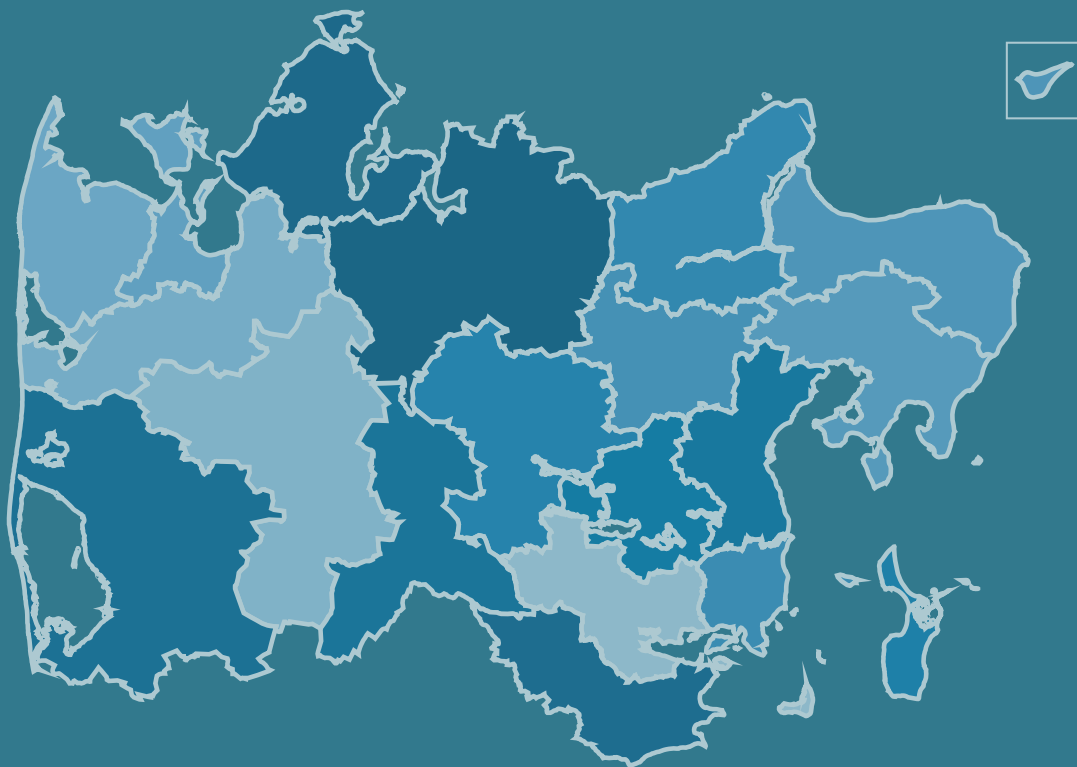


Forbrugsvariationsprojektet - Delprojekt 3

Variation inden for udvalgte behandlingsområder



November 2015

Titel

Variation inden for udvalgte behandlingsområder. Forbrugsvariationsprojektet – Delprojekt 3

©CFK · Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, Koncern Kvalitet, Region Midtjylland, 2015

Udgivet af

Region Midtjylland

CFK · Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, Koncern Kvalitet

Olof Palmes Allé 15

DK· 8200 Aarhus N

ISBN: 978-87-92400-68-0 (trykt version)

ISBN: 978-87-92400-69-7 (pdf/elektronisk version)

Versionsdato: 25. november 2015

Forfattere

Ghita Ølsgaard (projektansvarlig)

Lone Flarup (projektansvarlig)

Tak til praktikant der har bidraget til arbejdet

Sidsel Reese

Øvrige rapporter i det samlede forbrugsvariationsprojekt

Delprojekt 1: Geografiske forskelle i borgernes sygehusforbrug i Region Midtjylland
Delprojekt 2: Variation i behandlingsintensitet i slutningen af livet (end-of-life care)

Delprojekt 4: Læring fra det engelske sundhedsvæsens arbejde med NHS Atlas of
Variation in Healthcare

Delprojekt 5: Den geografiske variation i sygehusforbrug opgjort i forhold til almen
praksis

Denne publikation citeres således

Ølsgaard G, Flarup L. Variation inden for udvalgte behandlingsområder. Forbrugsvariationsprojektet – Delprojekt 3. Aarhus: Region Midtjylland, CFK · Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, Koncern Kvalitet, 2015

Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse

For yderligere oplysninger rettes henvendelse til

CFK · Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, Koncern Kvalitet

Tlf. 78 41 00 03

E-mail: cfk@rm.dk

Hjemmeside: www.cfk.rm.dk

Information om Forbrugsvariationsprojektet og elektroniske links til samtlige rapporter findes på www.forbrugsvariation.rm.dk

Indholdsfortegnelse

1	INDLEDNING	4
2	RESUMÉ	5
3	FORMÅL	6
4	DENNE RAPPORT	6
5	METODE	6
5.1	Nedsættelse af klinikerforum	6
5.2	Udvælgelse af indikatorer	7
5.3	Databeskrivelse	7
5.4	Dialog- og konsensusproces	7
6	BESKRIVELSE AF FORLØB FOR HVERT BEHANDLINGSOMRÅDE	9
6.1	Hjerte-kredsløbs-området	9
6.2	Akutområdet	11
6.3	Geriatrområdet	12
6.4	Det psykiatriske område	14
7	KLINIKERNES EVALUERING AF METODEN	15
8	PROJEKTLEDELSENS ANBEFALINGER TIL GENNEMFØRELSE AF FREMTIDIGE FORLØB	16
8.1	Organisatoriske anbefalinger	16
8.2	Processuelle anbefalinger	16
9	REFERENCER	18

1 Indledning

Delprojekt 3 er et ud af fem delprojekter, der samlet udgør Forbrugsvariationsprojektet. Delprojekterne skal med hver sit fokus bidrage til viden om og forståelse af variationen i forbruget af sygehusedydelser i Region Midtjylland (se www.forbrugsvariation.rm.dk).

