

Hvorfor er det vigtigt, at alle kan forbedre?

Af Louise Rabøl, ledende overlæge, Øre-, Næse-, Hals- og Kæbekirurgisk Afdeling, Sjællands Universitetshospital

Langt de fleste læger ønsker at gøre en forskel for deres patienter. Og mange læger har tilmed en drøm om at være med til at revolutionere behandlingen inden for et særligt område fx ved at forske og derefter se den nye viden komme en gruppe af patienter til gavn.

Læger er traditionelt godt uddannet til at medvirke til forskning: Vi har tidligt på medicinstudiet lært om randomisering, kontrolgrupper, etiske overvejelser og p-værdier. Vi er ovenikøbet en del af et system, der i høj grad anerkender forskning, når vi skal tildeles stillinger, uddannelser og hædersbevisninger.

Men den anden del af processen – at implementere forskningsresultaterne og sikre, at de ikke kun havner på side 354 i et videnskabeligt tidsskrift, men at de gennem nye arbejdsgange bliver en del af den kliniske hverdag og kommer alle relevante patienter til gavn – har vi som læger langt mindre teoretisk og praktisk viden om.

Undersøgelser viser, at hvor det går glimrende med gennem forskningen at frembringe ny viden (1), så strander implementeringen ofte, inden den nye viden er nået ud til de patienter, den er tiltænkt.

Selv etableret viden, der er anerkendt som god klinisk praksis og nedfældet i vejledninger og retningslinjer, når heller ikke altid ud til patienterne.

Dertil kommer, at vi, når der sker utilsigtede hændelser og patientskader som følge af behandlingen, eller der opstår ventetid og kapacitetsproblemer, kan opleve, at de nuværende arbejdsgange er til fare for patientsikkerheden, og at forhold som travlhed, komplekse systemer og uhensigtsmæssige arbejdsgange står i vejen for, at sundhedsvæsenet kan levere det bedste resultat.

Omkring årtusindeskiftet udkom der fra det amerikanske Institute of Medicine to rapporter "To Err is Human" (2) og "Crossing the Quality Chasm" (3). De satte fokus på det, som kan kaldes 'kvalitetskløften', nemlig det faktum, at langt fra alle patienter modtager den behandling, man ideelt set har tiltænkt dem fra sundhedsvæsenets side. Der er ofte store mangler i leverancerne. Dertil kommer fejl og andre patientsikkerhedsproblemer. Rapporten fra 1999 estimerede, at 44.000-98.000 amerikanere årligt døde som følge af brist i patientsikkerheden. En dansk rapport fra 2001 pegede på tilsvarende problemer i Danmark (4).

Hvordan defineres kvalitet?

Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedsvæsenet har følgende definitioner (5):

Kvalitet

Kvalitet af en sundhedsydelse kan defineres som dens evne til (ud fra specificerede eller underforståede forventninger) at skabe det ønskede resultat for patienten.

På sundhedsområdet opdeles kvalitet i følgende dimensioner; effektiv behandling, sikkerhed for patienten, omkostningseffektivitet, rettidighed, patientfokus og lighed.

Kvaliteten af en sundhedsfaglig indsats vurderes ved niveauet for målopfyldelse. Fastsættelse af et mål for (en måling af) kvalitet vil derfor være en forudsætning for bedømmelse af kvaliteten.

Kvalitetsudvikling

Samlebegreb for arbejdet med kvalitet i sundhedsvæsenet.

Begrebet betegner aktiviteter og metoder som samlet har til formål systematisk og målrettet at forbedre kvaliteten af sundhedsvæsenets ydelser.

Kvalitetsforbedring (Quality Improvement)

Opnåelse af højere grad af opfyldelse af fastlagte kvalitetsmål.

Fastlæggelse af kvalitetsmål – evt. i form af standarder – og måling af kvalitetsniveau over tid, er en forudsætning for at kunne konstatere, om en given indsats har ført til kvalitetsforbedring.

