Cahill, A.G. (2013). The risks and benefits of internal monitors in laboring patients. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 209(1), 38.e1-38.e6. doi: 10.1016/j.ajog.2013.04.001

Herbst, A. (2011). *CTG-övervakning under förlossning*. Riktlinjer. Skånes universitetssjukhus. Kvinnokliniken, Malmö.

Herbst, A., Amer-Wählin, I., Stjernholm, Y.V., Weichselbraun, M., & Domellöf, M. (2015). *Fosterövervakning vid aktiv förlossning: Råd för utfärdande av klinikrutiner/PM*. Hämtad 3 december, 2015, från <http://www.barnmorskeforbundet.se/forbundet/nationella-samarbeten/projekt-saker-forlossning/>.

Hodnett, E., Gates, S., Justus Hofmeyr, G., & Sakala, C. (2012). Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (10). Doi: 10.1002/14651858.CD003766.pub4.

International Confederation of Midwives. (2011). *ICM International Definition of the Midwife*. Hämtad 1 april från: <http://www.internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/Definition%20of%20the%20Midwife%20-%202011.pdf>

Iravani, M., Janghorbani, M., Zarean, E., & Bahrami, M. (2015). An overview of systematic reviews of normal labor and delivery management. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery research*, 20(3), 293-303. From <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4462052/?report=classic>

Jones, L., Othman, M., Dowswell, T., Alfirevic, Z., Gates, S., Newburn, M., Jordan, S., Lavender, T., & Neilson, J.P. (2012). Pain management for women in labour: an overview of systematic reviews. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (3). doi: 10.1002/14651858.CD009234.pub2

Keating, A., & Fleming, V.E-M. (2009). Midwife's experience of facilitating normal birth in an obstetric-led unit: a feminist perspective. *Journal of Midwifery*, 25(5), 518-527. doi: 10.1016/j.midw.2007.08.009

King, T.L., & Pinger, W. (2014). Evidence-Based Practice for Intrapartum Care: The Pearls of Midwifery. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 59(6), 572-585. doi: 10.1111/jmwh.12261.

Kjærgaard, H., Olsen, J., Ottesen, B., & Dykes, A-K. (2009). Incidence and outcomes of dystocia in the active phase of labor in term nulliparous women with spontaneous labor onset. *Acta Obstetrica et Gynecologica*, 88(4), 402-407. doi: 10.1080/00016340902811001

Kvist, L.J., Damiati, N., Rosenqvist, J., & Sandin-Bojö, A-K. (2011). Measuring the quality of documented care given by Swedish midwives during birth. *Midwifery*, 27(6), 188-194. doi: 10.1016/j.midw.2010.07.001

Larsson, M., Aldegarmann, U., & Aarts, C. (2009) Professional role and identity in a changing society: Three paradoxes in Swedish midwives' experiences. *Midwifery*, 25(4), 373-381. doi: 10.1016/j.midw.2007.07.009

Lavender, T., Hart, A., & Smyth R.M-D. (2013). Effect of partogram use on outcomes for women in spontaneous labour at term. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (7). doi: 10.1002/14651858.CD005461.pub4

Lewis, L., & Rowe, J. (2004). Focus on the beat: current fetal monitoring practice in low risk labour. *Australian journal of midwifery: professional journal of the Australian Collage of Midwives Incorporated*, 17(4), 6-10. doi: 10.1016/S1448-8272(04)80029-4

Li, Z., Zeki, R., Hilder, L., & Sullivan, E.A. (2012). Australia's mothers and Babies 2010. Perinatal Statistics Series no. 27. AIHW: *National Perinatal Epidemiology and Statistic Unit, Canberra*.

Lothian, J.A. (2014). Healthy Birth Practice #4: Avoid Interventions Unless They Are Medically Necessary. *The Journal of Perinatal Education*, 23(4), 198-206. doi: 10.1891/1058-1243.23.4.198

Michels, A., Kruske, S., & Thompson, R. (2013). Women's postnatal psychological functioning: the role of satisfaction with intrapartum care and the birth experience. *Journal of Reproductive Infant Psychology*, 31, 172-182.

