



LÆGEMØDE 2021
NOTAT

POLITISK TEMASESSION 1

**Læger i førersædet
for kvalitetsarbejdet**
- baggrundsnotat



LÆGEFORENINGEN



POLITISK TEMASESSION 1

Læger i førersædet for kvalitetsarbejdet

- baggrundsnotat

Listen over nationale kvalitetsinitiativer i det danske sundhedsvæsen er lang. Tilføjes patient-sikkerhedsinitiativer, så er listen endnu længere. Listen over aktører er - om end ikke lige så lang - så også lang. Og listen over kliniske retningslinjer og vejledninger synes eksploderet og koblingen til kvalitetsarbejdet er blevet mere uklar og diffus. En google-søgning på f.eks. "vejledning og retningslinjer for behandling af urinvej-sinfektioner" giver hurtigt mindst 12 forskellige relevante links udarbejdet af 12 forskellige danske aktører. Giver det mening?

Og giver det mening, at læger dagligt bruger tid på at indrapportere ofte omfattende mængder af patientdata manuelt og somme tider flere gange til forskellige formål og databaser, hvor data er svære at få ud igen?

Ja, det giver mening. Men i et sundhedsvæsen hvor 8 ud af 10 sygehuslæger oplever, at de har arbejdsdage, der er så hektiske og travle, at det påvirker kvaliteten af behandlingen og plejen skal kvalitetsarbejdet give faglig mening.

Også i almen praksis og speciallægepraksis er kvalitetsarbejdet presset af en fortravlet hverdag med mange og forskellige faglige udfordringer. For hele sundhedsvæsenet er det centralt, at kvalitetsindsatsen skal være nemmere at arbejde med, og at det i højere grad skal integreres i den kliniske dagligdag.

Og for god ordens skyld så giver det ingen mening med 12 retningslinjer og vejledninger, hvis 3 er nok.

LÆGEMØDE 2021 - 4 WORKSHOPS

Lægemødet 2021 skal drøfte forskellige elementer i kvalitetsarbejdet i 4 workshops med henblik på at kvalificere Lægeforeningens arbejde med at øge lægers engagement på de forskellige områder af kvalitetsarbejdet i det danske sundhedsvæsen.

Dette notat er et oplæg til debatten i de 4 workshops. Notatet sætter fokus på en række af de udfordringer og problemområder, som kvalitetsarbejde i det danske sundhedsvæsen indeholder.

Notatet er disponeret i henhold til Lægemødets 4 workshops, men de nævnte udfordringer under hver workshop er relevante i alle 4 workshops og giver i helhed et samlet billede af en væsentlig del af kvalitetsarbejdets udfordringer. Det tilhørende bilag 1 giver et overblik over initiativer og aktører på kvalitetsområdet. Vi glæder os til debatten.

Camilla Noelle Rathcke
Formand for Lægeforeningen



Workshop 1

Datadrevet forbedringsarbejde

HOVEDSPØRGSMÅL:

Hvordan kan og skal datadrevet forbedringsarbejde implementeres og anvendes med lægerne i spidsen?

BAGGRUND:

Dårlige rammer for kliniknært forbedringsarbejde - for lidt gavn af data

Det var fundamentet for det nationale kvalitetsprogram, at kvalitetsudviklingen skulle ske lokalt gennem datadrevet kliniknært forbedringsarbejde tæt knyttet til driften. Det forudsætter et arbejde lokalt med relevante og tidstro data.

Der indrapporteres mange data hver dag i klinikken – både i form af data, som lagres automatisk som led i patientbehandlingen og i form af data, som lagres i kraft af en ekstra arbejdsproces med henblik på kvalitetsudvikling og eventuelt forskning.

Sygehuse

Det er dog oplevelsen, at dataarbejdet er omstændigt, omfattende og tager unødvendigt meget tid. Samme data skal indberettes flere gange til flere formål. Der skal eksempelvis dokumenteres samme data til forskellige kvalitetsdatabaser, LPR mv. Indikatorerne, der skal indrapporteres, er ikke nødvendigvis data, som naturligt indrapporteres i klinisk sammenhæng, hvilket sætter spørgsmålstejn ved, om indikatorerne er de rigtige i en klinisk kvalitetsmæssig kontekst. Oplevelsen er, at databaserne mere bliver forskningsdatabaser og ikke til det nære kvalitetsarbejde.

Dette kan sammenkædes med, at data er vanskelige at få tilbage til det kliniske arbejde. Særligt er det vanskeligt at få tidstro data.

I et sundhedsvæsen presset på ressourcer er det afgørende, at den tid der går med at indrapportere data er godt givet ud. Derfor vil det være vigtigt, at sundhedsvæsenets IT-systemer i videst muligt omfang understøtter relevant journalisering samt datainddatering, -fangst, -behandling, -kobling, -analyse og -afrapportering på alle niveauer i sundhedsvæsenet.

Praksissektoren

Etablering af KiAP (Kvalitet i Almen Praksis), som afløser for Den Danske Kvalitetsmodel, har gjort det muligt med en ny organisering i "kvalitetsklynger" at systematisere kvalitetsarbejdet i almen praksis, og herunder bl.a. gennemføre datadrevet forbedringsarbejde. Via løbende indrapporterede data fra de enkelte praksis i datasystemet "Ordiprax" er det muligt for den enkelte praksis at "benchmarke" egne ydelser med andre praksis og landsgennemsnittet på en efterhånden lang række områder.

