

Tværasektoriel forløbsgennem- gang i Region Sjælland

Analyse af 80 patientforløb for patienter, der har fået foretaget
benamputation.

Udgivet af:

PS!mprove v. Dansk Selskab for Patientsikkerhed

c/o Frederiksberg Hospital

Vej 8, indgang 1, 1 sal

Nordre Fasanvej 57

2000 Frederiksberg

Opsætning af tabel 8 og 11:

Ulla Korgaard, designeriet.com

Maj, 2023

Indhold

1. Executive summary	3
2. Introduktion	6
Baggrund.....	6
3. Metode	8
Kvalitativ analyse af relevant journalmateriale	8
Studiepopulation, udvalgte patientforløb og datakilder.....	10
Datakilder	10
Gennemførelse af delanalyse 1.....	12
Gennemførelse af delanalyse 2.....	13
Styrke og begrænsninger ved brug af metoden	13
4. Fund	15
Karakteristika for patientforløb	15
Analyse af fund	21
Diagnostic Team Members.....	21
Tasks.....	22
Technology and Tools	23
Organization	23
5. Konklusion.....	24
6. Refleksioner.....	26
7. Litteratur	27
8. Bilag	28
Bilag 1: AHRQ (2022), Dokument D, oversat til Dansk	28
Bilag 2: AHRQ (2022), Dokument H, oversat til Dansk	29
Bilag 3: Oversigt over 'Notater fra alle faggrupper'	31
Bilag 4: Datatræk fra kommunernes omsorgssystemer vedr. sundhedslovsydelser	32

Executive summary

Denne rapport beskriver gennemgang og analyse af 80 patientforløb fra patienter i Region Sjælland, der har fået foretaget en benamputation. Den er udarbejdet af PS!improve, som er en konsulentvirksomhed under Dansk Selskab for Patientsikkerhed (fremover betegnet som PS!), på bestilling af Region Sjælland.

Baggrunden for denne analyse er, at Region Midtjylland i april 2022 offentliggjorde en ekstern analyse af amputationer og anvendelse af karkirurgi (Møller et al., 2022). Analysen var bestilt af regionens direktion og påpegede, at for få og for sene forebyggende behandlinger kan have ført til øget risiko for benamputation. Efterfølgende bestilte regionerne en rapport hos Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP) for at få et landsdækkende billede af aktiviteten på området. Rapporten analyserer forekomsten af karkirurgiske indgreb og amputationer og peger på en række regionale forskelle. Rapporten understreger, at sammenfaldet mellem høje rater af amputationsforebyggende karkirurgi og lave rater af amputationer ikke skal betragtes som udtryk for en egentlig årsagssammenhæng. Desuagtet har rapporten efterfølgende givet anledning til en række initiativer, blandt andet i form af udvidede kvalitetsanalyser som journalaudit. På vegne af Region Sjælland har Sjællands Universitetshospital gennemgået 165 amputationsforløb for 150 unikke patienter. Journalgennemgangen konkluderer, at alle amputationer er sket på et fagligt grundlag, og at fem ud af 150 patienter kunne have haft gavn af karkirurgisk vurdering op til amputationen. Der er dog ingen garanti for, at dette ville have givet mulighed for karkirurgisk intervention eller have haft betydning for selve amputationen (Sjællands Universitetshospital, 2022).

Region Sjælland har bedt PS! om at bistå regionen med at gennemføre en tværsektoriel forløbsgennemgang med det formål at udtrække læring af tidligere patientforløb for benamputerede borgere med henblik på at identificere eventuelt forbedringspotentiale for patienter, der er i risiko for benamputation, herunder at udpege faktorer, som kan fremme og hæmme den organisatoriske kvalitet, så unødige forsinkelser, afbrydelser og ventetid kan undgås. For at fremme det tværsektorielle fokus i gennemgangen har Region Sjælland valgt, at der skal indgå 20 patientforløb fra hver sundhedsklynge (i alt 80 patientforløb) i forløbsgennemgangen. PS! har anbefalet Region Sjælland, at der til analyserne anvendes patientsikkerhedsmetoder, som der er god erfaring med i forhold til at undersøge patientforløb i forbindelse med den diagnostiske proces, tværsektorielle processer og arbejdsgange, da disse metoder er velegnede til netop at udpege fremmende og hæmmende faktorer.

For hver af de fire sundhedsklynger er udpeget en tværfaglig, tværsektoriel ekspertgruppe med relevante repræsentanter (kar- og ortopædkirurg, sygeplejerske, fodterapeut, alment praktiserende læge samt sundhedsfaglige kompetencer fra kommune), som har gennemgået forløbene sammen med PS!' konsulenter.

Faktorer, der kan fremme den organisatoriske kvalitet

Vores analyse peger på flere faktorer, som kan fremme den organisatoriske kvalitet.

Ensartet rekvirering af distale blodtryksmålinger

Den første faktor er en nemmere og mere ensartet måde for den praktiserende læge at henvise til en distal blodtryksmåling. Den distale blodtryksmåling er en vigtig markør i diagnoseprocessen ved patienter med potentielle cirkulationsproblemer i benene. Vores analyse viste, at der nemt kan opstå *system-delay* ved henvisning til denne undersøgelse, fordi det ikke altid er klart, hvordan der henvises til undersøgelsen, og om den praktiserende læge direkte kan henvise patienten til klinisk fysiologisk afdeling, hvor disse undersøgelser oftest foretages. Hvis patienten først skal henvises til ortopædkirurgisk ambulatorium og bagefter til klinisk fysiologisk afdeling, kan der opstå unødvendig forsinkelse.

Multidisciplinær tilgang til patienter

Den anden faktor er en styrket multidisciplinær tilgang til patienter i risiko for benamputation. Selvom nogle hospitaler har organiseret behandlingen af disse patienter på tværs af de forskellige faggrupper, foreslår flere af de faglige eksperter, at patienter med denne problematik har brug for en decideret multidisciplinær teamtilgang. Hvor fx karkirurgi som speciale primært har fokus på mobilisering af patienten for at opretholde cirkulationen i benet, har sårcentre inden for ortopædkirurgi (også) fokus på at aflaste sårene med begrænset mobilisering. Her viser forskning, at samarbejde med en fysioterapeut,

som kender til mulighederne for at aflaste ben og hud, giver gode resultater (Riis Madsen, 2017). Ud over disse tre faggrupper ville det være relevant at tage stilling til, hvilke andre specialer, som fx geriatri, almen praksis og kommunale aktører, der med fordel kunne være en del af denne multidisciplinære tilgang.

Øget anvendelse af tværsektorielt kommunikationsredskab

Den tredje faktor er øget anvendelsen af pleje.net. Pleje.net er et dokumentationsredskab og bruges til telemedicinsk kommunikation om sår og sårbehandling mellem sundhedspersonale inden for og på tværs af sektorer. Pleje.net giver hjemmeplejen (og almen praksis) mulighed for at kommunikere direkte med sårcenteret eller ambulatoriet på hospitalet ang. sår med mulighed for at sende billeder. Patientforløbsanalysen har vist, at anvendelse af pleje.net giver smidige forløb med kort ventetid på vurderingen af billeder og stor tilfredshed blandt sundhedspersonale, både i kommunen og på hospitalet. Data fra pleje.net viser store forskelle inden for og imellem regioner i Danmark (Pleje.net, 2022).

Faktorer, der kan hæmme den organisatoriske kvalitet

Vores analyse peger også på forskellige faktorer, der kan hæmme den organisatoriske kvalitet.

Ufuldstændige epikriser ved udskrivelse af patienter

Den første faktor er praksissen omkring udfærdigelse af epikriser ved udskrivelse af patienter fra hospitalet. Det er den afdeling, hvor patienten har været indlagt sidst, der skriver en epikrise. Forløbsgennemgangen viser, at epikrisen især indeholder sundhedsmæssige oplysninger, som er relateret til og relevante for det speciale/den afdeling. I flere af de patientforløb, der indgår i forløbsanalysen, er patienterne multisyge og har været indlagt på forskellige afdelinger inden udskrivelse, uden at dette fremgår af epikrisen. Hermed bliver det mere eller mindre tilfældigt, hvilke oplysninger epikrisen indeholder, hvilket kan gøre det svært for almen praksis at følge op på den mest hensigtsmæssige måde og sikre den bedst mulige kvalitet i forløbet.

Uens arbejdsgange vedrørende kommunikation

Den anden faktor handler også om dokumentation, journalføring og kommunikation. Der er store forskelle i arbejdsgangen omkring kommunikation mellem hospitalerne og kommunerne. Nogle hospitaler sender alle små ændringer i plejeforløbsplanen i form af en avis til kommunen, mens andre hospitaler ikke gør. Patientforløbsanalysen viste også, at der er store forskelle i arbejdsgangen omkring kommunikation fra ambulatorier til almen praksis. Nogle ambulatorier sender en korrespondance efter hvert besøg. Andre ambulatorier sender kun en korrespondance efter afslutning af forløbet. Endelig viser analysen, at almen praksis og kommune i nogle tilfælde får forskellige oplysninger om patienten. Potentielt er der risiko for manglende kontinuitet i patientforløbet, når information fra hospital er uensartet.

Konklusion

I denne rapport har vi kategoriseret fundene fra de faglige eksperter i rammen fra 'The Work system' fra AHRQ. Vi har vurderet, at fire ud af de seks elementer var relevante i vores analyse: Diagnostic Team Members, Tasks, Technology and Tools og Organization. Ud fra disse fund besvarer vi det centrale spørgsmål for denne rapport: Hvilke faktorer kan fremme og hæmme den organisatoriske kvalitet, så unødige forsinkelser, afbrydelser og ventetid kan undgås for patienter, som er i risiko for benamputation?

Den første faktor, der kan fremme den organisatoriske kvalitet, er en mere ensartet måde for den praktiserende læge at henvise til en distal blodtryksmåling. Den anden faktor, der kan fremme kvaliteten af den organisatoriske kvalitet, er en styrket multidisciplinær tilgang til patienter i risiko for benamputation. Den tredje faktor, vi vurderer, der kan fremme den organisatoriske kvalitet, er systematisk anvendelse af pleje.net.

Vores analyse peger også på forskellige faktorer, der kan hæmme den organisatoriske kvalitet. Den første faktor, der kan hæmme den organisatoriske kvalitet, er indholdet af epikrisen. Den anden faktor, der kan hæmme den organisatoriske kvalitet, er den store forskel i arbejdsgangen omkring kommunikation fra ambulatorier til almen praksis.

På baggrund af analysen kan vi konkludere, at de gennemgåede patientforløb kendetegnes ved at være uensartede. På to områder ligner forløbene hinanden: konsultation i almen praksis og karkirurgisk vurdering. For langt de fleste patientforløb

gælder, at der det seneste halvandet år op til amputationen har været månedlige konsultationer i almen praksis (fysisk eller elektronisk konsultation eller recept), og i langt de fleste patientforløb har der indgået en karkirurgisk vurdering. Men patientforløbene kendetegnes især ved de store forskelle: fra ingen kontakt til hospitalet i halvandet år op til amputation til kontinuerlig kontakt med mange forskellige sundhedsfaglige aktører. Ved nogle patientforløb har kontakten til sundhedsvæsenet først været på et tidspunkt, hvor amputationen har været af livsreddende karakter. I andre patientforløb har amputationen kunnet udsættes i flere år, blandt andet ved at have hyppige besøg i sårcentret.

Den vigtigste konklusion er, at patientforløbene har været så forskellige, at der ikke kan udpeges én - eller et par – indsatser, der kan forbedre den organisatoriske kvalitet. Denne konklusion understøttes af forskning; benamputerede patienter består af en meget heterogen gruppe patienter med store forskelle i funktionsniveau og psykosociale behov med forskellige, komplekse sundhedsfaglige behov (Riis Madsen, 2017).

Refleksioner

Drøftelserne mellem de faglige eksperter og konsulenterne omkring de enkelte patientforløb har givet anledning til nogle refleksioner, som vi vurderer relevante at videregive. De omhandler den opmærksomhed, der har været på forskellen i amputationsraterne mellem regionerne og mulig forebyggelse af amputationen ved en karkirurgisk indsats. Selvom fokus på amputation og forebyggelse er meget forståelig, da amputation drejer sig om en livsændrende situation for patienten, har de faglige eksperter løbende påpeget, at dette fokus er alt for ensidigt, og at forskellige aspekter af amputationen i deres øjne får for lidt opmærksomhed.

Den første refleksion er, at amputationen ikke skal betragtes som det endelige resultat. Efter operationen opstår en ny situation for patienten, og det er vigtigt at holde for øje, at resultatet af amputationen er af stor betydning for patientforløbet efter amputationen. For eksempel påpegede eksperterne, at hvis beslutningen om amputation bliver taget (for) sent i sygdomsforløbet, fordi fokus primært er på at udsætte amputationen, kan resultatet være, at patienten får dårligere muligheder for at få en protese, for at få udbytte af genoptræning og for at beholde et funktionsniveau, som patienten kunne have haft, hvis operationen var foregået tidligere i patientforløbet. Med udgangspunkt i ovenstående er spørgsmålet, om der er tilstrækkelig fokus på fælles beslutningstagning (Steffensen et al., 2022), og om patienterne generelt bliver oplyst tilstrækkeligt til at kunne tage en velovervejet beslutning om amputation, inklusive tidspunktet herfor.

