



16. årgang, nr. 1 – marts 2008

Udgivet af
Dansk Selskab for Kvalitet
i Sundhedssektoren

DSKS'bestyrelse

- Chefsygeplejerske, RN, MPH
Vibeke Krøll (formand)
vkr@sk.aaa.dk
- Ledende overlæge
Leif Panduro Jensen
lpj@dadlnet.dk
- Direktør, ph.d., MHM
Anne Mette Fugelholm
amf@suf.kk.dk
- Projektleder, MPH
Birgitte Randrup Krog
BirgitteRandrup.krog@stab.rm.dk
- Afdelingschef, MPH
Lisbeth Rasmussen
Lisbeth.L.Rasmussen@regionsyd-
danmark.dk
- Ledende overlæge
Hans Jørgen Frederiksen
hechjf@ringamt.dk

Redaktion

Ansv. Redaktør Konsulent,
cand.scient.pol. Jeppe Ottosen
Tlf. (Mobil) 22 58 12 68
jeo@cfmoller.com

Sekretariat

Al henvendelse vedrørende medlem-
skab, kontingent, tilmelding til møder
mv. bør ske til Bitten Dahlstrøm,
Fællessekretariatet, Trondshjemsgade 9,
2100 København Ø på tlf. 35 44 84 01
eller e-mail: bda@dadl.dk

Webmaster

Kasper Boas Pedersen

Sats og layout

Lægeforeningens forlag

Tryk

Scanprint a/s, Viby J

STAFETTEN

Hvad kan Danmark lære af den europæiske kvalitetsudvikling på almen praksisområdet?

Af Kvalitetskonsulent Tina Eriksson,
Center for Kvalitetsudvikling i Region
Hovedstaden

Almen praksis sektorerne i de europæiske lande er meget forskellige og mange har ikke den basale organisation som vi anser for en forudsætning for at almen praksis kan udfylde sin særlige rolle i sundhedsvæsenet. Jeg tænker her på fri og lige adgang, et effektivt listesystem og rollen som gate-keeper. Andre lande har sektorer, der ikke alene kan måle sig med den danske, men er klart mere avancerede på forskellige områder.

I mine øjne er der tre store udfordringer i dansk almen praksis i disse år, hvor vi har brug for at få inspiration udefra. Den første er lægemangel og rekruttering til faget, den anden er en øget arbejdsmængde og ændret opgavesammensætning og den tredje er et stigende krav fra befolkning og politikere om kvalitet og åbenhed.

Lægemangel og rekruttering

De danske praktiserende lægers gennemsnitsalder er høj og mange står for pensionering. Aviserne skriver om spøgelsespatienter - og det er alarmerende, fordi listesystemet er en central basis for arbejdet i dansk almen praksis. Vi skal altså have ældre læger til at blive længere, og vi skal gøre almen praksis attraktiv for de yngre læger.

For 5-6 år siden stod man i Holland i en lignende situation. De unge læger viste sig at have følgende ønsker til deres arbejdsliv: Mulighed for at arbejde deltid, større enheder og valget mellem at være ansatte og partnere i almen praksis. Man

indså, at det derfor er nødvendigt at ud-danne to nye for hver praktiserende læge der går på pension. Den typiske ældre familielæge i Holland var en mand, han havde ofte enten en hjemmegående eller medhjælpende ægtefælle og han havde ikke andre opgaver end at passe sin praksis. Sådan lever unge læger ikke.

Ønsket om større enheder og mulighed for at læger kunne være ansatte blev tilvejebragt gennem en deregulering af sektoren, der øgede praksis' muligheder for at organisere sig på en hensigtsmæssig måde. En øget tilgang blev sikret gennem øget indtag til speciallægeuddannelsen og international rekruttering. Alle problemer er ikke løst, men en truende katastrofal mangelsituation blev afværget.

Ændret opgavesammensætning og øget arbejdsmængde i almen praksis

I de senere år er der blevet lagt opgaver fra sekundærsektoren til almen praksis, og den udvikling vil formentlig fortsætte. Opgaverne ændrer sig af demografiske grunde, flere kronisk syge, flere ældre. Almen praksis har desuden flere opgaver i forbindelse med individuel forebyggelse.