I delprojekt 3 fokuseres på denne variation igennem dialog indenfor udvalgte kliniske behandlingsområder, og med inddragelse af kliniske fagpersoner. Delprojekt 3 er tilrettelagt og gennemført med direkte inspiration fra tilsvarende projekter, som er gennemført under National Health Service (NHS) i England.

Ved at måle på aktivitets- og behandlingsindikatorer inden for udvalgte behandlingsområder vil man kunne vurdere om der er en geografisk variation inden for disse områder. Denne tilgang er udviklet som et redskab til fælles læring om og forståelse for lokale variationer, hvor fagfolk bruger hinandens erfaringer til at gå i både faglig og organisatorisk dialog om, hvad der giver den bedste kvalitet – eller mest 'value for money'. Metoden, der har inspireret til delprojekt 3, er yderligere beskrevet i rapporten for delprojekt 4. Heri er beskrevet erfaringer og anbefalinger fra Phillip DaSilva, der sammen med Sir Muir Gray, har været er op-havsmand til metoden og grundlægger af de første Atlas of Variation i England.

Tidligere undersøgelser fra Region Midtjylland tyder på, at variation indenfor behandlingsområder hænger sammen med dels forskelle i behov blandt befolkningen, og dels lokale forskelle i sundhedssystemet. Hvis disse variationer er u hensigtsmæssige, vil en ændring af praksis kræve en nærmere identifikation og dialog mellem direktion og sygehuse såvel som mellem relevante kliniske fagfolk på tværs af afdelinger/sygehuse i regionen for at opnå et potentielt kvalitetsløft. Det forudsætter imidlertid at variationen bliver blotlagt, og at der efterfølgende etableres en tværgående dialog imellem hospitalsenhederne for at finde frem til mulige årsager til variation samtidig med, at der lægges en plan for eventuel justering af aktiviteterne på baggrund af de fundne årsager.

Denne rapport beskriver formål med delprojekt 3, processen for gennemførelse af delprojektet, og endelig de anbefalinger, der blev formuleret indenfor hvert af de udvalgte behandlingsområder, som indgik i delprojekt 3.

For yderligere beskrivelse af geografisk variation i sundhedsydelser som begreb henvises til delrapport 1, der beskriver Atlas of Variation i det engelske NHS, og desuden beskriver hvordan atlas tanken er overført til Forbrugsvariationsprojektet for sygehusedydelser i Region Midtjylland.

Forbrugsvariationsprojektet er udført af CFK • Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, Koncern Kvalitet, på initiativ af direktionen i Region Midtjylland.

2 Resumé

Delprojektet er tilrettelagt og udført med inspiration fra det engelske *NHS Atlas of Variation in Healthcare* (jf. delprojekt 4). Formålet med delprojekt 3 har været at udvælge indikatorer fra udvalgte behandlings- og aktivitetsområder og herudfra beskrive den geografiske variation til brug i en faglig dialogproces mellem klinikere med henblik på mulige kvalitetsforbedringer.

De tre behandlingsområder, der har deltaget i delprojekt 3, er akutområdet, hjerte-kredsløbsområdet og det geriatriske område. Områderne blev udvalgt på et møde i Strategisk Sundhedsledelsesforum.

Det særlige ved delprojekt 3 (i forhold til de øvrige delprojekter) er, at indikatorerne til vurdering af geografisk variation er udvalgt i dialog mellem klinikere inden for hvert af de deltagende behandlingsområder på tværs af regionens hospitalsenheder. Med udgangspunkt i variationsopgørelserne er klinikerne gennem efterfølgende dialog blevet enige om anbefalinger til forbedringer af klinisk praksis på tværs af hospitalsenhederne.

Klinikerne vurderede metoden som yderst anvendelig og relevant. Dels fordi der ikke er andre fora, som giver rum for klinisk faglige diskussioner og fælles fremadrettet arbejde, som beskrevet i delprojekt 3. Dels fordi processen samlet set, fra udvælgelse af indikatorer til formulering af anbefalinger, understøtter de faglige diskussioner konstruktivt med specifikt fokus på kvalitetsløft af klinisk praksis. Klinikerne anbefaler på denne baggrund at bruge konceptet fremover.

3 Formål

- At belyse og diskutere årsager til variation i sygehusydelse inden for udvalgte behandlingsområder. Endvidere at klinikere indenfor udvalgte behandlingsområder opnår enighed om forbedring af klinisk praksis.
- At udvikle og afprøve en metode for dialog imellem relevante fagfolk på tværs af hospitalenheder med fokus på læringsperspektiv og kvalitetsudvikling.

4 Denne rapport

Denne rapport beskriver forløb og proces i delprojekt 3.

Kapitel 4 beskriver den overordnede metode for delprojekt 3.

Kapitel 5 beskriver projektførelsen for hvert behandlingsområde. Kapitlet indeholder desuden de specifikke anbefalinger for det videre forbedringsarbejde, som er besluttet af klinikerforum for hvert behandlingsområde.

Kapitel 6 er de deltagende klinikers evaluering af projektets metode og forløb, samt vurdering af metodens fremtidige anvendelighed.

Kapitel 7 er skematisk sammenfatning af projektledelsens anbefalinger til anvendelse af metoden ved gennemførelse af fremtidige forløb.

