



16. årgang, nr. 3 – september 2008

Udgivet af  
Dansk Selskab for Kvalitet  
i Sundhedssektoren

#### DSKS'bestyrelse

- Chefsygeplejerske, RN, MPH  
Vibeke Krøll (formand)  
vkr@skk.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

## 5 hurtige til ministeren –

interview med sundhedsminister Jakob Axel Nielsen

*Det Danske sundhedsvæsen står over for en række store udfordringer i fremtiden både i forhold til kvaliteten af den sundhedsfaglige behandling, i forhold til personaleområdet og i forhold til infrastrukturen for danske sygehuse. Hvilke udfordringer ser ministeren?*

Det er korrekt, at det danske sundhedsvæsen står overfor nogle store udfordringer bl.a. i forhold til personalemangel og sygehusstruktur. Og på begge områder har regeringen igangsat væsentlige initiativer for at imødegå disse udfordringer.

Vi mangler sundhedspersonale. Derfor har regeringen i samarbejde med Lægeforeningen og Danske Regioner gennemført en omlægning af speciallægeuddannelsen, der skal reducere »spildtid« i speciallægeuddannelsen og medvirke til, at flere speciallæger uddannes hurtigere. Også sygeplejerskeuddannelsen er blevet revideret for at reducere frafaldet på uddannelsen. Men det er vigtigt, at vi ikke kun tænker i antal hænder, men også i hvordan vi kan løse opgaverne på de smarteste og bedst mulige måder. Derfor har regeringen som led i trepartsaftalen fra sidste sommer nedsat et udvalg, der skal kigge på, hvordan vi sikrer en fleksibel opgaveløsning og hensigtsmæssig arbejdstilrettelæggelse. Og endelig mener jeg, at det er afgørende, at vi i det danske sundhedsvæsen også tænker i, hvordan moderne teknologi kan medvirke til at reducere personale manglen og samtidig øge kvaliteten i behandlingen.

En anden væsentlig udfordring er at modernisere den nuværende sygehusstruktur. At højne den faglige kvalitet ved at samle behandlingen på færre enheder og ved at forbedre de fysiske rammer. Jeg mener, at det er helt afgørende, at vi

i kølvandet af kommunalreformen bruger de nye rammer til at fremtidssikre det danske sundhedsvæsen. Regionerne har en særdeles vigtig opgave i at samle og samordne de tidligere amters sundhedsvæsen. Og der er i regi af Sundhedsstyrelsen iværksat en gennemgang af de enkelte specialer, hvormed der fastsættes krav og anbefalinger til specialeplanlægningen. For der er behov for en stærkere planlægning, hvor kvaliteten sikres ved at samle den specialiserede behandling. Vi skal turde erkende og tage konsekvensen af, at nogle behandlinger forudsætter en specialisering og rutine, der kun kan skabes med færre sygehuse og akutmodtagelser.

Regeringen har klart markeret ønsket om et stærkt, offentligt og fremtidssikret sygehusvæsen. Det har vi bl.a. gjort ved at afsætte 25 mia. kr. til investering i et endnu bedre og mere moderne sygehusvæsen. Der er nedsat et ekspertpanel, der skal tilvejebringe det fornødne beslutningsgrundlag. For fondens midler skal gå til de projekter, der tænker nyt, ansvarligt og sammenhængende. Udmøntningen af de 25 mia. kr. opdeles i to omgange, hvor der udmøntes 15 mia. kr. i første runde.

*Hvilken rolle spiller kvalitetsudvikling i sundhedssektoren i den forbindelse?*  
Kvalitetsudviklingen spiller naturligvis en afgørende rolle. Et væsentligt formål med specialeplanlægningen er netop at sikre en fortsat kvalitetsudvikling ved at samle behandlingen på færre enheder.

*Der er en national strategi for kvalitetsudvikling i sundhedssektoren, som så at sige udløb i 2006. Vil der komme en ny? Hvis der ikke kommer en ny strategi for kvalitetsudvikling i sundhedssektoren,*

*hvordan vil ministeren prioritere mellem initiativerne?*

Siden de to første nationale strategier for kvalitetsudvikling i sundhedssektoren udkom er der sket en rivende udvikling på det felt, og der er oprettet mange andre selskaber og institutter med kvalitetsfremme som formål. Det gælder bl.a. Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet, Dansk Selskab for Patientsikkerhed, Det Nationale Indikatorprojekt, hjemmesiden [www.sundhedskvalitet.dk](http://www.sundhedskvalitet.dk) og senest kvalitetsgruppen i forbindelse med regeringens kvalitetsreform. Kvalitet og kvalitetsudvikling er med andre ord blevet en naturlig del af dagligdagen i sundhedssektoren, og initiativer til fremme af kvaliteten kommer i dag fra mange kanter.

