

Undersøgelse af auditmetoden til styrkelse af det sundhedsfaglige samarbejde i Silkeborgklyngen - borgere med diabetes TYPE 2

Oktober 2011



Undersøgelse af auditmetoden til styrkelse af det sundhedsfaglige samarbejde i Silkeborgklyngen

– borgere med diabetes TYPE 2

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

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

Folkesundhed og Kvalitetsudvikling

Olof Palmes Allé 15

8200 Aarhus N

Telefon: 78 41 40 34

Publikationsnr. 11-016

© Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, 2011

Indholdsfortegnelse

1	BAGGRUND OG FORMÅL	1
2	ORGANISERING AF EVALUERINGEN	2
3	KONKLUSION FRA DIABETES-AUDIT	3
4	AUDITMETODEN	6
5	ERFARINGER MED AUDITMETODEN I FORHOLD TIL KRONIKEROMRÅDET	9
5.1	Anvendelse i forhold til implementering af forløbsprogrammet	9
5.2	Auditmetodens muligheder og begrænsninger	15
6	BILAG	20

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 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 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 diabetesområdet, specifikt diabetes type 2. I maj 2011 er gennemført audit på KOL-området og i sensommeren indenfor hjertekarområdet. Rapporterne offentliggøres løbende på Folkesundhed og Kvalitetsudviklings hjemmeside: www.cfk.rm.dk².

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

² Specifikt på:
(<http://www.rm.dk/sundhed/organisation/center+for+kvalitetsudvikling/publikationer/sundhed>)

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
Anja Beth Skaarup Kristensen	AC-fuldmægtig	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. Der har været forskellige repræsentanter for Hospitalsenheden Silkeborg i projektperioden.

3 Konklusion fra diabetes-audit

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

Formålet med auditten er 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 bidrage til kvalitetsudvikling i forhold til forløbsprogrammerne.

Diabetesauditten har vist at det er muligt at belyse problematikker og mulige løsninger i tilknytning til overgange og samarbejdsflader på tværs af de tre sektorer. Især belyses den skriftlige kommunikations faldgrubber og mangler i forhold til overlevering af relevante informationer til næste sektor.

Udfordringerne i forhold til implementering af forløbsprogrammet synes at være manglende eller ufokuseret information, når patienten interagerer med flere sektorer.

Auditten præciserer nogle af de steder, hvor overleveringen enten ikke lever op til forløbsprogrammet beskrivelser, eller hvor beskrivelserne kan tolkes forskelligt. Derudover præciseres, hvor og hvilke typer af informationer i tilknytning til overgange, der kan udvikles for at optimere samarbejde om patientens forløb.

Konkret kan der på baggrund af diabetesauditten udledes en række anbefalinger til forbedring af journalmaterialet fra kommune og hospital. Overskuelighed, strukturering og prioritering af vigtige oplysninger er her centrale nøgleord. Inddragelse af psykosociale aspekter og mere bløde værdier er endvidere ønskværdigt. Endelig efterspørges målbeskrivelser og plan for videre forløb for at 'næste sektor' bedst muligt kan overtage handleansvar og støtte patienten i fremdrift af forløbet.

Auditmetoden vurderes anvendelig som et bidrag til udvikling og implementering af forløbsprogrammet. Det er tydeligt, at det giver et øget kendskab til og indblik i hinandens fagområder, måder at tilrettelægge arbejdet på og bevæggrunde for de valg, der er foretaget i de diskuterede sager. Derudover viser drøftelserne af de konkrete sager problematikker og mangler i forhold til intentionerne med Forløbsprogrammet. Det giver anledning både til konkrete løsningsforslag, som kan effektueres med det samme samt udviklingsforslag på længere sigt.

Udfordringen ved gennemførelse af audit er at det er tidskrævende, både at planlægge audit og at forberede sig til deltagelse i audit. Det er en stor koordineringsopgave at finde relevante sager og sagsmateriale på tværs af de tre sektorer, og det er derfor nødvendigt at prioritere en sådan opgave. Derudover kan det være en stor opgave at samle og sortere sagsmaterialet, så det giver mening at læse, herunder mulighed for overblik over forløbet.

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 diabetesområdet

Anbefalinger i forbindelse med implementering af forløbsprogrammet	
Område	Det anbefales
Journalmateriale	<ul style="list-style-type: none"> ▪ at det drøftes hvilke informationer, der er nødvendige for at 'næste sektor' kan påtage initiativ og ansvar*. Det foreslås, at der indholdsmæssigt inkluderes psykosociale aspekter af betydning for fremdriften i patientens forløb ▪ at der er opmærksomhed på at reducere/fjerne gentagelser af samme information ▪ at der formmæssigt både i hospitals- og kommunalt regi arbejdes med bedre overskuelighed, fx i form af overskrifter/fremhævelse af det vigtige. Herunder mulighed for brug af en fast struktureret skabelon/tekst ▪ at der arbejdes med at gøre de ambulante notater mere overskuelige i forhold til patienter med flere diagnoser
Et fremadrettet fokus	<ul style="list-style-type: none"> ▪ at der i overlevering af status mellem sektorerne inkluderes målbeskrivelser for patienten med henblik på at styrke det fremadrettede fokus. Målbeskrivelserne skal fremstå som konkrete beskrivelser, samt forslag til hvad man fremadrettet kan gøre for at indfri målene ▪ at der sættes realistiske mål, som det skønnes er mulige for patienten at opnå
Kontinuitet	<ul style="list-style-type: none"> ▪ at der arbejdes på at reducere ventetiden fra beslutning til påbegyndelse af kursus i kommunalt regi, dog under hensyntagen til at holdstart tilrettelægges, så det passer deltagerne bedst muligt, da det forventes, at borgeren prioriterer fremmøde i kursets 12 uger ▪ at målbeskrivelser, status for processen og fremadrettede planer indgår som en del af overleveringen til næste sektor ▪ at det overvejes hvorvidt en konklusion og videre plan kan indgå i journalmaterialet
Støtte og motivation til patienter	<ul style="list-style-type: none"> ▪ at afklare psykosociale barrierer for at nå målene som en forudsætning for at kunne støtte og motivere patienten til at nå sine mål ▪ at motivere patienten til at nå sine mål ved at anvende en kognitiv terapeutisk tankegang i patientsamarbejdet ▪ at betone patientens egen vilje som en forudsætning for at skabe forandringer og nå mål

