

Forskning i kvalitet og patientsikkerhed i Danmark

Tendenser og behov for en styrket indsats



Anne Hjøllund Christiansen

Forskningsnetværk for
Patientsikkerhed og Kvalitet
i Sundhedsvæsenet



Det Nationale Institut
for Kommuner og Regioners
Analyse og Forskning

Publikationen *Forskning i kvalitet og patientsikkerhed i Danmark* kan downloades fra hjemmesiden www.kora.dk

© KORA, FPKS og forfatterne

Mindre uddrag, herunder figurer, tabeller og citater, er tilladt med tydelig kildeangivelse. Skrifter, der omtaler, anmelder, citerer eller henviser til nærværende, bedes sendt til FPKS, Forskningsnetværk for Patientsikkerhed og Kvalitet i Sundhedsvæsenet, samt KORA.

Henvendelser vedrørende rapporten kan i øvrigt rettes til Forskningsnetværkets (FPKS) bestyrelse, e-mail: info@fpks.dk eller til FPKS' formand Birgit Viskum, mobil 21 60 82 30. Se i øvrigt www.fpk.dk.

© Omslag: Mega Design og Monokrom

Udgiver: KORA

ISBN: 978-87-7488-760-7

Projekt 3491

Februar 2013

KORA
Det Nationale Institut for
Kommuners og Regioners Analyse og Forskning

KORA er en uafhængig statslig institution, hvis formål er at fremme kvalitetsudvikling, bedre ressourceanvendelse og styring i den offentlige sektor.



Det Nationale Institut
for Kommuners og Regioners
Analyse og Forskning

Købmagergade 22
1150 København K
E-mail: kora@kora.dk
Telefon: 444 555 00

Opdragsgivers forord

Forskningsnetværk for Patientsikkerhed og Kvalitet i Sundhedsvæsenet (FPKS) har initieret denne undersøgelse af tendenser og behov for forskning i kvalitet og patientsikkerhed. Som bestyrelse for FPKS har vi i dette forord samlet vores refleksioner og anbefalinger på baggrund af undersøgelsen og informanternes udsagn. FPKS har som grundlæggende formål at bidrage til løsninger på de udfordringer, der peges på i undersøgelsen.

Der har været et stærkt fokus på handling i forhold til at øge kvaliteten og patientsikkerheden i Danmark, hvilket ses i nationale krav, krav fra regionerne og tiltag på de enkelte sygehuse initieret af blandt andet Lov om Patientsikkerhed og Den Danske Kvalitetsmodel. Med arbejdet er fulgt en tiltagende erkendelse af behovet for forskning og viden om, hvad der virker hvor, hvordan og hvorfor. Et behov, der ikke kan imødekommes alene med traditionel sundhedsvidenskabelig forskning:

“Der er et generelt påtrængende behov for metodeudvikling i erkendelsen af, at de traditionelle klinisk randomiserede forsøg på en lang række områder kommer til kort, fordi det, der i virkeligheden er udfordringen, er, at meget af kvalitetsarbejdet er udviklingsarbejde, og det betyder, at du ikke kan holde interventionen uændret i to år som ved fx undersøgelser af lægemidler. Hele logikken i udviklingsarbejde er netop, at man lærer hen ad vejen, og så tilpasser man”.

Det er tidligere dokumenteret, at der er mange og spredte forsknings- og udviklingsmiljøer, der arbejder med kvalitet- og patientsikkerhed i Danmark (1). Det kommer også frem i denne undersøgelse, hvor en informant siger:

“Det er utroligt, så spredt det er, vi kender ikke engang hinanden, og hvem skulle så have lavet det her nationale initiativ som en forløber på noget, som måske kunne koordineres. Hvem skal gøre det, hvem skal gribe fat, hvem skal definere det, og hvem skal...?”

I denne undersøgelse identificeres behovene for forskning, men der peges også på en række udfordringer for at styrke forskningen i kvalitet og patientsikkerhed. Det er vanskeligt at løfte behovene for forskning, fordi der inden for sundhedsvæsenet mangler forskningskompetencer, finansiering og prioritering af de typer studier, som er relevante i forskningen:

“Udfordringen er, at mange af forskningsfondene er vant til at bedømme klinisk randomiserede studier, og de er ikke vant til at bedømme kvalitative studier, de er ikke vant til at triangulere og se på forskellige metoder, som er relevante for forskning i kvalitet og patientsikkerhed”.

“95 % af dem, der arbejder med kvalitetsudvikling og patientsikkerhed, er sygeplejersker. Det er således ikke dem, der er forskningsmæssigt opdraget, som er aktive i kvalitetsarbejdet, og det er jo en barriere for forskningen. Hvem skal bære forskningen frem? [...] Derimod har andre akademiske professioner (såsom sundhedsøkonomer, folkesundhedsvidenskabskandidater, psyko-

loger m.fl.) evner til at bedrive sundhedstjenesteforskning, men de kan til tider være for langt fra klinikken”.

“Danske Regioner og Kommunernes Landsforening bør tage større ansvar for at styrke forskningen, da de er de primære aftagere af forskningen. Det er dem, der er driftsherrer, og som har det primære ansvar for, at de bruger deres penge ordentligt i forhold til at få den bedst mulige patientsikkerhed, herunder at se på, hvilke indsatser der virker bedst”.

Mulighederne for at styrke forskningen fordrer deltagelse fra regionerne, kommunerne, forskningsinstitutionerne og uddannelsesinstitutioner. FPKS vil den kommende tid sætte udfordringen på den politiske og administrative dagsorden.

For at styrke forskningen skal der ikke mindst ses på de overordnede nationale rammer for forskning. Ministeriet for Forskning, Innovation og Videregående Uddannelser har udgivet to rapporter, “Forsk2015” og “Forsk2020”, som indeholder forslag til strategiske forskningstemaer, som skal styrke grundlaget for prioriteringen af indsatsområderne for den strategiske forskning.

I rapporten Forsk2015 fra 2008 beskrives blandt andet, at forskningsbehovet retter sig mod spørgsmålet om, hvordan den offentlige sektor skal se ud i fremtiden, og hvordan den kan forny sig bedst, og fremme kvalitetsudvikling og effektiv ressourceanvendelse inden for en blandt andet sundhedssektoren. I Forsk2015 lægges op til tværvideenskabelig forskning med inddragelse af mange forskellige faggrupper som fx antropologer, sundhedsteknologer og informations- og kommunikationsspecialister. Det er således opmuntrende at se, at der allerede i denne udgivelse var opmærksomhed på behovet for forskning i kvalitetsudvikling og tværfaglig forskning.

I Forsk2020 fra 2012 hører “Fremtidens Sundheds-, Pleje- og Omsorgssektor” under de fem udvalgte strategiske forskningstemaer. Forskningsbehovet beskrives her således: *“Forskningen kan fx understøtte udvikling og implementering af ny sundheds- og velfærdsteknologi og beslutningsstøtteværktøjer, herunder fx telemedicin. Teknologiuudvikling kan blandt andet ske i samarbejde mellem forskningsinstitutioner, virksomheder og sundheds-, pleje- og omsorgssektoren. Et sådant samarbejde kan få stor betydning for udvikling af nye velfærds- og sundhedsteknologiske løsninger, som retter sig mod sektorens behov og problemstillinger. Det vil samtidig være væsentligt at se på, hvordan eksisterende viden implementeres bedre, og hvordan selve implementeringsprocessen kan optimeres i forhold til forskellige professionelle og organisatoriske kulturer. Derved skal forskningen blandt andet bidrage til at lukke det såkaldte “knowing-doing gap” og understøtte den daglige praksis i sundheds-, pleje- og omsorgssystemet i forhold til forebyggelse, screening, behandling, pleje, omsorg og genoptræning”.*

For at sikre, at forskningen i kvalitet og patientsikkerhed styrkes, er det FPKS’ anbefaling, at Forsk2020 sættes på dagsordenen i relation til kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet, så hensigterne konkretiseres til prioritering og handling, blandt

andet ved allokering af forskningsmidler og opbygning af større tværvideenskabelige forskningsmiljøer. Dette kan eksempelvis ske ved, at:

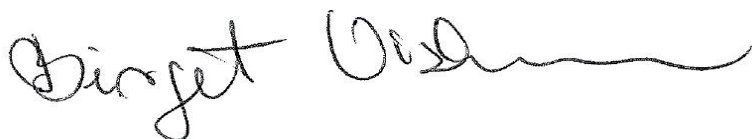
- forskningsmidler afsættes af ministerier, regioner og kommuner med prioritering af ressourcer til at facilitere opbygning af forskningsmiljøer, metodeudvikling og efterspørgsel af praksisnær og brugerinvolverende forskning
- universiteterne styrker de metodiske kompetencer til at kunne bedrive sundhedstjenesteforskning og kunne indgå i tværvideenskabelig forskning i den prægraduate undervisning
- der etableres tværgående forskningssamarbejde mellem forskningsmiljøer med forskellige metodiske tilgange og praksisnære miljøer

- meriterende tidsskrifter og fonde udvider peer-review paneler til også at inddrage flere forskningstraditioner som fx antropologi, således at der er de nødvendige kompetencer til at vurdere andet end fx klinisk randomiserede studier.

FPKS vil arbejde for at styrke forskningen ved at:

- diskutere og dagsordensætte udfordringerne
- eksemplificere udfordringerne og mulighederne ved workshops, seminarer og artikler
- rette henvendelse til centrale interessenter
- synliggøre projekter og miljøer på FPKS' hjemmeside.

På vegne af bestyrelsen for FPKS,



Birgit Viskum

Formand

*FPKS, Forskningsnetværk for Patientsikkerhed og Kvalitet
i Sundhedsvæsenet*

KORAs forord

Denne rapport præsenterer centrale tendenser og behov for forskning i kvalitet og patientsikkerhed. Den rummer en analyse af muligheder og barrierer for at styrke forskningen og fremstiller vigtige forskningstemaer, som de er beskrevet af en række centrale forskere og interessenter på området i Danmark. Vi vil gerne takke informanterne for at stille op til interview og bidrage til undersøgelsen.

Undersøgelsen er gennemført på initiativ af bestyrelsen for Forskningsnetværk for Patientsikkerhed og Kvalitet i Sundhedsvæsenet (FPKS) og er gennemført i samarbejde med KORA, Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning. Rapporten er finansieret gennem en bevilling til FPKS fra TrygFonden.

Rapporten har været til internt review hos Helle Max Martin, senior projektleder i KORA.



*Charlotte Bredahl Jacobsen
Forsknings- og analysechef
KORA, Det Nationale Institut for
Kommuners og Regioners Analyse og Forskning*

Indhold

Opdragsgivers forord	3
KORAs forord	5
Resumé	7
1. Indledning	10
1.1 Formål	10
1.2 Om Forskningsnetværk for Patientsikkerhed og Kvalitet i Sundhedsvæsenet	10
1.3 Begrebsafklaring	11
2. Metode og fremgangsmåde	12
2.1 Udvælgelse af informanter	12
2.2 Rapportens struktur	14
3. Relationen mellem kvalitet og patientsikkerhed og den historiske udvikling	15
3.1 Baggrunden for forskningen i dag	15
3.2 Relationen mellem kvalitet og patientsikkerhed	16
4. Muligheder og barrierer for at styrke forskning i patientsikkerhed og kvalitet	19
4.1 Er der interesse og efterspørgsel efter forskning?	19
4.2 Er der kompetencer og styrker på feltet?	22
4.3 Er der finansieringsmuligheder?	27
5. Centrale temaer og manglende viden	31
5.1 Patientperspektiver	31
5.2 Effekt og dokumentation af indsatser	33
5.3 Implementering af indsatser	37
5.4 Sammenhæng, overgange og proces	40
5.5 Alternative perspektiver på kvalitet og patientsikkerhed samt grænser for eksisterende metoder og tilgange til kvalitetsudvikling	42
6. Internationale perspektiver	45
7. Konklusion	47
Litteratur	48
Bilag 1: Eksempler på spørgeguides	51

Resumé

Denne rapport præsenterer centrale behov og tendenser i forskningen i kvalitet og patientsikkerhed og beskriver muligheder og barrierer for at styrke forskningen. Undersøgelsen er baseret på interview med 24 nøglepersoner på området i Danmark. Nøglepersonerne repræsenterer henholdsvis centrale forskere og centrale interessenter (Danske Regioner, Kommunernes Landsforening, Sundhedsstyrelsen m.fl.). De er udvalgt til interview med det formål at beskrive behov og tendenser så kvalificeret, nuanceret og varieret som muligt.

Følgende opsummerer hovedfundene i undersøgelsen og følger i sin struktur rapportens opbygning i afsnit.

Relationen mellem kvalitet og patientsikkerhed

Rapporten indleder med et historisk rids af de to forskningsområder og relaterer de to områder til hinanden.

Kvalitetsområdet har en lang historie, og særligt den kliniske kvalitet har kontinuerligt optaget sundhedsvæsenet gennem det sidste århundrede. Patientsikkerhedsområdet er væsentligt nyere og er først for alvor kommet på dagsordenen i Danmark fra slutningen af 1990'erne, blandt andet med de første incidensundersøgelser af utilsigtede hændelser på sygehuse, den efterfølgende etablering af Dansk Selskab for Patientsikkerhed i år 2001 og vedtagelsen af Lov om Patientsikkerhed i 2004.

Informanterne er enige om, at kvalitet og patientsikkerhed er overlappende områder. De fleste betragter kvalitet som et bredt begreb, som rummer patientsikkerhed. Der er dog ingen tvivl om, at patientsikkerhed anses som en meget vigtig komponent i det mere brede kvalitetsbegreb.

Blandt informanterne er der bred enighed om, at kvalitet og patientsikkerhed som forsknings- og udviklingsdiscipliner har været initieret i to forskellige grupper af faglige miljøer. Det har bevirket, at der er blevet opbygget forskellige faglige tilgange og videnskabelige traditioner inden for kvalitet og patientsikkerhed. Tendensen er, at de to områder i stigende grad fusionerer, hvilket blandt andet ses ved et øget metodefællesskab og en stigende erkendelse af, at de to områder bør lære af hinandens tilgange.

Der er bred enighed om, at Dansk Selskab for Patientsikkerhed og udviklingsmiljøerne omkring patientsikkerhed har været bedre til at sætte patientsikkerhed på den politiske dagsorden i forhold til kvalitetsområdet, fx gennem let forståelige budskaber og kampagnebaserede indsatser. Flere informanter fremhæver derfor, at kvalitetsområdet kan lære af patientsikkerhedsområdet, hvad angår succes med policyarbejde for at få sat kvalitet på dagsordenen. Dog understreger mange informanter samtidig, at patientsikkerhed ikke er stærk på forskningsområdet, og at indsatserne til tider kan være baseret på et relativt svagt evidensgrundlag.

Muligheder og barrierer for at styrke forskningen

I anden del af rapporten peger informanterne på en række muligheder og barrierer for at styrke forskningen i kvalitet og patientsikkerhed, som her opsummeres i punktform:

- *Er der interesse og efterspørgsel efter forskning?* Informanterne peger på, at der er interesse, behov og efterspørgsel efter forskning i kvalitet og patientsikkerhed. Der er ligeledes en brændende platform for at styrke forskningen. Det skyldes blandt andet en stigende opmærksomhed på forskning blandt centrale interessenter, som relaterer sig til behovet for at kende effekten af de mange igangsatte kvalitets- og patientsikkerhedsindsatser på regionalt og nationalt plan. Dertil kommer en stigende frustration blandt sundhedsprofessionelle, som blandt andet er usikre på nytteværdien af den tid, de bruger på monitorering af kvalitetsdata.
- *Hvilken type forskning er der brug for?* Forskning i kvalitet og patientsikkerhed kræver inddragelse af flere videnskabelige tilgange og traditioner og kan dermed i høj grad karakteriseres som tværdisciplinær. Eksempelvis er organisatoriske spørgsmål og forhold omkring kultur og incitamenter ikke fænomener, der normalt falder inden for det sundhedsvidenskabelige forskningsparadigme, men skal snarere trække på metoder fra samfundsvidenskab. Der er bred enighed om, at forskning i kvalitet og patientsikkerhed ofte kan betegnes som sundhedstjenesteforskning, som netop er baseret på en tværdisciplinær tilgang. Informanterne vægter det højt, at forskningen inddrager både kvantitative og kvalitative metoder. Denne placering i et krydsfelt af videnskabelige tilgange betyder imidlertid, at forskningen i nogle kredse betragtes som en form for "andenrangs forskning", der ikke er nær "så fin" som eksempelvis klassisk klinisk forskning, hvor det klinisk randomiserede studie er den gyldne standard. Informanter fremhæver, at det er altafgørende, at forskning i kvalitet og patientsikkerhed i høj grad er knyttet til praksis for at sikre, at resultaterne er anvendelsesorienterede og praksisbaserede. Forskningen skal således forankres og udfolde sig i et krydsfelt mellem traditionelle akademiske forskningsmiljøer og praksis- og udviklingsmiljøer.
- *Forskning og udvikling udgør et kontinuum*, og hvis man skal styrke den anvendelsesorienterede forskning i kvalitet og patientsikkerhed, bør samarbejdet mellem forskning og udviklingsmiljøer styrkes. Informanterne italesætter imidlertid det skisma, at patientsikkerhedsområdet særligt er karakteriseret ved udviklingsaktiviteter, mens kvalitetsområdet i højere grad har været karakteriseret ved forskning og evidensbaseret medicin. Derfor er der stadig potentiale for bedre brobygning mellem forskellige tilgange. Det foreslås, at en løsning på spændingen mellem forskning og udvikling er at gå på to ben, således at igangsættelse af udviklingsindsatser inden for patientsikkerhed og kvalitet følges op med et sideløbende forskningsspor, så man får evalueret, om indsatserne faktisk virker, og hvilken effekt indsatsen har haft.
- *Forskningsmiljøer på området:* Der er i dag mange mindre forskningsmiljøer i Danmark, der forsker i kvalitet og pa-

tientsikkerhed, men det er dokumenteret, at forskningen er fragmenteret, og at forskningsmiljøerne er spredt på tværs af landet. Der er forskellige perspektiver på, hvordan forskningen kan styrkes gennem ændret organisering, men der er ikke enighed eller afklaring blandt informanterne om, hvordan man skal opbygge en struktur, som kan fungere som drivkraft for at styrke forskningen. Et af de scenarier, der tegner sig, er at oprette en form for fysisk kraftcenter, som etableres et eller flere steder i landet, og som kan virke som drivkraft til at igangsætte forskning. Et andet scenarie er, at en sådan drivkraft ikke skal have en fysisk form, men i højere grad skal have karakter af et tværgående forskningsmiljø med vægt på netværksdannelse. Uanset valg af scenarie er der enighed om, at der er behov for at opbygge samarbejdskonstellationer, og at de eksisterende forskningsmiljøer med fordel kan styrkes og udbygges med fokus på tværdisciplinær forskning, og at der fx kan oprettes professorater i kvalitetsudvikling, som tilknyttes miljøerne. Der er også enighed om, at forskningsmiljøerne ikke skal isoleres i særlige enheder, ligesom det skal undgås, at forskningen monopoliseres og kun foregår i bestemte dele af landet.

- *Det faglige fundament for forskning:* Der er potentiale og behov for at styrke den praksisnære forskning i kvalitet og patientsikkerhed, da der endnu ikke er stærk tradition for denne i Danmark og dermed heller ikke eksisterer stærke veletablerede forskningsmiljøer, der kan løfte denne forskning. Den beskedne forskningsmæssige forankring skyldes blandt andet, at forskning i kvalitet og patientsikkerhed endnu ikke har særlig høj prestige, fordi der ikke er samme tradition for at publicere denne forskning i anerkendte tidsskrifter sammenlignet med fx klinisk forskning. Dermed er forskningen ikke i samme grad meriterende. Derudover er en udfordring, at den eksisterende kvalitetsstab på sygehuse primært varetages af sygeplejersker, og de er ofte ikke forskningsmæssigt opdraget – derfor har de ikke nødvendigvis den forskningsmæssige indsigt eller tradition for at vurdere behovene for forskning i kvalitet og patientsikkerhed. Informanterne beskriver det som afgørende, at lægerne engageres i denne forskning, da de netop har kompetencerne til at knytte forskning med praksis, om end de ikke nødvendigvis behersker alle de metoder, som forskning i dette område kræver. Derfor vil det være nødvendigt, at blandt andre læger og sygeplejersker uddannes i forskning i kvalitetsudvikling.
- *Uddannelse:* Uddannelse er et vigtigt tiltag for at styrke forskning i kvalitet og patientsikkerhed. Tiltagene er blandt andet at få kvalitet og patientsikkerhed samt forskningsmetoder i dette skrevet ind i grundpensum på de sundhedsfaglige uddannelser, så der skabes en interesse for dette område tidligt, og derudover at få oprettet ph.d.-kurser og efteruddannelse i dette område.

- *Er der finansieringsmuligheder?* Der eksisterer en række barrierer for finansiering af projekter inden for kvalitet og patientsikkerhed. Det skyldes blandt andet, at forskning i kvalitet og patientsikkerhed tilhører et nyt forskningsparadigme, der skal vinde accept. Traditionen for at støtte klinisk forskning er fortsat meget stærk, hvorfor det endnu kan være vanskeligt at opnå støtte til praksisnær sundhedstjenesteforskning. Finansieringskilderne til forskning i kvalitet og patientsikkerhed kommer i dag primært fra regionalt niveau. Informanterne efterspørger, at der afsættes strategiske bevillinger og puljer til området fra nationalt og regionalt niveau. Ligeledes efterspørgeres bedre muligheder for at opnå finansiering fra Det Strategiske Forskningsråd, og det fremhæves, at der stadig er stort potentiale for at få private fonde inddraget i finansieringen. Dog er en barriere for finansiering, at private fonde sjældent giver store donationer til nye forskningsområder uden veletablerede forskningsmiljøer. Derfor hænger styrkelse af forskningsmiljøerne sammen med mulighederne for at opnå finansiering.
- *Interessenternes rolle i finansiering af forskning:* Det efterspørgeres, at både Danske Regioner og Kommunernes Landsforening i endnu højere grad tager ansvar for at påvirke, at der bliver afsat midler til forskning i kvalitet og patientsikkerhed, da de er de primære aftagere af forskningsresultaterne. Blandt andet fremhæves vigtigheden af, at der afsættes økonomiske midler (fra kommuner og regioner) til forskning i de patientsikkerheds- og kvalitetsindsatser, der igangsættes, så det sikres, at effekten af en indsats dokumenteres.

Centrale temaer og manglende viden

I tredje del af rapporten præsenteres fem overordnede temaer. Det er temaer, der i vidt omfang italesættes på tværs af informanterne, og som der derfor er forholdsvis stor konsensus om, at der er behov for forskning i.

- *Patientperspektiver:* På tværs af alle interviewene er der enighed om, at patientinvolvering er et tema, der både får og fremadrettet kommer til at få meget fokus. Der efterspørgeres imidlertid blandt andet både forskning i, hvordan man bedst involverer patienter, og om/i hvilket omfang det kan forbedre patientsikkerheden. I forlængelse heraf efterspørger flere informanter en form for samlet teori om, hvordan patientinvolvering påvirker kvaliteten og patientsikkerheden. Viden om effekten af patientinvolvering formodes ligeledes at øge de sundhedsprofessionelles velvilje til i større udstrækning at inddrage patienter i behandlingsforløbet, hvilket er et vægtigt argument for mere forskning i dette. Der er ligeledes en stor interesse for at udvikle måleredskaber til systematisk måling af patientoplevels kvalitet som supplement til den kliniske vurdering af behandlingsudfald. Det efterspørgeres desuden, at der skabes viden om patientforløb efter udskrivelse, da dette også kan bidrage til viden om kvaliteten og udfald af behandlingen.

- *Effekt og dokumentation af indsatser:* Der råder stadig usikkerhed om effekten af de mange indsatser, der er igangsat med det formål at forbedre kvaliteten og patientsikkerheden. Informanterne fremhæver derfor, at der er gode grunde til at efterspørge effektevaluering, effektdokumentation og interventionsforskning for at få viden om, hvilke indsatser og metoder der virker, og hvordan de virker i forhold til forskellige målgrupper og kontekster. Forskere og interessenter finder det også påtrængende, at der ses på indsatsernes omkostningseffektivitet, herunder forholdet mellem kvalitet og økonomi. Samtidig erkender informanterne, at det er komplekst at evaluere effekten af interventioner på kvalitets- og patientsikkerhedsområdet, hvorfor der er behov for at udvikle metoder til netop at kunne måle effekten.
- *Implementering af indsatser:* Blandt informanterne er der en erkendelse af, at vi stadig mangler at lukke afstanden mellem, hvad vi ved, er det rigtige at gøre, og hvad der i praksis gøres – det betegnes også "The knowing-doing-gap". Det kan blandt andet tilskrives, at der er mangel på forskning i, hvad der skal til for, at en indsats implementeres succesfuldt og dermed opnår ejerskab og skaber varige forandringer i en organisation. Der refereres blandt andet til statustavler over tryksår som et eksempel på en indsats, der har haft succes med at skabe ejerskab hos medarbejdere på hospitalsafdelinger. Derfor fremhæver informanterne, at det er vigtigt med forskning i, hvad der karakteriserer de indsatser, patientsikkerheds-/kvalitetskulturer og kvalitetsledelser i de pågældende organisationer, som har succes med implementering og fastholdelse af forandringer. En ledelse, der fokuserer på kvalitetsudvikling, fremhæves som afgørende for succesfuld implementering af indsatser, som skaber forandringer og ejerskab.
- *Sammenhæng, overgange og proces:* Der er et stort behov for forskning i, hvordan man sikrer bedre sammenhæng og overgange i patientforløb. Patientundersøgelser viser, at sundhedsvæsenet stadig har et stort forbedringspotentiale i forhold til at tilrettelægge mere hensigtsmæssige patientforløb. Som potentielle løsninger på udfordringer fremhæver informanterne blandt andet udvikling af it-systemer, der eksempelvis kan bidrage med overblik over indlagte patienter, samt simulationsøvelser i overgangsproblematikker til sundhedsprofessionelle. Samtidig fremhæves et behov for at undersøge effekten af forløbskoordinatorer på sammenhængsproblematikker. Flere informanter beskriver, at man i stigende grad begynder at bevæge sig væk fra kun at se på resultat/udfald af behandling til også at se på procesindikatorer (fx ventetid og diagnosticering) i behandlingen. Der ses i den forbindelse et potentiale for at supplere de kvantitative kvalitetsindikatorer i de kliniske kvalitetsdatabaser med kvalitative data, blandt andet med det formål at få et større indblik i kvaliteten af processen i behandlingen.
- *Alternative perspektiver på kvalitet og patientsikkerhed samt grænser for eksisterende metoder og tilgange til kvalitetsudvikling:* Informanterne peger på, at der er brug for kritisk forskning, som adresserer de anvendte metoder og tilgange til at arbejde med kvalitetsudvikling og patientsikkerhed. Informanterne opfordrer således til, at vi ind imellem løfter blikket og udfordrer vores egne tilgange og forståelser af eksempelvis sikkerhedsbegrebet eller vores forståelse af, hvad der skal til for at forbedre kvaliteten. Et forslag er at udvide den nuværende opfattelse af sikkerhed, som er baseret på, hvorfor ting og arbejdsgange går galt, med en forståelse af, hvorfor ting og arbejdsgange går godt. Ligeledes er der brug for at stille meta-spørgsmål om, hvad kvalitet fx er, hvad vi forventer at forbedre med de redskaber og metoder, vi implementer, og hvad der helt konkret er effekten af eksempelvis akkreditering.

Denne rapport peger på en række udfordringer og muligheder for at styrke forskningen i kvalitet og patientsikkerhed. Den giver ligeledes indtryk af, at der er en række forskningstemaer, der både er behov og grundlag for at styrke forskningsmæssigt, men at forudsætningen for dette blandt andet er, at forskningsmidlerne til kvalitet og patientsikkerhed øges, for at forskningsmiljøerne kan styrkes.

