



Årsmøde DMCG-PAL , 2011

Hvorfor kvalitetsudvikling af palliation og hvordan? - et helikopterperspektiv



Janne Lehmann Knudsen

Kvalitetschef, overlæge, Ph.d, MHM

Kræftens Bekæmpelse



En konstatering

Øgede krav til kvalitetsudvikling

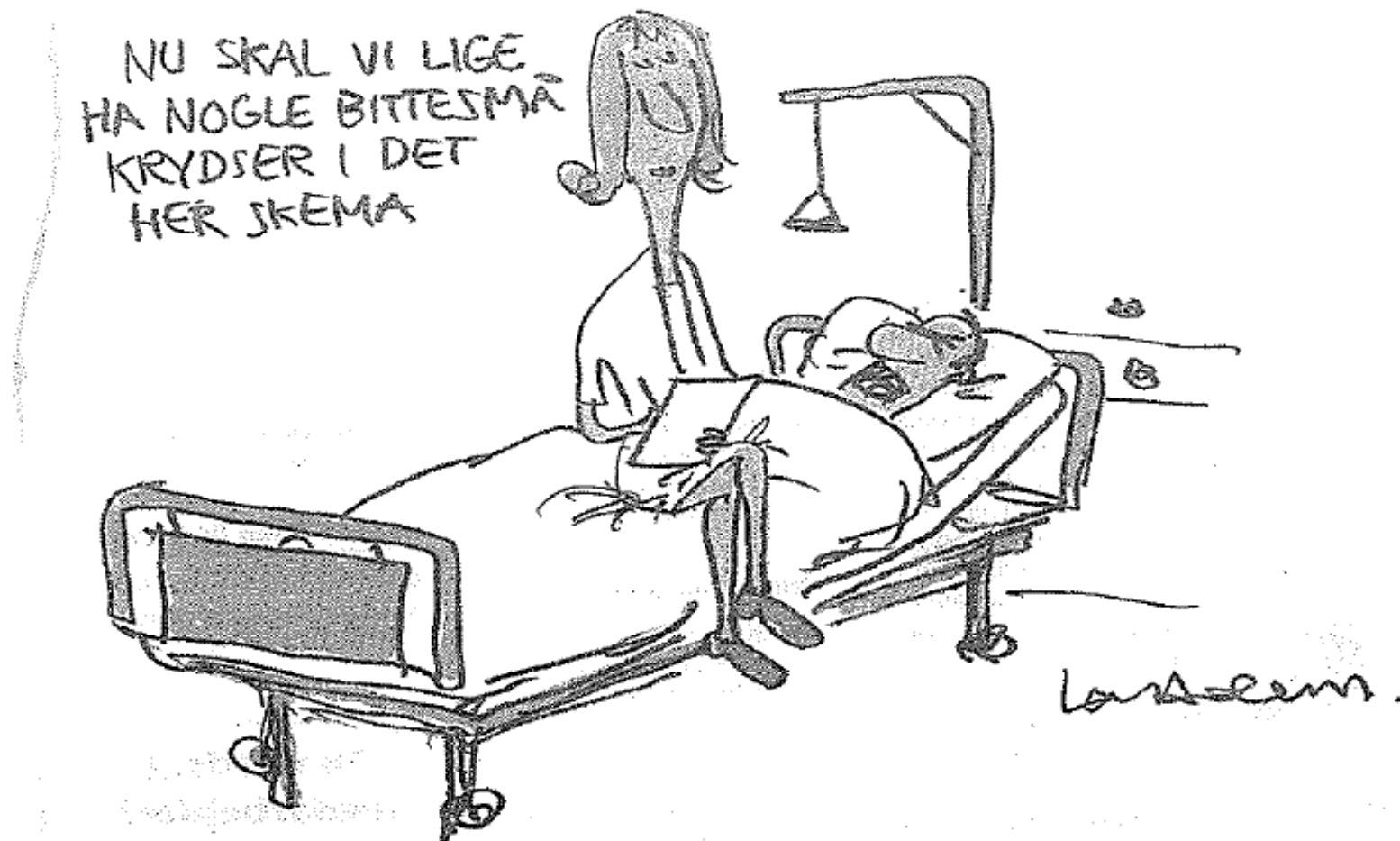
Patientsikkerheden skal forbedres

Begyndende fokus på brugerinddragelse



**Ledelsernes beslutningskompetence og
den faglige autonomi er under pres**





Kvalitetsudvikling – en systematisk proces. Handler om at gøre en positiv forskel for patienten



