

Kvalitet og overblik

Blogindlæg på ugeskriftet.dk :: 13-02-2015

Ulrik Gerdes :: ulrik.gerdes@dadlnet.dk

»Der er ting vi ved at vi ved, og der er ting vi ved at vi *ikke* ved. Der er også ting vi *ikke* ved at vi ved, og som det fjerde: Ting vi *ikke* ved at vi *ikke* ved« [Anonym; men se fx [denne reference](#)]

Jeg har en lidt fiks idé, som [folk jeg arbejder sammen med](#) (eller [har arbejdet sammen med](#)) kender — nemlig at et godt, samlet og velstruktureret overblik over et sagsforhold eller et område er guld værd. At det i de fleste sammenhænge er umuligt, meningsløst eller meget ineffektivt at manøvrere rundt, hvis der ikke findes (eller man ikke selv har konstrueret) et godt overblik over tingene: En oversigt, et mentalt landkort eller en samlet model for, hvordan helheden ser ud og hvordan tingene hænger sammen.

Det gælder i høj grad, når vi taler om kvalitet i sundhedsvæsenet, herunder patientsikkerhed. Kvaliteten af patientbehandlingen begynder hurtigt at halte, hvis overblikket over et konkret patientforløb eller overblikket over et flow af patienter enten mangler, er flimrende eller begynder at krakelere.

Helt det samme gælder for kvaliteten af kvalitetsudviklingsaktiviteterne i sundhedsvæsenet bag den kliniske frontlinje (hvor jeg findes). Hvor problemerne dog sjældent går ud over patienter, i hvert fald ikke direkte eller umiddelbart, men hvor manglende eller usikre overblik over et konkret kvalitetsudviklingsprojekt, overblikket over en større opgaveportefølje, eller en svag og flimrende viden om emner, sagsforhold og nye metoder kan være hæmmende eller direkte ødelæggende for udviklingen.

Et overblik over det følgende

Tro mod min trang til orden, har jeg disponeret teksterne det følgende i fire afsnit —

- Overblik over det enkelte, konkret patientforløb
- Overblik over de mange patienter
- Overblik over det enkelte kvalitetsudviklingsprojekt
- Overblik over de mange kvalitetsudviklingsprojekter

Men tingene hænger også sammen, som jeg håber det vil fremgå.

Det enkelte, konkrete patientforløb

Mange fejl i sundhedsvæsenet — de vi med en eufemisme har valgt at kalde »utilsigtede hændelser« — skyldes ofte manglende overblik over hele patientforløbet. Fejlene rammer især patienter med kroniske lidelser og patienter med flere forskellige sygdomme, og indtræffer især når ansvaret for patientbehandlingen forsøges delt mellem forskellige sektorer: Ingen har et samlet overblik over tingene, eller føler et tilhørende ansvar for helheden; og ud over distinkte, skadevoldende fejl, medfører det ofte en masse logistiske problemer og spild. Især af patienter og pårørendes tid, der tilsyneladende ofte betragtes som et uudtømmeligt kar af tålmodighed: Hvad pokker har de dog andet at give sig til, end at tilbringe deres tid med at vente på os?

Betydningen af et godt overblik bliver fx også meget tydelig i situationer, hvor en læge skal afveje et hensyn til den organisatoriske effektivitet [afvikling af et patient-flow] op mod et

hensyn til sin faglige grundighed [sin omhyggelige undersøgelse og sit empatiske engagement i den enkelte patients sygehistorie], fx i en travl akutmodtagelse: [Pendulet svinger ofte over til fordel for effektivitet](#), hvis det er for tidsrøvende at skaffe sig et solidt, fagligt overblik over den enkelte patients sygehistorie.

- Og det kan være skræmmende, set fra patienternes synsvinkel. Som et nært familiemedlem, der fik sig en småfarlig tur i en akutmodtagelse (eller »tørretumbleren«, som hun kaldte den) på et universitetshospital sidste sommer beskrev det: *»Der var ingen sammenhæng i tingene! De hørte ikke på hvad jeg sagde, og talte åbenbart heller sammen. Hvor var overblikket? Jeg følte mig meget utryg!«*

De mange patienter

Der er knald på omsætningen af ydelser i sundhedsvæsenet, og den stiger i de kommende år; med de udfordringer produktionskravene skaber i forhold til hensynet til det enkelte, syge menneske. Især i forhold til den type af patienter, som i stigende grad forventes at 'belaste sundhedsvæsenet', dvs. netop at have brug for ydelserne: [De ældre, ofte ret skrøbelige medborgerne med multiple helbredsmæssige problemer](#).

De bliver hvirvlet ind i et system, som slet ikke er designet og gearet til at tumle netop deres problemer, set fra deres synsvinkel [...], men som kører løs med en forældet model fra forrige årtusinde. Og hvor de ældre ofte bliver tæsket rundt i lange, diskontinuerede forløb, som hverken de selv, deres pårørende eller det involverede sundhedsfaglige personale har fuldt overblik over, eller kan administrere.

