

Procesværktøj til udvikling af stratificeringsmodel for medicinske specialer

- Erfaringer fra det lungemedicinske speciale i Region Sjælland

DE[®]
FACT
UM

REGION
SJÆLLAND



- vi er til for dig

midt
regionmidtjylland

©DEFACTUM, Region Midtjylland, november 2023

Emneord: Stratificeringsmodel, Lungemedicinsk speciale, Forbedringsarbejde, Udviklingsproces

Sprog: Dansk

Version: 1.1

Versionsdato: 7. december 2023

Udgivet af: DEFACTUM®, Koncern Kvalitet, november 2023

Rapporten er udarbejdet af:

Tina Veje Andersen, sundhedsfaglig konsulent

Dorte Laursen Stigaard, specialkonsulent

Hanne Søndergaard, faglig leder

Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse.

Denne publikation citeres således:

Forfatter(e): Andersen TV, Stigaard DS, Søndergaard H

Titel: Procesværktøj til udvikling af stratificeringsmodel for medicinske specialer. Erfaringer fra det lungemedicinske speciale i Region Sjælland.

Aarhus: DEFACTUM, Region Midtjylland, 2023

For yderligere oplysninger rettes henvendelse til:

Tina Veje Andersen

Mail: tivane@rm.dk

Tlf: 2363 7844

DEFACTUM

Olof Palmes Allé 15

8200 Aarhus N

E-mail: defactum@rm.dk

Hjemmeside: www.defactum.dk

Forord

Sundhedsstrategisk Planlægning og Det Sundhedsfaglige råd for Lungesygdomme i Region Sjælland vil med udviklingen af en stratificeringsmodel for det lungemedicinske område med tilhørende procesværktøj søge at ensarte såvel henvisnings- som visitationspraksis i Region Sjælland med fokus på, at rette patient henvises til rette ambulatorie til tiden. Dette til gavn for borgere, sygehuse og almen praksis.

Stratificeringsmodellen indeholder henvisnings- og afslutningskriterier til brug for såvel almen praksis som lungemedicinske ambulatoriers visitation af patienter til ambulat forløb og senere afslutning tilbage til almen praksis. Derudover præsenteres en ramme for "Den gode tilbagevisning" af henvisninger, som et dialogskabende værktøj mellem regionens lungemedicinske speciallæger og almen praksis.

Forløbet med udvikling af stratificeringsmodellen er udsprunget af det tidlige forarbejde med det organisatoriske udviklingsprogram "Bæredygtige akutsygehuse og specialer", der blandt andet har til formål at sikre, at Region Sjællands sygehuse leverer behandlingsforløb af ensartet og høj kvalitet for alle regionens borgere.

Det er ambitionen, at stratificeringsmodellen sammen med procesværktøjet kan inspirere andre sundhedsfaglige råd i regionen til at arbejde med at ensarte henvisnings- og visitationspraksis.

Forsknings- og konsulenthuset DEFACTUM har udarbejdet procesværktøjet samt forestået processen i tæt samarbejde med Sundhedsstrategisk Planlægning og Det Sundhedsfaglige råd (SFR) for Lungesygdomme.

Der skal rettes en stor tak til de lægefaglige repræsentanter, der har været med til at udvikle stratificeringsmodellen, samt de interessenter, som har bidraget undervejs med faglige og organisatoriske input.

Uffe Christian S. Bødtger

Overlæge, professor,
Lungemedicinsk afsnit
Næstved, Medicinsk
afdeling

Sjællands
Universitetshospital
Roskilde

Malene Egsgaard-Toft

Funktionschef, Enhed for
Kvalitet & Forbedringer,
Sundhedsstrategisk
Planlægning

Region Sjælland

Dorthe Vilstrup Tomsen

Chef for Enhed for kvalitet
og forbedringer,
Sundhedsstrategisk
Planlægning

Region Sjælland

Indholdsfortegnelse

1. Resume	6
2. Læsevejledning.....	7
3. Baggrund og formål.....	8
4. Udviklingsprocessen i det lungemedicinske speciale	10
4.1. Organisering og rammer.....	10
4.2 Opstart og egnethedsanalyse.....	10
4.3 Tilpasning samt inddragelse af interessenter	12
4.4 Patientens perspektiv	15
4.5 Opsamling.....	15
5. Stratificeringsmodel for det lungemedicinske speciale	16
5.1 Henvisnings- og afslutningskriterier fordelt på sygdomsområder.....	16
5.2 Rammen for "Den gode tilbagevisning"	24
6. Generiske læringspunkter.....	27
6.1 Den lægefaglige opbakning.....	27
6.2 Samarbejde, læring og kommunikation.....	27
6.3 Transparent og inddragende proces.....	28
6.4 Motivation og processer	29
6.5 Agil og iterativ tilgang.....	29
6.6 Generisk driverdiagram	30
7. Anbefalinger til implementering.....	32
7.1 Implementering forankret i Sundhedsfaglig Råd for Lungesygdomme.....	32
7.2 Implementerings- og kommunikationsplan.....	32
7.3 Lægefaglige erfaringseksperter.....	33
7.4 Afklaring af rammer for visitering.....	33
7.5 Prioritering af ressourcer til visitering	33
7.6 Driverdiagram til understøttelse af motivation.....	33
7.7 Feedback til klinik og interessenter	34
7.8 Sikring af organisatorisk læring	34
Bilag.....	35
Bilag 1 Beskrivelse af Quality Implementation Framework - QIF	35
Bilag 2 Medlemmer af arbejdsgruppe	37

1. Resume

Med afsæt i et workshopforløb inden for det lungemedicinske speciale i efteråret 2022 og som en forløber for det organisatoriske udviklingsprogram Bæredygtige akutsygehuse og specialer, har Det Sundhedsfaglige Råd for Lungesygdomme i Region Sjælland i samarbejde med Sundhedsstrategisk Planlægning udarbejdet en stratificeringsmodel for patienter, der henvises fra almen praksis til lungemedicinske ambulatorier.

Stratificeringsmodellen har til formål:

- At udvikle en fælles tilgang til henvisnings- og afslutningskriterier samt "Den gode tilbagevisning" på tværs af Region Sjællands lungemedicinske ambulatorier i samarbejde med relevante interessenter.

Stratificeringsmodellen er en intern guide for det lungemedicinske ambulante område i regionen med fokus på, at rette patient henvises til rette ambulatorie til rette tid. Der arbejdes efter princippet om behandling på lavest mulige specialiseringsniveau tættest muligt på hjemmet med værdiskabelse for alle parter: almen praksis, patienter og sygehuse.

På baggrund af fire møder med en nedsat arbejdsgruppe med repræsentanter fra Sundhedsfagligt Råd for Lungesygdomme (SFR), inklusiv en professor og ledende overlæger, blev der gennem faglig konsensus udviklet en stratificeringsmodel bestående af:

- Henvisnings- og afslutningskriterier for fire sygdomsområder; længerevarende hoste, apnø, kronisk obstruktiv lungelidelse og astma.
- En ramme for "Den gode tilbagevisning" af henvisninger sendt fra almen praksis til regionens lungemedicinske ambulatorier.

Udviklingsprocessen har vist, at motivation og parathed blandt det lægefaglige personale og nærmeste faglige ledelse er en vigtig forudsætning for en klinisk relevant stratificeringsmodel. Transparens og tidlig interessentinddragelse har givet værdifulde input og mulighed for tilpasning af modellen. Lægefaglige erfaringseksperter og fokus på kommunikation samt mundtlig drøftelse af spørgsmål eller bekymringer hos interessenter skabte en konstruktiv proces. Afprøvninger har sikret robuste værktøjer samt motiveret til fremtidig anvendelse af stratificeringsmodellen.

Af udviklingsprocessen kan uddrages følgende temaer for generisk læring:

- Den lægefaglige opbakning
- Samarbejde, læring og kommunikation
- Transparent og inddragende proces
- Motivation og processer
- Agil og iterativ tilgang

I tillæg hertil er der udarbejdet et generisk driverdiagram, der giver et overblik over hvilke elementer, der indgår i udviklingen af en stratificeringsmodel samt otte anbefalinger til den videre implementering.

2. Læsevejledning

Herunder beskrives indholdet i indeværende procesværktøj.

Ønskes der et hurtigt overblik over stratificeringsmodellens anvendelse, opbygning og indhold, anbefales det at læse afsnit 3 og afsnit 5.

Ønskes der en mere indgående beskrivelse af processens fremgangsmåde samt anbefaling til implementering, anbefales det at læse afsnit 4 og afsnit 7 samt bilag 1.

Procesværktøjet indeholder følgende afsnit:

Afsnit 3 Baggrund og formål: Beskriver baggrund og formål med udviklingen af stratificeringsmodellen

Afsnit 4 Udviklingsprocessen i det lungemedicinske speciale: Beskriver processen for udviklingen af stratificeringsmodellen.

Afsnit 5 Stratificeringsmodel for det lungemedicinske speciale: Her præsenteres indholdet af den udviklede stratificeringsmodel herunder henvisnings- og afslutningskriterierne samt rammen for "Den gode tilbagevisning".

Afsnit 6 Generiske læringspunkter: Gennemgår generiske læringspunkter uddraget af udviklingsprocessen, der kan anvendes til at understøtte udvikling af en stratificeringsmodel inden for andre medicinske specialer.

Afsnit 7 Anbefalinger til implementering: Skitserer anbefalinger til implementering af den udviklede stratificeringsmodel.

Bilag 1 Beskrivelse af Quality Implementation Framework – QIF: Beskriver implementeringsværktøjet Quality Implementation Framework (QIF), som har været anvendt som en underliggende ramme for udviklingsprocessen samt underbygger anbefalingerne til implementering.

Bilag 2 Medlemmer af arbejdsgruppe: indeholder en oversigt over medlemmer af den arbejdsgruppe, der har udviklet stratificeringsmodellen.

3. Baggrund og formål

En stratificeringsmodel for patienter, der henvises fra almen praksis til medicinske ambulatorier er udviklet i et samarbejde mellem Sundhedsstrategisk Planlægning og Det Sundhedsfaglige Råd for Lungesygdomme i Region Sjælland. Modellen er udviklet inden for det lungemedicinske speciale, som har stillet sig til rådighed som case-speciale.

