



17. årgang, nr. 1 – marts 2009

Udgivet af  
Dansk Selskab for Kvalitet  
i Sundhedssektoren

#### DSKS'bestyrelse

- Chefsygeplejerske, RN, MPH  
Vibeke Krøll (formand)  
vkr@sks.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, Afdelingsleder,  
cand.scient.pol. Jeppe Ottosen  
Tlf. (Mobil) 51 21 36 24  
JPO@ramboll.dk

#### 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

## Landsdækkende sygeplejefaglige retningslinjer – en realitet

*Af formand for Råd for Center for Kliniske  
Retningslinjer Vibeke Krøll og sekretariats-  
leder, lektor Preben Ulrich Pedersen*

Center for kliniske Retningslinjer – Natio-  
nalt Clearinghouse for Sygepleje blev of-  
ficielt åbnet d. 3. september 2008. Centret  
er placeret ved Institut for Folkesundheds,  
Afdeling for Sygeplejevidenskab, Århus  
Universitet. I centret kan sygeplejersker få  
vurderet kvaliteten af de kliniske retnings-  
linjer, de arbejder efter i klinisk praksis.  
Dette er med til at sikre, at retningslin-  
jerne har det fornødne faglige indhold og  
niveau, hvilket gør, at de kan anvendes an-  
dre steder end der, hvor de er udarbejdet.

Baggrund for oprettelsen af centret er  
beskrevet i en artikel i DSKS's Nyhedsbrev  
december 2007 ([dsks.dk/Nyhedsbreve](http://dsks.dk/Nyhedsbreve))

Kvalitetsvurdering af kliniske retnings-  
linjer forudsætter, at der udvikles kliniske  
retningslinjer, at der er entydige krav til  
den måde, de udformes på, at der er et  
formaliseret system til at foretage kvalitets-  
vurderingen, og at der er mulighed for at  
trække på ekspertise i forhold til metodiske  
problemstillinger.

#### Decentral udvikling af retningslinjer

Inden for sygeplejen har vi valgt at arbejde  
med en model, hvor det er praksis, der  
skal identificere relevante områder for kli-  
niske retningslinjer og reelt udvikle disse.  
Det har vi gjort af flere grunde. For det  
første tror vi på, at klinikerne er dem, der  
er de bedste til at identificere, hvilke pro-  
blemstillinger, de står med i dagligdagen.  
For det andet, ved de, hvor der er behov  
for at udvikle kliniske retningslinjer og for  
det tredje, hvor det er relevant at anvende  
dem i de daglige kliniske beslutninger.

Det er en stor og krævende opgave at

udvikle en klinisk retningslinje, men også  
en utrolig læreproces. Det gælder uanset  
hvilken problemstilling, der arbejdes med  
og hvilken faggruppe, der er tale om. Men  
systematisk udvælgelse og vurdering af  
relevant videnskabelig litteratur er endnu  
ikke en fast rutine inden for sygepleje,  
blandt andet på grund af manglende ad-  
gang til relevante databaser, manglende  
øvelse i denne disciplin og manglende  
ledelsesmæssig efterspørgsel.

Ved lokal udarbejdelse af kliniske ret-  
ningslinjer, sættes spørgsmålet på dagsor-  
den og kompetencer øges gradvist.

#### Bedømmelse af kliniske retningslinjer

Centret har foruden et overordnet råd et  
videnskabeligt råd. De udpegede medlem-  
mer i dette råd skal have forskningskom-  
petence, have en ph.d grad eller kunne  
dokumentere tilsvarende videnskabelig  
kompetence og have indsigt i metodiske  
problemstillinger ved udarbejdelse, be-  
dømmelse og implementering af kliniske  
retningslinjer i praksis. Rådet er sam-  
mensat tværfagligt. Formand for rådet er  
professor dr.med. Hans Gregersen ([kliniske-  
retningslinjer.dk/om centret/videnskabe-  
ligt råd](http://kliniske-<br/>retningslinjer.dk/om%20centret/videnskabe-<br/>ligt%20raad)).

