

Tværasektorielt samarbejde om ambulante medicinske patienter

Overlæge Peter Qvist, oversygeplejerske Lisbeth Rasmussen & projektmedarbejder Jakob Lorentzen

Amager Hospital, Projekt Den Gode Medicinske Afdeling

Resumé

Introduktion: Undersøgelsens formål var at evaluere det tværasektorielle samarbejde om henvisning, visitation og opfølgning af ambulante medicinske patienter.

Materiale og metoder: Fastlæggelse af kvalitetsindikatorer foregik ud fra tværasektorielt udarbejdede standarder for henvisning, visitation og ambulante opfølgning. Alle landets medicinske ambulatorier blev tilbudt at deltage i undersøgelsen, der blev gennemført som en tværsnitsundersøgelse med indtastning af data fra 50 henviste patienter pr. ambulatorium. Visiterende overlæge og afdelingens praksiskonsulent indtastede data fra de samme 50 patienter. Tre måneder efter præsentation af data blev de deltagende læger interviewet.

Resultater: Der deltog 28 ambulatorier. Efter dataanalyse blev resultaterne sendt retur med angivelse af overlægens og praksiskonsulentens vurdering til sammenligning. For det samlede materiale vurderede både praksiskonsulenten og overlægen, at 23% af henvisningerne var ufuldstændige. Mangel på medicinliste og undersøgelsesresultater var de hyppigst forekommende kvalitetsbrist. Anvendelse af visitationsproceduren til planlægning af undersøgelsesprogram varierede betydeligt. En fjerdedel af patienterne gennemgik identiske undersøgelser før og efter henvisning. Af disse vurderede praksiskonsulent og overlæge henholdsvis 24,8% og 17,5% som unødvendige. Enigheden mellem praksiskonsulent og overlæge om ansvar for opfølgning varierede fra 6,3% til 100%.

Diskussion: Undersøgelsen fandtes velegnet til udpegning af indsatsområder både generelt og lokalt. Interviewene støttede anvendeligheden af konceptet som led i udvikling af det tværasektorielle samarbejde om ambulante medicinske patienter.

Der har i de seneste år været tiltagende opmærksomhed omkring betydningen af samarbejdet på tværs af sektorer for gennemførelse af velkoordinerede og sammenhængende patientforløb. Især har den skriftlige kommunikation mellem almen praksis og sygehusene i form af henvisninger og epikriser været i fokus. Vurdering af kvaliteten af det tværasektorielle samarbejde på basis af evaluering af den skriftlige kommunikation har ført til, at man i såvel danske som udenlandske undersøgelser påpeger kvalitetsbrist på flere områder [1-4].

I projektet Den Gode Medicinske Afdeling (DGMA) er der i samarbejde med bl.a. repræsentanter fra Dansk selskab for almen medicin (DSAM) i 2002 udviklet standarder og indika-

torer for patientforløb på tværs af sektorer, herunder standarder for henvisning og visitation af patienter til indlæggelse og til ambulante udredning/behandling [5]. Formålet med denne undersøgelse var at evaluere målopfyldelsen i forhold til fælles fastsatte standarder på en række medicinske ambulatorier.

Materiale og metoder

På baggrund af standarder for temaerne henvisning og visitation samt det ambulante forløb blev der udvalgt indikatorer til belysning af: 1) relevans, timing og indhold af henvisninger fra almen praksis til medicinsk ambulatorium, 2) planlægning af undersøgelsesprogram i forbindelse med visitation, 3) hyppigheden af identiske undersøgelser udført før og efter henvisning og 4) konsensus mellem afdelingens praksiskonsulent og visiterende overlæge om ansvar for fremtidig kontrol.

Dataregistrering foregik ved gennemgang af henvisninger og – i begrænset omfang – første ambulante notat i lægejournalen. Registreringsskemaer blev forud for dataindsamling pilottestet på to ambulatorier og efterfølgende justeret og suppleret med skriftlig information til dataindsamlerne.

