

Operation Life

- en erfaringsopsamling
blandt deltagere i
Operation Life-kampagnen

Juni 2009



Operation Life
- en erfaringsopsamling blandt deltagere i
Operation Life-kampagnen

Rapporten er udarbejdet af:
Region Midtjylland
Center for Kvalitetsudvikling
Olof Palmes Allé 15
8200 Århus N

Konsulent Lisbeth Ørtenblad
E-mail: Lisbeth.Oertenblad@stab.rm.dk
Tlf.: 87 28 49 67

Konsulent Lars Rasmussen
E-mail: Lars.Rasmussen@stab.rm.dk
Tlf.: 87 28 49 52

Konsulent Ghita Ølsgaard
E-mail: Ghita.Oelsgaard@stab.rm.dk
Tlf.: 87 28 49 68

Bestillingsnr.: 174

© Center for Kvalitetsudvikling

Forord

Da vi lancerede Operation Life i foråret 2007, havde vi store forventninger og ambitioner. Ved at bruge en velkendt kampagneform på et utraditionelt område var det målet at skabe entusiasme på sygehusene og motivere for hurtige forbedringer.

Denne rapport, der især bygger på fokusgruppeinterview af repræsentanter for deltagerne i kampagnen, viser, at projektet i vidt omfang er lykkedes. Kampagnen har skabt en interesse for patientsikkerhed, som det ikke var lykkedes at opnå ad traditionel vej.

Fra selskabets side vil vi gerne takke de mange sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, læger, sekretærer, farmaceuter og sygehusledelser, der har gjort arbejdet og skabt resultaterne i Operation Life. Vi håber, at I har haft fornøjelse og fagligt udbytte af kampagnen. Vi ved, at resultaterne er til gavn for patienterne.

Beth Lilja

Dansk Selskab for Patientsikkerhed

Indholdsfortegnelse

1. Resumé	7
2. Introduktion	9
2.1. Operation Life-kampagnen	9
2.2. Metode	10
3. Sygehuspersonalets vurdering og erfaring med Operation Life	13
3.1. Kampagneform og indhold.....	13
Er kampagneformen hensigtsmæssig?.....	13
Er interventionerne relevante og anvendelige?.....	14
Arbejdet med de seks pakker	16
Målinger	19
3.2. Implementering af pakkerne.....	23
Implementeringsmetoder	23
Tovholderfunktion	25
Ledelsesopbakning	26
Ressourcer	27
Forskelle mellem faggrupper i forhold til engagement	28
3.3. Hvilke resultater er opnået med Operation Life?.....	29
4. Sygehusledelsernes vurdering og erfaring med Operation Life	33
4.1. Hvordan har sygehusledelsen været involveret i Operation Life?.....	33
4.2. Vurdering af kampagnens form og indhold	33
4.3. Vurdering af effektmål i Operation Life	34
4.4. Hvad har fremmet og hvad har været barrierer for Operation Life?	35
4.5. Hvilke resultater er opnået med Operation Life?.....	36

1. Resumé

Indledningsvis præsenteres en kort oversigt over resultaterne fra denne erfaringsopsamling. Mere detaljerede beskrivelser af baggrunden for undersøgelsen samt undersøgelsens metoder findes i rapportens andet kapitel, mens de efterfølgende to kapitler uddyber henholdsvis de kliniske medarbejderes og sygehusledelsen vurderinger af deres arbejde med Operation Life-kampagnen.

- Interviewdeltagerne vurderer overordnet set, at kampagneformen fungerer som et hensigtsmæssigt virkemiddel i forhold til at skabe opmærksomhed og fastholde fokus på kvalitetsudviklingsarbejdet i dagligdagen. Men de nævner også, at det er væsentligt, at formen i sig selv ikke overskygger det faglige indhold, og at det på den baggrund er en balance ikke at skabe modstand blandt nogle faggrupper.
- Der er forskellige holdninger til relevansen og det faglige indhold af de seks pakker. Især nogle af lægerne forholder sig kritisk til den faglige evidens. Dog giver de fleste udtryk for, at der med implementering af pakkerne er tale om et kvalitetsløft på landets sygehuse, fordi der kommer fokus dels på organisering af arbejdet og dels på, om patienterne faktisk modtager de elementer i en behandling, der anbefales som 'best practice'.
- Angående registreringer og målinger i forbindelse med implementering af pakkerne giver interviewdeltagerne udtryk for, at det generelt set medfører et kvalitetsløft, fordi det sætter fokus på det faktiske arbejde, der udføres. Desuden betyder det en synliggørelse af arbejdet og resultaterne. Målene opleves (i det omfang de er relevante) desuden som anvendelige og umiddelbart omsættelige, fordi de er målrettet den enkelte afdeling. Deltagerne nævner også, at registreringsarbejdet i en vis udstrækning opleves som ressourcekrævende, og at der er en del unødige registreringer. På den baggrund efterlyses få, relevante mål. Desuden efterlyses ensartede definitioner af de parametre der måles på, så sammenligninger med andre afdelinger giver mening. Uanset det ikke er en del af kampagnen, foretages disse sammenligninger, blandt andet fordi det opleves som motiverende i forhold til arbejdet.
- Et væsentligt resultat af Operation Life, som interviewdeltagerne lægger særlig vægt på, er en større åbenhed og et øget samarbejde mellem såvel faggrupper som afdelinger og sygehuse. Det nationale arbejde med de samme pakker har betydet, at man i dag i højere grad bruger hinanden fagligt på tværs af afdelinger, fag og sygehuse. Desuden vurderer interviewpersonerne, at Operation Life har bidraget til en ændring af arbejdsprocesser og rutiner i dagligdagen, så det i en vis udstrækning er blevet mere systematisk.
- Der synes at være omfattende enighed om, at for at kvalitetsudviklingstiltag kan implementeres og forankres er det en fordel at anvende konkrete implementeringsredskaber, som det er sket med Operation Lifes tilbud om at introducere til og støtte til brug af gennembrudsmetoden.

- Der er udbredt enighed om, at en synlig og konkret ledelsesopbakning (afdelingsledelse såvel som sygehusledelse) er helt central for en succesfuld gennemførelse.
- Sygeplejersker synes generelt set at være mere involveret i kampagnen end lægerne. Der efterlyses på den baggrund at kampagneformen i højere grad målrettes lægerne.

2. Introduktion

2.1. Operation Life-kampagnen

Nærværende rapport beskriver de erfaringer og vurderinger, som deltagere (sygehusledelse og sygehuspersonale) i Operation Life-kampagnen har oplevet i kampagneperioden. Operation Life-kampagnen startede i april 2007 som en national kampagne for patientsikkerhed og kvalitet på sygehuse i Danmark. Formålet er at forebygge dødsfald, og konkret har det været hensigten at forebygge 3.000 dødsfald i kampagneperioden. Målet er søgt opnået gennem kampagnens lancering af seks 'pakker', som hver for sig repræsenterer god klinisk praksis indenfor udvalgte områder (blodprop i hjertet, venekateterrelaterede blodinfektioner, respiratorbehandling, medicinering, behandling af kritisk syge patienter udenfor intensiv afdeling samt svær sepsis). Implementeringen af pakkerne fokuserer på at optimere behandlingen indenfor disse områder, og tanken er at omsætte faglig anerkendt viden til daglig praksis, idet det er velkendt, at praksis ikke altid lever op til den dokumenterede viden på området. Som mål for forbedringer i kampagneperioden anvendes hospitalsstandardiserede mortalitetsrater (HSMR)¹. Udviklingen over tid anvendes som et mål for sygehusets eventuelle forbedringer på området.

Operation Life-kampagnen er inspireret af den amerikanske '100.000 Lives Campaign'. I Danmark er kampagnen et samarbejde mellem TrygFonden og Dansk Selskab for Patientsikkerhed. Der er nedsat en styregruppe, hvis formandskab varetages af Danske Regioner, og styregruppen består af repræsentanter fra de fem regioner, Lægeforeningen, Gigtforeningen, Dansk Sygeplejeråd, TrygFonden samt Dansk Selskab for Patientsikkerhed. Desuden er der et Kampagnesekretariat med fem medarbejdere, som varetager den daglige koordinering mv. Operation Life har en hjemmeside, hvor informationer om kampagnen, beskrivelse af de seks pakker, nyhedsbreve, offentliggørelse af resultater, introduktion til implementeringsmetoder mv. udgives (www.operationlife.dk).

Operation Life var oprindeligt planlagt til at vare 1½ år, men på grund af sygeplejerskekonflikten i foråret 2008 blev det besluttet at forlænge kampagnen med ½ år. Kampagnen blev således afsluttet i slutningen af april 2009.

I Danmark er denne form for kampagne en ny og meget utraditionel måde at arbejde med patientsikkerhed og kvalitetsudvikling. I forbindelse med kampagnens afslutning har Kampagnesekretariatet derfor bedt Center for Kvalitetsudvikling om at foretage en erfaringsopsamling, hvis formål er at beskrive sygehusenes vurderinger af og erfaringer med konceptet.

¹ HSMR er antallet af dødsfald på et sygehus som procent af det forventede antal dødsfald. Tallene angiver et indeks for dødeligheden på et sygehus i forhold til landsgennemsnittet. Patienterne opdeles efter diagnose, alder, køn og indlæggelsesmåde, og standardiseres dernæst for nogle af de faktorer, der påvirker mortaliteten. På denne måde er der delvis taget højde for forskelle mellem sygehusene med hensyn til patientsammensætning.

Der lægges således vægt på at formidle deltageres vurderinger, og det skal i den forbindelse understreges, at der altså ikke er tale om en evaluering af kampagnens effekt og målopnåelse. Indholdsmæssigt fokuseres der på deltageres vurdering af kampagnens form og indhold, deres erfaringer med at gennemføre de forskellige pakker, deres vurderinger af anvendeligheden samt hvilke resultater, de mener at have opnået.

2.2. Metode

Der er anvendt kvalitative metoder i forbindelse med erfaringsopsamlingen, da det giver mulighed for et nuanceret indblik i deltageres erfaringer, og det giver plads til at inddrage uforudsete aspekter af problematikken. Sygehusledelse og klinikere indgår i undersøgelsen, og data er indsamlet via fokusgruppeinterviews med sygehusenes kliniske personale og telefoninterviews med sygehusledelse.

