

Tidsskrift for Dansk Sundhedsvæsen

94. årgang ■ Nr. 3 ■ April 2018

TEMA
Værdibaseret styring



- Sådan skaber vi et mere værdibaseret sundhedsvæsen
- Et værdibaseret sundhedsvæsen kræver patientnær ledelse
- Her er mindst én god grund til at elske værdibaseret styring



Dansk Selskab for ledelse
i Sundhedsvæsenet

Danish Health Care Journal

94. årgang 3/2018

Tidsskrift for Dansk Sundhedsvæsen udgives af Dansk Selskab for ledelse i Sundhedsvæsenet. ISSN: 2245-7100.

Henvendelse om medlemsoptagelse i DSS og om ændringer i medlemsregistrering rettes til:
Sekretariatsleder Birgitte Barrett Bach
Tlf. 78 44 11 02 ■ E-mail: info@dssnet.dk

Artikler til TFDS: Se forfattervejledning på www.dssnet.dk

Kommende deadlines:

Majudgaven: 01.05.2018
Septemberudgaven: 15.08.2018
Oktoberudgaven: 11.09.2018

Redaktionsudvalg

Hospitalsdirektør Lars Dahl Pedersen (formand)
Hospitalsenhed Midt
Tlf. 78 44 10 02 ■ Mobil 40 31 32 30
E-mail: lars.dahl.pedersen@midt.rm.dk

Sundhedschef Marit Nielsen-Man,
Vejle Kommune
E-mail: marin@vejle.dk

Vicedirektør Peter Mandrup Jensen
Nordsjællands Hospital
E-mail: peter.mandrup.jensen@regionh.dk

Adm. direktør Jens-Otto Skovgaard Jeppesen
Specialhospitalet FILADELFIA
Tlf.: 24 94 56 12 ■ E-mail: jesje@filadelfia.dk

Hospitalsdirektør Per Christiansen
Rigshospitalet og Glostrup Hospital
E-mail: per.christiansen@regionh.dk

Konsulent Lene Pedersen
PAR3
Tlf. 23 48 94 60 ■ E-mail: lene@par3.dk

Dorthe Rørmann
Styrelsen for Patientsikkerhed
E-mail: dorteroermann@gmail.com

Afdelingsleder Lone Bülow Friis,
Region Midtjylland
E-mail: lonefriis@outlook.com

Redaktion

Hospitalsdirektør Lars Dahl Pedersen (formand)
Hospitalsenhed Midt
Tlf. 78 44 10 02 ■ Mobi 40 31 32 30
E-mail: lars.dahl.pedersen@midt.rm.dk

Journalist/redaktionssekretær Mikkel Krogh
E-mail: mikkel@sparkmedia.dk

Abonnement: Abonnement på TFDS oprettes på www.dssnet.dk.
Pris: kr. 500,00 incl. moms for 8 årlige onlineudgaver.

Annoncer: Dansk Mediaforsyning ApS
Elkjærvej 19, stuen, 8230 Åbyhøj
Tlf. 70 22 40 88 ■ E-mail: oe@dmfnet.dk

Layout og produktion: ProGrafisk ApS ■ Tlf. 63 38 39 40

Forsidefoto: AdobeStock

■ Synspunkt

Vi skal lære at gøre mindre, billigere og mere bæredygtigt / 4

Af Lars Dahl Pedersen

■ TEMA: Værdibaseret styring

Sådan skaber vi et mere værdibaseret sundhedsvæsen / 6

Af Adam Wolf

Et værdibaseret sundhedsvæsen kræver patientnær ledelse / 12

Af Kirsten Wisborg

Her er mindst én god grund til at elske værdibaseret styring / 20

Af Peter Mandrup Jensen

Store perspektiver i værdibaseret diabetesbehandling / 26

Af Søren Skovlund og Niels Ejskjær

■ Sundhedsvæsenet lige nu

Invitér kræftpatienten med til multidisciplinær team-konference / 38

Af Anne Hjellund Christiansen, Kasper Wennervaldt

og Linda Aagaard Thomsen

Vellykket patientinddragelse kræver ledelse / 50

Af Helle Østergaard og Kirsten Lomborg

Nyt speciale i akutmedicin vil give kvalitetsløft for de samme penge / 58

Af Jacob Rosenberg

Ledere i sundhedsvæsenet bør udfordre deres opfattelse af ledelse / 64

Af Morten Fogsgaard, Ulrik Toft, Niels Falk Bjerregaard, Leni Abrahamsen

og Anne Kathrine Kirk Bebe

ÅRSMØDE

Hvordan holder vi patienter uden for sygehusvæsenet?

– Fremtidens sundhedsvæsen og fremtidens ledere i sundhedsvæsenet

Indrømmet – vi har i år en lidt provokerende titel på vores årsmøde, men vi hører dagligt om eksisterende og kommende udfordringer, som bliver større og større. Flere ældre, flere med kroniske sygdomme, stigende forventninger og krav fra patienter og borgere, nye teknologiske muligheder og ny medicin. Hvad kunne være løsninger på nogle af disse udfordringer, og hvad med fremtidens ledere i sundhedsvæsenet? Skal de, udover de klassiske og traditionelle kompetencer, have indsigt og talenter for innovation, netværksledelse, brugerinddragelse og meget andet?

Den første dag sætter vi fokus på muligheder og effekter inden for:

- Sygdomsforebyggelse og sundhedsfremme
- Organisering, samarbejde, roller og opgavevaretagelse
- Innovation, teknologi og teknik

Med andre ord – hvad kan disse tre områder bidrage med til at mindske presset på især sygehusvæsenet? Men gevinster og nyskabelser kommer ikke af sig selv – det kræver ledelse – derfor fortsætter vi fredag med fokus på fremtidens ledere i fremtidens sundhedsvæsen.

Velkommen til årsmøde i DSS 2018!

Hvordan holder vi patienter uden for sygehusvæsenet?

– Fremtidens sundhedsvæsen og fremtidens ledere i sundhedsvæsenet

ÅRSMØDE



Onsdag den 6. juni 2018 til fredag den 8. juni 2018
på Best Western Plus Hotel Svendborg,
Centrumpladsen 1, 5700 Svendborg



Dansk Selskab for ledelse
i Sundhedsvæsenet

Årsmødet afholdes
**Onsdag den 6. juni 2018 til
fredag den 8. juni 2018 på
Best Western Plus
Hotel Svendborg,
Centrumpladsen 1
5700 Svendborg**

**Klik her
for program**

Vi skal lære at gøre mindre, billigere og mere bæredygtigt



Af Lars Dahl Pedersen

I sundhedsvæsenet hylder vi det olympiske motto: Hurtigere, højere, stærkere. Alle fagprofessionelle, medarbejdere, ledere og politikere er optaget af at levere endnu højere faglig kvalitet, at øge patientinddragelsen, at introducere nye og bedre behandlinger, at forbedre opfyldelse af servicemål og at forbedre sammenhængen mellem sygehuse, kommuner og almen praksis. Samtidig stiger sygdomsbyrden i en aldrende befolkning.

Det er stærkt motiverende – ikke mindst som leder – at være drevet

af ambitioner om at gøre det godt og hele tiden bedre end i går. Men ambitionerne, som alle sammen handler om kun at gøre mere og bedre, er ikke bæredygtige i længden. Et er, at vi ikke har råd, demografien gør også, at vi ikke i fremtiden kan rekruttere tilstrækkeligt med fagfolk til en fortsat vækst.

Det ved alle godt. I princippet. Det er bare så pokkers svært at sige nej, når principperne møder den konkrete virkelighed. Derfor kan vi ikke tale prioritering. Det er nærmest tabu. Derfor holder vi fast strukturer, hvor nogle kan blive sure, hvis vi overvejer at lave strukturerne om.

Fornægtelse af reelle dilemmaer

Vi har udviklet en subtil form for fornægtelse af de reelle dilemmaer. Det er her, at slagord som »Det handler om ledelse«, »Vi skal lære af

de bedste«, »Kvalitet behøver ikke at koste mere« og »Stop dog unødvendig registrering« bliver bragt på bane. Dilemmaet består imidlertid, selvom slagordene kan have en vis gran af sandhed.

Konsekvensen er, at kravet om hurtigere, mere og bedre skubber problemet ud i mødet mellem sundhedsvæsenet og den enkelte borger eller patient. Det er her, der skal løbes hurtigere, leveres mere og bedre hver eneste dag. Det øger presset på den enkelte medarbejder, og det er her, den manglende bæredygtighed mærkes konkret og presser den enkeltes muligheder for at gøre det godt.

Politisk lederskab på to områder

I en verden af prioriterings-forskrækkelse og dilemma-fornægtelse er det opløftende at konstatere, at der på to områder har været udvist

politisk lederskab i det seneste år. Aftalen om etablering af Medicinrådet har knæsat et princip om, at der kan siges nej til ny dyr medicin.

Tilsvarende har afskaffelsen af 2%-produktivitetskravet i 2018 vist en politisk vilje til at fokusere på det, der giver værdi for patienten, frem for DRG-værdi og aktivitetsmål. Det er let at underkende disse reformers betydning og holdbarhed. Men vi kan også vælge at opfatte det som de nødvendige spæde første skridt i en mere omfattende bevægelse mod et mere bæredygtigt sundhedsvæsen.

