

Datakilder, der kan bidrage til analyser af kvaliteten

Af Julie Mackenhauer, læge, ph.d. og Charlotte Frenndved, læge, faglig redaktør, Dansk Selskab for Patientsikkerhed

I sundhedsvæsenet findes en række datakilder, der kan bruges til at afdække kvaliteten af udredning og behandling. Det er bl.a. registre og databaser, der rummer viden om kvaliteten både overordnet og mere lokalt, fx Dansk Patientsikkerhedsdatabase, patientklagesystemet, kliniske kvalitetsdatabaser og patienttilfredshedsanalyser (1).

Lokalt på organisationsniveau er der også data at hente fx fra journalaudits og mortalitetsanalyser. Organisationens kvalitetsafdeling vil ofte kunne hjælpe med at skaffe data herfra.

Styrelsen for Patientsikkerhed

Rapportering af utilsigtede hændelser har været en hjørnesten i arbejdet med patientsikkerhed siden Danmark, som det første land i verden, i 2004 etablerede et obligatorisk, nationalt rapporteringsystem. Dansk Patientsikkerhedsdatabase, der administreres af Styrelsen for Patientsikkerhed, indeholder nu rapporter om flere hundrede tusinde utilsigtede hændelser fra alle sektorer af sundhedsvæsenet. Formålet med databasen er læring.

Det er muligt at få adgang til data fra databasen i forbindelse med projekter og forskning (2).

Patientklager

Hvert år modtager Styrelsen for Patientklager ca. 8.000 klager over den sundhedsfaglige behandling, patienter har modtaget i det danske sundhedsvæsen (3). Patienter, der klager, tilbydes en dialogsamtale med behandlingsstedet eller regionen. Samtalen har til formål at patienten kan få en forklaring på det skete, og at behandlingsstedet evt. kan lære af hændelsen. En del patienter frafalder klagen efter samtalen.

Patientklager er værdifulde, idet de repræsenterer patientens stemme. Det vil derfor altid være relevant at gå i dybden med at forstå, hvad der ledte til en konkret klage. Det vil også være relevant at analysere dialogsamtaler, måske især de dialogsamtaler, hvor der alligevel efterfølgende indgives en formel klage.

En organisation eller en afdeling kan med fordel søge at klassificere sine klagesager, således at det bliver muligt at foretage egentlige analyser på tværs af sagerne.

Patienterstatningen

Patienterstatningen behandler erstatningskrav fra patienter, der er kommet til skade i forbindelse med udredning eller behandling. I forbindelse med sagerne registreres en lang række oplysninger, der kan anvendes til forskning og skadeforebyggelse. Siden Patienterstatningens start i 1992 er der genereret mere end 150.000 sager på patienter, der er blevet behandlet i det danske sundhedssystem.

Databasen stilles – under visse betingelser – til rådighed for sundhedsvæsenet som et bidrag til det skadeforebyggende arbejde (4).

Kvalitetsdatabaser

De kliniske kvalitetsdatabaser rummer data, der knytter sig til indikatorer udviklet til ca. 100 tilstande og tilknyttede indikatorer af betydning for kvaliteten af den pågældende tilstand. Indikatorerne er udviklet af fagpersoner med indsigt i behandlingskvaliteten på det pågældende område.

I de kliniske databaser kan du se resultaterne på overordnet niveau fra din egen organisation, og du kan se hvordan din egen kvalitet ligger i forhold til kvaliteten på andre afdelinger i landet. Din

afdelingsledelse eller kvalitetsafdeling kan hjælpe dig med adgang for de RKKP-data, der er relevante for din afdeling eller speciale.

Det nationale kvalitetsprogram

Det nationale kvalitetsprogram for sundhedsvæsenet blev aftalt mellem Sundheds- og Ældreministeriet, Danske Regioner og KL i foråret 2016. Det indeholder otte nationale mål fx omkring hurtig udredning og behandling, øget patientinddragelse eller flere sunde leveår. Målene følges ved hjælp af 38 målepunkter. Der udgives årligt en rapport om status for målepunkterne.

Du kan hos din afdelingsledelse eller i kvalitetsafdelingen på dit hospital, i din region eller kommune efterspørge hvordan data er, hvor du arbejder.

Patienttilfredshedsundersøgelser

Den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser (LUP) (5) måler ved hjælp af spørgeskemaer patienternes tilfredshed med deres forløb i sundhedsvæsenet.

Det kan fx være spørgsmål om patienternes oplevelse af ventetid, inddragelse i beslutninger eller om personalet er venligt og imødekommende.

Der findes LUP'er på fire områder: Somatik, fødsel, psykiatri og akutmodtagelse.

Fra 2022 kan man få månedlige LUP-data (6). Det betyder, at man hurtigere kan få et billede af, om kvaliteten bevæger sig i den rigtige retning, hvis man indfører kvalitetsindsatser. Tidligere skulle man vente fra år til år på at få nye data.

LUP-data kan finde på internettet eller spørg din afdelingsledelse eller kvalitetsafdeling.