Det hænger sammen med den anden refleksion i patientforløbsdrøftelserne, som omhandler behovet for en øget opmærksomhed på, hvorvidt de svært syge patienter med dårlig prognose bør opereres eller have et andet tilbud. Her peges der på personcentrerede initiativer som 'Hvad er vigtigt for dig?' samt indsatsen Klar til samtalen, som har til formål at gøre fagpersoner klar til at tage samtalen med borgere om deres ønsker for behandling og pleje i den sidste tid. Spørgsmålet er, om nogle af de gennemgåede patientforløb burde være endt uden amputation. Selvom det har drejet sig om forholdsvis få patientforløb, hvor patienten døde inden for få dage eller uger efter amputationen, har eksperterne peget på disse forløb som suboptimale.

Endelig er der en tredje vigtig, metodisk refleksion: Vi har taget udgangspunkt i de forløb, hvor patienterne har fået foretaget en benamputation trods alle amputationsudsættende tiltag. Vi ved derfor ikke, hvordan forløbene ser ud for patienterne, som er og har været i risiko for benamputation, men som (endnu) ikke er endt med en amputation. Vi ved ikke, hvor stor andelen af patienter, som er blevet benamputeret, er i forhold til alle patienter, som er i risiko for benamputation. Vi kender ikke karakteristika for de patientforløb, som ikke er endt med en benamputation. Det kunne fx være, at de patientforløb, som ikke er endt med en amputation, kendetegnes af mere standardiserede forløb, og at patientforløbene er mere ensartede. På den baggrund mener vi ikke, at vi – udover analysen af fundene, hvor vi blandt andet peger på forskellige suboptimale arbejdsgange med potentiale for forbedring – kan komme med deciderede anbefalinger for at fremme den organisatoriske kvalitet.

Introduktion

Baggrund

Region Sjælland har iværksat en ambitiøs forbedringsindsats med en række forskellige indsatser i relation til borgere, der er i risiko for benamputation. Blandt disse initiativer har Region Sjælland kontaktet PS!improve, som er en konsulentvirksomhed under Dansk Selskab for Patientsikkerhed (fremover betegnet som PS!), med henblik på et samarbejde om en analyse af 80 patientforløb af patienter, der er benamputeret.

Baggrunden for Region Sjællands forbedringsindsats er, at Region Midtjylland i april 2022 offentliggjorde en ekstern analyse af amputationer og anvendelse af karkirurgi (Møller et al., 2022). Analysen var bestilt af regionens direktion og påpegede, at for få og for sene forebyggende behandlinger kan have ført til øget risiko for benamputation.

Efterfølgende bestilte regionerne en rapport hos Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP) for at få et landsdækkende billede af aktiviteten på området. Rapporten analyserer forekomsten af karkirurgiske indgreb og amputationer og peger på en række regionale forskelle. Rapporten understreger, at sammenfaldet mellem høje rater af amputationsforebyggende karkirurgi og lave rater af amputationer ikke skal betragtes som udtryk for en egentlig årsagssammenhæng. Desuagtet har rapporten efterfølgende givet anledning til en række initiativer, blandt andet i form af udvidede kvalitetsanalyser som journalaudit. På vegne af Region Sjælland har Sjællands Universitetshospital (SUH) gennemgået 165 amputationsforløb for 150 unikke patienter. Journalgennemgangen konkluderer, at alle amputationer er sket på et fagligt grundlag, og at fem ud af 150 patienter kunne have haft gavn af karkirurgisk vurdering op til amputationen. Der er dog ingen garanti for, at dette ville have givet mulighed for karkirurgisk intervention eller have haft betydning for selve amputationen (Sjællands Universitetshospital, 2022).

Region Sjælland har nu bedt PS! om at bistå regionen med at gennemføre en tværsektoriel forløbsgennemgang med det formål at lære af tidligere patientforløb for benamputerede borgere med fokus på eventuelt forbedringspotentiale for patienter, der er i risiko for benamputation. For at fremme det tværsektorielle fokus i gennemgangen har Region Sjælland valgt, at der skal indgå 20 patientforløb fra hver sundhedsklynge (i alt 80 patientforløb) i forløbsgennemgangen.

Målet er som nævnt at uddrage læring fra tidligere patientforløb med fokus på forbedringspotentiale, herunder at udpege faktorer, som kan henholdsvis fremme og hæmme den organisatoriske kvalitet, så unødige forsinkelser, afbrydelser og ventetid kan undgås. PS! har anbefalet Region Sjælland, at der til analyserne anvendes patientsikkerhedsmetoder, som der er god erfaring med i forhold til at undersøge patientforløb i forbindelse med den diagnostiske proces, tværsektorielle processer og arbejdsgange, da disse metoder er velegnede til netop at udpege fremmende og hæmmende faktorer.

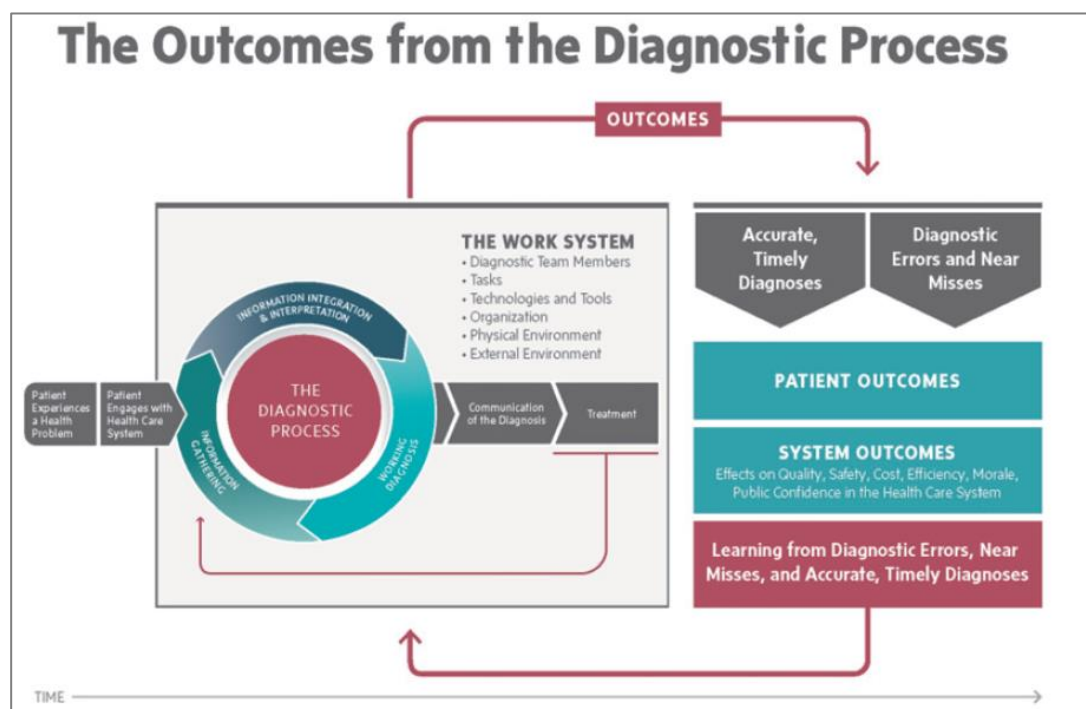
"Every system is perfectly designed to get the results it gets," lyder et berømt citat fra professor Paul Bataldan, en af de store tænkere inden for 'The Science of Improvement' (eller forbedringskundskab på dansk). Citatet refererer til den måde, arbejdet er organiseret, inklusive den herskende kultur omkring arbejdsgangene. Bataldans citat bliver ofte brugt i beskrivelser af W. Edwards Demings 'System of Profound Knowledge' (Langley et al., 2009). Demings ramme er en anerkendt ramme til at forstå, udvikle og forbedre kvalitetsforbedringsprocesser. Den består af fire komponenter, og en af disse komponenter – systemforståelse – fokuserer på afdækning af processer og arbejdsgange, man ønsker at forandre eller forbedre. Paul Bataldans citat og W. Edwards Demings ramme understreger begge, at når arbejdsgangene er uhensigtsmæssigt tilrettelagt, bliver resultatet af disse arbejdsgange også suboptimalt. Omvendt, hvis arbejdsgangene er tilrettelagt på en måde, så risikoen for fejl er minimeret, vil resultaterne oftest også være tilfredsstillende. Hvis resultaterne er utilfredsstillende, er det med andre ord, vigtigt at forbedre systemet i stedet for at rette fokus på de enkelte medarbejders måde at udføre arbejdet på. Dette systemfokus har været centralt i denne tværsektorielle forløbsgennemgang.

I det internationale patientsikkerhedsarbejde er der i disse år fokus på rettidig og korrekt diagnostik som forudsætning for, at patienter modtager den relevante behandling og pleje i sundhedsvæsenet. Hvis en diagnose overses, bliver forsinket eller stilles forkert, kan det have alvorlige konsekvenser for patient og pårørende.

Den internationalt anerkendte ekspert i diagnosesikkerhed Hardeep Singh beskriver diagnosefejl (diagnostic errors) som en *missed opportunity*, der indebærer, "that something different could have been done to make the correct diagnosis earlier" (Singh, 2014).

I sommeren 2022 udgav Agency for Healthcare Research and Quality 'Measure DX: A Resource to Identify, Analyze, and Learn from Diagnostic Safety Events' (AHRQ, 2022). Rapporten indeholder anbefalinger til organisationer, der ønsker at analysere og lære fra utilsigtede hændelser i relation til den diagnostiske proces. Rapporten beskriver en række redskaber og analyseguides, som kan hjælpe til systematisk at gennemgå journalmateriale for at identificere situationerne, som Singh kalder *missed opportunities*. Vi har valgt at anvende to redskaber fra AHRQ-rapporten, som vi har vurderet mest relevante for den tværsektorielle forløbsgennemgang.

For at kategorisere vores fund har vi anvendt figur 1 fra the National Academy of Medicine (Balogh et al., 2015). Figuren illustrerer diagnoseprocessen fra start til slut og giver mulighed for at dele analysen af vores fund op i seks kategorier, der udgør 'The Work System'. 'The Work System' kan betragtes som rammen, hvori diagnoseprocessen finder sted med fokus på forskellige kategorier, der påvirker diagnoseprocessen (National Academies of Sciences, 2015). I metodeafsnittet bliver de seks kategorier uddybet yderligere.



Figur 1

Metode

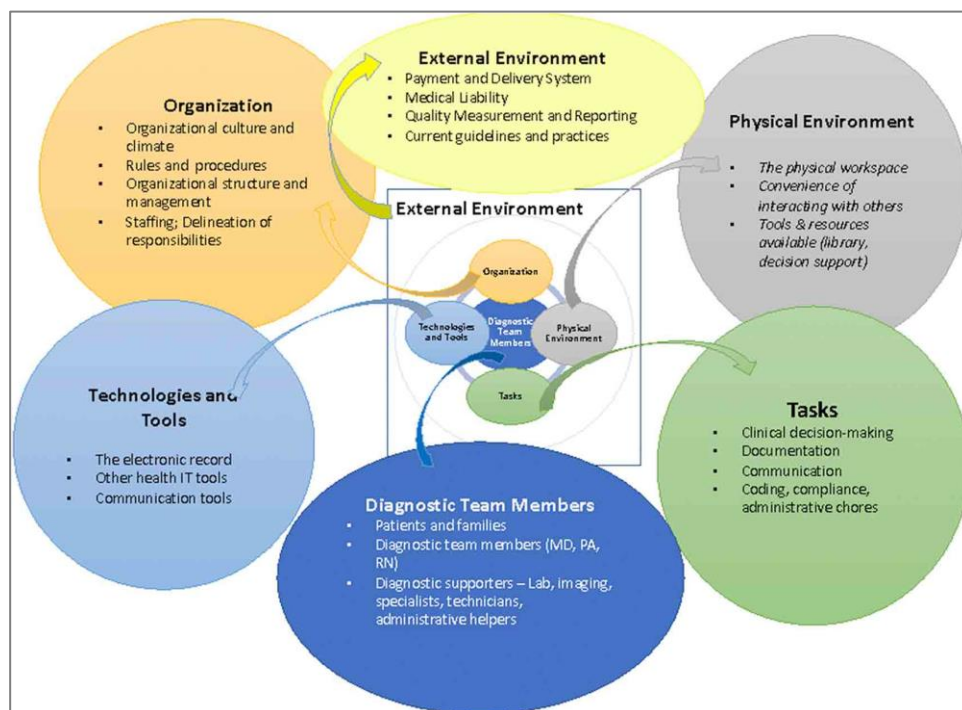
Kvalitativ analyse af relevant journalmateriale

Formålet med analysen har været at identificere hæmmende og fremmende faktorer i forhold til den organisatoriske kvalitet. Til dette formål er en traditionel auditmetode ikke tilstrækkelig, da den primært bruges til at vurdere, om kvaliteten opfylder foruddefinerede kriterier (Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren, 2022). Formålet med analysen fordrer metoder, som kan bidrage til en dyb forståelse af arbejdsgange og processer. Derfor har vi anvendt en kvalitativ analyse af forskelligt type journalmateriale. Der har indgået journalmateriale fra kommunerne, almen praksis og hospitalerne, og dette materiale er systematisk gennemgået og drøftet i tværfaglige og tværsektorielle ekspertgrupper med henblik på at høste tilstrækkelig information fra hvert forløb til at kunne sige noget generelt om mønstre i arbejdsgange og systemer. For at optimere dataindsamlingsprocessen undervejs er det vigtigt at være agil. Dette betyder, at vi har gennemført flere afprøvninger for at finjustere vores måde at udvælge, hvilke data der skulle indgå i analysen, og vi har brugt erfaringerne fra delanalyse 1 til at justere det valgte materiale til delanalyse 2.