Vi vil fortsat være underlagt et pres og ambitioner om at gøre mere. Men vi skal også holde fast i modet til at gøre mindre, billigere og mere bæredygtigt.



Sådan skaber vi et mere værdibaseret sundhedsvæsen

I udviklingen af fremtidens styring af sundhedsvæsenet skal rammer og incitamenter ikke forhindre, at personalet kan sætte fokus på de ting, som er vigtige for patienterne.

Af Adam Wolf

Værdibaseret sundhed

Værdibaseret sundhed er et koncept, som er født i USA på Harvard Business School, men som siden har antaget mange forskellige former rundt om i verden. Det gennemgående princip i et dansk værdibaseret sundhedsvæsen er, at man indretter sundhedsvæsenet efter, hvad der giver størst mulig værdi for patienterne.

Værdi for patienten forstås her som outcome – altså effekten af sundhedsvæsenets samlede indsats målt direkte på patienten. Har patienten smerter? Kan han gå efter

knæoperationen og vende tilbage til sit arbejde? Og hvordan har han det 2 måneder, 1 år og 3 år efter operationen på hospitalet og genoptræningen i kommunen? Det er af den type af spørgsmål, vi i højere grad skal stille og indrette os efter i et værdibaseret sundhedsvæsen.

Viden om outcome er central ikke blot for at løfte kvaliteten, men også for at gøre sundhedsvæsenet økonomisk bæredygtigt i længden. Når vi ved, hvad der er vigtigt for patienten, og når vi følger op på, om vi rent faktisk leverer det, kan vi bedre målrette ressourcerne til de indsatser og aktiviteter, som skaber mest sundhed for pengene.

Forandring på flere niveauer

I fremtiden vil vi fortsat følge aktiviteten på sygehusene, anvende kliniske retningslinjer og have fokus på at overholde budgetterne på sygehuset og i kommunen. Men der er behov for, at vi grundlæggende drejer mere af opmærksomheden mod, hvad patienten i sidste ende får ud af mødet med sundhedsvæsenet. Og mod hvad der er samfundsøkonomisk optimalt, frem for hvad der er billigst for den enkelte kommune eller hospitalsafdelingen.

Der er tale om en forandring på flere niveauer, hvor vi i større udstrækning tilrettelægger behandlingen, »leverancekæden« og styringen efter, hvad der skaber størst

værdi for patienten. Det kan illustreres med nedenstående figur.

Som pyramiden antyder, er der tale om en bred dagsorden, som kan have betydning for måden, man arbejder med områder som kvalitetsudvikling, økonomi, tværsektorielt samarbejde, ledelse og styring. I det følgende vil jeg komme ind på, hvad værdibaseret sundhed betyder for måden, vi tænker og arbejder med disse områder.

Behov for bedre datakilder

I dag har vi data om ventetider, antal besøg på sygehuset og overholdelse af retningslinjer. Men vi ved ikke nok om, hvad der er vigtigst for patienten, og hvad de rent faktisk får ud af behandlingen.

Vi skal måle og vurdere et værdibaseret sundhedsvæsens indsats på, hvad patienten i sidste ende får ud af behandlingen. Det kan data om antallet af operationer eller besøg

på et sygehus ikke sige meget om, og der er derfor behov for at udvikle bedre datakilder.

»The missing link« er her patient-rapporterede oplysninger (PRO), hvor patienten selv vurderer og indmelder sin sundhedstilstand gennem et spørgeskema. Patienten kan for eksempel angive omfanget af smerter eller hvor meget energi og overskud, han har under et behandlingsforløb.

Værdibaseret sundhed på alle niveauer



Det nationale projekt om værdibaseret sundhed: Eksempel fra Aalborg Universitetshospital

I et nationalt projekt med alle fem regioner er en række behandlingsområder udvalgt til at danne grundlag for erfaringer med, hvordan man styrer efter konkrete outcome-mål for patienterne. Og dermed også give en ide om, hvordan værdibaseret styring kan konkretiseres i Danmark: Hvad kan lade sig gøre på den korte bane, hvad giver mening for brugerne, og hvilke løsnin-

ger skal udvikles og implementeres på længere sigt?

Behandlingsområder i projektet:

- Hofte-knæ alloplastik
- Apopleksi
- Prostatakræft
- Epilepsi
- Angst og depression
- Hjerter
- Diabetes

På ortopædkirurgisk afdeling i Farsø i Nordjylland er man gået sammen med patienter og lægefaglige eksperter fra alle fem regioner om at udvælge de målepunkter, som er de vigtigste for patienterne, og samtidig kan bruges til forbedre behandlingen fra et klinisk perspektiv:

Knæ- og hoftealloplastik



Effektmål til værdibaseret styring

- Komplikationer
- Re-operation (inden for 2 år)
- Livskvalitet
- Funktionsniveau
- Arbejdsstatus (anvendelse af DREAM-database)
- Patienttilfredshed



Eksempler på PRO-spørgsmål

- Hvordan vil du beskrive de smerter, som du har haft i knæet?
- Hvor lang tid har du kunnet gå, før du har fået stærke smerter i knæet?

Ambitionen er ikke alene at følge op på, hvad patienterne rent faktisk får ud af behandlingen, men også at give patienten større indflydelse på deres behandlingsforløb.

Forsøget viser allerede store potentialer. Dialogen mellem behandler og patient undervejs i forløbet er styrket, fordi lægen bedre kan følge og forudsige patientens sygdomsudvikling. Det giver patienten bedre indblik i sine muligheder – skal patienten vælge en operation, eller i stedet forsøge sig med genoptræning? Og samtidigt er der et økonomisk rationale forbundet til modellen, fordi de patienter, som ikke får gavn af en knæoperation, identificeres med en besparelse til følge.

Det er vigtigt at udvælge de rigtige outcome-mål, så man spørger til forhold, som rent faktisk er vigtige for patienterne. For patienter med prostatakræft er impotens og inkontinens for eksempel relevante målepunkter, mens det for en patient, som har været gennem en knæoperation, er mere relevant at se på, hvor hurtigt mobiliteten genvindes.

Hvad der er vigtigt, vil således variere mellem behandlingsområder, og derfor er det afgørende, at patienterne inddrages i udvælgelsen af de outcome-mål, vi bruger til at vurdere sundhedsvæsenets indsats. Udviklingen af de rigtige outcome-mål og data til at følge op på disse skal især bæres frem af klinikere, som har den primære kontakt med patienterne og besidder den faglige ekspertise.

Mere viden om outcome for patienterne kan bruges lokalt til at udvikle kvaliteten og forbedre det individuelle patientforløb som i eksemplet fra Aalborg Universitetshospital i boksen til venstre. Men på sigt skal det også bruges nationalt,

så en hjerteafdeling i Region Nordjylland kan sammenligne sine resultater på outcome-mål med en hjerteafdeling i Region Hovedstaden. Det handler om at bruge data til at synliggøre og udbrede gode eksempler og behandlingspraksisser.

Leverancekæden og det samlede patientforløb

I dag findes der mange lokale tiltag i regionerne, som arbejder på at skabe mere sammenhæng på tværs af sektorer. Et eksempel er et udkørende akutteam i Esbjerg, hvor kommunalt ansatte sygeplejersker kører ud fra Den Fælles Akutmodtagelse på Sydvestjysk Sygehus til borgere, som er i risiko for en indlæggelse. Sygeplejerskerne har deres daglige gang både på hospitalet og i borgernes hjem, og det er med til at sikre bedre overgange.

Men mange patienter i sundhedsvæsenet oplever også manglende sammenhæng i deres patientforløb, fordi der mange steder mangler koordinering og samarbejde mellem kommunen, almen praksis og forskellige afdelinger på sygehuset. Så

spørgsmålet er, hvordan vi højere grad kan samarbejde om at skabe bedre patientforløb? En del af svaret kan være at se sundhedsvæsenet som en »leverancekæde«, hvor hvert led har betydning for den værdi, patienten får ud det samlede patientforløb.

Ofte slutter patientforløbet jo ikke, når patienten forlader sygehuset. Operationen på sygehuset skal snarere ses som første led i en kæde af ydelser, sundhedsvæsenet leverer. Efterfølgende kan en fysioterapeut stå for genoptræning i det lokale sundhedshus og den kommunale hjemmesygeplejerske for pleje og opfølgning i patientens eget hjem. Alle dele af indsatsen i denne kæde af sundhedsydelser bidrager i sidste ende til, at patienten får et godt slutresultat eller outcome.

Der er behov for, at man i sundhedsvæsenet sætter fælles mål på tværs af sektorer, selvom man leverer forskellige sundhedsydelser. I værdibaseret sundhedsvæsen er »fælles mål« den lim, som binder de forskellige aktører i leveringskæden sammen i en koordineret indsats. I

sidste ende skal alle aktører måles og vurderes på slutresultatet (outcome) for patienten, som netop kan være resultatet af såvel operationen på sygehuset som den efterfølgende indsats i kommunen.

Udviklingen af mere sammenhængende patientforløb og fælles mål skal understøttes af bedre administrative rammer fra centralt hold. Der er eksempelvis behov for klarhed om de juridiske rammer for brug af data samt udvikling af medcom-standarder og integrerede it-løsninger, så personale i kommuner, praksissektor og på hospitaler nemmere kan dele og få adgang til oplysninger, som er relevante for behandling og pleje af borgerne.

