



**Karolinska
Institutet**

Institutionen för kvinnors och barns hälsa

Enheten för reproduktiv hälsa

Kurs: VK 13

Implementering av riktlinjer för dokumentation

-

Implementation of guidelines for documentation

Examensarbete i sexuell, reproduktiv och perinatal hälsa, 15 hp

Avancerad nivå, 2014

Författare:

Sanna Söderberg
Leg. Sjuksköterska
Barnmorskestuderande

Lisa Rydfjäll
Leg. Sjuksköterska
Barnmorskestuderande

Handledare:

Elena Bräne
Leg Barnmorska
Med. Master

Anna Hjelmstedt
Leg. Barnmorska
Docent

Examinator:

Eva Nissen
Leg. Barnmorska
Professor

Sammanfattning

Syftet med denna studie var att utforma en granskningsmall och med hjälp av den studera implementeringen av nya dokumentationsriktlinjer. Barnmorskans arbete regleras av en rad olika lagar och föreskrifter, bland annat patientdatalagen som syftar till att bidra till en god och säker vård av patienten. Patientdatalagen beskriver även att informationshanteringen ska vara organiserad på ett sätt så att den tillgodoser patientsäkerhet och god kvalitet. I september 2013 infördes nya dokumentationsriktlinjer på samtliga Stockholms förlossningskliniker i syfte att öka patientsäkerheten, främja kvinnans delaktighet, minska dubbeldokumentering samt underlätta överföring av data till socialstyrelsen. För att undersöka implementeringen av de nya riktlinjerna har före- och efter granskning av journaler genomförts på Danderyds förlossningsklinik. Totalt har 120 journaler granskats, 60 före och 60 efter riktlinjernas införande. Resultatet visar en liten förbättring i majoriteterna av variablerna som har granskats. Störst skillnad ses vid partogrammets öppnande, minst skillnad ses vid registrering av vikt samt dokumentation av vaginal undersökning i partogrammet. Kliniska riktlinjer syftar till att förbättra vårdkvaliteten för patienten och förankringen i forskningsevidens är en viktig egenskap. Förändringsarbete är tidskrävande och fordrar tålamod, det underlättas om personalen är väl införstådda med syftet av förändringen.

Nyckelord: dokumentation, dokumentationsriktlinjer, implementering, patientsäkerhet, vårdkvalitet

Abstract

The purpose of this study was to design an instrument to examine the implementation of the new documentation guidelines. Midwifery is regulated by a variety of laws and regulations, including Patientdatalagen, which aims to contribute to a good and safe care of the patient. Patientdatalagen also describes that information should be organized in such a way that it responds to patient safety and good quality. PARiSH and Rogers are two different theories of implementation. In September 2013 all maternity units in Stockholm introduced new guidelines for documentation in order to improve patient safety, the promotion of women's participation, reduce duplication of documentation and facilitate the transfer of data to the National Board of health and welfare. To examine the implementation of the new guidelines before-and-after reviewing of medical records has taken place at Danderyds maternity unit. A total of 120 peer reviewed journals, 60, before and 60 after the introduction of the guidelines. The results show a slight improvement in the majorities of the variables that have been reviewed. The greatest difference is seen at the opening of the partogram, the least difference is seen during the registration of weight as well as documentation of vaginal examination in the partogram. Clinical guidelines aim to improve the quality of care for the patient and the anchorage of research evidence is an important characteristic. Change process is time-consuming and requires patience, it is facilitated if the personnel are well aware of the purpose of the change.

Keywords: documentation, guidelines for documentation, implementation, patient safety, quality of care

Innehållsförteckning

1. Inledning	Fel! Bokmärket är inte definierat.
2. Bakgrund	Fel! Bokmärket är inte definierat.
2.1 Lagar och föreskrifter.....	Fel! Bokmärket är inte definierat.
2.2 Implementering.....	Fel! Bokmärket är inte definierat.
2.3 Dokumentation	Fel! Bokmärket är inte definierat.
2.3.1 Nya dokumentationsriktlinjer	Fel! Bokmärket är inte definierat.
3. Problemformulering	Fel! Bokmärket är inte definierat.
4. Syfte	Fel! Bokmärket är inte definierat.
5. Metod	7
5.1 Urval.....	7
5.2 Instrument.....	Fel! Bokmärket är inte definierat.
5.3 Validitet och reliabilitet.....	Fel! Bokmärket är inte definierat. 2
5.4 Datainsamling	Fel! Bokmärket är inte definierat.
5.5 Dataanalys	Fel! Bokmärket är inte definierat.
6. Etiska överväganden	Fel! Bokmärket är inte definierat.
7. Resultat	Fel! Bokmärket är inte definierat.
7.1 Patientsäkerhet.....	Fel! Bokmärket är inte definierat.
7.1.1 Stömlinje.....	Fel! Bokmärket är inte definierat. 5
7.1.2 Vaginal undersökning	Fel! Bokmärket är inte definierat.
7.1.3 Amniotomi, skalpelektrod och syntocinoninfusion .	Fel! Bokmärket är inte definierat.
7.1.4 Förlossningsställning och perinealskydd.....	Fel! Bokmärket är inte definierat.6
7.1.5 Krystning	Fel! Bokmärket är inte definierat.
7.2 Dubbeldokumentation	Fel! Bokmärket är inte definierat.7
7.3 Delaktighet.....	Fel! Bokmärket är inte definierat.
7.4 Socialstyrelsen.....	Fel! Bokmärket är inte definierat.8
7.5 Induktioner	Fel! Bokmärket är inte definierat.8
8. Diskussion	Fel! Bokmärket är inte definierat.
8.1 Metoddiskussion	Fel! Bokmärket är inte definierat.
8.2 Resultatdiskussion.....	Fel! Bokmärket är inte definierat.1
9. Referenslista	Fel! Bokmärket är inte definierat.5
10. Bilaga 1	Fel! Bokmärket är inte definierat.8
11. Bilaga 2	Fel! Bokmärket är inte definierat.4

1. Inledning

Inom hälso-och sjukvård sker det ständigt förändringar och vår erfarenhet är att det ofta är svårt att förverkliga dessa förändringar i den praktiska verksamheten. Vi menar att forskning och vårdutveckling gör att vården ständigt ställs inför nya utmaningar. I samband med vår förlossningsplacering som barnmorskestudenter i september 2013 fick vi ta del av införandet av nya dokumentationsriktlinjer. Dessa nya riktlinjer infördes på samtliga förlossningskliniker i Stockholm under denna månad och var resultatet av ett samarbete mellan klinikerna i syfte att öka patientsäkerheten. Vår upplevelse var att riktlinjerna bidrog till diskussioner kring värdet att dokumentera vissa variabler och vi upplevde även att personalen var olika benägna att ta till sig av riktlinjerna. Inför vårt examensarbete blev vi erbjudna att undersöka hur de nya dokumentationsriktlinjerna har fungerat i den praktiska verksamheten vilket vi tyckte kändes intressant för att se om några förändringar har skett inom dokumentationen. Vi kände även att detta kunde bidra med viktig kunskap för oss inför vår kommande yrkesroll. Dessutom kommer vi i den praktiska verksamheten med stor sannolikhet att vara med om implementering av ny kunskap och i och med detta känns det relevant att göra detta arbete.

.

2. Bakgrund

2.1 Lagar och föreskrifter

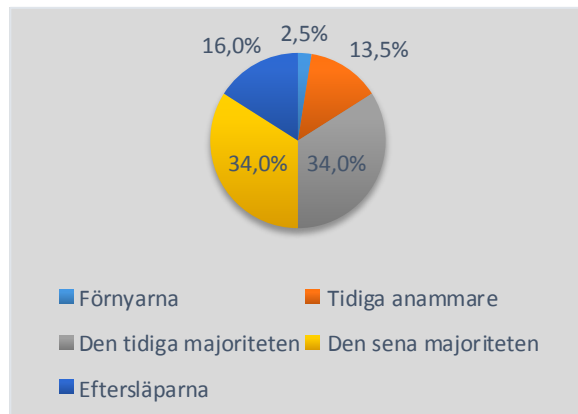
Den legitimerade barnmorskans arbete regleras av en rad olika lagar och föreskrifter. Syftet med att föra patientjournal är enligt patientdatalagen främst att bidra till en god och säker vård av patienten, men det är också en informationskälla för patienten. I patientdatalagen beskrivs att informationshantering inom hälso- och sjukvård ska vara organiserad på ett sätt så att den tillgodoser patientsäkerhet och god kvalitet (SFS 2008:355). Omvårdnadsdokumentationen ska ske utifrån patientens individuella behov och beskriva vårdens planering, genomförande och resultat. Vårdgivaren ska tillgodose riktlinjer för hur patientuppgifter dokumenteras i journalen. Dokumentationen ska i största möjliga mån ske med hjälp av nationellt fastställda begrepp, termer, klassifikationer och övriga kodverk. Den ska även ligga till grund för uppföljning av vårdens resultat och kvalitet (SOSFS 2008:14).

I den internationella koden för barnmorskor står det att barnmorskor ska delta i utveckling, hälsoprogram och riktlinjer som befrämjar hälsa hos alla kvinnor och barnalstrande familjer (Den internationella etiska koden barnmorskor). Enligt hälso-och sjukvårdslagen ska kvaliteten i verksamheten systematiskt och fortlöpande utvecklas. Vidare ska vården i största möjliga mån utformas och genomföras i samråd med patienten och patientens självbestämmande och integritet ska främjas (SFS 1982:763).

2.2 Implementering

Forskningen kring implementering är relativt ung, det var först under 1990-talet som den blev påtaglig för att sedan utvecklas snabbt under 2000-talet. Från början berörde den mindre områden för att successivt vidgas till större områden inom hälso-och sjukvården (Garpenby, P. 2010). PARiSH (Promoting Action on Research Implementation in Health Services) är ett teoretiskt ramverk som Kitson tillsammans med sina medarbetare har utvecklat. Det beskriver, utifrån tre nyckelord, relationen mellan huvudsakliga faktorer som har betydelse för användningen av forskningsresultat i vården. Nyckelorden i PARiSH är *evidens*, *sammanhang* och den *underlättande faktorn*. *Evidens* innebär kunskap och inkluderar vetenskapligt underlag, klinisk erfarenhet samt patienternas erfarenheter och preferenser. *Sammanhanget* är den kontext eller miljö där implementeringen ska äga rum och omfattar den kultur och värderingar som finns i organisationen. Ledarskap och utvärdering ingår också. Den *underlättande faktorn* utgörs av de metoder och tekniker som används för att stödja implementeringsprocessen. PARiSH går ut på att implementeringen främjas av att evidensen har en hög tillförlitlighet och att den är analog med professionernas uppfattning och patienternas behov. Vidare betonas vikten av att miljön (sammanhanget) är öppet för förändring, rollerna är tydliga och beslutsfattandet lokalt. Ledarskapet ska också vara tydligt och det ska finnas en plan för uppföljning och återkoppling. Det ska också finnas underlättande faktorer som är anpassande till verksamheten (Nordström, G & Wilde-Larsson B, 2012). I modellen finns också utarbetade frågor som kan fungera som utvärdering av varje nyckelement för att ta reda på hur förberedd gruppen är på implementeringen. Frågorna besvaras individuellt eller i grupp där varje gruppmedlems föreställning, fördomar och synsätt på det nuvarande och den föreslagna förändringen diskuteras och debatteras (Kitson et al, 2008).