Klyngerne giver mulighed for at sætte fokus på særlige emner. Indhente aktuelle data fra "Ordiprax" via



udvalgte klyngepakker. Diskutere god klinisk praksis med kolleger. Diskutere årsager til forskelle i de enkelte praksis og ikke mindst give de enkelte praksis redskaber med hjem, som kan implementeres og følges op på i egen praksis (KiAP - Min klynge - Klyngekoordinatorer - Klyngepakker - KiAP's klyngepakker). Arbejdet i KiAP er overenskomstaftalt – og efterhånden er der nærmest 100 % tilslutning blandt de alment praktiserende læger. En tilsvarende udvikling ses i kvalitetsarbejdet for de praktiserende speciallæger via e-KVIS og kliniske data i Sentinel-systemet. Praktiserende speciallæger skal dokumentere kvaliteten i udredning og behandling, og klinikkerne skal have fokus på kontinuerlig kvalitetsudvikling. Det sker blandt andet ved at rapportere til kliniske kvalitetsdatabaser, følge kliniske retningslinjer, monitorere udvalgte sygdomsområder, undersøgelser eller behandlinger og anvende data til at reflektere over eget arbejde i klinikken. Arbejdet med kvalitet fordrer adgang til at kunne samle og systematisere egne data til eget brug, men en væsentlig side af kvalitetsar-

bejdet er også muligheden for faglig sparring i form af benchmarking, der udover adgangen til egne data også giver adgang til kollegers data på aggregeret niveau.

SUPPLERENDE SPØRGSMÅL:

- Er det en rigtig hypotese, at datadrevet forbedringsarbejde ikke har vundet indpas? Hvor er barriererne: Data kommer ikke tilbage til klinikere i let overskuelig form og i tide, så de kan reagere på data og forbedre praksis? Organisation? Ledelse? Kompetencer? Tid og ressourcer?
- Hvordan kan vi udnytte sundhedsdata bedre i det datadrevne forbedringsarbejde?
- Hvad kan sygehussektoren lære af praksissektoren?



Workshop 2

Kliniske retningslinjer

HOVEDSPØRGSMÅL:

Hvordan sikres struktur om og formalisering af arbejdet med kliniske retningslinjer i alle specialer som et element i den løbende kvalitetsudvikling?

BAGGRUND:

Kliniske retningslinjer, som skal sikre ensartet høj kvalitet, har åbenlyse problemer

Sundhedsstyrelsen har i en række år varetaget opgaven med at udarbejde nationale kliniske retningslinjer (NKR) med udgangspunkt i en evidensbaseret, men tung grade model.

Fra retningslinjer til forbedret klinisk praksis – ved vi om retningslinjer virker?

Siden 2012 har Sundhedsstyrelsen haft til opgave at udarbejde nationale kliniske retningslinjer som et af de mest ambitiøse tiltag for at sikre ensartet høj kvalitet i sundhedsvæsnet.

Sundhedsstyrelsen har udarbejdet en metodehåndbog for at understøtte udarbejdelsen af de nationale kliniske retningslinjer, og der er udarbejdet en implementeringshåndbog

www.sst.dk/da/Opgaver/Patientforloeb-og-kvalitet/Nationale-kliniske-retningslinjer-NKR/Implementeringshaandbog

Sundhedsstyrelsen har løbende holdt statuskonferencer og har evalueret indsatsen i form af en opgørelse af, hvor mange retningslinjer der er udarbejdet. Men der mangler en egentlig evaluering af, om og hvordan de enkelte NKR er blevet implementeret og i forlængelse heraf, mangler der også en vurdering af, om NKR har haft effekt på klinisk praksis, og dermed reelt har gjort en positiv forskel for patienterne.

Der udarbejdes ikke så mange nationale kliniske retningslinjer af selskaberne som ventet

De seneste år har Sundhedsstyrelsen reduceret antallet af retningslinjer og arbejdet efter en model, hvor lægefaglige selskaber m.fl. selv udarbejder retningslinjerne med mulighed for støtte af Sundhedsstyrelsen. Modellen har ikke været en ubetinget succes, da de fleste selskaber ikke har ressourcer til at gennemføre arbejdet, som er baseret på frivillig arbejdskraft.

Der er afsat en særskilt pulje til, at faglige selskaber og miljøer kan søge om penge til udvikling af nationale kliniske retningslinjer i 2019/2020 via puljen på Finansloven 2017. Med retningslinjerne skal den nyeste forskning og viden på udvalgte områder bringes ud til sundhedspersonalet for at understøtte en ensartet og evidensbaseret behandling af høj kvalitet til gavn for patienterne. 17 NKR af meget varierende karakter er udarbejdet. Det er pt. uafklaret, hvordan bevillinger til nye NKR skal findes, når de eksisterende puljemidler er opbrugt.

OVERSIGT OVER BEVILLINGER TIL SUNDHEDSSTYRELSENS ARBEJDE MED NKR

2012 - 2016: 80 mio. kr.

2017 - 2020: 38 mio. kr. (videreførelse af ikke brugte midler fra første periode).

Herudover har der været afsat særligt øremærkede midler af til udarbejdelse af specifikke retningslinjer bl.a. på kræftområdet.