Det videnskabelige råd skal bl.a.  
endeligt godkende de indsendte kliniske  
retningslinjer. Men inden de når til rådet  
er lavet en intern vurdering, der foreta-  
ges af centret, en ekstern vurdering, der  
foretages af uddannede bedømmere og af  
en offentlig høringsperiode, hvor alle kan  
bidrage med konstruktiv kritik af den kli-  
niske retningslinje.

Bedømmerne skal have en bred klinisk  
erfaring, som minimum have en kandidat-  
eller mastergrad og have træning i at fore-  
tage bedømmelse af klinisk retningslinjer,

d.v.s. kunne bruge AGREE-instrumentet (kliniskretningslinjer.dk/skabeloner). Derfor har vi siden centrets åbning afholdt en række kurser og i dag er der 65 sygeplejersker, der har gennemgået denne træning og flere er på vej.

**Begreberne kliniske retningslinjer og patientforløb**

Det er praktisk at have styr på begreberne, når vi taler om kliniske retningslinjer. Er kliniske retningslinjer det samme som patientforløb eller...? Tydelige definitioner og fælles forståelse af begreberne gør diskussionerne lettere, præciserer metoder samt tydeliggør de enkelte fags ansvar, og hvad der er et tværfagligt ansvar. Vi begriber med begreber.

*En klinisk retningslinje defineres* som systematisk udarbejdede udsagn, der kan bruges af fagpersoner og patienter, når de skal træffe beslutning om passende og korrekt sundhedsfaglig ydelse i specifikke kliniske situationer (1). Det systematiske henfører til, at retningslinjens indhold, anbefalinger og indikatorer baserer sig på den bedst tilgængelige viden (evidens). Kvaliteten af den kliniske retningslinje har derfor direkte betydning for den kvalitet, patienten tilbydes.

Anvendelse af kliniske retningslinjer er ikke "køgebogspraksis" (2). En klinisk retningslinje skal anvendes med den faglighed og kliniske ekspertise, der er i klinikken, ligesom patientens præference og den konkrete kliniske kontekst har betydning for, hvordan og i hvilke situationer retningslinjens anbefalinger følges. Evidensbaseret praksis er således mere end evidens!

En klinisk retningslinje skal ikke forveksles med et patientforløb eller et referenceprogram, som altid vil være et tværfagligt anliggende.

*Et patientforløb defineres* som summen af de aktiviteter, kontakter og hændelser i sundhedsvæsenet, som en patient eller en defineret gruppe af patienter oplever i relation til den sundhedsfaglige ydelse. Forløbet strækker sig fra patientens

første kontakt med sundhedsvæsenet – ofte hos den praktiserende læge – og til patienten ikke mere har behov for denne kontakt i relation til helbredsproblemet. Det er de samme elementer og den samme systematiske beskrivelse, der indgår i et referenceprogram, som også medtager de organisatoriske og sundhedsøkonomiske overvejelser (1).

Man kan sige, at en klinisk retningslinje understøtter forskellige handlinger i et patientforløb eller et referenceprogram. Det betyder, at flere fag bidrager med egne eller tværfagligt udarbejdede retningslinjer i et forløb eller program.

Et patientforløb er ikke én klinisk retningslinje. Det er vigtigt at holde for øje.

Ofte er drøftelserne gået på, at arbejdet med kliniske retningslinjer skal være tværfagligt. Men med begreberne in mente er det naturligvis sådan, at udarbejdelse af et konkret patientforløb eller program altid vil skulle foregå tværfagligt, hvormod de kliniske retningslinjer, som der kan være flere af tilknyttet et forløb, kan udarbejdes både på tværs af fag og af det enkelte fag indenfor de problemstillinger i patientforløbet, som de selvstændigt har ansvaret for. De sygeplejefaglige kliniske retningslinjer tager udgangspunkt i en sygeplejefaglig problemstilling i forløbet, en lægefaglig i en lægefaglig problemstilling osv.

