

Om Audit

- EN METODE TIL LÆRING OG KVALITETSUDVIKLING I FAGPRAKSIS

Om Audit
- en metode til læring og kvalitetsudvikling i fagpraksis

Udarbejdelse:

Anne-Mette K. Isager
Følgende konsulenter har bidraget med casebeskrivelser:
Christina Laugesen
Jens Hansen

1. udgave

ISBN

9788792176417

Tryk

Grafisk Service, Region Midtjylland

Forsidemaleri:

Lone Harbo

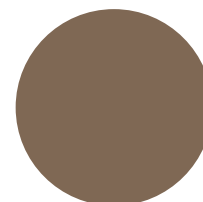
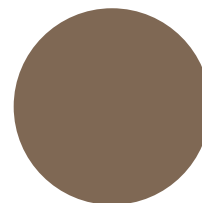
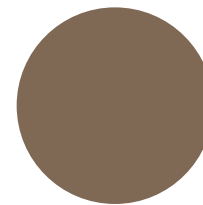
Region Midtjylland
Center for Kvalitetsudvikling
Olof Palmes Allé 15
8200 Århus N
Tlf.: 8728 4911
Fax: 8728 4940
www.cfk.rm.dk
e-mail: center.kvalitetsudvikling@stab.rm.dk

© Center for Kvalitetsudvikling, Region Midtjylland
Uddrag herunder figurer, tabeller, citater er tilladt mod tydelig kildeangivelse

Pris:

175 kr. ekskl. moms og forsendelse

Juni 2009



OM AUDIT

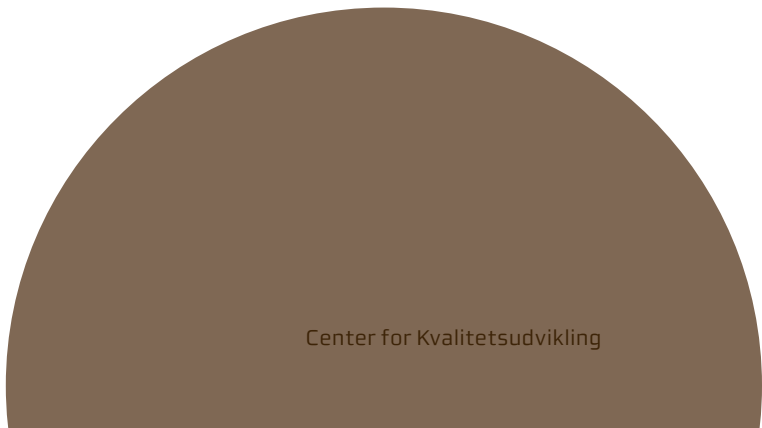
En metode til læring og kvalitetsudvikling i fagpraksis



Indhold

FORORD	7
INDLEDNING	9
Kvalitetscirklen	10
Kvalitetsperspektiver	12
DEL 1. HVAD ER AUDIT?	15
KAPITEL 1. AUDITMETODENS RAMMER OG INDHOLD	17
1.1. Metodens rammer	17
1.2. Auditforløbet trin for trin	20
1.3. Karakteristika ved auditforløb	23
1.4. Nogle typer af auditforløb	28
KAPITEL 2. AUDITMETODENS ANVENDELSESMULIGHEDER - KONKRETE EKSEMPLER PÅ AUDITFORLØB	33
2.1 Audit som redskab til evaluering af målopfyldelse	34
2.2 Audit som redskab til faglig udvikling	36
2.3 Audit som redskab til vurdering af kritiske forløb og hændelser	41
2.4 Audit som redskab til vurdering og fortolkning af monitoreringsdata	44

DEL 2. HVORDAN GENNEMFØRES ET AUDITFORLØB?	47
KAPITEL 3. DESIGN OG FORBEREDELSE AF AUDITFORLØBET	49
3.1. Afklaring af rammer og vilkår	50
3.2. Organisering	52
3.3. Sammensætning af auditpanel	53
3.4. Hvad skal auditeres?	59
3.5. Præcisering af temaer	63
3.6. Dokumentationsmateriale - udvælgelse og klargøring	76
KAPITEL 4. AT AFHOLDE AUDITMØDE	81
4.1. Praktiske detaljer	81
4.2. Auditmødet fra start til slut	83
KAPITEL 5. RAPPORTERING	89
5.1. Eksempler på rapportering	90
5.2. Rapportens opbygning	97
KAPITEL 6. IMPLEMENTERING OG OPFØLGNING	99
6.1 Planlægning af den videre proces	99
6.2 Medejerskab og ambassadørrollen	100
DEL 3. APPENDIKS	103
Referencer	105
Auditforløb gennemført af Center for Kvalitetsudvikling	107



FORORD

Der er i disse år stort fokus på kvalitet i den offentlige sektor. Det kommer bl.a. til udtryk i form af større krav til praksis om dokumentation af indsats og resultater. Kravene om dokumentation handler om sikring af en videns- eller erfaringsbaseret systematisk tilgang til arbejdet og valg af faglige metoder. I takt med det øgede fokus på kvalitet og dokumentation er efterspørgslen efter brugbare metoder til kvalitetsudvikling ligeledes voksende.

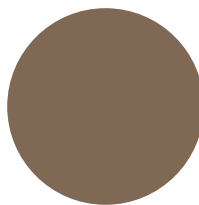
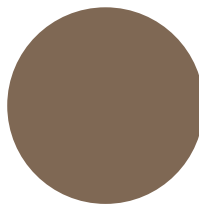
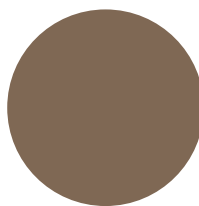
Center for Kvalitetsudvikling har gennem en årrække anvendt auditmetoden i forbindelse med kvalitetsarbejde inden for sundheds-, social- og psykiatriområdet. Centret har gennemført en lang række forskellige auditforløb samt adskillige uddannelses- og træningsforløb i auditmetoden og har med afsæt i disse erfaringer taget initiativ til at udarbejde denne publikation om auditmetoden.

Målgruppen for publikationen er fagprofessionelle inden for sundheds-, social- og psykiatriområdet, som har et ønske om at arbejde med auditmetoden. Publikationen henvender sig til alle, der på forskellig vis har ønske om at anvende metoden til dokumentation, evaluering og udvikling af praksis.

En stor tak skal rettes til publikationens hovedforfatter Anne-Mette K. Isager, der har ydet et stort arbejde med at beskrive metodens grundelementer og sammenfatte centrets mange erfaringer med anvendelsen af metoden. Også tak til konsulent Marianne S. Balleby for tæt sparring og engagement i metodiske diskussioner undervejs, og til de af centrets medarbejdere, der har bidraget til publikationens tilblivelse med casebeskrivelser og løbende gennemlæsninger og kommentarer.

Endelig skal lyde en stor tak til de mange mennesker, centret igennem tiden har samarbejdet med om auditmetoden. Uden deres aktive deltagelse ville projekterne og denne bog aldrig være blevet til noget.

Peter Rhode
Centerchef
Center for Kvalitetsudvikling
Region Midtjylland



INDLEDNING

Ordet audit betyder direkte oversat revision eller høring. Audit kan beskrives som et redskab til systematisk faglig vurdering og evaluering af en afgrænset fagpraksis med henblik på udvikling heraf.

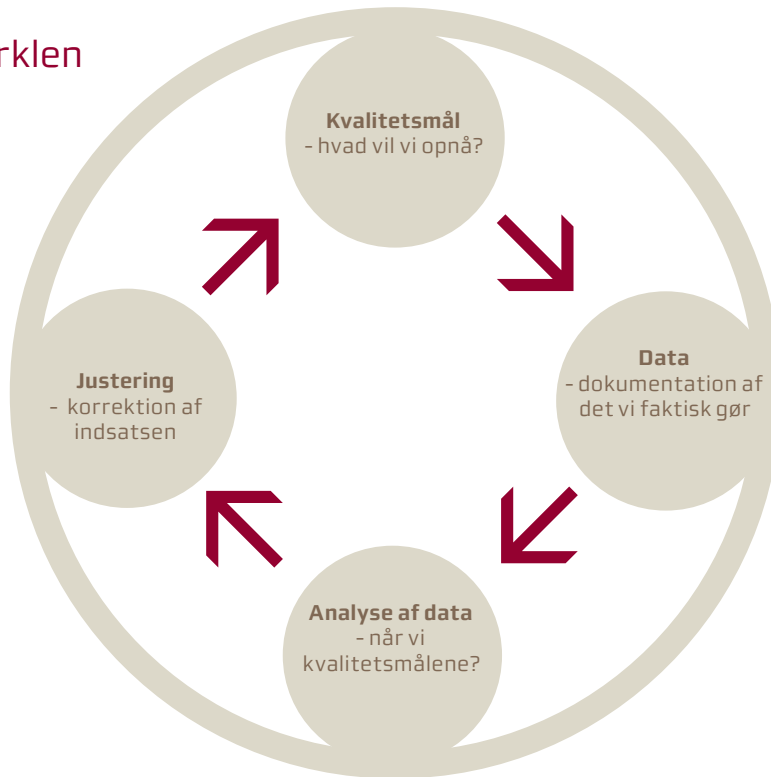
Denne publikations formål er at beskrive, hvordan auditmetoden kan bruges som redskab til kvalitetsudvikling. Publikationen er baseret på erfaringer, som er gjort i Center for Kvalitetsudvikling.

Audit kan anvendes både i forhold til større analyse- og dokumentationsopgaver og til mere afgrænsede dele af den faglige praksis. Eksempelvis kan audit anvendes til evaluerings- og udviklingsarbejde i forbindelse med sagsbehandling og sagsforløb, behandlingsarbejde og metodiske problemstillinger i et behandlingsforløb, problemstillinger, der opstår på baggrund af tilsyn og kontrolforløb, kritisk gennemgang og analyser af forløb, der har givet anledning til kritik, klager osv. eller til at uddrage læring fra gode eksempler på fagpraksis.

Arbejdet med auditmetoden kan som alt andet kvalitetsudviklingsarbejde kobles til de fire faser i den klassiske model for denne type processer, kvalitetscirklen samt de tre hovedperspektiver i kvalitets-udvikling, faglig, organisatorisk og brugeroplevet kvalitet (se fx www.IHI.org).

Denne kobling mellem auditmetoden og den grundlæggende tænkning i kvalitetsarbejdet bliver det første indledende skridt i denne publikations tilgang til at beskrive auditmetodens rækkevidde som redskab til kvalitetsudvikling.

Kvalitetscirklen



Den klassiske kvalitetscirkel består af fire hovedtemaer:

Kvalitetsmål – hvad vil vi opnå?

Kvalitetsmål beskriver de resultater, organisationen skal stræbe hen imod. De kan formuleres enten entydigt og målbart, fx i form af procentsatser for målopfyldelsen, eller som blødere hensigtserklæringer for en ønsket udvikling.

Data - dokumentation af det vi faktisk gør

Det giver kun mening at opstille kvalitetsmål, hvis det er muligt at følge med i, om målene nås. Dette forudsætter, at det afklares, hvordan den konkrete indsats bedst dokumenteres: Hvilken type af dokumentation (data) er relevant til formålet? Hvem har ansvar for at dokumentere og indsamle data? Hvornår skal data opgøres og forholdes til kvalitetsmålene?

I nogle sammenhænge er der etableret systematisk dataindsamling for eksempel i form af landsdækkende dokumentationsprogrammer eller kommunale eller regionale dokumentationsaktiviteter. I andre sammenhænge må den enkelte organisation selv definere data og stå for organisering og gennemførelse af dokumentationsarbejdet .

Analyse af data – når vi kvalitetsmålene?

Når kvalitetsmålene er fastsat, og dokumentation af indsatsen er indsamlet løbende over en given tidsperiode, er det muligt at stoppe op og analysere de indsamlede data. De opstillede mål og de indsamlede data danner grundlag for fortolkning, evaluering og refleksion over den konkrete praksis. Når vi målene? Og hvis ikke, hvad skyldes det?

Justering - korrektion af indsatsen

På baggrund af analysen er det relevant at overveje, om der skal foretages justeringer eller korrektioner i indsatsen, så målene nås, eller om det besluttet, at der skal ændres eller justeres i kvalitetsmålene, og om man er klar til endnu en "runde" i kvalitetscirklen. Kvalitetsarbejdet er en løbende proces.

Kvalitetscirklen er i sin anvendelse en dynamisk model. Den kan anvendes på alle niveauer fra enkelte daglige aktiviteter til større kvalitetsudviklingsaktiviteter eller opgaver, der er forbundet med evaluerings-, dokumentations- eller akkrediteringsprogrammer.

Det vil fremgå af de kommende kapitler, at auditmetoden primært kan bruges som redskab i kvalitetscirkelns analysefase, som ramme for vurdering, evaluering, og faglig refleksion i forhold til en konkret faglig praksis eller problemstilling. Metoden kan anvendes som redskab til evaluering og udvikling af fagpraksis, hvor der er opstillet faste mål for indsatsen. Metoden kan også bruges som redskab i forhold til fagpraksis, hvor der er behov for at være mere undersøgende og udforskende, måske med det formål at gøre det mere tydeligt, hvilke mål eller hensigter, der skal være styrende for den konkrete indsats. Her bidrager auditmetoden således til at kvalificere arbejdet med den første fase i kvalitetscirklen.

Kvalitetsperspektiver

Audit kan gennemføres som en enkeltstående begivenhed, hvor der ønskes særlig fokus på en bestemt problemstilling eller hændelse i organisationen, fx et særligt kritisk forløb, eller audit kan anvendes systematisk som en del af en overordnet kvalitetsstrategi.

Et auditforløb kan bidrage til at belyse forskellige perspektiver og områder i kvalitetsarbejdet i organisationen og det er derfor relevant at tage stilling til, hvilke af følgende grundlæggende perspektiver et konkret auditforløb skal designes til at omfatte:

Faglig kvalitet

Skal den faglige kvalitet i forløbet vurderes og analyseres? Hvilke dele af det faglige forløb er relevante at prioritere?

Organisatorisk kvalitet

Skal den organisatoriske kvalitet vurderes og analyseres? Her tænkes på sammenhæng, helhed og koordination i indsatsen, samarbejdsrelationer, organisationen omkring ydelsen, tidsforløb og de forskellige hændelser set i relation til tidsforløbet. Hvilke dele af den organisatoriske kvalitet skal være genstand for auditforløbet? Er det relevant at se på samarbejdet mellem organisationer og sektorer? Herudover kan der sættes fokus på områder som ressourceanvendelse, hensigtsmæssige arbejdsstillinger, tidsspilde, flaskehalse, osv.

Brugeroplevet kvalitet

Skal den brugeroplevede kvalitet vurderes og analyseres? Hvis der i auditforløbet tages udgangspunkt i klagesager, vil det være nødvendigt at inddrage den bruger- eller pårørendeoplevede kvalitet. I andre sammenhænge kan både bruger- og pårørendeperspektivet være et relevant input til en belysning af den faglige og organisatoriske kvalitet. Hvis bruger- og pårørendeperspektivet vurderes at kunne bidrage til auditforløbets faglige fortolkning og analyse, kan disse for eksempel indsamles gennem spørgeskema- eller interviewundersøgelser.

På de kommende sider uddybes nogle af de muligheder, der ligger i auditmetoden med henblik på at give læseren mulighed for selv at vurdere metodens relevans og inspirere fagprofessionelle, kvalitetsmedarbejdere, ledere og andre, som har interesse i kvalitetsudvikling, til at bruge og udforske metoden.

LÆSEVEJLEDNING

1. del

I publikationens første del, "Hvad er audit?", beskrives auditmetodens elementer og forløb samt en række begreber, som anvendes i forbindelse med audit. Endelig sættes der "kød og blod" på metode og begreber med gennemgang af seks cases med eksempler på auditforløb.

2. del

I anden del, "Hvordan gennemføres et auditforløb?", gennemgås et auditforløb i alle faser fra design, afholdelse af auditmøder, rapportering og til implementering og opfølgning. Formålet med denne del af publikationen er at føre læseren gennem et auditforløb skridt for skridt. Her gives inspiration og støtte til at nå omkring vigtige overvejelser og valg, der skal tages stilling til undervejs. Gennemgangen er krydret med konkrete eksempler fra de gennemgåede cases i publikationens første del.

Hurtigt overblik

For læsere, der er interesseret i et hurtigt overblik over metoden, anbefales det at gå til kapitel 1, som kort introducerer metodens rammer og indhold.

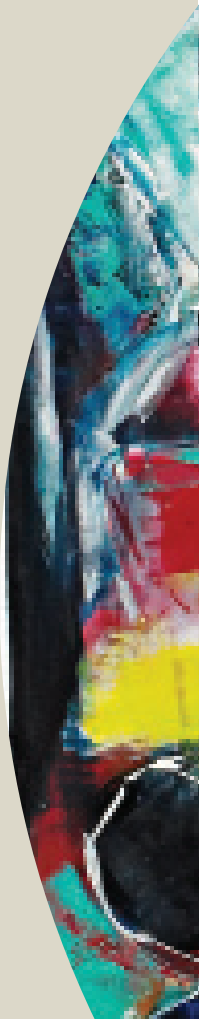
Grundig gennemgang

Læsere, der har interesse i en mere detaljeret gennemgang af metoden, og læsere, der selv skal i gang med et auditforløb, kan gå mere i dybden med publikationen og eventuelt bruge den som opslagsværk undervejs i forløbet.

Litteraturliste

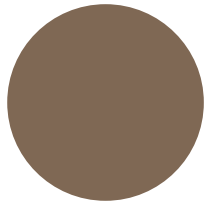
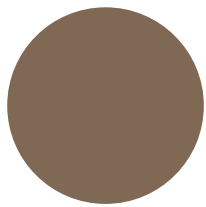
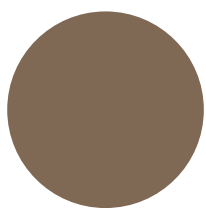
Sidst i publikationen findes en litteraturliste, som kan lede læseren til mere litteratur om auditmetoden og nogle af de andre emner, som er behandlet i publikationen. Her findes også henvisninger til rapporter fra konkrete auditforløb.

God læselyst!





DEL 1.
HVAD ER AUDIT?



KAPITEL 1. AUDITMETODENS RAMMER OG INDHOLD

I dette kapitel beskrives hovedelementerne i auditmetoden med udgangspunkt i de erfaringer, der er gjort med metoden i Center for Kvalitetsudvikling. Auditmetoden præsenteres som en enkel systematik til gennemgang og vurdering af en afgrænset faglig problemstilling. Samtidig er metoden fleksibel og kan justeres, så den kan anvendes til forskellige formål.

I nogle typer af auditforløb anvendes metoden i sin mest simple form. Et sådan forløb kan relativt hurtigt planlægges og gennemføres. Andre typer af audit er mere komplicerede og kræver grundig forberedelse og eventuelle justeringer undervejs i forløbet.

Kapitlet indledes med en overordnet introduktion til hovedelementerne og forløbet i audit. Dernæst beskrives en række forskellige begreber, som anvendes i litteraturen til at beskrive forskellige karakteristika og muligheder i metoden. Kapitlet afsluttes med en præsentation af nogle forskellige typer af auditforløb.

1.1. Metodens rammer

Kort om auditmetoden

Auditmetoden udgør en særlig metodisk ramme, hvor fagpersoner vurderer og drøfter den faglige praksis, som er udvalgt som genstand for auditforløbet. Læringen opnås ved at en gruppe af fagprofessionelle systematisk gennemgår et eller flere eksempler på den udvalgte praksis. Det kan for eksempel være sager, forløb eller hændelser. Det er derfor en forudsætning for gennemførelse af et auditforløb, at der foreligger dokumentation for den gennemførte praksis. Dokumentationen vil oftest bestå af skriftligt materiale i form af forskellige sags- eller journalakter, men kan også være andre former for dokumentation, fx video- og lydoptagelser. Alternativt må deltagerne i auditforløbet have fælles erfaringer med det eller de eksempler på fagpraksis, som vurderes.

I den form Center for Kvalitetsudvikling har arbejdet med auditmetoden, består den af fire faste elementer:

- Et auditpanel bestående af udvalgte fagprofessionelle, en mødeleder og en referent
- Præcisering af temaer til vurdering
- Et eller flere auditmøder gennemført efter en fastlagt struktur
- Et fælles materiale eller fælles erfaring med det eller de udvalgte eksempel(er) på fagpraksis

Auditpanelet, mødeleder og referent

Deltagerne i et auditforløb er udvalgte fagprofessionelle, der samles i et auditpanel. Deltagerne i panelet er udvalgt ud fra, at de i kraft af deres faglighed og erfaring kan bidrage til at belyse den praksis, som er genstand for auditforløbet. Faglig viden og indsigt er de vigtigste kriterier, når fagpanelet skal sammensættes. Da formålet med audit er at udforske og lære, er det relevant at tænke en vis variation ind i de faglige perspektiver, som paneldeltagerne repræsenterer.

Foruden de udvalgte fagprofessionelle udpeges en mødeleder. Mødelederen styrer processen og fastholder en tydelig struktur på møderne. Der udpeges også en referent, der har til opgave at dokumentere panelets faglige vurderinger og konklusioner.

Præcisering af temaer til vurdering

Vurderingen af den faglige praksis foretages ud fra på forhånd fastlagte temaer, som anses for kardinalpunkter i forhold til den faglige kvalitet, og derfor ønskes vurderet. Ofte udpeges en række hovedtemaer, som præciseres i undertemaer eller vurderingssspørgsmål. Der kan være forskellige grader af præcision af temaer, undertemaer eller vurderingssspørgsmål afhængigt af formålet med forløbet.

I de typer af auditforløb, som Center for Kvalitetsudvikling har erfaringer med, formuleres vurderingstemaer og undertemaer eller vurderingssspørgsmål i et såkaldt vurderingsskema. Ud for hvert undertema eller vurderingssspørgsmål i skemaet gøres der plads til, at deltagerne tilkendegiver deres vurdering. Dette kan gøres enten ved afkrydsning i givne svarkategorier, som er kendt fra spørgeskemaer, fx på en skala "I høj grad"/"I nogen grad"/"I mindre grad"/"Slet ikke", eller i dikotome svarkategorier som fx "Ja"/"Nej" eller "Opfyldt"/"Ikke opfyldt". Svar kan også afgives i et kommentarfelt, hvor ordet er frit. Ofte vil der være mulighed for afkrydsning i både faste svarkategorier og begrundelser.

De udvalgte temaer og vurderingsskemaet er et vigtigt redskab til at fastholde fokus og skærpe den faglige diskussion i auditforløbet.

Auditmødet

Vurderingen og drøftelsen i auditpanelet foregår på et eller flere auditmøder. På auditmødet samles hele panelet, og de udvalgte eksempler på fagpraksis vurderes og drøftes systematisk med udgangspunkt i de udvalgte temaer.

Auditpaneldeltagerne forbereder sig hver især til det fælles auditmøde ved at forholde sig til dokumentationsmaterialet og på forhånd udfylde vurderingsskemaet. Den personlige vurdering er et vigtigt udgangspunkt for den efterfølgende fælles faglige og kollegiale refleksion og analyse.

Mødet afvikles struktureret. Mødelederen sørger for, at alle kommer til orde, samt sikrer fremdrift i forløbet, og at der kan opsamles og konkluderes undervejs. I Center for Kvalitetsudvikling er der gode erfaringer med at følge en struktur, hvor panelet gennemgår et af de udvalgte eksempler på fagpraksis ad gangen, og hvert tema/vurderingsspørgsmål drøftes således:

1. Først præsenterer hver deltager kort sin vurdering af fagpraksis, ud fra det pågældende tema/spørgsmål, og sin begrundelse herfor. Her får deltagerne overblik over de vurderinger, der er repræsenteret i gruppen.
2. Dernæst åbnes for uddybelse af deltageres vurderinger og argumentationer i en faglig drøftelse. Her udforskes og afklares perspektiver, begreber og sammenhænge vedrørende den konkrete problemstilling. Forskellige perspektiver, vurderinger og fortolkninger af den samme fagpraksis frembringer ofte udsyn, indblik og nye perspektiver for deltagerne. Opgaven er ikke at holde fast i egne synspunkter eller at overbevise andre, men at fastholde læringsperspektivet.
3. Til sidst konkluderer mødelederen, alternativt referenten, på den faglige drøftelse i gruppen. Det er ikke altid et krav, at gruppen når til konsensus. Det, som skal præciseres er, hvilke perspektiver og tilgange, gruppen repræsenterer.

Fælles materiale om den udvalgte praksis

Da audit drejer sig om at vurdere og lære af fagpraksis, som allerede er udøvet, er en forudsætning for gennemførelse af et auditforløb, at der foreligger relevant dokumentation, som beskriver den del af fagpraksis, som man ønsker at vurdere. Med andre ord skal det afklares, hvilke data der skal ligge til grund for vurderingen.