Patientadministrative systemer og elektronisk patientjournal

På sygehusene i Danmark findes elektroniske patientjournaler og tilhørende datasystemer, der rummer muligheden for at trække data ud, og dermed tælle det, der har din opmærksomhed. En vigtig ressourceperson i dette arbejde er ofte en afdelings ledende lægesekretær, der kan hjælpe med data over henvisninger, patienter med særlige diagnoser eller procedurer. Men du kan også være heldig at finde en kollega, der selv har knækket koden til at trække data ud af systemerne.

Husk, at det i nogle tilfælde kræver tilladelse fra din afdelingsledelse til at anvende patientoplysninger til kvalitetsarbejde. Spørg derfor din afdelingsledelse, hvis du planlægger at anvende patientdata til kvalitetsarbejde.

Audit og mortalitetsanalyse

På organisations (hospitals-) eller afdelingsniveau kan kvaliteten undersøges ved hjælp af en audit. Audit er fagpersoners systematiske gennemgang af patientforløb med henblik på at vurdere kvaliteten af sundhedsvæsenets ydelser. En audit tager udgangspunkt i en række konkrete patienters sygdomstilfælde eller forløb over en tidsperiode (7).

I en audit gennemgås data i relation til en relevant klinisk problemstilling med henblik på at vurdere, om kvaliteten af konkrete ydelser har været tilfredsstillende eller ikke-tilfredsstillende.

Rent praktisk gennemføres audit ofte ved at gennemgå patientjournaler, der er udvalgt efter givne kriterier, fx patienter med en given diagnose, patienter, der er blevet genindlagt, eller alle patienter indlagt gennem seneste døgn, uge eller måned.

Du skal være opmærksom på, at anvendelse af journaloplysninger kan kræve din afdelings- eller sygehusledelses godkendelse, hvis der ikke foreligger samtykke fra patienterne. Spørg derfor altid din afdelingsledelse inden du anvender journaloplysninger i kvalitetsarbejdet.

En særlig form for audit er mortalitetsanalysen, hvor man gennemgår journaler på patienter, der er døde i forbindelse med en hospitalsindlæggelse.

Dødelighed er et traditionelt mål for behandlingskvaliteten af en lang række sygdomme og har i denne sammenhæng status som et såkaldt "hårdt endepunkt". Dødelighed er derfor et kendt begreb, og det vil for de fleste klinikere forekomme meningsfuldt at arbejde med at reducere den. Dødelighed har desuden

den fordel, at det er et begreb, der er nemt at forstå, og hvor der ikke er nogen diskussion om, hvorvidt hændelsen er indtruffet eller ej.

I forhold til forbedringsarbejdet vil det være mest interessant at koncentrere sig om den delmængde af dødsfaldene, som kan klassificeres som forebyggelige dødsfald. Forebyggeligheden vurderes typisk på en skala, alt efter hvor sandsynligt, det er, at dødsfaldet kunne være forebygget. Dette vil selvfølgelig være en subjektiv vurdering (8) (9).

Det er i denne sammenhæng ikke relevant at inddrage patientens forventede restlevetid i vurderingen, der altså alene går på, om patienten fik alle chancer og ikke havde behøvet at dø på det pågældende tidspunkt. Der kan både være tale om hændelser, hvor sundhedsvæsenets handlinger aktivt fremskynder eller udløser dødsfaldet (fx accidentiel indgift af kaliummiksatur i blodbanen) eller dødsfald, der vurderes at kunne have været undgåede, hvis relevant, rettidig behandling havde været iværksat (fx mangelfuld eller for langsom behandling for septisk shock). Et forebyggeligt dødsfald kan altså identificeres såvel hos den i øvrigt raske unge mand, der var indlagt til et mindre kirurgisk indgreb, som hos en terminalt syg kræftpatient.

Erfaringsmæssigt er de fejl eller utilsigtede hændelser, der leder til forebyggelige dødsfald, af en sådan karakter, at de også vil kunne ramme andre patienter. Læring af disse hændelser vil derfor også komme andre patienter til gode, og det er derfor ikke et problem, at disse dødsfald alene udgør toppen af isbjerget.

Referencer:

1. Fokusering af forbedringsarbejdet, Dansk Selskab for Patientsikkerhed. 2015.
2. <https://stps.dk/da/laering/utillsigtede-haendelser/om-rapporteringsordningen/partnerskab-og-forskerservice/>
3. <https://stpk.dk/om-os/>
4. <https://pebl.dk/da/for-professionelle/forskning>
5. <https://www.regionh.dk/patientinddragelse/LUP/Sider/default.aspx>
6. <https://www.regionh.dk/patientinddragelse/LUP/Om-lup/Sider/Fremtidens-LUP.aspx>
7. Audit – en metode til kvalitetsudvikling af klinisk praksis. Gerda Blomhøj & Jan Mainz, Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren, januar 2000
8. Hogan H. The problem with preventable deaths. *BMJ Qual Saf.* 2016 May;25(5):320-3. doi: 10.1136/bmjqs-2015-004983. Epub 2015 Nov 20. PMID: 26590201.
9. Hayward RA, Hofer TP. Estimating hospital deaths due to medical errors: preventability is in the eye of the reviewer. 2001 Jul 25;286(4):415-20. doi: 10.1001/jama.286.4.415. PMID: 11466119.