Moore, E.R., Anderson, G.C., & Bergman, N. (2007). Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants (no 3). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 18(3). doi: CD003519

NICE- National Institute for Health and Care Excellence. (2014). *Intrapartum care- Care of healthy women and their babies during childbirth*. Clinical Guideline 190. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. Hämtad december från <http://www.nice.org.uk/Guidance/CG190>

Norlföf, H., & Stale, H. (2014). *Fosterövervakning med CTG*. Kvinnokliniken, Centralsjukhuset Kristianstad.

Nunes, I., Ayres-de-Campos, D., Costa Santos, C., & Bernardes, J. (2014). Differences between external and internal fetal heart rate monitoring during the second stage of labor: a prospective observational study. *Journal of Perinatal Medicine*, 42(4), 493-498. doi: 10.1515/jpm-2013-0281

Nystedt, A., & Hildingsson, I. (2014). Diverse definitions of prolonged labour and its consequences with sometimes subsequent inappropriate treatment. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14, 3-11. doi: 10.1186/1471-2393-14-233

Olsson, H., & Sörensen, S. (2011). *Forskningsprocessen: Kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. Stockholm: Liber.

Pinas, A., & Chandrachan, E. (2015). Continuous cardiotocography during labour: Analysis, classification and management. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*, (in press). doi: 10.1016/j.bpobgyn.2015.03.022

Polit, D.F., & Beck, C.T. (2004a). Comprehending Key Concepts in Qualitative and Quantitative research. In D.C. Polit & C.T. Beck, *Essentials of Nursing Research, Methods, Appraisal and Utilization* (7th ed.). (pp. 29-47). Philadelphia: Lippincott.

Polit, D.F., & Beck, C.T. (2004b). Analyzing Quantitative Data. In D.C. Polit & C.T. Beck, *Essentials of Nursing Research, Methods, Appraisal and Utilization* (7th ed.). (pp. 343-364). Philadelphia: Lippincott.

Polit, D.F. (2010a). Chi-square and Nonparametric Tests. In D.F. Polit, *Statistics and Data Analysis for Nursing Research* (2nd ed.). (pp. 169-174). New Jersey: Pearson Education Inc.

Polit, D.F. (2010b). T-tests: Testing Two Mean Differences. In D.F. Polit, *Statistics and Data Analysis for Nursing Research* (2nd ed.). (pp.113-128). New Jersey: Pearson Education Inc.

Rahnama, P., Ziaei, S., & Faghihzadeh, S. (2006). Impact of early admission in labor on method of delivery. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 92(3), 217-220. doi: 10.1016/j.ijgo.2005.12.016

Reveiz, L., Gaitán, H.G., & Cuervo, L.G. (2013). Enemas during labour (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (7). doi: 10.1002/14651858.CD000330.pub4

Sandin-Bojöö, A-K. (2006). *WHO:s rekommendationer för vård vid normal förlossning: Instrumentutveckling, barnmorskors dokumenterade vård och kvinnors uppfattningar*. Doktorsavhandling, Karlstads universitet, Fakulteten för samhälls- och livsvetenskaper. (s.12-30). Karlstad: Universitetstryckeriet.

Sandin-Bojöö, A-K., Hall-Lord, M.L., Axelsson, O., Udén, G., & Wilde Larsson, B. (2004). Midwifery care: development of an instrument to measure quality based on the World Health Organizations classification of care in normal birth. *Journal of Clinical Nursing*, 13(1), 75–83. doi: 10.1046/j.1365-2702.2003.00835.x

Sandin-Bojöö, A-K., Hall-Lord, M.L., Axelsson, O., & Wilde Larsson, B. (2007). Intrapartal care in a Swedish maternity unit after a quality-improvement programme. *Midwifery*, 23(2), 113–122. doi: 10.1016/j.midw.2006.03.012

Sandin-Bojöö, A-K., Hashimoto, M., Kanal, K., & Sugiura, Y. (2012). Intrapartum care at a tertiary hospital in Cambodia: A survey using the Bologna Score. *Midwifery*, 28(6), 880-885. doi: 10.1016/j.midw.2011.10.014