Man kan faktisk tale om forskellige

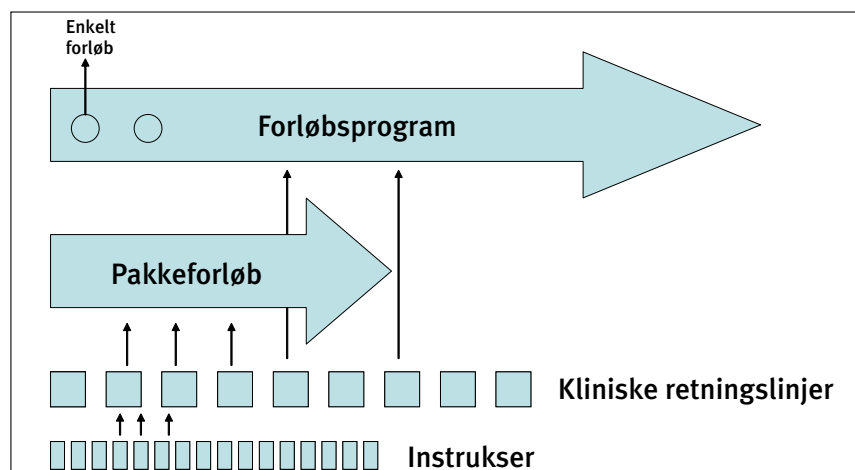
niveauer (figur 1): Et forløb eller et program beskriver alle elementerne fra start til slut i en given patientgruppes vej gennem sundhedsvæsenet. I det typisk lange forløb er der mange enkeltforløb. Et pakkeforløb er det konkrete planlagte forløb fx i forbindelse med en kræft- eller hjertesygdom. En klinisk retningslinje er underliggende dette og beskriver mere detaljeret anbefalinger på enkelte af elementerne. Omsat til daglig klinisk praksis udmøntes retningslinjen i en instruks, altså hvordan dette og hint foretages givet retningslinjernes anbefalinger.

Skelnen mellem en klinisk retningslinje og et patient- eller pakkeforløb er væsentlig, netop når man sætter fokus på, hvem der har ansvar for hvad i dette arbejde og hvilke metoder, der anvendes ved udarbejdelsen. Det er derfor nødvendigt at have styr på begreberne, så metoder, indhold og ansvar ikke blandes sammen i en pærevælling.

Center for kliniske retningslinjer arbejder med kvalitetssikring af kliniske retningslinjer, ikke patientforløb eller referenceprogrammer. Vi kvalitetssikrer alene sygeplejefaglige kliniske retningslinjer, da det er det, vi har kompetencer til.

Referencer

1. Sundhedsvæsenets kvalitetsbegreber og – definitioner. København: Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren (www.dsk.dk); 2003
2. Sackett D L et al. Evidence-Based Medicine: What it is and what it isn't?. BMJ;1996;312:71-2.



Figur 1: Begrebernes relationer (inspireret af Claus Munch Jensen, Sundhedsstyrelsen)

## Tilbage melding fra ISQua konferencen i København 19.-22. oktober 2008

v/Mie Bach Iversen, kvalitetskoordinator  
Gynækologisk – Obstetriske Afdeling,  
Sygehus Lillebælt.

### Hvor er patienten?

Der blev sat fokus på patientinddragelse, da mere end 1000 deltagere fra 68 lande diskuterede patientsikkerhed og kvalitet i sundhedssektoren ved årets ISQua konference. Flere oplægsholdere stillede da også spørgsmålene: Hvor er patienten? Hvor er patienten, når der indføres nye arbejdsgange eller procedurer? Hvor er patienten i akkrediteringsprocessen? Hvor er patienten, når vi iværksætter tiltag for at reducere utilsigtede hændelser? Hvor er patienten, når vi skal designe en afdeling på sygehuset? Hvem har vi indrettet os efter i vores patientforløb?

I flere indlæg blev der opfordret til at drage nytte af feedback fra patienterne og til at inddrage patientklager systematisk i kvalitets- og patientsikkerhedsarbejdet. Pak Yin Leung, Hong Kong, gjorde det klart, at det er vigtigt at sondre mellem patienttilfredshed og patientens erfaringer: Hvis vi vil vide, hvad der reelt foregår – set med patientens øjne – skal vi i højere grad udforske patientens oplevelser.