Kilde: www.sst.dk



NATIONALE KLINISKE RETNINGSLINJER - HVOR MANGE?

I perioden 2012 - 2016 udarbejdede Sundhedsstyrelsen i alt 47 NKR. Alle 47 retningslinjer er planlagt opdateret.

I perioden 2017 - 2021 har Sundhedsstyrelsen yderligere udarbejdet 36 NKR, og 2 NKR er under udarbejdelse.

I perioden 2017 - 2021 har lægefaglige selskaber m.fl. udarbejdet 17 NKR. Der er pt. ikke nye NKR under udarbejdelse.

Kilde: SST-hjemmeside: www.sst.dk

Ekspllosion af andre typer af retningslinjer, anbefalinger mv.

Ved siden af de nationale kliniske retningslinjer udarbejdes der i dag mange forskellige typer retningslinjer, anbefalinger osv. af mange forskellige aktører. Det skaber usikkerhed både i offentlighed og blandt klinikerne om deres status og værdi og kan skabe tvivl om, hvilken retningslinje der skal følges - om retningslinjen er forældet mv.

SUPPLERENDE SPØRGSMÅL:

- Er der reelt uklarhed om retningslinjers status (kan fraviges efter konkret vurdering ift. enkeltpatienter, men ikke generelt fraviges ved lokal ledelsesinstruks jf. Ringstedsag?)
- Ved vi om retningslinjerne reelt skaber bedre kvalitet for patienterne? Implementeres de? Og hvis ikke - hvorfor? Er de urealistiske ift. de reelle ressourcer, der er til rådighed?
- Skal der efterlyses en evaluering af indsatsen med NKR siden 2012 med fokus på, om de reelt har skabt værdi for patienterne? Herunder, om de er nemme at omsætte til praksis for klinikere? Og om der bør foretages en systematisk gennemgang af retningslinjer mv. for eventuelt at etablere et hierarki/ forskellige niveauer og typer retningslinjer?

RETNINGSLINJER FOR BEHANDLING AF URINVEJSINFEKTION (BLÆREBETÆNDELSE)

- Medicinrådets behandlingsvejledning vedrørende urinvejsinfektioner, Medicinrådet
- Urinvejsinfektioner, Statens Serum Institut
- Cystit - ukompliceret, Lægehåndbogen
- Cystit og asymptomatisk bakteriuri hos gravide, gyncph.dk
- Urinvejsinfektioner hos ældre, Institut for Rationel Farmakoterapi
- Urinvejsinfektion hos kateterbærere, Pro.medicin.dk
- Urinvejsinfektioner hos børn og unge, Region Sjælland (Sundhedsplatform)
- Behandling af urinvejsinfektion - regional instruks Region Sjælland
- Urinvejsinfektioner (UVI) Region Nordjylland (PRI)
- Infektioner i almen praksis - undersøgelse og behandling af urinvejsinfektioner - en kort vejledning PLO og Region Sjælland
- Urinvejsinfektioner i almen praksis - hvordan stilles diagnosen, www.plo-e.dk
- Antibiotikavejledning for primærsektoren - Region Hovedstaden (kliniske mikrobiologiske afdelinger) - instrukser til almen praksis, herunder retningslinjer for behandling af urinvejsinfektioner: Akut ukompliceret cystitis, kompliceret cystitis, cystitis hos gravide.

Kilde: Google-søgning (listen er ikke udtømmende) - der eksisterer formentlig flere regionale og lokale retningslinjer og instrukser.



Workshop 3. Kliniske databaser

HOVEDSPØRGSMAÅL:

Hvordan kan og skal kliniske databaser anvendes aktivt og gøre en positiv forskel i det løbende kliniske kvalitetsarbejde?

BAGGRUND:

Idealmodellen med kliniske databaser som omdrejningspunkt for datadrevet forbedringsarbejde er god:

- Lægefaglige selskaber og læger der udarbejder kliniske retningslinjer.
- Lægefaglige selskaber og læger der med udgangspunkt i de udarbejdede retningslinjer udvikler relevante standarder med tilhørende indikatorer, hvor der måles på lægefaglig kvalitet, patient outcome, forløb m.m.
- Kliniske databaser (RKKP-databaser), der samler – bearbejder – og leverer data tilbage/stiller data til rådighed på de målte indikatorer.
- Data der giver et aktuelt billede af kvaliteten på afdelingsniveau, praksisniveau og på individniveau.
- Mulighed for opfølgning på data i de enkelte afdelinger, praksis og ansatte læger (audit + forbedringsarbejde).
- Data der kan anvendes som beslutningsstøtte i forhold til behandling af nye patienter fremadrettet.

Modellen er god som idealmodel, men er meget forskelligt anvendt og implementeret inden for de forskellige specialer.

Ortopædkirurgien og brug af frakturdata-basen giver et billede af mulighederne både for udvikling af kvaliteten på de enkelte afdelinger, individuelt og i speciallægepraksis. Samtidig kan data anvendes som beslutningsstøtte, når det f.eks. skal vurderes, om en 50-årig kvinde med dårligt knæ vil være bedst tjent med en operation eller alternativt et træningsforløb. Data kan f.eks. give

et billede af den gennemsnitlige funktionsdygtighed 3, 6 og 12 måneder efter operation målt op mod den gennemsnitlige funktionsdygtighed ved gennemført træningsprogram i samme periode for kvinder i samme aldersgruppe.

