

Acceleration af sundhedsvæsenets forbedringsarbejde

Udgivet af
Dansk Selskab for Patientsikkerhed
December 2014

Hvidovre Hospital
Afsnit P610
Kettegård Alle 30
2650 Hvidovre

Tel. +45 3862 2171

info@patientsikkerhed.dk
www.patientsikkerhed.dk



Dansk Selskab for
Patientsikkerhed

Forord

Med *Acceleration af sundhedsvæsenets forbedringsarbejde* ønsker Dansk Selskab for Patientsikkerhed (DSFP) at dele de erfaringer, som selskabet har gjort sig, dels i forbindelse med en række forbedringsprojekter gennem de seneste år, dels i forbindelse med regionssundhedsdirektør Jens Winther Jensens deltagelse i et senior fellowship 2013-2014, arrangeret i fællesskab mellem DSFP og Institute for Healthcare Improvement (IHI).

Regeringen har offentliggjort visioner for sundhedsområdet i *Jo før – jo bedre*, og også oppositionen har offentliggjort deres forslag til en kommende politik på sundhedsområdet. Nærværende publikation skal ses som et bidrag til den diskussion.

Acceleration af sundhedsvæsenets forbedringsarbejde erstatter på ingen måde bidrag til debatten fra de enkelte organisationer i DSFP's bestyrelse, men supplerer disse ud fra DSFP's ståsted. *Acceleration af sundhedsvæsenets forbedringsarbejde* har ikke som ambition at foreslå konkrete organisationsændringer eller pege på, hvor opgaverne bør løses, men forholder sig alene til, hvorledes arbejdet med kvalitet og patientsikkerhed fremover indholdsmæssigt skal fokuseres, så sundhedsvæsenet hurtigere opnår forbedringer af kvalitet og patientsikkerhed.

Fokus er det personcentrerede, det effektive og sikre samt det samarbejdende sundhedsvæsen, og metoderne er en ny ramme for arbejdet med forbedringer og få og enkle mål, der af alle opleves at skabe værdi. Dette forudsætter en ændring i balancen mellem de styringsparadigmer, der anvendes i sundhedsvæsenet i dag.

Eksemplerne i papiret stammer stort set alle fra sygehusvæsenet. Det skyldes bl.a., at selskabets erfaringer hovedsagelig er hentet derfra. Men principperne foreslås gældende for det samlede sundhedsvæsen. I papiret benyttes betegnelserne kvalitet om arbejdet med patientsikkerhed og *kvalitet* bredt, ligesom betegnelsen *patienter* anvendes, hvor det måske rettelig burde være borgere.

Acceleration af sundhedsvæsenets forbedringsarbejde er skrevet af Britt Wendelboe, selskabets souschef, i en tæt dialog med Jens Winther Jensen og med bidrag og input fra Marlene Würglér, leder af Enhed for Kvalitet i Danske Regioner. I Jens Winther Jensens fellowship er indgået besøg til nogle af de mest innovative og fremmeste amerikanske hospitals- og sundhedsorganisationer, og andre internationale input i papiret er fremkommet bl.a. ved afholdelse af en workshop i Paris april 2014.

Med håb om en frugtbar diskussion om det fremtidige arbejde på kvalitets- og patientsikkerhedsområdet.

Ulla Astman, *formand Dansk Selskab for Patientsikkerhed*
Beth Lilja, *direktør Dansk Selskab for Patientsikkerhed*

Acceleration af sundhedsvæsenets forbedringsarbejde – resumé

Der er bred enighed om, at sundhedsvæsenet skal udvikle sig til at blive mere personcentreret, sikkert, effektivt og samarbejdende på tværs af enheder og sektorer. Men på trods af mange initiativer og hårdt arbejde internt i sundhedsvæsenet går udviklingen alt for langsomt. Dansk Selskab for Patientsikkerhed foreslår derfor, at der etableres et nationalt kvalitetsforbedringsprogram til at accelerere forbedringsarbejdet.

Forbedringsprogrammet skal identificere og teste innovative løsninger samt opbygge kompetencer i systematisk forbedringsarbejde hos medarbejdere i sundhedsvæsenet, så de virksomme løsninger hurtigt udbredes. En ny balance i sundhedsvæsenets styringsparadigmer skal være med til at accelerere forbedringsarbejdet.

Gennem de seneste 10-15 år er der sket store forandringer i sundhedsvæsenet, og der er igangsat en lang række tiltag for at højne og sikre kvaliteten. Det har givet resultater bl.a. i form af stærkt reduceret ventetid, en mere åben kultur i forhold til fejl og markant øget produktivitet.

Men samtidig er der fortsat en stor kløft imellem den behandling, man har intention om at give patienterne, og den behandling, som patienterne rent faktisk modtager. Patienters indflydelse på egen behandling er ikke tilstrækkelig. Der er lommer af virkelig god behandling, men de bliver ikke systematisk spredt til det øvrige sundhedsvæsen. Ser vi samtidig på, hvad det er muligt at opnå blandt de bedste i verden, ja så er der grund til at stoppe op og spørge, hvordan vi i Danmark opnår forbedringer.

Patientskader, mangelfuld behandling, overbehandling, ineffektive processer og manglende sammenhæng i forløbene tærer på ressourcerne uden at skabe værdi. Kvalitetsproblemer belaster derfor ikke bare patienterne, men også ressourcerne i sundhedsvæsenet.

Ressourcer hos medarbejdere og patienter

Sundhedsprofessionelle går på arbejde for at yde patienterne den bedst mulige omsorg og behandling. De vil gerne bruge deres faglighed optimalt, og de vil gerne opleve succeser og gode resultater. I denne motivation og ambition ligger der et enormt potentiale, en energikilde, som kan udnyttes bedre. Det er velkendt, at patienterne har øje for andre muligheder, barrierer og præferencer end de sundhedsprofessionelle. Derfor er der brug for, at forbedringsarbejdet i højere grad inkluderer patienter og pårørende.

En ny model

De fleste af de traditionelle kvalitetstiltag bygger på den antagelse, at når viden er beskrevet og nedfældet ex. i instrukser og retningslinjer, så bliver den automatisk også brugt. Men det er nødvendigt med andet og mere, hvis vi vil sikre, at alle patienter modtager den intenderede behandling.

For at accelerere forbedringerne må der nytænkning til. Vi må etablere en ny model for, hvad der er vigtigt, så der bliver sat og styret efter mål, som tilfører patienterne værdi. En model, som fokuserer på, hvad der er vigtigst, og hvordan vi opnår det.

Det kræver, at politikere og beslutningstagere prioriterer et personcentreret sundhedsvæsen, der er sikkert, effektivt og samarbejdende på tværs af enheder og sektorer, og lader disse mål være ledestjerner for, hvordan systemet indrettes. Det betyder ikke, at økonomi og produktivitet er ligegyldigt – det vil fortsat være relevante aspekter af ansvarlig ledelse.

Få ambitiøse mål med værdi for patienter

I dag er sundhedsvæsenet kendetegnet ved mange mål. Så mange mål, at det er vanskeligt at se, hvad der er vigtigst. For at give retning til forbedringsindsatsen er der en selvstændig pointe i få ryddet op i målene og vurdere, om de enkelte mål og/eller grupper af mål trækker i samme retning og understøtter, at patienterne oplever forbedring af kvaliteten i sundhedsvæsenet.

Her kan man lade sig inspirere af Skotlands strategi og deres Quality Framework se side 24 i *Acceleration af sundhedsvæsenets forbedringsarbejde*.

Et dansk forbedringsprogram med fælles rammer, sprog, metoder og kompetencer

Formålet med forbedringsprogrammet er at reducere forskellen på det vi vil, og det vi gør, lukke knowing-doing-gap'et, give forbedringerne tempo og frisætte innovations- og forbedringskraften hos medarbejderne og patienterne. Såvel erfaringer fra internationale organisationer som fra ex. Patientsikkert Sygehus om datadrevet forbedringsarbejde giver optimisme.

Elementer, der er vigtige for at skabe succes med et forbedringsprogram, er:

- 1. Mål og indsatsområder.** Der fastsættes et begrænset antal overordnede mål. Viden om hvor gode er vi, hvor gode er de bedste og hvad er vigtigt for patienterne, guider tilrettelæggelse og prioritering af de indsatsområder, der bidrager mest til målet.
- 2. Entydig forbedringsmetode.** Det vil være en fordel, hvis man på nationalt niveau kan blive enige om en fælles forbedringsmetode, der anvendes i hele sundhedsvæsenet. DSFP har god erfaring med Forbedringsmodellen efter inspiration fra IHI's model for improvement.
- 3. Målinger.** Der udvælges målinger og registreringer, så de sikrer fremdrift og tempo mod de fastsatte mål. Lokal monitorering via tidstro data. Åbenhed og gennemsigtighed i forhold til data er en forudsætning.
- 4. Kapacitet og kompetencer.** Ledelse og medarbejdere har kompetencer i forbedringsmetoderne og kan arbejde med data. Der er brug for et nationalt program for uddannelse og træning af ledere og medarbejdere, sådan at man får opbygget den nødvendige kapacitet.
- 5. Spredning.** Der findes planer for spredning af innovation og resultater fx i form af collaboratives, systematisk arbejdende læringsnetværk, fordi vidensdeling er en social proces.

Ny balance i sundhedsvæsenets styringsparadigmer skal understøtte forbedringerne

En miniundersøgelse blandt ledere i sundhedsvæsenet viser, at der i dag primært styres via fastsatte standarder og retningslinjer, der følges op med kontroller, tilsyn eller lovgivning, dvs. mekanismer, der vil skabe bedre resultater via kontrol¹.

Men meget tyder på, at netop disse styringsmekanismer – der nok kan være gode til at identificere og vejlede ift. meget dårlig performance – ikke er optimale til at fremme ambitiøst systematisk forbedringsarbejde. Her er der brug for styringsredskaber, der understøtter, at løsninger i praksis findes hos medarbejderne og patienterne – disse vil ofte være baseret på tillid og samarbejde – og for styringsredskaber der fremmer brugernes stemme, så sundhedsvæsenet lægger vægt på det, patienter finder vigtigt.

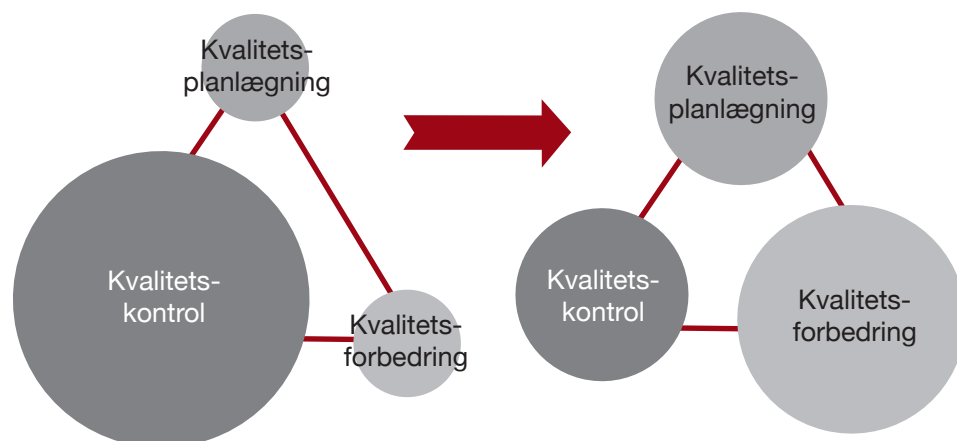
Hermed lægges op til en ny prioritering af elementer i kvalitetsstyring se side 18 i *Acceleration af sundhedsvæsenets forbedringsarbejde*.