Økonomi og effektivitet i organiseringen

At tænke sundhedsvæsenet som en leverancekæde handler ikke kun om at løfte kvaliteten, men også om økonomi. I et værdibaseret sundhedsvæsen skal opgaverne løses til de lavest mulige omkostninger for samfundet som helhed. Det skal mindske risikoen for »kassetænkning«, hvor det handler om at opti-

mere det enkelte behandlingssteds eget budget.

For at reducere spild og bruge ressourcerne bedre for samfundet som helhed er det nødvendigt at få større indsigt i, hvordan omkostninger fordeler sig over hele behandlingsforløbet, som kan strække sig på tværs af sygehuset, kommunen og den praktiserende læge.

Ser man på et samlet patientforløb, skaber nogle aktiviteter mere værdi end andre. Der kan eksempelvis være administrative procedurer og kontroller på sygehuset, som kun i begrænset omfang er til gavn for patienterne. Forebyggende træning og patientuddannelse er eksempler på aktiviteter, der koster på kort sigt, men som imidlertid kan give et stort afkast på den lange bane.

Ved at få større indsigt i resultaterne for patienten og omkostningerne over et helt behandlingsforløb – og sammenkoble disse – kan man få øje på bedre måder at bruge ressourcerne på til gavn for patienterne. Det kan resultere i nye arbejdsmetoder på sygehuset eller betyde, at en opgave, som hidtidigt er blevet løst på sygehuset, i stedet



Om forfatteren



Adam Wolf er direktør for Danske Regioner. Han er uddannet cand.scient.pol. fra Københavns Universitet i 1987 og fik i 1990 Diplôme International D'Administration Publique, ENA, Paris. Han har blandt andet været direktør i Domstolsstyrelsen (2005-2012), Afdelingschef Finansministeriet (2002-2005) samt Leder af Den Digitale Taskforce (2001-2002). Kontakt: awo@regioner.dk

bliver løst i kommunen eller i almen praksis med støtte fra sygehuset.

En mere nuanceret styring

At skabe et mere værdibaseret sundhedsvæsen er ikke kun en opgave for sundhedspersonalet, men skal også understøttes af bedre administrative rammer og styring fra centralt hold. Der er behov for en styring, som skaber mere rum til lokal ledelse og er mere meningsfyldt for den del af sundhedspersonalet, som har den direkte kontakt med patienterne. En styring med mindre fokus på aktivitet og mere fokus på outcome og værdi for patient og samfund.

I dag oplever mange sygehuse styringen og den økonomiske indretning af sundhedsvæsenet som en barriere for at skabe bedre behandlingsforløb, effektiviseringer og samarbejde med andre sektorer. Eksempelvis oplever mange afdelinger på sygehuse, at takststyring gør, at de bliver straffet for at omlægge aktiviteten til gavn for patienten og økonomien – eksempelvis opnår man mindre DRG-værdi og dermed finansiering ved sammenlægning af ambulante kontrolbesøg og udredninger, selvom det er mere effektivt og bedre for patienten.

Udviklingen af bedre styring kræver blandt andet bedre rammer

fra staten, hvor der gives plads til mindre aktivitetsfokus og et øget fokus på værdi for patienten. Men det bliver først og fremmest en opgave for politikere, embedsmænd i regionerne og sygehusledelserne at udvikle en lokal styring og ledelse med større overensstemmelse mellem de mål, som er vigtige for patienter og klinikere, og de mål, som man bruger til at følge udviklingen højere oppe i hierarkiet hos afdelingsledelser, hospitalsdirektioner og på regionsgårdene.

Ydmyghed i den økonomiske styring

I udviklingen af fremtidens styring af sundhedsvæsenet skal målet først og fremmest være, at rammer og incitamenter ikke forhindrer, at personalet kan sætte fokus på de ting, som er vigtige for patienterne.

Det er faglighed, kultur og god lokal ledelse, der i sidste ende skaber værdi for patienten, og derfor handler værdibaseret sundhed også om lidt større ydmyghed i den overordnede økonomiske styring. Der skal være rum og fleksibilitet til at udvikle lokale løsninger.

Et værdibaseret sundhedsvæsen kræver patientnær ledelse

Hvis vi skal lykkes med at skabe et værdibaseret sundhedsvæsen, kræver det patientnær ledelse og et helhjertet ønske om at skabe værdi for patienten.

Af Kirsten Wisborg

Styringen i det danske sundhedsvæsen er på vej væk fra takststyring og over til at styre efter hvad, der giver mest værdi for patienten. Væk fra udelukkende at måle på produktivitet og omkostninger og hen mod at måle på den sundhedseffekt, som patienten opnår. Det kalder på nye organisationsformer og stiller nye krav til ledelse på alle niveauer. Jeg vil i denne artikel diskutere værdibaseret styring med særligt fokus på, hvordan det ændrer ledelsesopgaven.

Jeg er vicedirektør på Bispebjerg og Frederiksberg Hospital og har en stærk passion for, at vi skal bevare et stærkt offentligt sundhedsvæsen

med fri og lige adgang til sundhedsydelser af høj kvalitet. Jeg blev læge for at give patienten den bedste behandling. Og jeg blev leder for at give patienterne den bedste behandling.

Jeg ønsker som leder i det danske sundhedsvæsen at bidrage til at skabe mest mulig værdi for vores patienter. Jeg er optaget af, hvilken forskel de ydelser, vi leverer i vores sundhedsvæsen, har for vores patienter. Og jeg er optaget af, hvordan vi bruger vores ressourcer bedst muligt.

Vi er nødt til at tænke nyt

Det danske sundhedsvæsen står overfor at skulle løse opgaven med et stigende antal ældre patienter,

der fejler flere ting samtidigt. Derudover udvikles der vedvarende nye behandlinger, der skaber større mulighed for helbredelse og overlevelse, men som også lægger et pres på vores ressourcer.

Med andre ord står vi over for en stadig større opgave og nye muligheder, uden at vi kan forvente, at der i samme grad tilføres ressourcer til at løse opgaverne. Vi er nødt til at tænke nyt om, hvordan vi fremtiden lykkes med at give patienterne den rette behandling.

Det handler om vores patienter, og derfor starter jeg med Svends historie. Senere i artiklen præsenterer jeg også Birgits historie.

Svends historie

Svend er 93 år. Han har tidligere været direktør i en tømmerhandel og har i snart 60 år boet ude på landet på et mindre, nedlagt landbrug. Svend har indtil for få år siden selv passet huset og den store have. For knap to år siden fik Svend gennem et halvt års tids mere og mere ondt i ryggen, og han blev behandlet for blærebetændelse adskillige gange. Han var til adskillige undersøgelser og blev flere gange indlagt akut på hospitalet. På et tidspunkt konstaterede man, at Svend har myelomatose, det vil sige kræft i knoglemarven.

Svends største problem var de voldsomme smerter i ryggen og de mange tilfælde af blærebetændelse. Der var derfor god grund til at starte behandling af knoglemarvskræften med henblik på at lindre Svends smerter. Behandlingen ville være kemobehandling, da denne behandling med god sandsynlighed ville lindre Svends smerter. Så langt, så godt.

Før Svend helt vidste, hvad der skete, og før nogen af hans nærmeste var blevet involveret, var alle Svends tænder trukket ud. Svends tandstatus var sådan, at når han startede på kemobehandling, ville der med den tilstand, Svends tænder var i, være en risiko for, at han ville få en infektion, som han kunne blive alvorligt syg af. Ja, måske endda dø af. Så ud med Svends tænder og ind med et gebis.

Men for Svend var det et meget stort tab at miste alle sine tænder. Og han har haft svært ved at vænne sig til sit nye gebis. Gebisset har drillet og gjort ondt, og han har haft svært ved at spise. Det betyder, at han har tabt sig rigtig meget og nu er decideret afmagret. Det påvirker hans humør og livskvalitet.

Med min lægefaglige baggrund kan jeg konstatere, at Svends behandling fuldt ud lever op til de faglige standarder.

Tjek ved standarden for udtrækning af alle tænder før start på kemobehandling, når der er dårlig

tandstatus med risiko for en betændelse fra mundhulen.

Men giver det værdi for Svend? Eller ville han have foretrukket at have sine egne tænder i munden og spise den hakkebøf, han har været vant til og så leve med risikoen for,

at han ville blive syg af en betændelse fra munden? Måske ville han endda risikere at dø af en infektion på grund af sin dårlige tandstatus.

Min pointe i historien er, at vi ikke kan skabe et værdibaseret sundhedsvæsen uden hele tiden at

have fokus på den enkelte patient, og hvad der giver værdi for den enkelte. Vi er nødt til på alle niveauer at inddrage patienterne i beslutninger om deres liv. Den opgave har vi som ledere i et sundhedsvæsen, uafhængigt af hvilket niveau vi er ledere på, og hvad vores ledelsesopgave er. Vi skal altid kunne svare på, hvordan det, vi gør, giver værdi for patienterne.

Et bæredygtigt sundhedsvæsen

Hvis vi i fremtiden skal have et bæredygtigt sundhedsvæsen med fri og lige adgang for alle, er vi nødt til at gøre tingene anderledes end det, vi gør i dag.

