

Kort manual til journalaudit



Indledning

Audit er den mest anvendte metode til vurdering, forbedring og udvikling af kvaliteten i sundhedsfaglige kerneydelser. Metoden har haft en tiltagende udbredelse i det danske sundhedsvæsen gennem de senere år.

Auditmetoden er beregnet til forbedring af egen praksis ved at sammenligne den med bedste kliniske praksis på området. Den bedste kliniske praksis baseres på den eksisterende evidens på et givet område eller på konsensus blandt erfarne klinikere. Auditmetoden er også velegnet til identifikation og vurdering af problemstillinger, og hvis de ikke findes tilfredsstillende, til identifikation af årsager hertil. Auditvurdering af strukturen, proces eller resultat anvendes til vurdering af hele eller dele af patientforløbet. Endvidere er auditmetoden et praktisk anvendeligt redskab i dagligdagen, og ved direkte engagement fra det ansvarlige personale i analysen, er der muligheder for reelle kvalitetsforbedringer. Dette forudsætter dog, at ledelsessystemet bakker såvel metode som efterfølgende anbefalinger op.

Typer af audit

Kvalitativ eller kvantitativ audit

Ved kvalitativ audit foretages vurdering af patientforløbet på basis af et antal enkeltstående cases, og patientforløbet kan vurderes til tilfredsstillende /ikke tilfredsstillende.

Ved kvantitativ audit foretages vurderingen af patientforløbet på basis af kvantitative data, f.eks. antal døde eller antal komplikationer i forhold til forud valgte kriterier.

Ekstern eller intern audit

Ved ekstern audit foretages journalbedømmelse af sundhedsfagligt personale, der ikke er knyttet til den afdeling/hospital, hvor patientforløbene vurderes.

Ved intern audit foretages journalbedømmelse af det sundhedsfaglige personale fra afdelingens egen stab. Intern audit er langt mindre ressourcekrævende end ekstern audit. Ulempen er imidlertid, at man ved bred vurdering af egen praksis tenderer til at overse kvalitetsbrist, der indgår som en naturlig del af afdelingens rutiner.

EksPLICIT eller implicit audit

Baseres på forhånd valgte veldefinerede (eksplicite) kriterier og standarder. Kriterierne og standarder er evidens- eller konsensusbaseret.

Hvis det ikke er muligt at fastsætte klare kriterier og standarder på forhånd (eksplicit), foretages vurdering af patientforløbet på grundlag af implicitte kriterier, dvs. en faglig, erfaringsmæssig og kollegial konsensus i auditpanelet om god klinisk praksis.

Det kan ofte ved audit være hensigtsmæssig at anvende såvel eksplicite som implicitte kriterier.

Ved implicit/eksplicit audit gennemgås journaler ved hjælp af et registreringskema, som inkluderer oplysninger, der er væsentlige i forhold til belysning af den aktuelle problemstilling.

Generelt kræver implicit audit at auditgruppens medlemmer har stor og bred klinisk erfaring, mens eksplicit audit kan udføres som journalgennemgang v./ yngre læger, stud.med.er og sygeplejersker. Samtidig er eksplicit audit tidskrævende (anslået ½ time pr. journal).

Klassisk eller patientsikkerhedsaudit

Klassisk audit tager sigte på bred årsagsforklaring, hvor patientfaktorer medtages i vurdering af dårlige behandlingsresultater. Aggregeret kerneårsagsanalyse går udelukkende efter forebyggelige brist i organiseringen af processer i forbindelse med patientforløbet.

Gennemgående har klassisk analyse større specificitet, mens kerneårsagsanalysen har større sensitivitet når det gælder om påvisning af relevante handlemuligheder i forbindelse med uhensigtsmæssige behandlingsresultater.

Patientsikkerhedsaudit (aggregeret kerneårsagsanalyse). Der henvises her til specielle manual "Håndbog i kerneårsagsanalyse" fra Dansk Selskab for Patientsikkerhed.

Typer af audit i relation til auditgruppens sammensætning

Medicinsk audit foretages af læger og der vurderes lægefaglige problemstillinger. Tilsvarende, sygeplejeaudit foretages af sygeplejersker, og der vurderes sygeplejefaglige problemstillinger. Endelig, klinisk audit er en audit som foretages af tværfaglige grupper med vurdering af tværfaglige problemstillinger.

Auditscorings/vurderingsskema

Vurderingerne af journalerne foretages som oftest i forhold til dele af patientforløb (diagnose/udredningsfase, medicinsk behandling, præoperativ vurdering, anæstesi, operation, postoperativ observation og behandling, pleje og rehabilitering). Resultatet af journalgennemgangen angives som oftest i form af graderet, kvalitativ vurdering, der er aftalt på forhånd. Se Tabel 1.

