

Journalaudit – kvalitetsudvikling af diabetesomsorg på tværs af sektorer

Evaluering af et projekt i Region Sjælland

af

Thorkil Thorsen

Marius Brostrøm Kousgaard

Oktober 2011



Indhold

1. Baggrund.....	3
Evalueringsformål.....	3
Metode og materiale.....	4
Afrapportering af evalueringen.....	4
Evalueringens gennemførelse og afrapportering.....	4
2. Resultater	5
2.1. Sessionernes forløb og indhold	5
2.2. Om projektets terminologi og typen af de anvendte data.....	8
2.3. Gruppernes forskellige sammensætning og dynamik.....	8
2.4. Deltagernes vurderinger af udbytte	9
2.5. Deltagernes forslag til forbedringer og tanker om fremtidigt samarbejde.....	14
3. Sammenfatning og diskussion.....	16
3.1. Evalueringen	16
3.2. Projektets og sessionernes indhold.....	16
3.3. Projektets virkninger	17
3.4. Afsluttende bemærkninger om konceptet.....	18
Bilag A: Uddrag af projektbeskrivelse.....	19

1. Baggrund

I forbindelse med ansøgningen til den såkaldte Kronikerpulje søgte og fik Region Sjælland økonomiske midler bl.a. til projektet "Journalaudit – kvalitetsudvikling på tværs af sektorer". Dele af den oprindelige projektbeskrivelse (formål, metode mm.) er beskrevet i bilag A i denne rapport. Heraf fremgår det, at formålet med projektet bl.a. er:

- at udvikle og afprøve en model for styrkelse af samarbejde mellem sygehusambulatorier og praktiserende læger om patientbehandling på diabetesområdet med henblik på at udnytte potentialet for kvalitetsforbedringer.
- at kvalitetsudvikle kronikeromsorgen i almen praksis.
- at skabe grundlag for at flere praktiserende læger bruger ICPC kodning og sentinel datafangst til kvalitetsudvikling af kronikeromsorgen i praksis.

Desuden fremgår det sammesteds, at projektet skulle gennemføres efter disse retningslinjer:

- Der gennemføres 2 auditforløb omkring ambulatorierne i henholdsvis Sygehus Nord og Sygehus Syd.
- Et auditforløb består af 4 audit (hver à 2 timer), der gennemføres i løbet af et år. I auditforløbet deltager overlæge og læger fra 5 praksis samt praksiskonsulent.
- På hver audit-møde gennemgås 15 patientjournaler (dvs. i alt 60 journaler pr. auditforløb), og der anvendes NIP-data fra ambulatorierne, udtræk fra sentinel datafangstmodulet samt andre relevante data.
- Patientjournalerne falder i to grupper: Fælles patienter og de sværeste patienter i den enkelte praksis.
- Hvert auditforløb skal gennemføres inden for et år – fra anden halvdel af 2010 og afsluttes medio 2011.

Regionen har indgået aftale med Forskningsenheden for Almen Praksis, København, om at gennemføre en mindre evaluering af projektet. Aftalen om en evaluering blev indgået efter projektet var gået i gang, og evalueringen har derfor ikke haft mulighed for at følge projektet hele vejen. Desuden har evalueringen måttet holde sig inden for en snæver økonomisk ramme.

På et indledende møde mellem Forskningsenheden (v. forfatterne til denne rapport) og projektets ledelse blev evalueringens vilkår, formål og metoder drøftet. Der var enighed om, at projektets oprindelige ideer til kvantitative evalueringskriterier ikke kunne anvendes. I stedet opstod der enighed om følgende evalueringsformål og design:

Evalueringsformål

Evalueringens formål er at undersøge deltagernes oplevelser af Audit-projektets forløb, udbytte og potentiale – med særligt fokus på deltagernes vurderinger af projektet i relation til ambitionerne om at styrke det tværsektorielle samarbejde og øge kvaliteten af behandlingen. Sigtet er, at rapporten skal indgå i den videre drøftelse omkring videreførelse og justering af projektets koncept.

Metode og materiale

Observationer af de 2 sidste møder mellem de praktiserende læger og endokrinologen i Køge, og tilsvarende de 2 sidste møder i Slagelse; gennemgang af mødereferater; fokusgrupper med de deltagende praktiserende læger efter det 4. og sidste møde; individuelle interviews med de to endokrinologer.

Afreportering af evalueringen

Det aftales endvidere på mødet mellem Forskningsenheden og projektledelsen, at der ved projektets afslutningsseminar (se projektbeskrivelsen i bilag A) skulle foreligge en skriftlig evalueringsrapport, og at resultaterne herfra og evaluatorernes øvrige overvejelser skulle fremlægges mundtligt for forsamlingen. Det var ligeledes tanken, at seminaret derefter bl.a. skulle munde ud i anbefalinger til, hvordan den afprøvede samarbejdsmodel kan udvikles og anvendes på andre kronikerområder.

Evalueringens gennemførelse og afreportering

Den endelige evaluering er gennemført af forfatterne til denne rapport. Dataindsamlingen (observationer og interviews) har været delt mellem dem, og analyse og rapportskrivning er foretaget i fællesskab.

Observationerne af de 4 møder (sessioner) mellem praktiserende læger og endokrinologer blev ligesom fokusgrupper og enkeltinterviews optaget på diktafon. Observationslydfilerne er efterfølgende blevet gennemlyttet mhp. referat, partiel transskription og analyse og i øvrigt sammenholdt med projektlederens (Jens Damsgaards, JD) referater af de enkelte møder. Desuden har vi modtaget JD's referater af de 4 første møder, som vi af gode grunde ikke kunne deltage i. Fokusgrupperne og de individuelle interviews er ligeledes optaget på lydfil og senere transskriberet mhp. analyse.

Elementerne i evalueringens dataindsamling er således:

1. Gennemgang af referater fra alle sessionerne.
2. Observation af session 3 og 4 i begge grupper.
3. Fokusgruppeinterview med gruppe 1 (3 deltagende praktiserende læger) og gruppe 2 (4 praktiserende læger).
4. Individuelle interviews med de to endokrinologer.

Alle respondenterne i undersøgelsen er blevet lovet anonymitet i afreporteringen. I et projekt med så få respondenter som her (7 praktiserende læger og 2 endokrinologer) må dette hensyn nødvendigvis komme til at påvirke den måde, resultaterne kan formidles på. I en anonymiseret genfortælling går nogle nuancer og detaljer tabt. Anonymitetshensynet påvirker dog ikke evaluatorernes samlede vurderinger og konklusioner i analysen.

2. Resultater

2.1. Sessionernes forløb og indhold

På den første session i henholdsvis Køge-gruppen og Slagelse-gruppen beskrev projektlederen indledningsvis formålet med projektet. Dette er af projektlederen selv ført til referat på denne måde:

Formålet er at skabe et mødested. At skabe et forum omkring de enkelte diabetesafdelinger, hvor samarbejdet mellem lægepraksis og afdelingen om pasningen af patienter med diabetes kan udvikles og forbedres. Udover praksis og speciallægen deltager praksiskonsulenten på diabetesafdelingen som en vigtig nøgleperson under de aktuelle drøftelser og i det fremtidige arbejde med at udbygge samarbejdet. (Referat 2010-11-10 for mødet d. 8. nov. i Korsør Lægecenter).

