

# Om målinger af kvalitet

Blogindlæg på [ugeskriftet.dk](http://ugeskriftet.dk)

Ulrik Gerdes :: [ulrik.gerdes@dadlnet.dk](mailto:ulrik.gerdes@dadlnet.dk)

Dette indlæg er publiceret tre afsnit på Ugeskrift for Lægers blog, nemlig —

- Den [24-02-2014](#),
- Den [11-03-2014](#), og
- Den [12-03-2014](#)

Da det kan være nemmere at læse indlægget i sin helhed, har jeg tilladt at publicere teksten på [mit eget website](#). Eventuelle kommentarer bedes skrevet til de publicerede indlæg på Ugeskrift for Lægers blog.

## Indledning

»In God we trust, all others bring data« (*William Edwards Deming, 1900-1993*)

Der har været meget fokus på målinger af kvalitet de seneste måneder, og især på alle de mange registreringer (eller dokumentationer) der skal foretages af personale i den kliniske frontlinje som led i diverse kvalitetsudviklingsbestræbelser. Emnet var fx også temaet for en [konference i Forskningsnetværk for Patientsikkerhed og Kvalitet i Sundhedsvæsenet](#) i september 2013, for [Center for Kvalitets årlige Kvalitetsdag](#) i november 2013 og for [Årsmødet i Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren](#) i januar 2014.

Jeg følger af indlysende grunde flittigt med i hvad der bliver sagt og skrevet om målinger af kvalitet rundt omkring, og om kvaliteten af målinger af kvalitet, for den sags skyld. Der kommer meget godt og klogt frem om emnet, eller dele af det, men sagens kerne kan nogle gange have en tendens til at glide ud af synfeltet og overblikket kan blive lidt flimrende.

Så må man læne sig lidt tilbage i stolen og tænke, og derefter læne sig frem og tegne modeller af tingene. Det sidste er effektivt, uanset om modellerne bliver gode eller ej, bl.a. fordi man hurtigt opdager, hvis der er noget i ens overvejelser som ikke hænger sammen.

## Sagens kerne

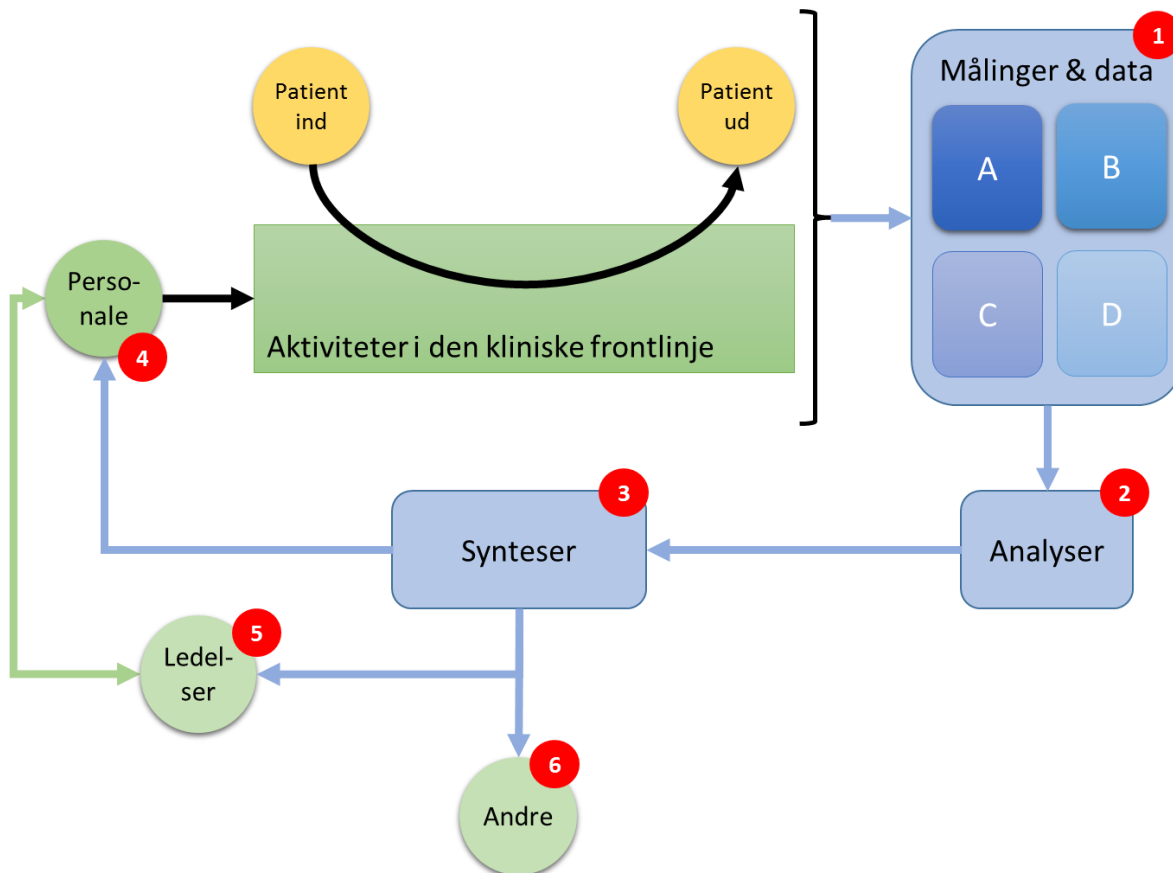
Kvalitet i sundhedsvæsenet, og herunder patientsikkerheden, skal måles på det der sker i [den kliniske frontlinje øverst i systemet](#), dvs. dér hvor patienterne findes og interagerer med det i kortere eller længere tid (se figuren nedenfor).

