

## Kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet

Denne tekst forklarer og uddyber den tænkemåde, der ligger bag standard 1.2.1 Kvalitetsudvikling.

Formålet med kvalitetsudvikling er bredt at øge kvaliteten af sundhedsvæsenets ydelser. Kvalitetsudvikling tager afsæt i eksisterende klinisk praksis. Det gør vi gennem at følge og vurdere, om kvaliteten af ydelserne er, som vi ønsker, og forbedre hvor nødvendigt.

Vi starter med at definere målsætninger; Hvad er det helbredsmål, vi vil opnå for patienten med behandlingsindsatsen? En målsætning skal i ord udtrykke den forventede helbredsgevinst for patienten. Set fra organisationens vinkel er spørgsmålet; Hvad får patienten ud af min, min afdelings og mit sygehus' indsats - med andre ord - om arbejdet bliver gjort godt efter den målsætning for kvalitet, vi tilstræber. Det bør også ses fra patientens vinkel; Hvad får patienten ud af dette forløb, og nåede patienten frem til det satte mål? Tydelige og kommunikerede målsætninger er særligt vigtige, når flere organisationer bidrager til det samlede resultat for patienten.

### Fastsættelse af målsætninger og konkrete mål for kvaliteten af sygehusets ydelser

Når hensigten om at udvikle kvaliteten skal omsættes til en indsats for at udvikle kvaliteten, skal målsætningen omsættes til et konkret mål. Det er typisk af formen "hvornår og hvor meget". Herefter skal man beslutte, hvad man vil gøre for at opnå det konkrete mål. Der er god erfaring med en tilgang, hvor man prøver sine forbedringstiltag af i lille skala, følger resultatet med hurtige målinger, tilpasser tiltagene om nødvendigt, og gradvist skalerer op (1).

Forbedringsindsatser baseres om muligt på evidensbaseret viden, som fx findes i de nationale kliniske retningslinjer, der udarbejdes af Sundhedsstyrelsen samt i retningslinjer fra de lægevidenskabelige og sygeplejefaglige selskaber. Også evidensbaseret viden fra udenlandske kilder kan inddrages. Men forbedringsindsatser baseres ikke kun på faglig viden - det er også vigtigt, at organisationen er indrettet på en måde, så den faglige viden effektivt kan omsættes til handling.

Alt dette er forholdsvis enkelt at forstå, når det gælder om at forandre én bestemt proces. Men i sundhedsvæsenet er der mange kvalitetsmålsætninger på en gang. Det er ikke IKAS' opfattelse, at en samlet god kvalitet bedst opnås ved at opdele sygehusets aktiviteter i en række basale processer (fx lægemiddeladministration, vurdering forud for procedurer i anæstesi og udskrivelsesplanlægning), og forsøge at sikre, at de hver især forløber godt. Ikke fordi det ikke har betydning, men der skal en mere helhedsorienteret tilgang til, som også anerkender, at ikke alt kan eller skal forandres samtidigt.

Kvalitetsudvikling omfatter

- at man undersøger kvaliteten bredt for at identificere områder, hvor der er brug for en forbedringsindsats
- at man forandrer bestemte processer for at nå en målsætning i form af et bestemt og bedre resultat
- at man overvåger, at kvaliteten fastholdes på områder, hvor man har forbedret og opnået det ønskede

Sygehuset bør formulere et begrænset antal overordnede målsætninger på sygehusniveau, som kan bruges til at udlede mere detaljerede målsætninger længere ned i organisationen, gerne i flere led. På alle niveauer fastsættes også konkrete mål. Driverdiagrammer (2) er en metode, som kan hjælpe målsætningsprocessen, og som synliggør, hvorledes forskellige indsatser bidrager til det gode resultat for patienten.

Se et eksempel på et driverdiagram i bilaget.

Der bør foretages en prioritering mellem forbedringsindsatser efter ressourcer og målsætninger.