I Køge-gruppen var der syv praktiserende læger, hvoraf den ene kun deltog i en af sessionerne. Desuden deltog der i den første session 2 sygeplejersker fra praksis samt en uddannelseslæge. Der deltog ingen praksiskonsulent i nogen af møderne, selv om det ellers oprindeligt var meningen.

I Slagelse-gruppen var der ingen sygeplejersker. Der deltog 6 praktiserende læger, hvoraf den ene også er praksiskonsulent på området. Til to af sessionerne var der afbud fra en af de praktiserende læger.

Det gennemsnitlige antal deltagere (foruden projektlederen) fra almen praksis til de 4 sessioner i henholdsvis Køge og Slagelse var 6,75 og 5,5. Alle sessioner varede 2 timer.

Til hver af sessionerne havde projektlederen opstillet en dagsorden. På den første session omhandlede et par af punkterne, hvordan ambulatoriet, henholdsvis praksis rapporterer og håndterer data for deres diabetespatienter. På de efterfølgende sessioner var der programsat særlige emner, som udsprang af den foregående session, fx:

- Samarbejdet om de komplekse problemer med nyrer, BT, fødder og hjerte.
- Samarbejdet mellem praksis og fodsårsambulatoriet.
- Indikationer for Victoza.
- Ansvar for den vanskelige type 1 patient.

Desuden var det et fast og større dagsordenpunkt, at man skulle gennemgå patienter. Som nævnt var målet, at man på hver session skulle gennemgå ca. 15 patientjournaler – i hele projektførløbet altså 60 patientjournaler i hver af de to grupper. Sådan kom det imidlertid ikke til at gå. I den ene gruppe gennemgik man sammenlagt 20 konkrete patient-cases, og i den anden sammenlagt 25.

Årsagen til det mindre antal gennemgåede cases var dels, 1) at de praktiserende lægers beskrivelser af patient-cases – som udgangspunkt for drøftelse og læring – ofte var meget grundige med inddragelse af patientens baggrund (erhverv, økonomi, familieforhold, livsstil, etnicitet, sygdomshistorie, co-morbiditet, motivation og (non)compliance), dels 2) at hver case gav anledning til længere diskussioner inkl. forslag, ideer og spørgsmål fra de øvrige praktiserende læger og svar fra endokrinologen – og derefter igen yderligere spørgsmål og svar osv.

Generelt var der på møderne ikke de store uenigheder mellem de praktiserende læger og endokrinologerne, hvad angik mål og midler i diabetesbehandlingen. En af de praktiserende læger sagde:

På det overordnede plan er vi jo ikke i tvivl om, hvordan patienten skal behandles, så vi er nede i sådan noget 'Feinschmeckerei'.

I den ene gruppe oplevede vi dog enkelte tilfælde af uenighed. Bl.a. var de praktiserende læger uenige med endokrinologen i spørgsmålet om, hvad man stiller op med patienter, som (gentagne gange) udebliver fra kontrol. Endokrinologens holdning var, at det må være op til patienten selv at tage ansvar for sit fremmøde, mens de praktiserende læger ikke var parate til umiddelbart at acceptere dette. Endokrinologen husker senere ordvekslingen og siger i interviewet, at der på det område tilsyneladende er en kulturforskel mellem almen praksis og sygehuset *"for det kunne jeg meget mærke, at de tog det som deres ansvar. Det var deres problem, hvis patienten udebliver. Og sådan ser vi jo slet ikke på det [på ambulatoriet]"*. Og han tilføjer, at han som endokrinolog ikke har noget at byde ind med på det område.

En af de praktiserende læger mener ligeledes, at lægerne i henholdsvis almen praksis og på ambulatorierne har ret ens erfaringer, hvad angår *"det livsstilmæssige og det medicinske"*, mens der kan være større forskel med hensyn til det psykosociale, dvs. *"hvordan folk forandrer sig og udvikler sig, og forandringsprocesser i forhold til motivation"*.

De problemstillinger, som var knyttet til de forskellige patient-cases, som de praktiserende læger bragte med til møderne, kan inddeles i 3 typer:

- 1. Farmakologisk behandling:* Problemstillingerne vedrørte bl.a. behandling og kontrol af HbA1c, blodtryk, urinalbuminuri og andre diabetesrelaterede indikatorer og komplikationer. Behandling med GLP-stoffer, især Victoza.
- 2. Motivation, livsstil og (non)compliance:* Patienters udeblivelse fra kontrol, manglende motivation og evne til at følge et behandlingsregime, manglende motion, uhensigtsmæssige kostvaner og lignende.
- 3. Tværsektorielt samarbejde i diabetesforløb:* Opfølgning og ansvarsfordeling ved patienter, der ikke følger behandlingsplanerne, manglende reaktion på henvisninger, bedre koordinering når fodsårsambulatoriet er involveret.

I Tabel 1 (s. 7) er angivet forskellige eksempler for hver type af problemstilling baseret på projektleders referater.

Tabel 1. Eksempler (fra referaterne) på forskellige typer af problemstillinger knyttet til patient-cases.

Type af problemstilling	Eksempler
Farmakologisk behandling	Om insulinbehandl. af type 2. 49 år og type 2. Insulatard ikke nok. Skift 2 gangs dosering Insulatard eller Levemir. Fokus på døgnprofiler, morgen, lige før og 1½ time efter måltider. Vigtigt instrument ved insulinbeh. Obs ikke for aggressiv med BS ved iskæmisk hjerte, da hypoglykæmi er farlig.
	Mand 63 år. Overvægt. På insulin Mixtard. Victoza har sat HbA1c ned fra 8,3 til 7,8. Og der er nu hypoglykæmi episoder. Insulin ændres, dels til Levemir x 2. Dels ændres fordeling med mere insulin aften og mindre morgen. Det er ofte nødvendigt at reducere insulin, når der gives Victoza. Vigtigt at afstemme insulindosering efter fysisk aktivitet.
	Pt. 45 år. Tidl type 2, nu omdøbt til type 1½. LADA (Late Autoimmun Diabetes) Nu lavt C-peptid. Behandles som type 1 med langtidsvirkende til natten og små doser hurtigtvirkende før måltider. Ikke Metformin eller Victoza. Konkret instruktion fra [endokrinolog] til behandlingen. Og aftale om telefonisk støtte.
	61-årig kvinde. Type 1. Ingen kontrol. Bestiller bare Insulatard og Actrapid. Ofte hypoglykæmi. Og samtidig Hba1c 8,1. meget høj HDL på 4,7 – ses ofte ved type 1. Bedre med Novorapid, der gives ved måltids begyndelse, hvorfor hypoglykæmi kan reduceres. Levemir/Lantus også bedre ved svingende værdier. Råd vedr. insulinbeh ud fra døgnprofiler. Få først de præprandiale BS på plads og så finjuster de postprandiale
Motivation, livsstil, compliance	Yngre patient med type 1, som ikke vil i Ambulatoriet. Hun er yderst dårligt reguleret og har ikke tid og overskud til at gøre en indsats. Eller måske er det noget helt andet? Fortrængning? Overbebyrdethed? Vor drøftelse gik på, at man måske skulle tale med hende om alt muligt andet end diabetes. Bede hende komme nogle gange til almindelig samtale: Lad mig høre! Fortæl din historie! Så kunne man måske komme på bølgelængde og få en fornemmelse af hende, hendes frygt og forestillinger.
	[Patient]kommer ikke. På insulin. Ryger. Lang givende diskussion med mange råd. Ring til hende. Sæt overkommelige mål. Sats på Kolesterol og BT i stedet for sukker. Se injektionsstederne. Se dig selv om 10 år. Involver personale.
	Svært dysreguleret mand på 58 år. Indvandrer. Ligger højt med sukkerværdier. Frugtbar diskussion om ikke at reducere blodsukker for meget og om flytning af det tunge ansvar fra lægens skulder. Satse mere på BT og kolesterol end på blodsukker.
	62-årig mand. Ligger for højt med nærmest det hele. Kreat på 132 og stor dosis ACE-hæmmer bekymrer ikke. Overvægt. For lidt motion. Bange for nål. Råd om at prøve Victoza. Eller Januvia. Men ellers fokus på at få BT ned.
Tværsektorielt samarbejde	Overordnet gjorde en kompleks sag med en patient med type 1 diabetes stort indtryk. Han syntes helt fortabt mellem de mange involverede behandlere. Når han gik i et fodambulatorium, var der ingen, der drog omsorg for regulering af selve diabetesen, og egen læge hørte intet.
	Opfølgning og ansvar ved vanskelige type 1 patienter, der ikke følger behandlingsplanerne. Hvad gør man ved udeblivelser, hvem har ansvaret etc. I praksis kan vi lave systemer, så patienten opfanges ved kontakter om andre sygdomme og ved receptfornyelser. Vi ønsker brev med klar besked, når en patient afsluttes i ambulatoriet i forbindelse med udeblivelse. Et andet tydeligt ønske er mulighed for tæt rådgivning fra diabeteslægerne. Så kan vi klare de fleste. Og lige nu er ventetiden – selv for en svær patient – 8 måneder.
	56-årig kvinde. Svært dysreguleret, type 1. Droppet ud af kontrol, da Roskilde diabetesamb. lukkede. Trods henvisning med store typer ingen reaktion fra Køge. Heller ikke på rykker. Igen fokus på nødvendigheden at tæt samarbejde. [Endokrinologen] vil gøre noget konkret.
	Fodsårsambulatoriet kontrollerer ikke diabetes. Det kan gå galt så. Værst hvis ort. kir. afd. henviser en patient. Ingen passer så dm, hvis pt. ikke går til sin læge. Enighed om at der må mere fokus på reguleringen af de socialt udsatte med fodsår.