Men udvikling og brug af de kliniske databaser inden for de enkelte specialer er meget forskellig. Der synes at være grundlag for, at de enkelte specialer gives mulighed at arbejde mere systematisk med kvalitetsdatabaser inden for de enkelte specialer, men også i tværfaglig sammenhæng for relevante specialer.

SUPPLERENDE SPØRGSMAÅL:

- Hvor ser vi udfordringerne med kliniske databaser? Er det let at indberette data? Er det de rigtige data, der indberettes? Kommer data tilbage til klinikere i let overskuelig form og i tide, så de kan reagere på data og forbedre praksis?
- Kan de kliniske kvalitetsdatabaser understøtte kvalitetsarbejdet i endnu højere grad f.eks. ved forbedrede indikatorer, mere strukturel anvendelse etc.? – og flere databaser?
- Hvordan sikres konkret bedre brug af kvalitetsdatabaser? F.eks. stærkere årsrapporter fra kvalitetsdatabaserne inkl. signaler til brug for lokalt auditdrevet kvalitetsarbejde?



Workshop 4. Læring og udvikling

HOVEDSPØRGSMÅL:

Hvordan etableres en kultur med fokus på læring og udvikling frem for fokus på at undgå fejl?

BAGGRUND:

Et aggressivt tilsyn underminerer et lærende miljø

Alle er enige i, at vi har brug for et effektivt tilsyn i sundhedsvæsenet. De få patientfarlige enheder og sundhedsprofessionelle skal identificeres og stoppes.

Et velfungerende tilsyn mestrer at identificere de få enheder og eller personer, som er uegnede til at praktisere i sundhedsvæsenet og stoppe dem.

Tilsynet kaster lange skygger ind over normalområdet

Men den måde hvorpå Styrelsen for Patientsikkerhed har løst sine tilsynsopgaver har kastet lange skygger ind over 'normalområdet' - over de enheder og de læger, sygeplejersker og andre faggrupper, som hver dag løser opgaver i sundhedsvæsenet med stort ansvar under stort tidspres.

Det har betydet, at den grundlæggende tillid der skal være på plads før, man tør være åben om fejl, utilsigtede hændelser mv. er blevet undermineret. Nu handler det om at dække sig ind som individ og ikke afsløre, hvis man har været del af eller vidne til noget, som organisationen burde lære af.

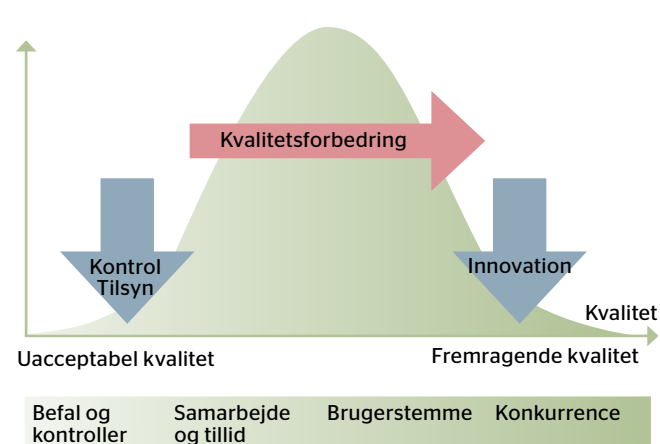
Balancen mellem tilsyn og tillid er ganske enkelt tippet. Og det er ikke til gavn for patienterne.

Styringsparadigmet fra tilsynet udfordrer styringslogikken i kvalitetsudvikling

Styrelsen for Patientsikkerheds tilsynsarbejde er ude af trit med kulturen i kvalitetsarbejdet og fungerer løsrevet fra kvalitetstankegangen. En tilgang som bygger på stram styring og kontrol, hvor kvalitetsarbejdet bygger på tillid og samarbejde, jf. nedenstående figur

Kilde: Acceleration af sundhedsvæsenets forbedringsarbejde, Dansk Selskab for Patientsikkerhed, dec. 2014

Sundhedsvæsenets enheder





Kan en tilsynsmyndighed i praksis også have ansvar for læring?

Ved oprettelsen af Styrelsen for Patientsikkerhed i 2015 fik den nye styrelse to hovedopgaver. Ved siden af de traditionelle tilsynsopgaver med vurdering af sundhedspersonalets adfærd i forbindelse med konkrete enkeltsager, så fik styrelsen også til opgave at sætte fokus på læring – både i forhold til læring på baggrund af den konkrete tilsynsopgave, læring af fejl og utilsigtede hændelser samt læring via planlagte risikobaserede tilsyn.

Udviklingen har på den ene side vist en styrelse, der i forbindelse med varetagelse af kontrolopgaven har været offensiv og stærkt kommunikerende og på lærings-siden har gennemført risikobaserede tilsyn, som langt hen ad vejen svarer til en akkrediteringsmodel med fokus på overholdelse af regler mv., mens fokus på læring f.eks. etablering af en læringskultur bl.a. i forhold til, hvordan klinikken kan lære af fejl, står svagere eller helt mangler.

