

# **ERFARINGSOPSAMLING**

Lærings- og kvalitetsteams

2019



## **Erfaringsopsamling – Lærings- og kvalitetsteams**

©Copyright:

Kompetencecenter for Patientoplevelser, DEFACTUM og Sundhedsstrategisk Planlægning

ISBN: 978-87-93657-11-3

Udarbejdet 2019 af

Kompetencecenter for Patientoplevelser (KOPA), Center for Sundhed, Region Hovedstaden

Marlene Würgler, enhedschef

Kristine Halling Kehlet, specialkonsulent, projektleder

DEFACTUM, Region Midtjylland

Kathrine Carstensen, ph.d.-studerende

Camilla Palmhøj Nielsen, forskningschef

Sundhedsstrategisk Planlægning, Region Sjælland

Troels Busk Hoff, chefkonsulent

# Indhold

Sammenfatning.....	4
Læringspunkter og anbefalinger .....	7
1. Baggrund.....	9
1.1. Formål .....	9
1.2. Afgrænsning.....	10
2. Resultater.....	11
2.1. Resultater – LKT'ernes opstillede resultat- og procesmål .....	11
2.1.1. Resultater fra LKT Palliation .....	11
2.1.2. Resultater for LKT Apopleksi .....	16
2.1.3. Resultater for LKT Antibiotika .....	18
2.2. Ressourceforbrug – tid.....	19
2.2.1. Estimeret tidsforbrug hos tovholderne .....	20
2.2.2. Tidsforbrug på læringsseminarer .....	21
2.2.3. Tidsforbrug i øvrige grupper og seminarer .....	24
2.2.4. Tid brugt uden for seminarer og grupper .....	26
2.3. Øvrige resultater, implementering og spredning.....	26
2.3.1. Øvrige resultater opnået gennem LKT-arbejdet .....	27
2.3.2. Muligheder og barrierer i LKT-arbejdet .....	29
2.3.3. Spredning.....	34
3. Appendix .....	36
Appendix 1: Erfaringsopsamlingens design og metode.....	36
1. Resultater – LKT'ernes opstillede resultat- og procesmål .....	36
2. Ressourceforbrug – tid.....	36
3. Øvrige resultater, implementering og spredning .....	37
Appendix 2: Tidsseriediagrammer for procesindikatorerne i LKT Palliation .....	38
Appendix 3: Regionale opgørelser over resultatmål for LKT Apopleksi.....	45

# Sammenfatning

Denne erfaringsopsamling på de igangværende lærings- og kvalitetsteams (LKT) er udarbejdet på foranledning af Sundhedsdirektørerne med det formål at skabe viden og læring, der kan anvendes ind i det fremadrettede arbejde med LKT. Erfaringsopsamlingen er afgrænset til at omhandle erfaringer fra de tre første LKT'er, henholdsvis Apopleksi, Det specialiserede palliative område (Palliation) og Rationel brug af antibiotika (Antibiotika).

Erfaringsopsamlingen har søgt at besvare en række spørgsmål, som er stillet af sundhedsdirektørerne. Spørgsmålene er i erfaringsopsamlingen grupperet i tre delanalyser og besvares på baggrund af en kombination af kvantitative dataudtræk og en interviewundersøgelse.

## 1. Resultater – LKT'ernes opstillede resultat- og procesmål

- Hvilke konkrete resultater er foreløbig opnået i LKT'erne i forhold til de enkelte LKT'ers resultat- og procesmål?

## 2. Ressourceforbrug – tid

- Hvordan er ressourceforbruget forbundet med LKT-arbejdet?

## 3. Øvrige resultater, implementering og spredning

- Hvilke øvrige resultater er opnået gennem LKT-arbejdet?
- Hvad har gjort det muligt at skabe resultaterne, og hvad er de 'kritiske faktorer' for vellykkede LKT'er?
- Hvilke udfordringer og barrierer kan der være for at opnå resultater i LKT-arbejdet?
- Hvad er perspektiverne for at sprede resultater fra de igangværende LKT'er, og hvad kræver det?

## 1. Resultater - LKT'ernes opstillede resultat- og procesmål

### *LKT Palliation*

- Der er endnu ikke opnået målopfyldelse på de opstillede resultatmål, men der er indikationer på forbedring.
- For procesmålene er der klare forbedringer at spore over en bred kam, men endnu ikke målopfyldelse på ret mange af procesindikatorerne.

### *LKT Apopleksi*

- Der er opnået stabil målopfyldelse i andelen af patienter, der revaskulariseres.
- For andelen af patienter, der sættes i AK-behandling er der indikationer på en forbedring, men endnu ikke opnået målopfyldelse.

### *LKT Antibiotika*

- De nationale mål viser endnu ingen tegn på forbedring.
- Det er dog vanskeligt at konkludere noget endeligt i forhold til LKT Antibiotika, da implementeringen endnu ikke er så fremskreden.

### *Samlet konklusion*

- LKT-arbejdet har medført en række målbare forbedringer, men den samlede målopfyldelse på resultat- og procesmål er stadig begrænset.

- Det er vigtigt at være opmærksom på latenstiden for udviklingen på resultatmålene i forhold til udviklingen på procesmålene. Det betyder, at en målopfyldelse på resultatmålene først vil kunne spores senere end forbedringer på procesindikatorerne.

## **2. Ressourceforbrug – tid**

### *Ressourceforbrug i regionshusene*

- I regionshusene har i alt 19 medarbejdere på tværs af regionerne været beskæftiget med LKT, og deres arbejdsindsats er estimeret til i alt 8 årsværk. Tidsforbruget er størst hos de regioner, der har det primære driftsansvar for et LKT.
- En væsentlig del af tidsanvendelsen i regionshusene knytter sig til den etablerede tværregionale tovholdergruppe for LKT, der varetager opgaver med understøttende og rammesættende funktion for forbedringsarbejdet.
- Der er desuden anvendt en del ressourcer af administrativ karakter til planlægning og afvikling af læringsseminarerne, som ikke er medregnet i opgørelsen af årsværk.

### *Ressourceforbrug i klinikken*

- En stor andel af de anvendte tidsmæssige ressourcer blandt klinikerne anvendes i forbindelse med læringsseminarerne. Det specifikke omfang varierer fra LKT til LKT, fortrinsvis på grund af forskelligt deltagerantal (95-195) og varighed (1 eller 2 dages seminar). Samlet set er der brugt ca. 14.000 timer svarende til ca. 13 årsværk på deltagelse i læringsseminarer. Omfanget af anvendt tid inden for de enkelte involverede faggrupper fordeler sig forskelligt mellem de tre LKT'er.
- Der anvendes blandt klinikerne endvidere tidsmæssige ressourcer til forberedelse af LKT-arbejdet, fx deltagelse i ekspertgruppemøder, lederseminarer og arbejdsgrupper. Alt i alt er der brugt ca. 2.700 forberedelsestimer, svarende til ca. 2,5 årsværk, hvoraf en stor andel er overlægetimer og timer fra 'andre ledere'.
- Endelig anvender klinikerne en betydelig andel timer til at drive LKT-arbejdet i klinikken mellem læringsseminarerne. Forbedringsteamene vurderer, at dette arbejde er forbundet med det største tidsforbrug.

## **3. Øvrige resultater, implementering og spredning**

### *Øvrige resultater opnået gennem LKT-arbejdet*

- Klinikerne opfatter LKT-arbejdet som klinisknært og involverende. Det opleves meningsfuldt og skaber engagement, at arbejdet med kvalitet og kvalitetsudvikling drives af klinikere med daglig gang i den kliniske praksis.
- Klinikerne værdsætter den ramme, LKT tilbyder for kvalitetsarbejdet, da den giver en god balance mellem en fast struktur med centralt fastlagte kvalitetsmål og lokal implementeringsfrihed.
- Læringsseminarerne fremhæves som særligt værdifulde, da de har givet en platform for udveksling af viden og erfaringer på tværs af landsdele, afdelinger og faggrupper.
- Den etablerede, tværregionale tovholdergruppe fremhæves endvidere som et værdifuldt forum for erfaringsudveksling og læring, der bidrager til at gøre LKT-arbejdet netværksbåret frem for personbåret.

### *Kritiske faktorer og udfordringer/barrierer for vellykket LKT-arbejde*

- *Tilstrækkelige kompetencer* i at varetage forbedringsarbejdet, herunder i at anvende forbedringsmodellen, udgør én kritisk faktor for vellykket LKT-arbejde. Forbedringskompetencen varierer mellem forbedringsteams, og flere teams efterspørger bedre mulighed for understøttelse i at anvende forbedringsmodellen undervejs i LKT-forløbet.
- *Ledelsesopbakning* både lokalt på hospitalerne i forhold til de enkelte forbedringsteams og centralt i regionerne udgør en anden kritisk faktor for at lykkes med LKT-arbejdet. Ledelsesopbakning øger motivationen for og sikrer prioritering af forbedringsarbejdet. Analysen viser, at det varierer mellem forbedringsteamene i hvor høj grad, de har oplevet lokal og regional ledelsesopbakning.
- *Det rette forbedringsteam* udgør en tredje kritisk faktor for vellykket LKT-arbejde. Det er afgørende for fremdriften i forbedringsarbejdet, at teamet består af motiverede og dedikerede medarbejdere og at alle relevante personalegrupper er repræsenteret. At en leder indgår i eller knyttes tæt til forbedringsteamet, er væsentligt i forhold til at sikre forbedringsarbejdets legitimitet og prioritering og dermed fremdrift i afdelingerne. Endelig kan tilknytning af en kvalitetskoordinator have en vigtig understøttende funktion for forbedringsarbejdet.
- En fjerde kritisk faktor for det vellykkede LKT-arbejde er, at forbedringsarbejdet base-  
res på et *velforberedt grundlag*. Et velforberedt grundlag indbefatter særligt en gennemarbejdet og implementerbar projektbeskrivelse, herunder sikring af at datasiden er i orden; desuden klarhed om metoder og de strukturelle rammer for arbejdet. Analysen viser, at denne faktor endnu ikke er på plads. Generelt opleves det udfordrende at arbejde med et endnu nyt koncept og med nye metoder. Udfordringerne styrkes af, at de strukturelle rammer for LKT'erne ikke fuldt ud har været på plads ved LKT'ernes start (fx adgang til data, klarhed omkring leverancer).
- *Tilgængeligheden af data* udgør en sidste kritisk faktor for LKT-arbejdet. Indsamling af data findes i udgangspunktet meningsfuldt og kan bidrage til at skabe motivation og bedre datadrevet praksis. Der har imidlertid været problemer med adgangen til data i de kliniske databaser, hvilket har udfordret dataindsamlingen. Det har haft negativ indvirkning på motivationen for at indsamle data og LKT-arbejdet generelt blandt klinikere uden for forbedringsteamene

### *Spredningspotentialitet i LKT*

- Blandt klinikere, ekspertgruppeformænd og tovholdergruppe vurderes der at være potentialer i forbedringsmodellen som redskab til kvalitetsudvikling. Dog vurderes det, at forbedringsmodellen egner sig bedst til mindre og klart afgrænselige projekter.
- Der foreligger ikke konkrete data for det aktuelle spredningsniveau på de involverede afdelinger i de tre LKT'er. Interviewundersøgelsen peger dog på, at der med nogen variation er opnået en vis spredning af forståelsen for de fastsatte kliniske målsætninger, men at spredningen af forståelsen for forbedringsmetoden endnu ikke rigtig er kommet i gang.

## Læringspunkter og anbefalinger

VIGTIGSTE LÆRINGSPUNKTER	ANBEFALINGER
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Kliniknært og meningsfuldt også for lægerne:</b> Den kliniknære ramme, LKT skaber for kvalitetsudvikling, oplever klinikere som meningsfuld og involverende, hvilket giver motivation og engagement til kvalitetsarbejdet. Særligt bemærkelsesværdigt er det at lægerne i høj grad har deltaget i LKT-arbejdet.</li><li>• <b>Læringsseminarer med stor værdi:</b> Læringsseminarerne har skabt et rum for videns- og erfaringsudveksling samt en ramme for nationale faglige netværk.</li><li>• <b>Resultater tager tid:</b> LKT-arbejdet har på nuværende tidspunkt medført konkrete kvalitetsforbedringer, men det er endnu kun få af de opstillede resultat- og procesmål, der er opfyldt.</li><li>• <b>Tidskrævende kvalitetsarbejde:</b> Klinikerne oplever LKT-arbejdet som tidskrævende. Det kan være vanskeligt at finde tid til arbejdet i en travl hverdag.</li><li>• <b>Ledelsesopbakning:</b> Den regionale og lokale ledelsesopbakning har været forskellig mellem LKT'erne og forbedrings-teamene.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Keep going:</b> LKT-arbejdet skaber en ramme for kvalitetsudvikling, der giver mening, ikke mindst for lægerne, og skaber nationale fagligt inspirerende fællesskaber af stor værdi.</li><li>• <b>Giv tid:</b> Vær tålmodig med hensyn til indfrielse af resultatmålene. Det tager ofte lang tid. Fokuser i første omgang på fremskridtene i procesmålene.</li><li>• <b>Afsæt dedikeret tid til arbejdet i klinikken:</b> for at sikre LKT-arbejdet lykkes, skal der i klinikken skabes bedre tid og rum til forbedringsarbejdet i en travl hverdag.</li><li>• <b>Styrk ledelsesforankringen:</b> For at sikre legitimitet af LKT-arbejdet og styrke implementering og spredning af LKT-arbejdet skal mellemledere prioritere forbedringsarbejdet og have kompetencerne til at lede forbedringsarbejdet. Topledere skal efterspørge data – både procesmål og resultatmål – og være med til at fejre succeser.</li></ul>

- **Udfordringer med data:** Særligt dataindsamling og dataudtrækning har været ressourcetung og besværlig på grund af vanskeligt tilgængelige data. Det indvirker negativt på klinikernes motivation.
- **Begrænsede kompetencer i forbedringsmodellen:** Klinikerne har ikke været godt nok klædt på til at anvende forbedringsmodellen og har savnet løbende understøttelse i at anvende modellen.
- **Bedre styr på data:** Sikr, at der er et relevant fundament tilgængeligt til dataindsamling og dataudtrækning i forhold til understøttelse af de fastsatte proces- og resultatmål, og sikr at klinikerne understøttes i opgaven.
- **Styrk kompetenceudvikling i forbedringsmodellen:** Gentænk kompetence- og kapacitetsopbygningen af forandringsteamene, og sikr løbende understøttelse af forbedringsteamene med fokus på forankring af læringen.



# 1. Baggrund

I det nye nationale kvalitetsprogram er en grundsten Lærings- og kvalitetsteams (LKT). Et lærings- og kvalitetsteam er et nationalt netværk af klinikere og ledere fra relevante afdelinger og enheder, der sammen med en nedsat ekspertgruppe arbejder med kvalitetsforbedring på et konkret klinisk område, hvor kvalitet er utilfredsstillende, eller der er stor uønsket variation i kvaliteten. LKT'erne benytter forbedringsmodellen<sup>1</sup> som metodisk ramme, mens det organisatoriske setup for LKT'erne er inspireret af Institute for Healthcare Improvements' (IHI's) Break Through Series, hvor 'collaboratives' udgør den organisatoriske ramme til at accelerere forbedringsarbejdet ved at etablere et forum for videndeling, erfaringsudveksling og spredning<sup>2</sup>.