2.2. Om projektets terminologi og typen af de anvendte data

Selv om projektets titel indeholder betegnelsen 'journalaudit', så dækker denne beskrivelse ikke rigtigt projektets indhold, sådan som det formede sig. Det typiske forløb i sessionerne var, at de praktiserende læger på skift fremlagde et problem med en speciel patient, hvortil de havde medbragt delnotater fra journalen. De andre praktiserende læger og endokrinologen forholdt sig til den fremlagte problemstilling og bidrog med deres viden, synspunkter og forslag. Endokrinologerne havde ingen patient-cases med til drøftelse. Der var således heller ikke tale om tværsektoriel journal-audit, idet der ikke blev fremlagt patientsager til drøftelse, hvor både den praktiserende læge og endokrinologen havde journaludskrifter eller journalnotater med.

Den oprindelige tanke i projektet om, at der skulle anvendes NIP-data fra ambulatorierne og udtræk fra sentinel datafangstmodulet kom heller ikke i spil under sessionerne (bortset fra at der på 1.-sessionen var en mere generel præsentation af denne type data). De to endokrinologer havde således typisk ikke kendskab til de konkrete patienter, som de praktiserende læger fremlagde til drøftelse på sessionerne. Den ene af endokrinologerne fortalte i interviewet, at han ganske vist var blevet adviseret om et par af de patienter, som skulle drøftes på mødet, sådan at han kunne forberede sig (bl.a. tjekke, om patienten havde gået på hans diabetesambulatorium, og hvordan ambulatoriet i så fald havde håndteret vedkommende). Denne advis var dog kommet så tæt på selve sessionen, at han ikke havde nået at anvende den.

Den anden endokrinolog mener ikke, at det gjorde så meget, at man kun gennemgik få fælles patienter på sessionerne:

... fordi deres [dvs. de praktiserende lægers] problemer ligger jo nok specielt hos de patienter, som de er alene om. Så det synes jeg på en måde var meget rigtigt, fordi de patienter vi er fælles om, det skulle jo mere være hvis de synes, vi er åndssvage i vores behandling, eller vi synes at de er.

Senere i interviewet siger endokrinologen også, at han ikke helt forstod, hvorfor det oprindeligt var planlagt, at man på møderne skulle tale om fælles patienter. Og når det så heller ikke blev tilfældet, så skyldes det, mener han, at hovedparten af almen praksis' problempatienter netop ikke går på ambulatoriet.

2.3. Gruppernes forskellige sammensætning og dynamik

På baggrund af vores observationer – af to sessioner i hver gruppe – konstaterede vi, at der var forskel mellem de to grupper med hensyn til, hvilken plads endokrinologen havde i drøftelserne. I den ene gruppe var endokrinologen det samlende punkt, mens endokrinologen i den anden mere var en deltager, som indimellem blev inddraget og spurgt til råds i forskellige sammenhænge. Dette skyldes formentlig en kombination af endokrinologernes forskellige personligheder samt især det forhold, at der i den ene gruppe sad en praktiserende læge, som i forvejen var meget anerkendt blandt sine kollegaer som værende ekspert i diabetes (grundet den pågældende læges mangeårige arbejde med at systematisere og udvikle diabetesbehandling i sin klinik). Dette betød, at de praktiserende læger i denne gruppe rettede en del opmærksomhed mod den pågældende kollega.

2.4. Deltagernes vurderinger af udbytte

Der var ud fra observationerne og fokusgrupperne at dømme gennemgående tilfredshed blandt de praktiserende læger med udbyttet af sessionerne. Stemningen var god på sessionerne, og samtalen var fri. De praktiserende læger kunne angive flere konkrete eksempler på, hvordan deltagelse i sessionerne havde påvirket deres professionelle virke (illustrative citater fra fokusgrupperne er opstillet i Tabel 2, s. 11).

For det første pegede flere af lægerne på, at de havde fået mere konkret viden om nye præparater og inspiration til at bruge dem. Specielt viden om Victoza blev fremhævet i den forbindelse.

For det andet nævnte flere, at deres behandlingsambitioner er blevet skærpet grundet deltagelsen i projektet. Nogle sagde f.eks., at de ikke i fremtiden vil acceptere skæve værdier på HbA1c hos deres patienter, men vil være mere "aggressive" med hensyn til at opfylde deres behandlingsmål. Dette betyder ikke nødvendigvis, at lægerne skruer op for medicineringen – flere påpegede, at det især handlede om at gøre en ekstra indsats for at motivere patienterne i forhold til livsstil. Eller om at systematisere opfølgningen på de vanskelige patienter.

Endelig nævner enkelte af lægerne, at projektet har bidraget til at øge eller fastholde deres professionelle nysgerrighed og interesse for diabetesbehandling.

Til et af de afsluttende spørgsmål i fokusgrupperne om, hvorvidt deltagerne efter sessionerne var blevet bedre til at behandle diabetes svarede alle ja, og to af dem tilføjede:

- Det synes jeg også, man kan sige. Vi er ikke blevet meget bedre, men vi er blevet bedre.

- Ja, det syntes jeg også. Hvis nu vi tager de cases frem, som vi har haft med, så ville jeg sige ja.

