

Et sundhedsvæsen ramt af registreringspsykose?



Tegning: Lars Andersen

Der er gode argumenter for hver enkelt registrering i sundhedsvæsenet. Problemet er blot, at summen af registreringer er blevet en belastning i det daglige. Derfor er tiden inde til en kritisk revision af vores registreringspraksis.

KRONIK

'Tag faget tilbage'. Det er beskeden fra en nyligt etableret Face-book-gruppe, hvor ansatte i sundhedssektoren udtrykker deres utilfredshed med udviklingen i sundhedsvæsenet på følgende måde: »Tiden er kommet til, at vi som sundhedsfaglig gruppe melder fra over for myndighedernes tiltagende kontrol og bureaukrati og kræver faget tilbage.« Beskeden er også hørt af en del politikere, som under efterårets valgkamp udtalte, at en 'tillidsdagsorden' skal erstatte den eksisterende kontrolkultur. Ved årsmødet i Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedsvæsenet var temaet 'Kvalitet i tal', og fra alle niveauer i sundhedsvæsenet lød kravet om en kritisk revision af den måde, vi måler og kontrollerer på i det danske sundhedsvæsen.

At omfanget af registreringer og systemer til kvalitetskontrol er steget, er uomtvisteligt. På 25 år er antallet af kliniske kvalitetsdatabaser steget fra 1 til mere end 60. I samme periode er udrednings- og behandlingsforløb blevet standardiseret med indførelse af bl.a. kræftpakker, hjertepakker, pakkeforløb i

psykiatrien, behandlingsgaranti, ret til hurtig udredning med videre. Til hver af disse er der knyttet registrering af patientadministrative data, så vi kan måle, om vi opfylder de rettigheder, som er givet til patienterne.

Den styrkede indsats for patientsikkerheden har ikke bare udløst mere end 100.000 årlige anmeldelser af utilsigtede hændelser, men også indførelse af en række tjeklister som eksempelvis 'sikker kirurgi'. Senest har Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM) med tilhørende akkreditering ført til systematisering af kliniske og administrative retningslinjer, som skal kendes og følges af medarbejderne, og opfyldelsen af kravene monitoreres bl.a. gennem regelmæssige og tidskrævende 'journalaudits'. Medarbejdernes oplevelse af en hverdag præget af registreringer og øget kontrol er med andre ord helt reel. Men hvad er løsningen? Findes der et alternativ til øgede registreringstiltag? Hvordan sikres det, at personalet igen får frigjort mere tid til deres kerneopgave, så de med faget som middel kan sikre behandling og pleje af patienterne? Er svaret at rulle udviklingen tilbage – at stoppe 'registreringstyranniet', eller er der alternativer, hvor vi på én gang sikrer kvalitetsudvikling og målet om bedre tid til den enkelte patient?

For at svare er det nødvendigt at se på, hvorfor vi måler og registrerer så meget. De kliniske databaser blev skabt, fordi vi ikke vidste, hvilken behandling der var bedst for patienterne. Behandlingen af brystkræft er blot et blandt mange eksempler på, at danske kliniske databaser har bidraget afgørende til at reformere behandlingen til gavn for patienterne. De patientadministrative data er forudsætningen for at kunne følge patientens gang gennem systemet, dermed også forudsætningen for, at vi kan måle, om vi lever op til patienternes definerede rettigheder i forhold til diagnostik, udredning og behandling. Netop disse rettigheder har været centrale i forsøget på at indhente det efterslæb, vi har haft i forhold til behandlingsresultaterne i vore nordiske nabolande, ikke mindst på kræftområdet.

De utilsigtede hændelser registreres for at skaffe viden, som vi kan handle på, så fejlen ikke gentages på fremtidens patienter. Den danske kvalitetsmodel med tilhørende krav om retningslinjer og måling af deres implementering skal sikre, at alle patienter behandles bedst muligt, uanset hvor i landet de bliver indlagt.