Vissa likheter mellan PARiSH och Rogers diffusionsteori kan ses. Rogers



diffusionsteori utgår från att *kunskap*, *övertygelse*, *beslut*, *implementering* samt *bekräftelse* är fem steg i *förändringsprocessen* hos individen. Enligt teorin erhåller individer *kunskap* om existensen av det som avses förnyas och får därmed en bättre förståelse. På nästa nivå, *övertygelse*, har individen börjat att forma en mer positiv åsikt om

innovationen och på denna nivå har ledarna en viktig roll. På *beslutsnivån* kan strategier inverka och bidra till avvisande eller accepterande av innovationen. Här söker individerna information om innovationen. Nästa steg, *implementering*, sker när innovationen börjar att användas. På den sista nivån, *bekräftelse*, har värdet och fördelarna med innovationen gjort sig till känna men det är fortsatt viktigt med stöd och feedback för att integrera innovationen i verksamheten. Roger lyfter även fram fem egenskaper som är betydelsefulla för anammandet av en innovation. Dessa är *relativ fördel*, *förenlighet*, *komplexitet*, *prövbarhet* och *observerbarhet*. Med *relativ fördel* (*relative advantage*) menas hur mycket bättre innovationen är jämfört med den nuvarande rutinen. Med *förenlighet* (*compatibility*) avses hur väl den stämmer överens med nuvarande behov, tidigare erfarenhet samt värderingar. Med *komplexitet* (*complexity*) menas hur komplex innovationen och dess utförande är. *Prövbarhet* (*trialability*) står för en möjlighet att lyfta fram det nya i en liten skala och på så sätt minska osäkerhet. Avslutningsvis handlar *observerbarhet* (*Observability*) om i vilken omfattning nyttan av innovationen är lätt att uppfatta för andra. Roger menar vidare att mottagarnas öppenhet för innovationen är det som har betydelse för hur lång tid implementeringen tar. Enligt hans teori består individerna i en organisation av fem grupper utifrån graden av öppenhet inför nyheter och förändringsvilja. *Förnyarna* (*innovators*) är utåtriktade och räds inte för att ta risker. De är snabba beslutstagare och hanterar osäkerhet utan att påverkan. De är inte alltid så uppskattade av arbetskamrater men har en stor betydelse i förändringsprocessen. *Tidiga anammare* (*early adopters*) är viktiga opinionsbildare inom en organisation.

De anses ofta som förebilder på en arbetsplats och är villiga att prova på nyheter. Individerna som noga tänker igenom förändringar innan de tar dem i bruk är den *tidiga majoriteten (early majority)*. Den *sena majoriteten (late majority)* bär på en skepsis inför det nya och för att ta till sig förändring krävs antingen ekonomisk nödvändighet eller grupptryck. Osäkerhet och oklarheter bör ha undanröjts innan de tar till sig det nya. Eftersläparna (laggards) är starkt traditionsbundna och lokalt förankrade. Deras referenspunkt är det förflutna, de påverkas inte av grupptryck och de har en misstänksam hållning till det nya (Nordström, G & Wilde-Larsson, B, 2012). Kontinuerlig utveckling och innovationer inom hälso-och sjukvård utgör grunden för en mer effektiv och säker patientvård. Dock menar Grol och Grimshaw (2003) att det ofta uppstår svårigheter då innovationer ska implementeras i den praktiska verksamheten. De presenterar även exempel på olika faktorer som kan fungera som barriärer i införandet av implementeringen. Dessa hinder har sitt ursprung i den organisatoriska kontexten såsom finansiella hinder eller brist på tid men även invanda rutiner, kunskaper och attityder har betydelse (Grol & Grimshaw, 2003).

2.3 Dokumentation

Journalföring är ett viktigt instrument för information och korrekt dokumentation är nödvändig av flera anledningar; kvinnans säkerhet, kommunikationen inom personalgruppen men även om vården skulle bli ifrågasatt och skulle behöva granskas i efterhand. Dokumentation upplevs inte alltid som enkelt av personalen, det beskrivs ibland som en betungande och tidskrävande uppgift där det inte alltid är självklart vad som ska dokumenteras. (Jefferies et al 2010 ; Kvist, Damiani, Rosenqvist & Sandin-Bojö, 2011). Jefferies et al (2010) strukturerar upp sju olika principer för sjuksköterske- och barnmorskedokumentation. Dessa är:

- Sjuksköterskans och barnmorskans dokumentation ska vara patientcentrerad.
- Dokumentationen ska utformas utifrån alla aspekter inklusive information som ges och psykosocialt stöd.
- Dokumentationen ska utgå från en objektiv och klinisk bedömning.
- Dokumentationen ska presenteras sekventiellt, det vill säga problem, intervention och uppföljning.
- Dokumentationen ska vara skriven i samband med att en händelse inträffar.

- Dokumentationens ska skrivas klart och tydligt för att möjliggöra att en eventuell förändring lätt kan kännas igen.
- Dokumentationens ska vara förenlig med de lagar och föreskrifter som finns.

Elektroniska hälsojournaler innebär att patientdata lagras i digital form, att den är säkert förvarad och tillgänglig för flera auktoriserade användare. Den innehåller information om patientens bakgrund, nuvarande tillstånd samt den vård som planeras. Dess främsta syfte är att stödja fortsatt effektivitet och kvalitet i vården. Detta genom att tydliggöra olika mål och för att planera patientens vård, dokumentera den vård som har givits till patienten samt utvärdera och fastställa utfallet av vården. I Sverige har innehållet i dokumentationen inom vården en gemensam struktur som har baserats på de nyckelord som framgår av VIPS. Dessa är Välmående, Integritet, Prevention samt Säkerhet. Genom att använda nyckelorden från VIPS-modellen vid både genomförandet av vården och vid interventioner är ett sätt för att standardisera dokumentationen. (Häyrinen, Saranto & Nykänen, 2008). Med kliniska riktlinjer vill man förtydliga kunskap som syftar till förbättrad vårdkvalité genom att ge vägledning om lämpliga insatser. De anses vara användbara i situationer där det råder osäkerhet (Nilsen, P & Roback, K. 2010). Field och Lohr (1992) beskriver i en väl etablerad definition att riktlinjer är systematiskt utvecklade rekommendationer för att stödja praktiker och patienter att fatta rätt beslut om lämpliga åtgärder i specifika situationer.

2.3.1 Nya dokumentationsriktlinjer

Efter kontakt med Louise Nordström, kvalitetsutvecklare/ Leg barnmorska, framkommer att det de senaste femton åren har det skett en stor förändring i sjukvårdens dokumentation då en övergång har skett till datoriserade journalsystem. Vissa förbättringar har skett men det har blivit uppenbart att enhetliga rutiner till stor del saknats vilket innebär risk för att viktig information inte når fram mellan vårdenheter och personal. Detta gäller för hur och vad som ska dokumenteras samt vart det ska dokumenteras. På samtliga Stockholms förlossningskliniker används Obstetrix. År 2011 påbörjade kvalitets och vårdutvecklare från fem kliniker i Stockholm tillsammans med barnmorskeprogrammet på Karolinska Institutet ett samarbete för att införa gemensamma riktlinjer inom förlossning och eftervård (Bilaga 1). Syftet med att införa riktlinjer var att dokumentationen skulle bli tydlig och patientsäker, undvika dubbeldokumentation, göra kvinnan mer delaktig i sin vård samt förbättra kvaliteten på data till Socialstyrelsen.

Implementeringen av de nya riktlinjerna började redan under själva framarbetandet då riktlinjerna förankrades med övrig personal på respektive klinik dels genom att riktlinjerna presenterades på arbetsplatsmöten samt barnmorskemöten på varje klinik, och dels via en länk på intranätet. Chefer och biträdande chefer fick i uppdrag att påminna och stötta personalen i att följa de nya riktlinjerna. En annan del i implementeringen var två utbildningsdagar för handledare för barnmorskestudenter samtliga förlossningskliniker under våren 2013. Det genomfördes gruppdiskussioner och deltagarna gavs möjlighet att utbyta erfarenheter och diskutera de nya riktlinjerna. Det uppstod då starka diskussioner kring hur forcerad/oforcerad krystning samt förlossningsställning skulle dokumenteras. Sista versionen av riktlinjerna uppkom efter dessa utbildningsdagar då vissa justeringar gjordes utifrån de synpunkter som lyftes fram. Då de nya riktlinjerna var upprättade skulle de godkännas av chefsöverläkare på respektive sjukhus. Motstånd möttes kring den föreslagna nya riktlinjen om partogrammets öppnande vid induktioner. Tidigare var praxis att partogrammet skulle öppnas då kvinnan var i aktiv fas medan den nya riktlinjen innebar att partogrammet skulle öppnas vid inläggning för förlossning samt att alla läkemedel som ges under förlossningen ska föras in i partogrammet. Kritikerna menade att partogrammet är framtaget för att följa den aktiva fasen i förlossningen och att risken för dubbeldokumentation ökade då läkemedel ska dokumenteras i Take Care. Förespråkarna för partogrammets öppnande menade att partogrammet gav en god överblick över hela förlossningen och att allt som görs med kvinnan från inskrivning till födsel blir överskådlig. Detta ansågs bidra till ökad patientsäkerhet. Överenskommelsen blev därför en planerad uppföljning av de nya riktlinjerna under hösten 2014.

3. Problemformulering

Trots att klinikerna i Stockholm arbetar i samma dokumentationsprogram, Obstetrix, saknades fram till september 2013 gemensamma riktlinjer för hur dokumentationen ska utformas. Detta var en av orsaken till att de nya dokumentationsriktlinjerna framarbetades. Vi vet dock utifrån den information som framkommer i bakgrunden att implementering av något nytt tar tid och att det kan finnas hinder som försvårar implementeringen.

