

## 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

## VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

selvvurderet fortrolighed med udvalgte færdigheder, 3) behovet for obstetriske færdighedstræning og 4) sammenhæng mellem antal måneder og eventuelt arbejdsfunktion som bagvagt i obstetrik og selvvurderet fortrolighed med færdighederne.

Behovet for systematisk færdighedstræning og evaluering af kompetencer i obstetrik diskuteres både nationalt og internationalt [2, 3], men der er ikke tidligere beskrevet danske arbejder om obstetriske færdighedstræning. Denne undersøgelse har således både karakter af en behovsanalyse og har hypotesegenerende karakter.

### Materiale

Materialet omfattede 44 læger i uddannelsesstilling i gynækologi og obstetrik. Disse deltog som kursister i de obligatoriske speciallægekursus i obstetrik i årene 2001 (24 kursister) og 2002 (20 kursister).

### Metoder

Undersøgelsen var en deskriptiv undersøgelse og en behovsanalyse. Evalueringen foregik med anonyme spørgeskemaer. Kursisterne anførte egen vurdering af fortroligheden med at udføre de seks obstetriske procedurer dagen før og igen efter gennemførelsen af færdighedstræning. Kursisterne havde ikke adgang til at se deres egne svar udfyldt inden træningen.

Kursisterne blev bedt om for hver færdighed at angive en score på en rangskala fra 1 til 5. Score 1 refererede til »Jeg er slet ikke fortrolig med denne procedure. Jeg føler altid, jeg har brug for hjælp, råd, støtte eller indgriben af mere erfaren kollega«; og en score 5 refererede til »Jeg er helt fortrolig med håndgrebene/obstetriske hændelser. Jeg føler aldrig, jeg har brug for hjælp, råd, støtte eller indgriben af mere erfaren kollega«.

Derudover blev der spurgt til tidligere obstetriske færdighedstræning, egen vurdering af behov for færdighedstræning og antal måneder i arbejde som for- og bagvagt på en gynækologisk-obstetriske afdeling.

Der er i analysen set på sammenhæng mellem antal måneder i specialet og selvvurderet fortrolighed og for udvalgte færdigheder på sammenhængen mellem tidligere færdighedstræning og score forud for denne træning og på, hvordan de, der havde fungeret som bagvagt, selvevaluerede sig for udvalgte færdigheder.

### Statistik

Data er bearbejdet i Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) med beregning af gennemsnit og medianer. Der er anvendt nonparametrisk statistisk metode med Mann-Whitney-test til sammenligning af fortrolighed med at udføre en procedure før og efter træning. Signifikansniveau er fastsat til 0,05.

### Beskrivelse af træningsprogrammerne

Der blev trænet seks færdigheder: 1) vakuumbefrielse, 2) vaginal UK-forløsning, 3) forløsning af et foster med fastsiddende



Fig. 1. Et eksempel fra PowerPoint-præsentation af færdighedstræning.

#### Mauriceau-Levrets 3: Forløsning af hoved:

- Med udvendige venstre hånd gaffelgreb om nakken.
- Træk nedad med den udvendige hånd indtil hårgrænsen ses.
- Den indvendige hånd styrer og flekterer, den trækker ikke.

dende skuldre, 4) amnioninfusion, 5) udtagning af skalpblodprøve og 6) håndtering af postpartumblødning.

For hvert af emnerne blev der i plenum gennemgået en PowerPoint-præsentation illustreret med foto af håndgrebnes elementer vist detaljeret på et fødefantom og en enkel tekst (Fig. 1). For hvert emne var der udarbejdet et kompetencetræningsskema med kolonnerne: 1) Mål for klinisk færdighed, 2) Håndgreb, 3) Nødvendig viden, 4) Baggrundsviden (med referencer), 5) Sikkerhed/risiko og 6) Evaluering af opnået færdighed. Derefter blev kursisterne fordelt i grupper på 3-5 personer og roterede mellem *workstations* af en halv times varighed. Træningen havde overvejende karakter af fantomtræning i enkeltfærdighederne, for håndtering af postpartumblødning indgik der dog enkelte elementer af teamtræning.

