

# **Undersøgelse af auditmetoden til styrkelse af det sundhedsfaglige samarbejde i Silkeborgklyngen - borgere med hjertekarsygdomme**

August 2011



## **Undersøgelse af auditmetoden til styrkelse af det sundhedsfaglige samarbejde i Silkeborgklyngen**

– borgere med hjertekarsygdomme

Pernille Bjørnholt Nielsen – [pernille.bjornholt@stab.rm.dk](mailto:pernille.bjornholt@stab.rm.dk)

Lisbeth Ørtenblad – [lisbeth.oertenblad@stab.rm.dk](mailto:lisbeth.oertenblad@stab.rm.dk)

Folkesundhed og Kvalitetsudvikling

Olof Palmes Allé 15

8200 Aarhus N

Telefon: 78 41 40 34

Publikationsnr. 11-009

© Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, 2011

# Indholdsfortegnelse

<b>1</b>	<b>BAGGRUND OG FORMÅL</b>	<b>1</b>
<b>2</b>	<b>ORGANISERING AF EVALUERINGEN</b>	<b>2</b>
<b>3</b>	<b>KONKLUSION FRA HJERTEKAR-AUDITTEN</b>	<b>3</b>
<b>4</b>	<b>AUDITMETODEN</b>	<b>6</b>
<b>5</b>	<b>ERFARINGER MED AUDITMETODEN I FORHOLD TIL KRONIKEROMRÅDET</b>	<b>9</b>
5.1	Anvendelse i forhold til implementering af forløbsprogrammet	9
	Temaer	9
5.2	Auditmetodens muligheder og begrænsninger	17
5.2.1	Deltagernes vurdering af audit	17
5.2.2	Metodemæssige udfordringer	17
	Sagsmaterialet	17
5.2.3	Muligheder for belysning af overgange og samarbejde mellem sektorerne	19
5.3	Hvad skal justeres til næste audit?	20
<b>6</b>	<b>BILAG</b>	<b>21</b>



# 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 den omfatter tre audits, et på hvert af de sygdomsområder, 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 Midtjylland<sup>1</sup>. 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 overgange og samarbejdsflader i patientens sygdomsforløb – mellem hospital, almen praksis og det kommunale sundhedsområde. Samtidig ønskes det afklaret, hvorvidt metoden er velegnet som forum for afklaring af 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 overgange og samarbejdsflader 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 hjertekar-området, specifikt borgere der har haft en blodprop i hjertet eller svær hjertekrampe. I maj 2011 er gennemført audit på KOL-området og i sensommeren gennemføres en audit på diabetes-området. Rapporterne offentliggøres løbende på Folkesundhed og Kvalitetsudviklings hjemmeside: [www.cfk.rm.dk](http://www.cfk.rm.dk).

---

<sup>1</sup> "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 auditter.

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 hjertekar-auditten

I det følgende sammenfattes konklusionen på baggrund af gennemførelse af projektets anden 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 hjertekarsygdomme. Auditten sætter spot på, hvorhenne der er udfordringer i samarbejdet mellem systemerne og sektorerne.

Auditten bringer samtidig lys over, hvor der er forbedringspotentiale 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. Samtidig giver det læring i forhold til egen organisation og skaber større indblik i og forståelse for deltagernes forskellige synsvinkler.

Resultaterne fra auditten bidrager med blandt andet konkrete forslag til ændring af praksis og løsning af nogle af de problematikker, der diskuteres. Samtidig bidrager auditten også med overvejelser, der kan arbejdes med fremadrettet i forhold til det videre arbejde med forløbsprogrammernes implementering.

Udfordringerne ved auditmetoden i denne sammenhæng handler især om, at det kan være vanskeligt både at afgrænse den tidsperiode som sagsbehandlingen skal dække samt at sikre relevant sagsmateriale, herunder at præsentere sagsmaterialet, så det bliver tilgængeligt og overkommeligt for paneldeltagerne at gennemgå det. Overblik og kronologi er centrale begreber.

Der er behov for en mindre justering af vurderingsskemaet i forhold til spørgsmål 1 og 7. Sidstnævnte ændring vedrører især audit på hjertekarsygdomsområdet, og gælder ikke nødvendigvis for KOL og diabetes. Endvidere foreslår paneldeltagerne, at tilføje et spørgsmål om kommunikation internt på hospitalet/hospitalerne.

De konkrete anbefalinger, som udspringer af auditten, er nævnt i den efterfølgende tabel 2. Anbefalingerne er opdelt efter undersøgelsens to formål, således at de konkrete forslag til at afdække om audit kan identificere og analysere overgange og samarbejde på tværs af de tre sektorer fremgår først, hvorefter de metodemæssige anbefalinger følger.