Det er håbet, at rapporten kan bidrage til at etablere og styrke patientsikkerhed og kvalitet i sundhedsvæsenet som forskningsfelt. ■

1 Indledning

Arbejdet med patientsikkerhed og kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet har i tiltagende grad været sat på dagsordenen de seneste 20 år og er i dag en integreret del af det danske sundhedsvæsen (1). Tilsvarende er forskningen på området intensiveret, både internationalt og i Danmark, og søger blandt andet at adressere følgende problemstillinger:

- Hvor hyppige er utilsigtede hændelser? I hvilket omfang bliver patienter skadet? Og hvilke typer af utilsigtede hændelser findes der?
- Hvad er årsagerne til utilsigtede hændelser og kvalitetssvigt?
- Hvad kan der gøres for at forbedre kvalitet og patientsikkerhed – hvilke interventioner er effektive?
- Hvilke metoder er mest relevante for forskningen i eller arbejdet med patientsikkerhed og kvalitetsudvikling?

En nyligt udkommet kortlægning af forsknings- og udviklingsmiljøer på kvalitets- og patientsikkerhedsområdet i Danmark (2) dokumenterer, at forskningen er stærkt fragmenteret og spredt ud på enkeltstående projekter fordelt på en række mindre forskningsmiljøer. Derfor er en af konklusionerne i kortlægningen, at den systematiske forskning på området er begrænset, og at der stadig mangler dokumentation for resultaterne af og effektiviteten i kvalitets- og patientsikkerhedsindsatserne.

I de senere år har der været et øget fokus på, om de allokerede ressourcer, der anvendes i sundhedsvæsenet, har ført til forbedring af kvalitet og patientsikkerhed. Det er eksempelvis kommet til udtryk i Rigsrevisionens beretning fra 2012 om kvalitetsindsatsen på sygehusene (3) og i debatten om, hvorvidt indsatsen for at dokumentere kvaliteten – i blandt andet Den Danske Kvalitetsmodel – har taget overhånd og fjerner fokus fra kerneydelsen, dvs. behandlingsresultatet (4, 5).

Blandt dem, der arbejder med patientsikkerhed, herunder fx hospitaler og Dansk Selskab for Patientsikkerhed, er der meget opmærksomhed på indsatser i forhold til at mindske patientsikkerhedsproblemer. Der implementeres som følge heraf forskellige retningslinjer og redskaber såsom kirurgiske tjeklister og Global Trigger Tool. Men forskning viser, at implementeringen og succesen af sådanne initiativer er betinget af bredere socio-organisatoriske faktorer, og at der derfor kræves en stor indsats for at implementere og tilpasse sådanne initiativer i et komplekst system som sundhedsvæsenet (6, 7). Ligeledes efterspørges det fra både nationalt og internationalt hold, hvordan man kan evaluere patientsikkerheds-interventioner, idet sikkerhedsproblemer ikke kun kan anskues som et teknisk og systemisk problem, men også som en genstand for organisatoriske og professionelle politikker (8, 9).

Flere nøglepersoner inden for kvalitetsudvikling og patientsikkerhed fremhæver, at vi er nået langt med vores viden om, *hvad* problemerne er, men stadig mangler viden om, *hvordan* vi kan løse dem, og dermed hvordan vi overfører viden til handling. Der er således behov for mere forskning med det formål at skabe et større evidensgrundlag for indsatserne på kvalitetsområdet, sikre forskning med fokus på at frembringe

løsninger, der kan anvendes i praksis samt udvikle modeller for overførsel og implementering af viden. Den manglende viden bliver ikke desto mindre endnu mere central, idet det er skrevet ind i økonomiaftalen for 2013 mellem Regeringen og Danske Regioner, at regionerne i løbet af tre år skal nedbringe patient-skader med 20 % og mortaliteten med 10 % (10). Horvidt der foreligger tilstrækkelig viden om effekterne af forskellige former for indsatser til at nå disse opstillede mål, er derfor et centralt spørgsmål.

Nærværende rapport bygger på en undersøgelse af, hvilken forskning der er interesse og behov for. Den giver et overblik over de tendenser og problemstillinger, som ifølge centrale danske nøglepersoner aktuelt præger den overordnede udvikling i forskning inden for patientsikkerhed og kvalitet i sundhedsvæsenet. Samtidig beskriver rapporten barrierer og muligheder for at styrke forskningen på dette område.

Rapporten udgør et input til alle de aktører, der på forskellig vis kan være med til at styrke forskningen i kvalitet og patientsikkerhed, det være sig forskningsmiljøer, men også dem man samlet kan betegne som interessenter samt driftsansvarlige, herunder blandt andet Danske Regioner, Kommunernes Landsforening, Sundhedsstyrelsen, faglige selskaber og Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse.

1.1 Formål

Rapporten skal ses som et bidrag til at etablere og styrke patientsikkerhed og kvalitet som forskningsfelt.

Det er undersøgelsens formål at give et overblik over centrale tendenser i forskningen ved at fremstille væsentlige ønsker til og behov for forskning, som de beskrives af en række centrale forskere og interessenter på området i Danmark. Tendenser skal her forstås som viden, tanker, idéer og mønstre relateret til behovene for forskning, som udstikker nogle retninger, forskningen kan forfølge. Til det formål vil rapporten beskæftige sig med to overordnede spørgsmål:

- Hvilke tiltag skal der til for at opbygge et stærkere forskningsfelt inden for kvalitet og patientsikkerhed? Hvad er mulighederne og barriererne?
- Hvad er behovene for forskning? Hvilke temaer optager forskningen i dag, og hvilke temaer er på vej?

1.2 Om Forskningsnetværk for Patientsikkerhed og Kvalitet i Sundhedsvæsenet

Forskningsnetværk for Patientsikkerhed og Kvalitet i Sundhedsvæsenet (FPKS), som har taget initiativ til denne undersøgelse, blev stiftet i 2010 med henblik på at øge samarbejdet mellem forsknings- og udviklingsmiljøer samt at stimulere og facilitere forskning inden for patientsikkerhed og kvalitet. I dag har forskningsnetværket omkring 130 medlemmer. Forskningsnetværkets bestyrelse består af seks personer med forskellige faglige profiler og ansættelsessteder samt forskellige perspektiver på forskning – en sammensætning der har til hensigt at sikre, at forskellige grene af kvalitet og patientsikkerhed er godt repræsenteret.

FPKS har sammen med Dansk Selskab for Patientsikkerhed og Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren udarbejdet en national strategisk platform, som skal udgøre et afsæt for at styrke forskningen i kvalitet og patientsikkerhed i sundhedsvæsenet. Det er hensigten, at nærværende rapport skal tilvejebringe et vidensgrundlag til det videre arbejde med forskning i patientsikkerhed og kvalitet. Læs mere på www.fpk.dk.

1.3 Begrebsafklaring

Forskning og kvalitetsudvikling

Forskning kan defineres som videnskabeligt arbejde, der har til formål at producere ny viden, at udvikle nye produkter eller processer, eller at forbedre et produkt eller en proces. Det er forskningen, der beskriver, hvor langt man erkendelsesmæssigt er nået inden for et bestemt felt, og forskningen tilvejebringer det evidensbaserede grundlag for den kliniske praksis (11).

Ved *kvalitetsudvikling* forstås de samlede aktiviteter og metoder, der har til formål systematisk og målrettet at forbedre kvaliteten af sundhedsvæsenets ydelser inden for den eksisterende relevante viden. I de samlede aktiviteter indgår kvalitetsstyring (gør vi de rigtige ting), udarbejdelse af kvalitetsmål samt kvalitets sikring (gør vi de rigtige ting rigtigt) (11). En del af arbejdet med kvalitetsudvikling drejer sig om forskellige former for intervention med det formål at forbedre kvaliteten (12). Kvalitetsudvikling omfatter ud over det generelle i definitionen også de konkrete tiltag for at identificere, vurdere, begrænse og forebygge skade og risiko for skade. På denne måde er arbejdet for at forbedre patientsikkerheden også kvalitetsudvikling (13, 14).

Kvalitetsudvikling og forskning udgør et kontinuum. På mange punkter er der ligheder og overlappende karakteristika (fx anvendelse af valide data), og på andre punkter er der forskelle (fx er forskning en systematisk søgen efter ny viden, mens kvalitetsudvikling er systematisk opfølgning af, om den nye viden anvendes rigtigt).

Indsatser

Begrebet *indsats* anvendes mange gange i løbet af denne rapport og er en samlebetegnelse, der dækker over den aktivitet eller intervention (fx Patientsikkert Sygehus) eller den specifikke metode/redskab (fx Global Trigger Tool eller Kirurgisk Tjekliste), der indføres i sundhedsvæsenet til at sikre eller forbedre kvalitet og patientsikkerhed. En indsats kan i denne rapport således være alt fra patientinvolvering og indførelse af kirurgiske tjeklister til medicin afstemning og implementering af sundheds-it. Hvor det er relevant, er det præciseret, hvilken specifik indsats der er tale om.

Kvalitet og patientsikkerhed

I rapporten er tilgangen til *kvalitet* bred og kan beskrives ud fra tre kvalitetsdimensioner (12):

- Sundhedsfaglig/klinisk kvalitet: Omhandler behandlingen af sygdomme, medicinering og pleje af patienter og vurdering

af, om disse sundhedsydelser lever op til krav for god klinisk praksis, samt hvad udfaldet af behandlingen er.

- Organisatorisk kvalitet: Vedrører organiseringen af og retningslinjer for arbejdet i sundhedsvæsenet såvel ud fra menneskelige som økonomiske ressourcer. Ved organisatorisk kvalitet forstås såvel struktur som procesmæssige forudsætninger og forhold og har således et indbygget fokus på kontekst.
- Patientoplevels kvalitet: Omhandler den kvalitet patienterne oplever i mødet med sygehusene og afdelingerne og har særligt fokus på patienternes ønsker, forventninger og prioriteringer i sundhedsydelserne. Den patientoplevede kvalitet er påvirket af såvel den sundhedsfaglige som den organisatoriske kvalitet samt patientens subjektive forventninger.

Kvalitet kan anskues både som proceskvalitet (bedre behandling) og som høj grad af målopnåelse (mere sundhed/behandlinger, der virker).

Der er imidlertid flere måder, hvorpå man kan konceptualisere de dimensioner, der indgår i kvalitet. En anden definition af kvalitet, som flere af informanterne i rapporten benytter sig af, er den, som Institute of Medicine i USA står bag, hvor kvalitet omfatter følgende seks dimensioner: Patientsikkerhed, effektivitet, patientfokus, rettidighed, omkostningseffektivitet og lighed (13). I definitionen afspejles det samtidig, at patientsikkerhed er en dimension i det brede kvalitetsbegreb.

Patientsikkerhed handler overordnet om at sikre patienten mod skade og risiko for skade som følge af sundhedsvæsenets indsats/ydelser eller mangel på samme. Patientsikkerhed defineres således som fravær af skader. Et andet perspektiv på sikkerhed er evnen til succes under varierende betingelser (resilience) (15), altså mere end at begrænse omfanget og kontrollere årsager til fejl og skader. Terminologien vedrørende patientsikkerhed præges af disciplinens relativt korte historie og hastige udvikling. Der eksisterer endnu ikke nationalt/internationalt entydige termer eller klassifikationssystemer, som dækker klinisk arbejde med patientsikkerhed (13). Et grundlæggende begreb i patientsikkerhed er utilsigtet hændelse. Ved en utilsigtet hændelse forstås en begivenhed, der forekommer i forbindelse med sundhedsfaglig virksomhed (diagnostik, pleje og behandling), som enten er skadevoldende eller kunne have været skadevoldende, og som ikke skyldes patientens sygdom (16). Utilsigtede hændelser kan ikke undgås fuldstændigt, men mange kan forebygges.

Det er ikke muligt at skelne skarpt mellem patientsikkerhedsindsatser og kvalitetsudviklingsindsatser. Rapportens betragtninger og pointer vil derfor i vidt omfang gælde for både kvalitet og patientsikkerhed. Ligeledes vil de to områder blive behandlet sideløbende og som ligeværdige, hvorfor analyserne af både barrierer og muligheder for at styrke forskning samt behovene for forskning inden for de specifikke temaer ikke altid vil blive adskilt i henholdsvis kvalitet og patientsikkerhed. Kvalitetsudvikling vil blive brugt som betegnelse, der rummer aktiviteter på begge områder. ■

2 Metode og fremgangsmåde

Rapporten er baseret på en interviewundersøgelse blandt en række danske nøglepersoner på området. Nøglepersonerne repræsenterer henholdsvis centrale forskere og centrale interessenter på området, som er udvalgt for at få belyst udfordringer og behov fra dels de aktive forskere, dels de aktive brugere af forskning eller meningsdannere på forskningsområdet.

Litteraturen i rapporten består af centrale eller nye artikler og enkelte bøger. Udvælgelsen er ikke sket gennem en systematisk litteraturgennemgang, men med det formål at kunne perspektivere og forankre informanternes udsagn og desuden at supplere og understøtte udsagnene med faktuelle oplysninger eller relevant kontekst med det formål at støtte læseren.

Informanterne er inviteret til at deltage i undersøgelsen via en e-mail, der informerer om undersøgelsens overordnede formål og desuden indeholder interviewguiden, så de har mulighed for at forberede deres svar.

Interviewene er udført i perioden 29. august til 12. november 2012 og har en varighed på mellem 25 til 75 minutter. Interviewene foregik enten som telefoninterview eller på informantens arbejdsplads, alt efter hvad informanten foretrak. Alle interview er foretaget af forfatteren til rapporten. En oversigt over informanter, deres titel og tilhørssted ses af Tabel 1. Der har primært været foretaget enkeltinterview, men i enkelte tilfælde har der været to informanter til stede, hvis det har været nødvendigt for at kunne dække flere aspekter af patientsikkerhed og kvalitet.

Interviewene er udført efter en generisk semistruktureret interviewguide med forholdsvis åbne spørgsmål og med enkelte tilpasninger til de konkrete informanter. Der er overordnet benyttet to forskellige interviewguides – en til forskere og en til interessenter, der kan ses eksempler på i Bilag 1. Det semistrukturerede interview er valgt som metode, fordi det giver mulighed for på forhånd at fastlægge nogle emner som ønskes belyst, og at informanten fortæller frit med egne ord, samtidig med at de videre spørgsmål tager udgangspunkt i, hvad personen fortæller. Samtidig er det dog interviewerens ansvar, at alle emner i interviewguiden bliver belyst (17).

De semistrukturerede interviewguides tager udgangspunkt i undersøgelsens formål som beskrevet i afsnit 1.1, men har lidt forskelligt fokus, alt efter om informanten er forsker eller interessant.

Interviewene omhandler:

- Tendenser i forskningen og udvikling i forskningsfokus, herunder hvilke forskningstemaer, der arbejdes med, og hvilke der er på vej
- Aktuelle behov for forskning og kommende udfordringer inden for kvalitet og patientsikkerhed, som kræver en større forskningsindsats

- Muligheder og barrierer for at opbygge et stærkere forskningsfelt.

Indledningsvist i interviewet blev alle informanter spurgt til deres opfattelse af relationen mellem kvalitet og patientsikkerhed, for at få et indblik i om begreberne af disse opfattes som overlappende eller væsentligt forskellige.

Alle interviewene blev optaget med diktafon. Efterfølgende blev alle dele af interviewene, som havde relevans for undersøgelsen, transskriberet. I analysefasen blev alle transskriberede interviews brugt som afsæt for kondensering i tværgående temaer til den videre analyse. Til identifikation af interesse og behov for forskning blev der foretaget en tematisk kortlægning af, hvilke behov informanterne fremhævede, med særligt blik på om der var nogle emner, der hyppigt blev fremhævet. Ligeledes blev forskellige muligheder og udfordringer i forskningen samt tiltag for at styrke forskningen tematiseret i overordnede kategorier med særligt blik for at få alle vigtige nuancer med og have øje for både modsætninger og enighed på tværs af informanternes udsagn.

2.1 Udvælgelse af informanter

Hensigten med denne undersøgelse er at fremstille tendenserne i forskningen samt ønsker og behov for forskning i patientsikkerhed og kvalitet så nuanceret og varieret som muligt. Udvælgelsen af informanter har derfor haft til formål at understøtte dette og er derfor udvalgt efter princippet om maksimal variation (17), hvor der blandt andet er taget hensyn til spredning i uddannelsesmæssig baggrund, erfaring, ansættelsessted og faglige interesser. Rapportens hensigt er netop at belyse brede tendenser i forskningen, som afspejler forskellige tilgange og metoder til at forske i patientsikkerhed og kvalitet, og som bidrager til en nuanceret belysning af området.

Hvert interview med forskere vil naturligt være farvet af forskerens forskningsinteresser og det, vedkommende har opbygget viden om. Derfor er informanterne på forskningssiden udvalgt, så de repræsenterer bredden i forskning inden for patientsikkerhed og kvalitet, det vil sige en bred vifte af akademiske discipliner og perspektiver inden for teknik-/naturvidenskab, samfundsvidenskab, sundhedsvidenskab og humaniora. Udvælgelsen af forskere bygger dels på det omfattende kendskab til nationale forskning- og udviklingsmiljøer¹ inden for patientsikkerhed og kvalitet, som forfatteren af denne rapport dels har tilegnet sig under kortlægning af miljøer udarbejdet i 2012 (2), dels på forslag fra den bredt sammensatte bestyrelse af forskningsnetværket, FPKS.

Informanterne på interessentsiden repræsenterer enten interesseorganisationer, ministerier, styrelser, selskaber, fonde og lignende, som har særlige interesser i forskningen, fordi de

1 Med forsknings- og udviklingsmiljøer forstås arbejdsfællesskaber under en organisatorisk enhed, som arbejder med et eller flere aspekter inden for forskning eller kvalitetsudvikling. Miljøer kan således både være en formel enhed eller afdeling helliget patientsikkerhed og/eller kvalitet, eller en mindre gruppe af personer i en større enhed der arbejder indgående med området.

har et særligt aktiv i forskningen og/eller er med til at finansiere forskningen. Interessenterne kan således have en vigtig rolle i forhold til at styrke og svække forskning. Informanterne på interessentsiden er udvalgt ud fra det kriterium, at de skal have indgående fagligt kendskab til patientsikkerhed og/eller kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet. Det fagspecifikke kendskab er derfor vægtet højere end fx det at have tæt kontakt til det politiske niveau².

Udvælgelsen af både forskere og interessenter er foregået i dialog mellem forfatter og bestyrelsen for FPKS. Der blev udvalgt i alt 26 informanter, som blev tilbudt at deltage i undersøgelsen. Heraf accepterede 24, mens to afslog – enten fordi de oplevede, at interviewet ikke var relevant for dem, eller fordi de ikke havde tid.

Tabel 1: Oversigt over informanter opdelt på henholdsvis forskere og interessenter (tilfældig orden)

Interview med forskere	
DTU Management Engineering, Institut for Systemer, Produktion og Ledelse, Danmarks Tekniske Universitet	Henning Boje Andersen, professor
Institut for Sundhedstjenesteforskning, Syddansk Universitet	Knut Borch-Johnsen, lægefaglig vicedirektør og professor
KORA, Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning	Jes Søgaard, professor og tidligere direktør i Dansk Sundhedsinstitut
Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram	Paul Bartels, cheflæge og faglig leder
Kvalitet & Patientsikkerhed, Kræftens Bekæmpelse	Janne Lehmann Knudsen, overlæge og kvalitetschef
Center for Kvalitet	Erik Hollnagel, professor og chefkonsulent
Institut for Virksomhedsledelse og Økonomi, Syddansk Universitet	Kjeld Møller Pedersen, professor
Center for Forbedringer i Sundhedsvæsenet, Institut for Økonomi og Ledelse, Aalborg Universitet	Lars Holger Ehlers, professor og centerleder
Center for Health Management, Institut for Organisation, Copenhagen Business School	Morten Knudsen, lektor Kirstine Zinck Pedersen, ph.d. stipendiat
User Driven IT innovation, Institut for kommunikation, virksomhed og informationsteknologier, Roskilde Universitetscenter	Morten Hertzum, lektor
Dansk Institut for Medicinsk Simulation	Doris Østergaard, overlæge og institutleder
Interview med interessenter	
Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse	John Erik Pedersen, kontorchef
TrygFonden	Ulrik Kampmann, områdechef for patientsikkerhed Anders Hede, forskningschef
Danske Patienter	Anja Petersen, projektleder
Danske Regioner	Bodil Bjerg, seniorkonsulent
Tilsyn & Patientsikkerhed, Sundhedsstyrelsen	Anne Mette Dons, overlæge og chef
Social & Sundhed, Kommunernes Landsforening	Thilde Lydiksen, konsulent Tine Curtis, chefkonsulent
Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet	Carsten Engel, læge og vicedirektør
Dansk Selskab for Patientsikkerhed	Beth Lilja, overlæge og direktør Jacob Anhøj, overlæge
Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren	Leif Panduro, lægefaglig vicedirektør og formand

Alle informanter har haft egne citater til gennemsyn og godkendelse.

² Som eksempel på dette er det fx valgt at interviewe fagpersoner på området i blandt andet Danske Regioner og Kommunernes Landsforening frem for disses formænd, som er politisk valgte.

2.1.1 Afgrænsning

I undersøgelsen er antallet af interviews med repræsentanter fra driftsmiljøerne begrænset. Driftsmiljøerne kan imidlertid også have vigtige bidrag til, hvad der er af behov for viden. Derfor har vi søgt at imødekomme dette ved at interviewe repræsentanter fra deres interesseorganisationer (Kommunernes Landsforening og Danske Regioner), som har en god indsigt i perspektiverne og problemstillingerne i driftsmiljøerne.

2.2 Rapportens struktur

I kapitel 1 introduceres undersøgelsen, og begreber afklares. Kapitel 2 gennemgår de anvendte metoder, mens kapitel 3 resumerer den historiske udvikling inden for henholdsvis kvalitet og patientsikkerhed og de to begreber relateres til hinanden. I kapitel 4 peges på centrale muligheder og barrierer for at styrke forskningen i kvalitet og patientsikkerhed ved at se på efterspørgslen for forskning, de eksisterende kompetencer og styrker på området til at løfte forskningsopgaven samt finansieringsmuligheder. Kapitel 5 præsenterer de centrale forskningstemaer, som informanterne mener, der er behov for forskning i, og som således udgør vigtige udviklingspotentialer i forskningen. I kapitel 6 inddrages internationale perspektiver på rapportens forskningstemaer. Kapitel 7 samler rapportens pointer i en konklusion. ■

3 Relationen mellem kvalitet og patientsikkerhed og den historiske udvikling

3.1 Baggrunden for forskningen i dag

Den historiske udvikling inden for kvalitet og patientsikkerhed er forskelligartet. Kvalitetsområdet har en længere historie, og særligt den kliniske kvalitet har kontinuerligt optaget sundhedsvæsenet gennem det sidste århundrede (11, 18). Patientsikkerhedsområdet er væsentligt nyere og er først for alvor kommet på dagsorden i Danmark fra slutningen af 1990'erne og især med etableringen af Dansk Selskab for Patientsikkerhed i år 2001 og vedtagelsen af Lov om Patientsikkerhed i 2004.

I det følgende vil afsættet for forskningen i dag kort blive opridset ved at se på udviklingen gennem de sidste 10-20 år. Afsnittet er primært baseret på centrale og nyere artikler og bogkapitler som beskrevet i metodeafsnittet 2. Desuden vil kapitlet inddrage enkelte hovedpointer fra interviewene.

3.1.1 Kvalitet

En væsentlig udvikling inden for kvalitetsområdet gennem de seneste 20 år er udviklingen af kvalitetsforbedring som viden- skab (19). Begrebet kvalitetsforbedringer anvendes ofte synonymt med kvalitetsudvikling, specielt når kvalitetsarbejdet knyttes til specifikke indsatsområder.

I Danmark har kvalitetsudvikling som systematisk aktivitet³ i sundhedsvæsenet haft stigende opmærksomhed siden 1988, hvor den første workshop om emnet blev afholdt. I 1991 blev Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren etableret. I årene derefter udkom den første nationale strategi om kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet fra Sundhedsministeriet og Sundhedsstyrelsen, og i den forlængelse blev der igangsat mange kvalitetsindsatser såsom Det Nationale Indikatorprojekt, Den Gode Medicinske Afdeling og Kompetencecentre for kliniske databaser mv. (3, 11). I 2005 blev Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet etableret for at udvikle og implementere Den Danske Kvalitetsmodel. I de senere år er kvalitetsudvikling i høj grad blevet en lovmæssig forpligtelse som følge af, at der er indført en række statslige reguleringsinitiativer (1).

Gennem de sidste 20 år er kvalitetsudvikling således gået fra at være et felt, som især optog ildsjæle i de faglige miljøer, til at repræsentere aktiviteter, som er obligatoriske for hele det danske sundhedsvæsen (20). Denne udvikling har medført, at kvalitetsdiskussionen i dag ikke kun optager de snævre faglige kredse med et primært fokus på klinisk kvalitet, men også har fået en stigende opmærksomhed og forankring i ledelser på blandt andet hospitaler og regioner (1). Kvalitetsudvikling er ligeledes gået fra at være en lukket proces, som primært foregik i de kliniske miljøer, til at indebære en stigende offentlighed af data om proces og resultat (1). Det ser vi blandt andet på www.sundhed.dk, som indeholder oplysninger om blandt andet patienttilfredshedsundersøgelser, resultater af akkreditering på sygehuse og klinikker og mortaliteten opgjort på syge-

hus- og regionalt niveau mv. samt på www.ventefo.dk, som indeholder oplysninger om ventetider for udvalgte behandlinger og operationer på offentlige sygehuse og privathospitaler.

I løbet af de seneste ca. 10 år er man – udover den kliniske kvalitet – også begyndt at se på organisatorisk og patientoplevelt kvalitet, jf. definitioner i afsnit 1.3. Flere informanter fremhæver, at det betyder, at kvalitetsområdet bevæger sig væk fra kun at have fokus på klinisk udfald/resultat af behandling, såsom mortalitet, til også at se på procesindikatorer. Procesindikatorer kan fx være ventetid på behandling og de konkrete aktiviteter, der udføres i forbindelse med behandlingen. Dermed er der i højere grad fokus på, hvad det er for en ydelse, som sundhedsvæsenet og den sundhedsprofessionelle leverer, og ikke kun på det kliniske resultat. Med interessen for procesindikatorer er man således begyndt at interessere sig for årsagerne til effekten/udfaldet af behandlingen. I takt med at kvalitet anskues på flere dimensioner, optager kvalitetsområdet også en større mangfoldighed af faggrupper og metodiske tilgange end faggrupper med primært klinisk-epidemiologiske og kvantitative tilgange til kvalitetsområdet.

I et internationalt perspektiv beskrives det, at Danmark er blandt de lande, der er nået længst, hvad angår systematisk kvalitetsudvikling (11) og dokumentation af kvalitet i hospitalsvæsenets ydelser (1). Denne systematisering gør, at vi har en unik mulighed for forskning i kvalitet, blandt andet som følge af vores muligheder for at koble data om kvalitet med en række nationale registre såsom cpr-registeret og dødsårsagsregisteret.

I en artikel af Mainz fra 2009 fremhæves det imidlertid, at der ikke er kvalitetsdata på nationalt niveau om den primære sundhedssektor (herunder det kommunale sundhedsvæsen og almen praksis), som på tilfredsstillende vis kan belyse kvaliteten af sundhedsvæsenets ydelser (20). Imidlertid peger enkelte af informanterne på, at systematiseringen af kvalitetsdata også begynder at optage den primære sektor. Kommunernes Landsforening fortæller blandt andet, at de oplever et begyndende "paradigmeskift" inden for kvalitetsarbejdet i kommunerne, i takt med at disse får flere opgaver skrevet ind i sundhedsaftalerne. Frem for at løse opgaverne på forskellige måder i de enkelte kommuner oplever KL således en større interesse i kommunerne for at efterspørge dokumentation for effekt og en større villighed til systematisk indsamling og registrering af kvalitets og patientsikkerhedsdata. "*Det er vi nødt til – også for at kunne agere med forskningsinstitutioner og kunne bidrage med data til dem*" (Tine Curtis, chefkonsulent, Kommunernes Landsforening).

3.1.2 Patientsikkerhed

Systematiske opgørelser over fejl og patientskader fandt sted fra 1970-80'erne (21), men patientsikkerhed kom først for alvor på dagsordenen internationalt og i Danmark omkring år

3 Som led i den systematiske kvalitetsudvikling er en række metoder og koncepter implementeret nationalt, såsom kliniske retningslinjer, indikatormonitorering, audit, akkreditering, patientforløbsbeskrivelser og patienttilfredshedsundersøgelser (11).