Konklusion

Vi skal fremme et personcentreret, sikkert, effektivt og sammenhængende sundhedsvæsen ved at:

- 1. Kende svarene på:** Hvor gode er vi, hvor gode er de bedste, og hvad er vigtigt for vores patienter?
- 2. Lave en kvalitetsplan:** Sæt få ambitiøse mål, anvend en entydig forbedringsmetode og invester i kompetencerne
- 3. Prioritere forbedringsarbejde:** Identificer indsatsområder der fremmer målet, anvend forbedringsmetoderne og tidstro transparente data i en lærende kultur
- 4. Minimere kontrol** til det nødvendige og giv øget vægt til samarbejde og brugerstemme

Visuelt kan anbefalingerne illustreres ved en ny balance i J. M. Jurans kvalitetstrilogi:



Modellen illustrerer forslaget om at reducere omfanget af kontrol til fordel for mere kvalitetsplanlægning og kvalitetsforbedringer.

1) Rundspørge blandt ledere og beslutningstagere i det danske sundhedsvæsen, gennemført af Jens Winther Jensen for Dansk Selskab for Patientsikkerhed.

Acceleration af sundhedsvæsenets forbedringsarbejde

Sundhedsvæsenet er en hjørnesten i velfærdssamfundet. Med den frie adgang og universelle dækning har vi noget helt særligt i Danmark, som mange lande drømmer om. Det skal vi passe på, og den bedste måde at gøre det på, er ved at forbedre det.

Sundhedsvæsenet er til for patienternes skyld. Det er jo derfor, vi har det. Alligevel kan man nogle gange blive i tvivl. Fordi patienterne ofte ikke oplever, at det er deres behov, der er afgørende for det, der sker, og den måde tingene foregår på. Fordi patienterne for ofte ikke modtager behandling på det niveau, der er faglig enighed om, at sundhedsvæsenet bør tilbyde. Fordi patienter desværre alt for ofte bliver udsat for unødigt skade. Og fordi for mange patienter oplever usammenhængende forløb i sundhedsvæsenet.

Produktiviteten i sundhedsvæsenet har aldrig været højere, og der implementeres og rapporteres på en lang række initiativer, som skal gøre kvaliteten bedre. Der er stor opmærksomhed på at forbedre sundhedsvæsenet blandt sundhedspolitikere, ledere og beslutningstagere: Hvis man søger på ord som "patientinvolvering", "patienten i centrum", "kvalitet" eller "patientsikkerhed", viser de en stejlt opadstigende kurve over de seneste 10 års omtale i det offentlige rum.

Senest har regionerne taget initiativ til *Borgernes sundhedsvæsen*, og regeringen udtrykker med *Jo før – jo bedre* opbakning til ambitionerne om, at sundhedsvæsenet skal forbedres.

Men selv om der sker forbedringer af kvaliteten, kunne det godt gå hurtigere, og der er også grundlæggende kvalitetsproblemer, som ikke har rykket sig, trods de mangfoldige indsatser. Der er lommer af excellent behandling, men de bliver ikke systematisk spredt til det øvrige sundhedsvæsen. Ser vi samtidig på, hvad det er muligt at opnå blandt de bedste i verden, ja så er der grund til at stoppe op og spørge, om kvalitetsudviklingen styres på den rigtige måde.

Dansk Selskab for Patientsikkerhed vurderer, at hvis man for alvor har ambitioner om, at sundhedsvæsenet skal være personcentreret, sikkert, effektivt og samarbejdende på tværs af enheder og sektorer, er det nødvendigt at gøre tingene anderledes end den måde, sundhedsvæsenet arbejder med kvalitetsforbedringer på i dag.

Det er nødvendigt at accelerere forbedringsarbejdet og derfor må der nytænking til. Da sundhedsvæsenet er til for patienterne, bør det være værdien for patienterne, der skal være ledestjerne for sundhedsvæsenets arbejde. Selvfølgelig uden at der gås på kompromis med økonomien og sikkerheden for, at der bliver levet op til regler og retningslinjer. Der er ikke udsigt til, at der tilføjes sundhedsvæsenet væsentligt flere ressourcer, og økonomi og produktivitet er derfor fortsat relevante aspekter af ansvarlig ledelse.

Nytænkning betyder en ny tilgang til forbedringsarbejdet. De fleste af de traditionelle tiltag bygger på den antagelse, at når viden er beskrevet og nedfældet, bliver den automatisk også brugt. Men det er nødvendigt med andet og mere, hvis vi vil sikre, at alle patienter modtager den behandling, der står beskrevet i instrukser og retningslinjer. Samtidig er der brug for, at forbedringsarbejdet i højere grad inkluderer patienter og pårørende. Deres viden er nødvendig, hvis vi vil skabe et sundhedsvæsen, der i indretning, proces og behandling lægger vægt på det, patienter finder vigtigt.

Det er derfor nødvendigt, at såvel patienter, pårørende som klinisk arbejdende personale ses som partnere i forbedringsarbejdet frem for modtagere af hhv. behandling eller instruks om, hvordan tingene skal gøres. Et vist mål af kontrol vil selvfølgelig fortsat være nødvendigt for at sikre mod tilfælde af uacceptabelt dårlig kvalitet, men kontrol er ikke det, der driver kvalitetsudviklingen i klinikken.

Dansk Selskab for Patientsikkerhed foreslår derfor, at der etableres et nationalt kvalitetsforbedringsprogram, der accelererer forbedringsarbejdet og derigennem muliggør realiseringen af et personcentreret sundhedsvæsen, der er sikkert, effektivt og samarbejdende på tværs af enheder og sektorer. Med dette forslag følger *ikke* forslag til, hvilke organisationer og institutioner der skal opbygges, nedlægges eller omlægges. Det er alene forslag til fokus og metoder, der diskuteres i nærværende papir.

Forudsætningerne herfor er, at sundhedsvæsenets ledere og beslutningstagere lader sig guide af en ny mental model, der omfatter:

- Få ambitiøse mål, der skaber værdi for patienter og understøtter datadrevet forbedringsarbejde i klinikken. Mål, der ikke skaber væsentlig værdi, fjernes.
- Et dansk forbedringsprogram med fælles rammer for forbedringsarbejdet, herunder sprog, metoder og kompetencer.
- En ændring i den nuværende balance i sundhedsvæsenets styringsparadigmer.

Som led i udarbejdelse af denne strategi, har Dansk Selskab for Patientsikkerhed gennemført en international eksperthøring under International Forum on Quality & Safety in Healthcare 2014 i Paris i samarbejde med Institute for Healthcare Improvement (se bilag 2 for deltagerliste). Ekspertpanelet støtter generelt ideerne bag strategien, og de specifikke anbefalinger fra høringen er indarbejdet i det følgende.

3) http://www.sikkerpatient.dk/media/10226/sig_undskyld.pdf

Målet er mest mulig værdi for patienterne

Foruden økonomi og produktivitet bør sundhedsvæsenet have fælles vision og mål inden for tre andre sammenhængende områder:

- Et personcentreret sundhedsvæsen. Sundhedsvæsenet skal være tilgængeligt, og patienter og pårørende skal kunne få hjælp på en måde, der respekterer og anerkender deres behov, ønsker og præferencer. De sundhedsprofessionelle præsenterer de forskellige tilbud om pleje og behandling og lægger op til en dialog med patienterne og de pårørende, sådan at man i fællesskab kan træffe beslutninger om det endelige valg af behandling og det samlede forløb. Det handler om at etablere et stærkt partnerskab mellem patienter, deres pårørende og de ansatte i sundhedsvæsenet.
- Et sikkert og effektivt sundhedsvæsen. Alle patienter modtager alle elementer i den fastlagte behandling. Ingen patienter udsættes for forebyggelige skader, og tilfældig variation i behandlingskvaliteten forekommer ikke. Sundhedsvæsenet leverer den for patienten mest hensigtsmæssige behandling og støtte på det rigtige tidspunkt. Spild for patienten og systemet, ineffektive kliniske processer og overforbrug forekommer ikke.
- Et samarbejdende sundhedsvæsen. Sundhedsvæsenets aktører samarbejder og koordinerer systematisk patienters behandlingsforløb med udgangspunkt i at gøre det nemt og enkelt for patienten. Der tages udgangspunkt i patientforløbet, så det bliver sammenhængende. Sundhedsvæsenets aktører er gensidigt troværdige partnere og har fælles mål om at skabe mere værdi for den enkelte patient. Alle aktører har kendskab til og forståelse for de ydelser og forløb, der finder sted på andre afdelinger, sygehuse og i andre sektorer.

For hver af de tre ambitioner foreslås et sæt prioriterede handlinger, se bilag 1

Fortsatte kvalitetsproblemer

Gennem de seneste 10-15 år er der sket store forandringer i sundhedsvæsenet: Strukturreformen, hvor sygehusvæsenet i dag styres af fem regioner mod de tidligere 13 amter og H:S, specialeplanlægning, der har reduceret antallet af afdelinger, der tager sig af specialiserede behandlinger, nedlæggelse af sygehuse og akutmodtagelser, afskaffelse eller markant nedbringelse af ventelister, introduktion af nye behandlingsprincipper, der bl.a. har betydet, at liggetiden for patienterne er faldet, og at langt flere behandles ambulant. Der er samtidig tilført flere ressourcer til området. Hvor udgifterne til sundhedsvæsenet i 2000 udgjorde 8,7 % af BNP, var andelen i 2012 steget til 11 % af BNP (OECD Health Statistics 2014). Det samlede budget er nu på over 100 mia. kr. Samtidig er produktiviteten steget markant, i perioden 2006-2012 med 15 %.

Sideløbende er der igangsat en lang række tiltag for at højne og sikre kvaliteten i specielt sygehusbehandlingen, og det har medført, at kvalitet og patientsikkerhed er kommet markant højere på dagsordenen. På nationalt niveau er Den Danske Kvalitetsmodel udviklet og sat i søen for løbende at kontrollere, om sygehuse lever op til den lange række af fastsatte kvalitetsstandarder.

Der er tilført stadig flere kliniske databaser med detaljerede registreringer inden for de enkelte sygdomsområder. Der er etableret et rapporteringssystem for utilsigtede hændelser med lokale og nationale opfølgninger. Også lokalt er fastsat mål og standarder, og der udsendes et utal af vejledninger, retningslinjer og instrukser, som personalet forventes at følge. En nylig opgørelse viser fx, at Region Hovedstaden og Region Sjælland tilsammen har ca. 52.000 retningslinjer.

Alt dette har været med til at løfte kvaliteten, men trods de mange bestræbelser og gode intentioner, er det stadig langt fra alle patienter, der oplever at få en sikker og effektiv behandling i overensstemmelse med deres ønsker og behov.

Der er fortsat en stor kløft imellem den behandling, man har intention om at give patienterne, og den behandling, som patienterne rent faktisk modtager. Dette knowing-doing gap viser sig fx i de kliniske databaser. Selv om der i mange af databaserne ses en stigning i opfyldelsesgraden for indikatorerne år for år, varierer graden fortsat meget afhængigt af sygdomsområde og geografi. Generelt er der mange eksempler på, at den fastsatte standard ikke er opfyldt. Hvis man ser på de databaser, der udregner all-or-none på landsplan er det i mange tilfælde kun to ud af tre patienter, der får opfyldt alle relevante indikatorer, (i 2013: hoftebrud 57 %, apopleksi 59 %, kronisk obstruktiv lungesygdom 68 %, diabetes (ambulatorier) 89 %, diabetes (almen praksis) 67 %) (1).

At viden er beskrevet i en videnskabelig artikel eller i en af de mange retningslinjer og standarder, sikrer ikke i sig selv, at den kommer patienterne til gode. Samtidig udsættes et stort antal patienter for fejl og forebyggelige skader eller komplikationer (se tekstboks "Patienterne skades unødigt").

Det har også vist sig, at den behandling og pleje, som de sundhedsprofessionelle i bedste mening tilbyder og udfører, ikke altid er afstemt med patienternes ønsker og prioriteter. De sundhedsprofessionelle er dygtige til at stille sygdomsdiagnoser, men ikke nær så gode til at diagnosticere, hvilken behandling og pleje patienterne foretrækker. Adskillige undersøgelser dokumenterer, at patienter træffer andre behandlingsvalg, når de informeres grundigt om de forskellige muligheder. Fx at patienter fravælger kirurgi, hvis de er klar over, at der findes andre mindre indgribende muligheder (2). En ny dansk undersøgelse viser fx, at 36 % færre patienter vælger operation for slidgigt i knæet, når de inden samtalen med lægen har set en kort informationsvideo, der præsenterer andre mindre indgribende behandlingsmuligheder over for den kirurgiske (3).