Og hvor de enkelte, accelererede forløb bliver stadig kortere og mere informations-intensive, med det ikke overraskende resultat, at kæderne af vigtige informationer om patienterne og deres behandlingsplaner ustandseligt hopper af undervejs i de tilsvarende mange overgange: Både når patienterne fx bliver fragtet rundt mellem forskellige afdelinger på et sygehus, men især når de med jævne mellemrum bliver sparket ud i det ingenmandsland (eller minefelt, om man vil), der kaldes 'tværsektorielt samarbejde'.

Nu er der heldigvis ikke grund til at være *alt* for negativ: Der er kloge mennesker på banen for at gøre noget ved tingene, og der findes it-værktøjer, som kan bruges til at få styr på problemerne med kontinuitet i informationshåndteringen.

Det enkelte kvalitetsudviklingsprojekt

Jeg kom næsten [...] til at fnise under et møde sidste år, og sad i hvert fald og grinede smørret, mens der blev præsenteret og diskuteret et kvalitetsudviklingsprojekt, som havde det erklærede formål, at forsøge at afhjælpe nogle de ovenstående problemer med overblik over komplicerede patientforløb.

Der blev fx talt om den vigtige betydning af dialog, kommunikation, kontinuitet, koordination, samarbejde, sammenhæng, samordning og tværfaglighed, for at få tingene til at fungere bedst muligt for patienternes ve og vel.

Men det blev samtidig mere og mere tydeligt, efterhånden som mødet skred frem, at selve kvalitetsudviklingsprojektet var plaget (eller nærmest vingeskudt) af helt de samme problemer, som man forestillede sig kunne at forbedre for patientbehandlingen i den kliniske frontlinje: Der fandtes *ikke* en effektiv dialog, kommunikation var uklar, kontinuiteten var tvivlsom etc. etc.

Der var i øvrigt heller kommet noget videre ud af projektet, så vidt. Problemet med projektet var, naturligvis, at man ikke var startet med at bruge god tid på [at beskrive en ordentlig programteori \(en eksplicit kausal-logisk model\)](#), og fastlægge regler, standarder og metoder for hvordan projektet skulle afvikles, dvs. at følge de helt grundlæggende regler for projektstyring.

Og at man heller ikke — og det er min lille kæphest — havde tænkt på at etablere nogen form for dedikeret it-understøttelse af projektet: Det hele måtte vel kunne klares med traditionelle mails og vedhæftede filer i stride strømme, ikke?

Men nu skal jeg være *positiv* igen: Mens vores kvikke kolleger i den kliniske frontlinje tit tumler med ofte trælse sundheds-it-systemer, for at forsøge at skabe og at holde sammen på deres overblik over vigtige informationer, er vi i baggården omvendt privilegerede med adgang til yderst velfungerende & meget robuste it-systemer til håndtering af alle vores typiske typer af opgaver. *Vi skal bare lære at udnytte dem mere effektivt!*

De mange kvalitetsudviklingsprojekter

Kvalitetsudviklingsmiljøet i det danske sundhedsvæsenet er uden sammenligning noget af det mest alsidige, dynamiske, komplicerede, krævende og spændende jeg har oplevet i mit liv.

Men det er samtidigt også et underligt amatøragtigt, famlende og rodet miljø, som fx halser mindst 5 år efter udviklingen i de tilsvarende udviklingsmiljøer i fx Australien, Canada, Storbritannien, Sverige og USA, hvad angår forsøgene på at skabe gode overblik over kvalitetsproblemerne i sundhedsvæsenet, *at måle på*, at prioritere og at slå ned på de væsentligste problemer; og især at udvikle effektive, evidensbaserede metoder til at gøre noget ved problemerne!

Kvalitetsudviklingsmiljøet i Danmark er også, på godt og ondt, præget af et uoverskueligt mix af energiske aktører med rødder i hel- og halvoftentlige institutioner, selskaber med donationer fra hel- og halvprivate fonde, og fx også af topembedsmænd og politikere i regionerne og i Danske Regioner.

Er kvalitetsudviklingsaktiviteterne blevet et *noget overskueligt, dårligt orkesteret rod*, som af mange i den kliniske frontlinje blot opleves som 'Denne Månedes Smag'...?

- *»Nå...? Endnu et nyt projekt, som angiveligt kan redde endnu flere af vores patienter fra at dø. Fint nok, men gad vide om vi ender med at skyldte nogle døde væk?«*

Epilog: Overblik & kompleksitet

Sundhedsvæsenet er en kompleks, dynamisk, adaptiv socioteknisk organisation — og jeg er af og til stødt på det argument, at organisationen er *for* kompleks til at det er meningsfuldt at forsøge at danne sig et retvisende overblik over dens struktur og funktioner, især hvis man har ambitioner om at holde overblikket løbende opdateret.

Er argumentet ikke noget værre vrøvl? Det bør vel være omvendt: Hvis noget er komplekst (indviklet, uoverskueligt), skal man jo *netop* gøre en indsats for at forsøge at få styr på tingene, og at skabe et overblik.

Tænk hvis kartograferne i tidernes løb havde haft samme holdning?

- *»Tegne et verdenskort? Er du bims? Der findes jo en rædsomt masse lande, have, øer, floder, bjerge og hvad ved jeg! Det er alt for kompliceret, og hvad forestiller du dig at kortet ville kunne bruges til?«*