Hvad angår brugen af cases, skal det også nævnes, at de praktiserende lægers faglige udbytte ikke alene var knyttet til endokrinologernes viden, men også til deres kollegaers case-beretninger og feedback:

... de cases, vi har med, er problemer for os selv, og det lærer vi jo af... at få dem vendt på bordet. Men vi lærer også utroligt meget af de andres cases. (Praktiserende læge i fokusgruppe)

Spørgsmålet er så, i hvilket omfang den formidlede viden kommer til at påvirke diabetesbehandlingen i almen praksis. Mens deltagerne altså kunne angive en række eksempler på læring og forandring som følge af sessionerne, så anså deltagerne ikke dette som ensbetydende med, at alle endokrinologernes anbefalinger materialiserer sig i den konkrete behandling i klinikken:

Endokrinolog: Måske er det en ting, man kunne sige, at de betragter meget de ting, der blev sagt, som forslag eller anbefalinger, som man kunne tage op. Og overveje, om man skulle gøre det. Der har praktiserende læge nok en mere blødere indstilling, at der er ikke nogen facitliste på alle spørgsmål [...] Altså, i hospitalsverdenen er det meget sådan, at dén patient skal behandles sådan og sådan. Og der tror jeg, at de praktiserende læger er mere... at de lægger det op til en diskussion. Altså, de foreslår mere patienten at...: 'Nu synes jeg, du skal prøve det'. Og så ser du, hvad patienten siger til det. Det var sådan et indtryk jeg fik.

Interviewer: Forhandling med patienten?

Endokrinolog: *Ja, og sådan var det også med de ting, de snakkede om indbyrdes. Det var ikke sådan, at det her er den endegyldige løsning. Man tog det mere som forslag og alternativer. [...] Det er ikke sikkert, at det ændrer på behandlingen. Men jeg tror nok, at de vil bringe det frem. Foreslå det [til patienten].*

En af de praktiserende læger formulerede en lignende indstilling i fokusgruppen ved at sige, at der kan være diskrepans mellem behandlingsmål på et stykke papir og så patienten som helhed – altså at ét er teori, noget andet er praksis. Og hun fortsætter:

Det er jo dejligt at høre, hvad han siger, og ja, så grubler vi lidt over det. Det gør jeg i hvert fald. Så tænker jeg, nå, skal jeg nu gå hjem og give dén lidt mere eller dén lidt mere?

Og der tales videre i fokusgruppen igen om, at overlæger jo har forskellige meninger – underforstået: Sandheder og evidens kan fortolkes, og i sidste ende er det os som praktiserende læger, der skal agere i forhold til mulighederne med den enkelte patient. Samtidig nævner en af lægerne dog også, at samtalerne med endokrinologen var en hjælp til, hvordan man kunne oversætte den viden, som findes i de officielle retningslinjer, til specifik klinisk praksis:

Det kan godt nogen gange være lidt svært, bare at tage DSAM-vejledningen, eller hvad der lige findes af ting, og så sige 'ok, jeg vil godt have en manual nu'. Det står der selvfølgelig, men det er sådan en lille smule blødt formuleret. Så er det meget rart at få det sådan meget konkret.

Tabel 2. Illustrative citater (fra fokusgrupperne) om udbyttet af projektet.

Emne	Uddrag af de praktiserende lægers udsagn i fokusgrupperne
Viden om forskellige præparater og inspiration til at bruge dem	<p><i>Og jeg har fået mere mod til at starte Victoza, og det har vi simpelthen fået op og køre og er ligesom blevet bevidstgjort om, hvem det er, der skal have Victoza. Og hvornår vi fortsætter eller starter insulinbehandlingen. Så jeg synes, jeg er blevet lidt mere modig efter de her møder her.</i></p>
	<p><i>Der er noget meget konkret, som jeg synes, jeg har fået med for i dag, og det er, når man skifter fra det gamle [Actrapid], som udgår, til [NovoRapid]. Det er sådan lige en sådan rent teknisk detalje, jeg har fået med, hvordan man meget konkret gør det.</i></p>
	<p><i>Altså, jeg har haft nogle cases med, som jeg har stået i stampe med. Altså patienter som jeg ikke rigtigt kunne komme videre med, nogle rigtigt vanskelige sager. Og det har været nogle patienter, der af den ene eller den anden grund ikke har villet henvises, eller ikke kunnet rent praktisk henvises. Og der har jeg fået direkte hjælp til, hvordan jeg skulle komme videre, og blandt andet patienter der er for høje insulin doseringer, og hvad gør jeg så? Og der var det så, at jeg havde aldrig turdet selv starte Victoza op oven i insulin, det fik jeg jo et direkte råd om, at det skulle jeg gøre. Og det er altså endt rigtigt godt, vil jeg sige, og så bliver man jo lidt høj af det.</i></p>
	<p><i>... den snak vi havde omkring Helges patient, altså hvad gør man når albuminuri-udskillelsen stiger, og hvad retning... hvad skal man tænke på, og altså den faglige sparring, der ligger i... hvad der ligger i den problematik, den er givtig, og den gør da, at man måske vil tænke sig mere om næste gang, plus at man har fået nogle redskaber til, hvad vej man kan gå. Så jeg vil sige, at det får man da noget ud af.</i></p>
Skærpede behandlingsambitioner og heraf øget fokus på livsstil, motivation, medicinering og/eller systematik	<p><i>Jeg vil prøve at behandle lidt mere aggressivt. Måske har jeg været for god af mig, ikke? At jeg går og siger 'aj det er også ok', dér er jeg blevet mere aggressiv i min behandling.</i></p>
	<p><i>... være bedre til at prøve at motivere, for livsstilsændringer eller kost og motion og sådan nogle ting. Jeg tror ikke, jeg nødvendigvis skruer meget op for medicinen, jeg tror mere det handler om, at jeg er blevet bedre til at sætte lidt flere grænser. Ikke sikkert at det hjælper, men jeg har måske nogen gange været lidt for laissez faire, på nogen af værdierne, og tænkt 'aj det tager vi næste gang'.</i></p>
	<p><i>Vi har kørt meget sådan slavisk med bare klassisk depotinsulin, og jeg synes jo i denne her sag... jeg er også kommet til en egen erkendelse af, at vi skal mere end det. Det er ikke godt nok, de behandlingsresultater, vi har på det, er slet ikke der hvor vi havde troet vi skulle være, så vi skal ud og nuancere, vi skal ud og arbejde med måske Mixtard eller Victoza og sådan nogen ting.</i></p>
	<p><i>Jeg er også blevet mere.. brugt lidt mere tid på at motivere dem, og sige 'kom nu, det er vigtigt det her!' På den gode måde, ikke noget med at sige 'du får dårlig nyre', men sige hvad kan det gøre for dig af positive ting, hvis du nu... Det er jo ikke kun, at du ikke ender med at få dårlige nyre, det kan jo også være, at du oplever at slidgigtsgenerne bliver mindre. Eller du bare generelt føler dig bedre tilpas.</i></p>
	<p><i>Altså, jeg vil sige at vi har været inde med vores personale, dem af os der er på datafangst, sentinel datafangst, vi har været inde og finde de problematiske patienter frem og sige, at nu laver vi den og den plan for de fem, det handlede om i min praksis.</i></p>
Fastholdelse af den professionelle nysgerighed og interesse for diabetesbehandling	<p><i>For mig handler det ikke kun om det faglige, det handler også om gejsten, jeg syntes måske også at det holder gejsten oppe. Jeg var måske begyndt at køre lidt træt, jeg var begyndt at tænke 'ikke mere diabetes – nu skal der ske noget andet, nu gider jeg simpelthen ikke høre mere om diabetes, nu har jeg lavet vejledninger og sådan'. Men jeg kan mærke, at det sådan... så kommer gejsten igen, så orker man lidt igen.</i></p>
	<p><i>Det er svært at finde tid til at etablere systemer i praksis. Mærkværdigvis, men det er det bare. Det skal iscenesættes. Så der er det en rigtig god motor det her – de her møder her – til ligesom at blive holdt ved ilden, rent fagligt. Og ville det.</i></p>

