

Hvad vil du gerne forbedre?

Af Julie Mackenhauer, læge, ph.d.

Ideer til, hvad du gerne vil forbedre, kan opstå i mange sammenhænge. Mange ideer kommer fra personlige oplevelser. En fejl, en klage eller et forløb du har været involveret i, som burde have været endt på en anden måde. Ideer kan også komme fra din dagligdag, som er præget af processer, der burde køre bedre eller i et andet tempo. Du kan opleve en fortvivlelse eller indignation over, hvorfor systemet ikke præsterer bedre – et dødsfald som burde være undgået eller en skade på en patient, som kunne være forebygget.

Ideer kan også opstå fra en social samvittighed eller et samfundsøkonomisk ønske om, at ressourcerne burde udnyttes eller fordeles bedre. Du kan have en lyst til at bruge alle de data, der hver dag indtastes i millionvis i vores elektroniske systemer – finde mønstre og sammenhænge, der kan forbedre patientbehandlingen eller sundhedsplanlægningen. Måske har du talt med en kollega et sted i Danmark eller et sted i verden, som arbejder med det samme som dig – bare mere effektivt eller med bedre resultater for patienten og personalet?

Kvalitetsafdelingen, metoder og redskaber

Hospitaler og kommuner har ofte en kvalitetsafdeling, der driver organisationens kvalitetsarbejde i samarbejde med ledelsen og afdelingerne. Typiske opgaver, der varetages af kvalitetsafdelingen, er:

- Medvirker sammen med afdelinger, enheder eller afsnit til at gennemføre analyser af utilsigtede hændelser, herunder kerneårsagsanalyser, og udarbejder sammen med klinikerne handlingsplaner på grundlag af analyserne
- Gennemfører journalaudits i samarbejde med de lokale afdelinger
- Gennemfører mortalitetsanalyser (dvs. analyser af eventuel forebyggelighed ved dødsfald på fx sygehuset) og/eller audit i forbindelse med uventede hjertestop
- Hjælper afdelinger, afsnit eller enheder med at tilgå data om kvalitet fx RKKP-data og data vedr. den Landsdækkende Undersøgelser af Patientoplevelser (LUP)
- Udarbejder og tilpasser overordnede retningslinjer og sikrer, at de er tilgængelige for medarbejderne
- Tager initiativ til tværgående forbedringsprojekter, patientsikkerhedsrunder osv.

Hvis du overvejer at gå i gang med et forbedringsprojekt, vil du ofte kunne hente støtte og vejledning i organisationens kvalitetsafdeling, der evt. også kan hjælpe med at skaffe data.

En åben kultur

Det er svært at komme med nye ideer eller at påpege fejl og mangler, hvis ikke man som medarbejder føler sig tryk ved, hvordan det modtages i organisationen – blandt kollegerne og i ledelsen. Det kræver mod at være den, der råber op.

Kulturen på din afdeling er medbestemmende for, om det er nemt eller svært at tage initiativ til kvalitetsudvikling.

I den ene ende af kulturskalaen er der afdelinger, hvor medarbejdere er tilbageholdende med at påpege mangler i kvaliteten eller farer for patientsikkerheden, fordi de er bange for skepsis, latterliggørelse eller

andre negative reaktioner fra kolleger og ledelse. Der er tendens til, at ansvaret for kvalitetsbrist ligger hos den enkelte medarbejder. Forslag om forandringer bliver mødt med modvilje og mistro.

I den anden ende af skalaen er kulturen præget af åbenhed og gennemsigtighed. Der er kontinuerlig fokus på kvalitetsudvikling og patientsikkerhed, og patienterne inddrages og tages med på råd. Medarbejderne opfordres til at sige til og påpege eventuelle kvalitetsbrist og risici. Der er åbenhed om utilsigtede hændelser og patientskader, og disse episoder bliver brugt til læring og forbedringer (1).

