

Audit i et tværsektorielt perspektiv

Audit i et tværsektorielt perspektiv

Folkesundhed og Kvalitetsudvikling
Olof Palmes Allé 15
8200 Aarhus N

Konsulent Pernille Bjørnholt
Mail: pernille.bjornholt@stab.rm.dk
Telefon: 7841 4039

Konsulent Lisbeth Ørtenblad
Mail: lisbeth.oertenblad@stab.rm.dk
Telefon: 7841 4056

Publikationsnr. 11-020

Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, December 2011

Forord

Sundhedsvæsenet er under forandring både internationalt, nationalt og regionalt. Omstilling af sundhedsvæsenet har flere formål, men justering af indsatserne for borgere med kronisk sygdom er ét af dem. Det skyldes den helt jordnære årsag, at antallet af kronisk syge vil stige i de kommende år. Når middellevetiden stiger, stiger antallet af kronisk syge samtidig, herunder også antallet af borgere med flere samtidige kroniske sygdomme. Det er en kolossal udfordring for sundhedsvæsenet af flere årsager. Alene den kendsgerning, at indsatsen for borgere med kronisk sygdom vil kræve en større andel af det samlede sundhedsbudget er nok til, at aktørerne i sundhedsvæsenet ser aktiviteterne efter i sømmene.

Sammenhæng i patientforløbene kommer hurtigt i fokus. Det skyldes, at de enkelte sundhedsaktører igennem flere år har søgt at optimere driften i egen sektor, og nu vender blikket på samarbejdet på tværs af sektorerne. Samtidig er der ingen tvivl om, at der er betydelige gevinster at hente, hvis patientforløbene bliver smidiggjort. Presset består i, at hvis ikke disse gevinster kan høstes, så udfordres strukturen i det danske sundhedsvæsen.

Sektorerne må derfor udveksle viden og erfaringer. Det skal ses systematisk og kontinuerligt mellem de deltagende aktører. Denne udgivelse bidrager ved at undersøge tværsektoriel audit som en metode til at se på borgernes forløb gennem sundhedsvæsenet. Audit kan ikke stå alene, men viser sig at bidrage med væsentlig kvalitativ indsigt og viden dels for de deltagende aktører, dels generelt i forhold til de problemstillinger auditten omhandler.

Der skal derfor lyde en tak til forfatterne og deltagerne bag denne udgivelse. Når nu tværsektoriel viden er vigtig for løsning af det samlede sundhedsvæsens udfordringer kommer denne udgivelse på et godt tidspunkt – og med væsentlig viden.



Anders Kühnau

Formand for Sundhedskoordinationsudvalget

Regionsrådsmedlem

Indhold

1.	Indledning.....	5
2.	Hvad er audit i en tværsektoriel kontekst?	7
3.	Hvilke læringsmuligheder bidrager audit til?	11
4.	Hvordan kan audit medvirke til at fremme et tværsektorielt perspektiv?.....	15
5.	Hvilke emner drøfter paneldeltagerne?.....	19
6.	Skal vi bruge auditmetoden fremover?.....	23



1. Indledning

Denne publikation fokuserer specifikt på, hvad auditmetoden kan bidrage med i et tværsektorielt perspektiv i forhold til implementering af forløbsprogrammerne, og hvilke læringsmuligheder der knytter sig hertil.

Den henvender sig til fagprofessionelle, som interesserer sig for kvalitetsudvikling på sundhedsområdet og med særligt fokus på samarbejde på tværs af sygehuse, kommuner og praktiserende læger.

Samarbejdsstrukturen "Folkesundhed i Midten" har bevilliget midler til at undersøge, om auditmetoden er anvendelig som et redskab til at styrke det tværsektorielle sundhedssamarbejde for borgere med kronisk sygdom, som beskrevet i forløbsprogrammerne i Region Midtjylland. Projektet er en del af Region Midtjyllands og regionens kommuners initiativer til styrkelse af implementering og monitorering af kronikerindsatsen. Der har specifikt været fokus på, om auditmetoden kan medvirke til at identificere og analysere overgange og samarbejdsflader i patientens sygdomsforløb – mellem hospital, almen praksis og det kommunale sundhedsområde. Samtidig er det undersøgt, hvorvidt metoden er velegnet til afklaring af konkrete ændringer i praksis til glæde for patienten og for det indbyrdes samarbejde.

Auditmetoden har været afprøvet i Silkeborgklyngen (Skanderborg, Favrskov og Silkeborg kommuner), og den omfatter tre auditter, et på hvert af de sygdomsområder, der pt. er udarbejdet forløbsprogrammer for (Kronisk Obstruktiv Lungesygdom, hjertekarsygdomme og type 2 diabetes). For hver auditforløb har Folkesundhed og Kvalitetsudvikling (CFK) udarbejdet en rapport med en række anbefalinger i forhold til styrkelse af samarbejdet på tværs af sektorerne. Rapporterne kan downloades på: cfk.rm.dk. En styregruppe med repræsentanter fra de involverede kommuner, fra hospitalssektoren samt praksiskonsulenter har fulgt forløbet med henblik på kvalitetssikring af undersøgelsens resultater.

Denne publikation er udarbejdet med afsæt i resultaterne af de tre auditter. Fokus er på hvilke fordele og ulemper, der knytter sig til brugen af metoden til kvalitetsudviklingsarbejdet.

Efterfølgende fem afsnit handler om:

- Hvad er audit i en tværsektoriel kontekst?
- Hvilke læringsmuligheder bidrager audit til?
- Hvordan kan audit medvirke til at fremme et tværsektorielt perspektiv?
- Hvilke emner drøfter paneldeltagerne?
- Skal vi bruge audit fremover?



2. Hvad er audit i en tværsektoriel kontekst?

Audit bruges i mange forskellige sammenhænge, og som noget nyt er metoden afprøvet i forbindelse med implementering af forløbsprogrammerne i Region Midtjylland. Efterfølgende præciseres, hvorledes CFK forstår auditmetoden i denne sammenhæng.

Auditmetoden er en systematisk gennemgang og vurdering af en afgrænset faglig problemstilling. Der bliver nedsat et panel bestående af fagpersoner, som drøfter og vurderer den faglige praksis, der er audittens fokus. Omdrejningspunktet er et antal udvalgte konkrete sager, der drøftes med afsæt i et vurderingsskema. Det er således en fagpraksis, som allerede er foregået, der drøftes. Formålet er fremadrettet at bidrage til den bedst mulige praksis. Der vælges en mødeleder og en referent, som hhv. styrer auditforløbet og udarbejder den efterfølgende rapport over forløb og indhold af auditten.