Dokumentationen vil oftest bestå af skriftligt materiale i form af forskellige sags- eller journalakter eller andre dokumenter, men kan også være andre former for dokumentation, fx videooptagelser og lydoptagelser. Det kan også dreje sig om kvantitative data.

Alternativt kan deltagerne i auditforløbet have fælles erfaringer med det eller de konkrete eksempler på fagpraksis, som vurderes.

Resultater af audit

Det konkrete resultat af et auditforløb kan, afhængig af formålet, fx være status på eksisterende praksis set i forhold til faglige standarder eller anbefalinger. Det kan også være en fremadrettet rapportering med anbefalinger til god faglig praksis. Et lige så vigtigt resultat af audit er dog de nye perspektiver på egen praksis og den faglige indsigt i andres, som deltagerne opnår gennem forløbet. Ofte er de fagprofessionelle selv, involveret i både forberedelse og gennemførelse af et auditforløb. Det skaber et frugtbart afsæt for at implementere de resultater, der kommer ud af et auditforløb, og det fortsatte arbejde med at udvikle og forbedre den faglige kvalitet.

1.2. Auditforløbet trin for trin

I dette afsnit skitseres auditmetodens grundforløb fra design af forløbet til rapportering, implementering og opfølgning.

I publikationens 2. del bliver de spørgsmål og muligheder, som er knyttet til de enkelte faser i auditforløbet gennemgået mere detaljeret.

Fase 1: Afklaring af formål og design

En forudsætning for at kunne designe forløbet er, at det er afklaret præcist, hvilket formål, der er med gennemførelsen af audit, og hvilket resultat man gerne vil opnå i forløbet. Konkret vil designfasen handle om at afklare en række grundlæggende spørgsmål, herunder:

- Hvad er formålet med og forventningerne til at gennemføre et auditforløb?
- Hvad er de organisatoriske, ressourcemæssige og tidsmæssige rammer for auditforløbet?
- Hvem skal sidde i auditpanelet?
- Hvilken dokumentation skal ligge til grund for auditeringen?
- Hvilke temaer for den udvalgte fagpraksis skal vurderes?
- Hvilke typer af data forefindes eller skal fremskaffes som dokumentation for den fagpraksis, der er genstand for auditforløbet?
- Hvordan skal der rapporteres?
- Hvordan skal der følges op på resultaterne af forløbet?
- Hvordan involveres ledelsen i forløbet?

Fase 2: Forberedelse

Når auditforløbets design er på plads, er der forskellige forberedelser

- Klargøring af dokumentationsmateriale/data, som vurderingen skal tage afsæt i (finde materialet frem, evt. anonymisere, kopiere, udsende/udlevere til auditpaneldeltagerne).
- Paneldeltagernes individuelle forberedelse (gennemlæsning af sagsmateriale/anden dokumentation, vurdering i vurderingsskema).
- Booking af mødelokale, forplejning og evt. AV-udstyr til brug på mødet.

Fase 3: Auditmøde(r)

Der afholdes ét eller flere auditmøder.

Fase 4: Rapportering

Resultaterne fra auditforløbet formidles. Resultaternes form og indhold afhænger af auditforløbets formål. Den mindst omfattende rapportering kan bestå i, at de vurderinger og konklusioner, der udtrages af hver enkelt case i auditforløbet, samles og opgøres i ét vurderingsskema. I de forløb, hvor Center for Kvalitetsudvikling har haft konsulentfunktion, er der udarbejdet en mere eller mindre omfattende rapport med resultaterne.

Fase 5: Implementering og fastholdelse

Når resultaterne fra et auditforløb ligger klar, skal det sikres, at den læring, der er opnået, kommer den faglige praksis til gode. Det sker ikke af sig selv. Resultaterne skal omsættes til handlinger, der kan ændre den eksisterende praksis. Det er derfor vigtigt, at der udarbejdes en konkret plan for, hvordan forandringerne af den eksisterende praksis skal implementeres og fastholdes som ny praksis. Dette arbejde bør ikke undervurderes. Hvem kender ikke til eksempler på udviklingsprojekter, der er endt i skrivebordsskuffen? Det forudsætter både ledelsesmæssig bevågenhed, inddragelse af de frontmedarbejdere, der skal implementere forandringerne, og en bevidsthed om, at implementering og fastholdelse kræver et vist tidsperspektiv.

Endelig bør der følges op på det igangsatte kvalitetsforbedringsarbejde. Dette kan fx gøres ved jævnligt at auditere den pågældende praksis.

FASER I ET AUDITFORLØB

Fase 1: Formål og design

Udpegning af auditpanel,
arbejdelse af vurderings-
skemaer, afklaring af
rapportering m.v.

Fase 2: Forberedelse

Klargøring af
dokumentationsmateriale/
data m.v.
Individuel vurdering

Fase 3: Auditmøde(r)



Fase 4: Rapportering



Fase 5: Implementering
og fastholdelse

Implementering af faglige
forbedringer
Opfølgning på kvalitets-
arbejdet, evt. med ny audit

1.3. Karakteristika ved auditforløb

I dette afsnit beskriver vi forskellige begreber, som ofte knyttes til beskrivelser af auditmetoden i litteraturen (fx Blomhøj og Mainz, 2000). Begreberne betegner forskellige karakteristika ved et auditforløb og kan bruges til "at tænke med", når man skal designe sit auditforløb i forhold til:

- Auditforløbets organisatoriske status (intern/ekstern audit).
- Den faglige sammensætning af auditpanelet (monofaglig/tværfaglig).
- Typer af kriterier i auditforløbet (implicitte/eksplicitte kriterier).
- Typer af data til dokumentation af fagpraksis (kvantitative/kvalitative auditforløb).

Intern og ekstern audit

Organisatorisk kan der skelnes mellem eksterne og interne auditforløb.

I en intern audit er det fagpersonale inden for den organisation, hvis praksis er genstand for forløbet, der udgør auditpanelet. Her vil formålet typisk være faglig udvikling, eller at audit gennemføres som et led i intern kvalitetssikring af den eksisterende praksis. Det kan også være et formål at styrke kvaliteten i samarbejdet mellem parter internt på institutionen.

En ekstern audit foretages udelukkende af fagpersoner uden for den institution, hvis praksis vurderes. Der kan fx være tale om kvalificeret fagpersonale fra en institution, der ligner ens egen. Formålet med en ekstern audit kan fx være at få vurderet den faglige kvalitet i institutionen af neutrale udefra kommende fageksperter som led i en kvalitetsudviklingsstrategi eller i akkreditering. Et andet eksempel på et formål med ekstern audit kan være at gennemgå kritiske forløb, fejl eller utilsigtede hændelser ved hjælp af en metode, som er anerkendt og fremadrettet.

I praksis vil et auditforløb ofte have elementer af både det interne og det eksterne, fx:

- Tværsektoriel audit, hvor auditpaneldeltagerne er eksterne i forhold til hinanden, men interne i forhold til en fælles case, som er genstand for auditforløbet.
- Intern audit med eksterne fagopponenter.
- Auditforløb i organisationer, hvor auditpaneldeltagerne repræsenterer forskellige enheder (fx afdelinger), og derfor kan fungere som eksterne parter i forhold til hinanden.

Monofaglig og tværfaglig audit

Afhængig af problemstillingen kan en audit gennemføres med et monofagligt eller et tværfagligt perspektiv. Som ordet fortæller, vil en monofaglig audit gennemføres, når der er tale om et genstandsfelt, hvor en særlig faggruppe har sit speciale, fx læger, pædagoger, lærere eller socialrådgivere. Vurderingskemaet udarbejdes her med reference til fagets særlige terminologi og fagpersonernes erfaringer med og indsigt i den konkrete praksis.

I auditforløb, hvor genstandsfeltet er karakteriseret ved at involvere flere faggruppers indsats og samarbejde, er det relevant at gennemføre en tværfaglig audit.

I princippet er et auditpanel enten monofagligt eller tværfagligt. Men man kunne også forestille sig et forløb, hvor en monofaglig tilgang ønskes perspektiveret og udviklet ved hjælp af inddragelse af deltagere med en eller flere andre fagtilgange, eksempelvis i form af eksterne opponenter i auditpanelet.

Audit med implicitte og eksplicitte kriterier

Implicitte og eksplicitte kriterier refererer til forskellige typer af vurderingskriterier, som kan ligge til grund for paneldeltagernes vurdering i auditforløbet.

I forhold til nogle problemstillinger, hvor der er opstillet konkrete og operationelle mål, eksempelvis i form af lovgivning, formelle evidens- eller konsensusbaserede standarder, vejledninger eller talmæssige mål, kan disse mål udgøre grundlaget for at vurdere, fortolke og analysere praksis. Dette kaldes eksplicitte kriterier. Målopfyldelsen vil ofte kunne vurderes som et "Ja eller Nej" i forhold til fastlagte mål, standarder eller lignende (Blomhøj og Mainz, 2000).

Det gælder dog, at der ikke findes klar evidens og formelt udarbejdede standarder og retningslinjer for en stor del af den faglige praksis inden for både sundheds- og socialektoren. I denne type problemstillinger må vurderingerne basere sig på paneldeltagernes implicitte kriterier og målsætninger for, hvad god kvalitet er i det pågældende tilfælde, det man vil kunne betegne som et kvalificeret fagligt skøn.

"Audit med implicitte kriterier er nødvendig, fordi en stor del praktisk klinisk arbejde baseres på kliniske skøn. Anvendelse af skøn nødvendigøres, fordi klinisk praksis er kompleks: patienter er forskellige, sygdomme har forskellige fremtrædelsesformer, situationer og organisation er forskellige, og sundhedsprofessionelle er forskellige. Det er derfor ikke muligt eller ønskeligt at opstille beskrivelser af god klinisk praksis for alle tænkelige og forekommende kliniske situationer. Audit med implicitte kriterier er således en metode til retrospektivt at vurdere kvaliteten af de udøvede kliniske skøn" (Blomhøj m.fl. 2001: 115)

Det er en vigtig gevinst ved auditprocessen, at de faglige drøftelser vil kunne bringe sådanne erfaringsbaserede kriterier frem i lyset. Auditforløb kan på den måde bidrage til at implicitte kriterier opnår status af at blive vedtagne kriterier for god fagpraksis, altså eksplicitte kriterier.

I praksis kan der i samme auditforløb indgå både temaer, som vurderes ud fra eksplicitte kriterier (fx lovkrav), og temaer som vurderes ud fra implicitte kriterier i vurderingsskemaet.

Auditforløb baseret på casemateriale og talmateriale

Der skelnes mellem auditforløb, hvor der tages udgangspunkt i data i form af talmateriale, fx udtræk fra databaser, optællinger af registrerede hændelser ud fra journaler og notater — også kaldet kvantitativ audit, og auditforløb, hvor vurderingen foretages ud fra casebaseret materiale, typisk i form af sags- eller journalmateriale, og som ofte betegnes kvalitativ audit.

Metodisk set er disse tilgange komplementære og kan med fordel anvendes i sammenhæng.

Auditforløb, der baseres på kvantitative data, anvendes til at undersøge, i hvilken udstrækning en bestemt faglig praksis gennemføres og eventuelle variationer i tid og rum. På den baggrund kan der eventuelt følges op med en kvalitativ audit, hvor man går i dybden med et særligt område.

I den casebaserede kvalitative audit er der til forskel fra den talbaserede kvantitative audit, mulighed for at gå tæt på de enkelte cases, som indgår i forløbet, og dermed adgang til at vurdere og undersøge særlige problemstillinger grundigt samt at finde forklaringer på årsager og sammenhænge.

En kvalitativ audit kan også følges op af en kvantitativ audit. Den giver fx mulighed for at undersøge, hvor udbredte de undersøgte problemstillinger er, og om den type problemstillinger er mere udbredte nogle steder eller på nogle tidspunkter end andre.

Nedenfor følger et kontinuum, der i skemaform sammenfatter og placerer de begreber, der er gennemgået i dette afsnit.

Kategorier	Kontinuum		
Organisatorisk status	Intern audit At gennemføre audit med fagpersoner, der arbejder inden for den institution, hvis praksis auditeres.	Eksempler hvor både det interne/eksterne aspekt er repræsenteret: <ul style="list-style-type: none"> ○ Audit på tværs af sektorer, hvor auditpanel-deltagerne er eksterne i forhold til hinanden, men interne i forhold til den fælles case. ○ Intern audit med eksterne fagopponenter. ○ Auditforløb, hvor auditpanel-deltagerne repræsenterer forskellige enheder (fx afdelinger), og derfor kan fungere som eksterne parter i forhold til hinanden. 	Ekstern audit At fagpersoner, uden for den institution, hvis praksis auditeres, gennemfører auditforløbet.
Faglig tilgang	Monofaglig audit At gennemføre audit af et genstandsfelt, som involverer en bestemt faggruppe/fagspeciale med monofagligt auditpanel.	Her er der i praksis oftest tale om enten/eller. Men der kan tænkes eksempler, hvor et monofagligt auditforløb inddrager et eller flere andre fagperspektiver, fx for at perspektivere diskussionen	Tværfaglig audit At gennemføre audit med et genstandsfelt, hvor flere faggrupper er involveret i praksis, og auditpanelet er tværfagligt sammensat.

Kategorier	Kontinuum		
<p>Typer af kriterier</p>	<p>Eksplícitte kriterier At gennemføre audit ud fra formelle evidens- eller konsensusbaserede vurderingskriterier for den faglige praksis, herunder faglige standarder, kliniske retningslinjer, lovgivningsmæssige krav, referenceprogrammer osv.</p>	<p>At gennemføre audit ud fra både eks- og implícitte kriterier.</p>	<p>Implícitte kriterier At gennemføre, audit hvor vurderinger af fagpraksis foretages på baggrund af auditpanel deltageres faglige indsigt, viden og erfaring.</p>
<p>Typer af data</p>	<p>Audit baseret på taldata (kvantitativ audit)</p> <p>At gennemføre audit med udgangspunkt i talmateriale, fx udtræk fra databaser, optællinger af registrerede hændelser eller journaler.</p> <p>Med auditforløb, der tager udgangspunkt i talmateriale og statistiske analyser, kan man beskrive variationer i praksis og bl.a. vise, hvor der er behov for kvalitetsudvikling.</p>	<p>Den kvantitative og den kvalitative tilgang er komplementære. Den kvantitative audit kan som screeningsredskab vise, hvor der er behov for kvalitetsforbedringer, og her kan der følges op med en kvalitativ audit, som kan gå i dybden med disse områder.</p> <p>Omvendt kan en kvalitativ audit følges op af en kvantitativ og vise noget om udbredelsen af en bestemt problemstilling, og om denne er mere udbredt på nogle steder/tidspunkter osv. end andre.</p>	<p>Audit baseret på data i form af casemateriale (kvalitativ audit)</p> <p>De data, som anvendes i en kvalitativ audit, er materiale, som beskriver den case eller de cases, som er genstand for auditforløbet, fx sags-/journalmateriale, videoklip eller lydoptagelser .</p> <p>Med et auditforløb, der tager udgangspunkt i casemateriale, kan man gå i dybden med udvalgte problemstillinger og beskrive årsager og sammenhænge i den udførte praksis.</p>

Der skal tages stilling til de forskellige kategorier

Da kategorierne jo kun beskriver ét ud af flere karakteristika ved et auditforløb, skal man i forbindelse med design af et auditforløb tage stilling til hver af de enkelte kategorier. Er der tale om et kvantitativt eller kvalitativt auditforløb? Er det muligt at opstille eksplicitte vurderingskriterier eller baseres forløbet på auditpaneldeltagernes implicitte kriterier for god faglig praksis? Skal forløbet gennemføres som intern eller ekstern audit?

Kontinuum

Desuden gælder det, som det fremgår af oversigten, at de beskrevne kategorier befinder sig i hver sin ende af et kontinuum inden for hvilket, det enkelte auditforløb tager form. Dette skal forstås på den måde, at et auditforløb i praksis foregår med elementer fra både den interne og eksterne tilgang – lige som et auditforløb kan basere sig på både eksplicitte og implicitte vurderingskriterier. Et internt auditforløb kan godt "tilsættes" eksterne opponenter eller på anden måde befinde sig mellem det "rene" interne og eksterne auditforløb og mellem det mono- og tværfaglige. De beskrevne karakteristika kan anvendes som referenceramme i arbejdet med at afklare, hvordan det konkrete forløb skal tage sig ud for bedst at opfylde sit formål.

1.4. Nogle typer af auditforløb

I udgangspunktet er det altid formålet, der vil bestemme, hvordan det enkelte auditforløb designes. I nogle forløb vil audit igangsættes ud fra et på forhånd kendt og defineret design. Det kan fx være tilfældet, hvor audit gennemføres systematisk med faste intervaller. Her kan der være tale om eksterne auditforløb med eksplicitte vurderingskriterier, fx i form af udarbejdede standarder. Men i mange auditforløb vil der være et forarbejde med at undersøge og afklare, hvordan metoden tilpasses lige netop dette bestemte formål i denne bestemte sammenhæng, og man kan forestille sig mange variationer.

For at skabe en ramme til forståelse af sammenhængen mellem forskellige formål for audit og karakteristika ved de typer af forløb, som knytter sig til disse formål, præsenteres fire forskellige typer af audit. Disse kan danne udgangspunkt for at diskutere og afklare, hvordan det enkelte auditforløb skal designes og planlægges for bedst at opfylde sit formål.

- **Audit til evaluering af målopfyldelse.** I nogle typer af audit er formålet at vurdere om på forhånd fastlagte kvalitetsmål bliver indfriet. Der kan være tale om forskellige typer af mål – kvantitative og målbare mål, eller mål, der er formuleret som hensigtserklæringer. Målene kan fx være politisk defineret i en kommune eller region, defineret i akkrediteringsprogrammer eller defineret lokalt i organisationen.
- **Audit til faglig udvikling.** Audit af denne type iværksættes ikke ud fra bestemte definerede kvalitetsmål, men derimod med udgangspunkt i en afgrænset problemstilling, hændelse eller forløb, som ønskes vurderet og drøftet med henblik på faglig udvikling. Et sådant forløb kan fx ende ud med en tydeligere definition af "den gode praksis" inden for det pågældende område, anbefalinger til forbedret fremtidig praksis og dokumentation heraf, eller fokuspunkter som kræver yderligere faglig vurdering og drøftelse.

- **Audit til vurdering af kritiske forløb og hændelser.** Audit kan anvendes som redskab til at rette fokus på særlige kritiske forløb eller hændelser. Audit kan anvendes til at få kortlagt og beskrevet den eller de relevante forløb eller hændelser, gennemføre en faglig drøftelse og analyse og fremkomme med anbefalinger til forbedret fremtidig praksis. Det er i forbindelse med audit til vurdering af kritiske forløb og hændelser relevant at nævne sundhedsvæsenets såkaldte "kerneårsagsanalyse", som er en auditering med en særlig systematisk og organisatorisk forankring.

Om kerneårsagsanalyse

En kernesagsanalyse sættes i gang inden for det danske sundhedsvæsen, når der er sket en utilsigtet hændelse, der har medført alvorlig skade på patienten, eller en hændelse, der kunne have gjort det, hvis ikke der var blevet grebet ind i tide.

Alle ansatte i sundhedssektoren er forpligtede til at indrapportere utilsigtede hændelser. For at opnå læring og dermed forhindre gentagelse foretages en systematiseret form for audit af disse hændelser.

Analysen udføres af et team, der er specielt sammensat til at belyse den konkrete hændelse. En person med ledelsesansvar er en del af teamet, idet alene ledelsen har mulighed for at gennemføre den handlings-plan, som analysen munder ud i. Ud over teammedlemmer med ledelseskompetence og en person med kendskab til analysemetoden (fx en risikomanager) skal også medarbejdere, der direkte eller indirekte var involveret i den utilsigtede hændelse, deltage i analysen. Analysen gennemføres på to til tre møder af to timers varighed. Forud for det første møde er der udarbejdet et kronologisk hændelsesforløb, som teamet skal være enige om. Det præcise hændelsesforløb udarbejdes på baggrund af hændelsesrapporten,

journalmateriale, interview og besøg i den/de involverede afdelinger. Hvis udstyr eller andre fysiske forhold var involveret i hændelsen, tages eventuelt fotos. Ud fra det beskrevne hændelsesforløb identificeres kerneårsager. Man stiller hv-spørgsmål, til man er kommet til bunds i årsagskæden. Kerneårsagsanalysen indebærer en fast procedure for, hvordan man finder frem til årsagerne til den utilsigtede hændelse.

For hver kerneårsag udarbejdes handlingsplaner. En kerneårsagsanalyse vil således altid munde ud i forslag til konkrete initiativer, der vil mindske risikoen for, at samme type hændelse sker igen. Teamet beslutter, hvordan analysens resultater formidles med henblik på læring i afdelingen og på tværs af organisationen. De ansvarlige for patientsikkerhed i regionen sender et anonymiseret resumé af kerneårsagsanalysen til Dansk Patientsikkerhedsdatabase.

Hvor der forventes at være stor hyppighed af utilsigtede hændelser, og hvor der kan være læring i at betragte hændelserne tematisk, benyttes den aggregerede kerneårsagsanalyse. Det er en analyse af flere hændelser af samme karakter opsamlet over en given periode. Der udvælges et problemområde, som herefter analyseres på samme måde som en kerneårsagsanalyse, dvs. der identificeres kerneårsager og udarbejdes handleplaner.

I arbejdet med patientsikkerhed lægges særlig vægt på ikke at placere skyld på enkeltpersoner. I stedet søges årsager til fejl og utilsigtede hændelser i systemet, det vil sige i arbejdstilrettelæggelsen, arbejdsmiljøet og de organisatoriske sammenhænge.

Kerneårsags-analysen har en række lighedstræk med audit til vurdering af kritiske forløb og hændelser, herunder det eksplicite fokus på læring og udvikling fremfor at udpege skyldige personer, men adskiller sig bl.a. ved indbyggede formelle krav til forløbet og en særlig systematik. Blandt andet udarbejdes en grundig beskrivelse af hændelsesforløbet, ligesom man kan fremhæve analysens stærke organisatoriske forankring, lige fra den lovpligtige rapportering af utilsigtede hændelser til særlige krav om formidling og anvendelse af analysens resultater.

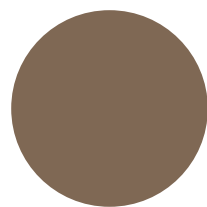
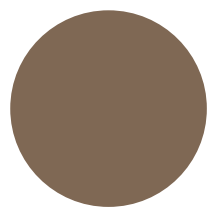
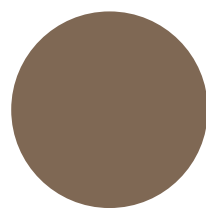
(se bl.a. www.patientsikkerhed.dk; Jensen 2004; Jensen 2006).

- **Audit til vurdering og fortolkning af monitoreringsdata.** Endelig skal nævnes auditforløb som gennemføres med afsæt i data, som indsamles systematisk og kontinuerligt, og med henblik på en stadig overvågning (monitorering) af kvaliteten af den pågældende indsats. Formålet med den type auditforløb er at foretage en faglig analyse og fortolkning af de indsamlede resultater. Et eksempel herpå er audit som gennemføres i forbindelse med Det Nationale Indikator Projekt (NIP), hvor kvaliteten i bestemte typer af patientforløb indberettes til en national database fra de danske sygehuse. På sigt tænkes De Sociale Indikatorprogrammer (SIP) at føre til tilsvarende kvantitative auditforløb.

Der vil i publikationens anden del, hvor det beskrives, hvordan et auditforløb designes og gennemføres. primært blive taget udgangspunkt i audit til evaluering af målopfyldelse og audit til faglig udvikling.

Evaluering på den ene side og fokus på læring og udvikling på den anden er begge grundlæggende elementer i auditmetoden, men afhængig af formålet med det enkelte auditforløb, kan de vægtes forskelligt. Derfor giver det god mening at tage udgangspunkt i forskellige eksempler, når læseren skal præsenteres for en nuanceret beskrivelse af de metodemæssige muligheder, overvejelser, valg og deres implikationer i audit.

I næste kapitel præsenteres eksempler på, hvordan auditforløb har formet sig i praksis



KAPITEL 2. AUDITMETODENS ANVENDELSESMULIGHEDER – KONKRETE EKSEMPLER PÅ AUDITFORLØB

Efter at have gennemgået auditmetoden i grundtræk og nogle forskellige typer af audit, vil vi i dette kapitel sætte "kød og blod" på den gennemgåede metoderamme og vise, hvordan forskellige konkrete auditforløb er designet og gennemført med udgangspunkt i auditforløbets særlige formål.