Nu er det ikke min ambition, at enhver udvikling på dette område skal styres og prioriteres centralt. Der skal være et rum for udviklingen. Men prioriteringen af de overordnede initiativer, som vi fra centralt hold er med til at styre og finansiere,

sker i høj grad i forbindelse med de årlige forhandlinger om regionernes økonomi, men også i forbindelse med indgåelse af finanslovsaftaler mv.

*Den Danske Kvalitetsmodel har været længe undervejs. Akkrediteringen skulle have været påbegyndt i 2009 men er nu udskudt til 2010. Hvad er forklaringen på det? Hvordan vil ministeren sikre, at implementeringen af standarderne ikke risikerer at miste det momentum, der efterhånden er opbygget rundt omkring på sygehusene?*

Årets overenskomstkonflikt har betydet, at en stor gruppe patienter nu venter på behandling. De mange aflyste undersøgelser og behandlinger betyder, at regeringen og regionerne er enige om at udskyde implementering af Den Danske Kvalitetsmodel i sygehuvæsenet til 2010. Nu handler det om at sikre mest muligt fagligt personale til patientbehandlingen.

Jeg tror, at alle – både patienter, personale og politikere – har forståelse for,

hvorfor kvalitetsmodellen er blevet udskudt, og jeg tror derfor ikke det betyder, at sygehusene mister interessen for at implementere kvalitetsmodellen. Tværtimod tror jeg personalet er enige i, at mener vi noget med de fine ord om at højne kvaliteten, så skal det ikke forceres igennem i en situation, hvor vi grundet strejken har ekstraordinært mange patienter på venteliste, og hvor personalet har travlt med at indhente det forsømte.

*Hvordan ser det danske sundhedsvæsen ud om 10 år?*

Det er altid farligt at spå om fremtiden. Men mit store håb er, at vi danskere er blevet bedre til at leve sundt.

Vi vil om 10 år have et moderne sygehuvæsen, der er bygget op på de principper om kvalitet og specialeplanlægning, som vi arbejder med i dag. Vi vil have et sundhedsvæsen, hvor kommunerne har en langt mere aktiv rolle end i dag, navnlig med hensyn til det forebyggende arbejde.

## Vi ventede på den Danske Kvalitetsmodel – nu venter vi igen

Alt var klappet og klart. Kvalitetsorganisationen var på plads, personalet var uddannet og der var brugt meget energi og tid i udvikling og pilotafprøvning af såvel akkrediteringsstandarder som IT system. Udviklingsfasen var efter en lang periode afsluttet og den påbegyndende implementering så småt begyndt på alle hospitaler. Men nu er modellens implementering udskudt et år som følge af den netop indgåede regeringsaftale med Danske Regioner.

Vi må derfor konstatere, at hele forbedelsen og de mange timer der er brugt, nu bliver sat på stand by for en tid – hvor længe mon? Og hvad er konsekvenserne af at afbryde et længerevarende forbedelsesarbejde? Og hvad sker der med standardernes indhold, når de har hvilet godt et år?

I DSKS har vi flere gange udtrykt skepsis overfor effekten af akkreditering og mange undersøgelser peger på, at der vitterlig ikke er en effekt på patienternes resultater. Uanset det, så respekterede vi, at nu var modellen blevet født og så tog vi den der fra. Men pædagogisk set er der tale om en opgave ”op ad bakke”, for hvordan får vi skabt motivation og engagement i starte op på ny?

Udskydelsen er en konsekvens af den netop indgåede økonomiaftale, hvor overholdelse af økonomien har fået første prioritet. Regionerne havde lavet et skøn på, hvad det ville koste at implementere modellen. Der var tale om et trecifret millionbeløb. Og de penge, var ikke til stede. Længere er forklaringen formentlig ikke.

Bestyrelsen for IKAS har derfor den

30. juni 2008 besluttet, at den ny dato for overdragelse af akkrediteringsstandarderne til både private og offentlige sygehuse er den 15. august 2009. Det er de allerede godkendte akkrediteringsstandarder, som vil blive overdraget.

DSKS har selvfølgelig stor respekt for, at ressourcerne anvendes med omtanke. Men samtidig er vi dog meget bekymrede for at kvalitetsarbejdet nu går i stå og at det vil tage år, før vi kommer på samme niveau, som før sommerferien.