Faserne i et auditforløb er følgende:






1. Nedsæt et auditpanel, en mødeleder og en referent
2. Udvikl et vurderingsskema, der danner ramme om panelets drøftelser
3. Indhent, sorter og udsend sagsmaterialet
4. Saml auditpanelet til et møde og drøft en eller flere sager på baggrund af sagsmaterialet
5. Auditrapport skrives på baggrund af paneldeltagernes drøftelser.



Paneldeltagerne læser sagsmaterialet forud for mødet og udfylder hver især vurderingsskemaet på baggrund heraf. CFK har skrevet rapporterne. Eksempler på temaer i vurderingsskemaet er i dette tilfælde:

- **Samarbejde og overgange mellem hospital og almen praksis**
Eksempelvis spørgsmål om indhold og kvalitet af epikrise og om handleansvar
- **Samarbejde og overgange mellem hospital og kommune**
Eksempelvis spørgsmål om planlægning af udskrivelse, rehabiliteringshenvisning og kvalitet af information mellem hospital og kommune
- **Samarbejde og overgange mellem kommune og almen praksis**
Eksempelvis spørgsmål om indhold og kvalitet af statusmeddelelser, handleansvar, planlægning af videre forløb
- **Tovholderfunktion i almen praksis**
Eksempelvis spørgsmål om almen praksis lever op til sin rolle som tovholder

Et af spørgsmålene under temaet samarbejde og overgange mellem hospital og kommune er:
"Vurdér kvaliteten af den information, der er overleveret fra kommunen til hospital/diabetescenter"

TEMA 1: Samarbejde og overgange mellem hospital/diabetescenter og almen praksis					
	 I høj grad tilfredsstillende	 I nogen grad tilfredsstillende	 I mindre grad tilfredsstillende	 Slet ikke tilfredsstillende	 Ej relevant/ manglende dokumentation
Vurdér kvaliteten af den information, der er overleveret fra kommunen til hospital/diabetescenter.					
Begrund din vurdering:					

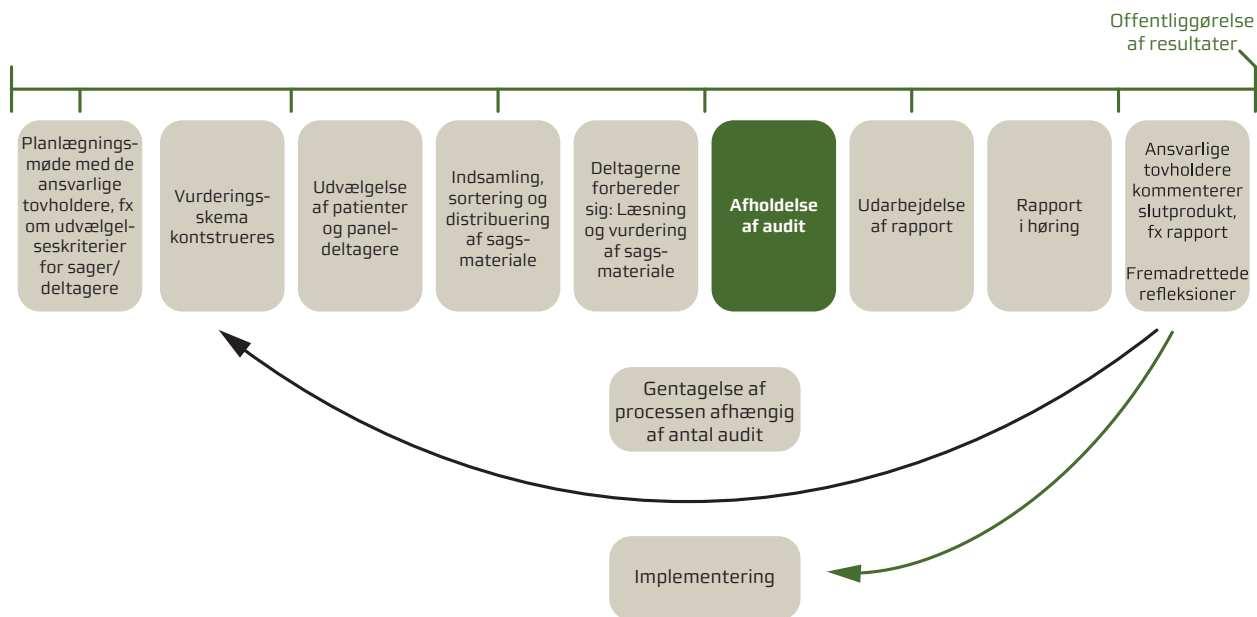
Derudover har CFK udarbejdet en manual, som deltagerne skal benytte som inspiration til, hvad der er vigtigt at drøfte ved de enkelte temaer. Årsagen til udarbejdelse af manualen er, at mange af de begreber og emner, som paneldeltagerne bliver bedt om at vurdere kvaliteten af i forhold til sagsmaterialet, er forholdsvis abstrakte. Det skyldes blandt andet, at der ikke er tale om faglige standarder og veldefinerede funktioner i forløbsprogrammernes beskrivelse af samarbejde og ansvarsområder i tilknytning til den samlede indsats for kronisk syge borgere. Manualen forsøger at præcisere indholdet af de forskellige spørgsmål og begreber, eksempelvis 'tovholder' og 'handleansvar'.

På selve auditmødet dokumenteres de faglige diskussioner og paneldeltagernes vurderinger undervejs. Mødet optages på diktafon, der senere aflyttes i forbindelse med rapportskrivningen. Det er ikke et formål, at deltagerne bliver enige om svarene, men at det i rapporten fremgår, hvilke synspunkter der har været fremført.

Patienter, hvis sager diskuteres på auditmødet, har via en samtykkeerklæring accepteret, at fagpersoner fra kommune, hospital og almen praksis læser og diskuterer det sagsmateriale, som belyser vedkommendes sag. Sagsmaterialet anonymiseres med hensyn til de patienter, der indgår i sagerne. Paneldeltagerne er som følge af deres faglige position omfattet af tavshedspligt i forhold til de drøftede sager.

Figur 1 opsummerer de delelementer, der kan indgå i arbejdet med audit som metode. Ved gennemførelse af auditforløb er der en række planmæssige elementer, som går forud for selve mødet såvel som en afrapporteringsdel og en opfølgningsdel. Figuren inkluderer de fem faser som vist tidligere og udspecificerer yderligere en række delprocesser.