Anbefalinger til forberedelsen og gennemførelsen af audit	
Område	Det anbefales
Audit som metode i tværsektoriel kontekst	<ul style="list-style-type: none"> ▪ at anvende generelle vurderingsskemaer på tværs af diagnosegrupper, da det er for tidskrævende at udarbejde specifikke skemaer, og de nuværende skemaer indfanger muligheden for at diskutere overgange og samarbejde mellem sektorer ▪ at ordet planlægning i spørgsmål 15 og 17 i vurderingsskemaet ændres til overlevering ▪ at der er opmærksomhed på, at det er en udfordring at afgrænse alt relevant materiale på tværs af tre sektorer. ▪ at mange mundtligt overleverede informationer ikke fremgår af journalmateriale, hvorfor det kan være vanskeligt at drage nuancerede konklusioner alene på baggrund af det tilgængelige materiale. En læge, som kender den patient sagsmaterialet vedrører, kan deltage i auditten som en hjælp til at nuancere diskussionerne ▪ at en sundhedsfaglig person koordinerer, gennemgår og sorterer sagsmaterialet i kronologisk rækkefølge fra samtlige tre sektorer* ▪ at der er opmærksomhed på, at det er en tidskrævende opgave både at indsamle materiale og forberede sig til audit ▪ at det er nødvendigt at alle bidrager til besvarelse af vurderingsskemaet og drøftelser uanset faglige baggrund og sektorplacering ▪ at audit faciliteres af to personer med hhv. en sundhedsfaglig baggrund og en anden faglig baggrund <p>* Enslydende med anbefaling fra tidligere audit</p>

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 diabetespatienter 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 otte personer ud over facilitatorerne. I tabel 3 vises en oversigt over deltagerne. To sundhedskonsulenter fra henholdsvis Favrskov Kommune og Skanderborg Kommune var ligeledes inviteret, men blev forhindret i at deltage. Det samme gælder for praksiskoordinator i Skanderborg Kommune. For en af sagerne deltog endvidere den praktiserende læge, som patienten er tilknyttet. Denne læge deltog, fordi vedkommende havde vist interesse for projektet.

Tabel 3: Paneldeltagere audit diabetes

Profession	Arbejdssted
Koordinator	Silkeborg Kommune
Overlæge	Regionshospitalet Silkeborg
Afd. Sygeplejerske	Regionshospitalet Silkeborg
Sygeplejerske	Regionshospitalet Silkeborg
Diætist	Regionshospitalet Silkeborg
Praksiskonsulent	Favrskov Kommune
Praksiskonsulent	Silkeborg Kommune
Praktiserende læge	Silkeborg Kommune

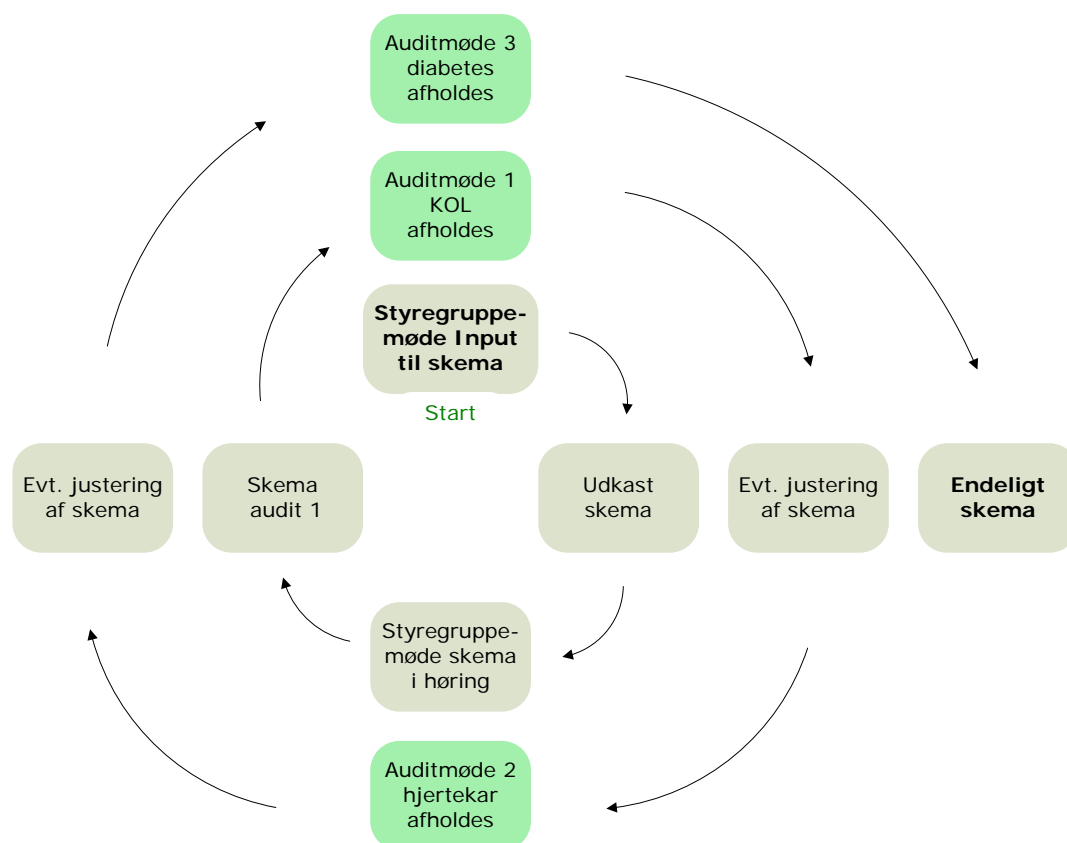
Nogle af paneldeltagerne deltager i samtlige tre audits, mens andre kun deltager i en enkelt audit. Det vil primært være hospitalspersonale, som udskiftes, da medarbejdere herfra ikke arbejder med patienter fra alle tre diagnosegrupper. Hvis det ved projektets afslutning besluttet, at audit skal anvendes som metode til kvalitetssikring af forløbsprogrammerne, er det i projektbeskrivelsen foreslået, at de gennemgående repræsentanter skal overtage Folkesundhed og Kvalitetsudviklings rolle som facilitator af audits. Det er imidlertid en be-