Fokusgruppeinterview er valgt, fordi samtalen og interaktionen mellem deltagerne under interviewet giver mulighed for at drøfte udtalelser i dybden samt sammenligne og supplere deltageres forskellige erfaringer og forståelser. Det er derfor en velegnet form til at fremme nye aspekter og variation i holdninger og vurderinger. Der er foretaget i alt seks fokusgruppeinterviews med Operation Life-deltagere på sygehuse fordelt i landet. Sygehusene er udvalgt ud fra en geografisk spredning og en bredde i erfaring med arbejdet med de seks pakker. Invitation til deltagelse i interview på de enkelte sygehuse er foregået via sygehusets kvalitetskoordinator. Deltagerne er ikke udvalgt personligt, men der er inviteret bredt ud på afdelingerne, og således at de enkelte interviewgrupper repræsenterer:

- deltagere som har benyttet gennembrudsmetoden i implementering af pakkerne
- deltagere som ikke har været med i gennembrudsværksteder, og derfor har benyttet andre metoder til implementering
- afdelingsledelse og kliniske medarbejdere
- erfaring med flere forskellige pakker
- tværfaglig sammensat (læger, sygeplejersker, kvalitetskoordinatorer; enkelte steder også farmaceuter)

Der deltog i alt 50 personer i interviewene, fordelt på 12 læger, 28 sygeplejersker (nogle af sygeplejerskerne er tillige ansat som afdelingens kvalitets- og udviklingskoordinator eller projektsygeplejerske), seks kvalitetskoordinatorer og fire farmaceuter. 27 personer har deltaget i seminarer om gennembrudsmetoden, 20 har ikke benyttet gennembrudsmetoden, og tre personer har deltaget i en anden type netværk (netværk vedrørende medicinafstemning på tværs af sygehuse). Såvel afdelingsledere som kliniske medarbejdere var repræsenteret i alle grupper. Deltagerne har samlet set arbejdet med alle seks pakker.

Interviewene er optaget digitalt og efterfølgende transskriberet fuldt ud. Der blev brugt en semistruktureret, tematiseret interviewguide til at styre interviewet. Da formålet er at formidle deltageres erfaringer og vurderinger er interviewene analyseret tematisk på tværs af alle fokusgruppeinterviewene og så tæt på interviewmaterialet som muligt, hvilket betyder, at der i forholdsvist vidt omfang inddrages citater i præsentationen af resultaterne. I afrapporteringen er der tilstræbt en balanceret fremstilling af positive versus kritiske udsagn. Citaterne er udvalgt, så de afspejler det generelle billede af fokusgruppedeltageres udsagn

indenfor disse kategorier. Fokusgruppedeltagernes holdninger og vurderinger fremgår i rapportens kapitel 2.

Desuden er der foretaget telefoninterview med sygehusledelser på landets sygehuse. Telefoninterview blev valgt, fordi der er tale om et afgrænset emne blandt et forholdsvist stort antal deltagere spredt i hele landet. En ledelsesrepræsentant fra hvert sygehus modtog en skriftlig invitation til interviewet (pr. mail), hvor de blev informeret om undersøgelsen og formålet med interviewet, samt blev præsenteret for de emner, der skulle drøftes. Hvis de ønskede at deltage, blev de efterfølgende ringet op på et tidspunkt, de selv havde angivet. Interviewet fokuserede på, hvorledes ledelsen har været involveret i kampagnen, deres vurdering af kampagneformen i forhold til patientsikkerhedsarbejdet, og deres vurdering af dens resultater generelt. Også her blev der anvendt en semistruktureret interviewguide, og hvert interview varede ca. 20-30 minutter. Intervieweren noterede undervejs samtalsindhold og skrev efterfølgende et resume. Der er derfor ikke citeret fra interviewene. Interviewene er analyseret på tværs og tematisk, og som ved fokusgruppeinterviewene er der tilstræbt en balanceret fremstilling af positive og kritiske røster. I alt 18 personer af de 29 sygehusledelser deltog (62 %) ². Tre af de interviewede er cheflæger, to er chefsygeplejersker og de øvrige er sygehusdirektører eller vicedirektører. En enkelt er dog udviklingschef, og indgår således ikke i sygehusledelsesgruppen. Interviewpersonernes holdninger og vurderinger fremgår i rapportens kapitel 3.

² De 29 inviterede personer repræsenterer samtlige organisatoriske sygehusenheder. Nogle af de interviewede kan således godt være ledelsesmæssigt ansvarlig for flere sygehus matrikler.

3. Sygehuspersonalets vurdering og erfaring med Operation Life

3.1. Kampagneform og indhold

Operation Life har brugt en kampagneform og indhold, der er meget utraditionelt i forhold til, hvorledes man plejer at arbejde med kvalitetsudvikling og patientsikkerhed på i Danmark. Det har derfor været vigtigt at undersøge deltagerne vurdering af anvendeligheden af konceptet.

Er kampagneformen hensigtsmæssig?

Deltagerne drøfter, om en kampagneform er velegnet til danske forhold og traditioner, og om det harmonerer med den måde, der normalt arbejdes med faglig kvalitet og udvikling inden for sundhedsvæsenet. Hovedparten af deltagerne vurderer, at kampagnen som form både har været anvendelig og har fungeret udmærket. De fremhæver især, at kampagneformen har skabt et fælles nationalt afsæt for at arbejde med indførelse af de seks pakker, og at det skaber synlighed og opmærksomhed om projektet. På den måde er kampagnen en hjælp til at fastholde fokus på implementering af pakkerne i dagligdagen. De giver udtryk for, at netop det at tiltaget har været lanceret på en utraditionel, og for mange også meget humoristisk måde, har fremmet processen. En af deltagerne fortæller for eksempel:

”Altså, idéen med en kampagne, det er jo at lave et fælles fodslag, og det synes jeg er lykkedes. Hele idéen med det her – det er jo ikke at finde ny viden, og så komme med en løsning. Vi kender jo godt løsningen på problemerne, men det er vanvittig svært at implementere de løsninger, især når det involverer andre afdelinger end ens egen. Det her handler jo ikke om at udvikle ny viden, men at bruge den viden, man har. Og der tror jeg, det er fornuftigt at lave en kampagne for at skabe fokus og opmærksomhed. Det er jo et incitament til at få gjort noget – så må man leve med det poppede”.

Og en anden supplerer:

”Det er rigtigt, som I siger, at kampagnen måske er lidt poppet, men efterhånden som kampagnen er skredet frem, er det blevet lettere at leve med det popsmarte i det. Efterhånden som vi får hul på, hvad vi kan bruge pakkerne til, skærper det vores og kollegaernes opmærksomhed på, at det er arbejds-gange vi ændrer på, og når vi nu ser Leif og Vita kort i journalerne, er det fordi journalen indgår i pakken, og på den måde skærpes vores fokus. Vi har da også fået meget tant og fjas ud af alt det med plakater, T-shirts osv., og når jeg ser tilbage på det, så er det et godt virkemiddel inden for sundhedsvæsenet – det bryder med nogle af de traditionelle, stive procedurer”.

Som citaterne illustrerer giver mange af deltagerne udtryk for, at de også har skullet vænne sig til kampagneformen, og især i starten mødte idéen med en vis skepsis. De giver i den forbindelse udtryk for, at nogle opfattede kampagnen som 'poppet', og eksempelvis nævner de, at meget af det materiale, som følger med en kampagne (logoer, figurer, nøgleringe,

kuglepenne mv.), for nogle vakte en vis modstand. De fleste giver dog udtryk for, at det har været muligt selv at justere omfanget og anvendelsen af kampagnematerialet, og at de involverede afdelinger har benyttet materialet i det omfang, de finder det hensigtsmæssigt. En fortæller:

"I det første der kom, der var der altså for lidt faglighed og for meget popsmart, og det reagerede nogle negativt på. Men det er jo blevet meget tonet ned, og blevet meget mere så man kan bruge det i afdelingerne til at skabe synlighed og fokus på fagligheden. Det har fundet sit leje med tiden, og er tilpasset danske forhold lidt mere nu".

Det fremgår, at de kritiske holdninger til kampagneformen især var at finde blandt lægerne, fordi de vurderede, at det faglige indhold blev overskygget. En af deltagerne fortæller for eksempel:

"Det er et tveægget sværd, det der med Leif og Vita, nøgleringene osv. Man kan godt huske dem, og det skaber opmærksomhed. Men omvendt er der også mange, som har følt sig stødt af det. Talt ned til. Og det der med belønning for at gøre noget – vi snakkede om 'skal vi nu til at have flødeboller for at sætte et kryds', og 'skal vi nu gå med T-shirts med Leif på, er det den måde, man tror, vi bliver bedre læger på'. Det kan godt være, det virker i nogle sammenhænge, men det er en hårfin balance ikke at skabe modstand hos nogle".

Er interventionerne relevante og anvendelige?

Operation Life-kampagnen opererer med i alt seks 'pakker', som hver især fokuserer på at optimere behandlingen indenfor forskellige kliniske områder. Det drejer sig om:

- AMI-pakke, som skal sikre optimal behandling af patienter med blodprop i hjertet
- CVK-pakken, som skal forebygge blodinfektioner relateret til venekateter
- Respiratorpakken, som skal forebygge komplikationer (infektioner og blodpropper) ved respiratorbehandling
- Medicinafstemning, som skal forebygge og reducere medicineringsfejl ved overgange i patientforløb
- Mobilt akut-team (MAT), som skal sikre en hurtig indsats i relation til kritisk syge patienter uden for intensiv afdeling
- Sepsispakken, som skal sikre optimal behandling af patienter med svær sepsis

De seks pakker repræsenterer hver især god klinisk praksis. Selvom pakkernes elementer således er både velkendte og anvendte på mange sygehuse fokuseres der på implementering af dem i Operation Life-kampagnen, fordi der ofte er en diskrepans mellem at kende til den dokumenterede viden og at bruge den. Kampagnens intentioner er, at implementering af pakkerne vil have en positiv effekt for patienterne, fordi elementerne ved Operation Lifes start ikke var fuldt implementeret.