Figur 1: Auditproces



3. Hvilke læringsmuligheder bidrager audit til?

Dette afsnit beskriver, på hvilke områder sektorerne opnår læring i processen, og dermed hvorledes auditmetoden kan være gavnlig i et kvalitetsudviklingsperspektiv. De gennemførte auditforløb peger på flere områder med læringspotentiale, som kan være med til at kvalitetsudvikle samarbejdet mellem sygehus, kommune og praktiserende læge i forhold til håndteringen af borgere med kroniske lidelser. Det handler både om interne og eksterne forhold. Læring skal i denne kontekst forstås som umiddelbar videnstilegnelse hos deltagerne. De får noget brugbart med sig i situationen, men læring skal samtidig forstås som muligheden for at uddrage essensen for sundhedssystemet gennem formidling af konklusioner og anbefalinger fra auditterne.

Organisatorisk læring

Audit bidrager til at give deltagerne indblik i og forståelse for hinandens faglige hverdag og bevæggrunde for de handlinger og valg, der foretages. Det er karakteristisk, at den læring, der udfoldes, er af organisatorisk og strukturel art frem for klinisk, faglig art. Der sættes spot på samarbejdsflader og overgange mellem sektorer, og audit fremstår derfor som en værdifuld metode til at arbejde med kvalitetsudvikling af forløbsprogrammerne og sikring af bedre orientering i overgangene mellem sektorerne.

Fremadrettet fokus

En erfaring som kan udledes på tværs af auditforløbene er, at sektorerne kan blive bedre til at sikre, at der i overlevering af patienten til næste sektor er den nødvendige information. Informationen understøtter, hvad næste skridt er for patienten, og betoner derved fokus på de fremadrettede planer. Konkret er der i sagsmaterialet eksempler på, at patienten skal have målt puls, blodtryk og kolesteroltal, men ikke hvem der skal gøre dette. Samarbejde med diætist og den sygeplejefaglige indsats er andre områder, hvor auditten præciserer, at der er et forbedringspotentiale på tværs af sektorerne.

Når målene for patienten er definerede, er det erfaringen fra auditforløbene, at det kræver en indsats i alle sektorerne at sikre, at de hver især beskriver, hvordan målene nås. Hvordan kommer patienten fra a til b, og hvem i sundhedsvæsenet er aktør hvornår? Forløbsprogrammerne betoner, at det er vigtigt med fælles forståelse af opgavefordeling og koordinering på tværs med vægt på et sammenhængende, helhedsorienteret perspektiv. Et eksempel på, hvor det er utydeligt, hvem der agerer, er, når det ikke fremgår, hvem der er ansvarlig for at patienten tager medicinen på den rette måde. Deltagerne drøfter, at det er nødvendigt, at sektorerne samarbejder for at kunne støtte patienten i at nå sine mål, men også at det er en udfordring, hvad der skal til for at understøtte dette. Kortfattede informationer om, hvad der er aftalt med patienten, hvad der pt. skal ske og information om psykosociale aspekter foreslås som et godt grundlag for, at 'næste sektor' kan støtte og motivere patienten i opfyldelse af sine mål.

En debat om hvilke oplysninger der helt konkret skal gå videre fra den ene sektor til den anden samt form og indhold af disse, er meget central i forbindelse med en fortsat udvikling og kvalitetssikring af implementeringen af forløbsprogrammerne.

Forskellige perspektiver giver udfordringer

I auditforløbene er det meget tydeligt, at forskellige fagpersoner ofte opfatter den samme tekst på forskellig måde. De har hver deres optik at læse teksten gennem, og det bliver i drøftelserne af konkrete sager og den konkrete ordlyd meget klart, at samme tekst tolkes forskelligt. Det er derfor en udfordring at sikre, hvad de forskellige sektorer forventer af hinanden i forhold til den skriftlige kommunikation om den enkelte patient. Et konkret eksempel er, at der i en af diabetesagerne står, at patienten skal huske "at give plads til at have fritid og luft i planerne". En holdning er, at det er fyldt, der med fordel kan udelades. En anden holdning er, at det er betydningsfuld information, der betoner det vigtige for patienten og en relevant overlevingsinformation, der hos den praktiserende læge kan være indgangsvinkel i en opfølgende samtale med patienten. Eksemplet illustrerer det essentielle i at få drøftet og afstemt, hvilken information der skal være, fordi de sundhedsprofessionelle ser samme sag fra forskellige vinkler og ofte skal agere forskelligt i forhold til patienten.

Tovholderfunktionen i almen praksis

Tovholderfunktionen er et område, hvor det ikke entydigt er defineret, hvordan det konkrete indhold skal forstås. Det er især et centralt emne i relation til KOL-patienter. For at præcisere de praktiserende lægers rolle som tovholder, foreslår deltagerne, at der kan skelnes mellem termerne behandlingsansvar og ansvar for koordinering og fremdrift, hvor den sidste del hører til tovholderopgaven. Forudsætningen for, at almen praksis kan varetage funktionen som tovholder, er eksempelvis, at behandlingsansvaret i perioder overdrages til eksperter, og at der tydeligt skelnes mellem de to funktioner.

De praktiserende læger modtager meget skriftligt materiale (epikriser, ambulatorienotater mv.) i ubearbejdet stand, og de oplever, at der er mange parametre, de skal forholde sig til. Det kan derfor være svært at overskue det videre ansvar for konkrete opfølgninger og handlinger. Det fremgår også, at meget materiale, som opleves som relevant af 'næste sektor', ikke videreformidles, eksempelvis diætistnotater, sygeplejefaglige notater mv. It-løsninger og elektroniske systemer kan være en hjælp i udførelsen af tovholderfunktionen. Eksempelvis kan pop-up vinduer, hvor der ved lægekonsultation popper en reminder op, være en løsning til at understøtte aftaler.

Proaktiv indsats

Den proaktive indsats efterspørges især i kommunalt regi. Der er, i tilknytning til dette, forskellige holdninger til omfanget af patientens eget ansvar samt til, hvor meget og hvordan behandler systemet skal understøtte dette. En udfordring er, at almen praksis ikke nødvendigvis har, eller oplever det som sin forpligtelse at have en aktiv, opbyggende rolle i forhold til patienten, men først agerer på informationer fra de øvrige sektorer, når patienten henvender sig.

