

Kvalitet: Om evaluering af forbedringsarbejder

Blog på ugeskriftet.dk

Ulrik Gerdes :: ulrik.gerdes@dadlnet.dk :: @ulrikgerdes

[Indlægget blev publiceret på ugeskriftet.dk den 04-10-2016]

»*Supposing is good, but finding out is better*« [Mark Twain; 1835-1910]

Det er interessant at beskæftige sig med kvalitetsforbedringsarbejde i sundhedsvæsenet i disse år, og der flere ting at glæde sig over —

- For det første er det blevet helt tydeligt, at man på alle ledelsesniveauer i sundhedsvæsenet, og især helt oppe på broen på supertankeren, har skubbet New Public Management navigationsudstyret lidt til side og har grebet roret for at dreje kursen over mod kvaliteten af patientbehandlingen, og især [forsøger at pejle efter hvad patienterne foretrækker og hvordan patienterne oplever at rejse med skibet](#).
- For det andet har vi de seneste 5-10 år fået betydeligt bedre indsigt i *hvordan* kvalitetsforbedringsarbejde i et komplekst, adaptivt socioteknisk system som sundhedsvæsenet [1] bedst designes og implementeres for at virke efter hensigten. Det videnskabelige grundlag på området er ekspanderet med en imponerende hastighed [2-7], og har medført en efterlyst professionalisering og evidensbaseret af forbedringsarbejdet [8].
- Og for det tredje, og det hænger tæt sammen det foregående [9], er der udviklet en langt større forståelse for betydningen af at evaluere kvalitetsforbedringsarbejde, dvs. at søge svar på det naturlige spørgsmål: *Virker det så?* Det er et spørgsmål især læger gerne vil have svar på, fordi vi er opdragede i et udmærket videnskabeligt paradigme: Vi vil jo gerne se noget evidens.

Evaluering af kvalitetsforbedringsarbejde er særdeles relevant i en tid med mange nye, store og små, generelle og mere specifikke (fx vedrørende patientsikkerhed eller særlige patientgrupper), nationale, regionale og lokale initiativer (aktiviteter, indsatser, projekter) på vej eller undervejs: Det er vigtigt, så hurtigt og effektivt som overhovedet muligt, at kunne få sorteret dét der virker fra dét der *ikke* gør.

Der er nemlig en betydelig risiko for, som det er påvist i undersøgelser andre steder [10], at der fx kan udvikle sig alvorlig frustration i de kliniske frontlinjer — hvor meget kvalitetsforbedringsarbejde i sidste ende skal effektueres— hvis de mange forskellige initiativer bliver et uoverskueligt rodsammen af ikke-evalueret skidt og kanel [11]. Det kan især belaste mellemledere (fx afdelingsledelser), som skal balancere mellem, på den ene side, at sikre den daglige drift i deres resort, og på den anden side gerne vil (eller skal) involvere sig selv og deres personale i kvalitetsforbedringsarbejde. Som ofte er ganske tids- og resursekrævende [7].

Generelt om evaluering, og om det følgende

Der findes enormt meget viden om evaluering i al almindelighed, og efterhånden også en masse godt om evaluering af kvalitetsforbedringsarbejde i sundhedsvæsenet. Den viden vil jeg selvsagt ikke forsøge at opsummere i et blogindlæg, men vil slå ned på nogle udvalgte aspekter og diskussioner af emnet, baseret på et par dusin gode publikationer fra det seneste år: Ting der har fået mig til at tænke nyt.

For folk der ikke orker læse videre herfra, men alligevel gerne vil vide lidt mere om emnet, kan jeg varmt anbefale [The Health Foundations](#) lille overskuelige publikation fra 2015 — »*Evaluation: what to consider*«.

Evalueringen af et kvalitetsforbedringsarbejde skal indbygges i designet af indsatsen

Det forekommer ikke læger hverken besynderligt eller overraskende, at man bør indbygge grundlaget for en evaluering i selve designet af et tiltænkt forbedringsarbejde, dvs. at man helt fra starten opstiller nogle klart definerede mål for hvad arbejdet håbes at kunne medføre. Og etablerer et passende system til indsamling og analysering af relevante data, som kan vise om målene nås: Princippet findes jo fx indlejret i DNA'et for den klassiske randomiserede kliniske undersøgelse [se mere nedenfor].

Udvikling af en sund evalueringskultur i sundhedsvæsenet

Jeg faldt over et særdeles udmærket blogindlæg af [Louise Thomas på The Health Foundations website](#) i maj, hvori hun reflekterer over dette tema, kort efter at have deltaget i en konference i [The UK Evaluation Society](#).

Hun når frem til tre pointer —

- For det første, at en evaluering kan ses som mest kraftfuld, når den understøtter og sætter rammer for læringsaktiviteter.
- For det andet, at en evalueringskultur kræver *people power*.
- Og sidst, men ikke mindst: »*Perhaps the most important thing we can do to build a culture of evaluation, is to be brave and bold enough to prioritise reflection over doing*«.