Seks konkrete auditforløb

Center for Kvalitetsudvikling, Region Midtjylland (og den tidligere Kvalitetsafdeling i Århus Amt) har arbejdet med metoden i en række forskellige projekter. (Se oversigten bagerst i publikationen). Der er tale om projekter af et vist omfang, hvor Center for Kvalitetsudvikling har haft konsulentfunktion. I håb om, at eksemplerne kan inspirere også til anvendelse af metoden i mindre skala, beskrives her seks af disse forløb.

Case 1: Journalaudit af standarder for lungekræftpatientforløb, som eksempel på audit med fokus på vurdering af målopfyldelse og monitorering af den faglige praksis som hovedformål.

Case 2: Audit af ungdomssanktionen, som eksempel på audit med evaluering og udvikling af god faglig praksis som hovedformål.

Case 3: Audit af kommunalt handleplansarbejde, som eksempel på audit med udvikling af god faglig praksis som hovedformål.

Case 4: Audit af ADHD-behandling på døgninstitutioner, som eksempel på auditforløb med udvikling af god faglig praksis som hovedformål.

Case 5: Audit af kritisk patientforløb i behandlingspsykiatrien, som eksempel på audit med beskrivelse og læring af et konkret forløb som formål.

Case 6: Audit i De Sociale Indikatorprogrammer (SIP), som eksempel på auditforløb med det formål at fortolke, uddybe og diskutere resultaterne af kvantitative data.

2.1 Audit som redskab til evaluering af målopfyldelse

Case 1: Journalaudit af standarder for lungekræftpatientforløb

Baggrund

Som led i opfølgningen på arbejdet med at forbedre patientforløbene i behandling af lungekræftpatienter på sygehusene i et tidligere amt, blev der udarbejdet en rapport med standarder for behandling af denne kategori af patienter. Sygehusledelsen besluttede at følge udviklingen i implementeringen af standarderne på de enkelte afdelinger og sygehuse løbende ved hjælp af en årlig journalaudit.

Formål

- At få beskrevet de områder, hvor standarderne i mindre grad opfyldes.
- At udarbejde og redegøre for implementeringsstrategier for de standarder, der ikke eller i mindre grad blev opfyldt.
- At revidere standarderne.

Type af auditprojekt

- Projektet blev gennemført som en intern audit på hvert af de tre amtslige sygehuse med deltagelse af klinikere fra de sygehusafdelinger, som var involveret i denne type patientforløb.
- Auditpanelet var tværfagligt sammensat med deltagelse af såvel sygeplejersker og læger, med forskellige relevante specialer. Mødelederen var valgt af sygehusledelsen det enkelte sted. På det ene sygehus var det kvalitetschefen, på det andet en oversygeplejerske og på det tredje en overlæge. Referenten var en konsulent fra den amtslige kvalitetsenhed og altså ekstern for sygehusinstitutionen.
- Vurderingsskemaet lagde op til vurderinger på baggrund af eksplicite kriterier i form af vedtagne standarder for den faglige og organisatoriske kvalitet.
- Forløbet var baseret på udvalgt casemateriale i form af journaler.

Her er der altså tale om en audit med et tydeligt målopfyldelses- og monitoreringsformål, hvor en række journaler med jævne mellemrum skulle gennemgås med henblik på at vurdere, om der var overensstemmelse mellem mål (standarder for behandling) og handling (i hvilken udstrækning opfyldes standarderne). Det var en forudsætning, at deltagerne nåede til konsensus om, hvorvidt standarderne var opfyldt i de enkelte journaler.

Projektets resultater

- Notat med status for implementering af standarder for hvert sygehus, samt kort redegørelse for implementeringsplan for de standarder, der "ikke" eller kun "i mindre grad" var opfyldt.
- Tydelighed omkring, hvor der var problemer med opfyldelsen og mulige forklaringer herpå.
- Deltagerne i auditpanelet blev bevidste om og overraskede over, status i forhold til implementering af standarderne og fik en øget bevidsthed om betydningen af kvaliteten af dokumentationen.

Erfaringer fra processen

Denne type auditforløb kan gennemføres på relativ kort tid, da standarderne, og dermed auditforløbets vurderingskriterier på forhånd var givet og målgruppen ligeså. Desuden var auditmetoden kendt for deltagerne i forløbet, så der skulle ikke bruges ressourcer på at informere osv.

Forberedelserne til forløbet bestod hovedsageligt i, at sygehusledelsen på hvert sygehus skulle udpege fagpersonale (klinikere) til deltagelse i forløbet. Desuden skulle man på hvert sygehus udvælge journaler til forløbet. Journalerne blev tilfældigt udvalgt. Udvælgelsesprincippet blev de første 10-15 journaler efter en fastsat skæringsdato.

Da der er flere afdelinger involveret i lungekræftforløbene, drejede det sig i praksis om et relativt stort antal fagpersoner, som skulle trækkes ud af den daglige drift for at deltage i auditmødet. For at reducere auditdeltageres ressourceforbrug mest muligt, blev de ikke bedt om at vurdere journalerne på forhånd. Man valgte i stedet at afholde mødet fra tidlig morgen og blive ved til det tidspunkt, hvor sagerne alle var gennemgået. Det blev i praksis til mange timer.

Der blev brugt relativt meget tid på mødet til at lede efter dokumentation og overskue journalmaterialerne. Denne tid kunne have været reduceret, hvis panelet havde forberedt sig til mødet. Alternativt kunne en mindre del af panelet have skabt sig overblik over materialet på forhånd. På den anden side vil nogle auditdeltagere så have siddet med mere forhåndskendskab end andre, hvilket kunne have påvirket de faglige drøftelser uhenigtsmæssigt.

Selve rapporteringen var overskuelig. Den bestod dels i optælling af krydser i vurderingsskemaet, som status på, i hvilken grad den enkelte standard var implementeret, dels af korte redegørelser med forklaringer på status, hvor dette var relevant.

2.2 Audit som redskab til faglig udvikling

Case 2, 3 og 4 er forskellige eksempler på audit med faglig udvikling som hovedformål.

Case 2: Audit af ungdomssanktionen

Baggrund

I foråret 2006 gennemførte en kommune og et amt et fælles auditprojekt med fokus på det tværfaglige samarbejde i forbindelse med gennemførelse af ungdomssanktioner. Når en ung idømmes ungdomssanktion har kommunen ansvar for, at dommen fuldbyrdes. Mange institutioner og personer er involveret i et sanktionsforløb, herunder særligt region (amt), sociale institutioner og anklagemyndighed, og et sanktionsforløb er derfor forbundet med betydelig koordinering og samarbejde. Den faglige problemstilling for auditprojektet var, hvordan man skaber et sammenhængende sanktionsforløb, og får de mange instanser til at samarbejde på bedste vis.

Formål

- At samle fagpersoner med forskelligt fagperspektiv og opgavebeskrivelse, og få dem til, på systematisk vis, at vurdere styrker og svagheder ved deres samarbejde og tilrettelæggelse af sanktionsforløbene.
- At bidrage til øget viden om institutionernes praksis samt forståelse for indsatsen og de fælles mål.

Type af auditprojekt

- Det var både en intern audit i form af deltagernes vurdering af egen praksis og samtidig en ekstern audit, idet deltagerne vurderede andre organisationer og deres indsats.
- Tværfagligheden blev prioriteret meget højt i dette auditprojekt. Panelet var sammensat af afdelingsledere, kriminalitetsmedarbejdere fra familiecentre, socialrådgivere fra institutioner, socialkonsulenter fra forvaltningen og politifuldmægtige. To konsulenter fra Center for Kvalitetsudvikling havde rollerne som henholdsvis mødeleder og referent.
- Vurderingen blev foretaget ud fra både implicite kriterier, fx ved spørgsmål om kommunikation og eksplicite kriterier, fx i form af spørgsmål om lovgivningsmæssige tidsfrister.
- Sagsmaterialet bestod blandt andet af indstillinger til politimesteren, domme, udtalelser fra institutioner, undersøgelser og handleplaner.

I dette forløb var hovedformålet læring og udvikling på tværs af sektorer og faggrupper. Det var ikke en forudsætning, at auditgruppen nåede til enighed i drøftelserne, men i flere tilfælde mundede diskussionerne ud i formuleringer af anbefalinger til den videre udvikling.

Projektets resultater

- 35 anbefalinger vedrørende dokumentation, processamarbejde og organisering.
- Forståelse for andre institutioners perspektiver, indsats og vilkår.
- Faglig status for samarbejdet mellem de involverede parter.

Erfaringer fra processen

Den oprindelige ambition med projektet var at gennemgå 12 sagsforløb. Det viste sig allerede på første auditmøde, at det ikke var muligt at nå igennem alle sager på de tre afsatte heldags møder. Sagernes indhold og omfang var meget omfattende, og samtidig bidrog den tværfaglige sammensætning af auditpanelet til meget grundige og detaljerede diskussioner. Læringen er at udvælge et færre antal sager, som tilsammen afdækker den udvalgte faglige problemstilling.

Et andet læringspunkt er, at mødelederen i forbindelse med dette auditforløb oplevede det som en fordel, at bede alle auditdeltagerne om at indsende deres udfyldte vurderingsskemaer inden selve auditmødet. Det gav mødelederen god mulighed for at danne sig et overblik over auditdeltagernes vurderinger og kommentarer og på den baggrund prioritere tid og indhold på auditmødet. I det konkrete projekt blev alle kommentarer samlet og præsenteret for alle deltagerne på auditmødet.

Endelig er det erfaringen i denne type audit, hvor der sættes fokus på langvarige sagsforløb og mange temaer, at der afsættes god tid til udarbejdelse af relevante vurderings spørgsmål og ikke mindst tid til at afholde en prøveaudit med henblik på at justere vurderingsskema og sagsmateriale.

Case 3: Audit af kommunalt handleplansarbejde

Baggrund

Målet med dette auditforløb var at gennemføre en systematisk evaluering af ti tilfældigt udvalgte handleplaner på børn- og ungeområdet i en mellemstor kommune.

Baggrunden for tiltaget var et ønske om at kvalificere og kvalitetsudvikle handleplansarbejdet i kommunen, særligt i forhold til sager, hvor kommunen har rollen som både bestiller og leverandør af sociale ydelser.

Formål

- At vurdere kvaliteten af de udvalgte handleplaner.
- At udvikle fælles standarder og kriterier for den gode handleplan.
- At skabe et forum for erfaringsudveksling på tværs af tre områdehuse.

Type af auditprojekt

- Auditpanelet bestod af syv personer fra den pågældende kommune. De seks deltagere arbejdede i samme organisatoriske enhed, mens en enkelt deltager kom fra et helt andet område i kommunen. Denne deltager fik således en rolle som ekstern part i panelet.
- Vurderingerne blev foretaget alene ud fra implicitte kriterier, hvor det bl.a. skulle vurderes, om der i handleplanerne var opsat konkrete og operationelle mål for en række relevante områder. Det var ikke relevant at inddrage eksplicitte kriterier i auditten, såsom lovgivningsmæssige krav til udformning og proces i handleplansarbejdet, idet der i afdelingen allerede var gennemført en række processer med henblik på at sikre, at disse krav var opfyldt.
- Opgaven som henholdsvis mødeleder og referent blev varetaget af to konsulenter fra Center for Kvalitetsudvikling.

Projektets resultater

- 11 fokuspunkter til handleplansarbejdet.
- En plan for det videre arbejde med fokuspunkterne.
- Entusiasme og lyst til at bære resultaterne af auditforløbet videre.
- Diskussioner og større fælles forståelse af "den gode handleplan".

Erfaringer fra processen

Undervejs i projektforløbet blev fokus flyttet fra en systematisk evaluering af alle de udvalgte sager til diskussioner af "den gode handleplan", hvilket indebærer flere generelle diskussioner af både indhold og form i handleplanerne, herunder også diskussioner af faglige kriterier for "det gode handleplansarbejde". Denne prioritering viste sig at være velvalgt, da det gav tid og rum til at opsætte anbefalinger, der rakte ud over de specifikke handleplaner, der var i fokus.

I praksis valgte man at gennemgå to handleplaner systematisk ud fra vurderingsskemaet og inddrog vurderingerne fra de otte øvrige handleplaner i de generelle drøftelser.

I denne case var genstanden for auditforløbet afgrænset og præcist defineret, idet alene handleplanen blev vurderet af panelet. Netop denne afgrænsning gjorde det muligt at gennemføre auditforløbet på relativt kort tid. Samtidig var der bred enighed om at lade vurderingsskemaet følge de enkelte temaer i handleplansskabelonen. Derudover tog udviklingen af vurderingsskemaet udgangspunkt i auditdeltagernes erfaringer med de særlige udfordringer, der ligger i at udforme en god handleplan. Dermed kunne processen med at udvælge temaer og vurderingsspørgsmål klares på et enkelt møde.

Case 4: Audit af ADHD-behandling på døgninstitutioner

Baggrund

Dette auditforløb blev iværksat som en del af en regional kvalitetsudviklingsstrategi for løbende at styrke og udvikle behandlingsindsatsen og dokumentationen heraf på de specialiserede børne- og ungeinstitutioner. Der var udvalgt en række behandlingsmæssige problemstillinger, som løbende bliver genstand for auditforløbet, herunder ADHD-behandling. Casen er et eksempel på, hvordan et auditforløb er fulgt op af et implementeringsforløb. Med udgangspunkt i resultaterne fra det første auditforløb, skal der siden hen igangsættes et nyt auditforløb, som denne gang kan få karakter af evaluering af indsatsen.

Formål

Det direkte formål med auditforløbet:

- At udarbejde anbefalinger for ADHD-behandlingen på de specialiserede regionale institutioner for børn og unge.

Implementering og opfølgning på auditforløbet:

- At udarbejde en implementeringsstrategi for brugen af anbefalingerne.
- At støtte op om implementeringsprocessen på institutionerne med konsulentbistand.
- Evaluering af implementeringen af anbefalingerne gennem et nyt auditforløb.

Type af auditprojekt

- Projektet var et internt regionalt projekt med deltagelse af fire regionale institutioner. Auditpanelet bestod af otte personer fra de involverede institutioner. Desuden deltog en fagspecialist og en observatør. Samtidig havde forløbet i nogen grad karakter af at være eksternt, da deltagerne i panelet repræsenterede forskellige institutioner og lod sager fra egen institution udsætte for vurdering af fagpersoner fra de andre institutioner.
- Opgaven som henholdsvis mødeleder og referent blev varetaget af to konsulenter fra Center for Kvalitetsudvikling.
- Forløbet blev gennemført på grundlag af implicitte vurderingskriterier, som blev yderligere udviklet og præciseret og gjort mere eksplicitte undervejs i forløbet.
- Forløbet var kvalitativt med vurdering af 10 udvalgte behandlingsforløb.
- Casematerialet, der var ganske omfattende, bestod blandt andet af kommunal handleplan, diverse udredninger/undersøgelser, behandlingsplaner, dagbogsnotater og mødereferater.

Projektets resultater

- Anbefalinger, som dækker alle temaer i vurderingsskemaet.
- En detaljeret rapport samt en pixiudgave af anbefalingerne (til brug i det daglige arbejde på institutionerne).
- Der blev sat ord på "tavs viden".
- Deltagerne fik ny og opdateret viden om området fra fagspecialisten.
- Tydeliggørelse af og indblik i andres faglige praksis, og som følge heraf gensidig inspiration og brug af kompetencer på tværs af institutioner.
- Stort ejerskab til anbefalingerne.
- Netværk af implementeringsansvarlige, som efterfølgende har arbejdet systematisk med implementering af anbefalingerne.

Erfaringer fra processen

Auditforløbets deltagere var fagpersoner, som kom fra fire specialinstitutioner, som frem til kommunalreformen januar 2007 hørte hjemme i tre forskellige amter. Derfor havde deltagerne et relativt ringe kendskab til hinandens institutioner på forhånd, og vi valgte fra begyndelsen at give god tid til, at deltagerne kunne beskrive behandlingspraksis på egen institution og stille spørgsmål til hinanden. Af samme grund blev auditmøderne afholdt skiftevis på de deltagende institutioner, og der var indlagt rundvisning i dagens program. En sådan tilgang kan anbefales i lignende forløb, hvor auditdeltagerne i udgangspunktet har begrænset kendskab til hinanden, og hvor deltagerne på længere sigt har gavn af et samarbejde.

Forði dette forløb har haft anbefalinger af den gode ADHD-behandling som sit mål, har det været særligt vigtigt at forberede auditdeltagerne på, at udviklingen af kriterierne for god faglig kvalitet undervejs i processen er en forudsætning for at nå målet. Sidste justering i vurderingsskemaet blev foretaget i forbindelse med rapport-skrivningen.

Forløbet har været relativt langvarigt med en del forberedelse, tre heldags auditmøder samt opfølgende møder. Det er vigtigt, at både ledelse og medarbejdere er forberedte på tidsforbruget i denne type auditforløb.

2.3 Audit som redskab til vurdering af kritiske forløb og hændelser

I dette afsnit præsenteres en case, hvor audit blev brugt til gennemgang og vurdering af et kritisk patientforløb.

Case 5: Audit af kritisk patientforløb i behandlingspsykiatrien

Baggrund

Ledelsen på et psykiatrisk sygehus besluttede at gennemføre et auditforløb i forhold til et kritisk behandlingsforløb, som havde givet anledning til en række helt særlige faglige, behandlingsmæssige og ledelsesmæssige udfordringer. Patient og pårørende anerkendte sygehusets initiativ.

Formål

- Bidrage til at afklare dele af det hidtidige patientforløb med henblik på at styrke den behandlingsmæssige viden, indsigt og kompetence – til gavn for patient, pårørende og for fremtidige behandlingsforløb.
- Auditforløbet som læringsproces var det vigtigste i forbindelse med initiativet.

I denne case er der tale om en audit, hvor et konkret behandlingsforløb blev systematisk gennemgået med henblik på fremadrettet læring. Behandlingsforløbet blev evalueret og vurderet gennem en faglig drøftelse af centrale temaer og problemstillinger i forløbet, snarere end på baggrund af specifikke kriterier for "den gode behandling". I dette forløb nåede panelet gennem deres drøftelser frem til enighed om en række problemstillinger, som skulle drøftes i forhold til det fremtidige behandlingsarbejde.

Type af auditprojekt

- Forløbet blev gennemført som en intern audit for fagpersoner og ledelser fra de afdelinger, som havde været involveret i patientforløbet, men med eksterne opponenter. De udpegede eksterne opponenter var respekterede og anerkendte fageksperter. Deres rolle var at lytte og stille kritiske spørgsmål, der kunne bringe nye perspektiver og vinkler ind i auditprocessen, som "faglige udfordrere" til støtte for den interne proces.
- Patient- og pårørendeperspektiverne ønskedes inddraget i forløbet, hvorfor der som forberedelse til auditmødet blev gennemført interview med disse parter. Patient og pårørende godkendte referater fra interviewene, som herefter dannede grundlag for præsentation af patient- og pårørendeperspektiverne på selve auditmødet.
- Auditpanelet bestod af 12 personer og to eksterne opponenter. Panelet var tværfagligt sammensat med deltagelse af psykiatere, psykologer, sygeplejersker og pædagoger.
- Opgaven som henholdsvis mødeleder og referent blev varetaget af to konsulenter fra Center for Kvalitetsudvikling.
- Forløbet blev gennemført på grundlag af implicitte vurderingskriterier.
- Forløbet var kvalitativt med grundig gennemgang af enkeltsagen.
- Sagen blev gennemgået ud fra casemateriale fra patientforløbet i form af udvalgt journalmateriale og præsentation af patient- og pårørendeperspektiverne.

Projektets resultater

- En intern rapport, som beskriver komplekse faglige, behandlingsmæssige, organisatoriske og ledelsesmæssige problemstillinger i det pågældende forløb, samt panelets anbefalinger til, hvordan denne type udfordringer kan imødekommes fremover. Dette dokument fik status som sagsakt i patientens journal.
- Et internt notat med generelle anbefalinger til fremtidige behandlingsforløb af denne type til brug i udviklingsarbejdet på sygehuset.
- Paneldeltagerne fik ud fra deres forskellige faglige og organisatoriske involvering i sagen sammen beskrevet og drøftet det vanskelige forløb, som havde påvirket alle parter både fagligt og personligt. Samtidig fik parterne mulighed for at tænke konstruktivt og fremadrettet.
- De pårørende gav udtryk for, at interviewene og skriftliggørelsen heraf har bidraget til "at bearbejde" forløbet.

Erfaringer fra processen

Auditforløbet som refleksions- og læringsproces var det vigtigste i forbindelse med initiativet. Ved hjælp af metoden blev der skabt en ramme for de involverede parter, hvor der var plads og taletid til alle. Systematikken i metoden skabte en forudsigelig og tryk ramme til drøftelse af en svær sag, hvor de forskellige parter fik mulighed for at give udtryk for deres særlige faglige perspektiver og vurderinger. Gennem auditforløbet blev sagen afdækket, dokumenteret og vurderet, og på den baggrund kunne man finde frem til anbefalinger for fremtidige behandlingsforløb af samme karakter.

Deltagelsen af de eksterne opponenter var en støtte i forhold til at perspektivere forløbet og løfte problemstillingerne ud over enkeltsagen.

Inddragelsen af patient- og pårørendeperspektivet på auditmødet bidrog til, at man i panelet systematisk forholdt sig hertil. Det virkede stærkt motiverende og fagligt udfordrende på deltagerne at få præsenteret disse perspektiver.

Udfordringen for mødelederen var at give plads til de forskellige perspektiver og samtidig sikre, at man nåede igennem det både lange og komplicerede forløb og omkring de store faglige og etiske problemstillinger, som var iboende forløbet. Omvendt vil argumentet for at fastholde mødet på en dag være, at man kan nå langt omkring på en dag, og at det efter mødet blev vurderet, at de vigtigste punkter i sagen var blevet drøftet.

2.4 Audit som redskab til vurdering og fortolkning af monitoreringsdata

Case 6: Audit i De Sociale Indikatorprogrammer (SIP)

I de foregående eksempler er auditmetoden anvendt som et redskab til at evaluere et givent forløb, eller som et metodisk værktøj til at igangsætte en faglig drøftelse af "den gode praksis" inden for et konkret område, såsom ADHD-behandling eller arbejdet med kommunale handleplaner. Her har det at igangsætte, planlægge og gennemføre auditforløbet haft karakter af at være et afgrænset projektforsøg.

Som afslutning på dette kapitel vil vi give et eksempel, hvor auditmetoden dels anvendes som en integreret del af et dokumentations- og monitoreringsprogram, dels gentages med faste mellemrum, som en del af en kontinuerlig evalueringspraksis. Auditkonceptet i De Sociale Indikatorprogrammer rummer i sin grundform både evaluering og udvikling af praksis.

Baggrund

De Sociale Indikatorprogrammer, som i daglig tale forkortes SIP, er en række dokumentationsprogrammer på det sociale område, der har til hensigt at indsamle dokumentation af indsats og resultater på sociale institutioner og botilbud. SIP dækker en række forskellige målgrupper på både unge- og voksenområdet, fx voksne med autisme spektrum forstyrrelser, voksne med erhvervet hjerneskade, unge på sikrede institutioner og unge med psykiatriske problemstillinger anbragt på døgninstitutioner.

Programmerne er udviklet på baggrund af et behov hos regionerne i Danmark for at få større dokumenteret viden om, hvad der virker i den socialpædagogiske praksis. Målet med dokumentationsprogrammerne er derfor at dokumentere indsatsen og dens resultater, men samtidig at tage højde for, at forskellige brugere har brug for forskellige indsatser med forskellige mål - og at indsatsen fungerer på forskellige betingelser.

I SIP indsamles kontinuerligt data (gennem spørgeskemaer), der måler på indsatsens betingelser, indhold og resultater. Der foregår således en løbende virkningsmonitorering i SIP, hvor ledelsen og medarbejdere har mulighed for at følge den enkelte afdeling eller institutions resultater, og hvilke aktiviteter der gennemføres sammen med borgerne.

I SIP indgår audit som et centralt element. I SIP's evalueringsdesign gennemføres auditeringer med faste intervaller for løbende at fortolke og kvalificere de analyseresultater, som indsamles via dokumentationssystemet.

Formål med audit i SIP

- At fortolke databehandlingens resultater.
- At belyse den statistiske analyse med praksiserfaringer og viden.
- At udvikle den faglige praksis.
- Læring på tværs af tilbud.