Målet med et lærings- og kvalitetsteam er at forbedre den kliniske kvalitet samt oplevelsen af behandling, pleje og forløb for brugere, patienter og pårørende. Det er regionerne, som er ansvarlige for at drive de enkelte lærings- og kvalitetsteams. Konkret vil én region påtage sig det overordnede ansvar for at koordinere og gennemføre et lærings- og kvalitetsteam.

Nedenstående tabel viser igangsatte LKT'er og kliniske områder, der er i gang med at blive oprettet som LKT.

Igangsatte LKT'er	LKT'er på vej
<ul style="list-style-type: none"><li>• Det specialiserede palliative område</li><li>• Apopleksi</li><li>• Rationel brug af antibiotika</li><li>• Hoftenære lårbensbrud</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• ADHD</li><li>• Akut abdominalkirurgi</li><li>• Børnediabetes</li><li>• KOL</li><li>• Tvang i psykiatrien</li></ul>

## 1.1. Formål

Sundhedsdirektørerne har bedt Temagruppen for Kvalitet iværksætte en erfaringsopsamling på de LKT'er, der er igangsat med henblik på at skabe viden og læring, der kan anvendes ind i det fremadrettede arbejde med at etablere og implementere LKT.

Erfaringsopsamlingen søger at skabe indsigt i følgende spørgsmål, som er formuleret af sundhedsdirektørerne:

1. Hvilke konkrete resultater er foreløbig opnået i LKT'erne i forhold til de enkelte LKT'ers resultat- og procesmål?
2. Hvilke øvrige resultater er opnået gennem LKT-arbejdet?
3. Hvad har gjort det muligt at skabe resultaterne, og hvad er de 'kritiske faktorer' for vellykkede LKT'er?

<sup>1</sup> Metodekatalog. Til arbejdet med forbedringer og kvalitetsudvikling. Aarhus: DEFACTUM, Region Midtjylland, 2017. [http://www.defactum.dk/siteassets/defactum/4-om-defactum/faglige-omrader/metodekatalog/metodekatalog-til-hjemmeside\\_080517.pdf](http://www.defactum.dk/siteassets/defactum/4-om-defactum/faglige-omrader/metodekatalog/metodekatalog-til-hjemmeside_080517.pdf).

<sup>2</sup> IHI Innovation Series' white paper, 2003: The Breakthrough Series: IHI's Collaborative Model for Achieving Breakthrough Improvement. Boston: Institute for Healthcare Improvement.

4. Hvilke udfordringer og barrierer kan der være for at opnå resultater i LKT-arbejdet?
5. Hvad er perspektiverne for at sprede resultater fra de igangværende LKT'er, og hvad kræver det?
6. Hvordan er ressourceforbruget forbundet med LKT-arbejdet?

## **1.2. Afgrænsning**

Erfaringsopsamlingen er afgrænset til at omhandle følgende LKT'er:

- Det specialiserede palliative område
- Apopleksi
- Rationel brug af antibiotika

Disse LKT'er har været i gang i 1-2 år, og det vurderes, at der er betydelig erfaring at hente fra arbejdet med netop disse LKT'er.

## 2. Resultater

Besvarelsen af sundhedsdirektørernes spørgsmål er i erfaringsopsamlingen grupperet i tre delanalyser.

1. Resultater – LKT'ernes opstillede resultat- og procesmål
2. Ressourceforbrug – tid
3. Øvrige resultater, implementering og spredning

Præsentationen af resultaterne for erfaringsopsamlingen neden for følger grupperingen af spørgsmålene. Den metodiske fremgangsmåde for hver delanalyse fremgår af Appendix 1.

### 2.1. Resultater – LKT'ernes opstillede resultat- og procesmål

I denne delanalyse besvares sundhedsdirektørernes spørgsmål:

- Hvilke konkrete resultater er foreløbig opnået i LKT'erne i forhold til de enkelte LKT'ers resultat- og procesmål?

I forhold til de konkrete resultater kigges både på 1) om der kan ses konkrete kvalitetsforbedringer og 2) om de opstillede målsætninger for forbedringsarbejdet i LKT'erne blevet nået. Analysen er baseret på kvantitative data fra de afrapporteringer om resultat- og procesmål, der sendes til styregruppen for LKT. Desuden inddrages enkelte data fra de kvalitative interviews, se Appendix 1.

Det er vigtigt at være opmærksom på, at erfaringsopsamlingen er gennemført på et tidspunkt, hvor ingen af de igangsatte lærings- og kvalitetsteams endnu er afsluttet. Ligeledes er det vigtigt at være opmærksom på, at udvikling på resultatmålene typisk sker med en vis latenz i forhold til procesmålene. Det vil sige, at en positiv udvikling på resultatmålene først vil begynde at kunne spores, når der er sket markante forbedringer på procesindikatorerne.

#### 2.1.1. Resultater fra LKT Palliation

Der er i LKT Palliation opstillet følgende resultatmål:

**Mål 1:** Halvering af antallet af patienter, der henvises og visiteres til specialiseret palliation, men ikke modtages.

**Mål 2:** Andelen af patienter, der oplever forbedring af livskvaliteten som følge af behandling, skal øges med 10 procentpoint.

**Mål 3:** Forbedring på 10 procentpoint af andelen af pårørende, der vurderer symptomlindring som "fremragende" eller "god".

**Mål 4:** Forbedring på 10 procentpoint af andelen af pårørende, der vurderer støtten som "fremragende" eller "god" i forhold patientens ønsker til pleje/behandling og patientens ønsker til den sidste tid.

**Mål 5:** Forbedring på 10 procentpoint af andelen af pårørende, der vurderer støtte til pårørende som "fremragende" eller "god".

Det er imidlertid kun udviklingen på Mål 2, der kan følges løbende i Dansk Palliativ Database samt procesmålene knyttet til Mål 2-5. Det er derfor kun disse indikatorer, der indgår i analysen nedenfor.

Af de indikatorer, der indgår i analysen nedenfor, er der kun én som også indgik i Dansk Palliativ Database før opstart af LKT Palliation, hvorfor der ikke kan opgøres et før og efter LKT Palliation. Analysen baserer sig derfor på, hvordan udviklingen har været på indikatorerne i den periode, LKT Palliation har været under implementering, dvs. perioden januar 2017 (1. læringsseminar var 13. januar 2017) til november 2018 (seneste data fra Dansk Palliativ Database).

### Forbedring af livskvalitet (Mål 2)

Opgørelsen af forbedret livskvalitet er en indikator, der blev indført i Dansk Palliativ Database med opstarten af LKT Palliation. Der findes derfor ikke en egentlig baseline for denne indikator.

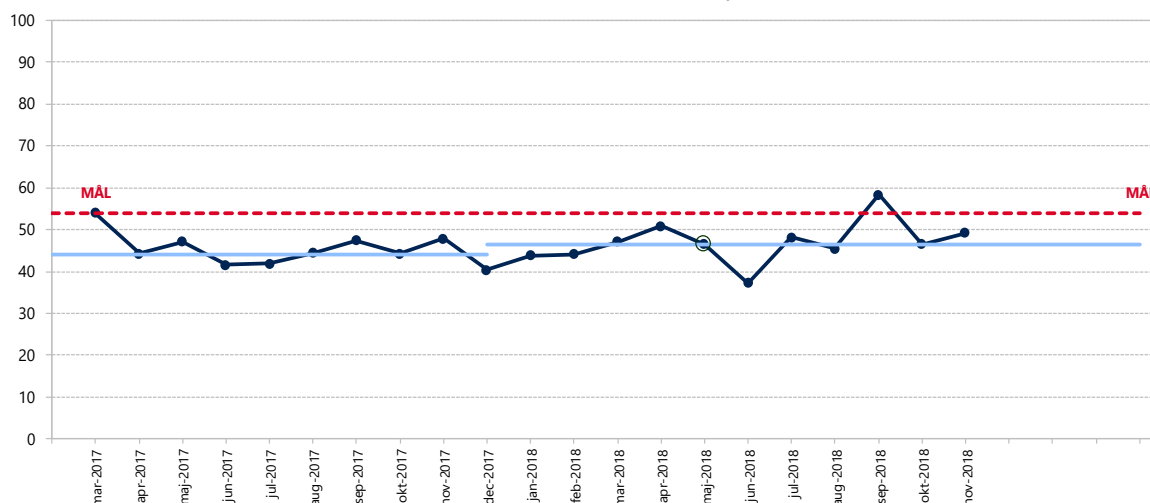
I LKT Palliation er forbedring af livskvaliteten drevet af konsekvent implementering af DMCG-PALs retningslinjer inden for områderne smerte, obstipation, dyspnø, depression og delirium. I LKT-sammenhæng betegnes retningslinjerne på de ovennævnte symptomområder som 'pakker'. Implementeringen af pakkerne er først for alvor påbegyndt primo 2018. Nedenfor anvendes resultaterne for perioden marts 2017 til december 2017 derfor som baseline.

## Forbedring af livskvalitet

### Nationalt

• Gns. obs. 8280/178,3; seneste obs. (nov-2018): 6900/140.

Periode: Marts 2017 til November 2018 • Foruddefineret median: 44,0 • Seneste median: 46,6 (jan-2018 - nov-2018)



MÅL	MEDIAN	DATADEFINITION	KOMMENTARER	STATISTISK PROCESKONTROL		
		Datakilde: RKKP	Variationen er tilfældig: Der er 7 kryds af medianen; der forventes mindst 2. Længste dataserie er 2 punkter; der forventes maksimalt 6. Medianen ligger 7,4 under målet.	FORVENTET	FAKTISK	STABIL PROCES?
54	47			SERIE - LÆNGDE (Max) 6	2	JA
				ANTAL KRYDS (Min) 2	7	

Som det fremgår af ovenstående graf, ligger baseline på 44 %, dvs. at 44 % af patienterne i perioden marts 2017 til december 2017 oplevede en forbedring af livskvaliteten.

Da målet for LKT Palliation er en forbedring på 10 procentpoint i andelen af patienter, der oplever en forbedring af livskvaliteten, vil man derfor i perioden fra januar 2018 og frem skulle se en udvikling op mod at 54 % af patienterne skal opleve en forbedring af livskvaliteten.

Medianen for perioden januar 2018 til november 2018 ligger på 47 % altså 3 procentpoint bedre end baseline. Det kan imidlertid ikke fastslås, om der er sket en reel forbedring, idet det ikke kan udelukkes, at 'forbedringen' blot skyldes tilfældig variation. Det kan dog fastslås, at målet om 10 procentpoints forbedring af andelen af patienter, der oplever forbedret livskvalitet, ikke er nået endnu.

#### *Procesmål relateret til forbedring af livskvalitet*

Procesmålene relateret til forbedring af livskvalitet kan opdeles i to grupper:

- 1) Indledende screeninger
- 2) Implementering af symptompakker

De indledende screeninger omfatter screening for delirium (CAM-scoring), indledende symptomscreening (EORTC1) og opfølgende symptomscreening (EORTC2).

Den indledende symptomscreening (EORTC1) er retningsgivende for, hvilke symptompakker der udløses i forhold til den enkelte patient. Det er implementeringen af symptompakkerne, der driver forbedringen af livskvaliteten. Symptompakkerne omfatter:

- Smertepakken
- Obstipationspakken
- Dyspnøpakken
- Depressionspakken
- Delirumpakken

De foreløbige resultater for de indledende screeninger fremgår af tabellen nedenfor.

INDIKATOR	BASELINE	AKTUELT NIVEAU	MÅLSÆTNING	MÅL OPFYLDT?	FORBEDRING?
CAM-SCORING	80	89	95	Nej	Ja
EORTC1 (HOSPITALER)	58	63	75	Nej	Nej
EORTC1 (HOSPICER)	66	68	50	Ja	Nej
EORTC2 (HOSPITALER)	26	29	50	Nej	Nej
EORTC2 (HOSPICER)	27	27	33	Nej	Nej

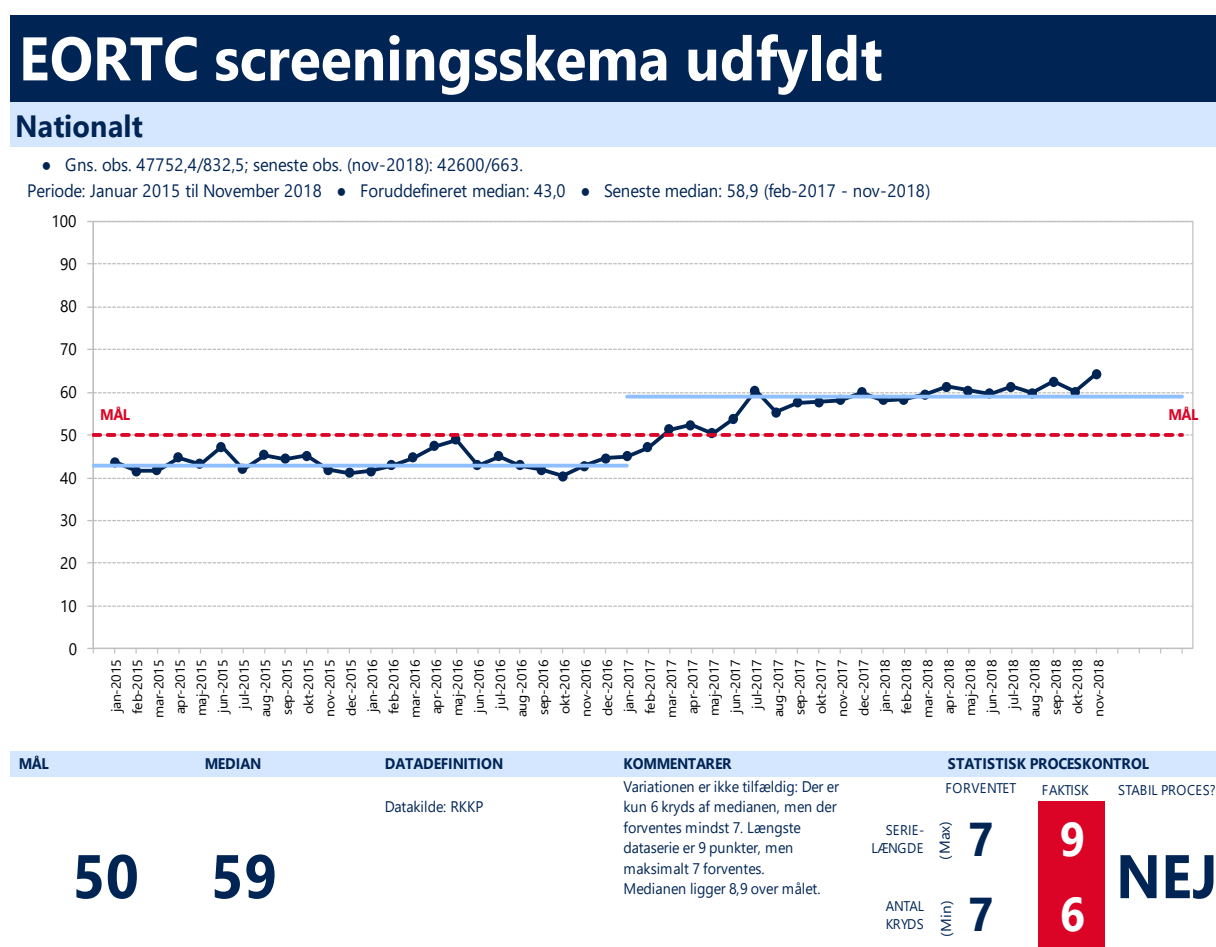
\*) Tidsseriediagrammer for de enkelte indikatorer fremgår af Appendix 2.