2000 med publiceringen af den amerikanske rapport "To err is human: building a safer health system" og de første internationale incidensundersøgelser af utilsigtede hændelser på sygehuse fra blandt andet Australien og USA⁴. I 2001 blev den første danske incidensundersøgelse gennemført (22, 23). Den var medvirkende til, at Dansk Selskab for Patientsikkerhed blev etableret i 2001, og at Lov om Patientsikkerhed blev indført i 2004, hvilket indebærer, at sundhedsprofessionelle blev forpligtet til at rapportere utilsigtede hændelser til et nationalt rapporteringssystem uden risiko for at blive straffet som følge af rapporteringen (22). Rapporteringssystemet hvilede på det grundlæggende paradigme: At utilsigtede hændelser kan undgås ved en åben "no blame-kultur" med fokus på læring (9, 24). Således skulle fokus flyttes fra skyld til læring. Det var også tendensen internationalt, og til at forfølge læringsperspektivet tilpassede The Joint Commission i USA den såkaldte *kerneårsagsanalysemetode* til utilsigtede hændelser i sundhedssektoren, som i lighed med andre lignende metoder retrospektivt søger at afdække de grundlæggende årsager til den utilsigtede hændelse (13, 25). Der findes også andre metoder end kerneårsagsanalysen, som har været taget i brug i Danmark i forbindelse med analyse af de alvorligste rapporterede utilsigtede hændelser, blandt andet MTO-analysen⁵ (Menneske Teknologi Organisation).

Patientsikkerhedsområdet er som følge af læringsperspektivet i vid udstrækning karakteriseret ved, at det primære fokus ikke længere er enkeltpersoner, men på hvordan systemer og processer sikres mod, at menneskelige fejl medfører skader på patienter (23).

Rapportering og systematisering af utilsigtede hændelser startede i sygehusektoren, men blev i 2010 udvidet til også at omfatte praksissektoren, den kommunale sundhedssektor, apotekerne og det præhospitale område, så det også her blev lovpligtigt at rapportere utilsigtede hændelser. Siden 2011 har også patienter og pårørende haft mulighed for at rapportere utilsigtede hændelser. En mindre del af interessenterne (Danske Regioner, Kommunernes Landsforening og Sundhedsstyrelsen) fremhæver, at de oplever, at udviklingen i arbejdet med patientsikkerhed de seneste år er karakteriseret ved at være mere fremadrettet, således at man ikke længere kun reagerer på hændelser, men også er på vagt over for nye risici. En større andel af informanterne fremhæver dog, at patientsikkerhedsområdet stadig er kendetegnet ved i høj grad at arbejde reaktivt.

Siden patientsikkerhed kom på den danske dagsorden, er der arbejdet med måling af patientsikkerhedskultur og forskning i denne kultur. Undersøgelser af patientsikkerhedskulturer rummer organisationsteoretiske perspektiver og bruges blandt andet til at få et indblik i styrker og svagheder i forhold til at øge patient-

sikkerheden, som de ses indefra af medlemmer i organisationen, og bruges fx som basis for planlægning af udvikling (13).

En nyligt udkommet artikel i Ugeskrift for Læger (9) fremhæver, at der er sket væsentlige fremskridt i forståelsen af mekanismer og indsatsområder på patientsikkerhedsområdet, men at vi stadig er langt fra målet om at forstå mekanismerne og sikre patientsikkerheden, fordi etablering af patientsikkerhed ikke er så enkel som antaget for 10 år siden. Flere af informanterne fremhæver ligeledes, at vi endnu ikke er nået i mål med, hvordan vi lærer af utilsigtede hændelser, og at der stadig ligger en udfordring i at få lavet et rapporteringssystem, hvor man sætter læring i højsædet. Ligeledes fremhæver en stor del af informanterne, at meget af arbejdet med patientsikkerhed kan betegnes som udviklingsarbejde, og at der stadig mangler forskning på området i en dansk kontekst.

3.2 Relationen mellem kvalitet og patientsikkerhed

I dette afsnit vil vi se på, hvordan informanterne opfatter relationen mellem kvalitet og patientsikkerhed.

Blandt informanterne er der bred enighed om, at kvalitet og patientsikkerhed som forsknings- og udviklingsdiscipliner har været initieret i to forskellige grupper af faglige miljøer. Det har bevirket, at der er blevet opbygget forskellige faglige tilgange og videnskabelige traditioner inden for de to områder. Patientsikkerhed anskues således stadig som stærkt knyttet til udviklingsarbejde, mens kvalitetsforskningen i højere grad er karakteriseret ved at være opbygget omkring brugen af epidemiologi og evidensbaseret medicin. Traditionelt har der således været metoder til at registrere data og oparbejde viden, som primært har været anvendt til henholdsvis patientsikkerhed (fx rapportering af utilsigtede hændelser, Global Trigger Tool-metoden og kerneårsagsanalyse) og kvalitet (fx indikatormonitorering og patientforløbsbeskrivelser) (13, 14, 20).

Frem til omkring år 2000 var patientsikkerhed ikke på dagsorden, sådan som vi ser det i dag. Inden for de sidste 10 år har patientsikkerhed imidlertid udviklet sig i faglig bredde, omfang af aktiviteter i sundhedsvæsenet samt samfundsmæssig opmærksomhed, således at området kan betragtes som en helt selvstændig disciplin (13). Som forklaring på, at patientsikkerhed er blevet en selvstændig disciplin, foreslår en mindre andel af informanterne, at det blandt andet skyldes, at patientsikkerhed som begreb umiddelbart er konkret og håndgribeligt, hvorfor det også er politisk lettere at sælge. Enkelte informanter går endda så vidt som til at sige, at patientsikkerheden har overtaget dagsorden i sundhedsvæsenet, således at vi i dag særligt oplever stor politisk opmærksomhed omkring patientsikkerhed:

4 Patientsikkerhed med et systemisk-organisatorisk udgangspunkt blev allerede initieret i 1960'erne med afsæt i en række samfundskritiske analyser, som definerede sundhedsvæsenets indretning og intentioner som skadevoldende. Men endelig accept af patientsikkerhed og forståelsen af, at utilsigtede hændelser udgør et generelt problem af betydelig størrelsesorden i alle moderne sundhedsvæsen, kommer først omkring år 2000 efter den første internationale undersøgelse af incidensen af utilsigtede hændelser (13).

5 MTO-analysen er en dybdegående analyse af en utilsigtet hændelse, der faktisk medførte en alvorlig skade på patienten eller potentielt kunne have gjort det. De grundlæggende årsager til hændelsen afdækkes gennem en proces, hvor man systematisk indsamler og analyserer informationer i forbindelse med den konkrete enkeltstående utilsigtede hændelse. Se mere her: <http://www.centerforkvalitet.dk/wm323801>.



I dag er det næsten, som om at patientsikkerheden har taget agendaen fra kvalitetsudviklingen. Det er den dagsorden, der kører – nationalt og politisk. Kvalitetsudvikling handler om løbende forbedring – klinisk som organisatorisk. Det er uændret vigtigt, men nok diffust for mange. Derimod er budskaberne i patientsikkerhed mere enkle.

Janne Lehmann Knudsen, overlæge og kvalitetschef i Kvalitet & Patientsikkerhed, Kræftens Bekæmpelse

Ser man derimod på kvalitet, er stort set alle informanterne enige om, at kvalitet er et meget bredt begreb, som i modsætning til patientsikkerhed har været sværere at oversætte til noget praktisk synligt og konkret:



Kvalitet som generelt begreb er alt for diffust – man ved ikke rigtig, hvad det er. Kvalitet har mange arme, og det er sådan set både en styrke og en svaghed for konceptet. Problemet med kvalitet er, at det er så bredt, at det nærmest omfatter alt, og derfor bliver det som begreb uskarpt og dermed næsten ubrugeligt [...]. Der er patientsikkerhed – i hvert fald som ord betragtet – meget lettere at gøre konkret for politikere og patienter og sundhedspersonale.

Jes Søgaard, professor, tidligere direktør i Dansk Sundhedsinstitut

Der er bred enighed om, at Dansk Selskab for Patientsikkerhed og udviklingsmiljøerne omkring patientsikkerhed har været bedre til at spille det politiske kort end kvalitetsområdet, fx gennem let forståelige budskaber såsom "Vi skal ikke slå patienterne ihjel, når de bliver indlagt". Flere informanter fremhæver derfor, at kvalitetsområdet kan lære af patientsikkerhedsområdet, hvad angår succes med policyarbejde, for at få sat kvalitet på dagsorden. Dog understreger mange informanter samtidig, at patientsikkerhed ikke er stærk på forskningsområdet, men i stedet er mere kampagne- og handlingsorienterede – denne tilgang beskrives imidlertid af flere informanter som ofte at hvile på et relativt svagt evidensgrundlag og uden tilstrækkelig metodemæssig refleksion.

Trods det faktum, at patientsikkerhed har skilt sig ud fra kvalitetsområdet og så at sige fået sin egen status, anskuer langt de fleste informanter stadigvæk patientsikkerhed som en vigtig komponent af kvalitet, forstået således at kvalitet er et bredere begreb, som rummer patientsikkerhed. Patientsikkerhed skal imidlertid ikke forstås som underordnet kvalitet. Kvalitet og patientsikkerhed er nært beslægtede og overlappende begreber, som gensidigt påvirker hinanden:



Man kan ikke have kvalitet i et sundhedsvæsen, hvis man ikke samtidig har et højt niveau af patientsikkerhed. Og man kan ikke opretholde et højt niveau af patientsikkerhed, hvis man ikke samtidig har en kvalitetsbevidst organisation. Så derfor hænger de to begreber uløseligt sammen.

Knut Borch-Johnsen, professor, Institut for Sundhedstjenesteforskning, Syddansk Universitet

Det er to forskellige begreber, og jeg synes, det er vigtigt, at man skiller dem ad og siger, at patientsikkerhed er en delmængde af kvalitet, det er ikke lig med kvalitet.

Anne Mette Dons, chef for tilsyn og patientsikkerhed, Sundhedsstyrelsen

Netop fordi kvalitet og patientsikkerhed er nært beslægtede, fremhæver en mindre andel af informanterne, at det er uhenigtsmæssigt, at kvalitet og patientsikkerhed er blevet initieret i to grupper af miljøer, da det stadig til en vis grad gennemsyner, hvordan de to områder anskues af forskellige faggrupper i sundhedsvæsenet, og dermed også hvilke faggrupper der tiltrækkes af de to områder.

3.2.1 Begyndende fusionering

Omkring halvdelen af informanterne fremhæver, at kvalitet og patientsikkerhed ser ud til at fusionere i øjeblikket, hvilket blandt andet beskrives ved, at de to områder i stigende grad er begyndt at benytte nogle af de samme metoder og tilgange. Ligeledes fremhæves det, at der i dag er en bredere forståelse af, hvad patientsikkerhed er, hvilket medfører, at de to områder i endnu højere grad overlapper. En informant beskriver det på følgende måde:



Der er en erkendelse i patientsikkerheds-kredse om, at man er nødt til at have en kvantitativ tilgang til, hvad man gør: altså bliver det faktisk bedre, og hvad koster det? På den anden side har kvalitetsområdet været præget af en tankegang, der var meget fokuseret på trials og evidensbaseret medicin. Der har man nu indset, at begreber som organisationsledelse og kultur har meget stor betydning på kvalitetsområdet, og at man må vælge disse metodetilgange, som også benyttes inden for patientsikkerhed, hvis man skal se på effekt og effektivitet af kvalitetstiltag.

Paul Bartels, cheflæge og faglig leder, Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram

Af litteraturen fremgår det ligeledes, at de seneste års erfaringer viser, at der er udtalt metodefællesskab mellem traditionel kvalitetsudvikling og patientsikkerhedsområdet, hvad angår analyse, monitorering og implementering (18), ligesom der er metoder og perspektiver, der udveksles, eksempelvis appliceres elementer af patientoplevet kvalitet, medicinsk teknologi-vurdering og effektvurdering via kontrolleret design på patientsikkerhedsområdet (13).

I denne rapport vil de to områder anskues som sideordnede. Det vil blive efterstræbt ikke at adskille de to områder, men i høj grad tænke dem sammenhængende.

Opsummering

Kvalitetsområdet har en lang historie, og særligt den kliniske kvalitet har kontinuerligt optaget sundhedsvæsenet gennem det sidste århundrede. Patientsikkerhedsområdet er væsentligt nyere og er først for alvor kommet på dagsordenen i Danmark fra slutningen af 1990'erne, blandt andet med de første incidensundersøgelser af utilsigtede hændelser på sygehuse og vedtagelsen af Lov om Patientsikkerhed i 2004.

Informanterne er enige om, at kvalitet og patientsikkerhed er meget overlappende områder. Der er dog også forholdsvis bred enighed om, at de to begreber ikke er det samme, og de fleste betragter kvalitet som et mere bredt begreb, som rummer patientsikkerhed. Der er dog ingen tvivl om, at patientsikkerhed anses som en vigtig komponent i det mere brede kvalitetsbegreb, hvilket også ses af, at patientsikkerhed i dag betragtes som en helt selvstændig disciplin, og patientsikkerhed skal derfor ikke opfattes som underordnet kvalitet. Tendensen går imod, at de to områder i stigende grad fusionerer, hvilket blandt andet ses ved et øget metodefællesskab og en stigende erkendelse blandt forsknings- og udviklingsmiljøer og interessenter af, at de to områder bør lære af hinandens tilgange.

4 Muligheder og barrierer for at styrke forskning i patientsikkerhed og kvalitet

Helt grundlæggende er forudsætningerne for at styrke forskningen i kvalitet og patientsikkerhed, at der er 1) interesse og efterspørgsel efter forskning, 2) kompetencer og styrker på området til at løfte forskningsopgaven i de initiale faser og ud-danne kommende forskere samt 3) finansieringsmuligheder. Perspektiver fra informanterne på de tre forudsætninger for at styrke forskningen vil blive gennemgået i dette kapitel. Ligeledes vil der løbende blive inddraget perspektiver på, hvilke tiltag der kan være med til at påvirke disse forudsætninger.

4.1 Er der interesse og efterspørgsel efter forskning?

En væsentlig baggrund for overhovedet at kunne argumentere for, at der skal mere forskning i kvalitet og patientsikkerhed er, at der er en interesse og efterspørgsel efter dette. Efterspørgsel skal forstås bredt og dækker også behov og interesser. Der er således også forskning, der har nytteværdi, selvom det ikke direkte efterspørges.

Her beskrives først den overordnede efterspørgsel, og i kapitel 5 adresseres, hvilke specifikke forskningstemaer der er behov for.

Blandt interessenterne er der bred enighed om, at forskning i kvalitet og patientsikkerhed er afgørende for at dokumentere effekten af indsatser, herunder at der er valide og reliable målemetoder, at skabe evidens på området samt at tilvejebringe det rette beslutningsgrundlag for ledere og politikere i sundhedsvæsenet.

Efterspørgslen efter forskning beskrives af Danske Regioner som:



Der er stor efterspørgsel og behov for forskning og evidens på området. Der har været mange tiltag, og noget af det, der har været svært, er jo at vise, hvad der har effekt. Området er væsentligt, netop fordi det fylder rigtig meget hos regionerne. De har behov for at vide, når de sætter nogle ting i gang, at det har den effekt, som man forventede.

Bodil Bjerg, seniorkonsulent, Danske Regioner

Desuden fremhæver flere informanter, at forskning ikke mindst er vigtigt, fordi vi i Danmark afsætter mange ressourcer til at igangsætte mange både kvalitets- og patientsikkerhedsinitiativer, hvilket blandt andet dokumenteres i Rigsrevisionens beretning fra 2012 (3). Netop fordi vi er i en situation, hvor vi ikke har uanede ressourcer, har vi brug for forskning i, hvad der virker, som grundlag for at kunne prioritere. Flere informanter beskriver direkte, at der i Danmark imidlertid ikke har været den store tradition for systematisk at evaluere indsatser og kampagner på patientsikkerhedsområdet og gøre dem til

forskningsgenstand. Derfor er flere informanter enige om, at vi mangler håndfast dokumentation for dels at kunne afgøre, om indsatsen virker, dels om den virker bedre i nogle organisatoriske kontekster end andre, og om den er omkostningseffektiv.

Anne Mette Dons fra Sundhedsstyrelsen er også enig i, at der mangler forskning i kvalitet og patientsikkerhed. Sundhedsstyrelsens oplevelse er, at der på patientsikkerhedsområdet er lavet meget lidt forskning på de igangsatte indsatser, og at den forskning, der er lavet, viser, at det er meget lidt, der virker. Derfor oplever de, at det har været vanskeligt at udtale sig om, hvilke indsatser der er at foretrække. De efterspørger viden, der kan kvalificere nogle af de igangsatte og kommende aktiviteter og indsatser.

Kommunernes Landsforening fremhæver, at der er meget lidt forskning i kvalitet og patientsikkerhedsområdet på det kommunale område. De efterspørger i høj grad viden om, hvad der virker bedst i en kommunal ramme.

Som beskrevet i afsnit 3.2 har man på patientsikkerhedsområdet været gode til "... at spille det politiske kort". Enkelte informanter fremhæver dog, at det ikke er holdbart i længden kun at spille det politiske kort godt. Hvis man ikke på tilsvarende vis sørger for at opbygge et evidensgrundlag for de igangsatte indsatser, kan man kun overleve en årrække, indtil man første gang for alvor tager fejl og dermed mister troværdigheden. En informant beskriver det på denne måde:



Jeg mener virkelig, at hvis det her område [patientsikkerhed] skal blive til noget andet end en legeplads for topledelsen og så nogle enkelte læger og sygeplejersker, så er man nødt til at akademisere det og få patientsikkerhed ind på både professionsuddannelserne og på universiteterne og ansætte professorer i kvalitetsudvikling. Ellers så går det over af sig selv, så forsvinder feltet patientsikkerhed igen eller bliver sådan en bureaukratisk disciplin, som det jo lidt er, og ikke noget som sundhedsprofessionelle gør naturligt i deres sundhedsprofessionelle praksis.

Paul Bartels, cheflæge og faglig leder, Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram

Enkelte af forskerne fremhæver i den forlængelse, at forskning er nødvendig, fordi der i dag stadig findes mange hypoteser eller tal, som ikke nødvendigvis er underbygget, eksempelvis hvor mange patienter, der årligt dør på grund af utilsigtede hændelser. Derfor oplever flere forskere, at der blandt læger ude i klinikken er både frustration og efterspørgsel efter mere sikker grund for særligt patientsikkerhedsområdet. Ligeledes oplever flere forskere en tiltagende frustration blandt de sundhedsprofessionelle, der i flere år har været med til at monitorere kvaliteten på en lang række sygdomme, blandt andet ved

hjælp af kvalitetsindikatorer i kliniske kvalitetsdatabaser⁶, men uden at der er sket en forbedring af behandlingsudfaldet på alle sygdomsområderne. Det giver en platform for at styrke forskningen:



På den ene side er der bevidstheden om, at vi har et problem, mens der på den anden side blandt de sundhedsprofessionelle er en stigende grad af frustration over at skulle bruge tid på at indsamle data, som ikke direkte giver en gevinst, og som vi ikke kender nytteværdien af.

Knut Borch-Johnsen, professor, Institut for Sundhedstjenesteforskning, Syddansk Universitet

4.1.1 Hvilken type forskning?

Det går igen i stort set alle interviewene, at forskning i kvalitet og patientsikkerhed i væsentlig grad er karakteriseret ved at falde inden for, hvad man kan betegne som sundhedstjenesteforskning. Dertil kommer befolkningsbaseret epidemiologi⁷, klinisk epidemiologi⁸ og medicinsk teknologivurdering⁹, som også er væsentlige tilgange til forskning og udvikling inden for kvalitet og patientsikkerhed og yder væsentlige bidrag til sundhedstjenesteforskningen (26). Kvalitetsforskning italesættes af flere informanter som tværdisciplinær:



Jeg er ikke så begejstret for begrebet "kvalitetsforskning", for jeg ser det mere, som at der er sundhedstjenesteforskning, klinisk-epidemiologisk forskning og MTV-lignende forskning, herunder komparative analyser.

Paul Bartels, overlæge og leder, Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram

Når der i det følgende gøres meget ud af at beskrive specifikt sundhedstjenesteforskning, skyldes det, at det netop er denne betegnelse, der helt gennemgående bruges af informanterne som en samlebetegnelse for forskningen i kvalitet og patient-

sikkerhed. Sundhedstjenesteforskning betegnes ofte som tværdisciplinær og repræsenterer således en paraply af metoder, data og teorier til at undersøge og forbedre kvalitet og patientsikkerhed. Forskningen rummer således også i varierende grad de andre oven for nævnte forskningstilgange.

Fokus for sundhedstjenesteforskning er sundhedsvæsenet som *organisation*. Den kliniske forskning har derimod fokus på behandlingen af den enkelte patient. Sundhedstjenesteforskning studerer således, hvordan sociale faktorer, finansieringsmodeller, organisationsstrukturer, sundhedspolitik, processer, teknologier, tilgængelighed og personlige faktorer påvirker eksempelvis sundhedsvæsenets kvalitet, resultater og omkostninger (26). Som resultat af, at sundhedstjenesteforskningen skal befinde sig i dette krydsfelt mellem flere videnskaber, betragtes denne forskning i nogle kredse som "... sådan noget andenrangs forskning i forhold til fx klinisk forskning – noget som ikke får opmærksomhed" (Henning Boje Andersen, Professor, DTU Management Engineering). Han drager en parallel til Public Health i USA, som først blev en "ordentlig" videnskab, da man flyttede det væk fra sundhedsvidenskab og definerede det med egne institutter.

I en temarapport om status, udfordringer og muligheder i sundhedstjenesteforskning beskrives det, at der i Danmark er en stigende tradition for sundhedstjenesteforskning inklusiv omkostningsanalyser inden for sundhedøkonomi og organisationsudvikling (26). Samtidig fremgår det dog, at Danmark har en meget svagt udviklet tradition for at udøve sundhedstjenesteforskning, som er praksisnær og dermed analyserer den daglige kliniske organisering af indsatsen i primærsektoren og på sygehusafdelinger. Det beskrives således, at den klinisknære og den kliniker-initierede sundhedstjenesteforskning står svagt sammenlignet med den i øvrigt fornemme danske tradition for grundforskning og klinisk forskning, herunder befolkningsbaseret epidemiologi og klinisk epidemiologi, hvor læger og klinikere i højere grad er involveret (26).

Stort set alle informanter er enige om, at det er altfagrende, at forskning i kvalitet og patientsikkerhed i høj grad er knyttet til praksis for at sikre, at resultaterne er anvendelsesorienterede og praksisbaserede. Samtidig skal dette fokus dog ikke ske på bekostning af eksempelvis den metode- og teoriudviklende forskning, da denne forskning ligeledes er forudsætningen for den anvendelsesorienterede forskning. Det beskrives, at forskningen skal tage udgangspunkt i reelle problemer og dialog for i sidste ende at påvirke praksis, og at formålet er,

6 Der er p.t. knap 60 landsdækkende kliniske kvalitetsdatabaser og kliniske databaser vedrørende kræft i Danmark. Alle databaserne omhandler forskellige dimensioner af behandlingskvalitet. På baggrund af databaserne leverer Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP) sygdomsspecifikke data på højt niveau som grundlag for regionernes og sygehusenes kvalitetsarbejde og den fortsatte udvikling af patientforløb. De kliniske databaser er et redskab til at vurdere og sammenligne behandlingskvaliteten på sundhedsområdet samt følge udviklingen i denne over tid. På www.rkkp.dk kan man finde links til samtlige kliniske kvalitetsdatabaser (2).

7 Den befolkningsbaserede epidemiologi beskriver befolkningens sundhed og sygelighed og dermed behov for ydelser fra sundhedsvæsenet (26).

8 Den kliniske epidemiologi beskriver og følger definerede patientgrupper inklusive de ydelser, de modtager, og gruppernes prognose når de eksponeres for et givent sundhedsvæsen og dets behandlinger (26).

9 En medicinsk teknologivurdering (MTV) er en bred og systematisk vurdering af forudsætningerne for og konsekvenserne af at implementere og anvende en given medicinsk teknologi, således at der tilvejebringes et prioriteringsgrundlag, før forskningsresultaterne implementeres i klinisk praksis. I en MTV anvendes resultater fra klinisk forskning, sundhedstjenesteforskning og anden relevant forskning til belysning af de patientmæssige, kliniske, organisatoriske og økonomiske aspekter. Forskning og MTV er grundlag for udvikling af evidensbaserede kvalitetsmål (11).

at både praktikere og forskere gensidigt skal blive klogere. Den forskning, der således beskrives som ideel for forskning i kvalitet og patientsikkerhed, er praksisnær sundhedstjenesteforskning. Denne forskning vil skulle trække på både forskning og udvikling. En sådan præmis for forskningen er imidlertid også en særlig udfordring:



En væsentlig del af den udfordring, der er i arbejdet med kvalitet og patientsikkerhed, består i, at det befinder sig i krydsfeltet mellem traditionel akademisk forskning og samtidig skal have en solid forankring ude i en ikke nærmere defineret virkelighed.

Kjeld Møller Pedersen, professor, Syddansk Universitet

En informant beskriver, at ønsket om at få forskningen til at være tæt koblet til praksis ofte støder ind i den barriere, at det "... er svært at få klinikertid. Ofte vil der kun være klinikere nu og da og kun i nogle få timer. Det er meget utilfredsstillende – vi bruger al for meget tid på at få aftaler i hus med klinikkerne, og derfor er de meget lidt effektive sådan nogle projekter, der skal være knyttet til den kliniske praksis" (Henning Boje Andersen, professor, DTU Management Engineering). Mangel på personer og tid sætter således grænser for samarbejdets udfoldelsesmuligheder mellem forskning og praksis. Derfor er det vigtigt, at klinikkerne frikøbes til at kunne deltage i forskningen, hvilket fordrer, at der er ledelsesengagement og -støtte.

Trods det oplever flere informanter, at der i sundhedsvæsenet er en stigende erkendelse af, at sundhedstjenesteforskning er særligt relevant for forskning i kvalitet og patientsikkerhed. Danske Regioner oplever fx, at personer i enkelte regioner er begyndt at gøre opmærksom på, at der er brug for sundhedstjenesteforskning i relation til kvalitet og patientsikkerhed. Dog er opmærksomheden endnu ikke markant, som de selv udtrykker det.

En anden informant vurderer efterspørgslen på sundhedstjenesteforskning som "... det er min vurdering, at vinduet er åbent. Så jeg tror godt, at man kan 'rotte sig sammen' nu og være med til at flytte området" (Janne Lehmann Knudsen, overlæge og kvalitetschef i Kvalitet & Patientsikkerhed, Kræftens Bekæmpelse). For at udnytte denne mulighed for at få styrket sundhedstjenesteforskning fremhæver flere informanter, at der er brug for, at nødvendigheden af sundhedstjenesteforskning inden for kvalitet og patientsikkerhed i højere grad italesættes, synliggøres og positioneres over for andre typer af forskning, for blandt andet at kunne opnå finansiering.

4.1.2 Udvikling kontra forskning

I praksis eksisterer forskning og udvikling ofte i et dynamisk forhold; mens forskning kan være grundlaget for eksempelvis kvalitetsudvikling, kan kvalitetsudvikling også være med til at identificere områder, hvor der er behov for forskning (11). På

mange punkter er der ligheder og overlappende karakteristika (fx anvendelse af valide data), og på andre punkter er der forskelle (fx er forskning en systematisk søgen efter ny viden, mens kvalitetsudvikling er systematisk opfølgning på, om den nye viden anvendes rigtigt). Som beskrevet i afsnit 1.3 foregår der derfor megen vekselvirkning og samarbejde mellem forskning og udvikling.

Trods denne erkendelse af, at forskning og udvikling ofte eksisterer i et dynamisk forhold, fremkommer der en spænding i flere af interviewene mellem disse to former for vidensopbygning i deres rene former: Det skisma, der tegner sig, er – lidt sat på spidsen – at patientsikkerhed har fokus på udvikling, mens kvalitet i højere grad har fokus på forskning og evidensbaseret medicin. En del af forklaringen på, at dette skisma opstår i interviewene, er knyttet til de basalvidenskabelige udgangspunkter: patientsikkerhedsområdet hviler i dag på et grundlag med udgangspunkt i evidensbaseret medicin, men suppleret med input fra forskellige grundvidenskaber såsom kognitiv psykologi, organisationsforskning og risikostyrings- og procesvidenskab samt metoder, som oprindeligt er udarbejdet i andre sikkerhedskritiske domæner, specielt luftfart og kernekraft. Vurdering af disse videnskabers og metoders validitet hviler på et andet grundlag end evidensbaseret medicin, hvilket giver anledning til løbende diskussion om effekt og værdi af patientsikkerhedsarbejdet (13).