Detta var även något som vi märkte i samband med vår förlossningsplacering. Av den anledningen är vår förhoppning att med denna studie granska hur implementeringen av de nya dokumentationsriktlinjerna har fungerat. Då det inte finns någon färdig mall för att granska journaler utifrån de nya riktlinjerna är vår tanke att utforma en sådan.

4. Syfte

Syftet med denna studie är att utforma en granskningsmall av journaler och utifrån granskningsmallen undersöka hur implementering av de nya dokumentationsriktlinjerna har fungerat.

5. Metod

Detta kvalitetssäkringsprojekt är upplagt som en kvantitativ observationsstudie. För att jämföra riktlinjerna har vi granskat journaler innan samt efter de nya riktlinjerna. Detta kvalitetssäkringsprojekt är även en pilotstudie som enligt Polit & Beck är en studie i mindre skala eller en försöksstudie som utformas för att testa metoder som förväntas användas i en större och mer rigorös studie (Polit & Beck, 2008).

5.1 Urval

Journalerna som granskats utgår ifrån ett slumpmässigt stratifierat urval utifrån två månader, mars 2013 (7 månader innan införandet) samt december 2013 (3 månader efter införandet). Journalerna från dessa månader delades in i två grupper, induktioner och spontana förlossningar. Exklusionskriterier i båda grupperna var elektiva kejsarsnitt. I den spontana gruppen har inga övriga exklusionskriterier använts medan i induktionsgruppen har endast förstföderskor inkluderats (Polit & Beck, 2001). Detta på grund av att induktionsmetoden i regel ser olika ut för förstföderskor respektive omföderskor vilket påverkar förlossningsförloppet och därmed även partogrammets användande. Det totala antalet förlossningar i mars 2013 var 497, var av 80 induktioner och av dessa var 43 förstföderskor. I december var motsvarande siffror 381 var av 58 induktioner. Av dessa var 39 förstföderskor.

För att slumpmässigt sortera ut journalerna har en slumpgenerator använts, generator-RNG. Denna har laddats ner och är utgiven av ett företag som utvecklar online-verktyg samt programvaror.

Urvalet gjordes genom att vi i generatorn angav det totala antalet journaler i respektive grupp samt antalet som avsågs slumpas ut. Totalt valdes 120 journaler ut, 80 av dessa var spontan förlossning och 40 var induktioner. Hälften av dessa granskades innan införandet och hälften efter införandet av riktlinjerna.

5.2 Instrument

För att granska journaler har vi skapat en granskningsmall (Bilaga 2). Denna mall har använts både för spontana gruppen samt induktionsgruppen men har utökats inför granskningen av induktioner. Detta för att möjliggöra att studera partogrammets användande vid induktion. Granskningsmallen arbetades fram genom att vi fastställde variablerna som skulle granskas och därefter angav vi svarsalternativ som kodades. Variablerna som vi valt att granska är framtagna ur dokumentet av de nya riktlinjerna, var god se bilaga 1. En variabel, syntocinoninfusion, är granskad enligt önskemål från klinik då den av misstag inte tagits upp i dokumentationsriktlinjerna. Antalet variabler är valt utifrån givna tidsramar för uppsatsen. För att undersöka kvaliteten på mallen granskades till en början tio journaler tillsammans för att utvärdera hur mallen fungerade. Denna granskning bidrog till en utökning av svarsalternativen för att erhålla ett så exakt resultat som möjligt. Författarna har även granskat journaler enskilt för att säkerställa samstämmighet mellan författarna. Under denna process blev det tydligt att granskningen av vissa variabler skilde sig åt. Detta gällde de som stod i journaltext, amniotomi, skalpelektrod, syntocinoninfusion, krystning samt förlossningsställning. Med utgångspunkt från dokumentet av de nya dokumentationsriktlinjerna skapade vi därför en än mer noggrann definition av varje variabel (tabell 1). När denna var utformad granskades ytterligare journaler enskilt och granskningen var då lika mellan författarna (Polit & Beck, 2008).

Tabell 1 Presenterar de variabler som granskats samt definitionen för varje variabel.

Variabel	Definition
Paritet	0-para/Flerpara
Förlossningsstart	Spontan förlossningsstart/Induktion

Förlossningsavslut	Vaginal förlossning, vakuumextraktion, tång och sectio
Partogram	Startad vid inläggning för förlossning, detta gäller även vid induktioner. Tiden för inskrivning som framkommer i FV1 jämförs med tiden för partogrammets öppnande.
Vid induktion: Cytotec	Jämförelse mellan Cytotec-doser som har administrerats och angivits i journaltext med hur många som finns registrerade i partogrammet.
Vid induktion: CTG (Cardiotokografi, hädanefter används förkortningen CTG)	Utifrån programmet Milou* studeras hur många CTG-registreringar som har gjorts under intervallet mellan första och sista administreringen av Cytotec samt hur många av dessa som är registrerade i partogrammet. *Program i Obstetrix som registrerar och lagrar utförda CTG.
Vid induktion: Värkstatus	Granskning av hur många värkstatus som är registrerade i partogrammet i intervallet mellan första och sista dosen av Cytotec. Hänsyn tas ej till hur värkstatus är skrivet, både siffror samt formuleringar godkänns.
Stömlinje	Att stömlinjen är upprättad i partogrammet.
Vaginal undersökning	Dokumenterat i partogrammet och fullständigt ifyllt med utplåningsgrad, öppningsgrad, bjudning, samt suturer/fontaneller. Om ofullständigt ifyllt specificeras vilken parameter som saknas.
Amniotomi	Indikation motiverad i journaltext. Hänsyn tas ej till vilket sökord det är skrivet under. Ingen värdering görs till den angivna

	motiveringen. Motiveringen ska dock finnas i anslutning till interventionen och det ska vara tydligt att det är amniotomi som motiveras. Vid spontan vattenavgång används koden Ej aktuellt. Om uppgift för amniotomi eller spontan vattenavgång saknas i journaltext verifieras detta med vad som står i FV1.
Skalpelektrod	Indikation motiverad i journaltext. Hänsyn tas ej till vilket sökord det är skrivet under. Ingen värdering görs av den angivna motiveringen. Motiveringen ska dock finnas i anslutning till interventionen. Om skalpelektrod sätts på grund av amniotomi ska detta framgå. Om skalpelektrod ej används finns koden Ej aktuellt.
Syntocinoninfusion	Indikation motiverad i journaltext. Hänsyn tas ej till vilket sökord det är skrivet under. Ingen värdering tas den för den angivna motiveringen. Motiveringen ska dock finnas i anslutning till interventionen. Om Syntocinon ej har används finns koden Ej aktuellt.
Krystning	Orden forcerad eller oforcerad krystning ska vara angivet i journaltext. Om krystningen beskrivs på annat sätt används koden Annan definition. Endast ordet krystvärkar samt provkrystning godkänns ej som annan definition. Hänsyn tas ej till vilket sökord krystning är skrivet under. Det har ej heller någon betydelse i vilket tidsintervall detta är skrivet däremot att det är skrivet i samband med att kvinnan har

	krystvärkar.
Förlossningsställning	Motivering till val av förlossningsställning ska vara angivet i journaltext. Om förlossningsställning är angivet i text men ej motiverats används särskild kod för detta. Hänsyn tas ej till vilket sökord förlossningsställning är skrivet under. Förlossningsställning som står angivet i text verifieras med den som står uppgiven i FV1.
Perinealskydd	Beskrivet i journaltext om eller vilken form av perinealskydd som har använts. Hänsyn tas ej tagits till vilket sökord perinealskydd är skrivet under. Om ordet perinealskydd är angivet men inte vilket finns särskild kod för detta.
Vårdplan	Dokumenterat i journaltext om kvinnans egna önskemål om vård, behandling samt vårdbehov oavsett om det har skett muntligt eller genom förlossningsbrev. Kvinnans delaktighet ska framgå. Vårdplanen ska vara dokumenterad under öppningsskedet. Hänsyn tas ej till vilket sökord som vårdplanen har skrivits under.
Placenta	Dokumenterat endast i FVI vid normal placenta. Kvarsittande placenta eller stor blödning innan eller i samband med placentas avgång bedöms som avvikande. Hänsyn tas ej till vilket sökord som har använts.
Apgar	Dokumenterat endast i FV2 vid normal Apgar. Dubbeldokumentation vid avvikande vid Apgar på 8 eller lägre vid en

	minut samt om barnet tas till barnbord. Vid låg apgarscore i FV2 som ej framkommer i journaltext används koden endast i FV2.
Vikt	Kvinnans vikt ska vara angiven i FV1

5.3 Validitet och reliabilitet

För att tillgodose denna studies validitet selekterades variablerna utifrån syftet med de nya dokumentationsriktlinjerna, det vill säga att göra dokumentationen tydlig och säker, undvika dubbeldokumentation, göra patienten mer delaktig i sin vård samt förbättra kvaliteten på data till Socialstyrelsen. Validiteten i denna studie har även sin grund i att definitionen av varje variabel har utgått från de nya dokumentationsriktlinjerna, förutom Syntocinon som inte fanns med då den var bortglömd. Utöver den jämförande granskningen som beskrivits tidigare har författarna genomfört inter-reliabilitetstest för att säkerställa likvärdighet (Polit & Beck, 2008). Detta gjordes i efterhand genom att 20 journaler av det totala antalet journaler som granskats slumpmässigt valdes ut. Efter att de valts ut gjordes en granskning på variablerna som förekommer i journaltext och som beskrivits tidigare. Detta inter-reliabilitetstest visade överensstämmelse i 96 % mellan författarna.

5.4 Datainsamling

Granskningen har utförts av författarna på Danderyds sjukhus. För att registrera data från journalerna har vi skapat en mall i programmet Excel. Journalerna har granskats tillsammans av författarna. Detta på grund av praktiska skäl samt för att minimera risken för oavsiktliga misstag. Vi började med att granska gruppen med spontan förlossning. Under granskningen har vi konsekvent följt definitionerna för varje enskild variabel som framkommer ovan. Granskningen av induktioner genomfördes på samma sätt som granskningen av spontana förlossningar.

5.5 Dataanalys

Insamlat material har bearbetats och analyserats med hjälp av deskriptiv statistik vilket är en metod för att organisera och sammanställa insamlad data exempelvis i tabeller och diagram (Björk, J., 2011). Sammanställningen av svaren gjordes separat för induktioner och spontan förlossning.