Mål med kvalitetsudvikling

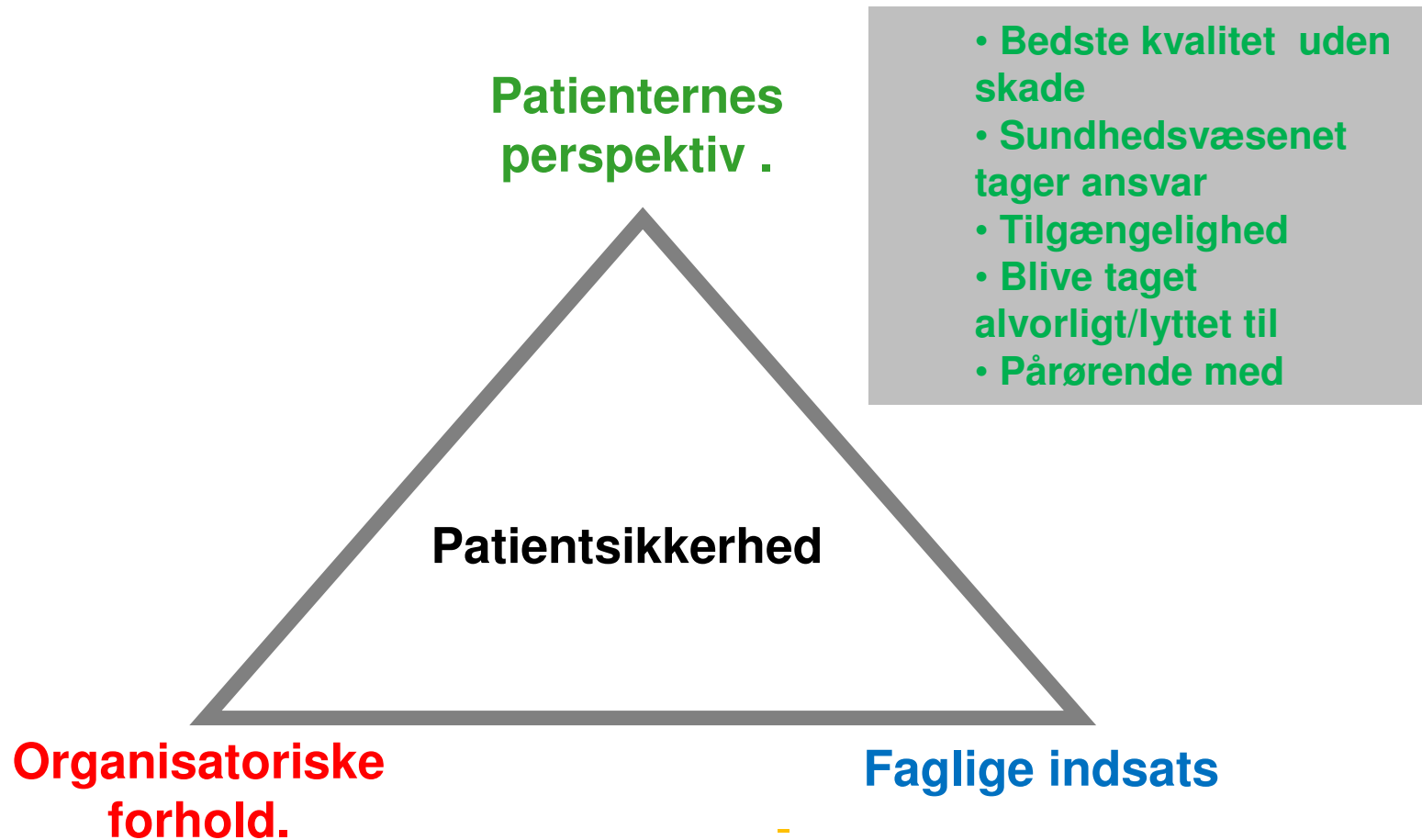
- myndighedernes brede perspektiv

- **Minimal patientrisiko**
- **Høj professionel standard**
- **Høj patienttilfredshed**
- **Helhed i forløbet**
- **(Effektiv ressource udnyttelse)**

*Sundhedsstyrelsen 1993
Den Nationale Strategi for kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet*

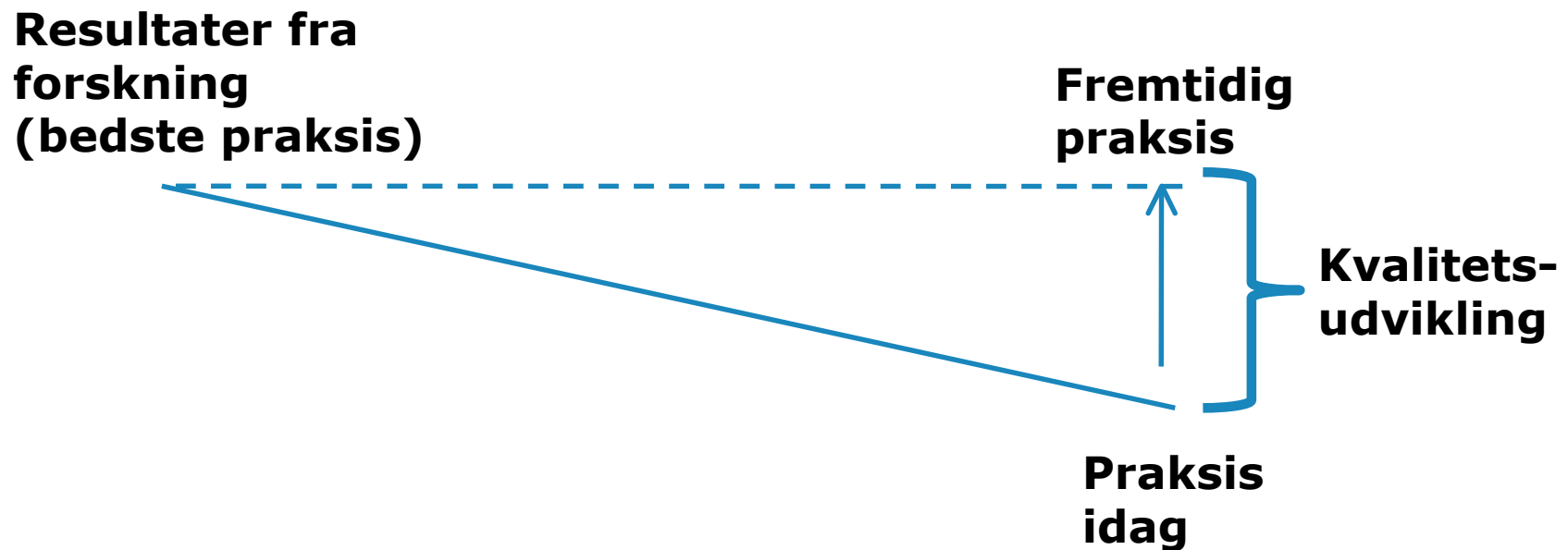


Flere vinkler på kvalitet i det brede perspektiv



Kvalitetsudvikling i et fagligt perspektiv.

Mål: Evidensbaseret klinisk praksis



En systematisk tilgang - kvalitetscirklen

- 1) klinisk retningslinje beskriver standarden**
- 2) kvaliteten måles / evt. i klinisk database**
- 3) faglig audit**
- 4) forbedring iværksættes og overvåges**



Hvorfor er kravet om kvalitetsudvikling af palliation blevet skærpet ?



