Kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet

Kvalitetsudvikling har man talt om i årtier. Igennem mange år var der tale om udmærkede, men spredte aktiviteter, ofte drevet af enkeltpersoners store engagement. Som det fremgår af dette temanummer er kvalitetsudviklingen i sundhedsvæsenet inde i en vældig modningsproces. Der lægges handlingsplaner for såvel hospitaler som almen praksis og opbygges strukturer for implementering og yderligere tiltag. Metoder til gennemførelse og monitorering af initiativerne er under udvikling. Det drejer sig i høj grad om ændring af menneskelig adfærd og vaner – en vanskelig øvelse, men mange gode kræfter arbejder for sagen. God læselyst.

Temaet er en fortsættelse fra forrige uge, nummer 20.

John Sahl Andersen, redaktør.

Virker kampagner for patientsikkerhed og bedre kvalitet?

Reservelæge Anne Regitze Hartmann Hamilton, sygeplejerske Vibeke Rischel & ledende overlæge Beth Lilja

STATUSARTIKEL

Dansk Selskab for Patientsikkerhed

Til trods for at mængden af publicerede videnskabelige artikler, der er baseret på randomiserede, kontrollerede kliniske forsøg gennem mange år har været stigende, medfører dette ikke en tilsvarende acceleration i implementeringen af videnskabelig evidens. Således fastslår *Balas* & *Boren* [1], at der gennemsnitligt går 17 år fra videnskabelig evidens er publiceret til en behandling eller intervention er alment anerkendt og benyttet i klinikken.

Efter evidens er omsat til kliniske vejledninger, er der stadig en udfordring i konsekvent at omsætte viden til praktisk handling i klinikken. Rapporten *Fremstilling og formidling af NIP-data med udgangspunkt i det perfekte patientforløb* fra Det Nationale Indikatorprojekt (NIP) [2] viser, at kun knap 20% til cirka 60% af alle patienter modtager den komplette behandlingspakke, der indgår i det optimale forløb for et udvalg af sygdomme. Dette på trods af at flere af pakkerne er baseret på nationale referenceprogrammer, og af at data for flere af pakkerne er monitoreret siden 2003. Evidens og faglig konsensus medfører tilsyneladende ikke automatisk fuld implementering, og NIP-data viser ligeledes stor variation afdelinger imellem [2]. Spredning af *best practice* fra en afdeling til en anden sker således ikke af sig selv. Tilsvarende fandt *Erik Juhl* på sin rundrejse i det danske sygehusvæsen [3] et betydeligt *knowing-doing gap*, altså en kløft mellem kendskabet til gode initiativer eller *best practice* og implementeringen af disse.

I denne statusartikel diskuteres med baggrund i Operation Life (OL) [4] kampagneformen som metode til at øge patientsikkerhed og kvalitet i sundhedsvæsenet.

KAMPAGNER – HVORFOR?

Internationale erfaringer viser, at implementeringen af evidensbaserede interventioner kan accelereres betragteligt. Patientsikkerhedskampagner og -initiativer breder sig globalt (**Figur 1**) og er gennemført i blandt andet USA, Canada og Storbritannien, hvor mange hospitaler har dokumenteret fuld implementering med forbedret klinisk resultat. Eksempler på dette fra den amerikanske *100K Lives Campaign* er reduktion i bakteriæmi, der er relateret til centralvenekatetre (CVK) fra 15,3 til 5,8 pr. 1.000 CVK-dage; reduktion i respiratorrelateret pneumoni fra 2,4 til 1 pr. 1.000 respiratordage og reduktion i hjertestopkald fra 23,8 til 8,3 pr. 1.000 udskrivelser [5].

I Skotland har NHS Tayside i forbindelse med programmet Safer Patient Initiative opnået en betydelig reduktion i antallet af medicineringsfejl samt forbedret håndhygiejnen [6].