5 Metode

Fire behandlingsområder blev udpeget af Strategisk Sundhedsledelsesforum (SSLF) til at indgå i delprojekt 3 (se nedenfor). Denne udvælgelse blev gennemført ved hjælp af Delfiprocessen, med henvisning til denne afstemningsmetodes strukturerede egnethed til at skabe konsensus blandt eksperter (1-3).

Til hvert behandlingsområde blev desuden udpeget en repræsentant fra Strategisk Sundhedsledelsesforum (i parentes):

- Hjerte-kredsløb (Cheflæge, Lone Winther Jensen, RH Randers)
- Akut behandling (Lægefaglig chef, Erika Frischknecht Christensen, Præhospitalet/Centerchef Michael Braüner Schmidt, AUH)
- Geriatri (Lægefaglig direktør Claus Thomsen, AUH)
- Psykiatri (Lægefaglig direktør, Per Jørgensen, Psykiatrien)

Metoden, som er anvendt i delprojekt 3 blev planlagt til at forløbe i fire etaper for hvert af de fire udvalgte behandlingsområder:

1. Nedsættelse af klinikerforum for hvert behandlingsområde
2. Udvalgelse af 4-6 behandlings- eller aktivitetsindikatorer
3. Databeskrivelse
4. Dialog- og konsensusproces

5.1 Nedsættelse af klinikerforum

For hvert behandlingsområde blev der nedsat et klinikerforum, bestående af en lægelig repræsentant fra hver hospitalenhed. Invitation til deltagelse i klinikerforum blev sendt via hospitalernes hovedpostkasse til afdelingsledelsen for hvert behandlingsområde.

Til det indledende møde i hvert klinikerforum blev den udpegede repræsentant fra Strategisk Sundhedsledelsesforum inviteret, sammen med repræsentanter fra henholdsvis Sundhedsplanlægning og Koncern Økonomi. For behandlingsområder med specialeråd blev desuden inviteret en repræsentant derfra.

5.2 Udvælgelse af indikatorer

På et indledende møde formulerede klinikerforum en bruttoliste med aktivitets- og behandlingsindikatorer indenfor hvilke, der kunne være en geografisk variation.

Efter dette indledende møde blev bruttolisten reduceret til en nettoliste på 4-6 indikatorer, som skulle danne grundlag for den efterfølgende dialogproces. Denne reduktion foregik ved elektronisk afstemning via e-mail efter Delfi-metoden (1-3) blandt medlemmerne af klinikerforum og afdelingsledelsen fra hver hospitalsenhed.

I udfærdigelse af nettolisten skulle det sikres, at de valgte indikatorer var målbare og kunne understøttes af tilgængeligt datamateriale.

5.3 Databeskrivelse

Til beskrivelse af aktiviteter indenfor de udvalgte behandlingsområder blev der udarbejdet dataanalyser for hver indikator præsenteret i frekvenstabeller. Data til disse analyser var DRG-data fra Region Midtjyllands data-warehouse, leveret af Helge Moustsen, Sundhedsplanlægning.

Det primære formål med analyserne var at danne et udgangspunkt for dialog mellem de lægelige repræsentanter i klinikerforum, og således udelukkende at bidrage med baggrundsmateriale for dialogprocessen i det specifikke klinikerforum.

Til beskrivelse af geografisk variation i aktiviteter blev data opgjort og præsenteret i forhold til det geografiske befolkningsunderlag for hver hospitalsenhed (empiriske optage-områder) (jf. boks 1), som er defineret i forbindelse med Forbrugsvariationsprojektet - delprojekt 1.

Boks 1:

Befolkningsgrundlag på baggrund af empiriske optageområder for hver hospitalsenhed, defineret i Forbrugsvariationsprojektet – delprojekt 1

Aarhus Universitetshospital	N=429.276
Hospitalsenhed Midt	N=247.095
Hospitalsenheden Vest	N=280.861
Hospitalsenheden Horsens	N=138.789
Regionshospitalet Randers	N=169.041
I alt for Region Midtjylland	N=1.269.802

5.4 Dialog- og konsensusproces

Formålet med dialogprocessen var at etablere en dialogbaseret klinisk faglig diskussion, hvor de deltagende fagpersoners erfaringer og viden skulle danne grundlag for vurdering og udvikling af klinisk praksis for det specifikke behandlingsområde, herunder:

- at klarlægge baggrunde for og årsager til variation inden for specifikke indikatorer afdelingerne imellem
- at tilstræbe konsensus for den bedste tilgang inden for området (best practice), både klinisk fagligt og organisatorisk
- at formulere 1-2 anbefalinger til udvikling og undersøgelse af eller eventuelt umiddelbare ændringer i klinisk praksis

For hvert behandlingsområde blev der afholdt et dialogmøde med deltagelse af repræsentanter fra klinikerforum og den udpegede repræsentant fra Strategisk Sundhedsledelsesforum. Dialogmøderne blev tilrettelagt og gennemført med konsulenter fra CFK · Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, Koncern Kvalitet (CFK), som facilitatorer og mødeledere.

Det centrale fokus i dialogprocessen var at etablere et forum for fælles læring og forståelse af geografiske variationer. Dialogmødet tog udgangspunkt i metoden for *casebaseret audit* (udviklet af CFK), hvor dialogen styres målrettet efter en særlig mødestruktur og -disciplin. Efter denne auditmetode, blev hver indikator systematisk gennemgået ud fra et indikator-specifikt vurderingsskema med uddybende og afklarende spørgsmål. Disse spørgsmål var på forhånd kvalificeret med bistand og sparring fra én lægefaglig kliniker fra klinikerforum for det pågældende behandlingsområde.