### Resultater

I alt 74% (32/43) af kursisterne havde tidligere gennemgået en eller anden form for obstetriske færdighedstræning; overvejende ved kurser hos Foreningen af Yngre Gynækologer, enkelte på kursus i egen afdeling, andre ved individuel undervisning, eller de havde selv trænet på et fødefantom. Tre havde deltaget i *advanced life support in obstetrics* (ALSO)-kursus. Tidligere træning havde primært drejet sig om vaginal forløsning af underkrop, tangforløsning og forløsning af et foster med fastsiddende skuldre. Tidligere træning var så usystematisk og data så usikre, at der kun er valgt at se på vaginal forløsning af underkrop og forløsning af et foster med fastsiddende skuldre i analyserne.

I alt 84% (36/43) oplyste, at de havde savnet obstetriske færdighedstræning i uddannelsesforløbet.

Kursisterne havde haft gennemsnitlig 36,3 måneders (14-75 måneder) ansættelse på en gynækologisk-obstetriske afdeling.

Af **Tabel 1** fremgår gennemsnit, medianer og percentiler for score før og efter træning.

Af **Tabel 2** fremgår antal kursister fordelt i hver kategori af selvevalueret score 1-5 før og efter træning.

Ændringer i score fra før til efter træning var statistisk signifikant for amnioninfusion, forløsning af et foster med fast-

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

**Tabel 1.** Kursisters selvevaluerede score før og efter obstetrisk færdighedstræning med fantomer.

	Score <sup>a</sup> inden træning. Gennemsnit	Score <sup>a</sup> efter træning. Gennemsnit	Median score inden træning. (25-75% percentiler)	Median score efter træning. (25-75% percentiler)	Signifikans- værdi <sup>b</sup>
Vakuumforløsning	4	4,25	4 (4-5)	4 (4-5)	0,177
Håndtering af postpartum blødning	3,58	4	4 (3-4)	4 (4-4)	0,012
Udtagning af skalpblodprøve	3,81	4,43	4 (3-5)	5 (4-5)	0,077
Amnioninfusion	1,84	3,95	1 (1-3)	4 (3-5)	<0,001
Forløsning af foster med fastsiddende skuldre	2,53	3,68	3 (2-3)	4 (3-4)	<0,001
Vaginal forløsning af underkropspræsentation	2,23	3,45	2 (1-3)	4 (3-4)	<0,001

a) Score er selvevalueret: Score 1 betød: »Jeg er slet ikke fortrolig med denne procedure. Jeg føler altid, jeg har brug for hjælp, råd, støtte eller indgriben af mere erfarede kollegaer.  
Score 5 betød: »Jeg er helt fortrolig med håndgrebene/obstetriske hændelser. Jeg føler aldrig, jeg har brug for hjælp, råd, støtte eller indgriben af mere erfarede kollegaer.«  
b) Mann-Whitney-test.

**Tabel 2.** Antal kursister i hver kategoriscore dvs. 1-5<sup>a</sup> for selvevalueret score før og efter obstetrisk færdighedstræning med fantomer.

	Score 1 før	Score 1 efter	Score 2 før	Score 2 efter	Score 3 før	Score 3 efter	Score 4 før	Score 4 efter	Score 5 før	Score 5 efter
Vakuumforløsning	0	0	3	1	6	2	22	26	12	15
Håndtering af postpartum blødning	0	0	3	0	16	10	20	24	4	10
Udtagning af skalpblodprøve	5	0	5	0	3	7	10	11	20	26
Amnioninfusion	29	0	2	3	6	13	2	11	4	17
Forløsning af et foster med fastsiddende skuldre	10	0	10	3	15	13	6	23	2	5
Vaginal forløsning af underkropspræsentation	15	1	12	6	9	13	5	20	2	4