**Tabel 2: Anbefalinger på baggrund af gennemførelse af audit på hjertekarsygdomsområdet**

<b>Anbefalinger i forbindelse med implementering af forløbsprogrammet</b>	
<b>Område</b>	<b>Det anbefales</b>
<b>Handleansvar</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• at handleansvar tydeligt beskrives i udveksling af informationen mellem sektorerne <sup>*2</sup></li> <li>• at undgå parallelle forløb mellem almen praksis og sygehussektor (ambulatorium), eksempelvis ved et tydeligt samarbejde om, hvornår patienten ses de forskellige steder *</li> <li>• at tilføje et spørgsmål i vurderingsskemaet om kommunikation internt på hospitalet/hospitalerne</li> <li>• at handleansvaret og udøvelsen heraf fortsat drøftes – også internt i sektorerne.</li> </ul>
<b>Informationer mellem sektorer</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• at det drøftes hvilke informationer, der er nødvendige for at 'næste sektor' kan påtage initiativ og ansvar*</li> <li>• at det skriftlige materiale praktiserende læger modtager i den forbindelse har form af et kort statusnotat om, hvad der er foregået, og hvad patienten er overgået til, særlig med henblik på at få ansvarsfordelingen præciseret</li> <li>• at der indføres en praksis som sikrer, at egen læge får notater direkte fra hjerterehabilitering og diætist</li> <li>• at fortsætte de planlagte afslutningssamtaler ved patientens udskrivelse med henblik på at give et samlet billede af patientens status til praktiserende læger</li> <li>• at informationer fra hospitalets forskellige faglige dele samles i et dokument for at reducere risikoen for at det forsvinder eller ikke fremsendes ved overleveringer</li> <li>• at der i forbindelse med hospitalets rehabiliteringsindsats anvendes en træningsdagbog, som patienten fortsat kan arbejde med i den kommunale del af indsatsen.</li> <li>• at det drøftes, hvorledes beskrivende informationer om rehabilitering kan indgå, eksempelvis hvordan en patient forstår et budskab, og hvilke særlige udfordringer vedkommende har*</li> <li>• at Hjertebogen anvendes som vandrejournal</li> <li>• at der differentieres mellem patienter i forhold til graden af opsøgende støtte de skal have til at kunne drage omsorg for sig selv</li> <li>• at der i det skriftlige informationsmateriale til patienten fra hospitalet fremgår, at patienten skal kontakte egen læge med henblik på at øge sandsynligheden for at kontakt til praktiserende læge fastholdes regelmæssigt i forløbet.</li> </ul>
<b>Rehabilitering</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• at der i udvikling af forløbsprogrammet sættes fokus på udskrivning (overgang mellem hospital og kommune/praktiserende læge) med henblik på at styrke rehabiliteringsindsatsen</li> <li>• at der i hospitalsregi afsættes ressourcer til at faste personer henviser til rehabilitering med henblik på at undgå fejl ved at processen skal igennem flere læger</li> <li>• at sende statusnotat til patientens hjemsygehus i forbindelse med udskrivelse fra et større hospital for at sikre, at stafetten gives videre, ek-</li> </ul>

<sup>2</sup> \* : enslydende med anbefaling fra tidligere audit



	sempelvis til rehabiliteringsindsats.
<b>Tovholderfunktion</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• at der i lægepraksis anvendes 'pop-up'-vinduer eller andre elektroniske systemer med henblik på at understøtte aftaler og hvad der skal ske i henhold til forløbsprogrammerne</li> <li>• at udlevere sammenhængende statusnotater fra andre sektorer i forbindelse med afslutning af patienten til at støtte praktiserende lægers overblik over patientens status</li> <li>• at der i forbindelse med patienter med multisygdom fortsat drøftes, hvorledes arbejdsopgaver og ansvarsfordeling koordineres og afgrænses, så patienten ikke overbelastes med behandlinger, lægebesøg og rehabiliteringsopgaver.</li> </ul>
<b>Fremadrettet fokus</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• at øget fokus på udarbejdelse af langsigtede planer for patienten samt på formidling af dette område til 'næste led'</li> <li>• at bruge 'Hjertebogen' som vandrejournal</li> </ul>

<b>Anbefalinger til forberedelsen og gennemførelsen af audit</b>	
<b>Område</b>	<b>Det anbefales</b>
<b>Forberedelse af audit</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• at hele journalen fra almen praksis rekvireres og sorteres af en praktiserende læge*</li> <li>• at en sundhedsfaglig person gennemgår og sorterer sagsmaterialet i kronologisk rækkefølge fra samtlige tre sektorer. Eventuelle irrelevante oplysninger sorteres fra*</li> <li>• at der laves en kort sagsoversigt med nøgledatoer for eksempelvis indlæggelse, start på rehabilitering i kommunen og lignende som vedlægges sagsmaterialet. Det vil spare tid for gruppen som helhed med dette overblik. Folkesundhed og Kvalitetsudvikling anbefaler, at styregruppen udpeger en relevant (sundhedsfaglig) person til opgaven</li> <li>• at det tydeliggøres overfor leverandøren af sagsmateriale at anonymiseringen skal være fuldstændig *</li> <li>• at tydeliggøre i vejledningsskemaet at sagsmaterialet tager tid at gennemlæse og vurdere, og derfor bør bookes i egen kalender</li> <li>• at paneldeltagerne pr. mail adviseres om, at de modtager sagsmaterialet den pågældende dag</li> <li>• at styregruppen drøfter, hvorvidt vurderingsskemaet og manual skal ændres til næste audit i forhold til følgende punkter: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ved spørgsmål 1 tilføjes en forklaring af, hvad rettidig vil sige</li> <li>▪ ved spørgsmål 7 slettes "vedligeholdende træning" og erstattes med rehabilitering. Det bør her drøftes, om sidstnævnte rettelse udelukkende skal gælde specifik for hjertekar-vurderingsskemaet</li> <li>▪ tilføje et spørgsmål om kommunikation internt på hospitalet/hospitalerne</li> <li>▪ tilføje sidehenvisninger til forløbsprogrammet i vurderingsskemaet. CFK vurderer, at dette gøres bedst af en sundhedsfaglig person.</li> </ul> </li> </ul>

## 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 hjertekar-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. Deltagerne i panelet kan hver især bidrage med deres særlige viden, indsigt og erfaringer fra de udvalgte sager og øvrige sager. I alt deltog 12 personer ud over facilitatorerne. I tabel 3 vises en oversigt over deltagerne. En enkelt deltager var kun til stede kortvarigt i forløbet.

**Tabel 3: Paneldeltagere audit Hjertekarsygdomme**

Profession	Arbejdssted
Sundhedskonsulent	Favrskov Kommune
Specialkonsulent	Skanderborg Kommune
Koordinator	Silkeborg Kommune
Overlæge	Regionshospitalet Silkeborg
Afd. sygeplejerske	Regionshospitalet Silkeborg
Sygeplejerske	Regionshospitalet Silkeborg
Sygeplejerske	Regionshospitalet Silkeborg
Diætist	Regionshospitalet Silkeborg
Leder af medicinsk terapi	Regionshospitalet Silkeborg
Praksiskonsulent	Favrskov Kommune
Praksiskonsulent	Skanderborg Kommune
Praksiskonsulent	Silkeborg Kommune

Nogle af paneldeltagerne deltager i samtlige tre audits, mens andre kun deltager i en enkelt audit. Det vil primært være hospitalspersonale, som udskiftes, da medarbejdere herfra ikke arbejder med patienter fra alle tre diagnosegrupper. Hvis det ved projektets afslutning besluttes, at audit skal anvendes som metode til kvalitetssikring af forløbsprogrammerne,

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.

