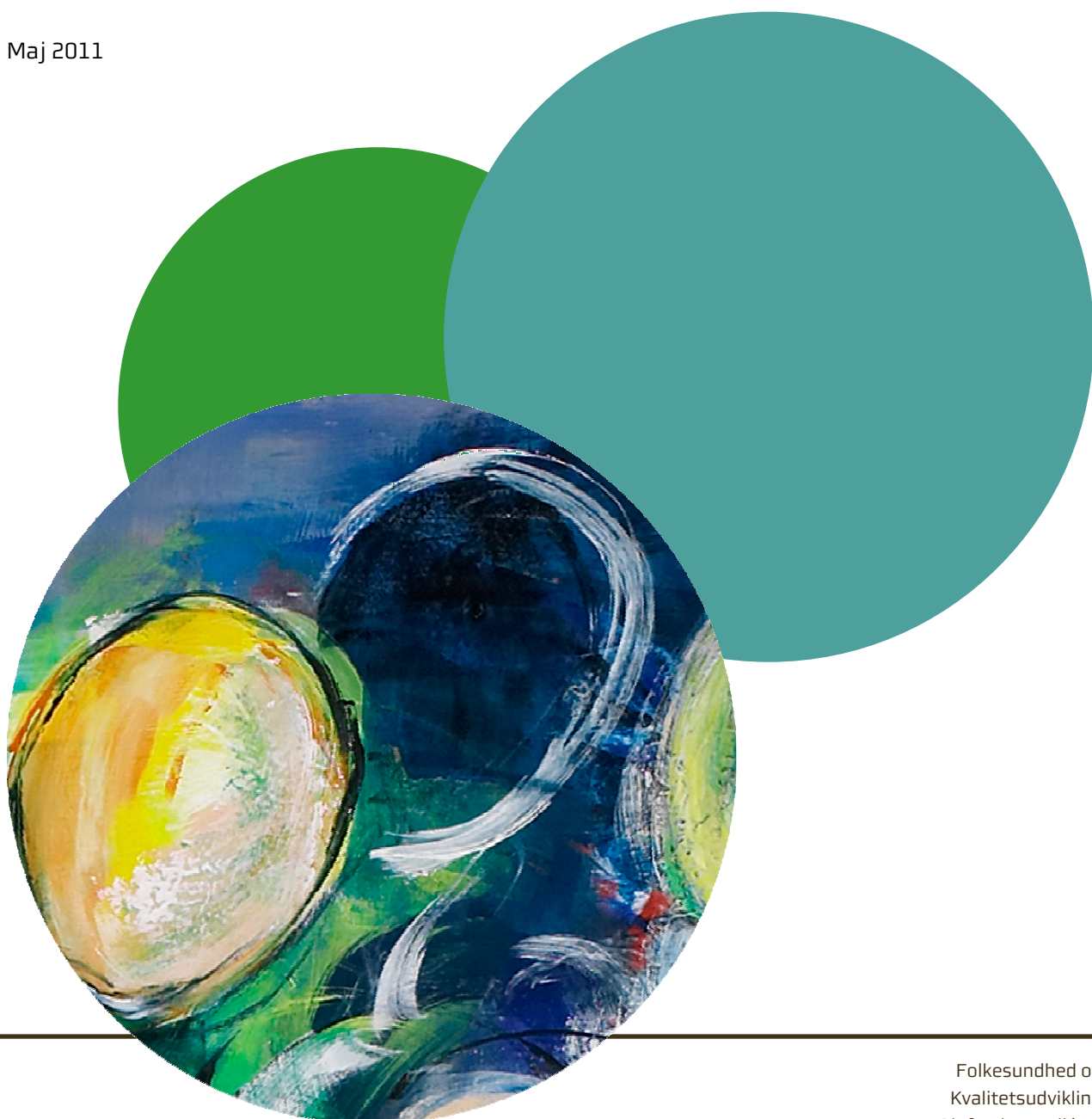


Undersøgelse af auditmetoden til styrkelse af det sundhedsfaglige samarbejde i Silkeborgklyngen - borgere med KOL

Maj 2011



Undersøgelse af auditmetoden til styrkelse af det sundhedsfaglige samarbejde i Silkeborgklyngen

– borgere med KOL

Pernille Bjørnholt Nielsen – pernille.bjornholt@stab.rm.dk

Lisbeth Ørtenblad – lisbeth.oertenblad@stab.rm.dk

Folkesundhed og Kvalitetsudvikling

Olof Palmes Allé 15

8200 Århus N

Telefon: 87 28 49 11

Publikationsnr. 11-006

© Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, 2011

Indholdsfortegnelse

1	BAGGRUND OG FORMÅL	1
2	ORGANISERING AF EVALUERINGEN	2
3	KONKLUSION FRA FØRSTE AUDIT	3
4	AUDITMETODEN	6
5	ERFARINGER MED AUDITMETODEN I FORHOLD TIL KRONIKEROMRÅDET	9
5.1	Anvendelse i forhold til implementering af forløbsprogrammet	9
5.1.1	Temaer	9
5.2	Auditmetodens muligheder og begrænsninger	15
5.3	Deltagernes egen vurdering af audit	15
5.4	Metodemæssige udfordringer	15
5.5	Muligheder for belysning af snitflader og overgange mellem sektorerne	17
5.6	Hvad skal justeres til næste audit?	19
6	BILAG	19

1 Baggrund og formål

Samarbejdsstrukturen "Folkesundhed i Midten" har finansieret midler til at afprøve auditmetodens anvendelighed som et redskab til at styrke det tværsektorielle sundheds-samarbejde for borgere med kronisk sygdom. Undersøgelsen er en del af Region Midtjyllands og kommunerne i regionens initiativer til styrkelse af implementering og monitorering af kronikerindsatsen. Auditmetoden afprøves i Silkeborgklyngen (Skanderborg, Favrskov og Silkeborg kommuner), og det omfatter tre audits, et på hvert af de sygdomsområder, som der pt. er udarbejdet forløbsprogrammer for (KOL, hjertekarsygdomme og type 2 diabetes).

Formålet med projektet er at undersøge auditmetodens muligheder og begrænsninger i det sundhedsfaglige samarbejde om patienter med kroniske sygdomme som beskrevet i forløbsprogrammerne i Region Midtjylland¹. Projektet har fokus på de problemstillinger, der kan opstå i det tværsektorielle samarbejde om den nye indsats. Det skal således afklares, om auditmetoden kan medvirke til at identificere og analysere "snitflader" i patientens sygdomsforløb – mellem hospitalet, almen praksis og det kommunale sundhedsområde. Samtidig ønskes det afklaret, hvorvidt metoden er velegnet som platform for konkrete ændringer i praksis til glæde for patienten og for det indbyrdes samarbejde.

Sammenfattet er formålet at undersøge

1. om audit kan identificere og analysere snitflader på tværs af de tre sektorer
2. om metoden er egnet til at sikre kvalitetsudvikling i forhold til forløbsprogrammerne.

Denne rapport er udarbejdet på baggrund af en audit gennemført på KOL-området. Efterfølgende suppleres med to rapporter indenfor områderne hjertekarsygdom og diabetes.