Stratificeringsmodellen er en forløber til udviklingsprogrammet "Bæredygtige akutsygehuse"¹, der blandt andet har til formål at sikre, at Region Sjællands sygehuse leverer behandlingsforløb af ensartet og høj kvalitet for alle regionens borgere. Udarbejdelse af en stratificeringsmodel har taget udgangspunkt i to lungemedicinske workshops afholdt i august og september 2022, der havde til formål at sikre bæredygtigheden af det lungemedicinske speciale i Region Sjælland. Workshopforløbet var et første skridt mod en fælles regional afklaring af, hvilke patienter, der skal ses på lungemedicinske ambulatorier. I udviklingen af stratificeringsmodellen er der inddraget erfaringer fra Sjællands Universitetshospitals (SUH) lungemedicinske ambulatorie, der har arbejdet med lærende tilbagevisninger til almen praksis med henblik på at få henvisninger med rette nødvendige kliniske viden fra almen praksis første gang fremover.

Stratificeringsmodellen har til formål:

At udvikle en fælles tilgang til henvisnings- og afslutningskriterier samt "Den gode tilbagevisning" på tværs af Region Sjællands lungemedicinske ambulatorier i samarbejde med relevante interessenter.

De udviklede henvisnings- og afslutningskriterier skal ses som en intern guide for det lungemedicinske ambulante område i regionen og kan være med til at sikre, at det er de rette patienter, der henvises og indkaldes til regionens ambulatorier. Arbejdet følger princippet om lavest mulige specialiseringsniveau og behandling tættest muligt på hjemmet, så der skabes værdi for alle parter: almen praksis, patienter og sygehuse.

Stratificeringsmodellen for det lungemedicinske speciale indeholder fire sygdomsområder:

Længerevarende hoste
Dyspnø
Kronisk Obstruktiv Lungelidelse (KOL)
Astma

Modellen gælder for henvisninger med mistænkt ikke-malign sygdom af patienter, hvor egen læge ikke er lykkedes med behandling og derfor henviser til ambulante undersøgelse.

¹ <https://www.regionsjaelland.dk/fagfolk/planer-for-sundhed-og-sygehuse/baeredygtige-akutsygehuse-i-region-sjaelland>

Henvisning i kræftpakke og henvisning med henblik på akut vurdering eller indlæggelse er ikke inkluderet i modellen.

Udarbejdelse af stratificeringsmodellen for det lungemedicinske speciale skal på sigt medvirke til udviklingen af en generisk proces og model, der kan afprøves og anvendes i andre medicinske specialer i Region Sjælland. Processen for udviklingen af stratificeringsmodellen inden for det lungemedicinske speciale sammen med erfaringerne herfra vil blive beskrevet i dette procesværktøj, således at generisk læring bliver tilgængelig til fremtidige processer i de øvrige medicinske specialer i Region Sjælland.

Procesværktøjet har til formål at:

- Beskrive processen for udvikling af stratificeringsmodellen for det lungemedicinske speciale
- Uddrage generisk læring fra udviklingen af stratificeringsmodellen til brug i andre medicinske specialer
- Give anbefalinger til den videre implementering af stratificeringsmodellen

Forbedringsarbejdet har været den metodiske tilgang til processen baseret på Forbedringsmodellen²³. Forbedringsmodellen understøttes af "Quality Implementation Framework" – QIF⁴, som er en implementeringsmodel indeholdende specificerede skridt, der understøtter implementering med kvalitet. Det er ambitionen med QIF at anvende viden fra implementeringsforskningen til at skabe en underliggende ramme samt underbygge de opstillede anbefalinger til den videre implementeringsproces. I bilag 1 beskrives QIF mere indgående.

² Langley et al (2009): The Improvement Guide. A Practical Approach to Enhancing Organizational Performance

³ Kvalitetsguiden.dk, Dansk Selskab for kvalitet i sundhedssektoren (DSKS) 2022

⁴ Høgh, H. (2022): QIF Quality Implementation Framework. Implementering med kvalitet. Metodecentret; Meyers, D., Wandersman, A. & Durlak, J. A. (2012): The Quality Implementation Framework: A Synthesis of Critical Steps in the Implementation Process. Implementation Science. 50:462-80.

4. Udviklingsprocessen i det lungemedicinske speciale

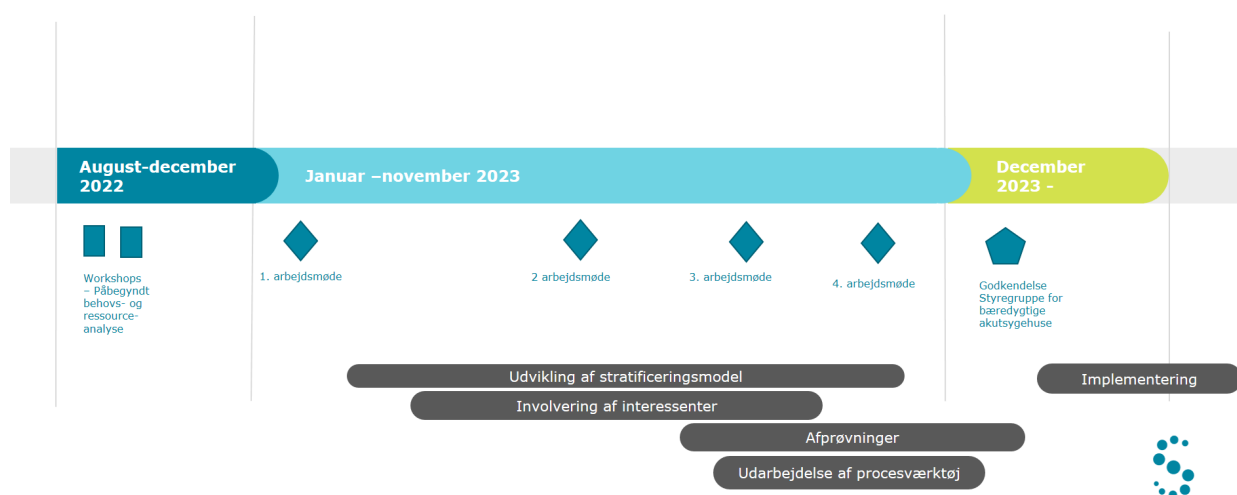
Dette afsnit beskriver organisering og rammer samt processen for udviklingen af stratificeringsmodellen. Processen tager udgangspunkt i forbedringsmodellen og har hentet inspiration fra Quality Implementation Framework (QIF)⁵ (Jf. bilag 1).

4.1. Organisering og rammer

Udviklingen af stratificeringsmodellen er gennemført af en arbejdsgruppe med lægefaglige repræsentanter fra SFR for Lungesygdomme. Arbejdsgruppens medlemmer inkluderer en professor samt cheflæger og repræsenterer alle lungemedicinske ambulatorier i regionen. Derudover deltog repræsentanter for Sundhedsstrategisk Planlægning. Processen blev understøttet af konsulenter fra DEFACTUM og Sundhedsstrategisk Planlægning (se bilag 2).

Herunder ses en oversigt over gennemførte aktiviteter. Der har i alt været afholdt fire møder med arbejdsgruppen. Det første møde havde fysisk fremmøde. De resterende arbejds møder har været afholdt virtuelt. Formålet med det første møde var at skabe lægefaglig konsensus om stratificeringsmodellens henvisnings- og afslutningskriterier. De resterende virtuelle møder har haft til formål at tilpasse stratificeringsmodellen på baggrund af input fra interessenter og afprøvninger.

Figur 1. Oversigt over proces og aktiviteter fra august 2022 til december 2023



4.2 Opstart og egnethedsanalyse

Dataopgørelser præsenteret på de indledende workshops i efteråret 2022 gjorde det muligt at identificere udfordringer og forhold, der var behov for at adressere. Et eksempel herpå er udredningsretten, hvor dataopgørelser viste et stigende gennemsnitligt antal dage fra henvisning til udredning over tid samt en variation af gennemsnittet mellem regionens

⁵ Høgh, H. (2022): QIF Quality Implementation Framework. Implementering med kvalitet. Metodecentret; Meyers, D., Wandersman, A. & Durlak, J. A. (2012): The Quality Implementation Framework: A Synthesis of Critical Steps in the Implementation Process. Implementation Science. 50:462-80.

ambulatorier. Hertil kommer identificerede udfordringer med eksempelvis rekruttering og fastholdelse af lægefaglige og sygeplejefaglige kompetencer.

Ved at udarbejde og implementere en stratificeringsmodel tilstræbes at opnå gevinster for flere parter:

- Patienter: Ensartet høj kvalitet på tværs af regionen med mindre ventetid samt behandling tættere på hjemmet.
- Sygehuse: Fælles henvisnings- og afslutningspraksis på tværs af lungemedicinske ambulatorier samt anvendelse af fælles principper for kommunikation omkring "Den gode tilbagevisning" med nedbringelse af ventetid til følge samt sikring af, at rette patient ses på rette tidspunkt.
- Almen praksis: Læring ved en god og lærende tilbagevisning fra regionens lungemedicinske ambulatorier og over tid færre tilbageviste henvisninger

I januar 2023 afholdt DEFACTUM det første arbejds møde. Som afsæt for mødet foretog DEFACTUM en analyse af relevante foreliggende materialer, der tegner de faglige og organisatoriske rammer gældende for de inkluderede sygdomsområder; længerevarende hoste, dyspnø, kronisk obstruktiv lungelidelse og astma. Materialerne bestod af rammedokumenter som forløbsprogrammer og retningslinjer samt faglige vejledninger og anbefalinger. Desuden var der forud for mødet en indledende dialog vedrørende ønsker til forberedende materialer samt arbejds mødets indhold.

På arbejds mødet blev der skabt konsensus om henvisnings- og afslutningskriterier for de inkluderede sygdomsområder samt en fælles tilgang til "Den gode tilbagevisning" til almen praksis. DEFACTUM udviklede på dette grundlag et første udkast til en stratificeringsmodel.

De indledende samtaler og selve arbejds mødet skulle sikre, at stratificeringsmodellen passede til organisationen – de enkelte ambulatorier og Region Sjælland – i forhold til behov, prioriteter, værdier og strategi⁶ samt afdække, hvorvidt regionens lungemedicinske ambulatorier var klar til at tage i mod stratificeringsmodellen. Herunder om motivation og ressourcer var tilstede, samt om organisationen var forandringsparat⁷.