\*\*) I oktober/november 2018 er der fra Dansk Palliativ Database og RKKP's side sket en ændring i opgørelsen af EORTC1 og EORTC2. Dette har betydet store udsving i målopfyldelsesgraden. Således har tidligere opgørelse vist målopfyldelse på EORTC1 for hospitaler.

Som det fremgår, er der generelt ikke opnået målopfyldelse på nogen af de ovenstående indikatorer. Der kan umiddelbart heller ikke spores tydelige forbedringer. Dog er der sket en betydelig systematisering i forhold til screening for delirium (CAM-scoring), og det aktuelle niveau ligger tæt på målopfyldelse.

For EORTC1 er det muligt at opgøre en konkret effekt af arbejdet i LKT Palliation. Indikatoren "EORTC-screeningsskema udfyldt" har indgået i Dansk Palliativ Database før opstart af LKT Palliation. Opgørelsen af indikatoren "EORTC-screeningsskema udfyldt" er næsten identisk med opgørelsen af EORTC1, men der skelnes ikke mellem hospitalsenheder og hospicer og standarden er sat lavere (50 %).

Som det fremgår neden for viser udviklingen på indikatoren "EORTC-screeningsskema udfyldt" et klart 'før' og 'efter' LKT Palliation.



I perioden januar 2015 til januar 2017 lå medianen på 43 %. Implementeringen af LKT Palliation startede i januar 2017, og i perioden herefter har medianen rykket sig til 59 %. Denne forbedring skyldes ikke tilfældig variation, og selvom den mest markante forbedring skete i første halvdel af 2017, er der fortsat tegn på reel forbedring.

Det kan således fastslås, at der i implementeringsperioden for LKT Palliation er sket en betydelig systematisering i forhold til at screene patienterne for væsentlige symptomer. Dette

udgør en væsentlig forbedring, idet der hermed er etableret et bedre grundlag for systematisk behandlingsmæssig opfølgning på patienternes symptomer.

I forhold til implementering af symptompakkerne ser resultaterne ud som følger.

INDIKATOR	BASELINE	AKTUELT NIVEAU	MÅLSÆTNING	MÅL OPFYLDT?	FORBEDRING?
SMERTEPAKKE	11	66	95	NEJ	JA
DEPRESSIONSPAKKE	5	30	95	NEJ	JA
DELIRIUMPAKKE	26	78	95	NEJ	JA
OBSTIPATIONSPAKKE	12	58	95	NEJ	JA
DYSPNØPAKKE	8	57	95	NEJ	JA

Billedet er meget entydigt, der er ikke opnået målopfyldelse på nogen af indikatorerne, men det fremgår, at der er opnået betydelige forbedringer på alle indikatorer. Dog halter implementeringen af depressionspakken efter.

#### *Forbedring af støtten til patienter og pårørende (Mål 4 og 5)*

Som nævnt ovenfor er det kun procesindikatorerne, der afrapporteres på i forhold til forbedring af støtten til patienter og pårørende. Resultaterne fremgår nedenfor.

INDIKATOR	BASELINE	AKTUELT NIVEAU	MÅLSÆTNING	MÅL OPFYLDT?	FORBEDRING?
ACP-SAMTALE	11	45	50	NEJ	JA
PÅRØRENDEPAKKE	12	56	95	NEJ	JA
FAMILIEPAKKE	22	59	95	NEJ	JA

\*) Tidsseriediagrammer for de enkelte indikatorer fremgår af Appendix 2.

Igen er billedet, at der ikke er opnået målopfyldelse på nogen af indikatorerne, om end ACP-samtale er tæt på. Til gengæld er der over hele linjen opnået betydelige forbedringer.

#### *Konklusion for LKT Palliation*

På baggrund af ovenstående kan det konkluderes, at der, med få undtagelser, ikke er opnået målopfyldelse på hverken resultat- eller procesindikatorerne. Til gengæld er der for næsten alle procesindikatorer opnået betydelige forbedringer.

Forudsat at forbedringerne på procesindikatorerne fortsætter, er der begrundet håb om, at der på sigt også vil kunne ses en forbedring på resultatindikatoren.

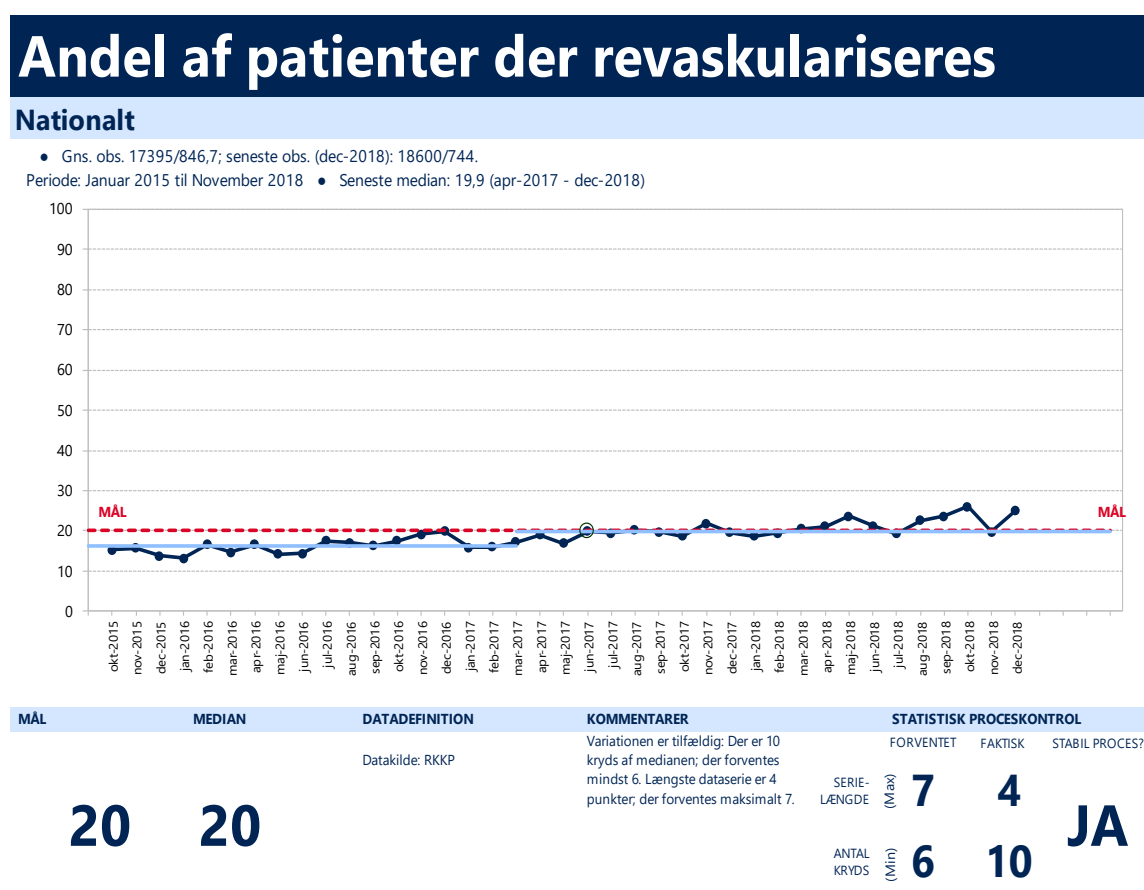
### 2.1.2. Resultater for LKT Apopleksi

For LKT Apopleksi indgår følgende resultatmål i afrapporteringen til Temagruppen for Kvalitet og Styregruppen for Lærings- og Kvalitetsteams. Der indgår ingen procesindikatorer i afrapporteringerne:

- **Mål 1:** Andelen af patienter, der revaskulariseres, øges ( $> 20\%$ )
- **Mål 3:** En højere andel af patienter med akut iskæmisk apopleksi og atrieflimren sættes i AK-behandling senest 14 dage efter indlæggelse ( $\geq 95\%$ ).

Indikatorerne indgår i Dansk Apopleksiregister, og da indikatorerne er blevet monitoreret før LKT Apopleksi, er det muligt at opgøre et før og efter LKT Apopleksi.

Resultaterne opgøres nedenfor på nationalt plan. De regionale resultater fremgår af Appendix 3.



I perioden fra oktober 2015 til december 2018 viser data for hele landet, at der, samlet set, har været en positiv udvikling i andelen af patienter med akut iskæmisk apopleksi, der er blevet revaskulariseret. Denne udvikling kan ikke tilskrives tilfældig variation.

Grafen ovenfor viser desuden, at den positive udvikling primært er sket i perioden efter 1. læringsseminar for LKT Apopleksi og dermed i den periode, hvor LKT Apopleksi er blevet



implementeret. Endelig viser grafen, performance i implementeringsperioden har ligget stabilt på 19,9 %, dvs. så godt som stabil målopfyldelse.

*Andel af patienter med akut iskæmisk apopleksi og atrieflimren sættes i AK-behandling senest 14 dage efter indlæggelse*

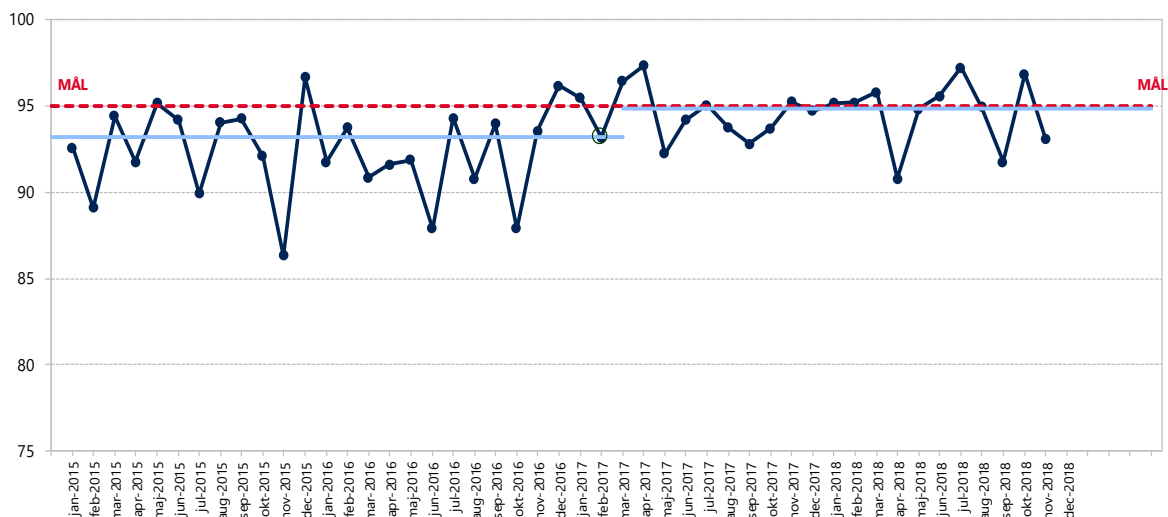
Som grafen nedenfor viser, har niveauet på landsplan været tæt på målopfyldelse, også før LKT Apopleksi. Der er dog indikationer på, at målopfyldelsesgraden har bevæget sig i positiv retning efter påbegyndelse af LKT Apopleksi.

## Andel af patienter med akut iskæmisk apople

### Nationalt

• Gns. obs. 11205/118,6; seneste obs. (dec-2018): 5400/58.

Periode: Januar 2015 til November 2018 • Seneste median: 94,9 (apr-2017 - dec-2018)



MÅL	MEDIAN	DATADefinition	KOMMENTARER	STATISTISK PROCESKONTROL		
		Datakilde: RKKP	Variationen er tilfældig: Der er 11 kryds af medianen; der forventes mindst 6. Længste dataserie er 3 punkter; der forventes maksimalt 7.	FORVENTET	FAKTISK	STABIL PROCES?
95	95			SERIE- LÆNGDE (Max)	7	3
				ANTAL KRYDS (Min)	6	11
						JA

Perioden frem til 1. læringsseminar (dvs. til og med marts 2017) kan bruges som baseline. I denne periode lå medianperformance på ca. 93 %, mens medianperformance i perioden efter 1. læringsseminar ligger på ca. 95 % (= målopfyldelse). Dette skift kan dog skyldes tilfældig variation, og det kan derfor endnu ikke konkluderes, at der har været en effekt af LKT Apopleksi på denne indikator.

#### Konklusion for LKT Apopleksi

For de indikatorer, der indgår i afrapporteringerne til Temagruppen for Kvalitet og Styregruppen for Lærings- og Kvalitetsteams, kan det konkluderes, at der stort set er opnået stabil målopfyldelse i forhold til andelen af patienter, der revaskulariseres.

I forhold til andelen af patienter, der sættes i AK-behandling, er der indikationer på en forbedring, men denne forbedring kan være et udtryk for tilfældig variation.

### 2.1.3. Resultater for LKT Antibiotika

For LKT Antibiotika indgår nedenstående resultatmål på nationalt niveau i afrapporteringen til Temagruppen for Kvalitet og Styregruppen for Lærings- og Kvalitetsteams. Der indgår ingen procesindikatorer i afrapporteringerne:

- Totalforbrug af antibiotika på offentlige hospitaler i Danmark
- Forbrug af kritiske antibiotika på offentlige hospitaler i Danmark

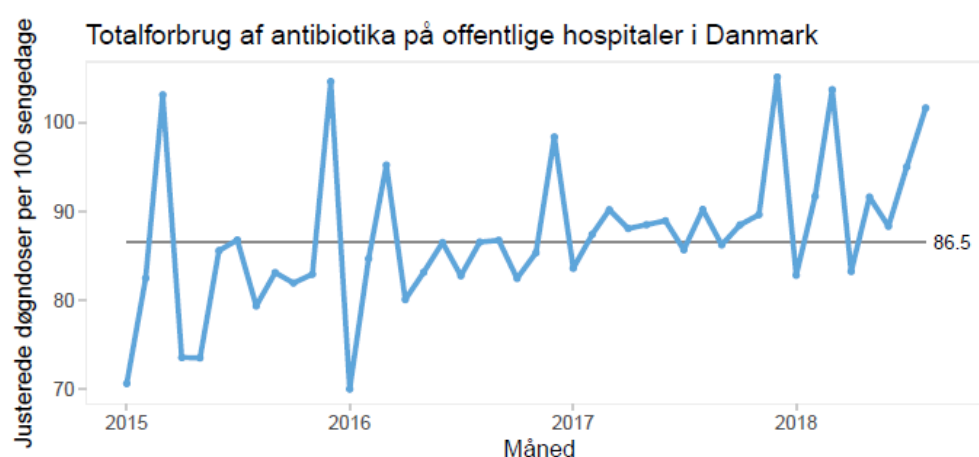
Indikatorerne opgøres også på regions-, hospitals- og afdelingsniveau. Regionsresultaterne fremgår af Appendix 3, og hospitals- samt afdelingsresultaterne fremgår af hjemmesiden kvalitetsteams.dk.