¹ "Forløbsprogram for Kronisk Obstruktiv Lungesygdom", Region Midtjylland.
"Forløbsprogram for hjertekarsygdom", Region Midtjylland.
"Forløbsprogram for type 2 diabetes", Region Midtjylland.

2 Organisering af evalueringen

Projektet gennemføres af Silkeborgklyngen, det vil sige kommunerne Favrskov, Silkeborg og Skanderborg, almen praksis i de tre kommuner samt Regionshospitalet Silkeborg. Parterne har indgået aftale med Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, Region Midtjylland, om at stå for gennemførelse og rapportering af de tre audits.

Der er til projektet nedsat en styregruppe, som består af:

Tabel 1: Styregruppen

Navn	Stilling	Arbejdssted
Dorte Mørkbak	Sundhedsfremmechef	Skanderborg Kommune
Tove Tranæs Voss	Specialkonsulent	Skanderborg Kommune
Linda Næsager	Koordinator	Silkeborg Kommune
Hanne Jensen	Leder af træningssektionen	Silkeborg Kommune
Sine Møller Sørensen	Fuldmægtig	Favrskov Kommune
Pia Simonsen	Ledende sundhedskonsulent	Favrskov Kommune
Anne Just	Chefsygeplejerske	Hospitalsenheden Silkeborg
Liane Holst	AC fuldmægtig	Hospitalsenheden Silkeborg
Kirsten Fog	Projektleder	Hospitalsenheden Silkeborg
Poul Kraghede	Praksiskonsulent	Favrskov Kommune
Marie Boas	Praksiskonsulent	Skanderborg Kommune
Uffe Jacobsen	Praksiskonsulent	Silkeborg Kommune
Lisbeth Ørtenblad	Konsulent	Folkesundhed og Kvalitetsudvikling
Pernille Bjørnholt Nielsen	Konsulent	Folkesundhed og Kvalitetsudvikling

Styregruppen har løbende holdt møder, blandt andet med det formål at kvalitetssikre de vurderingsskemaer, der danner udgangspunkt for auditpanelets diskussioner, drøfte udvælgelse af paneldeltagere samt sagsmateriale til auditmøderne.

3 Konklusion fra første audit

I det følgende sammenfattes konklusionen på baggrund af gennemførelse af projektets første audit. Konklusionens temaer og pointer udfoldes i de efterfølgende kapitler.

Erfaringen fra den gennemførte audit viser, at audit synes at være værdifuld metode til at arbejde med kvalitetsudvikling i forhold til samarbejdsflader og overgange mellem sektorerne i samarbejdet om patienter med KOL. Der er klare fordele ved drøfte samarbejdet med afsæt i konkrete sager frem for på det generelle plan, hvilket eksempelvis var udgangspunkt for udarbejdelse af forløbsprogrammerne. Drøftelser knyttet direkte til sagerne tydeliggør, hvordan forskellige parter opfatter de generelle vendinger i forløbsprogrammet på forskellig vis. Blandt paneldeltagerne var der forskellige syn på og opfattelser af centrale begreber som "tovholder" og "rehabilitering og forebyggelse", og det er derfor væsentligt fortsat at drøfte og afklare indhold, betydning og funktion af sådanne begreber.

Auditten bringer samtidig lys over, hvor der er forbedringspotentialer i arbejdet med at skabe sammenhængende forløb for patienterne samt indblik i, hvilke problematikker medarbejderne fra de forskellige sektorer står overfor. Auditten bidrager til at give deltagerne indblik i hinandens faglige hverdag og i faglige argumenter, der ligger til grund for de valg, som træffes i dagligdagen. Det skaber derved større indblik i og forståelse for deltagernes forskellige synsvinkler.

Udfordringerne ved auditmetoden anvendt i dette regi handler især om, at det kan være vanskeligt både at afgrænse den tidsperiode som sagsbehandlingen skal dække samt at skaffe relevant sagsmateriale. Ved denne audit har der været nogle betydningsfulde mangler i sagsmaterialet på grund af manglende dokumentation, men Folkesundhed og Kvalitetsudvikling betragter det som et punkt, der relativt nemt kan forbedres, og at det ikke har afgørende betydning for vurderingen af metodens egnethed. Det skal dog fastholdes, at en tydelig præcisering af sagsmateriale og en koordineret indsats for at indsamle materialet er påkrævet.

Derudover synes auditten at bidrage til konkrete forslag til ændring af praksis og løsning af nogle af de problematikker, der diskuteres. De konkrete anbefalinger, som auditten danner grundlag for, er nævnt efterfølgende. Anbefalingerne er opdelt efter undersøgelsens to formål, således at de konkrete forslag til at afdække om audit kan identificere og analysere snitflader på tværs af de tre sektorer fremgår først i afsnit 5.1, hvorefter de konkrete metodemæssige anbefalinger følger i afsnit 5.2.

Der er ikke behov for at justere selve vurderingsskemaet og den tilhørende manual til næste audit.

Tabel 2: Anbefalinger på baggrund af gennemførelse af audit om KOL

Anbefalinger i forbindelse med implementering af forløbsprogrammet	
Område	Det anbefales
Tovholder	<ul style="list-style-type: none"> • at tovholderfunktioner og ansvar yderligere drøftes og præciseres. Det er eksempelvis væsentligt at skelne mellem ansvar for koordinering og ansvar for behandling. Generelt er der forskellige syn på og opfattelser af begrebet 'tovholder'. Det er derfor væsentligt fortsat at drøfte og afklare indhold, betydning og funktion af begrebet. • at kommunale rehabiliteringstilbud, også til borgere med svær KOL, yderligere styrkes i samarbejdet, Det kan også være i forhold til tilbud, der ikke nødvendigvis er indeholdt i forløbsprogrammet, eksempelvis tilbud om deltagelse i vedligeholdende træning • at muligheden for udskrivningskonferencer, hvor den praktiserende læge indgår med det formål at planlægge forløb og fordele ansvar afklares.
Handleansvar	<ul style="list-style-type: none"> • at handleansvar tydeligt beskrives i udveksling af informationer mellem sektorerne • at det drøftes hvilke informationer, der er nødvendige for at 'næste sektor' kan påtage initiativ og ansvar.
Koordinering og samarbejde	<ul style="list-style-type: none"> • at informationer mellem sektorerne ikke udelukkende drejer sig om, hvad der er foretaget, men også beskriver de fremadrettede handlinger, og hvem der har ansvar for at foretage disse • at undgå parallelle forløb mellem almen praksis og sygehussektor (ambulatorium) eksempelvis ved et tydeligt samarbejde om, hvornår patienten ses de forskellige steder • at det drøftes, hvorledes beskrivende informationer kan indgå, eksempelvis hvordan en patient forstår et budskab og hvilke særlige udfordringer vedkommende har.
Rehabilitering og forebyggelse	<ul style="list-style-type: none"> • at ikke kun akutte episoder, men også overvejelser over langsigtede perspektiver med patienten indgår som en del af indsatsen • at det fortsat drøftes, hvorledes rehabilitering og forebyggelse tænkes i forhold til forløbsprogrammet, eksempelvis muligheder for vedligeholdende træning • at det drøftes, hvorledes rehabilitering, og intentioner med involverede og aktiverede patienter kan omsættes til praksis • at hospitalets henvisning til kommunernes tilbud skal være enkel og ensartet på tværs af kommunerne, eksempelvis skabeloner med afkrydsningsmuligheder, kontaktoplysninger mv., så der kan visiteres i tilknytning til kontakt med patienten • at patienters eget ansvar og det sundhedsfaglige personales roller og ydelser i forhold til at understøtte mestringsstrategier fortsat drøftes • at fortsætte drøftelse og afklaring af indhold, betydning og funktion af begreberne rehabilitering og forebyggelse, da der generelt er forskellige syn på og opfattelser af disse begreber.
Fokus på hverdagslivet	<ul style="list-style-type: none"> • at det afklares om en kontaktperson for svært syge KOL-patienter, der har kendskab til patientens dagligdag, kan medvirke til at fremme et forebyggelsesperspektiv samt bidrage med bedre information til det øvrige sundhedssystem.