Der var en parathed blandt arbejds mødets deltagere til at arbejde konstruktivt frem mod faglig konsensus og et ønske om, at tage stratificeringsmodellen hurtigt i brug i klinikken. Paratheden og motivationen blandt medarbejdere og nærmeste faglige ledelse vil være en bærende forudsætning for den kommende implementering.

Ressourcer til udvikling stratificeringsmodellen har været udfordret af travlhed i klinikken samt af konkurrerende dagsordner og sideløbende organisatoriske forandringer. Sidstnævnte har

⁶ Høgh, H. (2022): QIF Quality Implementation Framework. Implementering med kvalitet. Metodecentret; Meyers, D., Wandersman, A. & Durlak, J. A. (2012): The Quality Implementation Framework: A Synthesis of Critical Steps in the Implementation Process. Implementation Science. 50:462-80.

⁷ Ibid.

blandt andet bevirket, at formål og indhold af stratificeringsmodellen er justeret undervejs med forlængelse af processen til følge. Det er derfor vigtigt at arbejde ud fra en agil og iterativ tilgang med mulighed for tidsmæssig "elastik" og fleksibilitet i planlægningen samt at sikre understøttelse til opsamling af læring i processen og procesledelse.

4.3 Tilpasning samt inddragelse af interessenter

For at afdække behovet for tilpasninger af det foreløbige udkast af stratificeringsmodellen med afsæt i interessenternes faglige viden og erfaringer, har DEFACTUM i løbet af foråret 2023 afholdt tre virtuelle møder:

- Et med en repræsentant fra SFR Kardiologi
- Et med fire praksiskonsulenter fra Region Sjælland
- Et med formandskabet for PLO Sjælland via Kontaktforum

Møderne gav anledning til relevante input, som af flere omgange er indarbejdet i stratificeringsmodellen. Hvorvidt input skulle inkorporeres i stratificeringsmodellen blev besluttet af arbejdsgruppen.

Udover at undersøge behovet for tilpasning af stratificeringsmodellen, havde disse møder også til formål at sikre en transparent proces samt være med til at skabe forståelse og om muligt tilslutning til modellen hos relevante interessenter. Den transparente proces gav interessenterne mulighed for at adressere spørgsmål, bekymringer eller eventuel modstand mod modellen tidligt i processen. Interessenterne blev identificeret af Sundhedsstrategisk Planlægning og arbejdsgruppens deltagere.

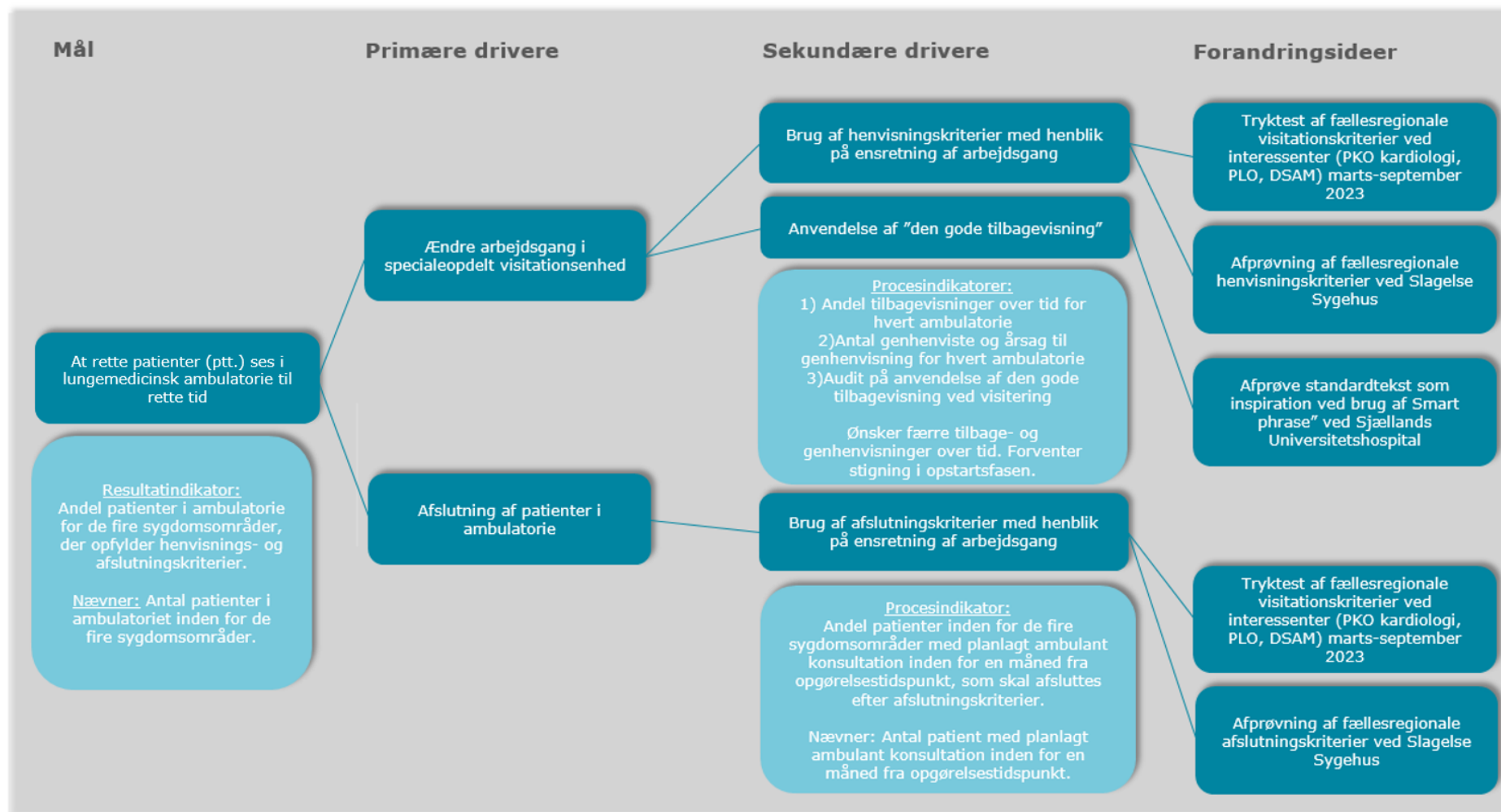
Møderne blev gennemført med en konstruktiv tilgang fra interessenternes side, selvom der forud for denne proces havde været eksempler på udfordringer i samarbejdet. Der blev taget udgangspunkt i fortællinger fra en lægefaglig erfaringseksperter med kendskab til anvendelse af "Den gode tilbagevisning", og der var stor vægt på, at samarbejdet byggede på respektfuld og kollegial kommunikation. Det blev bemærket og værdsat af interessenterne, at de blev inddraget tidligt i processen, at de havde mulighed for at komme med input, samt at kommunikationen var respektfuld og imødekommende. Møderne gav input til selve stratificeringsmodellen samt til, hvad der er på spil hos interessenterne i bredere forstand. Det er erfaringen, at denne del af processen er et grundlæggende element i at lykkes med stratificeringsmodellen. Processen viste desuden, at den mundtlige drøftelse på virtuelle møder var givtigt, hvor imod en skriftlig kommunikation om tilsvarende bekymringer eller modstand ikke havde samme givtige resultat. Interessenter fra almen praksis udtrykte ønske om, at den kommunikative tilgang i denne proces overføres til andre områder og sikres videregivet til andre regionale speciallæger. Det kan overvejes at inddrage PLO Sjælland endnu tidligere i processen sideløbende med kontakten med praksiskonsulenter og SFR for andre relevante medicinske specialer.

DEFACTUM udarbejdede et driverdiagram i samarbejde med arbejdsgruppen for at tydeliggøre forandringsteorien for det konkrete arbejde med at udvikle, tilpasse og implementere stratificeringsmodellen. Driverdiagrammet giver mulighed for at følge implementeringsprocessen samt mulighed for overblik over aktiviteter, som skal gennemføres i

praksis. Herved skabes sammenhæng fra aktiviteter til det overordnede formål (jf. figur 2). Erfaringen fra processen viser, at det er udfordrende at dataunderstøtte implementeringen af stratificeringsmodellen uden at skulle anvende ressourcetunge løsninger, som eksempelvis audit. Implementering af stratificeringsmodellen monitoreres i dette tilfælde bedst ved gennemgang af visiterede henvisninger, afsluttede patienter samt afsendte "gode tilbagevisninger".

Udviklingsprocessen bygger på forbedringsmodellen, hvor dataunderstøttelse er et vigtigt element til at sikre, at den ønskede effekt med et kvalitetsudviklingstiltag opnås. Dataunderstøttelsen skal bestå af hyppige og kontinuerlige datamålinger baseret på automatisk dataudtræk, der muliggør at udviklingen kan følges tæt. Det har ikke været muligt at identificere sådanne automatiske dataudtræk i denne proces. Ønsket om hyppige datamålinger udfordres af behovet for mere ressourcetunge monitorering af anvendelsen af stratificeringsmodellen. Det er et vigtigt opmærksomhedspunkt at få fundet den rette balance mellem tilstrækkelige datamålinger og ressourcetræk.

Figur 2. Driverdiagram for udvikling, tilpasning og implementering af stratificeringsmodellen



Som det fremgår af driverdiagrammet er der gennemført afprøvninger i form af PDSA-cykluser. De tidlige test gav i forløbet mulighed for tilpasning af redskaberne og gav samtidig motivation hos de involverede.

4.4 Patientens perspektiv

Allerede tidligt i processen blev mulighederne for inddragelse af patienter adresseret. Det blev besluttet ikke at involvere patienter i udviklingsprocessen på baggrund af drøftelser med regional nøgleperson samt regionale erfaringer fra lignende processer, hvor tidlig inddragelse har været svært for patienterne med mangelfuld udbytte til følge.

Patienternes oplevelse af kvaliteten på regionens lungemedicinske ambulatorier vil kunne følges via Landsdækkende Undersøgelser af Patientoplevelser⁸. Ved måling af patientoplevelset kvalitet er det vigtigt at understrege, at det ikke er muligt at måle direkte på patienternes oplevelse af kvaliteten af stratificeringsmodellen, men det giver derimod et samlet billede af patienternes oplevelser af kvalitet. Stratificeringsmodellens påvirkning vil være indirekte og blot én af mange påvirkninger.