Kvalitetsarbejdet er og bør være en integreret del af ledelsesarbejdet i sundhedsvæsenet. Kvalitetsudvikling er ikke enkeltstående projekter, det er en idelig anstrengelse for at gøre det bedste for patienterne. Derfor er kvalitetsudvikling også godt og grundigt funderet i klinisk praksis.

Den danske model er ét perspektiv, at sikre det fra. Indikatormonitorering et andet. Og der er mange andre. Men uanset – kvalitetsarbejdets vilkår har lidt et knæk. Den store balancekunst bliver nu at

holde kvalitetsgryderne i kog. Hvordan det gøres bedst, må drøftes i de enkelte regioner. Men vi har stadig det Nationale Indikator Projekt, Landsdækkende Patienttilfredshedsundersøgelser, arbejdet med

patientsikkerhed, kliniske databaser og meget mere. Så mon ikke, vi kan holde gryden i kog?

*Bestyrelsen DSKS*

## Patienters oplevelser af sundhedsfaglig kvalitet

*Bernhard Hansen, Kvalitet og Sundhedsdata, Region Midtjylland*  
*Ane Feldskov, Center for Kvalitetsudvikling, Region Midtjylland*  
*Anne Nakano, Det Nationale Indikatorprojekt*

Kvalitetsudviklingsprojekter i sundhedssektoren kan udspringe som følge af analyser af kvalitetsdata, og opfølgning og evaluering kan vanskeligt foregå uden anvendelse af kvalitetsdata. I den forbindelse bliver den velkendte sondring mellem sundhedsfaglig, organisatorisk og patientoplevet kvalitet relevant (jf. Kjærgaard & Hansen: 26), da der ofte benyttes forskellige datatyper til belysning af hvert af disse kvalitetsaspekter. Det kan f.eks. være data fra kliniske kvalitetsdatabaser, patientadministrative data og spørgeskemaundersøgelser indsamlet blandt patienter.

Ved anvendelse af forskellige typer af data til kvalitetsinformationer er der blevet stillet spørgsmål ved, om de informationer, patienter leverer vedrørende kvaliteten i behandlingen (herunder patienttilfredsheden) kan være et validt udtryk for sundhedsfaglig kvalitet, f.eks. Ugeskrift for Læger 2006;168(1):14. Med andre ord: Kan patientinformationer være brugbare i forbindelse med sundhedsfaglig kvalitetsudvikling? Eller er patientvurderinger noget der eksisterer helt løsrevet fra den kliniske virkelighed?

Svaret herpå er afgørende for, om patientoplysninger kan ses som udtryk for andet end subjektive vurderinger uden relevans for tilrettelæggelsen af det kliniske arbejde.

I artiklen kastes lys over problemstillingen ved at sammenholde data fra det Nationale Indikator Projekt (NIP), der er indberettet af klinisk personale med data fra en spørgeskemaundersøgelse (Landsdækkende Psykiatriundersøgelser) indsamlet blandt patienter med aktionsdiagnosen skizofreni. I undersøgelserne afgav henholdsvis personale og patienter informationer om, hvorvidt 2 bestemte elementer, der begge er udtryk for høj kvalitet, var ydet/modtaget i behandlingen.

### Indikatorer og metode

Spørgeskemaundersøgelsen blev gennemført som en totalundersøgelse blandt ambulante og indlagte patienter i foråret 2005. Patienter med andre psykiatriske diagnoser end skizofreni indgik også i undersøgelsen, de er dog frasortet her. Databasen fra NIP-projektet indeholder registreringer for hele 2005. Der kan læses mere om dataindsamlingen og de to undersøgelser på [www.sundhed.dk](http://www.sundhed.dk). Spørgeskemaundersøgelsen har også været omtalt i DSKS-nyt, nr. 1/2006.

De to kvalitetsindikatorer, der er målt på i begge projekter, er »psykoekation« og »personalekontakt med patientens pårørende«. Der er evidens for, at såvel psykoekation som personalekontakt med pårørende har en gavnlig effekt i behandlingen af patienter med skizofreni. Psykoekation ved skizofreni er defineret som: »uddannelse af patienten og dennes pårørende i symptomer ved og forløb og behandling af skizofreni, herunder virkninger og bivirkninger af medicin«. (Sundhedsstyrelsens Referenceprogram

for skizofreni: 28). »Der er stor evidens for effekten af manualiseret psykoekation, hvorimod der ikke er samme evidens for effekten af almindelige patientsamtaler« (Dokumentalistrapport for NIP-skizofreni: 14). Vedrørende personalekontakt med pårørende er »inddragelse af pårørende som led i den samlede behandling af skizofrene den bedst dokumenterede af de psykosociale behandlingsformer« (Dokumentalistrapport for NIP-skizofreni: 13).