Og der er ingen vej udenom: Kvalitetsforbedringer kræver målinger! Og det skal være ordentlige målinger, som producerer gode, valide data. Målinger er nødvendige for at identificere og karakterisere de problemer, der skal gøres noget ved, og for at sætte sig realistiske mål. Og de er selvsagt også strengt nødvendige for at kontrollere om iværksatte forbedringstiltag nu også har den ønskede effekt. Man kan diskutere om forbedringsarbejde ligefrem skal baseres på målinger i randomiserede kontrollerede studier, som *Kaveh Shojania* gjorde det i [en leder i BMJ Quality and Safety](#) i september 2013, men det kan være fornuftigt at tænke i de baner.

Uden ordentlige målinger bliver kvalitetsforbedringsarbejde *random walk*, som ikke alene kan medføre et rædsomt spild af resurser, men i værste fald også kan medføre det modsatte af det tilstræbte, dvs. dårligere resultater for patienterne.

Det følgende er et forsøg på at skabe et overblik over nogle af de vigtigste informationer og synspunkter om måling af kvalitet, der er fremført i forskellige sammenhænge. Og nogle af mine egne.

Overskrifterne henviser til numrene i denne figur —



## Målinger og data (#1)

Man kan definere 4 kategorier (A, B, C og D), baseret på hvem der udfører arbejdet og om målingerne, eller registreringerne som det ofte kaldes, vedrører kliniske resultater eller ej.

### Kategori A

Det er målinger og data (indikatorer) som vedrører de kliniske resultater for patienterne, og som primært udføres af klinisk personale (eller deres støttefunktioner). Data opsamles i patientjournaler som led i det daglige kliniske arbejde og/eller i diverse centrale og lokale kliniske databaser, og omfatter fx også registreringer af skadevoldende utilsigtede hændelser (fejl).

Denne kategori af målinger og de tilhørende data kan betragtes som de vigtigste i kvalitetsudviklingsarbejde, fordi de relaterer sig selve meningen med at drive et sundhedsvæsen, nemlig at gøre en positiv forskel for patienterne. Og bortset fra at klinisk personale kan være forbandet over ofte at skulle registrere de samme data flere forskellige steder, opfattes opgaverne som både selvfulgelige og meningsfulde.

Kategorien har en tvilling, som vi kommer til at se mere og mere til i fremtiden, nemlig patienter og pårørendes målinger (vurderinger) af kvaliteten af de leverede ydelser og de opnåede resultater. Her tænker jeg ikke på årligt gennemførte, stikprøvebaserede patienttilfredshedsundersøgelser, men på folks løbende bidrag med informationer til deres egne journaler.

## Kategori B

Kategorien vedrører også kliniske resultater, men opgaverne med målingerne udføres ikke som led i det almindelige kliniske arbejde, og foretages oftest (men ikke altid) af personale fra de lavere lag i sundhedsvæsenet, fx af kvalitetsmedarbejdere. Eller af eksterne aktører.

Der kan være tale om målinger med fokus på udvalgte problemstillinger, fx forekomsten af tryksår, fald eller hospitalserhvervede infektioner, men kan også vedrøre mulige patient-skader i al almindelighed, fx med brug af værktøjet »[Global Trigger Tool](#)«, eller gransknin-ger af [patientdødsfald, for at vurdere deres mulige forebyggelighed](#).

Arbejdet kan være baseret på kliniske undersøgelser af patienterne eller (oftest) på journal-gennemgange, og kan være mere eller mindre standardiseret og projektorienteret. Data samles næsten altid kun lokalt og/eller i særskilte projektdatabaser.