**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 hjertekarsygdomme" 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 havde en varighed på fire timer. Der blev gennemgået to sager, en sag fra Silkeborg Kommune og en fra Favrskov Kommune.

### **Etik**

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 med hensyn til de patienter, der indgår i sagerne. 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. Da dette er anden audit foreligger der allerede en række anbefalinger fra første audit på KOL-området. De steder hvor der er sammenfald af anbefalinger, er det markeret med en stjerne.

Panelets vurderinger af forløbene i sagerne bliver ikke systematisk gengivet i forhold til vurderingsskemaet, idet formålet er at præsentere deltagernes faglige drøftelser med henblik på at uddrage centrale temaer og anbefalinger til udvikling af praksis i forhold til forløbsprogrammet.

#### Temaer

Følgende temaer er udledt på baggrund af deltagernes diskussioner under auditmødet:

1. Handleansvar\*
2. Information mellem sektorerne
3. Rehabilitering\*
4. Tovholder\*
5. Langsigtede planer og fremadrettet fokus

Temaer markeret med en stjerne er temaer, som er sammenfaldende med temaerne fra første audit.

#### 1. Handleansvar

Et centralt punkt i forhold til implementering af forløbsprogrammet for hjertekarpatienter er handleansvaret. Ansvar for handling og fremdrift i forløbet – eller mangel på samme – er da også til debat flere gange under auditten. Ved første sag vurderes tydeligheden af handleansvaret hovedsageligt som nogenlunde tilfredsstillende blandt paneldeltagerne, mens handleansvaret i sag to generelt vurderes som mindre tilfredsstillende. Sagsmaterialet skaber afsæt for drøftelser af, hvor kvalitetssikringen og tydeligheden af ansvarsplaceringen bør styrkes.

Paneldeltagerne fremhæver gentagende gange, at de savner notater fra diætist. Aftaler og især opfølgning fra denne del af indsatsen bliver derfor ikke umiddelbart en del af behandlingsindsatsen. Det fremgår også af materialet, at patienten gerne vil i bedre fysisk form, men der findes ikke videre uddybning eller placering af handleansvar i forhold til, hvordan patienten støttes, og hvem der gør hvad. Et tredje emne paneldeltagerne tager op er, at patienten skal til kontrol efter én til tre måneder, men sagsmaterialet præciserer ikke, hvem der har ansvaret for, at det sker. Det fremgår samtidig, at medicineringen er vigtig, men ikke hvem der sikrer, at patienten tager den på den rette måde.

En anke fra lægernes side er, at det på grund af de mange og forskellige patientforløb kan være utroligt svært at skulle bevare et overblik og sørge for fremdrift i det enkelte forløb. Der kan derved være en vis risiko for, at der ikke bliver fulgt op på en række tiltag, som er sat i værk i forbindelse med patientens forløb i andre sektorer. Konkret kan der også være tale om, at den praktiserende læge slet ikke ser notaterne. Der gives flere eksempler på, hvordan lægerne i praksis orienterer sig i epikriser og ambulante notater fra hospitalet, men

hvis patienten kommer til konsultation, og de derfor har brug for at slå oplysningerne op, men ellers ikke gør det.

Forløbsprogrammet lægger op til en sideløbende kontakt i primær sektor udover aktuelle hospitalskontakt, men alle paneldeltagerne er ikke enige i, at det nødvendigvis er en god løsning, eller en løsning som effektueres pt. De nævner, at den sideløbende kontakt med egen læge og eksempelvis de mange ambulante besøg i forbindelse med rehabilitering i fase 2 kan betyde, at patienten belastes. Det er problematisk for erhvervsaktive patienter, og det betyder, at nogle måske vælger dele af behandlingen fra. Samtidig oplever en af de praktiserende læger, at det er vanskeligt at koordinere tiltag, og at forskellige dele af behandlingssektorerne derfor kommer til at overlappe hinanden.

Kommunikationen mellem hospitalerne er ikke formuleret som et spørgsmål i vurderingsskemaet, da fokus er på overgange mellem sektorerne. Nærværende audit synliggør dog et behov for at inkludere denne del af patientens forløb. I begge sager nævnes der forhold, hvor den interne kommunikation halter. Der henvises eksempelvis i notater fra hospitalet til videre behandling i hospitalsregi, men stafetten bliver ikke umiddelbart samlet op. Set fra patientens perspektiv er det afgørende, hvis opfølgning ikke sker, og ikke hvem der nødvendigvis har ansvaret herfor. Forløbsprogrammet lægger op til et koordineret forløb, hvor samarbejdet fungerer, og kan auditten belyse centrale hurdler i den interne kommunikation på hospitalet, er det panelets vurdering, at det er værd at overveje at medtage i næste audit. Konkret er der tale om henvisning fra flere hospitaler i regionen, hvor det ikke er tydeligt, hvem der har ansvaret for at følge op og sikre, at patienten indkaldes til rehabilitering. I nogle tilfælde kan det være den praktiserende læge, der så opdager, at der ikke er sket noget i forløbet.

Et andet eksempel på mangelfuld intern kommunikation i hospitalsregi er, at det fremgår af paneldeltagernes drøftelser, at der ikke er samme opfattelse af anvendelse af en vandrehenvisning mellem hjerteafdelingen og diætist. Det resulterer i, at målene for patienten ikke bliver nedskrevet og videreformidlet. På auditmødet bliver det herved tydeligt, at hensigten og informationen på tværs af afdelingerne bliver opfattet forskelligt blandt afsender og modtager, hvilket præciserer et behov for fælles klarhed over, hvem der gør hvad, og i hvilken form informationen videregives.