Sandin-Bojöö, A-K., & Kvist, L.J. (2008). Care in Labor: A Swedish Survey Using the Bologna Score. *Birth*, 35(4), 321-328. doi: 10.1111/j.1523-536X.2008.00259.x

Sandin-Bojöö, A-K., Wilde Larsson, B., Axelsson, O., & Hall-Lord, M-L. (2006). Intrapartal care documented in a Swedish maternity unit and considered in relation to the WHO's recommendations for care in normal birth. *Midwifery*, 22(3), 207-217.
doi:10.1016/j.midw.2005.05.006

Schytt, E., & Waldenström, U. (2010). Epidural analgesia for labor pain: whose choice? *Acta Obstetrica et Gynecologica*, 89(2), 238-242. doi: 10.3109/00016340903280974

Selin, L., Almström, E., Wallin, G., & Berg, M. (2009). Use and abuse of oxytocin for augmentation of labour. *Acta Obstetrica et Gynecologica*, 88(12), 1352-1357. doi: 10.3109/00016340903358812

SBU. (2015). *Fosterövervakning med kardiokografi (CTG) vid förlossning*. Hämtad 11 januari 2016, från SFOG, <https://www.sfog.se/start/om-sfog/aktuellt/sbu-ctg/>

SFOG. (2014). *Diagnoshandbok för kvinnosjukvård*. Hämtad 25 mars 2015, från SFOG, <https://www.sfog.se/natupplaga/diagbok20142a6c7a5f-dd20-4641-8c5b-219ef3daea8f.pdf>. Stockholm: Elanders.

SFOG & SBF. (2015). *CTG och fosterövervakning*. Hämtad 14 december 2015 från <http://www.ctgutbildning.se>

SFS 2008:355. *Patentdatalag*. Hämtad 27 november 2015 från Riksdagen, http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Patientdatalag-2008355_sfs-2008-355/

SFS 2014:827. *Patientdatalag*. Hämtad 27 november 2015 från Riksdagen, http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Patientdatalag-2008355_sfs-2008-355/

Sharp, L., Klinga, C., Hansson, J., & Andreen Sachs, M. (2014). Electronic health records risk patient safety. Audit of medical records shows serious deficiencies in documentation. *Läkartidningen*, 20, 868-871. *Läkartidningen*. 2014;111:CRDD.

Smyth, R., Markham, C., & Dowswell, T. (2013). Amniotomy for shortening spontaneous labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 18(6). doi: 10.1002/14651858.CD006167.pub4

Socialstyrelsen. (2001). *Handläggning av normal förlossning- State of the Art*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen. (2006). *Kompetensbeskrivning för legitimerad barnmorska*. Hämtad 25 mars 2015, från Socialstyrelsen, http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9431/2006-105-1_20061051.pdf.

Socialstyrelsen. (2011). *Indikation för värkstimulering med oxytocin under aktiv förlossning*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen. (2014). *Graviditeter, förlossningar och nyfödda barn*. Hämtad 4 december 2015 från socialstyrelsen. <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2014/2014-12-19>

Stjernholm, Y.V., Weichselbraun, M., & Amer-Wåhlin, I.A. (2015). *Riskbedömning ankomst förlossningsenhet: Råd för utfärdande av klinikrutiner/PM*. Hämtad 3 december 2015 från Svenska barnmorskeförbundet, <http://www.barnmorskeforbundet.se/forbundet/nationella-samarbeten/projekt-saker-forlossning/>.

Svärdby, K., Nordström, L., & Sellström, E. (2005). Primiparas with or without oxytocin augmentation: a prospective descriptive study. *Journal of Clinical Nursing*, 16(1), 179-184. doi: 10.1111/j.1365-2702.2005.01481.x

Tracy, S.K., Sullivan, E., Wang, Y.A., Black, D., & Tracy, M. (2007). Birth outcomes associated with interventions in labour amongst low risk women: A population-based study. *Women and Birth*, 20(2), 41-48. doi: 10.1016/j.wombi.2007.03.005

Waldenström, U. (2005). Det medicinskt möjliga gör oss fartblinda - Interventionskaskaden vid barnafödande måste ifrågasättas. *Läkartidningen*, 102 (24-25), 1882-1886.