Eller »*Don't just do something*«, som titlen på hendes blogindlæg hedder; eller i min udlægning: Lad være med straks at kyle sadlen på hesten og bare galopere ud over stepperne, eller at »[go] flying by the seat of your pants« [3], men brug god tid på at tænke over hvor du vil hen (målet), hvordan du har tænkt at nå frem (teorien, metoden) og hvordan du vil sikre sig at du bevæger dig i den rigtige retning (målinger).

Kan man bruge den randomiserede kliniske undersøgelse som skabelon til evaluering af kvalitetsforbedringsprojekter?

Både ja og nej. Man kan godt *sigte efter* at bruge grundprincipperne, og bør måske gøre det, men skabelonen (evalueringsmodellen) er vanskelig at bruge i praksis, fordi det fx er svært at randomisere patienter og at blinde aktører i kvalitetsforbedringsprojekter, som typisk er knyttet til grupper (miljøer) og ikke enkeltindivider, og fordi gode evalueringer af kvalitetsforbedringsarbejde oftest kræver brug af *mixed methods*, dvs. en blanding en kvantitative og kvalitative metoder [10].

Men der findes tilnærmede metoder til formålet, som er værd at kende og kan bruges i nogle sammenhænge [12, 13].

Kan effekterne af komplekse interventioner i komplekse systemer overhovedet evalueres?

En kompleks intervention i et komplekst, adaptivt socioteknisk system kan lyde som en sikker opskrift på en helt uforudsigelig effekt, dvs. en kaotisk konsekvens: Man kan umuligt regne ud hvad det ender med.

Men så galt er det nu ikke, for der er nogle fornuftige strategier —

- Man skal forstå kompleksiteten af sundhedsvæsenet, og fx afstå fra at anlægge simple tekniske, rationelle, deterministiske og reduktionistiske synsvinkler på mulighederne for at forbedre det, og siden at evaluere effekterne: Der er brug for omhyggelige, teoridrevne og 'tykke' beskrivelser af virkeligheden: *Hvad virker, hvordan, hvorfor, for hvem, i hvilken grad og i hvilken kontekst?* [14]
- Og flere gode betragtninger af samme skuffe, fx med den afsluttende bemærkning, at »*Whatever the resources and timescale, careful thought at the start of a project will pay dividends*« [11].

Evalueringer kan i sagens natur blive udfordrende, især hvis man ser på omfattende kvalitetsforbedringsprogrammer i store organisationer, men håbløse er opgaverne aldrig, som en helt dugfrisk, netop publiceret undersøgelse fra England viser [15].

Er det virkeligt nødvendigt at evaluere små, lokale kvalitetsforbedringsarbejder baseret på 'almindelig sund fornuft'...?

Ja, det er! Og det skyldes kompleksiteten i sundhedsvæsenet og kompleksiteten i dets interaktioner med patienterne [16]. Det er nødvendigt at evaluere forbedringsarbejder i en helhed: Det kan godt være, at det kan lykkes at fikse et eller andet lokalt kvalitetsproblem, men der er altid en risiko for at en løsning medfører voksende problemer et andet sted i systemet, dvs. at man bare skubber rundt med aben: Hvilket sjældent (eller aldrig) kommer patienterne til gode. Snarere tværtimod.

Jeg har flere gange oplevet, at folk glider af på kritiske spørgsmål til de reelle, dokumenterede (evaluerede) effekter af deres ihærdige kvalitetsforbedringsarbejder med et skuldertræk og en undskyldende bemærkning om at »*Nu er dette hér jo ikke raketvidenskab...*«, underforstået: Vi har mudret os frem efter bedste evne og det skulle vel være godt nok, ikke?

Nej! Der bliver vendt op og ned på præmisserne: Raketvidenskab er kompliceret, bevares, men trods alt betydeligt lettere at have med at gøre end interventioner i komplekse, adaptive sociotekniske systemer [1, 17].

Mange forskellige interessenter: Hvem skal inddrages i en evaluering?

Så mange som overhovedet muligt: Der er mange gode argumenter for at få alle interessenter i et kvalitetsforbedringsarbejde med omkring bordet, når resultaterne skal evalueres [18].

Jeg faldt for nylig over et interessant studium fra Sverige, hvor man undersøgte (*post hoc*) patienternes oplevelser af effekterne af implementering af lean-principper og -projekter i en række centre i primærsektoren [19]. Forventningen var, som det jo er knyttet til den grundlæggende idé med lean, at kundernes (*in casu*: patienternes) tilfredshed med de leverede produkter/services ville forbedres som resultat af indsatsen: Men tænk engang, om ikke de utaknemmelige bæster viste sig at være ligeglade!

Når kvalitetsforbedringsarbejder søsættes som sikre succeser: Problemet med »det yndige barn«

Planlagte eller nyligt søsatte kvalitetsforbedringsprogrammer, -projekter, -indsatser etc. i sundhedsvæsenet, store såvel som små, har en tendens til altid at blive udråbte som næsten sikre succeser, som med stor sikkerhed fx vil kunne redde mange patienters liv og helbred, bedre arbejdsforholdene for et belastet sundhedsfagligt personale og/eller spare penge.