#### Det anbefales

- at handleansvar tydeligt beskrives i udveksling af informationen mellem sektorerne \*
- at undgå parallelle forløb mellem almen praksis og sygehussektor (ambulatorium), eksempelvis ved et tydeligt samarbejde om, hvornår patienten ses de forskellige steder \*
- at tilføje et spørgsmål i vurderingsskemaet om kommunikation internt på hospitalet/hospitalerne
- at handleansvaret og udøvelsen heraf fortsat drøftes – også internt i sektorerne.

\* Enslydende med anbefaling fra tidligere audit

## 2. Informationer mellem sektorer

### *Information mellem hospital og almen praksis*

Et centralt tema i paneldeltagernes diskussioner er informationsflow i tilknytning til patientens overgange mellem sektorerne. Især kommunikationen mellem hospital og praksis fylder meget i deltagernes drøftelser af de konkrete sager. Sagsmaterialet vidner om en stor mængde informationer. Med udgangspunkt i, hvad formålet med kommunikationen mellem hospital og almen praksis er, drøfter deltagerne, hvorledes informationerne kan gøres hensigtsmæssig i forhold til såvel indhold som mængde. Paneldeltagerne giver udtryk for, at formålet bør være, at den praktiserende læge som varetager af en tovholderfunktion får mulighed for at have overblik over forløbet og patientens status. De praktiserende læger italesætter flere gange, at de får tilsendt alt materiale i ubearbejdet stand i form af ambulatorienotater, epikriser, journaler m.m. – ”det ryger ukritisk ud til os, og vi har svært ved at få det læst igennem”, som en af lægerne formulerede det. Det opleves på den ene side som information, der kan være vanskelig at overskue og forholde sig til med henblik på den praktiserende læges videre ansvar for konkrete opfølgninger og handlinger. På den anden side er det nødvendigt at vide, hvad der er foregået med patienten. Lægerne giver udtryk for, at det er en fordel at modtage materialet løbende, fordi de så får informationerne hurtigt. Det har især betydning ved de accelererede patientforløb, hvor patienten ofte kontakter egen læge imellem hospitalsbesøg. Konklusionen er, at de omfattende mængder af materiale er et nødvendigt onde set fra de praktiserende læges perspektiv. Lægerne nævner dog, at det kunne være hensigtsmæssigt med en mere bearbejdet form frem for et flow af al det skriftlige materiale, der produceres i hospitalsregi. Eksempelvis i form af et kort statusnotat om, hvad der er foregået og hvad patienten er overgået til, også med henblik på at få ansvarsfordelingen præciseret. Desuden savnes i sagsmaterialet begrundelser for nogle af de iværksatte handlinger.

Den anden del af diskussionerne om informationsflow mellem hospital og almen praksis vedrører det materiale, som tilsyneladende ikke tilgår praktiserende læger. Eksempelvis modtager den praktiserende læge ikke informationer om samtaler med diætisten, så det bliver vanskelig for lægen at bakke op om, hvad der her er sat i gang i forbindelse med indlæggelser og ambulante besøg. En af paneldeltagerne nævner, at man i materialet fra diætisten kan se, at der er problemer forbundet med patientens kost allerede i tilknytning til forløbsprogrammets fase 2 periode, hvilket formentlig vil fortsætte i fase 3. Det er således et problem, der kan fortsætte i lang tid, både fordi den praktiserende læge ikke er informeret om den del af hospitalets indsats, og fordi det ikke er tydeligt, hvad der skal gøres og hvilken instans, der bakker op om det. Det viser sig også, at notater fra hjerterehabilitering ikke automatisk tilgår patientens praktiserende læge. Kommunen får besked, men ikke egen læge, hvorved informationen heller ikke er at finde i sagsmaterialet. Paneldeltagerne er enige i, at det er uhensigtsmæssigt. Samtidig har det være opfattelsen blandt hospitalspersonalet, at det skete automatisk, hvorved flere deltagere er meget overrasket over, at det faktisk ikke forholder sig, som de troede. Flere af de deltagende praktiserende læger efterlyser på den baggrund fortsatte drøftelser af, hvilke ting, der er de væsentlige og rigtige at få med i overlevering af det skriftlige materiale.

Hospitalspersonalet nævner, at de kan blive bedt om skrive journal eller videreformidle materiale vedrørende patienter, som de ikke personligt har kendskab til, og at det kan være en del af årsagen til ovennævnte problemstilling. De planlægger og er så småt startet med

at indføre afslutningssamtaler ved patientens udskrivelse. Samtalerne skulle gerne give et samlet billede af patientens status, og derfor formentlig være medvirkende til at råde bod på disse problematikker. De praktiserende læger er positivt stemt overfor idéen.

### ***Informationer mellem hospital og kommune***

I drøftelse af begge sager fremgår det, at kommunerne savner informationer, når de skal følge op på rehabiliteringsforløb, som har fundet sted i hospitalsregi. De nævner eksempelvis informationer om kost og samtaler med diætisten, patientens psykiske tilstand og samtaler angående denne, fysioterapeutnotater og præcision af medicinlister. De efterlyser også information om fremadrettede planer. Paneldeltagerne genkender situationen fra deres hverdag i de kommunale rehabiliteringsforløb. De løser problemet ved at drøfte det med patienten, men i forhold til at følge op på hospitalets behandlinger ville sådanne informationer være hensigtsmæssige. De foreslår, at informationer fra hospitalets forskellige faglige dele af den samlede behandling samles i et dokument for at reducere risikoen for at det forsvinder eller ikke fremsendes ved overleveringer. Derudover foreslås en træningsdagbog, som patienten fortsat kan arbejde med i den kommunale del af indsatsen.

### ***Informationer mellem praktiserende læge og kommune:***

I forhold til kommunikation mellem kommune og praktiserende læge peges der primært på, at det er væsentlig at give den praktiserende læge besked, når forløbet hos kommunen er afsluttet. Derudover kan informationerne med fordel suppleres med oplysninger om fremadrettede handlinger og patientens ønsker til støtte fra den praktiserende læge. Ellers fremhæves informationerne fra kommunen som værende faktuel, det vil sige hvad er der foretaget, hvad er resultaterne, hvad skal der ske? – ”de informationer vi kan have brug for, for at kunne håndtere patienten videre”, som en af de deltagende læger siger.