Beträffande variabeln partogrammets öppnade samt användande av Cytotec, CTG samt värkstatus har endast induktionsgruppens svar jämförts.

I resterande variabler har båda grupperna räknats ihop och jämförts före samt efter införandet av riktlinjerna. Under bearbetningen har vi räknat ihop svarskoderna för varje enskild variabel för att presentera dessa i faktiska och relativa frekvenser.

6. Etiska överväganden

Författarna har erhållits tillstånd för att få tillgång till journaler av personuppgiftsombud på Danderyds sjukhus. Vårdchef på enheten har informerats. Deltagarna har avidentifierats med hänsyn till offentlighets- och sekretess lagen samt personuppgiftslagen. Varje journal som har granskats har fått en unik kod baserat på patientens personnummer, detta för att möjliggöra för författarna att gå tillbaka till varje journal vid eventuella oklarheter i samband med dataanalysen. Dessa koder har sedan förstörts.

7. Resultat

Inga externa bortfall har registrerats, det vill säga alla journaler fanns tillgängliga. I den spontana gruppen fanns två interna bortfall vilka representerades av en förlossning som skedde i hemmet samt en förlossning med konstaterad intrauterin fosterdöd. I resultatet kommer endast orden före och efter användas och syftar då på före och efter riktlinjernas införande.

Tabell 2 – Totala antalet journaler före respektive efter vad gäller paritet samt förlossningsavslut. Före (n= 60) och efter (n= 58)

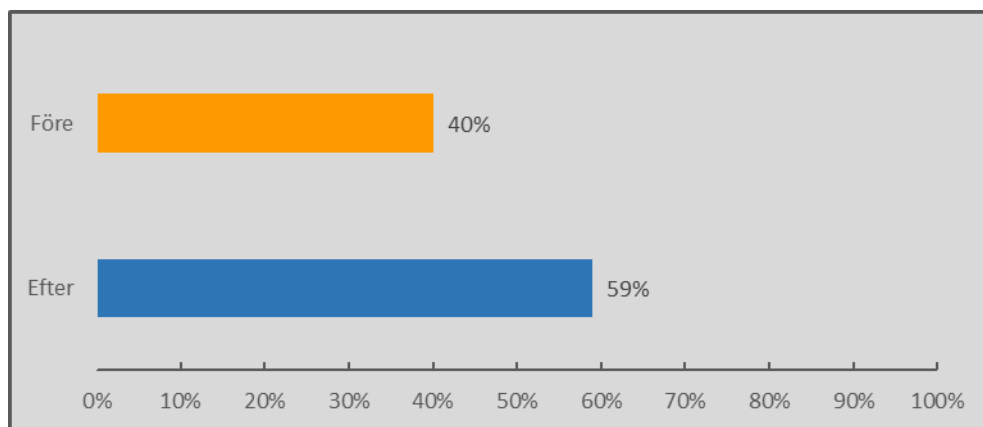
	Före	Efter	Totalt
	n (%)	n (%)	n (%)
Förstföderskor	35 (58,3)	40 (69)	75 (64)
Omföderskor	25 (41,7)	18 (31)	43 (36)
Vaginal förlossning	43 (71,7)	43 (74)	86 (73)
Vakuumextraktion	7 (11,7)	6 (10)	13 (11)
Seccio	10 (16,7)	9 (16)	19 (16)

Förlossningsavsluten såg olika ut i de båda grupperna. I induktionsgruppen avslutades förlossningen med sectio bland 32,5 % av kvinnorna och vakuumextraktion bland 25 % av kvinnorna. I den spontana gruppen var motsvarande siffror för sectio 8 % och vakuumextraktion 4 %.

7.1 Patientsäkerhet

Under denna rubrik presenteras resultatet för de variabler som är relaterade till patientsäkerheten. Dessa är stöddinjens upprättande, vaginal undersökning, motivering för amniotomi, skalpelektrod och syntocinoninfusion. Även perinealskydd och förlossningsställning samt krystning ingår under denna rubrik.

7.1.1 Stömlinje

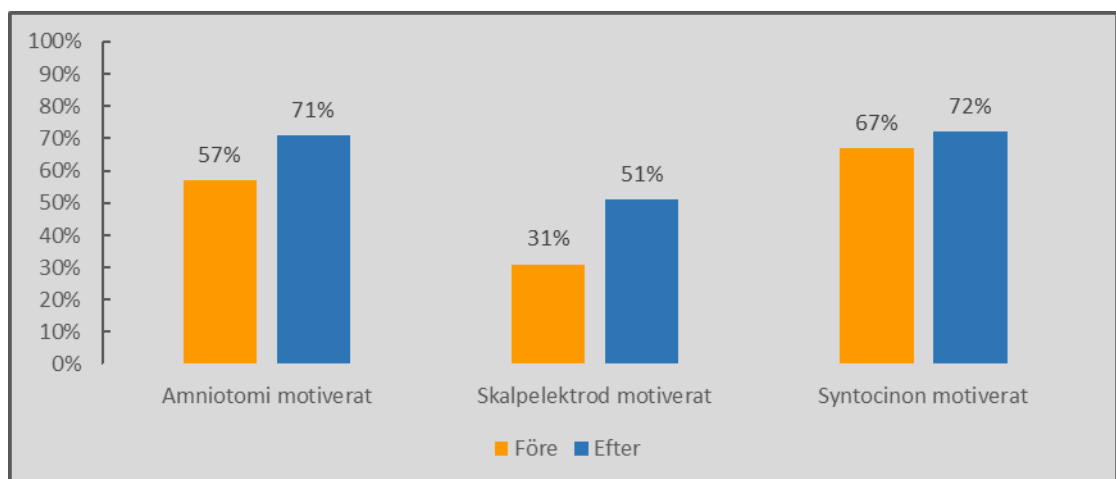


Figur 3- Andel journaler där stömlinje fanns upprättad. Före (n=60), efter (n=58).

7.1.2 Vaginal undersökning

Av samtliga vaginala undersökningar som fanns angivna i partogrammet var 95 % ofullständigt ifyllt före och efter var motsvarande siffra 96 %. Det som saknades var dokumentation av suturer och fontaneller. Vaginal undersökning var fullständigt ifyllt i en journal.

7.1.3 Amniotomi, skalpelektrod och syntocinoninfusion



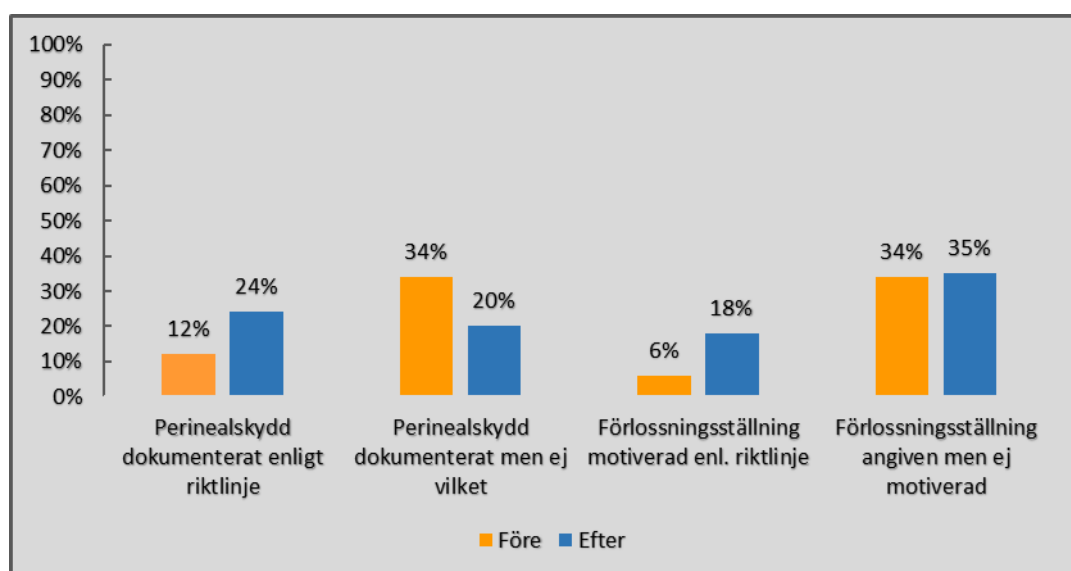
Figur 4- Redovisar hur stor andel där motivering för amniotomi, skalpelektrod och Syntocinoninfusion fanns. Före amniotomi (n=30), efter amniotomi (n=24). Skalpelektrod före (n=49) och efter (n=41), Syntocinon före (n=36), efter (n=36).

Det var ingen större skillnad i förekomsten av amniotomi före och efter men däremot var motivering för amniotomi angiven i fler journaler efter där den vanligaste motiveringen både före och efter var utebliven progress och värkförstärkande syfte.

Skalpelektrod användes i hög utsträckning både före och efter, 82 % före och 68 % efter. Beträffande motivering för skalpelektrod hade en förbättring skett efter men det saknades fortfarande motivering i näst intill hälften av journalerna. De vanligaste motiveringarna för skalpelektrod var avvikande/patologiskt CTG och svårt med yttre registrering. Syntocinoninfusion användes i mer än hälften av förlossningarna både före och efter och ingen skillnad i användandet sågs. De vanligaste motiveringarna som angavs för syntocinoninfusion var induktion samt värkförstärkande syfte.

7.1.4 Förlossningsställning och perinealskydd

Perinealskydd ska enligt den nya riktlinjen beskrivas, med verbal styrning och/eller handgrepp, i journaltext och val av förlossningsställning ska enligt riktlinjerna motiveras. Resultatet över hur detta har efterföljts kan avläsas i figur 5.



Figur 4- Andel journaler där perinealskydd var beskrivet eller nämnt i text samt andel journaler där förlossningsställning var motiverad eller angiven. Före (n=50) och efter (n=49).

I över hälften av journalerna, både före och efter, var perinealskydd inte dokumenterat. Förlossningsställning dokumenterades oftare i journaltext efter, däremot var förlossningsställning endast angiven och inte motiverad i majoriteten av journalerna.