Wei, S., Wo, B.L., Qi, H-P., Xu, H., Lou, Z-C., Roy, C., & Fraser, W.D. (2013). Early amniotomy and early oxytocin for prevention of, or therapy for, delay in first stage spontaneous labour compared with routine care. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7(8), doi: 10.1002/14651858.CD006794.pub4

Wiklund, I., Ahlberg, M., Pettersson, K., & Blomberg, M. (2015). *Definition av etablerat förlossningsarbete*. Hämtat 14 december 2015 från Svenska Barnmorskeförbundet, <http://www.barnmorskeforbundet.se/aktuellt/forbundet/definition-etablerat-forlossningsarbete/>.

Wiklund, I., Wallin, J., Vikström, M., & Ransjö-Arvidson, A-B. (2012). Swedish midwives' rating of risk during labour progress and their attitudes toward intrapartum interventions: a web-based survey. *Midwifery*, 28(4), e516-e520. doi: 10.1016/j.midw.2011.06.008

World Health Organization. (1996). *Care in normal Birth: a practical guide*. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization. (2011). *Evaluating the quality of care for severe pregnancy complications: The WHO near-miss approach for maternal health*. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization. (2015). *WHO statement on caesarean section rates*. Geneva: World Health Organization.

Zegers, M., de Bruinne, M.C., Spreeuwenberg, P., Wagner, C., Groenewegen, P.P., & van der Wal, G. (2011). Quality of patient record keeping: an indicator of the quality of care? *BMJ Quality & Safety*, 20(4), 314-318. doi: 10.1136/bmjqs.2009.038976

Bilaga 1 (3)

Diagnos Spontan förlossning O80

O80	Spontanförlossning, enkelbörd (icke-instrumentell vaginalförlossning) - Fall som krävt ingen eller minimal förlossningshjälp, med eller utan perineotomi. - Betecknas Normal förlossning om ingen förlossningskomplikation, t ex blödning eller värkrubbning registreras, även i fall där värkarbetet inducerats och fall med prematurbörd eller överburenhet.
O80.0A	Spontanförlossning, framstupa kronbjudning
O80.0B	Spontanförlossning, vidöppen hjässbjudning
O80.0W	Spontanförlossning, annan specificerad huvudbjudning (t ex ansiktsbjudning)
O80.9	Spontanförlossning, enkelbörd, ospecificerad (t ex förlöst före inkomsten; denna kod används om placenta ej har avgått vid inkomsten, och förlossningen således inte är avslutad - annars används ej förlossningskod utan endast kod för Eftervård Z39.0).

(SFOG diagnoshandbok för kvinnosjukvård 2014, s 16).

Bilaga 2 (3)

Riskbedömning av patienter på förlossningsavdelning SUS

Riskbedömning görs av patientansvarig barnmorska och vid behov i samråd med koordinator och/eller förlossningsläkare. Bedömning markeras på förlossningstavlan samt i journalanteckning i Obstetrix.

Kontinuerlig riskbedömning sker under vårdtiden på förlossningsavdelningen och risknivån kan ändras.