Der planlagdes inklusion af 50 konsekutivt valgte patienter, der var set første gang i ambulatoriet inden for seks måneder fra inklusionstidspunktet. Data blev registreret for samme patienter af såvel afdelingens praksiskonsulent som ambulatoriets visiterende overlæge. Der anvendtes to identiske skemaer, dog blev spørgsmål vedrørende henvisningens relevans og timing samt spørgsmål om planlægning i forbindelse med visitation kun besvaret af den visiterende overlæge. Hovedparten af dataindsamlerne benyttede muligheden for direkte onlineindtastning. De registreringer, der blev foretaget på papirskeemaer, blev efterfølgende indtastet til databasen af DGMA's sekretariat.

Undersøgelsen var åben for alle landets medicinske ambulatorier. Deltagelse krævede, at ambulatoriet var modtager af patienter henvist fra almen praksis, og at ambulatoriet/afdelingen havde en praksiskonsulent tilknyttet.

Feedback til de deltagende ambulatorier og praksiskonsulenter foregik dels ved præsentation af data på DGMA's hjemmeside, dels ved udsendelse af resultater i rapportform. Et eksempel på præsentation af ambulatoriespecifikke resultater er vist i **Figur 1**. Tre måneder efter præsentation af data blev der gennemført et telefoninterview med alle dataindsamlerne med henblik på afklaring af, om resultaterne var anvendt som led i det tværasektorielle samarbejde.

I den statistiske analyse af interobservervariation er der anvendt kappastatistik og McNemar-test.

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

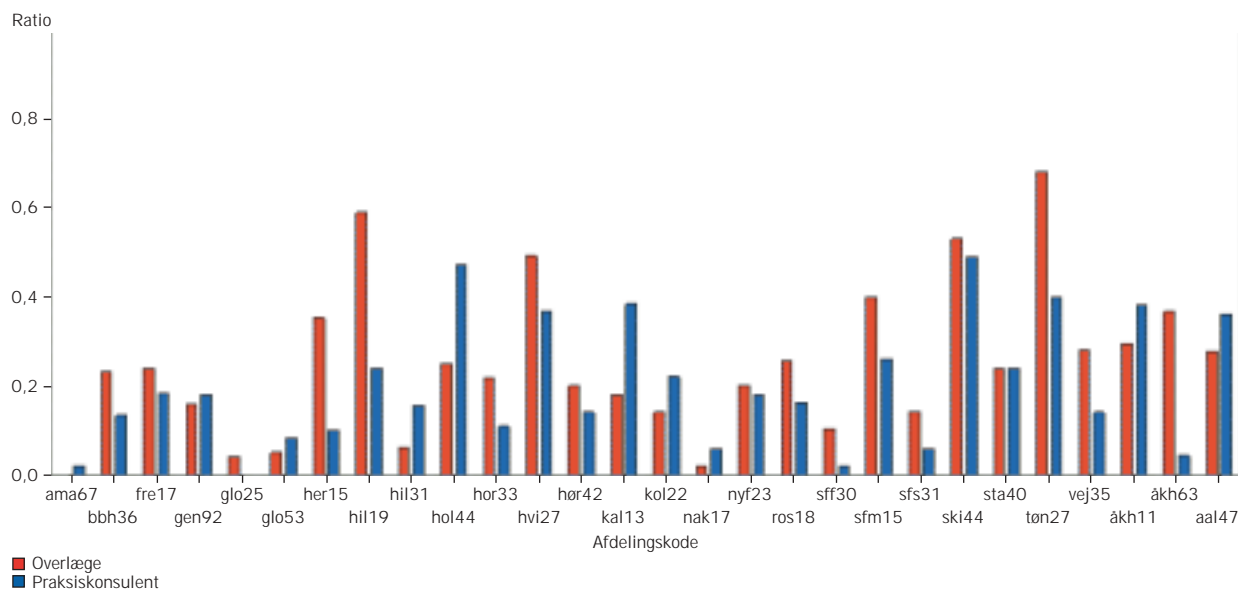


Fig. 1. Vurdering af om diagnostisk afklarede patienter fortsat bør følges i ambulatoriet. Kodeforskrifter tilgængelige på www.dgma.dk