Det er vigtigt at være opmærksom på følgende:

- 1) Implementeringen af LKT Antibiotika blev påbegyndt med 1. læringsseminar i november 2017. Implementeringen er således kun ca. halvvejs.
- 2) Der er ikke fastsat nationale måltal. I stedet har hver region fastsat egne måltal.
- 3) Indsatserne i LKT Antibiotika implementeres kun på akutafdelinger og lungemedicinske afdelinger.

Udviklingen i totalforbrug af antibiotika fremgår af graferne nedenfor.

#### Danmark





De nationale mål viser ingen tegn på forbedringer. Det er imidlertid forventeligt, da LKT-arbejdet kun har været i gang i et års tid, og teamene har forskellig kadence på forbedringsarbejdet. Det er urealistisk at forvente synlige forbedringer i det samlede forbrug på så tidligt et tidspunkt.

#### *Samlet konklusion*

Det er vanskeligt at konkludere noget i forhold til LKT Antibiotika, da implementeringen ikke er så fremskreden endnu.

For LKT Apopleksi kan det konkluderes, at der stort set er opnået målopfyldelse på én af resultatindikatorerne, mens der er indikationer på forbedring på den anden.

For LKT Palliation er der endnu ikke opnået målopfyldelse på resultatmålet, men der er indikationer på forbedring. For procesmålene er der klare forbedringer at spore over en bred kam, men endnu ikke målopfyldelse på ret mange af procesindikatorerne.

Den samlede konklusion må derfor være, at LKT-arbejdet har medført en række målbare forbedringer, men at den samlede opfyldelse på resultat- og procesmål stadig er begrænset.

## **2.2. Ressourceforbrug – tid**

I denne anden delanalyse besvares sundhedsdirektørenes spørgsmål:

- Hvordan er ressourceforbruget forbundet med LKT-arbejdet?

Ressourceforbruget undersøges kvantitativt som forbrug i tid, dels anvendte timer i regionshusene i form af årsværk, dels anvendte timer i klinikken (på hospitalerne) opgjort som anvendte timer fordelt på involverede faggrupper. Klinikernes tidsforbrug er afgrænset til deltagelse i læringsseminarerne og andre typer gruppemøder eller seminarer knyttet til LKT-deltagelsen.

Det er vigtigt at være opmærksom på, at der er tale om estimeret tidsanvendelse, og at der derved er en betydelig usikkerhed forbundet med det afrapporterede tidsforbrug, særligt med tovholderernes tidsforbrug.

Den kvantitative analyse suppleres med data fra den kvalitative interviewundersøgelse, der er gennemført til besvarelsen af delanalyse 3 'Øvrige resultater, implementering og spredning'. For yderligere detaljer, se Appendix 1.

### 2.2.1. Estimeret tidsforbrug hos tovholderne

Nedenstående tabel viser antallet af medarbejdere, der i 2018 var involveret i LKT-arbejdet i de forskellige regioner samt et estimeret tidsforbrug opgjort i årsværk for de enkelte regioner. I alt har 19 medarbejdere i regionerne været beskæftiget med LKT-arbejdet, og deres arbejdsindsats er estimeret til i alt 8 årsværk.

TIDSFORBRUG I ÅRSVÆRK	ANTAL MEDARBEJDERE	ÅRSVÆRK	ANTAL LKT MED PRIMÆRT DRIFTSANSVAR
REGION HOVEDSTADEN	7	2	2
REGION SJÆLLAND	3	1	2
REGION SYDDANMARK	1 (samt frikøb af ressourcer på hospitalerne)	2	2
REGION MIDTJYLLAND	5	2	1
REGION NORDJYLLAND	3	1	0
I ALT	19	8	7

I den gennemførte interviewundersøgelse påpeger tovholderne, at den tid og de ressourcer, den enkelte region lægger i LKT-arbejdet, er afhængig af, hvorvidt regionen har det primære driftsansvar for et LKT, ligesom det bemærkes, at arbejdsopgaverne, og derved tidsforbruget i forbindelse med LKT-arbejdet, har været stigende siden i igangsættelsen af de første LKT'er.

Tovholderne påpeger, at en væsentlig del af tidsanvendelsen i regionshusene knytter sig til varetagelse af opgaver i forbindelse med den etablerede tværregionale tovholdergruppe for LKT, som har fungeret i snart 3 år. Opgaverne har til hensigt at sætte rammer for og understøtte forbedringsarbejdet og inkluderer blandt andet koordinerende og opfølgende video-møder, udvikling af koncepter for projektbeskrivelser, sammensætning af ekspertgrupper, udvikling af indhold for læringsseminarer samt udvikling af skabeloner for afrapportering til styregruppen og andre relevante parter (se også 'Relationer og netværk' nedenfor).

Tovholderne påpeger desuden, at der også går en del ressourcer af administrativ karakter til planlægning og afvikling af læringsseminarerne. Omfanget af dette forstået som antal medarbejdere og estimeret tid er ikke medregnet i ovenstående tabel<sup>3</sup>.

<sup>3</sup> For Region Sjælland gælder dog, at det administrative tidsforbrug i Regionshuset (ét årsværk, jf. tabellen) udgør det totale tidsforbrug og således også inkluderer tid anvendt til planlægning og afvikling af læringsseminarer.

### **2.2.2. Tidsforbrug på læringsseminarer**

Et centralt element i LKT-arbejdet er afholdelse af læringsseminarer. Der afholdes typisk tre læringsseminarer over de to år, et LKT forløber.

Læringsseminarerne er af en varighed på en eller to dage, og der trækkes derfor en betydelig mængde ressourcer i form af mandetimer ud af klinikken i forbindelse med seminarerne.

Som det fremgår af tabellerne nedenfor, varierer det samlede ressourcetræk en del. De væsentligste årsager hertil er:

- Deltagerantal – (har varieret fra ca. 195 til ca. 90)
- Endags- eller todagesseminar

Da arbejdet med LKT startede, blev læringsseminarer som udgangspunkt planlagt som to todagesseminarer (med en overnatning). På baggrund af de erfaringer, der er høstet siden, tilstræbes det nu, at seminarerne holdes som endagsseminarer.

**TABEL OVER TIDSFORBRUG I TIMER OG ANTAL DELTAGERE – LÆRINGSSEMINAR 1**

	PALLIATION		APOPLEKSI		ANTIBIOTIKA		I ALT	
TIMEFORBRUG PR. PERSON	14,25		14,75		14			
	Antal	Samlet tidsforbrug	Antal	Samlet tidsforbrug	Antal	Samlet tidsforbrug	Antal	Samlet tidsforbrug
OVERLÆGE	33	470,25	26	383,5	47	658	106	1511,75
LÆGE	3	42,75	3	44,25	11	154	17	241
OVERSYGEPLEJERSKE	6	85,5	7	103,25	4	56	17	244,75
SYGEPLEJERSKE	78	1111,5	28	413	27	378	133	1902,5
ANDRE LEDERE	12*	171*	12	177	8	112	32	460
ANDRE	51	726,75	17	250,75	44	616	112	1593,5
I ALT	183	2607,75	93	1371,75	141	1974	417	5953,5

\*herunder hospiceledere

**TABEL OVER TIDSFORBRUG I TIMER OG ANTAL DELTAGERE – LÆRINGSSEMINAR 2**

	PALLIATION		APOPLEKSI		ANTIBIOTIKA		I ALT	
TIMEFORBRUG PR. PERSON	14,5		14,5		12,5			
	Antal	Samlet tidsforbrug	Antal	Samlet tidsforbrug	Antal	Samlet tidsforbrug	Antal	Samlet tidsforbrug
OVERLÆGE	32	464	25	362,5	46	575	103	1401,5
LÆGE	4	58	2	29	11	137,5	17	224,5
OVERSYGEPLEJERSKE	8	116	5	72,5	3	37,5	16	226
SYGEPLEJERSKE	91	1319,5	24	348	37	462,5	152	2130
ANDRE LEDERE	25	362,5*	10	145	9	112,5	44	620
ANDRE	46	667	18	261	42	525	106	1453
I ALT	206	2987	84	1218	148	1850	438	6055

\*herunder hospiceledere

**TABEL OVER TIDSFORBRUG I TIMER OG ANTAL DELTAGERE – LÆRINGSSEMINAR 3**

	PALLIATION		APOPLEKSI		ANTIBIOTIKA	I ALT	
TIMEFORBRUG PR. PERSON	8,25		7,5		0		
	Antal	Samlet tidsforbrug	Antal	Samlet tidsforbrug	Antal	Antal	Samlet tidsforbrug
OVERLÆGE	18	148,5	26	195	0	44	343,5
LÆGE	4	33	2	15	0	6	48
OVERSYGEPLEJERSKE	3	24,75	5	37,5	0	8	62,25
SYGEPLEJERSKE	86	709,5	23	172,5	0	109	882
ANDRE LEDERE	22	181,5*	7	52,5	0	29	234
ANDRE	42	346,5	25	187,5	0	67	534
I ALT	175	1443,75	88	660	0	263	2103,75

\*herunder hospiceledere

Som det fremgår af tabellerne, viser den samlede estimering, at der er brugt ca. 14.000 timer på deltagelse i læringsseminarer for de tre første LKT'er. Ca. halvdelen af timerne er brugt på læringsseminarer i LKT Palliation.

Når ressourcetrækket har været relativt større for LKT Palliation end de øvrige LKT'er, skyldes det, at det er det LKT med flest deltagende enheder (ca. 40) og derfor det højeste deltagerantal. Samtidig blev læringsseminar 1 og 2 afholdt som todagesseminarer.

Tabellerne viser også, at ressourcetrækket varierer en del inden for de enkelte faggrupper. I LKT Palliation er ca. 40 % af de forbrugte timer sygeplejersketimer, mens ca. 33 % af de forbrugte timer i LKT Antibiotika er overlægetimer.

I de kvalitative interview har forbedringsteamene givet udtryk for, at tiden, der er brugt særligt på læringsseminarerne, er godt givet ud. De påpeger, at hvis LKT-arbejdet skal lykkes, er det vigtigt at trække medarbejdere ud af klinikken af og til for at skabe rum for dedikeret tid til forbedringsarbejdet uden afbrydelser fra en travl hverdag.

*"Jeg tror faktisk, det har været en helt konkret gevinst for de enkelte sygehuse at trække deres medarbejdere helt ud af det kliniske arbejde i en eller to dage for at få lavet det her stykke arbejde (...) nu tager du afsted og så er du væk i to dage, og så sidder du sammen med din gruppe på Nyborg Strand og så får I til opgave at sige, hvad vil I her ude hos jer, og hvordan vil I gøre det ..."*

### 2.2.3. Tidsforbrug i øvrige grupper og seminarer

Ud over ressourceforbruget i forbindelse med læringsseminarerne, kræver den forberedende fase i LKT-arbejdet også ressourcer i form af timer, der trækkes ud af klinikken.

Det drejer sig om ressourcer til ekspertgrupper og arbejdsgrupper samt indledende ledelsesseminarer.

**TABEL OVER TIDSFORBRUG I TIMER OG ANTAL DELTAGRE – EKSPERTGRUPPE**

	PALLIATION		APOPLEKSI		ANTIBIOTIKA		I ALT	
<b>ANTAL MØDER</b>	12		5		7		<b>24</b>	
<b>TIDSFORBRUG PR.MØDE PR. PERSON</b>	5		3		2			
	Antal	Samlet tidsforbrug	Antal	Samlet tidsforbrug	Antal	Samlet tidsforbrug	Antal	Samlet tidsforbrug
<b>OVERLÆGER</b>	6	360	12	180	21	294	<b>39</b>	<b>834</b>
<b>SYGEPLEJERSKER</b>	0	0	3	45	0	0	<b>3</b>	<b>45</b>
<b>ANDRE LEDERE</b>	5	300*	2	30	0	0	<b>7</b>	<b>390</b>
<b>ANDRE</b>	0	0	3	45	1	14	<b>4</b>	<b>59</b>
<b>I ALT</b>	<b>11</b>	<b>660</b>	<b>20</b>	<b>300</b>	<b>22</b>	<b>308</b>	<b>53</b>	<b>1268</b>

\*herunder hospiceledere

Som det fremgår ovenfor er det især overlægetimer og timer fra 'andre ledere', der fylder i ekspertgruppearbejdet.

Især LKT Palliation har trukket ressourcer til ekspertgruppearbejdet, og der er holdt flere møder i ekspertgruppen for LKT Palliation end for de andre LKT'er.

Årsagen til det store ressourceforbrug i ekspertgruppen for LKT Palliation er givetvis, dels at LKT Palliation var det første LKT, og der derfor ikke var erfaringer at trække på fra andre ekspertgrupper, dels at LKT Palliation indeholder langt flere indsatser end de øvrige LKT'er, som det har krævet betydelige ressourcer at definere.



**TABEL OVER TIDSFORBRUG I TIMER OG ANTAL DELTAGERE – ARBEJDSGRUPPE**

	PALLIATION	APOPLEKSI	ANTIBIOTIKA		I ALT	
ANTAL MØDER			2		2	
TIDSFORBRUG PR.MØDE PR. PERSON	0	0	5			
	Antal	Antal	Antal	Samlet tidsforbrug	Antal	Samlet tidsforbrug
OVERLÆGER	0	0	13	130	13	130
ANDRE	0	0	1	10	1	10
I ALT	0	0	14	140	14	140

I LKT Antibiotika valgte man at nedsætte en arbejdsgruppe. Arbejdsgruppen har udført en del af det arbejde, der i de andre LKT'er er blevet udført af ekspertgruppen. Dette skyldes, at ekspertgruppen i dette LKT var stor, og det var svært at koordinere at mødes hele gruppen. Arbejdsgruppen blev derfor nedsat til at kunne agere mere agilt i forhold til at afklare området. De endelige beslutninger blev dog truffet i ekspertgruppen. Som det fremgår ovenfor, har det især været overlægetimer, der er blevet brugt i arbejdsgruppen.

**TABEL OVER TIDSFORBRUG – LEDELSESSEMINAR**

	PALLIATION		APOPLEKSI	ANTIBIOTIKA		I ALT	
TIMEFORBRUG PR. PERSON	7		0	7,5			
	Antal	Samlet tidsforbrug	Antal	Antal	Samlet tidsforbrug	Antal	Samlet tidsforbrug
OVERLÆGE	27	189	0	38	285	65	474
LÆGE	0		0	2	15	2	15
OVERSYGEPLEJERSKE	6	42	0	4	30	10	72
SYGEPLEJERSKE	26	182	0	6	45	32	227
ANDRE LEDERE	29	203*	0	14	105	43	308
ANDRE	9	63	0	11	82,5	20	145,5
TIMEFORBRUG I ALT	97	679	0	75	562,5	172	1241,5

\*herunder hospiceledere

Både LKT Palliation og LKT Antibiotika er blevet indledt med et ledelsesseminar. Ledelsesseminarer er primært blevet afholdt for at understøtte ledelsesfokus og -opbakning. De afholdte seminarer er løbende blevet evalueret og evalueringerne har været positive. Evalueringer er blevet drøftet i tovholdergruppen og har dannet et vigtigt grundlag for viden-delning/læring. På den måde er evalueringerne blevet brugt aktivt til optimering af kommende seminarer og til den videre implementering af LKT-arbejdet.