For at kunne lære af tidligere forløb er der behov for metoder, som kan illustrere faser og sammenhænge i forløbet over tid, inklusive mulighed for at kunne indfange den tværsektorielle kommunikation. Et flowdiagram i form af et såkaldt svømmebandediagram er en velegnet metode til at give et billede af de konkrete handlinger og sammenhængen mellem dem over tid (Langley et al., 2009). Et svømmebandediagram viser visuelt trinnene i en proces fra start til slut, og aktiviteter fra de enkelte aktører vises i deres egen vandrette svømmebane. Det giver et godt overblik over eventuelle barrierer, forsinkelser eller (u)hensigtsmæssig rækkefølge af processer. På svømmebanerne beskrives, hvilke aktioner og beslutninger de enkelte aktører foretager. Udarbejdelse og analyse af et svømmebandediagram kan give viden om, hvor mange og hvilke beslutninger der træffes, hvor meget tid der kan gå mellem de enkelte trin, hvor der er spild, (u)hensigtsmæssigheden af rækkefølgen af de enkelte delprocesser osv.

Den tidligere nævnte rapport fra AHRQ (2022) beskriver de forskellige strategier og redskaber, man kan anvende i forhold til analyse af den diagnostiske proces. De redskaber, vi har anvendt til dataindsamlingen, består af en række åbne spørgsmål, som besvares ved gennemgang af journalmateriale. PS! har oversat de anvendte dokumenter til dansk. Med afsæt i målet – at identificere forbedringspotentiale og udpege faktorer, der fremmer og hæmmer den organisatoriske kvalitet – har vi afgrænset os til at anvende to redskaber: Appendix D i delanalyse 1 (se bilag 1) og Appendix H i delanalyse 2 (se bilag 2). Appendix D har til formål at identificere *missed opportunities*. Vi har fokuseret på spørgsmål 4-6, hvor der bliver spurgt til, om der ikke er blevet reageret på alarmerende symptomer eller tegn ('red flags'), og om der er tale om mangelfuld information eller manglende udredning. Appendix H har syv forskellige faser, der svarer til den diagnostiske proces, med en række underkategorier til at evaluere, om noget er gået galt, hvornår i forløbet det gik galt, og hvad der gik galt.

Vi har anvendt 'The Work System' fra modellen fra The National Academy of Medicine (Balogh et al., 2015) for at kategorisere vores fund. Kategorierne fra 'The Work System' er uddybet i figur 2 (Graber, 2020). De seks kategorier influerer hver for sig og tilsammen resultatet af den diagnostiske proces. Vi beskriver dem på følgende side.



Figur 2

Diagnostic Team Members

Her indgår både patient og pårørende, alle direkte involverede sundhedsprofessionelle og andre, der understøtter de diagnostiske processer (fx ved billeddiagnostik, blodprøvesvar m.m.).

Tasks

Her indgår opgaver med henblik på de kliniske beslutninger, dokumentation, kommunikation, journalføring og administrative opgaver.

Technology and Tools

Her indgår de forskellige journalsystemer og andre kommunikationssystemer og -redskaber.

Organization

Her indgår den organisatoriske kultur og arbejdsmiljø, regler og procedurer, den organisatoriske struktur og ledelse, bemanding og afgrænsning af ansvar.

Physical Environment

Her indgår de fysiske rammer, muligheder for at interagere med andre samt redskaber og ressourcer med henblik på for eksempel beslutningsstøtte.

External Environment

Her indgår betalingsstrukturer og incitamenter, det juridiske ansvar, kvalitetsovervågning og rapportering, vejledninger og praksis.

De sidste to kategorier (Physical Environment og External Environment) betragter vi ikke som relevante for vores analyse, da vores fokus hverken er på de fysiske omgivelser i diagnoseprocessen eller på betalingsstrukturer og incitamenter.

Studiepopulation, udvalgte patientforløb og datakilder

Patientforløb for benamputerede strækker sig ofte over mange år, og det er derfor nødvendigt med en tidsafgrænsning i det datamateriale, der indgår i analysen, for at sikre, at identificering af de hæmmende og fremmende faktorer for den organisatoriske kvalitet er tidssvarende og ikke udtryk for organisering, samarbejdsformer og behandlingstilbud, som er forældede eller utidssvarende. Der kan anlægges to forskellige perspektiver på dette:

1. Tidsafgrænsningen følger patientens forløb og tidsafgrænsning i en periode før amputation.
2. Tidsafgrænsningen fastsættes til en bestemt periode på tværs af forløbene, fx et kalenderår.

Begge muligheder har fordele og ulemper. Med mulighed 1 vil forløbsgennemgangen følge patientforløbene, og læring vil være tilknyttet til de konkrete patientforløb. Fordelen ved denne model er, at der ses på en bestemt del af patientforløbet; nemlig forløbet op til amputationen. Denne model har fokus på de enkelte forløb og har dermed sin styrke i at identificere barrierer, fx forsinkelser. Ved mulighed 2 vil forløbsgennemgangen undersøge arbejdsgange og samarbejdsformer i en afgrænset tidsperiode. Styrken ved denne model er, at det vil give et billede af, hvordan systemet (hospitaller, kommuner, almen praksis) har fungeret i en given periode i forhold til patientforløb for benamputerede.

Begge muligheder kan honorere analysens formål. Efter drøftelser med Region Sjælland er mulighed 1 valgt, hvor der for alle amputationsforløb fastsættes individuelle datoer fra amputationsdato og halvandet år tilbage.

Studiepopulationen udgjorde patienter, der er amputeret på underben eller lårben på andre indikationer end cancer og traume (ulykke). Klyngerne har været ansvarlige for udvælgelse af studiepopulationen, herunder hvilke kommuner der indgik materiale fra. Region Sjælland og kommunerne har været ansvarlige for datatræk og pseudonymisering af datamaterialet inden anvendelse ved analyserne.

Der er inkluderet i alt 80 patientforløb i analysen; 38 i delanalyse 1 og 42 i delanalyse 2. Fordelingen mellem regionens fire sundhedsklynger fremgår af tabel 1, og patientforløbene er valgt med udgangspunkt i september 2022.

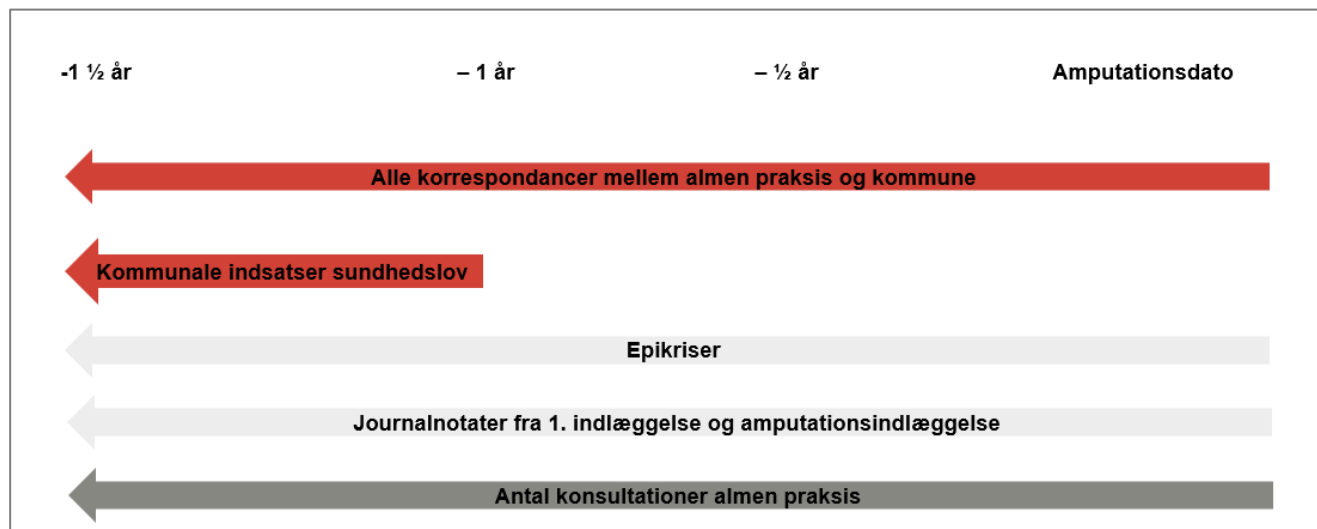
Klynge	Antal patientforløb i delanalyse 1	Antal patientforløb i delanalyse 2
NSR-klynge	10	11
SUH-klynge	8	10
Klyngen Nykøbing F	10	10
Klyngen Holbæk	10	11

Tabel 1. Oversigt over inkluderede patientforløb pr. sundhedsklynge

Datakilder

Udvælgelsen af datakilder er sket successivt, idet vi løbende har afprøvet og evalueret, hvornår der var tilstrækkeligt materiale til at kunne opfylde analysernes målsætning. Analyserne i SUH-klyngen har fungeret som afprøvning, og der er sket en tilpasning af datakilder undervejs. Ved delanalyse 1 er materialet hentet i Sundhedsplatformen. Der er afprøvet forskellige måder at pakke datakilderne for at gøre det mest tilgængeligt for de faglige ekspertgrupper.

Udvælgelse af datakilder til delanalyse 2 er sket på baggrund af fund i delanalyse 1 (se figur 3 for de valgte datakilder). Med henblik på kommunerne har der været et særligt fokus på at undersøge, om der i patientforløbene var tidlige indsatser i form af kommunale sundhedslovsydelser, og der er derfor foretaget en tidsmæssig afgrænsning i datamaterialet til de første seks måneder af de samlede 18 forud for amputationen. For hospitalsaktiviteter er datakilder afgrænset til den første relevante indlæggelse, der kan relateres til den senere amputation, og indlæggelsen, hvor selve amputation foregik. I forhold til almen praksis er der indsamlet data om antal konsultationer (telefonisk, fysisk, e-konsultation m.m.). Derudover har alle korrespondancer mellem almen praksis og kommune indgået samt alle epikriser.



Figur 3. Datakilder og tidsafgrænsninger, delanalyse 2

Sundhedsplatformen giver mulighed for forskellige træk på notatyper og forskellige skemaer - med stor variation i mængden af data til følge. Efter flere afprøvninger med forskellige typer datatræk blev valgt "notater fra alle faggrupper", fordi alle væsentlige informationer om fx afvigelser i forhold til plan kunne findes der (se bilag 3). Trods afgrænsningen har der været op til 130 siders materiale for et enkelt patientforløb fra Sundhedsplatformen i delanalyse 2.

Udvælgelsen af datakilder fra kommunerne er sket efter drøftelser med kommunale repræsentanter om mulighederne for datatræk fra de kommunale dokumentationssystemer (omsorgssystemer). Alle kommuner anvender Fælles Sprog III (FSIII) som systematik for dokumentation. FSIII har formuleret en række indsatser, der leveres under sundhedsloven. I datatræk fra kommunernes omsorgssystemer er valgt en række indsatser, som er relevante hos borgere med fodsår eller andre tilstande i relation til diabetes eller PAD (Peripheral Arterial Disease), se bilag 4.

Data om aktivitet i forhold til konsultationer i almen praksis er hentet fra det regionale afregningssystem LUNA-produktion. Det har ikke været muligt at hente data fra patientjournaler i almen praksis.

	Delanalyse 1	Delanalyse 2
Datamateriale	Sundhedsplatformen: - Henvisninger - Indlæggelsesrapporter - Korrespondancer - Epikriser - Udskrivelsesrapporter - Plejeforløbsplaner - Indkaldelser - Øvrig post til patienterne - Intern kommunikation mellem afdelinger og ambulatorier	Sundhedsplatformen: - Epikriser - Journalnotater fra første (relevante) indlæggelse - Journalnotater fra indlæggelse, hvor amputationen foregik Kommunalt omsorgssystem - Notater i forhold til sundhedslovsydelser - Korrespondancer mellem almen praksis og kommuner LUNA-produktion: - Antal og type af konsultationer

Tabel 4. Oversigt over datakilder

Faglige ekspertgrupper

For hver af de fire sundhedsklynger er udpeget en tværfaglig, tværsektoriel ekspertgruppe med relevante repræsentanter (kar- og ortopædkirurg, sygeplejerske, fodterapeut, alment praktiserende læge samt sundhedsfaglige kompetencer fra kommune). Ved delanalyse 1 deltog hospitaler og almen praksis, og i delanalyse 2 blev ekspertgrupperne suppleret med kommunale eksperter. Disse ekspertgrupper har mødtes to eller tre gange. Forskellen skyldes, at det viste sig, at delanalyse 2 kunne gennemføres på én dag i stedet for de to dage, som oprindeligt var planlagt.