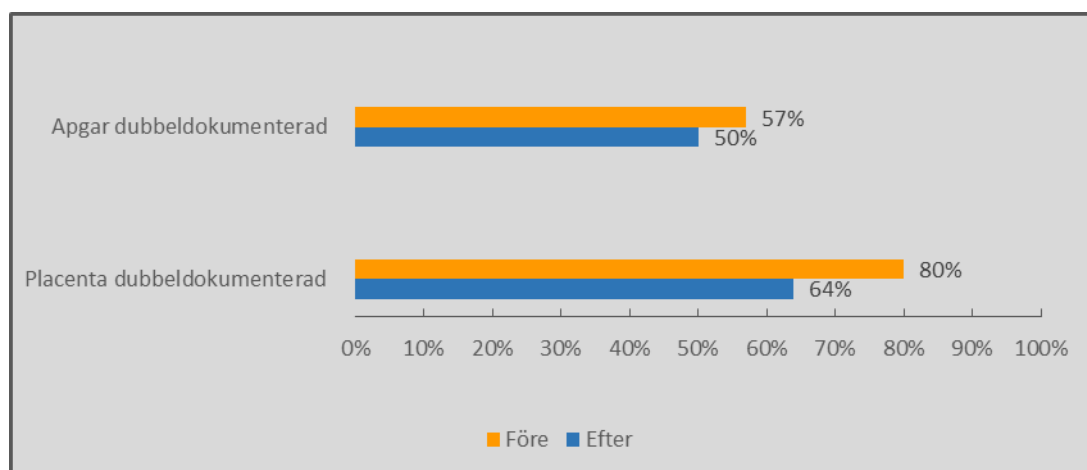
7.1.5 Krystning

Enligt de nya riktlinjerna ska krystning dokumenteras som forcerad eller oforcerad krystning. Före dokumenterades forcerad eller oforcerad krystning i 32 % av förlossningarna. Efter var denna siffra 39 %. Det hade även skett en ökning av när krystning var beskrivet med annan definition.

Före gjordes detta i 14 % av journalerna och efter i 22 %. Exempel på andra definitioner var krystar med guidning, krystar med god kraft, handduksdragning, levatorpress och verbal instruktion.

7.2 Dubbeldokumentation

Här presenteras resultaten relaterade till när placenta och Apgar var dubbeldokumenterade.



Figur 5- Andel journaler där placenta och Apgar var dubbeldokumenterad trots normal, det vill säga både i text och i FV1/FV2. Före och efter Apgar (n=56), Före och efter placenta (n=56).

Både före och efter saknades det i en journal dokumentation om placenta både i journaltext och FV1.

7.3 Delaktighet

Kvinnans delaktighet presenteras utifrån om vårdplan fanns dokumenterad under öppningsskedet.

Tabell 6. Antal och andel journaler där vårdplan fanns registrerat i journaltext.

	Vårdplan	
	Före n (%)	Efter n (%)
Finns dokumenterad	9 (15)	11 (19)
Finns ej dokumenterad	51 (85)	47 (81)
Total	60 (100)	58 (100)

7.4 Socialstyrelsen

Under denna rubrik presenteras resultatet för den variabel som är relaterad till att förbättra kvaliteten på data till Socialstyrelsen.

Tabell 7- Antal och andel journaler där mammans vikt fanns registrerad i FV1.

	Vikt	
	Före n (%)	Efter n (%)
Finns dokumenterad	6 (10)	7 (12)
Finns ej dokumenterad	54 (90)	51 (88)
Total	60 (100)	58 (100)

7.5 Induktioner

Partogrammet har i induktionsgruppen öppnats enligt nuvarande riktlinje, det vill säga vid inskrivning, i 5 % före och i 50 % av journaler efter. I tabell 8 redovisas hur partogrammet användes i samband med induktion med Cytotec. Antal cytotecdoser som kvinnorna erhöll varierade mellan en till åtta doser. I mars användes inte Cytotec på kliniken. Detta och det faktum att partogrammet före riktlinjernas införande inte öppnades vid inskrivning var anledningen till att vi endast har studerat denna variabel efter införandet.

Tabell 8- Andelen registrerade cytotecdoser i partogrammet jämfört med antal doser dokumenterade i journaltext. Andelen CTG registrerade i partogrammet jämfört med antal dataförda i Milou. Antal registrerade värkstatus i partogrammet under induktion.

Andel registrerade cytotecdoser	Antal journaler n (%)	Andel registrerade CTG	Antal journaler n (%)	Antal värkstatus registrerade	Antal journaler n (%)
0 %	1 (6,25)	0 %	3 (18,75)	0	6 (37,5)
33 %	1 (6,25)	25 %	1 (6,25)	1	7 (43,75)
66 %	1 (6,25)	62,5 %	1 (6,25)	2	2 (12,5)
75 %	4 (25)	75 %	2 (12,5)	6	1 (6,25)
87,5%	2(12,5)	87,5%	1 (6,25)		
100 %	7 (43,7)	100 %	8 (50)		
	n=16		n=16		n=16

I tabell 8 framkommer att värkstatus var det som registrerades minst i partogrammet medan Cytotec och CTG var fullständigt registrerat i partogram i ungefär hälften av journalerna.

8. Diskussion

Majoriteten av kvinnorna i vårt resultat var förstföderskor. I induktionsgruppen avslutades mer än hälften av förlossningarna med vakuumentraktion eller sectio. Beträffande stödlinjens upprättande har en förbättring skett. Majoriteten av vaginal undersökning som registrerades i partogrammet var inte komplett ifyllda och dokumentation av suturer och fontaneller var det som saknades. Motivering för amniotomi, skalpelektrod samt syntocinoninfusion var generellt bättre dokumenterat efter införandet av riktlinjerna, störst skillnad ses vid skalpelektrod och minst vid syntocinoninfusion. Dock visar resultatet att trots en förbättring efter riktlinjernas introducerande var skalpelektrod endast motiverad i hälften av journalerna. Perinealskydd dokumenterades eller var nämnt i text i mindre än hälften av journalerna. Efter riktlinjerna var det emellertid i större utsträckning dokumenterat vilket perinealskydd som hade använts. I allmänhet har en förbättring skett i dokumentationen av förlossningsställning men motivering för val av förlossningsställning dokumenterades i knappt en femtedel av journalerna. När det gäller krystning fanns en liten skillnad i dokumentationen före samt efter riktlinjerna. Dubbeldokumentation av placenta och Apgar skedde i cirka hälften av journalerna och en marginell förbättring har skett. Mammans vikt och vårdplan dokumenterades fortfarande i liten omfattning. I induktionsgruppen har partogrammet öppnats enligt riktlinje, vid inskrivning, i hälften av förlossningarna och en förbättring har skett. I partogrammet registrerades mest Cytotec och CTG medan värkstatus registrerades i mindre utsträckning under induktion.

8.1 Metoddiskussion

Syftet med vår studie var att utforma en granskningsmall och utifrån granskningsmallen undersöka hur implementeringen av de nya dokumentationsriktlinjerna har fungerat. Detta har gjorts genom granskning av journaler före och efter de nya riktlinjernas införande. Med tanke på syftet, att undersöka dokumentationen, var denna metod fördelaktig.

I tidigare studier som har baserats på journalgranskning framkommer att denna typ av studier har en brist då dokumenterad vård inte nödvändigtvis är identisk med den vård som har utförts (Kvist et al, 2011). När det gäller vårt syfte så har vi velat studera hur barnmorskorna dokumenterar och inte den vård som utförts och vår bedömning är att denna brist inte är aktuell i vår studie.

Journalerna är granskade i efterhand och barnmorskorna har inte informerats om granskningen och har därmed inte haft möjlighet att påverka eller förbättra dokumentationen. I och med att vi har ett slumpmässigt stratifierat urval ökar sannolikheten för en bred representativitet av dokumentationen, detta då slumpmässigt urval är det bästa sättet att få en så bred representation av den populationen som undersöks (Polit & Beck, 2001; Olsson & Sörensson, 2007). De exklusionskriterier som har använts, elektiva sectio i båda grupperna samt omföderskor i induktionsgruppen ansåg vi var nödvändiga. De variabler som vi har valt att granska var inte aktuella vid elektiva sectio, vilket skulle bidra till fler interna bortfall och på så sätt minska tillförlitligheten i resultatet. Urvalets storlek anpassades efter de tidsramar som fanns angivna för arbetet. Med detta i beaktande och att det är en pilotstudie tycker vi att urvalets storlek är rimligt. En brist i urvalet är att kvinnor med ett mycket snabbt förlossningsförlopp inte exkluderades, vilket har gjorts i tidigare liknande studier (Sandin-Bojö et al 2006 & Sandin-Bojö et al, 2007). Ett litet antal av kvinnorna hade ett snabbt förlossningsförlopp, men på grund av att de var så få anser vi att det inte har påverkat vårt resultat nämnvärt. Granskningsmallen som vi har arbetat fram och använt under granskningen har i det stora hela fungerat bra. Under provgranskningen utökades svarsalternativen och vi är i efterhand tveksamma till om detta var nödvändigt. Då vi i sammanställningen och presentationen av resultatet märkte att det viktiga i relation till studiens syfte, det vill säga om riktlinjerna följts, var svarsalternativen ja eller nej. Vi menar att anledningen till att koderna utökades var dels att vi i det läget inte helt och hållet hade fastställt hur resultatet skulle presenteras men även på grund av oerfarenhet hos oss som granskare. Däremot har den utökade kodningen bidragit till vissa intressanta bifynd. Under granskningen upplevde vi att informationen ibland var svår att hitta eller fanns på flera ställen samt att indikationen för olika interventioner kunde upplevas svårtolkade.

Detta kan bero på att specifika sökord inte användes i så hög utsträckning, exempel på detta kan vara att krystning inte stod under sökordet krystning, eller att motivering för amniotomi, skalpelektrod, och syntocinoninfusion inte stod under dessa sökord. Vi valde därför att inte ta hänsyn till sökord i granskningen. Detta kan vara en svaghet i studien. Riktlinjen säger att när journalanteckning skrivs ska relevant sökord och rubrik användas och vår upplevelse var vad som menas med relevant sökord. I en studie av Gunningberg et al. om dokumentation visar resultatet att sökorden i vissa fall endast användes i 10 % (Gunningberg et al, 2009). För att stärka reliabiliteten utformade vi definitioner. Riktlinjerna gav ibland utrymme för egna tolkningar och därför var definitionerna nödvändiga för att granskningen skulle bli konsekvent både över tid och mellan författarna. I och med definitionerna säkerställs likvärdighet i granskningen, vilket enligt Polit & Beck är en viktig aspekt av reliabilitet (Polit & Beck, 2008). Inter-reliabilitetstest utfördes 3 veckor efter avslutad granskning. Testet gjordes i avsikt att stärka studiens reliabilitet. I och med att författarna fick en hög överensstämmelse har reliabiliteten i studien stärkts.