Med hensyn til opgavefordeling i mellem sektorerne er det interessant at se, at fordelingen er så forskellig i de forskellige lande. I mange lande er det meste af den primære forebyggelse (mor barn undersøgelser, primær sygdomsforebyggelse og lignende lagt andre steder end i almen praksis). I nogle lande er al gynækologi, pædiatri og geriatri lagt i hænderne på specialiserede almen medicinere. Hvilke opgaver, man anser for at være kerneopgaver i almen praksis, synes således også at bero på lokale traditioner.

Desuden er fordelingen mellem læger og andre personalegrupper i almen praksis forskellige i lande. Der er en klar trend mod større enheder og mere ansat personale, der varetager flere og flere opgaver der tidligere udelukkende blev varetaget af læger. Undersøgelser viser, at kvaliteten af det arbejde som ansat personale udfører under supervision kan sammenlignes med det arbejde praktiserende læger udfører. Denne udvikling er også i gang i Danmark.

I Danmark bidrager befolkningens stigende trang til at søge læge væsentligt til den øgede arbejdsbyrde. Det selv om man fraregner bidrag fra øget alder og sygelighed. Jeg kender desværre ikke til europæiske lande der har dæmmed op for stigende lægesøgning med andre midler end egenbetaling. Egenbetaling hæmmer nødvendig lægesøgning, vender den tunge ende nedad og er dyrt at administrere, og er derfor en tvivlsom løsning.

Kvalitet og åbenhed

Kvalitet og åbenhed er politiske begreber som det er svært at være imod. Det er som regel knap så enkelt at omsætte begreberne i konkrete ændringer i almen praksis. I Danmark har PLO og Amdradsforbundet/Danske Regioner gennem de seneste årtier arbejdet med dette område, siden 2003 gennem arbejdet i Den Danske KvalitetsEnhed, DAK-E. Vi er kommet et stykke vej, men vi kan endnu ikke påstå at vi har en samlet politik eller model på området.

Almen praksis i flere Europæiske lande arbejder på integrerede løsninger, der både omfatter måling af kvalitet på tre hovedområder:

- 1) Klinisk kvalitet (f.eks. af lægemiddelordination, diabetesomsorg, etc.),
- 2) Patienttilfredshed og
- 3) Organisatorisk kvalitet.

Erfaringen fra en lang række projekter i mange lande er at målinger alene ikke løfter kvaliteten. Der skal opfølgning til, hjælp til den enkelte klinik til at sætte sig

ændringsmål og opfølgning på målene i form af regelmæssige audits. De personer der skal bistå almen praksis i denne proces skal være grundigt uddannede og forberedt til opgaven. I Europa foregår løbende udviklingsarbejde af sådanne programmer og det er oplagt at indgå i samarbejde med kolleger i især UK, Spanien og Holland når og hvis vi i Danmark skal udvikle vore egne programmer.

Ønsker om åbenhed – dvs. offentliggørelse af kvalitetsdata fra almen praksis har man vidt forskellige holdninger til i de europæiske lande, afhængig af sektorens opbygning, struktur og tradition.

Så naturligvis kan vi lære både af de positive og de negative erfaringer kolleger i vore nabolande har gjort sig. Måske skal vi være glade for de store og inspirerende forskelligheder mellem de enkelte lande i Europa. Vi har et enestående udbud af fremtidsscenerier liggende lige udenfor vore grænser – og gode muligheder for samarbejde.

Rapportering og kulturelle barrierer

af Jeppe Ottosen, redaktør

Justin J. Waring, sociolog ved universitetet i Manchester, har i en undersøgelse sat fokus på lægers holdning til rapportering af utilsigtede hændelser. Det er særlig barriererne for indberetning, der er sigtet med undersøgelsen. Undersøgelse er interessant, fordi den peger på elementer ved den lægelige kultur som årsager til, at læger vægrer sig ved at indberette utilsigtede hændelser. Det er således ikke kun frykten for at blive hængt ud som en dårlig læge, der udgør en barriere. Disse elementer vil blive beskrevet nærmere i det følgende.