### ***Information til patienter og pårørende***

Det er generelt for materialet i begge sager, at det ikke fremgår, om der har været samtale med patient og pårørende eller hvad patienterne er informerede om, bortset fra en diætistsamtale. Deltagerne drøfter, at meget samtale med patienter ligger implicit i sagen, og at det er vanskeligt specifikt at dokumentere patient-/pårørendeinformationer. Begrebet kan tillægges forskellige aspekter: samtykke, medinddrage, formidle, og der er desuden forskel på, om informationer vedrører behandlingen eller rehabiliteringen. Et forslag er at differentiere mellem disse dele, således at information vedrørende behandling ligger implicit i samværet med patienten og kan forudsættes at være konsistent med, hvad der fremgår af journalen. I forhold til rehabilitering er det derimod væsentligt at ’næste led’ ved, hvad der er drøftet med patienten, og især hvordan patienten har opfattet det, der er sagt, og hvad der på den baggrund skal støttes op om. En af paneldeltagerne nævner i den forbindelse, at Hjertebogen er velegnet som vandrejournal i den forbindelse.

Nogle af paneldeltagerne påpeger, at det er væsentligt at informere patienten om, hvilket forløb man kan forvente. En del af hospitalsrepræsentanterne i panelet fortæller, at deres erfaring er, at patienter føler, at de er på et åbent hav uden at vide, hvem der har ansvaret og hvor de skal hen. Det er derfor vigtigt for alle parter i de tre sektorer, at være opmærksom på at informere om forløbet, og hvad man som patient kan forvente.

En del af paneldeltagerne nævner flere gange ’patientfaktoren’, i den forstand at det generelt bør forventes, at patienter selv er aktive og opsøgende, eksempelvis sørger for at



komme til aftalte kontroller, ved afbud sørger for at aftale nye tider mv. De deltagende læger mener ikke, at det kan forventes, at lægerne er opsøgende i forhold til patienterne. Der er blandt paneldeltagerne lidt forskellige holdninger til det aspekt, idet især de kommunale sundhedskonsulenter vurderer, at der blandt patienter er forskellige behov og ressourcer. Nogle skal støttes til i højere grad at kunne drage omsorg for sig selv, eksempelvis ved at medarbejdere er opsøgende eller formulerer til 'næste led', hvad der fortsat skal støttes op om. For at sikre større sandsynlighed for, at patienten kontakter egen læge, foreslår en af paneldeltagerne, at der i informationsmaterialet fra hospitalet til patienten står et par linjer herom.

#### **Det anbefales**

- at det drøftes hvilke informationer, der er nødvendige for at 'næste sektor' kan påtage initiativ og ansvar\*
- at det skriftlige materiale praktiserende læger modtager i den forbindelse har form af et kort statusnotat om, hvad der er foregået, og hvad patienten er overgået til, særlig med henblik på at få ansvarsfordelingen præciseret
- at der indføres en praksis som sikrer, at egen læge får notater direkte fra hjerterehabilitering og diætist
- at fortsætte de planlagte afslutningssamtaler ved patientens udskrivelse med henblik på at give et samlet billede af patientens status til praktiserende læger
- at informationer fra hospitalets forskellige faglige dele samles i et dokument for at reducere risikoen for at det forsvinder eller ikke fremsendes ved overleveringer
- at der i forbindelse med hospitalets rehabiliteringsindsats anvendes en træningsdagbog, som patienten fortsat kan arbejde med i den kommunale del af indsatsen.
- at det drøftes, hvorledes beskrivende informationer om rehabilitering kan indgå, eksempelvis hvordan en patient forstår et budskab, og hvilke særlige udfordringer vedkommende har\*
- at Hjertebogen anvendes som vandrejournal
- at der differentieres mellem patienter i forhold til graden af opsøgende støtte de skal have til at kunne drage omsorg for sig selv
- at der i det skriftlige informationsmateriale til patienten fra hospitalet fremgår, at patienten skal kontakte egen læge med henblik på at øge sandsynligheden for at kontakt til praktiserende læge fastholdes regelmæssigt i forløbet.

\* Enslydende med anbefaling fra tidligere audit

### **3. Rehabilitering**

Rehabiliteringsindsats er et væsentligt fokusområde i forløbsprogrammerne. I lighed med foregående audit om KOL fremgår det af paneldeltagernes diskussioner, at det er en udfordring at få et samarbejde, der imødekommer en rehabiliteringstankegang til at fungere. I denne audit vedrørende hjertekarsygdomsområdet giver det sig udslag i, at der er vanskeligheder og udfordringer forbundet med at føre sagerne fra en fase af forløbet til en anden, det vil sige primært at overgå til rehabilitering efter endt behandling.

I drøftelse af sagsmaterialet finder deltager rehabiliteringsindsatsen mindre tilfredsstillende, både fordi det ikke tydeligt indgår i de langsigtede planer, og fordi der går for lang tid, før patienten tilbydes en rehabiliteringsindsats. I en af sagerne synes problematikken særligt at knytte sig til den måde, patienten er kommet 'ind i systemet' på – nemlig via en speciallæge. Ved begge sager er der tillige knyttet en hospitalsproblematik som en væsent-

lig årsag til problemstillingen, idet overgange mellem i dette tilfælde Skejby Sygehus og patientens hjemsygehus ikke er velfungerende. Paneldeltagerne giver udtryk for, at det handler om det behandlingsmæssige fokus, og at rehabilitering typisk ikke er i højsæde på Skejby Sygehus. Det fremgår, at det både skyldes, at fokus på Skejby Sygehus primært er på behandling og ikke rehabilitering, og at der i forhold til de patienter, der indgår i forløbsprogrammerne, er udfordringer i forhold til en smidig kommunikation og informationsoverførsel mellem hospital og internt i hospitalsregi.