Ingen er vist i tvivl om, at der et stigende udgiftspres på vores sundhedsvæsen. Derfor bliver et helt centralt element at forebygge, at sygdom opstår eller forværres gennem proaktive indsatser. Og det skal vi alle i hele sundhedsvæsenet bidrage til ved i fremtiden at arbejde mere populationsbaseret og tage ansvar for at holde befolkningen så sund som muligt og sikre en så lige fordeling af sundhed som muligt.

Samtidig er der fokus på at tilrettelægge sundhedsvæsenets ydelser til den enkeltes behov alt efter risikoen for, at patienten oplever forværring i helbredstilstanden. Nogle patienter skal tilbydes en større indsats end andre.

Organisering efter behov og risiko

Vi skal organisere tilbuddet til patienterne i forhold til deres risiko og deres behov. Det skal sikre, at patienterne får de indsatser, de har behov for. Sygdom handler som bekendt om meget mere end den fysiske tilstand – andre forhold som for eksempel vores sociale situation og adfærd påvirker også risikoen for at blive syg.

Med andre ord skal vi altså væk fra at behandle alle patienter ens og efter deres diagnose og i stedet tilrette indsatser efter deres behov og risiko for at blive syge.

Det kræver, at vi som ledere hele tiden har det helt fremme i vores bevidstved, at de handlinger, vi udfører, og de beslutninger, vi træffer, skal skabe værdi for vores patienter. Hvis vi som ledere ikke er op-





mærksomme på det, så vil vi ikke være i stand til at skabe den kulturforandring, som er nødvendig for at skabe et værdibaseret sundhedsvæsen.

Mere sundhed for pengene

I værdibaseret styring skal vi måle på den opnåede sundhedseffekt for patienterne og sætte denne i forhold til ressourceforbruget. Det skal være et udtryk for den værdi, vi har skabt. Det handler om at skabe mere sundhed for pengene.

Vi skal altså væk fra at have som mål at producere mere. Målet skal være at producere det rette første gang med fokus på det, der giver værdi for patienten. Og vi skal som sundhedsvæsen vurderes på vores evne til at bidrage til borgernes gode helbredstilstand og mulighed for at leve »det gode liv«.

Vi skal styre efter sundhedseffekten og den samlede omkostningseffektivitet af vores indsatser – ikke på antallet af de enkelte sektors aktiviteter eller produktiviteten på de enkelte hospitaler eller afdelinger. Og så skal vi inddrage patient og pårørende, fokusere på det, der

giver værdi for patienten og undgå spild. Det er nogle af kerneelementerne i værdibaseret styring.

Styring og organisering

Når vi taler om et værdibaseret sundhedsvæsen, er der både noget, der handler om styring, og noget, der handler om organisering.

Hvad angår styring handler det om, at vi bevæger os væk fra at måle på produktivitet, ventetid og omkostninger og i stedet bevæger os over til at måle på den opnåede sundhedseffekt. Og i stedet for at belønne aktivitet, skal vi belønne effektivitet og kvalitet.

Og hvad angår organisering handler det om, at udgangspunktet ikke skal være at organisere sundhedsydelserne i de lægelige specialer, men derimod at organisere sundhedsydelserne omkring patienterne og til gavn for patienterne. Kun herved bliver det muligt at gå fra et produktions- og aktivitetsfokus til værdibaseret fokus.

Produktions- og aktivitetsfokus indebærer, at der optimeres inden for afgrænsede dele af patientforløbet, fokuseres på procesmål og be-



Om forfatteren



Kirsten Wisborg er vicedirektør på Bispebjerg og Frederiksberg Hospital. Hun er uddannet læge fra Aarhus Universitet (1996), dr. med fra samme universitet (2002), speciallæge i pædiatri (2006), fagområdeekspert i neonatologi (2009) og har desuden en mastergrad i offentlig ledelse fra Syddansk Universitet (2015). Kirsten Wisborg har tidligere været centerchef på Aarhus Universitetshospital, hvor hun arbejdede med værdibaseret styring i projektet »Ny Styring i et Patientperspektiv«. Kirsten Wisborg har skrevet masterafhandling om værdibaseret styrings betydning for medarbejdere og lederes motivation.
kirsten.wisborg@regionh.dk

lønning af øget produktion i dele af et forløb, og at forståelsen af kvalitet udelukkende beror på et klinikerperspektiv. Og værdibaseret fokus indebærer en optimering af det samlede patientforløb, en forståelse af kvalitet ud fra patientens samlede sundhedstilstand og et fokus på endemål og belønning af bidrag, der skaber værdi i det samlede forløb.

Værdibaseret styring handler om organisation, struktur, incitamenter og styring. Det handler om kultur. Det er kompliceret, men vi er nødt til at begynde at gå vejen.

Ledelse og styring på alle niveauer

Vi kan ikke skabe et værdibaseret sundhedsvæsen, uden at det gennemsyrrer alle ledelsesniveauer og

alle interessenter i sundhedsvæsenet. Det gælder staten, regioner, kommuner og de øverste ledelser på vores hospitaler. Alle aktører skal bidrage til at sætte rammer og retning for værdibaseret styring.

En ændring af statens styring af regionerne skal således skabe bedre rammer for, at regionerne kan udvikle på modellerne for, hvordan hospitalerne, kommunerne og praksissektoren bedst løser opgaven. Det er nødvendigt at afskaffe produktivitetskravet og aktivitetspuljen og gøre afregningen fra stat til regioner populationsbaseret og uafhængig af præsteret aktivitet. Styringen af regionerne skal i stedet basere sig på de nationale mål og patientrettigheder.

Regionerne skal i forhold til styringen af hospitalerne arbejde med nye styrings- og afregningsformer. Og regionerne er nødt til at finde modeller, hvor der kommer fokus på værdi for patienten på tværs af det samlede patientforløb.

Ledelse på det klinisknære niveau

Vi kan ikke skabe et værdibaseret

sundhedsvæsen, uden at det gennemsyrrer alle ledelsesniveauer, men der, hvor værdibaseret styring kommer til udtryk og bliver synligt for vores patienter, er på vores hospitaler og i samspillet med kommunerne og de praktiserende læger.

Derfor er afdelingsledelsesniveauet et meget centralt og vigtigt ledelsesniveau, hvis vi virkelig skal lykkes med at skabe et sundhedsvæsen styret af værdier. Og én af afdelingsledelsernes vigtigste opgaver bliver at få inddraget ledelsesni-

veaue under. For uden et stærkt team omkring patienterne med fokus på at skabe værdi for patienten og gøre det uden spild lykkedes det ikke.

Her kommer Birgits historie ind. Birgits historie er et eksempel på en

Birgits historie

Birgit er 81 år. Hun har tidligere været læge og blandt andet arbejdet ti år på Grønland. Birgit er en stærk kvinde og har et stort ønske om at kunne klare sig selv, så længe det overhovedet er muligt. For nogle år siden var Birgit rigtig dårlig. Hun, der havde været vant til at tage lange ture i robåden sammen med vennerne fra roklubben, kunne pludselig knapt gå ud til postkassen og hente avisen.

Efter adskillige ambulante undersøgelser og indlæggelser og til sidst en akut indlæggelse blev det konstateret, at Birgit havde brug for en pacemaker. Det fik hun, og Birgit fik det da heldigvis også bedre. Bare ikke helt godt. Birgit var dagligt svimmel og oplevede adskillige tilfælde af nærbesvimelser dagligt. Hun havde flere gange kontakt til egen læge og hospitalet, for at de skulle hjælpe hende med problemet. Lægerne konstaterede flere gange, at pacemakeren fungerede som den skulle.

Birgit havde stadig sit problem, men hjertelægerne nøjedes med at konstatere, at pacemakeren virkede. Hun besvimede en dag og var derfor igen til kontrol på hospitalet, men stadig skete der ikke andet, end at lægerne konstaterede, at pacemakeren virkede, som den skulle. Birgit havde stadig et problem.

En morgen besvimede Birgit og faldt så uheldigt, at hun brækkede nakken. Et alvorligt brud, der skulle opereres. Operationen tog fire timer og gik heldigvis godt. Men Birgit var i månederne derefter ude at stand til at klare sig selv og var plaget af stærke smerter, nedsat kraft i armene og summen ud i fingrene.

Armene har hun næsten fået genoptrænet, summen i fingrene er der stadigvæk, og hun er bekymret for den seneste melding fra kirurgen, der siger, at hun med stor sandsynlighed vil få en diskusprolaps i nakken på et tidspunkt.



patient, der ikke fik hjælp til det, der var hendes problem, hvilket medførte et stort personligt tab og et enormt spild af ressourcer.

Pointen i Birgits historie er som følger: I et sundhedsvæsen, hvor økonomien er baseret på aktivitet, belønnes en afdeling for de mange besøg og indlæggelser på trods af, at det ikke har bidraget til nogen værdi for patienten. Og systemet skal ikke belønne et hospital, der som i Birgits tilfælde har haft en patient til adskillige ambulante konsultationer, men ikke løst hendes problem.