Selv i afdelinger med en god kultur kan der være en tendens til, at kvalitetsudvikling foregår som afgrænsede "projekter", hvor det vil være mere ideelt, hvis kvalitetsarbejdet er integreret i dagligdagen, og kompetencer i kvalitetsudvikling anses for lige så vigtige som forskningskompetencer.

Det er selvfølgelig ledelsen, der har det overordnede ansvar for, hvilken kultur der hersker på en afdeling, og for at integrere kvalitetsudviklingen i dagligdagen. Men som klinisk arbejdende læge kan du også være med til at præge kulturen og kommunikationen, for eksempel ved at gå foran, være nysgerrig og have mod til at foreslå forandringer. Det gode argument er, at det er for patienternes skyld.

Ideer til kvalitetsforbedring kan opstå i dagligdagen

Inspiration fra utilsigtede hændelser

Du kender måske følelsen af, at noget ikke går, som det bør: Det er fx. fornemmelsen af at møde op på arbejde mandag morgen og opdage, at ingen har reageret på det afgørende notat, du skrev før weekenden, og nu er patienten udskrevet uden opfølgning eller genindlagt med en komplikation, der kunne være undgået. Dette er et eksempel på det, man kan kalde en utilsigtet hændelse (UTH).

Ikke alle utilsigtede hændelser rapporteres. Men heldigvis er mange medarbejdere opmærksomme på, at utilsigtede hændelser er potentiale for læring. Og derfor tager de sig tid til at rapportere. Efterspørg UTH'er og analyser af de mest alvorlige UTH'er hos din ledelse. Gennemgå de hyppigste UTH'er, som er beskrevet i årsrapporter eller lignende fra dit hospital. Det er også muligt at få adgang til den nationale samling af UTH'er i Dansk Patientsikkerhedsdatabase (2) [Se også oversigten over datakilder](#).

Inspiration fra klagesager

Hvis du selv har været involveret i en klagesag, har du allerede tænkt på 1.000 ting, du og alle andre skal gøre bedre en anden gang.

Men at skabe læring fra klagesager kræver, at vi er åbne om klagerne, og indser, at en klage over dig som person ofte handler om hele patientens oplevelse i dit afsnit, afdelingen eller på sygehuset. Derfor kan det give stor værdi at tale højt om klager og erstatningssager: Hvis du har et ønske om at forbedre systemet, kan du derfor gå forrest og tale åbent om det, og dermed være med til at skabe en kultur, hvor vi lærer af fejl i stedet for at skamme os.

Del dine fejl og overvejelser med andre ved at bringe episoden op på fx morgenkonferencer eller personalemøder. Bidrag til at se klagen i et systemperspektiv og overvej, hvordan der kan skabes læring for både systemet og personalet. Her kan du fx lade dig inspirere af forskellige metoder til patientsikkerhedsanalyser (3). I nogle tilfælde kan det være relevant med en tjekliste. Et godt eksempel på forebyggelse af fejl ved operationer er Sikker Kirurgi-tjeklisten, der nedsætter risikoen for forvekslinger og ruster teamet til at forudse eventuelle uforudsete hændelser i forbindelse med indgrebet. Tjeklisten er udviklet af WHO (4) og bearbejdet til dansk af Dansk Selskab for Patientsikkerhed (5).

Deltag i dialogmødet med patienten og de pårørende, og forsøg at forstå den eventuelle klage fra deres vinkel. Fortsæt evt. med at bruge patienten og de pårørende i den videre proces, hvis du oplever, at de kan bidrage til at vurdere de løsninger, du og dine kolleger finder på. Prioritér indsatserne. Overvej altid omfanget af det problem, du gerne vil løse - både hyppighed, alvorlighed og omkostninger.

Inspiration fra uhensigtsmæssige processer og spild

Måske kender du fornemmelsen af først at komme i gang med dagens program kl.10.15 fordi nogen andre har planlagt undervisning uden at orientere dig og dine kollegaer, eller fordi patienten blev forsinket et andet sted i systemet. Eller du kender fornemmelsen af at registrere den samme information flere steder. Eller at vente længe på noget, der burde kunne leveres hurtigt.