Deltagerne finder, at det er et generelt problem for patienter, der udskrives fra andet sygehus end deres hjemsygehus. Ifølge forløbsprogrammet er det hospitalet, der skal henvise til rehabilitering i fase 2 af forløbet, men deltagerne nævner, at det i praksis ikke tydeligt fremgår, og derfor er der risiko for at "disse patienter ofte falder mellem to stole", som en deltager formulerer det. Stafetten gives ikke tydeligt videre, og erfaringen blandt paneldeltagerne er, at informationerne ofte enten går tabt eller at der informeres til patientens praktiserende læge om, at patienten bør indkaldes til rehabilitering. Derved kan indkaldelsesprocessen forsinkes i meget lang tid, blandt andet fordi den praktiserende læge ikke nødvendigvis ser patienten i forlængelse af en udskrivelse. Derudover 'fanges' rehabiliteringsindsatsen ikke ved kontrolbesøg hos praktiserende læge eller på sygehuset, hvor det ellers formodes, at man ville være opmærksom på en fraværende rehabiliteringsindsats.

#### Det anbefales

- at der i udvikling af forløbsprogrammet sættes fokus på udskrivning (overgang mellem hospital og kommune/praktiserende læge) med henblik på at styrke rehabiliteringsindsatsen
- at der i hospitalsregi afsættes ressourcer til at faste personer henviser til rehabilitering med henblik på at undgå fejl ved at processen skal igennem flere læger
- at sende statusnotat til patientens hjemsygehus i forbindelse med udskrivelse fra et større hospital for at sikre, at stafetten gives videre, eksempelvis til rehabiliteringsindsats.

#### 4. Den praktiserende læge som tovholder

Forløbsprogrammets intentioner følges ikke helt i de to sager i forhold til de praktiserende lægers funktion som tovholder. I lighed med den tidligere afholdte audit om KOL drøfter deltagerne også her, hvad der ligger i tovholderrollen, og hvad man kan forvente af den praktiserende læge i den forbindelse. Paneldeltagernes diskussioner vedrører dels kliniske/behandlingsmæssige aspekter og dels funktionen som tovholder i form af overblik, koordinering og ansvar for fremdrift af forløbene.

I forhold til det første punkt savner en del af paneldeltagerne, at der er systematik med kontrolbesøgene hos den praktiserende læge, idet det ud fra materialet ser ud som om ikke alle kontrolbesøg gennemføres, eller at der går for lang tid imellem kontrolbesøgene. Paneldeltagerne diskuterer i den forbindelse, om der er en patientfaktor involveret, det vil sige, at patienten ikke sørger for at møde til kontrolbesøgene eller at aftale nye konsultationer i forbindelse med afbud. De drøfter, om de praktiserende læger bør være opsøgende i sådanne situationer. Nogle mener, at det ikke kan forventes, og at patientens eget ansvar bør betones, mens andre fremfører, at der især blandt ressourcetsvage patienter bør være ekstra opmærksomhed og støtte. En af de kommunale sundhedskonsulenter nævner, at det er en del af forløbsprogrammernes intentioner at støtte patienten i aktiv deltagelse og

egen omsorg, og det er væsentlig i de enkelte sager at afklare, hvilket behov for støtte patienten har, og hvem der har ansvaret for det. Paneldeltagerne vurderer, at det er naturligt, at den praktiserende læge som en del af tovholderrollen har den funktion. Det vil give god mening for både for patienter og deres praktiserende læger, at mødes med fastlagte tidsintervaller, således at begge parter er orienteret og kan handle på den aktuelle situation. En af de praktiserende læger nævner, at det især gør sig gældende i forbindelse med afslutningen af forløbsprogrammets enkelte faser. Konklusionen er at 'pop-up'-vinduer, der i lægekonsultationen fungerer som remindere, vil være en god hjælp til at understøtte aftaler, og hvad der skal ske i henhold til forløbsprogrammerne.

Generelt er det dog paneldeltagernes vurderinger af de to sager, at almen praksis lever op til tovholderrollen i forhold til medicinske og kliniske aspekter, men at det fungerer knap så tilfredsstillende i tilknytning til rehabiliteringsfokus samt overblik over og fremdrift af forløbet. I den ene af sagerne går der for langt tid inden patienten tilbydes rehabiliteringsforløb, og ved begge sager går der generelt for lang tid mellem kontakterne til patienterne. Der synes at mangle et overblik, og at nogen påtager sig ansvar for fremdrift i forløbet. En af lægerne fremfører, at tovholderrollen er en meget vanskelig position, som det kan være svært at leve op til. For den praktiserende læge er der mange områder og diagnoser, hvor de forventes at spille en central rolle som tovholder, og det er krævende, særlig fordi mange sager er komplicerede med langvarige forløb og mange aktører involveret. Derudover kan kontakt med patienten være relateret til andre ting end lige præcis den diagnose, som er knyttet til et forløbsprogram. Funktionen som tovholder anfægtes ikke, men detaljeringsgraden drøftes. Lægerne mener, de bør være orienterede om, hvad der foregår, og hvad status for patienten er, men at de ikke nødvendigvis skal forholde sig til detaljer i behandlings- eller rehabiliteringsplaner. For at lette dette arbejde kan sammenhængende statusnotater fra andre sektorer i forbindelse med afslutning af patienten være en hjælp. Desuden nævnes, at en væsentlig støtte til at kunne påtage sig en funktion som tovholder er elektroniske systemer, der giver besked om på hvilke områder, og hvornår der skal følges op.

Samtidig understreger lægerne også, at deres funktion som tovholder ikke frikender aktører i andre sektorer for et ansvar for at sikre fremdrift i forløbet. Det bliver eksempelvis nævnt, at det er væsentlig ved enhver afslutning af patienten, at medarbejderen sikrer, at der gives samlet information videre til næste led.

Der synes at være en særlig udfordring, når det drejer sig om patienter med multisygdom. Paneldeltagerne nævner flere gange, at det her er vanskeligt at afgrænse arbejdsopgaver og ansvarsfordeling, at koordinere, så patienten ikke overbelastes med behandlinger, lægebesøg og rehabiliteringsopgaver og at sikre, at der handles sammenhængende og ensartet. Spørgsmålet har været drøftet også ved den tidligere gennemførte audit, og det synes at være et område, som fortsat kræver særlig fokus.