Et værdibaseret sundhedsvæsen handler også om at inddrage patienterne og lytte til dem – ellers giver det ingen mening giver at tale om at skabe værdi for patienterne. Patienternes problemer skal løses der, hvor de er, eller alternativt skal der søges kvalificeret hjælp andetsteds fra, så patienten ikke blot får besked om, hvad personen ikke fejler, men hjælp til at løse problemet.

Patientens samlede sundhedsproblem

Hvis vi virkelig skal lykkes med at

skabe et værdibaseret sundhedsvæsen, så er vi nødt til at:

- skabe fokus på patientens samlede sundhedsproblem
- øge patientinddragelsen
- sikre entydigt ansvar og koordinering af patientens samlede forløb

Det sker dér, hvor patienterne er, og sammen med patienterne. Dén ledelse, der agerer tæt på patienterne, spiller derfor en helt central rolle i at skabe et værdibaseret sundhedsvæsen – og det handler konkret om afdelingsledelserne og niveauet under afdelingsledelsesniveauet.

Det er hér, en meget stor opgave skal løses. Det er hér, der skal ske forandringer i forhold til, hvordan man inddrager patienter og pårørende, hvordan man samarbejder på tværs af fag og sektorer, og hvordan man tager vare på patienten i stedet for at symptombehandle og kontrollere.

Det er her, man skal sørge for, at Svends tænder ikke bare bliver trukket ud, fordi det står i den kliniske retningslinje, men at det kun sker, hvis det alt taget i betragtning skaber værdi for Svend. Og det er her,

man skal sikre, at Birgit får hjælp til sit problem og ikke kun svar på, at hendes pacemaker fungerer, som den skal.

Et ændret mindset er nødvendigt

Hvis vi virkelig skal lykkes med at skabe et værdibaseret sundhedsvæsen, kræver det et stærkt mindset, der skal gennemsyre hele vores hospitalsvæsen og være funderet på et helhjertet ønske om at skabe værdi for patienten.

Det kræver *mod* at gå væk fra aktivitetsstyring. Det kræver *vilje*. Og det kræver ikke mindst *tillid* til hinanden på alle niveauer. Tillid til at vi alle ønsker at gøre det bedste for patienterne og vil arbejde effektivt og undgå spild. Også når målet ikke er at producere mest muligt.

Ledelse på kliniknært niveau og personale er drivkraften til at forandre og forbedre indsatsen for patienterne. Det kræver ledelse på tværs – endnu mere end det, vi allerede gør i dag. Ledelse på tværs af fag, faggrupper og sektorer. Og det kræver teamledelse mellem vores fagfolk, der både skal inviteres til at

tage et større ledelsesansvar, og som vi skal sikre har de nødvendige kompetencer til at løfte opgaven.

Ledelse i et værdibaseret sundhedsvæsen handler om at skabe værdi ved at have fokus på omkostningerne og den sundhedseffekt, som patienten opnår. Vi skal stoppe med behandlinger, der ikke giver værdi for patienten. Og vi skal løse patienternes problemer, så vi ikke påfører patienterne skade og øger de samlede omkostninger i vores sundhedsvæsen.

Ledelsesopgaven forandrer sig, når vi går fra et stærkt fokus på produktivitet og til at styre efter effektivitet og kvalitet. Og ledelse på alle niveauer har en opgave i at skabe den kulturforandring, der skal til for at sikre, at vi får skabt et værdibaseret sundhedsvæsen.

Her er mindst én god grund til at elske værdibaseret styring

Det er en værdig ledelsesmæssig ambition at bruge professor Michael E. Porters idé om værdibaseret styring i det danske sundhedsvæsen, men det kræver tilpasning.

Af Peter Mandrup Jensen

Værdibaseret styring eller VBS er blevet en af de dominerende diskurser i debatten om styring af sundhedsvæsenet i Danmark gennem de seneste 4-5 år. Jeg vil her give et praktisk, ledelsesmæssigt syn på værdibaseret styring, herunder hvad jeg opfatter som godt og skidt ved begrebet, og jeg vil forsøge at nå frem til i hvert fald én god grund til at være positiv over for værdibaseret styring.

Fadderskabet til værdibaseret styring i sundhedsvæsenet tilskrives professor Michael E. Porter fra Harvard Business School, der begyndte at udvikle konceptet for godt 10 år

siden.¹ Porter var og er stærkt kritisk over for det amerikanske sundhedsvæsen, som han diagnosticerer som slet og ret »broken«, og han argumenterer stærkt for et sporskifte til værdibaseret styring, så der kan gøres op med en lang række af de grundlæggende dårligheder i det amerikanske sundhedsvæsen.

Den meget forenklede beskrivelse af Porters teoribygning om værdibaseret styring er følgende:

- Fokus skal være på værdi for patienten og ikke blot på lavere omkostninger
- Der skal være konkurrence på resultater (outcome) og på hele patientforløb – ikke på processer og små delforløb

- Værdi for patienten drives af leverandørens erfaring, volumen mv.
- Innovation, der styrker værdi for patienten, bør belønnes
- Konkurrencen bør styrkes, og information om resultater og priser bør være nemt tilgængelige

Det er som sagt en meget forenklet beskrivelse, og der kunne være lagt vægt på andre dele af Porters koncept. Porter har inspireret mange, og vi er i Danmark også kommet med på bølgen. Professor Kjeld Møller Pedersen har eksempelvis skrevet en god gennemgang² af værdibaseret styring og ikke mindst de danske og svenske diskussioner af og foreløbige erfaringer om emnet.



KORA har også udgivet rapporter om værdibaseret styring.³

Kritiske bemærkninger

Sammen med interessen for Porter og værdibaseret styring er der selvfølgelig også formuleret kritiske bemærkninger. I det følgende vil jeg gennemgå de tre hyppigste kritikpunkter:

1. *»Ideen er skabt i en amerikansk kontekst, så den rammer ikke hovedet på sømmet i en dansk kontekst«*

Det er der nok lidt om. En af Porters pointer er, at det går galt med udgifterne til sundhed, når de primært afregnes ud fra en fee-for-service-tankegang, som i væsentlig grad præger det amerikanske system. Den situation har vi jo ikke som generel model i eksempelvis Danmark, hvor DRG-systemet på hospitalerne jo netop tilskriver værdi for et patientforløb og ikke for enkelte aktiviteter. Det er i øvrigt også skidt, siger Porter, når der er tale om for små, isolerede markeder inden for sundhedsvæsenet og derfor alt

for ringe konkurrence med alt for høje priser og omkostninger.

2. *»Porter tror åbenbart, han har fundet den hellige gral? Det er vel næppe sandsynligt?«*

Jeg forstår godt den kritiske vinkel, som Porter vist selv er skyld i, når han proklamerer, at han har løsningen.⁴

3. *»Tror Porter, at vi indtil nu ikke har tænkt på, hvad der er værdi for patienten?«*

Sådan kunne jeg faktisk godt selv finde på at spørge. Jeg har vanskeligt ved at gå ud på en lunge-medicinsk afdeling, slå en læge på skulderen og sige: »Nu skal du høre, hvad du fra nu af skal til at fokusere på: Værdi for patienten«. Hvis jeg fik et uvenligt svar tilbage, ville det jo være yderst berettiget. Hvad er det vores sundhedsprofessionelle i dag kolleger arbejder for? Når lægen gør sit bedste for at »at anvende mine kundskaber med flid og omhu til samfundets og mine medmenskers gavn« er det vel udtryk for at arbejde værdibaseret?

Understøtter sporskifte i sundhedsvæsenet

Hvorfor skal vi så alligevel prøve at tænke mere *med* end mod Porter og værdibaseret styring? Først og fremmest fordi vi kan bruge Porter og værdibaseret styring til at understøtte et sporskifte med den nuværende styringsfilosofi i det danske sundhedsvæsen. I øvrigt er det lidt flot at kalde det en styringsfilosofi, måske er det blot en styring. Styringen har de seneste 10-15 år jo i stor udstrækning bestået af krav om »mere af det samme«.

Typisk har det løbende krav om øget produktivitet været + 2 procent årligt for de samme ressourcer, og oven i det er der så lagt en række andre styringstiltag, der typisk har bestået i en række proceskrav, som ofte betegnes som patientrettigheder.

Kravet om øget produktivitet er der – alt andet lige – kommet noget godt ud af. Der er kommet en øget aktivitet, der væsentligt har oversteget den øgede økonomi, der er tilført sundhedsvæsenet. Ud fra en samfundssynsvinkel er det – alt andet lige – godt, at sundhedsvæsenet

ikke sluger en alt for stor del af de fælles ressourcer i samfundet, så der også er penge til biblioteker, politi, børnehaver, universiteter osv.

»Mere af det samme« er slidt op

Men kravet om »mere af det samme« er ved at være slidt op. Hovedsagligt af to grunde, som hænger sammen:

For det første opleves kravet af medarbejderne i sektoren, men nok også af en del af patienterne, som havende skåret »ind til benet« – eller måske endda »ind i benet«. Særligt fordi 2 procents-kravet ikke suppleres af en samfundsmæssig snak om prioritering af og dialog om sundhedsvæsenets tilbud, men tværtimod løbende suppleres af øgede proceskrav (krav om maksimale ventetider og meget andet), der generelt ikke gør det lettere som medarbejder på et hospital at skabe en meningsfuld og fagligt fokuseret dagligdag.