Der er med andre ord gode argumenter for hver enkelt registrering. Problemet er blot, at summen af registreringer er blevet en belastning i det daglige. Derfor er tiden inde til en kritisk revision af vores registreringspraksis. Måler vi de rigtige ting – det, der skaber værdi for patientbehandlingen? Gør vi det på en hensigtsmæssig måde? Er der tilstrækkeligt fokus på anvendelsen af data til bedre behandling og klinisk udvikling, eller er opfyldelsen af registreringskravene blevet et mål i sig selv?

Det grundlæggende spørgsmål er, om registreringerne i tilstrækkelig grad bidrager til at fremme sundhedsvæsenets fornemste mål – at sikre ensartet høj kvalitet i behandlingen uanset bopæl og socio-økonomisk baggrund. Skal dette mål nås, så skal der en 'kritisk revision' til, med afsæt bl.a. i nedennævnte områder.

Reducér tidsforbruget: Alt for ofte oplever personalet, at data, som findes i journalen, skal indtastes manuelt en gang til for at komme ind i kliniske databaser. Dette er tidsspilde og medfører samtidig fejltastning. Problemet er typisk, at de forskellige IT-systemer ikke 'taler sammen'. At sundheds-IT er kompliceret, ved de fleste, men det kan ganske enkelt ikke passe, at dette problem ikke kan løses. Forklaringen skal snarere findes i, at problemets løsning ikke er prioriteret højt nok. Kravet må derfor være et grundlæggende oprydningsarbejde, der sikrer, at dette meningsløse spild af arbejdstimer fjernes til gavn for patienter og behandlere gennem klare, nationale krav til IT-leverandørerne. Andre lande har løst det, så hvorfor ikke i Danmark.

Begræns datamængden: Langt de fleste kliniske databaser er udviklet af nogle af landets førende faglige eksperter på området, og det samme gælder for de fleste kliniske retningslinjer. Er der for mange data, så falder kritikken tilbage på os selv i det faglige miljø. Her kan vi ikke kaste skylden på djøfferne. Derfor er det også vort eget ansvar at forenkle målingerne.

Mange databaser blev primært skabt til forskning og sekundært til kvalitetsudvikling, men når målet er forskning, så stiger behovet for data. Det skaber problemer, når balancen skal findes mellem behov for ny viden og tid anvendt til registrering. Skal alle databaser bevares, så skal der findes løsninger, hvor data standardiseres til en form, hvor mest muligt kan trækkes direkte fra journalen på samme måde for alle databaser. Desuden skal omfanget af registreringer reduceres med afsæt i princippet om registrering af de data, som er absolut nødvendige for opfyldelsen af databasens formål ('need to have') og ikke alt det andet udenom ('nice to have'). Opgaven er vanskelig, når databasernes forskningsmæssige værdi skal fastholdes. Derfor er der behov for et initiativ fra Danske Regioner som fælles forum for de fem regioner og som 'ejere' af landets kliniske databaser.

Skab større mening: Succes i sundhedsvæsenet måles i alt for høj grad på, om afdelingen og sygehuset afleverer data rettidigt til et nationalt system. Men høj datakomplethed er ikke identisk med høj kvalitet. Når data er afleveret, kommer resultatet retur i form af en årsrapport (med tilhørende medieomtale).

Den arbejdsform er ikke bare kontrollerende af natur, den giver også det sandfærdige billede af, hvordan behandlingskvaliteten var for et-to år siden! Skal afdelingen sikre en løbende kvalitetsudvikling, så kræver det tidstro data, der svarer på, hvordan situationen ser ud her og nu, og som kan svare på, om sidste måneds og sidste uges forbedringstiltag har medført det tilsigtede løft i behandlingskvaliteten. Først når ledelsen og afdelingen har den type data, får ledelsen en reel mulighed for at drive en løbende udviklingsproces, hvor handling og viden følges ad, og hvor registreringerne får mulighed for at skabe synlig og konkret værdi for personalet.