Ud over den klinisk-faglige læring håbede flere af de praktiserende læger, at projekter som det herværende kunne medvirke til at give ambulatorielægerne en større viden om, hvilke vilkår almen praksis arbejder under, og hvad almen praksis kan. Dette var ligeledes noget, som de to endokrinologer opfattede som et positivt aspekt ved projektet:

Når man sidder som specialist, kan man tit undre sig over, hvorfor pokker kan de ikke selv klare den smule? Men det ser alligevel anderledes ud ude i den almene praksis, og der er jo meget andet, de skal tage sig af end lige en diabetespatient. Så jeg synes, man forstår deres verden på en helt anden måde, når man sidder sammen med dem og snakker med dem.

Det er angiveligt ikke ualmindeligt, at endokrinologer på sygehusene mener, at diabetesbehandlingen i almen praksis ikke er god nok. Det er deres indtryk fra, hvad patienterne fortæller dem om behandlingen hos egen læge, samt fra oplysningerne på henvisningssedlerne fra praksis. Begge endokrinologerne i dette projekt var dog overraskede eller imponerede over det faglige niveau hos de praktiserende læger, de mødte i dette projekt.

Der er nogle diabeteslæger, der mener, at det er synd for patienterne at lade dem komme tilbage til 'de ignoranter til praktiserende læger', og det mener jeg er helt forkert. Jeg synes faktisk, at de gør det rigtigt godt, og jeg synes ikke, at man forholder patienterne en ordentlig behandling ved at sende dem ud i praksis [...] Derfor siger jeg også, at der er mange specialister, der kunne have godt af at have den her kontakt, så de kunne se, at de myter, der er om almen praksis, og de forestillinger der er, de holder altså ikke.

Endokrinologerne mener dog også, at de deltagende læger fra almen praksis i dette projekt nok er mere interesserede i – og dermed mere kompetente til – diabeteshåndtering end mange af deres kollegaer.

Begge endokrinologerne mente endvidere, at det var rimeligt at håbe på, at et projekt som dette kunne medvirke til, at flere patienter kunne behandles i almen praksis (i de klinikker, som deltog i projektet), og at dette ville spare tid på ambulatoriet:

... så er det jo meget relevante ting de kommer frem med, og som man så kan ligesom få taget hul på og komme videre med, og hjælpe... og det rent praktiske er, at de kan faktisk beholde patienten i deres regi ofte. Og behandleren behøver ikke bruge tid på at henvise til os, og vi skal kalde ind og give tid osv. (...) Selvfølgelig kan vi tage akut ind, hvis der er noget akut, men i det store hele må man sige, at den type patienter, vi snakker om, det er nogen, der primært skal passes i almen praksis, men hvor det tit kan være svært for dem [dvs. for almen praksis], fordi der sker en ny udvikling hele tiden. Og er de nu med på noderne? Har de... ved de noget om de sidste behandlingsmuligheder, der er? Og der kan de så spørge ind til mig, og [...] få lidt vejledning.

Også de praktiserende læger mente på baggrund af projektdeltagelsen, at dette var en realistisk forhåbning – dog var man lidt i tvivl om, hvor ofte det i så fald ville være nødvendigt at holde møder med en specialist (2-4 gange om året blev nævnt).

For endokrinologernes vedkommende kan den personlige kontakt, som etableres i et samarbejdsprojekt, desuden betyde, at man kan føle sig mere sikker på, hvornår man kan sende patienten tilbage til almen praksis:

... hvis jeg sidder med en patient, og jeg kan se, at jeg kender den læge, vedkommende har, så ved jeg mere, hvornår jeg kan overlade noget til egen læge. Og hvornår jeg ikke kan gøre det. (Interview med endokrinolog)

Det personlige kendskab til hinanden blev både fremhævet af de praktiserende læger og endokrinologerne. Deltagerne siger, at når man kender hinanden og har "fået ansigt" på hinanden, så er det nemmere at snakke sammen i telefonen, og man vil være motiveret til at ringe til hinanden, hvis der er noget, man lige skal have afklaret. Bl.a. øges mulighederne for løbende afklaring af fejl eller misforståelser:

...ind i mellem er der jo en decideret fejl fra den ene eller den anden side, og ind i mellem er der misforståelser eller... Så den der kontakt, den er jo faktisk rigtigt god, og den har vi for lidt af. (Interview med endokrinolog)

Men selv om der synes at være positive forhåbninger til virkningen af lærings-sessionerne på samarbejdet mellem ambulatorium og praksis, så er der også mere forbeholdne ytringer hos deltagerne. Deres skepsis var begrundet i flere forhold:

1) De fremlagte patient-cases: Selv om det var projektets idé, at endokrinologen og de praktiserende læger på sessionerne bl.a. skulle tale om fælles patienter og bedre samarbejde, så blev dette som tidligere nævnt ikke et dominerende tema. En af de praktiserende læger siger:

... det her samarbejde mellem primærsektoren og sygehusene... det synes jeg, vi har glemt lidt undervejs... det [er] blevet meget mere at få justeret vores enkelte patienter, men vi skal også tænke på, hvor mange vi er i regionen, vi skal tænke på det fremadrettede samarbejde. Det blev mere med fokus på vores [enkelte patienter].

2) Mens deltagerne på møderne havde mulighed for at artikulere og synliggøre nogle strukturelle problemer over for hinanden, så havde disse problemer ofte en karakter, som deltagerne ikke selv kunne løse på møderne. Strukturelle og ressourcemæssige problemer afhjælpes således ikke med farmakologisk viden og rådgivning fra en endokrinolog, idet løsninger kræver aktiviteter og (for)handling i andre regi.

3) Endelig er den ene endokrinolog i projektet egentlig gået på pension og er blot tilknyttet ambulatoriet en enkelt dag om ugen, hvorfor det kan være svært for ham at overbevise ambulatoriet om at forpligte sig til særlige aktiviteter i forhold til almen praksis.

Det hører dog med til historien, at endokrinologen i den ene gruppe gav tilsagn til de praktiserende læger om at bringe det op over for ledelsen i fodsårs-ambulatoriet, at man dér bør huske at kontrollere diabetesen og ikke kun fodsåret samt at informere egen læge. Han ville også snakke med sine kollegaer om, at de praktiserende læger ønskede at få en status på øjenundersøgelser i epikrisen. Og i den anden gruppe ville endokrinologen tage et budskab med hjem til sin afdeling angående en specifik patient, som var droppet ud af behandlingen.