Type af auditprojekt

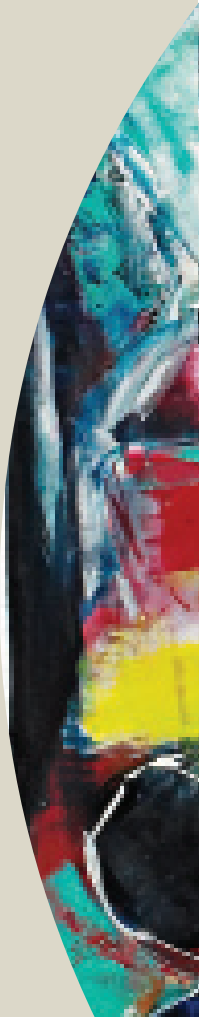
- Audit i SIP's dokumentationsprogram er baseret på problemstillinger, som identificeres og beskrives gennem det kvantitative datamateriale, som dataindsamlingen i SIP genererer. Auditforløbene i SIP har som følge heraf fokus på problemstillinger, som har relevans på tværs af institutionerne. Her vil eksterne konsulenter varetage opgaven som mødeleder og referent.
- Auditpanelet i SIP er tværfagligt sammensat med deltagelse af ledelse og medarbejdere fra de deltagende enheder indikatorprogrammet.
- Auditmetoden anvendes imidlertid også i SIP på enhedsniveau, og her er der tale om kvalitative audit, baseret på enkelte brugers forløb. Auditforløb i SIP på enhedsniveau tager i lighed med de kvantitative auditforløb udgangspunkt i at fortolke de resultater, som indsamles gennem SIP, evt. suppleret med relevant casemateriale. Her vil fagprofessionelle typisk varetage opgaverne som mødeleder og referent.

Erfaringer fra processen

Udviklingen og implementeringen af De Sociale Indikatorprogrammer er endnu ikke nået så langt, at der er indsamlet et tilstrækkeligt stort antal data til at foretage statistiske analyser af disse, og på baggrund heraf afvikle en audit med afsæt i SIP-data.

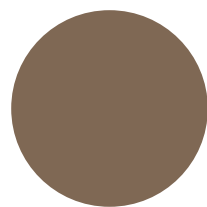
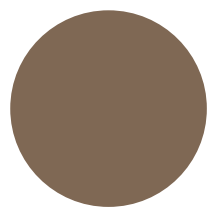
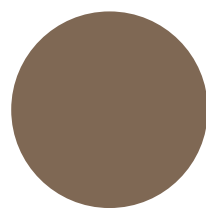
Der er imidlertid nogle erfaringer med at udvikle og anvende auditmetoden til at afvikle kvalitative auditforløb i Det Sociale Indikatorprogram for åbne døgninstitutioner, som er implementeret på en række ungeinstitutioner i Norge, herunder Oslo Kommune. Her anvendes auditmetoden som redskab til at vurdere og evaluere, om den gennemførte indsats på enkeltsagsniveau har været tilfredsstillende. Derudover er det hensigten, at auditmetoden også skal anvendes til løbende at vurdere de resultater, der opnås undervejs i forløbet. Dette giver en god mulighed for at følge op på, om der er dele af en gennemført indsats, som skal ændres eller styrkes i et fremadrettet perspektiv.

Med udgangspunkt i det foreløbige arbejde med auditmetoden, vurderes metoden som anvendelig i de enkelte institutioners arbejde med at fortolke resultater og omsætte viden fra dokumentationsprogrammet til kvalitetsforbedringer i praksis.





DEL 2.
HVORDAN GENNEMFØRES
ET AUDITFORLØB?



KAPITEL 3. DESIGN OG FORBEREDELSE AF AUDITFORLØBET

Dette kapitel om design og forberedelse af auditforløb er det mest omfattende i denne anden del af publikationen der handler om, hvordan et auditforløb gennemføres. Det er i designfasen, hele forløbet skal gennemtænkes, og de enkelte dele af auditmetoden tilpasses, så den opfylder det konkrete formål med forløbet.

I nogle typer af auditforløb er det oplagt, hvem der skal deltage, hvilke kriterier, der skal gælde for vurderingen, og hvordan der skal følges op. Er der tale om akkreditering eller andre former for løbende monitorering af den faglige praksis, kan der være udarbejdet en fast procedure for auditforløbet, som skal følges af alle.

I andre tilfælde begynder man helt på bar bund med at undersøge om auditmetoden overhovedet er formålstjenlig, og det kan kræve grundig udredning og inddragelse af forskellige aktører at nå frem til designet for forløbet.

Forberedelserne vil blandt andet indbefatte at samle et auditpanel, udarbejde et vurderingsskema og finde dokumentationsmateriale, som belyser den udvalgte fagpraksis.

Gennemgangen er delt op i følgende afsnit:

- 3.1. Afklaring af rammer og vilkår
- 3.2. Organisering
- 3.3. Sammensætning af auditpanel
- 3.4. Hvad skal auditeres? Afgrænsning af faglig problemstilling
- 3.5. Udarbejdelse af vurderingsskema
- 3.6. Udvælgelse af cases
- 3.7. Dokumentationsmateriale – udvælgelse og klargøring

Undervejs i gennemgangen vil de metodemæssige muligheder, overvejelser, valg i design og gennemførelse af et auditforløb perspektiveres ved to typer af auditforløb, nemlig audit til vurdering af opnåelse af kvalitetsmål, hvor der lægges vægt på "at evaluere", og auditforløb som har faglig udvikling som formål. Evaluering og udvikling er begge grundlæggende elementer i metoden, men afhængig af formålet med det enkelte auditforløb kan de vægtes forskelligt. Derfor giver det god mening at tage udgangspunkt i disse typer af auditforløb i gennemgangen.

3.1. Afklaring af rammer og vilkår

Trin i i forberedelsen af et auditforløb er at få afklaret de rammer og vilkår, som gælder for auditforløbet. Det vil sige, hvilket opdrag, formål og ressourcer, der ligger til grund for gennemførelse af forløbet.

Opdrag

Det sætter nogle grundlæggende vilkår for både projektforløbet og produktet, hvem der tager beslutningen om at gennemføre auditforløbet, og hvilke årsager og begrundelser, der ligger til grund herfor.

Hvem er det, der ønsker auditforløbet? Er det den faglige eller administrative ledelse, som har besluttet forløbet? På hvilket niveau i organisationen er forløbet blevet besluttet? På det overordnede ledelsesniveau eller af ledelsen tættest på den faglige praksis? Og under hvilke omstændigheder er beslutningen truffet? Er auditforløbet et "udefrakommende" krav, fx som led i akkreditering? Er det en kritisk hændelse eller et forløb, som skal kulegraves? Måske har medierne været involveret. Eller er auditforløbet iværksat ene og alene for at understøtte faglig udvikling?

Generelt er audit en metode, der appellerer til fagprofessionelle, fordi den forudsætter direkte involvering af disse, og beskæftiger sig med faglige problemstillinger med henblik på at lære af og forbedre praksis. Samtidig vil det have betydning, om fagpersonalet oplever, at auditforløbet umiddelbart giver mening, eller om auditforløbet opfattes som noget, der "trækkes ned over hovedet" på dem og "røver tid" fra kerneydelserne, eller måske opleves som decideret kontrol.

Under alle omstændigheder bør det være tydeligt for alle involverede, hvem der har truffet beslutningen om auditforløbet og med hvilken begrundelse.

Formål

Hvad skal auditforløbet bruges til? Metoden kan anvendes til forskellige specifikke formål. Er der fx tale om en evaluering af, om den eksisterende faglige praksis lever op til "best practice", gældende standarder eller lignende målsætninger? Er formålet med forløbet at gå tæt på et kritisk forløb for at lære og forebygge? Eller er formålet mindre målorienteret at igangsætte en struktureret faglig drøftelse af en bestemt problemstilling, fx med henblik på metodebeskrivelse og -udvikling, eller udvikling af anbefalinger for den faglige praksis på et område?

Man skal desuden være opmærksom på, at auditforløb — på lige fod med andre kvalitetsudviklingsinitiativer — også kan iværksættes ud fra andre dagsordener, fx til synliggørelse og "markedsføring" af den faglige ydelse, en måde at imødegå kritik fra brugere, pårørende eller medier, eller måske en måde at fastholde og tiltrække medarbejdere – med signalet om, at "her tager vi kvalitet og faglig udvikling alvorligt". Det er ikke altid disse dagsordener er de primære eller de mest udtalte, men er de der, er det vigtigt, at den der står for at gennemføre forløbet er opmærksom herpå, og forholder sig til deres tilstedeværelse og betydning for forløbet.

Ressourcer

Audit kan anvendes som en fast del af den faglige udvikling: En metode til løbende at skabe rum for den refleksion og fordybelse i egen praksis, som er nødvendig for al faglig udvikling. Eventuelt kan det overvejes at erstatte nogle af de møder, man bruger til faglig refleksion, med auditmøder.

Ofte gennemføres audit dog som et særligt evalueringssprojekt, der iværksættes "sideløbende" med udførelsen af de faglige kerneydelser, og det er vigtigt at kende til de ressourcemæssige rammer for forløbet. På den ene side må man estimere ressourceforbruget i det konkrete auditforløb. På den anden side er det vigtigt at afklare, hvor højt auditforløbet prioriteres i organisationen, og hvor mange ressourcer der er afsat til arbejdet. Kan personalet, der deltager i auditforløbet, fx frigøres helt eller delvist?

I designfasen er kunsten at få planlagt et forløb, der opfylder formålet inden for de givne rammer.

Følgende faktorer vil have indflydelse på ressourceforbruget:

Ambitionsniveauet

- Er der fx tale om en mindre omfangsrig intern audit til udvikling af den faglige indsats på et afgrænset område, vil der typisk anvendes færre ressourcer, end hvis der fx er tale om en evaluering eller udarbejdelse af anbefalinger for faglig praksis, hvor resultaterne offentliggøres — eventuelt udarbejdes både en detaljeret rapport og et kortere let læseligt brugshæfte. Er afrapporteringen til internt brug, kan den måske foreligge i form af enkle referater fra auditmødet. Referater kan eventuelt skrives af mødelederen selv eller en af de øvrige paneldeltagere.

Forberedelsesarbejdet

- Jo mere veldefineret problemstilling, jo mindre tid skal der bruges til at forberede forløbet. Er der tale om en mere kompliceret problemstilling, og findes der ikke i forvejen vedtagne retningslinjer, skal der indregnes mere tid til udarbejdelse af vurderingsskemaet i forberedelsesfasen. Ofte involveres hele eller dele af auditpanelet i dette arbejde.

Cases og datamateriale

- Det er mere ressourcekrævende at foretage en evaluering af eksempelvis 10 cases fordelt på tre auditmøder, end af et enkelt kritisk sagsforløb, som gennemgås på én dag. Desuden har det betydning, om der er tale om et helt behandlings- eller sagsforløb, der strækker sig over flere år, eller en afgrænset del eller problemstilling i forløbet, fx visitation eller pårørendesamarbejde. Endelig har omfanget af de data, eller det casemateriale, som auditpanelet skal forholde sig til, betydning for ressourceforbruget. Omfatter auditforløbet fx samtlige sagsakter fra et flerårigt behandlingsforløb, eller handler det måske om ét særligt dokument, fx handleplanen?

Personaleressourcer

- Hvor mange fagpersoner skal indgå i forløbet? (I forberedelsen? I auditmødet/-møderne? I opfølgning?) Er der tale om tre eller tolv personer? Er der fagpersoner involveret i arbejdet med at finde data eller sagsmateriale frem og eventuelt sørge for anonymisering, eller kan sagsmaterialet hentes og anonymiseres elektronisk? Måske er der tale om et internt forløb, så arbejdet med at anonymisere kan undgås?
- Er der internt i organisationen kvalitetsmedarbejdere eller andet personale, som kan påtage sig opgaven med at organisere og gennemføre forløbet, eller er der behov for at bruge ressourcer på at indhente konsulentbistand udefra?

Opdrag, hovedformål og ressourcer sætter nogle grundlæggende rammer og vilkår for hvordan forløbet skal og kan designes.

3.2. Organisering

Et auditforløb må som oftest ansues som et afgrænset projekt med en særlig organisering.

Afgrænsning af forløbet i tid

Hvilken tidsmæssig ramme er der afsat for auditforløbet? Er der tale om et kort enkeltstående forløb, som fx i case 3 om udvikling af handleplansarbejdet, hvor der var et enkelt forberedende møde, et enkelt auditmøde med en hurtig rapportering, samt et opsamlingsmøde med auditpanelet, eller er der tale om en længerevarende proces med flere trin, som det var tilfældet i projektet med udvikling af ADHD-anbefalinger (case 4). Auditforløbet strakte sig over en længere forberedelsesfase, tre auditmøder samt to opfølgende møder. Herefter var der planlagt en toårig implementeringsfase, hvorefter der gennemføres et evaluerende auditforløb. I SIP (case 6), vil der blive afviklet auditforløb med faste intervaller som en integreret del af det samlede dokumentationsprogram. Her er det evaluering og faglig fortolkning af de data, som indsamles via dokumentationsprogrammet, der er i fokus. Derudover gennemføres auditeringer med henblik på at udveksle læring og erfaringer på tværs af de deltagende enheder for at understøtte den fortsatte udvikling af den pædagogiske indsats på den enkelte enhed.

Organisering af auditforløbet

Hvilke aktører og instanser skal inkluderes i auditforløbet? Hvem skal stå for gennemførelsen? Er der tale om et forløb, hvor man henter konsulentbistand til at lede forløbet? Eller er det en øvelse i kvalitetsudvikling, som interne medarbejdere står for at gennemføre?

I de fleste af de auditforløb, Center for Kvalitetsudvikling har været involveret i, har konsulenter herfra haft ansvaret for den praktiske organisering af forløbet, rollen som mødeleder, samt arbejdet med opsamling og rapportering fra forløbene. I andre typer af auditforløb, bl.a. træningsforløb i auditmetoden på børn og ungeinstitutioner i Norge, har Center for Kvalitetsudvikling alene stået for uddannelse af de personer, som skulle gennemføre audit i eget regi.

I De Sociale Indikatorprogrammer (case 6) indgår audit som forum for evaluering og kvalitetssikring af programmerne. Her refererer ledelsen af auditforløbene til SIP-programmets styregruppe. Deltagerne i auditpanelerne er fagpersoner fra de sociale behandlingstilbud, som har implementeret SIP.

I case nr. 4 vedrørende udarbejdelse af ADHD-anbefalinger, deltog fagpersoner fra de fire institutioner med speciale i ADHD-behandling. Desuden deltog en særlig fagspecialist fra regionens Børne- og Ungdomspsykiatriske Center som ressourceperson. En fuldmægtig fra områdeadministrationen havde rollen som observatør og bindeled hertil.

I både det korte forløb om handleplansarbejdet (case nr. 3), og gennemgangen af det kritiske behandlingsforløb i behandlingspsykiatrien (case nr. 5), deltog ledelserne selv i auditforløbet.

Den nærmere sammensætning af auditpanelet behandles nedenfor.

3.3. Sammensætning af auditpanel

Som tidligere nævnt er auditpanelet et af grundelementerne i metoden. Det er de fagprofessionelle, som er udvalgt til at sidde i auditpanelet, som via deres vurderinger og faglige drøftelser producerer resultatet fra forløbet.

Hvordan får man sammensat sit auditpanel, så opgaven løses bedst muligt inden for de rammer og vilkår, der er opstillet? Og hvilken betydning har sammensætningen for den efterfølgende implementering af resultaterne?

Her diskuteres kriterier for udvælgelse af de faglige auditpaneldeltagere og sammensætningen af et kompetent auditpanel samt rollerne som mødeleder og referent. Herudover diskuteres deltagelse af eventuelle andre deltagere i forløbet.

Fagpersonerne

Fagpersonerne i et auditpanel har alle en hovedrolle, så det er vigtigt at få valgt de mest kvalificerede deltagere.

Relevant faglig viden, indsigt og erfaring

Det vigtigste kriterium for udvælgelse af fagpersoner til et auditforløb er, at den enkelte skal kunne bidrage konstruktivt i kraft af sin faglige baggrund, viden, indsigt og erfaring med den fagproblemstilling, type forløb eller sag, som er genstand for auditeringen.

Relevante vinkler og perspektiver

I sammensætningen af panelet er målet at få udvalgt deltagere, som tilsammen dækker relevante vinkler og perspektiver på den fagpraksis, som skal auditeres. Afhængig af hvad formålet med forløbet er, kan det være relevant at tænke følgende perspektiver ind i auditpanelet:

- **Internt og eksternt perspektiv.** Erfaringen viser, at det kan være nyttigt at inddrage en ekstern fagperson, som kan bidrage med et andet perspektiv end de interne fagpersoner, som kender til stedets faglige procedurer, og som måske har direkte part i den fagpraksis, som vurderes.
- **Monofagligt og/eller tværfagligt perspektiv.** Der kan være auditforløb, hvor fokus er på et særligt fagspeciale. Her vil det naturligvis ofte være relevant med et monofagligt panel. I andre forløb er det relevant at sammensætte auditpanelet tværfagligt med forskellige fagperspektiver på den problemstilling som vurderes, hvilket giver deltagerne et nuanceret indblik i og overblik over forløbet.
- **Forskellige instansers/samarbejdsparters perspektiv.** I audit af fagpraksis, hvor forskellige instanser og samarbejdsparter er involveret, vil det ofte være hensigtsmæssigt, at disse er repræsenteret i auditpanelet. Et tværsektorielt auditpanel giver mulighed for at rette fokus på et helt forløb samt at arbejde med overgange og overleveringer mellem parterne. Det er ofte i overgange, at kvalitetsproblemer opstår.
- **Perspektiver fra fagpersoner, der er erfarne/"gamle i gårde" eller nyuddannede/ansatte.** Medarbejdere, der er "gamle i gårde" og erfarne kan udtale sig med stor tyngde i forhold til faglig viden og erfaring, hvor nyansatte/uddannede ser med friske øjne på en problemstilling og ofte kan bidrage med gode spørgsmål og nye perspektiver.

Ambassadørrollen

Da de fagpersoner, som deltager i et auditforløb, kan spille en vigtig rolle som ambassadører for projektet, kan det være relevant at gøre sig overvejelser om deltagerens faglige og personlige gennemslagskraft blandt deres kolleger. Er det muligt at udvælge fagpersoner, som umiddelbart har interesse i at deltage, og som kollegerne i forvejen lytter til, vil dette være et yderligere kriterium at inddrage i sammensætningen af panelet. En engageret fagperson, som nyder anerkendelse blandt kollegerne, vil alt andet lige være en bedre medspiller i auditpanelet og som ambassadør for projektet, end en skeptisk medarbejder med lavere status blandt kollegerne. I implementeringsøjemed vil det også være en fordel, at auditpanelets deltagere har god kontakt med kollegerne, da deltagerens formidling af processen og forløbets resultater kan spille en stor rolle for arbejdspladsens modtagelse heraf.

Mødeleder og referent

Hvor fagpersonerne er hovedrolleindehavere i auditforløbet, er det mødelederens opgave at instruere og styre forløbet. Afhængig af auditforløbets karakter vil denne opgave være mere eller mindre udfordrende. I den type af auditforløb Center for Kvalitetsudvikling har erfaring med, vil der være en tydelig struktur for processen på auditmødet, som mødelederen skal forholde sig til og styre efter. Der vil dog alligevel ofte opstå situationer, hvor et godt overblik og fornemmelse for de processer, der udfolder sig undervejs, er en forudsætning for at få styret forløbet sikkert i havn.

Når rollen som mødeleder skal besættes vil følgende overvejelser være relevante:

- Hvilke krav stiller auditforløbet til mødelederfunktionen? Er der tale om en velafgrænset opgave, hvor mødelederens opgave er at sørge for, at slagplanen følges og mødestrukturen overholdes? Eller er der eventuelt behov for et grundigt kendskab til og erfaring med auditmetoden og måske også bredere kompetencer som proceskonsulent? Eller er det et fagligt kendskab til det konkrete område, som er vigtigt?
- Hvilke af de påkrævede kompetencer findes internt i organisationen? Er der en kvalitets- eller udviklingsenhed, som man kan rekvirere bistand fra? Eller er dette typisk en opgave, som man rekvirerer bistand til uden for organisationen?
- Hvilken status har auditforløbet? Er der tale om et internt udviklingsprojekt, hvor det er muligt og giver mening, at en af de deltagende fagpersoner styrer processen? Eller er der tale om et tiltag, hvor en (ekstern) konsulent skal involveres?

Samme overvejelser vil være relevante i forhold til de krav, auditforløbet stiller til den person, som varetager rollen som referent. I nogle auditforløb vil det være tilstrækkeligt at dokumentere forløbet i form af simpel registrering eller afkrydsning: Er dette vurderingskriterium opfyldt: "Ja/nej". I andre forløb er det nødvendigt med en mere omfattende dokumentation undervejs i forløbet, hvor referenten skal være i stand til "at fange" og beskrive vigtige pointer og konklusioner, som auditpanelet kommer frem til undervejs i forløbet. Ligeledes kan det i nogle forløb være hensigtsmæssigt, at en intern medarbejder med rette kompetencer varetager afrapporteringen, hvor denne rolle i andre forløb må varetages af konsulenter eller andre personer udefra med særlige kompetencer.

Andre deltagere

I nogle auditforløb vil det være hensigtsmæssigt med deltagelse af fx ressourcepersoner, opponenter eller observatører, fx for at sikre tilbagemelding til det administrative niveau eller efterfølgende at kunne støtte processen med implementering af resultaterne.

Ressourceperson

Deltagelse af en ressourceperson var fx en vigtig del af arbejdet med udarbejdelse af anbefalinger for ADHD-behandling. Ressourcepersonen var en erfaren behandler og forsker i ADHD og bidrog dermed til at kvalificere både processen og resultatet heraf. De faglige deltagere vurderede, at forløbet havde opkvalificeret dem fagligt, ikke mindst pga. deltagelse af ressourcepersonen.

Faglig opponenter

Deltagelse af en eller flere faglige opponenter kan bidrage til at perspektivere og skærpe den faglige argumentation og drøftelse i et auditpanel. I eksemplet, hvor et særligt kritisk patientforløb i behandlingspsykiatrien blev auditeret i et auditpanel, og alle fagpersoner havde direkte part i den gennemførte fagpraksis, støttede og kvalificerede to eksterne fagopponenter processen ved at stille spørgsmål til panelet ud fra et nysgerrigt og udenforstående fagperspektiv.

Observatør

Der bør som udgangspunkt være en grænse for, hvor mange personer der deltager i et auditforløb ud over hovedpersonerne. I nogle forløb er det dog hensigtsmæssigt med en eller flere observatører.

I et auditforløb (som ikke indgår som case i publikationen) deltog både en planlægger og en fagkonsulent fra områdeadministrationen i auditpanelet. Disse observatørers rolle i forløbet var bl.a. at følge op på og udbrede resultaterne af auditforløbet samt at sikre, at den viden og de erfaringer, som kom ud af forløbet, blev brugt i den videre udvikling af området.

Det er vigtigt, at observatørernes funktion i panelet er gjort tydelig. Deltagelse af for mange passive tilhørere, hvis funktion ikke er åbenlys relevant, kan i værste fald hæmme fagpanelets arbejde og påvirke resultatet.

Gruppedynamik – gensidig tillid og respekt — og magtrelationer som vilkår

Et auditforløb er bygget op omkring deltagernes gensidige tillid og respekt over for hinanden. Der skal skabes en åben dialog og koncentration om de fælles faglige problemstillinger.

I auditforløb, hvor deltagerne har direkte part i den fagpraksis, som er genstand for forløbet, kræver dette ekstra opmærksomhed. Det kan for nogle være forbundet med en del sårbarhed at stille sin faglighed og sin faglige praksis til skue for andres vurdering. Derfor er det vigtigt, at de personer som sidder med ved bordet virkelig har noget at byde ind med, og den enkelte deltagers funktion i panelet skal være gjort klar og være direkte relevant for forløbet.

Fra det tidspunkt, hvor auditpanelet inddrages i forløbet, skal der arbejdes med at opbygge en fælles bevidsthed i gruppen om, at det netop er med udgangspunkt i deltagernes særlige perspektiver, at de hver især har deres berettigelse i panelet. Ligeledes skal det være klart for panelet, at det fælles fokus i forløbet er "på sagen", og på at lære og blive klogere. Målet er ikke at kritisere eller finde skyldige personer.

I forhold til gruppedynamik er det relevant også at knytte et par kommentarer til de magtrelationer, der kan være tilstede på forskellige måder og dimensioner i forholdene mellem auditpaneldeltagerne. Det være sig mellem repræsentanter for forskellige organisationsniveauer (medarbejder/leder), uddannelsesniveauer, status i kraft af erfaringer mv. — eller det kan være personrelaterede faktorer, da nogle personer har en større gennemslagskraft end andre. Som i alle gruppesammenhænge er det vigtigt, at mødelederen er opmærksom på og har fornemmelse for, at denne type relationer eksisterer som et vilkår for gruppens arbejde.