Alt i alt er der brugt ca. 2.700 mandetimer på forberedelsen af LKT-arbejdet, hvoraf en stor del er overlægetimer og timer fra 'andre ledere'.

Erfaringerne fra LKT-arbejdet viser, at især arbejdet i ekspertgrupperne/arbejdsgrupperne er meget vigtigt, da udarbejdelse af en grundig og præcis projektbeskrivelse har stor betydning for den efterfølgende implementering, jf. afsnittet 'Et velforberedt grundlag' nedenfor. Dermed også sagt, at man skal være varsom med at forcere arbejdet i ekspertgrupper og arbejdsgrupper.

#### **2.2.4. Tid brugt uden for seminarer og grupper**

De foregående opgørelser giver indblik i den tid, som klinikerne har brugt på LKT-arbejdet i de forskellige typer af seminarer og gruppemøder. Dertil skal ses på tiden, som klinikerne skal bruge, når de kommer tilbage til klinikken. Her viser den gennemførte interviewundersøgelse, at alle forbedringsteamene oplever, at det kræver utroligt meget tid samt mange ressourcer at føre LKT-arbejdet videre i klinikken, og de oplever, at det er her, det største ressourcetræk ligger.

Dette ressourceforbrug udtrykker forbedringsteamene, at de har undervurderet, og det har krævet meget tid og mange kræfter for at få LKT-arbejdet til at lykkes, hvilket der ikke har været afsat ressourcer til i klinikken. Samtidig påpeger informanterne, at der også er en drift, der skal passes, og at LKT-arbejdet blot er en lille del af arbejdsopgaverne, og når tiden er knap prioriteres driften over projekter som fx LKT-arbejdet. Flere informanter foreslår derfor, at der lokalt afsættes ressourcer til arbejdet og til implementering, hvis LKT-arbejdet skal videreføres efter LKT's afslutning.

"Jamen det er en styrke, der har været nogle centrale ressourcer til alle de seminarer. Men, tror jeg, at man skal fokusere mere på ressourcerne ude i afdelingerne, fordi det er der rent faktisk folk, der skal lave arbejdet".

### **2.3. Øvrige resultater, implementering og spredning**

Erfaringsopsamlingens sidste delanalyse besvarer følgende af sundhedsdirektørernes spørgsmål:

- Hvilke øvrige resultater er opnået gennem LKT-arbejdet?
- Hvad har gjort det muligt at skabe resultaterne, og hvad er de 'kritiske faktorer' for vellykkede LKT'er?
- Hvilke udfordringer og barrierer kan der være for at opnå resultater i LKT-arbejdet?

- Hvad er perspektiverne for at sprede resultater fra de igangværende LKT'er, og hvad kræver det?

Resultaterne er kvalitative og baseret på en interviewundersøgelse gennemført med formænd for ekspertgrupperne for hvert LKT, tovholdergruppen samt udvalgte lokale forbedringsteams fra de tre LKT'er. For uddybning se Appendix 1.

### **2.3.1. Øvrige resultater opnået gennem LKT-arbejdet**

I dette afsnit beskrives de resultater som LKT, foruden faktisk målopfyldelse og kvalitetsforbedring, vurderes at have bidraget til blandt interviewundersøgelsens informanter (tovholdere, ekspertgruppeformænd og forbedringsteams).

#### *Meningsfuld kvalitetsudvikling*

På tværs af LKT'erne beskriver informanterne en udvikling i tilgangen til kvalitetsudvikling fra et akkrediteringssystem, der i høj grad blev oplevet som klinikfjernt og med kvalitetstiltag pålagt oppefra, til en kvalitetsudviklingstilgang nu med LKT'erne, der i højere grad opleves klinisknær og involverende. Et helt centralt fund i analysen er, at informanterne finder denne udvikling positiv. De oplever det meningsfyldt, at arbejdet med kvalitet og kvalitetsudvikling drives af klinikere med daglig gang i den kliniske praksis. Samtidig oplever informanterne, at den involverende tilgang i LKT-arbejdet har positiv betydning for implementeringsprocessen, fordi klinikerne også er dem, der kan bære en forandringside videre og få den implementeret, så den giver mening på netop deres afdeling.

*"Giver mening, at det er klinikerne selv, der skal implementere, fordi det er dem, der skal gøre det, og dem, der skal have lave en arbejdsgang, der giver mening for dem".*

Drejningen til en mere klinisknær tilgang bidrager til at skabe motivation og ejerskab blandt klinikerne. Som eksempel fremhæves på tværs af de tre LKT'er, hvordan læringsseminarerne har været præget af stort engagement, da de i høj grad har været båret af ildsjæle og klinikerne med samme interesse. Samtidigt fremhæves, at det skaber en bedre lydhørhed blandt klinikerne, når idéer og budskaber kommer fra mennesker, der selv er i praksis.

*"Det er nogle ting, der er prøvet af i den virkelige verden af dem, som arbejder med det, og som også står med hænderne i alt mulig andet".*

#### *Systematisk tilgang*

Informanterne oplever, at den ramme og struktur, som LKT tilbyder for kvalitetsarbejdet, på mange måder giver god mening. Selv om informanterne påpeger, at rammen er styret overordnet af læringsseminarerne og på sin vis er stram, fordi de enkelte kvalitetsmål er udvalgt af en ekspertgruppe, oplever de også, at der er en lokal frihed, fordi de selv kan bestemme, hvordan de enkelte kvalitetsmål opnås. Det giver en god balance mellem en form for topstyring og lokal medbestemmelse.

*"Det giver god mening at have en stram ramme, nogle mål, nogle data, en ekspertgruppe der har sagt hvad der skal implementeres, og så have den lokale frihed til hvordan det skal gøres".*

Samtidigt oplever informanterne, at strukturen med tilbagevendende læringsseminarer understøtter klinikernes motivation til at sikre fremdrift i forhold til de enkelte kvalitetsmål. Informanterne beskriver, at de mellem hvert læringsseminar skal hjem og arbejde med de forskellige kvalitetsmål, og at de bliver holdt oppe på nogle deadlines, når de mødes nationalt, hvilket giver en fælles forpligtigelse over for hinanden.

*"Strukturen med at man kommer tilbage og skal have prøvet noget af, bliver holdt oppe på at man skal gøre noget. Det er ikke bare en konference. Har en forpligtigelse overfor andre".*

#### *Inspiration og erfaringsudveksling*

Interviewundersøgelsen viser, at læringsseminarerne opleves at skabe rum for, at de forskellige klinikere og afdelinger involveret i LKT'erne kan udveksle erfaringer på tværs af hele landet og inspirere hinanden til, hvordan forskellige opgaver og situationer kan gribes an. Som eksempel fremhæves, hvordan oplæg og workshops på seminarerne muliggør at opnå viden om og stille spørgsmål til, hvordan andre afdelinger arbejder og håndterer forskellige udfordringer i forbedringsarbejdet. Informanterne påpeger, at muligheden for erfaringsudveksling giver energi og motivation til det daglige kvalitetsarbejde.

*"Der er især sket en erfaringsudveksling i hver af de enkelte sygehusenheder, hvordan gør I det her hos jer, og så har man taget det med hjem og sagt, det var egentlig smart, som de nu gjorde det i Aarhus eller hvor det nu er. Og det har faktisk fungeret rigtig godt, og folk er kommet glade og lidt opmuntret hjem i forhold til det arbejde man stod i".*

Interviewundersøgelsen synliggør imidlertid også udfordringer forbundet med erfaringsudvekslingen på læringsseminarerne. Nogle informanter beskriver således vanskeligheder ved at anvende erfaringer fra andre afdelinger på grund af forskelle til de andre afdelinger, fx organisatorisk eller størrelsesmæssigt, og dermed andre muligheder og udfordringer i kvalitetsarbejdet.

*"Når man laver erfaringsudveksling, så skal man sørge for, at hvis man vil have noget på tværs af sygehuse, så skal det være sygehuse, der ligner hinanden i forudsætningerne. For så er der meget større sandsynlighed for, at man faktisk vil lykkes med det. For det vi gør her, det kan man ikke gøre i Aalborg, fordi de har en helt anden struktur på deres sygehus. Så de er nødt til at gøre det på en anden måde, der passer til deres".*

En anden udfordring i forbindelse med erfaringsudvekslingen, særligt gældende for LKT Apopleksi, forekommer, når en region står særligt stærkt på et område. Nogle af informanterne har således oplevet, at denne region har haft svært ved at give plads til andre regioners erfaringer. I stedet har 'den stærke regions' oplæg fyldt for meget og været præget af, at deres tilgang og måde at gøre tingene på er den rigtige. Det har hæmmet et ligeværdigt og fælles inspirerende samarbejde, hvor de enkelte afdelinger har metodefrihed til at nå de enkelte mål i LKT'en.

*"Det var meningen, at det skulle være et fælles regionalt samarbejde og ikke noget, hvor en bare fortæller, hvordan det skal være (...). Det blev folk lidt trætte af".*

### *Relationer og netværk*

I forlængelse af ovenstående viser interviewundersøgelsen, at de nationale læringsseminarer inden for LKT'erne har bidraget til at skabe et fundament for et nationalt fagligt fællesskab. Informanterne lægger således vægt på den relation til andre klinikere, der er opstået gennem læringsseminarerne, og påpeger, hvordan denne relation fremmer samarbejde og læring på tværs.

Samtidigt beskriver flere informanter, hvordan læringsseminarerne har bidraget til at skabe viden om og forståelse for andre klinikere, der arbejder med samme patientgruppe, men på en anden afdeling, på et andet hospital eller på et andet tidspunkt i patientens forløb. Det har givet klinikerne et indblik i hinandens udfordringer og hverdag og skabt grobund for faglige drøftelser og orientering mod fælles løsninger og samme mål. Samtidigt har det været en løftestang for bedre samarbejde om patienterne på tværs af afdelinger og på tværs af faggrupper.

*"Det har skabt noget nysgerrighed på hinandens områder. En patient kommer ikke bare ind på hospitalet, der sker noget inden. Kunne vi optimere nogle af de ting der sker inden – noget af det samarbejde, vi har, når vi fx ringer til vores trombo-lysevagt."*

*"Der er hvert fald kommet nogle gode snakke på tværs og vidensdeling på tværs af klinikerne, så vi ligesom nedbryder nogle af de siloer, du har, når du en gang imellem arbejder med nogle forskellige specialer. (...) Fordi vi ser hinanden, vi oplever hinanden, vi får nogle faglige drøftelser."*

Af interviewet med tovholdergruppen fremgår, at det med den etablerede tværregionale tovholdergruppe (se 2.2.1. Estimeret tidsforbrug hos tovholderne) er lykkedes at skabe et dynamisk forum for erfaringsudveksling og læring i forhold til alle dele af LKT-arbejdet. Dette betyder, at alle regioner hjælper hinanden med at udvikle og optimere LKT-arbejdet og at viden/erfaringer ikke er personbårne men netværksbårne, hvilket er en stor ressource, ikke mindst for nye LKT-tovholdere.

### **2.3.2. Muligheder og barrierer i LKT-arbejdet**

I dette afsnit beskrives dels de oplevede muligheder i og kritiske faktorer for at opnå resultater i LKT-arbejdet, dels de oplevede udfordringer og mulige barrierer for at opnå resultater i LKT-arbejdet. Dette baseret på de data, som er fremkommet gennem interviewene, der blev afholdt med tovholdergruppen, ekspertgruppeformænd og forbedringsteams.

#### *Forbedringskompetence*

Interviewundersøgelsen viser, at der mellem de lokale forbedringsteams er forskel på, i hvor høj grad man oplever at være blevet klædt på til at varetage forbedringsarbejdet. Dette vedrører især viden om og kompetencer i at anvende forbedringsmodellen, som opleves at være en kompliceret model at forstå og anvende i praksis. Nogle teams oplever, at introduktion til og undervisning i forbedringsmodellen har været tilstrækkelig til at tillære de fornødne forbedringskompetencer. Andre teams påpeger imidlertid en utilstrækkelighed i at basere tillæring af kompetencer i forbedringsmodellen gennem alene e-kursus og præsentation af modellen på

første læringsseminar og efterspørger, at der som supplement havde været en større understøttelse af forbedringsteamene mellem læringsseminarerne.

*"Der har været noget e-læring, og man lærer om forbedringsmodellen på seminarerne, men derfra til at gå hjem og gøre noget, det er virkelig en svær en, det er så svært at komme i gang, og hvis der ikke kommer nogen og hjælper i gang, så er det svært, og så så tyr man hurtigt tilbage til det, man plejer at gøre."*

Supplerende understøttelse af teamene vurderes blandt flere informanter at have givet bedre betingelser for at komme godt i gang med forbedringsarbejdet og mindsket risikoen for at 'falde tilbage til det, man plejer at gøre'. Dette understøttes af tovholdergruppen, som påpeger, at forbedringskompetencen generelt stadig ligger lavt, og at mange forbedringsteams oplever problemer med at anvende forbedringsmodellen i praksis.

#### *Vigtigheden i ledelsesopbakning*

Ledelsesopbakning fremstår på baggrund af interviewundersøgelsen som en afgørende faktor for at lykkes med LKT-arbejdet. Det gælder lokalt på hospitalerne i forhold til de enkelte forbedringsteams, men også centralt i regionerne.

Hvad angår *ledelsesopbakningen i regionerne*, viser interviewundersøgelsen en bred erkendelse af vigtigheden heri på tværs af tovholdergruppe, ekspertgruppeformænd og lokale forbedringsteams. Vigtigheden skyldes især, at ledelsesopbakning opleves at have betydning for fremdriften i LKT-arbejdet, da en engageret og understøttende ledelse bidrager til at øge motivationen for og sikre prioritering af forbedringsarbejdet.

*"C: Ja, det har jeg oplevet, det må jeg sige. Vi har en koncernledelse i Region Syd, der består af de lægelige direktører, og de har taget det her til sig og sagt, det her følger vi på vores dagsorden, hvad der sker. Så helt oppe på topniveau, har de holdt hinanden fast på det her.*

*I: Hvad tænker du om det, øger det motivationen?*

*C: Ja, det oplever jeg bestemt, fordi så kommer direktøren hjem bagefter og siger, I skal sende folk afsted til det her, det er ikke et spørgsmål om I har lyst eller ej, der skal gå seks mand."*

Interviewundersøgelsen peger på, at der blandt informanterne opleves forskelle i ledelsesopbakningen mellem regionerne, særligt i form af understøttelse af forbedringsarbejdet. Som eksempler fremhæves varierende ledelsesmæssig bevågenhed hos regionernes koncernledelser samt varierende støtte fra uddannede forbedringsvejledere. Forskellene påpeges at kunne have rod i forskelligt afsæt for at give den fornødne støtte, hvor regioner med erfaring fra tidligere forbedringsarbejde vurderes at have bedre forudsætninger.