8.2 Resultatdiskussion

Enligt Miller och Kearney (2004) är den avgörande vinsten med kliniska riktlinjer för hälso- och sjukvårdspersonal att förbättra vårdkvaliteten för patienterna vilket överensstämmer med syftet för de dokumentationsriktlinjer som har granskats i denna studie. Den främsta egenskapen i kliniska riktlinjer är på vilket sätt de är förankrade i forskningsevidens. I dokumentationsriktlinjerna finns ingen forskningsevidens tydliggjord, förutom patientdatalagen samt Socialstyrelsens föreskrifter om informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården. Det är oklart om eller på vilket sätt forskningsevidens har lyfts fram under implementeringen. Vi menar att, vilket även styrks av Kärkkäinen, Bondas och Eriksson att det är lättare att ta till sig av något nytt om det finns en bakomliggande kunskap. Studien visar att i de fall som sjuksköterskorna såg dokumentationen som ett viktigt hjälpmedel för kommunikation och en guide till vård blev dokumentationen mer fullständig (Kärkkäinen et al, 2005). Det är därför viktigt att syftet med dokumentationen blir tydliggjort för att på så sätt skapa förutsättningar för en öppenhet och mottaglighet hos personalen. En del av implementeringen av de nya riktlinjerna var de handledardagar som ägde rum och då gruppdiskussioner genomfördes.

Handledardagarna bidrog till att barriärer identifierades som kvalitetsutvecklingsgruppen sedan arbetade vidare med för att gå vidare med implementeringen. Miller & Kearney menar att utbildningsmöjligheter eller seminarier är effektiva metoder för att identifiera barriärer och därför menar vi att handledardagarna var ett mycket bra initiativ som möjligtvis hade kunnat äga rum fler gånger. Det finns inget enkelt sätt att överkomma barriärer och på så sätt säkerställa att riktlinjer i praktiken följs, detta sker lämpligaste med hjälp av att planera, engagera, entusiasmera samt att resurser finns för implementeringen (Miller & Kearney, 2004; Bowen, Stanton & Manno, 2012). Vidare menar Miller & Kearney att spridning av riktlinjer är en förutsättning för implementering (Miller & Kearney, 2004) vilket skedde genom att riktlinjerna togs upp på möten på kliniken samt via sjukhusens intranät. I och med att riktlinjerna, under handledardagarna, introducerades till handledare för barnmorskestudenter samt att barnmorskeprogrammet involverades i utarbetandet av riktlinjerna tillgodosågs möjligheten att implementera de nya riktlinjerna hos barnmorskestudenter. Baillie et al. har i sin studie intervjuat barnmorskestudenter och sjuksköterskestudenter där en grupp hade fått träning i dokumentation under sin utbildning och den andra gruppen hade inte haft någon träning under sin utbildning. Resultatet visar att studenterna som hade fått träning tidigare kände sig trygga i att dokumentera under sin verksamhetsförlagda utbildning (Baillie et al, 2012).

Rogers diffusionsteori beskriver att individer i en organisation kan delas in i fem grupper baserat på den enskilda individens förmåga att ta till sig nyheter och förändringar. Det är inom en organisation viktigt att det finns representation från alla dessa grupper. Vår studie gjordes tre månader efter införandet av de nya riktlinjerna. Eftersom tiden enligt Rogers teori har betydelse för hur snabbt varje individ tar till sig en förändring kan vårt resultat ha påverkats av den korta tiden mellan införandet av riktlinjerna och denna uppsats. Förändringsarbete tar tid och kräver tålamod, medvetenhet, acceptans och att personalen ansluter sig till det som ska implementeras. Under implementeringen är det viktigt att de som leder implementeringen finns tillgängliga och är aktiva i processen (Dobbins et al, 2005). En studie av Björvell et al. där resultatet av en implementering av dokumentation mättes innan, direkt efter och 3 år efter införandet visar att resultatet efter tre år var sämre än direkt efter införandet (Björvell et al, 2002). Författarna för därför fram vikten av uppföljning och utvärdering av implementering.

Således skulle det vara intressant att följa implementeringen av dokumentationsriktlinjerna över tid och av den anledningen göra ytterligare granskning längre fram och då i större omfattningen. Vårt resultat visar att en viss skillnad i dokumentationen kan ses före och efter riktlinjernas införande när det gäller majoriteten av variablerna men det finns fortfarande anledning att sträva efter förbättringar. Minst skillnad ses i dokumentationen kring vaginal undersökning samt registreringen av vikt vid inskrivning. Störst skillnad ses vid partogrammets öppnande. I vårt resultat har vi även fått fram en del bifynd. Detta gäller till exempel vaginal undersökning där resultatet inte enbart visar att implementeringen inneburit några skillnader före och efter utan även att barnmorskorna i mycket låg utsträckning fyllde i suturer och fontaneller i partogrammet. Detta behöver inte innebära att barnmorskorna inte kände efter suturer och fontaneller utan endast att det inte dokumenterades. Vi vill dock lyfta fram att det finns en risk för att kunskapen kring att göra en komplett vaginal undersökning där bedömning av suturer och fontaneller ingår riskerar att successivt försvinna. Ett annat bifynd som framkom och som även bekräftas av tidigare studier är att interventioner utförs i hög utsträckning (Sandin-Bojö et al, 2004 & Sandin-Bojö et al, 2006). Enligt Kvist et al finns då en risk att fler förlossningar betraktas som riskförlossningar och att det därmed leder till ökade kostnader (Kvist et al, 2011). I vår studie var de aktuella interventionerna amniotomi, skalpelektrod och användande av syntocinoninfusion. Dessa utfördes i över hälften (skalpelektrod och syntocinoninfusion) samt näst intill hälften (amniotomi) av förlossningarna. I och med att amniotomi utförs finns en ökad risk för operativt ingrepp (Kvist et al, 2011). Detta gäller även vid användande av Syntocinon då det även finns en risk för längre utdrivningsskede och ibland utgör en risk för barnet, förutsatt att det ges till förstföderska och under utdrivningsskedet (Svärdby, Nordström & Sellström, 2006). Vårt resultat visar att motivering av Syntocinon, skalpelektrod samt amniotomi fortfarande saknades i upp till hälften av journalerna. Barnmorskans profession utgår från att främja det normala under graviditet och barnafödande (SOSFS 1995:5 & WHO, 1996). Vår reflektion utifrån den höga frekvensen av interventioner är att det naturliga förlossningsförloppet hindras och de normala förlossningarna riskerar att minska. Det är dock viktigt att framhäva att interventioner ibland är nödvändiga men då de används bör en tydlig motivering finnas och framgå. Även om resultatet visar på en hög andel interventioner är det viktigt att ta i beaktande att denna studie inte har mätt om interventionen var utförd i enlighet med klinikens PM.

Förlossningsställning ska enligt den nya riktlinjen motiveras och vi tänker att det på så sätt skapas möjlighet att tydliggöra kvinnans delaktighet. Eftersom en låg andel av barnmorskorna motiverade val av förlossningsställning och en lika låg andel angav vårdplan tyder det på att det finns stora möjligheter för att förbättra kvinnans delaktighet till sin förlossning. Kvinnans delaktighet under förlossningen har studerats av Thompson och Miller och de menar att proportionen kvinnor som fick information eller konsulterades beträffande beslutsfattning inför en intervention eller undersökning varierade mycket beroende på vilken den var. Undersökningar som genomfördes rutinmässigt, till exempel vaginal undersökning och fetal registrering, var de där kvinnans delaktighet i minst utsträckning tillgodosågs (Thompson & Miller, 2014). Vårt resultat visar att en ökning har skett av när förlossningsställning endast var angiven men inte motiverad. Detta menar vi kan bidra till en ökad dubbeldokumentation då förlossningsställning alltid ska anges FV1. Kvist et al fann i sin studie att endast cirka en fjärdedel av kvinnorna födde i en upprätt ställning. Upprätta förlossningsställningar samt förlossningar där kvinnan födde på sidan var, på Danderyds sjukhus, under de aktuella månaderna före 66 % och efter 73 %. När det gäller resultatet av stödlinjens upprättande vill vi poängtera att resultatet bygger på att stödlinjen fanns upprättad men inte i vilken öppningsgrad. Detta på grund av att det i efterhand inte går att avgöra vid vilken öppningsgrad som den upprättades. Enligt den nya riktlinjen ska partogrammet öppnas och användas vid inskrivning till skillnad från innan riktlinjens införande då partogrammet öppnades när kvinnan var öppen fyra centimeter. För att på bästa sätt skildra detta har vårt resultat baserats på induktioner. Skillnaden i den spontana gruppen vad gäller partogrammets öppnande och användande kan av naturliga skäl inte vara lika utmärkande. Vi anser, tillsammans med kliniken, att detta var en viktig variabel ur implementeringssynpunkt.

Vår konklusion är att framarbetandet och införandet av de nya riktlinjerna inom dokumentation är ett stort och viktigt arbete och på Danderyds förlossningsklinik har implementeringen av riktlinjerna fram till december 2013 bidragit till en del förändringar inom dokumentationen i enlighet med de nya riktlinjerna. Resultatet i vår studie kan i det stora hela appliceras på övriga Stockholmskliniker som har tagit del av kvalitetsarbetet. Mindre skillnader i resultatet skulle kunna ses på grund av att varje klinik är unik med sin egen organisation där ledarskap och kultur ingår vilket enligt PARiSH är en del av sammanhanget och den underlättande faktorn.

9. Referenslista

(artiklar är märkta med *)

*Baillie, L., Chadwick, S., Mann, R & Brooke-Read, M.(2013) A survey of student nurses' and midwives' experiences of learning to use electronic health record systems in practice. *Nurse Education in Practice*, 13, s. 437-441

Björk, J. (2011) Praktisk statistik för medicin och hälsa. 1:a upplagan. Stockholm: Liber AB.

*Björvell, C., Wredling, R & Thorell-Ekstrand I. (2002) Long-term increase in quality of nursing documentation: effects of a comprehensive intervention. *Scand J Caring Sci*, 16, s. 34-42

*Bowen, C. M., Stanton, M & Manno, M. (2012). Using Diffusion of Innovations Theory to Implement the Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit. *J Nurs Care Qual*, 27, s. 139-145

Den internationella etiska koden barnmorskor.

http://pingpong.ki.se/public/pp/public_courses/course06232/published/1383137122309/resourceId/10813157/content/Den%20internationella%20etiska%20koden%20f%C3%B6r%20barnmorskor.pdf. (Hämtad 2014-01-23)

Dobbins, M., Ciliska, D., Estabrooks, C & Hayward, S. (2005). Changing Nursing Practice in an Organization. DiCenso, A., Guyatt, G & Ciliska, D (red), (2005). Evidence-Based Nursing A Guide to Clinical Practice. Elsevier Mosby.