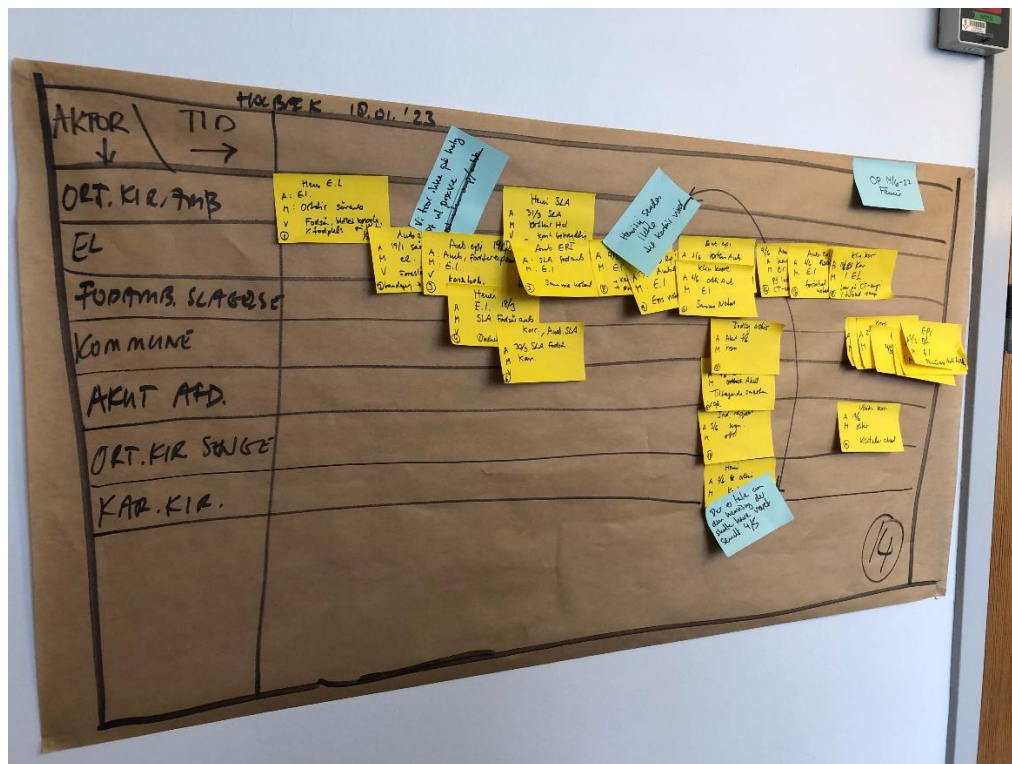
Efter analyse af vores fund har der været to virtuelle valideringsmøder med de faglige eksperter, hvor hovedfund i undersøgelsen er blevet præsenteret og drøftet, både for at sikre, at eksperterne kunne genkende vores analyse, men også for at sikre, at alle vigtige tilbagemeldinger er inkluderet i analysen.

Gennemførelse af delanalyse 1

Delanalyserne er gennemført som en heldagsworkshop i hver klynge. Forud for workshoppen blev datamaterialet forberedt af hospitalerne. Delanalyse 1 bestod af gennemgang af i alt 38 patientforløb (jf. tabel 1).

Ekspertgruppen blev på dagen introduceret til de valgte metoder og redskaber. Ekspertgrupperne blev opdelt i tværfaglige makkerpar af to eller tre personer, som sammen gennemgik materiale.

I hver sundhedsklynge gennemgik de tværfaglige makkerpar forløbene med fokus på overlevering og kommunikation fra alle korrespondancer jf. tabel 4. I praksis betød det, at de forskellige makkerpar kortlagde korrespondancerne i et forløb fra amputationsdagen og halvandet år tilbage ved at gennemlæse alle korrespondancer. På en post-it noterede de faglige eksperter typen af korrespondance, dato, afsender og modtager og evt. hvilken aktion, der var blevet taget. Efterfølgende blev disse post-its sat på et svømmebanediagram, som var inddelt med en bane til hver aktør (se billedet nedenfor).



Svømmebanediagram delanalyse 1 Holbæk

Udover gennemgang af korrespondancer er de faglige eksperter i delanalyse 1 blevet bedt om at tage stilling til spørgsmål 4, 5 og 6 i 'Appendix D' om fejl i den diagnostiske proces (bilag 1). Ved disse tre spørgsmål ligger fokus på eventuelle 'red flags' (dvs. udeblivelse af reaktion på almindeligt accepterede tegn, der tyder på alvorlig eller akut sygdom), mangelfuld eller ukorrekt klinisk information eller mangelfuld udredning i form af prøver eller henvisning. Derudover er korrespondancerne vurderet med henblik på at finde 'good catches'. Der er tale om et 'good catch', når der har været en indsats, som vurderes af de fagprofessionelle til at have haft særlig god betydning for forløbet.

Når ét patientforløb var gennemgået, blev svømmebanediagrammet drøftet mellem makkerparret og én af de to konsulenter fra PS! med henblik på at identificere mønstre og opmærksomhedspunkter, der enten kunne være 'red flags' eller 'good catches'. Konsulenterne opsamlede informationen i en log.

PS! har indsamlet ekspertgruppernes svømmebanediagrammer med henblik på afrapportering. Materialet er blevet destrueret efter aflevering af rapporten til Region Sjælland.

Delanalysen er gennemført én gang i hver sundhedsklynge. Delanalysen i SUH-klyngen var den første og fungerede derfor som en afprøvning for optimering af processen. Undervejs blev der holdt en fælles timeout, hvor metoden blev drøftet med henblik på eventuelle justeringer. Efter den første gennemgang af journaler blev det besluttet, at det var vigtigt at placere de enkelte post-its ved modtageren (og ikke ved afsenderen), idet forløbet dermed kunne følges mere intuitivt. En anden justering var rettet mod den måde, de faglige eksperter fik præsenteret det materiale, de skulle gennemgå. Her viste det sig, at det var vigtigt, at ikke kun materialet, men også selve oversigten af de forskellige datakilder, lå i historisk rækkefølge. Herefter er processen for de resterende forløbsgennemgange gentaget som ovenfor beskrevet uden fælles timeouts.

Gennemførelse af delanalyse 2

Delanalyserne er gennemført som en heldagsworkshop i hver klynge. Forud blev datamaterialet forberedt af hospitalerne. Delanalyse 2 bestod af gennemgang af i alt 42 patientforløb (jf. tabel 1).

De faglige eksperter blev på dagen introduceret til de valgte metoder og redskaber. Ekspertgrupperne blev opdelt i tværfaglige, tværsektorielle makkerpar af to eller tre personer, som sammen gennemgik materiale. I hver sundhedsklynge gennemgik de tværfaglige makkerpar forløbene med fokus på overlevering og kommunikation fra journalnotater fra Sundhedsplatformen og det kommunale omsorgssystem, epikriser samt korrespondancer mellem kommune og almen praksis (jf. tabel 2).

I denne delanalyse har vi anvendt 'Appendix H' fra AHRQ-rapporten om evaluering af og forskning i diagnosefejl (bilag 2). I dette dokument er den diagnostiske proces delt op i forskellige faser (præsentation, sygehistorie, objektiv undersøgelse m.m.), hvor hver fase indeholder en beskrivelse af, hvad der kan gå galt i diagnoseprocessen. Vi har - efter vores første delanalyse - tilføjet muligheden for, at de faglige eksperter kan lave en notits i forhold til patientens rolle. Ved gennemgang af de første forløb blev det bemærket, at patienten selv kan være med til at hæmme eller fremme forløbet med henblik på diagnostik og behandling, fx ved at udeblive fra aftaler eller ved at efterspørge flere genoptræningsmuligheder.

Til sidst er ekspertgrupperne bedt om at udfylde et ark, hvori der blev spurgt til tidspunkt og antal af konsultationer, der har været i almen praksis det sidste halvandet år op til amputation.

Efter gennemgang af hvert patientforløb blev Appendix H drøftet mellem makkerparret og én af de to konsulenter fra PS!, og konsulenterne opsamlede informationen i en log.

Styrke og begrænsninger ved brug af metoden

Vi har anvendt forskellige redskaber og teoretiske rammer i vores analyse. Styrken i vores metode er anvendelsen af forskellige metoder (triangulering) og redskaber. Svømmebanediagrammerne har været vigtige i forhold til at visualisere forløbene og hermed nemmere at kunne se mønstre i for eksempel rækkefølgen af korrespondancer, tiden imellem og hvilke aktører, korrespondancerne var imellem. Suppleret med kvantitative oplysninger i forhold til antal og spredning af kontakter over tid med både kommuner og almen praksis opstår der et mere eller mindre komplet billede af de forskellige

patientforløb. De validerede D- og H-dokumenter (appendix) fra AHRQ har været af stor værdi i forhold til at supplere svømmebanediagrammerne med informationer omkring 'red flags' (dokument D) og til at undersøge eventuelle diagnosefejl (dokument H).

En begrænsning i den valgte metode er, at data og resultater fra de enkelte delanalyser ikke er supplerende på patientniveau, da forskellige patientforløb indgår i de to analyser. Med andre ord har vi ikke viden om aktivitet i kommunerne og almen praksis for patienterne i delanalyse 1 udover korrespondancerne med hospital. En anden svaghed er, at der ikke indgår journalmateriale fra almen praksis, og det er derfor ikke muligt at se, hvad indholdet i konsultationerne har været. Vi ved derfor ikke, om konsultationerne i almen praksis har relevans i forhold til patientforløb for benamputerede.

Fund

Vores metode har ført til flere interessante og værdifulde drøftelser omkring de gennemgåede patientforløb, men også til drøftelser af mange relevante erfaringer fra de faglige eksperter om andre patientforløb, som også har ført til benamputationer. I vores fund indgår dog kun data fra de 80 gennemgåede patientforløb, da de andre erfaringer ikke har været en del af den systematiske gennemgang af patientforløbene.

I dette afsnit præsenteres resultaterne af begge delanalyser samlet. Hvor der indgår 38 patientforløb, stammer data fra delanalyse 1, og hvor der indgår 42 patientforløb, stammer data fra delanalyse 2.

Inden vi kobler resultaterne til de enkelte elementer i 'The Work System', vil vi beskrive karakteristika af patientforløbene inden amputation.

Karakteristika for patientforløb

En vigtig indsigt - og et vigtigt fund - for at kunne besvare spørgsmålet i vores analyse er, at patientforløbene for denne patientgruppe har vist sig at være meget forskellige. I dette afsnit vil vi vise, hvordan denne uensartethed i patientforløbene ser ud, fordi den har nogle vigtige implikationer i forhold til et eventuelt forbedringspotentiale af patientforløbene for patienter med PAD (Peripheral Arterial Disease), som potentielt er i risiko for benamputation. Desto mindre patientforløbene ligner hinanden, desto flere forskellige tiltag skal der til for at forbedre patientforløbene.

Patientforløb A

Patient indlægges akut med gangrænøs nekrose, abcess eller sepsis.

Der er ingen korrespondancer, som viser, at der har været kontakt til hospitalssystemet det seneste halvandet år. Amputation sker inden for få døgn, i flere tilfælde på vital indikation.

Patientforløb B

Patient henvises fra almen praksis med smerter og sår til hospital mhp. karkirurgisk og/eller ortopædkirurgisk vurdering. Patienten vurderes karkirurgisk, og hvis relevant tilbydes karkirurgisk indgreb. Patienten henvises videre til sårambulatorium, herefter forløb med længerevarende amputationsudsættende sårbehandling i sårambulatorium, hos fodterapeut eller i kommunalt regi med manglende sårheling. Der er løbende drøftelser med patienten ang. tidspunkt for amputation, som udsættes længst muligt.

To eksempler på typer af patientforløb, som har været meget forskellige.