Pakkerne implementeres på de sygehuse, som ønsker at deltage, og fra kampagnens side er det op til de enkelte sygehuse at bestemme, hvor mange og hvilke pakker der skal imple-

menteres på de enkelte afdelinger. Interviewene efterlader det indtryk, at afdelingerne har været involveret i, hvilke pakker det var relevant at arbejde med på deres respektive afdelinger. For enkelte af deltagerne har baggrunden for udvælgelse af pakker imidlertid ikke været helt tydelig. De giver udtryk for, at sygehusledelsen mange steder har ønsket alle seks pakker indført, og at det har været for stor en mundfuld for nogle afdelinger, hvorfor der nogle steder kan have været en tendens til at vælge de af pakkerne, som har været forholdsvis veldefinerede og realiserbare, men ikke nødvendigvis mest relevant i forhold til den pågældende patientgruppe. Eksempelvis nævnes valg af CVK-pakken frem for respirator- eller sepsis-pakker på intensivafdelinger i den sammenhæng. Andre afdelinger giver udtryk for at måtte acceptere valg af pakke. Eksempelvis giver et par af de deltagende læger udtryk for, at de har vanskeligt ved at se gevinsten i indførelse af AMI-pakken, idet de vurderer, at de allerede udfører pakkens elementer, og at de i øvrigt oplever, at vægtningen af arbejdet med pakken sker på bekostning af andre lige så væsentlige kliniske opgaver.

I forhold til vurdering af pakkernes indhold har Operation Life inddraget relevante lægefaglige og sygeplejefaglige videnskabelige selskaber. Under interviewene drøfter især lægerne imidlertid den faglige evidens for indholdet af pakkerne, og mange forholder sig kritiske i forhold til dele af pakkerne. Blandt andet fortæller de, at nogle af parametrene, eksempelvis i forhold til sepsispakken, anses som uvæsentlige og vanskelige at håndtere i en dansk sammenhæng. Desuden at det kan være problematisk, at de enkelte elementer i en pakke vægtes ens, selvom de ikke nødvendigvis er homogent potente i deres effekt. En af lægerne siger for eksempel:

"Selve den der pakke [sepsis], altså forud for Operation Life, der havde vi 'Surviving Sepsis Campaign', som også går på pakkekonceptet, og som Operation Life-pakken bygger på, og det er jo netop blevet pillet fra hinanden, fordi man har været inde og undersøge de enkelte dele, og sagt at der ikke er evidens for det og det. Så den tror jeg står meget og vakler lige nu i vores kredse, om man kan købe den der pakketankegang eller ej".

På den anden side giver andre udtryk for, at man altid kan drøfte evidens og kvaliteten af de undersøgelser, der ligger til grund for beslutningerne om evidensniveauet. Mange lægger vægt på, at indholdet af pakkerne har været drøftet i de faglige videnskabelige selskaber, og at man på den baggrund bør have tillid til, at det faglige indhold er i orden. For eksempel fortæller en af lægerne:

"Ja, man er bare nødt til at huske, at der heller ikke er mere end 20-30 % evidens for det, vi laver i forvejen, så nu skal man heller ikke blive alt for hysterisk religiøs på det her område".

Og en anden tilføjer:

"Jeg tror, det er vigtigt at være enormt pragmatisk i virkeligheden og sige, at det kan godt være, at der ikke er 100 % evidens for det her, men nu tager vi så meget godt med, som vi nu kan få med. [...] Min holdning er, at vi lærer mere som organisation af, hvordan man kan arbejde hensigtsmæssigt med

implementeringen end af det faktuelle indhold af de der pakker. Og i nogle pakker, sepsispakken for eksempel – jeg tror, alle er enige om, at det er smaddersmart at finde de her patienter rigtig hurtigt, og hvis vi bare opnår det, så er jeg sådan set tilfreds. [...] Med respiratorpakken – hvis bare vi skærer 20 % af interventionstiden, så har vi måske nået det, vi egentlig gerne ville. Med MAT har der også været en kæmpe diskussion – virker MAT eller ej? [...] Men hvis vi får lært personalet noget om basal observation, så har vi måske også opnået noget der. Så det er sådan en pragmatisme, jeg synes man skal lægge for dagen”.

Endelige giver en del af sygeplejerskerne udtryk for, at det sygeplejefaglige indhold står svagt i forhold til de elementer, der måles på. De fortæller, at sygeplejeandelen i forhold til implementering af pakkerne er forholdsmæssig stor, men at det ikke modsvares af de parametre der registreres på, og at det derfor kan være en motivationshæmmende faktor.

Arbejdet med de seks pakker

Under interviewene bliver det tydeligt, at deltagerne oplever meget forskellige problematikker i arbejdet med Operation Life, som i en vis grad er afhængig af, hvilke pakker de beskæftiger sig med.

CVK-pakken

De fleste giver udtryk for at have opnået succes med CVK-pakken, hvilket tilskrives, at den er forholdsvis velbeskrevet. Mange vurderer CVK-pakken som yderst relevant i forhold til at optimere sterilteknikken, og de giver udtryk for, at der som følge af arbejdet med pakken generelt er en højere grad af systematik og respekt omkring hygiejneforhold. En af deltagerne siger for eksempel:

”Det der har været det bedste med CVK-pakken, synes jeg, det er at få samlet utensilierne til anlæggelsen. Det at man har hele pakken, og man åbner den, og der ligger en steril kittel, det provokerer de fleste til at tage den på. Selvfølgelig er der nogle i akutte situationer, der siger væk med den kittel, der er ikke tid. Men man kan sige på intensivafdeling, der er det stort set dem alle sammen, som har fået den kittel på. Og den vil vi jo også have efter kampagnen. Og folk respekterer, når man laver noget sterilt – ingen kommer sådan brasende ind ad døren mere”.

Dog synes den daglige stillingtagen til eksempelvis seponering af kateter at være en udfordring. Enkelte kommenterer også relevansen af CVK-pakken i forhold til at forebygge dødsfald, da de vurderer, at der i forvejen opstår få CVK relaterede infektioner. Deltagerne diskuterer i den forbindelse, at det er en pakke, som kan være vanskelig at få sengeafdelinger til at interessere sig for, og nogle vurderer, at pakken primært burde målrettes anæstesi samt at relevante elementer i pakken blev overført til sepsispakken.

Medicinafstemning

De fleste er enige i, at medicinafstemning er meget væsentlig at arbejde med, fordi man ved, at der sker mange medicineringsfejl, særlig i overgange mellem sektorer. Dog giver

stort set alle deltagerne udtryk for en række problematiske forhold vedrørende pakken. Pakkens elementer er uklart defineret, lyder det, og deltagerne fortæller, at det har været nødvendigt lokalt at definere og afgrænse de forskellige elementer i pakken. Udover at det har været et ressourcekrævende arbejde, er konsekvensen, at afdelinger ofte har forskellige opfattelser og definitioner, og derfor måler og indberetter på noget forskelligt. Det gør det vanskeligt både at følge sin egen udvikling og at sammenligne med andre.

Derudover påpeges det, at pakken er vanskelig at implementere, fordi det optimalt set kræver samarbejde med almen praksis, med primær sektor generelt og med kommuner, hvilket det eksisterende organisatoriske grundlag og samarbejdsflader ikke ansporer til. Desuden efterspørger sygeplejerskerne også her et større fokus på sygeplejefaglige indikatorer.

Mobilt akut-team

Deltagerne giver udtryk for, at Mobilt akut-team (MAT) er en relevant pakke, som har vist sig at modsvare et behov på sygehusene, blandt andet fordi der kommer et øget fokus på observation af kritisk syge patienter. Enkelte steder var man inden starten af Operation Life begyndt at arbejde med lignende tiltag. Mange giver dog udtryk for, at de har vanskeligt ved at vurdere, om pakken bruges efter hensigten. De fortæller, at nogle er i tvivl om de observationer, der ligger til grund for at kalde MAT, og om patienterne observeres i henhold til disse kriterier. På nogle sygehuse har man taget konsekvensen af denne usikkerhed ved at MAT jævnligt instruerer i MAT funktionen og observation af kritisk syge patienter for at tydeliggøre, hvornår MAT kan bruges. De fortæller, at det har haft den sidegevinst, at samarbejdet mellem afdelingerne på grund af et større kendskab til hinanden er blevet bedre.

Endelig er de fleste enige i, at antal opkald til MAT ikke er en hensigtsmæssig indikator på implementeringsgrad eller målopfyldelse, og i forlængelse heraf er nogle af deltagerne i en vis udstrækning kritiske i forhold til effekten af pakken.

Sepsispakken

Deltagerne fortæller, at sepsispakken fagligt set er vigtig, fordi det er væsentlig hurtigt at registrere og være særlig opmærksom på disse patienter. En af lægerne siger for eksempel:

"Jeg synes, sepsispakken har været meget relevant. Alle er jo enige om, at hvis vi kan få fat på de her patienter hurtigt, og få dem gennemdyrket før de sættes i behandling, så er det smadder godt. Men det gør pakken vanskelig at implementere, at alle falder over de punkter, der ikke er evidens for, og bruger meget tid på at diskutere det – og så tager man i virkeligheden mange gange hele pakken og kasserer den. Hvorfor ikke lade os satse på de ting, der er gode? De punkter, der var tvivlsomme, har fyldt for meget efter min mening".

Som citatet illustrerer, har mange fundet det vanskeligt at implementere pakken. Den er udviklet i samarbejde med den internationale 'Surviving Sepsis Campaign', og er på den baggrund en del af denne internationale kampagne. Mange af deltagerne giver udtryk for at pakkens indhold ikke i tilstrækkelig grad er tilpasset danske forhold, hvilket betyder, at det har været ressourcekrævende at tilrettelægge pakken, så den har givet mening på danske sygehuse. I forlængelse heraf vurderer en del af deltagerne, at nogle af de parametre der måles på har ringe betydning. Arbejdet med sepsispakken har især været vanskeliggjort af,

at det har krævet et tværgående samarbejde mellem afdelinger på et sygehus. Ifølge deltagerne komplicerer det arbejdet, fordi nye samarbejdsflader skal bygges op. Samtidig fremgår det af interviewene, at der har været et godt udbytte af at drøfte tilrettelæggelse af pakken med andre sygehuse og afdelinger, og at der på den baggrund er kommet meget fokus på hygiejneforhold, på dokumentation af instrukser samt samarbejde mellem såvel faggrupper som sygehuse.