Den faste struktur for auditmøderne med individuel forberedelse, runden, hvor deltagerne hver især kort præsenterer deres vurdering, og til sidst den fælles drøftelse, er velegnet til gruppeprocesser af denne karakter. Det skaber en vis tryghed, at gangen i forløbet er kendt på forhånd og fast styret, og den individuelle forberedelse og præsentation af vurderingerne bevirker, at alle deltagere i udgangspunktet kommer lige meget på banen. I den fælles drøftelse "slippes parterne – og processen mere løs", men også her kan det være på sin plads med en vis styring fra mødelederens side, dels for at fastholde fokus på den problemstilling, der skal diskuteres, dels for at sørge for, at alle, der har noget på hjerte, får mulighed for at komme på banen. En af styrkerne ved metoden er, at der både er mulighed for stram styring og "elastik" med plads til processen.

Antallet

Antallet af fagprofessionelle i panelet vil variere i de konkrete forløb. I litteratur fra sundhedsområdet (fx Blomhøj og Mainz, 2000) anbefales det, at der deltager 3 - 12 personer i et auditforløb.

Antallet af deltagere kan afspejle forskellige overvejelser og argumenter, herunder:

- At få belyst genstandsfeltet tilstrækkeligt fra forskellige relevante perspektiver.
- At sikre et vist ejerskab og forankring i de fagmiljøer, som efterfølgende skal implementere resultaterne fra forløbene.
- At mindske sårbarheden i auditpanelet ved eventuel sygdom eller jobskifte og lignende (særlig vigtigt i forløb, der løber over længere tid med flere auditmøder).
- Hensynet til ressourceforbruget.

3.4. Hvad skal auditeres?

Hvad er det, der er genstand for auditforløbet? Er udgangspunktet en velafgrænset faglig praksis, et bestemt konkret forløb? Eller er oplægget til forløbet givet i mere overordnede termer?

Selv om opgaven synes relativt veldefineret, er det altid nødvendigt at konkretisere og afgrænse den fagpraksis og de data, forløbet rettes mod — eventuelt sammen med auditpanelet.

Eksempler

Opgaven med at udvikle anbefalinger for behandling af børn og unge med ADHD, sådan som oplægget til auditforløbet i case 4 var beskrevet, kan umiddelbart lyde afgrænset og tilgængelig. I praksis viste det sig, at der var brug for en betydeligt mere præcis afgrænsning af målgruppen for forløbet. Omfatter målgruppen fx børn og unge, som har ADHD-symptomer og adfærd, men som ikke har fået stillet en diagnose. Og hvad med de børn og unge, der foruden ADHD-symptomer og adfærd, også har autisme spektrum forstyrrelser eller svære psykiske lidelser? Den endelige afgrænsning af målgruppen for ADHD-forløbet kan ses på næste side.

Eksempel på afgrænsning af målgruppe for auditforløb om behandling af børn og unge med ADHD (case 4)

Diagnose

I forhold til diagnosen besluttes det, at følgende indgår i målgruppen for auditeringerne:

Børn og unge fra 7 år og opefter, der har en ADHD-diagnose.

Børn og unge fra 7 år og opefter, der er udredt og beskrevet med ADHD-symptomer/adfærd, og som samtidig får medicinsk behandling, som er relevant i forhold til ADHD, fx Ritalin.

Generelt er det kendetegnende for ADHD-målgruppen, at de har tilknytningsforstyrrelser, fx pga. tidlige følelsesmæssige skader.

Det besluttes endvidere, at følgende ikke indgår i målgruppen for auditeringerne:

Børn og unge, der ud over ADHD-symptomer har svære psykiatriske lidelser, som fx skizofreni. Dette valg er truffet ud fra den begrundelse, at disse børn og unge har så mange svære problemstillinger, at det vil være vanskeligt at skelne, hvad der relaterer sig til ADHD-symptomerne og de øvrige psykiatriske lidelser. Derfor vil det også være vanskeligt at vurdere selve ADHD-behandlingen.

Børn og unge, der ud over ADHD-symptomerne, har autisme spektrum forstyrrelser. Denne afgrænsning er truffet på baggrund af, at autismeproblematikken kræver en anden behandling end ADHD-behandlingen.

"Gråzone-gruppen" af børn og unge, som har en ADHD-lignende adfærd, men hvor børnene/de unge ikke er udredt eller diagnosticeret med ADHD, og hvor de heller ikke får relevant medicinsk behandling for ADHD. Afgrænsningen er truffet ud fra den begrundelse, at målgruppen af børn og unge uden diagnose ikke kan forventes at indgå i samme behandlingsforløb, som de børn og unge, der har en ADHD-diagnose, og det kan derfor være problematisk at vurdere behandlingen ud fra samme vurderingskriterier.

I case 3 om det kommunale handleplansarbejde lød opgaven på at gennemføre en faglig funderet og systematisk evaluering af tilfældigt udvalgte handleplaner udarbejdet i en bestemt afdeling. Forløbet blev af auditpanelet yderligere afgrænset og defineret på følgende måde:

Eksempel på afgrænsning af problemstilling for auditforløb om handleplaner (case 3)

Afgrænsning af projektet

På det indledende møde i auditforløbet blev det besluttet, at projektet udelukkende skal vedrøre myndighedsudøvers arbejde med handleplaner. I forlængelse af projektet kan der rettes fokus på samarbejdet med leverandørerne.

Det blev desuden besluttet alene at vurdere kvaliteten af indholdet i handleplanen og ikke medtage § 50 undersøgelsen som dokumentationsmateriale. På baggrund heraf blev vurderingen af enkelte temaer fravalgt til fordel for en mere dybdegående diskussion af handleplanen.

Endeligt blev det besluttet at lade evalueringen af handleplanerne følge den handleplansskabelon, som kommunen anvender i udformningen af handleplanerne.

I de auditforløb, hvor auditpanelet inddrages i den indledende afgrænsning og konkretisering af den problemstilling, der skal være genstand for forløbet, sætter deltagerne allerede her deres faglighed i spil. De skal blive enige om at få indkredset det mest grundlæggende – hvad mener vi, når vi siger ”handleplansarbejde” eller ”behandling af ADHD”? Erfaringen viser, at inddragelse af auditpanelet fra projektets begyndelse har den fordel, at deltagerne oplever en høj grad af medejerskab til forløbet, resultaterne og den efterfølgende implementeringsproces, hvilket øger sandsynligheden for, at auditforløbet faktisk resulterer i forbedret fagpraksis.

Valg af data i casebaserede auditforløb

I mange auditforløb vil det være relevant at udvælge et antal eksempler på den fagpraksis, som ønskes vurderet. Afhængig af formålet med det konkrete auditforløb kan der være flere overvejelser og kriterier at tage i betragtning, når man skal udvælge cases og data.

I casebaserede auditforløb kan det være relevant at stille sig spørgsmålet: Hvor mange cases skal auditpanelet gennemgå for at få belyst de vigtigste problemstillinger i den fagpraksis, som ønskes vurderet?

I case 4 om ADHD-forløbet nåede auditpanelet igennem 10 sager på de tre auditmøder. I gennemgangen af de sidste sager blev panelet bekræftet i den konsensus og de anbefalinger til den gode behandling af børn og unge med ADHD, som var opnået ved auditering af tidligere sager.

I case 1 om journalaudit gennemgik auditpanelerne på hvert sygehus 10 – 15 journaler.

I case 3 om handleplansarbejdet var der oprindeligt planlagt gennemgang af 10 sager, men her besluttede paneldeltagerne imidlertid at skære antallet ned til gennemgang af to sager for at give mere plads til diskussionerne. Diskussionerne i panelet og de deraf udledte fokuspunkter blev dog gennemført og udviklet med afsæt i alle de udvalgte sager, som paneldeltagerne på forhånd havde gennemgået og vurderet individuelt.

Udvælgelse af cases i auditforløb med evaluering af målopfyldelse som formål

Hvis formålet med et auditforløb er at evaluere målopfyldelse, er det afgørende, at de udvalgte cases giver et reelt billede af kvaliteten af den praksis, som er udført. Udvælges fx de bedste 10 cases, vil auditforløbet dels give et misvisende billede af kvalitetsniveauet, og ikke mindst vil man reducere muligheden for at reflektere over, lære af og tænke fremadrettet i forhold til de dele af praksis, som ikke er repræsenteret, men som måske netop trænger til et kvalitetsløft.

I forhold til evalueringsforløb vil følgende spørgsmål derfor være relevante at overveje i forhold til udvælgelse af cases:

- Hvordan kan der defineres kriterier for udvælgelse, som sikrer, at de udvalgte cases bedst muligt repræsenterer den aktuelle praksis, og der ikke opnås en skævvridning i forhold til den variation, der normalt vil være i praksis? Skal der fx indgå cases, som er blevet håndteret på forskellige tidspunkter/af forskellige medarbejdere/i forskellige enheder m.v.?
- Hvordan sikres det, at udvælgelsen af cases foregår tilfældigt inden for den eller de kategorier af cases, som skal repræsenteres i forløbet? Det er vigtigt at undgå, at det bliver en medarbejder eller leders subjektive vurdering, som ligger til grund for udvælgelsen, men i stedet udvælge på baggrund af fastlagte objektive kriterier, som fx de første to sager i hver måned.

I case 1 om journalauditforløbet blev sagerne udvalgt som de 10–15 første sager efter en bestemt udmeldt dato.

Udvælgelse af cases i auditforløb med faglig udvikling som formål

Hvis formålet med auditforløbet derimod er udvikling, vil caseudvælgelsen være styret af, at de udvalgte cases skal belyse den særlige fagpraksis, der ønskes undersøgt og udviklet. Afhængig af det specifikke formål med forløbet, kan man fx vælge at se på særligt kritiske forløb, særligt succesfulde forløb, eller måske forløb fra begge kategorier og en midterkategori. Eller man kan vælge at inkludere cases, som er karakteriseret ved særlige problemstillinger, som fx bestemte aldersgrupper, brugere med bestemte diagnoser, eller forløb, hvor der er sket mange overflytninger af patienter.

I denne type audit er det relevant at stille følgende spørgsmål, når der skal opstilles kriterier for udvælgelse af cases:

- Hvilke særlige karakteristika skal kendetegne de udvalgte cases for at få belyst variation, nuancer og særlige problemstillinger, som gør sig gældende, inden for den praksis, der ønskes undersøgt?
- Hvilke medarbejdere eller ledelsespersoner har tilstrækkeligt kendskab til disse cases for at kunne varetage udvælgelsen på en kvalificeret måde?

I case 4 om forløbet med udvikling af anbefalinger til ADHD-behandling, blev caseudvælgelsen foretaget ud fra følgende kriterier:

- Barnet/den unge tilhørte den definerede målgruppe (jf. definitionen ovenfor).
- Alle de fire deltagende behandlingenheder skulle være repræsenteret med sager.
- Der skulle så vidt muligt være aldersspredning på de repræsenterede børn og unge, da der i forbindelse med barnets opvækst vil være forskellige problemstillinger, der gør sig gældende .
- Det var frontpersonalet på institutionerne, som udvalgte cases.

3.5. Præcisering af temaer

Før audit igangsættes besluttet det, hvilke områder og problemstillinger som skal prioriteres i de faglige vurderinger og drøftelser i forløbet. Præcisering af temaer for vurderingen har en vigtig funktion som instrument til at retningsgive og styre processen i auditforløbet.

Det skal undersøges, om der findes formelle eksplicitte kriterier, som skal danne grundlag for vurderingen, eller om der skal udvælges temaer og evt. formuleres vurderingsspørgsmål, som må vurderes ud fra den enkelte auditpaneldeltagers egen faglige indsigt, viden og erfaringer, såkaldte implicitte vurderingskriterier. De udvalgte temaer og vurderingsspørgsmål kan med fordel indskrives i et skema, som herefter omtales som et vurderingsskema.

Det kan for forståelsen af vurderingsskemaets funktion give mening at se på dets funktion i forhold til henholdsvis auditforløb med evaluering af målopfyldelse som formål og auditforløb med faglig udvikling som formål.

Vurderingsskemaets funktion i forløb med evaluering af målopfyldelse som formål

I auditforløb, hvor formålet er evaluering af målopfyldelse, vil vurderingsskemaets funktion være at præcisere temaer og vurderingsspørgsmål, som gør det muligt at holde den udførte praksis op imod de opstillede kvalitetsmål. Alle de forløb, hændelser, eller hvad der måtte være genstand for auditforløbet, vurderes ud fra disse mål.

Kriterierne vil, i auditforløb med målopfyldelse som formål fx være standarder, som det var tilfældet i case 1 om journalaudit på lungekræftpatientforløb.

Det fremadrettede aspekt vil i forløb med målopfyldelse som formål være at undersøge, hvorvidt målene er nået og at undersøge årsager til, at mål eventuelt ikke opfyldes, give forslag til eller anvisninger på, hvordan praksis kan forbedres i overensstemmelse med kriterierne fremover. Et resultat kan også være en anbefaling om at ændre et mål.

Vurderingsskemaets funktion i forløb med faglig udvikling som formål

Når der er tale om auditforløb med udvikling af praksis som formål, vil vurderingsskemaets funktion være at udstikke en ramme som sikrer, at auditpanelets vurderinger og diskussioner målrettes prioriterede og væsentlige områder i den praksis, som er genstand for forløbet. Formålet med forløbet er at undersøge og blive klogere på, hvad der er god praksis, og hvordan eksisterende praksis kan blive bedre. Derfor vil ændringer i vurderingsskemaet, fx i form af yderligere præcisering af vurderingstemaer eller -spørgsmål, tilføjelser af nye vinkler mv., ofte være en del af processen og altid være et vigtigt resultat af forløbet.

Opbygningen af vurderingsskema

Vurderingsskemaet kan tjene som redskab til at fokusere og styre de faglige vurderinger og drøftelser i auditforløbet, men kan også anvendes til at samle resultaterne fra et auditmøde, som referatskabelon på selve auditmødet.

Skemaet kan i lighed med et spørgeskema opbygges på forskellige måder, men følgende elementer vil ofte indgå:

- Hovedtemaer, som beskriver udvalgte områder for vurderingen.
- Eventuelle undertemaer eller vurderingsspørgsmål, som præciserer, hvad der skal vurderes inden for hvert hovedtema.
- Vurderingsskala eller ja/nej, som giver mulighed for afkrydsning i faste svarkategorier.
- Kommentarfelt til begrundelser og kommentarer for vurderingen.

Afhængig af hvilke elementer man vælger i sit vurderingsskema, kan skemaet gøres mere eller mindre åbent for den enkelte deltagers egne vurderingskriterier. Vurdering med afkrydsning i faste svarmuligheder giver mulighed for at optælling af antallet af gode/mindre gode vurderinger, hvor kommentarmuligheden åbner for kvalitative svar, hvor de faglige refleksioner træder frem.

Ved procentvise opgørelser over svarfordelingerne i et auditskema, er det vigtigt at resultaterne tolkes ud fra, hvor repræsentativt de inkluderede cases er udvalgt i forhold til den samlede mængde af cases. Kan de udvalgte cases med rimelighed antages at afspejle den række af faglige problemstillinger og forskellige nuancer og variationer i den praksis, som man ønsker at evaluere?

På de følgende sider gives to eksempler på vurderingsskemaer.

Det første eksempel viser vurderingsskemaet fra case 1, journalaudit for patientforløb for lungekræftpatienter. Skemaet er udarbejdet på baggrund af relativt eksplicite kriterier i form af gældende standarder for denne type af patientforløb, og punkterne 1.4 - 3.15 refererer hertil.






Det andet eksempel er et uddrag fra et vurderingsskema, hvor formålet var at undersøge den faglige praksis i forhold til udadreagerende udviklingshæmmede voksne med udadreagerende adfærd. Dette skema, der er udarbejdet af auditpanelet, lægger op til vurderinger på baggrund af deltagerens implicitte vurderingskriterier for god faglig praksis.

Eksempel 1: Auditskema (case 1)

Standard	Opfyldt		Bemærkninger
	Ja	Nej	
Undersøgelsesforløbet			
1.4 Henvielse fra praksis			
1.5 Kontaktperson			
1.6 Tilhørsforhold			
1.7 Kontaktperson i ny afdeling			
1.8 Tid udredning			
1.12 Tid besked praksis			
1.13 Kontaktlæge og -sygeplejerske			
1.14 Forløbsansvarlig læge			
1.23b Sagt til patient			
1.24 Overbring af diagnose			
1.25 Info og samtykke			
1.28 Drøftelse på lungekonf.			
1.29 Visitation til viderebehandling			
Behandlingsforløbet			
2.2 Kontaktlæge og -sygeplejerske			
2.3 Sagt til patient			
2.4a Behandlingsplan			

Standard	Opfyldt		Bemærkninger
	Ja	Nej	
2.4b Dato for info til praksis			
2.5 Samtale efter henvisning			
2.13 Meddelelse om behandling			
Efterbehandlingen			
3.1 Info før udskrivelse			
3.2 Sagt til patient			
3.3 Rehab inden udskrivelse			
3.4 Invol af hjpl og egen læge			
3.5 Åben indlæggelse			
3.6 Info og samtykke			
3.7 Medi palliation			
3.8 Palliative interventioner			
3.9 Opfølgende samtaler			
3.10 Symptomlindring			
3.11 Fl.anv. læge og kt. sygepl.			
3.12 Team vedr. palliative inds			
3.15 Tid egen læge			

Eksempel 2: Uddrag fra auditskema vedrørende problemskabende adfærd blandt beboere på regionale bosteder for udviklingshæmmede voksne

						
		I høj grad tilfredsstillende	I nogen grad tilfredsstillende	I mindre grad tilfredsstillende	Slet ikke tilfredsstillende	Stillingtagen ikke mulig pga manglende dokumentation
Tema 4: Vurdering af institutionens indsats over for beboerens problemskabende adfærd						
12	Vurder om beboerens pårørende inddrages tilstrækkeligt i behandlingen					
	Kommentar					
13	Vurder om den pædagogiske indsats er tilstrækkelig og løbende tilpasses i forhold til beboerens problemskabende adfærd					
	Kommentar					
14	Vurder om den struktur, der er etableret omkring beboeren, er hensigtsmæssig i forhold til håndtering af beboerens problemskabende adfærd					
	Kommentar					

Hovedtemaer

Hovedtemaerne angiver de områder, som indgår i auditforløbet. I eksempel 1 ovenfor er der angivet tre hovedområder fra standarderne:

- Undersøgelsesforløbet
- Behandlingsforløbet
- Efterbehandlingen

I eksempel 2 er følgende hovedområder udvalgt af auditpanelet, som fokus for auditforløbet:

Tema 1: Vurdering af dokumentation om beboeren før indskrivning

Tema 2: Vurdering af de ressourcemæssige forudsætninger

Tema 3: Vurdering af institutionens løbende dokumentation og kommunikation om beboeren

Tema 4: Vurdering af institutionens indsats over for beboerens problemskabende adfærd

Tema 5: Vurdering af magtanvendelsessituationer

Tema 6: Vurdering af medicin

I nogle tilfælde vil det være en hjælp at finde hovedtemaer i det fagfelt, som skal auditeres, før eventuelle under-temaer eller vurderingsspørgsmål defineres. I andre tilfælde begynder man med at have fokus på nogle særlige detaljer, som er specielt interessante, problematiske eller virkningsfulde og formulere vurderingsspørgsmål som omhandler disse, hvorefter de tematiseres.

Er auditforløbet en måde at kvalitetsudvikle arbejdet med at udarbejde handleplaner eller føre journaler på, vil nogle temaer typisk knyttes til handleplansskabelonen/journalens opbygning. Den indholdsmæssige og formmæssige del kan være tematiseret i forhold til særlige retningslinjer og principper for udfyldelsen, fx beskrivelse af mål og delmål for indsatsen og klientens holdning til planen.

I eksempel 1 angives en række punkter, som skal vurderes. Eksempelvis angives følgende punkter under Undersøgelsesforløbet:

1.4 Henvisning fra praksis

1.5 Kontaktperson

1.6 Tilhørsforhold

Hvert punkt henviser til en bestemt standard for området, som angiver, hvad det er, der skal vurderes. Nedenfor gives eksempler på de tre standarder, som knytter sig til de tre punkter ovenfor.

Eksempel på standarder for patientforløb for lungekræft
(case 1)

Standard

Måling

1.4 Henvisning fra praksis

For patienter med mistanke om lungekræft skal en henvisning fra praksis til sygehus være/indeholde:

- Problemororienteret
- Hovedsymptomer/andre symptomer/baggrund
- Tidsramme
- Relevante undersøgelser, der er foretaget
- Medicin og tobaksforbrug
- "Hvad der er sagt til patienten"

Retningslinjer for henvisningens udformning og indhold skal være til stede i udredende afdeling og praksis (i form af Klinisk Info).

Hver 3. måned udføres intern audit på afdelingen, hvor ca. halvdelen af henvisningerne gennemgås.

1.5 Kontakt til en person, der har kendskab til patienten

Patienten skal altid kunne kontakte en person, der har kendskab til patienten, og det videre forløb for patienten.

Oplysninger er noteret i journalen. Måles ved intern audit på afdelingen hver 3. måned.

Patienten skal være i besiddelse af informationerne. Måles af amtets kvalitetsafdeling hvert andet år.

1.6 Patientens tilhørsforhold

Patienten skal "tilhøre" den afgivende instans, indtil patienten har haft det første møde med den modtagende instans.

Oplysningerne er noteret i journalen. Måles ved intern audit på afdelingen hver 3. måned.

Patienten skal være i besiddelse af informationerne. Måles af amtets kvalitetsafdeling hvert andet år.

I eksempel 2 overfor ses tre af de kriterier, som hører hjemme under Tema 4: Vurdering af institutionens indsats over for beboerens problemskabende adfærd. Her præciseres de problemstillinger som ønskes vurderet på følgende måde:

- Vurder om beboerens pårørende inddrages tilstrækkeligt i behandlingen.
- Vurder om den pædagogiske indsats er tilstrækkelig og løbende tilpasses i forhold til beboerens problemskabende adfærd.
- Vurder om den struktur, der er etableret omkring beboeren er hensigtsmæssig i forhold til håndtering af beboerens problemskabende adfærd.

Der vil være forskellige grader af præcision og entydighed i den måde undertemaer eller vurderings spørgsmål stilles på, men i udgangspunktet skal de udarbejdes med et så præcist og entydigt sprogbrug som muligt.

Som udgangspunkt vil de regler, der gør sig gældende i forhold til udarbejdelse af spørgsmål til et spørgeskema, også gælde for udarbejdelsen af vurderingsskemaer, fx:

- Undlad at anvende dobbelttydige formuleringer.
- Undlad at bruge ledende formuleringer.
- Undlad at bede om vurdering af flere (under)temaer ad gangen.
- Undlad at bruge ordet "ikke" i formuleringen, da det lille ord ofte overses af læseren, hvorved en formulering læses i dets stik modsatte betydning.

Samtidig er vurderingsskemaet, til forskel fra et spørgeskema, udarbejdet med henblik på at være udgangspunktet for en faglig drøftelse. I drøftelsen vil det ofte fremgå, at de temaer eller spørgsmål, som skal vurderes, vil læses og forstås forskelligt af forskellige auditdeltagere, og processen i forløbet indebærer derfor også en begrebsafklaring og en indgang til at finde frem til en fælles sprogbrug samt indsigt i hinandens forståelser af den aktuelle fagpraksis.

Oftentimes kan det være en fordel at udarbejde en vejledning til udfyldelse af vurderingsskemaet, hvor det præciseres, hvordan skemaet udfyldes, og hvor der er mulighed for at uddybe, hvad der ønskes svar på.

Uddrag fra vejledning til auditskema ved audit om problemskabende adfærd:

VEJLEDNING TIL AUDITSKEMA OM BEBOEREN

Gennemgående retningslinjer for alle spørgsmål

Det er vigtigt, at alle auditdeltagere så vidt muligt skriver kommentarer til alle afgivne svar. De skrevne kommentarer er en hjælp, når I på auditmøderne skal gøre rede for synspunkter. Samtidig anvendes de skrevne kommentarer som baggrundsmateriale i forbindelse med afrapportering af projektet. I kommentarfeltet må der gerne refereres til de dokumenter, svaret er afgivet på baggrund af, eksempelvis: "Det ses i handleplan af 14.04.06".

I de tilfælde, hvor et spørgsmål ikke kan vurderes, fordi der ikke foreligger dokumentation i sagen, sættes kryds i feltet "stillingtagen ikke mulig pga. manglende dokumentation". Hvis det vurderes, at dokumentationen burde foreligge i sagen, anføres dette i kommentarfeltet med en begrundelse for hvorfor, dokumentationen burde fremgå, eksempelvis: "Dokumentation mangler – men det burde fremgå af sagen, fordi kommunen er forpligtet til at udarbejde en handleplan".

De fire svarkategorier, "i høj grad tilfredsstillende", "i nogen grad tilfredsstillende", "i mindre grad tilfredsstillende" og "slet ikke tilfredsstillende" skal derfor kun anvendes til at vurdere et spørgsmål på baggrund af foreliggende dokumentation i sagsmateriale.

[...]

[...]