<http://www.intemodino.com/en/>

Garpenby, P. (2010). Perspektiv på implementering. Nilsen, P. (red), (2010) Implementering teori och tillämpning inom sjukvård. Första upplagan. Lund: Studentlitteratur AB.

* Grol. R., Grimshaw. J. (2003). From best evidence to best practise: effective Implementations in patients' care. *The Lancet*, 362, s. 1225-1230.

*Gunningberg, L., Fogelberg- Dahm, M & Ehrenberg, A. (2009). Improved quality and comprehensiveness in nursing documentation of pressure ulcers after implementing an electronic health record in hospital care. *Journal of Clinical Nursing*, 18, s.1557-1564

*Häyrinnen, K., Saranto, K., Nykänen, P. (2008). Definition, structure, content, use and impacts of electronic health records: *A review of the research literature. International Journal Of Medical Informatics*, 77, s. 291-304

*Jefferies, D., Johnson, M., Griffiths, R., Arthurs, K., Beard, D., Chen, T., Edgetton-Winn, M., Hecimovic, T., Hughes, M., Linten, K., Maddox, J., McCaul, D., Robson, K., Scott, S & Zarkos, T. (2010). Engaging clinicians in evidence based policy development: The case of nursing documentation. *Contemporary Nurse*, 35, s. 254-264

Field, M.J & Lohr K.N. (1992). Guidelines for Clinical Practice- From development to use. Washington DC: Institute of Medicine, National Academy press.

*Kitson, A. L., Rycroft-Malone, J., Harvey, G., McCormack, B., Seers, K & Titchen, A. (2008). Evaluating the successful implementation using the PARiSH framework: theoretical and practical challenges. *Implementation Science*, 3:1

*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, s. e188-e194.

*Kärkkäinen, O., Bondas, T & Eriksson, K. (2005). Documentation of Individualizes Patient Care: a qualitative metasynthesis. *Nurs Ethics*, 12, 123

*Miller, M & Kearney, N. (2004). Guidelines for clinical practice: development, dissemination and implementation. *International Journal of Nursing Studies*, 41, s 813-821

Olsson, H & Sörensen, S. (2007). Forskningsprocessen kvalitativa och kvantitativa perspektiv. 2:a upplagan. Stockholm: Liber

Nordström, G & Wilde-Larsson B (2012). Användning av forskningsresultat i vården. Nordström, G & Wilde-Larsson B (red) Kvalitetsarbete för bättre och säkrare vård. Första upplagan. Lund: Studentlitteratur.

Polit, F.D & Beck C.T. (2001). Essentials of Nursing Research Methods, Appraisal, Utilization. Kap 10. 5:e upplagan. Lipincott, Williams & Wilkins.

Polit, F.D & Beck C.T. (2008). Nursing Research Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice. Kap 17. 8:e upplagan. Lippincott, Williams & Wilkins.

*Sandin-Bojö, A-K., Hall-Lord, M-L., Axelsson, O., Udén, G. & Larsson B.W (2004). Midwifery care: development of an instrument to measure the quality based on the World Health Organization's classification of care in normal birth. *Journal of clinical nursing*, 13, s 75-83.

*Sandin-Bojö, A-K., Wilde Larsson B., Axelsson & Hall-Lord M-L. (2006). Intrapartal care documented in a swedish maternity unit and considered in relation to World Health Organization recommendations for care in normal birth. *Midwifery*, 22, s 207-217

*Sandin-Bojö, 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, s.113-122

SFS 1982:763 Hälso- och sjukvårdslag. Stockholm: Socialdepartementet

SFS 2008:355 Patientdatalag. Stockholm: Socialdepartementet.

SFS 1998:204 Personuppgiftslag. Stockholm: Justitiedepartementet.

SFS 2009:400 Offentlighets och sekretesslagen. Stockholm: Justitiedepartementet.

SOSFS 1995:5 Kompetensbeskrivningar för sjuksköterskor och barnmorskor

SOSFS 2008:14 Socialstyrelsens föreskrifter om informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården. Stockholm: Socialstyrelsen.

*Svärdby, K., Nordström, L & Sellström, E. (2006). Primiparas with or without Oxytocin augmentation: a prospective, descriptive study. *Journal of Clinical Nursing*, 16, s. 179-184

*Thompson, R & Miller, D.Y. (2014). Birth control: to what extent do women report being informed and involved in decisions about pregnancy and birth procedures? *Pregnancy & Childbirth*. 14:62

World Health Organization, 1996. Care in Normal Birth: a Practical Guide. World Health Organization, Geneva.

10. Bilaga 1

Dokumentation i Obstetrix på Förlossningsavdelning och BB¹ En gemensam riktlinje för Kvinnoklinikerna i Stockholms län

*Riktlinjen är gemensam för förlossningsklinikerna i Stockholms län för barnmorskedokumentation i journalsystemet Obstetrix. Dokumentet syftar till att skapa rutiner för att säkerställa att dokumentationen är tydlig och patientsäker samt att motverka dubbeldokumentation.
Riktlinjen ska också ge stöd för att patientens delaktighet beaktas, kapitel 3, Patientdatalagen.*

Riktlinjen har fyra huvudområden:

PATIENTSÄKERHET:

Vad som dokumenteras: Som arbetsredskap för att förmedla nödvändig information till nästa barnmorska är det viktigt att journalen innehåller både rätt information och precis så mycket som behövs. För mycket och ovidkommande information gör att det tar längre tid att läsa och innebär en risk då man lätt missar det som är viktigt. För lite information har sina uppenbara risker och kan göra det svårt att följa tankegångarna och planeringen från tidigare barnmorskor.

Var: Den som läser journalen ska veta **var** viss information finns och på så sätt snabbt kunna skaffa sig en uppfattning om patienten.

DUBBELDOKUMENTATION:

Ett flertal dokument fungerar som en översikt; FV1, FV2, observationslista och partogram. Om allt är normalt räcker de uppgifter som skrivits in i dessa dokument.

SOCIALSTYRELSEN:

De data som finns tillgängliga i MFR- Medicinska Födelseregistret är unika och bygger på en lång tradition av datainsamling från information som är obligatorisk att registrera i de rosa fälten på FV1 och FV2.

ID-kontroll och födelseanmälan ska göras enligt gällande riktlinjer.

PATIENTENS DELAKTIGHET:

Journalen bör ses som ett viktigt stöd i kommunikationen och samrådet med patienten. Journalen ska innehålla uppgifter om samtycken som patienten lämnat och om

¹ **Riktlinjen framtagen av:** Mia Ahlberg KI, Cecilia Lind Karolinska Universitetssjukhuset, Louise Nordström Danderyds Sjukhus, Maria Sahlin BB-Stockholm, Annika Samsjö KI, Marie Sjödin Karolinska Universitetssjukhuset och Annika Wretsen Södersjukhuset

patientens egna önskemål om vård och behandling.

Journalen ska vara skriven på lättförståelig svenska och vara så lätt som möjligt att förstå för patienten. Använd inte värderande ord.

SÖKORD:

- När journalanteckning skrivs; använd relevant **rubrik och sökord**.

FÖRKORTNINGAR:

- Förkortningar bör användas sparsamt och endast vedertagna sådana, se bifogad förteckning ²

INSKRIVNING:

- Skapa alltid en FV1 på alla inskrivna patienter.
- Inskrivningsanteckning från FV1 ska kompletteras i journaltexten vad gäller t e x tidigare sjukdomar, tidigare graviditeter och förlossningar.
- Under sökord **kommunikation** anges patientens förutsättningar för kommunikation och behov av till exempel tolk.
- Notera tid för "Förlossningsstart och Etablerade värkar"
- Notera om patienten har aktuella läkemedel i Take Care läkemedelslista eller om det finns gamla läkemedel som läkare behöver ta ställning till.
- **Riskbedömning;** Enligt lokala riktlinjer.
- **Vårdplan;** Uppgifter om patientens egna önskemål om vård och behandling samt vårdbehov. Dokumentera att patientens egen förlossningsplan/brev blivit läst.

HÄNVISNING:

- Vid hänvisning **till** ett annat sjukhus: Använd sökordet "**Hänvisad till**" och ange skälet.
- Vid hänvisning **från** annat sjukhus: Använd sökordet "**Mottagen från**"

ÖVERTAG:

- Det ska alltid framgå vem som är ansvarig för patienten. Skriv övertag när du passar någon annans patient.
- Använd sökordet **Övertag**. Undersköterskans och i förekommande fall studerandes namn bör stå med i journalen.

PARTOGRAMMET är förlossningens huvuddokument. Endast information som förklarar/förtydligar dokumentation i partogram bör föras över till journaltext.

- Partogram startas vid inläggning för förlossning och vid induktionsstart.
- **Stöddlinjen** upprättas då patienten är öppen fyra centimeter och **utplånad**.
- Partogram avslutas efter att placenta kommit. Läkemedel som ges i samband med blödning eller mot eftervärkar förs in i Take Care samt görs en notering i journaltext.

² Se bilaga 1- Förkortningar

- **Läkemedel** som ges under förlossningen ska skrivas in i partogram och Take Care³.
- **Smärtlindring** skrivs i partogram under respektive rubrik
- **Akupunktur:** skriv in antal nålar i dosrutan i partogrammet. Automatisk överföring sker till journaltext där även indikationen, akupunkturpunkter och effekt skrivs in.
- **Intermittent avlyssning** av fosterljud: **X= Flj direkt efter värk, O= i värkpaus.**
- **CTG:** registreringar förs in i partogram. Milou ersätter ej notering i partogram.
- **Kontraktioner** fylls i med duration, frekvens och styrka/10 minuter. Värkens styrka 1=svag, 2=måttlig, 3=kraftig, detta enligt palpatoriskt värkstatus.

Partogrammet, forts.

- **VAS:** smärtpåverkan enligt kvinnans bedömning.
- **VU:** fyll i utplåningsgrad, öppningsgrad, bjudning och suturer/fontaneller
- **Amniotomi/Skalpelektrod** flyttas över till journaltexten, indikation ska motiveras i texten.
- **Notat** som ska gå över till texten är endast sådant som är av medicinsk vikt.