*"Det er en af de udfordringer, jeg har syntes at kunne se i det. Det er, at regionerne har haft et forskelligt afsæt. Nogle var allerede i gang, nogle var ikke i gang. Og vi har gjort meget ud af ikke at overrøle de ting, der skete, men forsøgte at understøtte de ting, der allerede var i gang i vores oplæg til processen og opgaven. Og det har været vældig klogt, men et stykke af vejen har det måske efterladt dem, der ikke var i gang i en mindre aktiv rolle, for man måske allerede har lagt for*

*meget på det, der allerede var, og har der ikke været noget, har det været sværere at få noget i gang."*

Hvad angår den lokale ledelsesopbakning påpeges denne, som den regionale ledelsesopbakning, generelt at være afgørende i forhold til at sikre prioritering af forbedringsarbejdet og derved sikre retning på og fremdrift i LKT-arbejdet. Forbedringsarbejdet italesættes på tværs af de adspurgte forbedringsteams som værende i konkurrence med andre arbejdsopgaver, hvorfor ledelsesmæssig prioritering og tydelig kommunikation om forbedringsarbejdets vigtighed er central i forhold til at sikre, at arbejdet prioriteres frem for den daglige kliniske praksis.

Interviewundersøgelsen viser endvidere, at nogle forbedringsteams oplever et (for) stort ledelsesmæssigt fokus på at frembringe resultater ('grønne versus røde tal') og komme i mål med de opstillede mål for LKT'erne frem for på den kvalitetsudviklingsproces, som forbedringsprojektet repræsenterer, herunder udfordringer i processen. Hos disse teams efterspørges en større ledelsesmæssig forståelse for og anerkendelse af den arbejdsindsats, der ligger til grund for de frembragte resultater og vanskelighederne ved at anvende en ny model.

#### *Det rette team*

Interviewundersøgelsen viser, at sammensætningen af forbedringsteamet har betydning for oplevelsen af LKT-processen og muligheden for at opnå resultater i LKT-arbejdet. Overordnet peger flere informanter på vigtigheden i at få dannet det rette forbedringsteam fra LKT'ets start. Med rette team henvises til væsentligheden i at sikre, at medlemmerne af forbedringsteamet er motiverede for og dedikerede til forbedringsprojektet, og at de relevante personalegrupper er repræsenteret i teamet for at sikre forbedringsarbejdets fremdrift og legitimitet i afdelingerne.

*"Og man må bare sige at når man skal flytte lægers ordinationsmønster, så er det nok kun læger der kan flytte det. Så man skal virkelig tænke det igennem. I andre LKT'er kunne det være nogle andre, fx være fysioterapeuter, der kan flytte det. Men i forhold til den konkrete LKT skal man virkelig tænke sig om, og hvem er det, der kan ændre noget i organisationen?"*

Som del af det rette team påpeges også blandt flere informanter væsentligheden i (jf. 'Ledelsesopbakning'), at en leder indgår i forbedringsteamet eller bliver nært tilknyttet teamet. Lederen har en væsentlig rolle som 'sponsor' for forbedringsprojektet og således i at sikre projektets legitimitet, forståelsen for projektets vigtighed samt skabe motivation for forbedringsarbejdet i teamet og blandt den øvrige afdelings medarbejdere.

På tværs af tovholdere, ekspertgruppeformænd og forbedringsteams fremhæves koordinatore og/eller medarbejdere fra kvalitetsafdelingerne på hospitalerne som en vigtig understøttende faktor i LKT-arbejdet, og som et afgørende medlem af forbedringsteamet i de teams, hvor sådan medarbejder indgår. Koordinatorerne bidrager positivt i forhold til at holde overblik over tidsplaner og LKT-processen samt udgør en væsentlig driver i den praktiske opgaveløsning, som kan være vanskelig for klinisk personale at finde tid til (fx mødeindkaldelser, referater og dokumentation).

*"Vi har mødtes på tværs af afdelinger, akut og medicinsk afdeling, med en person, personen er så skiftet nu, men med en HR-person fra kvalitetsenheden. Det har*

*været rigtig vigtig at der har været en driver på derfra, som kalder ind til møder, og som får skrevet referat og får sikret, at der ikke er nogen løse ender, der ikke bliver grebet."*

*"Det er meget godt at have nogle kvalitetsfolk med også. For klinikere kommer vi i en afdeling meget hurtigt til at drukne i alt muligt andet, som 36 på 27 senge."*

Desuden varetager koordinatorene en væsentlig opgave i forhold til at understøtte forståelsen for og kompetencerne i at anvende forbedringsmodellen (jf. 'Forbedringskompetence'). Administrationen/sekretariatet centralt i regionerne fremhæves i forlængelse af koordinatorene også som en væsentlig understøttende faktor i LKT-arbejdet, særligt i forhold til at understøtte forbedringsteamene og ekspertgruppeformændene i opgaver som dokumentation og koordinering af aktiviteter i LKT-processen.

Afslutningsvis i forhold til temaet 'Det rette team' bringes de lokale forbedringsteams' størrelse op af flere informanter (forbedringsteams består aktuelt af 3-5 klinikere). anbefalingerne til teamets størrelse er imidlertid ikke entydigt i materialet. I nogle interview påpeges en hensigtsmæssighed i at teamene består af få medarbejdere (i forståelsen som aktuelt er tilfældet), da dette giver de bedste forudsætninger for at skabe engagement og ejerskab over for forbedringsopgaven i teamet. I andre interviews italesættes de små teams derimod som udfordrende, da det giver færre tidsmæssige ressourcer og dermed øger teamenes skrøbelighed. Samtidig vurderes større teams i disse interview at ville give bedre forudsætninger for at udbrede forbedringsprojektet i afdelingen.

#### *Et velforberedt grundlag*

Interviewundersøgelsen viser, at flere af de oplevede udfordringer i LKT-arbejdet knytter sig til usikkerheder omkring forbedringsmodellen og rammerne for LKT-arbejdet. Flere informanter påpeger det generelt udfordrende i at arbejde med et endnu nyt koncept og med nye metoder, da det i sig selv er ressourcetungt at tilegne sig den fornødne viden og de fornødne kompetencer til at agere inden for konceptet og anvende metoderne samt forbundet med begynder-vanskeligheder.

Desuden påpeger informanterne udfordringer ved, at de strukturelle rammer for LKT'erne ikke er på plads ved LKT'ernes start (fx adgang til data, klarhed omkring leverancer) og informanterne oplever derved *"der asfalteres, mens man går"*. Der udtrykkes hos flere informanter ønske om, at indsatsen var bedre forberedt, og at der således var klarhed omkring såvel indhold som metoder i LKT'erne.

*"Fordi det også nationalt var nyt: "Hvad skal vi? Hvad er det for nogle metoder?". Værktøjskassen var jo heller ikke udviklet, den har vi hentet fra andre LKT'er, der er kommet i gang nu. Også indholdsmæssigt i projektplanen – så blev der pillet nogle af, og den var ikke særlig skarp fra starten af."*

Særligt understreges væsentligheden i at LKT'ets projektbeskrivelse ved opstarten er velbeskrevet og færdigudarbejdet, da klarhed omkring projektets mål og kliniske indhold er afgørende i forhold til at fastlægge de rette forbedringsteams (jf. 'Det rette team').



### *Data – en god ide og en hæmsko*

En af ideerne i forbedringsmodellen er, at forbedringsarbejdet er datadrevet. Informanterne giver udtryk for, at dette i udgangspunktet er meningsfuldt og kan bidrage til at skabe motivation, da det er muligt løbende at følge udviklingen i kvalitetsarbejdet og målopfyldelsen. Samtidig medvirker registrering af data til at synliggøre den tendens, at mange klinikere oplever, de gør noget, men ikke i så høj grad eller på den måde som de tror.

*"Der er mange ting, vi går rundt og tror, vi gør; men når vi kigger på vores dokumentation af det, så har vi ikke gjort det, eller vi har i hvert fald ikke gjort det ordentligt."*

Interviewundersøgelsen viser endvidere, at arbejdet med data i LKT'erne har været med til at skabe en generelt bedre datadrevet praksis og dermed bidraget til en generel bevidsthed om data og mulighederne i data, der smitter af på andre områder.

*"Vi har fået et øget fokus på data, at ikke bare LKT-data men også mere bredt (...). Vi har fået en meget bedre databaseret praksis."*

Trods positive gevinster i datadrevet forbedringsarbejde anskueliggør interviewundersøgelsen også, at arbejdet med data opleves både arbejdstungt og udfordrende. Flere af LKT'erne har knyttet deres data til en klinisk database, hvilket informanterne finder meningsfuldt, da det opleves at højne validiteten i data. Samtidig giver de kliniske databaser dog udfordringer.

En af årsagerne til dette er, at flere af de kliniske databaser har været under ombygning, hvilket har betydet, at det ikke altid har været muligt at trække data ud af databasen, når behov for dette. Samtidig påpeger flere informanter, at der har været forvirring om, hvor og hvordan data kan trækkes ud samt udfordringer med, at data er kommet ud i en forkert form, fx to afdelingers data sammenblandet. Det har vanskeliggjort at følge egen proces. Det opleves generelt at have været tidskrævende at få datadelen af LKT-arbejdet til at fungere, og for nogle LKT'er er det først sket til allersidst i processen, hvis det overhovedet er lykkedes, at uddata er tilgængelige og pålidelige.

*"Det har ikke virket (...). Tallene er forkerte, de kommer for sent eller også kommer de slet ikke".*

*"Vi har mange ressourcer, som vi har været nødt til at putte i det her. Det er jo sådan, at vi ikke er ret godt i mål på datasiden, som det ser ud i øjeblikket (...). Det har været meget større, end vi havde set, at få data ind på en enkelt og ordentlig måde, så de kommer ud på en ordentlig måde".*

Interviewundersøgelsen viser, at det blandt klinikerne i både ekspertgrupper og forbedringsteams har skabt megen frustration, at data til det datadrevne kvalitetsarbejde ikke har fungeret. Dels har det været ressourcetungt, dels har den motivationsfaktor, som data kan udgøre ved at muliggøre at følge egen afdelings udvikling over tid og sammenligne sig med andre, manglet. Blandt nogle forbedringsteams har en løsning været at lave deres eget system til at registrere og derved kunne følge udviklingen. Det har til dels virket, da det har givet data; men har også genereret dobbeltarbejde, fordi der derved både skulle testes i databasen og i eget system.

*"Det genererer dobbeltarbejde, fordi de tal, der tasters i databasen, ikke kan bruges. Så taster sekretæren i et andet dokument også, så vi kan få lidt tal ud, som kan bruges".*

Interviewundersøgelsen viser også, at udfordringerne med data har gjort det vanskeligt for forbedringsteamene at gøre indtastningerne af data relevant og meningsfuldt for klinikerne ud over teamet. Det opleves ligegyldigt at taste data ind, som alligevel ikke kan bruges. Samtidig oplever flere informanter, at dobbeltregistreringerne har medført en dokumentationstræthed blandt flere klinikere, særligt blandt sygeplejerskerne.

*"De synes ikke det giver mening – hvorfor skal jeg nu sætte et kryds igen".*

*"Dokumentation og dobbeltarbejde – det har taget en del af arbejdsglæden hos specielt sygeplejerskerne".*

En sidste udfordring ved brugen af data knyttes til at de kliniske databaser ledes af styregrupper, som beslutter, hvilke ændringer eller tilføjelser af indikatorer der skal ske. Det betyder ifølge nogle informanter, at 'magten' ligger hos styregruppen, som en informant udtrykker det: *"de står så med en del af LKT-arbejdet i deres hænder, hvis vi vil have data den vej fra"*. Tovholderen påpeger også, at der i fremtiden er brug for at få kigget nærmere på den model og debatteret, hvem der kan beslutte hvad.

### **2.3.3. Spredning**

I dette afsnit beskrives perspektiverne for at sprede resultater fra de igangværende LKT'er. Dette baseret på de data, som er fremkommet gennem interviewene, der blev afholdt med tovholdergruppen, ekspertgruppeformænd og forbedringsteams. Det skal pointeres, at spørgsmålet vedr. spredning primært har været relevant for LKT Antibiotika, da det for LKT Apopleksi og LKT Palliation gælder, at alle relevante enheder har været engageret i LKT-arbejdet.

Når der er spurgt overordnet til potentiale for spredning af LKT-arbejdet, viser interviewundersøgelsen en tiltro til modellens potentialer som redskab til kvalitetsudvikling. Der tages dog hos flere interviewede det forbehold, at modellen egner sig bedre til mindre og klart afgrænselige projekter end til bredere og mere komplekse. Det være sig projekter afgrænset til en enkelt sygdom/speciale eller til specifikke hospitalsafdelinger. Følgende citat er illustrativt.

*"S: Jeg synes en af de store udfordringer på vores område er, at det er så stort og bredt. Det er lettere håndterbart, hvis det er en enkelt sygdom eller en enkelt hospitalsafdeling i hver region eller sådan noget. Vi har jo hele området, alle afdelinger i bund og grund. Så er der godt nok nogle enkelte afdelinger, der skal arbejde med det, men det er et meget stort og bredt område, og det er i sig selv en udfordring.*

*I: Og hvad er det udfordrende i, at det er bredt?*

*S: Det er, at det er noget diffust. Så kan det være svært at se klare resultatmål opnået."*

Interviewundersøgelsen viser endvidere, at spredningspotentiallet blandt særligt forbedrings-teamene i høj grad vurderes at ligge i spredningen af det kliniske indhold og de fastsatte målsætninger i LKT'erne, frem for kendskabet til og kompetencerne i forbedringsmetoden. Dette baseres på konkrete erfaringer fra og oplevelser af vidensniveauet på de respektive afdelinger og hospitaler, hvor forbedringsteamene er forankret, som fx følgende udsagn eksemplificerer.

*"Jeg tror, hvis du spørger den enkelte medarbejder på gulvet om, ved du hvad LKT Antibiotika er, så vil de sige, at de ved, hvad antibiotika er, men de aner ikke hvad LKT er. Men de vil vide, at vi skal til at begrænse vores forbrug af antibiotika, vi skal sørge for at tage ordentlige prøver ind osv. Den del af det, det er ude i de afdelinger, der er involveret i det."*

Interviewundersøgelsen viser dog, at spredningen af alene det kliniske indhold ikke vurderes problematisk blandt forbedringsteamene, da metoden til kvalitetsforbedring vurderes sekundær i forhold til forståelsen for den kliniske mening og de kliniske målsætninger i forbedringsprojektet.

Når der er spurgt til det aktuelle spredningsarbejde i forbedringsteamene, fremhæves det kliniske indhold således også at være i fokus, lige som der spekuleres i, om ikke også dette bør være det fremtidige fokus for klinikerne.