Et andet kvalitetsproblem, som patienterne ofte oplever, er, at der mangler sammenhæng – på tværs af sygehusafdelinger og på tværs af sektorer.

Der er også udfordringer i forhold til kulturen i sundhedsvæsenet. En ny undersøgelse (5) viser, at hver fjerde patient i forbindelse med deres sygehusindlæggelse har spørgsmål eller bekymringer, som de ikke får talt med personalet om. Blandt årsagerne er oplevelsen af, at personalet har travlt, og at man som patient er bange for at være til besvær.

Blandt de sundhedsprofessionelle er der en oplevelse af at være udsat for nedskæringer og øgede produktivitetskrav. Samtidig oplever de, at de skal bruge tid på dokumentation, der alt for ofte ikke giver mening i den specifikke situation.

De forskellige kvalitetsproblemer belaster ikke bare patienterne, men også ressourcerne i sundhedsvæsenet. Patientskader, mangelfuld behandling, overbehandling, ineffektive processer og manglende sammenhæng i forløbene tærer på ressourcerne uden at skabe væsentlig værdi.

Patienterne skades unødigt

- Ifølge Den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser mener 13 %, at der sker fejl i forbindelse med deres indlæggelse (6)
- Ca. en ud af fire patienter pådrager sig en større eller mindre skade under indlæggelse på sygehus ifølge opgørelser med Global Trigger Tool fra projektet Patientsikkert Sygehus (7)
- De halvårslige opgørelser fra Statens Serum Institut viser, at 7-8 procent af alle indlagte patienter har en hospitalsinfektion – en procent, der ikke har ændret sig væsentlig siden 2003 (8)

En ny model for styring af sundhedsvæsenet

Hvordan man vælger at styre sundhedsvæsenet afhænger af det verdensbillede, man har:

Er den generelle overbevisning, at vi bedst opnår målene ved at udstikke nogle meget konkrete mål og detaljerede retningslinjer fra overordnet niveau til implementering lokalt på den enkelte afdeling? Tror vi på kontrol og sanktionering, hvor manglende opfyldelse bliver straffet, og det modsatte belønnet som en effektiv vej til god kvalitet? Eller er det lederne og medarbejdernes engagement, der er afgørende, snarere end deres villighed til at leve op til regler? Tror vi på, at kvalitetsforbedringer opnås hurtigst med et kontrolsystem, eller ved at lade motivation og faglighed i dagligdagen komme i spil? Vil synlige forskelle i kvalitet automatisk lede til forbedringer, så forskelle imellem organisationer udjævnes? Koster kvalitet ekstra, eller vil en satsning på høj kvalitet føre til et omkostningseffektivt sundhedsvæsen? Er det lægerne eller patienterne, der ved bedst, hvilken behandling den enkelte patient bliver mest tilfreds med?

Engagement hos medarbejderne

Alle sundhedsprofessionelle går på arbejde for at yde patienterne den bedst mulige omsorg og behandling. De vil gerne bruge deres faglighed optimalt, og de vil gerne opleve succeser og gode resultater. I denne motivation og ambition ligger der et enormt potentiale, en energikilde, som kan udnyttes bedre. De sundhedsprofessionelle er ofte opmærksomme på daglige arbejdsgange, som ikke er optimale, og tit har de også ideer til, hvordan arbejdsgange og -opgaver kan omlægges, så kvaliteten forbedres. Men i den travle hverdag er der ikke rum og rammer til at eksperimentere med nye løsninger, og det er ikke det, man bliver målt på eller belønnet for. Dermed avles resignation og afmagt.

Som patient og pårørende oplever man omvendt, at personalet er optaget af at opfylde formelle krav og procedurer (9).

Både internationalt og i Danmark er der eksempler på, hvordan de sundhedsprofessionelle er i stand til at skabe anderledes resultater, når de gives de rette rammer.

Fra 2008 til 2012 er det fx lykkedes at reducere hospitalsdødeligheden (HSMR) med 52 % i det amerikanske sundhedssystem Kaiser Permanente, der har hospitaler og sundhedscentre i flere amerikanske stater. I samme periode er antallet af hospitalserhvervede tryksår reduceret med 82 % og forekomsten af alvorlige utilsigtede hændelser med 19%. Kaiser Permanente satser målrettet på kvalitetsudvikling og patientsikkerhed. Der er iværksat uddannelsesprogrammer i forbedringsmetoder for personale og ledelse på alle niveauer, der er etableret et særligt forbedringsinstitut og oprettet netværk til vidensspredning. Desuden er der sket en omorganisering af behandling og pleje af terminalt syge.

I Danmark findes erfaringer fra projektet Patientsikkert Sygehus, 2010-2013. Hvor meget kvalitetsarbejde er båret af en top-down tankegang med centralt udarbejdede retningslinjer, adskiller Patientsikkert Sygehus sig ved, at forbedringerne er bottom-up drevede. Ledelsen er ansvarlig for at sætte ambitiøse mål og udstikke en retning for arbejdet og ellers støtte klinikerne i at arbejde med egen kvalitetsudvikling. Der reageres proaktivt på aktuelle data, som genereres af de sundhedsprofessionelle samtidig med, at de behandler og plejer patienterne. Under processen opstår engagement, kreativitet, arbejdsglæde, kollegialt sammenhold og faglig stolthed, som igen bliver drivkraft for yderligere forbedringer ofte med stadig stigende hastighed. I perioden er der på sygehusniveau opnået resultater som fx færre sygehusinfektioner, færre tryksår og færre uventede hjertestop.

Patienterne ser andre muligheder

Patienterne og de pårørende har en naturlig motivation for at bidrage til kvalitetsudviklingen, både når det gælder deres egne konkrete forløb, og når det gælder overordnede organisatoriske forhold. Mere inddragelse af patienter og pårørende står derfor også højt på listen hos de store patientorganisationer, fx Danske Patienter.

Det er velkendt, at patienterne har øje for andre muligheder og barrierer end de sundhedsprofessionelle, og i et sundhedsvæsen, der fokuserer på værdi for patienterne, er det både nødvendigt og rigtigt at høre deres stemme. Helt konkret er der mange eksempler på vellykket brugerinddragelse i sundhedsvæsenet.

Større inddragelse af patienterne og de pårørende kan ifølge svenske erfaringer være med til at skabe bedre forløb og samtidig forkorte indlæggelsesforløbet for patienter med hjertesvigt. Ved et projekt, hvor man systematisk skabte partnerskab og dialog med patienter ved indlæggelsen, og hvor beslutninger blev truffet i fællesskab mellem patienter, pårørende og klinikere, var resultatet, at patienterne oplevede mindre usikkerhed og klarede sig bedre i dagligdagen efter udskrivelsen (10). Samtidig blev opholdet på sygehuset reduceret fra gennemsnitligt ca. ni dage til gennemsnitligt knap syv dage.

Patient- og pårønderåd på Sygehus Lillebælt

Sygehus Lillebælt i Vejle etablerede i 2012 et patient- og pårønderåd, der består af 18 personer, nemlig seks patienter, seks pårørende og seks fagpersoner fra sygehuset. Rådet skal give input til Sygehus Lillebælts direktion og afdelingsledelser og bidrage til at sikre, at patienter og pårørende bliver hørt og får medindflydelse. Her kombineres patienters og pårørendes viden og erfaringer med de professionelle faglige viden.

Et konkret resultat af rådets arbejde er etableringen af en patientskole for kræftpatienter og deres pårørende. Et sted, hvor man som nydiagnosticeret kan gå hen og få svar på nogle af de mange spørgsmål, der dukker op. Skolen har tilknyttet to psykologer, to sygeplejersker og en præst.

Andre initiativer, der er iværksat efter ide fra rådet er udgivelse af to foldere om patientsikkerhed, samt en folder om brugen af e-journal.

Potentielle ekstra ressourcer

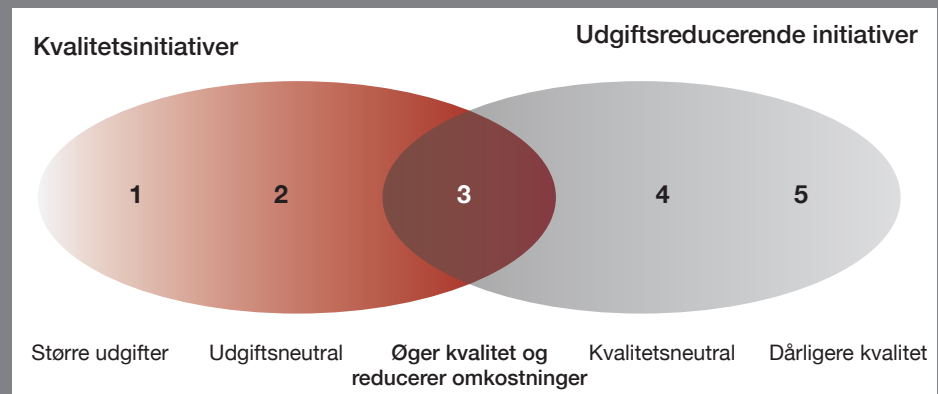
Når man følger den offentlige debat eller opholder sig på et sygehus, kan man nemt får indtryk af, at sundhedsvæsenet er et system, der opererer tæt på sin maksimale ydeevne inden for de givne ressourcerammer. Enhver prioritering af et område må derfor nødvendigvis føre til nedprioritering af et andet. Udvikling betragtes som en udgift, og hvis der skal ske forbedringer, kræver det flere ressourcer og mere personale. Og selvfølgelig er der steder, hvor ressourcerne er for få, og hvor det kræver investeringer, hvis kvaliteten skal øges. Men de seneste års diskussion om cost and quality viser flere eksempler på, at kvaliteten kan øges uden ekstra ressourcer.

Hos medarbejdere og patienter ligger der en forandringskraft, som kan blive en stor ekstra ressource til kvalitetsudvikling. Hvis dette potentiale udnyttes, kan rammerne sprænges, og grænsen for hvor meget kvalitet og effektivitet, systemet kan levere, udfordres.

Det er ikke ensbetydende med, at potentialet kan realiseres, uden at der sker en kapacitetsopbygning hos det kliniske personale, der skal drive forbedringsprocesserne. Det kræver investering og ændring af det nuværende kvalitetsarbejde, så der skabes tid, rum og kompetencer (se side 25) i organisationen.

De opnåede kvalitetsforbedringer kan desuden vise sig at være en god businesscase: Ved at sørge for, at patienterne modtager den rigtige behandling første gang, ved at fjerne patientskader og reducere forebyggelige komplikationer, er det teoretisk muligt at reducere omkostningerne. En sundhedsøkonomisk analyse fra Aalborg Universitet viser fx, at det er muligt at spare flere hundrede mio. kr. ved at systematisere arbejdsgangene, så patienterne undgår at få tryksår under indlæggelse (11). At realisere besparelsen, så den frigør ressourcer til gavn for patienter et andet sted i organisationen, er dog ledelsesmæssigt krævende.