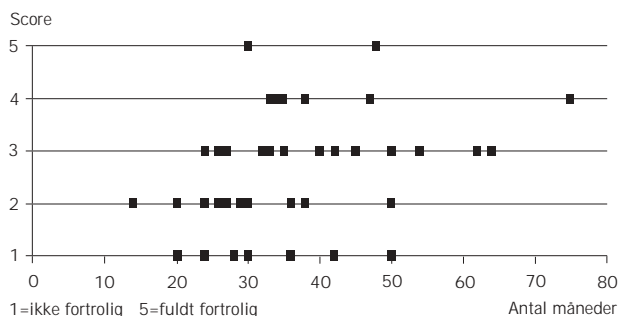
a) Score er selvevalueret: Score 1 betød: »Jeg er slet ikke fortrolig med denne procedure. Jeg føler altid, jeg har brug for hjælp, råd, støtte eller indgriben af mere erfarede kollegaer.«  
Score 5 betød: »Jeg er helt fortrolig med håndgrebene/obstetriske hændelser. Jeg føler aldrig, jeg har brug for hjælp, råd, støtte eller indgriben af mere erfarede kollegaer.«

siddende skuldre, vaginal forløsning af UK og håndtering af postpartumblødning, men ikke signifikant for vakuumforløsning og udtagning af skalpblodprøve.

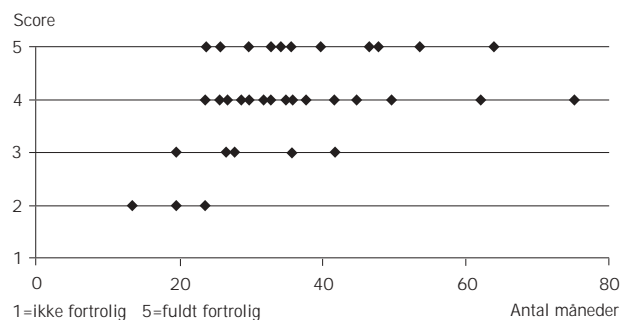
For forløsning af et foster med fastsiddende skuldre og vaginal forløsning af UK blev score for fortrolighed inden træning opdelt efter, om man tidligere havde modtaget træning. For forløsning af et foster med fastsiddende skuldre var scoren før færdighedstræning hhv. 2,76 og 2,0 (p=0,78) for dem, der havde modtaget, og dem, der ikke havde modtaget forudgående træning, og for vaginal forløsning af UK hhv. 2,38 og 1,81 (p=0,165).

Score for fortrolighed inden træning blev sammenholdt med antal måneder i specialet og fremgår af **Fig. 2**, **Fig. 3** og **Fig. 4**, der viser hhv. forløsning af et foster med fastsiddende skuldre, vakuumforløsning og amnioninfusion. For forløsning ved amnioninfusion og et foster med fastsiddende skuldre an-

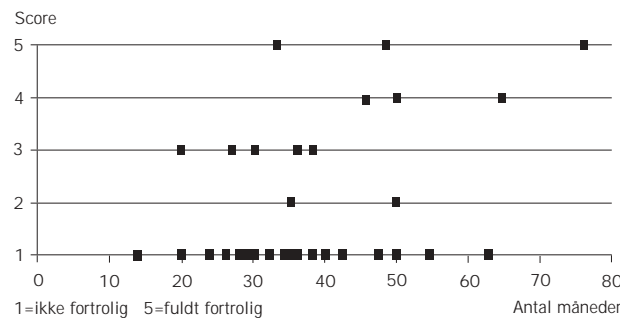
tyder sammenhængen, at selv mange måneder i specialet ikke i sig selv gav øget fortrolighed med færdigheden. Samme sammenhæng sås for vaginal forløsning af UK (data ikke anført).



**Fig. 2.** Kursisters selvevaluerede score for fortrolighed med forløsning af et foster med fastsiddende skuldre forud for færdighedstræning sammenholdt med antal måneders arbejde i gynækologi og obstetrik. n=43.



**Fig. 3.** Kursisters selvevaluerede score for fortrolighed med vakuumforløsning forud for færdighedstræning sammenholdt med antal måneders arbejde i gynækologi og obstetrik. n=43.



**Fig. 4.** Kursisters selvevaluerede score for fortrolighed med amnioninfusion forud for færdighedstræning sammenholdt med antal måneders arbejde i gynækologi og obstetrik. n=43.