Så billedligt talt strammes skruen, samtidig med at rammerne for løsningen af denne »skruestramning« gøres snævrere. Ikke mindst derfor er det en væsentlig,



Om forfatteren



Peter Mandrup Jensen, vicedirektør ved Nord-sjællands Hospital siden 2014. Cand. scient. pol. fra Århus Universitet 1984. Leder i sundhedsvæsenet i 25+ år, Medlem af bestyrelsen i DSS, Dansk Selskab for ledelse i sundhedsvæsenet. Aktiv i debat om sundhedspolitik og ledelse, blandt andet på Twitter: @peter2990. Kontaktadresse: pmj@regionh.dk

men også stærkt interessant, udfordring at være leder i det danske sundhedsvæsen.

Den anden grund til, at »mere af det samme« er slidt op, er – paradoksalt nok – at det ikke er vidtgående nok. »Mere af det samme« er i sit grundlag konserverende og opfordrer netop ikke til at tænke ud af boksen. Kravet opfordrer til mere lean, hvilket i sig selv er udmærket og udtryk for en ansvarlig omgang med ressourcerne. Men det er ikke tilstrækkeligt.

Vi skal noget andet og mere

Vi skal noget andet og noget mere på hospitalerne. Vi skal ikke nødvendigvis have flere knæledsud-

skiftninger. Vi skal blive dygtige til at tale med borgerne i form af eventuelt kommende patienter, om de vil få en større nytte af en operation i forhold til andre behandlingsalternativer og i forhold til de ulemper og risici, en operation indebærer.

Målet er hverken flere eller færre operationer, men at vi gennemfører de behandlinger, der svarer til den enkelte patients behov – eller, med andre ord, giver den værdi, den enkelte patient udtrykker behov for. Måske skal vores ortopædkirurger derfor bruge dobbelt så lang tid på at tale med de potentielle patienter, inden de bliver skrevet op til operation. Så vi skal bruge tid (= penge) på at undgå at få en højere aktivitet

på vores hospitaler. Det er selvsagt ikke noget, der fremmer vores produktivitet – målt med den nuværende metode.

Vi skal heller ikke nødvendigvis have flere ambulante kontrolbesøg af mennesker med kronisk obstruktiv lungesygdom. Vi skal i stedet bruge flere læger og sygeplejersker (= penge) på at tale med borgerne i telefon eller over anden telekommunikation, undervise sygeplejersker i den kommunale hjemmepleje og meget andet, så indlæggelse ikke bliver nødvendig, og vi dermed kan give vores borgere og patienter et tilbud, der er så lidt indgribende i deres liv som muligt. Og den måde at arbejde på er jo heller ikke noget, der fremmer vores produktivitet – målt med den nuværende metode.

Det var et par ret åbenlyse eksempler, men de skulle gerne illustrere min pointe: »Mere af det samme« er ikke godt nok. Og forhåbentlig kan vi bruge Porter og værdibaseret styring til at skabe en bevægelse i den retning, at vi spørger patienten: »Hvad er vigtigt for dig?«. Eller med Porters sprogbrug: »Hvad skaber værdi for dig?«

Erstatter ikke sparsommelighed

Til slut blot et par andre observationer, for værdibaseret styring kan ikke erstatte al anden traditionel styring.

Vi har stadigvæk nytte af et DRG-system. DRG er jo basalt set blot en slags »aktivitetsvaluta«, altså en måde at vurdere tyngden af vores forskellige behandlinger og dermed sammenligne ressourceindsatsen ved forskellige behandlinger. Med andre ord er DRG et fint værktøj og hverken »ondt« eller »godt« – men ikke i sig selv et styringssystem.

Værdibaseret styring erstatter ikke i sig selv sparsommelighed, og værdibaseret styring gør ikke i sig selv besparelser overflødige. Men sparsommelighed og besparelser er ikke nok. Vi skal frem for alt fortsat få mere ud af vores ressourcer.

Jeg har også mødt mange, der er rigtigt glade for, at vi taler om ny styring gennem værdibaseret styring, for »så skal vi ikke bare løbe hurtigere« og kan bedre arbejde for et ordentligt arbejdsmiljø. Jo, forhåbentligt, men det er ikke værdiba-

seret styring i sig selv, der sikrer den udvikling.

Mere fokus på værdibaseret styring kan, når det anvendes fornuftigt, bruges til at sætte mere fokus på de fagligt vigtige spørgsmål i patientbehandlingen, men de »faktiske vilkår i jernindustrien« findes fortsat. Vores demografi betyder, at vi skal have mere ud af vores ressourcer i sundhedsvæsenet. Det faktum, at vi i vores samfund fortsat også skal have mulighed for at bruge penge på biblioteker, politi og børnehaver gør, at der er forholdsvis snævre grænser for sundhedsvæsenets økonomi.

En værdig ledelsesmæssig ambition

Afsluttende vil jeg runde af med en spidsvinklet konklusion: Porter har fat i et relevant, underbetonet aspekt i form af værdi for patienten. Der er dog brug for tilpasning til europæiske og danske forhold. Porters fokuserer relevant på outcome frem for proces og omkostninger. Porter fokuserer relevant på innovation – og dermed indirekte på mit eget credo: »Mere af det

samme er ikke nok«. Når vi så skal realisere ideerne, kræver det jo i øvrigt ledelse og samarbejde.

Det er en værdig ledelsesmæssig ambition at forsøge at bruge Porter til at skabe et bredere styrings- og ledelsesmæssigt fokus i sundhedsvæsenet, der kan understøtte bedre resultater, bedre ressourceudnyttelse – og tilmed muligheden for bedre vilkår for medarbejdere og ledere i sundhedsvæsenet.



Noter

- 1 Porter, Michael E. & Elizabeth Olmsted Teisberg (2006): How Physicians Can Change the Future of Health Care
- 2 Pedersen, Kjeld Møller (2017): Værdibaseret styring. Er det smitsomt?
- 3 Fx Kora (2016): Alternative styrings- og afregningsmodeller for sygehuse med afsæt i værdibaseret styring
- 4 Jævnfør det højtprofilerede udsagn om »The strategy that will fix healthcare« (2013)

[Arrangementer](#) [Tidsskriftet](#) [Ledelse](#) [Hospitaller](#) [Det nære sundhedsvæsen](#) [Debat](#) [Meld dig ind](#)

TIRSDAG, 06-02-2018 11:23:48 [LOG IND](#) [TILMELD NYHEDSBREV](#) [KONTAKT](#) [OM DSS](#)

SENESTE



Sådan rekrutterer vi fremtidens ledere blandt yngre læger

Yngre læger er fremtidens ledere, og yngre læger skal på deres vej gennem sundhedsvæsenet være med til at lede det. Af Camilla Rathcke, formand Yngre...



Status for farmaceutordination i primærsektoren uden for Danmark

Farmaceutordination kan øge patientens tilgængelighed til medicin, forbedre den medicinske behandling og reducere presset på læger. Af Bjarke Abrahamsen, Linda Aagaard Thomsen og Charlotte Rossing. En...



Ledelse i sig selv er ikke interessant



Revitalisering af ernæringspraksis på Odense Universitetshospital

KOMMENDE ARRANGEMENTER



Hospitalsbyggeri er andet end mursten!

02/28/2018 09:00-16:00

TILMELD NYHEDSBREV

Tilmeld

MELD DIG



Kig ind på DSS' nye website

– som er let at bruge fra mobiltelefoner, og hvor det er muligt at læse artikler fra tidsskriftet direkte på sitet.

TEMA · TFDS 3-2018 25

Store perspektiver i værdibaseret diabetesbehandling

Der er store perspektiver i værdibaseret diabetesbehandling, som aktiverer alle interessenter tværsektorielt i en koordineret indsats, lyder erfaringerne fra Region Nordjylland.

Af Søren Skovlund og Niels Ej skjær

Diabetesbehandling kræver en tværsektoriel og tværfaglig indsats over en livstid, og denne indsats skal tage udgangspunkt i den enkeltes særlige situation. En effektiv koordinering og styring af disse mange indsatser kræver valide data og modeller, der kan understøtte en tværfaglig indsats for effektoptimering på tværs af det fulde behandlingsforløb fra forebyggelse, tidlig opsporing og diagnose til intensive behandlings, hospitaliserings- og rehabiliteringsforløb.

I dag indsamles primært procesparametre i kvalitetsmålingen, og kun meget begrænsede indikato-

rer omhandler egentlig behandlingseffekt – og disse indbefatter oftest ikke alle de områder, som af personer med diabetes betragtes som de absolut vigtigste indikatorer for behandlingseffekt. Således kender vi i dag kun i meget begrænset omfang den samlede sundhedseffekt af diabetesbehandlingen.

De kvalitetsdatabaser, der findes i dag, er aktuelt ikke tilgængelige til systematisk løbende lokalt brug på tværs af sygdomsforløbet. For eksempel er kvalitetsdata ikke tilgængelige til behandlerteams i form af analytiske værktøjer, som sikrer øjeblikkelige tilbagemeldinger på afvigelser og læringer.

Der er heller ikke adgang til sy-

stemer, som kobler effekt og omkostningsdata på patientniveau, hvilket er en forudsætning for at drive lokale optimeringer, der både har sigte på 1) behandlingskvalitetsforbedring, 2) øget patientoplevelse af værdi og 3) reduktion af samlede omkostninger.