Sammenfald mellem udgiftsreduktion og øget kvalitet



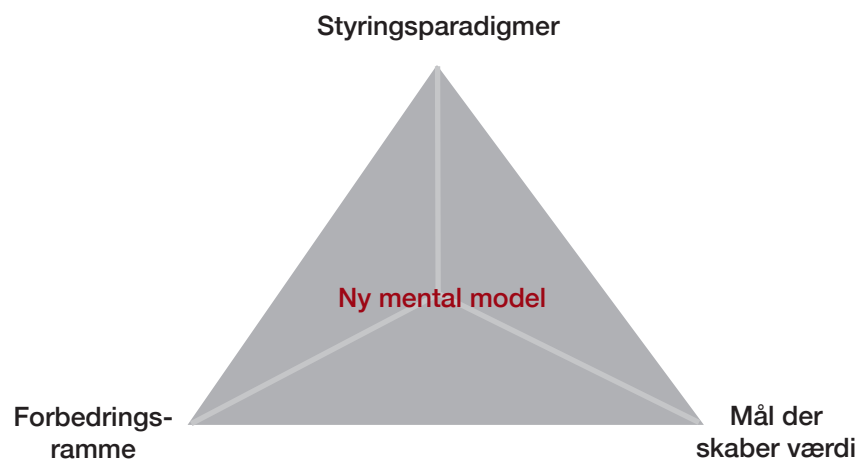
Kvalitetsinitiativer opfattes ofte som en udgift, men vælges de rigtige initiativer, er det muligt at reducere omkostningerne samtidig med, at kvaliteten øges. Udgiftsreducerende initiativer kan gå ud over kvaliteten, men i visse tilfælde kan besparelser og øget kvalitet være sammenfaldende. *Model: Derek Feeley.*

En ny mental model

Hos medarbejdere og patienter ligger altså potentielt en række muligheder, der kan accelerere forbedringerne, måske endda uden at øge udgifterne. Det kræver, at politikere og beslutningstagere lader sig guide af en ny mental model, for alvor beslutter sig til at opnå nye mål og lader disse være ledestjerne for, hvordan systemet indrettes, så målene bedst opnås.

Den nye model omfatter:

- Få ambitiøse mål, der skaber værdi for patienter og understøtter datadrevet forbedringsarbejde i klinikken. Mål, der ikke skaber væsentlig værdi, fjernes.
- Et dansk forbedringsprogram med fælles rammer for forbedringsarbejdet, herunder sprog, metoder og kompetencer.
- En ændring i den nuværende balance i sundhedsvæsenets styringsparadigmer.



International trend

Også internationalt er der større og større fokus på udvikling af sundhedsvæsenet og styring af forbedringsarbejdet for at opnå højere kvalitet og større effektivitet på patienternes præmisser (12).

Tidligere leder af det amerikanske Institute for Healthcare Improvement Don Berwick kommer i rapporten "*A promise to learn – a commitment to act*" (13) med en række anbefalinger til det britiske sundhedsvæsen efter hospitals-skandalen i Mid Staffordshire. Rapporten giver et bud på, hvordan der kan skabes kvalitetsudvikling og patientsikkerhed i hele sundhedsvæsenet. Vigtigt er det, at ledere på alle niveauer må prioritere hensynet til kvalitet og patientsikkerhed over alle andre hensyn. Det skal afspejle sig i investeringer, i incitamenter, i data der efterspørges, uddannelse af personale mv. Patienter og deres pårørende skal være repræsenteret og medinddraget på alle beslutningsniveauer, såvel i egne patientforløb, som i forbindelse med planlægning og drift. Desuden anbefaler Don Berwick, at man forlader den sædvanlige praksis med at bebrejde personalet, hver gang noget går galt, og i stedet støtter medarbejderne i at forbedre arbejdsgangene.

En rapport fra den uafhængige tænketank, King's Fund i Storbritannien, udkom i juni 2014 med titlen "*Reforming the NHS from within*" (14). Blandt pointerne er, at en transformation af det britiske sundhedsvæsen må baseres på engagementet (commitment) blandt læger, sygeplejersker og andet sundhedspersonale, og ikke som i øjeblikket hovedsagelig på at kontrollere, at sundhedspersonalet følger regler og retningslinjer (compliance).

Styringsparadigmer

Den måde, sundhedsvæsenet er blevet styret på gennem de seneste ti år, har været effektiv til at opnå øget produktivitet, afskaffe ventelister og styre økonomien i sundhedsvæsenet. Der er fortsat brug for at styre efter disse mål og hensyn. Men for at skabe et personcentreret sundhedsvæsen, der leverer optimal kvalitet, effektivitet og sammenhæng, er det nødvendigt at bruge styringsredskaber inden for en større palet, og dermed skabe en ny balance i valg af styringsparadigmer.

Hvordan ser balancen ud i dag? Styringsredskaber kan kategoriseres på flere måder. Med udgangspunkt i Julian Le Grand kan man kategorisere styringsredskaber efter fire basale paradigmer (15) for styring af den offentlige sektor (enkelte redskaber kan gå på tværs af flere paradigmer). Styringsparadigmerne tager udgangspunkt i forskellige teser om, hvad der motiverer medarbejderne i sundhedsvæsenet:

- Samarbejde/Tillid: Bygger på, at løsninger findes hos medarbejderne i sundhedsvæsenet. Styring skal lægge op og give plads til, at det lokale niveau selv kommer med bud på løsninger, der kan øge kvaliteten i sundhedsvæsenet.
- Befal og kontroller/Mistillid: Bygger på at fastsatte standarder, der følges op med kontroller, tilsyn eller lovgivning, fører til øget kvalitet.
- Patientsamarbejde/Brugerstemme: Bygger på, at patienterne (brugerne) er en integreret del af tilrettelæggelsen af og samarbejdet om at skabe højere kvalitet i sundhedsvæsenet.

- **Konkurrence/Valgfrihed:** Bygger på, at både brugernes valg og/eller incitamenter til konkurrence mellem enheder i sektoren er en driver for at skabe bedre kvalitet i sundhedsvæsenet. Et eksempel er benchmarking.

En temperaturmåling viser, at det især er paradigmet "Befal og kontroller", der præger sundhedsvæsenets styringsmekanismer i dag. Det kommer til udtryk via fastsatte standarder, der følges op med kontroller, tilsyn eller lovgivning. Det viser en rundspørge blandt ledere og beslutningstagere i det danske sundhedsvæsen, gennemført af Jens Winther Jensen for Dansk Selskab for Patientsikkerhed².

Men meget tyder på, at netop disse styringsmekanismer i et vist omfang begrænser kvalitetsudviklingen i stedet for at stimulere den, som intentionen er. Fokus på regler, budgetter, DRG, produktivitet og frygt for sanktioner virker hæmmende på motivation og engagement til at forbedre klinisk praksis. Det er også svært at prioritere forbedringsarbejdet i en travl klinisk hverdag, hvor regelstyring ofte stjæler tiden.

Jo strammere patientforløb og -behandling er styret af regler, rettigheder, tidsfrister mv., desto mere optaget vil personalet være af at leve op til disse krav i stedet for at tage udgangspunkt i, hvad der er vigtigt for den enkelte patient. Her tyder temperaturmålingen på, at der er behov for at skrue op for brugerstemmen i styringen af sundhedsvæsenet; hvis værdien for patienter skal være ledestjerne for sundhedsvæsenet.

Patientrettigheder kan være afgørende som udtryk for nye mål eller for det basisniveau, sundhedsvæsenet mindst skal leve op til. Og her vil kontrol selvfølgelig spille en rolle. Men kontrol er ikke et særligt virkningsfuldt redskab til at løfte opgaven med at realisere målet. Her må lokalt engagement og forbedringsarbejde til. Derfor er der også behov for, at tillid og samarbejde i højere grad afspejles i sundhedsvæsenets styringsredskaber.

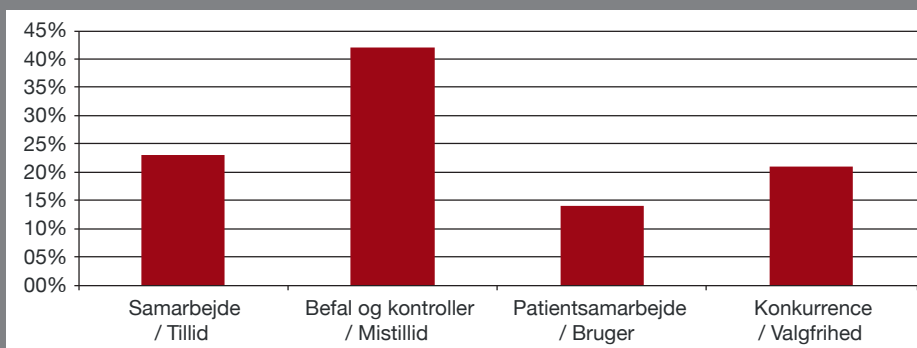
2) Se tekstboks "Styringen er præget af kontrol og mistillid".

Styringen er præget af kontrol

Styringen af det danske sundhedsvæsen baserer sig i dag i høj grad på kontrol. Det viser en rundspørge, der er gennemført i forbindelse med nærværende strategi.

Ledere i det danske sundhedsvæsen er blevet spurgt om, hvordan 10 konkrete styringsredskaber placerer sig inden for fire basale styringsparadigmer, 'samarbejde/tillid', 'befal og kontroller/mistillid', 'patientsamarbejde/brugerstemme' og 'konkurrence/valgfrihed'.

De 10 konkrete styringsredskaber er nogle af dem, der aktuelt anvendes i sundhedsvæsenet: akkreditering, benchmarking og synlighedsreform, specialeplanlægning, kliniske kvalitetsdatabaser, nationale kliniske retningslinjer, LUP, kræft og hjertepakker, udrednings- og behandlingsret, budgetlov samt aktivitetsbestemt afregning.



Besvarelsene giver et billede af, at de aktuelle anvendte styringsredskaber overvejende falder inden for styringsparadigmet: mistillid/befal og kontroller. Desuden opfatter lederne, at de færreste styringsredskaber ligger inden for paradigmet: 'patientsamarbejde/brugerstemme'.

En ny vægtning af styringsparadigmerne

Selvom der kan stilles spørgsmål til de styringsparadigmer, der anvendes i sundhedsvæsenet, er der ikke tvivl om, at de har medvirket til at skabe resultater i løbet af de seneste ti år. Der er opnået en øget produktivitet, ventelister er reduceret, og økonomien er under kontrol. Der vil selvfølgelig altid i et vist omfang være brug for at styre efter disse mål og hensyn.

Sideeffekter i det britiske sundhedsvæsen

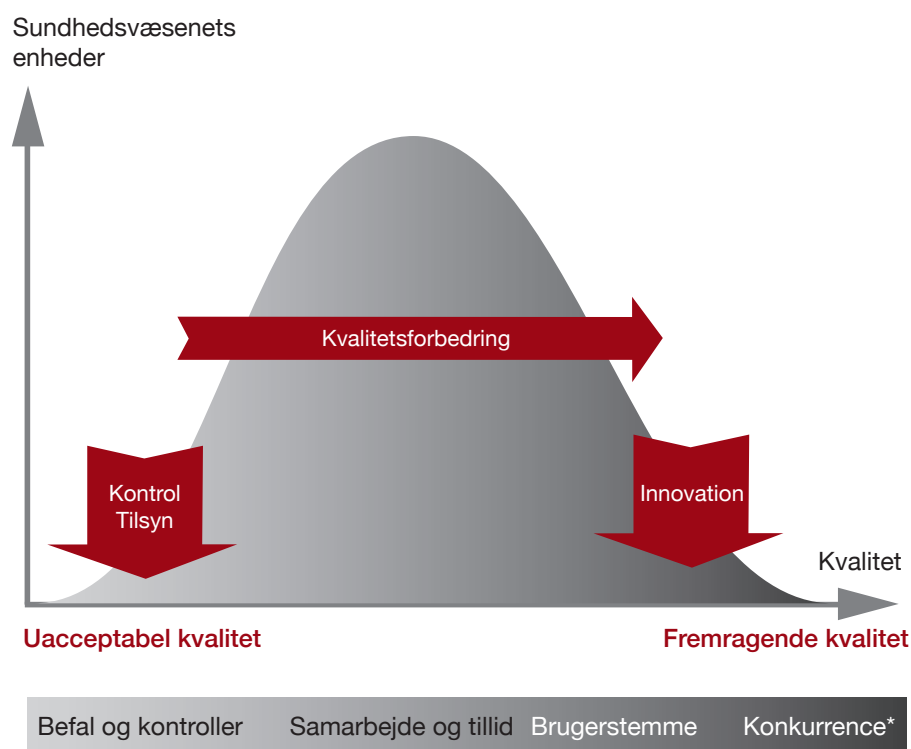
En gennemgang af effektiviteten af nationale mål og performance-management i det britiske sundhedsvæsen, NHS viser, at det har haft en effekt især på ventelister og infektioner – men også at der var sideeffekter, der på ingen måde skabte værdi for patienterne, fx nedprioritering af områder, hvor der ikke var mål, samt i nogle tilfælde kreativ omgåelse af målene.