Operationaliseringerne af de to indikatorer er lidt forskellige. I NIP-databasen registreres, om patienten har »modtaget« undervisning. I spørgeskemaundersøgelsen spørges om patienten har fået »tilbudt« undervisning i »psykiatrien«. Det er dog vores vurdering, at disse nuanceforskelle ikke har betydning for muligheden for at identificere eventuelle sammenhænge i svarmønstrene.

I NIP-skemaet kan der på spørgsmålet om psykoekation afkrydses i en af fire muligheder:

1. »Patienten har været inddraget i et manualiseret undervisningsforløb, evt. i grupper«
2. »Patienten har fået oplysning og undervisning i forbindelse med almindelige samtaler«
3. »Nej«
4. »Uoplyst«

I patientspørgeskemaet var afkrydsningsmulighederne:

1. »Ja«
2. »Nej«
3. »Ved ikke«

Det er på forhånd usikkert, om det kun er svarkategori 1 eller kategori 1 og 2 på NIP-spørgsmålet, der svarer til »ja« i spørgeskema-undersøgelsen. Derfor er der lavet to kodninger af NIP-spørgsmålet. Ved den ene (NIP-alm. samtaler) er de 2 første kategorier kodet sammen, svarende til spørgeskemaets »ja«. Ved den anden (NIP-manualiseret) er kategori 2 og 3 kodet sammen svarende til spørgeskemaets »nej«. »Uoplyst« og »ved ikke« udgår fra begge undersøgelser. De to forskellige kodninger i NIP-datasættet gør det muligt at undersøge, om der er forskel på patienternes opfattelse af at have fået tilbudt undervisning afhængigt af om denne har været manualiseret eller inkluderet i de almindelige samtaler.

På spørgsmålet, om der har været kontakt mellem behandlingssted og patientens pårørende, er der to ja-svarmuligheder i NIP-skemaet:

1. »Ja, et længerevarende samtaleforløb (mindst 6 måneder), der inddrog mindst én pårørende«
2. »Ja, mindst én pårørendesamtale (telefonisk eller personlig)«.

Disse er kodet sammen, svarende til patientspørgeskemaets ene »ja«. Der er 5 forskellige muligheder for nej-svar i NIP-skemaet; de er kodet sammen svarende til spørgeskemaets ene »nej«. »Uoplyst« og »ved ikke« udgår fra begge datasæt.

Spørgeskemabesvareelserne er anonyme, derfor kan personalets registreringer og patientbesvareelserne ikke sammenholdes på individniveau. I stedet sammenlignes besvareelserne på behandlingsstedniveau. Det kræver, at patienterne kan identificeres på de samme behandlingssteder i begge undersøgelser, og det kan de i de fleste tilfælde. Patienter fra behandlingssteder der ikke kan identificeres entydigt og identisk i begge datasæt, er frasorteret. For eksempel indberettede behandlingsstederne i det daværende Sønderjyllands Amt ikke til NIP-databasen i 2005. Derfor har det været nødvendigt også at frasortere de patientbesvarede

spørgeskemaer fra Sønderjyllands Amt. Endvidere er visse sengeafsnit sammenkødet til afdelinger og visse afdelinger til hospitaler, de steder hvor der foreligger afdelingsdata og hospitalsdata som laveste organisatoriske niveau i én af undersøgelserne. Dette sikrer at patientpopulationen på de enkelte behandlingssteder er så ens som muligt i de to undersøgelser.

Efter denne sortering og aggregering af behandlingsstederne er datasættene for de stationære patienter inddelt i 41 behandlingssteder. I NIP-dataene er der oplysninger om 7.032 patientforløb, og der er 1.177 besvarelser fra spørgeskemaundersøgelsen. Der indgår i alt 53 ambulante behandlingssteder, hvor der i NIP datasættet er oplysninger om 7.429 patienter, mens der er 4.154 besvarede spørgeskemaer.

De medtagne behandlingssteder blev rangordnet på forskellige skalaer, efter hvor store procentdele af patienterne der har modtaget psykoekation i hhv. NIP-dataene og i spørgeskemadataene. Det tilsvarende er gjort for spørgsmålet om pårørendekontakt. Behandlingsstederne er herefter tildelt en fortløbende værdi efter hvor de er placeret på disse rangordnede skalaer. Stedet med den største procentdel får værdien 1, stedet med den næststørste får værdien 2 o.s.v.

