

Audit i obstetrikken

Birgit Bødker

Et tiltagende krav om selvevaluering i sundhedssektoren har ført til udvikling af en række evalueringsredskaber, heriblandt audit. Formålet med denne artikel er at formidle nogle af de erfaringer, som foreligger inden for obstetrisk audit på lokalt, nationalt og internationalt niveau.

I Sundhedsstyrelsens retningslinjer for svangreomsorg 1998, blev der, med udgangspunkt i en national strategi for kvalitetsudvikling, fremsat behov for en øget indsats vedrørende dokumentation og evaluering af svangreomsorgens ydelser og resultater. Som et redskab til dette anbefalede man perinatal audit [1].

Perinatal audit var på dette tidspunkt etableret på mange niveauer rundt om i landet, ikke mindst amtsligt, og har siden vundet tiltagende udbredelse i dansk obstetrik, både på lokalt, nationalt og internationalt niveau.

Status på obstetrisk audit i Danmark

Lokal audit

Lokal audit er efterhånden rutine på mange fødesteder, men har kun sjældent givet anledning til publikationer. Som et led i fødestedernes kvalitetskontrol foretages der systematisk audit på egne forløb med udgangspunkt i udkomme, indgreb eller komplikationer.

Amtslig perinatal audit

Amtslig perinatal audit har siden 1989 været foretaget i det meste af landet. I modsætning til i f.eks. Storbritannien, hvor audit er udviklet efter centralt direktiv, er de danske auditaktiviteter opstået på lokale og regionale initiativer. Komiteerne har derfor udviklet forskellig struktur og arbejdsform. Der foretages i dag regelmæssig perinatal audit i alle amter og i H:S.

Ifølge en spørgeskemaundersøgelse til alle auditkomitéer i 2001 [2] var disse tværfagligt og ofte tværsektorielt sammensat, med deltagelse af obstetrikere, jordemødre, neonatologer, anæstesiologer, patologer, praktiserende læger mfl. Deltagerne var med få undtagelser på lederniveau. Efter i en årække at have foretaget audit på perinatale dødsfald så flere amter nu også på forløb med svær asfyksi. Årsagen var et ønske om fornyelse af de faglige diskussioner. Tilfælde med svær asfyksi blev da også oplevet som mere relevante for komitéernes pædiatere og anæstesiologer. Kun fire ud af 14 auditkomitéer angav at anvende eksplicitte kriterier, dvs. på forhånd vedtagne kvalitetskriterier, som baggrund for vurderingerne. Resten tog udgangspunkt i de skøn, som fremkom på møderne på grundlag af auditmedlemmernes viden og erfaring,

dvs. implicitte kriterier. Feedback fra møderne skete hovedsageligt i skriftlige rapporter. De fleste komitéer kunne melde om ændringer af procedurer og kliniske retningslinjer, som var en direkte følge af audit, men kunne ikke dokumentere effekt på perinatal morbiditet eller mortalitet.

I et spørgeskema vedrørende personligt udbytte af deltagelse i audit, udsendt til alle amtslige auditdeltagere og besvaret af 102, fremhæves følgende positive faktorer: audits bidrag til åben tværfaglig dialog, bedre indsigt i nabospecialer og kontakt til samarbejdsparter, større viden om struktur og udvikling af en kultur, hvor der åbent kan tales om fejl. Audit giver indsigt i alarmsignaler og opmærksomhed på sjældne hændelser og er egnet som udgangspunkt for undervisning og forskning.

Af negative faktorer nævnes: frustration over gennemgang af mange, overvejende uforklarlige, intrauterine dødsfald, mangelfuld feedback og derfor forringede muligheder for kvalitetsforbedringer samt manglende tid til auditorarbejdet [3].

National audit

»Fødeauditgruppen«, et auditforum for jordemødre og obstetrikere, konstituerede sig i 1996. Gruppens arbejde er baseret på frivillige opgørelser og indberetninger af variable som f.eks. indgrebsfrekvenser og udkomme af fødsler med udgangspunkt i en inddeling af fødende i ti standardgrupper, oprindelig introduceret af *Mike Robson* [4]. Fordelen ved inddeling i standardgrupper er, at afdelingerne kan sammenligne sig indbyrdes uanset patientsammensætninger, hvorved den enkelte afdeling kan finde egne fokusområder for kvalitetsforbedring.