slutning, der skal tages på baggrund af såvel projektets erfaringer og de økonomiske og organisatoriske rammer.

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 sendt materialet videre til en sundhedsfaglig paneldeltager til auditten. Vedkommende har haft til ansvar at sortere materialet, som Folkesundhed og Kvalitetsudvikling efterfølgende har kopieret og udsendt sammen med manual og vurderingsskema.

Vurderingsskemaet (bilag 1) indeholder en række 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 samarbejdsflader 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 vurderinger og eventuelt supplerende 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 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, begge fra Silkeborg 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 tredje audit foreligger der allerede en række anbefalinger fra de første audit på KOL og hjertekarsygdomsområdet. De steder hvor anbefalingerne indgår i en tidligere rapport, 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. De to sager adskiller sig fra hinanden ved at den ene sag udelukkende indbefatter kontakt mellem almen praksis og kommunen, mens den anden sag indbefatter kontakt mellem almen praksis og hospitalet. Sagerne og sagsmaterialets omfang er vurderet af paneldeltagerne til at være typiske.

Temaer

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

- 1) Journalmateriale
- 2) Et fremadrettet fokus
- 3) Kontinuitet i forløbet
- 4) Støtte og motivation til patienter

Journalmateriale

Paneldeltagerne er optaget af, hvordan den skriftlige kommunikation på tværs af sektorerne kan forbedres. Med udgangspunkt i den ene sag, hvor der er kontakt fra kommune til almen praksis, vurderes epikrisen forholdsvis positivt, men der er ønsker til optimering af den skriftlige informations indhold og form.

Indholdsmæssigt debatteres, hvor meget eller lidt kommunen bør skrive om diabetespatienten. Kommunen vægter at skrive så lidt som muligt, og ønsket er her at gøre nøglefaktorer tydelige og præcise. Flere af paneldeltagerne har indvendinger mod, at der er informationer, som gentages. Det interessante er, at paneldeltagerne gennem deres forskellige faglige optikker lægger vægt på forskellige aspekter i journalmaterialet. Der er ikke enighed om, hvilke informationer, der tolkes som givtig information. Eksempelvis står der, at patienten skal huske "at give plads til at have fritid og luft i planerne". En holdning fra en sygehusrepræsentant er, at dette er tom snak, der med fordel kan skæres væk, mens en anden holdning fra almen praksis er, at det netop er en betydningsfuld bemærkning, fordi der fortælles noget, hvad der er væsentligt for patienten. Informationen anses i sidste tilfælde som en overleveringsinformation fra den ene sektor til den anden, der vil kunne bruges som nyttig indgangsvinklen i samtalen med patienten i form af opfølgning på, hvordan patienten selv mener, det går med det konkrete eksempel. Sådanne informationer kan hjælpe almen praksis til at støtte og videreudvikle de beslutninger, der er taget i kommunalt regi.

En anke fra flere paneldeltagere er, at der mangler oplysninger om de psykosociale aspekter. Konkrete og objektive informationer er oplistet med undtagelse af uddannelsesniveau og rygerstatus. Men flere efterspørger information om de mere 'bløde værdier', og i en form som er direkte uden at det kræver videre udledning af, hvad der står. Oplysninger herom vurderer deltagerne som brugbare i forhold til at kunne bedømme patientens ressourcer og kompetencer - er der fx særlige forhold eller hændelser i livsforløbet for patienten, som den sundhedsfaglige person bør tage hensyn til. I relation hertil betragter en af de praktiserende læger det som vigtigt, at der redegøres for de ressourcer patienten vurderes at have, og derved deres forventede evne til at nå målene for deres forløb.

De tre sektorer ser og oplever patienten i ganske forskellige situationer. Til auditmødet drøftes, hvorledes sådanne erfaringer kan bruges på tværs af sektorerne. Eksempelvis efterspørger de praktiserende læger information om, hvorledes patienten agerer i et rehabiliteringsøjemed hos. Hvordan engagerer patienten sig i træningen og hvilken tilgang går de til træning med? Er der særlige forhold, som spiller ind i forhold til deres vilje og formåen? Kommunen får et mere dybtgående kendskab og en viden om andre facetter hos patienten ved at være sammen med dem i selve træningssituationen, og det ønsker de praktiserende læger at kunne drage nytte af gennem det notat, som kommunen skriver.