Herefter er de rangordnede fordelinger af behandlingssteder konstrueret på bag-

grund af NIP-dataene korreleret med de tilsvarende konstrueret på baggrund af spørgeskemadataene. Hvis korrelationsanalyserne giver positive fortegn, er tendensen, at i de behandlingsenheder, hvor personalet angiver, at en relativt stor del af patienterne har modtaget psykoekation/hvor der er pårørendekontakt, oplever patienterne også i høj grad at have fået tilbudt psykoekation/at personalet har kontakt med deres pårørende. Hvis fortegnet er negativt, er tendensen, at i de behandlingsenheder, hvor personalet angiver, at en relativt stor del af patienterne har modtaget psykoekation/hvor der er pårørendekontakt, oplever patienterne i lav grad at have fået tilbudt psykoekation/at personalet har kontakt med deres pårørende eller omvendt.

Resultaterne er entydige, da der kun er positive fortegn. Det indikerer en generel positiv sammenhæng mellem patienters og personalets angivelser af, hvilke behandlingselementer der er ydet. Ikke alle sammenhænge er statistisk signifikante. Grunden, til at koefficienten for pårørendekontakt for de indlagte patienter (0,27) ikke er signifikant, mens den tilsvarende koefficient for de ambulante patienter (0,28) er signifikant, er blot, at der er færre medtagne sengeafsnit, end der er ambulatorier. Det fremgår, at det er afgørende, hvordan NIP-indikatoren for psykoekation kodes. Sammenhængen

## Resultater

Af tabellen fremgår resultaterne af korrelationsanalyserne.

	Indlagte patienter (sengeafsnit/afdelinger)	Ambulante patienter (ambulatorier)
Undervisning/psykoekation, NIP-alm. samtaler	0,27 (n=41)	0,22 (n=53)
Undervisning/psykoekation, NIP-manualiseret forløb	0,65** (n=41)	0,52** (n=53)
Personalekontakt med pårørende	0,27 (n=41)	0,28* (n=53)

Pearson korrelationskoefficienter – \*\*Signifikant  $p < 0,01$  – \*signifikant  $p < 0,05$  –  $p > 0,01$  Koefficienterne kan variere mellem 1 (perfekt positiv sammenhæng – den afdeling der rangerer øverst i NIP-data rangerer også øverst i spørgeskemadataene, den der rangerer næst øverst i NIP-data rangerer også næst øverst i spørgeskemadataene etc.) og -1 (perfekt negativ sammenhæng – den afdeling der rangerer øverst i NIP-data rangerer nederst i spørgeskemadataene, den der rangerer næst øverst i NIP-data rangerer næst nederst i spørgeskemadataene etc. eller omvendt).

er kun statistisk signifikant, når det manualiserede forløb er isoleret som en selvstændig kategori. Det giver til gengæld også en ganske stærk sammenhæng.

Korrespondancen mellem patienternes og personalets angivelser er tilsyneladende særlig stærk, når der alene ses på det manualiserede forløb. Hvorvidt det derfra kan sluttet at behandlingseffekten af patientundervisning også er større, når et undervisningsforløb er tilrettelagt som et manualiseret forløb, er dog ikke dokumenteret. Hvis det faktisk er tilfældet, er det generelt værd at overveje rammen for eventuel patientundervisning i sygdomsforståelse- og håndtering/egenomsorg for andre grupper af kroniske patienter f.eks. KOL- og diabetespatienter.

Generelt har patienter og personale i vid udstrækning samme opfattelse af, hvilke elementer der er indgået i behandlingen. Noget andet er, om de patienter der modtager god faglig kvalitet i behandlingen (d.v.s. modtager psykoedukation og hvor der er personalekontakt med pårørende), også er mere tilfredse end andre patienter.

Dette har vi undersøgt ved blot at bruge spørgeskemadataene. Her blev der nemlig også spurgt til patienternes generelle tilfredshed med indlæggelsen/kontakten med den ambulante (distrikts)psykiatri. Der kunne afkrydses på en 5-punkts tilfredsheds-skala. Resultaterne er ikke vist her, men de viser, at patienter, der har fået tilbudt psykoedukation og patienter, hvor der er kontakt mellem personale og pårørende, er mere tilbøjelige til at udtrykke tilfredshed, end patienter, hvor dette ikke er tilfældet. Dette gælder både for indlagte og ambu-

lante patienter. Forskellene i tilfredshed er dog ikke voldsomt store og ikke statistisk signifikante for alle patientgrupper. Konklusionen er dog klar nok: Patienter der ifølge dem selv har gennemgået et behandlingsforløb med psykoedukation, og hvor personalet har haft kontakt med deres pårørende, er mere tilfredse end de øvrige patienter.