- Kræft er underlagt de samme krav, som gælder for sundhedsvæsenet i øvrigt
 - Stigende politisk styring af kvalitetsarbejdet
- Særligt fokus på kræftområdet gennem 10 år
 - Specielle udfordringer i palliationen
- Internationale evalueringer/benchmarking

Patienter og pårørende stemme

Kvaliteten er ikke i verdensklasse !



Kvalitetsudvikling gennem 20 år

Sygehus		Sundhedsvæsenet
Frivillig		Obligatorisk
Fagligt ansvar		Ledelses ansvar
Egne mål		Fælles mål
Tro		Data
Egne data		Offentliggørelse
Selvregulering		Ekstern regulering

Den Danske Kvalitetsmodel en naturlig konsekvens



Udviklingen	Nationale tiltag
90-95 • Gryende interesse • <i>Nationalt Udvalg for kvalitet</i>	• Nationale strategi • Kliniske Databaser • Faglige vejledninger
95-2000 • Decentrale strategier • Stigende politisk opmærksomhed • <i>Nationalt Råd for kvalitet</i>	• Tværamtslige projekter: NIP, DGMA • Akkreditering i H:S • LUP • Kvalitetsmål i økonomiaftaler
2000-2010 • Strukturreform • Øget magt til Sundhedsstyrelsen • Offentliggørelse af data • <i>Det Nationale Råd opløst</i> • IKAS etableret • Patientombudet etableret	• Kontaktpersonordning • Den Danske Kvalitetsmodel • Lov om Patientsikkerhed • Tilsynssager på SST hjemmeside • Bekendtgørelse: kliniske databaser • www.sundhedskvalitet.dk • Sundhedsaftaler/forløbsprogrammer • Kvalitetsudvikling obligatorisk • Pakkeforløb for kræft og hjerter

Kvalitetsstyring af kræftområdet

Mål: Øget overlevelse
Øget livskvalitet
Styrke forskning og kvalitetsudvikling

Kræftbehandlingen skal være i verdens klasse

2000: Kræftplan I

2004: KOF rapporten ➡ Baggrund for DMCG-pal

2005: Kræftplan II

2007: Aftale om kræft som akut sygdom

2010: Aftale om kræftplan III ➡ Også palliation

7, 1 milliarder 2004-2009



Hvorfor pakkeforløb for kræft ?

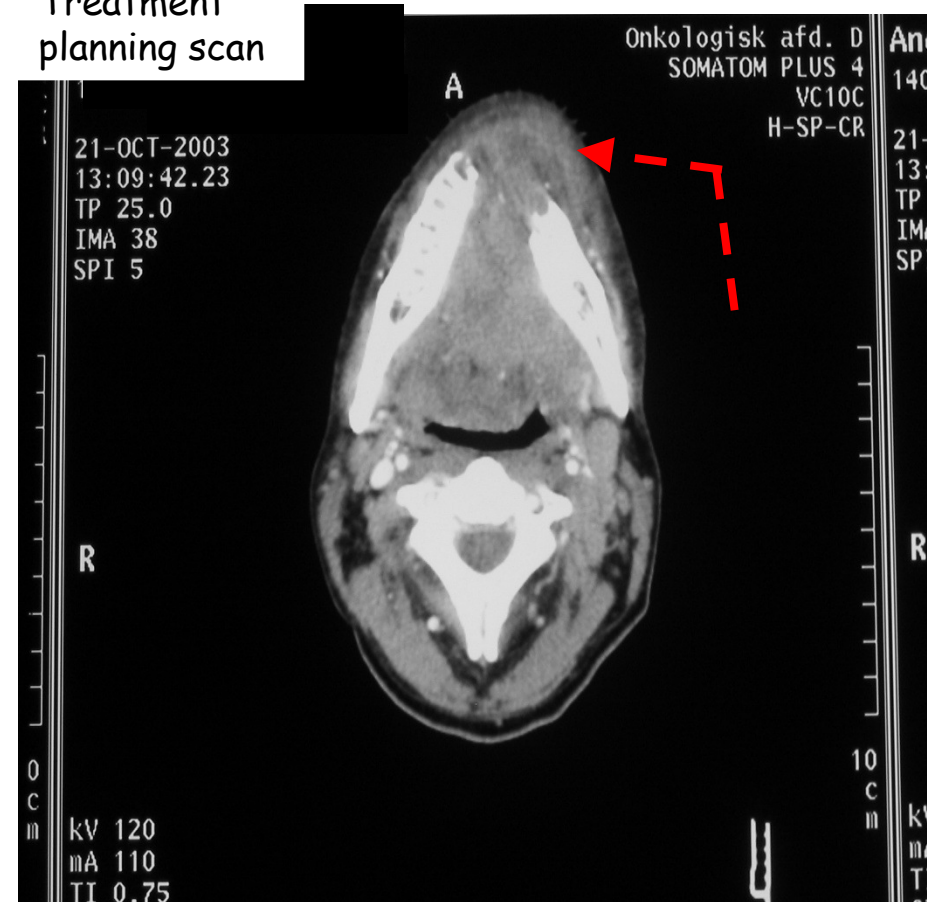
- fagfolk, patienten og data om ventetid