Som del i et *large-scale improvement*-projekt med fokus på patientsikkerhed i staten Michigan (USA)

blev alle voksen-intensivafdelinger inviteret til at deltage i implementeringen af en CVK-pakke, der omfattede fem evidensbaserede interventioner [7]. Deltagerandelen svarede til 85% af alle intensivsengepladser i staten. Antallet af CVK-relaterede sepsistilfælde faldt signifikant i første kvartal efter interventionen og blev fastholdt over de 18 måneders followup. Det blev konkluderet, at det er muligt at gennemføre et *large-scale improvement*-projekt med fokus på reduktion af CVK-relaterede septikæmier, men også at projektets design ikke tillader at drage en kausal relation mellem interventioner og udfald, om end flere faktorer peger i retning af en sammenhæng.

Ligesom for de udenlandske patientsikkerhedskampagner er accelereret implementering også hensigten med den danske OL-kampagne, hvis budskab er, at alle patienter skal have den optimale behandling – defineret som hele behandlingspakken – hver gang.

Det amerikanske *Institute for Healthcare Improvement* introducerede i forbindelse med *100K Lives Campaign* en kampagnemodel, der er inspireret af den struktur og systematik, der driver politiske kampagner: Et fastsat mål, der skal opnås inden for en given tidsramme. I *100K Lives Campaign* var dette mål 100.000 sparede liv på 18 måneder [8]. I OL benyttes samme kampagnemodel, og målet er blandt andet en reduktion på 3.000 i antallet af forventede dødsfald. Processen mod dette mål er dynamisk, og kampagnens formidling justeres løbende for at opnå optimal effekt.

I det danske sundhedsvæsen er borgerrettede kampagner velkendte i forhold til forebyggelse og sundhedsfremme f.eks. »6 om dagen« og »Skru ned for solen«. Uanset om en kampagne er rettet mod borgere eller sundhedsprofessionelle, er den overordnede hensigt at påvirke målgruppens holdninger og adfærd, ligesom kampagnen sigter mod at budskabet spredes hurtigt og bredt. Fælles for kampagner er endvidere, at de markedsføres med et fængende budskab såsom »6 om dagen« eller »3.000 liv«.

I modsætning til borgerrettede kampagner er kampagner, der er rettet mod sundhedsprofessionelle et relativt nyt fænomen i Danmark, og OL er den første kampagne herhjemme, der har alle sygehuse som målgruppe. Tidligere har denne type kampagne primært været afgrænset til enkelte institutioner, såsom

! FAKTABOKS

De seks kliniske pakker i Operation Life

AMI-pakken: Optimal behandling af patienter med akut myokardieinfarkt.

CVK-pakken: Forebyggelse af centralvenekateterrelaterede blodinfektioner.

Respiratorpakken: Forebyggelse af komplikationer til respiratorbehandling.

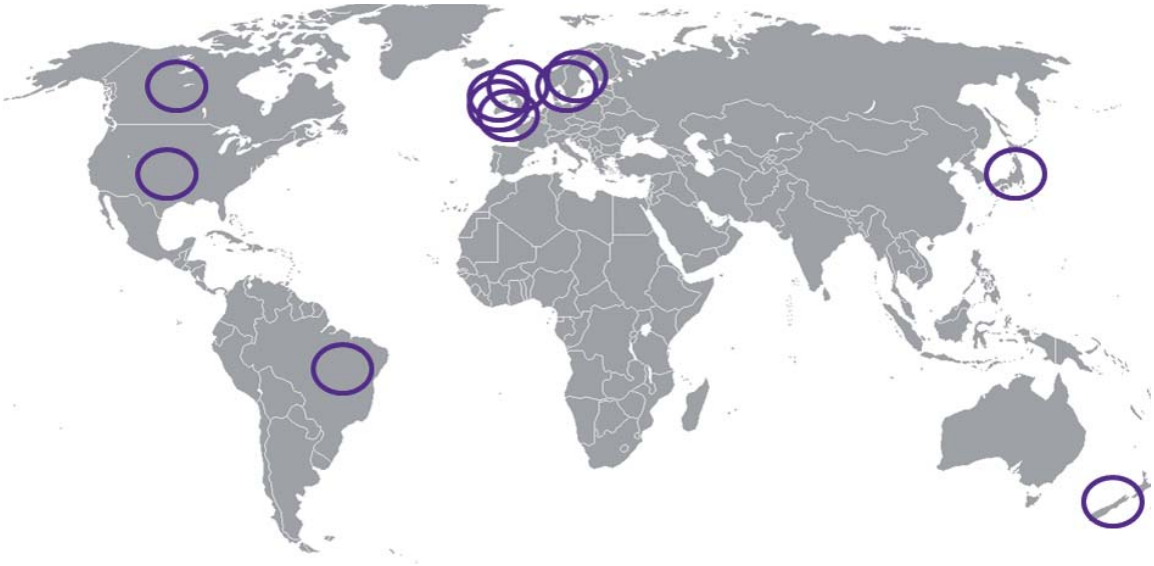
Medicinafstemning: Forebyggelse af medicineringsfejl ved overgange i patientforløb.