Tabel 1: Eksempler på kvalitative kategorier i auditscoringsskema

Tilfredsstillende, dvs. kriteriet er opfyldt
Mindre tilfredsstillende, men alternativ behandlingsindsats ville ikke påvirke endeligt behandlingsresultat
Mindre tilfredsstillende, men alternativ behandlingsindsats kunne have gjort en forskel i forhold til behandlingsresultat
Mindre tilfredsstillende, men alternativ behandlingsindsats ville sandsynligvis have gjort en forskel mht. behandlingsresultat

Alternativt kan vælges to kategorier, hvilket ofte anvendes:

- Tilfredsstillende (ideelle forhold, dvs. kriteriet er opfyldt)
- Ikke-tilfredsstillende (kriteriet er ikke opfyldt uacceptable forhold skal forbedres).

Ved en vurdering, der munder ud i ikke-tilfredsstillende, angives begrundelser for denne konklusion.

Overvejelser før gennemførelse af journalaudit

Inden opstart af audit anbefales det, at udarbejde en protokol hvor nedenstående punkter er overvejet.

1. Introduktion

Problemstillingens karakter beskrives i introduktionen. Hvorfor det er aktuelt at afdække et evt. kvalitetsbrist – f.eks. en utilsigtet hændelse, eller en højere dødelighed sammenlignet med øvrige afdelinger/sygehuse.

2. Formål med journalaudit

Formålet med audit formuleres specifikt f. eks: at redegøre for årsager til højere 30 dages dødelighed for patienter indlagt på afdeling X, Sygehus X i forhold til de øvrige sygehuse i amt X.

3. Materiale og metode

3.1. Valg af auditgruppens sammensætning og audittypen

Auditgruppens sammensætning

Auditgruppens sammensætning fastlægges i forhold til problemstillingens karakter. Auditgruppen har til opgave at gennemføre audit og analyser, samt evt. udarbejde en rapport. Der skal tages stilling til:

- Hvilke relevante faggrupper skal være repræsenteret?
- Hvor stor auditgruppen skal være?

Audittype

De forskellige typer kombineres oftest og en audit kan f.eks. være ekstern klinisk audit.

- Kvalitativt
- Kvantitativ
- Intern/ekstern audit
- Implicit/eksplicit audit
- Klassisk audit/patientsikkerhedsaudit
- Medicinsk audit/sygepleje audit/tværfaglig klinisk audit

3.2. Studiepopulationen

Valg af præcise inklusions- og eksklusionskriterier for studiepopulationen, herunder metode for udvælgelse af stikprøver samt:

- Fastlæggelse af materiale som grundlag for audit
- Fastlæggelse af antal journaler
- Definition af materiale (lægejournal, sygeplejejournal, øvrige optegnelser, røntgenbeskrivelser, laboratorieskemaer)
- Sikring af nødvendige ressourcer til kopiering – audit foretaget af panel uden for afdelingen kræver kvalificeret journalfotokopiering. (Særdeles tids- og dermed ressourcekrævende).

3.3. Studieperiode

Studieperioden fastlægges på forhånd.

3.4. Forberedelse til dataindsamling

Overholdelse af gældende regler omkring tavshedspligt (lov om patienters retsstilling) endvidere bør følgende overholdes:

- Hvis der foretages ekstern audit, skal journalerne jf. Sundhedsstyrelsen anonymiseres.
- I øvrigt bør rundsendelse af journaler – anonymiserede eller ikke anonymiserede – ske ved direkte leverance til modtageren, dvs. enten kurér eller anbefalet post.

3.5. *Dataindsamling:*

- Vurderings /registrerings/scoreskema udarbejdes
- Indtastning af skema. Der tages stilling til evt. behov for indtastning data til efterfølgende databehandling.

3.6. *Databehandling/dataanalyser*

Stillingtagen til hvilke analyser, der skal laves på de indhentede data, og om der evt. i forbindelse med journalaudit er behov for supplerende epidemiologiske analyser, hvis journalaudit f.eks. er kvantitativ:

- F.eks. deskriptive oplysninger om patientforløbene for de døde og de ikke døde,
- Og evt. oplysninger om mortaliteten i forhold til antal konkurrerende sygdomme og kombinationen af risikofaktorer.

4. **Tidsplan**

Der udarbejdes en tidsplan, i hvilken der også er aftalt, hvem der har ansvar for udførelse af bestemte opgaver i de forskellige faser af auditforløbet.

5. **Formidling af resultaterne fra audit**

I protokollen bør der indgå overvejelser om, på hvilken måde resultaterne skal formidles, f. eks:

- Formidling af resultater til det øvrige personale/ kolleger på andre afdelinger/ sygehusledelse
- Skal resultater offentliggøres?
- Forslag til hvilke tiltag bør evt. iværksættes i dagligdagens kliniske praksis til forbedring af kvalitetsproblemer.

Kilder:

- Blomhøj G., Mainz J., Klaringsrapport nr. 9, 2000: Audit - en metode til kvalitetsudvikling af klinisk praksis. Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren, januar 2000.
- Kjærgaard J, Mainz J, Jørgensen T, Willaing I. Kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet – en lærebog Munksgaard 2001. København.
- Hamilton, L., Silove E., Evans, S.: Report on the clinical Case Note Review, July 2000. Bristol Royal Infirmary Inquiry.
- "Håndbog i kerneårsagsanalyse" fra Dansk Selskab for Patientsikkerhed.