En stor del af de interviewede forskere er af den opfattelse, at der særligt fra patientsikkerhedsmiljøerne er igangsat en række udviklingsindsatser, som ikke nødvendigvis har tilstrækkeligt evidensgrundlag og samtidig heller ikke har en forskningskomponent indbygget, der kan samle op på effekten og dermed evidensen af indsatsen. Derfor opfattes arbejdet med patientsikkerhed især som udvikling frem for forskning:



Det virker, som om at der inden for nogle miljøer, der arbejder med patientsikkerhed, er en frygt for, at for store krav om forskningsdokumentation vil hæmme udbredelsen af metoder, der kan nedsætte antallet af utilsigtede hændelser [...]. Det kan jeg ikke forstå, - jeg kan se en risiko for forsinkelse. Men den forsinkelse må jo så holdes op mod den risiko ved manglende forskningsdokumentation, at nogle opfatter metoderne som virkningsløse eller illegitime.

Jes Søgaard, professor, tidligere direktør i Dansk Sundhedsinstitut

På den anden side fremhæver blandt andre TrygFonden, at forskning går for langsomt: "Hvis forskningsresultater skulle afgøre, hvad der sættes i værk, vil udviklingen på en række områder gå meget langsomt. Særligt på de områder, hvor de forskningsmæssige metoder kræver yderligere udvikling" (Ulrik Kampmann, områdechef i TrygFonden). TrygFonden ser Pa-

tientsikkert Sygehus¹⁰ som et godt eksempel på en brobygning mellem praksis og forskning og som en god måde at få forskning bragt i anvendelse. Konsulentfirmaet COWI er tilknyttet for at evaluere projektets effekt, proces og økonomi. TrygFonden ser gerne yderligere forskningsresultater, som kan implementeres i praksis.

Enkelte informanter fremhæver eksplicit, at løsningen på spændingen mellem forskning og udvikling er at gå på to ben, således at igangsættelse af en udviklingsindsats følges op med et sideløbende forskningsspor, så man får evalueret og samlet op på, om en indsats virker, og hvilken effekt indsatsen har haft.

Opsummering

Opsamlende peger ovenstående afsnit på, at der er interesse og efterspørgsel efter forskning i kvalitet og patientsikkerhed. Der er ligeledes en brændende platform for at styrke forskningen. Det skyldes blandt andet en stigende opmærksomhed på forskning blandt centrale interessenter, som relaterer sig til behovet for at kende effekten af de mange igangsatte kvalitets- og patientsikkerhedsindsatser på regionalt og nationalt plan. Dertil kommer en stigende frustration blandt sundhedsprofessionelle, som blandt andet er usikre på nytteværdien af den tid, de bruger på monitorering af kvalitetsdata.

Forskning i kvalitet og patientsikkerhed kræver inddragelse af flere videnskabelige tilgange og traditioner og kan dermed i høj grad karakteriseres som tværdisciplinær. Eksempelvis er organisatoriske spørgsmål og forhold omkring kultur og incitamenter ikke fænomener, der normalt falder inden for det sundhedsvidenskabelige forskningsparadigme, men skal snarere trække på metoder fra samfundsvidenskab. Der er bred enighed om, at forskning i kvalitet og patientsikkerhed ofte kan betegnes som sundhedstjenesteforskning, som netop er baseret på en tværdisciplinær tilgang. Informanterne vægter det højt, at forskningen inddrager både kvantitative og kvalitative metoder. Denne placering i et krydsfelt af videnskabelige tilgange betyder imidlertid, at forskningen i nogle kredse betragtes som en form for *"andenrangs forskning"*, der ikke er nær *"så fin"* som eksempelvis klassisk klinisk forskning, hvor det klinisk randomiserede studie er den gyldne standard. Informanter fremhæver, at det er altafgørende, at forskning i kvalitet og patientsikkerhed i høj grad er knyttet til praksis for at sikre, at resultaterne er anvendelsesorienterede og praksisbaserede. Forskningen skal således forankres og udfolde sig i et krydsfelt mellem traditionelle akademiske forskningsmiljøer og praksis- og udviklingsmiljøer.

Forskning og udvikling udgør et kontinuum, og hvis man skal styrke den anvendelsesorienterede forskning i kvalitet og patientsikkerhed, bør samarbejdet mellem forsknings- og udviklingsmiljøer styrkes. Informanterne italesætter det skisma, at patientsikkerhedsområdet særligt er karakteriseret ved udviklingsaktiviteter, mens kvalitetsområdet i højere grad har været karakteriseret ved forskning og evidensbaseret medicin. Derfor er der stadig potentiale for bedre brobygning mellem forskellige tilgange. Det foreslås, at en løsning på spændingen mellem forskning og udvikling er at gå på to ben, således at igangsættelse af udviklingsindsatser inden for patientsikkerhed og kvalitet følges op med et sideløbende forskningsspor, så man får evalueret, om indsatserne faktisk virker, og hvilken effekt indsatsen har haft.

4.2 Er der kompetencer og styrker på feltet?

En anden forudsætning for at styrke forskningen i kvalitet og patientsikkerhed er, at der er kompetencer til at løfte forskningsopgaven og uddanne kommende forskere. Det kan være i form af dedikerede forskningsmiljøer¹¹ og/eller interesserede og kompetente forskere. I det følgende ses nærmere på kompetencer og styrker på området.

4.2.1 Forskningsmiljøer

Den nyligt udkomne kortlægning af forsknings- og udviklingsmiljøer på kvalitets- og patientsikkerhedsområdet i Danmark dokumenterer, at forskningen er fragmenteret og er spredt ud på enkeltstående projekter fordelt på en række mindre forskningsmiljøer (2). Kortlægningen peger på, at der er meget få miljøer, som er store, og som har et hovedfokus på kvalitet og/eller patientsikkerhed. Der er imidlertid etableret enkelte specifikke forskningsmiljøer inden for kvalitetsudvikling, blandt andet to såkaldte forskningsinitiativer i Region Syddanmark, som er kendetegnet ved netværksdannelse mellem region og henholdsvis hospital eller universitet, samt Center for Forbedringer i Sundhedsvæsenet i tæt samarbejde med Region Nordjylland (2). Begge er samarbejdsrelationer, der skal forsøge at knytte praksis og forskning sammen.

Som reaktion på dokumentation af de mange, men spredte forskningsmiljøer i Danmark, siger en informant:

10 Patientsikkert Sygehus er et samarbejde mellem TrygFonden, Danske Regioner og Dansk Selskab for Patientsikkerhed og udføres med ekspertbistand fra det amerikanske Institute for Healthcare Improvement. Det overordnede mål for Patientsikkert Sygehus er reduktion i mortalitet og skader hos patienter gennem implementering af en række spor, pakker og andre værktøjer på fem hospitaler i Danmark.

11 Ved dedikerede forskningsmiljøer skal ikke forstås miljøer, der arbejder isoleret i søjler med kvalitet og patientsikkerhed, men snarere forskningsmiljøer, der i længere tid beskæftiger sig med netop kvalitet- og patientsikkerhedsområdet og fast har det på deres forskningsdagsorden, men gerne indlejret i andre større forskningsmiljøer eller institutioner.



Det er utroligt, så spredt det er, vi kender ikke engang hinanden, og hvem skulle så have lavet det her nationale initiativ som en forløber på noget, som måske kunne koordineres. Hvem skal gøre det, hvem skal gribe fat, hvem skal definere det, og hvem skal ...?

Lars Ehlers, professor og leder af Center for Forbedringer i Sundhedsvæsenet, Aalborg Universitet

En af forklaringerne på de mange, men spredte forsknings- og udviklingsmiljøer i Danmark, skyldes ifølge flere informanter, at Danmark kan karakteriseres som et "lad de tusind blomster blomstre land", forstået på den måde, at forskning frit kan spire på tværs af landet. Til forskel nævnes Holland, Sverige og Storbritannien, som i højere grad har store forskningsinstitutioner, der er dedikerede til et bestemt forskningsområde. Forskningsbeslutningerne tages her på et mere overordnet niveau, og forskningsinstitutionerne kan dernæst eksekvere beslutningerne. Dermed har disse lande mulighed for umiddelbart at have en tydeligere agenda omkring forskning i kvalitet og patientsikkerhed. Samtidig beskrives det i en artikel af Krasnik (27), at USA, Storbritannien og Holland er førende i forhold til forskningsmiljøer inden for sundhedstjenesteforskning.

I forlængelse af de mange spredte forskningsmiljøer udtrykker flere informanter et håb om, at enten Forskningsnetværk for Patientsikkerhed og Kvalitet i Sundhedsvæsenet og/eller en række af forskerne i nærværende undersøgelse kan gå sammen om at styrke feltet, og desuden udtrykker enkelte informanter også tiltro til og håb om, at den nationale strategiske platform (12) kan være med til at styrke forskningsfeltet ved en højere grad af koordinering. Enkelte fremhæver, at der stadig mangler nogen i Danmark, der vil "... larme op, og som kan sætte sig i førersædet og sige: 'Nu går vi altså ud og siger, at vi mangler de og de store forskningsprojekter i Danmark, som kan bevise, at vi kan redde liv ved det her, og vi kan spare penge ved det.'" (Lars Ehlers, professor og leder af Center for Forbedringer i Sundhedsvæsenet, Aalborg Universitet).

Blandt forskerne er der forholdsvis bred enighed om, at løsningen på de mange – men spredte – forskningsmiljøer ikke er, at institutionalisere forskningen ved eksempelvis at oprette en forskningsinstitution dedikeret til forskning i kvalitet og patientsikkerhed. Derimod er der stort behov og efterspørgsel efter netværksdannelse og vidensdeling på tværs af miljøer:



Jeg er ikke i tvivl om, at der er brug for mødesteder og netværksdannelse mellem de sundhedstjenesteforskere og organisationsforskere, der beskæftiger sig med kvalitet. Men jeg er usikker på, om det ikke er meget uhensigtsmæssigt, hvis du laver forskningsinstitutioner, der er dedikeret til det. Måske får du så nogle forskere, der hverken kan epidemiologi eller kvalitative forskningsprincipper.

Paul Bartels, cheflæge og faglig leder, Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram

Det behøver ikke nødvendigvis at være et fysisk center, men jeg tror på netværkstankegangen, altså at det handler om at bringe mange forskellige mennesker sammen.

Doris Østergaard, overlæge og institutleder, Dansk Institut for Medicinsk Simulation

Flere informanter fremhæver, at de er bekymrede for, at oprettelsen af en decideret forskningsinstitution på området vil frakoble det praksisnære niveau, skabe isoleret forskning i søjler og potentielt monopolisere forskningen:



Jeg tror ikke, at det er nogen lykke at få lavet sådan et gigantisk center, som bor i en bygning på en mark ude i Farum og laver vældig fine ting i et speciallaboratorium. Det her er noget, der skal foregå tæt på klinikken. Men det skal også have en akademisk forankring.

Anders Hede, forskningschef, TrygFonden

Jeg ville være ked af, hvis man oprettede et center, der kom til at ligge i enten København eller Jylland, fordi det kunne have en tendens til at monopolisere forskningen. På den anden side synes jeg, det er nødvendigt, at der bliver nogle tværdisciplinære centre og samarbejdskonstellationer.

Henning Boje Andersen, professor, DTU Management Engineering

Sidste citat åbner op for et scenarie, som flere informanter bakkede op om, nemlig at der er brug for samarbejdskonstellationer, der kan sikre koblingen mellem forskning og praksis og den tværfaglige forskning. Der tegner sig dog nogle forskellige scenarier af sådanne samarbejdskonstellationer og dermed forskellige holdninger til, hvordan det skal være organiseret og forankret. Der er imidlertid enighed om, at forskningen ikke skal monopoliseres, men at der er behov for en form for et tværfagligt miljø eller center, som kan fungere som en motor for at styrke forskningen, så forskningen ikke forbliver fragmenteret. Janne Lehmann Knudsen fra Kræftens Bekæmpelse

beskriver, at resultatet af den spredte forskning i Danmark er, at det påvirker gennemslagskraften, og at det derfor er nødvendigt at få etableret en form for samarbejds-konstellation, som kan være med til at samle forskningen: *"Jeg tror i hvert fald, at man ved at samle kræfterne får bedre og mere forskning"*.

Flere informanter er af den overbevisning, at det, der er brug for, er en form for kraftcenter, som har fokus på tværfaglig forskning, og som har overblik over den igangværende forskning. Et center som dette skal imidlertid ikke være en erstatning for de eksisterende forskningsmiljøer, men skal være med til at løfte forskningen nationalt:



Jeg føler mig fuldstændigt overbevist om, at hvis man laver et kraftcenter, som er velfungerende, så kommer det også til at løfte alt det, der foregår ude i landet. Det mener jeg, al erfaring fra andre forskningsområder viser, fx Center for Sund Aldring på Københavns Universitet. Det center er jo ikke noget, der gør, at der så ikke længere foregår aldringsforskning andre steder. Hvis du løfter niveauet et sted, så skal de andre centre skærpe sig for at være med i konkurrencen, og det gør de lige så stille og roligt.

Knut Borch-Johnsen, professor, Institut for Sundhedstjenesteforskning, Syddansk Universitet

Der er nogen uenighed mellem informanterne om, hvorvidt et sådant miljø eller kraftcenter skal forankres på et universitet eller i en driftsorganisation (fx med tilknytning til Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram eller IKAS) eller i en anden type organisation såsom KORA. Der er således uenighed om, hvorvidt et sådant tiltag til at styrke forskningen i kvalitet og patientsikkerhed ideelt set skal forankres tættest på praksis/driftsmiljø eller i et universitets-/akademisk miljø.

4.2.2 Det faglige fundament for forskning

Der er bred enighed blandt de interviewede forskere om, at der i dag ikke er særlig stor prestige i forskning i kvalitet og patientsikkerhed i forskningskredse, selvom det *"... faktisk regnes for en hel del ude i sundhedsvæsenet"* (Paul Bartels, cheflæge og faglig leder, Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram).



Det kan jo ikke være anderledes, end at når man taler kvalitetsudvikling, så kommer vi over og blander det sundhedsvidenskabelige med det samfundsvidenskabelige, fordi det handler om reaktioner, kultur osv. Det har bare ikke så høj prestige set i forhold til det rent sundhedsvidenskabelige.

Leif Panduro, formand for Dansk Selskab for Kvalitet i sundhedssektoren

Særligt læger tiltrækkes af den sundhedsvidenskabelige forskning, hvor den gyldne standard for forskning er 'det klinisk randomiserede studie', og hvor et de vigtigste succeskriterier er, at forskningsresultaterne kan publiceres – helst i velrenommerede internationale tidsskrifter med høj impact factor¹². Den samme tradition for publicering er der endnu ikke inden for kvalitet og patientsikkerhed, blandt andet fordi det inden for dette felt er *"... teknisk svært at bruge de metoder, som vi normalt tilskriver stor intern validitet på de her problemstillinger, såsom klinisk randomiserede studier"* (Jes Søgaard, professor og tidligere direktør i Dansk Sundhedsinstitut). Samtidig skyldes den manglende prestige, at praksisnær forskning i kvalitet og patientsikkerhed naturligt vil lægge sig op ad udvikling. Når forskningen således ikke kan optages i anerkendte tidsskrifter, er forskningen heller ikke meriterende. Derfor tiltrækkes læger særligt af den klassiske kliniske forskning, hvor forskningsmeritten i højere grad er sikret.

Deltagelse af læger i forskningen i kvalitet og patientsikkerhed beskrives som vigtig af flere informanter, da lægerne netop kan muliggøre koblingen mellem forskning og praksis og sikre den forskningsmæssige forankring, fordi de 1) er tæt på klinikken og dermed kan sikre, at forskningen bliver anvendelsesorienteret, og 2) er forskningstrænede til forskel fra flere andre sundhedsprofessionelle.



Jeg tror, at patientsikkerhed og kvalitet bliver styrket den dag, der er flere læger, der går ind i det. [...] Lægerne skal finde ud af, at patientsikkerhed og udvikling og kvalitet er lige så tunge forskningsområder som den traditionelle kliniske forskning, men de finder de først ud af, når de begynder at publicere deres arbejde, for så begynder de at læse om andres forskning på det her område, og så tror jeg, der vil opstå miljøer.

Jacob Anhøj, overlæge, Dansk Selskab for Patientsikkerhed

12 Impact factor opgøres på baggrund af antallet af citationer fra artikler i det pågældende tidsskrift.

Dog fremhæver lige så mange informanter, at læger især er metodestærke inden for særligt det klinisk-epidemiologiske område, men ikke nødvendigvis har de metodemæssige kompetencer til at udføre sundhedstjenesteforskning. Derimod har andre akademiske professioner (såsom sundhedsøkonomer, folkesundhedsvidenskabskandidater, psykologer m.fl.) evner til at bedrive sundhedstjenesteforskning, men de "kan til tider være for langt fra klinikken" (Kjeld Møller Pedersen, Professor, Syddansk Universitet).

Kvalitetspersonalet på sygehusene er i dag, ifølge flere informanter, hovedsageligt blevet en profession, som varetages af sygeplejersker:



95 % af dem, der arbejder med kvalitetsudvikling og patientsikkerhed, er sygeplejersker. Det er således ikke dem, der er forskningsmæssigt opdraget, som er aktive i kvalitetsarbejdet, og det er jo en barriere for forskningen. Hvem skal bære forskningen frem?

Janne Lehmann Knudsen, overlæge og kvalitetschef i Kvalitet & Patientsikkerhed, Kræftens Bekæmpelse

Der tegner sig således flere skismaer: Hvis anvendelsesorienteret og praksisnær sundhedstjenesteforskning skal styrkes, er der ideelt set dels behov for, at klinikere (læger og sygeplejersker) styrkes metodisk til at kunne bedrive sundhedstjenesteforskning, og dels at andre akademisk uddannede sundhedsprofessionelle kommer tættere på den kliniske praksis.

En udfordring er imidlertid også, at læger – og andre forskningsinteresserede sundhedsprofessionelle for den sags skyld – tiltrækkes af mere etablerede forskningsområder eller -miljøer:



Flertallet af de læger, der vælger at gå den akademiske vej, vil søge ind i større og mere veletablerede forskningsmiljøer. Det er generelt vanskeligere at få dem til at søge over i nye og mindre veletablerede miljøer, fordi risikoen vil blive vurderet som for stor.

Knut Borch-Johnsen, professor, Institut for Sundhedstjenesteforskning, Syddansk Universitet

Enkelte informanter forklarer derfor, at der vil være en startfase, hvor forskere (herunder forskende læger) må se på andre parametre for succes i deres forskning end på citationsindex og high impact factor mv., og at succes i forskningen også handler om, at forskningsresultaterne påvirker praksis.

Der er imidlertid enkelte informanter, der peger på, at der allerede nu er en spirende interesse blandt læger for forskning i kvalitet og patientsikkerhed, og at der ligeledes er kommet en række nye internationale tidsskrifter, der er specialiserede i kvalitet og patientsikkerhed¹³, og som også er orienterede mod sundhedstjenesteforskning, hvorfor "... lægerne jo så har fået øje på, at de også godt kan publicere denne her slags arbejde" (Lars Ehlers, Professor og leder af Center for Forbedringer i Sundhedsvæsenet, Aalborg Universitet). Som eksempler på, at der er nogen, der har fået publiceret patientsikkerhedsforskning i anerkendte tidsskrifter, nævnes Center for Kvalitet i Midtjylland og Dansk Selskab for Patientsikkerhed.

Kommunernes Landsforening oplever en særlig barriere i forhold til forskning i kvalitet og patientsikkerhed, fordi forskning på det kommunale område i forvejen kan være vanskelig at få publiceret i anerkendte tidsskrifter:



Det er jo meget svært at være forsker og arbejde med de kommunale sundhedsopgaver. Det er svært at lave internationale publikationer på at finde ud af, hvad der virker bedst og bedst føres ud i livet i en enkelt kommune i Danmark.

Tine Curtis, chefkonsulent, Kommunernes Landsforening

Flere informanter fremhæver et behov for vidensdeling af forskningsresultater inden for kvalitet og patientsikkerhed. Som eksempel på dette fremhæver enkelte informanter Danske Patienter som inspirationskilde, idet de har oprettet en vidensdatabase¹⁴, der samler udvalgte artikler om et givet emne som en hjælp til brugerne, som fx gerne vil have noget relevant startlæsning. Derudover er der bred interesse blandt informanterne for opsamling af viden om erfaringer med givne indsatser.

4.2.3 Uddannelse

Som beskrevet oven for er der en svag dansk tradition for praksis-/kliniknær sundhedstjenesteforskning. Det betyder, at indsigten i og traditionen for lægeinitieret og sundhedsprofessionsuuddannedes deltagelse i sundhedstjenesteforskning er svag, herunder forskning i kvalitet og patientsikkerhed.

Derfor er der bred enighed blandt informanterne om, at uddannelse er et vigtigt element for at styrke forskningen i kvalitet og patientsikkerhed. Uddannelse skal her forstås bredt, så det både dækker over studerende på videregående uddannelser, ph.d.-studerende samt efteruddannelse/kurser til klinikere og andre sundhedsprofessionelle på sygehuse mv.

13 Se en linksamling over centrale internationale tidsskrifter, der publicerer artikler om kvalitet og patientsikkerhed i sundhedssektoren, på forskningsnetværkets hjemmeside: www.fpk.dk.

14 www.vibis.dk.

I dag er der ifølge informanterne ikke fokus på patientsikkerhed og kvalitetsudvikling på de sundhedsfaglige uddannelser, og det indgår ikke i de studerendes pensum, hvilket flere informanter opfatter som en stor mangel, blandt andet fordi det er afgørende at få skabt en interesse for dette forskningsområde tidligt:



Det er vigtigt at få kvalitetsforskning ind i grundpensum på uddannelserne. Det er selvfølgelig på den lange bane, at det vil have effekt. Men det er jo helt forkert, at fx de nyuddannede læger ikke har haft et ord om, hvorfor vi bruger så meget tid på fx akkrediteringer og indikatormålinger inden for kvalitetsudvikling. De aner intet om det, intet, fordi det ikke indgår som en del af pensum. De skal have viden om, hvad det vil sige at arbejde i en organisation og kunne se kritisk på virksomheden i organisationen, og de skal vide, at der er andre metoder ud over det klinisk randomiserede studie, som kan undersøge det.

Leif Panduro, formand for Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren

Det understreges, at kvalitetsundervisningen skal have fokus på alle tre dimensioner af kvalitet, altså både den patientoplevede, den organisatoriske og den kliniske kvalitet:



Der ville være tilbøjelighed til på fx lægeuddannelsen, at det ville blive den kliniske kvalitet, der var fokus på. Men der er det så igen, at man glemmer, at der er tre ben i kvalitet, og den taburet kan ikke bare stå på ét ben.

Kjeld Møller Pedersen, professor, Syddansk Universitet

En anden måde at styrke uddannelse i kvalitet og patientsikkerhed er at udbyde ph.d.-kurser. En informant, der særligt beskæftiger sig med forskning i it i sundhedsvæsenet, er ofte stødt ind i, at der ikke er relevante kurser i kvalitet og patientsikkerhed til de ph.d.-studerende i hans forskningsmiljø. Det undrer ham, fordi han mener, at der både er forskerne og projekterne, som kan udgøre grundlaget for sådanne kurser:



Jeg ville ønske, at der var ph.d.-kurser, som kobler sundhedsvæsenet og de it-systemer, der skal bruges, for at vi kan få kvalitet i behandlingen og styrke eller højne patientsikkerheden. I øjeblikket ryger vores ph.d.-studerende af sted til rigtig mange ph.d.-kurser, som handler om informationssystemer, som givetvis er relevant i en sundheds-sammenhæng, men som ikke har sundhed som omdrejningspunkt. Jeg tror, man både kunne få samlet nogle folk og nogle lærekræfter og få noget godt indhold, for der er rigeligt af projekter til, at man kunne lave sådan et kursus.

Morten Hertzum, lektor,

Institut for kommunikation, virksomhed og informationsteknologier, Roskilde Universitetscenter

Enkelte informanter giver eksempler på spirende eller igangværende tiltag, som har til formål at styrke uddannelse i kvalitet og patientsikkerhed:

- *Center for Forbedringer i Sundhedsvæsenet*, beliggende på Aalborg Universitet, arbejder lige nu på nogle tiltag/uddannelsesprogrammer i forhold til at kunne undervise klinikere. Blandt idéerne er at få klinikere fra sygehuse ud og opleve den daglige gang på centeret.
- *Dansk Selskab for Patientsikkerhed* har i samarbejde med Aalborg Universitet og 'Studerende for Sikre Patienter' afholdt sommer school om patientsikkerhed for studerende, og de nævner, at de godt kunne være interesserede i at udvide denne sommer school. Desuden tilbyder Dansk Selskab for Patientsikkerhed kurser og træning i blandt andet statistiske metoder og forbedringsmetoder på afdelingsniveau.
- *Studerende for Sikre Patienter* er et tværfagligt netværk for sundhedsfaglige studerende, der arbejder for et sundhedsvæsen med patienten i centrum. Netværket er grundlagt i 2011 og har siden da blandt andet afholdt en række temamøder og en konference om patientsikkerhed. Netværket er ved at få etableret lokalafdelinger i Aarhus, Aalborg og København.
- *TrygFonden* beskriver, at de i stigende grad støtter projekter, som omhandler at træne fagpersoner til at håndtere patientsikkerhedsproblemer i klinikken gennem simulationsundervisning.
- *Dansk Institut for Medicinsk Simulation* udbyder simulationsbaserede kurser for både sundhedsfagligt personale og andre faggrupper med det formål at øge kvaliteten og sikkerheden i patientbehandlingen.

Opsummering

Opsamlende beskriver ovenstående afsnit, at der i dag er mange mindre forskningsmiljøer i Danmark, der forsker i kvalitet og patientsikkerhed, men at forskningen er fragmenteret, og at forskningsmiljøerne er spredt på tværs af landet. Der er kun få store forskningsmiljøer inden for dette område. Der er forskellige perspektiver på, hvordan forskningen kan styrkes gennem ændret organisering, men der er dog ikke enighed eller afklaring blandt informanterne om, hvordan man skal opbygge en struktur, der kan fungere som drivkraft for at styrke forskningen. Et af de scenarier, der tegner sig, er at oprette en form for fysisk kraftcenter, som etableres et eller flere steder i landet og kan virke som drivkraft til at igangsætte forskning. Et andet scenarie er, at en sådan drivkraft ikke skal have en fysisk form, men i højere grad skal have karakter af et tværgående forskningsmiljø med vægt på netværksdannelse. Uanset valg af scenarie er der enighed om, at der er behov for at opbygge samarbejdskonstellationer, og at de eksisterende forskningsmiljøer med fordel kan styrkes og udbygges med fokus på tværdisciplinær forskning, og at der fx kan oprettes professorater i kvalitetsudvikling, som tilknyttes miljøerne. Der er også enighed om, at forskningsmiljøerne ikke skal isoleres i særlige enheder, ligesom det skal undgås, at forskningen monopoliseres og kun foregår i bestemte dele af landet.

Der er potentiale og behov for at styrke den praksisnære forskning i kvalitet og patientsikkerhed, da der endnu ikke er stærk tradition for denne i Danmark, og dermed heller ikke eksisterer stærke veletablerede forskningsmiljøer, som kan løfte denne forskning. Den beskedne forskningsmæssige forankring skyldes blandt andet, at forskning i kvalitet og patientsikkerhed endnu ikke har særlig høj prestige, fordi der ikke er samme tradition for at publicere denne forskning i anerkendte tidskrifter sammenlignet med fx klinisk forskning. Dermed er forskningen ikke i samme grad sikret merit som ved klinisk forskning. Derudover er en udfordring, at den eksisterende kvalitetsstab på sygehusene primært varetages af sygeplejersker, og de er ofte ikke forskningsmæssigt opdraget – derfor har de ikke nødvendigvis den forskningsmæssige indsigt eller tradition for at vurdere behovene for forskning i kvalitet og patientsikkerhed, med mindre de er særligt videreuddannet til det. Informanterne beskriver det som afgørende, at lægerne engageres i denne forskning, da de netop har kompetencerne til at knytte forskning med praksis, om end de ikke nødvendigvis behersker alle de metoder, som forskning i dette område kræver. Derfor vil det være nødvendigt, at blandt andre læger uddannes i forskning i kvalitetsudvikling.