4.5 Opsamling

På baggrund af fire møder med den nedsatte arbejdsgruppe blev der gennem faglig konsensus udviklet en stratificeringsmodel bestående af:

- Henvisnings- og afslutningskriterier for fire sygdomsområder; længerevarende hoste, apnø, kronisk obstruktiv lungelidelse og astma.
- En ramme for "Den gode tilbagevisning" af henvisninger fra almen praksis til regionens lungemedicinske ambulatorier

Udviklingsprocessen har vist, at motivation og parathed blandt det lægefaglige personale og nærmeste faglige ledelse er en vigtig forudsætning for udviklingen af en klinisk relevant og anvendelig stratificeringsmodel. Den transparente proces og tidlige inddragelse af interessenter har givet værdifulde input med mulighed for tilpasning af modellen. Inddragelse af en lægefaglig erfaringseksperter og fokus på modellens kommunikative tilgang samt mulighed for mundtlig drøftelse af spørgsmål, bekymringer eller modstand hos interessenter skabte en konstruktiv proces. Afprøvninger gennem PDSA-cykluser har sikret robuste værktøjer samt motiveret til fremtidig anvendelse af stratificeringsmodel.

⁸ <https://www.regionh.dk/patientinddragelse/LUP/Sider/default.aspx>

5. Stratificeringsmodel for det lungemedicinske speciale

I dette afsnit præsenteres den udviklede stratificeringsmodel indeholdende henvisnings- og afslutningskriterier samt rammen for "Den gode tilbagevisning" af henvisninger fra almen praksis til lungemedicinske ambulatorier.

5.1 Henvisnings- og afslutningskriterier fordelt på sygdomsområder

Den udviklede stratificeringsmodel indeholder henvisnings- og afslutningskriterier for hvert af de fire sygdomsområder; længerevarende hoste, dyspnø, kronisk obstruktiv lungelidelse og astma.

Henvisningskriterierne kan ses i figur 3, 4, 6 og 8 og består af:

1. Oplysninger til brug for visitation: Dette er oplysninger, som henholdsvis *bør* angives, når almen praktiserende læger sender en henvisning til lungemedicinsk ambulatorie, og *gerne må* angives i henvisningen. Hvis sidstnævnte ikke er angivet, kan disse oplysninger blive efterspurgt fra visiterende læge.
2. Skematisk oversigt over, hvordan patienterne visiteres ved modtagelse af henvisning fra almen praktiserende læge.

Afslutningskriterierne kan ses i figur 5, 7 og 9 og angiver, hvilke kriterier, der skal være opfyldt for, at patienten kan afsluttes på lungeambulatoriet.

Afslutningskriterierne for hoste og dyspnø er slået sammen (Figur 5).

For kronisk obstruktiv lungelidelse og astma opdeles afslutningskriterierne i:

1. Patientgrupper, der kan afsluttes fra ambulatoriet
2. Patientgrupper, der kan forblive i ambulatoriet

Figur 3 Henvisningskriterier for længerevarende hoste

Vigtige oplysninger til brug for visitation – ved hoste i minimum 6 uger

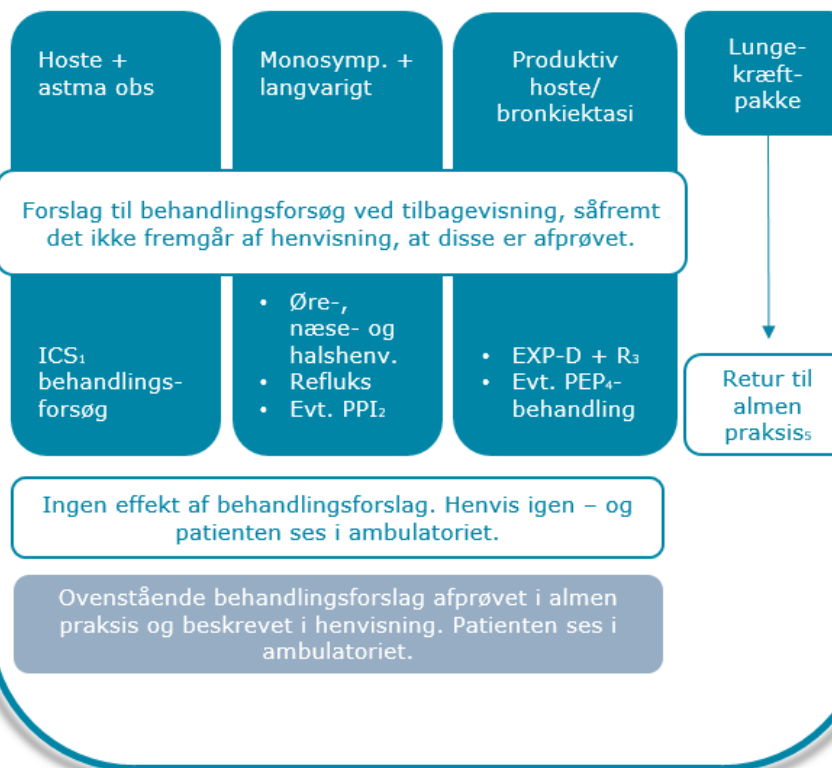
Henvisningen bør indeholde følgende:

- Anamnese
 - Symptomer hvor længe, hvor meget og hvordan
 - Tobaksanamnese
 - Recidiverende luftvejsinfektioner
 - Behandling afprøvet og med hvilket resultat
 - Ved fremmedsprog: angiv behov for tolk.
- Undersøgelser
 - Aktuelt røntgen af thorax til afklaring af aktuelle symptomer
 - Spirometri (+ reversibilitetstest hvis FEV-1/FVC < 75% eller FEV-1 < end LLN – dvs. ca. 85%).
- Opdatering af FMK
 - Overvej seponering af ACE hæmmere.

Henvisningen må gerne indeholde yderligere oplysninger om:

- Allergi
- Symptom på gastroesophageal reflux
- Symptomer på "postnasal dryp"/snue-bihule problemer
- Hjerter-lunge-stetoskopi.

Visitation af patienten ved henvisning – ved hoste i minimum 6 uger



1 <https://pro.medicin.dk/Laegemiddelgrupper/Grupper/315301>

2 <https://promedicin.dk/Laegemiddelgrupper/Grupper/5100>

3 https://lungemedicin.dk/wp-content/uploads/2021/05/Pneumoni_2017.pdf

4 <https://pro.medicin.dk/Artikler/Artikel/215>

5 <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/information-til-praksis/sjaelland/almen-praksis/patientforloeb/kraeftpakker/lunkekraeft/>

Figur 4 Henvisningskriterier for dyspnø

Vigtige oplysninger til brug for visitation – Dyspnø

Henvisningen bør indeholde følgende:

- Anamnese
 - Symptomer hvor længe, hvor meget og hvordan
 - Hjertesygdom – Kendt eller symptomer på
 - Tobaksanamnese
 - Ved fremmedsprog: angiv behov for tolk.
- Undersøgelser
 - BMI
 - Aktuelt røntgen af thorax til afklaring af aktuelle symptomer
 - Spirometri (evt. reversibilitetstest hvis FEV-1/FVC < 75% eller FEV-1 < end LLN – dvs. ca. 85%).
 - Blodprøve – Hæmoglobin
 - EKG
 - Saturation
- Opdatering af FMK

Henvisningen må^o gerne indeholde yderligere oplysninger om:

- Allergi
- Erhvervsanamnese
- Hjerte-lunge-stetoskopi.

Visitation af patienten ved henvisning – Dyspnø

KOL-
mistanke

Astma-
mistanke

Oplagt
mistanke
til hjerte-
sygdom

Forslag til behandlingsforsøg ved tilbagevisning, såfremt det ikke fremgår af henvisning, at disse er afprøvet.

• Beh.forsøg
LABA/LAM₁
eller triple₂

• Beh.forsøg
ICS eller
ICS/LABA₁

Ingen effekt af behandlingsforslag. Henvis igen – og patienten ses i ambulatoriet.

Ovenstående behandlingsforslag afprøvet i almen praksis og beskrevet i henvisning. Patienten ses i ambulatoriet.

Vurdering
kardio-
logisk regi.
Omvisi-
teres til kardio-
logisk
visita-
tionsenhed