Hvis du ikke selv har oplevet det, så hører du det måske som brok i kaffestuerne og over frokosten.

Sandsynligvis ærgrer du dig også sommetider, når du kan se, at de u hensigtsmæssige processer er årsag til spild af ressourcer, fx unødige dobbeltregistreringer, udstyr, der må kasseres, uden at være brugt, eller patienter, der unødigt venter, fx fordi der mangler en blodprøve eller et tilsyn, før de kan udskrives.

Institute for Healthcare Improvement har udviklet et redskab til identifikation af spild, *Waste Identification Tool* (6).

Redskabet henvender sig hovedsagelig til ledelsesniveau. Det er oversat til brug i Danmark af Dansk Selskab for Patientsikkerhed (7).

Lær af dem, der gør det bedst

En vigtig motivation til at gennemføre forbedringer er at opdage, at andre gør det bedre end én selv. Det kan være, at du får lov at følge dit største kliniske idol en hel dag, og lærer mere end du har lært de seneste seks måneder i din egen afdeling. Eller tager til en konference og høre en kollega fremlægge data på noget, ingen troede var muligt, men du erkender at konfidensintervallet er smalt og overbevisende, og at data derfor er forpligtende.

Hvis du besøger en kollega på en afdeling, som har bedre resultater end din egen, så fokusér på det, de gør godt. Du ved, at de klarer sig bedre på en række parametre. Fald derfor ikke i fælden ved at fokusere på alle de steder, hvor du tilfældigvis opdager, at de gør det dårligere. Spørg dem, hvad de mener er årsagen til deres succes.

Andre kilder til inspiration fra de bedste kommer fra videnskabelig litteratur og nationale kliniske retningslinjer.

Hvis du sidder med en videnskabelige artikel, så gennemgå beskrivelsen af deres metoder nøje. Overvej forskelle og ligheder imellem din population og deres population (case-mix), og jeres kontekst (strukturer, arbejds gange, kultur, fysiske rammer, kompetencer).

Kunsten at lære af de bedste er først at forstå, *hvad* de bedste gjorde for at opnå et godt resultat. Dernæst at sætte sig grundigt ind i, *hvordan* de indførte metoden: Hvilke patienter får behandlingen? Hvem samarbejder med hvem? Hvordan blev det aftalt? Hvilken kultur havde de inden? Hvem var imod? Hvordan fik de ændret kulturen? Hvem ændrede den? Hvilke kompetencer og forudsætninger havde de for at gøre det? Hvilke kompetencer skal der til?

Inspiration fra patienter

Lyt til patienterne og de pårørende og bed dem om input til, hvad der efter deres mening kan forbedres. Patienterne oplever systemet fra et andet perspektiv (8), og de og deres pårørende har deres følelser og individuelle behov med i vurderingen af, hvordan systemet fungerer. Deres ideer og fortællinger kan derfor være afgørende, når det handler om at prioritere og gennemføre radikale ændringer i sundhedsvæsnets arbejds gange.

Case: Patienternes bidrag til ideen blev nøglen til succes

I Psykiatriens i Region Nordjylland ønsker man at nedbringe overdødeligheden blandt patienter med alvorlig psykiatrisk sygdom. Derfor har man gennemført flere indsatser herunder denne:

Ideen blev målrettet overdødelighed som følge af fysisk sygdom. Den ønskede indsats var at udrede og behandle patienterne for deres fysiske sygdomme, imens de er indlagt i psykiatrien. Målgruppen var især patienter indlagt på de psykiatriske intensive afsnit, herunder patienter som sjældent/aldrig kommer til egen læge og som ofte/altid udebliver fra ambulatorierne eller afviser undersøgelse.

Personalet i psykiatrien udtrykte bekymring for, om patienterne kunne overskue at blive tilset og udredt imens deres psykiske tilstand var allermest kritisk (eksempelvis svært psykotisk, manisk, abstinent eller deprimeret). Der var også tvivl om, hvorvidt patienterne overhovedet havde lyst til at tale med

personale i hvid kittel.