Inden for tidsafgrænsningen på halvandet år har patientforløbene vist sig at være forskellige i forhold til:

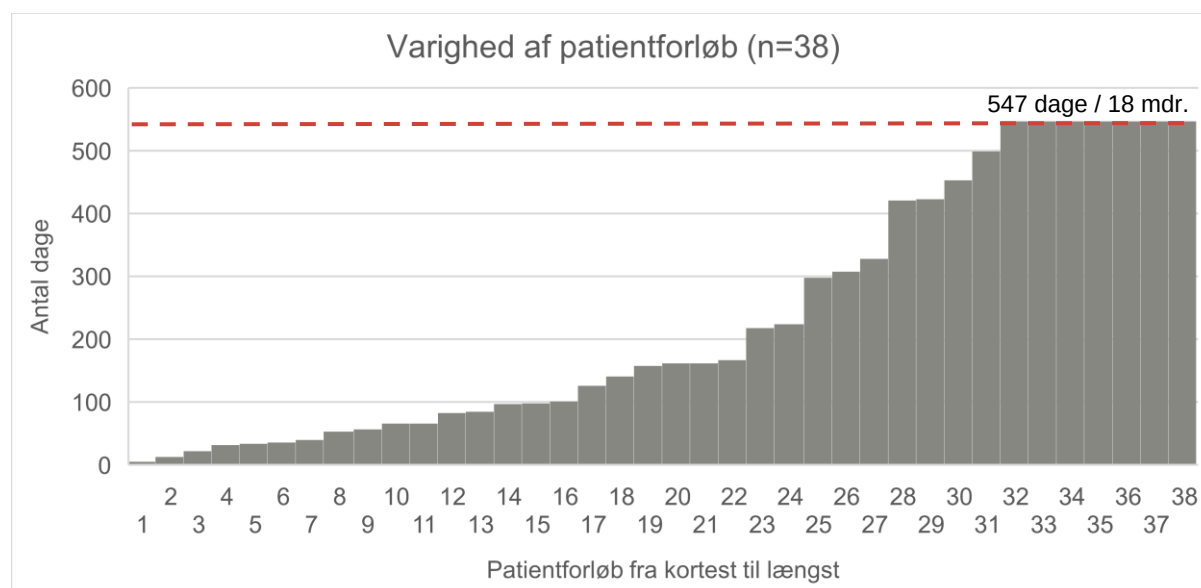
- varighed
- antal involverede sundhedsfaglige aktører
- antal korrespondancer mellem aktørerne
- antal amputationsudsættende indsatser
- antal kommunale sundhedslovsydelser
- antal konsultationer i almen praksis.

Varighed af patientforløbene i regi af hospitalet

Da delanalyse 1 tager udgangspunkt i korrespondancerne fra Sundhedsplatformen, definerer vi varighed af patientforløbene ud fra korrespondancerne til og fra hospitaler og hospitalsafdelinger og korrespondancer til og fra hospital og almen praksis og til og fra hospital og kommune. Her finder vi store forskelle. Det korteste patientforløb varer fem dage og er fra

en patient, der blev indlagt den 23. august 2022, hvorefter patienten er amputeret den 25. august 2022 og døde den 28. august 2022. Kun almen praksis, kommunen og ortopædkirurgisk afdeling, som har foretaget amputationen har sendt og modtaget korrespondancer i dette forløb. Et af de længstvarende patientforløb har været 547 dage. Dette patientforløb begyndte marts 2021 og endte med amputation den 22. august 2022. I dette forløb har bl.a. almen praksis, kommunen, sårambulatoriet og akutmodtagelsen sendt og modtaget korrespondancer.

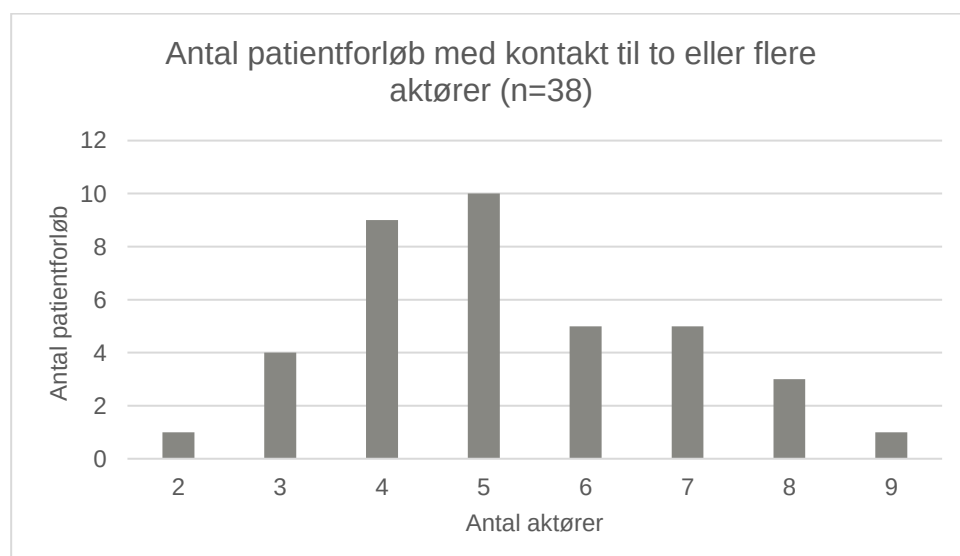
I tabel 5 vises en oversigt over varighed af de 38 patientforløb. Som det ses i tabellen har 15 ud af disse 38 patientforløb en varighed af mindre end 100 dage eller cirka tre måneder. Mere end halvdelen af patientforløbene (22 ud af 38 patientforløb) har en varighed på mindre end et halvt år. For de syv længstvarende forløb, som varede længere end halvandet år, gælder, at tabellen kun viser det seneste halvandet år, hvilket svarer til 547 dage.



Tabel 5. Flere forløb begyndte mere end 18 måneder før amputationen, men kun de sidste 18 måneder indgår i analysen.

Antal sundhedsfaglige aktører involveret i patientforløb

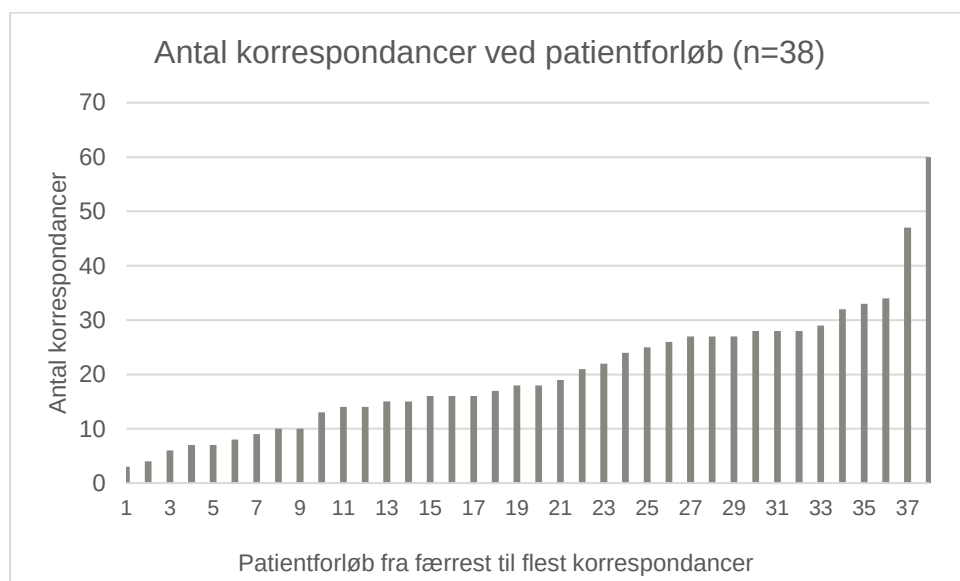
Tabel 6 viser variationen i, hvor mange sundhedsfaglige aktører der har modtaget eller sendt korrespondancerne. De fleste patientforløb har korrespondancer til og fra fem aktører, mens spredningen er fra to til ni aktører.



Tabel 6

Antal korrespondancer mellem aktørerne inden amputation

Tabel 7 viser, hvor mange korrespondancer der har været i de 38 patientforløb. Også her kan ses en stor spredning mellem de enkelte patientforløb i form af antallet af korrespondancer. Ligesom antallet af sundhedsfaglige aktører er antallet af korrespondancerne udtryk for, hvor meget kontakt der har været med de sundhedsfaglige aktører i de enkelte patientforløb. Begge tal viser stor forskel mellem de 38 patientforløb.



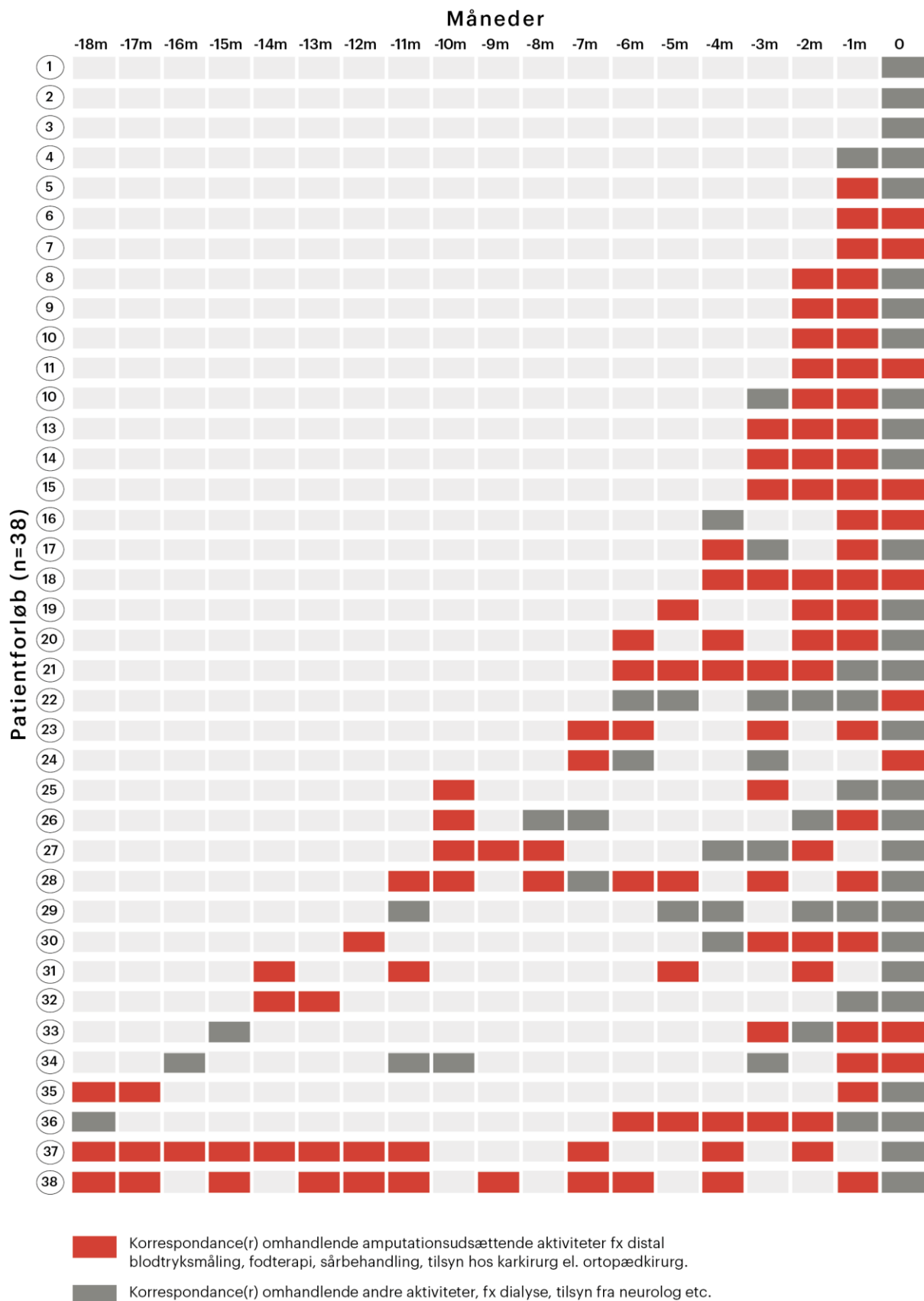
Tabel 7

Antal amputationsudsættende indsatser

Forløbsanalysen viser, at nogle patienter har fået karkirurgiske indgreb for en del år siden, og kun ved nogle få af patientforløbene har der været karkirurgiske indgreb inden for det seneste halvandet år inden amputation. Så selvom der i stort set alle patientforløb indgår en karkirurgisk vurdering i det halvandet år (se tabel 12), er det kun nogle få, der har fået et karkirurgisk indgreb.

Med det seneste halvandet år inden amputation som tidsvindue har mange indsatser været koncentreret om at udsætte amputationen. Og her drejer det sig om flere andre tiltag end karkirurgiske indgreb. Patientforløbsanalysen har vist, at alle de andre tiltag - som især sårbehandling i regi af sårambulatorium (eller kommune), fodterapi, træning og råd om gangfunktion, ortopædkirurgisk stillingtagen til fodtøj og andre hjælpemidler - har været med til at udsætte amputationstidspunktet.

Tabel 8 illustrerer, i hvilke måneder op til amputationen der har været korrespondancer, hvor indholdet vurderes som amputationsudsættende aktiviteter (fx distal blodtryksmåling, fodterapeut, sårbehandling, tilsyn hos karkirurg eller ortopædkirurg - se de røde felter) eller ikke-amputationsudsættende aktiviteter (grå felter). Tabellen viser både, at forholdsvis mange korrespondancer er af amputationsudsættende karakter, men også at der igen er stor variation mellem patientforløbene. Nogle patientforløb har stort set kun korrespondancer, der vurderes som amputationsudsættende, mens andre patientforløb indeholder ingen korrespondancer, der vurderes som amputationsudsættende.