Anbefalinger til forberedelsen og gennemførelsen af audit	
Område	Det anbefales
Forberedelse af audit	<ul style="list-style-type: none"> • at styregruppen drøfter, hvorvidt næste audit inkluderer patienter med forskellige stadier af sygdommen • at der indhentes journalmateriale fra eventuelle ambulante besøg • at materiale fra lungeskole/diabetesskole/hjerterehabilitering indgår • at hele journalen fra almen praksis rekvireres og sorteres af en praktiserende læge • at en sundhedsfaglig person gennemgår og sorterer sagsmaterialet i kronologisk rækkefølge fra samtlige tre sektorer. Eventuelle irrelevante oplysninger sorteres fra. Folkesundhed og Kvalitetsudvikling anbefaler, at styregruppen udpeger en relevant person til opgaven • at de praktiserende læger antalsmæssigt er bedre repræsenteret • at det overvejes om en repræsentant for hjemmeplejen/visitationen kan inddrages i panelet, og/eller om relevant materiale fra hjemmeplejen kan indgå som dokumentation på sagen • at det tydeliggøres for leverandøren af sagsmateriale, at anonymiseringen skal være fuldstændig • at det sikres, at auditdeltagerne kan deltage i hele auditten. Information herom kan tydeliggøres ved rekruttering af deltagere • at styregruppen drøfter, hvorvidt vurderingsskemaet og manual skal ændres til næste audit, herunder hvorvidt der i introduktionsbrevet kan informeres om, hvilke spørgsmål der evt. skal springes over, hvis patienten ikke har været indlagt.

4 Auditmetoden

Auditmetoden er en systematisk gennemgang og vurdering af en afgrænset faglig problemstilling. Der nedsættes et panel af fagpersoner, der drøfter og vurderer den faglige praksis, som er audittens fokus. Udgangspunktet er fagpraksis, som allerede er foregået, det vil sige et antal nøje udvalgte konkrete sager, som deltagerne i auditpanelet har behandlet. Sagerne drøftes med udgangspunkt i et vurderingsskema. 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:

1. Nedsættelse af et fagpanel, en mødeleder og en referent
2. Udvikling af et vurderingsskema, som danner ramme om panelets diskussioner
3. Indhentning og sortering af sagsmateriale
4. Auditpanelet mødes og drøfter en eller flere sager på baggrund af udleveret sagsmateriale
5. Auditrapport skrives på baggrund af paneldeltagernes drøftelser

I dette forløb er der nedsat et auditpanel bestående af relevante fagpersoner, der til daglig har KOL patienter som deres ansvarsområde. Paneldeltagerne har ikke alle været behandlere i de udvalgte sager, men de repræsenterer tilsammen de tre kommuner, almen praksis og hospitalet. At ikke alle har et personligt kendskab til sagerne skyldes, at panelet repræsenterer Silkeborgklyngens kommuner, mens de drøftede sager er hjemmehørende i de enkelte kommuner. Deltagerne i panelet kan hver især bidrage med deres særlige viden, indsigt og erfaringer fra de udvalgte sager og øvrige sager. Tabel 3 viser de inviterede deltagere. Der var et enkelt afbud, hvorfor der på mødet deltog seks personer ud over facilitatorerne. Sygehuset, praktiserende læger og den kommunale sektor var alle repræsenteret.

Tabel 3: Paneldeltagere Audit KOL

Profession	Arbejdssted
Sundhedskonsulent	Favrskov Kommune
Specialkonsulent	Skanderborg Kommune
Koordinator	Silkeborg Kommune
Fysioterapeut	Regionshospitalet Silkeborg
Sygeplejerske	Regionshospital Silkeborg
Overlæge	Regionshospital Silkeborg
Praksiskonsulent	Favrskov Kommune

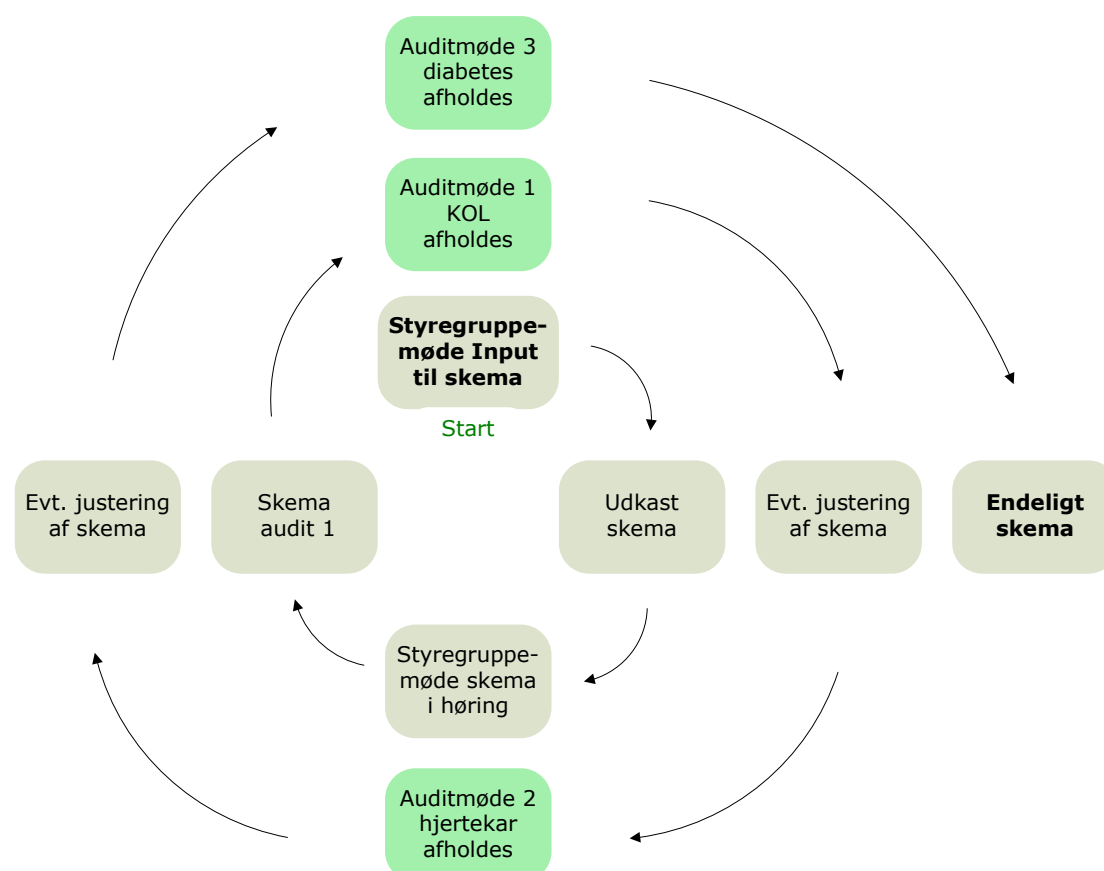
Nogle af paneldeltagerne vil deltage i samtlige tre audits, mens andre kun vil deltage i en enkelt audit. Det vil primært være hospitalspersonale, som udskiftes, da medarbejdere herfra ikke arbejder med patienter fra alle tre diagnosegrupper. Hvis det besluttet, at audit skal anvendes som metode til kvalitetssikring af og støtte for implementering af forløbsprogrammerne, er det meningen, at de gennemgående repræsentanter skal overtage Folkesundhed og Kvalitetsudviklings rolle som facilitator af audits.