*"Vi spreder jo ikke metoden, det er lige præcis det, der er pointen. Vi spreder holdningen til at ordinere antibiotika, og det håber vi da, at det er noget, de læger, der har været igennem, også de yngre læger, at det er noget, de tager med resten af deres karriere. At tænke på antibiotikabehandling på en anden måde, men vi spreder ikke metoden. Spørgsmålet er også, om det er et for ambitiøst, om ikke der skal være nogle ressourcepersoner, der kan det og hjælper med det, og så er det selve det kliniske arbejde og det, der skal drives og forandres ude i klinikken, som de så koncentrerer sig om."*

Det skal pointeres, at der på nuværende tidspunkt ikke foreligger konkrete data på spredningsniveauet på de involverede afdelinger i de tre LKT'er. Interviewundersøgelsen indikerer, at der med en vis variation på tværs af de tre LKT'er og de involverede afdelinger er opnået en vis forståelse for de fastsatte kliniske målsætninger blandt det kliniske personale, også uden for forbedringsteamene, men at spredningen af forståelsen for forbedringsmetoden endnu ikke rigtig er kommet i gang.

Afslutningsvis påpeges af nogle informanter – blandt både tovholdere, ekspertgruppeformænd og forbedringsteams – mindre opmærksomhedspunkter i forhold til spredningspotentiallet i LKT-arbejdet, uden at disse dog udfoldes nærmere. Fx spekuleres i behovet for en generel spredningsstrategi for de enkelte LKT'er, dog med den indvending at der kan være en hensigtsmæssighed i, at mere konkrete beslutninger om, hvad der er meningsfuldt at sprede, bør foretages decentralt. Desuden anføres, at spredning vil kræve afsatte ressourcer til formålet.

### 3. Appendix

#### Appendix 1: Erfaringsopsamlingens design og metode

Sundhedsdirektørenes spørgsmål er i erfaringsopsamlingen grupperet i tre afsnit, der har hver sin metodiske tilgang.

1. Resultater – LKT'ernes opstillede resultat- og procesmål
2. Ressourceforbrug – tid
3. Øvrige resultater, implementering og spredning

##### 1. Resultater – LKT'ernes opstillede resultat- og procesmål

Denne del besvarer sundhedsdirektørenes spørgsmål.

- Hvilke konkrete resultater er foreløbig opnået i LKT'erne i forhold til de enkelte LKT'ers resultat- og procesmål?

Analysen er baseret på kvantitative data fra de afrapporteringer om resultat- og procesmål, der sendes til styregruppen for LKT. I analysen kigges dels på, om de opstillede mål er nået, men også om der er sket betydelige forbedringer på resultatsiden, uden de opstillede mål er fuldt ud nået. Analyserne opgøres på nationalt niveau.

Som metode er anvendt statistisk proceskontrol til at afgøre, om den variation der ses over tid er udtryk for en reel udvikling i målopfyldelsesgrad (ikke-tilfældig variation) eller om variationen skyldes tilfældige udsving.

De steder, hvor der kan opgøres et 'før' og et 'efter' LKT, er dette gjort. Mange af indikatorerne er imidlertid indført med LKT'et, hvorfor det kun har været muligt at følge udviklingen i den tid, LKT'et har været under implementering.

##### 2. Ressourceforbrug – tid

Denne del besvarer sundhedsdirektørenes spørgsmål.

- Hvordan er ressourceforbruget forbundet med LKT-arbejdet?

Ressourceforbruget undersøges kvantitativt som forbrug af mandetimer i regionshusene og forbrug af mandetimer i klinikken (på hospitalerne). Forbruget i mandetimer på regionshusene er estimeret ud fra et spørgeskema til tovholderne og opgøres i årsværk. Forbruget i mandetimer for klinikerne opgøres i timer fordelt på involverede faggrupper og baseres på deltagelse i læringsseminarerne og andre typer gruppemøder eller seminarer. Det daglige ressourceforbrug i klinikken medtages ikke kvantitativt, da det vurderes for vanskeligt at estimere, men det berøres kvalitativt gennem indsamlede interviewdata (se nedenfor).

### 3. Øvrige resultater, implementering og spredning

Denne del af erfaringsopsamlingen besvarer følgende af sundhedsdirektørernes spørgsmål.

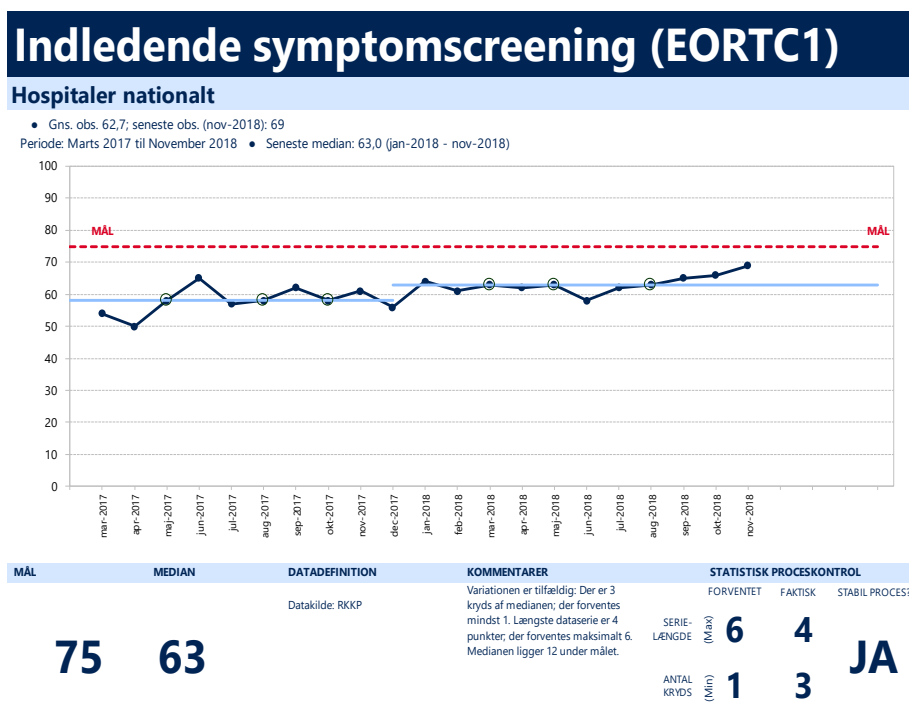
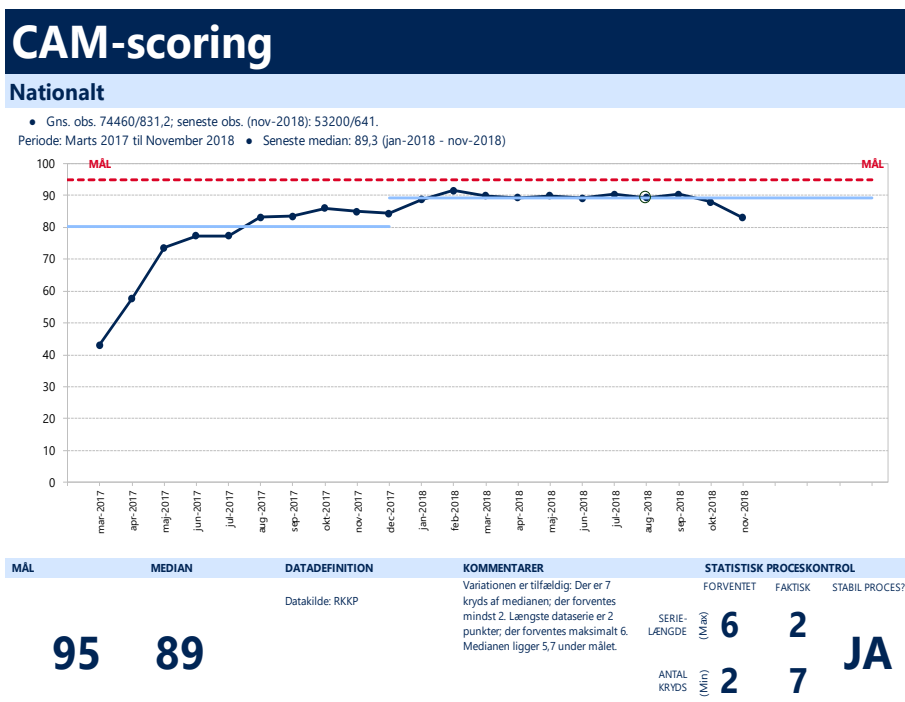
- Hvilke øvrige resultater er opnået gennem LKT-arbejdet?
- Hvad har gjort det muligt at skabe resultaterne, og hvad er de 'kritiske faktorer' for vellykkede LKT'er?
- Hvilke udfordringer og barrierer kan der være for at opnå resultater i LKT-arbejdet?
- Hvad er perspektiverne for at sprede resultater fra de igangværende LKT'er, og hvad kræver det?

Spørgsmålene besvares på baggrund af en interviewundersøgelse indeholdende interview med henholdsvis formænd for ekspertgrupperne for hvert LKT, tovholdergruppen samt udvalgte lokale forbedringsteams fra de tre LKT'er.

Der er til erfaringsopsamlingen foretaget i alt 10 interview. Der er foretaget ét fokusgruppe-interview med tovholdergruppen, tre interview med ekspertgruppeformændene fra hvert LKT samt fokusgruppeinterview med repræsentanter (to til fire) fra seks forbedringsteams – to fra hvert LKT. Der er i udvælgelsen af forbedringsteams søgt inkluderet teams på tværs af regionerne samt teams, der såvel klarer sig godt, som mindre godt i resultatmålingerne.

Interviewene er gennemført enten in persona eller som telefoninterview, hvis muligt med videoudstyr, og har haft en varighed på mellem 30 og 90 minutter. Til interviewene har været udarbejdet interviewguider tilpasset de tre forskellige informantgrupper.

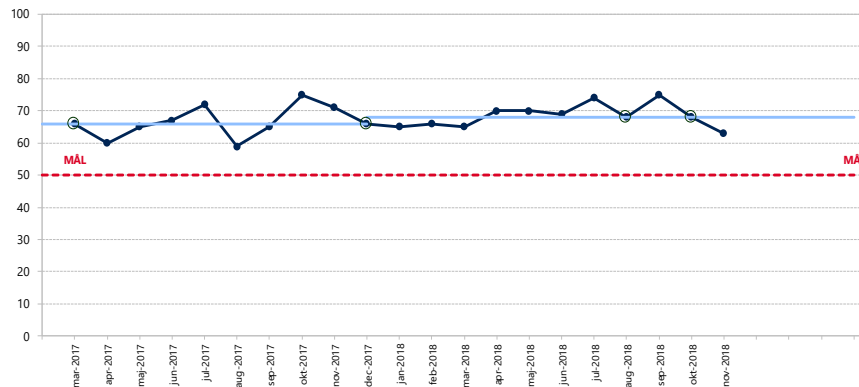
## Appendix 2: Tidsseriediagrammer for procesindikatorerne i LKT Palliation



# Indledende symptomscreening (EORTC1)

## Hospices nationalt

- Gns. obs. 69; seneste obs. (nov-2018): 63
- Periode: Marts 2017 til November 2018 • Seneste median: 68,0 (jan-2018 - nov-2018)

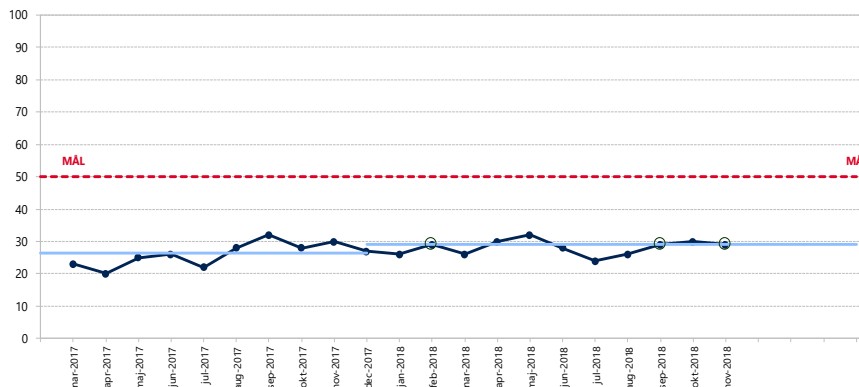


MÅL	MEDIAN	DATADefinition	KOMMENTARER	STATISTISK PROCESKONTROL		
		Datakilde: RKKP	Variationen er tilfældig: Der er 3 kryds af medianen; der forventes mindst 2. Længste dataserie er 5 punkter; der forventes maksimalt 6. Medianen ligger 18 over målet.	FORVENTET	FAKTISK	STABIL PROCES?
50	68			SERIE-LÆNGDE (Max) 6	5	JA
				ANTAL KRYDS (Min) 2	3	

# Opfølgende symptomscreening (EORTC2)

## Hospitaler nationalt

- Gns. obs. 28; seneste obs. (nov-2018): 29
- Periode: Marts 2017 til November 2018 • Seneste median: 29,0 (jan-2018 - nov-2018)



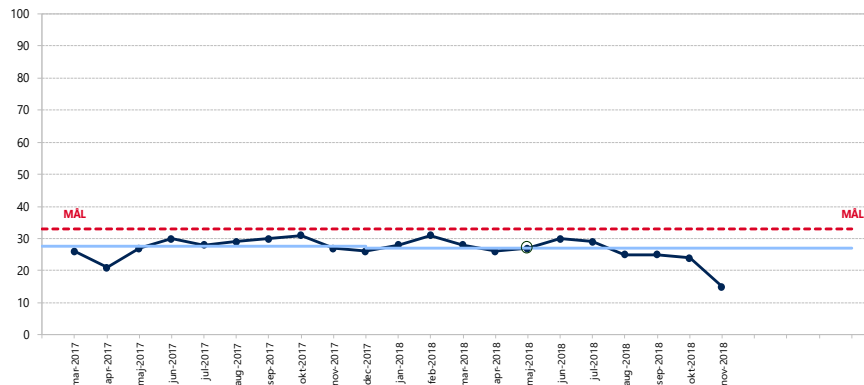
MÅL	MEDIAN	DATADefinition	KOMMENTARER	STATISTISK PROCESKONTROL		
		Datakilde: RKKP	Variationen er tilfældig: Der er 4 kryds af medianen; der forventes mindst 1. Længste dataserie er 3 punkter; der forventes maksimalt 6. Medianen ligger 21 under målet.	FORVENTET	FAKTISK	STABIL PROCES?
50	29			SERIE-LÆNGDE (Max) 6	3	JA
				ANTAL KRYDS (Min) 1	4	

# Opfølgende symptomscreening (EORTC2)

## Hospices nationalt

• Gns. obs. 27,3; seneste obs. (nov-2018): 15

Periode: Marts 2017 til November 2018 • Seneste median: 27,0 (jan-2018 - nov-2018)



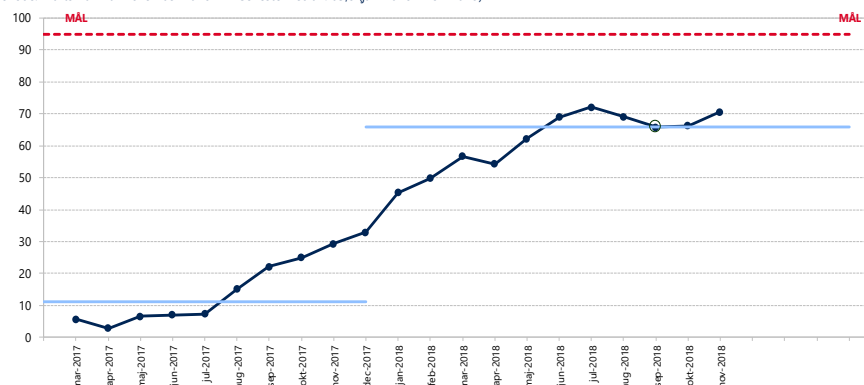
MÅL	MEDIAN	DATADEFINITION	KOMMENTARER	STATISTISK PROCESKONTROL		
		Datakilde: RIKKP	Variationen er tilfældig: Der er 4 kryds af medianen; der forventes mindst 2. Længste data serie er 4 punkter; der forventes maksimalt 6. Medianen ligger 6 under målet.	FORVENTET	FAKTISK	STABIL PROCES?
33	27			SERIE-LÆNGDE (Max) 6	4	JA
				ANTAL KRYDS (Min) 2	4	

# Smertepakken

## Nationalt

• Gns. obs. 20490/335,9; seneste obs. (nov-2018): 20400/289.