Spørgsmålet er måske i virkeligheden, hvordan forskellige sundhedsprofessionelle opfatter patienten, borgeren eller brugeren. Hvilken rolle tilskrives patientbegrebet, og hvilket handlerum implicerer det? Forløbsprogrammerne fokuserer på inddragelse af patientens egne ressourcer. I auditforløbene tilskrives patienten divergerende roller og derved også forventninger til, hvad den enkelte kan/skal klare selv. Eksempelvis er der forskel på at informere patienterne versus sikre, at de rent faktisk forstår, hvordan de skal agere i en given situation og dermed håndtere sygdommen i hverdagslivet. Sidstnævnte tilgang opfordrer til at sikre, at patienten støttes i processen med at blive en aktiv informeret patient, der på sigt gerne skal kunne mestre eget hverdagsliv. Det handler også om at inddrage patientens egne ressourcer og styrke egenomsorgen. For at imødekomme det, er det nødvendigt, at sundhedspersonalet forholder sig proaktivt og individuelt til de forudsætninger og muligheder, den enkelte har. En afklaring af ressourcer hos patienten kan måske styrke at støtten i særlig grad målrettes ressourcetsvage patienter og patienter med multisygdom, hvor der formentlig kræves en særlig aktiv indsats for at fastholde motivationen hos patienten. Genindlæggelser tænkes i dette perspektiv som noget, der kan forebygges via proaktiv indsats, hvor samarbejde på tværs af sektorerne bliver en vigtig nøgle.

Overgange mellem forskellige sygehuse

Deltagerne giver udtryk for, at det vil styrke rehabiliteringsindsatsen at øge fokus på udskrivning fra sygehuset. Problematikken er særlig kritisk ved udskrivelse fra et andet sygehus end det sygehus, patienten normalt er tilknyttet, idet fase II i hjertekar-rehabiliteringen foregår på hjemsygehuset. Der er et klart forbedringspotentiale i forbindelse med overlevering og henvisning for at sikre, at patienten ikke 'ryger mellem to stole'.

Kommunens rolle

Auditforløbene åbner op for en debat om samarbejdet mellem sektorer og styrkelse heraf. Ved flere lejligheder kommer det frem, at de kommunale repræsentanter gerne ser en intensivering af samarbejdet. Samtidig er der fra hospital og almen praksis en efterspørgsel efter mere viden om konkrete tilbud for bedre at kunne visitere til disse. Blandt andet kan der være ventetid til forskellige rehabiliteringstilbud eller tilbud om vedligeholdende træning. Øget information og viden om, hvilke tilbud kommunerne reelt har, kan være en vej til i højere grad at henvise patienterne til kommunale tiltag.

I hverdagen opleves det som lidt af en jungle for hospitalspersonalet at skulle orientere sig mod flere forskellige telefonnumre og anvende forskellige blanketter til de involverede kommuner, når de skal henvise til vedligeholdelsestræning. Det kan imødegås ved større tydelighed om kommunale tilbud og lettere tilgængelighed. Udfordringen kan være, at tilbuddene varierer fra kommune til kommune, og at de praktiserendes lægers adgang til specialister i hospitalsregi kan være kompliceret og tidskrævende.

Læring frem for kontrol

Designet og udførelsen af audit har skabt et rum for læring frem for kontrol. Det handler ikke om at forsvare egen position, men i stedet være åben for konstruktiv kritik. Flere har italesat fejl og mangler ved egen udførelse af opgaverne ved gennemgang af sagsmateriale fra egne sager. Deltagernes oplevelse ved at gennemgå egne sager og derved se, hvilket materiale de har overleveret til næste sektor, og hvilke handlinger de har foretaget, giver indblik i egen praksis. Det giver samtidig deltagerne anledning til at reflektere over, hvordan de selv agerer mest hensigtsmæssigt i et samarbejdsperspektiv med forløbsprogrammernes intentioner for øje.

Drøftelserne i auditforløbet har ansporet til bedre samarbejde, og der er via auditforløbene enkelte helt konkrete aspekter, hvor der er truffet aftale om at ændre praksis med det samme. Andre aspekter har mere overordnet karakter og beslutningskompetencen er placeret et andet sted end hos de specifikke deltagere.

Et konkret eksempel, hvor der opstår læring blandt sundhedspersonalet, er i forhold til drøftelser om epikriseteksten fra hospital og kommune. Der er i denne sammenhæng ønske om bedre overskuelighed. Faste skabeloner med standardoverskrifter vil sikre lettere orientering for modtageren.

Det kan eksempelvis være

- oplysninger om psykosociale forhold
- behandlingsresultater i forhold til mål (kliniske og andre mål)
- hvilke mål der er for den næste periode, og hvordan der kan arbejdes videre med dem.

Brugen af 'epikrise' og 'ambulant epikrise' i hospitalsregi skaber endvidere forvirring hos de praktiserende læger. Begge overskrifter bruges eksempelvis på samme side. Der er enighed om at være tydeligere i ordlyden.

På hjerterehabiliteringsområdet er det praksis, at notater fra hjerterehabilitering på sygehuset automatisk sendes til kommunen, men ikke til egen læge. Auditforløbet viser, at hospitalsmedarbejderne er af den opfattelse, at den praktiserende læge automatisk modtager notater fra hjerterehabilitering blandt andet fra diætister, hvilket viser sig ikke at være tilfældet. De praktiserende læger oplever dette som en mangel i forhold til deres indsats. Audit åbner for læring i forbindelse med de rutiner, der knytter sig til overlevering af patientinformation. De sundhedsfaglige deltagere i auditforløbet er enige i, at praksis bør ændres på dette punkt.

4. Hvordan kan audit medvirke til at fremme et tværsektorielt perspektiv?

Betydning af drøftelse af konkrete sager

Foregående afsnit tager afsæt i de konkrete læringsmuligheder, der er resultatet af projektet, mens efterfølgende afsnit beskriver i det særlige ved brugen af audit som metoden i et tværsektorielt perspektiv.

Audit kan have en monofaglig såvel som tværfaglig karakter samt være intern eller ekstern. Audit har i dette projekt haft et tværsektorielt fokus, og nogle af deltagerne har haft egne sager på. I kraft af, at auditpanelet er sammensat på tværs af sektorerne, fungerer deltagerne som eksterne fagpersoner i forhold til hinanden, og paneldeltagerne har forskellige sundhedsfaglige specialer.

Drøftelsernes kernepunkter er samarbejde og overgange mellem sektorer i sundhedssystemet. Paneldeltagerne er repræsentanter fra kommuner, almen praksis og hospital. Paneldeltagerne giver udtryk for, at det er en særlig situation, at de på tværs af sektorer har mulighed for at mødes og drøfte den fælles og samlede indsats, som forløbsprogrammerne lægger op til. I hverdagen vil de typisk forholde sig til den del af sundhedsvæsenet, som de hver især repræsenterer, og yde en faglig indsats målrettet de funktioner og roller, som blandt andet forløbsprogrammerne udstikker. Deltagelse i den tværsektorielle audit giver mulighed for i fællesskab at drøfte konkrete sager, hvilket ser ud til at have stor betydning for idéer til og forståelse for, hvordan sektorerne samlet set kan bidrage til den helhedsorienterede og koordinerede indsats, som forløbsprogrammerne lægger op til. Audit kan også bidrage til at sætte spot på udfordringerne i samarbejdet. Eksempelvis peger diskussionerne på, at tilrettelæggelse og gennemførelse af patientens langsigtede planer halter. Andre centrale indsatsområder i forløbsprogrammerne viser sig også mangelfulde, eksempelvis er der forbedringspotentialer i forhold til det at forholde sig proaktivt i sagsforløbet, at fastholde overblik og sikre fremdrift i forløbet – alt sammen områder, som er centrale formål i forløbsprogrammerne.