Lågrisk	Medelrisk	Högrisk
Barnmorska handlägger/planerar	Barnmorska och läkare handlägger/planerar tillsammans	Barnmorska och läkare handlägger/planerar tillsammans. Läkare bör gå in till patienten vid varje rond samt vb. PAL – patientansvarig läkare ska finnas & noteras i journalen
Frisk kvinna Normal graviditet	Grundsjukdom hos mamman som kan vara av betydelse t ex Diabetes mellitus, epilepsi, blodsmitta	Allvarlig grundsjukdom hos mamman t ex hjärtfel
BMI under 30	BMI 30 eller över	
Normal obstetrisk anamnes	Komplicerad obstetrisk anamnes t ex: -Tidigare sectio -IUFD -Anmanes på skulderdystoci -Uterusmissbildning -Större bristning grad III-IV -Tidigare blödning >100ml	Flera komplicerade obstetriska faktorer
Graviditetsvecka 37+0 till 41+6	Överburenhet, Prematur förlossning 34+0 till 36+6	Prematur förlossning <34+0
Enkelbörd	Duplex	
Huvudbjudning	Sätetsbjudning	Tvårläge i samband med vattenavgång och/eller värkarbete
Normalstort barn max +22% till -22%	Intrauterintillväxthämning -22% till -34% Förväntat stort barn	Intrauterintillväxthämning mer än -34%
	Blodflödesförändringar i a. umbilicalis grad I	Blodflödesförändringar i a. umbilicalis grad II-III
	Avvikelse eller sjukdom hos barnet av betydelse	
Normala fosterljud/normalt CTG och Doortest	Avvikande CTG	Patologiskt CTG
Spontan värkstart med eller utan vattenavgång	Induktion	
	Onormal blödning före eller efter förlossningen	Misstanke om ablatio eller placenta praevia Större blödning före eller efter förlossningen >1500ml
Normal mängd fostervatten	Oligohydramnios/polyhydramnios	
Klart fostervatten	Missfärgat fostervatten	
Profylaktisk antibiotika behandlad långvarig vattenavgång eller GBS		
Kvinnans temp under 38 grader	Kvinnans temp är 38-38,5 grader och/eller förhöjt CRP	Kvinnans temp över 38,5 grader
Diastoliskt blodtryck < 90 mmHg	Lätt till måttlig preeklampsi	Svår preeklampsi, HELLP
Hb ≥ 90 g/l	Hb < 90 g/l	
Latensfas		
	Långdraget förlossningsförlopp	
	Måttlig förlossningsrädsla	Svår förlossningsrädsla#
		Intrauterin fosterdöd#
		#Ej medicinsk högrisk med vårdkrävande

Bilaga 3 (3)

Instrument för journalgranskning

Kodnummer									
Sjukhus		1: Sjukhus 1	2: Sjukhus 2						
Ålder	Kvinnans ålder								
Paritet		1: 0-para	2: Flepara						
Civilstånd		1: Sambo/gift	2: Ensamstående	3: Amat					
Rökning		1: Aldrig	2: 1-9 cigaretter/dag	3: >10 cigaretter/dag	4: Snus dagligen				
BMI	BMI startvikt	1: <19	2: 19-25	3: 25-30	4: >30				
Språk		1: Svensktalande	2: Behov av tolk						
Risikbedömning	Är risikbedömning utförd inom MHV?	1: Ja	2: Nej						
Pulskontroll	Puls vid ankomst	1: Ja	2: Nej						
Blodtryckskontroll	Blodtryck vid ankomst	1: Ja	2: Nej						
Temperaturkontroll	Temperatur vid ankomst	1: Ja	2: Nej						
Proteinuri	Proteinuri vid ankomst?	1: Ja	2: Nej						
Vattenavgång	Vattenavgång vid ankomst?	1: Ja	2: Nej						
Fostervatten	Bedömning av fostervatten utförd?	1: Ja	2: Nej						
Cervixstatus	Bedömning av utplåning/öppningsgrad	1: Ja	2: Nej						
Fosterljud	Fosterljud angivna i slag/minut	1: Ja	2: Ej dokumenterat						
Aktivförlösning	Är kvinnan i aktiv förlösning	1: Ja	2: Nej						
Smärtpåverkan	Är bedömning av smärtpåverkan dokumenterad?	1: Ja	2: Nej						
Smärtlindring	Är önskan om smärtlindring dokumenterad?	1: Ja	2: Nej						
Närvarandepersonal	Är önskemål om stöd och närvaro av förlösningsspersonal dokumenterad?	1: Ja	2: Nej						
Anhörig	Har kvinnan någon anhörig med sig?	1: Ja	2: Nej	3: Ej dokumenterat					
Ankonstrisikbedömning	Risikbedömning utförd och dokumenterad vid ankomst?	1: Ja	2: Nej						
Lavemang	Är lavemang givet?	1: Ja	2: Nej						
Indikation Lavemang	Indikation för lavemang	1: Kvinnans önskemål	2: Rutin	3: Ej dokumenterat					
Doortest	Är ankomsttest (doortest) utfört?	1: Ja	2: Nej						
Partogram	Är partogram upprättat?	1: Ja	2: Nej						
Puls	Är puls bedömd under öppningsskedet?	1: Ja	2: Nej						
Blodtryck	Är blodtryck bedömt under öppningsskedet?	1: Ja	2: Nej						