Afsnittene peger på, at uddannelse er et vigtigt tiltag for at styrke forskning i kvalitet og patientsikkerhed. Tiltagene er blandt andet at få kvalitet og patientsikkerhed samt forskningsmetoder i dette skrevet ind i grundpensum på de sund-

hedsfaglige uddannelser, så der skabes en interesse for dette område tidligt. Derudover foreslås det at få oprettet ph.d.-kurser og efteruddannelse i dette område.

4.3 Er der finansieringsmuligheder?

I forlængelse af ovenstående afsnit hænger finansiering af projekter sammen med, om der er forskere og kompetencer til at gennemføre projektet på højt niveau. Ligeledes kommer interessen blandt forskere også, hvis der er penge at søge på området. Finansiering af projekter fordrer således som regel kompetente miljøer.

Der er bred enighed blandt informanterne om, at de primære kilder til finansiering af projekter til kvalitet og patientsikkerhed i dag kommer fra offentlige midler (blandt andet fra regionerne) og i nogen grad fra forskellige private fonde, såsom TrygFonden.

Der er kun i begrænset omfang tale om større satsninger til forskning på området, og der er bred enighed blandt informanterne om, at finansiering af forskningsprojekter om kvalitet og patientsikkerhed ikke har været højt nok prioriteret på nationalt niveau. Blandt andet peger flere forskere på, at det ikke har været muligt at opnå finansiering fra Det Strategiske Forskningsråd, fordi dette råd kun i begrænset omfang giver til anvendelsesorienteret forskning og derfor heller ikke til den form for forskning i kvalitet og patientsikkerhed, som beskrives i afsnit 4.1.1.

Derudover er en stor del af informanterne enige om, at vanskeligheden ved at opnå finansiering til forskningsprojekter igen hænger sammen med, at forskning i kvalitet og patientsikkerhed falder mellem to stole:



Jeg tror barriererne med denne her blanding af noget samfundsfagligt og noget sundhedsfagligt er, at det falder imellem de puljer, der er. Det er ikke så hardcore sundhedsvidenskabeligt. Det er en ny disciplin at forske i kvalitet og sikkerhed, så derfor har der ikke været en pulje til at sætte gang i en masse. Og det har måske været svært at komme ind i de puljer, der var, fordi det ikke falder lige ind i kriterierne osv.

Bodil Bjerg, seniorkonsulent, Danske Regioner

En anden informant knytter ligeledes udfordringen med at opnå finansiering til, at det er et ændret forskningsparadigme, som skal vinde accept og dermed blive legitimt at støtte. Udfordringen er derfor også, at finansiering af forskningsprojekter i kvalitet og patientsikkerhed indebærer at skulle konkurrere om midler til mere etablerede forskningsparadigmer, såsom klinisk forskning eller grundforskning.



Udfordringen er, at mange af forskningsfondene er vant til at bedømme klinisk randomiserede studier, og de er ikke vant til at bedømme kvalitative studier, de er ikke vant til at triangulere og se på forskellige metoder.

*Doris Østergaard, overlæge og institutleder,
Dansk Institut for Medicinsk Simulation*

En af informanterne, der selv har erfaring med at søge penge til forskningsprojekter inden for kvalitetsområdet, oplevede som forskningsmiddelsøger, at "... det var vanskeligt at vide, hvilke fonde der var relevante at søge. Derudover oplevede jeg også, at det i den anden ende var svært for dem, der kunne bevillige penge, at placere det givne forskningsprojekt" (Morten Hertzum, lektor, Institut for kommunikation, virksomhed og informationsteknologier, Roskilde Universitetscenter). Konsekvensen for ham har været, at han har søgt finansiering i regionen, hvor der har været succes med at indgå partnerskaber om forskningen, som samtidig er blevet nært knyttet til praksis.

Rettes blikket mod finansieringsmuligheder i de private fonde, beskriver TrygFonden, at den forskning, som de finder særligt attraktiv at støtte, er generaliserbar anvendelsesorienteret viden og gerne projekter opbygget som klinisk randomiserede studier. Ligeledes er det attraktivt for dem at støtte konkrete afprøvninger af et metodisk værktøj, fx en kirurgisk metode, da man kan måle effekterne af dette. De er derimod tilbageholdende over for mere komplekse og kontekstafhængige indsatser, da de kan være svære at måle effekten af, hvilket imidlertid karakteriserer flere indsatser inden for kvalitet og patientsikkerhed:



Hvis en indsats er meget kontekstafhængig, så må folk selv finde ud af at rode med den for deres egne midler. Hvis vi skal støtte, skal du lave noget, der har en generel betydning, som kan bruges til oplysning og videnskabelig fremdrift. [...] Man forfalder meget nemt til, når man bevæger sig ud i de komplicerede og uoverskuelige områder, at sige, at så må vi lave nogle kvalitative studier. Men så kan jeg næsten gætte, hvad resultatet af dem bliver; nemlig at verden er kompliceret, folk forhandler deres virkelighed, og vi må have en anden sikkerhedskultur. Det er i virkeligheden enormt ukonkret.

Anders Hede, forskningschef, TrygFonden

Denne beskrivelse ligger i tråd med en af forskernes oplevelse af støtten fra de private fonde, som netop erfarer, at det kan være svært at opnå støtte til sundhedstjenesteforskning inden for kvalitet og patientsikkerhed, fordi private fonde ofte støtter klinisk forskning:



De private fonde vil gerne støtte projekter, der er mere direkte værdiskabende, og som i hvert fald indirekte giver nytte for deres virksomhed, og det er jo ofte direkte ude i klinikken, hvor man har den direkte kontakt til patienter. Sundhedstjenesteforskning er så at sige et abstraktionsniveau over det kliniske møde, og derfor kan det nogle gange være svært at overbevise de her fonde.

*Jes Søgaard, professor og tidligere direktør
i Dansk Sundhedsinstitut*

Enkelte andre informanter har ligeledes erfaret at få afslag på delfinansiering fra selskaber eller lignende med begrundelsen, at deres forskning ikke var operationaliserbar:



Da jeg søgte efter finansieringsmuligheder til mit ph.d.-projekt, holdt jeg et møde med Dansk Selskab for Patientsikkerhed, hvor jeg fik at vide, at de ikke havde mulighed for eller interesse i at medfinansiere projektet, hvis dets resultater ikke var direkte operationaliserbare.

*Kirstine Zinck Pedersen, ph.d. stipendiat, Center for
Health Management, Copenhagen Business School*

I stedet har ovenstående forsker opnået støtte i Det Strategiske Forskningsråd, men hun forklarer selv, at det ikke var ud fra, at det var et projekt om patientsikkerhed og kvalitet, men ud fra de teoretiske perspektiver eller rationaler, som hun ønskede at undersøge i den forbindelse.

4.3.1 Strategisk forskningsområde

Blandt forskerne er der bred enighed om, at vejen frem mod at styrke forskningen i kvalitet og patientsikkerhed er at gøre forskningen til et strategisk og prioriteret indsatsområde på nationalt niveau.

Informanterne kommer med flere forslag til, hvad der skal til for at gøre forskningen til et prioriteret indsatsområde. Enkelte foreslår en national eller regional pulje i supplement til en række krav fra nationalt niveau, som støtter op omkring forskningen:



Det er altid godt, hvis der enten kommer nogle krav eller nogle strukturelle støttemidler, fx midler fra Det Strategiske Forskningsråd. Eller at Sundhedsministeriet eller Danske Regioner melder ud, at de gerne vil have, at der kommer mere dokumentation af indsatserne. Så der kommer nogle krav og en systematik, som kan være med til at lægge nogle pejlemærker for, hvad det er, man skal forske i. Og så er det selvfølgelig alt andet lige godt, hvis der også kommer nogle støttemidler, altså en national eller regional pulje, man kan søge, som skal gøre det muligt at imødekomme de her krav – det kan være penge, og det kan være personale.

Jes Søgaard, professor og tidligere direktør
i Dansk Sundhedsinstitut

Enkelte informanter fremhæver desuden et potentiale for, at større fonde kan komme på banen, såsom Lundbeckfonden og Det Strategiske Forskningsråd, da de større fonde kan være med til at skabe mere prestige i forskningen. Informanterne siger dog samtidig, at det vil kræve, at en række forskere og interessenter kan gå sammen og lave en samlet ansøgning, således at der er miljøer, der er stærke nok til at varetage forskningen.



De store fonde kommer ikke på banen, før miljøet er der. [...] Fondene har ansvaret for at sikre sig, at hvis de lægger et stort beløb til forskning, så er miljøerne der. Og derfor kommer de aldrig til at gå til uprøvede miljøer eller uopdyrkede områder og lægge meget store bevillinger. Indtil da bliver de tre hovedinteressenter – Kommunernes Landsforening, Danske Regioner og Universiteterne – selv nødt til at sørge for at få skubbet forskningen i gang.

Knut Borch-Johnsen, professor, Institut for
Sundhedstjenesteforskning, Syddansk Universitet

Enkelte forskere fremhæver imidlertid, at de oplever en stigende tendens til, at der bliver allokeret midlertid sundhedstjenesteforskning, og at en del går til kvalitet og patientsikkerhedsforskning. Som eksempler nævnes Kræftens Bekæmpelse og Hjerteforeningen. En informant gør ligeledes opmærksom på, at der i de helt store private fonde er en stigende interesse for at støtte forskning i kvalitet og patientsikkerhed:



De store private fonde, fx Novo Nordisk og Lundbeckfonden, har hidtil slet ikke beskæftiget sig med det her emne. Men interessen synes stigende omkring den epidemiologiske forskning herunder registerforskning, der sætter fokus på sundhedsvæsnets struktur og funktion.

Janne Lehmann Knudsen, overlæge og kvalitetschef i
Kvalitet & Patientsikkerhed, Kræftens Bekæmpelse

4.3.2 Interessenternes rolle i finansieringen

Både forskerne og interessenterne¹⁵ er blevet spurgt til, hvilke centrale aktører, de mener, er vigtige at få inddraget i højere grad, hvis forskning i kvalitet og patientsikkerhed skal styrkes og finansieringsmulighederne forbedres.

Det er helt gennemgående i de fleste interviews, at Danske Regioner og Kommunernes Landsforening fremhæves som interessenter, der i endnu højere grad bør være med til at tage ansvar for, at forskningen bliver styrket:



Jeg glæder mig meget til, at Kommunernes Landsforening og Danske Regioner kommer mere ind i feltet.

Henning Boje Andersen, professor,
DTU Management Engineering

Jeg synes ikke Kommunernes Landsforening har været langt fremme i skoene.

Anja Petersen, projektleder, Danske Patienter

Regionerne kunne godt tage et større ansvar for at sørge for, at der er videnskabelig dokumentation af, om alle de ting, de gør, redder liv.

Lars Ehlers, professor og leder af Center for
Forbedringer i Sundhedsvæsenet, Aalborg Universitet

Grunden til, at de to interesseorganisationer bør tage større ansvar for at styrke forskning, er blandt andet, at de som driftsherrer i sundhedsvæsenet er de primære aftagere den:



Det er jo dem, der er driftsherrer, og som har det primære ansvar for, at de bruger deres penge ordentligt i forhold til at få den bedst mulige patientsikkerhed, herunder at se på hvilke indsatser, der virker bedst.

Anne Mette Dons, chef for tilsyn og
patientsikkerhed, Sundhedsstyrelsen

15 Se opdeling i forskere og interessenter i Tabel 1, afsnit 2.1.

Det fremhæves dog også af enkelte forskere, at der til gengæld skal gøres en større indsats for at sikre, at formidlingen af forskningsresultaterne sker i et forum for de primære aftagere af forskningen, så det kommer regioner og kommuner til gode.

En stor del af forskerne fremhæver, at det ligeledes er altafgørende at få sundhedsmyndigheder og forskningsmyndigheder på banen for at styrke forskningen, herunder departementet i Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, Sundhedsstyrelsen, Finansministeriet og Ministeriet for Forskning, Innovation & Videregående Uddannelser. Informanterne efterspørger, at de træder mere i karakter.

Interessenterne er blevet spurgt til, hvordan de ser deres egen rolle i forhold til at styrke forskningen. Her fremhæves det primært, at de kan indtage rollen som initiator af forskellige forskningsprojekter eller som interessevaretagere, der eksempelvis kan søge at påvirke de forskellige forskningsfora, som de er repræsenteret i. Det er derimod i mindre grad en rolle som finansieringskilde, interessenterne fremhæver at kunne indtage:



Hvis vi sætter egentlige forskningsprojekter i gang, så vil vi se os som initiator, og nogle gange som partner og nogle gange som medfinansiator. [...] Langt hen ad vejen vil det ikke være vores opgave at gøre andet end at stille os til rådighed som informanter og som dataleverandører. [...] Vi vil formentlig kun i meget begrænset omfang have nogen kronemidler at putte i.

Carsten Engel, vicedirektør, IKAS

Vi skal som Danske Patienter påpege, hvor vi synes, der mangler forskning. Og også meget gerne indgå i samarbejder med forskningsinstitutioner om at lave den forskning, vi synes, der skal laves. Det kræver, at der er en velvilje til at finansiere det fra en anden instans.

Anja Petersen, projektleder, Danske Patienter

Vi burde jo melde forskningstemaer ud og lave en forskningsstrategi. Vi sidder også i styrelser og råd for rigtig mange forskningsinstitutioner og kan af den vej presse på, og det er jo ikke ubetydeligt, hvad man kan sige der.

Tine Curtis, chefkonsulent i Social og Sundhed, Kommunernes Landsforening

Både Kommunernes Landsforening og Danske Patienter stiller sig positive over for at melde forskningstemaer ud, som kan være pejlemærker for, hvad der er behov for forskning i. Kommunernes Landsforening italesætter ligeledes, at de har et ønske om, at der bliver oprettet en form for videnscenter, der blandt andet kan opsamle erfaringerne med kvalitet og patientsikkerhed på det kommunale niveau og gerne i tilknytning til et forskningsmiljø.

Opsummering

Opsamlende giver ovenstående afsnit et indtryk af, at der eksisterer en række barrierer for finansiering af projekter inden for kvalitet og patientsikkerhed. Det skyldes blandt andet, at forskning i kvalitet og patientsikkerhed befinder sig i et felt mellem sundhedsvidenskabelig og samfundsvidenskabelig forskning og tilhører et nyt forskningsparadigme, der skal vinde accept. Traditionen for at støtte klinisk forskning er fortsat meget stærk, hvorfor det endnu kan være vanskeligt at opnå støtte til praksisnær sundhedstjenesteforskning. Finansieringskilderne til forskning i kvalitet og patientsikkerhed kommer i dag primært fra regionalt niveau. Informanterne efterspørger, at der afsættes strategiske bevillinger og puljer til området fra nationalt og regionalt niveau. Ligeledes efterspørges bedre muligheder for at opnå finansiering fra Det Strategiske Forskningsråd, og det fremhæves, at der stadig er stort potentiale for at få private fonde inddraget i finansieringen. Dog er en barriere for finansiering, at private fonde sjældent giver store donationer til nye forskningsområder uden veletablerede forskningsmiljøer. Derfor hænger styrkelse af forskningsmiljøerne sammen med mulighederne for at opnå finansiering.

Det efterspørges, at både Danske Regioner og Kommunernes Landsforening i endnu højere grad tager ansvar for at påvirke, at der bliver afsat midler til forskning i kvalitet og patientsikkerhed, da de er de primære aftagere af forskningsresultaterne. Blandt andet fremhæves vigtigheden af, at der afsættes økonomiske midler (fra kommuner og regioner) til forskning i de patientsikkerheds- og kvalitetsindsatser, der igangsættes, så det sikres, at effekten af en indsats bliver dokumenteret. Afsnittene peger på, at uddannelse er et vigtigt tiltag for at styrke forskning i kvalitet og patientsikkerhed. Tiltagene er blandt andet at få kvalitet og patientsikkerhed samt forskningsmetoder i dette skrevet ind i grundpensum på de sundhedsfaglige uddannelser, så der skabes en interesse for dette område tidligt. Derudover foreslås det at få oprettet ph.d.-kurser og efteruddannelse i dette område.

5 Centrale temaer og manglende viden

I dette kapitel vil de specifikke behov for forskning blive præsenteret i en række temaer. Det er hensigten, at det samlet skal give et indtryk af, hvad der optager forskningen i dag, hvad det er vigtigt at blive klogere på, og hvor vi ideelt set skal bevæge os hen forskningsmæssigt, hvis vi skal adressere nogle af de største udfordringer og mangler på viden inden for kvalitet og patientsikkerhed.

I det følgende præsenteres de i alt fem identificerede overordnede temaer, som er genereret af interviewene. Rækkefølgen af temaerne er bestemt efter, hvor hyppigt temaet er blevet italesat på tværs af alle informanterne. Således er det første tema om patientperspektiver italesat af flest informanter. Temaerne vil blive beskrevet et for et med en række undertemaer, som rummer nuancer eller forskellige perspektiver inden for temaet. I hvert af de følgende afsnit vil undertemaerne blive præsenteret i to trin:

- 1) Indledningsvis beskrives temaet kort ud fra udvalgt litteraturen, i det omfang det er nødvendigt for at få en introduktion til og forståelse af temaet
- 2) Herefter følger et sammendrag af, hvad informanterne fremhæver som vigtige tendenser og behov inden for temaerne – dels hvad der er bred enighed om, og hvor der er særlige perspektiver eller nuancer af temaet.

Det skal bemærkes, at temaerne beror på udsagn fra interessenter og forskere, som hver især repræsenterer egne interesser og den organisation, de er tilknyttet, og som derfor blandt andet vil være påvirket af deres faglige baggrund. Her præsenteres derfor et nuanceret billede af informanternes udsagn, som giver indblik i diversiteten i deres interesser.

5.1 Patientperspektiver

I det følgende præsenteres patientperspektiver relateret til forskning i kvalitet og patientsikkerhed. Det er et perspektiv, der her dækker over flere undertemaer, som informanterne italesætter, blandt andet patientinvolvering og patientrapporterede data om udfald af behandling.

5.1.1 Patientinvolvering

Patientinvolvering kan beskrives som en samarbejdsrelation mellem patienter/pårørende og sundhedsprofessionelle (28). Det fremhæves imidlertid i litteraturen, at patientinvolvering er et begreb, der har mange forskellige betydninger (29), hvilket også afspejles i, at informanterne i interviewene bruger begrebet forskelligt, når de beskriver patientinvolvering som et centralt forskningstema.

Patientinvolvering står højt på den politiske dagsorden på tværs af det danske sundhedsvæsen. I dag forventer patienter at blive taget med på råd, og at deres individuelle forskel-

ligheder respekteres. Ifølge blandt andre Angela Coulter kan patientinvolvering ses som et etisk imperativ, altså at patienter har ret til at indgå i handlinger og beslutninger, der angår deres helbred, og dermed at patientinvolvering er et mål i sig selv (28). Dertil kommer erkendelsen af, at patienten har en helt unik viden om blandt andet eget forløb, symptomer og oplevelser, der har værdi for blandt andet at øge deres sikkerhed (29), og som kan medføre højere kvalitet i behandlingen tilpasset patientens behov, bedre beslutningstagning og bedre udfald/resultat af behandlingen (28). En anden vinkel på patientinvolvering i egen behandling bygger på den vision, at involvering kan frigøre ressourcer både hos patienten og personalet, blandt andet gennem frigørelse af personalehænder, og således udgøre et økonomisk incitament – blandt andet set i lyset af det stigende antal kronikere (30). Udover at patientinvolvering er vigtig for at have indflydelse på eget forløb, er en anden dimension af patientinvolvering, som blandt andet fremlægges af Freil & Knudsen (31), at patienter kan have indflydelse på organisering og udvikling af sundhedsvæsenet via repræsentativ involvering¹⁶. Patienterne oplever hele patientforløbet og får herigennem god indsigt i, hvor velfungerende sundhedsvæsenet er organiseret, og hvor veltilrettelagt et patientforløb sundhedsvæsenet evner at stille til rådighed for patienten.

Omfanget af publikationer om patientinvolvering i forhold til at forbedre egen sikkerhed er steget, særligt i England og USA. I to oversigtsartikler af henholdsvis Lipczak et al. og Peat et al. (29, 32) slås det imidlertid fast, at der ikke er solid dokumentation for, hvordan patienter bedst involveres, eller hvilke metoder der virker og med hvilket resultat. Det skyldes blandt andet, at både patientinvolvering og patientsikkerhed er nye forskningsområder, og at der derfor findes relativt få metodisk stærke studier af involvering i relation til patientsikkerhed. Evidensen for, at patientinvolvering har en positiv effekt på patientsikkerheden – målt som reduktion i antal utilsigtede hændelser – beskrives i disse to artikler som svag, og de effekter, der dokumenteres, er spredte og uensartede.

Informanternes perspektiver

Blandt informanterne er patientinvolvering et af de mest konsekvent omtalte temaer. Det fremgår tydeligt, at det er et tema, som allerede får og i fremtiden vil og bør få en større plads i forskningen, blandt andet fordi patienter har/får adgang til data og information om egen behandling og mulighed for at rapportere utilsigtede hændelser. En forsker fremhæver, at der i denne nye form for rapportering ligger spændende muligheder for at sammenligne, hvad henholdsvis patienten og den sundhedsprofessionelle ser og oplever af fejl, og dermed hvordan man ud fra begge perspektiver kan udforme løsninger, der forbedrer patientsikkerheden.

16 Ved repræsentativ involvering forstås, at udvalgte brugere inddrages som repræsentanter for grupper af brugere i udvikling og evaluering af sundhedsvæsenet. Formålet er at sikre, at sundhedsvæsenet er centreret om brugernes behov (31).

Patientinvolvering er også blevet et centralt tema i Dansk Selskab for Patientsikkerheds indsatser ud fra overbevisningen om, at patienter kan spille en vigtig rolle i forhold til at øge patientsikkerheden ved at udgøre en sikkerhedsbarriere og kunne opfange potentielle utilsigtede hændelser, inden de sker. Dansk Selskab for Patientsikkerhed nævner også, at patientinvolvering vil få stor opmærksomhed fremadrettet, og de er derfor meget interesserede i viden, om "hvordan gør man det bedst?", jf. pointen ovenfor omkring manglende viden om, hvordan patienter bedst involveres.

Forskningschefen fra TrygFonden efterspørger i den forbindelse forskningsansøgninger, som kan bidrage med viden om gavnligheden af at involvere patienter i forhold til patientsikkerheden. Han savner kvalificeret forskning og gode eksempler på området, da han er usikker på effekten af patientinvolvering:



Altså patientinddragelse er jo afgørende for, at mange behandlinger virker, fx at folk opfører sig fornuftigt bagefter, at de følger efterbehandlings- og rehabiliteringsforløbet, træning etc.¹⁷ Der er patienten også fuldstændig vital. Men omkring patientsikkerhed, der er jeg meget i tvivl. Også i forhold til kvalitetsudvikling, måske kan de bidrage til kvalitetssikring. Men igen, jeg er usikker. Jeg vil gerne se nogle mere konkrete bud på de ting.

Anders Hede, forskningschef, TrygFonden

To af forskerne fremhæver i forlængelse af ovenstående pointe om, at patientinvolvering er et begreb, der dækker over et utal af betydninger, og at der mangler en samlende teori omkring, hvad patientinvolvering og patient empowerment er i arbejdet med at øge kvaliteten og patientsikkerheden, fordi det i dag stadig kan opfattes som en stor boble, der er præget af meget ideologi:



Vi mangler en teori for patientinvolvering i kvalitetsarbejdet. Det, vi har nu, er i høj grad ideologiske udsagn og også på en måde meget vanskeligt håndterbare udsagn, fordi en hel del af ideologien kommer fra USA.

*Paul Bartels, cheflæge og faglig leder,
Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram*

Danske Patienter tilslutter sig, at patientinvolvering som begreb ikke er konceptualiseret tilstrækkeligt – involvering af patienter er noget de fleste sundhedsprofessionelle vil sige, at de allerede gør, men Danske Patienter oplever, at de særligt knytter det til at have en god kemi og relation til patienten:



Man møder aldrig nogen, der synes, det er en dårlig ide at inddrage, men når det kommer til praksis, bliver det meget vanskeligere. Det er kun i helt specifikke dele af behandlingsforløbet, hvor man synes, at man vil inddrage.

Anja Petersen, projektleder, Danske Patienter

Ifølge Danske Patienter mangler der derfor forskning, der kan understøtte de sundhedsprofessionelles velvilje til at inddrage patienter ud fra opfattelsen af, at det gør kvaliteten, sikkerheden og forløbet bedre, og at de derfor opfatter det værdifuldt at involvere patienter i flere dele af behandlingsforløbet. Danske Patienter beskriver desuden, at de fremadrettet ser et stort potentiale i at arbejde for større involvering af patienter og pårørende som part i hele forløbet af et forskningsprojekt, hvilket de derfor har stigende fokus på.

Et andet perspektiv, der fremhæves af enkelte informanter, er patienters vurdering af kvaliteten i det samlede patientforløb, både i kontakten med de forskellige aktører og sektorer og forløbet efter udskrivelsen. De beskriver, at der ikke er meget forskning i forløbet, efter en patient er udskrevet fra hospitalet.



Forløbet efter en patient bliver udskrevet fylder meget lidt. Det kunne være interessant at udvide perspektivet til efter udskrivelsen, hvor patienterne skal til at have kontakt med praktiserende læger eller plejehjem osv. Det er interessant at inddrage aspektet med, at patienter bevæger sig mellem flere institutionelle aktører. [...] Hvis der skal forskes mere i det, så kunne man fx udpege et lokalområde med et sygehus, hvor man sagde, at her ville man prøve at oprette et centersygehus, hvor man prøver at trække på både det, der sker, før patienten kommer ind, og man prøver at involvere den kommune, der hører til dem, der aftager, og derigennem prøver at lave sådan et eksempel eller et 'laboratorium'.

*Morten Hertzum, lektor, Institut for kommunikation,
virksomhed og informationsteknologier,
Roskilde Universitetscenter*

17 I dette citat taler Forskningschefen fra TrygFonden ud fra, hvad der kan betegnes som kompliance. Ifølge Lipczak et al. falder compliance, konkordans, egenomsorg mm. ikke ind under sikkerhedsbegrebet, da samarbejde mellem patient og sundhedsprofessionel i den sammenhæng handler om patientens helbredssituation og sygdom (29).

Danske Patienter savner også i den forbindelse forskning i metoder til at måle patientens samlede oplevelse af forløbet på tværs af aktører, da de beskriver, at kvaliteten kan variere væsentligt fra indlæggelse og behandling på hospital til udskrivning og rehabiliteringsforløb i kommunen.

5.1.2 Systematiske målinger af patientoplevelt kvalitet

Af litteraturen fremgår det, at interessen i at sikre patientperspektivet i kvalitetsudviklingsarbejdet hidtil især har samlet sig om indsamling af data vedrørende patienttilfredshed (fx Den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser (LUP) og Danske Patienter Evaluerer almen Praksis (DanPEP)), men fokus udvides både internationalt og i Danmark med en stigende interesse for såkaldte patientrapporterede oplysninger om udfald af behandling (Patient-Reported-Outcome-Measures, PROM), som indhentes ved hjælp af spørgeskemaer (33). PROM er et mål for patientoplevelt kvalitet, som indeholder elementer, der belyser livskvalitet, funktionsniveau og komplikationer. Det er således en anden måde at måle udfaldet af et behandlingsresultat på end det, der ellers måles klinisk af de sundhedsprofessionelle (33). Efter eksempelvis en operation i armen vil den kliniske vurdering indebære undersøgelse af bevægeligheden i armen og aktiv bevægelse, mens PROM vil være baseret på spørgsmål til patienten om fx almindelig livsførelse og funktionsevne, såsom "Kan du trække en sweater over hovedet". PROM kan således anskues som en form for patientvurdering af den kliniske kvalitet.

Informanternes perspektiver

PROM vurderes af flere forskere at være en metode inden for patientperspektivet, som forventes at få endnu større anvendelse fremadrettet. PROM kan være med til at inddrage patienternes egne oplysninger på kvalitetsområdet, hvilket af både interessenter og forskere fremhæves som spændende.