Denne omstilling kræver ikke blot hurtigere adgang til data. Den forudsætter, at kvalitetsorganisationerne omdannes fra kontrolorganer til serviceorgan for afdelingen – en ikke helt lille mental omstilling. At omstillingen er mulig – både datamæssigt og mentalt – er der dog gode danske eksempler på. Når patientadministrative data og data fra kliniske databaser leveres hurtigt, så

synliggøres deres værdi, som det er dokumenteret både i LEAN-projekter og gennem 'Patientsikkert Sygehus'. Ansvar for den videre udvikling ligger her primært på de enkelte sygehusledelser som ansvarlige for kvalitetsafdelingerne og for prioriteringen af kvalitetsarbejdet i sygehuset.

Fortsæt udviklingen af Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM): Mange danske sygehuse er i fuld gang med forberedelserne til den anden runde af akkrediteringen. Denne gang med fokus på, hvad vi gør, ikke hvad vi skriver, vi vil gøre, i pæne handleplaner. Denne anden version af DDKM har større fokus på det kliniske, men der er stadig rum for forbedring. Antallet af standarder og målepunkter bør reduceres yderligere. De standarder, der ikke direkte skaber værdi i forhold til kvalitet og patientsikkerhed, bør udgå, og monitoreringsmetoderne, der bygger på journal-audit, bør grundigt genovervejes med henblik på, om de skaber falsk sikkerhed.

Men vi skal også selv på arbejde. I vores iver for at gøre det bedste er vi for ofte endt med at skrive lokale og regionale retningslinjer, der stiller højere krav end dem, DDKM foreskriver. De kan selvfølgelig være fagligt velbegrundet, men hver gang vi 'overimplementerer', skylder vi medarbejderne en god forklaring. Ansvar for at forenkle DDKM skal derfor deles mellem IKAS som driftsher for DDKM og de enkelte sygehuse og regioner, som på en gang skal pege på forbedringsmuligheder i den landsdækkende model og samtidig skal sikre, at vi 'rydder op i eget hus'.

Styrk patientsikkerheden – men gør det rigtigt: Patientsikkerhed er et område præget af mange registreringer, men også med synlige gevinster. Størst har succesen været, når der er fokuseret på sikre rutiner i arbejdet understøttet af tjeklister og tidstro data, der sikrer korrekte arbejdsgange. De mange succeser har dog en tendens til at avle higen efter mere succes. Vil flere kampagner automatisk føre til større patientsikkerhed, eller er der også her et mætningspunkt? Det ved vi ikke.

Derfor må der stilles krav om en systematisk evaluering af både effekten af den enkelte indsats og af, om nye indsatser skaber yderligere effekt oven på det, der allerede er opnået. Vi skal fortsat gøre det, der skaber sikkerhed for patienten, men vi skal fjerne det, der ikke længere skaber værdi. Kun på den måde kan vi gøre de virksomme tiltag endnu mere effektive, samtidig med at vi giver tid tilbage til pleje og behandling.

Hvilken vej – revolution eller reformation? Vor konklusion er, at det frontale oprør mod registrering ikke styrker patienternes erhvervede rettigheder i forhold til hurtig udredning og behandling, patientsikkerhed eller kvalitet i behandlingen. Til gengæld er der et klart behov for et opgør med, hvordan vi registrerer, hvad vi skal registrere, og ikke mindst hvordan vi sikrer alle relevante brugere adgang til data (både patienter, behandlere, ledere, administratorer, politikere og medier/journalister).

Så længe medarbejderne oplever indsatsen som en belastning, der ikke gavner patienten – så længe har vi et alvorligt problem. Skal vi genskabe tillid og legitimitet i arbejdet, så er kravene bedre data, mindre kontrol og en mere

direkte omsætning af lokale data fra viden til handling. Kravet er aktiv handling lokalt og centralt samt viljen til at handle der, hvor det er nødvendigt. Når det lykkes, vil det, der opleves som en 'registreringspsykose', kunne vendes til et konstruktivt løft i behandlingskvalitet og patientsikkerhed.

Debattør

Af Knut Borch-Johnsen

Formand for Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedsvæsenet, vicedirektør, Holbæk Sygehus

Hanne Sveistrup Demant

Bestyrelsesmedlem af Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedsvæsenet, vicedirektør, Psykiatrien, Region Sjælland

Knut Borch-Johnsen og Hanne Sveistrup Demant