I 2017 blev der offentliggjort en rapport fra OECD, der viste, at ca. 15 % af sundhedsvæsenets ressourcer sluges af fejl og spild (6). I 2020 udgav OECD en rapport med anbefalinger til, hvordan dette spild kan tackles (7). Et eksempel er forebyggelse af hospitalserhvervede infektioner, der nævnes som en meget favorable investeringer.

Kvalitetskløften har en række konsekvenser ikke mindst for patienterne og sundheden. Men også for økonomien i sundhedsvæsenet, da mere effektive behandlinger alt andet lige er bedre end de mindre effektive til at opfylde sundhedslovens mål om at "...fremme befolkningens sundhed samt at forebygge og behandle sygdom, lidelse og funktionsbegrænsning for den enkelte" (8).

Traditionel forskning vil fortsat være en vigtig del af lægers virke. Men bør det ikke være en lige så naturlig opgave, at vi sikrer os, at den opnåede viden anvendes i praksis? At sørge for, at al den gode forskning og evidens ikke går til spilde, men bliver omsat til praktiske handlinger – til gavn for patienterne? Det er hvad implementering, kvalitetsudvikling eller forbedringsarbejde går ud på.

CASE: Bedre behandling af patienter med lungebetændelse, optiCAP

Kilde: Markus Fally

Kun syv procent af patienter, der blev indlagt med samfundserhvervet lungebetændelse (community-acquired pneumonia, CAP), fik behandling efter gældende retningslinjer, viste baselinemålinger i kvalitetsprojektet optiCAP, der blev gennemført på fire danske hospitaler fra 2017 til 2019 (før COVID-19) (9) (10).

Formålet med optiCAP var derfor at forbedre behandlingen af patienter med CAP, der rammer ca. 45.000 mennesker i Danmark hvert år.

På baggrund af eksisterende danske og internationale standarder blev der defineret en samlet "pakke" ("care bundle"), der skal være udført inden for otte timer efter ankomst til sygehuset:

- røntgen af lungerne
- nedre luftvejssekret til mikrobiologisk undersøgelse
- CURB-65 score (mål for CAP-mortalitet og hermed sværhedsgrad; har betydning for behandlingsvalg)
- første dosis antibiotika

I løbet af en 8-måneders periode gennemførtes en række interventioner på tre af de fire hospitaler, mens det fjerde hospital fungerede som kontrol. Personalets oplevede barrierer for at følge guidelines blev kortlagt, og arbejdsgange blev analyseret og optimeret. I forbindelse med udviklingen af tiltagene blev der blandt andet arbejdet med forbedringsmodellen.

Efter interventionerne steg andelen af patienter, der havde modtaget den fulde pakke, på interventionshospitalerne fra 12% til ca. 45%, mens andelen var uændret på kontrolhospitalet

igennem hele studieperioden (ca. 3%). Projektet var dermed et godt eksempel på, at tilgængelig viden ikke altid bliver anvendt, men at implementering vha. systematiske metoder kan medvirke til, at langt flere patienter får gavn af det, vi ved.

Proportion of patients w/ chest X-ray, LRTS, CURB-65 and antibiotics within 8 hrs.



Fra evidens til praksis

Sundhedsvæsenet og dermed lægernes arbejdsgange har altid udviklet sig: Historiske medicinske landvindinger som bedøvelse, vaccinationer og antibiotika overflødiggjorde fx lægelige arbejdsmetoder som superhurtige amputationer, behandling med jernlunger og sengeleje og gav plads til forfinede operationsteknikker, behandling af kroniske lidelser og rehabilitering.