Ifølge en forsker har det endda vist sig "... at PROM var mere retvisende i forhold til kvaliteten af behandlingen, når man bagefter gik ud og undersøgte, hvordan det så gik med patienterne" (Paul Bartels, cheflæge og faglig leder, Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram). Han mener derfor, at det er vigtigt at få anvendelsesorienteret forskning på PROM. Kjeld Møller Pedersen fra Syddansk Universitet fremhæver, at PROM og den kliniske vurdering er to forskellige optikker, der lægges på den faglige kvalitet, og at de ikke udelukker hinanden, men snarere supplerer hinanden.

Janne Lehmann Knudsen fra Kræftens Bekæmpelse fortæller, at de også arbejder med et systematisk måleredskab af patienters oplevelse af kvalitet i kræftbehandlingen ved hjælp af et spørgeskema i den såkaldte Barometerundersøgelse (34).

Opsummering

Inden for patientperspektiverne er der enighed på tværs af alle interviewene, at patientinvolvering er et tema, der både får og fremadrettet kommer til at få meget fokus. Der efterspørges

imidt forskning i henholdsvis hvordan man bedst involverer patienter, og om/i hvilket omfang det kan forbedre patientsikkerheden. I forlængelse heraf efterspørger flere informanter en form for samlet teori om, hvordan patientinvolvering påvirker kvaliteten og patientsikkerheden. Viden om effekten af patientinvolvering formodes ligeledes at øge de sundhedsprofessionelles velvilje til at inddrage patienter i større udstrækning i behandlingsforløbet, hvilket er et vægtigt argument for mere forskning i dette.

Der er ligeledes en stor interesse for at udvikle måleredskaber til systematisk at måle patientoplevelt kvalitet som supplement til den kliniske vurdering af behandlingsudfald. Det efterspørges desuden, at der skabes viden om patientforløb efter udskrivelse, da dette også kan bidrage til viden om kvaliteten og udfald af behandlingen.

5.2 Effekt og dokumentation af indsatser

De følgende afsnit adresserer behovene for at få viden om effekten af en indsats/intervention på kvalitets- og patientsikkerhedsområdet, samt vurdering af om indsatsen er omkostnings-effektiv.

5.2.1 Effektevaluering og dokumentation

I kraft af at der på nationalt plan samlet set investeres meget tid og mange penge i indsatser, der på forskellig vis har til hensigt at forbedre kvalitet og patientsikkerhed, er der en naturlig interesse for at vide, om indsatserne – det kan være alt fra patientinvolvering og indførelse af kirurgiske tjeklister til medicinafstemning og implementering af sundheds-it – har virket efter hensigten. Til dette formål kræves effektevalueringer, hvor effekterne af de indsatser, der er udført lokalt eller nationalt, bliver gjort op, og man med andre ord vurderer evidensen for indsatsens indhold.

Af litteraturen fremgår det imidlertid, at udfordringerne ved måling af effekten af kvalitets- og patientsikkerhedsindsatser er, at det ofte er komplekse indsatser, som typisk omfatter en række indbydes forbundne tiltag og interventioner, og resultatet derfor er et samspil mellem teknologi, organisation, patient og behandler og dermed i høj grad afhængig af lokal kontekst (33). Dette indebærer særlige udfordringer i forbindelse med evalueringsdesign, idet det fx ofte kan være vanskeligt at påvise en direkte sammenhæng mellem tiltag på administrativt niveau og det kliniske udfald af patientforløb, hvorved det adskiller sig fra de klinisk randomiserede studier (9, 33). Det beskrives imidlertid i flere artikler (35, 36), at kompleksiteten ikke betyder, at det er umuligt at evaluere effekten af en indsats med flere komponenter. Det kræver imidlertid, at der skal formuleres specifikke krav til dokumentation og evidens af kvalitetsudviklings- og patientsikkerhedsindsatser (33), og at der opstilles en særlig ramme for dels design af interventionen, herunder krav til hvilke data der skal indsamles, og dels fortolkning af effekterne (35, 36). Som alternativ til det traditionelle

randomiserede kontrollerede studie har praksisfokuseringen ført til den designkategori, der betegnes som 'pragmatic trials', og som blandt andet indebærer såkaldt klyngerandomisering og randomisering af hele organisationer i modsætning til randomisering af individer (12)¹⁸.

Evalueringer kan både foregå parallelt med indsatsen, hvor data indsamles parallelt med indsatsen, eller som evaluering efter afslutning på indsatsen, hvor data sammenstykkedes efterfølgende. Førstnævnte er at foretrække, da man her generelt i højere grad kan sikre, at de tilstrækkelige og gode data indsamles som grundlag for effektevaluering. Af litteraturen fremgår det imidlertid, at væsentlige grunde til den manglende dokumentation af indsatsernes effekt stadig er utilstrækkelige data, manglende dokumentation og/eller manglende mål for kvaliteten af en given sundhedsydelse. Ifølge Mainz et al. (11) mangler der i Danmark stadig studier, der belyser kvaliteten af sundhedsvæsenets ydelser. Hovedparten af de gennemførte undersøgelser er tværsnitsundersøgelser, der kun beskriver et øjeblikbillede og derfor vanskeligt kan dokumentere kvaliteten af forløbet fra diagnostik til udfald af behandling. Samtidig er der en række væsentlige sygdomsgrupper, hvor der ikke er beskrevet eksplicitte mål for kvaliteten af behandlingen, og dermed er det heller ikke muligt at udtale sig om, hvorvidt høj kvalitet er opnået (11).

Der foreligger en række veldokumenterede, enkeltstående eksempler på effekt af patientsikkerhedstiltag. Det drejer sig fx om veldokumenterede observationsstudier og enkelte kontrollerede undersøgelser i forhold til infektionshygijne, som har resulteret i praktisk taget elimination af infektioner i forbindelse med anlæggelse af centralt venekateter og ved respiratorbehandling (13, 37). Ifølge artikler af Bartels & Kristensen samt Landrigan et al. er der imidlertid ikke studier, som dokumenterer, at den snart 10-årige indsats for forbedring af patientsikkerhed på systemniveau, både her i Danmark og internationalt, har påvirket hyppigheden af utilsigtede hændelser med patientskade (13, 38).

Af litteraturen fremgår det, at en særlig udfordring inden for evaluering af patientsikkerhedsindsatser blandt andet er manglen på veltilrettelagte effektmålinger samt valide og reliable målemetoder, der kan generere pålidelige data. I dag bruges eksempelvis Hospitalsstandardiserede Mortalitetstrater¹⁹ og Global Trigger Tool²⁰ til at vurdere effekten af en indsats på henholdsvis dødeligheden og omfanget af utilsigtede hændelser. Men det fremgår i flere artikler, at der er indbyggede bias ved at sammenligne data over tid²¹ ved hjælp af disse redska-

ber (9, 39, 40). Desuden konkluderer en artikel af Jensen et al. (22), at der ikke er fundet evidens for, at rapportering af utilsigtede hændelser og brugen af kerneårsagsanalyser medfører øget patientsikkerhed. Forfatterne konkluderer også, at der findes mange lokale eksempler på, at konkrete tiltag for at øge patientsikkerheden synes at have en gavnlig effekt, men at der mangler større, generelle undersøgelser af effekten af patientsikkerhedsarbejdet. Derfor er den store udfordring i fremtidens patientsikkerhedsarbejde løbende at kunne tilvejebringe dokumentation for, at indsatserne på lokalt, regionalt og nationalt niveau vitterlig har effekt (22). Måling af patientsikkerhed er et relativt nyt felt, som stadig kræver arbejde med videnskabeligt underbygget dokumentation. Ifølge Kristensen et al. er det imidlertid klart, at områdets kompleksitet kræver en bred tilgang med forskellige måledimensioner, idet der ikke er én ideel enkeltstående metode (14).

Der mangler således et evidensgrundlag, der kan sikre, at man anvender de bedste metoder til at implementere indsatser og den efterfølgende vidensspredning om indsatsen (26). Samlet fremgår det således af litteraturen, at der er et behov for bedre dokumentation og effektevaluering af indsatser relateret til kvalitet og patientsikkerhed.

Informanternes perspektiver

Evidens – dokumenteret effekt – efterspørges meget konsistent af informanterne, både blandt interessenter og forskere. Overordnet drejer kommentarerne sig om, at der igangsættes og implementeres en lang række indsatser (herunder redskaber og metoder) med den intention at øge kvalitet og patientsikkerhed, men uden at det følges op med egentlige evalueringer af indsatsernes effekt. Derfor efterspørges der – i tråd med hvad litteraturen ovenfor viser – dokumentation af indsatsernes effekt på kvaliteten af ydelserne, altså om det kan forventes, at anvendelse af givne metoder fører til forbedret kvalitet og patientsikkerhed. Ikke mindst er der bred enighed om, at evaluering også er vigtigt for at finde ud af, hvad der ikke virker:

18 Interventionen i pragmatic trials er en 'pakke', hvor man på grund af randomiseringsstrategien ikke i effektmålingen kan afgøre, hvad/hvilke komponenter i pakken, der har fremkaldt en eventuel effekt (12).

19 Hospitalsstandardiserede Mortalitetstrater (HSMR) er et mål, som angiver dødelighed på hospitalsniveau. HSMR opgiver antallet af dødsfald i procent af det forventede antal dødsfald (landsgennemsnit) (14).

20 Global Trigger Tool er en metode, der er udviklet i USA på Institute for Healthcare Improvement. Det er et værktøj til at identificere og overvåge hyppigheden af patientskader ved at tage udgangspunkt i gentagne stikprøver fra patientjournaler fra en udvalgt afdeling (14).

21 De indbyggede bias over tid skyldes, at afgrænsningen af patientpopulationen udelukkende foregår via tilknytning til et sygehus/enhed, og derfor påvirkes af ændringer i sygehusenes opgaveprofil og casemix. Derudover har metoderne hver for sig yderligere præcisionsproblemer, der gør dem uegnede til sammenligning mellem enheder eller interventioner over tid (9, 39, 40).



Mange af de indsatser, der er udført, er dels ikke blevet evalueret, og er i høj grad baseret på lidt god vilje og på ekstrapolation af noget, man ved i forvejen. [...] Vi har indført nogle ting, som i virkeligheden dækker en meget primitiv tankegang og primitiv logik omkring, hvad man kan og ikke kan gøre, når noget går galt. Der er enormt behov for at få skilt ud, hvad der virker i den situation, vi er i nu.

Paul Bartels, cheflæge og faglig leder, Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram

Effektevalueringer kan imidlertid have den udfordring, at der kan være en tendens til, at evalueringer bliver udeladt, hvilket fremhæves af nogle enkelte forskere:



Det med at lave evalueringer er nemmest at droppe – altså man skal have lavet systemet og indført det, men man er ikke på samme måde nødt til at have evalueret det.

Morten Hertzum, lektor, Institut for kommunikation, virksomhed og informationsteknologier, Roskilde Universitetscenter

Samtidig er en udfordring ved effektevaluering, som fremhæves af en stor andel af informanterne, og som også refereres i litteraturen ovenfor, at der er udfordringer ved metoderne til evalueringerne:



Det har måske ikke forskningsmæssigt været den helt store vindingsag, måske fordi det er metodisk meget kompliceret. Jo mere omfattende og komplekse interventionerne bliver, jo vanskeligere bliver de rent metodisk at måle på.

Ulrik Kampmann, områdechef, Trygfonden

Det er så svært at forske i, fordi man ikke kan gøre alt andet lige, når man har med en rullende klinisk hverdag at gøre. Og hvad er det så, der giver resultatet? Er det den pågældende indsats eller summen af mange andre ting? Derfor savner man nogle gange den der sikkerhed for, at man får den effekt, man gerne vil have, når man eksempelvis sætter patientsikkerhedsinitiativer i gang.

Bodil Bjerg, seniorkonsulent, Danske Regioner

Som løsning på vanskelighederne med at evaluere effekten af komplekse indsatser fremhæver flere informanter, at der er et væsentligt behov for metodeudvikling og -afprøvning, så der kan skabes viden om, hvordan man kan måle effekten af komplekse interventioner.



Der er et generelt påtrængende behov for metodeudvikling i erkendelsen af, at de traditionelle randomiserede forsøg på en lang række områder kommer til kort, fordi det, der i virkeligheden er udfordringen, er, at meget af kvalitetsarbejdet er udviklingsarbejde, og det betyder, at du ikke kan holde interventionen uændret i 2 år som ved fx undersøgelser af lægemidler. Hele logikken i udviklingsarbejde er netop, at man lærer hen ad vejen, og så tilpasser man. Metodeudviklingen skal naturligvis afprøves i praksis, altså så der ikke bare sidder folk og tænker dybt i 2 år uden at afprøve deres nye metoder. Det er igen den der interaktion mellem forskning og praksis.

Kjeld Møller Pedersen, professor, Syddansk Universitet

Som eksempler på det specifikke behov for effektevaluering nævnes fx effekten af akkreditering og kirurgiske tjeklister. Enkelte informanter fremhæver, at sådanne evalueringer blandt andet kan være med til at dokumentere, om en indsats kan redde liv, og dermed i sidste ende være med til at engagere lægerne til at arbejde med kvalitet og patientsikkerhed:



Hvis nu alle regioner indfører kirurgisk tjekliste, burde man så ikke hæve det op på forskningsniveau og så evaluere det i forhold til, hvor mange reddede liv, vi fik ud af det? Altså hvis ikke der er nogen bevisførelse for, at vi redder liv ved det, så tror jeg, det er svært virkelig at fange læger.

Lars Ehlers, professor og leder af Center for Forbedringer i Sundhedsvæsenet, Aalborg Universitet

Sundhedsstyrelsen, som blandt andet har til opgave at udføre tilsyn med det arbejde, som sundhedsprofessionelle udfører, herunder både tilsynet med den enkelte sundhedsprofessionelle og med hele organisationer, efterspørger specifikt forskning i, hvilken effekt tilsyn har på patientsikkerheden. Sammen med efterspørgslen efter at vurdere effekten af akkreditering peger det på en efterspørgsel efter evaluering af virkningen af de reguleringsinitiativer, som sundhedsmyndighederne tager i brug for at påvirke den sundhedsfaglige adfærd med henblik på at styrke kvaliteten.

5.2.2 Sammenhængen mellem økonomi og kvalitet

Kvalitet drejer sig også om ressourcer, dels er der omkostninger forbundet med kvalitetsbrist, dels kan forbedring af kvalitet også have ressourcemæssige konsekvenser (12). Sammenkoblingen af økonomi og kvalitet beskrives i en artikel af Pedersen (41) som at være i sin vorden. Sammenkoblingen skal forstås således, at der ikke ensidigt fokuseres på kvalitet som en omkostning, men at der også inddrages det modsatte perspektiv, nemlig at der er omkostninger forbundet med kvalitetsbrist, eksempelvis i form af forlænget indlæggelsestid på grund af medicineringsfejl eller hygiejnesvigt. Omkostningerne ved sidstnævnte beskrives at være godt belyst i litteraturen (42).

Økonomisk evaluering af kvalitetsforbedrende tiltag kræver i udgangssituationen, at der foreligger gode effektmålinger af kvalitetseffekten – udover måling af omkostninger. Udfordringen er imidlertid manglen på gode effektmålinger, jf. afsnit 5.2.1.

Det fremføres i en artikel af Jensen et al. (22), at det bør kunne dokumenteres, at ethvert forbrug af ressourcer i sundhedsvæsenet har en gavnlig effekt på sundheden, men der foreligger ingen dansk litteratur, som beskriver omkostninger og konsekvenser for sundhedsvæsenet eller samfundet ved investeringer i patientsikkerhed. Målet er her, at de ressourcer, der bruges på patientsikkerhedsarbejdet, skal have den ønskede effekt, hvorved arbejdet bliver omkostningseffektivt sammenlignet med de omfattende ressourcer, der bruges på at følge op på patientkomplikationer (22).

Informanternes perspektiver

I interviewene fremkommer forskellige perspektiver på forskning relateret til sammenhængene mellem henholdsvis kvalitet/patientsikkerhed og økonomi samt økonomiske incitamenter til forbedring af kvalitet.

Blandt informanterne oplever de tre sundhedsøkonomer en stor interesse for "de store sammenhænge", altså om kvalitetsindsatser fører til bedre udfald af behandling, som videre fører til færre omkostninger. Det handler således om, hvorvidt kvalitetsindsatser er omkostningseffektive.



Jeg oplever en stor interesse for at stille spørgsmålene 'Er det realistisk, at vi kan gå ud og få nogle besparelser ved at gøre det bedre?' Tilsvarende mangler vi vurderinger af, hvor mange penge sparer vi egentlig ved at have indsatserne, eller sparer vi overhovedet noget?

Lars Ehlers, professor og leder af Center for Forbedringer i Sundhedsvæsenet, Aalborg Universitet

Også blandt interessenterne er der enkelte, der fremhæver en stigende interesse for at få viden om sammenhængene mellem kvalitet/patientsikkerhed og økonomi, men det fremhæves samtidig, at det er et nyt fokus:



Koblingen af kvalitet og patientsikkerhed til økonomi er noget, der er begyndt at fylde her inden for det seneste år. Det her med, at kvalitet også kan være en gevinst for sundhedsvæsenet. Det er en ny dimension. [...] Vi er interesserede i, hvad bedre kvalitet kan betyde for færre indlæggelsesdage, genindlæggelser og frigivne sengepladser. Og hvad sparer det i tid og ressourcer, at patienten fx ikke får et tryksår?

Bodil Bjerg, seniorkonsulent, Danske Regioner

Vi har faktisk en hel del fokus på, hvordan patientsikkerhed og økonomi går hånd i hånd. Eller høj kvalitet og økonomi går hånd i hånd. Og ikke modsat: at god kvalitet og god sikkerhed nødvendigvis koster en masse, det gør det ikke.

Beth Lilja, direktør, Dansk Selskab for Patientsikkerhed

Det andet perspektiv på sammenhængen mellem økonomi og kvalitet, som italesættes af enkelte informanter, er økonomiske incitamenter til forbedring af kvalitet ved forskellige finansieringsmodeller. Her fremhæves "pay for performance", som er et betalingssystem, hvor kvalitetsdimensioner medtænkes i honoreringen, i stedet for at der er tale om en standardbetaling for en ydelse, sådan som det fx ses ved DRG. Pay-for-performance har især grebet om sig i de angelsaksiske lande i både almen praksis og hospitalssektoren, men begynder at optage Danmark også:



Det, der tiltrækker sig større og større opmærksomhed blandt de egentlige sundhedsøkonomer, er pay-for-performance som betalingssystem. Det er kommet af en bekymring fra blandt andet England om, hvorvidt det at bruge DRG som betalingssystem risikerer at gå ud over kvaliteten.

Kjeld Møller Pedersen, professor, Syddansk Universitet

Opsummering

Stort set alle informanter i undersøgelsen italesætter et stort behov for at vide, hvilke indsatser, metoder og redskaber der virker, og hvordan de virker i forhold til at forbedre kvalitet og patientsikkerhed. Der råder således stadig usikkerhed om effekten af de mange indsatser, der er igangsat i sundhedsvæsenet. Informanterne fremhæver derfor, at der er gode grunde til at efterspørge effektevaluering, effektdokumentation og interventionsforskning for at få viden om, hvilke indsatser og meto-

der der virker, og hvordan de virker i forhold til forskellige målgrupper og kontekster. Forskere og interessenter finder det også påtrængende, at der ses på indsatsernes omkostningseffektivitet, herunder forholdet mellem kvalitet og økonomi. Samtidig erkender informanterne, at det er komplekst at evaluere effekten af interventioner på kvalitets- og patientsikkerhedsområdet, hvorfor der er behov for at udvikle metoder til netop at kunne måle effekten.

5.3 Implementering af indsatser

De følgende afsnit adresserer udfordringen med at overføre viden til praksis, så der er større overensstemmelse mellem viden og adfærd. Derudover vil afsnittet se på behovene for at få viden om, hvordan en indsats implementeres bedst, og hvad der skal til for at sikre, at indsatsen virker og forankres i organisation. Afsnittene vil således dreje sig om implementeringsforskning og om forudsætningerne for implementering af nye indsatser, herunder kulturundersøgelser.

5.3.1 The knowing-doing-gap

Litteraturen viser, at en af de helt store udfordringer i forhold til implementering og fastholdelse af ny adfærd eller organisering er at omsætte viden til praksis. Ifølge Ravn et al. (43) er et aktuelt tema i sundhedsvæsenet skismaet mellem at arbejde med dét, vi ved, er det bedste at gøre, og dét vi rent faktisk gør – også kaldet "The knowing-doing-gap". Redskabet til at mindske denne kløft er blandt andet fokus på implementering. Implementering kan defineres som at omsætte en plan for en organisationsændring fra tanke til virkelighed. En ændring kan dels omfatte fysiske forhold, dels ændringer i adfærd og rutiner hos organisationens medarbejdere (43).

Anvendelse af ny viden i det praktiske arbejde involverer en ændring af den uhåndgribelige, tavse viden, der er indlejret i den kultur og faglige tilgang, der gør sig gældende i en organisation. Ifølge Ravn et al. er det derfor ikke nok at have kendskab til, hvad man bør gøre. De beskriver derimod, at et af de vigtigste elementer i at arbejde systematisk med metoder til implementering og udvikling af praksis indebærer at indstille sig på, at ændring af adfærd involverer læring gennem øvelse og at eksperimenterer med forskellige måder at anvende viden på (43). Der er forskellige metoder til implementering og forandring i organisationer, som er hyppigt anvendt i kvalitets- og patientsikkerhedsindsatser, fx Gennembrudsmetoden og Plan-Do-Study-Act, også kaldet PDSA-cirklen (43), som dog ikke beskrives nærmere her.

Manglende fokus på evidensudvikling om metoder til implementering af forandringsindsatser kan bidrage til at øge kløften mellem viden og praktisk klinisk handling (26) og dermed fastholde knowing-doing-gap'et.

Informanternes perspektiver

Blandt informanterne er der bred enighed om, at vi stadig mangler at lukke "The knowing-doing-gap", så den eksisterende viden og det, som vi fra forskning ved, er det bedste at gøre, rent faktisk er implementeret i den sundhedsprofessionelle praksis. En informant karakteriserer derfor status i patientsikkerhedsarbejdet på følgende måde:



Vi har bevæget os fra hvad til hvordan. I begyndelsen var man meget interesseret i, hvad sikkerhed er, altså hvad der går galt, og hvad man kan kalde for de utilsigtede hænders epidemiologi, fysiologi og anatomi. Og vi kender mange af løsningerne på problemerne. Vi ved bare for lidt om, hvordan vi virkelig gør løsningerne. Derfor er det, vi interesserer os for nu, hvilke implementeringsmetoder der fungerer. Så vi kan få lukket knowing-doing-gap'et.

Beth Lilja, direktør, Dansk Selskab for Patientsikkerhed

Jacob Anhøj fra Dansk Selskab for Patientsikkerhed siger samstemmende, at vi har brug for at blive dygtigere til at implementere løsninger på patientsikkerhedsproblemer, herunder få viden om, hvad der skal til for, at en indsats fastholdes og forankres:



Hvis jeg skulle fordele mine sparsomme kroner til forskning, så er der altså et behov for, at vi nu får løftet den del, der hedder, hvordan får vi gjort noget ved de problemer, vi allerede nu ved findes, fx hvordan undgår vi, at tryksåret opstår?

*Jacob Anhøj, overlæge,
Dansk Selskab for Patientsikkerhed*

Vi har en masse viden, men vi sørger ikke for, at den kommer ind i organisationen.

*Doris Østergaard, overlæge og institutleder,
Dansk Institut for Medicinsk Simulation*

Når det ovenfor beskrives, at vi har en stor viden om, hvad karakteren af problemerne er, og hvad man bør gøre, skal det dog nævnes, at der stadig på det kommunale område er mangel på viden om karakteren af problemerne på kvalitets- og patientsikkerhedsområdet samt viden om indsatser i en kommunal kontekst, da dette er et forholdsvis nyt område for kommunerne. Kommunernes Landsforening efterspørger derfor forskning i metoder til forbedring af patientsikkerhed og kvalitet samt implementering af indsatser på det kommunale område. De efterspørger dog også i høj grad viden baseret på udviklingsindsatser og erfaringsudveksling og ikke nødvendigvis forskning:



Den viden eller forskning, der er, er udviklet i en sygehus-verden, og det er et problem, for kommuner og regioner er virkelig to forskellige verdener. Vi har derfor brug for viden om, hvad man skal sætte i gang i kommunerne, fordi det stadig er så uopdyrket et område. Og vi har brug for at lave videns- og erfaringsudveksling kommunerne imellem. Altså, hvad har vi lavet her i vores kommune, som virkede, og hvad var forudsætningerne for det? På det kommunale område mangler vi et legitimt sted at få nogle opsamlinger af viden og nogle kortlægninger, og noget hvor kommunerne kan kigge hen og være sikre på, at det, de gør, er det rigtige. [...] Og så mangler vi rigtig meget viden om implementering.

*Thilde Lydixen, konsulent,
Kommunernes Landsforening*

5.3.2 Kultur og ledelsesopbakning: Forandring og fastholdelse af indsats

Foruden selve implementeringen af en indsats er fastholdelse af forandringerne også en stor udfordring. Fastholdelse handler om, at nye metoder og forbedringer bliver til 'den måde vi gør tingene på her hos os'. Det er således ikke kun processen og resultatet, der er ændret, men også de holdninger og den adfærd, der ligger bagved, som er forandret, for at indsatsen kan blive integreret i organisationen (43).

Ifølge Ravn et al. (43) er en af udfordringen ved forandringer i en organisation ikke nødvendigvis at komme i gang med en indsats, men derimod at fortsætte efter den første entusiasme har foretaget sig, så indsatsen bliver fastholdt over tid. Imidlertid er det stadig udbredt, at man ofte først ved indsatsens afslutning påbegynder at overveje, hvordan indsatsen skal forankres og fastholdes i organisationen. Effekt og forankring af en kvalitetsindsats kan blandt andet spille sammen med kvalitets-/patientsikkerhedskulturen og kvalitetsledelsen i den pågældende organisation (44).

Kvalitetsledelse kan defineres som ledelse, der har som opgave at fokusere på kvalitetsudvikling. Don Berwick fra Institute for Healthcare Improvement i USA mener, at kvalitetsudvikling er et ledelsesansvar. Initiativer til kvalitetsudvikling skal således komme fra ledelsen, som dermed skal sætte sig i spidsen for kvalitetsarbejdet. Han mener ligeledes, at det er ledelsens opgave at skabe en kultur, der stimulerer til løbende kvalitetsudvikling (44).

Særligt inden for patientsikkerhedsområdet er der erfaringer med at arbejde med målinger af patientsikkerhedskulturen. Disse målinger beskriver, hvordan ledere og medarbejdere oplever dimensioner af patientsikkerhed, såsom fx indstilling til rapportering, opfattelser, prioriteringer, kommunikation, læring af hændelser samt ledelsesopbakning (14) set i forhold til patienternes sikkerhed og medarbejdernes rammevilkår (13). Ifølge Kristensen et al. er metoden egnet til problemiden-

tifikation og grundlag for dialog og strategisk planlægning på alle niveauer i organisationen (14). Men ifølge Kristensen et al. er der endnu kun meget sparsom evidens for samvariation mellem kulturen og andre målinger af patientsikkerheden (fx antallet af medicineringsfejl), selvom patientsikkerhedskulturen anses for vigtig og fundamental for kvaliteten af processer og resultater (14), det vil sige at der mangler viden om, hvorvidt det, at man fx i en organisation har en god sikkerhedskultur, hænger sammen med et lavt antal af medicineringsfejl i organisationen.

På trods af den store internationale interesse for kvalitets- og patientsikkerhedskultur er der ifølge Bartels & Kristensen (13) ikke nogensinde blevet etableret et alment accepteret teoretisk begrebsapparat til forståelse og analyse af sikkerhedskulturen. Parallelt hermed er der heller ikke det for organisationskulturen. Der er således ikke konsensus om, hvilke aspekter der indgår i kulturen, eller hvordan den bedst måles og udvikles. Det diskuteres derfor stadig, hvad god kultur er.