Resultater

I alt 37 medicinske ambulatorier tilmeldte sig undersøgelsen. Syv ambulatorier måtte melde fra, de fleste pga. mangel på tid/resurser til dataindsamling inden for tidsfristen på ca. 2 mdr. For yderligere to ambulatorier fik kun den visiterende overlæge indtastet data. Resultater fra disse indgår ikke i denne opgørelse. I alt blev 1.352 patienter inkluderet af visiterende overlæger (medianværdi 50 pr. ambulatorium) og 1.360 patienter af praksiskonsulenterne (median 50 pr. ambulatorium). På grund af manglende overensstemmelse i nummerringen af patienter på to ambulatorier og for enkelte patienter på øvrige ambulatorier kunne interobservervariation kun beregnes for 1.218 patienter i det samlede materiale.

Henvisningens relevans, timing og indhold

Visiterende overlæge fandt henvisning til det aktuelle ambulatorium relevant for 1.300 af 1.352 patienter (96,2%). I 113 tilfælde (8,4%) angav visitator, at patienten burde have været henvist tidligere, i 66 tilfælde (4,9%) at henvisende læge burde have foretaget yderligere undersøgelser før viderehenvisning. Vurdering af henvisningernes indhold af en række oplysninger blev - sammen med en samlet vurdering - foretaget af både den visiterende overlæge og praksiskonsulenten (Tabel 1). Den visiterende overlæge vurderede, at henvisningerne ikke var fyldestgørende i 22,8% af tilfældene, og praksiskonsulenten vurderede, at de ikke var fyldestgørende i 22,6% af tilfældene. Vurdering på patientniveau viste en overensstemmelse mellem praksiskonsulent og visitator, der varierede mellem 53,2% og 100% (Tabel 2). Den samlede overensstemmelse var på 79%, (McNemar-test $p = 0,53$), $kappa = 0,40$.

Planlægning af undersøgelsesprogram

Planlægning af en eller flere undersøgelser i forbindelse med visitationen var gennemført for 677 af 1.352 patienter (50,1%). Tallet dækker over stor variation mellem ambulatorierne, idet ti ambulatorier havde planlagt undersøgelser for mindre end 20% af patienterne, mens otte ambulatorier havde planlagt undersøgelser for mere end 80% af patienterne. Forskellen mellem ambulatorierne havde ingen sammenhæng med forskelle i grenspecialer.

Hyppeghed af dobbeltundersøgelser

Dobbeltundersøgelser blev i dette studie defineret som undersøgelser, herunder blodprøver foretaget af egen læge og gentaget i forbindelse med visitation eller første ambulante besøg. Overlægerne og praksiskonsulenterne registrerede dobbeltundersøgelser hos henholdsvis 378 (27,9%) og 330 (24,8%) af patienterne. Praksiskonsulenterne vurderer dobbeltundersøgelserne som unødige i 82 af 330 tilfælde (24,8%), mens overlægerne vurderer dobbeltundersøgelserne som unødige i 66 af 378 tilfælde (17,5%), samlet overensstemmelse 81%, $kappa = 0,54$.

Tabel 1. Vurdering af henvisningens indhold. Tabellen viser vurdering af frekvensen af fyldestgørende/tilfredsstillende indhold af oplysninger i henvisninger for hele patientmaterialet.