Netop afsættet i konkrete sager ser ud til at give anledning til, at fejl og mangler ved implementeringen af forløbsprogrammer bliver tydelige og det muliggør en detaljeret beskrivelse af handlinger og valg foretaget af de enkelte fagfolk. Deltagerne giver udtryk for, at det er en præcisering, som drøftelser på et generelt faglig plan ikke muliggør på samme måde. Det tydeliggør, hvordan forskellige parter opfatter begreber, indhold af funktioner og roller mv. på forskellig vis.

Sagsmaterialet

Sagsmaterialet består af skriftlig dokumentation, som er journaliseret på det enkelte sagsforløb. Hospitalet og de deltagende kommuner har indsamlet og anonymiseret materialet, og CFK har herefter sorteret, kopieret og udsendt det sammen med manual og vurderingsskema. Ved en enkelt af de afholdte audit sorterede en sundhedsfaglig person materialet. Ved hver audit er 2-3 sager (patientforløb) blevet drøftet. Samlet set har der været stor variation i sagernes kompleksitet. Typen af sager ser ud til at have betydning for, hvilke emner der er relevante at drøfte, og hvilke emner der er dominerende i de enkelte auditter. Variationen i sagsmaterialet giver altså fagligt set noget forskelligt, fordi de peger på forskellige problematikker og aspekter ved forløbsprogrammerne, og det er derfor vigtigt at differentiere i sagstyper, når auditforløb planlægges.

Generalisering

Når diskussionerne afhænger af sagernes karakteristika, og sagerne samlet set er få, kan det indvendes, at det er problematisk at generalisere resultaterne til brug for kvalitetsudvikling af forløbsprogrammerne. Imidlertid er erfaringen fra de afholdte auditter, at paneldeltagerne hver især har mange patienter, som på forskellig vis matcher de drøftede sager. Paneldeltagerne bidrager til drøftelserne og vurderingerne med deres særlige viden, faglige indsigt og erfaringer fra såvel de udvalgte som øvrige sager. På den baggrund giver diskussionerne med afsæt i de enkelte sager mening i forhold til samarbejdet om forløbsprogrammerne generelt. De konkrete udviklingsmuligheder og løsningsforslag, som drøftelserne giver anledning til, ser derfor ud til at have en generel relevans for forløbsprogrammerne.

Læring i de forskellige sektorer

Erfaringerne fra de gennemførte auditter viser, at deltagerne opnår indsigt på forskellige niveauer, og at det på mange måder fungerer som en form for 'aha-oplevelse' at deltage. Der kan være tale om detaljer i hinandens faglige hverdag, som deltagerne ganske enkelt ikke var klar over, men som har betydning for deres samarbejde. Ofte er der tale om simple ting, som let og hurtigt kan ændres, blot ved, at deltagerne får lejlighed til at sidde i samme lokale og drøfte de samme sager.

De praktiserende læger oplever eksempelvis stort udbytte ved at få mulighed for at drøfte nogle af deres egne sager. For eksempel viser en sagsgennemgang et mangelfuldt overblik over og fremdrift i forløbet. Blandt andet forekommer der parallelle forløb mellem almen praksis og hospital. I auditten fremkommer konkrete forslag til, hvordan det kan undgås.

Deltagerne giver også udtryk for, at de får mere indblik i, hvad der konkret står i forløbsprogrammerne, og dermed en drøftelse af, hvad der forventes eksempelvis af funktionen som tovholder. Deltagerne i de gennemførte audit er alle personer, som på forskellig vis har været involveret i eller fulgt udarbejdelsen af forløbsprogrammerne. De nævnte drøftelser kan på den baggrund antyde, at der formentligt er et behov for opmærksomhed på det specifikke indhold af programmerne generelt blandt alment praktiserende læger. Audit synes velegnet til dette.

Informationsbehovet for især de praktiserende læger kommer til udtryk gennem forskellige eksempler. I kommunerne er der et ønske om en bedre anvendelse af deres rehabiliteringstilbud og et tættere samarbejde med de praktiserende læger. Det er oplevelsen, at det ikke er specielt tydeligt, hvad tilbuddene specifikt indeholder, og ofte også, at det for lægerne kan opleves som omstændeligt at henvise til tilbuddene, hvilket påvirker deres villighed til at gøre det. Der bliver ved auditten fundet enkle løsninger på henvisningsproblematikken, som er umiddelbart anvendelig, fx ensartede blanketter, og der bliver en opmærksomhed på fortsat information om rehabiliteringstilbuddene fra kommunernes side. Samme informationsbehov viser sig i tilknytning til hospitalets diabetesskole, både i forhold til indhold og form af tilbuddet samt tydelighed om, hvornår en patient er afsluttet herfra.



5. Hvilke emner drøfter paneldeltagerne?

I det følgende præsenteres de områder, som paneldeltagerne i de tre auditter fandt væsentlige at diskutere. Paneldeltagerne har i deres drøftelser af de enkelte sager primært haft fokus på de områder, hvor der er fejl og mangler i forhold til intentionerne med forløbsprogrammerne frem for at fremhæve velfungerende områder i implementeringen af forløbsprogrammerne. Hensigten med projektet har været at undersøge auditmetodens mulighed for at udpege områder, hvor der er mulighed for at udvikle og forbedre samarbejdet mellem de tre sektorer.