CTG:

- **Bedöm/Klassificera CTG** och vid ej normalt/avvikande eller patologiskt CTG dokumentera; Basalfrekvens, variabilitet, accelerationer, decelerationer, kontraktioner i journalen. Vid avvikande eller patologiskt CTG ska det framgå hur man planerar förlossningen den närmaste tiden samt tidpunkt för läkarkontakt

KRYSTNING:

- Ange i journaltexten om kvinnan krystat forcerat eller oforcerat;
- **Forcerad krystning:** Verbala uppmaningar som t ex "hakan i bröstet", "ta i." Yttre press, levatorpress - (fingrar i slidan för att hjälpa mamman krysta)
- **Oforcerad krystning:** Moderns egna krystimpulser styr. Stöd genom uppmuntran och bekräftelse.

FÖDELSE:

- **Förlossningsställning:** Motivera val av förlossningsställning
- **Perinealskydd** beskrivs vid huvudets och axlarnas framfödande; verbal styrning och/eller handgrepp.
- **Födelse:** Om allt är normalt räcker det att lägga till "skriker direkt" eller "skriker efter cutan-stimulering"
- **Apgar** och navelsträngsprover skrivs in i FV2
- **ID-kontroll och födelseanmälan**
- **Undvik att använda värderande ord** av exempel; "Fin flicka."
- **Blodgruppering** som tas från navelsträngsblod skrivs sist i den automatgenererade texten "Födelse".

³ Följ lokal riktlinje för läkemedelsdokumentation

PLACENTA:

- Normal placenta fylls endast i på FV1.
- Vid *avvikande* utseende eller vid ofullständig placenta/hinnor gör journalanteckning under sökordet **Placenta**.
- Kvarhållen placenta dokumenteras i journaltexten samt alla åtgärder som utförts.
- Vid manuell placentlösning; skriv i rutan för placentas utseende **Se operation berättelse**. Fyll i FV1 antal kärl i navelsträngen.

BLÖDNING:

- Använd sökord **Blödning** vid journalanteckning
- Fyll i den totala blödningsmängden i FV1.
- Vid större blödning journalförs givna läkemedel i Take Care läkemedelslista samt notering i journaltext om blödningsmängd samt åtgärder.

BRISTNING:

- Använd sökord **Bristning/suturering**.
- **Inspektion:** använd klockan som riktning när du beskriver lokalisation. Beskriv bristningens längd och djup. Bristningen ska graderas som Grad I eller Grad II.
- **Ingen bristning:** fylls i FV1 under "sutmateriel." Bristning som ej sutureras ska beskrivas i journaltext.
- **Bedövning:** skrivs i journaltexten för suturering, samt i förekommande fall även i Take Care läkemedelslista. Man kan också välja att skriva i partogram under "smärtlindring." Då överförs det automatiskt till journaltext och till FV1. Även användning av Xylocainspray eller gel ska journalföras.
- **Suturering:** beskriv hur bristningen ser ut och hur den sutureras, typ av stygn, (fortlöpande, enstaka) och när perinealhuden lämnas osuturerad, om sårytorna faller väl samman. **Sutmateriel:** fylls i FV1
- **Palpation per rektum** rekommenderas att göra på alla, helst både före och efter suturering och dokumenteras i journaltext
- Om suturering sker på operation; fyll i rutan under suturer **"se operationsberättelse."**

EFTERSKÖTNING Mamma:

- Använd efterskötningsmallen och notera eventuella riskfaktorer i fritextfältet och specifika vårdbehov. Om allt är normalt skrivs "Inga riskfaktorer".
- **ÅTER FRÅN OPERATION:** Efterskötning ska göras på alla patienter som kommer ifrån operation oavsett om det gått mer än 2 timmar. Sedvanliga postoperativa kontroller förs in i observationslistan (mätvärden) och övrigt som en journalanteckning.

EFTERSKÖTNING Barn:

- Notera om barnet legat med:
 - oavbruten hud-mot-hud med mamman tills barnet sugit eller somnat.
 - avbruten hud mot hud med mamman till exempel för barnskötning, föräldrarnas önskan
- Notera om barnet:
 - sugit kraftfullt och rytmiskt
 - sugit, men inte kraftfullt
 - amningsförsök
 - inte visat amningsbeteende

EFTERVÅRD MAMMA:

Använd observationslistan som grund för dokumentation under eftervårdstiden

- När någonting avviker eller anteckningen kräver mer utrymme än observationslistan, ska en journalanteckning göras under relevant sökord.
- Planeringsbladet används för att dokumentera vad som ska göras, t.ex. Hb, rubellavaccination alternativt under sökord **Planering**.
- **Vid smärta gör smärtskattning med VAS:** smärtpåverkan enligt kvinnans bedömning dokumenteras i observationslistan.

EFTERVÅRD BARNET:

- Använd observationslistan som grund för dokumentation under eftervårdstiden på barnet
- Planeringsbladet används för att dokumentera vad som ska göras, t.ex. ortopedkonsult, rtg, läkarundersökning alternativt under sökord **Planering**.
- När någonting avviker eller anteckningen kräver mer utrymme än observationslistan ska en journalanteckning göras under relevant sökord.

AMNING:

- **Amningsstatus dokumenteras i barnets observationslista.** Vid eventuella kompletteringar; skriv a-status*. En anteckning görs då under huvudsökord **Amning** i mammans journal under lämpligt undersökord.
- **Amningsstatus bör innehålla information om:** barnets tag om bröstet, amningsupplevelse (inkl smärtskattning med VAS), sugkraften (styrkan i suget), sugrytmen samt bröstvårtans form efter amning .
- **Tillmatning:** dokumenteras i barnets observationslista och anteckning med indikation i barnets journal.

VÅRDSAMMANFATTNING:

- Vårdsammanfattning för kvinnan och barnet skrivs enligt mall. Vid behov när **någonting avviker eller anteckningen kräver mer utrymme - skapa text och skriv journalanteckning.**
- VAS-skattning av förlossningsupplevelse: alla kvinnor ska vid hemgång **tillfrågas om förlossningsupplevelse**. Låga siffror på VAS-skalan motsvarar en negativ upplevelse och högre siffror motsvarar en positiv upplevelse. Använd fritextfältet för närmare förklaring vid behov.

Senast uppdaterad: 2013-09-10

Referenser:

Patientdatalag (2008:355), SOSFS 2008:14

Förkortningar

AFI	Fostervattenmängd
BP	Beräknad partus
BPU	Beräknad partus enligt Ultraljud
BT	Blodtryck
CTG	Cardiotocografi
CTG-reg	CTG-registrering
Cx bib	Cervix bibehållen
Cx utpl	Cervix utplånad
CVK	Central venkateter
EDA	Epiduralanestesi
Ffd	Föregående fosterdel
Flj	Fosterljud
FR	Fosterrörelser
Fv1	Förlossningsvård 1 (i journalen)
Fv2	Förlossningsvård 2 (i journalen)
Grav	Gravida
Gravv	Graviditetsvecka
IU	Inre undersökning
IUFD	Intra uterin fosterdöd
IVF	Invitrofertilisering
KAD	Kateter à demeure
LGA	Large for gestational age
MM	Modermun
N2O	Lustgas
PCB	Paracervikalblockad
PCH	Partus cum haemorrhagia
PDB	Pudendusblockad
PVK	Perifer venkateter
Resp	Respiration
SGA	Small for gestational age
SM	Senaste mens
Tv 1	Tvilling 1
Tv 2	Tvilling 2
Ulj	Ultraljud
VE	Vacumextraktion
VU	Vaginalundersökning
YP	Yttre palpation

11. Bilaga 2

	Variabel	Alternativ	Kod
A	Bakgrundsfakta		
	Paritet	0-para	1
		Flerpara	2
	Förlossningsstart	Spontan	1
		Induktion	2
	Förlossningsavslut	Vaginal förlossning	1
		Vakuumextraktion	2
		Sectio	3
		Tång	4
B	Partogram		
	Partogram öppnad enligt nuvarande riktlinje	Nej	0
		Ja	1
	Vid induktion är administration av Cytotec angivet i partogrammet?	0-9%	0
		10-19%	1
		20-29%	2
		30-39%	3
		40-49%	4
		50-59%	5

		60-69%	6
		70-79%	7
		80-89%	8
		90-99%	9
		100%	10
		Cytotec ej aktuellt	11
3	Vid Cytotec; är Ctg registrerat i partogram innan administrering	0-9%	0
		10-19%	1
		20-29%	2
		30-39%	3
		40-49%	4
		50-59%	5
		60-69%	6
		70-79%	7
		89-89%	8
		90-99%	9
		100%	10
		Cytotec ej aktuellt	11
	Vid Cytotec : är värkstatus registrerat vid varje ny intervention	1	1
		2	2
		3	3
		4	4
		5	5
		6	6
		7	7

		8	8
		9	9
		10	10
		Cytotec ej aktuellt	11
	Finns stödlinjen upprättad enligt nuvarande riktlinje	Nej	0
		Ja	1
	Vaginal undersökning	Saknas helt	0
		Samtliga VU komplett ifyllda	1
		Mindre hälften komplett ifyllda	2
		Hälften komplett ifyllda	3
		Mer än hälften komplett ifyllda	4
	Om ofullständigt vilken/vilka parameter saknas	Utplåningsgrad	1
		Öppningsgrad	2
		Bjudning	3
		Suturer/fontaneller	4

	Variabel	Alternativ	Kod
C	Journaltext		
	Finns vårdplanering dokumenterad	Nej	0
		Ja	1

	Krystning	Ej dokumenterat enligt nuvarande riktlinje	0
		Dokumenterat enligt nuvarande riktlinje	1
		Annan definition (definition anges)	2
		Sectio	3
	Finns indikation motiverad för amniotomi	Nej	0
		Ja (ange vilken?)	1
		Ej aktuellt	2
	Finns indikation motiverad för Syntocinon	Nej	0
		Ja (ange vilken)	1
		Ej aktuellt	2
	Finns indikation motiverad för skalpelektrod	Nej	0
		Ja (ange vilken)	1
		Inte aktuellt	2
	Finns motivering för val av förlossningsställning?	Nej	0
		Ja	1
		Sectio	2
		Angiven i text men ej motiverad	3
	Finns perinealskydd dokumenterat	Nej	0

		Ja enligt nuvarande riktlinje (ange vilket skydd som har använts)	1
		Perinealskydd angivet men ej vilket	2
		Sectio	3
D	FV1 samt FV2		
	Placenta	Endast FV1	1
		Både FV1 + journaltext vid avvikande placenta	2
		Både FV1 + journaltext vid normal placenta	3
	Apgar	Endast FV2	1
		Både FV2+ journaltext vid avvikande Apgar	2
		Både FV2 + journaltext vid normal Apgar	3
		Saknas helt	4
	Vikt	Ej angivet	0
		Angivet	1