Med et aggressivt tilsyn kan det eksempelvis også blive en udfordring lokalt at gennemføre kerneårsagsanalyser som opfølgning på utilsigtede hændelser. En udfordring der ikke bliver mindre af, at Dansk Patientsikkerhedsdatabase netop er placeret i Styrelsen for Patientsikkerhed.

Styrelsen kan i princippet godt indsamle og systematisere viden og dermed skabe grundlag for læring. De kan formelt godt have opgaven og medarbejdere, som har kompetencen – men når styrelsen møder praksis dvs. i de udgående funktioner, hvor viden skal formidles og omsættes til læring, så opstår der kasketforvirring, og der er ikke den fornødne åbenhed overfor repræsentanter for Styrelsen for Patientsikkerhed, som der skal til for at opnå læring.

Risikobaserede tilsyn - akkreditering ad bagvejen?

Samme forhold gælder ved gennemførelse af de risikobaserede tilsyn, som med de udvalgte målepunkter mest af alt fungerer på et detaljeringniveau, der svarer til en akkreditering, som matcher den tidligere fravalgte danske kvalitetsmodel DDKM.

STYRELSEN FOR PATIENTSIKKERHEDS OPGAVER

Grundlaget for Styrelsen for Patientsikkerheds arbejde er, at styrelsen på baggrund af input fra en række forskellige kilder foretager analyse, prioriterer risikoområder og herefter vælger aktivitet.

Det kan være i form af

- tilsynsaktivitet (individuel tilsyn),
- tilsyns- og læringsaktivitet (risikobaserede tilsyn),
- læringsaktivitet eller
- ingen aktivitet.

Begge dele fordrer ikke forbedringsarbejdet i henhold til det nationale kvalitetsprogram og stiller også spørgsmål ved, om Styrelsen for Patientsikkerhed fortsat er den rette instans til at sikre læring i forbindelse med indberetning af utilsigtede hændelser til Patientsikkerhedsdatabase.

Styrelsens læringsaktiviteter er alt overvejende knyttet til de risikobaserede tilsyn, konkrete læringsaktiviteter på systemniveau samt løbende læring inden for en afgrænset faglig problematik.

Psykologisk tryghed er en forudsætning for læring

Helt grundlæggende er det dog en udfordring, at Styrelsen for Patientsikkerhed på den ene side har opgaven med at føre kontrol og tilsyn og på den anden side skal tilføre sundhedsvæsenet læring – når forudsætningen for læring bygger på tryghed og tillid.

Psykologisk tryghed har eksempelvis afgørende betydning for:

- **Læring** – både personlig læring og organisatorisk læring
- **Risikohåndtering** – fordi arbejdet i sundhedsvæsenet indebærer høj interpersonel afhængighed
- **Innovation** – hurtigere læringscyklus i arbejdsprocesser



- **Jobtilfredshed og mening i arbejdet** – personalet føler sig mere værdsat og respekteret, hvilket fører til større engagement og bidrager til fastholdelse af medarbejdere.

Kilde: Amy Edmondson. Understanding Psychological Safety in Health Care and Education Organizations: A Comparative Perspective 2016.

Psykologisk tryghed refererer til en arbejdspladskultur, hvor medarbejderne føler sig sikre på, at de ikke bliver nedgjort eller ydmyget, hvis de fremsætter idéer, spørgsmål, bekymringer eller påpeger fejl. En kultur, som både ledelse og medarbejdere har indflydelse på.

Psykologisk tryghed er, når det er forventet, at alle vil dele idéer, spørgsmål, bekymringer og fejl i det daglige samarbejde om kerneopgaven. Der er tale om en kultur, hvor der er fokus på en produktiv diskussion, som gør det muligt at forebygge problemer og sikre at nå målene i fællesskab, fordi den enkelte medarbejder har mindre fokus på at beskytte sig selv mod at blive opfattet negativt af kolleger og ledere.

En kultur som vil kunne fremme læring og understøtte lokalt forbedringsarbejde, hvor kontrol og tilsynsopgaverne trækker modsat i retning af defensiv medicin.

SUPPLERENDE SPØRGSMÅL:

- Præcis hvor opstår problemerne med, at Styrelsen for Patientsikkerhed har en rolle i at sikre læring?
- Hvad er de bedste argumenter for, at de konkrete læringsopgaver Styrelsen for Patientsikkerhed har i dag ikke længere bør være en del af styrelsens opgaver?
- Hvilken (evt. ny) organisation bør have det overordnede ansvar for læring og kvalitetsudvikling i sundhedsvesnet? En ny enhed under Danske Regioner? En ny myndighed/styrelse? Sundhedsstyrelsen?

HERLEV OG GENTOFTE HOSPITALER - PROJEKT MED PSYKOLOGISK TRYGHED I PRAKSIS

166 læger og sygeplejersker har modtaget træning som funktionsledere, arbejde i mindre teams og træning i speak-up bl.a. med henblik på

- at styrke tavlemøder
- at modarbejde, at bl.a. læger og sygeplejersker arbejder i hver deres spor
- at modvirke, at medarbejdere er bange for at give udtryk for deres mening, tvivl eller undren.

Den foreløbige evaluering af projektet viser stor tilfredshed blandt deltagerne i forhold til brugbarhed i det daglige virke, større forståelse af hinandens roller, men også hvordan læger og sygeplejersker kan bruge hinanden og få skabt en mere åben kultur.