## Kvalitetsovervågning

Forbedringsindsatsen bør baseres på og følges op med indsamling af data. Data bør vise, om vi når det ønskede resultat, uanset om slutresultatet for patienten ikke altid kan aflæses med det samme ved den enkelte proces. Hvis vi fra litteraturen ved, at en hurtig diagnostik ved apopleksi fremmer overlevelsen, og hvis vi ved, at diagnostikken forsinkes af ventetid på scanning, giver det god mening at sætte som konkret mål, at patienterne scannes inden for en fastlagt tidsfrist. Den hurtige scanning driver en hurtig diagnostik, som driver et forbedret resultat. Vi kan ikke ved at kontrollere, at der scannes hurtigt, garantere en forbedret overlevelse. Der skal tages konsekvenser af scanningen, men den er et vigtigt trin i det samlede forløb. Sygehuset må have en kultur, så vi kan have tillid til, at medarbejderne gør det, der skal til, hvis vi eliminerer flaskehalsen.

Ved indsamling af data til støtte for kvalitetsudvikling, skal det være klart på forhånd,

- hvad data skal bruges til
- hvem der skal bruge data, herunder hvem, der har ansvaret for at reagere på informationer i data
- hvornår data skal bruges, og at man er i stand til at levere data rettidigt i forhold til formålet
- at der kan indsamles data med en validitet, der gør dem egnede til formålet
- at byrden ved indsamling og analyse står mål med den forventede nytte
- at data analyseres og præsenteres på en egnet måde, således at de konklusioner, man drager af data, er rimelige

I Danmark driver Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram, RKKP - [www.rkkp.dk](http://www.rkkp.dk), et stort antal kliniske kvalitetsdatabaser. RKKP-organisationen sikrer, at der udvikles valide indikatorer, som belyser resultatet af behandlingsindsatsen, enten i form af outcome-indikatorer, der direkte belyser resultatet for patienten, eller i form af procesindikatorer, der viser, om der leveres behandlingsindsatser, hvor der er evidens for, at de vil medføre et forbedret resultat. RKKP-organisationen sikrer endvidere, at der er systemer til at sikre kvaliteten af data, og til at analysere data epidemiologisk. RKKP afrapporterer løbende (og kvartalsvis) data til sygehusene og offentliggør årsrapporter ([www.sundhed.dk](http://www.sundhed.dk)). I årsrapporterne analyseres data af faglige og epidemiologiske eksperter.

## Opfølgning på kvalitetsovervågningen

Det skal afgøres lokalt ud fra data, om der er behov for forbedringstiltag. Når data er indsamlet, skal de analyseres og fortolkes. Uanset om den statistiske og epidemiologiske analyse kan være foretaget af en central databaseorganisation, fx RKKP, skal data også altid fortolkes lokalt. Hvorfor får vi dette resultat? Hvilke forhold hos os er det, der gør, at resultatet bliver, som det bliver? Dette kan man ikke finde ud af kun ved at se på data - man må også forstå sine egne arbejdsgange.

Statistisk proceskontrol (3) er i mange sammenhænge et nyttigt værktøj. I statistisk proceskontrol præsenteres data som tidsserier. Dette giver et intuitivt let forståeligt billede af, hvorledes kvaliteten udvikler sig over tid. Der er stringente regler, som gør, at man kan vurdere, om en proces (fx forekomsten af hospitalserhvervede urinvejsinfektioner) er stabil. Er den det, kan man forudse, at infektionshyppigheden fremover vil variere inden for et bestemt interval (som man kan beregne), med mindre man ændrer de arbejdsgange, der har

betydning for, at der opstår infektioner. Statistisk proceskontrol gør det også muligt at vurdere, om dårlige eller gode udfald på et enkelt tidspunkt skyldes tilfældige variationer. Eller om der skete noget særligt, som man kan lære noget af. En vigtig pointe er, at hvis et dårligt enkeltresultat ligger inden for den forventede variation, kan man næppe lære noget særligt af at undersøge, hvad der skete netop her. I stedet skal man se på hele processen.

## Gennemførelse af forbedringstiltag

Når et forbedringsbehov er identificeret, skal det besluttes, hvad der kan gøres, og det skal prioriteres, hvad der kan iværksættes. Ud over målsætning og konkrete mål for indsatsen, skal det være afklaret

- hvem der er ansvarlig for gennemførelsen
- hvilken tidsramme, der er for gennemførelsen
- hvilke ressourcer, der er til rådighed
- hvordan det vurderes om indsatsen fører til det ønskede resultat
  - hvem der har ansvaret for dette
  - hvem der rapporteres til

Forbedringstiltag er ikke kun tiltag, der forbedrer kvaliteten af det gennemsnitlige udfald. Formålet kan også være at mindske variationen i udfaldet. Endelig kan der være tilfælde, hvor der er brug for en indsats for at mindske den risiko, der er forbundet med en proces.