Et andet nationalt initiativ er nedsættelse i 2001 af en auditgruppe af jordemødre, obstetrikere og neonatologer, forankret i Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi, Dansk Pædiatrisk Selskab og Jordemoderforeningen. Gruppen har evalueret de amtslige perinatale auditaktiviteter og har desuden, inspireret af det britiske Confidential Enquiries into Maternal Deaths, indledt landsdækkende audit af materielle dødsfald.

International audit

Internationalt har audit været anvendt til sammenligning af perinatal omsorg mellem lande. En vedvarende højere perinatal mortalitet i Danmark end i Sverige har bl.a. givet anledning til sammenlignende audit af dødsfald i de to lande, og i et europæisk studie foretog et fagpanel audit på 1.619 perinatale

dødsfald fra ti lande, heriblandt Danmark [5]. Suboptimale faktorer blev fundet i næsten halvdelen af de forløb, som endte med død. Hyppigst var rygning i graviditeten og mangelfuld erkendelse af svær intrauterin væksthæmning. Sammenlignet med i de øvrige nordiske lande var både den perinatale mortalitet og andelen af suboptimale faktorer højere i Danmark. Resultaterne understreger nødvendigheden af fortsat dansk evaluering.

Audit på audit

Selv om audit således ofte har ført til øget indsigt og mulighed for forbedringer af den sundhedsfaglige indsats, har det vist sig, at mange auditprojekter ikke førte til den forventede kvalitetsforbedring. Det har givet anledning til en del studier af auditproces og -organisation. De har bl.a. vist, at mangelfuld planlægning, uklare implementeringsprocedurer, kollegiale barrierer og manglende ledelsesopbakning er væsentlige årsager [6-8].

I adskillige publikationer har man beskrevet planlægning og gennemførelse af audit. Det fastholdes, at audit bør indeholde grundelementerne: valg af problemstilling, fastsættelse af kvalitetskriterier, kvalitetsvurdering samt feedback og implementering af kvalitetsforbedringer [8, 9].

En forudsætning for audits succes er valg af problemstillinger, som har høj prioritet hos de involverede fagpersoner pga. deres alvor, antal eller omkostninger. Det fremhæves, at udkomme ikke altid er det rette udvælgelseskriterium, da resultatet af en ydelse ikke nødvendigvis afspejler ydelsens kvalitet, ligesom udkommet ofte er et resultat af flere ydelser [8]. Perinatal morbiditet og mortalitet betragtes dog som egnet til audit, da det oftest er et direkte resultat af en tidsmæssigt og organisatorisk afgrænset proces og skønnes at være et rimeligt udtryk for kvaliteten af den ydede perinatale omsorg. Også audit af procedurer og indgreb vinder tiltagende udbredelse i obstetrikken. I litteraturen fremhæves anvendelse af eksplícite kriterier, som bør være baseret på bedst mulig dokumentation. Gode evidensbaserede kliniske retningslinjer fremhæves som et særlig velegnet udgangspunkt for kriterier [6, 8].

Kvalitetsvurderingen sker på baggrund af register- og journaldata. Mangelfulde og fejlagtige kodninger og vekslende kvalitet af journaler svækker metoden. Anvendelse af registre og journaler til audit har dog vist sig i sig selv at øge kvaliteten af disse [8]. Da audit er en retrospektiv proces, vil data oftest ikke kunne suppleres. I en anden kvalitetssikringsmetode, kerneårsagsanalysen, løses dette ved umiddelbar indhentning af data, som normalt ikke journalføres, f.eks. data om struktur og kommunikation. Dette gør metoden særlig egnet til vurdering af struktur, men stiller krav om organisering af et beredskab til dette.