For vakuumforløsning er der muligvis en sammenhæng, således at mange måneder i specialet ser ud til at give højere score for fortrolighed. Lignende sammenhænge sås for udtagning af skalpblodprøve og til dels for håndtering af postpartum blødning (data ikke anført).

I alt 33% (14/43) havde fungeret som bagvagt, uden at der var en speciallæge til stede på afdelingen. I denne gruppe selvevaluerede 64% (9/14) kun et eller to for fortrolighed med forløsning af fastsiddende skuldre og/eller vaginal forløsning af UK. Der er kun valgt at se på disse to færdigheder, da de generelt blev scoret lavt af alle inden færdighedstræningen, og da det er færdigheder, der skal kunne anvendes uopsætteligt i en akut situation.

### Diskussion

Blandt kursisterne anførte 84%, at de havde savnet obstetriske færdighedstræning. Der ses effekt af færdighedstræningen, idet fire færdigheder blev vurderet med statistisk signifikant højere score for fortrolighed efter træning.

Materialet er baseret på selvevalueret opfattelse af fortrolighed. Det er beskrevet, at pålideligheden for selvvalueret fortrolighed generelt er dårlig, men dog lidt højere for færdigheder, som de undersøgte er godt bekendt med [4]. I en nyere oversigt [5] kritiseres dog præmisserne for konklusionerne i tidligere arbejder om selvevaluering, bl.a. ud fra valget af guldstandard. Dvs. at der ved vurdering af værdien af selvevaluering ikke foreligger eksterne evalueringer at sammenligne selvevalueringen med. Udvikling af metoder til vurdering af klinisk kompetence anføres at være en af udfordringerne inden for medicinsk uddannelse [6].

De færdigheder, som kursisterne skulle selvevaluere, må forudsættes bekendt, og det medfører muligvis bedre pålidelighed af scoringen. En indikator for, at selvevaluering kunne benyttes, er, at de færdigheder, hvor man scorede højt inden færdighedstræningen, var vakuumforløsning og udtagning af skalpblodprøve, der begge udføres hyppigt. Det illustreres også af, at der er en sammenhæng mellem antal måneder i specialet og en højere score for fortrolighed.

Omvendt kan det bemærkes, at for netop vakuumforløsning og håndtering af postpartumblødning, hvor kursisterne scorede højt inden træningen, blev der af flere efterfølgende anført, at de muligvis havde scoret for højt, og deres håndtering før træningen havde været usystematisk. Muligvis selvevaluerede kursisterne sig selv ud fra, hvad de mente, at forventningen til en kursist på deres niveau burde være. Data er dog ikke tilstrækkelige til at belyse dette.

Der er usikker sammenhæng mellem en selvvalueret forbedret fortrolighed med en procedure og en egentlig bedre kompetence [7]. Dette har vi ikke haft mulighed for at vurdere, da færdighedstræningen så skulle indbefatte en test af kursisterne i klinisk praksis.

Færdigheder som vakuumforløsning, udtagning af skalpblodprøve, amnioninfusion, forløsning af fostre med fastsiddende

skuldre og vaginal forløsning af UK kan evalueres på et fantom i form af *objective structured clinical examination* (OSCE) [8]. Vakuumforløsning, udtagning af skalpblodprøve og amnioninfusion vil også kunne testes i klinikken ved struktureret klinisk observation. Forløsning af fostre med fastsiddende skuldre og vaginal forløsning af UK er så sjældent forekommende, at det ikke er muligt at teste i klinisk praksis.

For amnioninfusion, der er et relativt simpelt indgreb, scorede kursisterne lavt trods mange måneders arbejde på en obstetriske afdeling, hvilket formentlig afspejler mange fødesteders manglende implementering. Det er problematisk, da amnioninfusion anbefales rutinemæssigt i visse situationer for at forebygge meconiumaspiration [9, 10]. Resultaterne afspejler samtidig, at amnioninfusion er en færdighed, der er velegnet til fantomtræning.