Handleansvar

Sikring af koordinering er en væsentlig del af formålet med forløbsprogrammerne, og handleansvar bliver derfor et vigtigt aspekt. Placering og tydelighed omkring handleansvar er også et helt centralt tema i de tre auditter. Generelt viser de drøftede sager, at det ofte ikke fremgår, hvem der har et handleansvar. Typisk opstår problemet, når patienten overgår mellem to sektorer. Den sektor, som patienten afsluttes fra, noterer som oftest, hvad der er foregået, hvilke behandlinger der er foretaget, og hvad resultaterne er, men ikke, hvad der skal ske fremover, og hvem, der har ansvar for at iværksætte det. Eksempelvis kan et notat indeholde information om, at patienten gerne vil finde en motionsform, der passer vedkommende, men det fremgår ikke, hvem der følger op, og hvordan der følges op på det. Eller der kan stå, at patienten gerne vil i bedre fysisk form og har talt med en diætist eller lignende, men der findes ikke præcisering af, hvem der gør hvad efterfølgende. Paneldeltagerne forholder sig generelt kritiske i forhold til anvendeligheden af sådanne informationer. Begrundelsen er, at der er en risiko for, at der ikke bliver fulgt op på tiltag, der er iværksat i andre sektorer, hvis det ikke tydeligt fremgår, hvad der er besluttet, hvordan det kan/skal foregå, og hvem der har ansvar for at følge op på dette. En væsentlig forudsætning for at styrke en sammenhængende indsats er altså ifølge paneldeltagernes vurdering tydelighed og præcision i forhold til handleansvar.

Et fremadrettet og langsigtet perspektiv

I forlængelse af drøftelserne af handleansvar diskuterer deltagerne de langsigtede perspektiver for indsatsen knyttet til den enkelte kroniske patient. Diskussionerne handler om rehabiliteringsinitiativer og patientrettet forebyggelse, som er et af formålene med forløbsprogrammerne. Generelt savner paneldeltagerne langsigtede planer i tilknytning til de undersøgelser og behandlinger, der er iværksat eksempelvis i hospitalsregi. Sagsmaterialet bærer præg af, at de akutte sager fylder forholdsvis meget, og de langsigtede perspektiver tilsvarende mindre. Paneldeltagerne giver udtryk for, at hver enkelt sektor gør, hvad der forventes, men at sammenhænge mellem sektorerne relateret til fremdrift og fremafrettede handlinger ofte savnes. Særlig de kommunale repræsentanter efterlyser en mere langsigtet og proaktiv indsats, hvis rehabiliteringstanken skal understøttes og udvikles.

I sygehusets tilgang er der i højere grad fokus på akutte episoder og på udarbejdelse af behandlingsplaner, hvor man eksempelvis i tilknytning til KOL planlægger intern opfølgning på kort og lang sigt mellem ambulatorium og iltsygeplejerske. Det fremgår af debatten mellem paneldeltagerne, at det ene ikke nødvendigvis udelukker det andet, og generelt efterlyser de mere fokus på langsigtede planer, hvor rehabilitering og forebyggelse tænkes ind.

Kontinuitet

Der lægges i forløbsprogrammerne vægt på at sikre en kontinuerlig indsats på tværs af sundhedsvæsenets tre sektorer. Kontinuitet i patientforløbet er da også i spil i paneldeltagernes drøftelser.

Paneldeltagerne drøfter blandt andet, hvorledes sektorerne samlet set kan bidrage til, at aktiviteter og ansvar for patienten forekommer i den sektor, hvor det aktuelt giver mening for patientens tilstand og ressourcer. I sagsmaterialet er der eksempler på, at velregulerede patienter både er tilknyttet hospitalsregi og samtidig går til kontrol hos praktiserende læge. Det fremføres, at det ressourcemæssigt er væsentligt at undgå sådanne overlap, blandt andet ved tydelighed om, hvor det aktuelle behandlingsansvar er placeret, samt tydelig markering af et afsluttet forløb, eksempelvis når en specialistindsats ikke længere er nødvendig. Målbeskrivelser, behandlingsplaner og konklusioner vil kunne bidrage til et mere hensigtsmæssigt samarbejde og kontinuitet i forløbene.

Kommunikation mellem sektorer

Det fremgår i de enkelte sager, at der ofte er mange sundhedsprofessionelle i spil, som hver især bidrager til specifikke initiativer og løsninger på patientens aktuelle problemstilling. Udfordringen er at få dem til at 'spille sammen' om den kronisk syge patient frem for at patienten bevæger sig 'mellem siloer', som nogle af paneldeltagerne formulerer det. Paneldeltagerne betragter informationer mellem sektorerne som helt centrale for et sammenhængende og koordineret patientforløb, og debatten om, hvad der skal til for, at det fungerer bedst muligt, fylder meget i de tre auditter. Både almen praksis og kommune efterlyser blandt andet mere beskrivende og kvalitative informationer frem for udelukkende notater om, hvad der er gjort. Det kan eksempelvis være oplysninger om patientens psykosociale forhold, det kan være oplysninger om vurderinger af patientens muligheder og kompetencer eller om, hvordan emner er drøftet med patienten. Argumentet er, at det vil være gode afsæt for drøftelser og aftaler med patienten i 'næste sektor', da hver sektor typisk vil have forskellige typer af viden om patienten, fordi de møder vedkommende i forskellige situationer og sammenhænge.

Samtidig er der dog allerede store mængder af information, fremgår det. Der er et tydeligt behov for at afklare, hvorledes informationerne kan gøres mere hensigtsmæssige i forhold til såvel indhold som mængde.

I den audit, der vedrører hjertekarsygdomme, er kommunikationen internt mellem hospitalerne, samtidig til debat. Eksempelvis viser en af sagerne, at der i forbindelse med henvisninger fra flere hospitaler i regionen ikke er tydelighed om, hvem der har ansvar for at følge op og henvise til rehabilitering, hvilket betyder, at forløbet forsin-kes voldsomt. Det ser ud til at være væsentligt, selvom det ikke handler om overgange mellem sektorer. Den interne kommunikation ser derfor ud til også at spille en rolle for et koordineret forløb.

Tovholderfunktionen

De praktiserende læger er tiltænkt en central rolle som tovholder i forløbsprogrammerne, og det er da også en funktion, som fylder en væsentlig del af debatten i audit-ten på KOL- og hjertekarområdet. Det fremgår af drøftelserne af de forskellige sager, at der er lidt forskellige opfattelser af en tovholders ansvarsområder, og der er tydeligvis et behov for at afklare, hvad det indebærer. Nogle af deltagerne vurderer eksempelvis, at støtte til patienten i forhold til at styrke egenomsorg og eget ansvar er en naturlig del af tovholderfunktionen, og at det blandt andet vil betyde, at man er aktivt opsøgende over for patienten. Andre vurderer, at funktionen primært handler om at være orienteret om status, og om hvad der foregår for patienten, frem for at forholde sig detaljeret til handlings- og rehabiliteringsplaner. Det er således særligt detaljeringsgraden af tovholderfunktionen, der drøftes.

Repræsentanterne for de praktiserende læger fremfører, at det kan være vanskeligt at leve op til funktionen som tovholder, fordi de skal forholde sig til rigtig mange områder og diagnoser, og fordi mange af sagerne kompliceres af multisygdom, langvarige forløb og mange involverede aktører. Den praktiserende læge som tovholder frikender ikke andre sektorer for ansvar for fremdrift i forløbet, men spørgsmålet er, hvorledes dette ansvar bedst muligt præciseres og tydeliggøres.