Forud for dialogmødet modtog deltagerne i klinikerforum både vurderingsskema og data-analyse for hver indikator. For hver afdeling skulle spørgsmål på skemaet besvares i et samarbejde mellem afdelingens klinikere ud fra vurdering af behandlinger og aktiviteter i egen afdeling.

På dialogmødet forløb den særlige struktur i selve dialogprocessen således, at hver deltager i klinikerforum efter tur fremlagde, hvad vedkommende på forhånd havde noteret til et givent spørgsmål. Herefter blev der åbnet for dialog i forhold til den enkelte indikator, indtil det vurderes at indikatoren var tilstrækkeligt belyst, og der så vidt muligt var opnået konsensus formuleret i en anbefaling for den specifikke indikator.

Dialogmødet blev afsluttet med en opsummering af de fælles formulerede anbefalinger til udvikling, undersøgelse eller eventuelt umiddelbare ændringer i klinisk praksis. En eventuel systematisk litteraturgennemgang til understøttelse af de valgte anbefalinger skulle efterfølgende forestås af CFK.

Efter dialogmødet har CFK været ansvarlig for en sammenfatning af beslutninger og anbefalinger fra de enkelte dialogmøder. For hvert behandlingsområde er sammenfatningen tilsendt afdelingsledelserne for således at danne grundlag for videre forløb og for implementering i klinisk praksis.

6 Beskrivelse af forløb for hvert behandlingsområde

6.1 Hjerte-kredsløbs-området

6.1.1 Klinikerforum og udvælgelse af indikatorer

Klinikerforum havde deltagelse af klinikere fra HE Horsens, HE Midt, HE Vest, RH Randers og AUH. Som repræsentant for Strategisk Sundhedsledelsesforum deltog lægefaglig direktør Lone Winther Jensen, RH Randers. Desuden deltog repræsentanter fra henholdsvis Sundhedsplanlægning og Koncernøkonomi. Der var ingen repræsentation fra Specialerådet for Kardiologi.

På mødet blev man enige om en bruttoliste med 15 indikatorer. Disse indikatorer blev efterfølgende kvalificeret først med bistand fra Klinisk Epidemiologisk Afdeling under Aarhus Universitet (KEA) og efterfølgende med bistand af speciallæge i kardiologi, overlæge Morten Böttcher, HE Vest.

Via elektronisk e-mail afstemning efter Delfi-metoden (1-3) blev bruttolisten reduceret til en nettoliste på 6 indikatorer (jf. boks 2). Deltagelse i afstemningen var begrænset, hvilket formentlig kan tilskrives den forholdsvist lange periode fra første møde i klinikerforum med udvælgelse af indikatorer til tidspunkt for afstemning.

Boks 2: Indikatorer for hjerte-kredsløb-sområdet

- 1: Antal ekkokardiografier
- 2: Antal hjerte-CT-undersøgelser
- 3: Antal Holter monitoreringer
- 4: Antal genindlæggelser inden for 30 dage med kardiologisk diagnose (evt. subanalyse ift. 24-48 timer)
- 5: Antal KAG
- 6: Antal kardiologer

6.1.2 Databeskrivelse

Datagrundlaget for indikatorer inden for hjerte-kredsløbs-området var trukket for perioden 1. januar 2014 til 31. marts 2014. For hver af de fem hospitalsenheder blev anvendt SKS-koder for procedurer og undersøgelser og for sygehusafdelingsklassifikation. Desuden blev anvendt tidspunkt variable. Opgørelserne blev genereret for antal unikke ambulante henholdsvis indlæggelsesforløb.

Det var muligt at præsentere data i frekvenstabeller for to af de seks indikatorer, som klinikerne umiddelbart kunne verificere; *antal EKKO-kardiografier* og *antal Holter monitoreringer*. Det var med foreliggende data ikke muligt at udtrække samlede opgørelser for *antal hjerte-CT-scanninger*, fordi man i de fem hospitalsenheder aktuelt har forskellige registreringsprocedurer. For *antal genindlæggelser* var det ikke muligt at generere opgørelser, som klinikerne kunne verificere. Indikatoren var ikke mulig at beskrive, fordi der på forhånd ikke var formuleret en eksplicit definition.

Oplysninger til beskrivelse af indikatoren *antal kardiologer* blev indhentet via Koncern HR-Sundhedsuddannelser, Region Midtjylland i "Notat om baggrundsdata til vurdering af efterspørgsel efter speciallæger og speciallægevækst", dateret 9. juli 2014.

6.1.3 Dialogmødet

Indkaldelse til dialogmødet foregik via afdelingernes ledende overlæger. For at sikre ledelsesmæssig opbakning og klinisk forståelse af projektet, fandt projektledelsen det hensigts-

mæssigt at etablere direkte kontakt med de ledende overlæger. Der blev således opnået stor tilslutning til dialogmødet.

Med udgangspunkt i den planlagte struktur for dialogmødet, blev den faglige relevans i de uddybende spørgsmål på vurderingsskemaerne kvalificeret i samarbejde med speciallæge i kardiologi, overlæge Morten Böttcher, HE Vest. Disse spørgsmål bidrog til en kvalificeret og konstruktiv dialog.