Kilde: Rigshospitalet - Guide: Psykologisk tryghed i arbejdsfællesskaber - En guide til ledere, AMiR og TR på Rigshospitalet.



Defensiv medicin i vækst

Fokus på individuel ansvarsplacering ved fejl, politianmeldelser, stor vækst i antallet af midlertidige autorisationsfratagelser mens sager undersøges mv. Alt sammen har medvirket til, at læger og andet sundhedspersonale bliver usikre i deres kliniske virke og kan føre til defensiv medicin. Defensiv medicin kan forstås som praksis, hvor lægen bestiller/gennemfører medicinske tests, behandlinger eller indlæggelser af tvivlsom klinisk værdi for at sikre lægen selv imod anklager, klagesager mv. – og måske også undgår høj-risikopatienter eller afstår fra at udføre potentielt værdifulde, men risikable behandlinger.

Styrelsen for Patientsikkerhed har en del af ansvaret

I sin iver efter at identificere de meget få patientfarlige enheder eller sundhedsprofessionelle har Styrelsen for Patientsikkerhed medvirket til at underminere den grundlæggende tillid som gør, at man som læge tør tage et ansvar for beslutninger i klinikken, hvor man ofte ikke har alle informationer og kort tid til at fremskaffe dem.

Men mange faktorer spiller ind.

En undersøgelse blandt læger i almen praksis i Region Syddanmark (BMJ Open: How is defensive medicine understood and experienced in a primary care setting? A qualitative focus group study among Danish general practitioners, Assing Hvidt E, et al BMJ Open 2017;7:e019851.) identificerer en række mulige faktorer, der hver for sig eller samlet kan føre til defensiv medicin:

- **Systempres:** Kliniske retningslinjer, fast track patientforløb (kræftpakker) og behandlingsgarantier. Tidsgarantier, som udfordrer bedste faglige skøn og retningslinjer, der hvis de håndhæves ukritisk i forhold til den enkelte patient, kan føre til overbehandling. Samtidig fremhæves meningsløs dokumentation i form af dokumentation bl.a. vedr. negative fund (alt det patienten ikke fejler) – som også fører til alt for lange patientjournaler med for mange indholdslose observationer.
- **Patientpres:** Patienter herunder bl.a. forsikringspatienter, der kommer med krav og ønske om behandling gerne på specialistniveau eller psykosomatiske patienter. Mediehistorier om ikke kompetente læger medvirker til øget pres fra patienterne.

DEFENSIV MEDICIN RESULTERER I MANGE UNØDVENDIGE UNDERSØGELSER.

”Folk har en angst for, hvad der sker, hvis de laver fejl og bestiller ekstra undersøgelser for at undgå, at noget bliver fejltolket eller overset med den konsekvens, at Styrelsen for Patientsikkerhed kommer efter dem med en tilsynssag. Også henvisende læger bruger meget oftere store ord i deres henvisninger, så vi er nødt til at være ekstra grundige. Når der f.eks. står ”obs cancer” i en henvisning, skal man være meget sikker som røntgenlæge, hvis man frikender en patient. Der vil vi oftere supplere med en ekstra scanning, selvom de kliniske symptomer ikke er typiske for malign sygdom. Jeg fornemmer, at de henvisende læger, både praktiserende og på sygehuset, også er bange for at overse noget. Og det kan man ikke rigtigt bebrejde dem med måden Styrelsen for Patientsikkerhed hurtigt politianmelder læger, ”Ud af de cirka 6.000 undersøgelser, vi har lavet på en måned, har vi i 700 tilfælde selv valgt at supplere med endnu en undersøgelse - især CT, MR eller ultralyd.”

Kilde: Interview med uddannelsesansvarlig overlæge Mahican Gielen, Radiologisk Afdeling Regionshospitalet Silkeborg. Ugeskrift for Læger, Nyhed, 20. december 2018

- **Selvpres:** Lægen er selv sin egen værste fjende – angst for at begå alvorlig fejl kan føre til ekstra undersøgelser.
- **Kollegapres:** Ikke-kollegialitet bl.a. i forhold til at dømme hinanden i forbindelse med fejl kan føre til ekstra unødvendige undersøgelser. Manglende opbakning i forbindelse med henvisning til indlæggelser, der bliver afvist på hospitaler, måske kun på grund af manglende formaliteter.

SPØRGSMÅL TIL DISKUSSION:

- Hvor stort er omfanget af defensiv medicin?
- Hvad er de vigtigste indsatsområder i forhold til at modvirke defensiv medicin?



Bilag 1

Initiativer og aktører på kvalitetsområdet – et overblik

Det nationale kvalitetsprogram - rigtigt tænkt, men effekt kommer ikke af sig selv

Det nationale kvalitetsprogram sætter den overordnede politiske ramme for kvalitetsudviklingen i det samlede danske sundhedsvæsen.

Det nationale kvalitetsprogram blev præsenteret i 2015 bl.a. som afløser for Den Danske Kvalitetsmodel på sygehuse, hvor akkreditering blev afskaffet. Programmet blev i første omgang etableret for perioden 2015 – 2018 og overgik herefter til almindelig drift. Almen praksis og speciallægepraksis har en overenskomstaftalt kvalitetsmodel, inspireret af udviklingen på sygehusområdet. Ser man på Sundhedsministeriets seneste statusrapport på det nationale kvalitetsprogram kan man forledes til at tro, at alt er godt. I oktober 2019 konkluderer ministeriet, KL og Danske Regioner, at det går godt med kvalitetsforbedringer i sundhedsvæsnet, eftersom man på et år kan konstatere fremgang på 16 af i alt 35 målepunkter, som uddyber de 8 nationale mål.