Sagsmaterialet udgøres af skriftlig dokumentation, som er journaliseret på det enkelte sagsforløb. Hospitalet, samt de kommuner hvorfra borgere, hvis sager er udvalgt til sagsmateriale, kommer fra, har indsamlet og anonymiseret materialet, og herefter udleveret det til Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, som har stået for at sortere, kopiere og udsende materialet til samtlige paneldeltagere.

Endvidere blev der fremsendt et vurderingsskema samt en manual, som præciserer spørgsmål og emner i vurderingsskemaerne.

Vurderingsskemaet (jf. bilag 1) indeholder en række fastlagte temaer udformet til konkrete spørgsmål, som er væsentlige punkter til drøftelse af den faglige praksis. Spørgsmålene besvares ved hjælp af afkrydsning i faste kategorier med mulighed for at begrunde valget kvalitativt. Spørgsmålene handler konkret om overgange og snitflader mellem sektorerne. På auditmødet redegør deltagerne for, hvor de har valgt at placere deres besvarelse og deres begrundelse herfor. Det er muligt, at ændre sin på forhånd markerede besvarelse ud fra nye vinkler på sagen ved at høre de andre deltagers vurdering og eventuelt supplering af oplysninger. Vurderingsskemaet er udarbejdet af Folkesundhed og Kvalitetsudvikling i samarbejde med styregruppen. Et centralt spørgsmål er, om vurderingsskemaet skal justeres som følge af erfaringerne fra de audits, der gennemføres i forløbet. Figur 1 viser processen for forløbet. Figuren skal læses fra midten og ud.

Figur 1: Udvikling af auditskema



Manualen (jf. bilag 2) er udarbejdet for at tydeliggøre, hvad der menes med indholdet af de forskellige spørgsmål og begreber, det kan eksempelvis være 'tovholder', 'handleansvar' etc. Hensigten er, at paneldeltagerne benytter manualen som en inspiration til, hvad der er vigtigt at drøfte ved de enkelte emner. Manualen er udarbejdet i samarbejde med styregruppen, og "Forløbsprogram for Kronisk Obstruktiv Lungesygdom" er anvendt som reference.

Paneldeltagerne læser sagsmaterialet forud for mødet og udfylder vurderingsskemaet på baggrund heraf. På selve auditmødet dokumenteres de faglige diskussioner og paneldeltageres vurderinger undervejs. Det er ikke et formål, at der opnås enighed om svarene, men at det i rapporten fremgår, hvilke synspunkter der har været fremført. Rapporten sendes derfor også først til høring hos paneldeltagerne inden Styregruppen får den i høring, og drøfter den på et opfølgende møde. Auditmødet er optaget på diktafon og efterfølgende transskriberet. Mødet har haft en varighed på fire timer. Der var forberedt gennemgang af tre sager (en sag om svær/meget svær KOL og to sager om mild/moderat KOL), men facilitator valgte at prioritere en nuanceret drøftelse af de to første sager, hvorfor den tredje sag (mild/moderat KOL) kun blev berørt sporadisk.

Etik

De borgere, 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. Undersøgelsens formål og anvendelse fremgår af samtykkeerklæringen.

Der er stillet krav om, at materialet skal anonymiseres. Sagsmaterialet er sendt til paneldeltagerne med anbefalet post. Efter auditmødet indsamler og destruerer Folkesundhed og Kvalitetsudvikling materialet.

Der er indgået en databehandleraftale mellem Folkesundhed og Kvalitetsudvikling og de kommuner, hvis borgeres sager anvendes til audit. Undersøgelsen har en sådan karakter, at den er indbefattet af Region Midtjyllands fællesanmeldelse til Datatilsynet (Patientbehandling i regionalt regi, journalnummer: 2007-58-0008).

Paneldeltagerne er som følge af deres faglige position indbefattet af tavshedspligt i forhold til de drøftede sager.

5 Erfaringer med auditmetoden i forhold til kronikerområdet

5.1 Anvendelse i forhold til implementering af forløbsprogrammet

I det følgende afsnit sammenfattes auditpanelets diskussioner.

Auditforløbs facilitator valgte at forfølge de diskussioner, der opstod samt prioritere de spørgsmål i vurderingsskemaet, som deltagerne var engagerede i at drøfte frem for at fastholde den tilsigtede stramme struktur med en runde pr. deltager pr. spørgsmål i vurderingsskemaerne. Eksempelvis var der livlige debatter om funktioner, indhold og placering af tovholderansvar, samt af forståelse af rehabilitering som begreb. Panelets vurderinger af forløbet i de tre sager bliver således ikke systematisk gengivet i forhold til vurderingsskemaerne, idet formålet snarere er at præsentere deltagernes faglige drøftelser med henblik på at uddrage centrale temaer og anbefalinger til udvikling af praksis i forhold til forløbsprogrammet.

Tendensen til at fokusere på generelle problemstillinger i relation til forløbsprogrammet frem for detaljer i de enkelte sager kan måske skyldes, at det her drejer sig om den første af de planlagte tre audits. I denne proces, hvor metoden skal afprøves og udvikles ind i en ny sammenhæng, kan det formentlig forventes, at vurderingsskemaerne præciseres, og/eller at de næste auditforløb i højere grad følger vurderingsskemaer.

5.1.1 Temaer

Følgende fem temaer er udledt på baggrund af auditmødet:

1. Tovholder
2. Handleansvar
3. Koordinering og samarbejde
4. Rehabilitering og forebyggelse
5. Fokus på hverdagslivet

Temaerne beskrives efterfølgende.