Feedback og implementering af kvalitetsforbedringer betragtes ofte som den vanskeligste del af auditprocessen. I et Cochrane-review vurderes effekten af feedback på sundhedspersonales kliniske håndtering og på udkommet. Studierne er

af meget vekslende kvalitet og dækker kun et begrænset antal fagområder. Det konkluderes, at feedback kan medvirke til, at man ændrer klinisk adfærd, men effekten af feedback alene er begrænset. Det er ikke muligt på baggrund af studierne at sige, hvorledes feedback får størst effekt [10]. Undervisning kan bidrage til implementering. En systematisk gennemgang af studier vedrørende effekten af at undervise læger viser, at traditionel undervisning har begrænset effekt, mens interaktiv undervisning, der omfatter klinisk færdighedstræning, har en signifikant effekt både på klinisk håndtering og i et vist omfang på udkommet [11]. Påviste kvalitetsbrist kan bl.a. føre til udarbejdelse af kliniske retningslinjer. Disse har dog ikke altid den ventede effekt på lægers adfærd, hvilket kan tilskrives barrierer som manglende kendskab til retningslinjerne, manglende enighed i disse, generel modstand mod retningslinjer, mangelfulde kliniske færdigheder og manglende tro på effekten af retningslinjerne [12].

Effekten af audit

Er det overhovedet muligt at måle effekten af audit?

De seneste tal fra Landpatientregistret (LPR) tyder på, at den perinatale mortalitet i Danmark omsider er faldende. Audits indvirkning på dette er uklar. Mortaliteten afhænger af en række andre faktorer såsom resurser, teknologi og den generelle sundhedstilstand. Sjældne udkommer er derfor et vanskeligt mål for effekten af audit, mens effekt på intermediære mål og kliniske processer som f.eks. indgrebshyppighed ofte er lettere at påvise. Væsentlige effektmål er også de nævnte professionelle kvalitetsløft: faglig udvikling og dialog, som må forventes at komme patienterne til gode.

Perspektiver for fremtiden

Lokale audit af faglige processer bør styrkes og gøres til en del af den kliniske hverdag. Et godt fundament er kollegialt engagement, ledelsesmæssig opbakning og ildsjæle. Emner som intrauterin væksthæmning, postpartum blødning og beslutningsprocesser ved sectio er eksempler på mulige problemstillinger. Sandbjerg-guidelines, en række nationale obstetriske retningslinjer, udgør et godt grundlag for evidensbaserede eksplícite kriterier. Et betydeligt kvalitetsløft af uddata fra LPR er et stærkt incitament til obstetrisk kodning og vil sammen med udvikling af lokale databaser og den planlagte implementering af elektroniske patientjournaler (EPJ) i 2006 medføre bedre patientdata.

Systematisk gennemgang af patientforløb er velegnet til afdækning af behov for undervisning, og yngre lægers involvering i audit fremhæves som læringsstrategi i den nye målbeskrivelse for speciallægeuddannelsen i gynækologi og obstetrik.

Flere anbefaler involvering af patienter i audit. Det er vel-dokumenteret, at patienters prioriteringer i sundhedssektoren ikke altid er sammenfaldende med de professionelle prioriteringer. Inddragelse af patienter synes derfor at kunne bidrage

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

konstruktivt, især med udvælgelse af problemstillinger og opstilling af kvalitetskriterier.

Audit bør således også fremover indgå i rækken af redskaber til faglig udvikling og kvalitetssikring.

Korrespondance: *Birgit Bødker*, Gynækologisk-obstetrisk Afdeling, Hillerød Sygehus, DK-3400 Hillerød.

Antaget den 7. oktober 2003.

Hillerød Sygehus, Gynækologisk-obstetrisk Afdeling.

Ovenstående artikel bygger på en større litteraturgennemgang end litteraturlisten 12 numre. En fuldstændig litteraturliste kan fås ved henvendelse til forfatteren.