AMI-pakken

Generelt giver deltagerne udtryk for, at pakken er både relevant og anvendelig. Elementerne er kendte i forvejen, og som sådan er der ikke noget nyt i pakken, men deltagerne fortæller, at der er kommet fokus på, om elementerne faktisk gennemføres. For eksempel siger en af lægerne:

“AMI-pakken har været rigtig nem at arbejde med, og det har været nemt at indregistrere. Det har været rigtig relevant. Der er jo som sådan ikke noget nyt i pakkerne, vi gjorde det i forvejen, og det tror jeg, de fleste vil give mig ret i. Men der er kommet mere fokus på, om patienten rent faktisk får det [pakkens elementer]. Inden kampagnen gik jeg ned og spurgte, om de gjorde de her ting, og det sagde de ja til. Men det gjorde de altså ikke, når man så efter, det må man konstatere – de sagde det, men de gjorde det ikke”.

Nogle af deltagerne har dog den opfattelse, at arbejdet med AMI-pakken tager fokus væk fra andet og lige så relevant arbejde på afdelingerne. De siger, at de opfyldte målene i forvejen, og at pakken derfor ikke bidrager med noget nyt, men tværtimod fjerner fokus fra andre opgaver. For eksempel fortæller en af lægerne:

“Vi har fulgt pakken, og vi har en meget høj målopfyldelse, men det man ser på her [AMI-pakken], det berører kun en meget lille del af vores arbejde, og det vil sige, at det tager fokus væk fra alt muligt andet. Det tager fokus væk fra patienterne. Det er jo ikke sådan, at der kun er nogle ting, der er de rigtige – men hvis man fokuserer på dem [elementer i AMI-pakken], så glemmer man de andre”.

En læge fra et andet sygehus siger:

“Vi har jo mange andre opgaver, så jeg opfatter det her som besværligt og uinteressant, fordi det ikke bidrager med andet, end hvad vi i forvejen gjorde. Men vi har gjort det, jeg synes ikke, vi havde noget valg – det giver jo et forklaringsproblem, hvis et sygehus har valgt ikke at deltage med hjerteafdelingen”.

Et par af de læger, som deltager i fokusgruppediskussionen, drøfter i den forbindelse om deres videnskabelige selskab (Dansk Cardiologisk Selskab) har været inddraget i tilfredsstillende grad, og deres oplevelse er, at selskabets anvisninger ikke i tilstrækkelig grad er taget til efterretning.

Respiratorpakken

I forhold til respiratorpakken sættes der ikke spørgsmål ved den faglige relevans af pakken. Nogle af deltagerne giver derimod udtryk for, at det ville være hensigtsmæssigt om retningslinjerne var mere præcist defineret, så de parametre, der måles på, er ensartede på tværs af afdelinger og sygehuse. Andre giver udtryk for at dele af pakken er mangelfuld, eksempelvis undrer enkelte af deltagerne sig over at mundpleje ikke er et element i pakken. Generelt mener deltagerne, at pakken i højere grad skulle tilpasses og præciseres i forhold til danske fagfolks vurdering af emnet, eksempelvis nævnes et behov for opdatering i forhold til nutidige respiratorer.

Målinger

I forbindelse med Operation Life-pakkerne måles på standardiseret hospitalsdødelighed (HSMR-tal) samt implementeringsgrad af de enkelte pakker.

Mål for implementering af pakkerne

Deltagerne er mest optaget af at drøfte de målinger, som de laver i tilknytning til implementering af pakkerne, det vil sige primært en række procesmål relateret til implementeringsgrad af pakkerne. De fleste giver udtryk for, at denne form for monitorering af deres arbejde er udbytterig. De begrundet det med, at en væsentlig konsekvens af registreringerne er en tydeliggørelse af, hvad man gør, og måske især ikke gør, og at den faglige adfærd på den baggrund i en vis udstrækning ændres. En af sygeplejerskerne siger:

”Jeg tror, at den største gevinst ved procesmålene, det er i virkeligheden, at man ændrer adfærd. Man skal på en måde sætte et kryds for, hvorfor man ikke gjorde det, vi ellers havde bestemt. Målingen i sig selv er nok ligegyldig, men man kommer til at tænke sig om – hvorfor var det nu lige, at jeg ikke gjorde det? Så på den måde er det en motiverende faktor”.

Målingerne sætter således fokus på, hvad man rent faktisk gør, og ikke hvad man siger, man gør. En kollega supplerer:

”Mange, og måske især lægerne, var i starten meget negative overfor det her. De sagde ’jamen, vi gennemfører jo de her ting i forvejen’. Men mange af registreringerne har jo netop vist, at det gør man ikke. Så vi får fokus på, hvor er der huller, og hvad vi kan gøre bedre. Når de ser det, så overvinder mange modstanden, og det synes jeg jo i sig selv er en succes”.

Desuden fremgår det, at målingerne anvendes til at synliggøre resultater af arbejdet. Deltagerne fortæller, at de har udarbejdet posters og andre præsentationsmaterialer, som hænges op på afdelingerne og drøftes på personalemøder. Andre har præsenteret deres resultater på nationale seminarer. Denne synliggørelse af resultater opleves som motiverende og som værende med til at fastholde fokus på det arbejde, der udføres. Nogle af sygeplejerskerne fortæller:

”Vi kan se og anskueliggøre, at vi har flyttet os, og at det nytter. Det kan være svært at huske, at man har flyttet sig – de små ting, som bliver indarbejdet,

de bliver glemt som en del af udviklingsarbejdet. Men så er der en, der sætter en skærm op, og så – nå, ja, den havde vi jo ikke inden vi startede”.

”Tingene bliver sat op, så det er nemt at overskue, i grafer og sådan. Og så giver det en anden interesse end bare ord. Og jeg synes, det er en måde, som vi har kunnet bruge, også til at udvikle lokale mål og i forhold til andet end Operation Life-pakkerne, andre områder hvor du vil lave udviklingsarbejde. Vi har for eksempel udvidet det [målesystemer og redskaber] til at omfatte fastende patienter”.

Registreringerne bruges også til at drøfte årsager til udsving i resultaterne, for eksempel:

”Vi har brugt målingerne til at finde ud af, hvor vi skal sætte ind. Vi har taget delelementer og set, at denne søjle er i bund – hvorfor er den nu det? Og så har vi brugt det til at afdække nogle generelle ting, for eksempel om medicineringsforløb på afdelingen. Det har været meget lærerigt, for så måler vi jo ikke bare på, om vi opfylder pakken, men vi får kigget på arbejdsrutiner, og lavet nogle ændringer der, hvor der er brug for det”.

Og en af lægerne fortæller:

”Altså, vi måler jo før og efter vi er begyndt med pakkerne, og nu selvfølgelig løbende. Og hvor der er sammenfald – selvfølgelig kan man ikke bevise, at det skyldes arbejdet med pakkerne. Det kan jo være tilfældigheder, at vi får sværere patienter i en periode eller andet. Men de her målinger er meget visuelle, og vi dykker ned i dem og drøfter, hvad der kan være årsager til gode eller dårlige resultater, og om vi skal gøre noget på den baggrund – og på den måde motiverer det til at fastholde fokus”.

I modsætning til meget andet registreringsarbejde, som deltagerne er involveret i, opleves disse procesmålinger i forbindelse med Operation Life som vedkommende for de fleste. En væsentlig grund til dette synes at være, at målingerne er specifikke i forhold til de enkelte afdelinger. En af sygeplejerskerne siger for eksempel:

”Det er et kæmpearbejde det her, men også et af de mest meningsfulde projekter, som jeg har været med i. Her har vi jo skullet levere data, men mest af hensyn til os selv jo, og ikke for at gøre andre tilfredse. De data vi leverer, skal vi selv bruge og arbejde med, og derfor skal det bare laves i den måned. Laver vi patienttilfredshedsundersøgelser, så får vi svaret, lige før vi måler igen. Her har man selv styr på det, og det gør, at det giver meget mere mening. Jeg tror, at det flytter meget mere end mange andre oppefra kommende initiativer”.

Deltagerne oplever også, at resultaterne af registreringerne kommer hurtigere end de er vant til, og derfor opleves som mere relevante og anvendelige. De fortæller, at resultater fra andre typer af registreringsarbejder, som de deltager i, ofte er mindst et år gamle, og derfor kan være vanskelige at bruge i dagligdagen. For eksempel:

"Det er en ny tænkemåde det her. Andet data går lidt for langsomt, og her kan man så sætte lidt mere tempo på, og få aktuelle data, som du kan reagere på".

I forlængelse heraf nævner en del af deltagerne dog, at det er meget ressourcekrævende at dokumentere på grund af detaljeringsgraden. Desuden fortæller de, at den megen fokus på måling af bestemte parametre kan betyde, at der fokuseres mindre på andre arbejdsfunktioner, som også er væsentlige.

Nogle af deltagerne giver også udtryk for, at det i en vis udstrækning savnes, hvad der opfattes som meningsfulde mål frem for primært fokus på proces mål. Eksempelvis oplever en del af deltagerne, at der for nogle af pakkernes vedkommende har ligget et stort forarbejde i at definere, hvad der skal måles på, herunder hvad der giver mening at måle på. Mange nævner i den forbindelse medicinafstemning, MAT og i en vis udstrækning respiratorpakken som særlig krævende i forhold til at udvikle og/eller præcisere mål.

I forbindelse med, hvad det er hensigtsmæssigt at måle på, siger en af lægerne:

"Det er generelt et problem, at vi ikke har meningsfulde mål, og det går tilbage til evidensen for det, vi går og gør. Vi vil helst måle på liv og død og andre hårde endepunkter. Det er jo sådan nogle surrogatmål, vi registrerer i forhold til pakkerne, og ved vi, om det overhovedet gavner patienterne?".