Mobilt akutteam: Identifikation og behandling af kritisk syge patienter uden for intensivafdeling.

Sepsispakken: Optimal behandling af patienter med svær sepsis.

FIGUR 1

Patientsikkerhedskampagner globalt.



Hovedstadens Sygehusfællesskabs håndhygiejnekampagne i 2006. Her steg forbruget af håndsprit i kampagneperioden med 35%. Kampagnen skabte endvidere debat blandt sundhedspersonalet om håndhygiejne [9].

Hensigten med kampagner i sundhedsvæsenet er øget patientsikkerhed og kvalitetsforbedring; metode og virkemidler er kontekstafhængige. Det må understreges, at formålet med kvalitets- og patientsikkerhedskampagner i sundhedsvæsenet *ikke* er at teste interventioner, der allerede betragtes som *best practice*. Fokus er derimod rettet mod at fremme implementeringen af anerkendte interventioner i klinisk praksis med henblik på at sikre bedre kvalitet og sikkerhed for patienterne.

KAMPAGNER – HVAD ER EFFEKTEN, OG KAN DEN MÅLES?

Kampagner har den metodiske udfordring, at en kausal sammenhæng mellem intervention og resultat vanskeligt lader sig dokumentere, idet interventionen ikke foregår isoleret. Dette forhold har givet anledning til kritik såvel af den amerikanske *100K Lives Campaign* som af den danske OL-kampagne [10, 11], idet det ikke er muligt at afgøre, at det er kampagnen snarere end andre faktorer, der påvirker implementeringen af de kliniske pakker og mortaliteten. På samme måde har beregningerne af redede liv i *100K Lives Campaign* mødt kritik [10, 11].

Introduktionen af en kampagne er en kompleks intervention, der påvirkes af mange faktorer såsom ledelsesinvolvering, forandringsparathed m.v. En kampagnes effekt kan derfor ikke evalueres med det klassiske randomiserede, kontrollerede forsøg, men vurderes bedst med metoder, der over tid kan måle ændringer i patientsikkerhed og kvalitet, svarende til de metoder industrien anvender til at vurdere kvaliteten i processer, f.eks. statistisk proceskontrol [12].