	Overlæge	Praksiskonsulent
Antal patienter	1.352	1.360
Stamoplysninger	90,8%	91,0%
Anamnese	81,0%	81,0%
Undersøgelsesresultater	61,3%	68,3%
Medicinliste	39,3%	49,6%
Formål	91,7%	91,5%
Læsbarhed	92,5%	91,8%
Samlet vurdering	77,2%	77,4%

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

Tabel 2. Graden af overensstemmelse mellem overlægens og praksiskonsulentens vurdering af henvisningens samlede indhold og ansvar for opfølgning. Overensstemmelse i vurdering på patientniveau.

Ambulatorium (afdelingskode) ^a	Henvisningens indhold % (n-værdi, som procenten er beregnet ud fra)	Ansvar for opfølgning ^b (i ambulatorium/hos egen læge eller hos begge) % (n-værdi, som procenten er beregnet ud fra)
ama67	91,5 (47)	b
bbh36	80,0 (30)	34,5 (29)
fre17	65,2 (46)	60,9 (46)
gen92	100,0 (50)	100,0 (31)
glo25	77,1 (48)	91,2 (34)
glo53	55,9 (34)	6,3 (16)
her15	75,5 (49)	30,4 (23)
hil19	90,0 (50)	47,7 (44)
hil31	82,2 (45)	48,7 (39)
hol44	68,6 (51)	73,3 (30)
hor33	84,8 (46)	43,9 (41)
hvi27	92,2 (51)	67,6 (37)
hør42	74,0 (50)	32,6 (43)
kal13	59,6 (47)	42,1 (38)
kol22	79,1 (43)	65,0 (40)
nak17	73,5 (49)	58,1 (43)
nyf23	100,0 (50)	90,5 (42)
ros18	55,3 (47)	71,4 (14)
sff30	83,3 (48)	60,0 (45)
sfm15	95,8 (48)	71,1 (45)
sfs31	77,6 (49)	47,6 (42)
ski44	90,2 (51)	61,2 (49)
tøn27	53,2 (47)	58,3 (36)
vej35	68,0 (50)	38,3 (47)
åkh11	83,7 (49)	27,5 (40)
aal47	83,7 (43)	55,8 (43)

a) Kodeforskrifter tilgængelige på www.dgma.dk

b) n < 5.

Ansvar for fremtidig kontrol

Vurdering af behov for fremtidig kontrol og ansvarsplacering blev foretaget af både visitator og praksiskonsulent for patienter, der som minimum kunne placeres i en hoveddiagnosegruppe. Dette kunne godt to tredjedele af alle patienter. Overlægerne og praksiskonsulenterne vurderede, at henholdsvis 20,3% og 25,1% af patienterne fremover burde følges i ambulatoriet. Tilsvarende vurderede de, at henholdsvis 34,0% og 26,3% af patienterne burde kontrolleres i almen praksis. Overensstemmelsen i vurderingen på patientniveau varierede fra 6,3% til 100%, samlet overensstemmelse 56%, kappa = 0,40.

Opfølgende interview

Samtlige 58 deltagende læger lod sig interviewe. Lægerne blev bl.a. spurgt om, hvorvidt resultaterne var blevet diskuteret indbyrdes, hvorvidt resultaterne var blevet formidlet til kolleger i almen praksis, og om undersøgelsen havde medført konkrete kvalitetsforbedrende initiativer. I **Tabel 3** ses frekvenserne for allerede gennemførte og planlagte tiltag.

Tabel 3. Diskussion, formidling og konsekvens.