Tabel 8

Antal patientforløb med sundhedslovsydelser i kommunen

I delanalyse 2 har de faglige eksperter opgjort, i hvor mange patientforløb der har været kontakt med kommunen i perioden fra 18 måneder op til 12 måneder inden amputation i forhold til de udvalgte, relevante sundhedslovsydelser (se bilag 4). Af de 42 patientforløb indgik sundhedslovsydelser kun i syv af patientforløbene.

Antal patienter med sundhedslovsydelser i kommunerne	7 (17 %)
--	----------

Tabel 9 (n=42)

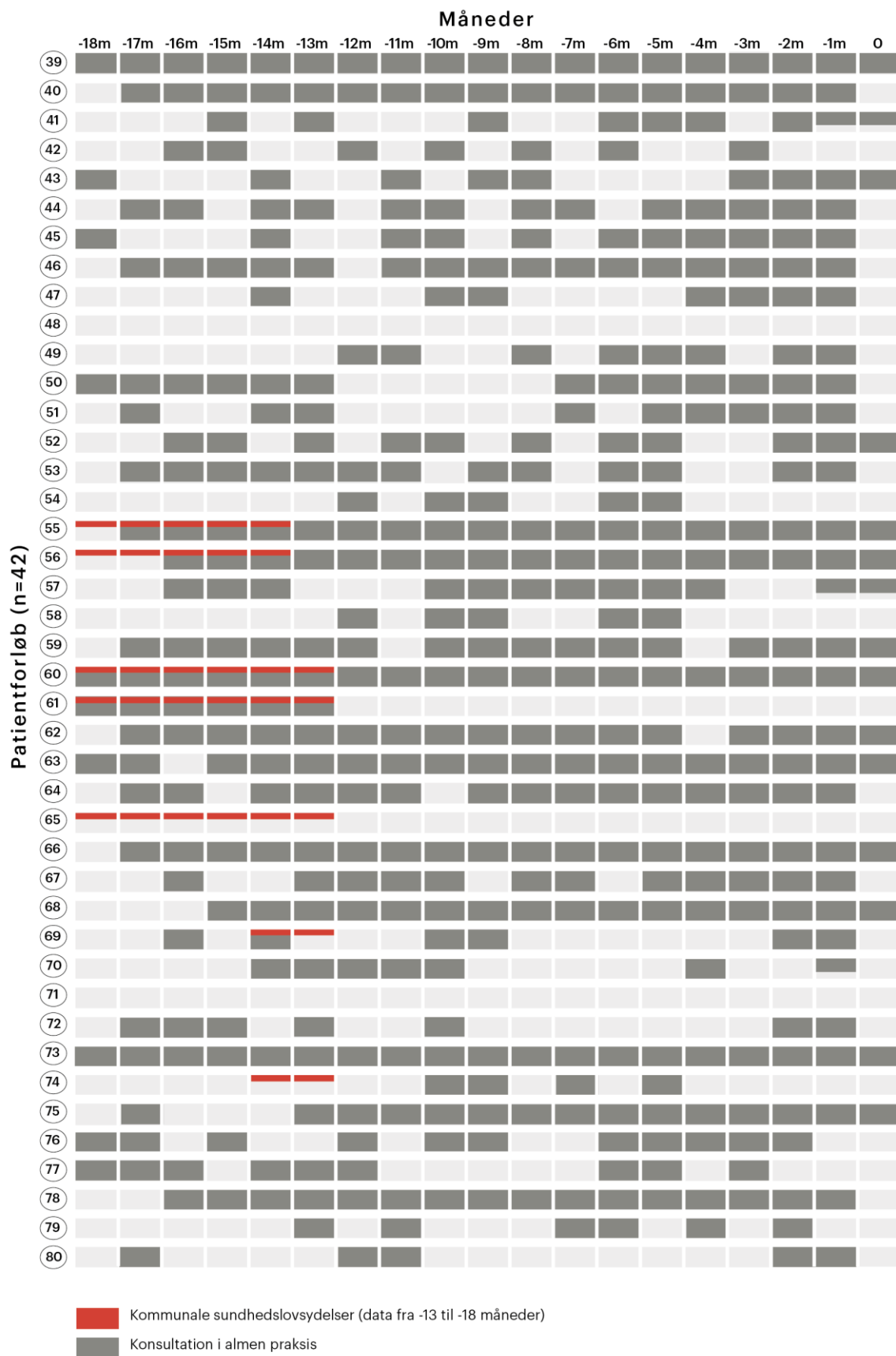
Antal patientforløb med kontakt til almen praksis

I delanalyse 2 har de faglige eksperter også opgjort, hvor mange konsultationer i almen praksis der har fundet sted de seneste 18 måneder inden amputationen, enten fysisk eller telefonisk. Her finder vi, at kun ét patientforløb slet ikke har konsultationer i almen praksis. I alle andre patientforløb har der været konsultationer i almen praksis. Hvad indholdet af konsultationerne har været, og om konsultationerne har haft relevans for den senere amputation, kan ikke udledes fra datamaterialet.

Antal patientforløb med kontakt til almen praksis	41 (98 %)
---	-----------

Tabel 10 (n=42)

Tabel 11 på næste side viser hvor ofte og hvornår i de gennemgåede patientforløb, der er tale om sundhedslovsydelser og kontakt med almen praksis.



Tabel 11

Da delanalyse 1 og 2 har taget udgangspunkt i forskellige patientforløb, kan vi ikke sige, om kommunerne, almen praksis og hospitalerne har suppleret hinanden i form af kontakt. Vi kan dog konstatere, at der i relativt få patientforløb indgår sundhedslovsydelser - om det ville have været relevant, kan analysen ikke sige noget om. Langt de fleste patienter har kontakt med almen praksis i hele forløbet.

Analyse af fund

I dette afsnit kategoriserer vi fundene fra vores analyse af de 80 patientforløb i de fire relevante kategorier fra 'The Work System'. Fundene kommer fra begge delanalyser og stammer fra data fra svømmebanediagrammerne og tilbagemeldingerne på spørgsmålene i D-dokumentet omkring 'good catches' og 'red flags' og alle spørgsmål i H-dokumentet om evaluering og forskning i diagnosefejl. Det er et interessant og vigtigt fund, at de faglige eksperter kun har beskrevet eksempler af suboptimal handling ved fire ud af de 35 mulige udsagn i H-dokumentet. Næste alle af disse eksempler handler om opfølgning i kommunikation mellem de sundhedsprofessionelle og patientens rolle (*patient-delay*), som er uddybet nedenfor i de enkelte kategorier. Det samme gælder resultaterne for 'good catch' og 'red flag'. Her har analysen heller ikke kunnet pege på mønstre, men de faglige eksperter har fundet nogle enkelte eksempler, som nævnes nedenfor.

Vi har fundet flere tilfælde af suboptimale arbejdsgange. Fundene nedenfor skal betragtes som mønstre, som siger noget om, hvordan systemet fungerer. Enkeltstående eksempler af suboptimale arbejdsgange - uden gentagelse eller mønstre - er ikke betragtet som relevante.

Vi kategoriserer fundene i én af de fire følgende kategorier:

- Diagnostic Team Members
- Tasks
- Technology and Tools
- Organization

Diagnostic Team Members

Ved dette element drejer det sig om involvering af alle relevante involverede i diagnoseprocessen: Patienter, deres pårørende og alle involverede sundhedsprofessionelle eller administrative relevante personer.

Vi har beskrevet, at der er stor forskel mellem varigheden af patientforløb; hvor mange sundhedsfaglige aktører, der har været involveret; antal konsultationer i almen praksis og antal sundhedslovsydelser.

Vores analyse har givet tre vigtige fund i forhold til denne første kategori.

Sen kontakt til hospitalet

Det første vigtige fund er, at det for langt de fleste patientforløb gælder, at kontakterne ligger i de sidste måneder inden amputationen (se tabel 8). Tabellen viser, hvor kontakterne med hospitalet ligger tidsmæssigt i de sidste 18 måneder op til amputation, og hvor mange af disse kontakter der kan defineres som amputationsudsættende. For både de amputationsudsættende kontakter og de ikke-amputationsudsættende kontakter gælder, at deres kontakter primært ligger i de sidste måneder inden amputationen. Samtidig fremgår det, at det for nogle patientforløb gælder, at kontakter ikke primært har været af amputationsudsættende karakter. Disse patientforløb kendetegnes af konkurrerende sygdomme (se fx patientforløb 22, 29 og 34).

Udover at kunne konstatere, at kontakten med hospitalerne primært ligger i de sidste måneder inden amputation, kan det også ses i tabellen, at relativt mange patientforløb begynder kort før amputation. Fx fremgår det af tabellen, at der ved syv patientforløb (18 %) er tale om amputation i den samme måned eller inden for to måneder efter henvendelse til hospitalet. For patienter, der har kontaktet hospitalet i slutningen af måneden, har forløbet reelt kun været nogle få dage. For flere af disse patientforløb gælder det, at amputationen har været af livsreddende karakter. Ud fra vores analyse kan vi ikke sige, hvad årsagerne er for denne sene henvendelse til hospitalet. I ni ud af de 42 patientforløb i delanalyse 2 fandt de faglige eksperter eksempler på *patient-delay* af forskellig art. *Patient-delay* karakteriseres ved forsinkelse, som ikke skyldes

forsinkelse i sundhedssystemet (*system-delay*), men forsinkelse, hvor patienten medvirker. Her drejer det sig blandt andet om at afslå opfølgning i ambulant regi, at udsætte konsultation flere gange eller sen henvendelse efter nyt opstået bensår. Det er vigtigt her at understrege de faglige eksperternes vurdering: At det ikke nødvendigvis drejer sig om manglende compliance, hvilket fremgår af næste vigtige fund.

Manglende multidisciplinær tilgang og svær vejledning at følge

Det andet vigtige fund er, at både det karkirurgiske og det ortopædkirurgiske speciale er inde over patientforløbene, uden at der er tale om en decideret multidisciplinær teamtilgang. De forskellige specialers rådgivning kan være modstridende. Hvor karkirurgi har fokus på mobilisering for at opretholde cirkulationen i benet, har sårcentre (også) fokus på mobilisering og aflastning af sår. De faglige eksperternes vurdering af fundene var, at råd og vejledning i det hele taget kan være svære for patienterne at følge, da både patientens individuelle sundhedskompetencer og organisationens sundhedskompetencer ikke nødvendigvis er udviklet optimalt. Det er derfor med vilje, at vi ikke bruger ordet compliance her. De faglige eksperternes vurdering var, at systemet ikke altid formår at give råd og vejledning, som er patientrettede, og de kan derfor virke uopnåelige for patienter, hvorfor de ikke efterleveres.

Vægt på patientens ønske

Det tredje og sidste vigtige fund kan kategoriseres som et 'Hvad er vigtigt for dig?'-fund. 'Hvad er vigtigt for dig?' refererer til, at sundhedsvæsenet er personcentreret og møder borgeren eller patienten som et helt menneske – og lytter til og imødekommer den enkelte (patientsikkerhed.dk/vigtigtfordig). Patientforløbsanalysen viser, at i beslutningen om amputation eller ej har patientens ønske vejet tungt i alle fire sundhedsklynger. Beslutningen om at amputere betragtes som en stor beslutning, og individuelle ønsker anses derfor som afgørende. I praksis har det betydet, at flere patientforløb viser, at amputationen er blevet udskudt, selvom det har betydet, at muligheder for rehabilitering sandsynligvis er blevet mindre gode.

Tasks

Under Tasks indgår elementer som de kliniske beslutninger, dokumentation, kommunikation, journalføring og administrative opgaver. Ved dette element drejer det sig om at vurdere de gennemgåede patientforløb med øje for de specifikke arbejds-gange, der er betydningsfulde i forhold til patientforløbet.

Karkirurgisk vurdering ved størstedelen af forløb

Det første vigtige fund ved dette element i 'The Work System' er, at selvom relativt få patientforløb indebærer et karkirurgisk indgreb det seneste halvandet år inden amputationen (fx bypass, bukseprotese eller ballonudvidelse), indebærer de fleste patientforløb en karkirurgisk vurdering. I tabel 12 fremgår det, at seks ud af 38 patientforløb fra delanalyse 1 indeholder et karkirurgisk indgreb, mens 25 patientforløb ud af disse 38 patientforløb omfatter en karkirurgisk vurdering. Her er det vigtigt at holde for øje, at flere patientforløb viser, at henvendelse til hospitalet først har fundet sted på et tidspunkt i patientforløbet, hvor benet skulle amputeres inden for nogle få dage eller uger (se tabel 8). For disse patienter ville et karkirurgisk indgreb ikke være relevant.

Karkirurgisk indgreb	6 (16 %)
Karkirurgisk vurdering	25 (66 %)

Tabel 12 (n=38)

Ufuldstændige epikriser

Det andet vigtige fund ved dette element handler om dokumentation, journalføring og kommunikation. Analysen har vist, at praksis omkring at sende epikriser til almen praksis efter indlæggelse oftest ikke er fyldestgørende. I de patientforløb, som indebærer indlæggelser på flere afdelinger, er journalen oftest kun fyldestgørende for det udskrivende speciale. De dele af indlæggelsen, som har været i andre specialer, fremgår ikke af epikrisen. Dette betyder, at opfølgning på indlæggelse i almen praksis og kommune er gjort mere vanskeligt og med større risiko for kontinuitetstab, end hvis epikrisen havde været fuldstændig.