Litteratur

1. Svangreomsorg. Retningslinjer og redegørelse. København: Sundhedsstyrelsen, 1998:136-9.
2. Bødker B. Perinatale dødsfald med suboptimalt forløb. Rapport fra arbejdsgruppen: Den nationale auditkomité. København: DSOG, 2002.
3. Bødker B. Amtslig perinatal audit i Danmark 2001. Spørgeskemaundersøgelse. Rapport. København: DSOG, 2002.
4. Robson MS. Can we reduce the caesarean section rate? *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2001;15:179-94.
5. Richardus JH, Graafmans WC, Verloove-Vanhorick SP et al. EuroNatal International Audit Panel; EuroNatal Working Group. Differences in perinatal mortality and suboptimal care between 10 European regions: results of an international audit. *BJOG* 2003;110:97-105.
6. Hopkins A. Clinical audit. Time for a reappraisal. *J R Coll Phys* 1996;30:415-25.
7. Johnston G, Crombie IK, Davies HTO et al. Reviewing audit: barriers and facilitating factors for effective clinical audit. *Qual Health Care* 2000;9:23-36.
8. Principles for best Practice in Clinical audit. National Institute for Clinical Excellence. Oxford: Radcliffe Medical Press, 2002
9. Andersen KV. Perinatal audit. En metode til kvalitetsvurdering af peri- og neonatal omsorg [disp]. København: FADL, 1994.
10. Thomson O'Brien MA, Oxman AD, Davis DA et al. Audit and feed-back: effect on professional practice and health care outcomes (Cochrane review). I: *The Cochrane Library*, Issue 2, 2003. Oxford: Update Software.
11. Davies D, Thomson O'Brien MA, Freemantle N. Impact of formal continuing medical education. *JAMA* 1999;282:267-73.
12. Cabana MD, Rand CS, Powe NR. Why don't physicians follow clinical practice guidelines. *JAMA* 1999;282:1458-65.

Effekten af obstetrisk færdighedstræning med fantomer for læger i gynækologisk-obstetrisk uddannelsesstilling

Jette Led Sørensen, Morten Lebech & Tom Weber

Resumé

Introduktion: Formålet med studiet var på obligatorisk speciallægekursus at vurdere effekten af færdighedstræning med fantomer i amnioninfusion, forløsning af et foster med fastsiddende skuldre, vaginal forløsning af underkropspræsentation (UK), håndtering af postpartumbldning, vakuumforløsning og udtagning af skalpblodprøve.

Materiale og metoder: Der indgik 44 læger i uddannelsesstilling i undersøgelsen, som var deskriptiv og også en behovsanalyse. Kursisterne foretog selvevaluering på en rangskala af fortrolighed med færdighederne før og efter træningen. Statistisk metode: Mann-Whitney-test.

Resultater: Ved fire af de seks trænedede færdigheder: amnioninfusion, forløsning af et foster med fastsiddende skuldre, vaginal forløsning af UK og håndtering af postpartumbldning scorede kursisterne efter træning signifikant højere end før træning, hvorimod øgning i score for vakuumforløsning og udtagning af skalpblodprøve ikke var statistisk signifikant. I alt 84% beskrev, at de havde manglet obstetrisk færdighedstræning.

Diskussion: Ved færdighederne forløsning af et foster med fastsiddende skuldre og vaginal forløsning af UK scorede kursisterne lavt forud for træning, og det var i ringe omfang relateret til det antal måneder, kursisten havde arbejdet i specialet. Sandsynligvis fordi disse færdigheder kun kan læres ved fantomtræning. Ved vakuumforløsning, udtagning af skalpblodprøve og til dels håndtering af postpartumbldning scorede kursisterne højere forud for træning,

og det ser ud til at blive indlært med tiden, idet scoren steg med antal måneders arbejde i specialet. Ved amnioninfusion scorede kursisterne meget lavt inden træningen, og det blev vurderet som udtryk for manglende implementering. Træning i amnioninfusion er velegnet til fantomtræning. Anvendeligheden af selvevaluering diskuteres.

Speciallægekommissionen forventer, at varigheden af speciallægeuddannelsen kan nedsættes [1]. I gynækologi og obstetrik vil det indebære, at uddannelsessøgende ikke længere vil komme til at have to til tre etårige introduktionsstillinger forud for, at kursusstilling søges. Det vil bl.a. stille krav om en mere effektiv speciallægeuddannelse med færdighedstræning.

Formålet med dette arbejde var for læger i uddannelsesstilling i gynækologi og obstetrik at vurdere: 1) effekten af færdighedstræning i vakuumforløsning, vaginal forløsning af underkropspræsentation (UK), forløsning af et foster med fastsiddende skuldre, amnioninfusion, udtagning af skalpblodprøve og håndtering af postpartumbldning bedømt ud fra kursisters selvvurderede fortrolighed med færdighederne før og efter færdighedstræning med fantomer på et obligatorisk speciallægekursus, 2) omfanget af tidligere færdighedstræning, herunder om tidligere træning havde indflydelse på