Reforming the NHS from within (14), side 10

Men hvis målet er at skabe en kultur gennemsyret af systematisk læring og forbedring, er det nødvendigt, at de fire styringsparadigmer balanceres anderledes. Svaret er ikke mere af det samme, dvs. mere regulering og mere performancekontrol, men i stedet en ny vægtning af de styringsparadigmer, der anvendes overordnet i sundhedsvæsenet.

Styringen af sundhedsvæsenet kan bidrage til at accelerere forbedringsarbejdet ved i højere grad at vægte samarbejde og tillid; dels fordi løsningerne ofte findes hos medarbejderne og patienterne og dels for at give plads til, at det lokale niveau selv kommer med bud på løsninger. For at understøtte at det er værdien for patienter, der er ledestjerne, er det tilsvarende nødvendigt at fremme en styring, der giver vægt til brugerstemme.

Elementer i kvalitetsstyring



Figur efter inspiration af Don Berwick

Kvalitetsstyring i sundhedsvæsenet vil udgøre et mix af kontrol, retningslinjer og standarder, systematisk forbedringsarbejde og innovation. Hvor den enkelte enhed (fx afdeling, afsnit) befinder sig på kvalitetsskalaen, er afgørende for, hvilket redskab der bedst fremmer kvaliteten.

Forrest er en lille gruppe med fremragende præstationer drevet af ledernes og klinikernes ambitioner om at yde optimal behandling. Spydspidserne har brug for rum og frihed samt projektmidler. De viser vejen og fungerer som rollemødder for resten af sektoren.

Omvendt er der også lommer, hvor kvaliteten er uacceptabel ringe. Der vil fortsat være brug for kvalitetskontrol for at identificere dem. Den nødvendige kontrol kan foregå på mange måder. De traditionelle er akkreditering og tilsyn. Et alternativ kunne være ledelsesrunder, hvor der lyttes til patienternes og per-

sonalets oplevelse af kvalitetsniveauet. At man lokalt følger HSMR-tallet (den hospitalsstandardiserede mortalitet) over tid, kan også være med til at advare om eventuelle kvalitetsproblemer.

Men for hovedparten af sundhedsvæsenets enheder er der helt overvejende brug for, at systematiske og kontinuerlige kvalitetsforbedringer understøttes og stimuleres, sådan at enhederne arbejder henimod de fremragende resultater, som spydspidserne viser mulige.

Det er nødvendigt at øge brugen af styringsredskaber, der styrker samarbejdet med patienterne og giver plads til brugernes stemme i tilrettelæggelsen af sundhedsvæsenets ydelser, det kliniske møde og i de tværsektorielle behandlingsforløb. Systematisk feedback og dialog med patienterne om deres oplevelser, præferencer og sygdomserfaringer er med til at skabe bedre forløb, styrke patienternes egenomsorg og kan også betyde reducerede udgifter (10).

Et eksempel på et styringsredskab inden for konkurrenceparadigmet er benchmarking, som bruges hyppigt i dag. Både i OECD (16) og i det danske sundhedsvæsen er der en tro på, at synlige forskelle i resultater via benchmarking automatisk fører til, at der igangsættes forbedringsarbejde hos de dårligste, så forskellene udjævnes. Men i stedet fører benchmarking ofte til, at de dårligst placerede bruger ressourcerne på at finde forklaringer på deres placering, i stedet for at bruge energien på at forbedre sig.

Et andet problem er, at man med benchmarking ofte vil være tilfreds med status quo, såfremt man opnår et resultat, der er gennemsnitligt eller måske lidt over. Gennemsnittet bliver normen. Men i et sundhedsvæsen, der satser ambitiøst på kontinuerlige kvalitetsforbedringer, kan gennemsnittet aldrig være tilfredsstillende. Selv om systemet leverer kvalitet på et tilsyneladende tilfredsstillende niveau, er der altid mulighed for at forbedre kvaliteten ved konstant at stræbe efter og skubbe til grænsen for kvalitet og effektivitet.

Der vil fortsat være brug for benchmarking til visse formål. Direkte sammenligninger kan have sin plads i forskning og i forhold til en institutions troværdighed. Benchmarking giver også mening, hvis metoden bruges til at identificere spydspidserne med de fremragende resultater, sådan at de bruges til inspiration for at sætte ambitiøse mål. Men som redskab for den kontinuerlige udvikling i kvaliteten, kan benchmarking ikke stå alene.

En anden mental model for styring af sundhedsvæsenet vil afspejle sig i mål og målinger, både hvad angår hvad og hvordan, der måles.

I dag er sundhedsvæsenet kendetegnet ved mange mål, så mange at det er vanskeligt at se, hvad der er vigtigst. For at give retning til forbedringsindsatsen er det en selvstændig pointe i få ryddet op i målene og vurdere, om de enkelte mål og/eller grupper af mål understøtter, at patienterne oplever forbedring af kvaliteten i sundhedsvæsenet. Det er vigtigt, at der bliver fjernet mål og målinger, som ikke bidrager eller kun bidrager sporadisk til forbedring, og som ender med at dræne ressourcerne unødigt. I stedet må der gives plads til nye og mere intelligente mål, der kan styres efter.

Fokus skal skifte fra antallet af kontakter til lægen, indlæggelser, procedurer og test til at fokusere på de resultater, som patienterne oplever. Det kan være som patientrapporterede outcome-mål, hvor det er patienternes oplevelser af behandlingsresultaterne, der styres efter, frem for systemets registreringer. Der kan være områder, hvor volumenincitamentet forsat kan have berettigelse. Men generelt er der behov for at reducere fokus på kvantitet og i højere grad fokusere på, hvad der skaber værdi for patienterne.

Styringsparadigmer forenes i samme organisation

Kaiser Permanente (KP) er et godt eksempel på, hvordan forskellige styringsparadigmer forenes i samme organisation.

KP har en struktur for forbedringer, hvor ledelse og medarbejdere styrer efter de mål, der er fastsat i organisationen, men hvor der også er plads til innovation, til at skabe succes og til at fejle. Dette understøttes af et ambitiøst uddannelsesprogram i kompetencer til forbedringsarbejde (se side 26).

KP har samtidig en struktur for forvaltningen af performancemål, Governance Framework. Her defineres, hvad der er acceptabelt i KP i forhold til kvalitet mm. Der er rapporter til bestyrelsen og til eksterne organisationer som Joint Commission og myndigheder. Der er tale om mål, organisation har en klar forventning om at opnå. Der kan være knyttet forskellige incitamentet som fx økonomi til disse mål.

Et fælles dansk forbedringsprogram

For at sikre udviklingen mod et personcentreret sundhedsvæsen, der er sikkert, effektivt og samarbejdende, foreslår Dansk Selskab for Patientsikkerhed et fælles dansk forbedringsprogram.

Et nyt program skal hjælpe med at lukke knowing-doing-gap'et, give forbedringerne tempo og frisætte forbedringskraften hos medarbejdere og patienter. Det skal identificere og teste innovative løsninger og sætte retning mod reelle og vedvarende forbedringer af kvalitet og effektivitet. Programmet skal bygge på fælles og evidensbaserede principper og guide forbedringsarbejdet på alle niveauer. Det er nødvendigt at kunne skalere forbedringerne op i stor skala, og det forudsætter særlige ledelseskompetencer i specifikke forbedringsmetoder, der støtter personalet i at forbedre praksis i dagligdagen.

Med andre ord må beslutningstagerne sætte sig sammen med interessenterne og tage stilling til, hvilken ny vej, der skal forfølges, og hvordan et fælles dansk forbedringsprogram kan designes. Beslutningerne skal udmøntes i konkrete kompetence- og kvalitetsudviklingsprogrammer. Det kan kun realiseres, hvis man samtidig ophører med at bruge ressourcer på en del af det nuværende kvalitetsarbejde.

Samarbejde med patienter og pårørende

En forudsætning for at skabe et sundhedsvæsen, der reelt opleves at være til for patienter, er samarbejde med patienter og pårørende i stort set alle aspekter. Dette er derfor en helt essentiel del af forbedringsarbejdet. Patienter og pårørende ser systemet fra et andet perspektiv end de sundhedsprofessionelle

og kan således bidrage med relevante og nye idéer til forbedringer. Ved at se på arbejdsgange og daglige rutiner fra deres perspektiv bliver der sat spørgsmålstejn ved gamle – og måske uhensigtsmæssige – vaner.

Det vil altid være de sundhedsprofessionelle, som har ansvaret for at yde en sikker behandling af høj kvalitet. Men på områder hvor patienter og pårørende har ressourcer og gerne vil bidrage, inviteres de med i beslutningsprocesserne.

Nedenfor beskrives forslag til fastsættelse af mål og forslag til en dansk forbedringsmetode. Ingen af disse opgaver kan varetages, uden at det sker i samarbejde med patienter og pårørende, og uden at patient- og pårørende perspektivet er et afgørende element.

Ledelsens rolle

Sundhedsvæsenets ledere spiller en afgørende rolle for at fremme kvalitet og patientsikkerhed. Ledelsens signaler er afgørende for medarbejdernes prioriteringer. Bliver der hyppigst lagt vægt på produktionskrav, eller er det snarere kvalitetsmål og værdien for patienter, der er fokus på i ledelsens udmeldinger?

Inspireret af IHI's High Impact Leadership (17, 22) og erfaringerne fra DSFP's forbedringsprojekter kan man skitsere fem typer lederadfærd der accelererer forbedringsarbejdet og fremmer et personcentreret sundhedsvæsen, der er sikkert, effektivt og samarbejdene:

- **Personcentreret.** De mest effektive ledere i sundhedsvæsenet er personcentrerede i ord og handlinger ved fx jævnligt at interagere med patienter og pårørende, og invitere patienter til at deltage i møder på alle niveauer i organisationen. Forebyggelse af skader udnævnes til at være en personlig og organisatorisk prioritet.
- **Kliniknær ledelse.** De mest effektive ledere opbygger tillid og tilegner sig en forståelse for arbejdet i frontlinjen ved regelmæssigt at møde frontlinjepersonalet i funktion, udvise ægte interesse og engagere sig i problemløsning og i forbedringsprojekter. De diskuterer åbent resultater – både de gode og de dårlige. Lederes dialog med frontlinje personale giver ledere mulighed for at formulere, hvordan de enkelte indsatser bidrager til opnåelse af organisationens mål – og kan dermed opbygge vilje og motivation for forbedringsarbejdet.
- **Klart fokus.** De mest effektive ledere forbliver fokuseret på vision og strategi, taler om organisationens vision hver eneste dag og formulerer klare målbare og tydelige forbedringsmål.
- **Transparens og synlighed.** De mest effektive ledere kræver åbenhed om resultater, fremdrift, mål og defekter. Det hjælper fx til at opbygge vilje til at forbedre behandlingen, øge forbedringskapaciteten gennem adgang til tidstro data, monitorere vejen til resultater, så ændringer midtvejs i forbedringsprocessen er mulige og forhindre ulykkelige patientsikkerhedsbrist som er set i nogle organisationer fx Midtstaffordshire
- **Nedbryder grænser.** De mest effektive ledere opmuntrer til og praktiserer systemtænkning og samarbejde på tværs af organisationsgrænser for at opnå bedre kvalitet.

Et fælles forbedringsprogram

Elementer, der er vigtige for at skabe succes med et forbedringsprogram, er:

1. Mål og indsatsområder. Der fastsættes mål, som er meningsfulde for alle i systemet (herunder medarbejdere og patienter). I den forbindelse bruges relevant viden til at identificere og prioritere indsatsområder, der må forventes at have den største virkning på målet.
2. Entydig forbedringsmetode. Alle i systemet har viden om og bruger den/de samme metoder i forbedringsarbejdet.
3. Målinger. De målinger og registreringer, der skal bruges kræfter på, vælges, så de sikrer fremdrift og tempo mod de fastsatte mål.
4. Kapacitet og kompetencer. Det sikres, at ledelse og medarbejdere har kompetencer, så de er i stand til at arbejde med de fastsatte forbedringsmetoder, samt at rammerne i øvrigt er indrettet til det.
5. Spredning. Der findes planer for spredning af innovation og resultater, samt deling af ny læring.