Med 19 dage imellem

Diagnostic
scan



Treatment
planning scan



**Regeringsaftale om akut kræft.
Oktober 2007:**

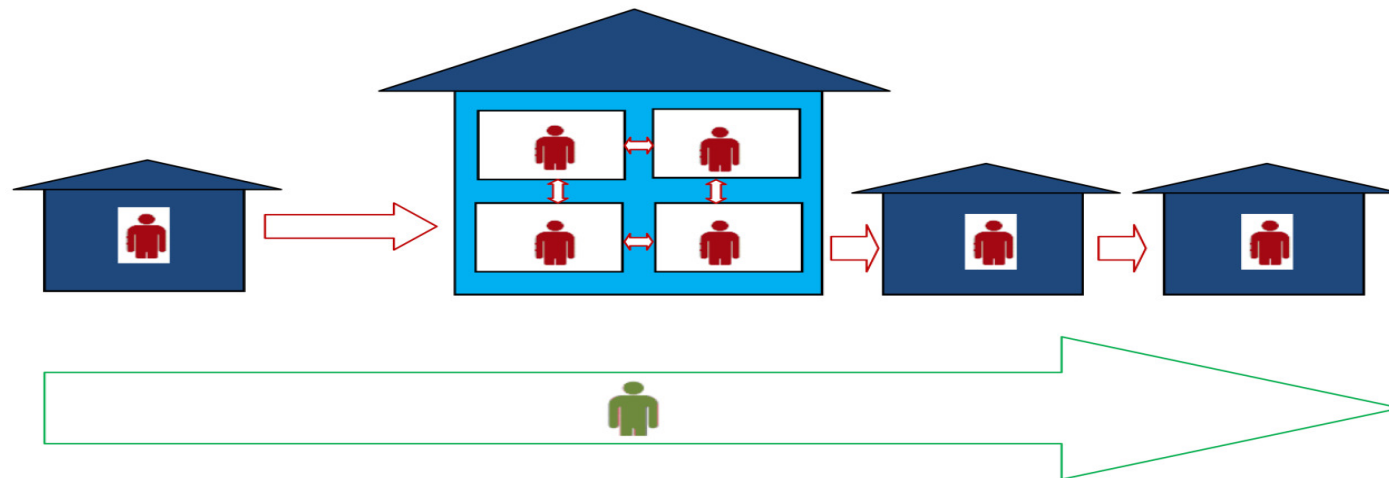
- Pakkeforløb for alle sygdomme
- Kontaktperson
- Løbende monitorering



AR Jensen et al. Radiother Oncol (2007)

Kontaktpersonordningen

Det politiske svar på ønsket om sammenhæng
- men opfylder det patienternes behov ?



Freil, M, 2011

**Kontaktpersonen skifter, når patientens
behov for sammenhæng er størst!**



UTH som årsag til forsinket diagnose - sundhedspersons rapport til DPSD, 2008

En 55-årig kvinde indlægges akut med vaginalblødning. Under indlæggelsen tages røntgen af lungerne, som ikke bliver vurderet. Efter 1/2 år viser det sig, at kvinden har lungekræft, som burde have været erkendt.

Et overset prøvesvar!

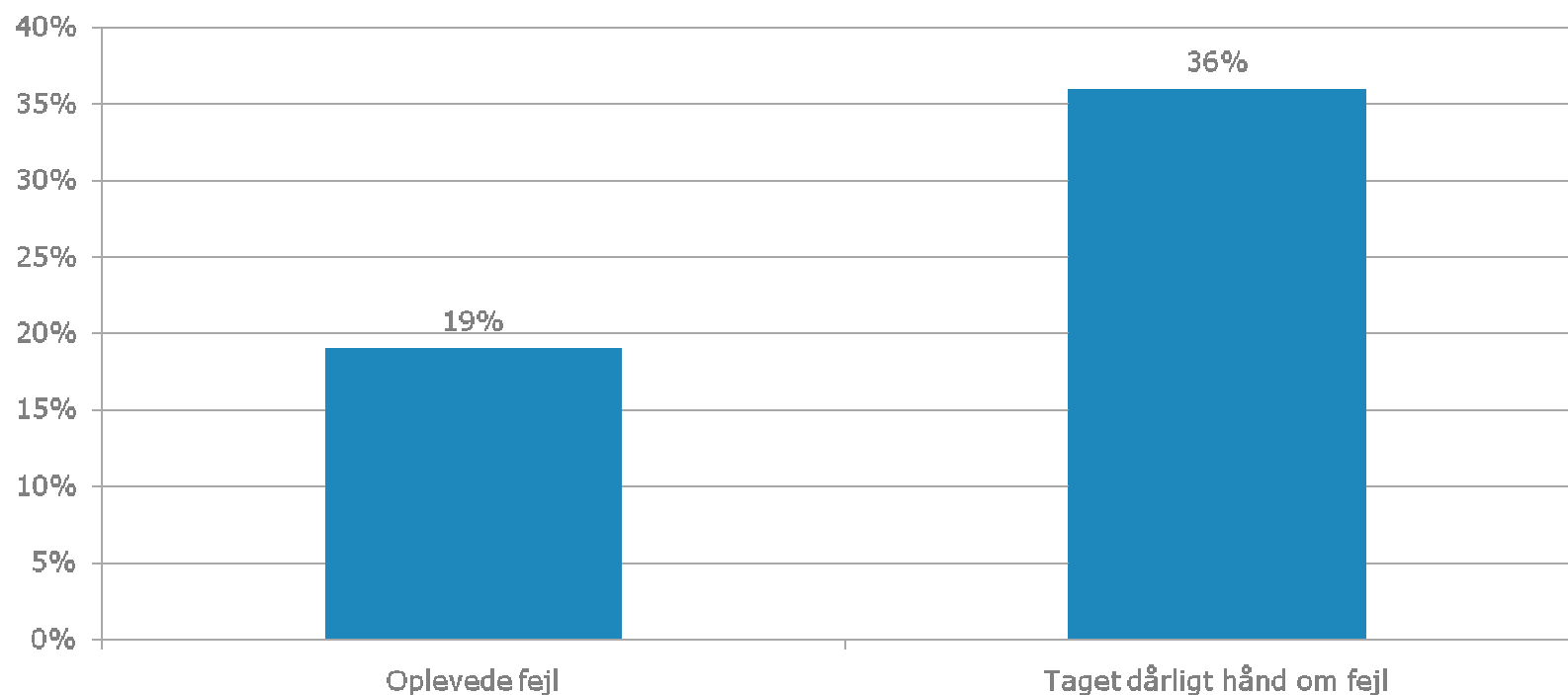
Hvorfor:

- mangler system, der sikrer opfølgning på prøver
- ingen systematisk kommunikation mellem røntgenafdeling og sengeafdeling



Forsinket diagnose fortalt af patienten

"De burde have hørt mere på mig om, hvor ondt jeg havde i min lunge, i stedet for at sige, at det bare var mit bevægeapparat, for det viste sig, at det var lungecancer."