Temperatur	Är temperatur bedömd under öppningsskedet?	1: Ja	2: Nej					
Emotionellt stöd	Är det dokumenterat att kvinnan fått emotionellt stöd vid undersökningar och kontroller?	1: Ja	2: Nej					
Närvaro	Är det dokumenterat att kvinnan fått emotionellt stöd av närvarande personal?	1: Ja	2: Nej					
Mobilisering	Är kvinnan uppmanat till mobilisering?	1: Ja	2: Nej					
Mat och dryck	Är kvinnan erbjuden dryck/lättare mat?	1: Ja	2: Nej					
Icke-farmakologisk smärtledning	Har icke-farmakologisk smärtledning använts?	1: Ja	2: Nej					
Massage		1: Ja	2: Nej					
Dusch eller bad		1: Ja	2: Nej					
Avslappning	Andning, musik	1: Ja	2: Nej					
Värmebehandling	Lokalt	1: Ja	2: Nej					
TENS		1: Ja	2: Nej					
Akupressur		1: Ja	2: Nej					
Akupunktur		1: Ja	2: Nej					
Sterila kvaddlar		1: Ja	2: Nej					
Intermittentavlyssning	Har fosterljud avlyssnats intermittert?	1: Ja	2: Nej					
VU	VU <1 gång / 3:e timme	1: Ja	2: Nej					
Fostervattenutseende		1: Klart fostervatten	2: Svagt mekoniumfärgat	3: Tjock mekoniumfärgat	4: Blodigt fvm	5: Inget synligt fvm		
PVK		1: Ja	2: Nej					
Indikation PVK		1: Inför beh ex. EDA, Oxytocin etc	2: Rutin	3: Ej dokumenterat				
Infusion	Infusion under öppningsskedet	1: Ja	2: Nej					
Indikation Infusion		1: Inför beh ex. EDA, Oxytocin etc	2: Rutin					
Amniotomi	Amniotomi under öppningsskedet	1: Ja	2: Nej					
Indikation Amniotomi		1: Missfäkt patologiska fosterljud	2: Avstannat värkarbete	3: Inför skalpsättning	4: Ingen indikation			
Farmakologisk smärtledning		1: Ja	2: Nej					
PCB		1: Ja	2: Nej					
EDA		1: Ja	2: Nej					
Lustgas		1: Ja	2: Nej					
Tabletter	Smärtstillande tabletter	1: Ja	2: Nej					
Injektioner		1: Ja	2: Nej					
CTG övervakning	Har fosterövervakning använts?	1: Ja	2: Nej					
CTG duration		1: <20min på 2h	2: 20min/2h eller mer					