Spørgsmål 12

Det kan blandt andet vurderes om pårørende inddrages via fx forbesøg på institutionen før indskrivning, ved deltagelse i konferencer, telefonsamtaler mv.

Spørgsmål 13

Her beder vi om en samlet vurdering af institutionens pædagogiske indsats set i forhold til beboerens problemskabende adfærd. I vurderingen kan blandt andet indgå betragtninger om, hvordan der arbejdes forebyggende og hvilke metoder, der anvendes.

I forlængelse heraf kan ligeledes foretages en mere generel vurdering af, om en pædagogisk indsats er tilstrækkelig i forhold til beboerens adfærd og problemstillinger, eller om det vil være relevant med andet personale end pædagoger. Vurderinger i forhold til sidstnævnte problemstilling bedes anført i kommentarfeltet.

Spørgsmål 14

Med strukturer tænkes blandt andet på, om der indgås klare aftaler med beboeren, lægges ugeplan, og om der sker en refleksion over, hvem beboeren er i kontakt med mv.

[...]

Validitet og pilottest af vurderingsskema

For både spørgeskema og interviewguide anbefales det at lade dem pilotteste, før de tages i anvendelse. Pilottesten gennemføres for at afprøve, om skemaets/guidens temaer og spørgsmål fungerer som redskab til at få svar på de spørgsmål, man stiller. Anvendes der ord eller begreber, som kan tolkes forskelligt eller kan misforstås? Virker rækkefølgen af spørgsmålene logisk for respondenterne? Er der temaer eller detaljer, man har overset? Det er med andre ord et spørgsmål om undersøgelsens validitet.

Pilottest kan også være en vigtig procedure i forbindelse med udarbejdelse af vurderingsskemaer — også selv om det ofte er de samme mennesker i auditpanelet, der har udarbejdet skemaet, som også skal udfylde det. Det første skema er og bliver "skrivebordsarbejde". Det får først sin ilddåb, når det konfronteres med "en virkelig sag" med konkrete sagsakter. En pilottest kan gennemføres ved en "prøve-audit" med en enkelt sag.

Pilottest vil især være påkrævet, når der er tale om forløb, hvor audit anvendes som redskab til evaluering af målopfyldelse, hvor opgaven er at undersøge, i hvilken udstrækning den aktuelle faglige praksis gennemføres ud fra opstillede retningslinjer for "den gode praksis". Her er det afgørende, at de udvalgte temaer og spørgsmål relaterer sig til de mål for fagpraksis som er opstillet, og at skemaet er testet fra begyndelsen, så det kan anvendes som redskab på samme måde under hele forløbet.

I auditprojekter, hvor hovedfokus er faglig udvikling i betydningen "indkredsning og tydeliggørelse af hvad den gode faglige praksis er, vil selve forløbet kunne betragtes som en form for pilottest. Det er en proces, hvor temaer og kriterier for den gode faglige praksis træder mere og mere frem for til sidst at kunne formuleres mere klart end ved projektets start.

Afgrænsning og begrænsning?

En af de udfordringer, man møder i udarbejdelsen af vurderingsskemaet, er på den ene side at "nå tilstrækkeligt omkring" de vigtigste faglige problemstillinger. På den anden side må man begrænse sig, så skemaet ikke bliver for omfattende og efterlader for lidt tid til de faglige drøftelser. Erfaringen er, at auditpanelet hurtigt finder mange interessante temaer og problemstillinger, som det kan være meget fristende at tage med i skemaet, når man nu er i gang. Men her er øvelsen at overveje, hvilke temaer, der er de vigtigste i forhold til formålet.

Antallet af temaer vil variere fra forløb til forløb, og nogle temaer vil optage mere af panelets tid end andre, men som tommelfingerregel bør man ikke have flere end 10–15 temaer med i vurderingsskemaet.

Man kan spørge sig selv, om det i princippet er muligt at vurdere alle aspekter af en fagpraksis gennem audit, eller om der er problemstillinger eller temaer, som ikke er egnede. Her må svaret være, at alt i princippet kan vurderes og drøftes så længe, der findes dokumentation (data) herfor, som gør det muligt for auditpanelet at forholde sig til den gennemførte praksis. Dette går vi mere ind i under afsnittet om dokumentationsmateriale.

Faste svarkategorier – katalysator for argumentation og redskab til evaluering

Efter at have set på det faglige indhold i vurderingsskemaet – hvad er det vi ønsker svar på? – er det tid til at se på, i hvilken form, vi ønsker svarene givet.

I eksemplerne på auditskemaer er der mulighed for afkrydsning i faste svarkategorier. Det har den fordel, at auditdeltageren tvinges til at foretage en præcis vurdering. Det er erfaringen, at det skærper argumentationen i forhold til, hvorfor krydset sættes i netop denne kategori og ikke i en af de andre. På selve auditmødet er det en hjælp til at få uddybet svarene, idet mødelederen kan stille spørgsmål som fx:

- Hvad skulle der til for, at du ville flytte krydset over mod "Tilfredsstillende"?
- Kan du forklare, hvad der har fået dig til at vurdere så højt som "Meget tilfredsstillende"?

En anden fordel ved afkrydsningen er, at mødelederen efter runden med de individuelle vurderinger hurtigt kan opsummere: "Det var interessant: Fire har svaret "Ikke tilfredsstillende" og tre har svaret "Meget tilfredsstillende", hvad handler det mon om?" På den måde kan krydserne hjælpe til at give overblik over paneldeltageres umiddelbare ståsteder og et tydeligt udgangspunkt for den faglige drøftelse.

I auditforløb, som har til formål at evaluere målopfyldelsen af en faglig indsats, kan afkrydsningen være en hjælp til hurtigt at gøre op, hvor tilfredsstillende indsatsen er på de gennemgåede sager. Dette var fx tilfældet i case 1 om journalauditforløbet.

I auditforløb, hvor hensigten ikke er evaluering, men derimod at udvikle og finde frem til "den gode praksis", som det var tilfældet i både ADHD- og handleplansforløbet, anvendes afkrydsningen udelukkende som katalysator for den faglige diskussion og rapporteres ikke. Her rapporteres udelukkende deltageres kommentarer og konklusioner.

Formålet med auditforløbet, hvad enten det handler om målopfyldelse, monitorering eller udvikling, er at blive klogere. Auditdeltageren sætter sit faglige ståsted i spil og lader sig påvirke af panelets diskussioner. Derfor er det en vigtig del af processen, at paneldeltagerne har mulighed for at ændre deres vurderinger og måske endda ønsker at flytte deres kryds. Det, at deltagerne flytter deres kryds i skemaet, er med til at tydeliggøre, når diskussionerne får en deltager til at ændre sin oprindelig vurdering. Fx kan man opleve, at panelet, efter en faglig drøftelse, når til enighed om en vurdering, hvor deltagerne i udgangspunktet vurderede det pågældende emne forskelligt.

Kommentarerne – støtte til læringsdelen

Det er imidlertid ikke nok at sætte kryds og konstatere, om den faglige praksis har været gennemført ”Ja/Nej” eller ”Tilfredsstillende/Mindre tilfredsstillende”. Vurderingen skal følges op af argumentation og undersøgelse. Hvorfor har praksis ikke levet op til standarden? Hvad var det, der gjorde praksis god? Hvad manglede eller hvad var måske gjort galt? Til den del af processen er et kommentarfelt en uvurderlig støtte.

I case 2–5 har auditdeltagerne i forbindelse med den individuelle forberedelse foruden vurdering ved afkrydsning, udfyldt vurderingsskemaets kommentarfelt til deres begrundelser og kommentarer og brugt dem som støtte under den faglige diskussion på auditmødet. I kommentarerne fastholdes vigtige detaljer og nuancer i forhold til de enkelte spørgsmål, som ellers let kan forsvinde i det overordnede indtryk af en case. I de forløb, hvor der gennemgås flere sager, og hvor der arbejdes ud fra en relativ stor mængde dokumentation, er kommentarerne ekstra vigtige i forhold til at adskille detaljerne i de gennemgåede cases.

3.6. Dokumentationsmateriale - udvælgelse og klargøring

Hvordan præsenteres auditpanelet bedst muligt for den faglige praksis, der skal vurderes?

Typer af dokumentation

Faglig praksis kan dokumenteres på forskellige måder. Den mest anvendte metode er skriftlig dokumentation. Det kan også være kvantitative data.

Andre måder at dokumentere praksis på kan være videooptagelser eller lydoptagelser. I vurderinger af ”bløde forhold” såsom kropssprog, stemmeleje osv., kan video fx være et nyttigt dokumentationsredskab.

I og med at vurderingerne foretages i et bagudrettet perspektiv, vil der ofte kunne tages udgangspunkt i eksisterende dokumentation for den faglige praksis. Det er dog også en mulighed at lade fagpersoners mundtlige fortællinger være udgangspunktet for vurderingerne. Alternativt kan der på forhånd foretages et interview med det aktuelle fagpersonale, og et referat herfra kan indgå i vurderingerne. Endelig skal det nævnes, at audit kan gennemføres med udgangspunkt i auditpaneldeletagernes fælles erfaringer fra den eller de konkrete cases, som gennemgås. Dette har Center for Kvalitetsudvikling ikke direkte erfaringer med, men det kunne tænkes relevant, fx ved ønsket om at vurdere en bestemt hændelse eller situation.

Betydningen af kvalificeret dokumentation af praksis

Generelt vil det gælde, at jo mere kvalificerede beskrivelser af den faglige praksis, som auditpanelet præsenteres for, jo mere kvalificeret vil vurderingen kunne foretages. Mangelfulde beskrivelser gør det vanskeligt at foretage en reel vurdering, og ofte vil diskussionen komme til at dreje sig om kvaliteten i dokumentationen. Kvaliteten i dokumentationen er i sig selv en vigtig parameter i det faglige arbejde. Ofte vil et eller flere temaer i vurderingsskemaet dreje sig direkte om emnet. Men det vil være et problem at gennemføre et auditforløb for områder, hvor der generelt ikke forefindes tilstrækkelig (kvalificeret) dokumentation. Her er auditmetoden ikke egnet, og man må finde andre veje til kvalitetsudvikling.

I forhold til kvaliteten af dokumentationsmaterialet vil det have betydning, om der er tale om intern eller ekstern audit. I den interne audit vil auditdeltagerne ofte være de personer, som har forestået dokumentationen, og der er typisk et tæt kendskab til den gennemgåede praksis og stor baggrundsviden i gruppen, som kan kompensere for eventuelle mangler i dokumentationen. I den eksterne audit er deltagerne pr. definition afhængige af det, der er dokumenteret. Her har man kun sin faglige viden og erfaringer at trække på, men ikke kendskab til den konkrete case.

Udover dokumentationsmateriale i forhold til den eller de cases, som gennemgås i auditforløbet, kan det ofte være relevant at inddrage forskelligt baggrundsmateriale, som casematerialet skal tolkes i forhold til. Det kan fx være en organisations værdigrundlag, beskrivelser af personalenormering, fysiske rammer eller lignende. Dette kan især være relevant, hvor auditpanelet er sammensat på tværs af arbejdsenheder, hvor denne type viden og indsigt i hinandens vilkår og betingelser for indsatsen ikke er kendt viden.

I forhold til problematikken om kvaliteten i dokumentation, er det særligt interessant at gennemføre et auditforløb, hvor der både er fagpersoner, som har direkte kendskab til den aktuelle sag, og eksterne personer uden denne indsigt og baggrundsviden. Her vil det blive ekstra tydeligt, hvilken type dokumentation, der bidrager bedst til indsigt i casen, hvilke informationer, der måske ikke er så nødvendige, og hvad der mangler. Dette bliver klart, når der er uoverensstemmelser mellem det billede og de vurderinger, som de udenforstående deltagere giver af casen, og den indsigt og viden om forløbet, som de, der kender til casen, har.

Dokumentation på dagsordenen

Om end dokumentation som emne på dagsordenen i auditforløb ligger lige for, vil der være forskel på, hvor meget, og på hvilken måde, debatten vil fylde i det enkelte auditforløb.

I case nr. 5 om det kritiske behandlingsforløb i hospitalspsykiatrien var dokumentation af forløbet et emne, der fyldte meget lidt på auditmødet. Alle fagpersoner i panelet, foruden de to eksterne opponenter, kendte til forløbet, og journalmaterialet var stort og forløbet veldokumenteret.

I case nr. 4 om udvikling af anbefalinger til ADHD-behandling var dokumentationspraksis netop et af de områder, der skulle undersøges og udvikles. Her fyldte diskussioner om dokumentation en del, og et af resultaterne fra forløbet var anbefalinger vedrørende dokumentation.

Som det fremgår, bliver betydningen af dokumentation ofte meget tydelig under auditforløbet. Det er ikke sjældent, at et auditpanel opdager, at en del af den dokumentation, som sidemæssigt fylder meget, kan have ringe informationsværdi i forhold til at opsamle relevant viden om den faglige indsats. Det, som bliver udfordringen, er at udvælge og dokumentere de vigtigste dele af den faglige praksis, ligesom en vis systematik i dokumentationen har betydning for at nå målet om, at dokumentationen afspejler den faglige indsats og argumentation og kan kommunikeres til og accepteres af andre fagprofessionelle.

Udvælgelse af dokumentationsmateriale

I nogle auditforløb vil det være givet, hvilket materiale, der udgør det bedste grundlag for vurderingen. Dette gælder fx auditforløbet med handleplansarbejdet (case 3), hvor det var oplagt at gennemgå en række handleplaner, eller i journalauditforløbet (case nr. 1), hvor en række journaler inden for det valgte patientforløb blev vurderet.

I andre forløb vil det kræve lidt overvejelse at nå frem til, hvilken dokumentation, der egner sig bedst. Hvor der er tale om langvarige eller komplicerede forløb med en stor mængde dokumentationsmateriale, kan det være nødvendigt at udvælge og prioritere materialet.

Det vigtigste kriterium for udvælgelse af dokumentationsmateriale er, at materialet skal give auditpanelet mulighed for at besvare vurderingsspørgsmålene. Hvor der er tale om behandlings- eller sagsforløb, kan det være en god idé først at skabe sig et overblik over den samlede mængde af sagsakter:

- Hvilke typer af dokumenter/anden dokumentation forefindes?
- Hvor langt tilbage i tiden strækker dokumentationen sig?

Herefter har man en lettere adgang til at vurdere og udvælge:

- Hvilken type dokumentationsmateriale er relevant?
- Hvor langt tilbage i tiden skal vi gå i udvælgelsen?
- Kan og skal der indhentes anden dokumentation end den, der er umiddelbart tilgængelig?

Foruden det indholdsmæssige aspekt – altså at det udvalgte materiale så vidt muligt skal dække de temaer og problemstillinger, der skal vurderes er det naturligvis også afgørende, at mængden af det materiale som udleveres, er overkommelig at gennemgå og forholde sig til.

Det kan tage tid at gennemgå et stort sagsmateriale, gennemse seancer af videoklip med videre, for at udvælge det mest centrale til lejligheden. Det kan også være vanskeligt at vurdere, hvor grænsen går for, hvad der er relevant, og hvad der skal vælges fra. Det kan dog være en vigtig investering at gøre i forhold til, at hele auditpanelet ellers kommer til at bruge unødige ressourcer på at gennemlæse materiale, som ikke er relevant.

Der er naturligvis grænser for, hvor meget materiale auditpanelet kan overkomme at forholde sig til. Det vil variere fra forløb til forløb, hvor grænsen går, alt efter hvor mange ressourcer, der kan afsættes til gennemlæsning og vurdering, dokumentationens læsevenlighed, deltagernes træning i at overskue sagsakter osv.

Eventuelt kan man foretage en prøveaudit, hvor det både kan vurderes, hvor dækkende det udvalgte dokumentationsmateriale er i forhold til auditskemaet, og om omfanget af dokumentationsmaterialet er overkommeligt.

Indhentning af samtykke

Man skal være opmærksom på, om det auditprojekt man ønsker at gennemføre, er af en sådan karakter, at brugen af dokumentationsmateriale forudsætter, at der indhentes informeret samtykke hos de borgere, hvis sager indgår i forløbet.

Der henvises til Persondataloven. Er man i tvivl, bør man kontakte en juridisk konsulent for endelig afklaring.

Anonymisering

I auditforløb, hvor eksterne fagpersoner inddrages, er det nødvendigt at anonymisere dokumentationsmateriale, der indeholder personfølsomme oplysninger om en borger. Der henvises til samme lovgivning som ovenfor. Det skal desuden nævnes, at anonymisering af personfølsomme oplysninger om fagpersonale, som indgår i materialet, kan overvejes. Dette kan fx være relevant i cases, hvor auditpanelet selv er direkte involveret i den gennemgående fagpraksis eller kender til de involverede medarbejdere, da anonymisering kan bidrage til at holde fokus på sagen, og ikke flytte fokus til konkrete medarbejdere. Det samme signal kan sendes til medarbejdere uden for auditpanelet, hvis praksis måtte indgå i auditforløbet.

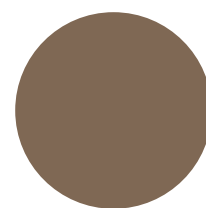
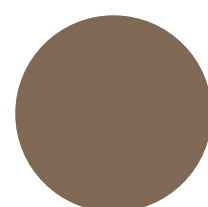
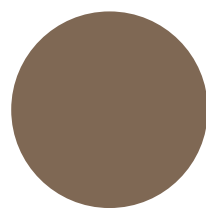
Generelt er anonymisering af dokumentationsmateriale en meget tidskrævende opgave, især i auditforløb med store mængder af materiale, og hvor en stor del heraf ikke forefindes elektronisk. Derfor er det værd at overveje nødvendigheden og graden af anonymisering.

Et praktisk tip i forbindelse med anonymisering er, at man bør være opmærksom på, at der kan være steder i materialet, hvor anonymisering kan være meningsforstyrrende. Her kan det være en hjælp, hvis man erstatter de personfølsomme oplysninger med en betegnelse for personens relation til den borger, som sagen omhandler, fx "mor", "sagsbehandler", "praktiserende læge" eller lignende.

Sagsoversigt

Inden casematerialet udleveres til auditpanelet, ordnes materialet, så det ligger i logisk rækkefølge, hvilket oftest vil være i kronologisk orden. Desuden vil det i de fleste tilfælde være hensigtsmæssigt at udarbejde en sagsoversigt. Sagsoversigten er en liste med datoer og overskrifter på de dokumenter, som indgår i casen, som dels gør det muligt at overskue materialet, dels letter arbejdet, hvis der er behov for at finde tilbage til specifikke dokumenter.

Casen markeres med et særligt nummer eller tal, og oversigten kan eventuelt også indeholde enkelte data, som kendetegner sagen, fx køn og alder på den person, som casen omhandler. Disse data gør det lettere for auditpanelet at skelne de forskellige cases fra hinanden og at finde tilbage til de enkelte.



KAPITEL 4. AT AFHOLDE AUDITMØDE

At afholde og deltage i et auditmøde er for de fleste både udfordrende og lærerigt. Det er på auditmødet, at forløbets design kommer til at stå sin prøve i mødet med den dokumenterede faglige praksis. Auditpanelet tager sammen fat på arbejdet med at vurdere og udforske det område, som ønskes udviklet og forbedret eller kvalitetssikret.

På selve auditmødet følges en fast struktur, og det handler om at finde en balance, hvor fokus og struktur fastholdes, mens der samtidig gøres plads til overvejelser og drøftelser, der kan række ud over de vedtagne rammer. Det er et vilkår, at faglige drøftelser til tider fører hen i en blindgyde og til andre tider, når op i de højere luftlag, hvor "aha-oplevelser" og nye erkendelser opnås.

I dette kapitel vil vi først gennemgå nogle af de praktiske detaljer vedrørende auditmødet. Derefter vil vi gennemgå auditmødet fra start til slut.

4.1. Praktiske detaljer

Auditmødets udstrækning

De auditforløb, som Center for Kvalitetsudvikling har gennemført, har haft et omfang, der tidsmæssigt har krævet, at auditpanelet har deltaget i, hvad der svarer til mindst et heldagsmøde. I mindre omfangsrige forløb, kan det være nok at mødes et par timer eller en halv dag.

Når Center for Kvalitetsudvikling har valgt at afholde møderne på én dag frem for flere mindre møder, er det blandt andet ud fra af følgende overvejelser:

- At auditpanelet får mulighed for at opleve en høj grad af kontinuitet og fordybelse, når de tilbringer en hel dag med arbejdet. Dette kan også øge oplevelsen af at være sammen om opgaven.
- Af praktiske og ressourcemæssige hensyn, da det er ressourcebesparende for deltagerne og lettere at planlægge vikardækning m.v., når deltagerne skal være med en hel dag ad gangen end ved kortere møder over flere dage.

Mødested og lokale

Auditmøder kræver koncentration og nærvær for deltagerne. Er der mulighed for det, kan det være en fordel at tage væk fra arbejdspladsen for at afholde mødet, så deltagerne ikke risikerer at skulle forholde sig til andre arbejdsopgaver og mødet opleves som en lejlighed til at "løfte sig op" over den faglige hverdag.

Afholdes mødet på arbejdspladsen, er det vigtigt, at auditpanelet får ro til at arbejde uden forstyrrelser.

I det interne auditforløb vedrørende handleplansarbejdet blev mødet afholdt i mødefaciliteter i kommunens bygninger.

I ADHD-forløbet afholdt man auditmøderne på skift på de deltagende institutioner, og indlagde en rundvisning i dagens program. Deltagerne gav udtryk for, at rundvisningen gav dem en ekstra dimension at vurdere sagerne ud fra. Desuden havde det stor betydning for deres oplevelse at have fået kendskab til hinandens arbejdspladser.

Endelig skal nævnes eksempler, hvor kritiske sagsforløb med forskellige instanser og arbejdspladser er involveret, hvor man har valgt at afholde auditmødet på "neutral grund", fx på et konferencested.

Helt praktisk er det en fordel at planlægge mødet i et lokale med et godt stort bord, hvor der er plads til det dokumentationsmateriale, som følger med de cases, som gennemgås. Auditpanelet bør kunne placere sig på en måde, så alle kan have øjenkontakt og høre, hvad hinanden siger. Det er særligt vigtigt, at mødelederen og den faglige referent sidder, så han/hun kan have overblik over gruppen.

Tekniske og elektroniske hjælpemidler

Det er afgørende at få opsamlet hovedpunkter og konklusioner fra panelets drøftelser på auditmødet. Den faglige referent kan her benytte sig af forskellige hjælpemidler. Nogle personer har det bedst med at tage noter på papir – eventuelt kan noterne skrives ind i et tomt vurderingsskema under de temaer eller vurderingsspørgsmål, hvor de hører til. Oftest vil referenten efter mødet samle og renskrive sine noter i et elektronisk dokument. Alternativt kan der medbringes en bærbar pc på mødet, så noterne skrives direkte ind elektronisk.

En anden mulighed, som kan overvejes, er at medbringe en projektor til pc'en, så auditpanelet har mulighed for at følge med i referatet undervejs i forløbet. Dette forudsætter dog en vis systematik og klarhed i den måde referatet skrives på, da referatet ellers kan forvirre panelet.

Når de faglige diskussioner først er i gang, kan det være vanskeligt - hvor hurtig og god referenten end er - at få indfanget alle pointer, som kommer for dagens lys. Det er en god hjælp at optage auditmødet, så man efterfølgende kan gå tilbage til uklare eller vigtige passager og høre, hvad der egentlig var blevet sagt. I så fald skal panelet informeres herom på forhånd.

4.2 Auditmødet fra start til slut

I dette afsnit gennemgås elementerne i et auditmøde fra de indledende startbemærkninger til mødets slutning.

Indledning til dagen

Når auditpanelet er samlet omkring bordet, er det vigtigt, at mødelederen bruger lidt tid på at tegne rammerne for auditmødet, så det er klart for alle, hvordan mødet skal forløbe.

Det er klart, at jo mere auditpanelet har været involveret i at designe og planlægge forløbet, jo mere kender de i forvejen til baggrund, formål, rammer, vilkår mv, men det er under aller omstændigheder en god idé, at "gøre status" for det sted i projektet, panelet nu befinder sig, og ridse det fremtidige arbejde i panelet op. Med introduktionen sikres det, at alle er med på det, der skal ske. Det kan bidrage til at skabe tryghed i gruppen, hvilket kan være særligt vigtigt i forhold til de personer, der eventuelt har direkte part i de cases, der vurderes.

Her beskrives nogle af de elementer, introduktionen kan indeholde:

Velkomst og præsentation

Mødelederen byder velkommen. Afhængig af om deltagerne i forvejen kender hinanden, præsenterer paneldeltagerne sig. Hvis deltagerne ikke kender hinanden godt i forvejen, kan det være en fordel at medbringe navneskilte til at stille på bordet. Det er rart for både mødelederen og de øvrige deltagere at kunne bruge hinandens navne under gennemgangen og drøftelserne.