Men det er langt fra et dækkende billede. Det lærende sundhedsvæsen er under pres i Danmark. Årsagerne hertil er mange og svarene på, hvordan vi får vendt udviklingen, er ikke alle lige nemme at få øje på.

Uoverskueligt mange aktører og redskaber

Det er meget vanskeligt at få overblik over, hvem der har ansvar for hvad, når det drejer sig om at sikre læring og løbende kvalitetsudvikling i sundhedsvæsnet.

Mange myndigheder har medansvar for læring - men er det effektivt?

Som det fremgår af Boks 1, er der alene blandt myndigheder 6 forskellige enheder, som har hvert sit hjørne af ansvaret.

Begrebet 'læring' optræder som en del af mange myndigheders opgavebeskrivelse, men reelt er det ikke myndigheder, som kan sikre læring. Den må ske tæt på driften og således være driftsherrens ansvar. Dvs., at det er den enkelte sygehusledelse, klinikejers eller institutionsleders ansvar i kommunen at sikre, at læring i form af reel ændret praksis finder sted.

DET NATIONALE KVALITETSPROGRAM 8 NATIONALE MÅL FOR KVALITET:

- Mål 1:** Bedre sammenhængende patientforløb
- Mål 2:** Styrket indsats for kronikere og ældre patienter
- Mål 3:** Forbedret overlevelse og patientsikkerhed
- Mål 4:** Behandling af høj kvalitet
- Mål 5:** Hurtig udredning og behandling
- Mål 6:** Øget patientinddragelse
- Mål 7:** Flere sunde leveår
- Mål 8:** Mere effektivt sundhedsvæsen

Læring optræder typisk som "vedhæng" til myndighedens primære opgaver og vil ikke være første prioritet. Styrelsen for Patientklagers udfordringer med at få nedbragt sagsbehandlingstiden for behandling af klagesager vil - alt andet lige - betyde en prioritering af styrelsens hovedopgave. Patienterstatningen har udviklet en stærk database til at søge viden om kvalitet og patientsikkerhed på baggrund af de indkomne erstatningssager. Erstatningen skal dog enten tilføres faglige ressourcer til brug af databasen eller skal koordinere særlige indsatsområder og projekter med øvrige myndigheder eller andre aktører, som f.eks. projekt med Dansk Selskab for Patientsikkerhed om diagnosefejl for at kunne bidrage til læring. Styrelsen for Patientsikkerheds opgave som tilsynsvirksomhed vil mere direkte sætte grænser for styrelsens muligheder for at fungere som en lærende instans.

Lokalt ledelsesansvar at sikre læring

En myndigheds opgave kan i denne sammenhæng alene være at tilvejebringe et grundlag for læring i form af vidensindsamling og systematisk formidling af viden til dem som kan tage ansvar for at bruge den indsamlede viden til at ændre en klinisk praksis.



MYNDIGHEDER MED ANSVAR FOR DELE AF KVALITETSUDVIKLINGEN

- Sundheds- og Ældreministeriet, Danske Regioner og KL er ansvarlige for det nationale kvalitetsprogram.
- Sundhedsstyrelsen har ansvar for udarbejdelse af nationale kliniske retningslinjer, faglige anbefalinger, vejledninger mv.
- Styrelsen for Patientsikkerhed har ansvar for afholdelse af risikobaserede tilsyn, læring af fejl og utilsigtede hændelser.
- Patienterstatningen har ansvar for læring af erstatningssager.
- Styrelsen for Patientklager har ansvar for læring af patientklager.
- Sundhedsdatastyrelsen varetager opgaven med udvikling af sundhedsdataprogrammet - samarbejde om brug og deling af sundhedsdata på tværs af stat, regioner og kommuner.

Kilde: De respektive myndigheders hjemmesider

Men det er en del af en ledelsesopgave at sikre optimal kvalitet i opgaveløsningen og dermed systematiske metoder til at omsætte ny viden til ændret klinisk praksis.

Lokale ledelser kan hente hjælp f.eks. i læringsteams

En af grundpillerne i det nationale kvalitetsprogram er at etablere nationale lærings- og kvalitetsteams (LKT). Et LKT er et nationalt netværk, som arbejder med forbedringer inden for et konkret område. LKT består af lokale forbedringsteams samt en ekspertgruppe med kliniske eksperter, der formulerer målene for forbedringer på det valgte område. Ud over de kliniske eksperter på det valgte område vil der generelt være behov for tilknytning af personer med viden om ledelse og læring knyttet til de enkelte læringsteams, for at sikre implementering af relevante indsatser, der kan flytte de enkelte arbejdspladser.