Med hensyn til formen af epikrisen (og andet materiale) foreslår paneldeltagerne, at informationen præsenteres på en måde, der gør den mere overskuelig. Det vil betyde at informationerne bedre kan anvendes, og større sandsynlighed for at de bliver anvendt. Konkret foreslår paneldeltagerne, at gøre brug af flere overskrifter, fremhæve væsentlige keywords og skære ned på gentagelser. Brug af en skabelon med standardiseret tekst, der kan redigeres mere eller mindre i fra patient til patient er på tale. En af deltagerne foreslår en model delt op i tre afsnit:

1. oplysninger om psykosociale forhold
2. hvilke resultater er opnået: hvad var udgangsværdierne på relevante parametre, og hvad er de nu
3. hvilke mål er der for den næste periode, og hvordan kan man arbejde videre med dem

Ligeledes er kommunikationen fra hospital til almen praksis til debat. Her er der ønske om at fremhæve de aspekter, der er essentielle for den praktiserende læge at vide om patientens besøg på hospitalet. En kort afsluttende tekst målrettet den praktiserende læge er et konkret forslag i denne forbindelse.

Bedre overskuelighed er samtidig et tema for vurderingen af journalmaterialet fra hospital til almen praksis. En opdeling af teksten på diagnoser debatteres her. For de praktiserende læger kan det virke forvirrende, at flere diagnoser sammenblandes i teksten. Samtidig er der forslag om, at der kommer to notater til den praktiserende læge. Et afslutningsnotat når diabetesskolen slutter og et andet vedrørende patientens diabetes. Hospitalslægen har dog den indvending mod forslaget, at en patient ikke kan afsluttes to gange, hvorfor et samlet notat er nødvendigt.

Generelt er der lidt forvirring i forbindelse med vurderingen af epikriserne (spørgsmål 2 i vurderingsskemaet) fordi overskriften "epikrise" også bruges i forbindelse med ambulante notater. 'Ambulant epikrise' og 'epikrise' forekommer på samme side i udskrifterne. En

forbedring af praksis på dette område er derved et forslag fra paneldeltagerne. Deltagerne drøfter også, at der er sket en ændring i praksis i tilknytning til indførelse af EPJ, således at ambulatorienotater nu føres i en kategori, der hedder 'post'. Det betyder, at det bliver vanskeligt for den praktiserende læge, både at se hvor notatet kommer fra, og at koordinere de forskellige informationer.

Det interessante er deltagernes debat om, hvornår en epikrise er rettidig. Der diskuteres forskellige tidsfrister, og hvorvidt der overhovedet findes en standard for ambulante notater. Konklusionen er, at epikrisen skal komme inden for en vis tidsfrist for at det giver mening og bliver muligt at handle på epikrisen. Udfordringen er de tilfælde, hvor patienten møder op hos praktiserende læge, før epikrisen er modtaget.

Det anbefales

- at det drøftes hvilke informationer, der er nødvendige for at 'næste sektor' kan påtage initiativ og ansvar*. Det foreslås, at der indholdsmæssigt inkluderes psykosociale aspekter af betydning for fremdriften i patientens forløb
- at der er opmærksomhed på at reducere/fjerne gentagelser af samme information
- at der formmæssigt både i hospitals- og kommunalt regi arbejdes med bedre overskuelighed, fx i form af overskrifter/fremhævelse af det vigtige. Herunder mulighed for brug af en fast struktureret skabelon/tekst
- at der arbejdes med at gøre de ambulante notater mere overskuelige i forhold til patienter med flere diagnoser

Et fremadrettet fokus

Kommunikation som fordrer, at næste led i kæden er "klædt på" til at overtage opgaven, hænger sammen med et fremadrettet fokus og fremdrift i processen. Fokus på den videre proces, når patienten overgår fra en sektor til den næste, er da også et andet centralt tema i diabetesauditten. I drøftelserne af sagsmaterialet bliver det tydeligt, at målbeskrivelser for patienten er et område med forbedringspotentiale. Eksempelvis efterspørges information om, hvad patienten har opnået de første 12 uger ved deres deltagelse på et kommunalt kursus samt oplysninger om, hvad patientens fokusområder er pt. Konkrete eksempler på en stafet, der kan gives videre fra den kommunale sektor til almen praksis, er information i forbindelse med rygestopkursus eller vægttab. Dette vil give den praktiserende læge mulighed for samtidig at kunne støtte og motivere patienten undervejs i forløbet. Sikring af denne information vil samtidig skabe bedre kontinuitet i forløbet, hvilket er et tema der uddybes efterfølgende. Generelt efterspørges beskrivelser af konkrete og 'håndfaste' mål, og hvad der fremover er planen.

I forbindelse med formulering af konkrete mål for patienten præciseres, at en beskrivelse af, hvordan patienten vil opnå målene ligeledes er meget relevant. I denne sammenhæng er nogle af deltagerne meget optaget af, at der sættes realistiske mål for den enkelte. Små skridt betragtes i denne sammenhæng som bedre end slet ingen. Det er bedre at nedsætte rygning, hvis ophør ikke er en mulighed end at der ingenting sker, og det bedre at opnå et mindre vægttab, hvis det optimale vægttab ikke skønnes muligt.

Målbeskrivelser i forbindelse med overgang fra hospital til almen praksis italesættes ligeledes, eksempelvis ved ønske om mål i forbindelse med kontakt til diætisten. Dilemmaet er

her dog, at diætisten kun ser patienten i forbindelse med undervisningen i Diabetesskolen, og ikke ved de individuelle samtaler.

Det anbefales

- at der i overlevering af status mv. mellem sektorerne inkluderes målbeskrivelser for patienten med henblik på at styrke det fremadrettede fokus. Målbeskrivelserne skal fremstå som konkrete beskrivelser, samt forslag til hvad man fremadrettet kan gøre for at indfri målene
- at der sættes realistiske mål, som det skønnes er mulige for patienten at opnå

Kontinuitet

Et tredje tema, som kommer frem i diabetesauditten, er kontinuitet i forløbet. Patienten kan i sit behandlingsforløb skifte frem og tilbage mellem sektorerne flere gange. Når en patient videregives til næste sektor, kan det have interesse for den sektor, som har overleveret patienten, at få besked om, hvordan det så gik efterfølgende med de indsatser, som næste sektor sætter i værk.