Informanternes perspektiver

Der er bred enighed blandt informanterne om, at kulturen i en organisation er afgørende for, om en indsats medfører forbedringer og opnår ejerskab. Samtidig er der også enighed om, at der er mangel på viden om, hvad det er i en kultur, der netop gør, at en indsats implementeres succesfuldt og skaber varige forbedringer. Samtidig er der også nysgerrighed omkring, hvad det er for nogle typer af forskningsresultater eller indsats, som særligt er med til at skabe varige forbedringer i en organisation:



Der er meget lidt forskning om, hvad der skal til i organisationen for at skabe varige ændringer. Der er meget lidt forskningsmæssig viden om, hvilke indsats der skaber varige forandringer.

Ulrik Kampman, områdechef, Trygfonden

Hvad er det, der skal til for at skabe en god sikkerhedskultur blandt medarbejdere? Hvad driver værket for medarbejderne, hvad er det, der gør, at de engagerer sig? Det er i hvert fald nogle af de ting, jeg hører, at der bliver efterlyst.

Bodil Bjerg, seniorkonsulent, Danske Regioner

I forlængelse heraf fremhæver Leif Panduro fra Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren, at der er eksempler på indsats i Patientsikkert Sygehus, som på en positiv måde har opnået ejerskab hos de enkelte medarbejdere. Han taler her ud fra en indsats i Patientsikkert Sygehus, hvor ejerskabet til indsatsen er opnået ved, at der er en tavle på hospitalsafdelingen, som indikerer det antal dage, siden der sidst var en patient med tryksår på afdelingen. Tavlen opdateres hver dag efter tjek for tryksår hos patienterne:



Jeg har set lyset lidt i nogle af de metoder, der bliver brugt i Patientsikkert Sygehus, som faktisk fungerer rigtig godt. Ved brug af tavlerne får man nogle af de drivkræfter i gang, som er hos os selv, altså både den faglige stolthed og konkurrencementalitet osv. Det er med til at drive en forandring. Der, hvor jeg tror, der er brug for den største forskningsindsats, er på kulturen i organisationer. Det går mere og mere op for mig, hvor meget det betyder for, om man ændrer praksis. [...] Du kan også kalde det for forandringsledelse, altså hvad er det, der skal til for at ændre en kultur.

*Leif Panduro, formand,
Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren*

Der er også stor enighed blandt informanterne om, at en afgørende parameter for kvalitetskulturen i en organisation er, om der er en ledelse, der har fokus på kvalitet. Over halvdelen af informanterne kommer ind på ledelsesaspektet som en afgørende del af kvalitetskulturen i en organisation, og dermed om en indsats medfører forandring eller ej:



Alle har prøvet at være på afdelinger, hvor tingene var vel-fungerende, og alle har prøvet at være på afdelinger, hvor ingenting fungerede. Alle har godt kunnet se, at der var et eller andet i den måde, man drev ledelse på de to forskellige steder, som nok var forskellig, men hvad det er, man gør det ene sted og ikke det andet sted, det tror jeg ikke, der er ret mange der ved. Derfor er det vigtigt med forskning, der går spadestikket dybere, altså ned på det kulturelle område. Hvad er det, der præger den måde medarbejderne agerer på i denne her afdeling?

*Knut Borch-Johnsen, professor, Institut for
Sundhedstjenesteforskning, Syddansk Universitet*

I den forbindelse efterspørger John Erik Pedersen fra Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse praktisk forskning i, hvilke ledelsesprincipper der virker over for sundhedsprofessionelle i forhold til at fremme kvalitet og patientsikkerhed, og hvordan man får implementeret ny viden i ledelsen, da det ifølge ham er nøglen til at overvinde knowing-doing-gap'et:



Hvordan implementeres ny viden ledelsesmæssigt? Hvordan får man gamle vaner pillet ud? Der er jo dokumentation af, at der i den praktiske virkelighed er en form for afkobling mellem alt det, man fra overordnet hold beslutter, og det man gør. Derfor er der behov for viden om, hvordan man ud fra overordnede ledelsesbeslutninger i sundhedsvæsenet overvinder, at fagfolkene opfatter det hele som bureaukrati og meningsløse registreringer, og hvordan man sikrer at udforme tiltag og indsatser, så det ikke falder igennem.

*John Erik Pedersen, kontorchef,
Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse*

Som et eksempel på forholdet mellem ledelse og kvalitet beskriver Carsten Engel fra IKAS, at i og med at Den Danske Kvalitetsmodel er et ledelsesværktøj, er det vigtigt med forskning i, hvad det er for egenskaber og handlinger i ledelsen og organisationskulturen, der fremmer kvaliteten i organisationen. Han peger på, at viden om dette kan bidrage til en indsigt i, hvad det er, man (fx eksterne surveyors, der gennemfører akkreditering) skal se efter, når man skal vurdere, om en organisation kan levere høj kvalitet og sikkerhed:



Den Danske Kvalitetsmodel er jo en kompleks intervention. Det, der er interessant, er, at indsatsen gør noget ved kulturen i organisationen. Derfor vil det være meget interessant, hvis man kunne hive nogle forskningsmiljøer ind, som har nogle andre perspektiver på det end de rent sundhedsfaglige, fx sociologer eller folk fra handelshøjskolen eller lignende, som kan sige noget om organisationskulturen. Et af de spændende udenlandske miljøer er Center for Clinical Governance Research i Sydney – de har lavet noget af den bedste forskning, der findes om akkreditering. I IKAS vil vi gerne kunne udtale os om, hvorvidt organisationerne har forudsætningerne for at kunne levere god kvalitet og sikkerhed i dag og fremover, blandt andet ved at se på deres kultur.

Carsten Engel, vicedirektør, IKAS

Opsummering

Opsamlende på afsnittene om implementering af indsatser er der blandt informanterne en erkendelse af, at vi stadig mangler at lukke afstanden mellem, hvad vi ved, er det rigtige at gøre, og hvad der i praksis gøres. Det kan blandt andet tilskrives, at der er mangel på forskning i, hvad der skal til for, at en indsats implementeres succesfuldt, opnår ejerskab og skaber varige

forandringer i organisationer. Der refereres blandt andet til statustavler over tryksår som et eksempel på en indsats, der har haft succes med at opnå ejerskab hos medarbejdere på afdelingerne. Derfor fremhæver informanterne, at det er vigtigt med forskning i, hvad der karakteriserer de indsatser, patientsikkerheds-/kvalitetskulturer og kvalitetsledelser i de pågældende organisationer, som har succes med implementering og fastholdelse af forandringer. En ledelse, der fokuserer på kvalitetsudvikling, fremhæves som afgørende for succesfuld implementering af indsatser, som skaber forandringer og ejerskab blandt medarbejderne.

5.4 Sammenhæng, overgange og proces

De følgende afsnit vil adressere behovene for at få viden om, hvordan man forbedrer sammenhæng og koordination i patientforløbene for derigennem at forbedre kvaliteten og patientsikkerheden. Derudover vil interessen og efterspørgslen af at kunne integrere og kombinere kvantitative og kvalitative data blive præsenteret.

5.4.1 Sammenhæng og overgange

Patientens kontakt til sundhedsvæsenet kan indebære mange skift og overgange undervejs, fordi de specialiserede sundhedsydelse er spredt i mange forskellige enheder og hos forskellige personer, afdelinger og sektorer. Patientovergange kan beskrives som situationer, hvor ansvaret for en patients diagnose, pleje og behandling helt eller delvist overgår fra en fagperson til en anden – enten inden for samme afdeling, forskellige afdelinger eller mellem sektorer. Ifølge blandt andre Siemsen et al. (45) kan de mange kontakter med overlevering af information og ansvar medføre brist i kommunikationen og koordinationen og dermed risiko for utilsigtede hændelser i patientovergange. Ifølge Tomsen & Bjeldbak-Olesen (46) er sektorovergange blandt andet en væsentlig kilde til uoverensstemmelse i patienters medicinlister, hvor de hyppigste fejl består i, at et lægemiddel mangler, at et lægemiddels styrke, dosering eller frekvens er forkert angivet, eller at der angives et decideret forkert lægemiddel. Udfordringerne ved overgange kommer ligeledes tydeligt til udtryk i eksempelvis en undersøgelse af medarbejdernes vurdering af patientsikkerhedskulturen i Region Hovedstaden fra 2006, hvor blandt andet 52 % af medarbejderne angiver at opleve, at information går tabt, når patienten overflyttes mellem afdelinger, og 30 % oplever, at de involverede afdelinger ikke er tilstrækkeligt gode til at koordinere patientens behandlingsforløb (47).

Ifølge Rhode et al. (48) er et veltilrettelagt og sammenhængende patientforløb blandt andet karakteriseret ved, at man undgår spild (fx unødige genindlæggelser), dårlig ressour-

ceudnyttelse, unødige ventetider og flaskehalse. Patienters vurdering og evaluering af patientforløb i sundhedsvæsenet ved vi en del om, blandt andet fra den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser og Kræftens Bekæmpelses Barometerundersøgelse (34, 48, 49). Disse undersøgelser vidner overordnet om, at det netop er inden for vurdering af kvaliteten i patientforløb, at patienterne oftest vurderer sundhedsvæsenet mest kritisk, og dermed at sundhedsvæsenet stadig har et stort forbedringspotentiale i forhold til at tilrettelægge mere hensigtsmæssige patientforløb (34, 48, 49). Fokus på sammenhæng og koordination er således et område, som potentielt kan øge kvaliteten på alle tre dimensioner – både den kliniske, organisatoriske og patientoplevede kvalitet.

Informanternes perspektiver

I tråd med litteraturen fremhæver flere informanter bedre sammenhæng og koordination i patientforløb som et vigtigt genstandsområde for forskning. Danske Regioner fremhæver, at overgange mellem sektorer er et område, som optager regionerne meget, hvilket viser sig ved, at de fx i høj grad tænker på tværs af primær og sekundær sektor for at sikre en god overgang fra region til kommune.



Det, der betyder noget for patienterne, er det samlede udbytte og indtryk af sundhedsvæsenet. Så sammenhængen mellem sektorer er noget af det, vi har fokus på og kommer til at fokusere mere på. [...] Tilbagemeldingen fra vores patientforeninger er, at problemet opstår, når man har flere sygdomme, der ikke har noget med hinanden at gøre, for så er systemet rigtig, rigtig dårligt gearet til at have blik for det hele. Selvom det måske er på samme hospital, så bliver man behandlet i små enheder, som hovedet ikke taler sammen og ikke har blik for, hvordan det giver mening og hænger sammen for patienten.

Anja Petersen, projektleder, Danske Patienter

På tværs af sundhedsvæsenet er der flere steder i Danmark indført såkaldte forløbskoordinatorer²² med det formål at sikre sammenhæng i patientforløb og dermed øge kvaliteten og patientsikkerheden. Specifikt er der enkelte af informanterne, der kommer ind på denne funktion, og som efterspørger dokumentation af effekten af denne:

22 Forløbskoordinatorer er en funktion i sundhedsvæsenet som skal være med til at løse problemerne, der skyldes manglende overblik over patienternes samlede situation på tværs af sygehuse, afdelinger og sektorer, da den manglende sammenhæng i patientforløbene vurderes at være en af de største udfordringer i sundhedsvæsenet (56).



Forløbskoordinatore virker lige nu til at være svaret på alt, men der er ingen, der ved, om det virker, ingen. Vi aner det simpelthen ikke, for der er ingen, der forsker i det. Der er ingen, der rigtig interesserer sig for det, men det synes alligevel at være løsningen på i hvert fald alle sektorproblemer og også problemer internt i kommuner og mellem kommuner osv.

*Tine Curtis, chefkonsulent,
Kommunernes Landsforening*

Anders Hede, forskningschef i Trygfonden, tilslutter sig ligeledes, at der er koordinationsproblemer, og han er ligeledes "... meget skeptisk over for, om der kommer noget fornuftigt ud af at udnævne koordinatore, som har det overordnede koordinationsansvar".

Andre potentielle løsninger på udfordringerne med manglende sammenhæng og koordination i patientforløb beskrives af enkelte informanter som forskellige it-systemer, der kan bidrage med overblik. Som eksempler fremhæves blandt andet dels udvikling af it-systemer, der kan give et klinisk overblik over de indlagte patienter baseret på information om patienten fra forskellige systemer, og dels it-systemer, der kan give overblik ved at integrere data og oplysninger, som gør det muligt for borgere og professionelle at få overblik over aftaler og tidsplaner:



Når vi har brugt ordet klinisk overblik ude på hospitalerne, så oplever vi, at det er noget, der vinder enorm genklang blandt klinikerne.

*Morten Hertzum, lektor,
Institut for kommunikation, virksomhed og
informationsteknologier, Roskilde Universitetscenter*

Der er således store forventninger fra flere informanter til it-systemer, der kan give overblik over information om patienten, men det fremhæves imidlertid også af enkelte informanter, at tilfældet i dag er, at der stadig er mange it-systemer og databaser inden for eksempelvis samme region eller på tværs af regioner, som ikke er kompatible med hinanden og derfor har problemer med at overføre data.

Overgange og teamsamarbejde er temaer, der optager Dansk Institut for Medicinsk Simulation meget, og institutleder Doris Østergaard beskriver, at de helt konkret har forskellige træningskoncepter, hvor sundhedsprofessionelle kan trænes i forskellige typer af overgangsproblematikker og kommunikationsbrist gennem deltagelse i simulationsøvelser. Enkelte andre informanter fremhæver også fokus på teamwork og kommuni-

kation som vigtige forskningsområder for at øge patientsikkerheden.

5.4.2 Procesindikatorer

Ifølge Mainz et al. (11) betragtes behandlingen af en patient efter udskrivelse som succesfuld i dag, hvis patienten ikke på ny kontakter sundhedsvæsenet og ikke afgår ved døden før forventeligt, gennemsnitligt set. Der er imidlertid ingen dokumentation af kvaliteten af behandlingen efter udskrivelse. Derfor understreges det i litteraturen, at så længe vi reelt ikke kender til omfanget af kvalitetsproblemer eller typen af kvalitetsproblemer under og efter behandling, er det ikke muligt at iværksætte en målrettet indsats for at løse dem (11). Der er derfor, foruden undersøgelser af patienters oplevelse af det samlede patientforløb, potentiale til i højere grad at se på procesindikatorer i sundhedsvæsenets ydelser for at kunne forbedre kvaliteten og patientsikkerheden.

Proces omhandler de aktiviteter, der udføres i forbindelse med den sundhedsfaglige ydelse til patienten (11). Procesindikatorer angiver konkrete aktiviteter i patientforløbet og giver dermed et billede af, i hvilket omfang sundhedspersonalet har udført bestemte procedurer, fx forebyggelse, diagnostik, behandling, pleje og rehabilitering eller kommunikation i patientforløbet. Et eksempel på en procesindikator er 'ventetid på diagnostik og behandling af tyk- og endetarmskræft' (50). Fokus på proces frem for udelukkende fokus på resultatet af en behandling kan således supplere vurderingen af kvaliteten af ydelsen.

Informanternes perspektiver

Flere informanter oplever, at man i stigende grad begynder at bevæge sig væk fra kun at se på resultat/udfald af behandling til også at se på procesindikatorer i behandlingen. Det kan fx være ventetid på behandling, tilrettelæggelse af klinikernes arbejde, og hvordan man tilrettelægger patientflowet bedst muligt. Der er dermed i højere grad fokus på, hvad det er, man leverer, altså kvaliteten i ydelsen frem for udelukkende hvad resultatet af behandlingen er. Flere af forskerne beskriver derfor et potentiale for at koble de forholdsvis kvantitative kvalitetsindikatorer med kvalitative data, så der herved kan komme større viden om processen i ydelserne.

Enkelte forskere fremhæver, at der er et stort potentiale for at supplere de kvantitative kvalitetsindikatorer i de kliniske kvalitetsdatabaser med kvalitative data, blandt andet med det formål at få et større indblik i processen i behandlingen. I kvalitetsdatabaserne indgår ikke beskrivelser af behandlingsforløb, men derimod oplysninger om hvorvidt patienter har fået den givne ydelse, og hvad resultatet af behandlingen er. I dag er tilfældet imidlertid, at vi har mange kvalitative data liggende elektronisk, fx demografiske data om eksempelvis uddannelsesstatus, køn og alder samt oplysninger om patienters funktionstilstand og selvoplevede livskvalitet, som kan kobles på de kvantitative data via cpr-numre. Dette giver mulighed for nye perspektiver på kvalitetsindikatorerne ved at bruge kvalitetsdatabaserne mere kvalitativt.

Opsummering

Afsnittene om sammenhæng, overgange og proces viser, at der er et stort behov for forskning i, hvordan man sikrer bedre sammenhæng og koordination i patientforløb. Patientundersøgelser viser, at sundhedsvæsenet stadig har et stort forbedringspotentiale i forhold til at tilrettelægge mere hensigtsmæssige patientforløb. Som potentielle løsninger på udfordringer fremhæver informanterne blandt andet udvikling af it-systemer, der eksempelvis kan bidrage med overblik over indlagte patienter, samt simulationsøvelser i overgangsproblematikker til sundhedsprofessionelle. Samtidig fremhæves et behov for at undersøge effekten af forløbskoordinatorer på sammenhængsproblematikker.

Flere informanter beskriver, at man i stigende grad begynder at bevæge sig væk fra kun at se på resultat/udfald af behandling til også at se på procesindikatorer (fx ventetid og diagnostik) i behandlingen. Der ses i den forbindelse et potentiale for at supplere de kvantitative kvalitetsindikatorer i de kliniske kvalitetsdatabaser med kvalitative data, blandt andet med det formål at få et større indblik i kvaliteten af processen i behandlingen.

5.5 Alternative perspektiver på kvalitet og patientsikkerhed samt grænser for eksisterende metoder og tilgange til kvalitetsudvikling

De følgende afsnit indeholder perspektiver på behovene for løbende at diskutere tilgange og paradigmer for forskning i og forståelse af kvalitet og patientsikkerhed samt grænser for de eksisterende tilgange og metoder til at forbedre området. Disse perspektiver præsenteres gennem igangværende forskning.

5.5.1 Reaktiv versus proaktiv tilgang til patientsikkerhed

Når vi arbejder med at forbedre patientsikkerheden, er det ifølge Hollnagel (51) ofte ud fra en forståelse og opfattelse af, at sikkerhed handler om 'at undgå at noget går galt'. Definerer vi i stedet sikkerhed gennem det, vi gerne vil opnå, nemlig 'at noget går godt', så tilføjes et perspektiv til arbejdet med risikostyring, hvor der både læres af det, som går godt, og det som går galt (51). Denne teori eller alternative tilgang til at forstå sikkerhed er beskrevet af Hollnagel (9, 52). Han mener, at vi skal være ydmyge over for sundhedssystemets kompleksitet og finde ud af, hvorfor det så ofte går godt, og bruge denne viden til at gøre vores sygehuse mere robuste over for forandringer eller påvirkninger. Det kan også beskrives ved, at vi skal gå fra en mere reaktiv til en proaktiv tilgang til sikkerhed. I stedet for at definere sikkerhed som det at kunne forhindre, at noget går galt, kan man definere sikkerhed som det at kunne sikre, at alt går godt (7).

I en artikel i Dagens Medicin skønner Patientombuddet, der står for driften af patientsikkerhedsdatabasen, at det kun er 1 ud af 10-20 utilsigtede hændelser, der bliver indberettet, hvilket svarer til omkring 5-10 % af hændelserne (53). Der kan være flere grunde til dette, som der ikke skal redegøres for her. Men det åbner op for, at andre perspektiver på patientsikkerhed kan bidrage til at skabe en god og bevidst patientsikkerhedskultur.

Informanternes perspektiver

Det fremhæves af omkring halvdelen af forskerne, at der er behov for at ændre den måde, vi betragter utilsigtede hændelser på, hvor vi ser dem som lineære hændelser, der skyldes enkeltstående mangler hos mennesket eller teknik, og som kan reduceres til en kerneårsag. Dette har nemlig medført, at vi i vores arbejde med patientsikkerhed stadig er meget reaktive. Enkelte informanter beskriver, at der er en tendens til, at flere begynder at være optaget af en mere proaktiv tilgang til utilsigtede hændelser:



Der er en bevægelse lige for tiden, blandt andet nogle steder i Holland, som handler om, at man skal fokusere mindre på fejl og mere på kompetencer. Sådan så man går væk fra at se på patientsikkerhed som fravær af fejl, og ser på det som positivt, altså som det at lægerne har kompetencerne til at yde den indsats, de bør yde. Det er på mange måder en radikal anderledes måde at se patientsikkerhed på end den måde, som hele det her system omkring indrapportering af fejl og analyser, kerneårsagsanalyser og sådan noget er bygget op omkring.

Kirstine Zinck Pedersen, ph.d.-stipendiat, Center for Health Management, Copenhagen Business School

Erik Hollnagel fra Center for Kvalitet forklarer, at vi i sundhedsvæsenet stadig fokuserer meget på det, han kalder Sikkerhed I, hvilket afspejles i de metoder og teknikker, der bliver brugt, fx Global Trigger Tool. Han oplever imidlertid, at tilgangen til sikkerhed baseret på en proaktiv tilgang møder lydhørhed hos de sundhedsprofessionelle:



Sikkerhed i et socio-teknisk system som sundhedsvæsenet opnås ikke ved, at man kun reagerer ud fra det, der går galt. De fleste sundhedsprofessionelle er imidlertid brugere af Sikkerhed I af gammel vane. I de kurser, vi afholder om Sikkerhed II, er der en enorm lydhørhed, for tilhørerne forstår det med det samme. De kan se pointen i det. Og det er en mere positiv tilgang at fokusere på, hvad man gør rigtigt, hvilket møder god modtagelse. Men det, de spørger om i den forlængelse, er så "Hvordan gør man?" Og det er så der, vi skal prøve at finde svarene, og det er det, vi forsker i.

*Erik Hollnagel, professor og chefkonsulent,
Center for Kvalitet*

Som eksempel på interessen for en mere proaktiv tilgang, der bygger på såkaldt Sikkerhed II, er der på Center for Kvalitet p.t. gang i tre analyser ud fra FRAM-metoden²³, og der er ifølge Erik Hollnagel omkring 10 forespørgsler liggende fra hospitalsafdelinger omkring hjælp til at understøtte denne metode og tilgang til sikkerhed.

5.5.2 Metodeudvikling og kritisk blik på eksisterende redskaber til at forbedre kvalitet

Som det tidligere er beskrevet i afsnit 3.1.1, er Danmark et af de lande, der i international målestok er nået længst med systematisk kvalitetsudvikling, blandt andet med implementeringen af en række metoder og koncepter, fx indikatormonitorering, audit, akkreditering, patientforløbsbeskrivelser, kliniske retningslinjer mv. Ifølge Mainz et al. (11) kan man imidlertid rejse det spørgsmål, om de konkrete metoder og koncepter, der er implementeret, har dokumenteret effekt på kvaliteten af sundhedsvæsenets ydelser, det vil sige om det kan forventes, at anvendelse af disse metoder fører til forbedret kvalitet i relation til struktur, proces og resultat. Derudover er det relevant at rejse spørgsmålet, om vi i Danmark anvender de rette metoder, om der er grundlag for metodeudvikling, og om der er nye paradigmer, der – som følge af udviklingen i kvalitet og patientsikkerhed – fordrer nye tilgange til dette område. Det fremgår eksempelvis af en række artikler (5, 54, 55), at der er forskellige vurderinger af, hvad der er effekten af akkreditering, og i hvilket omfang akkreditering forbedrer kvaliteten.

Det er beskrevet i den nationale strategiske platform for forskning i kvalitet og patientsikkerhed (12), at der bør være en løbende overordnet diskussion af, hvad kvalitet er, og hvilke

paradigmer for forskning i og forståelse af kvalitet, teori og metode der er relevante. Ligeledes fremhæves det i den strategiske platform, at metodeudvikling og -afprøvning på kvalitetsområdet forekommer at være forsømt. Det omfatter fx det teoretiske fundament for de metoder, der anvendes til undersøgelser af utilsigtede hændelser, eller pålideligheden af de redskaber der anvendes til at måle effekten af indsatser til forbedring af patientsikkerheden, som fx pålideligheden af Global Trigger Tool som redskab til at identificere effekten af specifikke indsatser (12).

Informanternes perspektiver

Ca. halvdelen af forskerne kommer ind på, at der er behov for et kritisk blik på de metoder og redskaber, som i dag anvendes i kvalitets- og patientsikkerhedsindsatser. I Center for Health Management på Copenhagen Business School har de særligt beskæftiget sig med, hvad indførelsen af en kvalitets-teknologi eller en kvalitets- og patientsikkerhedsindsats kan have af andre effekter end de intenderede, og hvad grænserne er for disse kvalitetsteknologier, hvilket blandt beskrives således:



Altså problemet med både kvalitet og patientsikkerhed er, at det bliver sådan nogle hurra-ord, som er utroligt svære at være imod. Vi [Center for Health Management på CBS] ser ikke på 'bedre kvalitet til patienter', men i stedet 'hvordan patientsikkerhed bliver defineret i sundhedsvæsenet', hvilket ikke nødvendigvis bliver til bedre kvalitet til patienter, men i stedet resulterer i indrapportering af utilsigtede hændelser, feedback på indrapporteringerne, introduktion af forskellige procedurer eller oprettelse af standarder, som skal gøre det ene og det andet. De ting eller redskaber kan man jo godt være kritisk over for, fordi de ændrer på vores organisation eller introducerer andre typer af risici, fordi vi så måske kommer til at overse, hvordan vi gjorde tingene før, som måske var en veletableret rutine, og som lige pludselig går tabt i alt det her. Problemet er lidt i dag, at mange problemer inden for sundhedsvæsenet bliver løst med en automatrespons, der hedder 'vi laver en ny standard'.

Kirstine Zinck Pedersen, ph.d.-stipendiat, Center for Health Management, Copenhagen Business School

23 Blandt metoderne til at arbejde med Sikkerhed II er den såkaldte Funktionelle Resonans Analyse Metode (FRAM), hvor pointen er, at man ser på variabiliteten af arbejdet. Man ser på arbejdet, som det sædvanligvis udføres, og prøver i stedet at forstå variabiliteten fremfor at fokusere på fejl. Det er variabiliteten, der kan være grund til, at noget går galt – det skyldes, at man gør det, man altid har gjort, og det som fungerer, men somme tider er forholdene imidlertid ikke, som de plejer at være. Derfor kan der opstå fejl (15).

Flere andre forskere understøtter ligeledes dette synspunkt og mener, at vi bør forske i de metoder, vi anvender nu, for at se, hvor grænsen for deres brugbarhed går. Her nævnes Global Trigger Tool som eksempel på et redskab, der anvendes bredere, end det reelt er validt til²⁴.

Derudover er der enkelte forskere, som fremhæver vigtigheden af forskningsspørgsmål, der har mere karakter af meta-spørgsmål:



Forskningen har indtil nu været optaget af at finde foranstaltninger, der forbedrer kvaliteten, hvilket fx Det Nationale Indikatorprojekt er en illustration af. Kvalitetsforskningen indtil nu har ikke beskæftiget sig meget med, hvad man kunne kalde metaspørgsmål i den ekstreme variant: altså hvad er kvalitet osv.?

Kjeld Møller Pedersen, professor, Syddansk Universitet

Flere af informanterne bringer ligeledes effekten af akkreditering op som et emne, der er vigtigt – i højere grad end tilfældet er i dag – at gøre til forskningsgenstand og stille kritiske spørgsmål til:



Vi er nødt til at finde ud af, om det egentlig er et udtryk for svigt fra ledelsen og ledelsesincompetence, at vi er nødt til at have nogle fremmede til at gå rundt og tjekke sygehuse hvert tredje år gennem akkreditering. Skulle det ikke hellere være sådan, at det var den ansvarlige læge, der hver dag skulle gå rundt at tjekke, at alt var i orden? Du kan stille en hel række kritiske spørgsmål. Vi burde have udviklet en teori om, hvad det er ledelsen vil opnå, fx hvad er det for en adfærdspåvirkning, man ønsker?

*Paul Bartels, cheflæge og faglig leder,
Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram*

Leif Panduro, formand for Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren, beskriver, at akkreditering fylder rigtig meget i det danske sundhedsvæsen, og derfor er det igen et tema til selskabets årsmøde afholdt i starten af 2013: "Vi vil søge at få en kritisk stillingtagen til, om det er det rigtige, vi gør – altså at bruge så mange ressourcer på akkreditering - eller om man kunne bruge kræfterne bedre."