Tovholder

Paneldeltagernes engagerede drøftelser af tovholderansvar, og af indhold og forventninger til en tovholders opgaver og forpligtelser vidner om den centrale rolle, som tovholderfunktionen er tiltænkt i forløbsprogrammerne. Drøftelserne knyttede sig særligt til gennemgang af sagsmaterialet vedrørende en patient med svær KOL. Graden af kompleksitet er således forøget, blandt andet i forhold til hospitalssektorens hyppige involvering.

Deltagerne er for så vidt enige i den definition af en tovholder, som forløbsprogrammet beskriver², men i gennemgang af den konkrete sag (svær/meget svær KOL) bliver det tydeligt, at der er forskellige opfattelser af, hvad en tovholder forventes at gøre, og hvor funktionen tænkes placeret. Eksempelvis drøfter deltagerne, om almen praksis altid er tovholder, eller om det afhænger af, hvilken sektor patienten aktuelt er i kontakt med, og om tovholderfunktionen derfor skal fremgå i patientjournalen. Vedrørende den drøftede

² 'Forløbsprogram for Kronisk Obstruktiv Lungesygdom', Region Midtjylland. s.50.

sag forelå der i sagsmaterialet ingen kontrolbesøg hos den praktiserende læge, men patienten var i hyppig kontakt med hospitalssektoren i forbindelse med indlæggelser og ambulante besøg. Nogle af paneldeltagerne vurderer derfor, at hospitalet varetager tovholderfunktionen, mens andre undrer sig over, at almen praksis ikke spiller en tydeligere rolle som koordinerende instans i forhold til mere langsigtede perspektiver for patienten. Særlig angående patienter med flere kroniske lidelser bliver det fremhævet, at det ikke er hensigtsmæssigt, hvis der er en opfattelse af, at tovholderfunktionen skifter alt efter, hvor patienten aktuelt er placeret. Deltagerne taler om, at det er hensigtsmæssigt at operere med en forskel mellem *behandlingsansvar* og *ansvar for koordinering og fremdrift af de enkelte forløb*, hvor den sidste del hører til tovholderopgaven. For at almen praksis kan varetage den tilsigtede funktion som tovholder, er det væsentligt, at behandlingsansvaret i perioder overdrages til eksperter, og at der tydeligt skelnes mellem de to funktioner.

De fleste af paneldeltagerne fremhæver også, at de savner en tydelig markering af kommunens rolle. I forløbsprogrammet er der ikke kommunale rehabiliteringstilbud til borgere med svær KOL, men andre tilbud i kommunen kan støtte disse borgere, eksempelvis vedligeholdende træning. Særligt ved komplicerede patientforløb efterlyses således et mere aktivt og opsøgende samarbejde med og inddragelse af den kommunale del af sundhedssektoren.

For at understøtte tovholderfunktionen drøftes også muligheden for at afholde udskrivningskonferencer med deltagelse af den praktiserende læge, hvor der lægges planer for patienten, og hvor ansvar for de forskellige tiltag tydeligt fordeles.

Det anbefales

- at tovholderfunktioner og ansvar yderligere drøftes og præciseres. Det er eksempelvis væsentligt at skelne mellem ansvar for koordinering og ansvar for behandling. Generelt er der forskellige syn på og opfattelser af begrebet 'tovholder'. Det er derfor væsentligt fortsat at drøfte og afklare indhold, betydning og funktion af begrebet
- at kommunale rehabiliteringstilbud, også til borgere med svær KOL, yderligere styrkes i samarbejdet. Det kan også være i forhold til tilbud, der ikke nødvendigvis er indeholdt i forløbsprogrammet, eksempelvis tilbud om deltagelse i vedligeholdende træning
- at muligheden for udskrivningskonferencer, hvor den praktiserende læge indgår med det formål at planlægge forløb og fordele ansvar afklares.

Handleansvar

Sikring af koordinering og kommunikation mellem de sektorer af sundhedssystemet er en væsentlig del af formålet med forløbsprogrammet, og de informationer mellem sektorer, som sagsmaterialet indeholdt, blev indgående drøftet. De overleverede informationer var generelt formuleret, så det ikke tydeligt fremgik, hvem der har et handleansvar. Eksempelvis står der i en epikrise, at patienten gerne vil finde en motionsform vedkommende bryder sig om for at fastholde motivation fra et rehabiliteringsforløb, men det fremgår ikke om- og hvem der skal motivere og støtte op om det. Paneldeltagerne vurderer, at der i et sådant tilfælde typisk ikke vil blive gjort noget. Paneldeltagerne

forholder sig på den baggrund forholdsvis kritisk i forhold til en bredere og mere langsigtet anvendelighed af de overleverede informationer.

Deltagerne drøfter, at det er væsentligt, at der er en balance i informationerne, både så det bliver overkommeligt at skrive epikriser mv., banaliteter undgås og at informationerne har en aktuel relevans. Samtidig fremgår det også i drøftelserne af de to sager, at det er vigtigt at afklare, hvad de forskellige sektorer finder er nødvendige informationer, da debatten tydeligvis afspejler, at der kan være forskellige holdninger til og vurderinger af dette.

Det anbefales

- at handleansvar tydeligt beskrives i udveksling af informationer mellem sektorerne
- at det drøftes, hvilke informationer, der er nødvendige for at 'næste sektor' kan påtage initiativ og ansvar.

Koordinering og samarbejde

Et centralt tema i paneldeltagernes drøftelser af de to sager er, hvad der foregår i forbindelse med patientens overgange mellem sundhedssystemets sektorer. Særligt ansvar for fremadrettede handlinger og informationer mellem systemets sektorer bliver betragtet som væsentlig for patientens forløb, og det drøftes, hvad der skal til for, at disse faktorer fungerer bedst muligt.

Det fremgik, at den journaliserede information primært drejer sig om, hvad de enkelte sektorer har foretaget i relation til den seneste kontakt med patienten. Sagsmaterialet (særlig vedrørende sagen med svær KOL) bar præg af, at hver enkelt sektor foretog de initiativer, undersøgelser og behandlinger, der kunne forventes af den aktuelle situation, men også at arbejdet – som et par af deltagerne formulerede det – bar præg af, at det foregik i adskilte siloer. En paneldeltager fortæller, at et patientforløb typisk bærer præg af, at patienten bevæger sig i parallelle spor i almen praksis og i sygehusregi. Imellem disse faser kan der foregå mange ting, både for patienten og for de involverede behandlere, der kan gøre sig tanker og lægger planer, som andre igen justerer på. Der er således mange sundhedsprofessionelle i spil, som hver især bidrager til specifikke initiativer og løsninger på patientens aktuelle problemstilling, men udfordringen er, at få dem til at 'spille sammen' om den kronisk syge patient. En særlig udfordring er, at almen praksis eksempelvis ikke har en aktiv, opsøgende rolle i forhold til patienten, men først agerer på informationer fra de øvrige sektorer, når patienten henvender sig.

I forhold til den konkrete information debatteres også, hvilke oplysninger der skal gives mellem almen praksis og kommunen. Deltagerne drøfter, hvorvidt eksempelvis medicinlisterne skal være afgrænset til KOL eller samtidig være inkluderende for andre sygdomme, om informationer om gangtest, cykeltest, lungefunktionstest, MRC og lignende er relevante at inkludere, og hvorvidt informationerne kan forstås umiddelbart. Disse drøftelser finder sted i forbindelse med gennemgang af sager vedrørende mild/moderat KOL, hvor kommunens rehabiliterende indsats spiller en større rolle.

