



17. årgang, nr. 3 – september 2009

Udgivet af
Dansk Selskab for Kvalitet
i Sundhedssektoren

DSKS'bestyrelse

- Ledende overlæge
Leif Panduro Jensen (formand)
lpj@dadlnet.dk
- Direktør, ph.d., MHM
Anne Mette Fugelholm
amf@suf.kk.dk
- Ledende overlæge
Hans Jørgen Frederiksen
hechjf@ringamt.dk
- Projektleder, MPH
Birgitte Randrup Krog
BirgitteRandrup.krog@stab.rm.dk
- Afdelingschef, MPH
Lisbeth Rasmussen
Lisbeth.L.Rasmussen@regionsyd-
danmark.dk
- Enhedschef
Marie Fuglsang
marie.fuglsang@regioinh.dk
- Oversygeplejerske,
Leni Abrahamsen
leni.abrahamsen@skejby.rm.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, Kristianiagade 12,
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

Tillykke med Den Danske Kvalitetsmodel

Af formand Leif Panduro Jensen

Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM) blev frigivet til det danske sygehusvæsen d. 17. august, og dermed er den endelig en realitet. Fødslen har trukket ud, og har været hård, men nu er den ambitiøse akkrediteringsmodel her endelig. I første omgang vil DDKM danne grundlag for en selvevaluering ude på hospitalerne, før den egentlige akkreditering i år 2010-2012.

Nu den så er frigivet, hvordan er hovedindtrykket så? Det første indtryk er, at man med den forlængede arbejdsperiode har opnået en bedre og mere præcis model. Modellen blev i sin første høringsversion kraftigt kritiseret for at være for ufokuseret, med upræcise indikatorer og med alt for omfattende krav om indhentning af nye data.

De 3 hovedområder, organisatorisk, sygdomsspecifik og generel kvalitet, er nu opdelt på 37 temaer med 104 akkrediteringsstandarder og 455 indikatorer, hvilket er en reduktion i antallet af standarder og indikatorer fra første høringsversion, hvor det var hhv. 120 og ca. 700.

Spørgsmålet er så, om denne reduktion og opstramning er tilstrækkelig til at sikre at DDKM bliver det redskab for udviklingen af kvaliteten, modellen var tiltænkt. Der er stadig et stort antal indikatorer, der er stadig enkelte, der er upræcise, og der er stadig store krav om ekstra dataindsamling, fx ved de obligatoriske journalaudits.

Faren er at hele processen omkring DDKM kan komme til at blive opfattet som blot en tidsrøver ude blandt hospitalspersonalet, uden at de oplever et modsvarende positivt udbytte. For at forhindre dette er det derfor uhvrigt vigtigt hvordan

implementerings- og anvendelsesfasen tilrettelægges og kommer til at forløbe i de kommende år. Der må være fokus på at DDKM ikke kun er et overordnet politisk projekt, men faktisk skal virke i alle led i hospitalsorganisationen. Og hvis modellen skal accepteres, og måske ligefrem værdsættes helt ude på de enkelte afdelinger, så er medejerskabet en altafgørende faktor. Medejerskabet opnås ved at der er rettidig feedback til alle involverede, og at de indsamlede akkrediteringsdata bruges til en konstruktiv dialog. Hvis resultaterne kun formidles som overordnede udmeldinger, og sent i processen, er det tvivlsomt om det nødvendige engagement kan mobiliseres. Ikke mindst den lokale kvalitetsorganisation får en vigtig rolle her.

En anden udfordring DDKM står overfor er naturligvis om selve akkrediteringsprocessen foregår gennemskuelig, på kendte kriterier, og med ensartede vurderinger på de enkelte sygehuse. Jo mere præcise indikatorerne er, jo nemmere er det at opnå dette. Selvom der er en ambition om at fastfryse modellen de næste 3 år, for at alle akkrediteres på ensartet grundlag, vil man formentlig alligevel have behov for justeringer af indikatorer undervejs, når DDKM skal stå for virkelighedens hårde prøve. At tro at første version af modellen er fuldt flyvefærdig, trods stort arbejde og høringsrunder, vil være naivt.

Men først og fremmest skal der lyde et tillykke med det store og ambitiøse arbejde, vi vil se frem til at følge DDKM i årene der kommer, og skal love at bidrage til den løbende evaluering, der vil være behov for.

På vegne af Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren (DSKS)

Tilbage melding fra International Forum on Quality and Safety in Health Care den 18.-20. marts 2009 i Berlin

Af Rikke Juul Poulsen

Vær åben, snak med de andre deltagere, vær nysgerrig, lær af hinanden, måske din sidemand sidder med løsningen på dit problem, således indledtes forummet i den allerbedste 'læringsånd'. Udbuddet af sessioner, plenumsessioner, minikurser, poster, inkl. chaired poster sessioner var enormt.