IKAS, som udvikler Den Danske Kvalitetsmodel, mener ligeledes, at der er behov for forskning i akkreditering:



Der er helt klart et behov for forskning i akkreditering – altså vi tror jo på den grundlæggende sundhed bag konceptet akkreditering, men det er klart, at man også har behov for at have noget forskning, der kan svare på, hvad er det egentlig, man kan forvente at udvikle inden for den ramme som Den Danske Kvalitetsmodel opstiller, og hvad kan man ikke forvente at udvikle inden for den ramme? Og ikke mindst er det interessant med forskning i, hvordan man får et lærende resultat ud af akkreditering, så kvaliteten forbedres.

Carsten Engel, vicedirektør, IKAS

Opsummering

Opsamlende peger ovenstående afsnit på, at der er brug for kritisk forskning, som adresserer de anvendte metoder og tilgange til at arbejde med kvalitetsudvikling og patientsikkerhed. Informanterne opfordrer således til, at vi til tider løfter blikket og udfordrer vores egne tilgange og forståelser af eksempelvis sikkerhedsbegrebet eller forståelse af, hvad der skal til for at forbedre kvaliteten. Et forslag er at udvide den nuværende opfattelse af sikkerhed, som er baseret på, hvorfor ting og arbejdsgange går galt, med en forståelse af, hvorfor ting og arbejdsgange går godt. Ligeledes er der brug for at stille meta-spørgsmål om fx hvad kvalitet er, hvad vi forventer at forbedre med de redskaber og metoder, vi implementer, og hvad der helt konkret er effekten af eksempelvis akkreditering.

24 Jf. også afsnit 5.2.1 og opsamling fra temamøde om Global Trigger Tool af Viskum & Lipczak (30).

6 Internationale perspektiver

Selvom informanterne i denne undersøgelse er udvalgt netop for at kunne bidrage til en mangfoldig og nuanceret belysning af området, som afspejler diversiteten i interesserne inden for forskning i kvalitet og patientsikkerhed, er der givetvis andre vigtige forskningstemaer og udfordringer, selvom disse ikke italesættes af informanterne. Derfor er det interessant at se, om de italesatte forskningstemaer også er de samme, som optager forskningen internationalt.

For at foretage en form for validering af de beskrevne forskningstemaer i rapporten vil dette afsluttende afsnit derfor inddrage en række internationale anerkendte tidsskrifter inden for kvalitet og patientsikkerhed for overordnet at se, om de samme temaer genfindes her, og om der er temaer, som slet ikke er blevet berørt i rapporten. Til det formål har forfatteren

af rapporten gennemgået artikler på titelniveau i fem centrale internationale tidsskrifter²⁵ fra de to seneste år ved at udtrække alle disses indholdsfortegnelser over artikler. De fem tidsskrifter har alle forskning i kvalitet og patientsikkerhed som fokus. En liste over de centrale temaer, som artiklerne omhandler, kan ses af oversigten nedenfor, hvor opdelingen af temaer er foretaget, så den i videst muligt omfang følger opdelingen af temaer i rapporten.

Det ses af temaerne i oversigten, at det i meget stort omfang er de samme temaer og undertemaer, som er berørt i denne rapport. Der er nogle få temaer, som ikke har været omtalt direkte i rapporten, hvilke er: telemedicin, regionale variationer i behandling, kronikere, lean og tidlig opsporing af sygdom.

Oversigt: Forskningstemaer, som går igen i centrale tidsskrifter inden for kvalitet og patientsikkerhed

- **Patientperspektiver:** Patientinvolvering, pårørendeinvolvering, patienttilfredshed, beslutningsstøtte.
- **Effekt og dokumentation af indsatser, herunder økonomi:** Evaluering af indsatser/interventioner, dokumentation af effekt, kontekstanalyser, behandlingskvalitet, effektivitet, prioritering, sammenhæng mellem kvalitet og økonomi, økonomiske incitament, pay for performance, omkostninger ved medicineringsfejl, spildanalyser og lean, performance measurement, benchmarking.
- **Implementering af indsatser, herunder kultur og ledelsesopbakning:** Forandringsledelse/kultur, medarbejderinvolvering, kvalitetsledelse, læringskultur, kvalitets-/sikkerhedskultur, design af interventioner, evidensbaseret praksis.
- **Sammenhæng, overgange og proces:** Kommunikation og kommunikationsbrist, kontinuitet, sammenhæng i patientforløb, procesindikatorer, ventetider, teamwork, human factors, ikke-tekniske færdigheder hos sundhedsprofessionelle.
- **Alternative perspektiver på kvalitet og patientsikkerhed:** Proaktiv risikoanalyse.
- **Uddannelse:** Uddannelse i kvalitetsforbedring og patientsikkerhed, simulationsøvelser.
- **It-systemer, kvalitetsteknologier og metoder til kvalitetsforbedring:** Rapporteringssystemer, it-systemer til kvalitetsforbedringer, kvalitetsdatabaser, kvalitetsindikatorer, standardisering, elektroniske patientjournaler, telemedicin, kirurgisk tjekliste og andre tjeklister, akkreditering, audit, Global Trigger Tool, kliniske retningslinjer.
- **Andre:** Ældre patienter, kronikere, medicinering, infektioner, tryksår, faldforebyggelse, tidlig opsporing af sygdom, regionale variationer i behandling.

25 De gennemgåede tidsskrifter er: 1) Quality in primary care, 2) International journal for quality in health care, 3) The joint commission journal on quality and patient safety, 4) International journal of health care quality assurance, 5) BMJ quality and safety. Den gennemgåede periode er juni 2010 til juli 2012.

Forfatteren af denne rapport har endvidere skimmet de fem udvalgte tidsskrifters ledere (også kaldet editorials), da disse ofte peger på problemstillinger og temaer, som er vigtige at adressere i forskningen fremadrettet og derfor kan være toneangivende for tendenser i forskningen. Et udvalg af de problemstillinger, der her rejses, er:

- Hvad kan man gøre ved udfordringerne med lav prestige og manglende høj impact factor i forskning i kvalitet og patientsikkerhed?
- Hvad er god patientinvolvering, og hvordan praktiserer man det?
- Hvad er omkostningerne ved patientsikkerheds- og kvalitetsindsatser, og er de omkostningseffektive?
- Hvad skal der til for at få succes med implementering af indsatser? Og hvordan måler vi effekten af indsatserne?
- Hvordan sikrer man patientsikre overgange og bedre patientforløb?
- Hvordan får vi dækket vores manglende viden om kvalitetsledelse og kvalitetskultur?

Disse spørgsmål er alle spørgsmål, som også rejses af informanterne, og som rummer essensen af mange af de udfordringer, der er rejst under de fem gennemgåede overordnede forskningstemaer i denne rapport. Det er spørgsmål, som er afgørende at få viden om, for at øge kvaliteten og patientsikkerheden for patienterne.

Dette afsnit afspejler således tydeligt, at der er stor overensstemmelse imellem interesser og behov for forskning i Danmark og internationalt, og at det ligeledes er mange af de samme udfordringer, der gør sig gældende nationalt og internationalt. ■

7 Konklusion

Denne rapport viser, at kvalitetsudvikling og patientsikkerhed som forskningsområde er i en overgangsfase: Der er i dag ikke en stærk tradition for forskning på området, men samtidig er der en stigende bevidsthed om, at der er behov for at opprioritere forskningsindsatsen. Behovet for at styrke forskningen skyldes blandt andet, at der er igangsat eller implementeret en lang række indsatser og metoder i sundhedsvæsenet, der på forskellig vis skal forbedre den kliniske, organisatoriske og patientoplevede kvalitet, men der er stadig ikke tilstrækkelig viden, om indsatserne eller metoderne rent faktisk har den tilsigtede effekt. Samtidig mangler der viden om, hvordan man bedst implementerer ny forskningsbaseret viden om kvalitet og patientsikkerhed, så det forbedrer den hidtidige praksis og skaber ejerskab blandt medarbejderne. Ikke mindst er der en stigende frustration blandt sundhedsprofessionelle over at bruge lang tid på monitorering og rapportering af kvalitets- og patientsikkerhedsdata uden at kende nytteværdien af indsatsen. Derfor peger denne rapport på nødvendigheden af, at etableres en stærkere og mere systematisk forskning på området, som imødekommer evidensbehovet og tager højde for, at kvalitets- og patientsikkerhedsindsatser ofte er komplekse og dermed udfordrende at vurdere effekten af.

Informanterne i rapporten understreger, at det er afgørende, at forskningen foregår i et tæt samarbejde mellem forsknings- og praksisnære miljøer for at sikre, at forskningen er anvendelsesorienteret. Forskningen skal dels være rettet mod dem, der skal være med til at forbedre kvaliteten og patientsikkerheden (medarbejderne), og dem der skal have gavn af effekten (patienterne). Hvis forskningen skal styrkes, kræver det, at relevante beslutningstagere (blandt andre Danske Regioner, Kommunernes Landsforening, regioner, kommuner og ministerier) opstiller rammer for forskningen, der blandt andet fremmer langsigtet forskning af høj kvalitet og sikrer forskningsspor, som belyser konkrete udviklingsindsatser, fx i form af evalueringer. Derudover er det vigtigt med forpligtende rammer, der sikrer samarbejde mellem forskere og praktikere. Det er ligeledes ønskeligt, at der i udmøntningen af midler fra fx regioner og kommuner stilles eksplicitte krav til partnerskaber mellem forskningsmiljøer og praksis. Det kan gøre det mere attraktivt for forskerne at interessere sig for praksis.

Forskning i kvalitet og patientsikkerhed er tværfaglig og befinder sig i et krydsfelt mellem flere videnskabelige tilgange og metoder. Her er det ofte ikke relevant at anvende guldstandarderne inden for sundhedsvidenskab – det klinisk randomiserede studie – og derfor indtager denne metode ikke samme position i kvalitets- og patientsikkerhedsforskning. Forskeres karrierevej er imidlertid i høj grad betinget af publicering i anerkendte internationale tidsskrifter, og ved anvendelse af det klinisk randomiserede studie er forskningsmeritten blandt læger i højere grad sikret. Hvis det skal være attraktivt for læger at gennemføre praksisnær forskning i kvalitet og patientsikkerhed, peger rapporten derfor på, at det kræver alternative veje til den måde, som forskernes arbejde evalueres og meriteres på. Ikke mindst er det vigtigt for fremadrettet at styrke forsk-

ningen at uddanne forskere inden for kvalitetsudvikling, blandt andet ved at udbyde specifikke ph.d.-kurser inden for dette og at indskrive kvalitetsudvikling i pensum på de sundhedsvidenskabelige uddannelser.

Udviklings- og forskningsmiljøer, der beskæftiger sig med kvalitet og patientsikkerhed, er ofte små. Miljøerne kender ikke nødvendigvis til hinanden, og selvom der er meget viden i omløb, er vidensdeling og samling af viden i flere tilfælde begrænset. Derfor er der både et grundlag for – og en nødvendighed i – at der dels skabes øget netværksdannelse mellem miljøerne, dels etableres en samlet indsats, evt. i form af et eller flere centre, som kan være drivkraft i forhold til at styrke forskningen og sætte forskning i kvalitet og patientsikkerhed på den politiske dagsorden.

Denne rapport giver anledning til at overveje, hvilke løsninger der mere præcist kan adressere de behov, muligheder og barrierer, som er beskrevet i rapporten. Bestyrelsen for Forskningsnetværk for Patientsikkerhed og Kvalitet i Sundhedsvæsenet (FPKS), som har initieret denne undersøgelse, har på baggrund af rapporten udarbejdet en række anbefalinger. Anbefalingerne kan ses i FPKS' forord til rapporten.

FPKS håber, at rapporten kan bidrage til dialog, konkrete initiativer og inspiration blandt alle de aktører, der på forskellig vis kan være med til fremadrettet at styrke forskningen i kvalitet og patientsikkerhed og bygge bro mellem forskning og praksis. ■



Litteratur

- (1) Christiansen AH. Kvalitet og Patientsikkerhed i Sundhedsvæsenet – Kortlægning af forsknings- og udviklingsmiljøer. København: KORA, Det Nationale Institut for Kommuner og Regioners Analyse og Forskning; 2012.
- (2) Knudsen JL, Christensen ME, Hansen B. Regulering af kvalitet i sundhedsvæsenet – fra udvikling til kontrol. Ugeskrift for Læger 2009;171(21):1760-1764.
- (3) Rigsrevisionen. Beretning til Statsrevisorerne om kvalitetsindsatser på sygehusene. København: Rigsrevisionen; 2012.
- (4) Kehlet H. Vi har metoderne, men interessen er ringe. Dagens Medicin 2012(31. aug.).
- (5) Rasmussen LI. Cochrane: Ingen evidens for akkreditering. Ugeskrift for Læger 2011;173(50):3232-3233.
- (6) Waring J, Rowley E, Dingwall R, Palmer C, Murcott T. Narrative Review of the UK Patient Safety Research Portfolio. Journal of Health Services Research & Policy 2010;15(Supplement 1):26-32.
- (7) Hollnagel E, Poulstrup A. Sikkerhedstænkning og -styring er patientsikkerhed i et nyt perspektiv. Ugeskrift for Læger 2012;174(45):2785-2787.
- (8) Dixon-Woods M. Why is patient safety so hard? A selective review of ethnographic studies. Journal of Health Services Research & Policy 2010;15(Supplement 1):11-16.
- (9) Bartels P, Poulstrup A. Patientsikkerhed: Alle taler om det, der sker fremskridt, men det går (for) langsomt. Ugeskrift for Læger 2012;174(45):2765.
- (10) Økonomiaftale for 2013 mellem Regeringen og Danske Regioner. 2012; Available at: <http://www.regioner.dk/Aktuelt/Nyheder/2012/Juni/Regionernes+økonomi+for+2013+er+forhandlet+på+plads.aspx>, 2012.
- (11) Mainz J, Bek T, Bartels P, Rhode P, Pedersen KM, Krøll V. Hvad er kvalitet og kvalitetsudvikling? In: Mainz J, Bartels P, Bek T, Pedersen KM, Krøll V, Rhode P, editors. Kvalitetsudvikling i praksis. 1st ed. Danmark: Munksgaard Danmark; 2011 p. 19-34.
- (12) Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren, Dansk Selskab for Patientsikkerhed, Forskningsnetværk for Patientsikkerhed og Kvalitet i Sundhedsvæsenet. Forskning i Kvalitet og Patientsikkerhed - Strategisk platform. København: Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedsvæsenet, Dansk Selskab for Patientsikkerhed og Forskningsnetværk for Patientsikkerhed og Kvalitet i Sundhedsvæsenet; 2013.
- (13) Bartels P, Kristensen S. Patientsikkerhed. In: Mainz J, Bartels P, Bek T, Pedersen K, Krøll V, Rhode P, editors. Kvalitetsudvikling i praksis. 1st ed. København: Munksgaard Danmark; 2011, p. 277-302.
- (14) Kristensen S, Mainz J, Bartels P. Måling af patientsikkerhed – hvorfor og hvordan? Ugeskrift for Læger 2009;171(20):1674-1677.
- (15) Hollnagel E. FRAM – The Functional Resonance Analysis Model. 1st ed. Farnham, UK: Ashgate; 2012.
- (16) Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Sundhedsloven, Kapitel 61, § 198. København: Indenrigs- og Sundhedsministeriet; 2005.
- (17) Christensen U, Schmidt L, Dyhr L. Det kvalitative forskningsinterview. In: Vallgård S, Koch L, editors. Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskaben. 3rd ed. København: Munksgaard Danmark; 2007, p. 61-86.
- (18) Nordisk kvalitetsmåling i sundhedsvæsenet. 2010; Available at: <http://www.norden.org/da/publikationer/publikationer/2010-572>, 2012.
- (19) Ehlers L, Jensen MB. Hvordan forbedrer vi kvaliteten af sundhedsvæsenets ydelser? Kiropraktoren 2012(Marts):28.
- (20) Mainz J. Kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet. Professor-tiltrædelsesforelæsning. Ugeskrift for Læger 2009;171(37):2651-2653.
- (21) Cooper JB, Newbower RS, Kitz RJ. An analysis of major errors and equipment failures in anesthesia management: considerations for prevention and detection. Anesthesiology 1984;60(1):34-42.
- (22) Jensen HI, Christensen M, Hansen MD, Jørgensen SJ, Sørensens AL, Mainz J. Patientsikkerhed i medicinsk teknologivurderingsperspektiv. Ugeskrift for Læger 2010;172(21):1606-1609.
- (23) Mogensen TS, Poulsen J, Wendelboe B, Pedersen BL. Patientsikkerhed i Danmark – et år efter pilotundersøgelsen. Ugeskrift for Læger 2002;164(38):4377-4379.
- (24) Hermann N, Andersen HB, Schiøler T, Madsen MD, Østergaard D. Rekommandationer for rapportering af utilsigtede hændelser på sygehuse. Roskilde: Forskningscenter Risø; 2002.
- (25) Sklet S. Comparison of some selected methods for accident investigation. Journal of Hazardous Materials 2004;111(1-3):29-37.

- (26) Dansk Kræftforskningsforum. Sundhedstjenesteforskning – status, udfordringer og muligheder. Temarapport fra Dansk Kræftforskningsforum. 2011; Available at: http://www.regioner.dk/Sundhed/Behandlingsomr%C3%A5der/Kr%C3%A6ftbehandling/~/_media/Filer/Sundhed/Kr%C3%A6ft/Dansk%20Kr%C3%A6ftforskningsforum/Temarapport%20III%20-%20Sundhedstjenesteforskning.ashx, 2012.
- (27) Krasnik A. Dansk sundhedstjenesteforskning – et stort potentiale og et fælles ansvar. Ugeskrift for Læger 2010;172(10): 769.
- (28) Coulter A. Engaging patients in healthcare. 1st ed. Berkshire, England: McGraw Hill; 2011.
- (29) Lipczak H, Martin HM, Andersen V. Involvering af patienterne i egen sikkerhed er nødvendig, men effekten er udokumenteret. Ugeskrift for Læger 2012;174(45):2787-2790.
- (30) Martin HM, Hansen J. To opfattelser af patientressourcer. Sygeplejersken 2011;111(20):56-59.
- (31) Freil M, Knudsen JL. Brugerinddragelse i sundhedsvæsenet. Ugeskrift for Læger 2009;171(20):1663-1666.
- (32) Peat M, Entwistle V, Hall J, Birks Y, Golder S. Scoping review and approach to appraisal of interventions intended to involve patients in patient safety. Journal of Health Services Research & Policy 2010;15(Supplement 1):17-25.
- (33) Johnsen SP, Bartels P, Mainz J. Klinisk epidemiologiske aspekter i kvalitetsudvikling. In: Mainz J, Bartels P, Bek T, Pedersen KM, Krøll V, Rhode P, editors. Kvalitetsudvikling i praksis. 1st ed. København: Munksgaard Danmark; 2011, p. 149-180.
- (34) Sandager M, Sperling C, Vinter MM, Knudsen JL, Jensen H. Kræftpatienters oplevelser med sundhedsvæsenet gennem udredning og behandling. Kræftens Bekæmpelses Barometerundersøgelse. København: Kvalitet & Patientsikkerhed, Kræftens Bekæmpelse; 2011.
- (35) Brown C, Lilford R. Evaluating service delivery interventions to enhance patient safety. British Medical Journal 2009;338(a2764).
- (36) Lilford R, Chilton PJ, Hemming K, Girling AJ, Taylor CA, Barach P. Evaluating policy and service interventions: framework to guide selection and interpretation of study end points. British Medical Journal 2010;341(c4413).
- (37) Pronovost P, Needham D, Berenholtz S, Sinopoli D, Chu H, Cosgrove S, et al. An intervention to decrease catheter-related bloodstream infections in the ICU. The New England Journal of Medicine 2006;355(26):2725-2732.
- (38) Landrigan CP, Parry GJ, Bones CB, Hackbarth AD, Goldmann DA, Sharek PJ. Temporal trends in rates of patient harm resulting from medical care. The New England Journal of Medicine 2010;363(22):2124-2134.
- (39) Gerdes LU, Poulstrup A. Dødsfald er ikke egnede til monitorering af kvalitet og patientsikkerhed i sygehusvæsenet. Ugeskrift for Læger 2012;174(45):2769-2772.
- (40) Viskum B, Lipczak H. Opsamling fra workshop om Global Trigger Tool. 2012; Available at: http://www.fpks.dk/upload/sites/www.fpks.dk/gtt/forskningsnetvaerket_gttworkshop_011012_offentligt_papir.pdf, 2012.
- (41) Pedersen KM. Kvalitet og økonomi. In: Mainz J, Bartels P, Bek T, Pedersen KM, Krøll V, Rhode P, editors. Kvalitetsudvikling i praksis. 1st ed. København: Munksgaard Danmark; 2011, p. 375-388.
- (42) Pedersen KM, Kolmos H. Hospitalsinfektioner – en samfundsøkonomisk udfordring. Ugeskrift for Læger 2007;169(48): 4135-4138.
- (43) Ravn B, Rhode P, Bek T. Implementering, spredning og fastholdelse – en introduktion til gennembrudsmetoden. In: Mainz J, Bartels P, Bek T, Pedersen KM, Krøll V, Rhode P, editors. Kvalitetsudvikling i praksis. 1st ed. København: Munksgaard Danmark; 2011, p. 333-348.
- (44) Mainz J, Elkjær J, Krøll V, Bartels P, Strandvig H. Kvalitetsledelse. Kan ledelse forbedre kvaliteten af sundhedsvæsenets ydelser? In: Mainz J, Bartels P, Bek T, Pedersen K, Krøll V, Rhode P, editors. Kvalitetsudvikling i praksis. 1st ed. København: Munksgaard Danmark; 2011, p. 349-374.
- (45) Siemsen IMD, Michaelsen L, Nielsen J, Østergaard D, Andersen HB. Der er mange sikkerhedsrisici ved patientovergange. Ugeskrift for Læger 2011;173(20):1412-1416.
- (46) Tomsen DV, Bjeldbak-Olesen M. Sikker medicinering gennem tværsektoriel medicinafstemning. Ugeskrift for Læger 2012;174(45):2776-2779.
- (47) Siemsen IMD. Utilsigtede hændelser ved patientovergange – sammenligning af information fra flere datakilder. Oplæg til seminar om patientovergange. 2011; Available at: <http://www.fpks.dk/upload/sites/www.fpks.dk/seminar/pr%C3%A6sentationer/session1/uth%20ved%20pt%20overgange%20info%20%20fra%20flere%20kilder%20forskningsnetv%C3%A6rk%204%2020maj%202010%20m%C3%A5%20publiceres.pdf>. Accessed 11/12, 2012.
- (48) Rhode P, Krøll V, Mainz J. Patientforløb som sundhedsvæsenets udfordring. In: Mainz J, Bartels P, Bek T, Pedersen KM,

Krøll V, Rhode P, editors. Kvalitetsudvikling i praksis. 1st ed. København: Munksgaard Danmark; 2011, p. 99-114.

(49) Freil M, Lorentzen J, Rasmussen L, Gut R, Knudsen JL. Patientoplevelt kvalitet belyst ved to nationale undersøgelser. Ugeskrift for Læger 2005;167(46):4375-4379.

(50) Mainz J, Hansen AM, Bartels P, Ingeman A, Bunk A, Johnsen SP, et al. Indikatormonitorering. In: Mainz J, Bartels P, Bek T, Pedersen KM, Krøll V, Rhode P, editors. Kvalitetsudvikling i praksis. 1st ed. København: Munksgaard Danmark; 2011, p. 197-222.

(51) Hollnagel E. Resilience Engineering – fra Sikkerhed I til Sikkerhed II. In: Pedersen I, Lund M, editors. Patientsikkerhed: Tilgange og forståelser – Kvalitetsudvikling med patienten i centrum. 1st ed. [U.st.]: Region Syddanmark. Center for Kvalitet; 2012, p. 8-9.

(52) Hollnagel E. Proactive approaches to safety management. Thought paper. The Health Foundation 2012(May):1-11.

(53) Holmgaard C. Læger tier om fejl 19 ud af 20 gange. Dagens Medicin 2012; 7. sept.(25):8-10.

(54) Steenberger A. Akkreditering forbedrer kvaliteten. Ugeskrift for Læger 2011;173(13):950.

(55) Hinchcliff R, Greenfield D, Moldovan M, Westbrook JI, Pawsey M, Mumford V, et al. Narrative synthesis of health service accreditation literature. BMJ Quality & Safety 2012;21(12): 979-991.

(56) Danske Patienter. Forløbskoordinatorer - til hvem og hvordan? 2012; Available at: [http://www.danskepatienter.dk/sites/danskepatienter.dk/files/Forl%C3%B8bskoordination%2019%20%20marts%202012%20med%20copyright\(1\).pdf](http://www.danskepatienter.dk/sites/danskepatienter.dk/files/Forl%C3%B8bskoordination%2019%20%20marts%202012%20med%20copyright(1).pdf), 2012. ■

Bilag 1

Eksempler på spørgeguides

Spørgsmål til forskerne:

- 1) Intro om projektet
- 2) Omdrejningspunktet for interviewet er både patientsikkerhed og kvalitet. Derfor vil jeg gerne starte med at høre, hvordan du opfatter relationen mellem patientsikkerhed og kvalitet?
- 3) På din arbejdsplads: Hvad har du/I fokus på nu i jeres forskning i kvalitet og/eller patientsikkerhed i sundhedsvæsenet?
 - a. Hvad påvirker, at det netop er disse temaer?
- 4) Overordnet: Hvad har særligt haft fokus i forskningen inden for patientsikkerhed og/eller kvalitet de senere år?
 - a. Er der sket ændringer i forskningsfokus de senere år, som du finder værdt at fremhæve? Det vil sige forskningstemaer, som tidligere tiltrak sig større opmærksomhed, og forskningstemaer som omvendt er begyndt at tiltrække sig større opmærksomhed?
- 5) Er der områder, temaer eller metoder, som du mener især fortjener en større forskningsindsats? Hvad kræver det?
- 6) Kan du beskrive nogle af dine forventninger til fremtidens forskning i patientsikkerhed og kvalitet i sundhedsvæsenet – hvor ser du de største udfordringer og dermed vigtige forskningsområder?
- 7) Muligheder for at opbygge et mere samlet og større forskningsfelt inden for kvalitet og patientsikkerhed:
 - a. Har du en mening om eller ønsker til, hvordan forskningen kan styrkes og udbygges?
 - b. Er der nogle interessenter/organisationer, du mener i højere grad skal på banen, for at forskning i kvalitet og patientsikkerhed kan blive styrket?
 - c. Hvad med finansiering i forhold til at udbygge forskningen?

Spørgsmål til repræsentanter for interessenterne:

- 1) Intro om projektet
- 2) Omdrejningspunktet for interviewet er både patientsikkerhed og kvalitet i sundhedsvæsenet. Derfor vil jeg gerne starte med at høre, hvordan du opfatter relationen mellem patientsikkerhed og kvalitet?
- 3) Hvordan har I organiseret jer i forhold til patientsikkerhed og kvalitet (opdelt eller samlet)?
- 4) Hvornår begyndte I at arbejde med patientsikkerhed og kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet?
- 5) Hvordan har jeres arbejde med patientsikkerhed og kvalitet udviklet sig over de seneste 5 års tid?
 - a. Hvad har I fokus på nu i jeres arbejde med patientsikkerhed og/eller kvalitet?
 - b. Hvad påvirker, at det netop er disse temaer?
 - c. I jeres fremtidige arbejde med patientsikkerhed og kvalitet – kan du allerede nu pege på, hvor jeres fokus retter sig hen?
- 6) Hvilken rolle spiller forskning i jeres arbejde? Er forskning vigtigt i jeres arbejde?
 - a. Hvilke typer af forskning er brugbare eller interessante for jer?
- 7) Jeres ønsker/forventninger til fremtidig forskning i patientsikkerhed og kvalitet i sundhedsvæsenet:
 - a. Hvad har/får I brug for viden om (fx i forhold til planlagte indsatser)?
 - b. Er der temaer, områder eller metoder, som er særligt vigtige for jer, at der bliver forsket i?
 - c. Hvordan ser du jeres rolle i den fremtidige forskning?
- 8) Har I meninger om, hvordan forskningen skal finansieres?
 - a. Hvad oplever I af evt. barrierer og muligheder for flere midler til forskningen?
- 9) Muligheder for at opbygge et mere samlet og større forskningsfelt inden for patientsikkerhed og kvalitet: Har I nogle meninger om eller ønsker til, hvordan forskningen kan styrkes og udbygges (fx med hensyn til organisering: nogle samarbejdsrelationer, der bør opdyrkes eller lignende)?