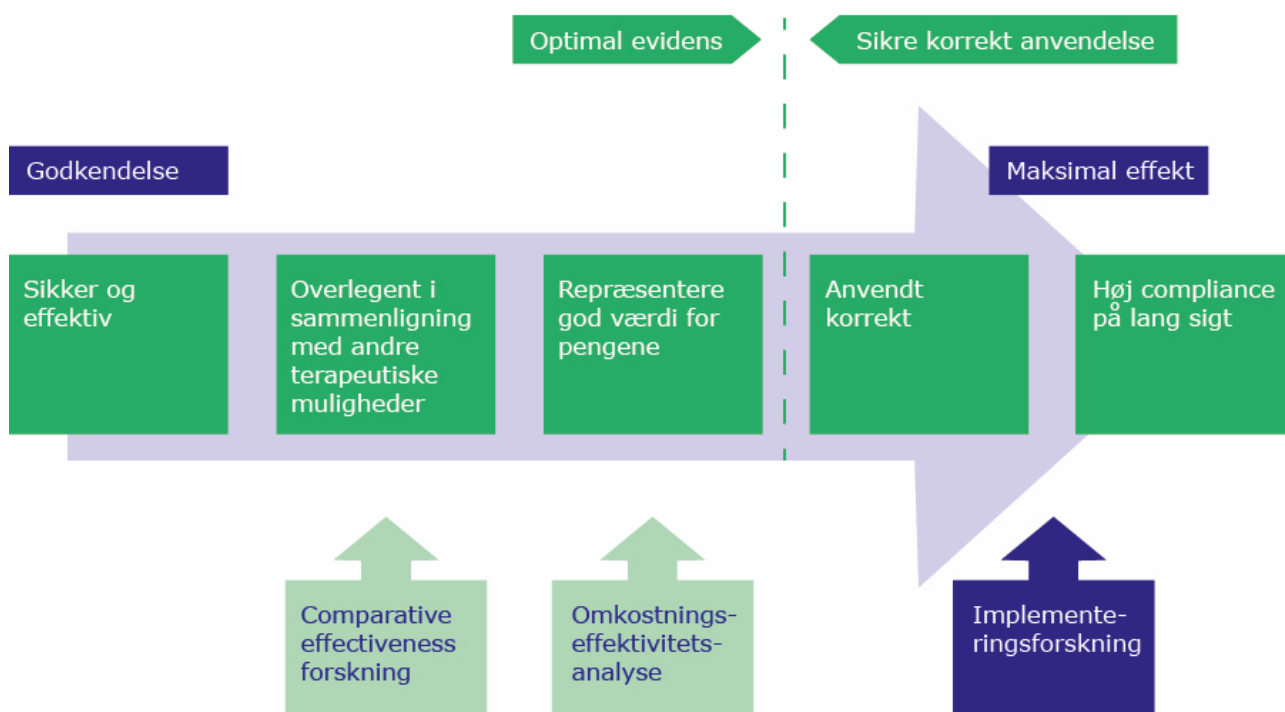
Mange nye opfindelser og arbejdsgange har vi som læger hurtigt accepteret og taget til os – både hvor der forelå evidens (fx trombolysse- og eradikationsbehandling), og hvor der ikke gjorde (robotkirurgi fx). Men andre teknikker og arbejdsgange har været sværere at få implementeret på trods af solid evidens (11) (fx antiseptisk teknik eller fysisk træning som alternativ til flere operationstyper og lægemidler). Men lægers arbejdsgange har altid ændret sig.

Hastigheden, hvormed vi får ny viden, stiger eksponentielt (12). En rapport fra det amerikanske National Science Foundation, NSF, vurderer, at antallet af videnskabelige publikationer stiger med fire procent om året, og fra 2008 til 2018 voksede antallet af fagfælle-bedømte publikationer fra 1.8 million til 2.6 million artikler pr. år (13).

Men at få bragt al den nye viden i anvendelse, at få den implementering i praksis, er ikke noget, som lægevidenskaben traditionelt har givet meget opmærksomhed, når der skulle uddeles hædersbevisninger, stillinger eller løn. Fokus på traditionel forskning har overskygget dokumentation af, om patienterne faktisk modtager den relevante pleje og behandling.