Et kernebudskab, som gik igen under hele forummet, var, at *kortlægning af processer* er det allerførste skridt, før man kan begynde at ændre/forbedre noget som helst.

Whole system transformation

Der er gennemført et omfattende forskningsarbejde, hvor det undersøges om 'world class' kvalitetsprogrammer kan forbedre de kliniske resultater. Jönköping Län i Sverige er et af de 3 cases i studiet. Jönköping har valgt en holistisk patientcentreret vision, der fokuserer på livskvalitet frem for sygdom eller sundhedsydelse, hvilket gennemsyrrer deres arbejde med kvalitetsudvikling. Bl.a. er der meget kraftig fokus på, at kvalitetsforbedringer sker i det kliniske mikrosystem i et samarbejde mellem frontlinjepersonale og patienter.

Der var en række kernebudskaber i sessionerne med emnet, men især skal fremhæves, at læring er et nøglepunkt i organisationens kultur. Det betyder, at en utilsigtet hændelse er en mulighed for at diskutere den i bredere kredse og lære fra den, en større fejl på et andet hospital er en mulighed for at invitere folk derfra og lære fra dem, et kursus for personale er en mulighed for at lederen er til stede sammen med personalet og signalerer, hvor vigtigt emnet er for ham/hende. Kort sagt: Alle har 2 jobs, sørg for at læring er det ene af dem!

Thinking differently

Når man skal forbedre sine processer, er

det ofte rigtig godt, hvis man kan tænke i anderledes baner end vanligt. 'At tænke anderledes' handler om innovativ idégenerering i en struktureret proces. I løbet af kurset fik vi en 3-trins model samt redskaber/værktøjer lige til at tage med hjem og anvende: Udfordring ▶ 1: Stop før du starter ▶ 2: Generér masser af ideer ▶ 3: Udvælg og test ideer.

Forholdsvist banalt vil mange nok tænke, men det nye var de redskaber, der kunne anvendes i processen. Et af værktøjerne under trin 1 er at omformulere sin problemstilling/udfordring til helt dagligdags sprog uden fagjargon. Hvis vi fx gerne vil 'forbedre adgangen til behandling', kan det omformuleres til, at 'vi gerne vil tænke kreativt på måder, hvorpå man kan forbinde mennesker, der har spørgsmål omkring deres helbred til mennesker og ressourcer, der måske kan give nogle svar på disse spørgsmål'. På denne måde kommer man automatisk til at tænke anderledes på problemstillingen. Når vi under trin 2 skal generere masser af ideer, findes der også en række værktøjer, der kan hjælpe os på vej. Bl.a. 'nye øjne', hvor man ser på, hvordan andre brancher løser lignende udfordringer. Hvordan forholder banker eller flyselskaber sig fx til adgang til service? En regel er, at man skal få masser af ideer, frem for bare en eller få, for så i trin 3 at udvælge få ideer, som man mener, kan bære. Teste dem af i småskala og i sidste ende stå med én idé, som implementeres. Et værktøj til at udforske en idé fra forskellige perspektiver er 'Edward de bono's Six Thinking Hats', hvor hver hat har en farve, der symboliserer forskellige perspektiver. Fx skal man, når man har den sorte hat på tænke på ulemper og risici, med den gule hat tænke på fordele og gevinster, med den røde hat, hvad er mavefornemmelsen, etc. Det giver en anden systematik til den 'vejen for og imod', som vi alle anvender jævnligt.

- ▶ At tænke kreativt og anderledes i høj grad handler om at flytte gode løsninger fra én kontekst til en anden. Simpelthen at 'stjæle' de gode ideer – noget vi gør alt for lidt i sundhedsvæsenet.
- ▶ Test og lær og tænk ikke, at du har fejlet, hvis noget ikke implementeres, men blot at du har fundet mange måder, der ikke vil fungere.

Human factor

Fredag formiddag startede med en opdatering på, hvor vigtig 'human factor' er for, at vores organisation kan lære og udvikle sig. I løbet af minikurset vendte vi gang på gang tilbage til formlen:

Evidens + forbedringsmetoder + human factor = resultater

Hvis ikke vi inddrager human factor i denne formel, så lykkes vores udvikling ikke. Her fik vi en række tips og tricks til at sørge for denne del af formlen. Bl.a. at vi skal huske, at folk vil ændre sig, "hvis bekymringen ved ikke at gøre noget er større end bekymringen ved at gøre noget" ('psychology of change'). Derfor skal man som 'forandringsagent' søge at mindske bekymringen ved ændringen og øge bekymringen ved ikke at gøre noget. Det kan man bl.a. gøre ved at sætte fokus på fordelene ved ændringen, forsikre, at der ikke er grund til bekymring, reflektere kultur og værdier, sige det 7 gange på 7 forskellige måder, bruge en historie til at fortælle, hvorfor noget er vigtigt, rekruttere opinions ledere.