Psykiatriens peer board blev inddraget i projektet allerede fra begyndelsen. Patienterne talte på vegne af en større gruppe brugere (peers), og udtrykte stort ønske om at blive undersøgt ”mens de alligevel var på hospitalet” og ”uanset hvor kritisk den psykiske tilstand er”. Der blev gennemført afprøvninger i lille skala i både psykiatrisk skadestue og på de intensive afsnit, og de første afprøvninger viste, at patienterne i høj grad ønskede at blive udredt og behandlet under indlæggelse. Særligt af en hvid kittel hvor der tydeligvis var fokus på fysisk helbred og ikke antipsykotika, tvang og andre emner relateret til den psykiatriske behandling.

Konceptet kaldes i dag ”Liaison somatik” og siden 2017 er flere end 400 patienter blevet undersøgt og behandlet for fysiske sygdomme, mens de var indlagt i Psykiatrien. Der er diagnosticeret og behandlet både hepatitis, hjertesvigt, forhøjet blodtryk, kræft og blevet omlagt medicinske behandlinger fx insulinbehandling. Personalet er glade for projektet og hjælper patienterne med at blive undersøgt eller henvist videre. Lægerne fra de somatiske specialer oplever at ”de bedste dage er liaison dage”, og møder op på de intensive psykiatriske afsnit og oplever, at de gør en forskel.

Inspiration fra data

Der findes også en række [datakilder](#), der kan hjælpe dig med at analysere kvaliteten.

Foranalyse - Hvad er problemet?

Når du har fået en eller flere ideer til, hvad du gerne vil forbedre, er det hensigtsmæssigt at analysere området nærmere, inden du går i gang med selve forbedringsarbejdet. Denne foranalyse vil komme dig til gode senere i processen, når du arbejder med forbedringsmodellen og skal generere ideer til, hvordan arbejdsgangene kan ændres.

Foranalysen kan også hjælpe dig med at skaffe data, som kan være med til at overbevise andre om, at der er et problem, som vi skal have gjort noget ved. Data, der er samlet ved foranalysen, kan også bruges som baseline senere i forbedringsarbejdet.

For det første er det vigtigt at fastslå, at der i det hele taget er et problem, hvor stort det er, og hvem det er et problem for (i sidste ende som regel patienterne).

Start fx med en hurtig overordnet analyse

- Er der adgang til datakilder, der siger noget om problemet? Fx utilsigtede hændelser
- Spørg tre patienter om deres oplevelser
- Spørg tre kolleger (gerne tværfagligt)

Dernæst er det vigtigt, at det problem, du vælger at arbejde med, også er det egentlige problem.

Der kan være en tendens til, at vi som sundhedsprofessionelle kigger meget sygdomsspecifikt på forbedringer. Udgangspunktet er måske, at vi gerne vil reducere mortaliteten for patienter med meningitis. Det første, der falder os ind, er, at så må vi opgradere medarbejdernes viden om meningitisdiagnose og meningitisbehandling. Men måske er der andre tilgange, som vil være langt mere givtige.

Måske er problemet ikke så meget, at vi mangler viden om meningitis. Problemet er at få spottet meningitispatienten mellem de hundredvis af andre syge patienter. Det, der går galt, er at vi først får set denne patient til allersidst.

Hvis vi fx havde en bedre overlevering mellem vagterne, sådan at der var sikkerhed for, at de mest syge patienter blev set først, kunne risikoen for en lignende hændelse så reduceres? Dette er et spørgsmål om at

forbedre en arbejdsgang snarere end manglende sygdomsspecifikke viden. Og kan vi få forbedret den proces, er det en fordel ikke bare for meningitispatienter, men for alle de akut syge patienter.