Analysernes samlede konklusion er altså, at patienters oplevelser og informationer vedrørende deres behandling i ikke ubetydelig grad er et validt udtryk for de faktiske forhold som registreret af det kliniske personale. Endvidere er der en positiv sammenhæng mellem patienternes oplevelser af, om de har modtaget faglig god behandling og deres generelle tilfredshed.

#### Afrunding og perspektiver

De fundne sammenhænge er entydige, selvom de ikke alle er voldsomt stærke. Patient- og personaleudsagn er et pænt stykke hen ad vejen overensstemmende. Dette kan ses som en gensidig validering af de indikatorer, der er benyttet i hhv. NIP-skizofreni og i spørgeskemaundersøgelserne blandt skizofrene patienter. Endvidere er de patienter, der modtager den gode behandling – efter kliniske definerede standarder – også mere tilfredse end andre patienter. Det vil sige, at patientoplevelser ikke nødvendigvis kun er interessante for medier, politikere, administratører og patienterne selv. Patienterne kan faktisk levere pålidelig information om behandlingens kvalitet, hvilket eventuelt kan anvendes i tilrettelæggelsen af behandlingen.

Hvorvidt de fundne sammenhænge

har gyldighed ud over det her anvendte datamateriale (med en måske lidt speciel patientgruppe) er vanskeligt at sige. I forbindelse med implementeringen af Den Danske Kvalitetsmodel vil indsamlingen af data om klinisk kvalitet og patientoplevelsesdata blive intensiveret og systematiseret. Patienttilfredshedsdata på landsplan vil blive afrapporteret på afdelingsniveau, og indberetningen til de kliniske kvalitetsdatabaser, der dækker Den Danske Models sygdomsområder, vil formentlig blive opprioriteret. Dette vil muliggøre en replikation af analysen på andre sygdomsområder, på andre afdelinger og med andre kvalitetsindikatorer. Hvis sådanne analyser viser tilsvarende resultater kan indsamling og tolkning af de forskellige typer kvalitetsdata, som opfølgning på og udgangspunkt for kvalitetsudvikling, måske forsimples, da patienter og personale sådan set svarer det samme.

#### Referencer:

- »Danmark, landet med de mange tilfredse patienter«: Ugeskrift for Læger 2006;168(1):14.
- »Dokumentalistrapport for skizofreni«: Det Nationale Indikatorprojekt, 2005.
- »Landsdækkende psykiatriundersøgelser«, pp. 2-3 Ane Feldskov og Bernhard Hansen DSKS-nyt nr. 1/2006.
- »Nationalt referenceprogram for skizofreni«: Sundhedsstyrelsen, 2004.
- »Kvalitetsudviklingsprocessen: Begreber og terminologi«: Johan Kjærgaard og Marianne Nord Hansen i Kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet (red. Johan Kjærgaard, Jan Mainz, Torben Jørgensen, Ingrid Wallaing) København Munksgaard 2001.

## Kort nyt og orientering til medlemmerne

### Udsendelse af nyhedsbrevet

*Nyhedsbrevet vil fremover blive udsendt elektronisk 2 gange årligt og pr. post 2 gange årligt*

## DSKS årsmøde

### Kvalitetsudvikling med ny dagsorden

*Tid:* den 9.-10. januar 2009

*Sted:* Hotel Nyborg Strand

Med indgåelse af regeringens aftale med regionerne 2008-2009 er der sket det, man nærmest kan betegne som et paradigmeskift i styringen og vilkårene for kvalitet, ledelse og klinik i det danske sundhedsvæsen.

Dagsordenen er nu, at økonomien først og fremmest skal holdes. Først herefter gælder det aktivitets- og produktivetsmål.

Og arbejdet med Den Danske Kvalitetsmodel er udskudt...

Her er der tale om en prioritering – et valg og et fravalg, der angiver rolle og rammer for kvalitetsudvikling og ikke mindst pleje og behandling af patienterne. Men hvad ved vi om hvilken betydning netop denne prioritering har for kvaliteten af den kliniske ydelse, for ledelsens involvering og prioritering af kvalitetsarbejdet? Hvilken sammenhæng er der mellem kvalitet og økonomi?

På den anden side, den stadige kvalitetsforbedring er det netop ikke den, der foregår i daglig klinisk praksis og i de fag-

lige miljøer helt uafhængigt af de store paradigmers bogstaver og indhold? Og er det netop ikke de stadige forbedringer »i det små«, der fremmer aktivitet, produktivitet og kvalitet?