Der har aldrig på danske obstetriske afdelinger været tradition for at evaluere kompetencer hos ikkespeciallæger, der har bagvagtssfunktion. Tallene er små, men ud fra et patientsikkerhedsmæssigt syn synes det diskutabelt, at 63% (9/14) af dem, der har fungeret som bagvagt uden tilstedeværelse af anden speciallæge, anfører en score, der indikerer, at de ikke behersker procedurer som forløsning af fostre med fastsiddende skuldre og vaginal forløsning af UK. I udtalelser fra Patientklagenævnet i sager med fastsiddende skuldre og efterfølgende skadet barn vurderer man behandlingen som værende under anerkendt faglig standard, hvis der ikke er anvendt de korrekte håndgreb.

Konklusion er, at undersøgelsen viser et behov for systematisk obstetriske færdighedstræning. Resultaterne antyder, hvilke færdigheder der kan trænes i hhv. introduktionsuddannelsen og hoveduddannelsen. I målbeskrivelserne i gynækologi og obstetrik [11] er f.eks. planlagt, at kompetencen »stille indikationen for og anlægge vakuumelekstraktion« skal læres ved fantomtræning og i klinisk praksis på introduktionslægeniveau. Det underbygges af de foreliggende data. Undersøgelsen kan dog ikke vise, om færdigheder lært på fantomer kan overføres til klinisk praksis. Her vil objektiv test i klinisk praksis være nødvendig.

Litteraturen om obstetriske træning [12-20] er relativt begrænset og er gennemgået i et dansk arbejde [1] og i et britisk arbejde [3], hvor det anføres, at det er vanskeligt at vurdere effekten af obstetriske uddannelsesinitiativer og ikke muligt at sammenligne dem.

Et perspektiv kunne være, at de obstetriske U-kurser blev udviklet fra træning i enkeltfærdigheder til også at omfatte teamtræning, med træning i kommunikation, samarbejde og klinisk beslutningstagen. Vores undersøgelse viser dog, at der også er behov for træning af enkeltfærdigheder under hoveduddannelsen. Opbygning af komplekse scenarier omfattende teamtræning er udfordrende og vil kræve udvikling af pædagogiske kompetencer hos underviserne. Perspektiverne for træning på U-kurserne kunne være kompleks teamtræning, der involverer flere faggrupper og specialer f.eks. i emner som

## VIDENSKAB OG PRAKSIS | STATUSARTIKEL

håndtering af svær præeklampsi, intra- og postpartumbldning og vanskelig eventuel ikke gennemførlig vakuumbforløsning med efterfølgende akut sectio. Visionen må være at udvikle denne træning i samarbejde med andre faggrupper, såsom jordemødre og sygehjælpere, sekretærer, portører og læger og sygeplejersker fra andre specialer som anæstesi og neonatologi.

Korrespondance: *Jette Led Sørensen*, Juliane Marie Centeret 4221, H:S Rigshospitalet, DK-2100 København Ø. E-mail: jetteled@rh.dk

Antaget den 20. oktober 2003.

H:S Rigshospitalet, Juliane Marie Centeret, Obstetrisk Klinik, H:S Hvidovre Hospital, Gynækologisk-obstetrisk Afdeling og Amtssygehuset i Herlev, Gynækologisk-obstetrisk Afdeling.