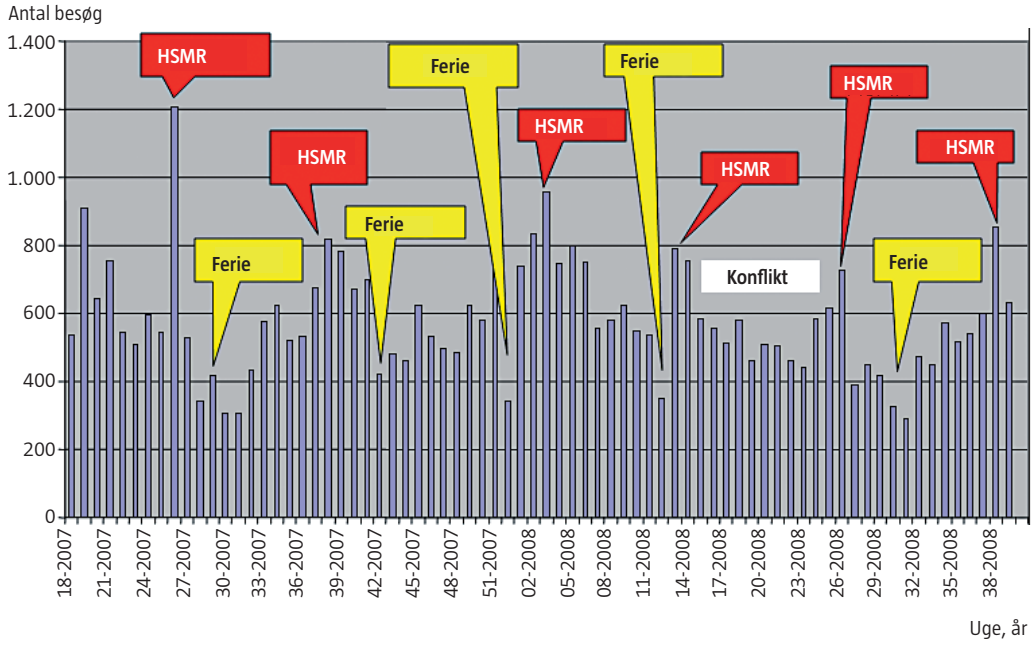
En kampagnes effekt evalueres på proces- og resultatindikatorer. I OL evalueres processen på opfyldelsen af de seks kliniske pakker, og evalueringen er baseret på afdelingernes frivillige rapportering til OL databasen. Resultaterne måles nationalt og regionalt på hospitalsstandardiseret mortalitetsrate (HSMR), som beregnes på grundlag af data fra Landspatient- og Det Centrale Personregister.

De deltagende afdelinger måler månedligt opfyldelsesgraden af pakkerne. Nogle kardiologiske og intensivafdelinger har opnået og fastholder en opfyldelse på 100% for akut myokardieinfarkt (AMI)-, respirator- og CVK-pakken. Mange afdelinger har stadig et stykke vej, inden alle patienter får alle pakkeelementer. Disse afdelinger monitorerer opfyldelse af de enkelte elementer og kan således løbende evaluere effekten af implementeringstiltagene.

Seks kvartaler efter kampagnens start er HSMR faldet fra en baseline-værdi på 100 i 2006 til 95 i 3. kvartal af 2008, hvilket svarer til godt 1.200 færre dødsfald [4]. Opgørelsen i HSMR har mødt kritik [11], blandt andet fordi metoden ikke kan dokumen-

FIGUR 2

Antal ugentlige besøg på *Operation Lifes* hjemmeside. Besøgene ses at stige ved den kvartalsvise offentliggørelse af hospitalsstandardiseret mortalitetsrate (HSMR) og at falde i ferieperioder.



tere en årsags-virknings- sammenhæng mellem pakkerne i OL og HSMR. Det er en kendsgerning, at et fald i HSMR ikke kun kan tilskrives OL men også afspejler øvrige kvalitetsforbedrende tiltag i perioden, idet effekten af OL kampagnens interventioner ikke kan måles isoleret, ligesom det heller ikke kan udelukkes, at befolkningens sundhedstilstand i perioden er bedret.

Regioner og sygehuse kan bruge egne HSMR-værdier til at evaluere effekten af lokale aktiviteter over tid, og der ses i forbindelse med den kvartalsvise offentliggørelse af HSMR et øget antal besøg på kampagnens hjemmeside samt opmærksomhed i dagspressen (**Figur 2**).

Foruden måling af opfyldelsesgraden af de seks pakker og ændringerne i HSMR har OL kampagnens undervisningstilbud og kampagnedage ifølge deltagerne øget det tværfaglige samarbejde samt vidensdeling og –spredning på tværs af afdelinger, sygehuse og regioner.

KAMPAGNER – ER DE EN SUCCES?