Dette fokus er fx tydeligt, når det gælder nye lægemidler.

Implementeringsforskning søger at udfylde hullet mellem tilstrækkeligt evidens og optagelse af interventioner i praksis



Figuren viser de forskellige faser i udvikling, godkendelse og ibrugtagning af et lægemiddel.
Bearbejdet efter: Niteesh K. Choudhry, MD, PhD, *Implementation Research in Health and Healthcare Summer 2018, Harvard School of Public Health*

Når nye lægemidler udvikles, bruges der ekstremt store ressourcer på at dokumentere effekten, at sørge for, at medicinen er sikker, og at eventuelle bivirkninger står mål med medicinens effekt. Det er en årelang proces for en medicinalvirksomhed at gennemføre fase 1, fase 2 og fase 3 i de afprøvninger, der skal til for at få produktet godkendt af myndighederne.

Derefter vil sundhedsvæsenet kigge på produktet med cost-benefit-briller og vurdere, om den nye behandling giver tilstrækkelig værdi for pengene.

Derimod er der ikke tradition for, at hverken producent, myndigheder eller sundhedsvæsen følger op på, at produktet ordineres hensigtsmæssigt, og om de patienter, der kan have gavn af produktet, faktisk også modtager det. Og om compliance holder over tid. I forhold til den initiale godkendelse, er de senere faser, hvor man "oversætter" forskning til praksis underprioriteret.

Oftes sættes der på at udvikle nye lægemidler og teknologier, som kan forbedre effekten af behandlingen med nogle få procent. Men at øge anvendelsesgraden af en eksisterende – måske ældre – behandlingsform med moderat effekt, kan være endnu mere givtigt, hvis man ser på den samlede patientgruppe.

Når det fx gælder behandling af patienter med akut iskæmisk apopleksi, kan man arbejde på at fin tune de lægemidler, der anvendes i behandlingen, men samlet set er det en mere effektiv strategi at øge procentdelen af patienter, der revaskulariseres med trombolyse og/eller trombektomi. Det er en strategi, der er arbejdet med i et lærings- og kvalitetsteam (LKT Apopleksi) i forbindelse med Den Nationale Kvalitetsmodel. De fleste regioner nærmer sig nu den nationale standard på 25 %, der er fastsat i Dansk Apopleksiregister, men i 2020-årsrapporten fra registeret, vurderer styregruppen, at der er potentiale for at sætte barren højere (14) fordi der skønnes stadig at være et potentiale for at forbedre de arbejdsgange der sikrer, at patienterne rent faktisk får den behandling, vi fra forskningen ved, der er evidens for.

Øget kompleksitet og arbejdspress

De systemer, vi som læger skal arbejde i, bliver hele tiden mere og mere komplekse: Hvor vi før havde specialer, har vi nu subspecialer. Hvor vi før havde sygehuse med et par afdelinger, har vi nu akutsygehuse og snart supersygehuse, hvor de fleste af de 38 nuværende lægelige specialer er repræsenteret. Antallet af tilstande, vi kan erkende, diagnosticere og behandle stiger og antallet af faggrupper, specialer og sektorer, der skal involveres, for at få det bedst mulige resultat for den enkelte patient, vokser. Samtidig kan det medicinske udstyr mere og mere – og læger skal med tiltagende hastighed kunne tage nyt teknologisk avanceret udstyr i brug for at kunne holde trit med udviklingen.

Yderligere en faktor er patienterne. De har et legitimt ønske om ikke bare hurtig udredning og behandling (måske for at kunne vende tilbage til fx deres arbejde eller at tage sig af deres familier), men også at lægerne tager hensyn til lige netop deres livssituation. Det betyder, at vi som læger, for at levere det rigtige for den enkelte, skal kunne individualisere behandlingen. Det stiller særlige krav til vores arbejdsgange, der skal være strømlinede for at reducere ventetid, men også individualiserede for at sikre hensynet til den enkelte.