#### Det anbefales

- at der i lægepraksis anvendes 'pop-up'-vinduer eller andre elektroniske systemer med henblik på at understøtte aftaler og hvad der skal ske i henhold til forløbsprogrammerne
- at udlevere sammenhængende statusnotater fra andre sektorer i forbindelse med afslutning af patienten til at støtte praktiserende lægers overblik over patientens status
- at der i forbindelse med patienter med multisygdom fortsat drøftes, hvorledes arbejdsopgaver og ansvarsfordeling koordineres og afgrænses, så patienten ikke overbelastes med behandlinger, lægebesøg og rehabiliteringsopgaver.

### 5. Langsigtede planer og fremadrettet fokus

Helt centralt i diskussionen står også paneldeltagernes kommentarer om, at de savner langsigtede planer og/eller planer for opfølgende handlinger som konsekvens af de iværksatte undersøgelser og behandlinger i hospitalsregi. Generelt er der informationer om, hvad der er gjort, men ikke om, hvad de fremadrettede planer bør være. Et konkret eksempel er, at rehabiliteringsinitiativer ved begge de drøftede sager som nævnt ikke fremgår i det materiale, de praktiserende læger har modtaget. Andre eksempler er, at det nævnes, at patienten skal have målt eksempelvis puls, blodtryk, kolesterol eller andet, men det fremgår ikke, hvem der gør det, hvornår det skal gøres eller hvorfor. Også diætist samarbejde og den sygeplejefaglige indsats savnes i de fremadrettede planer.

Paneldeltagerne giver udtryk for, at hver sektor generelt gør, hvad der kan forventes i forhold til de informationer, de har adgang til, men sammenhænge relateret til at sørge for fremdrift og fremadrettede handlinger i henhold til forløbsprogrammet savnes. Hjerkebogen, som er patientens bog, hvor handlinger, planer og mål bør fremgå, kunne være vel-fungerende som vandrejournal, som patienten medbringer til praktiserende læge mv.

#### Det anbefales

- at øget fokus på udarbejdelse af langsigtede planer for patienten samt på formidling af dette område til 'næste led'
- at bruge 'Hjerkebogen' som vandrejournal

## **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 metode-mæssige 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.

### **5.2.1 Deltagernes vurdering af audit**

Paneldeltagerne giver udtryk for, at de oplever auditmetoden som et givtigt redskab til formålet. Drøftelser med udgangspunkt i konkrete sager giver deltagerne et stort fagligt udbytte. Endvidere nævnes, at det opleves som meget lærerigt, at en patient fra egen praksis indgår som sag.

Udfordringen i forhold til forløbsprogrammerne er, at der er tre sektorer i spil. Deltagerne fremhæver det som en fordel, at auditmetoden giver repræsentanter fra sektorerne let adgang til hinanden. I denne sammenhæng drøftes ligeledes hvordan resultaterne og drøftelser om det ideelle forløb kan formidles og kanaliseres ud i bredere kredse.

Nogle deltagere påpeger løbende, at de kan have svært ved at svare på spørgsmålene, fordi de ikke har indblik i andre faggruppers og sektors arbejde. Formålet med at sætte deltagerne sammen er dog, at få andre fagpersoners vurderinger og få flere forskellige perspektiver belyst. Sammensætning af et tværfagligt frem for monofagligt panel giver ofte et mere nuanceret indblik på problemstillingen. Samtidig er formålet med dette projekt netop, at sætte fokus på hele forløbet på tværs af sektorer. Det er dog ikke udsædvanligt, at der vil være enkelte spørgsmål, som ikke alle kan svare på.

Der efterspørges spørgsmål om kommunikationen mellem hospitalerne og mellem almen praksis og hospital. Sidstnævnte er dækket af et spørgsmål om handleansvaret mellem hospital og almen praksis og et spørgsmål om tovholderfunktionen (sp. 3 og 12, bilag 1). En mulighed er, at tilføje et yderligere spørgsmål om overgange mellem almen praksis til hospital.

Nogle paneldeltagere udtrykker ønske om ikke at modtage sagsmaterialet som anbefalet post for at spare portoudgifter. Folkesundhed og Kvalitetsudvikling må dog fastholde proceduren om anbefalet post af hensyn til anonymiteten, så længe sagsmateriale ikke er fuldstændig anonymiseret.

Der nævnes som en fordel, at det er udefrakommende som faciliterer processen.

### **5.2.2 Metodemæssige 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 skal 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? Konkret til hjertekar-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.

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.

Den praktiserende læge er blevet bedt om at fremskaffe det sagsmateriale, som er relevant i forbindelse med AKS sygdommen. På grund af for dårlig kopieret materiale bad Folkesundhed og Kvalitetsudvikling om at få en ny kopi af sagsmaterialet, og det viste sig, at det tilsendte sagsmateriale var mere omfattende i anden omgang. Der var bl.a. materiale tilbage fra 2008, hvilket ikke blev sendt videre til deltagerne, men derudover også supplerende lægejournalmateriale. Det supplerende materiale blev eftersendt til paneldeltagerne, men forskel på omfanget af materiale, når der efterspørges præcist det samme, sætter fokus på vigtigheden af udvælgelsen og afgrænsningen af sagsmaterialet. Her er det meget relevant, at en sundhedsfaglig person vurderer materialet.

En anden udfordring vedrørende sagsmaterialet er, at paneldeltagerne ikke nødvendigvis er vant til at læse de andre sektors dokumenttyper, hvilket for nogle skabte lidt forvirring i forberedelsesfasen. Eksempelvis blev håndskrevne notater fra hospitalet tolket som interne notater, og blev derfor ikke vurderet som et notat ud af huset. Da misforståelsen blev afklaret på auditmødet, blev afkrydsningen af et konkret spørgsmål efterfølgende revurderet. Andre eksempler på manglende overskrifter blev drøftet. Tydeligere overskriftsmarkering af sagsmaterialet kan være en løsning, således at der står hvem afsender og modtager er.