2.5. Deltagernes forslag til forbedringer og tanker om fremtidigt samarbejde

Som det fremgår af ovenstående var deltagerne generelt tilfredse med projektets indhold og forløb. Også selve projektstyringen fik fine ord med på vejen af flere af lægerne – her fra den ene af fokusgrupperne:

Praktiserende læge (1): *Projektledelsen har været meget omhyggelig og samvittighedsfuld, meget seriøst og meget alvorligt.*

Praktiserende læge (2): *Ja, det syntes jeg også, god til at sende mails, god til lige at lave en reminder. Det har været upåklageligt.*

Praktiserende læge (3): *Det virkede professionelt.*

Vi spurgte dog også deltagerne, om de havde noget negativt at sige om projektet, og bad dem om at komme med forslag til forbedringer af projektets koncept. Svarene på disse spørgsmål danner udgangspunkt for det følgende.

Information om sessionernes vilkår og rammer

Nogle af de praktiserende læger mente, at informationsniveauet i starten ikke havde været tilstrækkeligt. Fx var nogle af lægerne ikke klar over, at man måtte tage sin sygeplejerske med til sessionerne (der var i øvrigt lidt delte meninger om, hvorvidt dette ville være hensigtsmæssigt).

Mødestyring og indhold

Nogle af de praktiserende læger og endokrinologerne savnede stringens i mødeafviklingen. Særligt påpeges det, at antallet af patient-cases til drøftelse blev lille, fordi der ikke var sat stramme regler for tidsforbruget til hver case, og fordi *”der har været lidt tomgangssnak en gang i mellem om nogle cases”*. En af de praktiserende læger mente også, at nogle af de fremlagte cases var lidt for *”private”*, forstået på den måde, at de ikke var interessante for alle deltagere – det var ikke alment gældende problemstillinger.

Det var dog ikke alle, der var enige i, at der var blevet brugt for meget tid på de enkelte cases:

Altså set i bakspejlet, så vil jeg sige, at der ville jo slet ikke have været den samme dialog og udbytte af at skulle mølle patienterne igennem på den måde der. Jeg kan slet ikke se at vi havde fået det samme ud af det, hvis vi bare havde skøjtet hen over det og sådan taget det meget striks på den måde. Så havde vi ikke fået den der diskussion, som jeg synes har været god omkring mange af tingene.
(Praktiserende læge)

Fra endokrinologerne er der forslag om, at de skal have adgang til journaler eller et resumé heraf på de patienter, som vil blive diskuteret på den næste session. De finder det også hensigtsmæssigt, at der på forhånd er beskrevet en problemstilling for hver af disse patienter. Dette åbner også mulighed for at de praktiserende læger kan sætte sig ind i hinandens *”sager”* før selve sessionerne.

Nogle af de praktiserende læger anfører, at de gerne havde set en mere systematisk opsamling ved slutningen af hvert møde, måske særligt med fokus på spørgsmål af denne type: *Hvad lærte vi i dag? Hvad fik jeg ud af det? Hvordan kan vi bedre vores dialog og samarbejde mellem almen praksis og ambulatoriet?*

Større fokus på samarbejdsrelationerne

Generelt kom de enkelte sessioner til at handle mere om farmakologisk behandling og motivation af enkeltpatienter end om samarbejde mellem sektorerne. For nogle af lægerne var dette ikke helt hensigtsmæssigt. Flere nævnte f.eks. ideen om en akutlinje, som noget der kunne være et godt element i det tvær-

sektorielle samarbejde – og mente at man måske burde have forsøgt at konkretisere sådanne ideer noget mere i forbindelse med projektet.

Større fokus på udnyttelse af endokrinologernes kompetencer

En af endokrinologerne siger i interviewet, at han kunne have ønsket sig, at de fremlagte cases havde været skåret på en anden måde, dvs. mere målrettet den ekspertise, han sidder inde med og gerne vil dele ud af. Der var ifølge ham *”for mange problemer, som ingen af os rigtigt kan løse”*.

Afholdelse af nogle af sessionerne på ambulatoriet

I den ene fokusgruppe mente de praktiserende læger ikke, at de havde fået et større indblik i, hvordan sygehuset fungerer i forhold til diabetespatienterne fra almen praksis. Der var således et ønske fra nogle læger om et mere detaljeret indblik i ambulatoriernes bookingsystem og produktion, end hvad de får til hverdag. Her skal det derfor fremhæves, at det sidste møde i den anden gruppe blev afholdt på ambulatoriet, og at endokrinologen her indledte med en rundvisning. På den måde fik de praktiserende læger øget kendskab til ambulatoriets virke. Dette gav i øvrigt anledning til konkrete drøftelser af, hvordan man kan forbedre kommunikationen fra ambulatoriet til almen praksis.

Flere endokrinologer tilknyttet grupperne

Et par af de interviewede praktiserende læger anbefalede, at man – hvis konceptet skulle videreføres – tilknytter (mindst) to endokrinologer til hver gruppe i stedet for én, hvor disse så kunne varetage opgaven på skift. Formålet med dette skulle ifølge de praktiserende læger være:

- 1) At bringe mere dynamik og større faglig bredde ind i diskussionerne. En af de praktiserende læger underbyggede dette ved at fortælle om sine erfaringer fra et kursus, hun netop havde deltaget i, hvor to diabetologer *”simpelthen var rygende uenige om, hvordan man skulle behandle”*,
- 2) At øge antallet af kendte samarbejdspartnere på hospitalerne, samt at sikre at flere endokrinologer får føling med, hvad der foregår i almen praksis.

Sessionernes hyppighed

Hvis det afprøvede koncept med møder mellem endokrinologer og almen praksis i små grupper skal videreudvikles og fortsætte, så mener flere af lægerne i fokusgrupperne, at antallet af møder skal være max. 4, hvis det skal være i et kompakt forløb som afprøvet her. Alternativt foreslår de, at der er længere mellem sessionerne, sådan at man kan se en masse patienter mellem møderne, og sådan at man kan nå at afprøve og give tilbagemeldinger på de foreslåede behandlingstiltag.

3. Sammenfatning og diskussion

3.1. Evalueringen

Evalueringen er blevet gennemført som aftalt med projektledelsen. Af tids- og ressourcemæssige årsager har evalueringen ikke haft mulighed for at måle effekten af projektet på den daglige håndtering af diabetespatienter i almen praksis og på samarbejdet mellem almen praksis og ambulatorierne, endelige effekten på patientniveau. I stedet har evalueringen fokuseret på projektets gennemførelse og på deltagernes oplevelser og vurdering af dets effekt og af konceptets potentiale for tværsektorielt samarbejde og behandlingskvalitet.

Der har i evalueringens dataindsamling været tale om metodetriangulering, dvs. anvendelse af flere metoder: Observationer af møder, fokusgrupper med deltagende praktiserende læger, individuelle interviews med de to deltagende specialister (endokrinologer fra Slagelse, henholdsvis Køge), samt gennemgang af mødeindkaldelser og referater fra projektlederen. Gennem den store deltagerdækning i fokusgrupper og interview og gennem metodetrianguleringen finder vi det velbeføjet at konkludere på forløbet og udbyttet af selve det evaluerede projekt. Det er derimod sværere at udtale sig overbevisende om resultaternes relevans for – og applicerbarhed på – tilsvarende projekter andre steder nu og fremover. I den sammenhæng er det på sin plads at henlede opmærksomheden på den selektions-bias, der præger projektet: Eftersom projektet fra starten tilstræbte, at de deltagende praksis fortrinsvis skulle være sentinel-læger, så har projektet – og konceptet – med andre ord været afprøvet på læger, som allerede i udgangspunktet har været relativt interesserede i diabetesbehandling og systematisering af denne i forhold til ”gennemsnittet” af praktiserende læger. Dette forhold bør give anledning til en vis forsigtighed mht. hvilke generaliserende konklusioner, der kan drages fra dette projekt i forhold til lignende bestræbelser på at kvalitetsudvikle håndteringen af diabetes og andre kroniske sygdomme. På den anden side kan man også anskue det foreliggende projekt som en ”kritisk case” for konceptet med tværsektorielle lærings-sessioner: Hvis to grupper af interesserede læger, som i forvejen har systematiseret eller er i gang med at systematisere diabetesbehandlingen, oplever en høj grad af læring og udbytte af at deltage i sessionerne, så vil ”effekt-potentialet” og udbyttet sandsynligvis også være stort – eller endnu større – i andre praksis, som ikke interesserer sig i samme omfang for diabetes og/eller som ikke allerede har en systematiseret diabeteshåndtering.