Links og litteratur om patientsikkerhed i kræftbehandling

Find Kvalitetsenhedens rapporter på

www.cancer.dk/rapporter

Læs mere om patientsikkerhed på

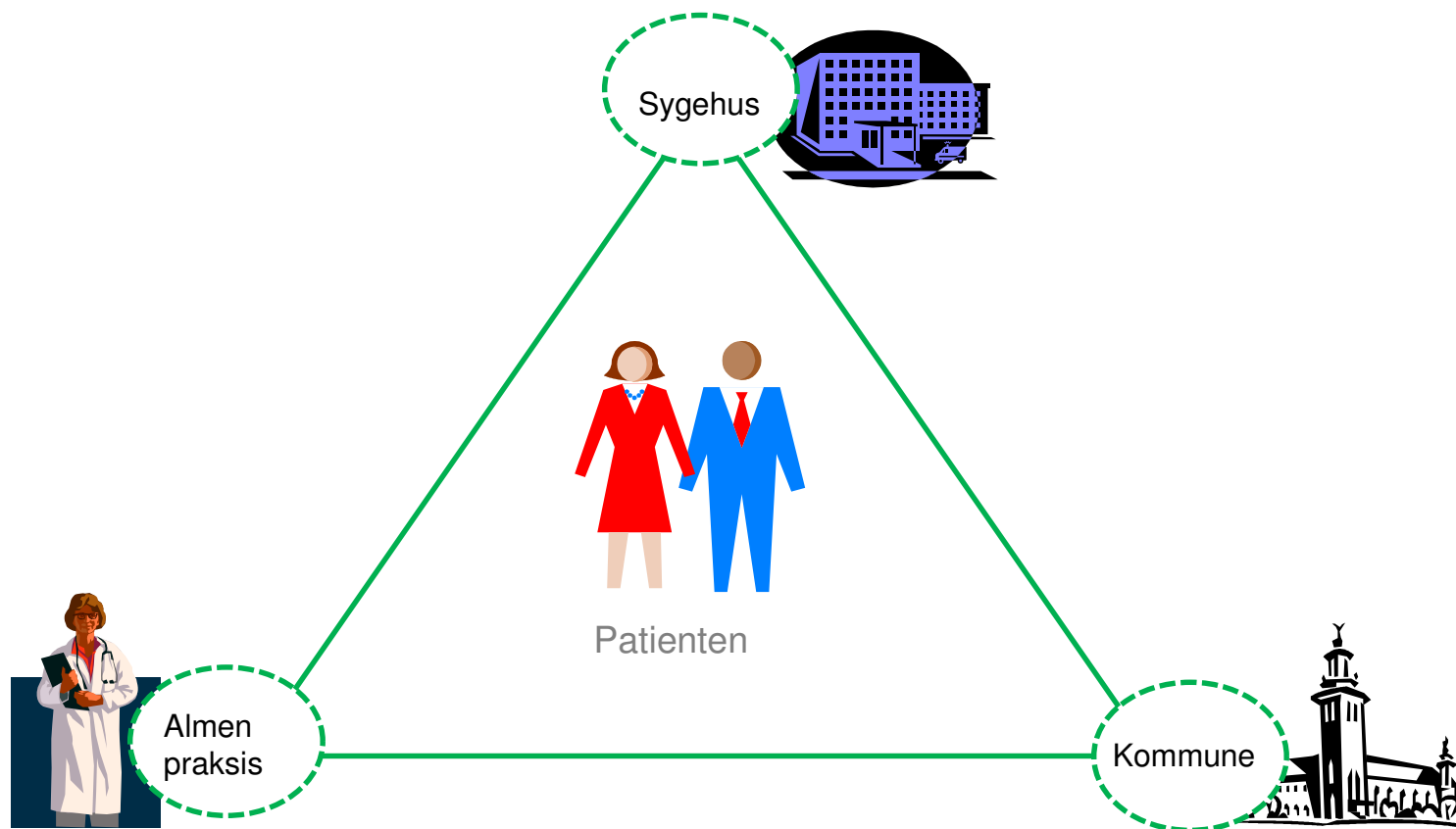
www.cancer.dk/patientsikkerhed

Find mulighederne for patientrapportering på

www.cancer.dk/patientrapportering



Institutioner og silotænkning er normen i sundhedsvæsenet



Patientinddragelse og forløbstilgangen kan brobygge



Styring for at udvikle kvalitet i det palliative forløb – krav til...

Bedste praksis i forhold til afgrænset klinisk problem

- **Kliniske retningslinjer**

Bedste praksis i forhold til et patientforløb:

Kliniske retningslinjer som integreret del af:

- **Pakkeforløb**
- **Forløbsprogram**
- **Akkreditering/Den Danske Kvalitetsmodel**

Forebyggelse af fejl og UTH

Lov om patientsikkerhed



De faglige metoder forbedre behandling og pleje/omsorg



hvis.....

Kliniske retningslinjer **hvis** uddannelse

Klinisk kvalitetsdatabaser **hvis** audit

Kræver også ledelse





Tidsfælden

Torben Palshof. Formand NIP –lungecancer, 2007

"I Dansk Lunge Cancer Register er der siden 2003 registreret ca. 15.000 forløb af patienter med lungekræft. Målet om behandling senest 6 uger efter modtaget henvisning, skal overholdes for mindst 85 % men har gennem alle årene, kun omfattet ca. 30 %.

Det er i sig selv ganske enestående, at så ringe et resultat har kunnet reproducere i så stor en patientpopulation – år efter år – og på trods af, at resultaterne har været offentligt tilgængelige i såvel en faglig som en borgerversión"

Data flytter ikke noget af sig selv!