I tilknytning til koordinering af indsatsen indgår information mellem sektorer som en kritisk faktor. Særlig repræsentanter fra den kommunale del af sundhedssektoren efterlyser

mere beskrivende og kvalitative informationer, frem for udelukkende at notere, hvad der er gjort. Det kan eksempelvis være, hvordan patienter har forstået et budskab, eller hvilke særlige udfordringer der er for den enkelte patient frem for at notere, at patienten er informeret.

Deltagerne konkluderer, at der mangler faktorer, som reelt skaber sammenhæng for patienten, og for at imødekomme denne sammenbindende faktor efterlyser de tydelighed i samarbejdet mellem sektorerne om, hvad der skal ske fremadrettet, og hvem der skal gøre det.

Det anbefales

- at informationer mellem sektorerne ikke udelukkende drejer sig om, hvad der er foretaget, men også beskriver de fremadrettede handlinger, og hvem der har ansvar for at foretage disse
- at det drøftes, hvorledes beskrivende informationer kan indgå, eksempelvis hvordan en patient forstår et budskab, og hvilke særlige udfordringer vedkommende har
- at undgå parallelle forløb mellem almen praksis og sygehussektor (ambulatorium) eksempelvis ved et tydeligt samarbejde om, hvornår patienten ses de forskellige steder.

Rehabilitering og forebyggelse

Deltagerne drøfter, at sagsmaterialet bærer præg af, at de akutte episoder fylder forholdsvis meget, og det langsigtede perspektiv tilsvarende mindre. Det vil sige, det er vanskeligt i sagsmaterialet at se, hvorledes rehabilitering og forebyggelse af forværring af patientens funktionsevne indgår i planerne. Der er fokus på her og nu frem for også det længerevarende perspektiv.

Deltagerne debatterer, hvilken rolle rehabilitering bør spille i forløbsprogrammet, og hvordan rehabiliteringsinitiativer omsættes til praksis. Diskussionerne fokuserer særligt på hospital og almen praksis samarbejde med den kommunale sundhedsindsats. Genoptræningsplanen fremgår ikke af sagsmaterialet, og deltagerne drøfter på den baggrund muligheder for kommunale tilbud til svært syge KOL-patienter. Muligheden for at tilbyde vedligeholdende træning efter servicelovens § 86 drøftes og afklares. En udfordring er her eksempelvis, at det fra hospitalets side opleves som besværligt i forbindelse med vedligeholdelsestræning at skulle ringe til forskellige numre og bruge forskellige blanketter til de respektive kommuner. Ligeledes gives der udtryk for, at for eksempel www.praksis.dk er for tungt at arbejde med. Her er et ønske om mere tydelighed om kommunale tilbud og lettere tilgængelighed.

Der er enighed om, at det er en stor udfordring konkret at få et samarbejde, der imødekommer en rehabiliteringstankegang, til at fungere, men det fremgår også, at der er holdningsforskelle særlig i forhold til patientens eget ansvar, og hvor meget og hvordan behandlingssystemet skal støtte. I forhold til sagen vedrørende patienten med svær KOL fremgår det eksempelvis, at vedkommende har modtaget informationer om de muligheder for rehabilitering og behandling, der findes. Panelets repræsentanter fra almen praksis og hospitalssektorer giver udtryk for, at det bør være tilstrækkeligt, mens de øvrige paneldeltagere understreger, at der er forskel mellem at få information og at vide, hvad man skal gøre for at fastholde eksempelvis nye vaner i hverdagen, eller hvordan man

forholder sig i akutte situationer. De efterlyser en mere aktiv støtte til patienten og et bedre samarbejde mellem sektorerne om dette. De nævner, at det eksempelvis vil være en hjælp at beskrive, hvad udfordringen og/eller næste skridt for patienten er, som den ansvarlige del af sundhedsvæsenet kan arbejde videre med.

Deltagernes drøftelser tydeliggør, at der er forskellige vurderinger af patientens rolle i forhold til egenomsorg og eget ansvar. Der er modsatrettede opfattelser af, hvordan den sundhedsfaglige person skal agere. Deltagere fra sygehus- og praksissektoren giver hovedsagelig udtryk for, at de er forpligtiget til at informere patienten om behandlingsplaner mv., og at patienten derudover selv må påtage sig et ansvar. De kommunale sundhedsmedarbejdere giver i højere grad udtryk for, at hvis intentionerne med forløbsprogrammet om inddragelse af patientens egne ressourcer, og om en informeret og aktiveret patient skal imødekommes, så bør de sundhedsprofessionelle være opmærksomme på, hvordan patienten har forstået informationerne, og bidrage til en langsigtet støtte til patientens mestring af hverdagslivet. En sundhedskonsulent taler meget for det proaktive, og forholder sig kritisk til "silotænkning" inden for egen sektor, som ikke bidrager til at understøtte rehabiliteringstanken, hvis fokus er at undgå genindlæggelse. Sygehusets tilgang handler mere om, at patienten for eksempel får udarbejdet en behandlingsplan, hvor ambulatoriet følger op på langt sigt og iltsygeplejerske på kort sigt.

Nogle af deltagerne opponerer mod en tankegang, som bærer præg af en "tjekliste tankegang", som det formuleres. Det vil sige, at man inden for hver sektor blot sikrer sig, at der er gjort, hvad der forventes i henhold til forløbsprogrammet. Eksempelvis er det ikke sikkert, at patienten ved, hvordan vedkommende skal håndtere sygdom i hverdagslivet, selvom der findes en behandlingsplan og patienten har modtaget rehabiliteringsforløb. Der efterlyses støtte til patienten til mere langsigtede perspektiver med henblik på at fremme intentioner om aktiverede, informerede patienter. Desuden efterlyses det, at der i højere grad samarbejdes i behandlingssystemet i forhold til, hvilke konkrete udfordringer, der er for de enkelte patienter, og hvem der har ansvar for at støtte op om det. Andre giver derimod udtryk for, at det er væsentlig, at fastholde et behandlingsperspektiv, og at ansvaret for patienten afgrænses til behandling.

Det anbefales

- at ikke kun akutte episoder, men også overvejelser over langsigtede perspektiver med patienten indgår som en del af indsatsen
- at det fortsat drøftes, hvorledes rehabilitering og forebyggelse tænkes i forhold til forløbsprogrammet, eksempelvis muligheder for vedligeholdende træning
- at det drøftes hvorledes rehabilitering, og intentioner med involverede og aktiverede patienter kan omsættes til praksis
- at hospitalets henvisning til kommunernes tilbud skal være enkel og ensartet på tværs af kommunerne, eksempelvis skabeloner med afkrydsningsmuligheder, kontaktoplysninger mv., så der kan visiteres i tilknytning til kontakt med patienten
- at patientens eget ansvar og det sundhedsfaglige personales roller og ydelser i forhold til at understøtte mestringsstrategier fortsat drøftes
- at fortsætte drøftelse og afklaring af indhold, betydning og funktion af begreberne rehabilitering og forebyggelse, da der generelt er forskellige syn på og opfattelser af disse begreber.