	Gennemført n (ud af 28)	Planlagt n (ud af 28)	Ikkeplanlagt n (ud af 28)
Resultater diskuteret	21	2	5
Resultater formidlet til kolleger			
i almen praksis	13	9	6
Konkrete initiativer	10	10	8

Diskussion

Tidligere publicerede danske undersøgelser vedrørende kvaliteten af henvisninger fra almen praksis til sygehusene har sammenstemt vist, at en del henvisninger ikke indeholder fyldestgørende oplysninger til brug for den videre håndtering af patientforløbet i sekundærsektoren [1, 2, 6]. Resultaterne er i store træk identiske med erfaringer fra udlandet [3, 4, 7]. Såvel herhjemme som i udlandet har henvisninger i nogle undersøgelser været evalueret af både en praktiserende læge og en overlæge. I forhold til tidligere danske undersøgelser adskiller denne sig ved: 1) antallet af deltagende afdelinger, 2) muligheden for beregning af interobservatorvariation, 3) at registrerede indikatorer er udledt af tværsektorielt udarbejdede standarder og 4) at resultaternes anvendelighed er klarlagt ved efterfølgende interview.

Ad 1. Det store antal deltagende ambulatorier har givet mulighed for påvisning af variationer og mulighed for lokalt at sammenligne sig med en række andre ambulatorier. Konceptet svarer til det, der tidligere har været anvendt som basis for kvalitetsudvikling på landets medicinske sengeafdelinger [8].

Ad 2. Spørgsmålene på de anvendte registreringsark (indikatorerne) var valgt således, at der i en del tilfælde indgik en specifik faglig vurdering. Det er velkendt, at der ved sådanne vurderinger vil forekomme interobservatorvariation [7, 9, 10]. Graden af observatorvariation udtrykkes ofte som kappaværdier, overensstemmende svar (i procent), eller ved signifikans-testning (f.eks. McNemar-test). Generelt anbefales ikke angivelse af kappaværdier alene som mål for observatorvariation [11]. I denne undersøgelse registreredes data af både praksiskonsulenter og overlæger til brug for lokal diskussion af graden af fælles opfattelse af fastlagte kvalitetsmål.

Ad 3. I tidligere danske opgørelser har man ikke over en årrække kunnet konstatere forbedring af kvaliteten af henvisninger fra almen praksis [2]. En af årsagerne kan være mangel på konsensus om standarder for henvisningernes indhold. Dette kan dog ikke bekræftes gennem erfaringer fra udlandet [12] eller fra arbejdet med standardudvikling i DGMA. En anden årsag kan være manglende systematik i indsatsen for kvalitetsudvikling - herunder manglende mulighed for at kunne konstatere, om gennemførte tiltag har haft den tilsigtede effekt. Gentagelse af målinger, som foretaget i denne undersøgelse, vil kunne tilvejebringe data til belysning af den lokale udvikling over tid.

Ad 4. Hovedparten af de deltagende læger (>90%) tilkendegav, at undersøgelsens udbytte stod mål med indsatsen. Enkelte havde ikke fortaget andet end at konstatere, at resultaterne var tilfredsstillende. Det relativt store antal planlagte - men endnu ikke gennemførte - initiativer henførtes hovedsagelig til allerede udfærdigede fælles forløbsbeskrivelser og vejledninger, der planlægges anvendt i sammenhæng med lanceringen af sundhedsportalen.

Denne undersøgelse viste en markant forskel på, i hvor høj

grad den visiterende overlæge planlægger undersøgelser allerede ved modtagelse af henvisningen. Vi har ikke fundet tilsvarende danske eller udenlandske opgørelser. Den store variation kunne ikke umiddelbart forklares ved forskelle i case-mix. Interviewrunden afslørede, at variationen i nogle tilfælde skyldes, at alle relevante prøver sædvanligvis er foretaget i almen praksis, i andre tilfælde at der ikke lægges særlig stor vægt på visitationsarbejdet.

Gennemførelse af velkoordinerede ambulante patientforløb kræver bl.a. konsensus om opgavefordeling mellem praktiserende læger og ambulatorierne – f.eks. vedrørende gennemførelse af undersøgelser – og aftaler om ansvar for opfølgning og kontrol af patienter med kroniske lidelser. I denne undersøgelse anvendtes registrering af dobbeltundersøgelser og graden af enighed om ansvar for fremtidig kontrol som mål for koordinering af patientforløbene. Opgørelse af frekvensen af dobbeltundersøgelser og specielt vurdering af nødvendigheden af gentagelse af allerede foretagne undersøgelser er behæftet med betydelig usikkerhed. Indtrykket fra interviewene var, at man enkelte steder faktisk opfattede dobbeltundersøgelser som et problem. I disse tilfælde havde man som hovedregel taget initiativ til forbedring af opgavefordelingen.