1 <https://pro.medicin.dk/Laegemiddelgrupper/Grupper/315301>

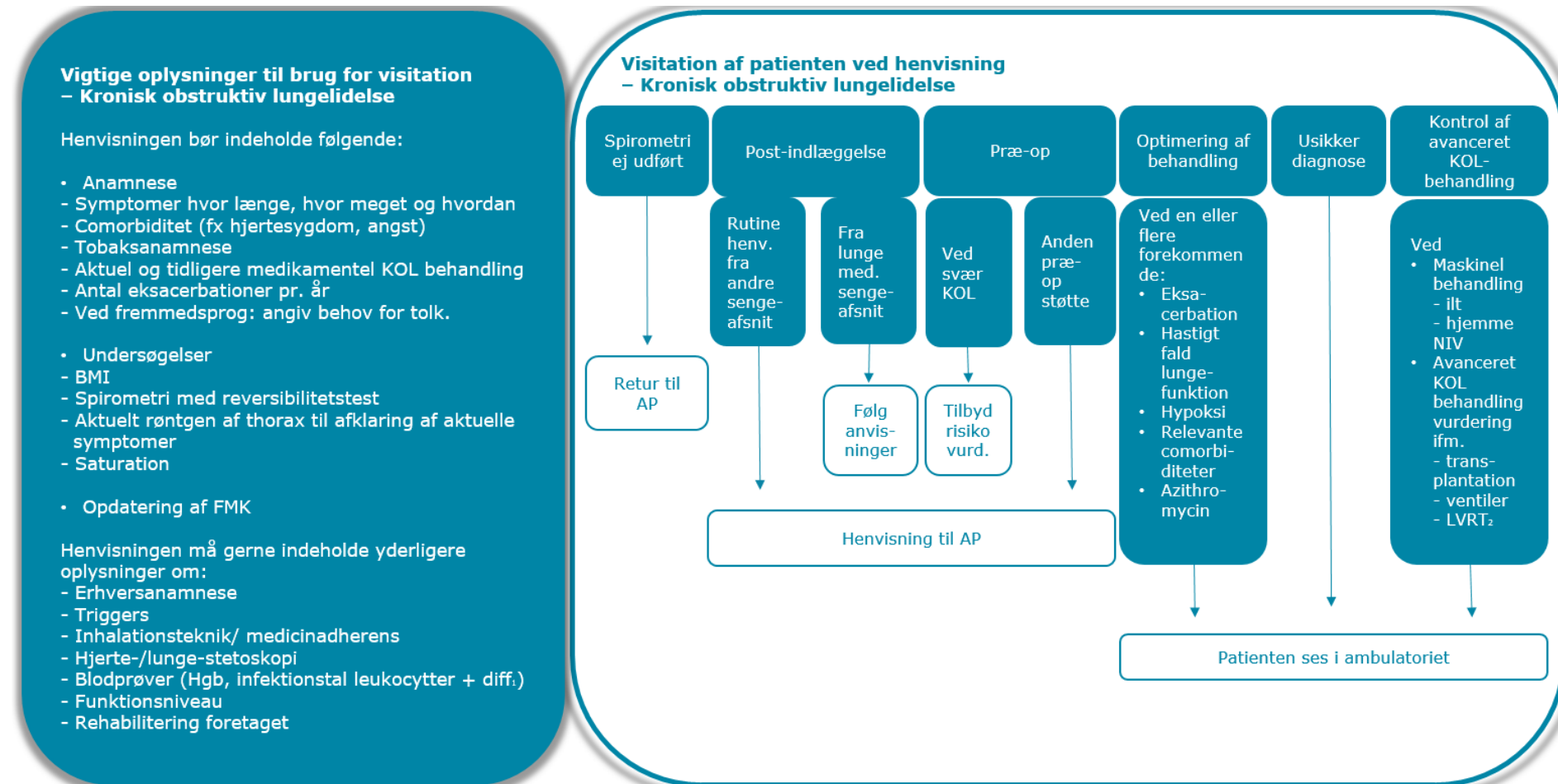
2 <https://pro.medicin.dk/Laegemiddelgrupper/Grupper/318735>

Figur 5 Afslutningskriterier for længerevarende hoste og dyspnø



Patienten tilbagevises til almen praksis, hvis patienten har været fulgt i 12 måneder og har acceptabel symptombyrde samt stabil lungefunktion. Der gælder for disse patienter, at de vil være lige så godt hjulpet i almen praksis og afsluttes dertil med plan for kontrol inklusiv aktion, hvis tab af symptomkontrol.

Figur 6 Henvisningskriterier for kronisk obstruktiv lungelidelse



Følger Dansk Selskab for Almen Medicin: Vejledning om KOL i almen praksis

1 <https://www.analysefortegnelsen.dk/AnalyselisteZoom.asp?Lok=AUH&Id=NPU18156>
 2 <https://lungemedicin.dk/lungevolumenreduktion-til-behandling-af-kol/>

Figur 7 Afslutningskriterier for kronisk obstruktiv lungelidelse

**Patientgrupper, der kan afsluttes fra ambulatoriet
- Kronisk obstruktiv lungelidelse**

- GOLD₁ A
- GOLD₁ B+E – afsluttes når stabil i 12 mdr.
Stabil:
 - Max 1-2 KOL indlæggelser/år
 - Max 3 moderate eksacerbationer/år
- Patienter med vedvarende dårlig compliance trods vejledning.

**Patientgrupper, der kan forblive i ambulatoriet
- Kronisk obstruktiv lungelidelse**

- Maskinel behandling:
 - Ilt
 - HjemmeNIV
- GOLD₁ B+E med **kompliceret** comorbiditet fx:
 - Svær hjertesygdom
 - Svær astma
 - Symptombgivende bronkiektasi
 - Betydende angst/depression
 - Hvis det vurderes, at videre kontrol hos egen læge vil medføre stor risiko for tab af sygdomskontrol
- Kronisk infektion i lungerne
 - Forebyggende inhalationsantibiotika (fx promixin).

1 <https://pro.medicin.dk/Sygdomme/Sygdom/318294>

Figur 8 Henvisningskriterier for astma

Vigtige oplysninger til brug for visitation – Astma

Henvisningen bør indeholde følgende:

- Anamnese
 - Familær disposition
 - Symptomer: hvor længe, hvor meget, hvordan
 - Medicinadherens (har patienten indløst sine recepter?)
 - Tobaks- og erhvervsanamnese
 - Aktuel og tidligere astmabehandling
 - Ved fremmedsprog: angiv behov for tolk.
- Undersøgelser
 - BMI
 - Spirometri (evt. reversibilitetstest hvis FEV-1/FVC < 75% eller FEV-1 < end LLN – dvs. ca. 85%)
 - Aktuelt røntgen af thorax til afklaring af aktuelle symptomer.
- Opdatering af FMK

Henvisningen må gerne indeholde yderligere oplysninger om:

- Symptomer fra næse og bihuler
- Symptomer fra gastroesofageal reflux
- Inhalationsteknik
- Allergi
- Blodprøver: Leukocyter + diff., RAST inhalationspanel.

Visitation af patienten ved henvisning – Astma

Kendt astma

Forslag til behandlingsforsøg ved tilbagevisning, såfremt det ikke fremgår af henvisning, at disse er afprøvet.

- GINA₂ 0-3: Øge behandling
- Inhalationsteknik
- Individuel vurdering om behandlingsforsøg - anden medicin

Ingen effekt af behandlingsforslag. Henvis igen – og patienten ses i ambulatoriet.

Ovenstående behandlingsforslag afprøvet i almen praksis og beskrevet i henvisning. Patienten ses i ambulatoriet.

OBS astma

Hvis grønne henv.kriterier inkonklusive

1 <https://www.analysefortegnelsen.dk/AnalyselisteZoom.asp?Lok=AUH&Id=NPU18156>
2 <https://pro.medicin.dk/Sygdomme/Sygdom/318515>

Figur 9 Afslutningskriterier for astma

**Patientgrupper, der kan afsluttes fra ambulatoriet
- Astma**

- Nykonstateret astma – afsluttes ved diagnose samt:
 - Lavt symptombillede
 - Normal lungefunktion
- Velkontrolleret (GINA₁ 1+2) – afsluttes efter 6 mdr.
- Velkontrolleret (GINA₁ 3-4) – afsluttes efter 12 mdr.
- Patienter med vedvarende dårlig compliance trods vejledning.

**Patientgrupper, der kan forblive i ambulatoriet
- Astma**

- Svær astma (severe asthma) = GINA₁ 5
 - Biologisk behandling
 - Fast prednisolon behandling
 - ABPA₂
- Ukontrolleret astma (difficult to control asthma)
 - Mange eksacerbationer og indlæggelser trods korrekt behandling
- GINA₁ 1-4 med meget svær og kompliceret comorbiditet (=sjælden)
 - KOL
 - Hjertesygdom
 - Bronkiektasi
 - Angst/depression
- Fikseret luftvejsobstruktion FEV1 ≤ 50% uden anden forklaring

1 <https://pro.medicin.dk/Sygdomme/Sygdom/318515>

2 https://lungemedicin.dk/wp-content/uploads/2021/05/ABPA_2022_final2.pdf

5.2 Rammen for "Den gode tilbagevisning"

I dette afsnit præsenteres en ramme for "Den gode tilbagevisning" af henvisninger fra almen praksis modtaget til visitation i lungeambulatorier i Region Sjælland. Rammen opstiller vigtige elementer i "Den gode tilbagevisning" samt anviser, hvad den bør indeholde. Endelig præsenteres der i dette afsnit en konkret løsning til understøttelse af "Den gode tilbagevisning" i form af en smart phrase-løsning i Sundhedsplatformen.

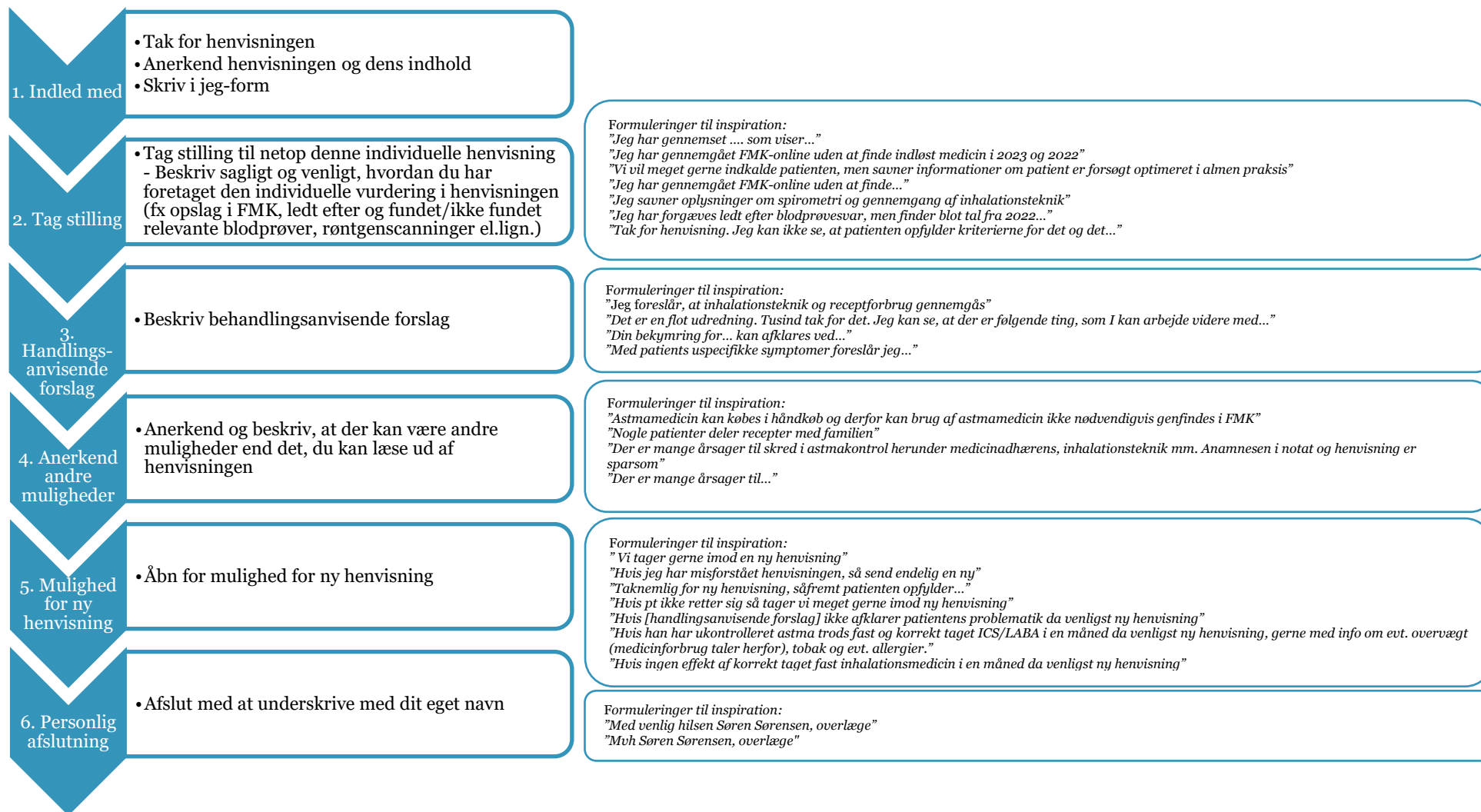
Figur 10 Rammen for "Den gode tilbagevisning"