Fokus på hverdagslivet

I forlængelse af deltagerne drøftelse af sagsmaterialets fokus på akutte episoder opdelt i sektoraktiviteter diskuteres, at aktiviteter i hjemmet og hverdagsliv, som spiller en central rolle for patienten, savnes i sagsmaterialet. Der mangler eksempelvis kontakt mellem almen praksis og hjemmeplejen og/eller hjemmesygeplejersken. Det nævnes, at det i forhold til forløbsprogrammet som sådan ikke er relevant, da hjemmeplejen ikke er en del af programmet, men samtidig argumenterer de fleste af deltagerne for, at hvis forløbsprogrammets intentioner om rehabilitering og forebyggelse skal styrkes via samarbejdet mellem sundhedssystemets sektorer er ikke blot de akutte episoder, men også iagttagelser og aktiviteter i hverdagslivet væsentlige. Optimering af forløbet via inddragelse af en medarbejder, der kender patienten i sine hjemlige omgivelser, ses som en mulighed. Der savnes således dokumentation fra det personale, som er i patientens hjem til daglig, og der efterlyses videreformidling fra eksempelvis hjemmesygeplejersken til øvrige relevante tilbud. Det nævnes eksempelvis, at observationer af udvikling af sygdomssymptomer hos patienten kan medvirke til, at der er mulighed for at tage initiativ til mindre indgribende foranstaltninger end genindlæggelse.

Paneldeltagerne drøfter muligheden for at en sundhedsfaglig medarbejder, som har kontakt med de svært syge KOL patienter i dagligdagen, fungerer som en kontaktperson til øvrige instanser. Eller at man i højere grad benytter sig af muligheden for at knytte en case-manager til de svært syge patienter.

Det anbefales

- at det afklares om en kontaktperson for svært syge KOL-patienter, der har kendskab til patientens dagligdag, kan medvirke til at fremme et forebyggelsesperspektiv samt bidrage med bedre information til det øvrige sundhedssystem.

5.2 Auditmetodens muligheder og begrænsninger

Delformål to er at afdække, hvorvidt audit som metode egner sig til kvalitetsudvikling på kronikerområdet i forhold til forløbsprogrammerne, hvor der er tre sektorer i spil. Efterfølgende redegøres først for paneldeltagernes vurdering af metoden. Dernæst de metodemæssige udfordringer og muligheder samt hvilke fremtidsperspektiver audit har som metode inden for feltet. Til sidst samles op på de ændringsforslag som denne audit giver anledning til at anbefale.

5.3 Deltagernes egen vurdering af audit

Der er blandt paneldeltagerne bred enighed om, at de vurderede det som værdifuldt at deltage i en audit. Det begrundes særligt med, at der kastes lys over de udfordringer, der er i samarbejdet og snitfladerne mellem sektorerne.

Det nævnes som en styrke ved metoden, at der tages udgangspunkt i konkrete sager. En af paneldeltagerne, der har været med i de indledende møder og allerede har talt om flere af aspekterne før, pointerer at udgangspunktet med konkrete sager tydeliggør, hvor problematikkerne er henne i forhold til overgange.

Nogle mener, at have brugt tid på dele af sagsmaterialet, som ikke har været relevant, og flere savner som nævnt en række dokumenter, hvilket efterfølgende audit skal imødegå. Trods forhindringerne er det dog oplevelsen, at sagsmaterialet har givet anledning til en række relevante drøftelser gennem denne audit.

Et spørgsmål der rejses er, hvad der skal ske fremover på baggrund af resultaterne fra den konkrete audit, således at resultaterne ikke strandede ved rapporten, men at der arbejdes videre med opfølgning på de problematikker og forbedringsmuligheder, som har været drøftet.

5.4 Metodemæssige udfordringer

Fremskaffelse af sagsmateriale og udvælgelsen af paneldeltagere er to meget centrale udfordringer.

Sagsmaterialet

Sagsmaterialet er et centralt afsæt for deltagernes vurderinger og drøftelser. Fremskaffelse og beskaffenheden af sagsmaterialet, som udgør dokumentationen for auditten, kræver en koordineret indsats, hvor udfordringen viser sig at være, at det på forhånd er svært at vide helt konkret, hvad sagsmaterialet vil bestå af. Hvilket materiale vil være relevant? Ofte vil der være tale om journalmateriale, men hvorledes skal dette afgrænses? Tidsafgrænsning i forhold til journalmaterialet er her centralt. Hvor lang en periode skal sagsmaterialet dække over? Og hvor langt tilbage skal sagsmaterialet gå? Konkret til KOL-auditten har tidsafgrænsningen været fra 1. januar 2009 ud fra begrundelse i at Forløbsprogrammet skulle være sat i værk. For den enkelte patient kan der være relevante "milepæle" i den enkelte sektor, som giver god mening at afgrænse tidsperioden efter, men hvor netop overgangene mellem sektorerne måske falder delvist uden for den afgrænsede periode.

I KOL-auditten har der manglet dokumentation for de ambulante besøg for patienten med svær KOL. Der er tillige rejst tvivl blandt auditpanelet om, hvorvidt alt relevant materiale fra praktiserende læge har været udleveret. Desuden efterlyses også journaler fra for eksempel fysioterapien og lungeskolen som relevant materiale at inddrage. Notater fra hjemmeplejen om fx understøttelse af ernæring er et område i den kommunale sektor, der nævnes som værende relevant, men som ikke er til stede. Manglende dokumentation vurderer deltagerne særligt er gældende for sagen om svær/meget svær KOL i vurderingsskemaets spørgsmål 1, 8, 10, 13, 14 og 19 (se bilag 1). Derudover nævner deltagerne, at nogle spørgsmål er irrelevante. Det gælder særligt sagerne om mild/moderat KOL i vurderingsskemaets spørgsmål 2, 5 og 10 (se bilag 1).

For at sikre relevansen af sagsmaterialet er det auditpanelets anbefaling, at en sundhedsfaglig person kigger sagsmaterialet igennem og sorterer det. Kronologien i forløbet skal samtidig være tydelig. Det kan her overvejes, hvorvidt sagsakter fra de tre sektorer skal placeres således, at kronologien følges, således at alt journalmateriale fra sygehuset eksempelvis ikke ligger for sig, men at materiale fra den praktiserende læge og kommunen er lagt ind de relevante steder i forløbet. På auditmødet blev det foreslået, at en alment praktiserende læge læser og sorterer sagsmaterialet fra de praktiserende læger, som er tilknyttet patienterne.

Tydelighed i processen omkring, hvem der har ansvaret for hvilket sagsmateriale i hvilke sektorer, og hvordan koordineringen foregår i forhold til at skaffe sagsakter for samme patient i de tre sektorer er ligeledes et vigtigt aspekt.

Anonymiseringen skal være fuldstændig. Overstregning af navn og cpr-nummer med en sort tusch, som ikke er 100 % dækkende, er fx ikke tilstrækkeligt. Det skal på det indledende møde præciseres, hvorledes anonymiseringen udmøntes.