I forbindelse med de ambulante notater efterspørges en afsluttende plan, som tydeliggør, hvilke mål patienten har nået, og hvor vedkommende er i forløbet. På den ene side efterspørger de praktiserende læger i højere grad en plan for videre forløb, men på den anden side er der samtidig tale om, at de kun orienterer sig i epikriser og ambulante notater fra hospitalerne og ikke læser alt, hvad der står. Det vil samtidig afhænge af, hvorvidt patienten kommer til konsultation i almen praksis. Et forslag går på, at der skrives en kort plan samt en konklusion på de ambulante besøg.

Kontinuitet for patienten er også i spil. Blandt de praktiserende læger er der forslag om, at når patienten henvises til fx motionstilbud i kommunen kan ventetiden reduceres. Dette kan ske gennem et øget samarbejde mellem almen praksis og kommunen, hvor fremdriften i processen prioriteres. Det fremføres dog fra kommunalt regi, at det er væsentligt, at tidspunktet for holdstart tilpasses kursusdeltagerne, så de, af hensyn til kontinuitet i fremmøde, kan prioritere stabil deltagelse i kursets 12 uger.

I forlængelse heraf drøfter paneldeltagerne også, hvordan man samlet set kan bidrage til at patienten er "på rette sted i rette tid", dvs. at aktiviteter og ansvar for patienten er i den sektor hvor det aktuelt giver mening for patientens tilstand og ressourcer. Eksempelvis undrer de praktiserende læger sig over, at patienten, som synes velreguleret og ikke er voldsomt syg, befinder sig i hospitalsregi i en periode, som overskrider varigheden af Diabetesskolen. Ressourcemæssigt vil det være mere hensigtsmæssigt at overføre sådanne patienter, der ikke kræver en specialist indsats, til almen praksis eller kommunalt forløb, argumenteres der. Hospitalet fremhæver, at der ikke er tale om ventetid, fordi Diabetes-skolen ikke består af et to-dages kursus, men af et forløb i diabetescentret, hvorfor ansvaret er placeret i hospitalsregi i denne periode. Fra lægepraksis side foreslås det i forlængelse heraf, at praksis for at undgå overlap og dobbelt arbejde ikke behøver at lave diabeteskontroller i den periode.

Paneldeltagerne bemærker, at denne drøftelse et godt eksempel på, at audit bliver et forum, som bidrager til et øget kendskab til hinandens arbejdsområder og måder at organisere arbejdet på. En af paneldeltagerne bemærker, at det er en understregning af, hvor

vigtig det er at formidle viden til kollegaer om, hvad der foregår i øvrige sektorer, eksempelvis diabetesskolen, når de medarbejdere, som er involveret i udvikling af forløbsprogrammerne, fortsat oplever et udbytte af udveksling af viden og informationer mellem de tre samarbejdende sektorer.

Målbeskrivelser, planer og konklusioner vil i givet fald øge samarbejdet på tværs af sektorerne, og gøre det lettere for den som aktuelt har handleansvaret at støtte patienten i fortsættelse af forløbet. En anden måde at skabe kontinuitet på er, at hospitalet eller kommunen skriver forslag til almen praksis om fremadrettede planer, så gode råd og anbefalinger bliver en del af overleveringen. Budskabet er her, at det er op til den praktiserende læge om vedkommende finder det relevant at følge rådene og i øvrigt også har ordinationsretten, men informationen kan være nyttig i forhold til, hvad anden sektor har tænkt. Der er ikke fuldstændig enighed herom, da en paneldeltager fra hospitalet mener, at handleansvaret ligger hos egen læge, og det ikke er nødvendigt med disse informationer. Valg af informationer i journalmaterialet (jf. tidligere tema) har således samtidig betydning for kontinuiteten.

Endelig drøfter paneldeltagerne overgange mellem hospitalssektoren / diabetescentret og kommunale tilbud i forhold til at skabe kontinuitet. Det fremføres, at der ikke har været kontakt til kommunen efter patientens afslutning i Diabetesskolen. Hospitalspersonalet giver udtryk for, at de kan blive bedre til at skrive om- og hvordan de har drøftet rehabilitering i kommunalt regi med patienten. Men de fleste af paneldeltagerne er enige i, at det for mange patienters vedkommende vil være u hensigtsmæssigt med kommunale tilbud i umiddelbar forlængelse af diabetesskolen. Der er erfaring for, at mange ikke kan magte det, og at der kan være brug for pauser mellem de forskellige tiltag. Nogle patienter er også så velregulerede og velfungerende efter et diabetesforløb, så det af ressourcemæssige grunde ikke vil give meningen at tilbyde kommunalt rehabiliteringsforløb.

Det anbefales

- at der arbejdes på at reducere ventetiden fra beslutning til påbegyndelse af kursus i kommunalt regi, dog under hensyntagen til at holdstart tilrettelægges, så det passer deltagerne bedst muligt, da det forventes, at borgeren prioriterer fremmøde i kursets 12 uger
- at målbeskrivelser, status for processen og fremadrettede planer indgår som en del af overleveringen til næste sektor
- at det overvejes hvorvidt en konklusion og videre plan kan indgå i journalmaterialet

Støtte og motivation til patienter

I tilknytning til paneldeltagernes diskussion af fastsættelse af realistiske mål for patienten og handleansvar i den forbindelse drøftes, hvordan patienten bedst muligt motiveres til at opnå de aftalte mål, og hvorledes patientens eget ansvar bedst aktiveres. Der er bred enighed om, at det er en meget vanskelig proces, og erfaringen er, at det ikke lykkes ret tit, eksempelvis at opnå et varigt vægttab. Paneldeltagerne drøfter, hvad der skal til for at patienten har mulighed for at nå de mål, som vedkommende fastsætter i forbindelse med deltagelse i Diabetesskolen eller det kommunale rehabiliteringstilbud, og hvordan især den praktiserende læge bedst understøtter det.