Tilmed er det et vilkår, at vores patienter (der jo bl.a. er os selv, vores venner og vores familier) selv søger viden: De fleste læger møder nu en generation af patienter, der er velforberedte (fx på baggrund af selvstudier) og langt mindre autoritetstro end tidligere. Samtidig opsøger man ikke nødvendigvis lægen for at tage imod den behandling lægen tilbyder: Mange patienter ønsker råd og vejledning, men har ikke nødvendigvis de samme ønsker om operation eller livsforlængende behandling, som vi som læger er forberedt på at tilbyde (15) (16).

Denne tendens kan vi forvente bliver stærkere i de kommende år pga. fremkomsten af genetiske tests og dermed mulighederne for langt mere målrettede behandlinger jf. 'personlig medicin' (17) (18).

Alt i alt er det ikke underligt, at en del læger oplever, at arbejdet i sundhedsvæsenet stiller store krav og til tider kan virke uoverkommeligt (19) (20) (21).

Men der er intet, der tyder på, at vi i fremtiden får flere ressourcer, eller at der bliver flere læger til at varetage opgaverne. Tværtimod siger prognoserne, at der bliver færre sundhedsprofessionelle pr. borger i de kommende år (22).

Samtidig sker der en udvikling i befolkningssammensætningen: I Danmark kan vi forudse, at der om 20 år er ca. en halv million flere ældre borgere over 65 år - og at der ikke umiddelbart følger flere ressourcer eller mere arbejdskraft med (23).

At arbejde hurtigere og gøre 'mere af det samme' er derfor ikke svaret på fremtidens omvæltninger.

Covid-19 pandemien krævede store forandringer hurtigt

Covid-19-pandemien, der startede i Danmark i foråret 2020, har vist os, at sundhedsvæsenets arbejdsgange kan omstilles og tilpasses meget hurtigt, når motivationen er stærk, ressourcerne er (stort set) ubegrænsede og målet er entydigt (24). I løbet af få måneder blev der anskaffet værnemidler og personalet blev trænet i brugen, der blev opbygget testcentre og etableret særlige klinikker og modtagecentre for covid-patienter. Telte, kontorlokaler og sportshaller blev taget i brug. Senere blev vaccinationsprogrammet rullet ud over hele landet.

Sundhedsvæsenets ledere og samarbejdet mellem sektorerne blev sat på prøve, og der opstod behov for nye samarbejdsformer, som også kan få betydning for det fremtidige arbejde i sundhedsvæsenet.

For at begrænse den personlige kontakt blev der etableret digitale løsninger, fx blev der indført mulighed for videokonsultationer (fx via Min Læge app'en) og udvidet mulighed for telefonkonsultation med praktiserende læge.

De hurtige omstillinger blev drevet af, at man havde en fælles interesse i at komme igennem krisen, og omstillingerne blev lettet af, at der fra politisk hold var fokus og ressourcer til håndteringen af covid-19.

Sådan er det ikke i det daglige arbejde med fornyelse og forbedringer, men pandemien har dog givet sundhedsvæsenet nogle erfaringer, der forhåbentlig kan komme til gavn i kvalitetsudviklingen generelt. En af de vigtigste erfaringer er nok, at vi bedre kan udfordre den kendte show stopper-vending 'det kan ikke lade sig gøre'.

Læring versus kontrol

Udgangspunktet for håndbogens beskrivelser af, hvordan man som læge kan være med til at forbedre arbejdsgange er, at alle går på arbejde for at gøre deres bedste for deres patienter, kolleger og deres arbejdsplads (25).

Men også at alle mennesker begår fejl - både ubetydelige og betydelige - hver dag (26).

Vi kan fx tage fejl af nøglen til låsen, vi kan huske et navn eller et præparat forkert i en presset situation, eller vi kan tage fejl af højre og venstre. Derfor skal vi skabe arbejdsgange, der i størst muligt omfang hjælper os med at huske, guider til det rigtige valg og gør det let at gøre det rigtige.