## Kategori C

Kategorien omfatter det kliniske personales registreringer af udførte aktiviteter, også kaldet procesmålinger. Data opsamles i patientjournaler som led i almindelig journalføring og/eller i parallelle systemer, inklusive kliniske databaser og patientsikkerhedsdatabaser.

Der kan findes mange procesmålinger, især i sygehusvæsenet, og det er mit indtryk, at det i særdeleshed er den slags [personalet i den kliniske frontlinje efterhånden finder voldsomt tidsrøvende og ofte meningsløse](#), især hvis arbejdet indebærer registreringer af de samme data i flere forskellige systemer: »*Vi bruger efterhånden mere tid på at registrere det vi gør, end at gøre det vi registrerer*« (anonym).

Målingerne er desværre nemme at opfinde for energiske folk nede i diverse ledelseslag og kvalitetsafdelinger (»[the busy quality and safety industry](#)«), og at få pålagt folk oppe ved fronten at udføre. Og kan være svære at slippe af med igen, hvis de først er kommet ind i rutinen og fx er blevet bygget ind i et modul i en elektronisk patientjournal.

I forhold til kategori A og B er procesmålinger kun proxymålinger af kvalitet. De kan fortælle hvad folk foretager sig (med patienterne), men ikke hvad der kommer ud af det (for patienterne). Det kan være udmærket i mange sammenhænge, forudsat at resultaterne af procesmålingerne er tæt kobledede til de sandsynlige kliniske resultater og/eller hvis proces-serne er knyttet til særlige risici for patienterne og/eller hvis udførelsen af registreringerne (dokumentationerne) understøtter gennemførelsen af en god proces: Tjeklister i forbindelse med operationer er et eksempel.

Procesmålinger kan let perverteres. Mens det er fagligt uacceptabelt at sjuske eller fuske med målinger af kliniske resultater, kan det være omvendt med procesmålinger, især hvis de opfattes som meningsløse bureaukratiske påfund og påbud. Eller hvis man arbejder under tidspres. Jeg har fx hørt historier fra England om forhåndsudfyldte tjeklister på opera-tionsafdelinger, og om sjusk og systematiske fiksfakserier med registreringer af tidspunk-terne for undersøgelser og iværksættelse af behandlinger af akutte patienter, eller med de indlæggelsesdiagnoser man har anvendt. Alene for at få resultaterne til at tage sig accep-table ud i øjnene på opfinderne af kvalitetsmålingerne.

## Kategori D

Den sidste kategori af målinger og data stammer overvejende fra patientadministrative systemer, dvs. fra procesmålinger, som rutinemæssigt udføres (beregnes) af forskelligt administrativt personale, skønt klinisk arbejdende personale bidrager med et vigtigt råmateriale i form af kodninger. Målingerne vedrører fx ventetider, belægningsprocenter, indlæggelsesvarigheder, aflysninger og genindlæggeshyppigheder.

Der udføres imidlertid også en del sporadiske procesmålinger (og registreringer af mere statiske, strukturelle forhold) i forbindelse med systematiske gennemgange (*audits*,

*surveys, reviews*) af forholdene i sundhedsvæsenet, fx som led i [akkrediteringsarbejde](#) eller lokale kvalitetsudviklingsprojekter.

Man kunne også inkludere hvad jeg vil kalde proxy-proxymålinger af kvalitet, nemlig informationer om fx ledelsesmæssige forhold, personaleudskiftningshyppigheder, sygefravær, anvendelse af vikarer og personale-til-patient ratioer i centrale funktioner, samt resultater af arbejdsmiljøundersøgelser og incidensen af klagesager. Flere undersøgelser har nemlig vist — hvad der ikke er overraskende — at der er en tydelig sammenhæng mellem de forhold der afspejles i sådanne målinger og kvaliteten af de sundhedsfaglige ydelser der leveres. Også når kvaliteten går helt i bund, som det fx sås i [skandalen på Mid Staffordshire NHS Foundation Trust](#) i England for år tilbage.

## Analyser (#2), og Synteser (#3)

Alle de mange (dejlige) data der indsamles bør selvsagt bruges til noget fornuftigt, og de første trin må være at få dem trukket ud af diverse systemer og at analysere dem. Det kan være desværre være lettere sagt end gjort, af forskellige årsager.

En af de væsentlige barrierer (eller måske *den* væsentligste) er spredningen af data på mange forskellige systemer, både centrale og især lokale. En anden årsag er manglen på kapacitet, herunder computerkraft, og kompetencer til at analysere data. Men der er også andre barrierer, som [Søren Neermark & Morten Bay-Nielsen](#) har beskrevet i en artikel i [Ugeskrift for Læger](#) i oktober 2013.