3.2. Projektets og sessionernes indhold

Projektets ”journal-audit” bestod i, at de enkelte deltagere fra almen praksis ved hver session præsenterede et antal patient-cases som de havde brug for feedback på, eller som kunne bruges som udgangspunkt for en diskussion af bestemte kliniske eller samarbejds-mæssige problemstillinger.

Cases blev fremlagt med udgangspunkt i del-udskrifter fra journalen eller egne noter udarbejdet til lejligheden. Det oprindeligt stipulerede antal patient-cases, som skulle drøftes ved hvert møde (15), blev langt fra nået, idet det gennemsnitlige antal var 6. Der var delte meninger blandt deltagerne om, hvor stringent sessionerne burde ledes med henblik på at øge antallet af cases ved hver session.

Der blev fremlagt få ’fælles patienter’ til diskussion (dvs. patienter der både er tilknyttet behandlingen på ambulatoriet og i almen praksis). Der var således hverken tale om tværsektoriel journal-audit eller journal-audit i traditionel forstand, selv om projektbeskrivelsen og projektets titel indikerede dette.

Problemstillingerne knyttet til de fremlagte patient-cases vedrørte behandling og kontrol af HbA1c, blodtryk, urinalbuminuri og andre diabetesrelaterede indikatorer og komplikationer. I nogle tilfælde vedrørte casene også samarbejdet mellem almen praksis og ambulatorierne. En del af problemstillingerne vedrørte også manglende motivation, non-compliance og andre forhold, hvor specialisten (endokrinologen) ikke havde en særlig viden at bidrage med i forhold til de praktiserende læger.

Specielt i den ene af projektets grupper var der længere passager, hvor specialisten var i den observerendes rolle, alt imedens de praktiserende læger gav sparring og ideer til hinanden. Man kan her spørge, om ressourcerne måske havde været anvendt bedre, hvis patient-cases og problemstillinger havde været mere målrettet specialistens faglige viden og kompetencer. For selv om de grundige baggrundsbeskrivelser og problemstillinger vedrørende motivation, livsstil, sociale position og non-compliance uden tvivl er relevante for behandlingsmulighederne i almen praksis (og dermed relevant viden for kollegaernes sparring på møderne), så matcher disse beskrivelser og problemstillinger ikke nødvendigvis den ekspertise, som specialisten (endokrinologen) er i besiddelse af. Specialistens ekspertise er primært knyttet til det farmakologiske domæne, herunder kendskabet til – og fortolkningen af – de nyeste forskningsresultater, anvendelsen af forskellige præparater og forskellene på disse, virkninger og bivirkninger af medicinering osv. Så i det omfang formålet med møderne er, at almen praksis skal trække på ambulatoriespecialisternes vidensressourcer, bør man derfor overveje, om ikke sessionerne i et fremtidigt projekt i højere grad end her skal afpasses til specialistens kompetencer. Samtidig er det vigtigt, at der findes en balance, så der er plads til, at de praktiserende læger indbyrdes kan udveksle viden og erfaringer på sessionerne, eftersom dette også er vigtigt for lægernes læring og motivation.

3.3. Projektets virkninger

Projektet havde som udgangspunkt tre formål (jf. bilag A), nemlig 1) at udvikle og afprøve en model for samarbejde mellem sygehusambulatorier og praktiserende læger; 2) at kvalitetsudvikle kronikeromsorgen i almen praksis; 3) at skabe grundlag for at flere praktiserende læger bruger ICPC kodning og sentinel datafangst til kvalitetsudvikling af kronikeromsorgen i praksis.

Hvad de to første punkter angår, så har projektet jo arbejdet med en samarbejdsmodel, hvor ambulatoriet er mødtes med nogle praktiserende læger. Spørgsmålet er så, hvad denne model har indebåret – herunder særligt, om disse møder har været med til at udvikle kvaliteten i diabetesomsorgen. Som nævnt var det ikke muligt inden for evalueringens rammer at gennemføre meningsfulde effekt-målinger på patientniveau til besvarelse af dette sidste spørgsmål, og ej heller at fastlægge effekten i forhold til lægernes håndtering af diabetes. Vi har i stedet måttet ty til projektdeltagernes egne vurderinger af, hvad de har lært – og om de vil bruge denne viden.

Her er der generelt positive tilkendegivelser. På selve sessionerne fik de praktiserende læger ny viden om præparater og farmakologisk behandling fra endokrinologen, ligesom de også gav hinanden beretninger om, hvordan de med succes havde grebet svære problemstillinger an. De praktiserende læger kunne i fokusgrupperne nævne flere eksempler på konkrete læringspunkter. Hvad angår endokrinologernes udbytte af projektet, lagde de især vægt på, at det var positivt at få indblik i, hvordan almen praksis arbejder med diabetesbehandling; og det var fremmede for senere kommunikation mellem endokrinologen og de praktiserende læger, at man fik sat ansigter på hinanden. Endvidere vurderede både praktiserende læger og endokrinologerne, at projektets samarbejdsform kunne skabe basis for, at almen praksis henviser færre

patienter til diabetesambulatorierne. På samme måde mener de, at ambulatoriet kan komme til at sende flere patienter tilbage til egen læge.

Her skal man dog være opmærksom på, at der ikke foreligger solid evidens for, at sådanne lærings-sessioner medfører målelige kvalitetsforbedringer. Og på at sundhedsprofessionelle godt kan udtrykke tilfredshed med facilitator- og supervisionsordninger, uden at dette nødvendigvis fører til forbedringer i kliniske outcomes.

Det tredje formål med projektet var som nævnt at skabe grundlag for, at flere praktiserende læger diagnosticerer og bruger datafangst. Vi har svært ved at se, hvordan projektet skulle kunne få denne effekt. Vi er ikke bekendt med, hvordan de deltagende læger eventuelt har ændret på deres daglige rutiner, hvad angår diagnosekodning og brug af datafangst, men vi ved, at diagnosekodning og datafangst ikke var et egentligt tema i de gennemførte sessioner. Den oprindelige projektbeskrivelse forestiller sig også, at et afledt resultat af projektet vil være, at det udvikler et grundlag for, at flere af regionens praktiserende læger motiveres til at anvende datafangst og ICPC-kodning for at kvalitetsforbedre kronikeromsorgen. Vi har dog også her svært ved at se, hvordan dette lille projekt kan have en sådan effekt på andre praksis i regionen – særligt når datafangst og diagnosekodning ikke har været et egentligt tema i de afholdte sessioner.