Alle interessenter aktiveres tværsektorielt

Kongstanken i værdibaseret diabetesbehandling er at aktivere alle interessenter tværsektorielt i en koordineret indsats for at optimere værdien (samlet sundhedseffekt/omkostninger per patient) for personer med diabetes og samfundet.

Det fælles mål er at samarbejde

bedre med henblik på at optimere den samlede patientrelevante sundhedseffekt over hele behandlingsforløbet gennem løbende, dataunderstøttet optimering af behandlingskvalitet, organisering og styring.

Særlige muligheder for at levere bedre behandlingseffekt i diabetes for samme eller færre ressourcer inkluderer, at man sikrer sig, at behandlingen tilrettelægges ud fra den enkeltes medicinske og psykosociale behov og ønsker, og at alle faggrupper spiller sammen for at levere et individualiseret og sammenhængende behandlingsforløb for hver person.

Tre faktorer for værdibaseret diabetesbehandling

Arbejdet for værdibaseret diabetesbehandling har som et centralt udgangspunkt at etablere personcentreret måling af sundhedseffekt og værdiskabelse. Tre vigtige faktorer for værdibaseret diabetesbehandling indbefatter:

- Enighed på tværs af aktører om fælles fokus på at forbedre den samlede sundhedseffekt gennem



fokus på, hvad der skaber værdi for patienten.

- Etablering af en klinisk forankret, tværsektorielt understøttet, personcentreret sundhedseffektmålingsmodel for diabetes, der kan underbygge og motivere koordinerede indsatser i sygdomsforløbet.
- Implementering af løbende sundhedseffekt og omkostningsmåling på tværs af sygdomsforløbet ved brug af IT og dataanalytiske løsninger.
- Organisering af behandlere i teams specialiseret omkring sygdommen.

I Danmark er der endnu ikke udviklet en personcentreret model for en samlet sundhedseffektmåling, og første fase i det nye projekt »Værdibaseret Sundhed i Diabetes« i Region Nordjylland, som vi er med i, er etableringen af en national, videnskabelig klinisk forankret metode til at vurdere den samlede patient-relevante sundhedseffekt af diabetesbehandlingen.

Denne måling skal muliggøre ef-
fektevaluering af tværsektorielle pa-

tientforløb, medicinske behandlinger, uddannelsesprogrammer og som nye digitale og innovative tek-

nologiske tiltag og organisatoriske forbedringer.



Projektet »Værdibaseret Sundhed i Diabetes«

Hvad?

Et nyt tværregionalt projekt forankret i Region Nordjylland, der har til formål at udvikle nye og enkle metoder til at evaluere effekten af diabetesbehandling som afspejling af hele mennesket. Over de næste år skal resultaterne fra Region Nordjylland bruges til at styre diabetesbehandlingen i retning af at tage mere afsæt i behov og prioriteter hos den enkelte person med diabetes og dennes familie.

Hvordan?

Målet er bedre blodsukkerregulering og bedre fysisk og psykisk helbred for alle med diabetes. Gennem brug af personcentrerede spørgeskemaer, som eksempelvis måler mental sundhed, diabetes-stress, symptom-byrde (såsom seksuel dysfunktion, smerte og træthed relateret til diabetes), behandlingsbyrde og egenomsorgsevne vil projektet frembringe data, der kan sikre, at ressourcerne i sundhedsvæsenet bruges, hvor de virkelig gør en forskel for familier med diabetes over hele sygdomsforløbet.

Hvem?

Seniorforsker Søren E. Skovlund står sammen med professor Niels Ej-skjær fra Steno Diabetes Center Nordjylland, Aalborg Universitetshospital, i spidsen for projektet, som foregår under Danske Regioner i et samarbejde med blandt andet Diabetesforeningen og en arbejdsgruppe med repræsentation fra alle fem regioner.



Målemetode udviklet i Nordjylland

I 2017 gennemførtes i Region Nordjylland med den nationale arbejdsgruppe for værdibaseret diabetesbehandling første fase af udviklingen af denne målemetode. Dette skete gennem en patientworkshop, hvor 24 personer med diabetes og 6 forskere og behandlere deltog. Derudover gennemførte vi i Region Nordjylland en national workshop med deltagere fra en række professioner og ledere fra de fem regioner.

I 2018 vil de endelige videnskabelige spørgeskemametoder blive udviklet i nært samarbejde med Diabetesforeningen, det udvidede tværfaglige diabetesbehandlerteam og forskerteam samt personer med diabetes og deres pårørende knyttet til Steno Diabetes Center Nordjylland.

På baggrund af informationer fra litteraturanalyse, videnskabelige kortlægninger af effektmåleområder og kvalitativ forskning baseret på de nævnte møder og workshops med personer med diabetes, pårørende og de tværfaglige team udpegede den nationale tværfaglige dia-

betesarbejdsgruppe i november 2017 18 indikatorer for sundhedseffektmåling til brug i værdibaseret diabetesbehandling.

Det kvalitative forskningsmæssige arbejde med personer med dia-

betes og pårørende og det tværfaglige team på Aalborg Universitetshospital leverede en række yderst vigtige indsigter fra personer med diabetes, som kort eksemplificeres herunder.

”

Det vigtigste, jeg gerne vil opnå i forhold til min diabetes helt overordnet, er at leve et så normalt liv som muligt. Jeg spiser normalt, hvilket er vigtigt for mig og samtidigt et mål. Dog er der ofte ting, som jeg ikke tillader mig selv, men som jeg accepterer og dermed må leve med.

Patient 1 – mand med type 1 diabetes gennem 5 år, pen-behandlet

”

Det, der skal til for at min diabetesbehandling er en succes for mig, er, at jeg kan undgå de høje blodsukkerværdier (over 12), og at jeg bliver bedre til at huske at tage min insulin. Jeg er desværre af og til slem til at glemme den hurtigtvirkende insulin, da den jo skal tages i forbindelse med måltider. Men hvis nu man kan mærke at blodsukkeret er lavt, spiser jeg inden jeg tager insulin, og så er jeg desværre slem til at glemme at tage den.

Patient 2 – mand med type 2 diabetes gennem 14 år, insulin- og tabletbehandlet

Patienter vil leve et normalt liv

Gennemgående ønsker til en god behandling med diabetes fra personer med type 1 og type 2 diabetes var ønsket om at kunne leve et så normalt liv som muligt med diabetes. Dette indebærer ikke at opleve diabetes som en byrde, ikke at være plaget af stress relateret til diabetes, at føle sig tryk med sin behandling, at føle at man ikke står helt alene med behandlingsbyrden og at have adgang til relevant timelig støtte fra familie, lokalmiljø eller sundheds-væsenet.

Et fælles ønske var at leve et liv, hvor dagligdagen ikke »drukner i tal«, og at »livet ikke drænes« af konstant planlægning, besvær og følelse af afsavn. På tværs af diabetestyper var det desuden vigtigt at opnå en god blodsukkerregulering for at minimere risikoen for de frygtede senkomplikationer og at opnå en god stabil blodsukkerbalance uden for mange udsving i det daglige.

Blandt insulinbrugere var det et særligt vigtigt og dominerende mål at undgå alvorlige og mindre alvorlige episoder med lavt blodsukker.

Særligt risikoen for at miste bevidsthed og gå i koma på grund af lavt blodsukker er årsag til stor angst og bekymring for mange insulinbehandlede på en daglig basis.

Blandt personer, der har haft diabetes i mange år, og som har flere sygdomme og/eller senkomplikationer, var det et vigtigt mål at opnå bedring i forhold også til de mange forskellige symptomer, de oplever, såsom søvnbesvær, seksuel dysfunktion, træthed, mavebesvær og smerter knyttet til neuropati. Mange oplevede, at der var alt for lidt fokus på at adressere disse helbredsproblemer, der påvirker livskvaliteten massivt i forhold til den fokus, der var på blodsukkerreguleringen alene.

Behandling påvirker livskvalitet negativt

En altoverskyggende indsigt var, at personer med diabetes og deres pårørende oplever, at selve diabetesbehandlingen og kravet til konstant varetagelse af denne oftest udgør en barriere til at kunne leve et normalt liv og påvirker forskellige aspekter af livskvaliteten negativt.

Dette understøttes i øvrigt af en række større studier med fokus på byrden af diabetes (Nicolucci et al 2015).

Et gennemgående tema blandt deltagerne var, at diabetes kræver konstant opmærksom i dagligdagen, behov for planlægning, og for mange tillige årsag til hyppige oplevelser af irritationer og frustrationer i løbet af dagen.

Særligt har hypoglykæmi en række emotionelle, mentale, sociale, adfærdsmæssige og sundhedsmæssige konsekvenser for rigtig mange mennesker med diabetes. Forskning understøtter, at angst for hypoglykæmi og alvorlige episoder af hypoglykæmi påvirker livskvalitet, arbejdsevne og selv-vurderet helbred ganske betydeligt.

Uddannelsesmæssige tiltag og brug af nye insulinpumper og blodsuktermålingsteknologi er eksempler på metoder, der kan anvendes hos relevante personer til at mindske behandlingsbyrden og øge livskvaliteten, arbejdsevnen og blodsukkerreguleringen på sigt.