Case: Mortalitets- og hjertestopaudit på Sygehus Lillebælt

*Kilder: Jannie Christina Frølund, klinisk sygeplejespecialist, Medicinsk Afdeling, Vejle Sygehus
Helen Bruun, kvalitetskoordinator, Medicinsk Afdeling, Vejle Sygehus
Jens Stubager Knudsen, overlæge, Bedøvelse og Intensiv, Sygehus Lillebælt*

På Sygehus Lillebælt har man haft et vedvarende fokus på at forebygge uventede hjertestop. Systematisk 'tidlig opsporing af kritisk sygdom' (TOKS), er en af interventionerne. Tidlig stillingtagen til behandlingsniveau er en anden. En opgørelse har vist, at forekomsten af uventede hjertestop på Sygehus Lillebælt er reduceret med mere end 25% i løbet af ti år (9).

Sygehuset har en arbejdsgruppe, der hver måned gennemgår journaler på samtlige patienter, der er døde, dvs. 60-80 pr måned. Resultatet af gennemgangen skrives sammen, og der sendes tilbagemelding til de afdelinger, hvor dødsfaldene har været, og til Direktionen.

De fleste af dødsfaldene er ganske udramatiske, men et af de tilbagevendende fund ved gennemgangen er, at nogle patienter behandles i rigtig lang tid, inden der tages stilling til genoplivning ved eventuelt hjertestop. I flere tilfælde ville det have givet et bedre patientforløb med en tidligere stillingtagen.

Journalgennemgangene har også afsløret uværdige dødsfald, hvor patienten er genoplivet, men hvor man af forløbet flere dage tilbage kan se, at man burde have taget stilling til og eventuelt fravalgt hjertestopbehandling.

Journalgennemgangene har i det hele taget peget på, at der ligger et stort potentiale i det at træffe de svære beslutninger om behandlingsniveau tidligt i forløbet. Fx så patienter ikke sendes til belastende undersøgelser, når de ville have bedre gavn af et palliativt forløb.

Konkret samarbejder arbejdsgruppen med Center for fælles beslutningstagen om at udvikle visuelle værktøjer, der kan understøtte samtalerne med patienterne og de pårørende. Denne type materialer kan fx bruges ved samtaler om kemoterapi og efterbehandling efter kræftoperationer eller stillingtagen til genoplivning eller indlæggelse på intensiv afdeling.

Hjertestop-audit på Medicinsk Afdeling, Vejle Sygehus

På Medicinsk Afdeling på Vejle Sygehus, Sygehus Lillebælt, gennemføres journal gennemgang på alle tilfælde af uventede hjertestop og hjertestopkald. Det var en praksis, der startede på forsøgsbasis i 2015 (10), og som nu er blevet fast rutine. Gennemgangen er et af en række tiltag, som har bidraget til, at antallet af uventede hjertestop på afdelingen er reduceret med op til 30% til ca. 10 pr. år. Tanken er at der er læringspotentiale i hvert enkelt hjertestopkald.

Hver uge gennemgås eventuelle episoder af hjertestop. Gennemgangen gennemføres af afdelingens kvalitetskoordinator, klinisk sygeplejespecialist og en læge. Den består af en grundig

journalgennemgang og påvisning af mulige læringspotentialer. Endvidere bliver de involverede sundhedsfaglige inviteret til at bidrage med deres refleksioner.