3.4. Afsluttende bemærkninger om konceptet

Selv om evalueringen som nævnt ikke har haft mulighed for at kvantificere effekten af projektet på kliniske processer og resultater, så kan man alligevel pege på en række positive forhold i det afprøvede koncept:

- Almen praksis får fagligt input til patientbehandlingen fra specialist i det pågældende sygdomsområde.
- Alment praktiserende læger giver hinanden ideer og sparring på vanskelige patienter.
- Specialisten kan lære noget om vilkårene for arbejdet i almen praksis.
- Man får "sat ansigter på hinanden" – dette kan fremme tilbøjeligheden til at ringe til den anden part i forbindelse med løbende problematikker.
- Der kan sendes beskeder til "den anden sektor" og derigennem indirekte måske ske påvirkning af de strukturelle forhold, der omgiver den samlede diabetesindsats.

Alligevel bør man selvfølgelig overveje, om sådanne resultater kan opnås på en nemmere og billigere måde med andre metoder. Vi har ikke regnet sundhedsøkonomi på projektet, men det falder i øjnene, at det har været et relativt stort apparat med relativt få deltagere. Det vil således kræve nøje logistik og store ressourcer, hvis konceptet skal udrulles som et tilbud til hele regionens almen praksis-sektor.

Bilag A: Uddrag af projektbeskrivelse

Kortfattet projektbeskrivelse i relation til forløbsprogrammer		
1.	Projekttitlel	Journalaudit – kvalitetsudvikling af diabetesomsorg på tværs af sektorer
2.	Baggrund	
	Projektets anledning/baggrund	<p>KE-udvalget for almen praksis i Region Sjælland har gennemført et forløb af projekter og aktiviteter, der har haft til formål at forbedre kronikeromsorgen i almen praksis. Fokus har været anvendelse af diabetesforløbsydelsen og sentinel datafangst, der kan bruges som værktøj til at forbedre kvaliteten af kronikeromsorgen i almen praksis. Senest blev der i foråret 2009 gennemført et større seminar for 30 læger og klinikpersonale hvor der blev sat fokus på anvendelsen af sentinel datafangst i praksis. Det er imidlertid fortsat relativt få læger, der aktivt anvender datafangst ligesom, der har vist sig behov for at skabe et mødested mellem praktiserende læger og sygehuslæger, hvor alle tilgængelige data fra såvel praksis og fra sygehusområdet (NIP data) inddrages i kvalitetsudviklingsarbejdet.</p> <p>Projektet: "Journalaudit - diabetes behandling på tværs af sektorer" går kort fortalt ud på at skabe dette mødested og inddrage alle tilgængelige data i diabetesbehandlingen og diabetesomsorgen i praksis.</p>
	Interessenter <i>(Beskriv særligt samarbejdet på tværs af sektorer dvs kommuner/ almen praksis/ sygehuse o.a.)</i>	<p>Praktiserende læger, fortrinsvis sentinellæger Diabetesambulatorier/ endokrinologi overlæger Praksiskonsulenter</p>
	Evt. tilknytning til andre projekter	DAK-E
3.	Mål og forventet udbytte	
	Projektformål <i>(Resultat og/ eller proces)</i>	<p>At udvikle og afprøve en model for styrkelse af samarbejde mellem sygehusambulatorier og praktiserende læger om patientbehandling på diabetesområdet med henblik på at udnytte potentialet for kvalitetsforbedringer</p> <p>At kvalitetsudvikle kronikeromsorgen i almen praksis</p> <p>At skabe grundlag for at flere praktiserende læger bruger ICPC kodning og sentinel datafangst til kvalitetsudvikling af kronikeromsorgen i praksis.</p>
	Mål <i>(En beskrivelse af det projektet har leveret, når projektet er slut. Hvordan vil projektet opnå formålet, og hvad skal projektet levere for leve op til formålet. Kan evt. præciseres ved at sikre at målsætningen er specifik, målbar, accepteret, realistisk og evt. tidsfastsat.)</i>	<p>2 auditforløb</p> <p>Kernen i samarbejdsmodellen er et auditforløb med deltagelse af praktiserende læger samt overlæge fra diabetesambulatorier på regionens sygehuse. Der gennemgås i alt 120 journaler i projektet fordelt på 2 auditforløb.</p> <p>De deltagende praktiserende læger skal så vidt muligt ICPC kode og anvende/være fortrolige med sentinel datafangst.</p> <p>De 2 auditforløb gennemføres omkring ambulatorierne i Sygehus Nord amt Sygehus Syd.</p>

		<p>Hvert auditforløb gennemføres efter følgende principper: Et auditforløb består af 4 audit (hver a 2 timer), der gennemføres i løbet af et år. I auditforløbet deltager overlæge og læge fra 5 praksis samt praksiskonsulent. På hver audit gennemgås 15 patientjournaler (i alt 60 journaler pr. auditforløb), NIB data fra ambulatorierne, udtræk fra sentinel datafangstmodulet samt andre relevante data. Patientjournalerne falder i to grupper: Fælles patienter og sværeste patienter i den enkelte praksis. Der deltager en praksiskonsulent i hvert auditforløb. Praksiskonsulenten sammenfatter erfaringerne fra auditforløbet til brug for ekstern evaluering og følger op på ekstern evaluering og afslutningsseminar samme med en planlægningsgruppe.</p> <p>Hvert auditforløb gennemføres inden for et år – fra anden halvdel af 2010 og afsluttes medio 2011.</p> <p>Ekstern evaluering Når de to auditforløb er afsluttet gennemføres en ekstern evaluering, der skal belyse følgende spørgsmål: Er tallene, på udvalgte indikatorer, blevet pænere for de patienter der er gennemgået i auditforløbene? Oplever patienterne et løft i behandlingen? Er anbefalingerne fra audit fulgt i praksis eksempelvis i form af strukturelle og organisatoriske ændringer?</p> <p>Ekstern evaluering kan eksempelvis være Forskningsenheden for almen praksis i København.</p> <p>Afslutningsseminar Alle deltagere inviteres til afslutningsseminar, hvor resultaterne af evalueringen præsenteres. Seminaret skal bl.a. munde ud i anbefalinger til, hvordan den afprøvede samarbejdsmodel kan udvikles og anvendes på andre kronikerområder samt anbefalinger til hvordan regionens praktiserende læger kan motiveres til at anvende sentinel datafangst til kvalitetsudvikling af kronikeromsorgen.</p>
	<p>Forventet udbytte <i>(Beskriv hvordan det kan måles at formålet/udbyttet er opnået. F.eks. gennemført x uddannelsesforløb for y ansatte i et område, eller et område ved en måling rapporterer en tilfredshed på min 3 på en skala på 1-5.)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> * Gennemgang af 120 patientjournaler * Anvendte data er på udvalgte indikatorer blevet pænere for de patienter, der er gennemgået i auditforløbene * Patienterne oplever et løft i behandlingen * Potentialet for kvalitetsforbedringer er identificeret og omsat i deltagende praksis fx i form af strukturelle og organisatoriske ændringer
	<p>Andre afledte resultater <i>(Resultater, der ikke er direkte relaterede til projektet, men som kommer organisationen til gavn. F.eks. arbejdsglæde, tilfredshed m.v.)</i></p>	<p>Udvikling af grundlag for at flere af regionens praktiserende læger motiveres til at anvende datafangst og ICPC kodning til kvalitetsudvikling af kronikeromsorgen.</p>