Vigtige elementer for "Den gode tilbagevisning"

- Kommunikation med almen praksis skal være fra kollega til kollega. Den skal være høflig, kort, handlingsanvisende, individualiseret og patientrettet.
- Henvisningskriterier skal ikke anvendes som en tjekliste, der medfører administrativ afvisning af henvisninger, hvis enkeltelementer mangler. Kan anvendes som en tjekliste i almen praksis ved udfyldelse af henvisning samt som støtteværktøj ved visitation på sygehus.
- Det skal være en konstruktiv tilbagemelding og med mulighed for opfølgende spørgsmål via korrespondancefunktionen.
- Der er udarbejdet forslag til standardformuleringer, der kan understøtte "Den gode tilbagevisning".

Figur 11 beskriver elementerne i samt opbygning af "Den gode tilbagevisning" fra lungeambulatoriet til almen praksis. "Den gode tilbagevisning" udarbejdes i forbindelse med visitationen i lungeambulatorier.

Figur 11 Elementer i og opbygning af "Den gode tilbagevisning".



Figur 12 viser et eksempel på, hvordan "Den gode henvisning" kan anvendes i Sundhedsplatformen ved hjælp af funktionen "smart phrase". Der er undervejs i projektet udviklet smart phrase-løsninger til brug for hyppigt forekommende tilbagevisninger inden for hvert af de inkluderede sygdomsområder længerevarende hoste, dyspnø, kronisk obstruktiv lungelidelse og astma. Smart phrase-løsninger er afprøvet af to omgange. Det er forventningen, at disse smart phrase-løsninger, som kan fremsøges på Sundhedsplatformen, vil kunne understøtte udarbejdelsen af "Den gode tilbagevisning" hos visiterende læger. Dette vil være særligt vigtigt ved implementeringsstart samt for læger, der mangler erfaring eller finder denne type af kommunikation svært.

Figur 12 eksempel på smart phrase-løsning på Sundhedsplatformen

Kære kollega

Tak, for din henvisning.

Jeg har gennemset [valg i drop down menu - undersøgelser], som viser [valg i drop down menu - vurdering].

Handlingsanvisende anbefaling [Valg i drop down menu eller fritekst]

- Prøv...
- Du mangler...
- Vi anbefaler...
- Foreslår at...
- Du skriver, at din patient har..... Ud fra hvad du beskriver tyder alt på, at patienten har..... Jeg foreslår, at du prøver.../behandler med...

Anerkend, at der kan være andre muligheder end det, der kan læses af henvisning [Valg i drop down menu eller fritekst]

- Hvis jeg har misforstået henvisning...
- Der er mange årsager til...

Hvis forværring/ikke bedring, så venligst ny henvisning.

Ved spørgsmål er du velkommen til at kontakte [indsæt kontaktoplysninger]

Med venlig hilsen
[Navn]

6. Generiske læringspunkter

I dette afsnit beskrives generiske læringspunkter, som er fremkommet på baggrund udviklingen af stratificeringsmodellen. Disse læringspunkter vil være væsentlige at inddrage i udviklingen af fremtidige stratificeringsmodeller.

6.1 Den lægefaglige opbakning

Den lægefaglige opbakning og tiltro til resultatet af processen er et grundlæggende element i udvikling af stratificeringsmodellen. At de lægefaglige medarbejdere og den faglige ledelse har et ønske om at udvikle et område med et fælles formål samt at skabe konsensus omkring udviklingen, på trods af faglige udfordrende drøftelser, er vigtigt. Uden den lægefaglige tilslutning til processen og resultatet, vil den ønskede effekt af processen formentlig udeblive. Det er derfor et nøgle-element at fokusere på motivation og parathed hos de lægefaglige medarbejdere og ledelse, før en tilsvarende proces indledes inden for andre medicinske specialer.

Så snart det er muligt, er det vigtigt at indhente konkrete erfaringer fra anvendelsen af stratificeringsmodellen inden for det lungemedicinske speciale. Erfaringerne vil kunne bidrage med værdifulde input til overvejelserne om lignende processer inden for andre medicinske specialer. Desuden vil de kunne give de lægefaglige medarbejdere viden om stratificeringsmodellens konkrete effekter.

Nøgle-elementer i den lægefaglige opbakning:

Det bør overvejes:

- at undersøge motivation og parathed hos relevante medarbejdere og nærmeste faglige ledelse, da dette er en vigtig forudsætning for succesfuld implementering.
- at indhente og præsentere konkrete erfaringer fra anvendelse af stratificeringsmodellen, så snart det muligt

6.2 Samarbejde, læring og kommunikation

Samarbejde på tværs af sektorer og specialer, den lærende tilgang samt kommunikationsformen er helt essentielle fokusområder. De er grundlæggende nødvendige for, at stratificeringsmodellen opnår en accept hos interessenter i almen praksis og dermed nødvendige for at indfri potentialet i stratificeringsmodellen.

I interessent-inddragelsesprocessen blev det tydeligt, at en "kollega-til-kollega" kommunikation i stor respekt for hinandens fagområder er essentiel (Jf. Figur 4.3). Interessenter redegjorde for erfaringer med kommunikation, der ikke har været hensigtsmæssigt imellem sektorer i Region Sjælland, hvilket medfører umiddelbare forbehold, når området omkring tilbagevisninger berøres.

På trods af disse forbehold viser erfaringerne fra den inddragende proces dog, at den tydelige opmærksomhed på og italesættelse af den lærende tilgang og ligeværdige kommunikation værdsættes og modtages konstruktivt og med imødekommenhed. Det nævnes specifikt fra flere

interessenter, der repræsenterer almen praksis, at denne tilgang er en nødvendighed for at lykkes med processen. Der er ligeledes et udtrykt ønske om, at den kommunikative tilgang i denne proces overføres til andre områder og sikres videregivet til eksempelvis andre regionale speciallæger.

Nøgle-elementer i samarbejde, læring og kommunikation:

Det bør overvejes:

- at prioritere og tydeliggøre dialogen omkring formål og samarbejde med interessenter.
- at anvende mundtlige dialoger, der udfolder nuancer og giver mulighed for drøftelser.
- at kommunikation ved "Den gode tilbagevisning" foregår i en respektfuld tone på samme vis, som du vil kommunikere med din tætte kollega.
- at anvende lægefaglig erfaringseksperter
- om det vil være meningsfuldt samt muligt at have lægefaglige erfaringseksperter for hvert ambulatorie i regionen.

6.3 Transparent og inddragende proces

Ønsket for processen har fra starten været at sikre et forløb, der er transparent og inddragende. Interessenter er blevet inddraget tidligt i processen, hvorved der gives mulighed for at påvirke udformningen af stratificeringsmodellen. Dette skulle gerne være med til at sikre udviklingen af en model, der er meningsfuld for alle relevante parter.

En tidligt inddragende og transparent proces kræver et fokus på en grundig afdækning af, hvem der er relevante interessenter for et givent medicinsk speciale.

Efter identificering af interessenter er det erfaringen fra denne proces, at den efterfølgende opgave med at få identificeret de rette nøglepersoner, inden for interessentgrupperne, samt afklaring af rette fora til eventuel drøftelse, er tidskrævende. Dertil kommer muligheden for at få "plads" til drøftelse på relevante fora særligt, hvis sådanne møder har få årlige mødegange.

Det forventes at være en hurtigere proces efterhånden, som den gentages inden for andre medicinske specialer og erfaringer hermed opnås. Konkret kan en tidligere inddragelse af PLO Sjælland være hensigtsmæssigt.

Nøgle-elementer i en transparent og inddragende proces:

Det bør overvejes:

- at udarbejde grundig afdækning af relevante interessenter.
- at inddrage relevante interessenter tidligt i udviklingsprocessen for derved at skabe mulighed for at adressere spørgsmål, bekymringer eller eventuel modstand samt mulighed for at indarbejde forslag til justeringer.
- at have mundtlige drøftelser af spørgsmål, bekymringer eller modstand med interessenter frem for skriftlig kommunikation.
- at afsætte god tid til hele processen vedrørende interessentinddragelse inkl. identificering af nøglepersoner og mødefora.

6.4 Motivation og processer

Der har i denne proces været et stort ønske om at få stratificeringsmodellen ud til brug i klinikken hurtigst muligt båret af en stor motivation og opbakning fra den lægefaglige gruppe. Dette er en vigtig faktor, når det handler om at få modellen ud at leve i klinikken og skal søges fastholdt og imødekommet.