Gennemgående for dialogmødet var den udelte enighed om, at de valgte indikatorer alle var afledt af den udbredte mangel på kardiologiske speciallæger i såvel Region Midtjylland som i andre regioner. Man var enige om, at denne mangel på speciallæger har afgørende betydning for antallet af genindlagte patienter, og afdelingernes kapacitet til at udføre nødvendige undersøgelser, der kræver udførelse af speciallæger. Her blev antal EKKO skanninger (ultralyds skanninger af hjertet) fremhævet som en væsentlig undersøgelse, hvor variationen er tydelig på tværs af regionens hospitalsenheder. AUH udfører betydeligt flere af disse undersøgelser pr. 1000 indbygger i det empiriske optageområde, sammenlignet med de øvrige hospitalsenheder. Dette ses som udtryk for den bedre speciallægekapacitet på AUH sammenlignet med de øvrige fire hospitalsenheder. Man var enige om, at det er ønskeligt her at kunne udligne forskellen ved at stile efter AUHs kapacitet for EKKO skanninger.

På dialogmødet blev afslutningsvist enige om 3 anbefalinger til et videre forbedringsarbejde, jf. boks 3.

Boks 3:

Anbefalinger til det videre forbedringsarbejde: Hjerte-kredsløbs-området

Anbefaling 1, vedr. genindlæggelser

- Der skal udvikles en entydig definition af *utilsigtet genindlæggelse* af kardiologiske patienter. Definitionen skal formuleres af de kardiologiske speciallæger fra de fem hospitalsenheder. Definitionen skal tilgodese patientens samlede forløb igennem sundhedsvæsenet, herunder også inddrage data fra almen praksis og den kommunale hjemmepleje.
- Igennem en tidsbegrænset periode (eksempelvist 12 uger) gennemføres en audit, for systematisk at kortlægge antallet af genindlagte patienter, samt årsager til genindlæggelse. De kardiologiske speciallæger skal være medansvarlige for designet af en sådan audit.

Anbefaling 2, vedr. antal kardiologer

- Hver hospitalsenhed skal overveje hvordan speciallægenes ressourcer anvendes mest hensigtsmæssigt.
- Regionens oversigt over fordeling af kardiologiske speciallæger bør revideres efter det faktiske antal kardiologer med klinisk funktion.

Anbefaling 3, vedr. EKKO-scanninger

- Antallet af EKKO-scanninger foretaget af kardiologiske speciallæger bør prioriteres højere på hver enhed, og således indgå i den organisatoriske planlægning af speciallægeressourcer.

6.2 Akutområdet

6.2.1 Klinikerforum og udvælgelse af indikatorer

På første indledende møde deltog repræsentanter fra RH Randers og fra HE Midt. Som repræsentant for Strategisk Sundhedsledelsesforum deltog lægefaglig chef Erika F. Christiansen, Præhospitalet. Desuden deltog repræsentanter fra henholdsvis Sundhedsplanlægning og Koncernøkonomi.

På mødet blev en bruttoliste af indikatorer for akutområdet besluttet. På grund af afbud fra HE Horsens, HE Vest og AUH blev det desuden besluttet at afholde endnu et indledende møde. Dette dels for at sikre den nødvendige forankring af projektet, og dels for at opnå så kvalificeret bruttoliste af indikatorer som muligt.

Det andet indledende møde havde repræsentation fra RH Randers og HE Horsens, samt repræsentation fra henholdsvis Sundhedsplanlægning og Koncernøkonomi.

På dette andet møde blev bruttolisten af indikatorer fra første møde diskuteret og kvalificeret yderligere. Man aftalte desuden, at de ikke repræsenterede hospitalsenheder skulle have mulighed for at kommentere bruttolisten af indikatorer. Således etablerede projektledelsen fra CFK efterfølgende en telefonisk kontakt til afdelingsledelserne for at sikre den fortsatte ledelsesmæssige forankring. Hver afdeling blev i den forbindelse tilbudt et besøg af projektlederne fra CFK ved behov for yderligere information om projektet. Således blev der afholdt to besøg (HE Vest og Præhospitalet) samt flere telefonmøder.

Reduktion af brutto- til nettolisten af indikatorer (jf. boks 4) foregik pr e-mail efter Delfimetoden (1-3) for to klinikere fra hver afdeling og afdelingens ledende overlæge. Afstemningen blev afviklet med repræsentation fra samtlige hospitalsenheder.

Boks 4: Indikatorer for akutområdet

- 1: Antal patienter, der undgår indlæggelse
- 2: Indlæggelsestimer
- 3: Hyppigste kontaktårsager
- 4: Antal indlagte patienter
- 5: Antal indlæggelser
- 6: Antal akutte patienter

6.2.2 Databeskrivelse

Datagrundlaget for indikatorer inden for akutområdet var for perioden 1. januar 2014 til 31. marts 2014. For hver af de fem hospitalsenheder blev anvendt SKS-koder for diagnoseklassifikation og sygehusafdelingsklassifikation, samtidspunktvariable.

Data blev præsenteret i frekvenstabeller, som imidlertid ikke af klinikerne blev fundet retvisende for akutområdets aktiviteter og organisation. Retvisende beskrivelse af flere af de valgte indikatorer vil forudsætte omfattende definatorisk og eksplicit afgrænsning og eventuelt supplerende dataindsamling, som ikke var besluttet ved det indledende møde.

6.2.3 Dialogmødet

Indkaldelse til dialogmødet foregik via afdelingernes ledende overlæger. To hospitalsenheder havde ikke ressourcemæssig mulighed for at deltage ved dialogmødet.

Forud for mødet var de uddybende spørgsmål for hver indikator kvalificeret i samarbejde med overlæge Rikke Mærkedahl, Præhospitalet.

Indledningsvist havde mødedeltagerne adskillige spørgsmål til såvel proces som til det fremlagte datagrundlag. Dialogen foregik mere som struktureret fokusgruppeinterview end som casebaseret audit. Dialogen var konstruktiv og målrettet, og tog udgangspunkt i de organisatoriske og kliniske funktioner og udfordringer, som er specifikke for akutområdet og akutområdets organisatoriske placering på hospitalerne.