For at sikre relevansen af sagsmaterialet er det auditpanelets anbefaling, at en sundhedsfaglig person kigger sagsmaterialet igennem og sorterer det. En kort skematisk oversigt med nøgledatoer kan endvidere være en god hjælp. Kronologien i forløbet skal samtidig være tydelig. Ved denne audit i modsætning til første audit har sagsakter fra de tre sektorer været placeret således, at kronologien har været styrende, hvilket vil sige, at sagsmateriale fra den praktiserende læge eksempelvis har været placeret mellem materialet fra hospitalet. 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 om 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. Anonymitet i forhold til både borger, men også personale anbefales.

Endvidere blev der efter sagsgennemgangen rejst tvivl om, hvorvidt sag nr. 1 var en AKS-patient, og dermed reelt var omfattet af forløbsprogrammet. Patienten viste sig at være diagnosticeret med iskæmisk hjertesygdom, men da paneldeltagerne vurderer, at de samme instanser er i spil ved begge typer, og at der er tale om samme 'grundsygdom', indgår sagen og kommentarerne hertil i rapporten alligevel. De drøftelser, der har rejst sig i diskussionen har været meget relevante for forløbsprogrammet, eksempelvis at information om samtale med diætist eller rehabilitering ikke tilgår praktiserende læge.

### **Udvælgelse af paneldeltagere**

På auditmødet deltog tre repræsentanter fra kommunerne, seks fra hospitalet og tre fra almen praktiserende læger. Hospitalets store antal skyldes involvering af flere afdelinger i forbindelse med behandling og hjerterehabilitering. Folkesundhed og Kvalitetsudvikling anbefaler, at der for hver sygdomstype tages løbende stilling til relevansen af repræsentationen.

### **Vurderingsskemaet**

Der var enkelte spørgsmål i vurderingsskemaet som deltagerne vurderede som irrelevant/manglende dokumentation. Det gælder i sag 1 for spørgsmål 6, 7 og 10. Vurderingen er foretaget ud fra de enkelte sager og gælder ikke på det generelle plan. For sag 2 gælder det spørgsmål 5 og 6.

Endvidere blev der drøftet muligheden for at inkludere et ekstra spørgsmål, som er målrettet kommunikationen internt på hospitalet. Det blev, som tidligere nævnt, vurderet som et relevant spørgsmål at forholde sig til. Især i de sager hvor noget går galt, og det derved kan være en hjælp til at se, hvor det går galt henne. Det kan eksempelvis være, at patienten ikke bliver henvist videre.

## **5.2.3 Muligheder for belysning af overgange og samarbejde 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 denne audit. Temaerne vurderes at være relevante temaer i forhold til implementering af Forløbsprogrammet for hjertekarsygdomme. Audit synes derved at være en værdifuld metode til at arbejde med kvalitetsudvikling i forhold til samarbejdsflader og overgange mellem sektorerne i samarbejdet om borgere med hjertekarsygdomme. I kraft af at drøftelserne udspringer af konkrete sager, bliver det specifik og håndgribeligt for deltagerne at forholde sig til. Flere steder kommer de med konkrete forbedringsforslag, som handler om kvalitetssikring af overgange mellem sektorerne. Der bliver stillet forslag til konkrete ændringer af praksis, som bliver vendt i panelet. Flere af deltagerne får "aha"-oplevelser og bliver bevidste om at den praksis, de troede var gældende, rent faktisk ikke er det. Det giver derved også læring om egen organisation. Eksempelvis viser det sig, at personalet er af den opfattelse, at bestem-

te oplysninger fra hospitalet går videre til praktiserende læge, men reelt sker det ikke. Endvidere giver auditten deltagerne indblik i og forståelse for hinandens forskellige synsvinkler, hvilket kan være med til at styrke samarbejdet på sigt.

For nogle paneldeltagere kan det skabe bekymring og en oplevelse af at være til eksamen, når der gennemgås sager med egne patienter. Denne audit vidner om, at det netop ikke er tilfældet, men at der opstår bevidsthed og læring ikke kun om andres praksis på tværs af sektorerne, men også om egen praksis. Auditten bliver et redskab til at sætte spot på systemets svagheder i et læringsperspektiv, hvor der fremadrettet kan tages hånd om løsningen af udfordringerne.

Metoden vurderes derfor som meget brugbar til formålet.

### 5.3 Hvad skal justeres til næste audit?

Folkesundhed og Kvalitetsudvikling anbefaler på baggrund af erfaringerne ved hjertekar-auditten at følgende aspekter ændres til den sidste audit.

#### Anbefalinger til justering af næste audit er

- 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\*
- at der laves en kort sagsoversigt med nøgledatoer for eksempelvis indlæggelse, start på rehabilitering i kommunen og lignende som vedlægges sagsmaterialet. Det vil spare tid for gruppen som helhed med dette overblik. Folkesundhed og Kvalitetsudvikling anbefaler, at styregruppen udpeger en relevant (sundhedsfaglig) person til opgaven
- at det tydeliggøres overfor leverandøren af sagsmateriale at anonymiseringen skal være fuldstændig \*
- at tydeliggøre i vejledningsmaterialet at sagsmaterialet tager tid at gennemlæse og vurdere, og derfor bør bookes i egen kalender
- at paneldeltagerne pr. mail adviseres om, at de modtager sagsmaterialet den pågældende dag
- at styregruppen drøfter, hvorvidt vurderingsskemaet og manual skal ændres til næste audit i forhold til følgende punkter:
  - ved spørgsmål 1 tilføjes en forklaring af, hvad rettidig vil sige
  - ved spørgsmål 7 slettes "vedligeholdende træning" og erstattes med rehabilitering. Det bør her drøftes, om sidstnævnte rettelse udelukkende skal gælde specifik for hjertekar-vurderingsskemaet
  - tilføje et spørgsmål om kommunikation internt på hospitalet/hospitalerne
  - tilføje sidehenvisninger til forløbsprogrammet i vurderingsskemaet. CFK vurderer, at dette gøres bedst af en sundhedsfaglig person.

\* Enslydende med anbefaling fra tidligere audit



## **6 Bilag**

1. Vurderingsskema
2. Manual til udfyldelse af vurderingsskemaer