## Hvad gør man andre steder i Verden?

Det er ikke isolerede danske problemer, men også noget man tumler med [andre steder i Verden](#). Og forsøger at løse.

Jeg har set forskellige smarte systemer i USA, hvor man på udviklingsbasis tumler store datamængder (*»big data«*) fra sundhedsorganisationer med 9-14 millioner patienter (rørende små tal, synes de selv...). I Storbritannien har man i mange år arbejdet med forskellige modeller, både i private og i hel- og halvoffentligt institutioner: [Dr. Fosters Intelligence](#) er fx en velrenommeret kilde til informationer om kvalitet i sundhedsvæsenet, [skotterne har gang i noget spændende](#), og det særdeles udmærkede [The Health Foundation](#) har bl.a. investeret resurser i projektet [QualityWatch](#).

Og en interessant løsning med gennemanalyserede *»Data Packs«* kombineret med *»Rapid responsive reviews«* blev sidste år anvendt i en imponerende hurtigt og grundigt gennemført [undersøgelse af behandlingskvaliteten på 14 engelske sygehuseheder](#), hvor patientdødeligheden var mistænkt for at være forhøjet.

## Dansk dynamik?

Der blev ultimo november 2013 holdt en konference i regi af [Dagens Medicin](#) om *»Danske Sundhedsdata«*, hvor vi bl.a. blev introduceret til forsøget på (og meningen med...) at samle data i [esundhed.dk](#) på Statens Serum Institut, og også hørte om [Strategisk Alliance for Register og Sundhedsdata](#) [STARS\*], som den daværende minister for sundhed og forebyggelse oprettede i september 2013, med en vision om [...]

*»...at anvende data til at skabe sammenhæng, kvalitet og effektiv ressourceanvendelse i behandlingen af patienterne og ved at anvende data til skabelse af ny viden og forskning i verdensklasse«.*

Jeg noterede mig flittigt folks bemærkninger, og bliver alt i alt meget opmuntret, når jeg læser mine notater fra dagen: Vi er privilegerede med et hav af mange og gode data i Danmark, vi *har* fartøjer og vi *har* visioner. Nu skal vi bare have sat skruen i vandet.

## Noget om kvaliteten af analyser af lokale kvalitetsdata

Som nævnt i omtalen af målinger og data af 'Kategori B' ovenfor, bliver der udført mange lokale projekter for at forbedre kvaliteten og patientsikkerheden i sundhedsvæsenet, herunder også koordinerede projekter, som fx det på mange måder udmærkede »[Patientsikkert Sygehus](#)«, som [Trygfonden](#), [Danske Regioner](#) og [Dansk Selskab for Patientsikkerhed](#) står bag.

Der bliver investeret mange resurser i sådanne projekter, herunder mange ildsjæles arbejdskraft, så der opstår uvægerligt et vis pres for at kunne vise at indsatserne har den ønskede effekt, dvs. at projekterne har en tendens til at være 'dømte til succes'.

Og det er mit indtryk, at dette pres kan lede folk til at være lidt for lidt selvkritiske, og måske lidt for kreative, når de skal analysere data fra deres projekter: Folk ser det de *skal* se, gerne *vil* se (eller *kan* se, i nogle tilfælde), og bevæger sig i deres analyser og konklusioner ud over grænserne for hvad der efter min vurdering er ret og redeligt.

Et eksempel: Næstved Sygehus deltager i projektet »[Patientsikkert Sygehus](#)« og blev i august 2013 [hyldet for at have reduceret patientdødeligheden med 15 procent](#). Problemet er bare, som jeg har vist i [en analyse af de bagvedliggende tal](#), at det ikke er sandt: Værdien af sygehusets hospitalsstandardiserede mortalitetsratio (HSMR) er godt nok faldet, men det betyder *ikke* at den faktiske (reelle) patientdødelighed på sygehuset er faldet, og i hvert fald ikke som et resultat af sygehusets deltagelse i projektet: HSMR-værdierne er faldet tilsvarende for alle de andre sygehuse i Region Sjælland.

## Resultater til det kliniske personale (#4)

[Mads Koch Hansen](#) (formand for Lægeforeningen) pointerede noget helt centralt i [en leder i Ugeskrift for Læger i september 2013](#), nemlig at data vedrørende kvalitet (eller resultaterne af analyserne af data) skal komme tilbage til klinikerne. Og at det skal gå kvikt, dvs. at resultaterne skal kunne præsenteres dagligt, ugentligt eller (som minimum) månedligt: Kvartals- eller årsrapporter om resultater af kvalitetsudvikling er ikke meget værd, fordi koblingen til de aktuelle aktiviteter typisk er for svag.