Og en af sygeplejerskerne supplerer:

"Jeg synes nogle gange, at det er målinger for målingernes skyld, vi foretager. Det skal altså ud til sengene for at det dur til noget, og jeg vil gerne se det [målene] lidt mere omsat til, at vi redder nogle liv. Det synes jeg ikke, vi kan være sikre på med de procesmål, vi foretager. Man skal udvælge meget nøje, hvad man vil måle på med SPC. Det er jo også en proces, der kræver tid".

I samme forbindelse fortæller deltagerne, at det kan være vanskeligt at motivere nogle læger til registreringer, der fokuserer for meget på proces og for lidt på måling af, hvad der opfattes som resultat. Der efterlyses på den baggrund få, relevante målepunkter, som er hensigtsmæssige at gøre til succesparametre for et projekt.

Nogle af deltagerne har haft vanskeligt ved at trække relevant data ud af databaserne, eller har haft svært ved at anvende de tilgængelige systemer, Epidata for eksempel. Men generelt giver deltagerne udtryk for, at de har været yderst tilfredse med den hjælp og støtte, de har kunnet få fra kampagnesekretariatet. Der lyder vendinger som *'fleksibel'*, *'hurtigt hjælp'*, *'gode til at sætte sig ind i vores situation'*. På nogle af sygehusene fungerer en udviklingsmedarbejder fra sygehusets kvalitetsafdeling som *'tovholder'*, og de har blandt andet virket som fast ankerperson i forhold til hjælp med målinger og dokumentation. Det fremgår tydeligt, at den hjælp har været uvurderlig, og at anvendelsen af dokumentationsresultaterne i stor udstrækning kan tilskrives den ekstra ressource, som afdelingerne her er blevet tildelt. Andre fortæller:

”For os har det været svært. Der er ingen tvivl om at vores niveau... altså, vi har ikke haft kompetencer til at kunne lave de målinger og sætte dem ind i proceskontrol – vi har ikke været dygtige nok. Der skal være nogle ressourc-personer lokalt, som kan hjælpe med det. Det har vi ikke haft, og derfor er det ikke blevet brugt ret meget”.

Endelig efterlyser en del af sygeplejerskerne mere fokus på sygeplejefaglige relaterede mål.

Mål for dødelighed

Et af effektmålene er dødelighed, og der anvendes hospitalsstandardiserede mortalitetsrater (HSMR). Deltagerne er mindre optaget af at drøfte disse tal end af de daglige registreringer i tilknytning til de forskellige pakker, og generelt forholder de sig langt mere kritiske overfor HSMR-tallene. Der synes at være en forskel mellem faggrupperne, således at det især er de interviewede læger, som forholder sig kritisk til HSMR-tallene. En stor del af lægerne vurderer, at disse tal ikke er velegnede kvalitetsmål. Blandt andet sætter de spørgsmålstejn ved, om ændringer i tallene kan tilskrives Operation Life-kampagnen, idet såvel udsving i tallene som forskel mellem sygehusene kan skyldes mange andre faktorer, som der ikke standardiseres for, eksempelvis patientgrundlagets karakteristika. En del af lægerne har på den baggrund udvist modstand mod implementeringen af Operation Life-kampagnen.

HSMR-tallene drøftes i øvrigt mere indgående med sygehusledelserne, da disse tal især har været relevante for dem. Se kapitel fire for dette.

3.2. Implementering af pakkerne

Implementeringsmetoder

Som en integreret del af Operation Life-kampagnen er de deltagende sygehuse blevet tilbudt uddannelse i gennembrudsmetoden, som er en metode, der generelt kan benyttes til planlægning og gennemførelse af implementering og spredning af nye tiltag. Arbejdet med gennembrudsmetoden i forbindelse med kampagnen er blevet varetaget af Videnscenter Gennembrud, Center for Kvalitetsudvikling. Deltagerne har tilegnet sig metoden gennem en række seminarer (såkaldte værksteder), møder samt vejledning til de enkelte teams.

Ca. halvdelen af interviewdeltagerne har anvendt gennembrudsmetoden i deres arbejde med de forskellige pakker. Det skal understreges, at denne erfaringsopsamling ikke specifikt undersøger deltagernes vurdering af gennembrudsmetoden, så der refereres i det følgende blot til, hvad de giver udtryk for i forbindelse med generelle spørgsmål om implementering af Operation Lifes pakker.

Det synes som om deltagerne har haft meget forskellige erfaringer med deltagelse i og anvendelse af gennembrudsmetoden. Nogle beretter, at gennembrudsmetoden har været meget anvendelig i forhold til at implementere og fastholde arbejdet med implementering af de forskellige pakker:

"Vi har arbejdet meget ud fra gennembrudsmetoden. Jeg synes, det har været rigtig godt. Vi har tilpasset det, men vi har for eksempel forsøgt at lave små tiltag, som var lette at overskue, vi har arbejdet igennem en PDSA-test og sådan – det har været meget anvendeligt. Og jeg synes det har været smadder godt at få dannet den gruppe, som var med på de der værksteder [seminarer vedr. gennembrudsmetoden]".

"... den der PDSA-cirkel for eksempel, hvor jeg tænkte, hvad er det dog for noget, nu skal vi sidde og skrive firkanter, og hvor er det besværligt. Men pludselig kunne vi jo se i afdelingen, hvordan vi brugte dem! Og så lavede vi dem i vores hoved til sidst, uden at skrive det ned. Vi lavede små forsøg med os selv, så på storskala, så holdt vi personalemøde eller en mail om, at nu gør vi sådan og sådan, det har vi prøvet, det virker - det var et effektiv implementeringsværktøj".

Andre siger derimod:

"... og jeg vil give dig ret i – med de der gennembrudsværksteder - at for sygeplejersker føltes det lidt som at blive bombet tilbage til elevtid og lave pædagogisk plejeplan - det var der bare ikke noget nyt i for os. Det virkede lidt irriterende, at der skulle gøres et stort nummer ud af det. Altså, jeg tror, det blev mere kompliceret, end det egentlig skal være – i virkeligheden er det jo bare sådan, vi arbejder".

"Jeg synes, der er lagt op til i metoderne, at man skal beskrive utrolig meget. Der var for eksempel det der med de kognitive øvelser, hold op, hvor vi skriver meget. Og den ene PDSA-test skulle afløse den anden. Det synes jeg, der var for meget af".

Mange af dem, som ikke har anvendt gennembrudsmetoden, synes at have manglet redskaber til at arbejde med implementering af pakkerne. En af sygeplejerskerne siger for eksempel:

"Jeg tror, vi har manglet det [gennembrudsmetoden] – jeg har manglet nogle metoder til, hvordan man får det gennemført i afdelingen, så folk også gør det i praksis. Der, hvor det kniber, det er, når det skal nå helt ud at virke. Så er det svært! Så er der nogle, der ligesom gør, som de plejer – og hvordan får man det ændret?".

Deltagerne fra gennembrudsseminarerne fortæller, at især arbejdet med posterpræsentationer og drøftelse af faglige problematikker på tværs af faggrænser og sygehusene har fungeret godt på seminarerne. De anbefaler derfor, at den form for arbejde prioriteres på seminarerne. Mange giver udtryk for, at de har brugt de kontakter de har fået på seminarerne i den efterfølgende proces, og at det har været meget udbytterigt. Det har været nemmere at ringe til personer, man har mødt, både for at spørge om noget og for at dele erfaringer.

De nævner også, at der på seminarerne har været en række indslag af ikke-faglig karakter. De forholder sig generelt kritiske til det, men mange giver også udtryk for, at det har været en lille del af seminarerne, som i den megen omtale af det er kommet til at fordreje det generelle indtryk af gennembrudsmetoden. For eksempel:

"Det [indslag af ikke faglig karakter] har desværre givet en kritik af alt det der 'sygeplejerskefis', som de siger, lidt medvind. Det er ærgerligt, for vi har meget brug for, at lægerne kunne holde ud at være med. [xx] var den eneste overlæge, som var med til de ting. De andre forsvandt efter det første læringsseminar, og de kom hjem og fortalte, at vi skulle stå og slå med skeer. Det er meget ærgerligt, for det var faktisk kun en halv time af et langt forløb. Det har bare været meget støj, som de få elementer har fået. Det, synes jeg, har været ærgerligt".

Endelig synes det at være et problem, at der i forbindelse med gennembrudsmetoden har været anvendt en web-side, som har adskilt sig fra det, der i øvrigt anvendes i kampagnen. Mange fortæller, at det har været forvirrende, ressourcekrævende, og at de har haft en fornemmelse af 'at køre i to spor'.

De interviewdeltagere, som ikke har benyttet sig af gennembrudsmetoden, fortæller, at de har arbejdet med implementering af pakkerne ved at informere på personalemøder, haft undervisningsforløb på relevante afdelinger (for eksempel i forhold til MAT funktionen), har synliggjort deltagelse og resultater ved hjælp af Operation Life-materialet (plakater mv.), har

udviklet retningslinjer og forløbsbeskrivelser samt generelt dokumenteret arbejdet via Operation Life-databaser.