James B. Conway, Institut for Healthcare Improvement (IHI), holdt et engageret oplæg med titlen ”Patients as Agents for Change”. Her rejste han spørgsmålet: Giver vi patienterne lov til reelt at medvirke i egen behandling? I forhold til patientsikkerhed pointerede Conway, at indrapportering af fejl i sig selv ikke skaber tillid i forhold til patienterne. Det er derimod den måde, vi handler på efterfølgende, som skaber tillid.

Et af de virkelig inspirerende indspark til arbejdet med patientsikkerhed blev leveret af Carol Haraden, IHI. Hun pointerede, at vi kan arbejde på at reducere utilsigtede hændelser i årevis og stadig kun reducere skader på patienterne meget lidt! Eksempelvis forvolder under 10% af medicineringsfejl skade på patienten. IHI har

udviklet Global Trigger Tool, der er et redskab til at monitorere patientskader under indlæggelse. Vi er mange på afdelingsniveau, som glæder os til undervisning i den danske version.

Forskning dokumenterer, at patientinddragelse har en positiv virkning på både behandlingsresultat og patienttilfredshed. De kommende udfordringer bliver derfor at fremme patientperspektivet i kvalitetsarbejdet sideløbende med implementeringen af Den Danske Kvalitetsmodel. Lyttes til erfaringer fra Irland såvel som Sønderjylland, er det afgørende at engagere ledelse og personale på alle niveauer i akkrediteringsprocessen. Det fordrer, at sundhedspersonalet oplever, at akkrediteringen er vedkommende og giver mening. Personalet skal ikke bare tro på, at indsatsen gør en forskel, men også i processen kunne se, hvor patienten er!

### Open disclosure

v./Jeanette Hjeremind cand. cur

En bemærkelsesværdig præsentation handlede om udfordringer ved ”åbne drøftelser” (open disclosure) med patienter og pårørende efter alvorlige utilsigtede hændelser, og om hvordan man kan håndtere dem (Curtis P.W., Reymont J, Ryder J.)

Clinical Governance Unit (CGU) Australien undersøgte et stort antal klager og alvorlige utilsigtede hændelser. Afdelingen anvendte principper og praksis for ”åbne drøftelser” i feed back til patienter og pårørende og udviklede derfor en stor erfaring og ekspertise med disse drøftelser. (1)

Denne praksis er ikke ligetil og der er i høj grad risici forbundet med alle aspekter af ”åbne drøftelser”. Derudover har hver case hændelsesspecifikke faktorer, der må fokuseres på, for at man kan være sikker på et positivt resultat for patienter/pårørende, personalet og organisationen.

CGU har udviklet en sikkerheds tilgang i forhold til at håndtere behovene hos patienter/pårørende og personalet.

CGU fandt følgende udfordringer: Når

der er tale om små samfund, hvor patienter og personale ofte møder hinanden i hverdagen opleves det meget ubehageligt af såvel personalet som patienter/pårørende; Patienter/pårørendes sorg eller vrede; personalet føler sorg og skyld; Udbrændthed for ledere og konsulenter, der leder processerne. Påvirkning af renomméet. Hertil kommer afgørelsen af, hvad der skal offentliggøres og hvordan, kan være komplekst.

Vedtagelsen af en strategisk tilgang til risikostyring af åbne drøftelser har tydeliggjort centrale forhold: Det er vigtigt at klargøre tidsrammen for patienter/pårørende, at kunne balancere med forskellen i forventninger hos personalet og patienter/pårørende. Sikkerhed for at patienter/pårørende forstår muligheder de har, hvis de ikke er tilfredse med resultatet af undersøgelserne. Det er endvidere særdeles nødvendigt at støtte personalet ved de alvorlige hændelser, herunder informere dem tidligt om de åbne drøftelser, åben diskussion af den frygt de har, tilbud om støtte under selve processen, samt feedback efter mødet med patient/pårørende. Forberedelsen af mødet hvor de åbne drøftelser skal foregå er meget vigtig, og der kan med fordel anvendes en tjekliste. Efter mødet er støtte til både patienter/pårørende og personalet nødvendig: Erfaringerne fra Australien viser at denne support ofte er nødvendig i mange måneder efter.