Det er nogle af de spørgsmål, der stilles på årsmødet, hvor vi vil se på konsekvenserne af paradigmeskiftet i regeringsaftalen og på arbejdet med microsystemer i daglig klinisk praksis.

Inden årsmødet inviterer vi dig til at deltage i en af de ni workshops, der foregår fredag formiddag før årsmødets start.

Du kan tilmelde dig allerede nu. Tilmelding foregår efter »først til mølle – princippet«. Sidste frist for tilmelding er den 15. december 2008.

Det detaljerede program for årsmødet vil du kunne se på [www.dsk.dk](http://www.dsk.dk) senest den 1. november 2008. Når endelig tilmelding er afsluttet vil du ligeledes kunne se deltagerlisten på hjemmesiden.

Vi ser frem til at se dig.

*Årsmødeudvalget, DSKS*

## Workshops i forbindelse med årsmødet den 9. januar 2009, kl. 9 – 12

### Workshop 1

#### *Patientsikkerhed*

Global Trigger Tool er et redskab til måling af patientskader gennem struktureret journal audit. Ved workshoppen præsenteres Global Trigger Tool, ligesom der bliver mulighed for at afprøve redskabet og høre om resultater og erfaringer i dansk kontekst.

*Workshopansvarlig:* Specialkonsulent Line Riis Jølvig, Center for Kvalitet Region Syddanmark

### Workshop 2

#### *Kliniske retningslinier*

Vi ønsker høj kvalitet i vores retningslinier, hvordan kan AGREE redskabet hjælpe os med det?

Formålet med at have gode retningslinier er, udover at skabe sikre patientforløb, at gøre hverdagen lettere og beslutnings-

processerne mere enkle for de sundhedsprofessionelle.

Et redskab til at sikre metodisk kvalitet og præcision i kliniske retningslinier er AGREE metoden, som dels vil blive gennemgået, dels kan afprøves og debatteres i forhold til relevans og deltagerens eventuelle erfaringer ved anvendelse i arbejdet med retningslinier.

*Workshopansvarlig:* Kvalitetschef Dorte Rørmann, Sydvestjysk Sygehus

### Workshop 3

#### *Monitorering af kroniske patientforløb i et tværsektorielt perspektiv*

På denne workshop vil der blive præsenteret og diskuteret nogle af de foreløbige erfaringer og resultater, der indtil nu er opnået med planlægning af kroniske patientforløb i sundhedsvæsenet:

- Programledelse – hvordan gennemføres det?
- Rehabilitering af kræftpatienter i Københavns Kommune – gør det en forskel?
- Kan sundhedscentrene løfte opgaven?
- Hvilke kvalitetsindikatorer skal der måles på?
- Hvad kom der ud af SIKS?
- Hvordan implementeres resultaterne?

*Workshopansvarlig:* Vicedirektør Eva Borg, Psykiatrivirksomheden, Region Hovedstaden (tidligere centerchef, Sundhedscenter Østerbro og Nørrebro, Københavns Kommune)

#### **Workshop 4**

*Kan audit forbedre kvaliteten af sundhedsvæsenets ydelser? Auditmetoden som led i kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet*

På workshoppen vil auditmetoden blive grundigt belyst ud fra følgende:

- Hvad ved vi om audit i sundhedsvæsenet? State of the art
- Kan audit forbedre kvaliteten af sundhedsvæsenets ydelser?
- Hvordan kan audit tilrettelægges og gennemføres i klinisk praksis?
- Hvordan kan man gennemføre systematisk kvalitativ og kvantitativ audit som led i Den Danske Kvalitetsmodel?

*Workshopleder:* Professor, ledende overlæge, Ph.d. Jan Mainz, psykiatrien i Region Nordjylland.

#### **Workshop 5**

*Monitorering af patientforløb i almen praksis's*

Workshoppen vil ud fra konkrete sygehistorier beskrive og diskutere, hvordan en monitorering af patientforløb i almen praksis's kan bruges af den enkelte behandler, af patienten og til monitorering af den enkelte praksis »patientpopulation«.

På workshoppen demonstreres datafangstmodulet og tilbagemeldingen til den enkelte læge fra »den speciale specifikke almenmedicinske database« (DAMD). Desuden beskrives og diskuteres hvordan data kan præsenteres på Sundhed.dk således, at både patienter og behandlere får glæde af dem – hvad er muligt i dag, og hvad kan vi forestille os fremover.