Der var udbredt enighed om at det indenfor akutområdet er vanskeligt at drage fuldstændige paralleller hospitalsenhederne imelle, fordi organiseringerne på de fem hospitalsenheder som udgangspunkt er forskellige. Imidlertid var man enige om, at den oplevede variation i patientforløb er vigtig at få belyst, og dermed at få belyst de u hensigtsmæssige organisatoriske udfordringer, der betinger variationen. Herunder blev fremhævet overlevering af patienter, den rigtige brug af lægefaglige kompetencer, samt den klinisk u hensigtsmæssige og ikke lægefagligt begrundede ventetid, der påvirker den kliniske kvalitet betydeligt på alle fem akut afdelinger.

På dialogmødet blev man afslutningsvis enige om 2 anbefalinger til et videre forbedringsarbejde, jf. boks 5.

Boks 5:

Anbefalinger til det videre forbedringsarbejde: Akutområdet

Anbefaling 1

Over en tidsbegrænset periode auditeres det samlede forløb for patienter, der visiteres til akutafdelingen, med fokus på følgende:

1. Bliver observationer og prøvesvar fra visiterende læges notat overleveret til akutafdelingen, således at disse kun gentages som en del af en fortløbende behandling?
2. Hvordan er kompetenceniveauet for modtagende læger;
 - Hvem modtager patienten?
 - Er der en patientansvarlig læge i forløbet?
 - Er der redegjort for brug af *konferencekald*?
 - Hvornår i forløbet bliver patienten tilset af en grenspecialist?

Anbefaling 2

Over en tidsbegrænset periode gennemføres audit med fokus på *ikke-faglig begrundet ventetid* for patienter i akutafdelingen. Dette begreb skal forinden defineres af de fem akutafdelinger i samarbejde med nærværende klinikerforum.

6.3 Geriatriområdet

6.3.1 Klinikerforum og udvælgelse af indikatorer

Det geriatriske område adskiller sig fra de øvrige behandlingsområder, som indgår i delprojekt 3, idet kun AUH har en selvstændig geriatrisk afdeling. For de øvrige hospitalsenheder i Region Midtjylland er det geriatriske område organisatorisk placeret under medicinsk afdeling.

Efter aftale med lægefaglig direktør Claus Thomsen, AUH, (i denne sammenhæng repræsentant for Lederforum for Kvalitet) og overlæge Else Marie S. Damsgaard, Geriatrisk afdeling, AUH, blev det besluttet, at klinikerforum for det geriatriske område foruden disse skulle bestå af en geriatrisk overlæge fra hver hospitalsenhed.

På det indledende møde i klinikerforum blev man enige om de indikatorer, der efterfølgende skulle danne grundlag for dialog om variation (jf. boks 6). Denne udvælgelse blev således ikke truffet på baggrund af Delfi-metoden, men på baggrund af prioriteret udvælgelse i klinikerforum. Der var enighed om at tage specifikt udgangspunkt i SKS-kode DR67 (inkl. underkoder), som angiver grad af patientens funktionsniveau, fordi denne diagnose er helt specifik for den geriatriske patient¹.

Boks 6: Indikatorer for geriatriområdet

- 1: Genindlæggelse for patienter med DR67-diagnose ved primær indlæggelse*
- 2: Gennemsnitlig indlæggelsestid for patienter med DR67-diagnose*
- 3: 30-dages mortalitet for patienter med DR67-diagnose*
- 4: Patientalder for patienter med DR67-diagnose*
- 5: Funktionsniveau for patienter med DR67-diagnose*

* Eksklusive patienter indlagt med diagnosekode DS72 og DI61-DI64

6.3.2 Databeskrivelse

Datagrundlaget til beskrivelse af indikatorerne var for perioden 1. november 2013 til 28. februar 2014. For indikatoren *30-dages mortalitet for patienter med DR67-diagnose* blev desuden anvendt data for perioden 28. februar 2014 til 31. marts 2014.

Dataopgørelserne, som blev præsenteret ved første dialogmøde, blev modtaget med stor skepsis af klinikerforum, som ikke mente at kunne genkende det registrerede antal patienter for hver enkelt indikator. Forud for det andet dialogmøde tilstræbte man derfor at trække data fra BI-portalen til nye dataopgørelser. Efter møde med kontorchef Jonas Eskildsen, BI-kontoret blev det imidlertid besluttet, at det ikke var muligt at gøre brug af BI-data inden for rammerne af delprojekt 3. Der blev således trukket nyt datagrundlag (DRG-data) via Region Midtjyllands datawarehouse for samme periode som tidligere.

Indikatoren *Genindlæggelse for patienter med DR67-diagnose ved primær indlæggelse* blev ikke beskrevet i anden omgang, idet databearbejdning af indikatoren ville være en forholdsvis stor og omfattende opgave, fordi indikatoren forudsætter en særlig detaljeret og eksplicit definition. Det blev derfor vurderet at denne definitionen og det videre arbejde med denne indikator ikke var realistisk at gennemføre inden for rammerne af delprojekt 3 og den givne tidsramme.

For hver af de fem hospitalsenheder blev anvendt SKS-koder for diagnoseklassifikation og sygehusafdelingsklassifikation, samt tidspunktvariable. Patienter med diagnosekoderne DS72 (lårbensbrud) og DI61-DI64 (apopleksi) blev ekskluderet fra databehandlingen, fordi indlæggelsesforløb for patienter med disse diagnoser har en helt særlig karakter.