Mål og indsatsområder

At sætte overordnede mål for sundhedsvæsenet er selvfølgelig en politisk opgave, men når disse gerne få og ambitiøse mål er fastlagt, er det ledernes opgave på regionalt, kommunalt og institutionsniveau at få alle kræfter i systemet til at konkretisere og arbejde for de fastsatte mål.

For at fokusere indsatsen er det nødvendigt, at der på organisationsniveau sættes et meget begrænset antal overordnede mål. Det er nødvendigt at prioritere, selvom det er svært. Derfor er det mest hensigtsmæssigt med generiske mål, som dækker bredt, og som mange indsatser kan adressere, fremfor snævre mål.

Inden målene fastsættes, er det nødvendigt at analysere organisationen for at afklare, hvilke områder det giver mening at fokusere på. Når den proces sker i dialog med medarbejdere og patienter, sikres det, at målene afspejler værdi for patienterne og giver mening for dem, der skal bidrage til at opfylde dem. Forskellige analysemetoder kan bidrage til at indkredse de mest relevante områder, fx tal fra kliniske databaser, gennemgang af journaler på afdøde patienter (18) og Global Trigger Tool (19).

Rapporteringssystemet for utilsigtede hændelser er også en vigtig kilde til viden, når problemer med patientsikkerheden og indsatsområder for kvalitetsarbejde skal identificeres. Den systematiske indsamling, analyse og formidling af viden om utilsigtede hændelser er grundlag for, at der kan sættes ind med relevante tiltag, så de samme hændelser ikke forekommer igen og igen. Læring af utilsigtede hændelser foregår både lokalt, regionalt og nationalt.

Når de overordnede mål fastlægges, skal de være ambitiøse. Dermed signalerer man fra ledelsens side, at man tror på, at det kan lade sig gøre, og at området er højt prioriteret.

Målene skal desuden være konkrete og specifikke, og der skal sættes tal på, sådan at det bliver muligt at følge, om udviklingen går den rigtige vej, og man

når sine mål. På et sygehus er det fx ikke nok at have en målsætning om, at "patientsikkerheden skal forbedres". Målet skal konkretiseres, fx: "Sygehuset vil forbedre patientsikkerheden, sådan at der reddes ekstra 50 liv om året. Målet skal være nået i 2016. Udviklingen følges ved at tælle, hvor mange der dør på sygehuset pr. måned ved at opgøre det faktisk antal døde (rå mortalitet)". Ingen mål er uden udfordringer og begrænsninger, og det er vigtigt at være opmærksom og åben om dette, når målene fastsættes.

Når de overordnede mål er fastlagt, designes derefter de konkrete indsatser, der kan bidrage til at opnå målene. Det sker i fællesskab mellem faglige eksperter, klinikere og patienter. For hver af de konkrete indsatser defineres delmål, som har sammenhæng med de overordnede mål. Ofte fremstilles dette i et driverdiagram så det tydeligt fremgår, hvorledes indsatser og delmål tænkes at bidrage til organisationens overordnede mål.

Få overordnede mål i det skotske sundhedsvæsen

Et eksempel på en organisation der arbejder med udgangspunkt i få overordnede mål er det skotske sundhedsvæsen. Her er der fastsat kvalitetsambitioner på nationalt niveau med tilhørende delmål som såvel performancemålinger og forbedringsinitiativer er alignet med (1).

Det skotske sundhedsvæsen stræber efter at bidrage til, at den skotske befolkning bliver sundere og lever længere, modtager behandling og støtte af høj kvalitet indenfor en bæredygtig økonomisk ramme svarende til det, der nogle gange bliver refereret til som triple aim. For at realisere visionen er der udviklet en kvalitetsstrategi som har tre kvalitetsambitioner om, at det skotske sundhedsvæsen skal være mere sikkert, effektivt og personcentreret (2).

For at realisere de tre kvalitetsambitioner er der nationalt besluttet 12 prioritetsområder for forbedringsarbejde eksempelvis patientsikkerhed, sammenhængende behandling, Early years (0-6-åriges sociale forhold), ulighed i sundhed, medarbejder engagement etc. Her igangsættes forbedringsarbejdet i partnerskab imellem nationalt niveau og på trust niveau (regionalt).

Der er etableret en kvalitetsmåleramme med en struktur, der reducerer og forsøger at aligne den brede vifte af målinger, der går på tværs af NHS i Skotland, så det sikres, at hvert enkelt mål og måling er med til at drive udviklingen i retning af kvalitetsmålene og giver mulighed for at dokumentere en forbedring både lokalt og nationalt.

Niveau 1: På nationalt niveau anvendes 12 kvalitetsindikatorer (3) (ikke at forveksle med de 12 prioritetsområder for forbedringsarbejde) til at vurdere, om der skabes langsigtede kvalitetsforbedringer, så sundhedsvæsenet bliver mere sikkert, effektivt og personcentreret, eksempelvis: Healthcare experience, Healthcare Associated Infection (HAI), Hospital Standardised Mortality Ratio, Under 75 mortality rate, Patient Reported Outcome Measure, Self-assessed general health.

Niveau 2: På nationalt niveau besluttet i samarbejde med interessenter og trusts et antal HEAT targets (Health Efficiency Access Treatment), der er etårige mål og indikatorer, som viser, om der sker kortsigtede forbedringer på specifikke indsatser, der skal bidrage til de 12 prioriterede indsatsområder for forbedringsarbejdet. I 2014-2015 er der 14 HEAT targets.

Eksempel på HEAT target for marts 2015: Achieve a reduction in the infection rate of staphylococcus aureus bacteraemia (including MRSA) cases to 0.24 or less per 1,000 acute occupied bed days by March 2015. For the year ending March 2014, the rate of MRSA/MSSA cases across NHS Scotland was 0.31 per 1,000 acute occupied bed days.

Niveau 3: Målinger der foregår lokalt enten som følge af nationalt forbedringsarbejde eller som led i lokalt besluttede mål om forbedringer.

1)

<http://www.scotland.gov.uk/Topics/Health/Policy/Quality-Strategy>

<http://www.scotland.gov.uk/Topics/Health/Policy/Quality-Strategy/Quality-Measurement-Framework>

<http://www.isdscotland.org/Health-Topics/Quality-Measurement-Framework/Summary-of-Progress/>

2) Inspireret af Institute of Medicines 6 kvalitetsdimensioner.

3) Healthcare experience, Healthcare Associated Infection (HAI), Emergency admission rate/bed days, Hospital Standardised Mortality Ratio, Under 75 mortality rate, Patient Reported Outcome Measure, Self-assessed general health, Percentage of time in the last six months of life spent at home or in a community setting, Appropriate birthweight, Safe care, Staff engagement, Resource use.

Entydig forbedringsmetode

Det vil være en fordel, hvis man på nationalt niveau kan blive enige om en fælles forbedringsmetode, der anvendes i hele sundhedsvæsenet. Det vil reducere kompleksiteten for de kliniske ledere, der ikke skal forholde sig til forskellige modeller, afhængig af hvem afsenderen er. Spredning af "best practice" vil blive nemmere med en entydig metode, blandt andet fordi alle på tværs af geografi og sektorer forstår metoden og taler samme forbedringsprog.

Der er mange metoder til forbedringsarbejde, og mange har vist gode resultater. Det afgørende er ikke, hvilken metode der vælges, men at den bygger på de rette principper. Den skal være forankret i praksis. Det handler om at få startet og komme i gang med at handle. Tempo er en væsentlig parameter.

Fra en række danske forbedringsprojekter, fx *Patientsikkert Sygehus, I sikre hænder* og *Sikre fødsler* er der gode erfaringer med Model for Improvement (på dansk kaldet "Forbedringsmodellen") (20).

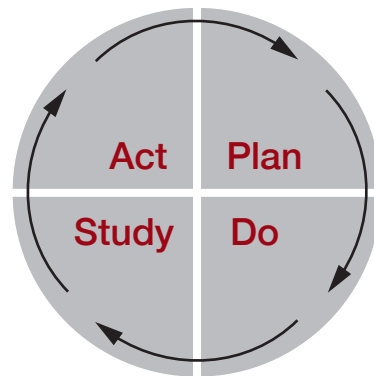
Model for Improvement

Hvad ønsker vi at opnå?

Hvornår ved vi, at en forandring er en forbedring?

3 SPØRGSMAÅL

Hvilke forandringer kan iværksættes for at skabe forbedringer?



+ PDSA-CIRKEL

Forbedringsarbejdet skal finde sted i en cyklus der kan bringe ideer til handling og forbinde handling med læring, så de rette forbedringer kan udvikles og spredes.

Model for Improvement anvender PDSA-cirklen, der er en systematisk metode til småskala-test. Forandringstiltag afprøves på få episoder initialt (fx hos to patienter), erfaringer fra afprøvningerne danner grundlag for småjusteringer og nye test på stadig større grupper.

Tanken med PDSA-cirklen er, at forbedringstiltag testes i småskala, indtil en optimal løsning, som fungerer i praksis så alle patienter hver gang modtager den optimale behandling, er fundet.

Målinger

Erfaringer fra de forbedringsprojekter, som Dansk Selskab for Patientsikkerhed de senere år har stået for, viser, at data kan bruges lokalt til at drive forbedringsprocesserne.

I stedet for - som ved benchmarking - at sammenligne sig med andre, er det mere frugtbart at se på sig selv over tid, sådan at man får et billede af, hvor processen er på vej hen. At se på udviklingen og på udviklingshastigheden ved at spørge: Bliver vi bedre over tid og bliver vi bedre hurtigt nok i forhold til de mål vi har sat os?

Medarbejderne registrerer i dagligdagen både deres processer: Lykkes det at yde patienterne den planlagte behandling? Og resultaterne: Giver indsatsen konkrete og målbare forbedringer for patienterne? Det sker med små hyppige målinger, der viser udviklingen fra dag til dag eller fra uge til uge.

Det betyder, at der er mulighed for at følge med i om de arbejdsgange man har på afdelingen her og nu, også giver de resultater man stræber efter, og om der sker en forandring. Medarbejderne opnår et tidstro mål for den behandling og pleje, de yder netop i dag, og kan justere på praksis, så den bliver endnu bedre i morgen. Samtidig kan personalet også nå at rette op på eventuelle mangler hos de aktuelle patienter, og dermed umiddelbart sikre en højere kvalitet.

De tidstro data betyder, at når en ny ide bringes i anvendelse, kan man meget kort efter måle, om den har den ønskede effekt. Hvis der går for lang tid mellem målingerne, kan man ikke vide, om de knapper, man skruer på, er de rigtige.

Det at man lokalt beslutter, hvilke processer og resultater man vil måle på, betyder, at målingerne hele tiden kan tilpasses, sådan at de bedst muligt understøtter forbedringsarbejdet.

Forbedring over tid?

Statistisk processtyring og præsentation af data i seriediagrammer gør det muligt at vurdere, om der sker forbedring over tid, og hvor hurtigt forbedringen sker. Af seriediagrammet kan man desuden aflæse niveau og variationsbredde. Seriediagrammer kræver hyppige målinger, ofte dagligt eller ugentligt og sjældent med længere interval end en måned (21).

Det har vist sig, at medarbejderne finder de tidstro data motiverende. Hvor de sundhedsprofessionelle ellers ofte udtrykker frustration over, at deres arbejdstid går med registreringer foran en computerskærm, giver de hyppige – ofte daglige – lokale målinger meget mere mening. Når der tælles og registreres og krydses af på tjeklisterne, er det ikke for at levere data til bogholderiet eller fremtidige statistikker eller rapporter. Data bruges til at synliggøre resultater af eget arbejde her og nu og understøtter det, som alle ansatte i sundhedsvæsenet går på arbejde for hver dag: nemlig at levere pleje og behandling af høj kvalitet og gøre det trygt og sikkert at være patient.