Samarbejde samlet set

Forløbsprogrammerne skal medvirke til at sikre, at sundhedsvæsenet agerer proaktivt i forhold til borgerne med kroniske lidelser. Forebyggelse af progression i sygdomsforløbet er her væsentligt. Samarbejdet med patienten er i tilknytning hertil et tilbagevendende tema i paneldeltagernes gennemgang af sagsmaterialet. Diskussionerne drejer sig særligt om, hvordan patienten bedst muligt motiveres til at opnå de aftalte mål, og hvorledes patientens egen omsorg og eget ansvar bedst støttes. Det er en vanskelig proces, og deltagerne oplever forholdsvis ofte, at det ikke lykkes for patienter at opnå mål om eksempelvis vægttab.

Det drøftes, hvem der har ansvaret for at støtte og motivere patienten. Der er lidt forskellige holdninger til, hvad det indebærer, og hvor meget sundhedsvæsenet kan påtage sig her. Skal den praktiserende læge være opsøgende, eksempelvis når patienter udebliver fra kontrol? Eller skal patientens eget ansvar i højere grad betones? Patientens eget ansvar og egen vilje fremhæves som en nødvendig forudsætning for at kunne skabe ændringer og nå mål. Deltagerne er enige i, at det er nødvendigt at introducere dette aspekt på mere tydelig og direkte vis over for patienten.

6. Skal vi bruge auditmetoden fremover?

Følgende afsnit præciserer, hvilke gavnlige effekter og hvilke udfordringer auditmetoden har målrettet kvalitetsudvikling i forhold til samarbejdsflader og overgange mellem sygehus, kommune og almen praktiserende læge.

Deltagerne har været meget tilfredse med udbyttet af auditforløbene, og den overordnede konklusion er, at metoden bidrager væsentligt til kvalitetssikring af implementering af forløbsprogrammerne. Auditforløbene kaster lys over, hvor forløbsprogrammernes intentioner ikke efterleves i praksis og er gennem konkrete sager med til at udvikle praksis generelt. Ved at repræsentanter for de tre sektorer mødes nuanceres drøftelserne, og perspektiverne kan supplere hinanden i forhold til at sikre en helhedsorienteret tilgang i håndteringen af kroniske patienter. Enkelte simple problematikker kan løses på stedet ved den blotte opmærksomhed på problemet og en villighed til øjeblikkelig ændring af egen praksis. Andre problematikker kræver ledelsesmæssig opbakning og en videreformidling i sundhedssystemet på flere niveauer. Imidlertid er der nogle udfordringer primært af ressourcemæssig karakter i forhold til at skulle benytte audit som en mere fast procedure i kvalitetssikringen af implementeringen af forløbsprogrammerne.

Ressourcemæssig udfordringer

Hvis auditmetoden skal kunne bruges fremadrettet, vurderer CFK, at det er relevant at udarbejde en strategi for arbejdsgangene, og hvem der følger op, hvornår og hvordan. Hvor er ansvaret placeret, og hvordan finansieres ressourceforbruget? Klyngeudvalgssystemet, hvor sektorerne i forvejen mødes, kunne være relevant i den sammenhæng. I det følgende beskrives en række områder, hvor de gennemførte auditforløb viser, at det er nødvendigt med en særlig opmærksomhed

Ansvarlig tovholder

I tilrettelæggelsen af audit er det nødvendigt, at der bestemmes, hvem der er ansvarlig for planlægning, koordinering, indsamling, sortering og udsendelse af materiale, samt facilitering og afrapportering af konklusionerne. Derudover en kontaktperson i almen praksis. Fra de tre gennemførte auditforløb har CFK opsamlet erfaringer, som akkumuleres undervejs i forhold til tilrettelæggelse af audittene. Hvis audit fremadrettet gennemføres på tværs af sektorerne, er det væsentligt, at en eller flere centrale personer sikrer en opsamling af erfaringerne og bygger videre på den eksisterende viden i forhold til design og gennemførelse af metoden.

Sagsmateriale

Når sagsmaterialet indsamles, kræver det god tid. Udvælgelsen af sager fordrer, at der findes patienter, som opfylder de opstillede kriterier, og at de tillader, at deres sag indgår. Dernæst kræves det, at der koordineres mellem hospital, kommune og praktiserende læge for at indsamle sagsmateriale fra alle sektorer på de konkrete patienter, der er udvalgt. Når alt materiale er i hus, kræver det en sortering, og erfaringen fra auditforløbene er, at det er hensigtsmæssigt, at en sundhedsfaglig person sorterer materialet og laver en kort kronologisk oversigt for patientens forløb, inden det sendes ud til samtlige deltagere. At vedkommende samtidig indgår i panelet, er kun en fordel, da uddybende kommentarer kan forelægges mundtligt. Tiden, som anvendes på strukturering af materialet, er godt givet ud set fra paneldeltagernes samlede ressourceforbrug i forbindelse med afholdelse af audit.

Den enkelte deltager skal informeres godt om, at det tager tid at gennemlæse sagsmaterialet og foretage vurderingerne. Det er samtidigt vigtigt, at deltagerne prioriterer at deltage under hele auditmødet. I de tre forløb har auditmøderne haft en varighed af fire timer. CFK har i andre sammenhænge foretaget en opringning til deltagerne i panelet for at sikre, at de har modtaget og forstået informationen om, hvorledes auditten kommer til at foregå. Det kan være relevant at overveje dette som en fast procedure, da langt fra alle deltagere har prøvet audit før, og hvis de har, har det måske typisk været i hospitalsauditregi. Når audit foregår i hospitalsregi er der let adgang til eget sagsmateriale, hvorimod tværsektorielle auditforløb kræver indsamling af sagsmateriale fra forskellige systemer og en koordinering mellem flere forskellige parter. Ved audit i hospitalsregi er vurderingsskemaet samtidig typisk koblet direkte til fastlagte standarder og indikatorer, hvorimod en del af processen i den tværsektorielle tilgang har været udvikling af vurderingsskemaet og drøftelser om, hvad den gode praksis er/skal være.