Periode: Marts 2017 til November 2018 • Seneste median: 65,8 (jan-2018 - nov-2018)



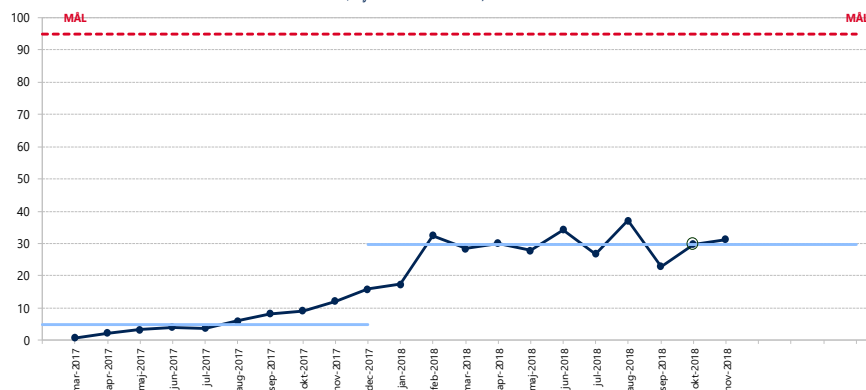
MÅL	MEDIAN	DATADEFINITION	KOMMENTARER	STATISTISK PROCESKONTROL		
		Datakilde: RIKKP	Variationen er tilfældig: Der er 2 kryds af medianen; der forventes mindst 2. Der er 2 kryds af medianen, og der forventes mindst 2. Længste data serie er 5 punkter; der forventes maksimalt 6. Medianen ligger 29,2 under målet.	FORVENTET	FAKTISK	STABIL PROCES?
95	66			SERIE-LÆNGDE (Max) 6	5	JA
				ANTAL KRYDS (Min) 2	2	



# Depressionspakken

## Nationalt

- Gns. obs. 4220/147,7; seneste obs. (nov-2018): 4000/128.
- Periode: Marts 2017 til November 2018 • Seneste median: 29,8 (jan-2018 - nov-2018)

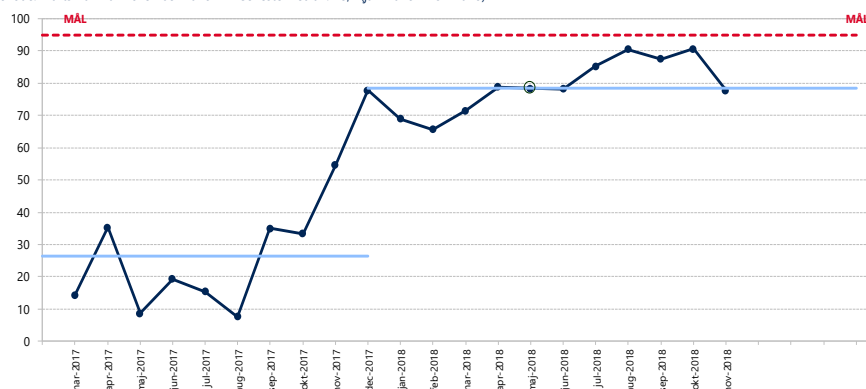


MÅL	MEDIAN	DATADEFINITION	KOMMENTARER	STATISTISK PROCESKONTROL		
		Datakilde: RKKP	Variationen er tilfældig: Der er 10 kryds af medianen; der forventes mindst 2. Længste dataserie er 1 punkter; der forventes maksimalt 6. Medianen ligger 65,2 under målet.	FORVENTET	FAKTISK	STABIL PROCES?
95	30			SERIE-LÆNGDE (Max) 6	1	JA
				ANTAL KRYDS (Min) 2	10	

# Deliriumpakken

## Nationalt

- Gns. obs. 2280/28,9; seneste obs. (nov-2018): 1400/18.
- Periode: Marts 2017 til November 2018 • Seneste median: 78,4 (jan-2018 - nov-2018)

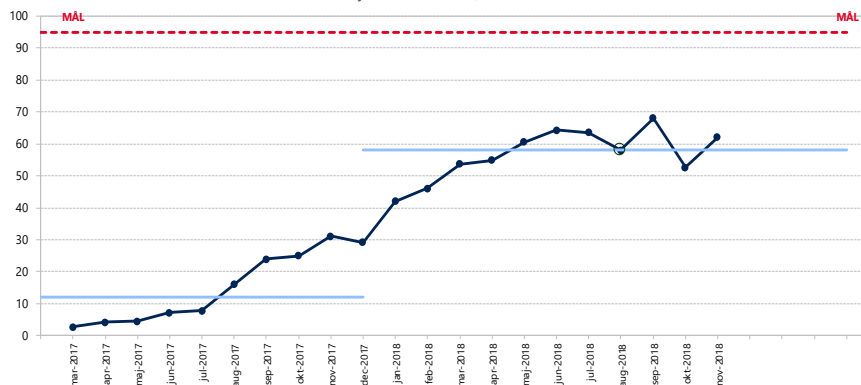


MÅL	MEDIAN	DATADEFINITION	KOMMENTARER	STATISTISK PROCESKONTROL		
		Datakilde: RKKP	Variationen er tilfældig: Der er 5 kryds af medianen; der forventes mindst 2. Længste dataserie er 4 punkter; der forventes maksimalt 6. Medianen ligger 16,6 under målet.	FORVENTET	FAKTISK	STABIL PROCES?
95	78			SERIE-LÆNGDE (Max) 6	4	JA
				ANTAL KRYDS (Min) 2	5	

# Obstipationspakken

## Nationalt

- Gns. obs. 8960/159,5; seneste obs. (nov-2018): 8700/140.
- Periode: Marts 2017 til November 2018
- Seneste median: 58,0 (jan-2018 - nov-2018)

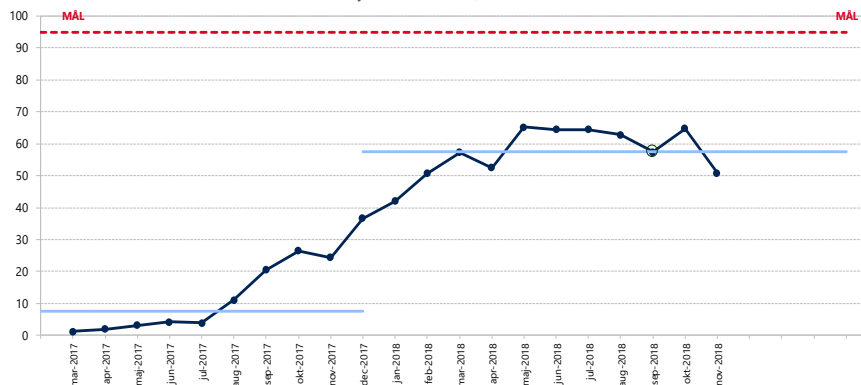


MÅL	MEDIAN	DATADEFINITION	KOMMENTARER	STATISTISK PROCESKONTROL		
		Datakilde: RIKP	Variationen er tilfældig; Der er 4 kryds af medianen; der forventes mindst 2. Længste dataserie er 4 punkter; der forventes maksimalt 6. Medianen ligger 37 under målet.	FORVENTET	FAKTISK	STABIL PROCES?
95	58			SERIE-LÆNGDE (Max) 6	4	JA
				ANTAL KRYDS (Min) 2	4	

# Dyspnøpakken

## Nationalt

- Gns. obs. 12070/207,4; seneste obs. (nov-2018): 9600/189.
- Periode: Marts 2017 til November 2018
- Seneste median: 57,4 (jan-2018 - nov-2018)



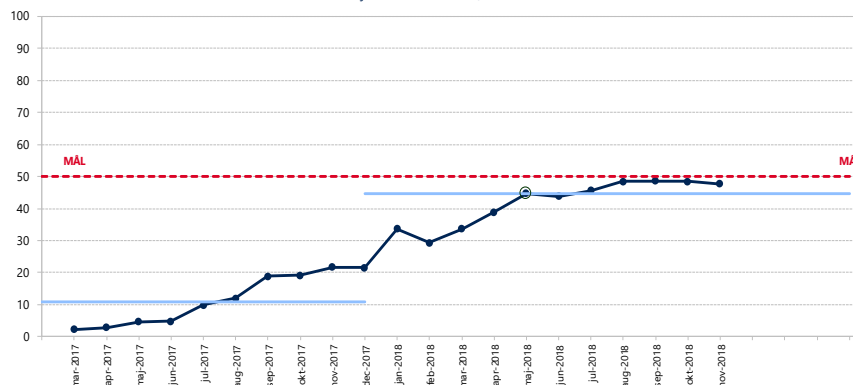
MÅL	MEDIAN	DATADEFINITION	KOMMENTARER	STATISTISK PROCESKONTROL		
		Datakilde: RIKP	Variationen er tilfældig; Der er 3 kryds af medianen; der forventes mindst 2. Længste dataserie er 5 punkter; der forventes maksimalt 6. Medianen ligger 37,6 under målet.	FORVENTET	FAKTISK	STABIL PROCES?
95	57			SERIE-LÆNGDE (Max) 6	5	JA
				ANTAL KRYDS (Min) 2	3	

# ACP-samtale

## Nationalt

- Gns. obs. 27330/661,6; seneste obs. (nov-2018): 22800/478.

Periode: Marts 2017 til November 2018 • Seneste median: 44,7 (jan-2018 - nov-2018)



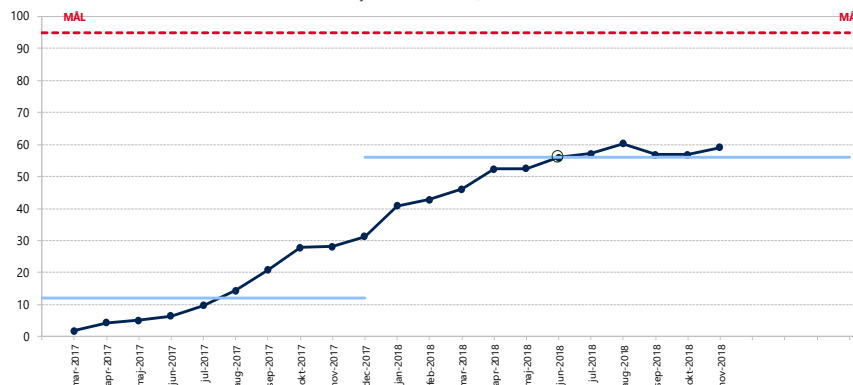
MÅL	MEDIAN	DATADEFINITION	KOMMENTARER	STATISTISK PROCESKONTROL		
		Datakilde: RKKP	Variationen er tilfældig; Der er 2 kryds af medianen; der forventes mindst 2. Der er 2 kryds af medianen, og der forventes mindst 2. Længste dataserie er 5 punkter; der forventes maksimalt 6. Medianen ligger 5,3 under målet.	SERIE-LÆNGDE (Max)	6	5
50	45			ANTAL KRYDS (Min)	2	2
						JA

# Pårørendepakken

## Nationalt

- Gns. obs. 34680/667,7; seneste obs. (nov-2018): 28700/486.

Periode: Marts 2017 til November 2018 • Seneste median: 55,9 (jan-2018 - nov-2018)

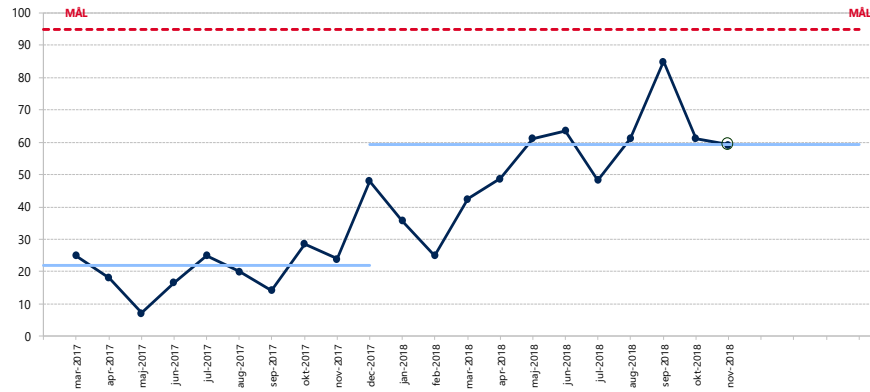


MÅL	MEDIAN	DATADEFINITION	KOMMENTARER	STATISTISK PROCESKONTROL		
		Datakilde: RKKP	Variationen er tilfældig; Der er 2 kryds af medianen; der forventes mindst 2. Der er 2 kryds af medianen, og der forventes mindst 2. Længste dataserie er 5 punkter; der forventes maksimalt 6. Medianen ligger 39,1 under målet.	SERIE-LÆNGDE (Max)	6	5
95	56			ANTAL KRYDS (Min)	2	2
						JA

# Familiepakken

## Nationalt

- Gns. obs. 1760/32,9; seneste obs. (nov-2018): 1600/27.
- Periode: Marts 2017 til November 2018 • Seneste median: 59,3 (jan-2018 - nov-2018)



MÅL	MEDIAN	DATADefinition	KOMMENTARER	STATISTISK PROCESKONTROL		
		Datakilde: RKKP	Variationen er tilfældig: Der er 4 kryds af medianen, der forventes mindst 2. Længste dataserie er 4 punkter, der forventes maksimalt 6. Medianen ligger 35,7 under målet.	FORVENTET	FAKTISK	STABIL PROCES?
95	59			SERIE- LÆNGDE (Max) 6	4	JA
				ANTAL KRYDS (Min) 2	4	

### Appendix 3: Regionale opgørelser over resultatmål for LKT Apopleksi

Andel patienter med akut iskæmisk apopleksi  
der trombolyseres

p-diagram



## AK-behandling

9a. Andel af patienter med akut iskæmisk apopleksi og atriefibrin, der sættes i antikoagulansbehandling senest 14 dage efter indlæggelse