Andel af patienter med lungecancer påbegyndt onkologisk behandling max 14 dage efter patient accept

INDIKATOR IIONK02: Andel forløb med påbegyndt onkologisk behandling senest 42 dage efter påbegyndelse af det diagnostiske forløb

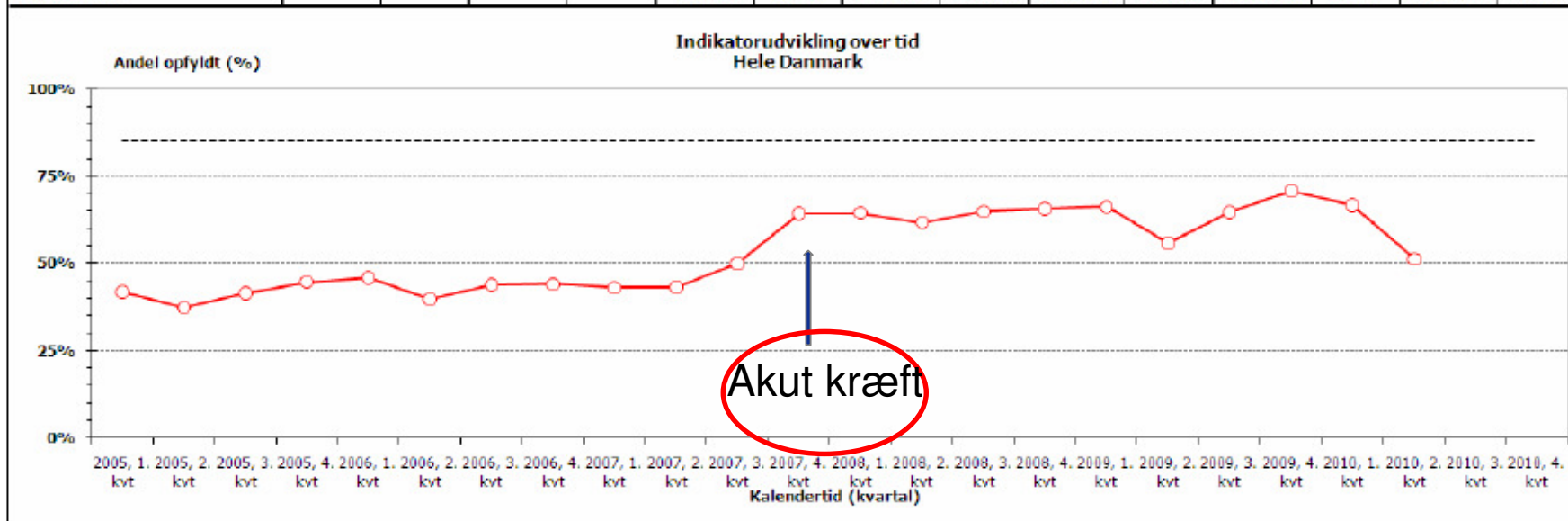
KVARTALSRAPPORT UDARBEJDET: 12-07-2010

Tærskelværdi: 85%

Patientgrundlag: Forløb med onkologisk behandling som først registreret behandling OG udredningsdata, efter UDREDENDE afdeling

Tidsreference: Efter dato for først registrerede onkologiske behandling

Tærskelværdi: 85%	2010, 4. kvrt.		2010, 3. kvrt.		2010, 2. kvrt.		2010, 1. kvrt.		2010, året til dato		2009, hele året		2008, hele året	
Region efter: Udredende afdeling	Obs.	Andel opfyldt	Obs.	Andel opfyldt	Obs.	Andel opfyldt	Obs.	Andel opfyldt	Obs.	Andel opfyldt	Obs.	Andel opfyldt	Obs.	Andel opfyldt
Hovedstaden	-	-	-	-	9/20	45,0%	30/48	62,5%	39/68	57,4%	291/441	66,0%	393/593	66,3%
Sjælland	-	-	-	-	4/10	40,0%	19/29	65,5%	23/39	59,0%	146/266	54,9%	159/275	57,8%
Syddanmark	-	-	-	-	42/72	58,3%	70/97	72,2%	112/169	66,3%	376/534	70,4%	368/500	73,6%
Midtjylland	-	-	-	-	3/10	30,0%	28/50	56,0%	31/60	51,7%	260/423	61,5%	201/355	56,6%
Nordjylland	-	-	-	-	5/11	45,5%	25/34	73,5%	30/45	66,7%	142/223	63,7%	106/192	55,2%
Hele Danmark	-	-	-	-	63/123	51,2%	172/258	66,7%	235/381	61,7%	1215/1887	64,4%	1227/1915	64,1%



Altinget 26. januar 2011

Hvem
tager
ansvar ??



(Foto: Altinget)

Opbakning til ansvars-undersøgelse i sundhedsvæsenet

26. januar 2011 kl. 23:59

ANSVAR: Rigsrevisionens plan om at kulegrave placeringen af ansvaret for kvalitetssikringen i hele sundhedsvæsenet møder ros fra begge sider af folketingsalen. Ekspert i sundhedsret: Der er masser at komme efter.