Rapportering af utilsigtede hændelser er både herhjemme og i udlandet anvendt til at lave forebyggende tiltag, der i sidste ende skal reducere antallet af utilsigtede

hændelse eller i det mindste øge beredskabet for at forhindre fejl i selve processen. Midlet er analysen af den utilsigtede hændelse med henblik på at finde de(n) systemiske fejl, så systemet kan indrettes bedre, med andre ord en ændring af de faktorer, som tilsammen påvirker udfaldet. Implicit er der en antagelse om, at mennesker er tilbøjelige til at fejle, men gennem systemernes indretning, kan man opfange disse fejl, inden de bliver alvorlige.

Dette er bredt anerkendt, og skulle gerne være gammelkendt viden. Den engelske undersøgelse »Beyond blame: cultural barriers to medical incident reporting« har dog sat sig for at kigge lidt nærmere på en af de væsentlige årsager til, at rapporteringssystemet og -kulturen ikke altid fungerer efter hensigten, nemlig de manglende indberetninger fra lægelig side. Hvis

man ikke får indberetninger om de alvorlige og utilsigtede hændelser, er der ikke mulighed for at lave tilbunds gående analyser af disse. Det har vist sig, at den faggruppe, som er mindst tilbøjelig til at rapportere utilsigtede hændelser er læger.

Waring har gennemført et kvalitativt case-studium gennem to år hvor han har interviewet speciallæger i det engelske sundhedsvæsen om deres syn på indberetning af utilsigtede hændelser med særligt fokus på barriererne for indberetning. En kendt barriere er spørgsmålet om ansvar og skyld, at man gennem indberetning af en utilsigtet hændelse kan være med til at påtage sig skylden for hændelsen. Derfor er der gjort meget i forbindelse med etableringen af rapporteringssystemerne for, at indberetning ikke handler om skyld. Herhjemme hedder det

således en utilsigtet hændelse og ikke en fejl, fordi fejl semantisk relaterer sig til en person, som ikke har udført sit job korrekt. Alligevel finder Waring, at mange læger vægrer sig ved at indberette til systemet på grund af frygten for at blive hængt ud for fejl.

Mere interessant er det dog, at undersøgelsen viser, at en anden årsag til, at læger ikke indberetter utilsigtede hændelser, er den lægelige kultur, som er karakteriseret ved høj professionel stolthed, usårlighed og benægtelse. En indberetning betragtes som et udtryk for, at man ikke er i stand til at håndtere de faglige problemstillinger, og at man ikke er en dygtig læge. Det understreges af den opfattelse, at utilsigtede hændelser er en naturlig del af arbejdet, som man som professionel må lære at leve med, eller som af og til oven i

købet er gavnligt for udviklingen af faget. Indberetningen af utilsigtede hændelser bliver derfor ikke betragtet som gavnlige, fordi man ikke kan fjerne alle utilsigtede hændelser. Man kan sige, at det er spørgsmålet mellem individuel læring eller kollektiv læring af de utilsigtede hændelser.

En tredje årsag til at lægerne i England ikke bryder sig om rapporteringssystemet er følelsen af, at systemet i højere grad er til for ledelsen og administrationen end for lægerne selv. Lægerne frygter, at den gennem rapporteringen kan blive genstand for nye management tiltag, som efter deres opfattelse mere forpurrer end gavner det medicinske arbejde. Samtidigt er der en følelse af, at det at udfylde rapporter er mindre værd end det faktiske lægearbejde, så det er der ingen grund til at spille tid på.

Dette er en undersøgelse foretaget blandt engelske læger. Spørgsmålet er, om de samme barrierer for rapportering er til stede i den danske lægestand, og hvordan man i givet fald bearbejder disse holdninger. Der er sandsynligvis også noget om snakken herhjemme, og det kunne måske være relevant med en intern diskussion i lægestanden om det vil være hensigtsmæssigt med en intern værdidebat. Er det ikke vigtigere med kollektiv læring fra en utilsigtet hændelse end at man skal opfinde den dybe tallerken hver gang? Lægegerningen som kunst eller håndværk?

Referencer:

Waring, J. (2005a) 'Beyond blame: cultural barriers to medical incident reporting', *Social Science and Medicine*: 60, pp.1927-35.