6.3.3 Dialogmødet

Allerede ved det indledende møde for det geriatriske område blev det aftalt, at al videre kontakt og mødeindkaldelse skulle rettes direkte til klinikerforum. Denne beslutning var enstemmig i klinikerforum, begrundet af speciallægerne indenfor det geriatriske speciale i regi-

¹ Diagnosekode DR67 anvendes desuden for specifikke patienter på neurologisk afdeling på AUH.

onen at man har regelmæssig og skemalagte faglige møder og dermed en høj grad af klinisk sparring.

Der blev afholdt to dialogmøder. Forud for første dialogmøde var de uddybende spørgsmål til hver indikator kvalificeret i samarbejde med overlæge Anne Birgitte Langsted Pedersen, Medicinsk afdeling, HE Vest.

Det andet dialogmøde blev besluttet, fordi man på det første dialogmøde ikke fandt de forelagte dataopgørelser retvisende, og dermed ikke anvendelige som grundlag for den videre proces (jf. afsnit 6.3.2).

Der var udelt enighed om at genindlæggelser af den geriatriske patient er et område, hvor der opleves geografisk variation, og som derfor skal have et særligt fokus. For alle hospitalsenheder er det vigtigt at få inddraget alle aktører i en sådan undersøgelse, fordi behandling og pleje af den geriatriske patient desuden foregår med indflydelse og ansvar fra både almen praksis og hjemmeplejen. I den forbindelse er det vigtigt at kunne følge graden af genindlæggelser tæt, og at etablere løbende dialog med både kommuner og almen praksis.

På dialogmødet blev man afslutningsvist enige om 2 anbefalinger til et videre forbedringsarbejde, jf. boks 7.

Boks 7:

Anbefalinger til det videre forbedringsarbejde: Geriatriområdet

Anbefaling 1, vedrørende funktionsniveau, anvendelse af R67-koden

På et kommende møde i Specialerådet for geriatri i RM skal kodningspraksis inden for det geriatriske speciale og udfordringer vedr. anvendelse af DR67-koden diskuteres, således at der kan opnås konsistens hospitalsenhederne imellem.

Anbefaling 2, vedrørende genindlæggelser

- Dialogforum skal formulere en eksplicit definition for *genindlæggelse*. Denne definition skal indgå som klinisk datagrundlag i BI-Tableau for hver hospitalsenhed med det formål at klinikerne løbende skal kunne udtrække data for omfanget af genindlæggelser i egen afdeling.
- I et tæt samarbejde mellem repræsentanterne i nærværende dialogforum, Specialerådet for geriatri i RM, PLO samt kommunale repræsentanter, tilrettelægges og gennemføres en tværregional audit med fokus på genindlæggelse, defineret som beskrevet ovenfor. Resultaterne af audit skal efterfølgende bidrage til læring om og forbedring af klinisk praksis for både de geriatriske afdelinger, den kommunale hjemmepleje og almen praksis.

Fokus i audit skal være:

- a) årsager til genindlæggelse
- b) kontakt til primær sektor, herunder almen praksis
- c) tidspunkt for genindlæggelse (dagtid, vagttid)
- d) hvem der foranlediger genindlæggelsen (hjemmepleje, egen læge eller andre)

6.4 Det psykiatriske område

Psykiatrien i Region Midtjylland har ikke kunnet afse ressourcer til at deltage i Forbrugsvariationsprojektet.

7 Klinikernes evaluering af metoden

Klinikerne var enige om at et dialogforum som beskrevet i Forbrugsvariationsprojektet - delprojekt 3, giver en enestående mulighed for at diskutere patientforløb, behandlings sammenhænge og de mere "bløde" værdier ud fra forskellige perspektiver og på tværs af hospitalsenheder. Der findes ikke andre fora, der giver denne mulighed, fordi processen kræver ressourcer til dataudtræk, og desuden organisatoriske beføjelser og ressourcer til opfølgning af indsatsområder. Kun for det geriatriske område har man jævnlige faglige møder, hvor man diskutere specifikt geriatriske emner, men ikke med samme fokus som beskrevet i Forbrugsvariationsprojektet. For samtlige deltagende behandlingsområder gav klinikerne udtryk for, at de med den beskrevne tilgang kunne få en unik anledning til faglige diskussioner i en sammenhæng, der ellers ikke er tradition eller rum for, og uden at være bekymrede for en skjult besparelsesmæssigt dagsorden.

Det fremhæves, at projektet med stor faglig og organisatorisk fordel kan afvikles stringent over en afgrænset periode på eksempelvis 12 uger. Det afgørende succeskriterium for projektet er dog at anbefalingerne fra dialogmødet formidles i det regionale beslutnings-system således at anbefalingerne kan udbredes til implementering i hospitalsenhederne og dermed danne grundlag for forbedring af klinisk praksis.

Selvom dataanalyserne gav anledning til såvel diskussion som undren, vurderede klinikerne at dataanalyser er vigtige for processen. Det er muligt at beskrive procedurer ved frekvenstabeller, men det er meget vanskeligt og en betydelig udfordring at trække valide data til beskrivelse af sammenhængende forløb fordi organiseringer og dermed registreringspraksis varierer. Retvisende og valide beskrivelser af forløb og processer, og forskelle i disse inden for de organisatoriske enheder, forudsætter eksplicitte afgrænsninger og formål. Med etablering af den regionale BI-enhed vil man fremtidigt kunne trække data herfra i en løbende evaluering af behandlinger og undersøgelser i den enkelte afdeling. Hvorvidt man vil kunne sammenligne disse udtræk på tværs af hospitalsenheder umiddelbart forudsætter en sammenlignelig kodningspraksis.