Det er imidlertid også vigtigt at anerkende og skabe plads til de processer, der nødvendigvis går hånd i hånd med udviklingen af en stratificeringsmodel. Det er erfaringen fra denne proces, at dette bedst sikres ved en tæt og vedvarende dialog mellem klinikere og procesunderstøttende konsulenter for derved at skabe kendskab til processen og fremdriften. Dette er et element, som kunne have et større fokus i en kommende proces og som til tider ikke har været tilstrækkeligt adresseret i indeværende proces. Det er forventet, at det ud fra erfaringerne fra denne første proces, vil være muligt i højere grad at beskrive processen og dermed synliggøre tidsramme samt aftale informationsniveau med den kliniske gruppe.

Nøgle-elementer i motivation og processer:

Det bør overvejes:

- at være opmærksom på at fastholde motivation ved tæt og vedvarende information omkring processen.
- at forventningsafstemme med klinikere angående realistisk tidsramme, der også rummer den agile og iterative tilgang.

6.5 Agil og iterativ tilgang

Mens udviklingen af en stratificeringsmodel pågår, vil konteksten typisk forandres. Dette er tilfældet under indeværende proces og vil formentlig også være gældende for kommende processer. Forandringer i kontekst har haft betydning for retningen af indeværende proces. Foranderligheden er vigtigt at tage med i sin tilgang til planlægning af processen. Således er det

vigtigt at anlægge en agil og processuel tilgang med erkendelse af, at en fast planlagt proces skal kunne rumme justeringer og om- eller genveje.

Nøgle-elementer i en agil og iterativ tilgang:

- Forvent et element af "elastik" og fleksibilitet i tidsplanlægning samt rum for tilpasning af processens retning og/eller indhold.

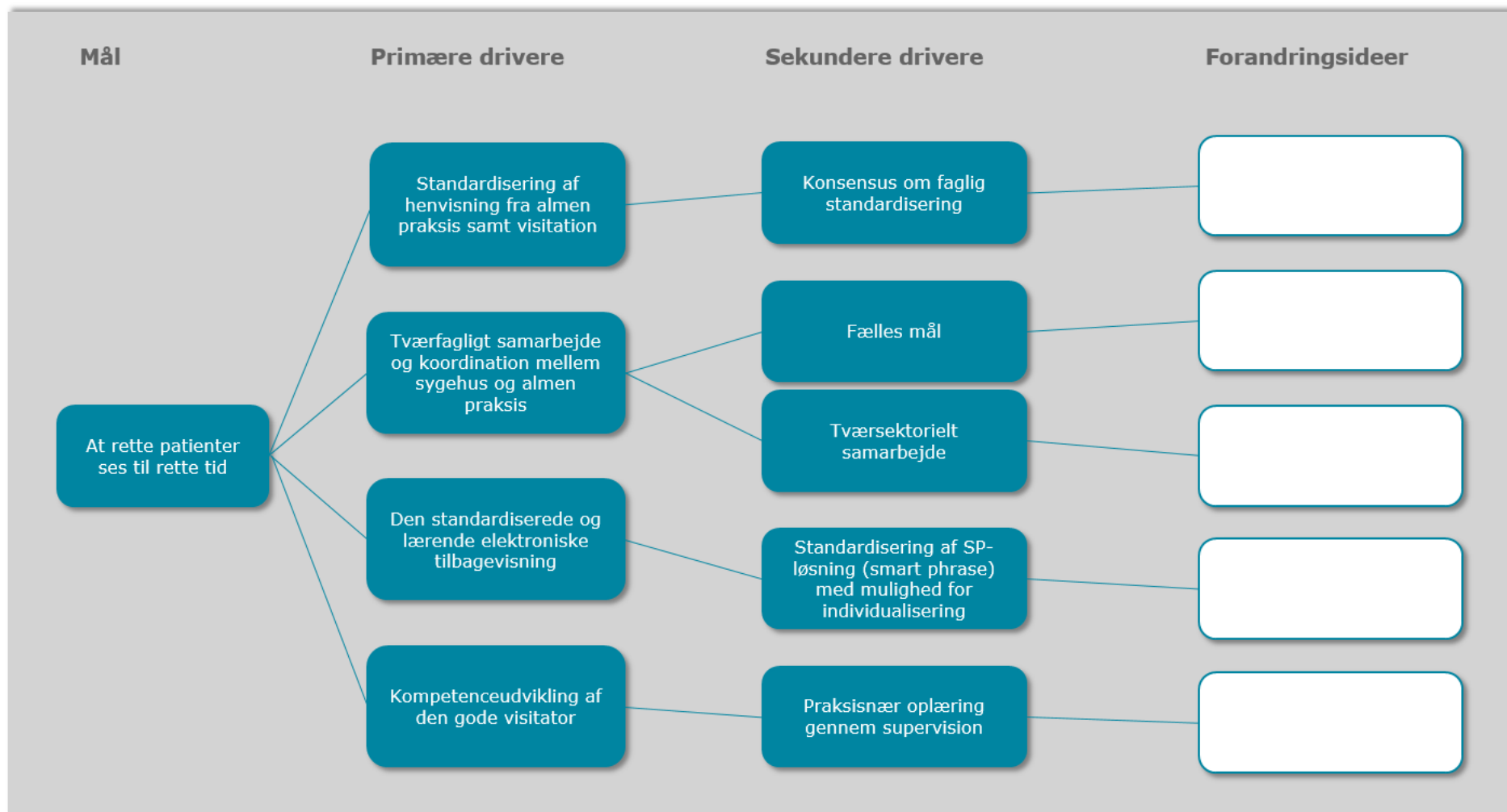
6.6 Generisk driverdiagram

I figur 13 ses et generisk driverdiagram, der skitserer processen for udvikling af en stratificeringsmodel. Forandringsideer kan udfyldes, når de specifikke behov afdækkes i den enkelte proces. Erfaringer fra udviklingsprocessen viser, at det kan være udfordrende at identificere automatisk udtrukne datamålinger af processen, der egner sig til hyppige målinger. Meningsfuld monitorering af stratificeringsmodellen kan i stedet være ved brug af intern audit.

Nøgle-elementer i et generisk driverdiagram:

- Det er centralt at få fundet den rette balance mellem monitorering af brugen af stratificeringsmodellen og ressourcetræk.

Figur 13 Generisk driverdiagram for udvikling af stratificeringsmodel



7. Anbefalinger til implementering

Dette afsnit indeholder anbefalinger for den videre implementering af stratificeringsmodellen. Anbefalingerne tager udgangspunkt i emner fremkommet i udviklingsprocessen, inklusiv konkrete forslag til implementeringsprocessen, understøttet af relevante elementer fra QIFs implementeringsmodel (jf. bilag 1).

7.1 Implementering forankret i Sundhedsfaglig Råd for Lungesygdomme

For at lykkes med implementeringen anbefales det, at den følges tæt gennem data fra audit og feedback fra interessenter, som lungemedicinske og praktiserende læger. Det foreslås, at implementeringsprocessen følges i regi af Sundhedsfaglig Råd for Lungesygdomme med mandat fra Styregruppen for Bæredygtige Akutsygehuse (BASS), der har det overordnede beslutningsansvar. På den måde fastholdes den kliniske relevans ved den lægefaglige og ledelsesmæssige repræsentation, og der inddrages repræsentanter for andre relevante faggrupper. Dette sikrer samtidig repræsentation af de lægefaglige medarbejdere og faglig ledelse, som har udviklet stratificeringsmodellen. Derudover vil dette kunne bidrage til fortsat udvikling af kvalitet og faglighed inden for specialet i SFR.

Det er hensigtsmæssigt at fortsætte implementeringen med Forbedringsmodellen, som metode, med en agil og iterativ tilgang gennem afprøvninger og brug af data. Ved behov, kan der indhentes støtte til forbedringstilgangen hos Sundhedsstrategisk Planlægning. Det kunne være hensigtsmæssigt at inddrage almen praksis i implementeringsprocessen eksempelvis med repræsentation af en praksiskonsulent, som har kendskab til processen.

7.2 Implementerings- og kommunikationsplan

Implementeringen skal understøttes af en implementerings- og kommunikationsplan med tydelig tidsplan samt ansvarsholdere⁹. I planen beskrives desuden eventuelle udfordringer, der kan stå i vejen for en effektiv implementering med henblik på at adressere disse proaktivt.

Herunder er listet mulige punkter til implementeringsplanen til SFR lungemedicin fremkommet på baggrund af arbejdsgruppens ønsker samt input fra interessenter:

- Opfølgning på afprøvning af smart phrase i Sundhedsplatformen.
- Afprøvning af "Den gode tilbagevisning" hos almen praksis.
- Stillingtagen til svar til patienten ved "Den lærende tilbagevisning" til almen praksis, som to parallelle processer.
- Dialog med radiologisk visitationsenhed.
- Udarbejde beslutningsstøtteværktøjer (manualer, vejledninger, lommekort, laminerede henvisnings- og afslutningskriterier til placering i vagstue og ved visitation).
- Udbrede viden om stratificeringsmodellen til sundhedsfagligt personale på regionens ambulatorier samt til øvrige regionale interessenter gennem mundtligt og skriftligt

⁹ Høgh, H. (2022): QIF Quality Implementation Framework. Implementering med kvalitet. Metodecentret; Meyers, D., Wandersman, A. & Durlak, J. A. (2012): The Quality Implementation Framework: A Synthesis of Critical Steps in the Implementation Process. Implementation Science. 50:462-80.

kommunikation eksempelvis ved at beskrive den gode historie om stratificeringsmodellen på regionens intranet.

- Information til almen praksis (PraksisInfo med inddragelse af PLO Sjælland).
- Informationsvideo gerne i samarbejde med praksiskonsulent eller praksislæge.
- Opfølgning på interne audits jf. driverdiagram (figur 2) med feedbackmekanismer til klinikken.

7.3 Lægefaglige erfaringseksperter

Undervejs i udviklingsprocessen er der indhentet relevante erfaringer med at lade en regional lægefaglig erfaringsekspert med kendskab til anvendelse af "Den gode tilbagevisning" videreformidle stratificeringsmodellens formål samt den kommunikative tilgang. Det anbefales at inddrage erfaringseksperter i kommunikationen internt i regionen samt til almen praksis, når stratificeringsmodellen implementeres. De lægefaglige repræsentanter foreslår desuden, at der i kommunikationen i implementeringsprocessen inddrages en lægefaglig erfaringsekspert fra almen praksis, der har kendskab til at modtage "Den gode tilbagevisning".