Tovholderfunktion

Som nævnt har nogle af sygehusene har haft en 'tovholder' funktion forankret hos en medarbejder i sygehusets kvalitetsafdeling. Det synes at være lidt forskelligt, hvor konkret medarbejderen er indgået i opgaverne, men erfaringen er generelt, at det er en stor hjælp for afdelingerne, og at det fremmer motivation og fastholdelse af opgaven. Det har især drejet sig om hjælp til indtastning, bearbejdning af data, håndtering af de anvendte it-programmer og databaser, hjælp til skriveopgaver, og generelt opmærksomhed på og opfølgning af de løbende resultater. En fortæller blandt andet:

"Jeg synes, at havde vi ikke haft sådan en som [medarbejder fra kvalitetsafdelingen], så havde vi ikke haft så nemt ved det. Jeg var da ikke med på det her, da vi kom hjem fra det første værksted. Vi har brugt meget krudt på at lave de her PDSA-cirkler, og hvordan vi får det implementeret. Så vi har brugt [medarbejder fra kvalitetsafdelingen] meget – det har været guld værd. Det var faktisk meget uklart, da vi kom hjem fra Vejle [gennembrudsseminar] - jeg vil sige, at tingene kommer ikke af sig selv, det har været svært at gennemskue. Og alt det med statistisk proces kontrol – det har kun fungeret godt, fordi vi har [medarbejder fra kvalitetsafdelingen]"

Andre afdelinger har fundet det nødvendigt at have en kollega som tovholder på deres afdeling med henblik på at fastholde opmærksomheden på arbejdet, formidle erfaring og resultater på personalemøder mv. Mange af deltagerne taler i den forbindelse også om, at det er nødvendigt at have 'ildsjæle' for at nye tiltag får en plads i afdelingens arbejde. For eksempel:

"Nu med medicinafstemning på afdeling C., det synes jeg viser, at meget af det her er løftet af ildsjælene. Hvis man har været så heldig at ramme nogle ildsjæle inden for de forskellige pakker, så er det i kraft af dem, det er gået. Og deres eksempel med at hun virkelig kunne forklare, at medicinafstemning jo er en kerneydelse inden for geriatrien - på den måde er jeg ikke i tvivl om, at de har fået en stor effekt af kampagnen, men det er jo forskelligt fra pakke til pakke og fra afdeling til afdeling, men det har krævet en ildsjæl"

"Det der er sværest, lige meget hvad vi taler om, er altid implementering og så fastholdelse når projektet slutter, og her tror jeg, at det er vigtigt, at man i praksis har tovholdere og ildsjæle, der brænder for det her og vil være med til at registrere og holde fokus på de her ting. Hos os er [xx] tovholdere på MAT, og de kommer ud i afdelingerne, og samler op på nogle ting, og holder gang i folk, så man er bevidst om det"

"Der er en stor sårbarhed, når der gælder personer. Det er det med alt forandringsarbejde. Det er tit ildsjæle, der trækker det. Det har vi helt tydeligt kun-

ne se, at hvis de folk så har været på orlov eller har været taget ud til andre opgaver, så skal der en særligt indsats for ligesom at trække det”.

Ledelsesopbakning

Nogle af deltagerne fortæller, at det konkret kan aflæses af resultaterne i hvilken udstrækning afdelingsledelsen har bakket op om projekterne. Eksempelvis fortæller en kvalitetskoordinator:

”Vi kan tydeligt se på resultaterne i vores hus, hvem det er af oversygeplejerskerne, der er aktive her. Og hvem der gerne vil være det, men som bare ikke er det. Der kan man godt se en afsmittende virkning i huset. For vores teams, de vil egentlig utrolig gerne, og der er rigtig meget energi. Det bliver bare ikke rigtig det samme, når ledelsen ikke er med. Også for at kunne skabe det tværfaglige fundament”.

Som citatet illustrerer, fremhæver deltagerne ledelsesopbakning som et helt centralt aspekt i forhold til succes med implementering og forankring af nye tiltag. For eksempel siger en af lægerne:

”Hen ad vejen er vi blevet opmærksomme [...] på om ledelsen støtter det her, ikke kun i ord, men i handlinger. Også de ting vi arbejder med på ledessporet, hvis der for eksempel er nogle mellemledere, der afdækker, at den største barriere er, at der ikke er en reel handlingsstøtte. Når man kommer med barriererne, så skal der også være nogle til at bane vejen og tage dem op på ledelsesniveau, og så få tingene til at køre - at du også tager arbejdsledelse med i forhold til det, og ikke bare siger, jamen det er fint, bare fortsæt!”.

Og andre supplerer:

”... vores sygehusledelse greb det med det samme og sagde ‘det vil vi også have her’. De var store i slaget og ville have alle seks pakker ind. Og så var ballet ligesom åbnet, at vi skulle være med til at implementere det, og vi skulle organisere det. Og så skulle lederne med, og jeg tror ligesom, de blev lidt over-killed af alt det papir der. Jeg synes, da vi var flere måneder henne, så var der flere af dem, ‘ja, men CVK – hvad er det?’. De kunne slet ikke forholde sig til det. Der oplevede jeg i hvert fald, at kæden hoppede af fra start”.

”Man bliver nødt til at have forankringen opad til. Hvad kan vi bede om af forandring af vores kollegaer - det kan man jo ikke bare gøre, hvis man ikke har ledelsens forankring. At det lykkes hos os, det tror jeg skyldes, at vi virkelig har oplevet ledelsesopbakning. De kommer og spørger til afdelingen, hvis det er gået galt, hvad vi så kan gøre, og roser os, hvis det går godt – det husker vi meget”.

En af sygeplejerskerne siger:

"Nu siger du, at afdelingsledelsen ikke har været med, men det, jeg manglede, var, at afdelingssygeplejerskerne blev taget med fra starten i projektet. På et møde problematiserede jeg, at vi ikke var med som afdelingssygeplejersker. For vi sidder der som mellemed, og jeg tror, vi skulle have været med fra starten for at få den forankring ned ad".

Ressourcer

Den helt store barriere i forbindelse med implementering af pakkerne er tid, ressourcer og prioritering af opgaverne. En af sygeplejerskerne fortæller:

"Men man kunne måske have ønsket sig, fra toppen af systemet, at der var afsat noget mere tid og ressourcer til de aktiviteter. Vi har brugt meget krudt på det, og vi har simpelthen ikke vidst, hvor vi skulle tage tiden fra. Så kommer 'indpiskeren' gående der på gangen, og så må vi jo bare finde noget tid. Jeg synes da, det skaber store problemer i perioder med mange patienter, og hvor er det så tiden skal tages fra? Og den lægelige del af det er ofte sat af til noget andet - så det er efter arbejdstid man skal mødes, i fritiden eller i frokostpausen, og det er ikke noget værd, det skal være når vi har længere, sammenhængende tid - og så er det når vi har fri, og det ved jeg heller ikke, om det er rimeligt. Til gruppearbejde, eller også har man selv siddet og indtastet efter arbejde.

"Vi er ikke blevet bevilliget et minut til det her - eller tager jeg fejl? Det gør jeg måske, jeg ved det ikke - men det har under alle omstændigheder ikke været nok. Det har fået høj prioritet, det må man sige, men vi har selv skullet finde tiden".

At det kræver mange ressourcer skyldes ikke mindst, at der i arbejdet med pakkerne for manges vedkommende introduceres en ny måde at tilrettelægge arbejdet på og en anden måde at implementere nye tiltag på. Deltagerne fortæller:

"Jeg tror, at der er rigtig mange virkelig gode ting i gennembrudsmetoden, men den er bare en revolution i forhold til, hvordan vi plejer at arbejde. Og jeg tror ikke, vi plejer at arbejde særlig konstruktivt eller effektivt. Man skal bare vide, at normalt så mødes vi måske engang om måneden - ting bliver i stedet sendt i høringer og sådan noget. Men her skal du mødes hver uge, og du skal lave om på noget. Og når du mødes næste uge, så har du lavet fire test, og laver om på det igen. Det kræver jo simpelthen, at man vender det helt på hovedet, hvordan man implementerer ting. Så det er en revolutionerende måde, hvis man skal følge den efter forskrifterne, og det kræver en anden organisation. Men jeg tror metoden har super mange gode ting".

Andre taler om dårlig timing, eksempelvis at kampagnen blev søsat samtidig med ændring i sygehusstruktur, men også generelt, at der sker mange ændringer og nye tiltag såvel orga-

nisatorisk som fagligt, og at det derfor kan være vanskeligt at få plads til så omfattende projekter som Operation Life.

Forskelle mellem faggrupper i forhold til engagement

Deltagerne giver udtryk for, at det er forskellige ting, som motiverer læger og sygeplejersker i forhold til at engagere sig i kampagnen, og at faggrupperne også har forskellige muligheder for at indgå i kvalitetsudviklingsarbejde. En af sygeplejerskerne siger for eksempel:

”Men jeg tænker, at for læger er det en ekstraopgave, du skal klare ved siden af, og for sygeplejersker er det et trin op i hierarkiet at arbejde med kvalitetsudvikling. Og der er afsat ressourcer til det. Når læger gør det [kvalitetsarbejde], så skal der hele tiden prioriteres: ’Skal jeg nu tage mig af denne patient, eller skal jeg sætte mig ned og lave kvalitetsarbejde?’. Det arbejde har bare forskellig status i de to grupper”.

I forlængelse af ovenstående fremgår det tydeligt af interviewene, at det primært er sygeplejersker, som er involveret i implementering og forankring af Operation Life-pakkerne, mens det i mindre grad er lykkedes at mobilisere lægerne. Sygeplejerskerne efterlyser mere engagement blandt deres lægekollegaer, da det har stor betydning både for gennemførelse af pakkernes elementer og for de resultater der opnås. Nogle af deltagerne fortæller:

”Som sygeplejerske har vi brugt tid på undervisning og på personalemøder osv. til at informere om pakken. Men jeg tror, at det, der har virket, har været, at en læge har stillet sig op foran de andre læger og sagt, at sådan og sådan skal vi gøre. Det hjælper ingenting, at sygeplejersken står og prikker lægen på skulderen og siger, du skal gøre sådan og sådan. Og det var sådan, det var i starten”.

”Jeg synes også, at det vi har kunnet se – måske specielt på tværs i huset – er, at det har haft utrolig stor betydning for os, og det arbejde vi har lavet, at [den ledende overlæge] har siddet med ved bordet og bakket op om det. Vi har ligesom fået det med i planen, at vi skulle lave nogle af de her ting. Det har været guld. Det har haft stor betydning for implementeringen”.

Generelt synes lægerne mere forbeholdne over for kampagnens form og indhold. Nogle af lægerne giver blandt andet udtryk for, at der er for lidt fagligt indhold i kampagnen, at evidensniveauet i forhold til pakkernes elementer kan diskuteres, og at der savnes klare og videnskabelige mål. Endelig siger en del af lægerne, at de mener, at man i kampagnen i højere grad burde have lyttet mere til anbefalingerne fra deres videnskabelige selskaber.

3.3. Hvilke resultater er opnået med Operation Life?

Deltagerne siger, at det er vanskeligt at vurdere, om resultaterne har stået mål med indsatsen, blandt andet fordi det er svært at måle, hvad der er kommet ud af det. Det skyldes, at de har oplevet, at der er flere forskellige former for resultater, både de konkrete kampagne-mål om forbedret patientsikkerhed og reddede liv, samt i høj grad også de gevinster arbejdet har haft i forhold til arbejdsprocesser og samarbejdsrelationer.