Forskellige arbejdsgange omkring kommunikation

Det tredje og sidste vigtige fund for dette element handler også om dokumentation, journalføring og kommunikation. For eksempel er der store forskelle i arbejdsgangen omkring kommunikation mellem hospitalerne og kommunerne. Nogle hospitaler sender alle små ændringer i plejeforløbsplanen i form af en avis til kommunen, mens andre hospitaler ikke gør. Patientforløbsanalysen viste også, at der er store forskelle i arbejdsgangen omkring kommunikation fra ambulatorier til almen praksis. Nogle ambulatorier sender en korrespondance efter hvert besøg. Andre ambulatorier sender kun en korrespondance efter afslutning af forløbet. Desuden viser korrespondancerne, at almen praksis ikke altid modtager de samme oplysninger som kommunen angående patienten. I praksis betyder det, at der potentielt er risiko for manglende kontinuitet i patientforløbet, når information fra hospital er uensartet.

Technology and Tools

Under Technology and Tools hører forskellige journalsystemer og andre kommunikationssystemer og -redskaber, der er relevante for amputationsforebyggende og amputationsudsættende tiltag.

Organisering af kommunikation

Det vigtigste fund fra vores analyse er den måde, kommunikation om sårbehandling er organiseret. Der er stor variation mellem sundhedsklyngerne og kommunerne i den måde, sårbehandling er organiseret. Om sårbehandling varetages i sårambulatorium eller kommunalt afhænger af traditionen i den enkelte klynge. Der er forskel på anvendelse af pleje.net, som er et dokumentationsredskab, der bruges til telemedicinsk kommunikation mellem sundhedspersonale inden for og på tværs af sektorer. Pleje.net giver mulighed for, at hjemmeplejen (eller den praktiserende læge) kan tage direkte kontakt til sårcenteret på hospitalet ang. sår med mulighed for at sende billeder. Patientforløbsanalysen har vist, at anvendelse af pleje.net giver smidige forløb med meget lidt ventetid på vurderingen af billeder og stor tilfredshed blandt sundhedspersonale, både i kommunen og på hospitalet. Forløbsanalysen viser, at der er kommunale forskelle i udbredelsen af pleje.net, hvilket understøttes af data fra pleje.net, som viser store forskelle inden for og imellem regioner i Danmark (Pleje.net, 2022). Den interne organisering af pleje.net på hospitalerne er usystematisk, og kommunikationen via pleje.net håndteres forskelligt og er nogle steder afhængig af enkeltpersoner.

Organization

Under elementet 'Organization' indgår den organisatoriske kultur og arbejdsmiljø, regler og procedurer, den organisatoriske struktur og ledelse, bemanning og afgrænsning af ansvar.

Uens arbejdsgange ift. distal blodtryksmåling

Det vigtigste fund fra vores analyse her omhandler uensartethed i arbejdsgangen og ventetid på udførelse af den distale blodtryksmåling. Den distale blodtryksmåling, der måler, om blodforsyningen i benet er nedsat, er en vigtig markør i udredning af patienten. Denne type blodtryksmåling bliver oftest udført af klinisk fysiologisk afdeling på hospitalet. Patientforløbsgennemgangen viste, at der nemt kan opstå *system-delay* ved lige præcis denne undersøgelse. Almen praksis bestiller ikke nødvendigvis direkte en distal blodtryksmåling samtidig med henvisning til ortopædkirurgisk ambulatorium. Konsekvensen kan være, at patienten først venter på en tid på ortopædkirurgisk ambulatorium og bagefter på rekvirering af den distale blodtryksmåling ved klinisk fysiologisk afdeling. Flere sårambulatorier arbejder på selv at kunne udføre den distale blodtryksmåling. I gennemgangen var der et enkelt eksempel på, at den praktiserende læge havde rekvireret en distal blodtryksmåling samtidig med en henvisning til ortopædkirurgisk ambulatorium. Et andet eksempel var et patientforløb, hvor der – efter udredning af det ene ben – blev rekvireret en distal blodtryksmåling for det andet ben.

Konklusion

I denne rapport har vi kategoriseret fundene fra de faglige eksperter i rammen fra 'The Work system' fra AHRQ. Vi har vurderet, at fire ud af de seks elementer var relevante i vores analyse: Diagnostic Team Members, Tasks, Technology and Tools og Organization. Ud fra disse fund besvarer vi det centrale spørgsmål for denne rapport: Hvilke faktorer kan fremme og hæmme den organisatoriske kvalitet, så unødige forsinkelser, afbrydelser og ventetid kan undgås for patienter, som er i risiko for benamputation?

Vores analyse peger på flere faktorer, som kan fremme den organisatoriske kvalitet:

Ensartet rekvirering af distale blodtryksmålinger

Den første faktor, der kan fremme den organisatoriske kvalitet, er en mere ensartet måde for den praktiserende læge at henvise til en distal blodtryksmåling. Patientforløbsanalyserne har vist, at arbejdsgangene for rekvirering af denne undersøgelse er forskellige. Det er vigtigt, at arbejdsgangen er standardiseret og simpel, så risikoen for forsinkelse eller suboptimal udnyttelse af ressourcer minimeres.

Multidisciplinær tilgang til borgerne

Den anden faktor, der kan fremme kvaliteten af den organisatoriske kvalitet, er en styrket multidisciplinær tilgang til patienter i risiko for benamputation. Selvom nogle hospitaler har organiseret behandlingen af disse patienter på tværs af de forskellige faggrupper, foreslår flere af de faglige eksperter, at patienter med denne problematik har brug for en decideret multidisciplinær teamtilgang. Hvor fx karkirurgi som speciale primært har viden om og fokus på at beholde gangfunktion for at opretholde cirkulation i benet, har sårcentre indenfor ortopædkirurgi (også) fokus på at aflaste sårene ved at belaste huden så lidt som muligt. Her viser forskning, at samarbejde med en fysioterapeut, som kender til mulighederne for at aflaste ben og hud, giver gode resultater (Riis Madsen, 2017). Ud over disse tre faggrupper ville det være relevant at tage stilling til, hvilke andre specialer, som fx geriatri, der med fordel kunne være en del af denne multidisciplinære tilgang.

Øget anvendelse af tværsektorielt kommunikationsredskab

Den tredje faktor, vi vurderer, der kan fremme den organisatoriske kvalitet, er systematisk anvendelse af pleje.net. Det kan bidrage til en bedre adgang for hjemmeplejen (og praktiserende læge) i forhold til at få en vurdering af sår fra specialister i sårambulatoriet. I stedet for at hjemmeplejen skal bede om en henvisning via patientens praktiserende læge, kan hjemmeplejen direkte sende et billede til vurdering via pleje.net-platformen. Hermed spares potentielt flere dage, som måske kan være afgørende for resultatet af sårbehandling. Vores analyse viste forskellige arbejdsgange i forhold til modtagelse af korrespondancerne via pleje.net. I nogle sårcentre sendes korrespondancerne til en navngiven person med risiko for forsinkelse, når denne person ikke er på arbejde. I andre sårcentre modtages korrespondancerne i en fælles postkasse. En patientsikker arbejdsgang må aldrig være personafhængig; kommunikationsveje bør være robuste - det vil sige standardiserede og simple.

Vores analyse peger også på forskellige faktorer, der kan hæmme den organisatoriske kvalitet:

Ufuldstændige epikriser ved udskrivelse af patienter

Den første faktor, der kan hæmme den organisatoriske kvalitet, er indholdet af epikrisen. Det er den afdeling, hvor udskrivelsen finder sted, der skriver en epikrise. Denne arbejdsgang betyder, at epikrisen især kommer til at indeholde oplysninger, som er relateret til og relevante for dét speciale. Men mange af de patientforløb, de faglige eksperter har gennemgået, viser, at der ofte er tale om indlæggelse på forskellige afdelinger inden udskrivelse. Hermed bliver det mere eller mindre tilfældigt, hvilke oplysninger epikrisen indeholder, hvilket kan gøre det svært for den praktiserende læge at følge op på den mest hensigtsmæssige måde og sikre den bedst mulige kvalitet i forløbet.

Uens arbejdsgange vedrørende kommunikation

Den anden faktor, der kan hæmme den organisatoriske kvalitet, er den store forskel i arbejdsgangen omkring kommunikation fra ambulatorier til almen praksis. Nogle ambulatorier sender en korrespondance efter hvert besøg. Andre ambulatorier sender kun en korrespondance efter afslutning af forløbet. I praksis betyder det, at nogle praktiserende læger modtager

rigtig mange korrespondancer - op til flere dagligt fra ét patientforløb - hvor andre stort set ingen modtager. En mere standardiseret arbejdsgang vil kunne bidrage til et mere robust system.

På baggrund af analysen kan vi konkludere, at de gennemgåede patientforløb kendetegnes ved at være meget uensartede. Langt de fleste patientforløb kendetegnes ved, at der det seneste halvandet år op til amputationen har været månedlige konsultationer hos praktiserende læge (fx fysisk eller elektronisk konsultation eller en recept), og ved langt de fleste patientforløb er der indgået en karkirurgisk vurdering. Men patientforløbene kendetegnes især ved de store forskelle: fra ingen kontakt med de sundhedsprofessionelle på hospitalet i halvandet år op til amputation til kontinuerlig kontakt med mange forskellige sundhedsfaglige aktører. Ved nogle patientforløb har kontakten til sundhedsvæsenet først været på et tidspunkt, hvor amputationen har været af livsreddende karakter. Ved andre patientforløb har amputationen kunnet udsættes i flere år, blandt andet ved at have hyppige besøg i sårcentret. For nogle patientforløb gælder, at amputationen er foregået i et relativt tidligt stadium, mens det for andre gælder, at der ikke kunne ventes længere.

Den vigtigste konklusion er, at patientforløbene har været så forskellige, at der ikke kan udpeges én - eller et par – indsatser, der kan forbedre den organisatoriske kvalitet. Denne konklusion understøttes af forskning; benamputerede patienter består af en meget heterogen gruppe patienter med store forskelle i både funktionsniveau og psykosociale behov og med forskellige, komplekse sundhedsfaglige behov (Riis Madsen, 2017).

Refleksioner

De ni workshops fra delanalyse 1 og 2, og især drøftelserne mellem de faglige eksperter og konsulenterne af de enkelte patientforløb, giver anledning til tre - sammenhængende - refleksioner. Refleksionerne omhandler den opmærksomhed, der har været på forskellen i amputationsraterne mellem regionerne og mulig forebyggelse af amputationen ved en karkirurgisk indsats. Selvom fokus på amputation og forebyggelse er meget forståelig, da amputation drejer sig om en livsændrende situation for patienten, har drøftelserne i analysen løbende påpeget, at dette fokus er alt for ensidigt, og at forskellige aspekter af amputationen ikke får tilstrækkelig opmærksomhed.

Den første refleksion er, at selve amputationen ikke skal betragtes som det endelige resultat. Efter operationen opstår en ny situation for patienten, og det er vigtigt at holde for øje, at resultatet af amputationen er af stor betydning for patientforløbet efter amputationen. For eksempel påpegede de faglige eksperter, at hvis beslutningen om amputation bliver taget (for) sent i sygdomsforløbet, fordi fokus primært er på at udsætte amputationen, kan resultatet være, at patienten får dårligere muligheder for proteseforsyning, for at få udbytte af genoptræning og for at beholde gangfunktion, som patienten kunne have haft, hvis operationen var foregået tidligere i patientforløbet. Denne refleksion understøttes af formand for Det Ethiske Råd Leif Vestergaard Pedersen, der i en kronik den 14. december 2022 refererer til forskning (Riis Madsen, 2017), der viser, at livskvaliteten for amputerede patienter generelt stiger efter en amputation. Lidt firkantet spørger han i sin kronik, "...om det er bedre at en amputationstruet patient dør med begge ben efter et langvarigt smertefuldt karkirurgisk forløb – fremfor en amputation med de begrænsninger i det almindelige daglige liv dette kan indebære?" (Pedersen, 2022). Han understreger, at det selvfølgelig ikke er en fordel at amputere, hvis det ikke er nødvendigt, men at for sen amputation kan give patienterne et dårligere liv. Uden at sige noget om tidspunktet for amputation konkluderer RKKP-rapporten fra 2022, at amputationsraten per 100.000 50+-årige blandt regionerne i Danmark er lavest i Region Nord, men at 1-årsdødeligheden for 75+-årige er højest i Region Nord. Den højeste dødelighed gælder både for patienter med og patienter uden karkirurgi. Region Sjælland har den højeste amputationsrate blandt regionerne i Danmark, men er blandt dem med den laveste 1-årsmortalitet, både for patienter med og uden karkirurgi (RKKP, 2022). Med udgangspunkt i ovenstående er spørgsmålet, om der er tilstrækkelig fokus på fælles beslutningstagning (Steffensen et al., 2022), og om patienterne generelt har tilstrækkelig viden til at kunne tage en velovervejet beslutning om amputation, inklusive tidspunktet herfor.