Evaluering af processerne viser, at det er nødvendigt at forbedre støtten til personalet og træne konsulenter der styrer åbne drøftelser med patienter/pårørende.

1. I Australien har man siden 2004 haft en national standard for åbne drøftelser. Open disclosure beskrives som dialog med patient og pårørende efter en alvorlig hændelse i sundhedsvæsenet. Elementerne i standarden:

- at fortælle at man er ked af det, sige undskyld,
- give en faktuel forklaring af hvad der skete
- beskrive konsekvenserne af det skete,

- beskrive tiltag hvordan denne hændelse håndteres og
  - hvordan man vil undgå det i fremtiden
- Filosofien er, at undskyldninger frem-

mer forståelsen. Patienterne bliver mere trygge, og flere informationer vil flyde frit mellem behandlere og patienter til gavn for kvaliteten af behandlingen og sikker-

heden. Formålet med åben oplysning er at sikre, at patienten / familien er fuldt informeret om, hvad der skete og hvad der vil ske efter en alvorlig begivenhed.

## DSKS inviterer til Medlemsmøde før generalforsamlingen

Onsdag den 22. april 2009 på Århus Universitetshospital, Skejby, auditorium B, Brendstrupgårdsvej 100, 8200 Århus N

### Temaet: "Monitorerings- og evalueringsmetode i Den Danske Kvalitetsmodel".

Kl. 16.00-16.05 Velkomst ved formand Vibeke Krøll

Kl. 16.00-18.00 *Opmærksomhedspunkter – hvad kan de forskellige monitorerings- og evalueringsmetoder anvendes til?*

- Journalbaseret audit
- Selvevaluering
- Survey

**oplæg v/ Carsten Engel**, Souschef IKAS

*Overvejelser vedr. anvendelse af resultater fra de Kliniske Kvalitets Databaser i Den Danske Kvalitets-model*

**oplæg v/ Leif Panduro Jensen**, overlæge

KL. 18.00-18.30 Pause

KL. 18.30-20.00 Generalforsamling

**Tilmelding:** senest den 14. april 2009 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 22. april 2009 kl. 18.30 til 20.00.

Mødested: Århus Universitetshospital, Skejby, Auditorium B

#### Dagsorden

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Valg af dirigent</li> <li>2. Formandsberetningen (kan læses på hjemmesiden efter den 27. marts 2009)</li> <li>3. Regnskab 2008</li> <li>4. Budget 2009</li> <li>5. DSKS' udvalgsstruktur (kort oplæg fra hvert udvalg)</li> <li>6. Forslag fra medlemmer</li> <li>7. Valg af formand                     <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vibeke Krøll, ønsker ikke genvalg</li> </ul> </li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li>8. Valg af bestyrelsen                     <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anne Mette Fugleholm, villig til genvalg</li> <li>• Hans-Jørgen Frederiksen, villig til genvalg</li> <li>• Thomas Gjørup, villig til genvalg</li> <li>• Lisbeth Rasmussen, villig til genvalg</li> </ul> </li> <li>9. Eventuelt</li> </ol> | <p>Vibeke Krøll                      Hans-Jørgen Frederiksen<br/>Formand                              Næstformand</p> |
|--|---|---|

### Kort nyt og orientering til medlemmerne

#### Rejselegater

Sidste frist for ansøgning af rejselegat til ISQua-konferencen er den 1. april 2009. Se ansøgningskema og kriterier ses på [www.dsk.dk](http://www.dsk.dk)

#### Udsendelse af nyhedsbrevet

Husk at nyhedsbrevet fremover bliver udsendt elektronisk 2 gange årligt og pr. post 2 gange årligt.