Når noget går rigtig galt, kan det være fristende at udpege den enkelte læge eller sundhedsperson som årsagen til hændelsen. Men vil vi forhindre, at noget lignende sker igen i en tilsvarende situation for en anden kollega og en anden patient, må vi rette vores fokus mod at skabe systemer, der ikke alene baserer sig på individers omhu, hukommelse og samvittighedsfuldhed, men som samtidig gør det let at gøre det rigtige. Denne tænkning stammer bl.a. fra forskning i ulykker og katastrofer fx fra luftfarten, rumfarten og atomkraftværker (27).

Kvalitetsudvikling er nødvendigt, men ikke tilstrækkeligt

Kontinuerlige kvalitetsforbedringer er et must, hvis sundhedsvæsenets skal tilpasse sig de mange udfordringer i fremtiden. Men er det tilstrækkeligt?

Kan forbedringsmetoder overflødiggøre behovet for kontrol og tilsyn? Ikke helt. Men måske kan vi reducere behovet for det. Der vil altid være enkelte brodne kar i en samfundsgruppe der i Danmark tæller ca. 30.000 læger. Vi skal have et system, der forhindrer, at de få læger, der ikke er i stand til at udføre deres arbejde forsvarligt, bliver hjulpet eller - om nødvendigt - frataget deres autorisation. Men langt de fleste læger er samvittighedsfulde og går på arbejde for at gøre deres bedste for patienterne. Denne håndbog henvender sig til dem.

Der vil også stadig være et stort behov for at opfinde helt nye behandlinger og teknologier og forske systematisk i deres anvendelse, så vi ved, om de er bedre end alternativet. Men når denne proces er gennemført, står vi med ny viden om, hvad der virker. Og her kan forbedringsmetoder medvirke til at give et sprog til dem, der skal medvirke til at implementere de nye teknologier, så de hurtigst muligt finder anvendelse. Uden opfindelser, innovation og forskning ingen ny viden, men uden systematisk implementering går der i bedste fald alt for lang tid inden patienterne får gavn af den nye viden og i værste fald kommer de nye metoder aldrig de relevante patienter til gavn (28).

Forbedringsmetoder kan heller ikke erstatte politiske prioriteringer, langsigtet planlægning, god ledelse, forebyggelse eller god grunduddannelse. Men med denne håndbog håber vi, at vi kan give dig som læge et blik for, hvordan du kan se dig selv i tilrettelæggelsen af arbejdsgangene til gavn for den faglige kvalitet, patientoplevelserne, arbejdsglæden - og dermed også økonomien i og tilliden til sundhedsvæsenet.