Det hænger sammen med den anden refleksion i patientforløbsdrøftelserne, som omhandler behovet for en øget opmærksomhed på, hvorvidt de svært syge patienter med dårlig prognose bør opereres eller have et andet tilbud. I tråd med 'Hvad er vigtigt for dig?' og 'Klar til samtalen' - en indsats, som har til formål at gøre fagpersoner klar til at tage samtalen med borgere om deres ønsker for behandling og pleje i den sidste tid (patientsikkerhed.dk/klartilsamtalen) - er spørgsmålet, om nogle af de gennemgåede patientforløb burde være endt uden amputation. Selvom det har drejet sig om forholdsvis få patientforløb, hvor patienten døde inden for få dage eller uger efter amputationen, har eksperterne peget på disse forløb som suboptimale. Relevante publikationer understøtter behovet for opmærksomhed på den sidste tid: Ældre Sagen udgav for eksempel rapporten 'Danskernes holdning til at tale om sin egen og sine næres sidste tid og død' i 2018. I denne rapport konkluderer forfatterne blandt andet, at undersøgelsens resultater skal bruges til at sætte fokus på en vigtig dagsorden, nemlig at vi som samfund kan blive bedre til at tale med hinanden om vigtige forhold ved døden, herunder eksistentielle spørgsmål, men også de mere praktiske. Dette kan ifølge rapporten give bedre muligheder for at skabe en god og værdig sidste tid.

Endelig er der en tredje vigtig, metodisk refleksion: Vi har taget udgangspunkt i de forløb, hvor patienterne er blevet benamputeret trods alle amputationsudsættende tiltag. Vi ved derfor ikke, hvordan forløbene ser ud for patienterne, som er og har været i risiko for benamputation, men som (endnu) ikke er endt med en amputation. Vi ved for eksempel ikke noget om, hvor stor andelen af patienter, som er blevet benamputeret, er i forhold til alle patienter, som er i risiko for benamputation. Ligesom vi ikke ved noget om karakteristika for patientforløbene, som ikke er endt med en benamputation. Det kunne fx være, at de patientforløb, som ikke er endt med en amputation, kendetegnes af mere standardiserede forløb, og at patientforløbene er mere ensartede. Er det tilfældet, vil det være relevant at se på, om der er læring at uddrage derfra, så vi også bruger viden om det, der fungerer og går godt, til at forbedre den organisatoriske kvalitet. På den baggrund mener vi ikke, at vi – udover analysen af fundene, hvor vi blandt andet peger på forskellige suboptimale arbejdsgange med potentiale for forbedring – kan komme med deciderede anbefalinger for at fremme den organisatoriske kvalitet.

Litteratur

- AHRQ (2022): Measure DX: A Resource To Identify, Analyze, and Learn From Diagnostic Safety Events. Publication No. 22-0030.
- Balogh E, Miller B, Ball J. (2015): Improving diagnosis in health care. Washington, DC: National Academy of Medicine.
- Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren (2022): Kvalitetsguiden – Begreber, metoder og værktøjer til kvalitetsudvikling på tværs af sundhedsvæsenet. Copyright Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren.
- Graber, ML (2020): Progress understanding diagnosis and diagnostic errors: thoughts at year 10. *Diagnosis* 2020; 7(3): 151–159.
- Kommunernes Landsforening (2019): Fælles Sprog III Indsatskatalog (sundhedslov) Version 1.6
- Langley, Moen et al. (2009): The Improvement Guide.
- Møller H, Puggaard CG, Jensen JW (2022): Amputationer og amputationsforebyggende karkirurgiske indgreb i de danske regioner, 2016-2021, RKKP.
- National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. 2015. Improving diagnosis in health care. Washington, DC: The National Academies Press.
- Pedersen, Leif Vestergaard (2022): "Formand for Det Ethiske Råd: Er det bedre at dø med begge ben end at få en amputation?". Altinget.dk, <https://www.altinget.dk/artikel/formand-for-etisk-raad-er-det-bedre-at-doe-med-begge-ben-end-at-faa-en-amputation>
- Pleje.net (2022): Statistik for pleje.net September [sic] 2022, <https://www.pleje.net/saar/Resource/Statistics/September%202022.pdf>
- Riis Madsen, U. (2017): Quality of life, functional level and needs of care after vascular major lower limb amputation. [Doctoral Thesis (compilation), Department of Health Sciences]. Lund University: Faculty of Medicine.
- Singh, H. 2014. Editorial: Helping health care organizations to define diagnostic errors as missed opportunities in diagnosis. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety* 40(3):99–101.
- Sjællands Universitetshospital (2022): Opgørelse baseret på journalgennemgang af forløb for benamputerede 2019-2022.
- Steffensen, Karina Dahl et al. (2022): Implementation of patient-centred care in Denmark: The way forward with shared decision-making. *ZEFQ. Schwerpunkt/Special issue "international Shared Decision Making Conference 2022"*, Volume 171, s. 36-41.
<https://doi.org/10.1016/j.zefq.2022.04.005>
- Ældre Sagen (2018): Danskernes holdning til at tale om sin egen og sine næres sidste tid og død.

Webhenvisninger

- Dansk Selskab for Patientsikkerhed: "Spørg: Hvad er vigtigt for dig?", patientsikkerhed.dk/vigtigtfordig
- Dansk Selskab for Patientsikkerhed: "Klar til samtalen", patientsikkerhed.dk/klartilsamtalen

Bilag

Bilag 1: AHRQ (2022), Dokument D, oversat til Dansk

Spørgsmål 4-6 fra AHRQ oversat til dansk, som de blev anvendt i den tværsektorielle forløbsgennemgang.

Tværsektorielle forløbsgennemgang: Kvalitative, faglige data

Udfyld næste tre spørgsmål, hvor der er noget i forløbet, der ikke var optimalt

Dato:

Udsagn	Bemærkninger
Der blev ikke reageret på alarmerende symptomer eller 'red flags' (dvs. almindeligt accepterede tegn, der tyder på alvorlig eller akut sygdom).	
Den diagnostiske proces var præget af mangelfuld eller ukorrekt klinisk information til behandlingsteamet fra patienten eller dennes pårørende.	
Den kliniske information (dvs. sygehistorie, objektiv undersøgelse eller tidligere prøvesvar) burde have medført yderligere udredning i form af prøver eller henvisning.	

Beskriv kort nedenfor faktorer, der har fremmet forløbet

Dato:

Enhed	Faktorer, der fremmede forløbet

Bilag 2: AHRQ (2022), Dokument H, oversat til Dansk

Forløbsanalyse 2

Hvor i processen?	Hvad der gik galt	Noter nr. og kort hvad der er relevant at nævne
Adgang/præsentation	1. Manglende eller forsinket henvisning 2. Forsinket adgang (fx manglende tider, aflysning) eller afvisning	
Sygehistorie	3. Manglende eller forsinket frembringelse af kritisk element i sygehistorien 4. Upræcist/fejltolket/overset kritisk oplysning i sygehistorien 5. Kritisk oplysning i sygehistorien ikke tillagt tilstrækkelig betydning 6. Manglende eller forsinket opfølgning på kritisk oplysning i sygehistorien	
Objektiv undersøgelse/observation/triage tidligopsporing	7. Manglende eller forsinket frembringelse af kritisk fund i objektiv undersøgelse 8. Upræcist/fejltolket/overset kritisk fund i objektiv undersøgelse 9. Kritisk fund i objektiv undersøgelse ikke tillagt tilstrækkelig betydning 10. Manglende eller forsinket opfølgning på kritisk fund i objektiv undersøgelse	
Diagnostiske prøver og undersøgelser	<i>Ordination</i> 11. Manglende eller forsinket ordination af nødvendige prøver og undersøgelser 12. Manglende eller forsinket udførelse af ordinerede prøver og undersøgelser 13. Fejl i rækkefølgen af prøver og undersøgelser 14. Ordination af forkerte prøver og undersøgelser 15. Prøver ikke ordineret korrekt	
	<i>Udførelse</i> 16. Forveksling (forkert prøve, forkert patient, forkert mærkning) 17. Problem i forbindelse med indsendelse eller transport af prøven 18. Fejl i håndtering af prøve 19. Fejltolkning af laboratorie- eller radiologiske undersøgelser 20. Manglende eller forsinket levering af svar til ordinerende læge eller anden relevant kliniker	

	<i>Behandling af prøvesvar i klinikken</i> 21. Manglende eller forsinket opfølgning på (abnormt) prøvesvar 22. Fejl i klinisk tolkning af prøve	
Klinisk vurdering	<i>Hypotesegenerering</i> 23. Manglende eller forsinket overvejelse af korrekt diagnose	
	<i>Vægtning/prioritering</i> 24. For lidt opmærksomhed på den korrekte diagnose 25. Konkurrerende eller samtidig diagnose tillagt for stor betydning	
	<i>Vurdering af akuthedsgrad og komplikationer</i> 26. Manglende eller forsinket erkendelse af akuthedsgrad 27. Manglende eller forsinket erkendelse af ændringer i tilstand eller komplikationer	
Henvisning og tilsyn	28. Manglende eller forsinket henvisning eller bestilling af tilsyn 29. Manglende eller forsinket tilgængelighed ved speciale der henvises til 30. Fejl i eller suboptimal kvalitet af tilsyn 31. Manglende eller forsinket kommunikation/opfølgning efter tilsyn	
Opfølgning	32. Manglende eller forsinket opfølgning eller kontrol 33. Manglende henvisning af patienten til passende opfølgning 34. Manglende eller forsinket kontrolundersøgelse 35. Manglende eller forsinket kommunikation mellem sundhedsprofessionelle	

Bilag 3: Oversigt over 'Notater fra alle faggrupper'

AKA notaer

- Besøgsoplysninger
- Kodeoversigt
- AKA notater

Anæstesi

- Besøgsoplysninger
- Kodeoversigt
- Anæstesioplysninger
- Notater
- Vurderingsskemaer
- Dokumenter
- Anæstesigrafer med vitale værdier
- Anæstesi best./ord.

Besøgssammendrag

- Besøgssammendrag

Epikrise inkl. medicinliste

- Besøgsoplysninger
- Kodeoversigt
- Epikrise
- Medicinliste
- Administration af lægemidler

Filstyring

- Scannede og importerede filer i SP

HPJ-materiale

- Anvendes udelukkende til at dokumentere at der er udleveret journalmateriale fra tidligere journalsystemer

Kirurgi

- Besøgsoplysninger
- Kodeoversigt
- Operationsoplysninger: kirurg, speciale og procedure
- klinisk dokumentation: hændelseslog
- Notater
- Vurderingsskemaer

Laboratoriesvar

- Laboratorieprøver, herunder mikrobiologi og patologisvar
- Obduktion

Lægefaglige notater

- Kodeoversigt
- Notater skrevet af læger
- Notater skrevet af sekretærer

Medicinliste

- Kodeoversigt
- Medicinliste
- Administration af lægemidler
- Anæstesi best./ord

Mikrobiologi

- Mikrobiologiprøvesvar

Notater

- Kodeoversigt
- Notater skrevet af alle faggrupper

Obstetrik

- Besøgsoplysninger
- Kodeoversigt
- Medicinliste
- Kliniske notater
- Laboratorieprøver
- Leveringsresumé
- Vurderingsskemaer
- Forløbsoplysninger
- Patientplan
- Behandlingsplan

Onkologi

- Besøgsoplysninger
- Kodeoversigt
- Forløbsoplysninger
- Patientplan
- Behandlingsplan

Patologi

- Patologiprøvesvar

Procedure

- Procedure, herunder EKG
- Dialyse

Sygeplejenotater

- Notater skrevet af plejepersonale

Tvang i somatikken

- Notattypen "Somatisk tvang"

Udg. Korrespondancer

- Korrespondance-meddelelser

Vurderingsskemaer

- Vurderingsskemaer
- Dokumentation i tvangsprotokollen TP1 for patienter i psykiatrien

Øvrige

- Plejekoordinationsnotat
- Diagnoselisten
- Udskrivnings information
- Allergier
- Vaccinationer
- Vitale værdier
- Historisk
- Patientplaner
- Behandlingskontakt oversigt
- Henvendelsesårsag
- Hjemmeplejebesøg
- Behandlingsteam
- Vejledning i eget hjem
- AKA ankomst og dispositioner
- Administrerede vaccinationer
- Andre bestillinger
- Antikoagulation
- Dental
- Oftalmologi
- Reumatologi
- Henvisning

Særlige anmodninger

Sensitive

- Notater, der er markeret som sensitive

Slettede notater

- Notater, der er markeret som slettede (blød sletning)
- Notater, der er slettet

Bilag 4: Datatræk fra kommunernes omsorgssystemer vedr. sundhedslovsydelser

- Behandling med ortopædiske hjælpemidler
- Behandling og pleje af hudproblem
- Cirkulationsbehandling
- Kompressionsbehandling
- Medicinadministration
- Medicindispensering
- Oplæring
- Personlig pleje
- Støtte til ADL-aktiviteter
- Sårbehandling
- Undersøgelse og måling af værdier