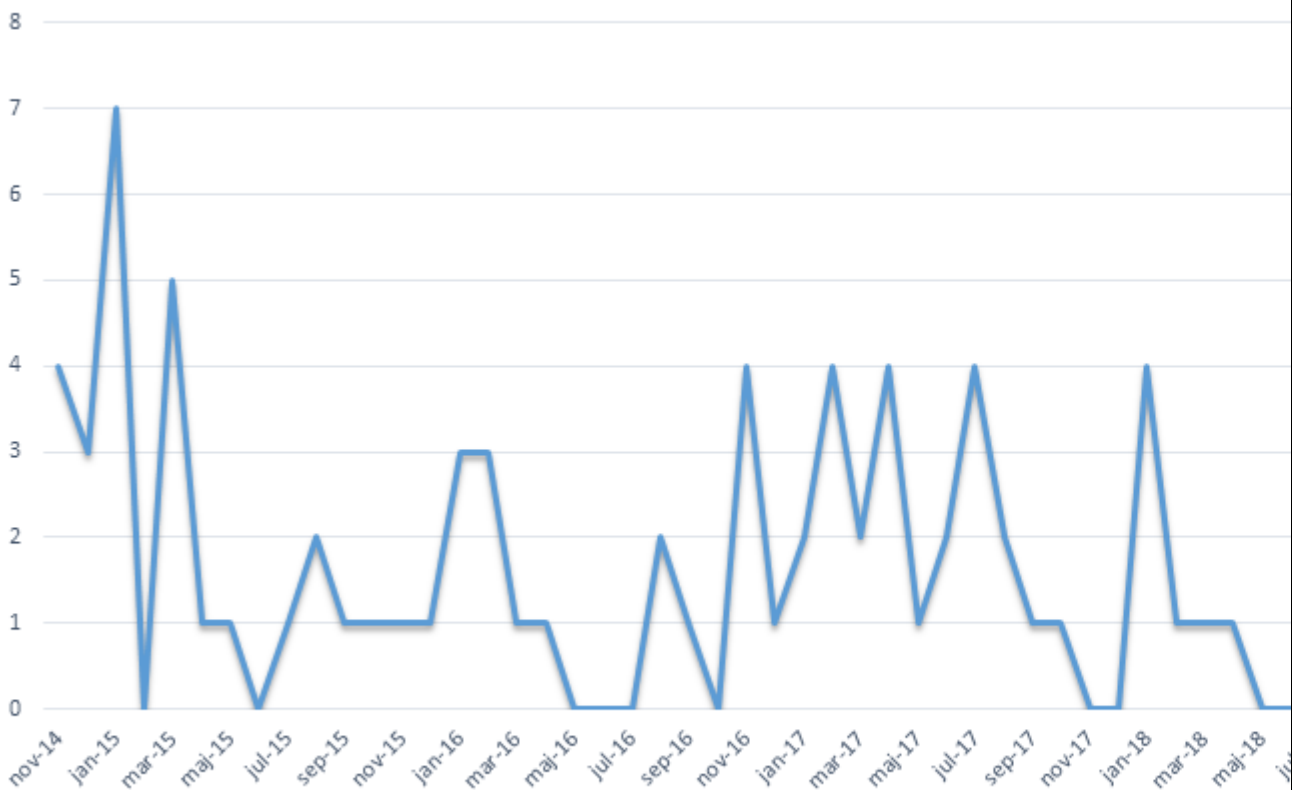
I alle gennemgange ses udfordringer med enten manglende værdimålinger eller manglende ordination og begrundelse for observationsniveau. Samtidig er der problemer i forhold til opmærksomhed på patienternes ønske om genoplivning samt monitoreringen af patienter, der er isoleret.

Når gennemgangen er lavet, sendes resultatet – i anonymiseret form – ud til alle læger og afdelingssygeplejersker på afdelingen, for at erfaringerne fra episoden kan bruges til at forbedre potentielle udfordringer. Der er stor interesse blandt de sundhedsprofessionelle for at læse gennemgangen.

Afdelingen anvender - ligesom resten af Sygehus Lillebælt – systematiske målinger af patienternes vitale værdier til tidlig opsporing af kritisk sygdom (TOKS). I gennemgangen registreres blandt andet, om TOKS har været anvendt, og om der er reageret hensigtsmæssigt på målingerne.

Ligesom resten af sygehuset arbejder Medicinsk Afdeling også for at afklare patienternes ønsker til deres sidste tid, herunder ønsker om genoplivning i forbindelse med eventuelt hjertestop.

Sygehuset arbejder også på andre fronter for at reducere antallet af hjertestopkald. Sygehuset har fx et Mobilt akut-team, bestående af en anæstesisygeplejerske der kan rykke ud, hvis der opstår bekymring for en patient, fx pga. forværrede vitale værdier. Der er også etableret mulighed for "Nødkald" til patienter, som har udviklet livstruende, akut kritisk sygdom, hvor man frygter hjerte- eller respirationsstop. Her består teamet af læge, anæstesi og en portør med hjertestopvogn. Muligheden for det nødkald har også været med til at reducere hjertestopkaldene.