Langt de fleste af deltagerne mener, at de og deres afdelinger har haft udbytte af at deltage i Operation Life. De vurderer, at Operation Life har bevirket en række ændringer, som de ikke på forhånd havde ventet. De fortæller her primært om arbejdsgange, og om at Operation Life på mange måder har ændret rutiner i dagligdagen. En af lægerne siger:

”Det er jo ikke spor evidensbaseret, det jeg siger, men det [Operation Life] er et organisatorisk tiltag, som vi er ret sikre på har en kulturberigende effekt ude på afdelingerne. Det er ikke så meget os på intensiv, der ændrer os, det er arbejdsmåden, der ændres, og observationsniveauet bliver sikkert meget bedre. På den måde er jeg sikker på, der er sket et kompetenceløft”.

En af de interviewpersoner, som i øvrigt forholdt sig meget kritisk til såvel nogle af pakkerne faglige indhold og de målemetoder, der benyttes, fortæller:

”Så skal jeg sige noget positivt, vil jeg faktisk sige, som det [arbejdet med en af Operation Life-pakkerne] er skredet frem og blev en del af vores rutine, er det blevet mere og mere positivt, fordi det dækker et behov for systematik og sikrer, at vi har nogle rutiner, som sikrer at nogle ting bliver gennemført. Vi har fået nogle fuldstændig faste regler for, hvordan vi håndterer patienterne, [...]. Hvad det angår, har det gjort det væsentligt sikrere og væsentlig nemmere, og det bliver ved med at være der. For mit eget vedkommende handler det om, hvordan jeg tilrettelægger undervisning af de unge læger, for jeg har ændret lidt på indholdet, og fokuserer mere på simple ting, og gemmer den mest avancerede videnskab til siden. Her og nu er det den operationelle del, hvor vi fokuserer på den patient der er kommet ind, hvordan håndterer vi det her. Det har gjort, at det logistiske og det operationelle er blevet fremhævet og kører væsentligt bedre. Så der har været flere positive effekter, selvom jeg ikke er helt enig med, hvad den oprindelige pakke indeholdt, og hvordan statistikken er skruet sammen”.

En anden supplerer:

”Jeg har lige lyst til at sige, at da CVK-teamet sad tre måneder i efteråret og igen udfyldte de her skemaer, så var de simpelthen ikke i tvivl om nogen af de ting. Det er et meget godt eksempel på, at man førhen havde en instruks, men ingen fulgte den. Nu har man en instruks og man har en praksis, hvor gentagne målinger viser, at det følger man. Så jeg tror, at man ikke skal underkende, at der er mange former for resultater i det her. Noget af det handler

om de enkelte pakker. Men en del er faktisk gået med at lære måden at arbejde på”.

En gevinst, som stort set samtlige interviewdeltagere lægger særlig vægt på, er en større åbenhed og et øget samarbejde mellem såvel faggrupper som afdelinger og sygehuse. I nogle regioner er der etableret et samarbejde omkring enkelte af pakkerne, eksempelvis MAT, men generelt gælder det, at deltagerne oplever meget større åbenhed over for at bruge hinandens erfaringer og resultater særlig på tværs af sygehusgrænser. De fortæller for eksempel:

”Det vigtigste i de her pakker, det er det samarbejde på tværs, som der er kommet meget mere fokus på, fokus på vigtigheden af at arbejde sammen, for det er i overgangene mellem afsnittene, at der er rigtig meget at hente. Det gør en forskel, at vi alle kører ens her i huset, og at vi mødes og snakker og kender hinanden lidt bedre, så man kan sige de ting”.

”Det er et stort plus i det hele taget ved Operation Life projektet, at dørene er blevet åbnet meget mere mellem de forskellige sygehuse. Der er blevet meget mere kommunikation og meget mere vidensdeling mellem sygehusene. Og meget mere åbenhed over for ..., ja, bruge af hinandens erfaringer og give hinanden gode idéer og inspiration”.

”Mange af os vil fremhæve, at vi har fået meget ud af netværk og kontakt med andre lignende afdelinger og udveksle erfaringer, så man ikke selv går og udarbejder det hele, men deles om det og laver det i samarbejde. Det er blevet lettere at kontakte kollegaer fra andre sygehuse for at høre, ’Hvordan gjorde I lige det?’. Det er meget frugtbart. Det synes jeg faktisk har været en rigtig vigtig del, ved at lave den her landsdækkende kampagne. For vi har ikke haft stor tradition for inden for sundhedsvæsenet at dele med hinanden. Vi har haft lidt for stor tradition for at holde kortene tæt til kroppen”.

”Det syntes jeg i alle tilfælde er en af de ting, jeg har taget meget til mig, den åbenhed der er kommet imellem os, det at man lige pludselig kan udveksle erfaringer med kollegaer fra andre afdelinger og sygehuse, og på den måde også lige hurtigt lave nogle ændringer, i stedet for at man hver gang skal starte forfra, og den der med ’vi ved godt, at de har lavet det inde ved siden af, men vi holder det hver for sig”.

Også et øget samarbejde mellem læger og sygeplejersker fremhæves:

”... og mellem læger og sygeplejersker her i huset, tror jeg også, der er en lidt større både forståelse for på den ene side af, hvor svært det rent faktisk er, og også på den anden side om, at der er behov for at det bliver bedre”.

”Det der med samarbejde mellem læger og sygeplejersker, der er vi blevet tvunget til hele tiden måned for måned at måle på de her ting. Der er ligesom

indbygget, at hvis ikke begge parter arbejder sammen om det her, så kan vi simpelthen ikke måle på de her tal. Og det er der flere der har taget til sig, specielt måske på lægeside”.

Deltagerne drøfter også, hvad der er årsag til disse gevinster. Mange mener, at deres deltagelse på de forskellige seminarer i forbindelse med arbejdet med gennembrudsmetoden har haft en positiv effekt, fordi man der møder og samarbejder med kollegaer fra andre afdelinger og sygehuse. Men en del siger også, at nødvendigheden af tværfaglig og tværinstitutionelt samarbejde ligger implicit i pakkernes elementer, fordi det ofte kræver koordinering og samarbejde mellem afdelingerne. Andre nævner at kampagneformen heller ikke er uden betydning, eksempelvis:

”I forhold til andre ting, hvor vi har brugt rigtig meget tid, så tror jeg, at det her [Operation Life] er gået meget bedre. Det har rykket på en anden måde, og jeg har overvejet, hvad der har gjort forskellen. Selvfølgelig har der været meget fokus på det også pressemæssigt, men det er måske så kampagneformen, der har givet noget til det”.

Endelig giver en stor del af deltagerne udtryk for, at arbejdet med Operation Life på mange måder er en forløber for Den Danske Kvalitetsmodel, og at det derfor har haft den gevinst, at de har en oplevelse af allerede at være i gang med det arbejde. Eksempelvis siger deltagerne:

”Det kampagnen også har gjort er, at vi bedre kommer igennem den mastodont, der hedder Den Danske Kvalitetsmodel, tror jeg. Det bliver nemmere for os - vi er jo allerede i gang, med nogle af de ting, vi får fra pakkerne”.

”... og så kan det være, at det gavner længere henne. Og det tror jeg det gør i forhold til Den Danske Kvalitetsmodel, fordi vi er en forløber for den. For ellers synes jeg slet ikke det hænger sammen med den tid, der er blevet brugt på det”.

I forhold til effektmålene giver deltagerne udtryk for, at det er svært for dem at bedømme, om det har forbedret sikkerheden for patienterne. Mange siger, at det formoder de, pga. de ændrede arbejdsprocesser, der er foretaget, men andre forholder sig også kritisk til det. De siger blandt andet, at der bliver lagt et stort arbejde i at dokumentere, hvad der gøres og at der gøres noget, men at det samtidig er vanskeligt at sige noget konkret om virkningen af det på et patientniveau. De efterlyser som allerede nævnt mere fokus på effektmål. En af deltagerne siger:

”Ja, det ville jo være rart, hvis man kunne bevise, at det betød noget, det vi går og gør. Vi har mange indikatorer, men der mangler mål, hvor vi kan forbinde indsatsen med resultater – om patienterne har udbytte af det”.

Deltagerne drøfter i den forbindelse, at resultaterne er påvirket af mange andre faktorer, og at forhold som patientgrundlaget, hændelser som sygehusombygninger, omstruktureringer mv. påvirker resultaterne.

4. Sygehusledelsernes vurdering og erfaring med Operation Life

4.1. Hvordan har sygehusledelsen været involveret i Operation Life?

Sygehusledelsernes involvering i Operation Life har primært været på et overordnet plan. De har taget beslutningerne om sygehusenes deltagelse i Operation Life, herunder skabt rammer, opbakning og motivation for arbejdet sammen med afdelingsledelserne. På ca. halvdel af de sygehuse, der har deltaget i interviewene, er der tilført afdelingerne økonomisk støtte i form af bevilling af ekstra personer til opgaverne, enten på de kliniske afdelinger eller i kvalitetsafdelingerne. Det gælder for næsten alle sygehusledelser, at cheflægen eller chefsygeplejersken (eller eventuelt andre titler for samme funktion) har været mere involverede i projektet end sygehusdirektøren (med mindre vedkommende er læge eller sygeplejerske). Projektet opfattes generelt som et sundhedsfagligt projekt mere end et organisatorisk projekt.

Undervejs i Operation Life er den løbende koordinering og informationsudveksling typisk sket i sygehusenes kvalitetsråd og/eller kvalitetsafdelinger. Sygehusledelserne har ofte plads i kvalitetsrådene og har på denne måde været involveret i projektet. Det gælder også eventuel videreførelse af projektet eller dele heraf, som typisk er blevet drøftet i kvalitetsrådene inden sygehusledelserne træffer beslutninger.

Flere sygehusledelser nævner, at projektet er brugt som grundlag for ekstern kommunikation til presse og borgere, og på den måde anvendt til imagedannelse, særlig hvis HSMR-tallene er gode eller går frem.