Hvor forbedringstiltag ikke iværksættes, skal det besluttes, om og i givet fald hvordan en kvalitetsovervågning fortsættes.

## Kvantitative data alene gør det ikke

Indsamling af kvantitative data er nødvendig. Men som allerede nævnt, er det også nødvendigt at forstå de processer, der leverer resultatet. Her kommer audit ind i billedet. Audit er en kvalitativ metode, der defineres som fagpersoners gennemgang eller revision af konkrete processer og resultater, med henblik på at vurdere kvaliteten af sundhedsvæsenets ydelser (4, 5). IKAS anvender auditbegrebet i en bred betydning, også om den tilgang, der anvendes i akkreditering, som ikke kun baseres på gennemgang af dokumentation, fx patientjournaler, men også inddrager interviews med ledere, personale, patienter og pårørende. Audit kan med denne forståelse have til formål at afklare, om en proces lever op til et kvalitetskrav. Men også at fastlægge, hvilket kvalitetskrav man vil stille. Audit kan endvidere have til formål at kortlægge og forstå, hvordan en proces forløber i den virkelige verden (i modsætning til, hvordan den er beskrevet i retningslinjerne).

IKAS advokerer for en tilgang, hvor man anvender data og kvalitativ forståelse indhentet fra audit til at opnå et nuanceret billede af sine processer, resultater og organisation, som gør, at man har klare pejlemærker at styre og forbedre efter, og på samme tid dermed har et rationelt grundlag for beslutninger om ændringer. En dyb forståelse af processerne er udtryk for det, som Dixon-Woods et al. kalder en "problem-sensing" tilgang til data, modsat en "comfort-seeking". Disse forfattere har påvist, at denne tilgang er karakteristisk for sygehuse, der leverer god kvalitet (6).

Skal alt overvåges med data eller audit? Ikke nødvendigvis. Fx kunne det i princippet dokumenteres og efterfølgende kontrolleres, om der er udført håndhygiejne, hver gang, der skal. Men det ville give en ubærlig dokumentationsbyrde, og det ville alligevel være umuligt at vide, om proceduren var udført korrekt. Når en sik-

ker arbejdsgang er blevet indarbejdet, er blevet en del af "sådan gør vi her", bør man undlade løbende meningsløs kontrol. Man kan have tjeklister, men det skal være for at gøre det lettere at huske, hvad man skal gøre, ikke for løbende at kontrollere, og man kan fra tid til anden gennemføre en audit, som giver et indblik i, hvad der faktisk sker.

## DDKM-standarder vedrørende udvikling af den kliniske kvalitet

Standard 1.2.1 beskriver, hvordan sygehuset arbejder med kvalitetsudvikling. De øvrige standarder omhandler dels væsentlige kliniske processer, dels organisatoriske processer, som er en forudsætning for, at der kan leveres god klinisk kvalitet.

Der er et par standarder, som ved siden af standard 1.2.1 er særligt centrale. Arbejdet med disse bør derfor prioriteres højt.

Standard 3.12.1 'Sygehusets anvendelse af faglige retningslinjer og patientforløbsbeskrivelser' handler om, at sygehuset udvikler og udbreder disse to typer af dokumenter, så de fungerer som beslutningsstøtte i det daglige kliniske arbejde. Faglige retningslinjer skal sikre, at bedste aktuelle faglige viden og sygehusets valg af behandlingsstrategier er let tilgængelige, når klinikere sammen med patienten skal træffe beslutning om behandling. Patientforløbsbeskrivelser understøtter, at det er let at tilrettelægge et godt patientforløb, fordi der på forhånd er indgået aftaler om, hvordan typiske forløb skal være. Dette gælder både interne forløb på sygehuset, fx udredningsforløb, og særligt langvarige forløb, hvor sygehuset sammen med primærsektoren har ansvaret for behandlingen, fx af kronikere.