Baggrund og formål

Baggrunden for og formålet med mødet ridses op – hvad skal auditmødet munde ud i? Er der tale om en evalueringsrapport? Udvikling af anbefalinger? Eller noget helt andet? Afholdes et eller flere auditmøder? Det er vigtigt at understrege, at det overordnede formål med forløbet er at lære. Hvordan samles der op på i dag?

Mødets struktur

Det forklares, hvordan systematikken i gennemgangen af caserne vil forløbe, og deltagerne informeres om, hvordan der tages referat.

Om processen

Hvis det er muligt, kan det være en god idé at foregribe processen. Der vil være forskel på graden af udsving i processen i forskellige typer af auditforløb. Fx vil udformningen af vurderingsskemaet normalt ikke stå til diskussion, hvis auditforløbet har karakter af evaluering af målopfyldelse. Her holdes den aktuelle praksis op imod de på forhånd opstillede mål for indsatsen. De diskussioner, der tages på mødet, vil typisk være undersøgende i forhold til at finde årsager til, hvorfor en bestemt praksis ikke gennemføres som ønsket, og fremadrettet i forhold til at finde måder, hvorpå praksis kan forbedres. I forløb, hvor der er tale om udvikling af praksis — fx ved at udarbejde anbefalinger til den ”gode fagpraksis”, vil processen være mere flydende. De på forhånd udvalgte og definerede temaer, undertemaer og spørgsmål i vurderingsskemaet kan ændres undervejs i forløbet efterhånden, som panelet bliver mere præcise og tydelige i forhold til, hvori den gode fagpraksis består.

I forløb, hvor man gennemgår flere cases, kan det være en god idé at forberede panelet på, at gennemgangen af de første cases oftest tager længere tid end de senere, i takt med at flere og flere af de grundlæggende diskussioner er taget. Det kan være frustrerende for deltagerne, hvis det fra mødets begyndelse ser ud som om processen går alt for langsomt til, at det planlagte kan nås.

Det vigtige er, at deltagerne har ro og kan koncentrere sig om den proces, der nu kører. Er deltagerne frustrerede og oplever, at forløbet ikke giver mening, er det vanskeligt at opnå et konstruktivt resultat. Mødelederens opgave er derfor så vidt muligt at forberede deltagerne på det, der skal ske, og ellers følge med, holde processen på sporet, og følge op, hvis der opstår frustrationer, konflikter eller anden ubalance undervejs.

”Den rette ånd”

Det er vigtigt, at den tone, der slås an på et auditmøde, signalerer respekt om hver deltagers bidrag, og åbenhed i den måde man forholder sig til hinanden på.

Det kan være en god idé at præcisere denne forventning ved mødets begyndelse. Alle deltagere i auditpanelet er udvalgt, fordi de hver især besidder nogle særlige faglige kompetencer, erfaringer eller en særlig viden, som kan bidrage til at få belyst det område, der auditeres, på en kvalificeret måde.

Der kan være mange ting i spil i relationerne omkring bordet. Nogle deltagere kan være lidt sårbare, hvis de har direkte part i den fagpraksis, som vurderes. Der kan være forskelle i deltagernes organisatoriske og uddannelsesmæssige status. Nogle kan have en særlig personlig gennemslagskraft, en særlig specialiseret viden mv. Udfordringen er at få disse personer, med alt det de nu medbringer, til at arbejde sammen om at undersøge og udvikle det pågældende fagområde. Det drejer sig med andre ord om sagen, ikke om personerne.

Faglige vurderinger og drøftelser

Efter de indledende ord kan der tages hul på den systematiske gennemgang af det eller de eksempler på fagpraksis, som skal gennemgås. Vurderingsskemaet bestemmer rækkefølgen for gennemgangen af de udvalgte temaer.

I Center for Kvalitetsudvikling gennemgås hvert tema på følgende måde:

1. Først tages en runde, hvor hver deltager kort præsenterer sin vurdering af det konkrete tema eller vurderingsspørgsmål og en kort begrundelse herfor. Her får deltagerne hurtigt et overblik over de perspektiver, der er repræsenteret i gruppen.
2. Dernæst åbnes op for uddybelse af deltageres vurderinger og argumentationer og den faglig drøftelse. Her udforskes og afklares perspektiver, begreber, sammenhænge med videre vedrørende den konkrete problemstilling, og diskussionen kan føre til mere generelle konklusioner. Under drøftelsen vil der ofte være bevægelse i deltageres vurderinger, og ofte vil nogle deltagere ændre deres oprindelige vurderinger efterhånden som problemstillingerne foldes ud.
3. Til sidst konkluderes på den faglige drøftelse i gruppen. Det er ofte ikke et krav, at gruppen når til konsensus. Det skal dog altid præciseres hvilke perspektiver og tilgange, gruppen repræsenterer.

Auditmødets afslutning

Sidst på mødet er deltagerne som regel godt brugte og trætte i hovederne. Derfor kan det være fristende med en hurtig afslutning, men det anbefales at sætte lidt tid af til at afslutte mødet.

Opsummering af indhold på auditmødet

Indled eventuelt de afsluttende bemærkninger med at opsummere højdepunkterne fra auditmødet. Det kan fx være:

- Hvad har panelet nået i dag i forhold til det planlagte? Fx: "Vi havde sat fire sager på til i dag, men nåede godt omkring de tre. Det betyder...".
- Et par ord om processen, som mødelederen ser den. Fx: "I begyndelsen af mødet var der en diskussion om tema 2, hvor alle havde en del at byde ind med. Men da vi kom til case 3, var der allerede meget, der gav sig selv. Der var lige lidt træghed over frokost, men så var det ligesom, der kom gang i jer igen. I har været arbejdsomme og engagerede...".
- Hvis gruppen har nået til nogle særligt vigtige konklusioner, kan disse opsummeres.

Det videre forløb efter i dag

Hvad skal der ske efter mødet i dag? Er der opgaver til auditpanelet efter mødet? Er der måske flere auditmøder og aftaler, der skal genopfriskes i forhold til det? Modtager panelet et referat eller en rapport fra forløbet?

Evaluering af mødet

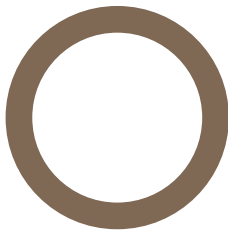
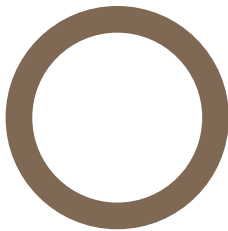
Endelig vil det være godt givet ud at bruge et par minutter på at evaluere dagen. Der vil ofte være et behov hos mødelederen for at høre, hvordan deltagerne har oplevet og vurderer mødet. Det kan også være konstruktivt for deltagerene at reflektere et øjeblik over forløbet, og få lejlighed til at sige et par afsluttende ord til hinanden og mødelederen, inden man takker af.

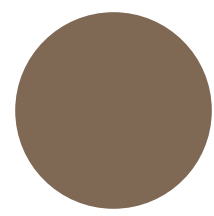
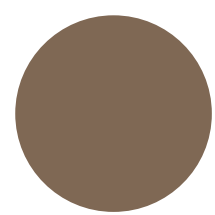
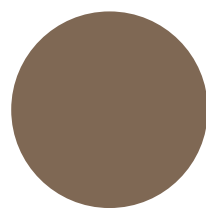
Man kan fx bede deltagerne om at overveje følgende spørgsmål:

- Hvordan har I oplevet processen i dag fra begyndelsen af mødet og frem til nu?
- Er der nogle af diskussionerne i dag, som I vurderer har været særligt betydningsfulde?
- Hvordan har I oplevet tonen/stemningen på mødet?

- Hvordan har I oplevet, at mødet er blevet styret? Hvad har været godt? Hvad kunne eventuelt have været gjort anderledes/bedre?
- Hvad vil I tage med herfra?
- Hvordan vurderer I auditmetoden som redskab til kvalitetsudvikling/evaluering/metodeudvikling? Eller hvad det konkrete formål nu har været.

I nogle forløb vil det være hensigtsmæssigt, at vente med at bede om deltagernes evaluering til det er muligt at se forløbet i sin helhed ved afslutningen. Det kan fx være tilfældet i forløb, hvor processen fra forberedelse til rapportering er meget intens, og hvor det endelige udbytte af forløbet først kan vurderes, når processen er afsluttet, og det endelige resultat ligger klart.





KAPITEL 5. RAPPORTERING

Hvordan skal der rapporteres? Dette spørgsmål er vigtigt at have overvejet, før man kommer dertil i processen, hvor auditmødet eller møderne er afholdt og rapporteringsarbejdet skal påbegyndes. Auditmødets resultat skulle jo helst forefindes i en form og også med et indhold, der gør det muligt at rapportere svarene på de spørgsmål, som auditforløbet er sat i værk for at besvare.

Det råmateriale, man sidder tilbage med efter et auditmøde, vil typisk være en båndoptagelse, et referat og måske har man også indsamlet auditdeltagernes skemaer med de individuelle vurderinger. Det vil naturligvis være forskelligt, hvilket arbejde der ligger i rapporteringen, alt efter formålet med forløbet. En rapportering kan variere lige fra et referat fra auditmødet til notater eller rapporter med evalueringsresultater, anbefalinger, fokuspunkter til videre udvikling eller andet.

I de forløb, hvor Center for Kvalitetsudvikling har deltaget som konsulenter, er der blevet udarbejdet notater og/eller rapporter.

I det følgende beskrives forskellige måder at rapportere på set i forhold til formålet med auditforløbet. Det uddybes, hvordan der kan rapporteres fra auditforløb, der har henholdsvis målopfyldelse og udvikling som formål.

Da der er lige så mange måder at rapportere på, som der er typer af auditforløb, er det svært at sige noget generelt om rapportering. Vi har alligevel valgt at afslutte kapitlet med en gennemgang af en "typisk" opbygning af en auditrapport, som kan bruges som inspiration og støtte, når man giver sig i kast med at gennemføre et auditforløb og skal rapportere det.

5.1. Eksempler på rapportering

Rapporteringer af audit med evaluering af målopfyldelse som formål

I auditforløb med målopfyldelse som formål vil rapporteringen typisk besvare følgende overordnede spørgsmål:

- Gennemføres den faglige praksis i overensstemmelse med de opstillede mål eller retningslinjer for god faglig praksis?
- I hvilken udstrækning sker det/sker det ikke?
- Hvilke årsager er der til, at det eventuelt ikke sker? Skal dette undersøges nærmere?
- Anbefalinger til eller redegørelser for, hvordan man fremadrettet vil arbejde for forbedring af den faglige praksis i overensstemmelse med de udmeldte standarder/retningslinjer/anbefalinger.

Rapporten vil ofte indeholde talmateriale, der viser status for, hvor mange af de udvalgte cases, der har opfyldt de beskrevne anbefalinger, suppleret med forklaringer på eventuelle udsving og variationer, samt et bud på, hvordan praksis kan forbedres i fremtiden.

Når der anvendes resultater i form af talværdier i rapporteringen i casebaserede auditforløb, er det vigtigt at tolke resultaterne i lyset af, hvordan de gennemgåede cases er udvalgt.

Et eksempel herpå er case 1 om journalauditforløbet, hvor den faglige praksis skulle bedømmes ud fra, om gældende standarder var opfyldt. Her har man valgt at se på graden af opfyldelse af standarderne ud fra den status, der kunne tegnes på baggrund af de tilfældigt udvalgte 10–15 sager på hvert sygehus. Foruden nedenstående uddrag af status på implementering af standarderne, fulgte en systematisk redegørelse for, hvordan det enkelte sygehus planlagde at følge op på de standarder, som i mindre grad var implementeret.

Uddrag fra rapportering fra journalaudit for patientforløb for lungekræft

2. Resultater fra audit på sygehusene

Nedenfor præsenteres resultater fra audit på Sygehus A, Sygehus B, Sygehus C. Det skal bemærkes, at der kan være forskelle i den måde, som de enkelte sygehuse har foretaget patientudtræk.

2.1. Sygehus A

Audit på Sygehus A er afholdt den 01.03.05 på grundlag af 10 journaler fra perioden 01.04.04-31.10.04.

Undersøgelserforløbet

Henvisninger fra praksis (standard 1.4) er generelt fyldestgørende, dog mangler der ofte oplysninger om patientens tobaksforbrug.

Generelt fremgår det af journalauditten, at de fleste standarder i undersøgelserforløbet overholdes, men der foreligger mangler på dokumentation i journalmaterialet vedr. henvisning til ny afdeling (standard 1.7), tid for besked til praksis om diagnose (standard 1.12), kontaktlæge og -sygeplejerske (standard 1.13) og forløbsansvarlig læge (standard 1.14). Med hensyn til kontaktlæge og -sygeplejerske (standard 1.13) er kontaktsygeplejersken nævnt i journalen, men det er ikke altid angivet, at patienten har fået navn på kontaktlæge.

[...]

Rapporteringer af audit med faglig udvikling som formål

I en anden type af auditforløb, hvor formålet er at undersøge og udvikle praksis, vil rapporteringen typisk skulle besvare følgende overordnede spørgsmål:

- Hvordan beskriver auditpanelet på baggrund af auditforløbet "den gode faglige praksis"?
- Er der problemstillinger, som auditpanelet på baggrund af auditforløbet vurderer bør undersøges nærmere eller drøftes yderligere, inden der kan tages stilling til, hvad den gode faglige praksis er?
- Er der eventuelt forslag til videre udvikling af praksis?

I denne type forløb er rapportering i form af optællinger eller procentvise angivelser af auditpanelets vurderinger ikke altid relevante. Opgaven er derimod at få beskrevet, hvilke diskussioner panelet har ført og de konklusioner, disse har ledt til. Derfor er denne type rapportering ofte relativt ordrig.

I case 3 vedrørende handleplansarbejdet, hvor formålet var at udarbejde fælles standarder og kriterier for udarbejdelse af handleplaner, blev rapporteret 11 fokuspunkter til udvikling af den konkrete afdelings handleplansarbejde. Fokuspunkterne blev udledt på baggrund af generelle diskussioner om handleplaner, som problemstillinger der skulle gøres til genstand for yderligere drøftelser i en videre intern proces. I rapporten præsenteres analyse og baggrund for fokuspunkterne under hovedtemaer. Hovedtemaerne afspejler temaerne i vurderingsskemaet.

Uddrag af rapportering fra case 3 om audit af kommunalt handleplansarbejde

Tema: Mål med indsatsen på kort og lang sigt

Auditpanelet har vurderet, om der på tilfredsstillende vis er formuleret tydelige og præcise mål med indsatsen på kort og lang sigt.

Fokuspunkter:

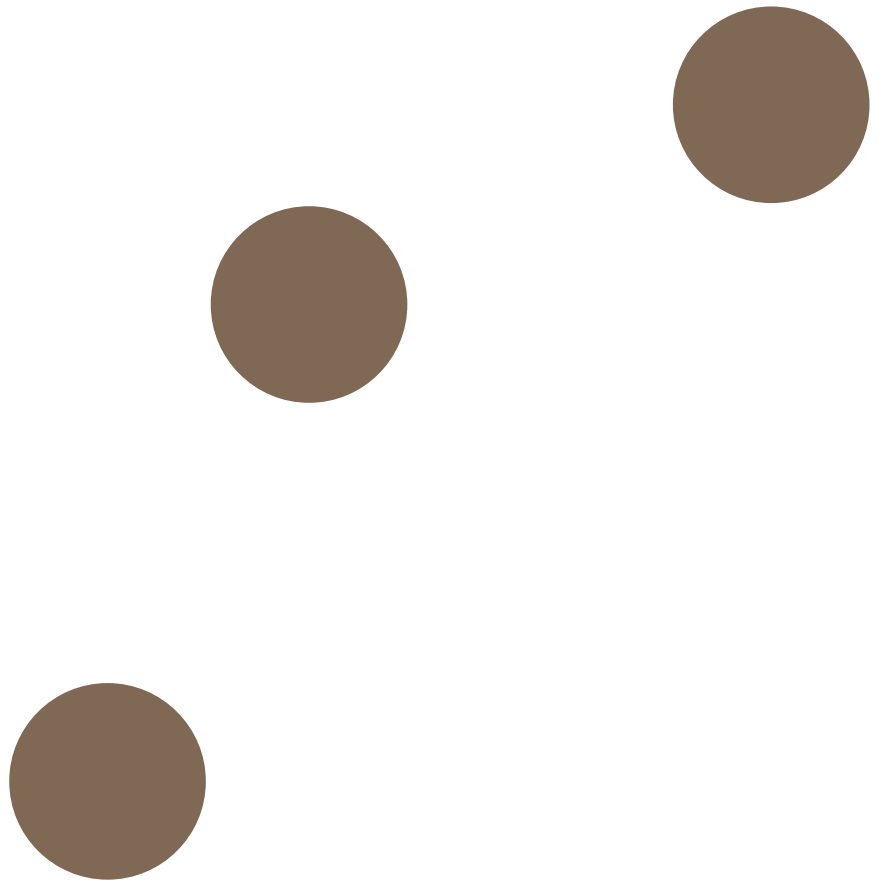
- De formulerede mål på kort og lang sigt skal indholdsmæssigt have sammenhæng med den anbefalede foranstaltning og dennes varighed.*
- Handleplanerne skal i højere grad afspejle barnets/den unges egne mål på kort og lang sigt.*
- Tidsperspektivet for målene på kort og lang sigt skal anføres i handleplanen.*

Ofte ses, at et barn/en ung og en familie har en række samtidige problemstillinger, som ikke alle kan bearbejdes inden for samme foranstaltning. Auditpanelet er derfor enige om, at det er socialrådgiverens opgave at foretage en hensigtsmæssig prioritering af problemstillingerne, som kan sikre, at leverandøren målretter sin indsats. Det er vigtigt, at målene er så konkrete som mulige og kan relateres til foranstaltningen.

Et andet eksempel er case 4, hvor formålet var udvikling af anbefalinger for ADHD-behandling. Her blev der udarbejdet både en rapport og en pixiudgave af anbefalingerne i A5 format til brug i arbejdet med at implementere anbefalingerne på institutionerne.

Rapportens kapitel med resultater ligner opbygningen af rapporten ovenfor, hvor redegørelser for panelets vurderinger og diskussioner som baggrund for anbefalingerne præsenteres. Strukturen i kapitlet følger strukturen i det vurderingsskema, som var udarbejdet til forløbet.

Da ADHD-forløbet blev fulgt op af et implementeringsforløb, indeholdt rapporten også et kapitel om, med konkrete anvisninger til, hvordan implementeringsarbejde kan gribes an.



*Uddrag af
rapportering fra case 4 om audit af
anbefalinger til ADHD-behandling*

***Pædagogisk og social adfærdsbehandling
Brug af miljøets støttende rammer og strukturer***

Vurderingsspørgsmål: Vurder brugen af miljøets støttende rammer i form af struktur, faste rytmer, ugeskemaer, piktogrammer m.v. i behandlingen.

Auditpanelet har vurderet og drøftet brugen af miljøets støttende rammer i behandlingen i forhold til alle 10 gennemgåede sager.

Panelets vurderinger og drøftelser har taget udgangspunkt i, at de deltagende institutioner har etableret sig med en række støttende elementer, som giver tryghed og inddrages som en vigtig del af og forudsætning for behandlingen af børn og unge med ADHD.

Det er forskelligt fra sag til sag, i hvilken udstrækning og detaljeringsgrad, faglig stillingtagen til og brug af miljøets støttende rammer, står beskrevet i sagsmaterialet.

Panelet konstaterede, at de i flere tilfælde savnede et overblik over de strukturerende elementer, som den enkelte institution/afdeling har mulighed for at tage i anvendelse for at give det enkelte barn/unge med ADHD den nødvendige grad af støtte og struktur i hverdagen. Et sådant overblik vil gøre det muligt at vurdere, hvilke elementer man har valgt ud og tilpasset eller eventuelt fravalgt i forhold til behandlingen af det enkelte barn/unge.

Panelet henviser til forslaget om udarbejdelse af "Institutionens ADHD-profil", hvori institutionernes rammer og betingelser for behandling af børn og unge med ADHD beskrives, herunder også miljøets støttende rammer.

Anbefalinger vedrørende brug af miljøets støttende rammer og strukturer

Der bør foreligge en samlet beskrivelse af institutionens/den enkelte afdelings støttende rammer i forhold til børn/unge med ADHD, herunder struktur med faste rytmer og rutiner, brug af individuelt tilpassede ugeskemaer m.v. Beskrivelsen kan bl.a. anvendes som en form for checkliste, når det skal vurderes, hvilken form for støtte det enkelte barn/unge har brug for fra miljøet, og kan eventuelt indgå som en del af en samlet beskrivelse af institutionens rammer og betingelser for at iværksætte ADHD-behandling.

Personalet bør jævnligt vurdere barnets/den unges udbytte af de støttende rammer og strukturer og foretage eventuelle relevante justeringer eller ændringer. Dette bør løbende dokumenteres (i dagbogs-notater m.v.) og indgå i overvejelserne, når behandlingsplanen revurderes.

Det sidste eksempel på rapportering af et auditforløb med udvikling som formål er case 2, hvor hovedformålet med forløbet var at styrke samarbejdet mellem de instanser, som var involveret i forløbet vedrørende ungdoms-sanktionen.




Som det fremgår af det følgende korte uddrag, kan det for hvert vurderingsspørgsmål læses, hvor stor en procentdel af auditpaneldeltagerne, som har vurderet sagerne "Tilfredsstillende/Mindre tilfredsstillende/Ikke tilfredsstillende". Derved adskiller dette eksempel sig fra de to foranstående. Disse oplysninger giver en status på, hvilke områder, der på baggrund af de udvalgte cases, blev vurderet, som de mindst/mest problematiske.

Herefter beskrives hovedkonklusionerne for de faglige drøftelser vedrørende kriteriet, der gives konkrete eksempler udarbejdet som korte cases på de konklusioner, som blev nået. På denne baggrund formuleres anbefalinger for den fremtidige fagpraksis. (Det skal indskydes, at det, modsat eksemplet, anbefales at der er symmetri i antallet af negative og positive svarmuligheder).

5. Planlægning af sanktionsforløb

5.1 Udredning før dom

I størstedelen af de gennemgåede sager har auditpanelet vurderet, at kommunens indstilling til retten hviler på en tilstrækkelig udredning, oftest i form af § 38 undersøgelser, psykologiske undersøgelser og udtalelser fra sikrede institutioner.

Vurderingskriterium: Vurder om kommunens indstilling på tilfredsstillende vis er underbygget af § 38 undersøgelser, psykologiske undersøgelser, udtalelser fra sikret institution mv.			
	Tilfredsstillende	Mindre tilfredsstillende	Ikke tilfredsstillende
	76 %	21 %	2 %

I enkelte af de gennemgåede sager vurderer auditpanelet dog at den udredning, der indgår i indstillingen, ikke er tilstrækkelig aktuel. Det gælder særligt i forbindelse med psykologiske undersøgelser af ældre dato.

I to sager, hvor forvaltningen har et længerevarende kendskab til den unge, finder auditpanelet, at udredningen er for generel, og ikke i tilstrækkeligt omfang tager afsæt i forvaltningens eksisterende viden.

Når der er et længerevarende kendskab til den unge bør udredningen i højere grad angive specifikke indsatsområder samt en anbefaling af hvilken institution, der vurderes formålstjenlig.

I langt størstedelen af de gennemgåede sager er de unge varetægtssurrogatfængslet inden domsafsigelse. I disse sager vurderer auditdeltagerne, at der altid bør indgå en udtalelse fra en sikret afdeling i indstillingen til retten, hvilket ikke var tilfældet i to af de gennemgåede sager.

Anbefalinger vedr. udredning før dom:

- Indstilling til retten bør baseres på aktuel udredning.
- Når forvaltningen har et længerevarende kendskab til den unge, bør udredningen i højere grad tage afsæt i eksisterende viden og målrettes specifikke arbejdsområder.
- Når den unge inden domsafsigelse har været varetægtsfængslet, bør der foreligge en udtalelse fra sikret afdeling i indstillingen til retten.

I forbindelse med auditpanelets drøftelse af udredning før dom opstod en afledt diskussion, om, hvornår udredningsarbejdet bør påbegyndes, når den unge inden dom er varetægtssurrogatfængslet.

5.2. Rapportens opbygning

Når man første gang skal rapportere et auditforløb, kan det være en hjælp at have en grundskabelon for, hvordan en rapport kan opbygges. Nedenstående disposition er et bud på en disposition til rapportering af resultater fra auditforløb.

Indledning

- Baggrund for iværksættelse af auditforløbet.
- Formål med forløbet.
- Organisering af forløbet.

Sammenfatning af resultater/resumé

- Hovedresultaterne fra forløbet, helt kort .