Jeg takker rigtig mange gange for, at DSKS gav mig mulighed for at deltage i konferencen.

Og til allersidst en absolut ikke-faglig sjov ting, som jeg også lærte at bruge på Forummet: www.wordle.net

Årsmøde

Datastyret kvalitetsarbejde – har vi de data vi skal bruge?

Tid: den 15. – 16. januar 2010

Sted: Hotel Nyborg Strand

Indsamling og analyse af data er et væsentligt element i arbejdet med kvalitetsudvikling. Uden viden om den aktuelle situation kan vi ikke dokumentere effekten af tiltag til forbedringer. Datakilderne er mangfoldige, udvikles hele tiden, og giver mulighed for at fokusere på forskellige aspekter af den leverede kvalitet – organisatorisk, faglig eller patientoplevelset. Samtidig kan registrering og dokumentation af data være en tidsrøver, der lægger beslag på mange ressourcer og skaber frustration, når registreringssystemerne ikke virker optimalt.

På årsmødet stiller vi spørgsmålene: Bruger vi de tilgængelige datakilder optimalt i dagens sundhedsvæsen? Er det nye data vi har brug for, som det nu fx skal ske i Den Danske Kvalitetsmodel, eller en mere systematisk anvendelse af de eksisterende – eller begge dele? Og er balancen mellem de investerede kræfter til dataindsamling i forhold til anvendelsen af data den rigtige?

Årsmødet vil sætte fokus på anvendelsen af data, og i den sammenhæng ikke mindst lægge op til debat af 1. version af Den Danske Kvalitetsmodel, og den nye forstærkede fokus på kvalitet, der er udmeldt af både Sundhedsministeren og Danske Regioner.

Inden årsmødet inviterer vi dig til at deltage i en af de 10 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 2009.

Det detaljerede program for årsmødet vil du kunne se på www.dsk.dk senest den 1. november 2009. 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 15. januar 2010, kl. 09.00 – 12.00

Workshop 1

Global Trigger Tools

Workshopansvarlig: *Overlæge Birgit Viskum, Center for Kvalitet*

Workshop 2

Kroniske patientforløb i tværsektorielt perspektiv

Workshopansvarlig: *Direktør, ph.d., MHM, Anne Mette Fugleholm, Københavns Kommune*

Workshop 3

Tværasektoriel kvalitetsudvikling

- a) Indikatormonitorering på tværs af sektorer – fælles anvendelse af NIP-data
- b) Tværasektorielt samarbejde mellem kommuner, almen praksis og sygehuse

Workshopleder: *Chef for Dansk Almen Medicinsk Kvalitetsenhed (DAK-E) Søren Friborg*

Workshop 4

Audit i det danske sundhedsvæsen hvordan skal det gennemføres? Har audit effekt?

Workshopansvarlig: *Professor, ledende overlæge, ph.d. Jan Mainz, Syddansk Universitet og psykiatrien i Region Nordjylland*

Workshop 5

Effektiv kommunikation: Succesfulde kvalitetsforbedringer kræver succesfuld kommunikation!

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

Workshop 6

Pressens rolle i kvalitetsudvikling

Workshopansvarlig: *Direktør Søren Braun, Region Syddanmark*

Workshop 7

Evidensbaseret sygehusbyggeri – med fokus på organisering af FAME

Workshopansvarlig: *Afdelingsleder, cand. Scient. pol., Jeppe Ottosen, Rambøll, redaktør for DSKS-nyt*

Workshop 8

Statistisk processtyring

Workshopansvarlig: *Overlæge Jacob Anhøj, Enhed for Patientsikkerhed, Hvidovre Hospital*

Workshop 9

Brugerinddragelse – hvorfor og hvordan?

Workshopansvarlig: *Marie Fuglsang, leder af Enhed for Brugerundersøgelser i Region Hovedstaden, bestyrelsesmedlem i DSKS*

Workshop 10

Hospitalstandardiseret mortalitet (HSMR): muligheder og begrænsninger i forhold til sygehuses kvalitetsudvikling

Workshopansvarlig: *Overlæge, ph.d. Mette Nørgaard, Klinisk Epidemiologisk afdeling, Århus Universitetshospital*

Yderligere beskrivelse af de forskellige workshops findes på hjemmesiden www.dsk.dk

Tilmelding til årsmødet og workshops
på www.dsk.dk