Også på overordnet niveau i organisationen og på nationalt niveau vil tidstro data medvirke til at stimulere forbedringsprocessen. Når alle i organisationen har adgang til de løbende og aktuelle data for kvalitet og patientsikkerhed, fx antallet af forebyggelige dødsfald, medicineringsfejl, tryksår eller infektioner, kan det være med til at skabe motivation og fornemmelse af at arbejde for en fælles sag. Som medarbejder kan man følge med i udviklingen og se, om der kommer resultater af den samlede indsats for patientsikkerhed, som man selv dagligt er opmærksom på og bidrager til, og som leder kan man tage ansvar og igangsætte handling aktuelt.

Nyt syn på mål og målinger

I et nyt fælles forbedringsprogram ændres den måde, mål og målinger anvendes

I går	I morgen
Produktivitet=aktivitet/omkostninger	Værdi for patienter=kvalitet/omkostninger
Benchmarking	Forbedringshastighed
Enkeltstående værdier	Seriediagrammer og balancerede mål
Lukkede netværk for deling af resultater	Synlighed om resultater, transparens
Mange mål	Få bigdots med tilhørende drivere og delmål

I en kultur præget af kontrol og sanktioner vil der være tendens til at skjule og bortforklare, når noget går galt. Der vil typisk ikke være den store lyst til at tale om kvalitetsbrist og patientsikkerhedsproblemer. Det betragtes som særtilfælde, som fx skyldes, at en medarbejder ikke har gjort sit arbejde godt nok, at det skete under ganske specielle omstændigheder, eller det opfattes som en naturlig komplikation til sygdommen eller behandlingen.

Kvalitetsforbedring i dagligdagen fordrer, at de problemer, der er, bliver synlige for alle, sådan at der bliver mulighed for at arbejde målrettet på at løse dem. Åbenhed og gennemsigtighed i forhold til både data og konkrete eksempler og historier er derfor en forudsætning.

Ved at være åben omkring de brist, der findes i kvalitet og patientsikkerhed, ved aktivt at skabe opmærksomhed om problemerne, kan ledelsen få medarbejderne og hele organisationen til at opleve en "brændende platform", dvs. at der er problemer, som skal tages alvorligt, og som det haster at få gjort noget ved. Kvalitet og patientsikkerhed er ikke et fjernt og abstrakt mål, men et problem der konkret giver sig udtryk i, at patienter hver dag udsættes for mangler, unødige skader og død.

Ikke bare internt i organisationen, men også over for offentligheden er åbenhed og gennemsigtighed et potent middel til at skabe forandringskraft. Når man som organisation åbent lægger sine ambitioner og sine kvalitets- og patientsikkerhedsdata frem, viser man, at der er fokus på området, og samtidig forpligter man sig til at arbejde for at forbedre resultaterne. Når der i organisationen er sat ambitiøse mål, kan man ved at udmelde målene offentligt, skabe et udefra kommende forventningspres, som bidrager til at drive forbedringerne fremad.

Kapacitet og kompetencer

I dag oplever sundhedsvæsenets medarbejdere ofte kvalitetsudvikling som en yderligere byrde i en forvejen presset hverdag. Man passer de daglige rutiner, og med jævne mellemrum bliver man fra ledelsen eller kvalitetsafdelingen pålagt at implementere diverse kvalitetstiltag.

Men i det nye forbedringsprogram er kvalitetsarbejdet en integreret del af det daglige arbejde. Faktisk kan man sige, alle har to job, nemlig deres sædvanlige arbejde og nu også opgaven med hele tiden at forbedre ydelsen, så den skaber mest muligt kvalitet for patienterne. Det betyder, at arbejdet med

forbedringer og kvalitet ikke længere overlades til en særlig afdeling. Det er en opgave, der angår alle i deres daglige arbejde.

Forudsætningen er, at den enkelte medarbejder rent faktisk har de kompetencer, der skal til, for at varetage opgaven, og at lederne på alle niveauer ved, hvordan de skal understøtte og fremme processen (22). Desuden er der brug for eksperter på alle niveauer til at hjælpe i gang, skubbe på og fortolke resultater.

Der er derfor brug for et nationalt program for uddannelse og træning af ledere og medarbejdere, sådan at man får opbygget den nødvendige kompetence. Uddannelse kan med fordel tænkes på tværs af organisationen for at sikre en effektiv implementering.

Opbygningen af kompetencer skal understøttes af et fælles fagligt sprog om forbedring, der hænger sammen med en entydig national forbedringsmodel.

Kompetencer skal tænkes ind i de sundhedsfaglige uddannelser såvel præsom postgraduat. Fx har flere uddannelser gjort dele af IHI Open School (et online kursus) til obligatorisk curriculum, og i USA er det nu et krav for gennemførelse af speciallægeuddannelsen, at lægen gennemfører et forbedringsprojekt lokalt i klinikken. Forbedringsfærdigheder kan med fordel læres i multiprofessionelle team.

Udover uddannelse og træning bør udviklingen understøttes af coaching og mentorroller, og der bør søges inspiration fra andre industrier, som er længere fremme med udvikling af kapacitet og kompetencer til forbedringer.

Opbygning af kompetencer

For at gennemføre vedvarende forbedringer i tilstrækkeligt højt tempo kræver det nye kompetencer og kvalifikationer på tværs af organisationen fx i Model for Improvement og statistisk processtyring. Kompetencerne skal tilpasses de forskellige funktioner i organisationen. Overordnet set er der følgende målgrupper:

Eksperter i forbedringsarbejde skal kunne:

- Sætte systematiske ambitiøse mål på baggrund af analyser og dialog
- Anvende metoder til at afprøve nye arbejdsgange
- Måle forbedringer systematisk og hyppigt
- Understøtte de klinisk arbejdende sundhedsprofessionelle i deres forbedringsarbejde og eliminere barrierer
- Accelerere implementering
- Anvende metoder til at sprede forbedringer og fastholde opnåede resultater

Ledelsen af organisationen skal kunne:

- Gøre organisationens overordnede mål og prioriteringer synlige for medarbejdere, gerne helt ude ved point of care
- Følge op på forbedringsarbejdet og prioritere det på dagsordenen
- Forstå variation og efterspørge data
- Lytte til og involvere patienter og pårørende
- Praktisere åbenhed og gennemsigtighed

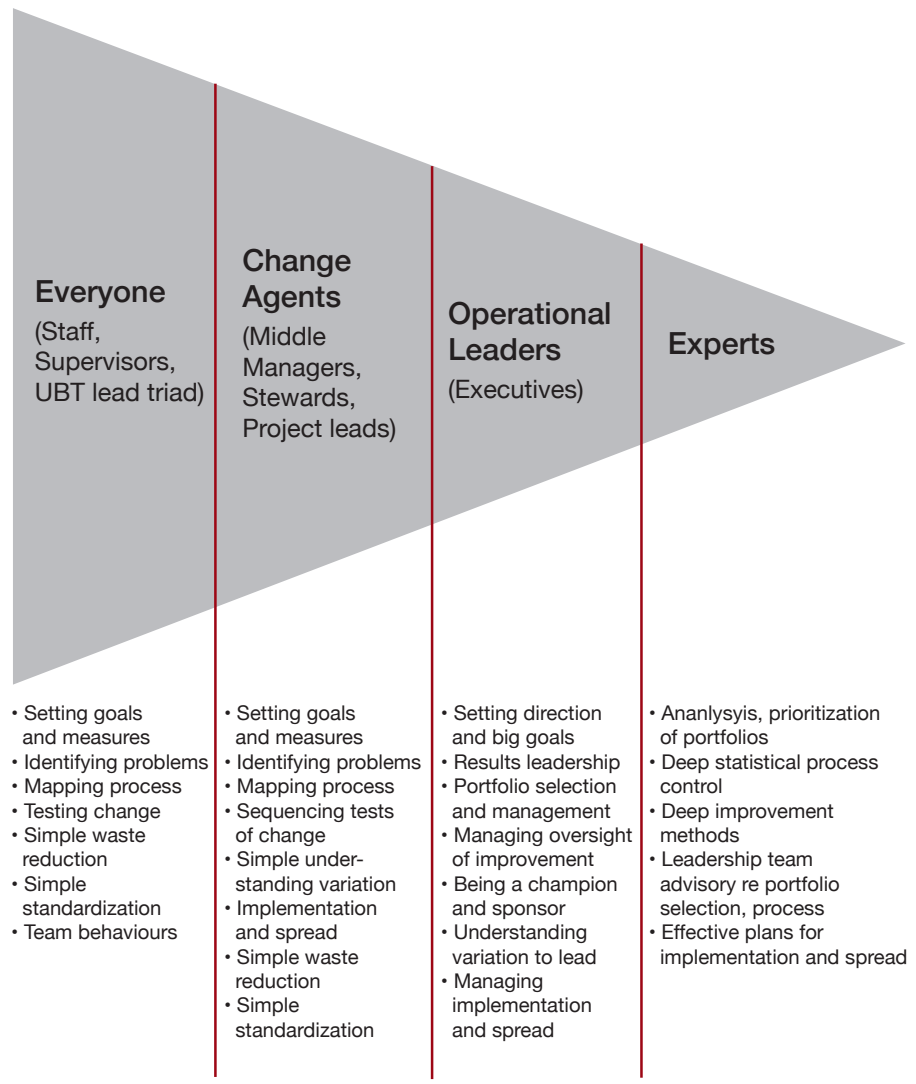
Kliniske ledere og klinikere med ansvar for implementering skal kunne:

- Kende forbedringsmetodik (System of profound knowledge og Forbedringsmodellen)
- Sætte mål
- Designe og anvende hyppige test
- Arbejde med data: analyse, -fortolkning og -fremstilling via statistisk processtyring

Al klinisk personale skal kunne identificere problemer, foretage standardiseringer af enkle processer, reducere spild, lave småskalatest, sætte mål, måle og aflæse data via statistisk processtyring.

Et eksempel fra Kaiser Permanente

What Improvement Skills are Needed for Each Role?



Det amerikanske sundhedssystem Kaiser Permanente satser målrettet på kvalitetsudvikling og har nået overbevisende resultater, herunder en halvering af dødeligheden fra 2008 til 2012. Figuren viser en oversigt over, hvilke kvalifikationer der - ifølge Kaiser Permanente - er nødvendige på de forskellige niveauer i organisationen.

Spredning

Efterhånden som de gode resultater og innovative løsninger skabes lokalt, skal de også spredes. Men det er normalt, at der er en vis modstand imod at implementere en ny praksis, især hvis den er opfundet af personer, som er ukendte og fjerne.

Den amerikanske kirurg Atul Gawande, som er en af pionererne inden for kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet, beskriver i artiklen "Slow ideas" (23), hvordan ny viden kan være nok så evidensbaseret og beskrevet i den peer reviewede videnskabelige litteratur eller samlet i store vidensdatabaser, men det er ikke altid nok til at motivere andre til at anvende den i praksis. Når

mennesker beslutter sig til at afprøve nye ideer, følger de andre mennesker, som de kender og har tillid til, skriver Gawande og citerer sociologen Everett Rogers for, at "spredning af innovation er en social proces, som foregår ved, at mennesker taler med mennesker".

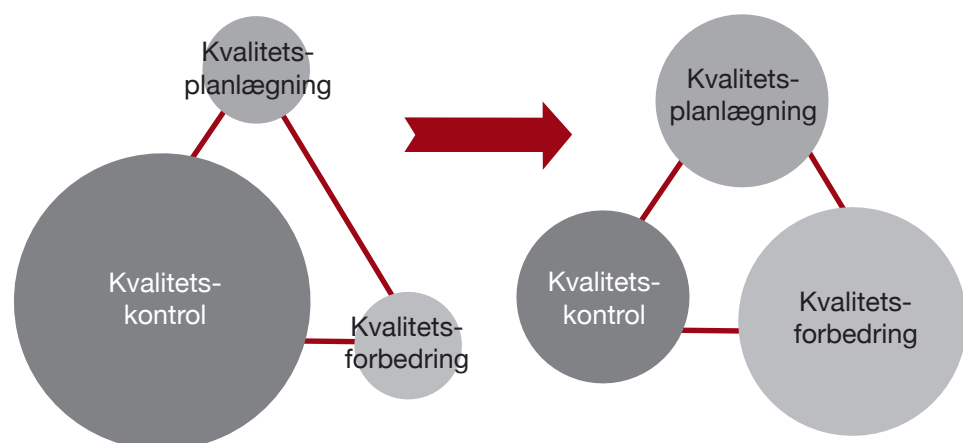
For at få den mest effektive udveksling og spredning af resultater, er det derfor hensigtsmæssigt at indtænke de personlige relationer. Fra projektet Patientsikkert Sygehus er der gode erfaringer med såkaldte collaboratives, systematisk arbejdende læringsnetværk, hvor team fra forskellige organisationer mødes jævnligt for at udveksle ideer og resultater. Erfaringen herfra er, at der skabes personlige relationer både på ledelses- og medarbejderniveau på tværs af specialer og geografi. Det at man kender og har tillid til hinanden, er med til at fjerne modstanden mod at lære af hinanden, og i stedet fremme gensidig inspiration og dermed spredning af best practice.