Nogle af sygehusledelserne nævner, at de har følt sig lidt presset af deres respektive regionsledelser til at indgå i Operation Life. Sygehusledelserne har fremført, at mangel på ressourcer ville gøre det svært at deltage i projektet, men har alligevel måttet tilslutte sig projektet. Enkelte sygehusledelser efterlyser også mere information fra regionsledelserne forud for beslutning om deltagelse, for eksempel vedrørende vilkår, ressourcer osv.

4.2. Vurdering af kampagnens form og indhold

Sygehusledelserne er med enkelte undtagelser positive over for Operation Life-kampagnens form. De vurderer, at den har skabt synlighed og opmærksomhed og dermed øget kendskabet til kampagnens fokus på patientsikkerhed. Flere sygehusledelser nævner, at kampagnen i starten af nogle blev opfattet som mere eller mindre "poppet", fordi den blander noget seriøst og fagligt med noget sjovt. Men det er sygehusledelsernes indtryk, at de fleste har vænnet sig til kampagneformen. Det at kampagnen var ny, og måske lidt provokerende, gjorde at man måtte forholde sig til den, og dermed blev indholdet og problematikken kendt. Mange sygehusledelser finder, at der er god balance mellem det "poppede" og det faglige, evidensbaserede grundlag, og at den balance gør kampagnen god. Kampagnen er samtidig anvendelsesorienteret, og dermed nemmere at implementere og forankre i det kliniske miljø.

Der er som nævnt få kritiske røster blandt sygehusledelserne omkring kampagnens form. Kritikken går især på, at kampagnen flytter fokus fra det generelle kvalitetsarbejde og dermed virker forstyrrende og belastende. Enkelte sygehusledelser finder, at den efter deres op-

fattelse "poppede" tilgang i kampagnen har været en hæmsko for den lægefaglige opbakning og deltagelse, og dermed har kampagnens indhold haft svært ved at skabe den tilsigtede effekt. En effekt, som i øvrigt ifølge kritikerne ikke kan måles, selv om kampagnen tilstræber dette. Kampagnen burde ifølge disse kritikere således i højere grad målrettes de enkelte faggrupper på sygehusene.

I forhold til kampagnens indhold handler de positive vurderinger især om, at man på sygehusene gennem relativt simple tiltag med fokus på faglig kvalitet, systematik og dokumentation har igangsat en masse nye initiativer på patientsikkerhedsområdet, hvoraf en stor del bedømmes at have positive virkninger, også langt ud i fremtiden. Pakkekonceptet vurderes af mange sygehusledelser som værende overskueligt og enkelt at arbejde med. Desuden giver sygehusledelsen udtryk for, at det at relevante videnskabelige selskaber har været involveret betyder, at kampagnen hviler på et godt fagligt fundament, som er afgørende for accepten blandt sygehuspersonalet. Især pakkerne vedrørende medicinafstemning og MAT fremhæves i forhold til at give gode og hurtige resultater.

Mange sygehusledelser fremhæver også, at kampagnens fokus på dokumentation, målinger og metoder har været et positivt element, som har ændret kulturen på sygehusene. Der er dog en del skepsis omkring HSMR-tallene, også blandt de sygehusledelser, der er positive over for øget registrering og dokumentation (se det efterfølgende afsnit).

De få mere kritiske kommentarer fra sygehusledelserne drejer sig især om dokumentation og registrering. De vurderer, at der er lidt for meget registrering i Operation Life, hvilket er relativt tidskrævende og ikke altid brugervenligt. Ifølge disse kritikere registreres megen data i forhold til processer og procesmål, frem for effektmål. Endelig nævnes mortalitetsopgørelserne, som ifølge kritikerne bygger på stor datausikkerhed, så data kan efter deres vurdering ikke bruges til at sige noget præcist om effekterne af kampagnen.

Omkring pakkekonceptet fremhæves det i de kritiske kommentarer, at nogle pakker er for omfattende at arbejde med, især medicinafstemning. Desuden er evidensen ifølge kritikerne ved nogle af pakkerne problematisk, især sepsis og medicinafstemning.

Vedrørende implementering af Operation Life på afdelingerne giver flere sygehusledelser udtryk for, at det er svært at få alle personalegrupper med i arbejdet på afdelingerne, især op-levs lægerne som skeptiske.

Kun få af de interviewede sygehusledelser har brugt Operation Lifes hjemmeside eller kender nyhedsbrevet, som er målrettet sygehusledelsen, og som findes på hjemmesiden.

4.3. Vurdering af effektmål i Operation Life

Sygehusledelserne har i interviewene stort set kun forholdt sig til HSMR-tallene, idet ingen af de interviewede har særligt dybtgående kendskab til det øvrige data, der indgår i Operation Life. En del sygehusledelser har kritiske kommentarer til HSMR-tallene. Kritikken går dels på usikkerhed i tallene, og dels på om tallene er et udtryk for effekten af indsatsen.

Et af målene med HSMR-tallene er at måle effekten af kampagneindsatsen. Det forholder nogle sygehusledelser sig kritisk til, idet de siger, at ændringer i tallene ikke nødvendigvis skyldes kampagnens aktiviteter, men kan være forårsaget af mange andre faktorer.

Alle sygehusledelser læser og forholder sig til HSMR-tallene, det vil sige, at de drøftes i relevante fora på sygehuset. Tallene er på mange sygehuse anvendt til at sætte yderligere undersøgelser i gang med henblik på at finde forklaringer på eventuelle ændringer i tallene, for eksempel i form af journalaudits på dødsfald. På de sygehuse, hvor tallene er brugt mere aktivt end andre sygehuse, tilføjer sygehusledelsen, at tallene bruges med forbehold, fordi man er usikker på, hvor pålidelige de er. Usikkerheden i tallene skyldes ifølge sygehusledelserne, at der mange steder er tale om relativt små talstørrelser, hvor der er statistisk usikkerhed ved ændringer. Af andre forhold, der kan påvirke og skabe usikkerhed omkring tallene, nævnes ændringer i sammensætningen af patienter, eller at mindre sygehuse har skullet tage flere (terminale) patienter hjem fra et større sygehus, hvilket giver en forholdsvis voldsom stigning i HSMR-tallene. Endelig er der kritik fra en del sygehusledelser omkring standardiseringen af HSMR-tallene, som man oplever som ufuldstændig. De faktorer, der indgår i standardiseringen er utilstrækkelige, og dermed bruges der ifølge kritikerne meget tid på at forklare tallene i stedet for at arbejde aktivt med tallene i forbedringsøjemed.

Flere sygehusledelser siger, at de oplever det som om kampagnen har prøvet at give tallene et videnskabeligt skær, men at det ikke er lykkedes. Samtidig giver de fleste dog udtryk for, at HSMR-tallene er bedre end ingenting, men at opgørelsesmetoden kunne være mere gennearbejdet på forhånd. Sygehusledelserne siger samstemmende, at hvis opgørelserne fortsat skal produceres og udgives, er det nødvendigt med ændringer i opgørelsesmetoderne.

4.4. Hvad har fremmet og hvad har været barrierer for Operation Life?

Det er sygehusledelsernes vurdering, at den ledelsesmæssige forankring og opbakning er meget væsentlig for at arbejdet med kampagnen kan fungere optimalt. Samtidig skal sygehuspersonalet kunne se et klart formål med arbejdet, og det er en speciel styrke ved Operation Life.

En del sygehusledelser nævner, at et grundigt kendskab til arbejdsmetoder skal finde sted i starten af kampagneperioden. Målsætninger skal suppleres med forslag til mulige metoder til at nå målsætningerne, som det eksempelvis har fundet sted med brugen af gennembrudsmetoden. Det øger motivationen, og opgaverne bliver mere overkommelige. Flere sygehusledelser vurderer også, at det er væsentligt at starte arbejdet relativt langsomt, selv om mange ønsker at komme hurtigt i gang. Nye tiltag skal bundfælde sig i organisationen for at lykkes bedst muligt. Flere sygehusledelser nævner, at de har fortrudt, at de har påbegyndt alle eller næsten alle pakker på en gang. Det har krævet for meget af en i forvejen presset organisation. Samtidig var nogle af pakkerne lidt uventet sværere at implementere end andre, her nævnes for eksempel medicinafstemning.

Kravet om dokumentation i kampagnen har krævet tid til registrering, som har været svært at finde. Endelig nævner sygehusledelserne barrierer som modstand mod forandringer, traditioner og ressourcemangel.

4.5. Hvilke resultater er opnået med Operation Life?

Sygehusledelserne har svært ved at vurdere de direkte resultater af kampagnen. Flere nævner bedre HSMR-tal, men som tidligere nævnt er mange forbeholdne over for værdien af tallene. Enkelte sygehusledelser omtaler konkrete eksempler på forbedringer, for eksempel kortere liggetid for respiratorpatienter.

Næsten alle sygehusledelser fortæller om forskellige indirekte resultater af kampagnen, eksempelvis at arbejdsmetoderne i kampagnen har ændret mange processer på sygehusene, også på områder, der ikke direkte er relateret til patientsikkerhed. Herunder pointeres også, at arbejdet med Operation Life har været en god forløber for arbejdet med Den Danske Kvalitetsmodel for sygehuse.

Desuden nævnes som et væsentligt resultat, at der nu er mere samarbejde på tværs af afdelinger, faggrupper og sygehuse. Gennem arbejdet med Operation Life er der dannet netværk og etableret kontakter, som er meget nyttige også i andre sammenhænge. Flere sygehusledelser peger også på, at kvalitetsarbejdet på deres sygehuse er ændret med Operation Life. Nu tænkes der mere i målinger, tværfaglighed, gennembrudmetode osv. Det vil sige, at kvalitetsarbejdet generelt er blevet væsentligt kvalificeret, hvilket de vurderer også er nyttigt for andre områder end patientsikkerhed.

De fleste sygehusledelser giver udtryk for, at arbejdet med pakkerne vil fortsætte i en eller anden form. En del har ikke taget stilling til videreførelse endnu, da kampagnen på landsplan netop er afsluttet, og kvalitetsrådene nu skal drøfte den videre proces. Mange sygehusledelser nævner dog, at arbejdet tænkes ind i Den Danske Kvalitetsmodel, og dermed sikres den fornødne kontinuitet.