I udvælgelsesfasen af sagerne er det vigtigt at skelne mellem sygdommens stadier, hvor det i KOL-auditten er tydeligt, at diagnoseforskelle giver vidt forskellige drøftelser. I første sag der bliver drøftet, har patienten svær KOL, hvilket involverer sygehusmateriale, mens dette ikke er tilfældet ved anden sag. Manglende dokumentation er især et emne ved først sag, men ikke ved anden sag. I udvælgelsen af sager er det vigtigt at have for øje at vælge forskellige typer af sager, det vil sige patienter, der er på forskellige stadier af sygdommen og har haft forskellige forløb for at få så stor variation som muligt. Det er forskellige aspekter som drøftes i relation til overgange mellem sektorerne og det tydeliggør, at variation i forhold sygdommens stadie er et meget relevant parameter i udvælgelsen af sager. I forhold til organisering af de planlagte audits vedrørende hjertekar og diabetes er det derfor anbefalingen, at det nøje drøftes på formødet, hvorvidt det samme vil være gældende her.

Sagsmateriale til en audit kan bestå af mange forskellige typer af dokumentation. I denne audit er det udelukkende den skriftlige journaliserede information, som ligger til grund. Det har ved auditten såvel, som til styregruppemøde været drøftet at inddrage patientperspektivet. Patienten vil kunne bidrage med sin egen oplevelse af, hvorvidt der er sammenhæng i forløbet. Herunder oplevelsen af at blive informeret, viden om hvem der har ansvaret, og hvorvidt vedkommende føler sig tryk. Det indgår ikke som en del af designet for projektet, og budgettet rækker ikke til at udvide interessentgruppen. I givet

fald vil det kræve en lidt anderledes diskussion og form, hvor der bør stilles andre krav til sagsmaterialet, hvis patienten skal være med til mødet. I et metodeudviklingsperspektiv vil det dog være relevant at overveje en model, hvor der efter auditmødet gennemføres et interview med patienten om vedkommendes oplevelse af samme problemstillinger, og som de fagprofessionelle kan forholde sig til. Er der overensstemmelse mellem, hvad de fagprofessionelle ser, og det patienten oplever?

Udvælgelse af paneldeltagere

På auditmødet deltog to repræsentanter fra kommunerne, tre fra sygehuset og en fra almen praktiserende læger. På grund af afbud manglede der en repræsentant fra en af de tre kommuner i Silkeborgklyngen. De praktiserende læger kan siges at være forholdsvis underrepræsenteret, især taget i betragtning, at der blev talt meget om tovholderfunktionen og dennes indhold. Ved auditmødet blev det drøftet, hvorvidt der burde have været en person fra hjemmeplejen med ved mødet, eksempelvis en fra visitationen, for at kunne bidrage med deres vinkel på sagen. Forslaget er, at der indgår en person herfra til næste audit, da bl.a. kommunen skønner, at vedkommende vil kunne bidrage væsentligt til debatten. I overvejelserne kan det være relevant at tage stilling til, om KOL adskiller sig væsentlig fra diabetes og hjertekar, hvad angår kommunens indsats.

De tre auditforløb skal gerne være med til at kvalificere udvælgelsen af paneldeltagere, og i den endelige rapport vil der blive evalueret på relevansen af deltagerne.

5.5 Muligheder for belysning af snitflader og overgange mellem sektorerne

De drøftelser og anbefalinger, der fandt sted under auditforløbet, er ikke udtømmende, da de vil være præget både af valg af sager, af det indhentede sagsmateriale og af panelets sammensætning. Andre problemstillinger kunne således tænkes at være fremkommet ved drøftelse af andre sager og andre paneldeltagere. Samtidig er det tydeligt, at deltagerne inddrager både viden om de drøftede sager, som ikke fremgår af sagsmaterialet, og deres generelle faglige erfaringer med såvel andre sager som forløbsprogrammet, hvorfor resultaterne peger på, at de drøftede temaer og anbefalinger har generel relevans og er centrale for forløbsprogrammets praksis.

I afsnit 5.1 er redegjort for de temaer, der er fremkommet gennem første audit. Temaerne vurderes at være relevante temaer i forhold til implementering af Forløbsprogrammet for KOL. Audit synes derved at være en værdifuld metode til at arbejde med kvalitetsudvikling i forhold til samarbejdsflader og overgange mellem sektorerne i samarbejdet om patienter med KOL. I kraft af at drøftelserne udspringer af konkrete sager, bliver det specifikt og håndgribeligt for deltagerne at forholde sig til. Flere steder kommer de med konkrete forbedringsforslag, som handler om kvalitetssikring af overgange mellem sektorerne. Endvidere giver den deltagerne indblik i og forståelse for hinandens forskellige synsvinkler, hvilket kan være med til at styrke samarbejdet på sigt. Metoden vurderes derfor som brugbar.

Der er ikke behov for at justere selve vurderingsskemaet og den tilhørende manual til næste audit. Det der kan være i spil er, at spørgsmål som handler om overgange mellem hospital og de andre sektorer ikke vil være relevante, når sagen omhandler en patient, der

ikke har været indlagt. Løsningen kan være enten at udtage spørgsmålene i skemaet eller gøre opmærksom på i introduktionsbrevet til deltagerne, at de kan springe spørgsmålene over.

5.6 Hvad skal justeres til næste audit?

Folkesundhed og Kvalitetsudvikling anbefaler på baggrund af erfaringerne ved KOL-auditten at følgende aspekter ændres til næste audit.

Anbefalinger til justering af næste audit

- at styregruppen drøfter, hvorvidt næste audit inkluderer patienter med forskellige stadier af sygdommen
- at der indhentes journalmateriale fra eventuelle ambulante besøg
- at materiale fra lungeskole/diabetesskole/hjerterehabilitering indgår
- at hele journalen fra almen praksis rekvireres og sorteres af en praktiserende læge
- at en sundhedsfaglig person gennemgår og sorterer sagsmaterialet i kronologisk rækkefølge fra samtlige tre sektorer. Eventuelle irrelevante oplysninger sorteres fra. Folkesundhed og Kvalitetsudvikling anbefaler, at styregruppen udpeger en relevant person til opgaven
- at de praktiserende læger antalsmæssigt er bedre repræsenteret
- at det overvejes om en repræsentant for hjemmeplejen/visitationen kan inddrages i panelet og/eller om relevant materiale fra hjemmeplejen kan indgå som dokumentation på sagen
- at det tydeliggøres overfor leverandøren af sagsmateriale at anonymiseringen skal være fuldstændig
- at det sikres, at auditdeltagerne kan deltage i hele auditten. Information herom kan tydeliggøres ved rekruttering af deltagere
- at styregruppen drøfter, hvorvidt vurderingsskemaet og manual skal ændres til næste audit, herunder hvorvidt der i introduktionsbrevet kan informeres om, hvilke spørgsmål der evt. skal springes over, hvis patienten ikke har været indlagt.

6 Bilag

1. Vurderingsskema
2. Manual til udfyldelse af vurderingsskemaer