Det er nødvendigt at sektorerne samarbejde for at kunne støtte patienten i at nå sine mål. Igen understreges betydningen af præcise og kortfattede informationer om, hvad der er aftalt med patienten, hvad der pt. skal ske, information om psykosociale Formidling af sådanne informationer skønnes af de fleste paneldeltagere væsentlige for at kunne støtte og motivere patienten i opfyldelse af sine mål, netop fordi de forskellige sektorer i kraft af deres forskellige ansvars- og arbejdsområder har kendskab til forskellige sider af patientens kompetencer, formåen og egenskaber. Deltagerne betoner, at der ikke skal være tale om omfangsrige informationer, men blot understrege det som en konklusion på et forløb.

Paneldeltagerne giver endvidere udtryk for, at der kan være et behov for at afklare psykosociale barrierer for at nå målene hos den enkelte patient. En af deltagerne foreslår, at den praktiserende læge i højere grad skal tænke i kognitivt terapeutiske baner som en vej til at støtte patienten i at nå sine mål. I forlængelse heraf fremfører diætisten, at rådgivningsarbejdet ikke er tilstrækkeligt i sig selv, selvom mange patienter sætter pris på det. Men erfaringen er, at det ikke nødvendigvis fører til noget, og der savnes hverdagsdimensioner og kendskab til patienten. Den type relationer er vanskelig at opnå i sygehusregi, fremhæves det.

Patientens eget ansvar og egen vilje fremhæves som en nødvendig forudsætning for at kunne skabe ændringer og nå mål. Deltagerne er enige i, at det er nødvendigt overfor patienten at introducere dette aspekt på mere tydelig og direkte vis. Det er vigtigt, at formidle til patienten, at det er nødvendigt at gøre op med sig selv, om man vil gøre noget, og hvad man kan og vil opnå i kraft af sin egen vilje. Der henvises til motivationscirklen, hvor det blandt andet understreges, at det motiverende samarbejde skal tilrettelægges i små portioner og gennem lang tid, indtil patienten befinder sig i en fase, hvor det er muligt at mobilisere egen vilje. Som en af lægerne siger: "Vi har løst problemer ved at give medicin, men patienten skal selv gøre noget, hvis det skal virke".

Flere af paneldeltagerne fremfører, at resourcesvage grupper af patienter udgør en særlig udfordring her.

Det anbefales

- at afklare psykosociale barrierer for at nå målene som en forudsætning for at kunne støtte og motivere patienten til at nå sine mål
- at motivere patienten til at nå sine mål ved at anvende en kognitiv terapeutisk tankegang i patient-samarbejdet
- at betone patientens egen vilje som en forudsætning for at skabe forandringer og nå mål

5.2 Auditmetodens muligheder og begrænsninger

Et af projektets formål er at undersøge, hvorvidt auditmetoden er velegnet til at medvirke til kvalitetsudvikling og til at understøtte implementering af forløbsprogrammerne på kronikerområdet. Nedenstående redegøres for paneldeltagernes vurdering af de metodemæssige udfordringer samt auditmetodens anvendelighed. Afslutningsvis sammenfattes de ændringsforslag, som denne audit giver anledning til at anbefale.

5.2.1. Metodemæssige udfordringer

Udformningen af vurderingsskemaet, fremskaffelse af sagsmaterialet og dets beskaffenhed samt tidsfaktoren fremhæves af paneldeltagerne som centrale metodemæssige udfordringer.

Vurderingsskemaet

Deltagerne drøfter skemaets mulighed for at indfange relevante problematikker. Der er lidt forskellige holdninger til dette. En del af paneldeltagerne mener, at spørgsmålene i vurderingsskemaerne er for generelle til at kunne vurdere kvaliteten af det arbejde der udføres med hensyn til samarbejde og overgange mellem sektorer. Vurderingsskemaet opleves således af nogle som for rigtigt, og spørgsmålene for svære at besvare, i forhold til at kunne drage nuancerede konklusioner af diskussionerne alene på baggrund af spørgsmålene i skemaet. Eksempelvis har det ikke været muligt at besvare en stor del af spørgsmålene, fordi de ikke har været relevante i forhold til det aktuelle sagsmateriale, eksempelvis fordi ikke alle sektorer har været involveret. Derimod er vurderingen, at spørgsmålene giver anledning til gode diskussioner, og at skemaet derfor er velfungerende som ramme og afsæt til drøftelserne.

Deltagerne drøfter også, om vurderingsskemaet skal udformes specifikt til den diagnosegruppe, der drøftes, og eventuelt tilrettes det aktuelle sagsmateriale, så eksempelvis irrelevante spørgsmål iht. det aktuelle sagsmateriale udelades. Nogle mener, det i så fald ville være lettere og mere overskueligt at forholde sig til spørgsmålene. De fleste giver dog udtryk for, at det er mest hensigtsmæssigt at anvende samme skema på tværs af diagnosegrupper, netop fordi generelle spørgsmål er relevante som afsæt til en diskussion. Enkelte paneldeltagerne bemærker, at skemaer, der meget specifikt er målrettet aktuelt sagsmateriale, risikerer ikke at invitere til nuancerede meningsudvekslinger.

Skemaet synes således at fungere tilfredsstillende som katalysator for gode og relevante diskussioner. Svarene på spørgsmålene – dvs. hvor man placerer sit kryds i vurderingsskemaet – er for så vidt underordnet, da det kun fungerer som igangsætter af meningsudvekslinger. Det fremføres således, at paneldeltagerne ikke ville have drøftet temaerne på så detaljeret og nuanceret vis uden at tage afsæt i skemaets spørgsmål. Selve ordlyden i spørgsmål 15 og 17 giver anledning til forvirring. Spørgsmål 15 lyder: "Vurder kommunens planlægning af patientens videre forløb til almen praksis". Paneldeltagerne er enige i, at ordet planlægning bliver misvisende i denne kontekst. I stedet taler de om muligheden for at skrive overlevering eller status.