Der findes et væld af videnskabelige undersøgelser fra de seneste år ([se fx blot denne](#)), som viser, at klinisk arbejdende personales *drive* for at engagere sig i kvalitetsforbedringsarbejde står og falder med adgangen til resultater om effekterne af indsatserne. Det gælder især læger, og ikke overraskende. Vi er jo uddannede og opdragede til altid at vurdere, om dét vi går og gør har den ønskede effekt: Kvalitetsforbedringsarbejde skal som alt andet være evidensbaseret, og effekterne skal kunne dokumenteres. Punktum!

## Præsentationsformen er vigtig

Det er en udfordrende opgave at levere god informationsformidling om kvalitet i et komplekst socioteknisk system. Tingene skal på den ene side være relevante og rimeligt komplette, og skal på den anden side være let tilgængelige og hurtigt overskuelige: Folk har jo travlt med at tage sig deres patienter (som de skal), og har sjældent tid til at læse lange tekstdokumenter eller granske komplicerede tabeller.

Jeg har ikke færdige løsninger på problemet, men har gjort mig nogle overvejelser om [hvordan man kunne komme lidt videre](#). Det kræver udviklingsarbejde.

## Resultater til ledelser (#5)

Ledelser har behov for andre kvalitetsresultater end folk i den kliniske frontlinje, eller behov for aggregationer af resultaterne på andre niveauer. De har brug for at kunne danne sig overblik over tingene, og fx også at kunne fremskrive (prædiktere) udviklingstendenser for at kunne foregribe problemer.

Der kan dog sikkert være behov for, som det blev konstateret i England i anbefalinger efter en gennemgang af hele baggrunden for skandalen på Mid Staffordshire ([The Berwick review into patient safety](#)), at opruste kapaciteterne til at anvende informationer vedrørende kvalitet og patientsikkerhed bedre —

*»Most health care organisations at present have very little capacity to analyse, monitor, or learn from safety and quality information. This gap is costly, and should be closed«.*

Analyser af data kan også bidrage til en empirisk (videnskabeligt) baseret afklaring af hvilke af de mange målinger i sundhedsvæsenet der har en reel værdi i arbejdet med kvalitetsudvikling, som det for nyligt blev diskuteret i [en kronik af Birgit Viskum og Kjeld Møller-Pedersen i Ugeskrift for Læger](#).

## Resultater til andre (#6)

### Resultater på Internettet?

Skal alle resultater af kvalitetsmålinger i det danske sundhedsvæsen gøres frit tilgængelige på Internettet? Med direkte referencer til sygehuse, afdelinger og afsnit, og til praktiserende læger og kommunale institutioner?

Ja, naturligvis skal de da det: Alt andet ville være underligt. Og vi er allerede i gang, om end kun i det små og på nogle områder, se fx —

- [Hospitalstandardiserede mortalitetsratioer \(HSMR\) på sundhed.dk](#)
- [Rigshospitalets website](#)

Man er generelt langt længere fremme (åbne) andre steder ude i Verden, og især (er det min fornemmelse) i USA og Storbritannien. Som det fx står i det ovenfor omtalte [Berwick review](#) —

*»Transparency should be complete, timely and unequivocal. All non-personal data on quality and safety, whether assembled by government, organisations, or professional societies, should be shared in a timely fashion with all parties who want it, including, in accessible form, with the public«*

Og det er ikke tomme ord, som man bl.a. kan se ved læse indholdet i de ovenfor omtalt *»Data packs«* om engelske sygehuse som findes publiceret på Internettet — Se fx disse detaljerede informationer om [Colchester Hospital University NHS Foundation Trust](#).

### Farligt...?

Er offentligheden (og især pressen) moden til at modtage, forstå og fordøje sådanne detaljerede indsigter i forhold om kvalitet og patientsikkerhed i sundhedsvæsenet? Risikerer vi ikke at tingene bliver eksponeret i overdramatiserede spots, som det fx er set i forbindelse med offentliggørelsen af HSMR-værdier?

Den tidligere chefredaktør på [Dagens Medicin](#), Kristian Lund, kom med nogle begavede betragtninger om emnet i [et indlæg på årsmødet i Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren](#) i januar: Sundhedsstof er meget populært, og der er en høj risiko for at data bliver misbrugt, i en periode. Men han er optimist.

*Det er jeg også...!*