Rejselegater

Bestyrelsen i DSKS har besluttet at udbyde 10 rejselegater årligt til medlemmerne af Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren. Rejselegaterne er fordelt på henholdsvis:

- 5 rejselegater á kr. 10.000 til 25.th International Conference 2008, International Society for Quality in Health Care. <http://www.isqua.org.au/>
- 5 rejselegater á kr. 10.000 til International Forum on Quality and Safety in Health Care 2009 <http://www.quality.bmjpub.com/>

Kriterier for tildeling af rejselegat:

- medlem af DSKS
- dokumentation for afholdte udgifter

- at man forpligter sig til at levere en skriftlig tilbagemelding fra konferencen, som vil blive bragt i DSKS.
- Bestyrelsen ønsker at fremme kvalitetsudvikling på medarbejderniveauet, og ansøgere til mellemliderniveau vil således komme i betragtning.

Tildelingen af rejselegaterne vil foregå, som en lodtrækning blandt de indsendte ansøgninger, såfremt de opfylder kriterierne for tildeling. Bestyrelsen ser gerne en bred geografisk dækning af deltagerne og vil derfor opdele lodtrækning i de fem regioner. Såfremt der i en region ikke er ansøgere om rejselegatet, vil dette rejselegat blive udloddet blandt samtlige indsendte ansøgninger.

Ansøgerne kan ansøge via www.dsk.dk eller sende en skriftlig ansøgning til: DSKS sekretariatet v/ Lægeföreningen, Fællessekretariatet Esplanaden 8C, 3. sal 1263 København K

Ansøgerne vil få direkte besked fra DSKS om tildeling af rejselegatet. Sidste frist for ansøgningerne er:

ISQUA-konferencen 1. april 2008

International forum on Quality and Safety in Health Care 3. januar 2009

DSKS inviterer til Medlemsmøde før generalforsamlingen

Onsdag den 16. april 2008 i Center for Kvalitet P.V.Tuxensvej 5, 5500 Middelfart

Temaet: "Mediernes indflydelse på sundhedsplanlægning og kvalitet i sundhedssektoren".

Kl. 16.00-16.05 Velkomst ved formand Vibeke Krøll

Kl. 16.05-16.45 Mediernes indflydelse på sundhedsplanlægning og kvalitet i sundhedssektoren.
Kommunikationsdirektør Søren Braun, Region Syddanmark, tidl. redaktør på TV 2 Nyhederne.

Kl. 16.45-17.30 Hvorledes kan medierne bruges til at fremme patienternes sag og hvordan offentliggøres kvalitetsdata mest hensigtsmæssigt?
Direktør Morten Freil, Danske Patienter

Kl. 17.30-18.00 Afslutningsvis vil der være ca. 30 min. debat med følgende tema:
Hvorledes kan medierne bruges aktivt til kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet.

Kl. 18.00-18.30 Pause

Kl. 18.30-20.00 Generalforsamling

Tilmelding senest den 11. marts 2008 til Fællessekretariatet Bitten Dahlstrøm,

E-mail: bda@dadl.dk, tlf.: 35 44 84 01.

I bedes ved tilmelding oplyse, om I ønsker traktement efter mødet.

Deltagelse er gratis!

Indkaldelse til generalforsamling

Til medlemmerne af Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren (DSKS)

Der indkaldes hermed til generalforsamling i DSKS

onsdag den 16. marts 2008 kl. 18.30 til 20.00.

Mødested: Lokale 3A, Center for Kvalitet, P.V. Tuxens Vej 5, Middelfart

Dagsorden

1. Valg af dirigent
2. Formandsberetningen (kan læses på hjemmesiden efter den 25. marts 2008)
3. Regnskab 2007
4. Budget 2008
5. DSKS' udvalgsstruktur (kort oplæg fra hvert udvalg)
6. Forslag fra medlemmer
7. Valg af bestyrelsen
 - Birgitte Randrup Krog, villig til genvalg
 - Leif Panduro Jensen, villig til genvalg
8. Eventuelt

Vibeke Krøll Hans-Jørgen Frederiksen
Formand Næstformand