Opgørelsen over vurdering af ansvar for fremtidig kontrol viste, at der visse steder er et klart behov for afklaring af rollefordelingen mellem almen praksis og ambulatorierne. Interviewene synliggjorde, at dette også blandt deltagende læger anses for at være et væsentligt fremtidigt indsatsområde, specielt i relation til samarbejdet mellem praksiskonsulenterne og ambulatorierne om de store grupper af patienter med kroniske sygdomme [13].

Denne undersøgelse var designet med henblik på at belyse samarbejdet mellem almen praksis og de medicinske afdelinger om undersøgelse, behandling og kontrol af ambulante medicinske patienter. Med deltagelse af et bredt udsnit af landets medicinske ambulatorier har det været muligt at samle data, der afdækker såvel lokale som mere generelle kvalitetsproblemer. Desuden har det været muligt at undersøge forskelle i kvalitetsvurdering foretaget af repræsentanter fra primær- og sekundærsektoren. Endelig har de opfølgende interviews belyst undersøgelsens anvendelighed som redskab til lokal kvalitetsudvikling. Det vurderes, at konceptet er anvendeligt som basis for kvalitetsudvikling af det tværsektorielle samarbejde mellem praksiskonsulenter og sygehusafdelinger.

Litteratur

1. Sørensen HT, Rasmussen HH, Mortensen FV et al. Henvisning til en medicinsk gastroenterologisk afdeling. Ugeskr Læger 1990;152:322-3.
2. Rubak S, Mainz J. Kommunikation mellem alment praktiserende læger og sygehuse. Ugeskr Læger 2000;162:648-53.
3. Westerman RF, Hull FM, Bezemer PD et al. A study of communication between general practitioners and specialists. Br J Gen Pract 1990;40:445-9.
4. Tattersall M, Butow P, Brown J et al. Improving doctors' letters. MJA 2002; 177:516-20.
5. DGMA. Standarder og indikatorer for det tværsektorielle patientforløb. København: Den Gode Medicinske Afdeling, november 2002.
6. Christensen K, Mainz J, Kristensen, E. Kommunikation mellem primær- og sekundærsektoren og dens betydning for patientforløbet. Ugeskr Læger 1997;159:7141-5.
7. Jenkins RM. Quality of general practitioner referrals to outpatient departments: assessment by specialists and a general practitioner. Br J Gen Pract 1993;43:111-3.
8. Rasmussen L, Bonnevie B, Ovist P. Effekten af gentagne målinger af generelle kvalitetsindikatorer. Ugeskr Læger 2003;165:3724-28.
9. Goldman RL. The reliability of peer assessments of quality of care. JAMA 1992;268:2513-4.
10. Hayward RA, McMahon LF, Bernard AM. Evaluating the care of general medicine inpatients: how good is implicit review? Ann Intern Med 1993;118:566-8.
11. Byrt T, Bishop J, Carlin JB. Bias, prevalence and kappa. J Clin Epidemiol 1993;46:423-9.
12. Newton J, Eccles M, Hutchinson A. Communication between general practitioners and consultants: what should their letters contain? BMJ 1992;302: 821-4.
13. Nickelsen T, Christensen M. Ambulant behandling. Ugeskr Læger 2002;164: 4913-7.

Korrespondance: *Peter Qvist*, Hans Tausensgade 4A, 3. sal, DK-5000 Odense C.
E-mail: info@dgma.dk

Antaget: 2. april 2004
Interessekonflikter: Ingen angivet