Det er i skrivende stund endnu for tidligt at vurdere den samlede effekt af OL. Flere afdelinger har i kampagneperioden vist, at opfyldelse af pakkerne kan forbedres hurtigt og fastholdes over tid, mens enkelte har vist sikker reduktion i respiratortid [4]. Hvad enten resultaterne kan tilskrives kampagnen eller andre kvalitetsfremmende tiltag, er forbedringer i patientsikkerhed og kvalitet i patienternes interesse.

Uanset hvor gode resultater enkelte afdelinger eller hospitaler opnår, må en kampagnes samlede succes ses i forhold til, om kampagnen spredes og implementeres uden for pionerafdelinger. I den sammenhæng må den vidtrækkende implementering af CVK-pakken i Michigan betragtes som en succes. *Fraser* [13] fremhæver, at pilotafdelinger ofte er mere forandringsparate end afdelinger generelt, hvorfor de lovende resultater fra en entusiastisk pilotafdeling kan være svære at reproducere. *Best practice* spredes, når klinikere møder hinanden og udveksler erfaringer, snarere end når viden formidles via foredrag og publikationer [14]. I OL er der skabt rammer for en sådan netværksdannelse, og der kommunikeres til stadighed kampagneinformation og -resultater, hvilket blandt andet bevirker, at pionerafdelingernes resultater kan tjene som inspiration for andre afdelinger. Spredning af kampagnen ses da også, idet nye afdelinger løbende melder sig til.

Det er hensigten, at OL-kampagnen skal accelerere implementeringen af *best practice*. Forhåbentlig vil de implementeringskompetencer, som klinikerne har erhvervet under OL, bidrage positivt ved iværksættelsen af andre tiltag f.eks. Den Danske Kvalitetsmodel. Det er endvidere ambitionen at påvirke de sundhedsprofessionelles holdninger og adfærd, så patientsikkerhed integreres og fastholdes i det kliniske arbejde fremadrettet, således at patienterne i det danske sundhedsvæsen ikke fortsat skal vente 17 år på at videnskabelig evidens implementeres i daglig klinisk praksis.

KORRESPONDANCE: *Beth Lilja*, Dansk Selskab for Patientsikkerhed, Hvidovre Hospital, DK-2650 Hvidovre. E-mail: beth.lilja@regionh.dk
ANTAGET: 1. marts 2009
INTERESSEKONFLIKTER: Ingen

LITTERATUR

1. Balas EA, Boren SA. Managing clinical knowledge for health care improvement. Yearbook of medical informatics. Bethesda: National Library of Medicine, 2000:65-70.
2. Fremstilling og formidling af NIP-data med udgangspunkt i det perfekte patientforløb. Århus: NIP-sekretariatet, 2007.
3. www.kvalitetsreform.dk (13. oktober 2008).
4. www.operationlife.dk (18. februar 2008).
5. www.IHI.org (13. oktober 2008).
6. www.patientsafetyalliance.scot.nhs.uk/alliance-news/newsitem.html?itemid=97 (7. februar 2009).
7. Pronovost P, Needham D, Berenholtz S et al. An intervention to decrease catheter-related bloodstream infections in the ICU. N Engl J Med 2006;355:2725-32.
8. McCannon CJ, Schall MW, Calkins DR et al. Saving 100000 lives in US hospitals. BMJ 2006;332:1328-20.
9. Christensen M, Kjellberg R. Evaluering af H:S håndhygiejnekampagne 2006 på hospitalerne i det tidligere H:S. Notat. Hillerød: Region Hovedstaden, 2007.
10. Wachter RM, Pronovost PJ. The 100,000 Lives Campaign: A Scientific and Policy Review. Jt Comm J Qual Patient Saf 2006;32:621-7.
11. Mainz J, Pedersen KM Er det allerede besluttet i det danske sundhedsvæsen, at Operation Life er en succes? Ugeskr Læger 2007;169:2796.
12. Berwick DM. The science of improvement. JAMA 2008;299:1182-4.
13. Fraser S. An awkward case of pilotitis. Undressing the elephant. Why good practice doesn't spread in healthcare. London: Lulu, 2007:3-10.
14. Fraser S. Growing together. Health Management 2000:10-2.