Referencer

1. Balas E, Boren S. Managing Clinical Knowledge for Health Care Improvement. In: van Bemmel JH, McCray AT, eds. Yearbook of Medical Informatics. Stuttgart: Schattauer Verlagsgesellschaft mbH, 2000:65–70.
2. Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America. To Err is Human: Building a Safer Health System. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, editors. Washington (DC): National Academies Press (US); 2000. PMID: 25077248.
3. Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America. Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. Washington (DC): National Academies Press (US); 2001. PMID: 25057539.
4. Utilsigtede hændelser på danske sygehuse. Pilotundersøgelse udført i et samarbejde mellem Hovedstadens Sygehusfællesskab, Sønderjyllands Amt, Viborg Amt, Århus Amt, Sundhedsministeriet og DSI Institut for Sundhedsvæsen. September 2001
5. [Sundhedsvæsenets kvalitetsbegreber og -definitioner & Metodehåndbog i Kvalitetsudvikling. Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren, Januar 2016 \(tilgået sept 2021\)](#)
6. [OECD, 2017 The Economics of Patient Safety. Strengthening a value-based approach to reducing patient harm at national level](#)
7. [OECD, 2020 The Economics of Patient Safety. From analysis to action <https://danskelove.dk/sundhedsloven>](#)
8. Fally M, von Plessen C, Anhøj J, Benfield T, Tarp B, Clausen LN, Kolte L, Diernaes E, Molzen L, Seerup R, Israelsen S, Hellesø AB, Ravn P. Improved treatment of community-acquired pneumonia through tailored interventions: Results from a controlled, multicentre quality improvement project. PLoS One. 2020 Jun 11;15(6):e0234308. doi: 10.1371/journal.pone.0234308. PMID: 32525882; PMCID: PMC7289425.
9. Markus Fally og Pernille Ravn. [Afsluttende rapport. Optimering af behandling for samfundserhvervet pneumoni \(optiCAP\), 2020](#)
10. [Atul Gawande. Slow Ideas. The New Yorker. Juli 2013. \(tilgået sept 2021\)](#)
11. <http://blogs.nature.com/news/2014/05/global-scientific-output-doubles-every-nine-years.html>
12. [National Science Foundation \(2019\). Publications Output: U.S. Trends and International Comparisons. National Science Board: Science and Engineering Indicators.](#)
13. [Dansk Apopleksiregister, Årsrapport 2020 \(tilgået sept 2021\)](#)
14. [De sundhedsprofessionelle skal være KLAR TIL SAMTALEN. Dansk Selskab for Patientsikkerhed, 2019](#)
15. [Mulley AG, Trimble C, Elwyn G. Stop the silent misdiagnosis: patients' preferences matter. 2012 Nov 8;345:e6572. doi: . PMID: 23137819](#)
16. <https://www.regioner.dk/sundhed/medicin/personlig-medicin>
17. [Personlig medicin til gavn for patienterne, National strategi for personlig medicin 2017-2020, Sundhedsministeriet og Danske Regioner](#)
18. [Nørøxe, K.B., Pedersen, A.F., Bro, F. et al. Mental well-being and job satisfaction among general practitioners: a nationwide cross-sectional survey in Denmark. BMC Fam Pract 19, 130 \(2018\).](#)
19. [Perlo J, Balik B, Swensen S, Kabcenell A, Landsman J, Feeley D. IHI Framework for Improving Joy in Work. IHI White Paper. Cambridge, Massachusetts: Institute for Healthcare Improvement; 2017. \(Available at \[ihi.org\]\(http://ihi.org\)\)](#)
20. [National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. 2019. Taking Action Against Clinician Burnout: A Systems Approach to Professional Well-Being. Washington, DC: The National Academies Press.](#)
21. [Mark Britnell. Human: Solving the global workforce crisis in healthcare. KPMG, 2019.](#)
22. [Flere ældre og nye behandlinger – Hvad kommer det til at koste? – Udviklingen i sundhedsvæsenets økonomi, ressourcer og opgaver. VIVE, 2018 \(tilgået sept 2021\)](#)
23. [Kvalitet og patientsikkerhed under covid-19 \(2 bind\). Udgiven af Dansk Selskab for Patientsikkerhed med støtte fra Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedsvæsenet, 2021.](#)
24. [Marx D. Patient Safety and the Just Culture. Obstet Gynecol Clin North Am. 2019 Jun;46\(2\):239-245. doi: . PMID: 31056126.](#)
25. Reason J. Human error: models and management. West J Med. 2000 Jun;172(6):393-6. doi: <http://doi.org/10.1136/ewjm.172.6.393>. PMID: 10854390; PMCID: PMC1070929.
26. [From Risk to Resilience. Ramus Dahlberg. PhD-thesis. 2017. Faculty of Health and Medical Sciences, University of Copenhagen. \(tilgået sept. 2021\)](#)
27. [Vibeke Rischel, Mads Koch Hansen, Jens Winther Jensen. Forbedringer og innovation går hånd i hånd. Tidsskrift for dansk sundhedsvæsen online, Årg. 96, nr. 1 \(2020\) \(tilgået sept. 2021\)](#)