Af Ole Nikolaj Møbjerg Toft



Den Danske Kvalitetsmodel – sygehuse

- ledelsen ansvarlig

Mål: Udvikling, synlighed, og ensartet kvalitet

Forpligter alle udbydere af offentlige sundhedsydelser til:

- at anskue patientforløb på tværs af sektorer
- at efterleve 104 akkrediteringsstandarder
- at måle på indikatorer og offentliggøre data
- at blive vurderet af eksterne/internationale fagfolk

Apotekerne "kom først" , 2009
(Privat)hospitalerne "kom med" 2010
Planlægning af praksis sektoren påbegyndt
(Endnu) ingen beslutning om hospice



Standardernes fokus

Klinisk-fagligt

Vurdering og plan	Diagnostik	Be-handling	Vurdering af effekt	Afslutning/ Overdragelse
-------------------	------------	-------------	---------------------	--------------------------

Patient-fagligt

Inddragelse, Information, Kommunikation, Kontinuitet,

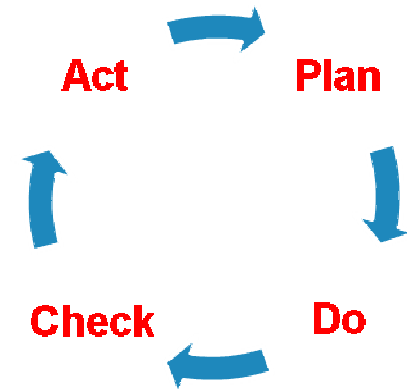
Organisatorisk



Akkrediteringsprocessen

- standardbaseret kvalitetsstyring

1. Forberedelse og selvevaluering
2. Kvalitetsvurdering ved eksternt fagligt team
3. Samlet bedømmelse og rapport med akkrediteringsstatus



Akkrediteret efter den Danske Kvalitetsmodel:

"Institutionen har demonstreret evnen til at sikre kvaliteten på de områder, der omfattes af DDKM."



Foreliggende evidens- akkreditering af hospitaler

Signifikante forbedringer vedrørende:

- Patientsikkerheden
- Sygeplejefaglige organisering
- Udbredelse og kvaliteten af anvendte kliniske og administrative retningslinjer
- De sundhedsprofessionelles uddannelsesniveau
- Påvirker kulturen i retning af en læringskultur

^[1] Greenfield D, Braithwaite J. Health sector accreditation research: a systematic review. *International Journal for Quality in Health Care* 2008;20:172-183



Modtagelsen i en kliniske afd.

Får overblik, orden og ny viden. Styrker faglig diskussion. Kritisk refleksion over egen indsats. Samarbejdet styrkes internt.

Skaber fælles sprog. Omdømmet bedre

Det giver mening – samarbejde og udvikling.



Laveste fællesnævner. Detailstyring. Fluebenstyranni.

Nedprioritering af lokale behov og udvikling. Tager tid fra det kliniske arbejde. "Svigermor kommer på besøg"

Det giver ikke mening – dekobling.

Fagligt engagement og ledelse gør forskellen



Kvalitetsudvikling er en kontaktsport

- kræver at de virkelige historier fortælles !

Kræftpatienter: Lær af jeres fejl, læger!

Jim Easton, Director NHS

■ Kræftpatienter opdager selv fejlene, men lægerne lytter for sjældent til dem, viser ny undersøgelse

■ Læger er enige i, at de kunne lytte mere

■ Niels Hellgren fik skadet sin arm under kemobehandling. Han mener, sundhedsvæsenet er for dårligt til at lære af sine fejl



LÆS MERE » S4-5 BEHANDLING Niels Hellgren fik ved en fejl kemo ud i selve armen, så den blev beskadiget. Foto: Louise Leth-Espersen



Nye patientroller og nye styringsformer i sundhedsvæsenet



Patienten, som den passive modtager, der afgiver al suverænitet til systemet og til de sundhedsprofessionelle, der ved bedst.



Patienten, som den handlende og ansvarlige, der forventer at møde et behandlersystem, som ikke blot styres af ekspertise og systemkrav, men også patientens ønsker.

Kjær P et Reff A . Ledelse gennem patienten, 2010



Brugerinddragelse i flere forklædninger

Bruger**deltagelse** – patienten optræder som informant

Bruger**indflydelse** – patienten tillægges selvstændig kompetence



I eget forløb



**Organisatoriske
sammenhænge**



Bruger**styring** – patienten træffer beslutningerne



Patienter/pårørende skal med i kvalitetsarbejdet



Brugerinddragelse er vigtig fordi...

... patienter/pårørende:

- har en unik viden, og er en central kilde til information
- ønsker at gøre en forskel og bidrager til brugercentrerede løsninger og højere kvalitet

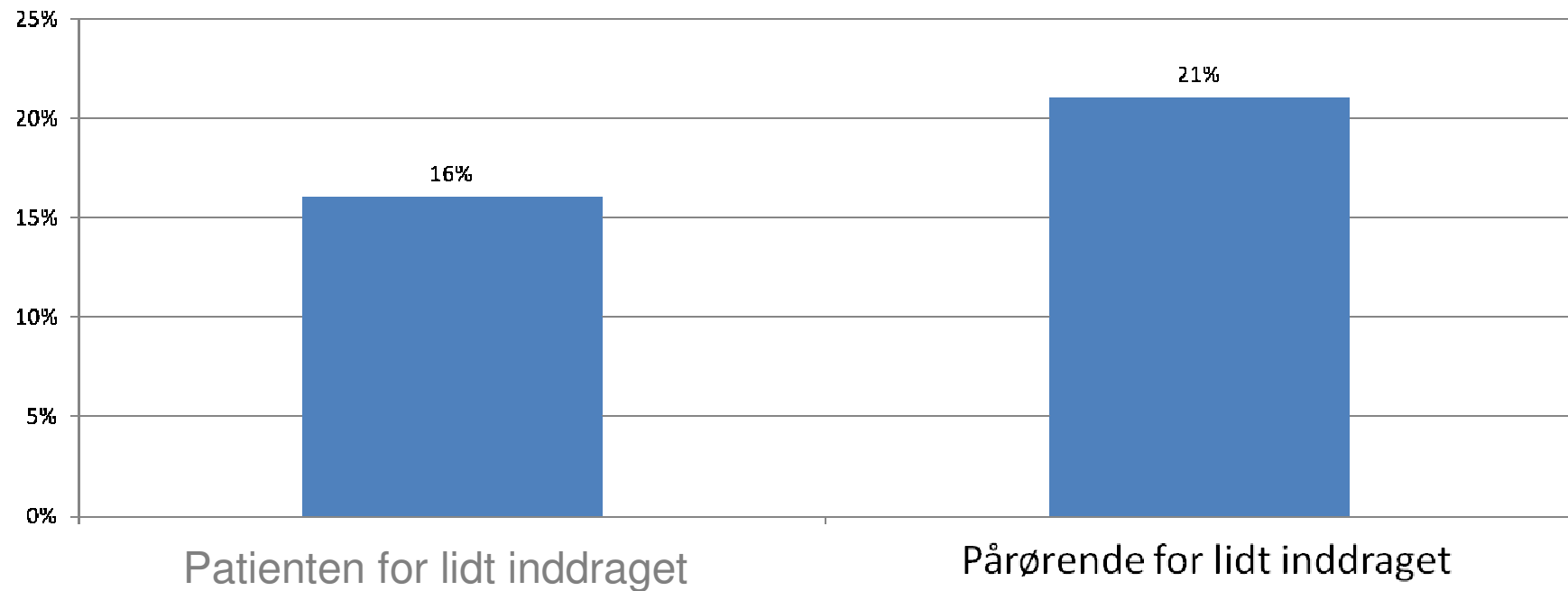
...vi ved:

- at compliance til behandling øges, og resultatet bliver bedre – men også, at ikke alle patienter magter det
- at patienter/pårørende oplevelser og tillid til sundhedsvæsenet styrkes.

Coulter, A. Finding out what patients want. 2007



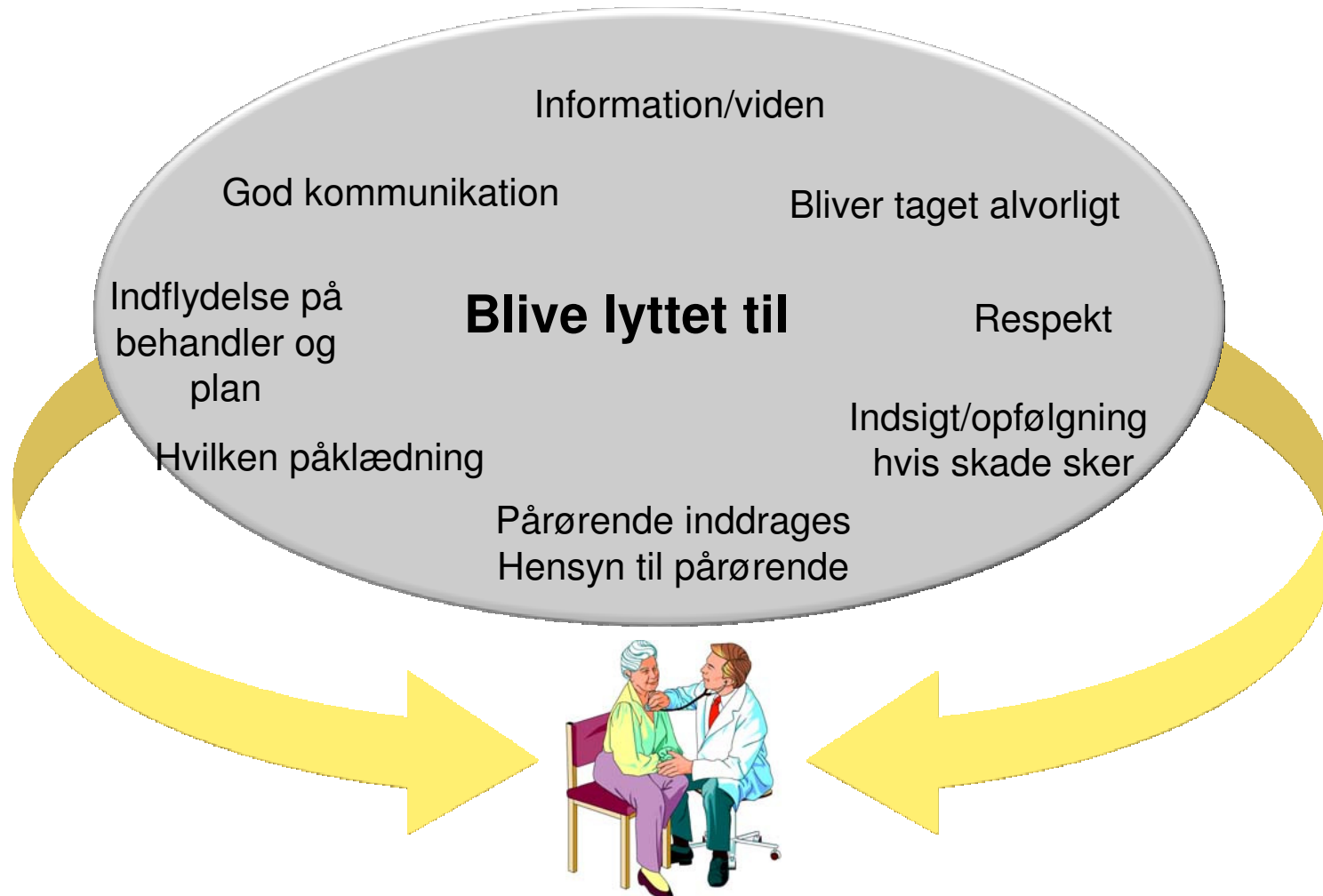
Hvad siger brugerne - om inddragelsen i beslutninger



Hvad dækker disse tal over?



Patienternes ønske om inddragelse dækker over meget, bl.a.



To "klassiske" patientudsagn

"Håber ikke, at det kommer til at ske for andre. Jeg troede ikke, det var muligt, at man kunne have så voldsomme smerter i så lang tid. **Lægen skulle have lytte til mig...**"

"Personalet var meget behjælpelig med ALT. De var der for mig, de tog sig af os – jamen alt på denne afdeling var bare det, vi havde brug for. **Følelsen af at blive mødt !!!!**"

Patientrapportering Kræftens Bekæmpelse 2009

Kvalitetsudvikling kan ændre kulturen

Tak for opmærksomheden