Inden for samtlige behandlingsområder fandt man det bekymrende, at det med tilgængelige data ikke er muligt at indfri klinikernes forventninger til kvantificering og beskrivelse af flere af de processer og forløb, som finder sted på hospitalerne. Beskrivelse af forløb og eventuelle variationer forudsætter ofte eksplicitte definitioner med udgangspunkt i kliniske data og afsæt i organisatorisk afklaring. Netop derfor vurderede klinikerne at dialogmetoden, som er beskrevet i Forbrugsvariationsprojektet - delprojekt 3, både er relevant til synliggørelse af geografisk variation indenfor behandlingsområdet, men også er et unikt forum til faglige og organisatoriske diskussioner både ved områder, hvor der kan være variation, som ved områder, hvor man finder et særligt behov for diskussion og læring på tværs af hospitalsenhederne i regionen.

8 Projektledelsens anbefalinger til gennemførelse af fremtidige forløb

På baggrund af erfaringerne med arbejdet i Forbrugsvariationsprojektet - delprojekt 3 for akutområdet, hjerte-kredsløbs-området og for geriatriområdet, har projektledelsen nedenstående anbefalinger til gennemførelse af fremtidige forløb.

8.1 Organisatoriske anbefalinger

- Processen forløber over en afgrænset periode på eksempelvis 12 uger, og indeholder:
 - a. Informationsmøde for afdelingsledelse
 - b. Klinikerforum, hvor indikatorer til vurdering af variation besluttet
 - c. Afsluttende dialogmøde, hvor anbefalinger for området besluttet
- Klinikerforum skal bestå af beslutningsdygtige repræsentanter for behandlingsområdet.
- Processen skal foregå i tæt samarbejde med de ledende overlæger.
- Afdelingsledelsen/hospitalsledelsen skal på forhånd forpligte sig til at implementere/realisere de formulerede anbefalinger til forbedring af klinisk praksis
- Den enkelte afdeling skal på forhånd have indgået aftale om, hvilket mandat den lægelige repræsentant har ved dialogmøderne i udvikling af anbefalinger for det videre forbedringsarbejde i klinisk praksis.
- Afdelingsledelsen for det udvalgte behandlingsområde understøtter resultatet af forløbet og de formulerede anbefalinger i det videre forbedringsarbejde.
- De kliniske repræsentanter deltager så vidt muligt i hele processen; fra det indledende møde med udvælgelse af indikatorer, til afsluttende dialogproces.
- Der skal foreligge klare økonomiske aftaler og rammer på øverste ledelsesmæssige niveau for realisering af de enkelte dialogforas anbefalinger til forbedringsarbejde.
- Det skal overvejes hvorvidt forløbene skal gennemføres i et tvær- eller monofagligt (lægefagligt) forum.

8.2 Processuelle anbefalinger

- Dialogmødet foregår som en kombination af *struktureret fokusgruppeinterview* og *casebaseret audit*.
- For at understøtte en fri og konstruktiv klinisk faglig dialog, anbefales det at dialogmøderne udelukkende afholdes med deltagelse af lægefaglige repræsentanter og de ansvarlige for projektledelsen.
- Der udvælges 2-3 områder/indikatorer – dog afhængig af indikatorens art. Det er ikke realistisk at nå flere indikatorer på dialogmødet og heller ikke realistisk at arbejde videre med implementering af mere end et begrænset antal anbefalinger.
- Det kan overvejes, hvorvidt man i dialogprocessen vil anvende *indikator* eller *område*. *Indikator* anvendes i Den Danske Kvalitetsmodel og kan derfor medføre en uhenigtsmæssig forforståelse i oplægget til fremtidige forløb.
- Mindst én repræsentant fra klinikerforum kvalificerer uddybende spørgsmål til indikatorerne inden dialogmødet. Disse spørgsmål til de enkelte indikatorer/områder er vigtige for at styre og holde fokus på dialogmødet.
- Databearbejdning skal foregå i samråd og sparring med klinikergruppen for at sikre kontinuerlig kvalificering af datagrundlaget.
- Det skal tydeliggøres for klinikerforum, at dataanalyserne er baseret på klinikernes egne datakilder. Data fra den regionale BI-enhed kan med fordel anvendes i fremtidige forløb.
- Dataanalyserne skal præsenteres ved enkle frekvenstabeller og skal udelukkende betragtes som baggrundsmateriale ved dialogmødet. Det skal således tydeliggøres, at beskrivelse af variation i tabeller eller figurer udelukkende skal betragtes som ud-

- gangspunkt for dialogen. Dialogen skal centreres om kliniske perspektiver og faglig diskussion, for nogle indikatorer måske endda i en generel kontekst friholdt af data.
- De formulerede anbefalinger prioriteres afslutningsvist på dialogmødet således at de midler og ressourcer, der er afsat til realisering af de formulerede anbefalinger, primært anvendes til de højest prioriterede anbefalinger.

9 Referencer

1. Linstone HA, Turoff M. The Delphi Method, Techniques and Applications. Tilgængelig: <http://is.njit.edu/pubs/delphibook> (søgedato:14. okt. 2015)
2. Weigl M, Cieza A, Andersen C et al. IDENTIFICATION OF RELEVANT ICF CATEGORIES IN PATIENTS WITH CHRONIC HEALTH CONDITIONS: A DELPHI EXERCISE. J Rehabil Med 2004; Suppl. 44: 12-21.
3. Diamond IR, Gant RC, Feldman BM et al. Defining consensus: A systematic review recommends methodologic criteria for reporting of Delphi studies. Journal of Clinical Epidemiology 2014; 67 (4): 401-409.