## Litteratur

1. Fremtidens speciallæge. Betænkning fra Speciallægekommisionen. Betænkning nr. 1384. København: Sundhedsministeriet, 2000.
2. Sørensen JL, Østergaard D. Obstetrisk træning – nye metoder. *Ugeskr Læger* 2003;165:4521-3.
3. Black SB, Brocklehurst P. A systematic review of training in acute obstetric emergencies. *Br J Obstet Gynecol* 2003;110:837-41.
4. Gordon MJ. A review of the validity and accuracy of self-assessments in health professions training. *Acad Med* 1991;66:762-9.
5. Ward M, Gruppen L, Regeh R. Measuring self-assessment: current state of the art. *Advances Health Sci Educ* 2002;7:63-80.
6. Wass V, Van der Vleuten C, Shatzer J et al. Assessment of clinical competence. *Lancet* 2001;357:945-9.
7. Stewart J, O'Hatteran C, Barton JG et al. Clarifying the concepts of confidence and competence to produce appropriate self-evaluation measurement scales. *Med educ* 2000;34:903-9.
8. Harden RM. Twelve tips for organizing an objective structured clinical examination (OSCE). *Medical Teacher* 1990;12:259-64.
9. Hoffmeyer GJ. Amnion infusion for meconiumstained liquor in labour (Cochrane review). I: *The Cochrane Library*, Issue 4, 2002. Oxford: Update Software.
10. Hoffmeyer GJ. Amnion infusion for cord compression in labour (Cochrane review). I: *The Cochrane Library*, Issue 4, 2002. Oxford: Update Software.
11. [http://www.dsog.dk/files/maalbeskrivelse.pdf/maj\\_2003](http://www.dsog.dk/files/maalbeskrivelse.pdf/maj_2003).
12. Taylor HA, Kiser WR. Reported comfort with obstetrical emergencies before and after participation in the advanced life support in obstetric course. *Family Medicine* 1998;30:103-7.
13. Bower DJ, Wolkomir MS, Schubot DB. The effect of the ALSO course as an educational intervention for residents. *Family Medicine* 1997;28:187-93.
14. Beasley JW, Damos JR, Roberts RG et al. The advanced life support in obstetrics course. *Arch Fam Med* 1994;3:1037-41.
15. Johansson R, Akhtar S, Edwards C et al. MOET: Bangladesh – an initial experience. *J. Obstet Gynaecol Res* 2002;28:217-23.
16. Johansson R, Cox C, O'Donnell E et al. Managing obstetric emergencies and trauma (MOET). *Obstet Gynaecol* 1999;1:46-52.
17. Patel R. Using simulation to train residents in managing critical events. *Acad Med* 1998;73:593.
18. Cro S, King B, Paine P. Practice makes perfect: maternal emergency training. *Br J Midwifery* 2001;9:492-6.
19. Draycott T, Broad G, Chidley K. The development of an eclampsia box and a »fire drill« *Br J Midwifery* 2000;8:26-30.
20. Walpole R, Clark V. How to organise a major obstetric haemorrhage Fire-Drill. *Cont Prof Develop Anaesth* 2002;4:15-8.

## Nye krav til svangreomsorgen

Kristjar Skajaa & jordemoder Anette Nonboe

Svangreomsorgen i Danmark bygger på lov om svangerskabs-hygienje og fødselshjælp af 19. juli 1995. Det er en rammelov, der indeholder minimumskrav for området, som alle amter skal leve op til. Sundhedsstyrelsen udgav i juli 1998 retningslinjer og redegørelse for svangreomsorg indeholdende rekommandationer for sundhedsvæsenets indsats i forbindelse med graviditet, fødsel og barselperiode [1].

Svangreomsorgen er sundhedsvæsenets samlede indsats i forbindelse med graviditet, fødsel og barsel og har som formål, at graviditet, fødsel og barsel forløber med størst mulig sikkerhed og tryghed, samtidig med at denne livsperiode gennemleves og opleves som en sammenhængende og naturlig livsproces.

### Nye vilkår

Ved tilrettelæggelsen af svangreomsorgen er det fremover nødvendigt at iagttage følgende forhold:

1. Lov om patienters retsstilling trådte i kraft den 1. oktober

1998 [2]. I lovens § 1 står der, at loven skal medvirke til at sikre, at patienters værdighed, integritet og selvbestemmelsesret respekteres. I lovens § 3 præciseres det, at loven gælder bredt: dvs. med en så bred definition af sundhedsfaglige ydelser, at vi må gå ud fra, at loven også gælder for normale gravide og fødende.

2. Den gravide og hendes partner har krav på at få en fyldestgørende information, der er fritaget for ideologi, om hver enkelt ydelse, som det er muligt for hende at efterspørge i løbet af graviditet, fødsel og barsel. En mangfoldig litteratur og ikke mindst internettet er i stigende grad årsag til, at langt størstedelen af de gravide er særdeles velorienterede om forholdene ved graviditet og fødsel. Både læger og jordemødre bliver derfor bestandig stillet over for et krav om at fremlægge den mest opdaterede viden på det pågældende område, således at begrebet »det informerede valg« faktisk bliver meningsfuldt. Den evidensbaserede svangreomsorg og fødselshjælp og det informerede valg er uadskillelige størrelser.