Konklusion

Vi skal fremme et personcentreret, sikkert, effektivt og sammenhængende sundhedsvæsen ved at:

- Kende svarene på: Hvor gode er vi, hvor gode er de bedste, og hvad er vigtigt for vores patienter?
- Lave en kvalitetsplan: Sæt få ambitiøse mål, anvend en entydig forbedringsmetode og invester, i kompetencerne
- Prioritere forbedringsarbejde: Identificer indsatsområder der fremmer målet, anvend forbedringsmetoderne og tidstro transparente data i en lærende kultur
- Minimere kontrol til det nødvendige og giv øget vægt til samarbejde og brugerstemme

Visuelt kan forslagene til acceleration af sundhedsvæsenets forbedringsarbejde illustreres via J. M. Jurans berømte kvalitetstrilogi:



Referencer

1. <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/kvalitet/kliniske-kvalitetsdatabaser/>
2. Mulley A, Trimble C, Elwyn G. Patient's Preferences Matter. Stop the silent misdiagnosis. The King's Fund; 2012
3. Video som patientbeslutningsstøtte. Hvad betyder det for patienten, og hvilken effekt har video på patientens valg af behandling. Ortopædkirurgisk Afdeling, Gentofte Hospital og Dansk Selskab for Patientsikkerhed. Maj 2014
4. Lee CN, Dominik R, Levin CA, Barry MJ, Cosenza C, O'Connor AM, Mulley AG Jr, Sepucha KR (2010). 'Development of instruments to measure the quality of breast cancer treatment decisions'. *Health Expectations*, vol 13, no 3, pp 258–72
5. Patienters oplevede barrierer i kommunikationen med personalet. En spørgeskemaundersøgelse blandt patienter. Udarbejdet af Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse på vegne Dansk Selskab for Patientsikkerhed og TrygFonden. September 2014
6. Den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser, 2013. Udarbejdet af Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse på vegne af regionerne og Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse
7. von Plessen C, Kodal AM, Anhøj J. Experiences with global trigger tool reviews in five Danish hospitals: an implementation study. *BMJ Open* 2012;2
8. Prævalensundersøgelser. Central enhed for infektionshygiejne, Statens Serum Institut. <http://www.ssi.dk/Smitteberedskab/Infektionshygiejne/Overvaagning/Praevalensundersogelser.aspx>
9. Patienters oplevede barrierer i kommunikationen med personalet. En kvalitativ analyse blandt patienter, pårørende og sygeplejersker. Udarbejdet af Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse på vegne Dansk Selskab for Patientsikkerhed og TrygFonden. September 2014
10. Ekman I et al. Effects of person-centred care in patients with chronic heart failure: the PCC-HF study. *European Heart Journal* (2012) 33, 1112–1119
11. Mathiesen ASM, Nørgaard K, Andersen MFB, Møller KM, Ehlers LH. Are labour-intensive efforts to prevent pressure ulcers cost-effective? *Journal of Medical Economics* Vol. 16, No. 10, 2013, 1238–1245
12. Porter ME, Lee TH. The Strategi That Will Fix Health Care. *Harvard Business Review*, October 2013
13. A Promise to Learn – A Commitment to Act: Improving the Safety of Patients in England. London: The National Advisory Group on the Safety of Patients in England; 2013
14. Ham C. Reforming the NHS from within: Beyond hierarchy, inspection and markets. The King's Fund; June 2014
15. LeGrand J. Knights and Knaves Return: Public Service Motivation and the Delivery of Public Services. *International Public Management Journal*, marts 2010
16. OECD REVIEWS OF HEALTH CARE QUALITY: DENMARK, OECD 2013.
17. Idekatalog til forbedringsledelse. Dansk Selskab for Patientsikkerhed. 2014. http://www.sikkertpatientflow.dk/media/1268/150914_ledelsespakken_spf.pdf
18. Mortalitetsanalyser – en metode til at identificere indsatsområder for Patientsikkerhed. Mini-rapport om de danske sygehuses første erfaringer. *Operation Life*. Marts 2008
19. Global Trigger Tool manual. Dansk Selskab for Patientsikkerhed. September 2013.
20. Metoder til hurtige og holdbare forbedringer i sundhedsvæsenet. Dansk Selskab for Patientsikkerhed. Oktober 2013
21. Anhøj J, Bjørn B. Statistisk processtyring i sundhedsvæsenet, Statusartikel. *Ugeskrift for Læger*. 18.05.2009
22. High-Impact Leadership: Improve Care, Improve the Health of Populations, and Reduce Costs. White paper, Institute for Healthcare Improvement. 2013
23. Gawande A. 'Slow ideas'. *The New Yorker*, July 29, 2013

Bilag 1

Prioriterede handlingsområder, der knytter sig til de tre ambitioner

Til hver kvalitetsambition knytter der sig en række drivere og forslag til interventioner, der bidrager til at opnå ambitionen. Interventionerne skal ikke ses som en endelig opskrift, men er forslag udvalgt med henblik på at give største impact på de enkelte drivere, fremme muligheden for at måle fremgang mod målet samt teste og sprede ny læring³.

Prioriterede handlinger: Et personcentreret sundhedsvæsen

Patienter og pårørende skal kunne få hjælp fra sundhedsvæsenet på en måde, der respekterer og anerkender patientens behov, ønsker og præferencer. De sundhedsprofessionelle præsenterer de forskellige tilbud om pleje og behandling og lægger op til en dialog med patienterne og de pårørende, sådan at man i fællesskab kan træffe beslutninger om det endelige valg af behandling og det samlede forløb. Det handler om at etablere et stærkt partnerskab mellem patienter, deres pårørende og de ansatte i sundhedsvæsenet.

Der er ikke udviklet noget samlet mål for et personcentreret sundhedsvæsen, men med inspiration fra Don Berwick mfl. kan man spørge patienter, om de oplever at få den behandling, de har behov for og ønsker og på det rette tidspunkt.

I driverdiagram for personcentreret sundhedsvæsen foreslås følgende drivere:

- Patienters præferencer skal være afgørende for beslutninger om tilrettelæggelse af sundhedsvæsenets ydelser, for valg af behandling og tilrettelæggelse af den enkeltes forløb, og for måling af kvaliteten i sundhedsvæsenet.
- Patienter skal have adgang til et transparent system og skal let kunne orientere sig om alle aspekter hvad angår muligheder om behandling, forløb, egne data og kvalitetsdata.
- Patienter oplever mindst mulig ”burden of disease”
- Patienter bidrager til forbedring af sundhedsvæsenet, der systematisk anvender patienters viden og erfaringer.

Prioriterede handlinger: Et sikkert og effektivt sundhedsvæsen

Sundhedsvæsenet forebygger alle skader og sikrer, at alle patienter får optimal behandling ved at fjerne al tilfældig variation i behandlingskvaliteten. Samtidig bringes behandlingen fortsat på et højere kvalitetsniveau ved systematisk at forbedre lærings- og forbedringshastigheden. Sundhedsvæsenet leverer den for patienten mest hensigtsmæssige behandling og støtte på det rigtige tidspunkt og fjerner al patientoplevet spild, ineffektive kliniske processer og overforbrug.

3) Framework for Scotland's public services; Creating the conditions.

Der er ikke udviklet noget endeligt godt mål for et patientsikkert sundhedsvæsen men indtil dette sker kan man lokalt anvende HSMR og udviklingen i rå mortalitet som en "røgdetektor" suppleret af patientoplevelser og lokale målinger af variation og læring/forbedringshastighed.

- Ledelser prioriterer patienternes sikkerhed over alle øvrige hensyn, fremmer en åben lærende kultur og efterspørger risici.
- Der etableres en forbedringsmodel så kvalitetsdata konsistent driver forbedringer i behandlingen i hele sundhedsvæsenet via all or none mål samt realtidsdata.
- Gennemgang og eliminering af patientoplevet spild
- Styringsredskaber revurderes, så de i højere grad understøtter forbedringsarbejdet.

Prioriterede handlinger: Det samarbejdende sundhedsvæsen

(Planlægning / udvikling af patientspecifikke forløb på tværs af sygdomme, enheder og sektorer). Identifikation af fælles patienter på tværs af afdelinger, sygehuse og sektorer for at planlægge koordinerede, individuelle forløb.

- Sætte gang i innovation af organisering og planlægning af patientens kontakt med sundhedsvæsenet, så patienten som udgangspunkt har én kontakt.
- Udvikling af patientrapporterede mål for integrerede behandlingsforløb (Sara Singer, Harvard) som driver for kontinuerlige forbedringer af tværgående samarbejde.
- Strategi for udvikling af patientforløbsbaserede takster eller capitation.

Bilag 2 Deltagerliste

- Breakfast Meeting: Denmark's Quality Strategy
- Wednesday, April 9th, 2014 7:30 – 9:00 AM
- Le Palais des Congres, Room 341

Participants who attended

Name	Position & Organization
Derek Feely	Executive Vice President, Institute for Healthcare Improvement
Don Goldmann	Chief Medical and Scientific Officer, Institute for Healthcare Improvement, USA
Pierre Barker	Senior Vice President, Institute for Healthcare Improvement, USA
Jason Leitch	Clinical Director, The Quality Unit, Scottish Government
Helen Crsip	Assistant Director, The Health Foundation, England
Nick Barber	Director of Research, The Health Foundation, England
Lisa Schilling	Vice President of National Health Care Performance Improvement for Kaiser Permanente & Director of Kaiser Permanente's Performance Improvement Institute, USA
Steven Swenson	Director for Quality, Mayo Clinic & Professor of Radiology, Mayo Clinic College of Medicine, USA
Mark Smith	(Retired) President and CEO, Director of Clinical Excellence Research Center, Stanford University & Board, Institute for Healthcare Improvement, USA
Amy Compten Philips	Associate Executive Director, Quality, The Permanente Federation
Brian Robson	Executive Clinical Director, Healthcare Improvement Scotland
Jennifer Verma	Senior Director, Collaboration for Innovation, Improvement Canadian Foundation Healthcare Improvement, Canada
Jo-Inge Myhre	Innlandet Hospital Trust and Project Assistant, University Of Oslo Medical School, Norway
Rosamund Gray	Head of Early Years Collaborative, Scottish Government, Scotland
Beth Lilja	Executive Director, Danish Society for Patient Safety, Denmark
Robin Osborn	Vice President & Director International Program, Health Policy and Innovation Commonwealth Fund, USA
Ole Thomsen	Managing Director, Central Region, Denmark

Graeme Rocker	Professor of Medicine, Dalhousie University, Head of the Division, Respirology in Halifax & Clinical Improvement Advisor, Canadian Foundation for Healthcare Improvement, Canada
Jeane Freeman	Chair, Golden Jubilee National Hospital Board, Scotland
Jill Young	CEO, Golden Jubilee National Hospital Board, Scotland
Jens Winther Jensen	Danish Society for Patient Safety Senior Fellow, Institute for Healthcare Improvement, USA
Marlene Wurgler Willemann	Head of Quality Unit, Danish Regions, Denmark
Britt Wendelboe	Executive Vice President, Danish Society for Patient Safety, Denmark
Vibeke Rischel	Chief Healthcare Officer, Danish Society for Patient Safety, Denmark