Det er fuldt forståeligt, at man gerne vil have (eller skabe) medvind ved iværksættelsen af kvalitetsforbedringsarbejder, både for at kunne legitimere forbruget af de ekstra resurser

den slags uvægerligt kræver, og for at aktivere og/eller stimulere det kliniske frontlinjepersonales helhjertede engagement i arbejdet. Som er et *sine qua non* for succes, dvs. en kraft uden hvilken alt falder fra hinanden: Som tidligere sagt er kvalitet i sundhedsvæsenet noget der primært udfolder sig i den kliniske frontlinje, dvs. dér hvor patienterne interagerer med systemet.

Men man skal være varsom med at bruge *for* meget varm luft til at skabe medvind i kvalitetsforbedringsarbejder, især hvis man vil sikre sig lægers engagement i arbejdet: Vi er opdragede til (eller ligefrem indoktrinerede til), som tidligere nævnt, altid at forholde os kritisk til tingene. Og er tilbøjelige til (...jeg er i hvert fald...) at få en grim smag i munden, hvis et helt splinternyt og uprøvet initiativ udbasunerer som en født succes: Vi vil se dokumentation for effekterne, før vi sænker skuldrene og begynder at se med milde øjne på aktiviteterne.

Professor [Mary Dixon-Woods](#) fra University of Cambridge diskuterede fænomenet »konspiratorisk entusiasme« i et foredrag på [en temadag den 21-09-2015](#) i Forskningsnetværk for Patientsikkerhed og Kvalitet i Sundhedsvæsenet om evaluering af komplekse interventioner i sundhedsvæsenet, med reference til [Donald T. Campbell \(1916-1996\)](#). Hun kaldte også fænomenet »*The lovely baby syndrom*«, med henvisning til nybagte forældres oftest lidet objektive (endsige kritiske) bedømmelser af deres afkoms fremtoning og egenskaber.

Referencer

1. Plsek PE, Greenhalgh T. Complexity science: The challenge of complexity in health care. *BMJ* 2001;323(7313):625-628.
2. Goodman D, Ogrinc G, Davies L, et al. Explanation and elaboration of the SQUIRE (Standards for Quality Improvement Reporting Excellence) Guidelines, V.2.0: examples of SQUIRE elements in the healthcare improvement literature. *BMJ Qual Saf* 2016.
3. Davidoff F, Dixon-Woods M, Leviton L, et al. Demystifying theory and its use in improvement. *BMJ Qual Saf* 2015;24(3):228-238.
4. Nilsen P. Making sense of implementation theories, models and frameworks. *Implementation science* : IS 2015;10(1):53.
5. Reed JE, McNicholas C, Woodcock T, et al. Designing quality improvement initiatives: the action effect method, a structured approach to identifying and articulating programme theory. *BMJ Qual Saf* 2014;23(12):1040-1048.
6. Dixon-Woods M, Bosk CL, Aveling EL, et al. Explaining Michigan: developing an ex post theory of a quality improvement program. *Milbank Q* 2011;89(2):167-205.
7. Pannick S, Sevdalis N, Athanasiou T. Beyond clinical engagement: a pragmatic model for quality improvement interventions, aligning clinical and managerial priorities. *BMJ Qual Saf* 2016;25(9):716-725.
8. Mainz J, Johnsen SP, Bartels PD. På vej mod evidensbaseret kvalitetsudvikling. *Ugeskr Laeger* 2010;172(10):790-794.
9. Dixon-Woods M, McNicol S, Martin G. Ten challenges in improving quality in healthcare: lessons from the Health Foundation's programme evaluations and relevant literature. *BMJ Qual Saf* 2012;21(10):876-884.
10. Dixon-Woods M, Baker R, Charles K, et al. Culture and behaviour in the English National Health Service: overview of lessons from a large multimethod study. *BMJ Qual Saf* 2014;23(2):106-115.

11. Lamont T, Barber N, Pury J, et al. New approaches to evaluating complex health and care systems. *BMJ* 2016;352:i154.
12. Shojania KG. Conventional evaluations of improvement interventions: more trials or just more tribulations? *BMJ Qual Saf* 2013;22(11):881-884.
13. Parry G, Power M. To RCT or not to RCT? The ongoing saga of randomised trials in quality improvement. *BMJ Qual Saf* 2016;25(4):221-223.
14. Wears RL. Improvement and evaluation. *BMJ Qual Saf* 2015;24(2):92-94.
15. Power M, Brewster L, Parry G, et al. Multimethod study of a large-scale programme to improve patient safety using a harm-free care approach. *BMJ open* 2016;6(9):e011886.
16. Ramsay AI, Fulop NJ. Why evaluate 'common sense' quality and safety interventions? *BMJ Qual Saf* 2016;25(4):224-225.
17. McCulloch P. Patient safety and rocket science. *BMJ Qual Saf* 2016;25(8):562-564.
18. Leviton LC, Melichar L. Balancing stakeholder needs in the evaluation of healthcare quality improvement. *BMJ Qual Saf* 2016;25(10):803-807.
19. Poksinska BB, Fialkowska-Filipek M, Engstrom J. Does Lean healthcare improve patient satisfaction? A mixed-method investigation into primary care. *BMJ Qual Saf* 2016.