Antal hjertestopkald på Medicinsk Afdeling, Vejle Sygehus, Sygehus Lillebælt, november 2014 til oktober 2021. En række tiltag har bidraget til, at antallet af uventede hjertestop på afdelingen er reduceret med op til 30% i perioden.

I eksemplet med hjertestop (ovenfor) kunne man have valgt at stræbe efter at forbedre hjertestopbehandling, fx ved at reducere responstiden for hjertestop-teamet. Men i stedet valgte man at gå "upstream" og forebygge hjertestop samt at blive bedre til at tage stilling til hjertestopbehandling i god tid.

At analysere sit problem handler også om at forstå, hvilke arbejdsgange og processer der er involveret, og hvordan disse arbejdsgange og processer griber ind i hinanden. At forstå "systemet" er en forudsætning for, at man kan udpege og afgrænse det egentlige problem, og for at man senere kan generere de ideer, der skal til for at løse det.

Der findes værktøjer, der kan hjælpe dig med at analysere situationen nærmere og udpege netop den problemstilling, som det vil give mest mening at arbejde med. En række af disse værktøjer er beskrevet her:

Analyseværktøjer

Brug fx brainstorming og affinitydiagrammet i mødet med dine kollegaer for at få flest mulige bud på løsninger på dit problem. Medbring en skitse til en arbejdsgangsanalyse og få flere perspektiver på dine indsatsområder. Vær opmærksom på hvilke indsatsområder, der er inden for din/afdelingens indflydelsessfære, og hvilke din ledelse evt. skal hjælpe på tværs af afdelinger, specialer, faggrupper, sektorer og andre siloer.

Brug pareto-diagrammet til at identificere de hyppigste årsager til den dårlige proces. Prioritér indsatserne efter, hvilke der mest hyppige, alvorlige eller omkostningstunge.

Hvis du eller din ledelse ikke tidligere har gennemført disse analyser, så få hjælp fra andre fx kvalitetsafdelingen til at gennemføre dem. Det er vigtigt at afdække processen fra start til slut og få input fra alle relevante involverede parter: Patient og pårørende, primær og sekundær sektor, klinikere og ledere.

Referencer

- Frankel A, Haraden C, Federico F, Lenoci-Edwards J. A Framework for Safe, Reliable, and Effective Care. White Paper. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement and Safe & Reliable Healthcare; 2017. ([Available on ihi.org](#))
- <https://stps.dk/da/laering/utillsigtede-haendelser/om-rapporteringsordningen/partnerskab-og-forskerservice/> (tilgået sept 2021)
- [Metodekatalog – metoder til patientsikkerhedsanalyser](#). Region Hovedstaden, Center for Sundhed, og Dansk Selskab for Patientsikkerhed. 2019. (tilgået sept 2021)
- <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/research/safe-surgery/tool-and-resources> (tilgået sept 2021)
- https://patientsikkerhed.dk/content/uploads/2020/03/dansk_version_af_whos_tjekliste.pdf (tilgået sept 2021)
- Resar RK, Griffin FA, Kabcenell A, Bones C. *Hospital Inpatient Waste Identification Tool*. IHI Innovation Series white paper. Cambridge, Massachusetts: Institute for Healthcare Improvement; 2011. ([Available on IHI.org](#)) (tilgået sept 2021)
- [Waste Identification Tool. Værktøj til identifikation af spild](#). Dansk Selskab for Patientsikkerhed 2011.
- Van Dael J, Gillespie A, Reader T, et al. Getting the whole story: Integrating patient complaints and staff reports of unsafe care. *Journal of Health Services Research & Policy*. July 2021. doi:
- <https://www.sygehuslillebaelt.dk/wm529443> (tilgået sept 2021)
- [Jannie Christina Frølund og Helen Bruun, Vi lærer af uventede hjertestop. Sygeplejersken. Fag & Forskning 2016 ; \(2\): 66-73.](#)