Ordet "beslutningsstøtte" anvendes for at understrege, at det ikke er muligt forlods at fastlægge, hvilke beslutninger, der skal træffes i enhver situation. Der skal være plads til at tilpasse til den enkelte patients særlige omstændigheder, ønsker og præferencer. Jf. også indikator 5 i standard 3.12.1

Standarderne 2.7.6 og 2.7.7 'Behandling af den enkelte akutte/den elektivt henviste patient' handler om, hvordan man udarbejder behandlingsplaner, når man står over for en konkret patient. Hertil anvender man den beslutningsstøtte, der er beskrevet under standard 3.12.1. I behandlingsplanen kan indgå en række konkrete elementer, fx smertebehandling, operation, intensiv terapi og rehabilitering, som kan hentes ind fra de specifikke standarder om disse emner.

Standard 2.7.6 og 2.7.7 omtaler behandlingsplaner, men det må ikke forlede nogen til at tro, at det kun drejer sig om at kunne forevise et dokument eller et journalnotat med overskriften "Behandlingsplan" indeholdende aftalte faste elementer. Det vigtige er, at det team, der behandler patienten har en fælles opfattelse af, hvilken plan der følges, og at man er opmærksom på, at planen skal justeres, når nye oplysninger eller ændringer i patientens tilstand tilsiger dette. Optegnelserne i journalen er et middel til dette - ikke målet i sig selv.

## Evaluering af kvalitetsudvikling

Hvordan kan et sygehus evaluere sin tilgang til kvalitetsudvikling? Ud over det åbenlyse i at undersøge, om man kan påvise forbedringer, kan man gennemføre audit, der spørger

- hvordan fastsættes målsætninger og konkrete mål på forskellige niveauer i organisationen - og hænger de sammen?

- er datahåndteringen i overensstemmelse med principperne for god datahåndtering?
- hvordan anvendes data som grundlag for beslutning
- hvordan følges der op på besluttede forbedringstiltag?

Dermed sammenholder man også her resultater og processer ud fra eksplicite kriterier eller mål for kvalitet. Det er, hvad eksterne surveyors gør, når de evaluerer opfyldelsen af standard 1.2.1. Sygehuset kan med fordel selv gøre det samme, når man skal beslutte, hvad man vil gøre for at leve op til standarden. Dette kan man gøre i en dialog, som involverer ledere og kvalitetsmedarbejdere. Man kan også vælge at gøre det som et internt survey, fx først samt et stykke inde i implementeringsprocessen.

### Referencer:

(1) Model for Improvement, IHI. Se: <http://www.ihl.org/resources/Pages/HowtoImprove/default.aspx>, tilgået 23.01.2015.

(2) Om driverdiagrammer, se fx:

[http://www.institute.nhs.uk/quality\\_and\\_service\\_improvement\\_tools/quality\\_and\\_service\\_improvement\\_tools/driver\\_diagrams.html](http://www.institute.nhs.uk/quality_and_service_improvement_tools/quality_and_service_improvement_tools/driver_diagrams.html), tilgået 23.01.2015.

(3) En basal indføring i seriediagrammet, den simpleste form for statistisk procesovervågning, findes i: Anhøj J. Kompendium i kvalitetsudvikling. Rammer og Redskaber. Munksgaard, 2015. Heri også referencer til mere avancerede metoder, inkl. klassiske kontrolprogrammer (Shewhart Charts).

(4) Sundhedsvæsenets kvalitetsbegreber og -definitioner. Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren, 2003.

(5) Blomhøj G, Mainz J. Audit - en metode til kvalitetsudvikling i klinisk praksis. Klaringsrapport. Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren, 2000.

(6) En stor undersøgelse fra det engelske NHS af, hvad der karakteriserer sygehuse, der leverer god kvalitet: Dixon-Woods M, Baker R, Charles K et al. Culture and behaviour in the English National Health Service: overview of lessons from a large multimethod study. BMJ Qual Saf 2013; 23: 106-115.

### Grundlæggende litteratur om kvalitetsudvikling (udvalg)

Mainz J m.fl.. Kvalitetsudvikling i praksis. Munksgaard, 2011.

Batalden P, Foster T eds, Sustainably Improving Health Care. Radcliffe, 2012.

Langley G et al. The Improvement Guide, second edition. Jossey-Bass, 2009. (kilden til Model for Improvement, se ref (1) herover).

## Bilag - Driver diagram

Dette er et eksempel på et Driver diagram.

Eksemplet viser, hvordan konkrete mål kan identificeres via driver diagrammet.