Endelig nævnes det, at det, i tilfælde af beslutning om videreførelse af audit som led i kvalitetsudvikling af forløbsprogrammer, vil være en kompliceret og tidskrævende opgave at redigere vurderingsskemaer til aktuelt sagsmateriale ved hver ny audit.

Sagsmaterialet

Ved denne audit har det været forsøgt, at en sundhedsfaglig person har organiseret materialet, blandt andet for at sikre en kronologisk rækkefølge, frasortere oplysninger der er nævnt flere gange i forskelligt journalmateriale mv. De deltager som har været med ved flere audits mener, at det tydeligt afspejles i at materialet er blevet mere overskueligt, og at det er meget nemmere at læse.

Paneldeltagerne fastslår, at det er en metodemæssig udfordring, at sagsmaterialet ikke udtømmende beskriver, hvad der rent faktisk er sket i de enkelte forløb. Det kan derfor være vanskeligt at give en reel vurdering af forløbene. Her tænker deltagerne især på, hvad der betegnes som 'bløde værdier', hvilke informationer der er videregivet til patient og pårørende, hvordan informationer er videregivet og modtaget etc. En af deltagerne siger eksempelvis, at det let kan ende i gætteri, når man må nøjes med at forholde sig til, hvad der tilfældigvis er skrevet om eksempelvis 'bløde værdier' frem for viden om, hvordan sager konkret er håndteret.

Derudover er der tvivl, om sagsmaterialet indbefatter alt relevant tilgængeligt materiale. Eksempelvis fremgår det, at de praktiserende lægers diabetesprofil indeholder mange relevante informationer i forhold til de emner der drøftes, men profilerne er ikke medtaget som en del af sagsmaterialet. Sygehusmedarbejdere nævner i forlængelse heraf, at der har været for kort tid til at finde materiale og få accept af patienten til at benytte vedkommendes journalmateriale mv. Vurderingen er derfor, at materialets beskaffenhed meget let kan blive tilfældigt og for lidt systematisk.

Begge de her nævnte indvendinger er en generel problematik, som også har været drøftet ved de tidligere gennemførte audit. Sagsmaterialet er et helt centralt afsæt for deltagerne drøftelser, idet det udgør dokumentationen for auditten. Det synes således fortsat at være en udfordring både at koordinere og at afgrænse relevant materiale i forhold til de tre sektorer.

Samtidig gælder det, at når flere personer indsamler materialet og styregruppemedlemmerne måske skal igennem flere led af kolleger for indhentning af dokumenter forlænger det indsamlingsperioden. I den pågældende audit nævner deltagerne, at der har været for lidt tid fra de modtog materialet til afholdelse af auditten, så de har ikke haft mulighed for at forberede sig tilstrækkeligt.

5.2.2. Muligheder for at belyse samarbejde og overgange mellem sektorer

Paneldeltagerne peger på en række områder, hvor auditmetoden kan sætte spot på samarbejdet mellem sektorer med diabetes patienter og være med til at udvikle samarbejdet på tværs og ikke mindst forbedre egen praksis. Læring om egen organisation har ligeledes været et udbytte paneldeltagerne har fået. Efterfølgende fremhæves de væsentligste konklusioner i forhold til metoden muligheder i en tværsektoriel kontekst.

Betydning af konkrete sagsforløb

Der er blandt deltagerne enighed om, at auditmetoden generelt set er værdifuld som et bidrag til udvikling og implementering af forløbsprogrammet. Flere kalder det 'en øjenåbner' at deltage, fordi drøftelserne af de forskellige sager giver indblik i hinandens arbejdsområder og måder at organisere arbejdet på. Det fremhæves, at netop diskussionernes

afsæt i konkrete sager og forløb tydeliggør problematikker og forbedringspotentialer i relation til samarbejde og overgange mellem sektorerne. Barrierer, mangler og forbedringsmuligheder for at skabe sammenhængende forløb bliver herved tydelig, frem for når intentionerne drøftes på et generelt niveau, hvilket eksempelvis er tilfældigt i forbindelse med udarbejdelse af forløbsprogrammerne. Der er således enighed om at case-studierne er velegnede og nødvendige for at få fokus på problemer i overgange og samarbejdsflader. Gennem konkrete teksteksempler fra sagsmaterialet bliver det endvidere tydeligt i denne audit at samme tekst tolkes vidt forskelligt i forhold til debatten om fyld versus værdifuld tekst. Generelt fremkommer der konkrete ændringer, som kan iværksættes med det samme, så deltagerne oplever det som øjeblikkeligt virkningsfuldt.

Deltagerne fortæller desuden, at det er usædvanligt, at alle tre sektorer har mulighed for mødes samtidig. Audit tilvejebringer en sådan mulighed, og deltagerne vurderer, at det er gavnligt for udvikling af samarbejdet, fordi de på tværs af sektorerne får lejlighed til at afdække både hinandens konkrete måder at håndtere arbejdsopgaverne på samt bevæggrunde for dette. Det giver en forståelse, som er et godt og positivt afsæt for forslag til ændringer og forbedringer. De giver udtryk for, at forventninger til hinanden herved kan afstemmes, og man kan drøfte, hvad der skal til, for at de respektive sektorer løser deres opgaver bedst muligt. Flere af deltagerne nævner endvidere, at det bidrager til værdifuld viden internt i systemet i forhold til ting, der kan udvikles og forbedres.

Deltagerne understreger, at det er en metode, som er udbytterig, men som selvfølgelig ikke kan stå alene i forhold til kvalitetsudvikling af forløbsprogrammerne.