*Workshopleder:* Chef for DAK-E Søren Friberg

#### **Workshop 6**

*Effektiv kommunikation som et redskab til bedre kvalitet i sundhedsvæsenet – Hvordan de hører, hvad du siger og gør, hvad du har sagt!*

Effektiv kommunikation er et centralt element i bestræbelserne på at gennemføre kvalitetsudvikling i en travl hverdag i en hektisk organisation. Det kan være nok så problematisk

at »trænge igennem« og via kommunikation initiere den nødvendige forandring. Derfor er det så vigtigt at huske, hvordan kommunikation egentlig fungerer. Kunne vi opnå bedre kvalitet ved at formidle budskaberne bedre? Svarene ligger som oftest lige for, men er alligevel vanskelige at efterleve.

Du vil på workshoppen derfor blive udsat for den medicin, du selv vil kunne gå ud og dispensere, og forhåbentlig få glæde af til hverdag. På denne workshop vil du få lejlighed til at prøve dine egne kommunikative færdigheder af. Strikker du dine budskaber godt nok sammen? Får du det igennem du gerne vil? Ved du egentlig, om de har hørt hvad du har sagt? Bliver dine ord husket?

*Workshopleder:* Kommunikationsrådgiver Kasper Boas Pedersen, BEC (Bankernes EDB Central), webredaktør for DSKS.

#### **Workshop 7**

*Den danske Kvalitetsmodel i den kommunale sektor*

Workshoppen vil give informationer om hvad indholdet er i DDKM for den kommunale sektor og hvordan den er udviklet. Endvidere vil den give nogle bud på hvordan kommunerne har modtaget modellen og hvilke erfaringer der indsamlet indtil nu. Der vil være drøftelse af hvordan modellen kan udbredes til samtlige kommuner og hvordan kommunerne bliver en del af en samlet national kvalitetsmodel.

*Workshopansvarlig:* Kvalitetschef Carsten Engel, IKAS

#### **Workshop 8**

*Pressens rolle i kvalitetsudvikling*

Det danske sundhedsvæsen er formentlig det journalistiske stofområde, som fylder mest i de danske medier. Hver dag byder aviser, radio og tv på talrige historier fra vores verden. Afsøringer af uretfærdigheder – fejlbehandlede patienter – alenlange ventetider – pengegriske læger. Dagsordenerne er mange.

Historier om fejl og mangler i sundhedsvæsenet har stor bevågenhed blandt politikerne, der står på spring for at gribe ind og ændre lovgivningen.

Det gør nutidens medier til magtfulde aktører med stor indflydelse på prioriteringen i sundhedssektoren. Derfor er det altafgørende at være i tæt dialog med danske medier og journalister. Kun på den måde, kan du være med til at påvirke dagsordenen og få fortalt de historier, som du gerne vil have ud. På denne workshop får du et indblik i journalisternes arbejdsform og får nogle redskaber til, hvordan du bedre når frem med dine budskaber.

*Workshopansvarlig:* Direktør Søren Braun, Region Syddanmark

### Workshop 9

#### *Kvalitet og evidensbaseret sygehusbyggeri*

Evidensbaseret design er en forholdsvis ny disciplin, hvor man kobler design og indretning med sundhedsvæsenets mål om kvalitet i patientforløbene, patientsikkerhed, effektivisering og ressourcebevidsthed. Evidensbaseret design er beslutningsstøtte i planlægnings- og designfasen, hvor hensigten er, at de fysiske rammer bedst muligt støtter, eller måske ligefrem spiller en positiv rolle i sygehusenes funktion.

På workshoppen belyses:

- Hvad er evidensbaseret design?
- Hvilken betydning spiller de fysiske rammer for sygehusenes kernefunktion?
- Hvem har ansvaret for at inddrage evidensbaseret design i beslutningsfasen?
- Hvornår er det relevant?
- Hvordan kan man konkret arbejde med evidensbaseret design?

*Workshopleder:* Konsulent Jeppe Ottosen,  
Arkitektfirmaet C.F. Møller, DSKS' nyhedsredaktør

## Tilmelding til årsmødet og workshops på [www.dsk.dk](http://www.dsk.dk)

### Rejselegater

I forbindelse med International Forum Forum on Quality and Safety in Health Care 2009 <http://www.quality.bmj.com/> uddeles 5 rejselegater á kr. 10.000.

#### **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 medlemderniveau vil således komme i betragtning.

Tildelingen af rejselegatet 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](http://www.dsk.dk) eller sende en skriftlig ansøgning til:  
DSKS sekretariatet  
v/ Lægeforeningen,  
Fællessekretariatet  
Trondhjmsgade 9  
2100 København Ø

Ansøgerne vil få direkte besked fra DSKS om tildeling af rejselegatet. Sidste frist for ansøgning til International forum on Quality and Safety in Health Care 2009 er **den 3. januar 2009**.