Undersøgellesdesign

- Sammensætning af auditpanel.
- Afgrænsning af problemstilling og målgruppe.
- Udarbejdelse af vurderingsskema.
- Kriterier for udvælgelse af data eller cases.
- Evt. samtykke og anonymisering.
- Panelets individuelle forberedelse.
- Auditmødets forløb (herunder struktur på mødet, evt. hvor er det foregået med videre).
- Grundlaget for rapporteringen og rapporteringsprocessen (hvilket materiale har rapporteringen taget udgangspunkt i referater, båndoptagelser, andet), hvordan har auditpanelet evt. været inddraget i rapporteringen, fx drøftelse af rapportudkast med videre?

Resultater

- Eksempelvis opbygget i forhold til temaer og kriterier i vurderingsskemaet, se konkrete eksempler ovenfor

Implementering af rapportens resultater

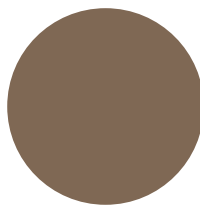
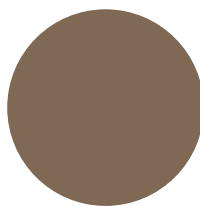
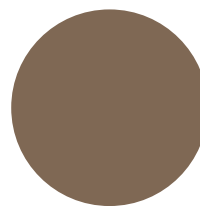
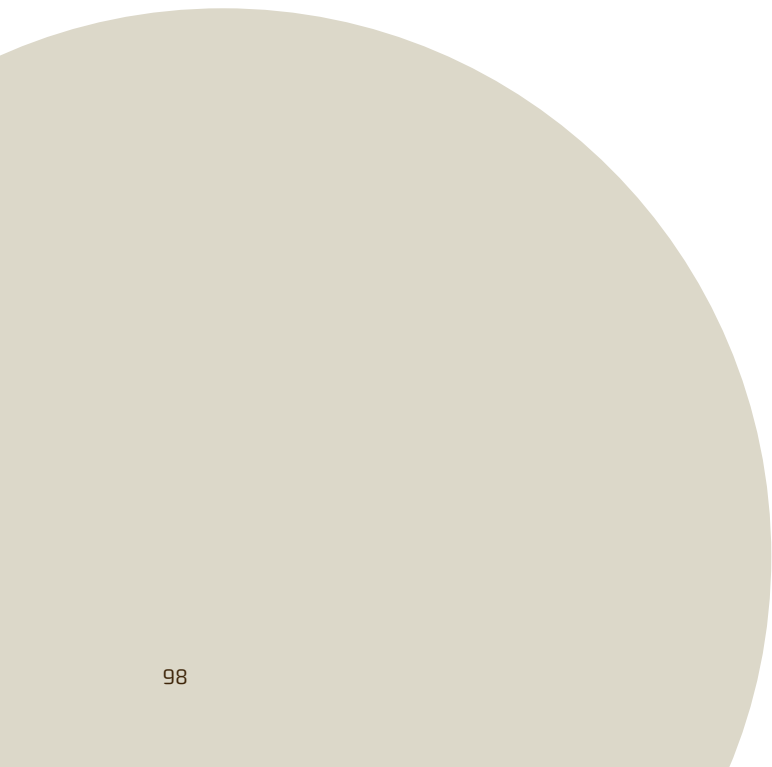
- Redegørelse for, hvem der udarbejder plan for det videre arbejde eventuelt: hvad er planen?

Litteraturliste

- Eventuelt henvisninger til metodelitteratur, faglitteratur mm., som er indgået i forløbet.

Bilagsmateriale

- Vurderingsskema.
- Evt. samtykkeerklæring.
- Andet.



KAPITEL 6. IMPLEMENTERING OG OPFØLGNING

Det ligger uden for denne publikations rækkevidde at beskæftige sig detaljeret med, hvordan der kan arbejdes med planer for implementering eller videreudvikling af auditforløbets resultater. Her henvises til litteratur, der beskæftiger sig indgående med emner som implementering, fastholdelse og spredning af god praksis, (se referencelisten bagerst i publikationen).

Der skal alligevel knyttes et par ord til forløbet efter rapporteringen, da erfaringen og en række studier viser, at der skal gøres en aktiv indsats med at planlægge og iværksætte forandringsarbejdet. Det sker sjældent af sig selv, selv om der er gennemført et kvalitetsprojekt, der både har vist sig succesfuldt og meningsfuldt.

Der er en række faktorer, som har indflydelse på, hvor gode chancer der er for, at resultaterne fra et kvalitetsprojekt får indflydelse på den eksisterende praksis i form af kvalitetsforbedringer. Tre af de vigtigste faktorer i den forbindelse er medarbejdernes medejerskab til forandringerne, opmærksomhed og opbakning fra ledelsen, samt en bevidsthed om, at det kræver planlægning og tid at tage en ny praksis til sig på arbejdspladsen, at få den tilpasset og få den gjort til "vores måde at arbejde på".

6.1 Planlægning af den videre proces

Afhængig af det enkelte auditforløbs formål og resultater, vil der skulle igangsættes forskellige initiativer. Det kan fx være at arbejde videre med fokuspunkter, implementere anbefalinger, afprøve nye metoder, procedurer eller andre tiltag.

I alle tilfælde er det vigtigt, at der tages ledelsesmæssig hånd om at få planlagt det videre arbejde, gerne med inddragelse af de medarbejdere, som skal stå for at føre forandringerne ud i livet. Det anbefales at påbegynde denne planlægning allerede i auditforløbets designfase. Følgende overvejelser vil være relevante:

- Hvilken rolle skal ledelsen spille i forløbet? Hvordan sikres det, at ledelsen holdes tilstrækkeligt informeret om forløbet og forholder sig til projektets status og rolle som redskab til læring og kvalitetsudvikling i organisationen?
- Hvilken betydning vil resultaterne fra auditforløbet kunne få for den eksisterende praksis? Hvilken gevinst kan man forvente ud fra auditprojektets formål? Er der tale om anbefalinger, som skal implementeres? Udpeges der særlige faglige fokuspunkter, som skal behandles yderligere, inden der sættes initiativer i gang for at foretage forandringer af praksis? Eller er resultatet en status for implementering af faglige standarder, som skal følges op med initiativer for at sikre forbedringer af praksis, hvor opfyldelse ikke sker? Kan man forestille sig andre gevinster end de helt åbenlyse?

- Hvordan sikres det bedst mulige ejerskab til forløbet? Er der fag- eller ledelsespersoner, som skal informeres og inddrages fra auditforløbets begyndelse?
- Hvordan kan det resultat, der forventes at komme ud af forløbet, præsenteres bedst muligt for de medarbejdere, der skal tage resultaterne til sig på arbejdspladsen? Kan der gøres noget særligt i forhold til at imødekomme medarbejdernes ønsker og behov i forhold til formidling af resultaterne? I case 4, hvor der blev udarbejdet anbefalinger til ADHD-behandling, blev der fx udarbejdet en lille let læselig og håndterbar udgave af anbefalingerne til brug i det pædagogiske arbejde. Skal der indgå beskrivelser af konkrete eksempler på god fagpraksis i rapporteringen?
- Hvordan sikres medejerskab hos de medarbejdere, der ikke har deltaget i auditforløbet? Ofte er der hos auditdeltagerne et stort engagement og ejerskab til det produkt, der kommer ud af auditforløbet og lyst til at implementere eventuelle anbefalinger. Her er det vigtigt at gøre sig tanker om, hvordan øvrige medarbejdere, der vil blive direkte berørte af de forandringer, der skal gennemføres, inddrages i denne proces. Skal der fx være yderligere diskussion eller høring af de besluttede anbefalinger?
- Hvornår og hvordan skal der følges op på den proces, der sættes i gang med auditforløbet? Skal audit gentages med jævne mellemrum for at "tage temperaturen" på kvaliteten af praksis på det valgte område? Eller skal der følges op med andre initiativer? Skal brugerne høres? Eller skal der ses nærmere på organisatoriske forhold i organisationen?

Der kan tænkes andre spørgsmål, som skal overvejes i forhold til det enkelte auditforløb, for bedst muligt at sikre, at de ressourcer, som lægges i projektet, kommer praksis til gode i form af forbedringer.

6.2 Medejerskab og ambassadørrollen

Der er en række karakteristika ved auditmetoden, som spiller godt sammen med de mekanismer, som træder i kraft i forbindelse med implementering.

Medinddragelse og faglig relevans

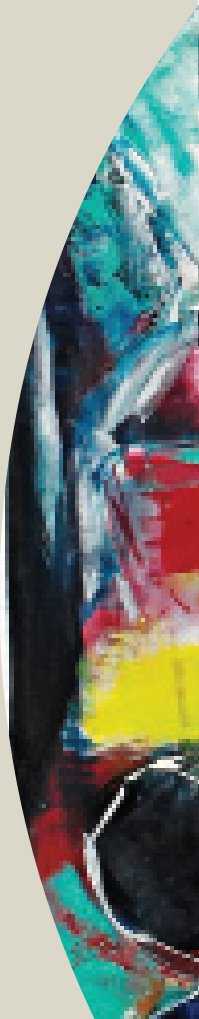
For det første giver involvering af fagpersoner i auditforløbet medarbejderne god mulighed for at tage medejerskab til det produkt, som bliver resultatet af auditforløbet. Dette gør sig særligt gældende i interne auditforløb, hvor auditpanelet ser på egen praksis, og i auditforløb, hvor auditpanelet selv er involveret i det forberedende arbejde med at udarbejde vurderingsskema osv. Dette betyder dog ikke, at nogle forløb ikke kan opleves som kontrol eller som et projekt, der bliver trukket ned over hovedet på medarbejderne, og som følge deraf avler skepsis eller modstand.

Auditdeltagerne som ambassadører

For det andet kan selve processen i et auditforløb være en nyttig erfaring for de auditpaneldeltagere, som er involveret i den efterfølgende implementering af resultaterne. Det strukturerede mødeforum på auditmøderne, hvor der er plads til at diskutere fagpraksis og komme ud i forskellige hjørner og blindgyder på vejen mod forløbets resultater, kan ses som en generalprøve på nogle af de diskussioner og argumenter, som projektet vil blive mødt med hos de medarbejdere, der ikke har deltaget i auditpanelet. Dette stiller alt andet lige auditpaneldeltagerne i en kvalificeret position som ambassadører for projektets resultater og deres tilblivelse. Er deltagerne i auditforløbet oven i købet fagpersoner, som i forvejen almindelig anerkendelse blandt kollegerne, vil ambassadørrollen styrkes yderligere. Omvendt vil det kunne virke modsat, hvis en paneldeltager har en mindre gunstig position blandt kollegerne.

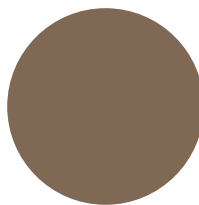
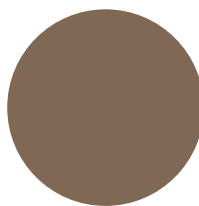
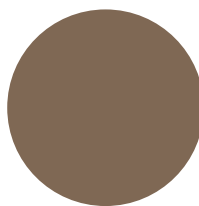
På samme måde kan deltagelse af en ledelsesrepræsentant i auditpanelet være med til at fastholde ledelsesfokus på det fagfelt, som har været genstand for forløbet, også efter projektfasen er afsluttet. På den måde, sikres det, at det seje træk med implementering af en ny praksis og fastholdelse heraf kommer på dagsordenen.

De erfaringer, Center for Kvalitetsudvikling har med at gennemføre forskellige typer af auditforløb, er, at metoden engagerer, inspirerer og gør deltagerne mere bevidste både om egen og andres praksis, og ikke mindst, at de resultater, der kommer ud af forløbet, giver mening. Dermed etableres et frugtbart udgangspunkt for at udvikle og forbedre.





DEL 3.
APPENDIKS



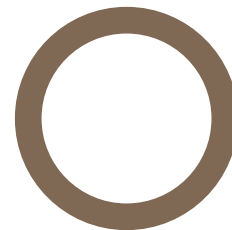
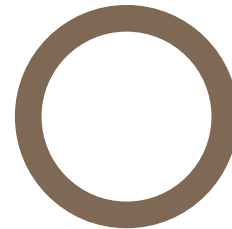
Referencer

- Albæk, Erik og Rieper, Olaf, 2001, "Effektevaluering, monitorering og formativ evaluering", Kapitel 8 i Dahler-Larsen, Peter og Krogstrup, Hanne Kathrine, 2001, "Tendenser i evaluering", Odense Universitetsforlag.
- Ammentorp, Jette og Rørmann, Dorte, 2008, "Audit i Sundhedsvæsenet. En håndbog om metoden og dens anvendelse i klinisk praksis", Bookson Demand GmbH.
- Blomhøj, Gerda og Mainz, Jan, 2000, "Audit – en metode til kvalitetsudvikling af klinisk praksis", Klaringsrapport, Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren.
- Blomhøj, Gerda, Kjærgaard, Johan, Mainz, Jan og Andersen, Karen V., 2001, "Audit", kapitel 7 i Kjærgaard, Mainz, Jørgensen og Willaing, "Kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet", Munksgaard.
- Buchanan, David et al., UK, 2003, "No going back: a review of the literature on sustaining strategic change", NHS, Modernization Agency.
- Dansk Selskab for Kvalitet i sundhedssektoren, 2003, "Sundhedsvæsenets kvalitetsbegreber og –definitioner", Sundhedsstyrelsen - Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren (DSKS).
- Fraser, Sarah E., 2007, "Fremskynde spredning af god praksis. En arbejdsbog", Center for Kvalitetsudvikling, Region Midtjylland.
- Jensen, Elisabeth Brøgger, 2004, "Kerneårsagsanalyser. Kompendium for risikomanagere og andre med ansvar for analyse af utilsigtede hændelser", Dansk Selskab for Patientsikkerhed.
- Jensen, Elisabeth Brøgger, 2006, "Aggregeret kerneårsagsanalyse. Kompendium for risikomanagere og andre fagpersoner, der arbejder med analyse af utilsigtede hændelser", Dansk Selskab for Patientsikkerhed.
- Krogstrup, Hanne Kathrine, 2006, "Evalueringsmodeller", Academica.
- Maher, Lynne, 2007, "En guide til fastholdelse af praksis – vejledning og måleredskab", Center for Kvalitetsudvikling, Region Midtjylland.

- Mainz, Jan og Blomhøj, Gerda, 2002, "Audit – en metode til kvalitetsudvikling", kapitel 10 i Jørgensen, Mainz og Rosenberg, "Psykiatri, forskning, teknologivurdering og kvalitetsudvikling", Munksgaard.
- Olsen, Henning, 2006, "Guide til gode spørgeskemaer", Socialforskningsinstituttet.

HJEMMESIDEADRESSER

- www.cfk.rm.dk
- www.ihl.org
- www.nip.dk
- www.nhs.uk
- www.patientsikkerhed.dk
- www.sip.dk

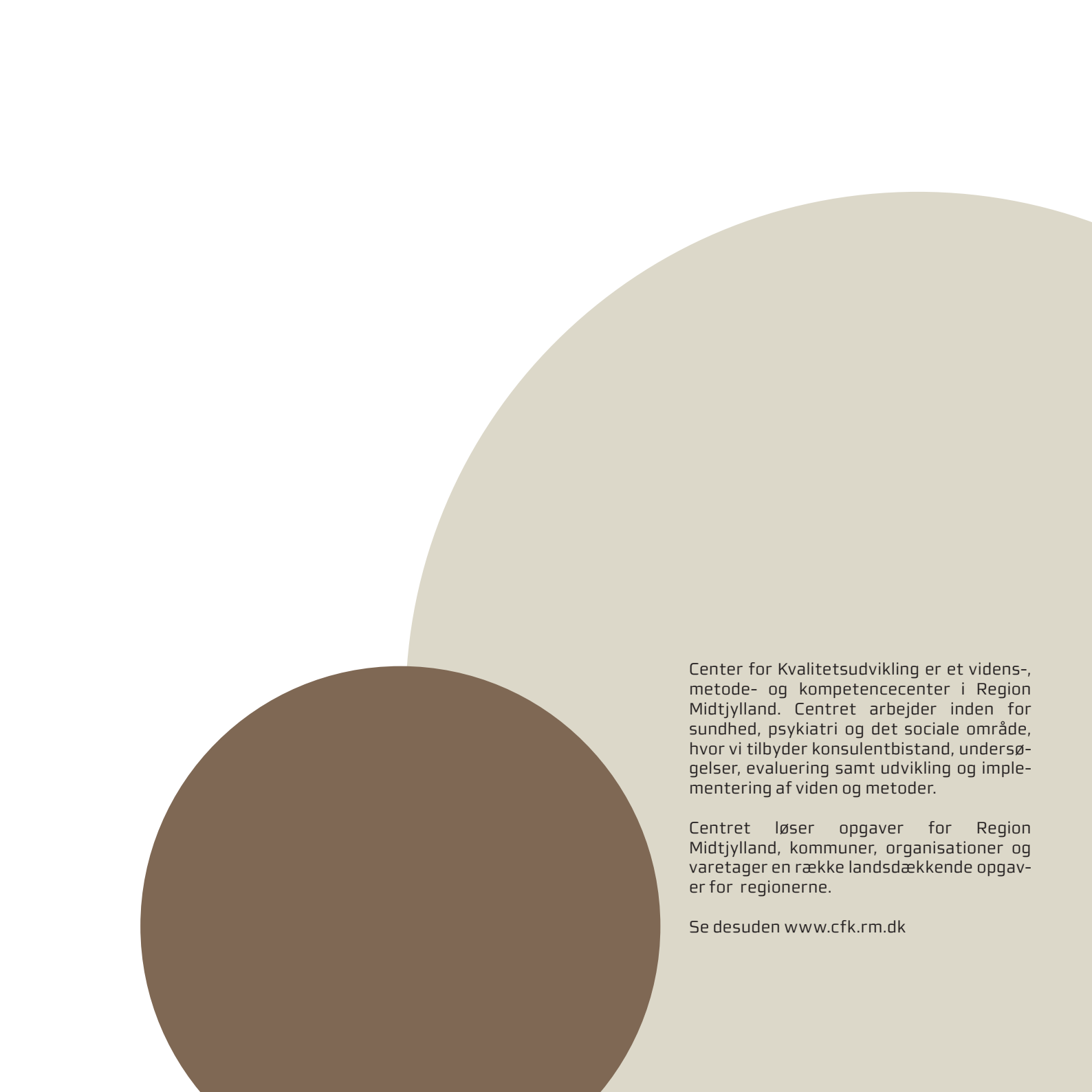


Auditforløb gennemført af Center for Kvalitetsudvikling

- 2009: Auditforløb i forbindelse med Projekt Pædagogisk Massage rettet mod unge med psykiatiske lidelser i samarbejde med Ungdomshjemmet Holmstruppgård, Region Midtjylland.
- 2009: To auditforløb om behandlingsindsatsen over for selvskadende børn og unge på specialinstitutioner i Region Midtjylland i samarbejde med Center for Børn, Unge og Specialrådgivning, Region Midtjylland.
- 2009: Auditforløb om behandlingsindsatsen over for seksuelt krænkede børn og unge på specialinstitutioner i Region Midtjylland i samarbejde med Center for Børn, Unge og Specialrådgivning, Region Midtjylland.
- 2009: Enkeltsgaudit i forbindelse med kommunal sagsbehandling af kriminalitetstruede børn og unge i samarbejde med Københavns Kommune og VISO, Servicestyrelsen.
- 2008: Auditforløb i forbindelse med problemskabende adfærd. Center for Kvalitetsudvikling, Region Midtjylland, 2008, "Udviklingsprojekt. Dokumentation og indsats ift. beboere med problemskabende adfærd på bostederne Granbakken, Nørholm Kollegiet og Møgelkjærvej".
- 2008: Auditforløb i forbindelse med ADHD-behandling. Center for Kvalitetsudvikling, Region Midtjylland, 2008, "Hvad er god ADHD-behandling. Et auditforløb om ADHD-behandling på specialinstitutioner for børn og unge – anbefalinger og implementering".
- 2008: To auditforløb i forbindelse med evaluering af den forstærkede indsats over for kriminelle og kriminalitetstruede unge på sikrede institutioner, Servicestyrelsen.
- 2008: Auditforløb i forbindelse med handleplansprojekt i samarbejde med Vejle Kommune. Psykiatriafdelingen, Vejle Kommune, 2008, "Billetter til fremtiden. Kvalitet i arbejdet med handleplaner og status. Resultater fra et auditforløb".
- 2008: Audit af handleplaner på børne- og ungeområdet i samarbejde med Hedensted Kommune. Center for Kvalitetsudvikling, Region Midtjylland, 2008, "Audit af handleplaner. Kvalificering af handleplansarbejdet i Familieafdelingen, Hedensted Kommune".
- 2008: Enkeltsgaudit i forbindelse med kritisk forløb på småbørnsområdet, Århus Kommune.
- 2007-2008: Udvikling af auditkoncept i forbindelse med implementering af Det Sociale Indikator Program på åbne døgninstitutioner i Oslo Kommune (SIP-åben).

- 2007: Enkeltssagsaudit i forbindelse med kritisk behandlingsforløb i børne- og ungdomspsykiatrien, Region Midtjylland.
- 2007: Audit af handleplaner i Oslo Kommune på børne- og ungeområdet.
- 2007: Enkeltssagsaudit i forbindelse med kritisk hændelse på ungeområdet, Århus Kommune.
- 2006: Auditforløb i forbindelse med projekt om ungdomssanktion. Kvalitetsafdelingen, Århus Amt og Århus Kommune, 2006, "Audit af ungdomssanktion – et samarbejdsprojekt mellem Århus Kommune og Århus Amt".
- 2005: Tværsektoriel enkeltssagsaudit i forbindelse med kritisk patientforløb, Århus Amt.
- 2005: Auditforløb i forbindelse med projekt om implementering af brugerindflydelse i socialpsykiatrien. Center for evaluering, Århus Amt, 2006, "Brugerindflydelse – politik i hverdagen, En undersøgelse af implementering af brugerindflydelse i socialpsykiatrien 2004-2006, gennemgang af projekterfaringer".
- 2005: Auditforløb i forbindelse med evaluering af substitutionsbehandlingen i Ringkjøbing Amt, Stofbehandling, Ringkjøbing Amt.
- 2004: Auditforløb i forbindelse med evalueringen af "Somatiseringsprojektet" på Jobcenter Randers – Center for revalidering og beskæftigelse. Jobcenter Randers, Århus Amt og Den Europæiske Socialfond, 2005, "Revalidering af somatiserende. Et EU-støttet udviklingsprojekt".
- 2004: Auditforløb i forbindelse med udviklingsprojekt på voksenhandicapområdet. Økonomisk Afdeling, Århus Amt og Det Regionale Sociale Udviklingsråd, Århus Amt, 2004, "Udviklingsprojekt på voksenhandicapområdet. Auditforløb af visitationer til fysisk handicappede".
- 2001: Auditforløb i forbindelse med projekt om magtanvendelser i samarbejde med Børn- og Ungeafdelingen i Århus Amt og børneinstitutionen Glarbjerghus.
- 2001: Auditforløb i forbindelse med kvalitetssikring af revalideringssager i samarbejde med Uddannelses- og Arbejdsmarkedsafdelingen i Århus Amt.
- 2000: Auditforløb på baggrund af patientklager. Service- og kvalitetskontoret, Århus Amt 2000, "Rapport vedrørende ekstern kvalitetsundersøgelse af anæstesi/intensiv afdeling på Grenaa Centralsygehus".

Offentliggjorte rapporter kan findes på Center for Kvalitetsudviklings hjemmeside, www.cfk.rm.dk



Center for Kvalitetsudvikling er et videns-, metode- og kompetencecenter i Region Midtjylland. Centret arbejder inden for sundhed, psykiatri og det sociale område, hvor vi tilbyder konsulentbistand, undersøgelser, evaluering samt udvikling og implementering af viden og metoder.

Centret løser opgaver for Region Midtjylland, kommuner, organisationer og varetager en række landsdækkende opgaver for regionerne.

Se desuden www.cfk.rm.dk

"Det har virkelig været en øjenåbner at deltage i auditpanelet. Jeg har bl.a. fået mange ideer til, hvordan vi på vores insitution kan gøre dokumentationen bedre."

Deltager i auditforløb for udarbejdelse af anbefalinger til "best practice" på regionale specialinstitutioner

"Især diskussionerne om operationelle og konkrete mål i handleplanerne har bidraget til en fremtidig kvalificering og udvikling af handleplansarbejdet."

Socialrådgiver, deltager i audit om kommunale handleplaner

"En øget faglighed, bevidsthed og interesse er ofte drivkraften i forhold til at sætte gang i udviklingsprojekter."

Deltager i auditforløb i forbindelse med evaluering af kommunal behandlingsindsats