Betydning af paneldeltagerne

Flere af paneldeltagerne, som har deltaget i samtlige tre audit, fremhæver, at det fremmer diskussionernes dybde, at der ikke er for stort et antal deltagere. Det bliver for tungt, hvis der er for mange, og alle skal udtale sig om alt. Det er derfor væsentlig, at man nøje overvejer, hvem der bedst kan repræsentere relevante arbejdsområder inden for de tre sektorer. Det er eksempelvis ikke nødvendigt, at der deltager flere personer med samme fagområde i hver sektor, som det har været tilfældet i nogle af de afholdte audit. Ca. otte personer synes at være et passende antal i forhold til både at repræsentere relevante vinkler og samtidig ikke være flere, end at alle kan komme til orde og få drøftet problemstillinger i dybden.

Samtidig blev det understreget, at det er nødvendigt, at alle paneldeltagere forholder sig til alle spørgsmål uanset, hvilken faglig baggrund man har, og i hvilken sektor man er placeret. Afhængig af dette vil man selvfølgelig have en mere eller mindre velbegrundet argumentation og indsigt, men formålet er netop at få indsigt i hinandens fagområder, bevæggrund for handlinger og samarbejdsflader, hvorfor man som deltager er forpligtiget på at forholde sig til alle spørgsmål for at få tilstrækkelig dybde og nuancering i diskussionerne.

Enkelte deltagere fremhæver dog også, at karakteren af sagerne har betydning for drøftelsernes art. Diabetes sagerne viste sig at være forholdsvist ukomplicerede, hvorfor det var lettere at gå i detaljer, hvorimod nogle af sagerne fra de øvrige audit var meget komplicerede. I sådanne situationer kan der være behov for mere udredning, og diskussionerne bliver af en anden art.

Deltagerne drøfter også betydningen af tilstedeværelsen af den person, som er praktiserende læge for de patienter, som udgør sagsmaterialet. De læger, som har haft egne patientsager til drøftelse, fremhæver det som meget positivt og lærerigt, fordi det giver et andet perspektiv på forvaltning af deres funktion og rolle, blandt andet som tovholder. Men de betoner også, at det er ens egen håndtering frem for systemhåndtering, der kommer i fokus. Enkelte peger på, at den praktiserende læge kan afklare spørgsmål vedrørende faktiske hændelsesforløb, som ikke fremgår af det udleverede sagsmaterialet, og på den måde bidrage til diskussionernes relevans. Samtidig kan det dog give et misvisende billede af metodens egnethed, fordi det slører det udbytte deltagerne havde fået, hvis den praktiserende læge ikke havde været til stede for at uddybe sagsmaterialet. I de tre audit der nu er gennemført har de samlet set været erfaringer med begge dele. I alle tilfælde har paneldeltagerne givet udtryk for udbytte af drøftelserne.

Betydning af facilitatorrollen

Der er forskellige vurderinger af, hvorvidt audit bedst gennemføres med facilitatorer, som har en sundhedsfaglig baggrund, eller facilitatorer som fagligt set ikke er en del af det sundhedsfaglige område. De fleste vurderer, at det fungerer godt med en 'ekstern' facilitator, dels fordi det primære fokus bliver at fastholde processen og gennemførelse af auditten, og dels fordi eksterne facilitatorer vil have større tilbøjelighed til at stille spørgsmål til deltagernes argumentation, som ellers nemt kan blive indforstået.

Andre vurderer imidlertid, at det vil være hensigtsmæssigt med en facilitator, som har en sundhedsfaglig baggrund. Det begrundes med at vedkommende bedre ville være i stand til at styre samtalen og sikre at den holdes på rette spor, fordi vedkommende i kraft af sin faglige baggrund vil vide, hvad der er relevant at diskutere, hvornår diskussionerne er udtømmende, hvilke forslag der vil kunne lade sig gøre osv. En af deltagerne påpegede dog, at det er væsentlig i et sådant diskussionsforum ikke at lade sig begrænse, men netop give mulighed for frie drøftelser af, hvordan samarbejdet optimalt set kunne tilrettelægges og organiseres, og at det derfor også er vigtigt, at lade diskussionerne køre relativt frit.

Deltagerne foreslår, at audit afprøves med to facilitatorer som har hhv. en intern og en ekstern faglig baggrund.

Det anbefales

- at anvende generelle vurderingsskemaer på tværs af diagnosegrupper, da det er for tidskrævende at udarbejde specifikke skemaer, og de nuværende skemaer indfanger muligheden for at diskutere overgange og samarbejde mellem sektorer
- at ordet planlægning i spørgsmål 15 og 17 i vurderingsskemaet ændres til overlevering
- at der er opmærksomhed på, at det er en udfordring at afgrænse alt relevant materiale på tværs af tre sektorer.
- at mange mundtligt overleverede informationer ikke fremgår af journalmateriale, hvorfor det kan være vanskeligt at drage nuancerede konklusioner alene på baggrund af det tilgængelige materiale. En læge, som kender den patient sagsmaterialet vedrører, kan deltage i auditten som en hjælp til at nuancere diskussionerne
- at en sundhedsfaglig person koordinerer, gennemgår og sorterer sagsmaterialet i kronologisk rækkefølge fra samtlige tre sektorer*
- at der er opmærksomhed på, at det er en tidskrævende opgave både at indsamle materiale og forberede sig til audit
- at det er nødvendigt at alle bidrager til besvarelse af vurderingsskemaet og drøftelser uanset faglige baggrund og sektorplacering
- at audit faciliteres af to personer med hhv. en sundhedsfaglig baggrund og en anden faglig baggrund
- * Enslydende med anbefaling fra tidligere audit

6 Bilag

1. Vurderingsskema
2. Manual til udfyldelse af vurderingsskemaer