CTG indikation		1: Missstänkt patologiska fosterljud	2: Mek fårg fostervin	3: Oxytocinstimulering	4: Aman (EDA, PCB)	5: Riskgraviditet	6: Ingen indikation	
CTG bedömning	Är CTG-kurvan bedömd som missstänkt patologisk?	1: Ja	2: Nej	3: Ej bedömd				
Skalpelektrod	Finns angiven?	1: Ja	2: Nej					
Indikation Skalpelektrod	Har Oxytocinstimulering använts under öppningsskedet?	1: Ja	2: Nej					
Oxyocin		1: Ja	2: Nej					
Indikation Oxyocin		1: Avstannat värkarbete, ingen progress	2: Avst värkarb, ospec	3: Missst patol fjf	4: Aman	5: Ingen		
Urintappad	Är kvinnan tappad på urin under öppningsskedet?	1: Ja	2: Nej					
Indikation Urintappning	Finns indikation?	1: Ja	2: Nej					
Riskbedömning3	Riskbedömning efter öppningsskedet	1: Lågrisk	2: Lågrisk - till Risk	3: Ej dokumenterat				
Riskpatient indikation	Orsak till ändring av risknivå	1: Mek fårg fostervin	2: Missst pat fjf	3: Ox stim pga avst värkarb	4: Ox stim pga annan ospec värksvagghet	5: EDA, PCB	6: Blödning	7: Annan (odlagros sätte)
Öppningsskedets tid	Är öppningsskedets aktiva fas <12h från Cx öppen 3cm - FV (enl partogram)	1: Ja	2: Nej					
Förlossningsposition	Annat än ryggläge?	1: Ja	2: Nej					
Fosterljudregistrering	Fosterljud registreras intermittert efter varje värk?	1: Ja	2: Kontinuerligt	3: Ej utfört				
Ytrepress		1: Ja	2: Nej					
Indikation Ytrepress		1: Missstänkt patologiska fosterljud	2: Annan	3: Ingen				
Perinealskydd		1: Ja	2: Nej					
Oxytocinstimulering	Oxytocinstimulering under utdrivningsskedet	1: Ja	2: Nej					
Indikation Oxytocinstimulering	Indikation angiven?	1: Ja	2: Nej					
Smärtlindring i utdrivningen	Farmakologisk smärtlindring under utdrivningsskedet?	1: Ja	2: Nej					
Lustgas3		1: Ja	2: Nej					
PDB		1: Ja	2: Nej					
Infiltration		1: Ja	2: Nej					
Epidural		1: Ja	2: Nej					
Krystringstens	Uppmanas kvinnan att krysta innan hon själv känner krystringstens?	1: Ja	2: Nej					
Indikation Krystring	Finns indikation angiven?	1: Ja	2: Nej					
Perineotomi		1: Ja	2: Nej					

Indikation Perineotomi	Om ja, ange indikation	1: Missäntkt fosterasfyxi	2: Profylaktiskt, stram perineum	3: Tidigare stor brist	4: Ingen indikation			
Oxytocin Postpartum		1: Ja	2: Nej					
Postpartumindikation		1: Rutin	2: Blödning	3: Annan				
Placenta	Är placenta och fosterhinnor undersökta?	1: Ja	2: Nej					
Förlösningssduration	< 12h	1: Ja	2: Nej					
Aktivförlösning	Antal timmar i aktivförlösning inlagd på sjukhus							
Utdrivningsskedets duration	< 1h aktiv krystning	1: Ja	2: Nej					
Bristningsgrad		1: Ja	2: Nej					
Bristningsgrad	Gradering enligt Socialstyrelsen	1: Grad I	2: Grad II	3: Grad III	4: Grad IV	5: Ej graderad		
Risikbedömning⁴	Risikbedömning under/efter utdrivningsskedet	1: Lågrisk förblir lågrisk	2: Lågriskt – till Risk	3: Ej dokumenterat				
Indikation Riskändring	Riskändring under utdrivningsskedet	1: Mekoniumfärgat fostervatten	2: Ox-stim pga avstannat värkarb (> 1h utan progress)	3: Ox-stim pga ospec värksvaghet	4: Blödning	5: Annan		
Eftersköting utförd		1: Ja	2: Nej					
Puls ⁴		1: Ja	2: Nej					
Blodtryck ⁴		1: Ja	2: Nej					
Sammanlagd blödning		1: Ja	2: Nej					
Uterusläge		1: Ja	2: Nej					
Mikterat	Postpartum	1: Ja	2: Nej	3: KAD				
Temperatur ⁴		1: Ja	2: Nej					
Förlösningssupplevelse	Postpartumsamtal med förösande barnmorska	1: Ja	2: Nej					
Apgar		1: >7 vid 5 min	2: <7 vid 5 min					