I almen praksis er det aftalt via overenskomsten at etablere klynge-samarbejder om kvalitet og kvalitetsudvikling. Klynger er et fagligt, professionelt fællesskab af praktiserende læger i en række lægeklinikker, som mø-

NETVÆRK FOR LÆRINGS- OG KVALITETSTEAMS

Områder, hvor der er igangsat lærings- og kvalitetsteams, er

- Det specialiserede palliative område
- Apopleksi
- Rationel brug af antibiotika
- Hoftenære lårbensbrud

Områder, som er i gang med at blive oprettet som lærings- og kvalitetsteams:

- Akut kirurgi
- Børnediabetes
- ADHD
- Tvang i psykiatrien
- KOL

Kilde: www.kvalitetsteams.dk

des jævnlige og arbejder med kvaliteten af behandling af patienter i klinikkerne og i samarbejde med det øvrige sundhedsvæsen.

I speciallægepraksis arbejdes der i henhold til aftalte kvalitetsprogrammer/projekter samt de udarbejdede IKAS-standarder i den danske kvalitetsmodel.

Men ellers er det regioners, sygehuses og praksis' ansvar at etablere egne læringsorganisationer og omsætte den formidlede viden til klinisk praksis.

Mange andre centrale aktører som ikke er myndigheder

Udover de mange myndigheder, som har medansvar for et lærende sundhedsvæsen, er der andre aktører, hvor de væsentligste må siges af være de enkelte regioner. Blandt andre aktører i øvrigt kan nævnes:

- Dansk Selskab for Patientsikkerhed som udvikler og gennemfører patientsikkerhedsprojekter.
- LVS og de enkelte lægevidenskabelige selskaber, som bl.a. udarbejder retningslinjer og derigennem fastsætter bedste faglige standard. Sundhedsstyrelsens opgaveløsning vedr. NKR, diverse vejledninger, anbefalinger og forløbsbeskrivelser er delvist afhængige af bidrag fra selskaberne.



- Regionernes kliniske kvalitetsudviklingsprogram (RKKP) har ansvar for indsamling af viden, kobling af data, analyse og fortolkning af de kliniske kvalitetsdatabaser.
- DMCG – Danske Multidisciplinære Cancergrupper har afgørende indflydelse på kvalitetsstandarder på kræftområdet.
- DCCC – Dansk Comprehensive Cancer Center – nationalt forpligtende samarbejde om forskning og behandling på cancerområdet.

Aktører med fokus på patientoplevelt kvalitet

De senere år har selve forståelsen af begrebet kvalitet været drøftet, idet den patientoplevede kvalitet er et væsentligt supplement til den kliniske evidensbårne kvalitet, som traditionelt har været målet for kvalitetsudvikling.

Blandt flere aktører og initiativer med fokus på patientoplevelt kvalitet kan nævnes:

- Videnscenter for brugerinddragelse (Danske Patienter) arbejder med patientrelaterede data (program PRO).
- Center for Patientinddragelse foretager den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser (LUP) – (Regionerne).
- Lærings- og kvalitetsteams (LKT) til at understøtte forbedringsarbejde inden for udvalgte områder.

SUPPLERENDE SPØRGSMÅL:

- Er det et problem, at så mange myndigheder har et medansvar for at tilvejebringe viden, man kan lære af, så længe ansvaret for at implementere læring i kliniske praksis er forankret hos lokal ledelse?
- Vil det gøre en positiv forskel med en samlet 'læringsorganisation' (national eller regional) til at oversætte, koordinere og omsætte ny viden fra centralt niveau til bedre klinisk praksis?
- Er det reelt en udfordring med mange forskellige projekter og aktører?
- Eller er det godt med mange forskellige initiativer som kilde til udvikling?

EKSEMPLER PÅ NATIONALE KVALITETSINITIATIVER I DANMARK

- Nationale kliniske retningslinjer og pakkeforløb
- Nationale kliniske kvalitetsdatabaser
- Landsdækkende patienttilfredshedsundersøgelser i somatikken og psykiatrien (LUP)
- Landsdækkende pårørendetilfredshedsundersøgelser i psykiatrien
- Projekter om patientrapporterede oplysninger, såkaldte PRO-projekter
- National håndtering af patientklager, patientforsikringssager og utilsigtede hændelser i Patientombuddet (i dag: Styrelsen for Patientsikkerhed, Styrelsen for Patientklager og Patienterstatningen)
- Patientsikkerhedsforbedringsprojekter, eksempelvis Operation Life, Patientsikkert Sygehus, Sikker Psykiatri, Sikre Fødsler, I sikre hænder, Sikker Patientflow, Sikker Sammenhæng
- Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM)
- Offentliggørelse af kvalitetsdata
- Borgernes Sundhedsvæsen
- Sundhed for alle
- Aktiv Patientstøtte
- Patientansvarlig Læge
- Sundhed for livet

”Listen er imponerende lang. Der er imidlertid overlap og desværre manglende sammenhæng mellem initiativerne, som dermed udfordrer den ledelsesmæssige og kliniske opfølgning, der er afgørende for at opnå kvalitetsforbedring mellem initiativerne. Kvalitetsinitiativerne fremstår som siloer (RKKP, LUP, PRO, patientsikkerhedsforbedringsprojekter etc.), uden at initiativerne er koordinerede. Der er derfor behov for en sammenhængende model.”

Kilde: Jan Mainz m.fl.: Ti pointer om Det Nationale Kvalitetsprogram som styringsmodel: <https://dssnet.dk/artikler/ledelse/ti-pointer-om-det-nationale-kvalitetsprogram-som-styringsmodel/>