7.4 Afklaring af rammer for visitering

Der vil være behov for afklaring af organisering og arbejdsgange, som skal understøtte anvendelsen af stratificeringsmodellen. Der er peget på, at stratificeringsmodellen vil finde størst anvendelse i den specialespecifikke visitationsenhed. Samtidig kan der være mulighed for at finde inspiration i eksisterende visitationspraksis, som den foregår på Næstved Sygehus.

Dertil kommer et behov for at fastlægge hvilken faggruppe, der skal foretage visitation, samt hvilket kompetenceniveau, det kræver inden for faggruppen. Fra de lægefaglige repræsentanter er der udtrykt ønske om, at visitationen og den dertilhørende udarbejdelse af "Den gode tilbagevisning" udføres af erfarne speciallæger eller tilsvarende med særlige kompetencer inden for skriftlig kommunikation. Dette kan suppleres med støtte og superviseret træning af læger på hoveduddannelsen.

Slutteligt vil det være vigtigt med afklaring af antallet af personer, der skal varetage visitationen, samt at få samstemt visitationen på tværs af regionens ambulatorier. De lægefaglige repræsentanter foreslår, at visiteringen fremadrettet foretages af et færre antal personer.

7.5 Prioritering af ressourcer til visitering

Det anbefales at have et vedvarende fokus på prioritering af ressourcer allokeret til visitation og oplæring heri samt til "Den gode tilbagevisning" i praksis. Visitationen er et centralt element i at lykkes med stratificeringsmodellen. Der kan forventes et øget ressourcetræk i visitationen ved stratificeringsmodellens implementeringsstart, da eksempelvis udarbejdelse af "Den gode tilbagevisning" vil være tidskrævende i starten til for eksempel oplæring af visitatorer.

7.6 Driverdiagram til understøttelse af motivation

Det vil være vigtigt med et vedvarende fremadrettet fokus på at fastholde motivationen blandt de lægefaglige medarbejdere. Her vil driverdiagrammet kunne anvendes til at tydeliggøre, hvorfor og hvordan, der arbejdes med stratificeringsmodellen og dermed understøtte meningsfuldheden. Driverdiagrammet holdes aktuelt ved løbende at tilpasse dette til yderligere

afprøvninger og justering af elementer, der ikke fungerer i sin nuværende form. Dette fordrer en vedholdende kontakt med det visiterende personale under implementeringen.

7.7 Feedback til klinik og interessenter

Det anbefales, at der i implementeringsfasen udarbejdes et støttende feedback-system til klinikerne, der bygger på det lærende perspektiv¹⁰. Feedback-systemet skal sikre at eksempelvis erfaringer fra afprøvninger samt intern audit bliver kommunikeret ud til ambulatorierne. I tillæg hertil kan der opstilles en proces for, hvordan og hvornår procesdata om implementeringen formidles til interessenter og beslutningstagere¹¹.

7.8 Sikring af organisatorisk læring

Opsamling af erfaringer med anvendelse af stratificeringsmodellen, inklusiv ændringer som følge af ibrugtagning af modellen, samt anvendeligheden af modellen i praksis, kan være med til at sikre organisatorisk læring. Viden om faktorer, der har indflydelse på kvaliteten af implementeringsprocessen, kan give læring.

I forbindelse med opsamling af erfaringerne er det relevant at identificere hvem i regionen, der kunne have gavn af den fremkomne erfaring og læring¹².

¹⁰ Høgh, H. (2022): QIF Quality Implementation Framework. Implementering med kvalitet. Metodecentret; Meyers, D., Wandersman, A. & Durlak, J. A. (2012): The Quality Implementation Framework: A Synthesis of Critical Steps in the Implementation Process. Implementation Science. 50:462-80.

¹¹ Ibid.

¹² Ibid.

Bilag

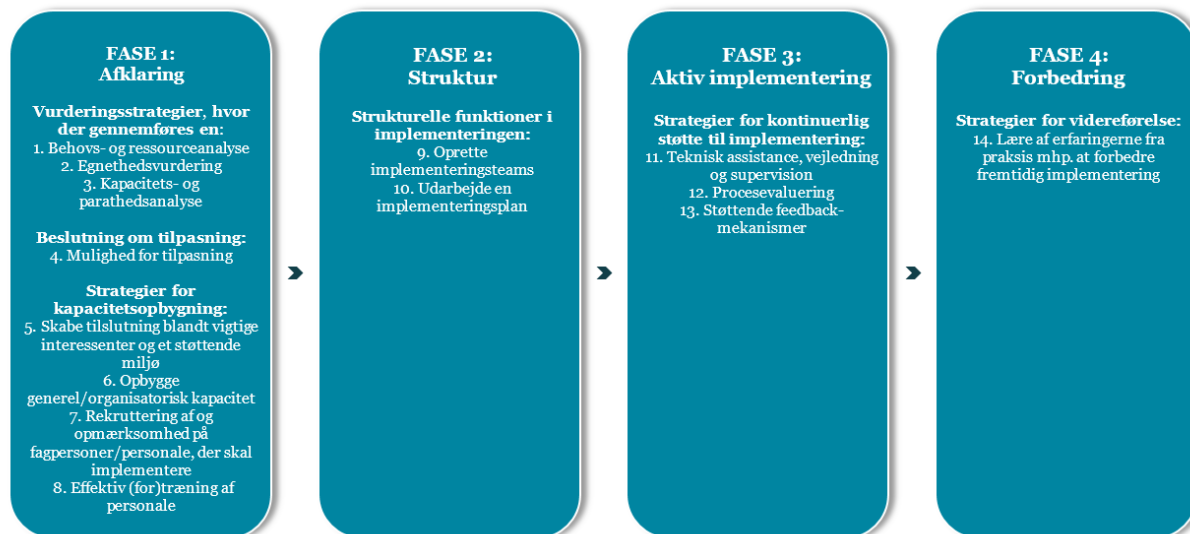
Bilag 1 Beskrivelse af Quality Implementation Framework - QIF

I dette bilag beskrives Quality Implementation Framework (QIF). QIF har i dette procesværktøj været en underliggende ramme for udviklingsprocessen og underbygger de opstillede anbefalinger til den videre implementeringsproces.

QIF er en implementeringsmodel bestående af fire faser¹³ og i alt 14 skridt med tilhørende spørgsmål, som må tages for at kunne implementere med kvalitet. Modellen bygger på implementeringsforskning og giver et tidligt fokus på implementering allerede i udviklingsfasen, hvilket er med til at sikre implementering med kvalitet.

De fire faser og 14 skridt, som QIF beskriver, er identificeret via et systematisk litteraturstudie. Faseinddelingen er udelukkende en analytisk forståelsesramme, og selve implementeringsprocessen må ikke opfattes som en lineær proces. Faserne kan være overlappende, og de kritiske skridt kan tages samtidigt, ligesom det kan vise sig nødvendigt at genbesøge en fase eller særlige kritiske skridt. Det er ambitionen med QIF at anvende viden fra implementeringsforskningen til at skabe en anvisende ramme, der stiller centrale spørgsmål, som må besvares for at kunne skabe kvalitet i implementeringsarbejdet i praksis. Nedenstående figur 14 illustrerer faseopdelingen, som kan ses som en overordnet ramme for hele implementeringsprocessen. Særligt fase 1 har givet inspiration til udviklingsprocessen for stratificeringsmodellen.

Figur 14 FASER og SKRIDT I QIF-MODELLEN¹⁴



¹³ Hłgh, H. (2022): QIF Quality Implementation Framework. Implementering med kvalitet. Metodecentret; Meyers, D., Wandersman, A. & Durlak, J. A. (2012): The Quality Implementation Framework: A Synthesis of Critical Steps in the Implementation Process. Implementation Science. 50:462-80.

¹⁴ Ibid.

Fordelen ved at anvende QIF er, at de fire faser og de tilhørende skridt giver en analytisk struktur og indeholder vigtige elementer i en udviklings- og implementeringsproces, som er anvendelige i både design, planlægning, facilitering og evaluering af en udviklings- og implementeringsopgave.

Derudover adskiller QIF sig fra andre implementeringsmodeller ved at hele 10 af de i alt 14 vigtige implementeringsskridt ligger i 1. og 2. fase, som begge er før den aktive implementeringsproces. De første to faser har alene fokus på forberedelse af implementeringsprocessen, som indebærer: behovsafdækning, parathedsvurdering, tilpasning, kapacitetsopbygning og strukturskabelse. Dermed lægger QIF stor vægt på, at kvaliteten af implementeringen må grundlægges i det forberedende udviklingsarbejde, inden den aktive implementering skal ske.

I dette procesværktøj er de fire faser og 14 skridt ikke direkte oversat men fortolket ind i den konkrete kontekst, nemlig til udviklingen af stratificeringsmodellen. Desuden er det væsentligt, at nærværende projekt indtil nu primært har arbejdet med fase 1, mens dele af fase 2, 3 og 4 kan understøtte anbefalingerne til det fremadrettede arbejde i Region Sjælland (jf. afsnit 7).

Bilag 2 Medlemmer af arbejdsgruppe

Navn	Organisation
Bue Fogh Juvik, cheflæge, Næstformand i Sundhedsfagligt råd for lungesygdomme	Medicinsk afdeling, Sjællands Universitetshospital
Uffe Christian Steinholtz Bødtger, overlæge, professor	Lungemedicinsk afsnit Næstved, Medicinsk afdeling, Sjællands Universitetshospital Roskilde
Villads Bønding Jacobsen, ledende overlæge	Medicinsk afdeling, Nykøbing Falster Sygehus
Mette Charlotte Grove, overlæge	Lungemedicinsk afdeling, Slagelse Sygehus
Rafi Nessar, ledende overlæge for lungemedicin	Medicinsk afdeling, Sjællands Universitetshospital Roskilde
Melda Sin, overlæge	Medicinsk afdeling, Holbæk Sygehus
Malene Egsgaard-Toft, Funktionschef	Sundhedsstrategisk Planlægning, Region Sjælland
Rikke von Benzon Hollesen, Chefkonsulent	Sundhedsstrategisk Planlægning, Region Sjælland
Tina Veje Andersen, Sundhedsfaglig konsulent	DEFACTUM
Dorte Laursen Stigaard, Specialkonsulent	DEFACTUM