Facilitering

Facilitering af selve auditmødet er tidligere blevet varetaget af to konsulenter fra CFK, men opgaven kan varetages af personer fra en af de tre sektorer. Eksempelvis kan auditmødet afholdes af to personer med henholdsvis en sundhedsfaglig baggrund og en anden baggrund. Fordelen med den sundhedsfaglige baggrund er, at vedkommende har mere indblik i, hvad drøftelserne indholdsmæssigt betyder, og har viden om, hvad der kan lade sig gøre. Personen med en ikke sundhedsfaglig baggrund kan have den fordel at indtage en umiddelbart neutral plads som udefrakommende og give plads til at lade diskussionerne køre mere frit. I begge tilfælde kræver det en oplæring i metoden. Rapporteringsdelen, som i de tre auditforløb har været udarbejdelsen af et skriftligt produkt på ca. 20 sider, kan udformes i en mindre tidskrævende variant, eksempelvis i mere overskrift-/stikordsform eller via en fast skabelon. Når resultaterne bliver lagt frem i de relevante fora, kan de suppleres med mundtlige uddybninger.

En udfordring er, hvorvidt skemaet tilrettes hver enkelt sygdomsgruppe eller udformes, så det kan bruges generelt på tværs af sygdomsgrupper. CFK vurderer på baggrund af de gennemførte forløb, at vurderingsskemaet kan bruges på tværs af sygdomme, og at de spørgsmål, der ikke vil være relevante at stille i alle sager eller sygdomsgrupper kan springes over. Det vil gøre håndteringen af vurderingsskemaet og evt. manual mindre ressourcetung, frem for at det tilrettes specifikt i forhold til sygdomme og sager fra gang til gang. Manualen kan med fordel afkortes, så det bliver mere simpelt at tilgå materialet for paneldeltagerne.

De erfaringer, der allerede er indsamlet i forhold til de tre sygdomstyper, vil med fordel kunne anvendes fremadrettet i forhold til udformningen af vurderingsskemaet.

Antal deltagere

Gennemførelse af de tre auditter viste tydeligt, at det har betydning for både omfang og dybde af diskussionerne, hvor mange personer, der deltager. Der har deltaget fra 8-12 personer, og det ser ud til, at ca. otte er et hensigtsmæssigt antal i forhold til at give deltagerne mulighed for at opnå tilstrækkelig nuancer og bredde i de diskuterede emner. Det er derfor væsentligt at udvælge deltagerne med omhu, så de repræsenterer relevante sektorer og faggrupper, men ikke overlapper hinanden i fagkompetencer og ansvarsområder. I de gennemførte auditter har det været en fordel, at der har været deltagere, som har været med i flere auditter og kunne se forskelle og ligheder mellem sygdomstyperne. Samtidig giver det deltagerne mulighed for at drøfte flere forskellige typer emner i tilknytning til forløbsprogrammerne. De lærer samtidig hinanden at kende, og det bliver på den baggrund lettere at drøfte og omsætte resultater. Endelig bliver forberedelsestiden kortere, da forståelse for processen forbedres gennem egne erfaringer.

Implementering

Opfølgning og implementering af ændringsforslag er en vigtig del af den videre proces efter afholdelsen af audit. Det kræver ledelsesmæssig opbakning og en koordineret indsats i forhold til opfølgning på anbefalingerne. Ændringsforslag og konklusioner kan være relevante at videreformidle til klyngeudvalgsmøder, forløbsprogramgrupperne og praksiskonsulentordningen.

Tabel 1 skitserer i stikordsform de nævnte udfordringer .

Tabel 1: Udfordringer og opmærksomhedspunkter

Hvilket område?	Hvad indeholder det især?	Hvad kræver det?
Strategi for samarbejdet	Præcisering af, hvem der gør hvad og hvornår	Ledelsesmæssig opbakning og afsættelse af ressourcer hertil
Sagsmateriale	Koordinering Indsamling Strukturering	Udpegning og resourceallokering til en sundhedsfaglig person
Ansvarlig tovholder	Viden om forløbsprogrammerne	Opgaven varetages af en eller to personer - gerne fra flere sektorer. Tid afsættes hertil
Facilitator	Mødefacilitering, afrapportering	Uddannelse og træning i at varetage rollen Mulighed for at afrapportere via skabelon/i skemaform eller en miniudgave i punktform, som er beslutningsorienteret
Vurderingsskema	Udarbejdelse og vedligeholdelse	Opgaven kan være hos den ansvarlige tovholder. Skemaet bibeholdes, så det dækker generelt og ikke specifikt for sagstype eller sygdomstype. Irrelevante spørgsmål springes over i den enkelte sag
Antal deltagere	Udvælgelse af kriterier for panel-deltagere	Nøje indblik og udvælgelse af fagprofessioner inden for forskellige sektorer
Implementering	Organisering og strategi	Commitment fra alle sektorer. Ledelsesfokus og resourceallokering

Flere af områderne kan varetages af samme person. Erfaringen er, at det af ressourcemæssige årsager er en fordel, at det varetages af en person med erfaring med metoden, særligt hvis audit kun gennemføres få gange om året.

CFK foreslår, at audit kan afholdes 1-2 gange om året. Ressourceforbruget har fordelt sig som følgende.

Indsamling, sortering, udsendelse – knap 12 timer pr. sag, derudover har hver enkelt deltager haft en forberedelsestid på ca. 2-4 timer pr. sag og deltagelse på auditmøde i 4 timer. Ressourceforbruget på rapporteringsdelen afhænger af, hvilken form der vælges. Ressourceforbruget ved at afholde selve auditten, forberedelse og koordineringsarbejdet skal ses i sammenhæng med det udbytte, auditten giver i forhold til at afdække problematikker, der indgår som en del af hverdagen hos sundhedspersonalet. Den enkelte sag vil typisk henlede opmærksomheden på procedurer, der også er gældende for mange andre patienter end dem, der lige indgår i sagsmaterialet. Det er en investering, som giver afkast via ændring af generelle procedurer og kan belyse komplekse forhold i samarbejdet om patienter med kroniske sygdomme.

”

Det har været super godt. Vi har jo haft en heftig diskussion om grænseflader, hvilke overgange der er problematiske og hvilke der ikke er det. Metoden kaster lys over, hvad der er vores udfordringer, og hvordan vi kan samarbejde om at løse det – det giver et helt andet perspektiv at diskutere egne patienter med folk fra andre sektorer.

”

Vi kan så meget rent medicinsk nu, så der hvor vi skal rykke nu, for at komme videre, er håndtering af, hvem tager sig af hvad i forhold til patienten. Når vi diskuterer konkrete sager, giver det anledning til andre snakke, og det bliver mere tydeligt, hvor problematikkerne ligger.

”

Det giver en øjenåbner for hinandens arbejdsområder og måder at organisere arbejdet på. Det er anvendeligt fra dag 1. Vi får afstemt forventninger til hinanden, og vi får indsigt i hinandens arbejdsområder – det er da enormt vigtigt.