Flere ønsker til behandlere

Personer med diabetes og pårørende gav i tråd med anden forskning udtryk for en række ønsker til, at deres behandlere:

- Har et indgående fagligt kendskab til diabetes og ikke kun behandler blodsukkeret, men hele spektret af relaterede symptomer.
- Lytter og empatisk sætter sig ind i den individuelle situation ud fra en helhedsorienteret tilgang, altså ud fra en biopsykosocial tilgang.
- Involverer brugeren som ligeværdig partner i hele behandlingsprocessen.
- Kender og gør brug af nyeste teknologier og behandlingsmetoder til at lette behandlingsbyrden og skabe tryghed i forbindelse med daglig egenomsorg.
- Hjælper med at navigere forløbet og få adgang til relevante psykosociale tilbud og ressourcer.

Effektmål identificeret

Den nationale arbejdsgruppe for værdibaseret diabetesbehandling, som inkluderer personer med type 1 og type 2 diabetes, tværfaglige sundhedsprofessionelle fra primær-

og sekundærsektoren og repræsentanter fra den kommunale sektor og regionerne identificerede i november 2017 de endelige domæner til brug for patientrelevant sundhedseffektmåling i diabetes.

Der var enighed tværregionalt og tværfagligt om inklusion af effektmål, der baserer sig på Patient Rapporteret Oplysninger (PRO). De vigtigste af disse områder handler om selvvurderet psykisk og fysisk helbred, psykisk trivsel, diabetesrelateret livskvalitet, belastning af diabetesrelaterede symptomer, behandlingsbyrde, tryghed i behandlingen samt egenomsorg og sygdomsmestring.

Disse områder udgør essentielle dele af en ny tværsektorielt relevant diabeteseffektmålingsmodel, der kan anvendes af alle aktører som en ramme for udviklingen af værdibaseret diabetesbehandling.

Den vil over de kommende år danne grundlag for en række kliniske projekter i Steno Diabetes Center Nordjylland med det klare formål at styre diabetesbehandlingen og diabetesforskningen i retning af fokus på behov og prioriteter hos

den enkelte person med diabetes og dennes familie. Kort sagt i retning af hvad der giver værdi for den enkelte person med diabetes.

Mennesket i centrum

At sætte »mennesket i centrum« er i fokus i Danmark sundhedspolitisk, klinisk og i forskningsmæssigt og i forhold til værdibaseret diabetesbehandling. Der er dog ofte uklarhed om, hvad der konkret menes med disse begreber, og det besværliggør fremskridt og udvikling i dette vigtige felt.

I projektet for værdibaseret diabetesbehandling i Region Nordjylland er ambitionen at fortsætte og styrke opbygningen af et tværsektorielt multiinteressent-samarbejde for derigennem at definere og operationalisere præcist, hvad der menes med »mennesket i centrum«. Og det skal ske i tråd med den internationale evidens for personcentreret diabetesbehandling som et middel til at levere mere sundhed, produktivitet og livskvalitet for færre midler.

Involveringen af personer med diabetes og deres familie som lige-

værdige partnere udgør en hjørnesteen i projektet for værdibaseret diabetesbehandling. Den terapeutiske alliance i behandlingsprocessen er kritisk med hensyn til at bruge sundhedsvæsenets ressourcer bedst muligt for at skabe værdi for den enkelte, og lokalt, regionalt og nationalt er partnerskabet med patientforeninger og frivillige og offentlige aktører en naturlig forudsætning for forankring af en bæredygtig forandringsproces.

Personer med diabetes og deres familier opbygger naturligt og til tider ganske overset en enorm ekspertise i at leve med og behandle sygdommen. Det er af afgørende betydning at anerkende og integrere denne ekspertise i alle aspekter af den løbende forbedring og udvikling af behandlingen. Brugerinvolvering med »mennesket i centrum« er derfor en hjørnesteen i alle faser af værdibaseret diabetesbehandling.

IT er en forudsætning

Realisering af de potentielle gevinster ved værdibaseret diabetesbehandling kræver målrettede, strate-



Om forfatterne



Søren Skovlund

Seniorforsker, PRO lead, »Værdibaseret Diabetes Behandling«, Steno Diabetes Center Nordjylland, Aalborg Universitetshospital og Klinisk Institut, Aalborg Universitet. Søren Skovlund forsker i patientrapporterede oplysninger og sundhedsadfærd inden for kroniske sygdomme gennem mere end 20 år. Særlig erfaring inden for personcentreret og værdibaseret diabetesbehandling og integration af psykosociale og sundhedsadfærdsmæssige aspekter i den kliniske behandling
sskovlund@dcm.aau.dk



Niels Ejsskjær

Klinisk professor og specialeansvarlig overlæge, Steno Diabetes Center Nordjylland, Aalborg Universitetshospital og Klinisk Institut, Aalborg Universitet. Niels Ejsskjær behandler og forsker i svære symptomatiske senkomplikationer til diabetes med fokus på individualiserede behandlinger skræddersyet til patienten og med øje for hvad der giver værdi for den enkelte patient.
n.ejsskjaer@rn.dk



giske investeringer i IT og dataanalytiske løsninger. Det kan ikke understreges nok. Der er behov for et effektivt IT- og dataanalytisk system, der 1) sikrer kontinuerlig indsamling af alle relevante kliniske, case-mix og PRO-data, 2) samler aktivitets- og omkostningsdata per patient og 3) giver patienter, behandlere og ledere adgang til relevante data på enten individ eller populationsniveau.

Udviklingen af digital sundhedsteknologi og telemedicin giver nye muligheder for optimering af brug af PRO til effektmåling og skaber nye perspektiver for dansk forskning inden for personcentreret diabetesbehandling.

Danmarks første »item-bank« for diabetes

Et vigtigt element i værdibaseret diabetesbehandling er udviklingen af Danmarks første PRO-»item-bank« til diabeteseffektmåling. Baseret på gennemgang af hundredvis af videnskabelige spørgeskemaundersøgelser har projektet opbygget en samling af klinisk validerede spørgsmål (items), der dækker en række

somatiske og psykosociale indikatorer og case-mix-faktorer for diabetes.

Ud fra utallige tidligere populationsstudier i diabetes har vi mulighed for at definere relevante algoritmer og behandlingsmæssige kontekster for brug af bestemte spørgsmål og derved markant forbedre kvaliteten af og minimere antallet af PRO-spørgsmål, som brugeren skal udfylde som led i behandlingen. Ved brug af e-pro kan man derved tilgodese de mange forskellige behov, som personer med stor sygdoms- og behandlingsbyrde har i forhold til personer med velreguleret, ukompliceret diabetes.

Målet er at tilgodese, at alle er unikke, men samtidig opbygge solid klinisk evidens for hvilke behandlinger, der leverer mest værdi. Med digitale løsninger er der mulighed for at kombinere information om behandlingshistorie og tidligere helhedsorienterede sundhedsmålinger med henblik på dataunderstøttet beslutningsstøtte og monitorering for forebyggende indsatser.

E-PRO arbejdet for værdibaseret diabetesbehandling kan integreres

på innovative og banebrydende måder i Region Nordjyllands fremtidige store satsninger inden for diabetes-telemedicin. Samskabelse med personer med diabetes og deres familier og fastholdelse af »mennesket i centrum« skal være en fortløbende drivkraft.

Integrerede tværfaglige teams

Optimal værdibaseret behandling kræver et tværfagligt og specialiseret team, der dækker hele sygdomsforløbet og har en tilbundsgående indsigt. For type 1 diabetes er der primært tale om samarbejde inden for sekundærsektoren, hvor det specialiserede diabetesteam på hospitalet varetager behandlingen af hele sygdomsforløbet.

For type 2 diabetes er der i særdeleshed behov for en udvidet og præcis koordinering på tværs af kommune, primær- og sekundærsektoren, som inkluderer ikke mindst praktiserende læger. Samarbejdsprojekter er undervejs for at skabe læring om brug af elementer af værdibaseret diabetesbehandling i arbejdet med at skabe sammen-

hæng i type 2 diabetesbehandlingen. Realiseringen af værdibaseret diabetesbehandling kræver en gennemgribende kultur- og forandringsproces på tværs af sektorerne. Fokus på at skabe »værdi for patienten« udgør den stærkeste fælles motiverende faktor for alle aktører på tværs af sundhedsvæsenet og er også omdrejningspunktet for værdibaseret diabetesbehandling.

Visionære ledere skal forme ny virkelighed

Der er brug for visionære handlekraftige ledere i sundhedsvæsenet til at skabe og forme en ny virkelighed, hvor alle motiveres på et dybere plan ved fokus på sammen at skabe mere livskvalitet og sundhed med de ressourcer der er tilgængelige.

Det første spæde skridt er taget for værdibaseret diabetesbehandling. Den nationale arbejdsgruppe har vedtaget domænerne for måling af patientrelevant sundhedseffekt i diabetes i form af et nyt pejlemærke for »værdi for patienten«, der også afspejler prioriteter og værdier hos personer med diabetes.

Gennem projektet er Danmark positioneret til at kunne blive internationalt frontløber for en nationalt samlende, personcentreret effekt-model for diabetes. Visionen er, at uanset om der er tale om kommunal rehabilitering, et diabetesambulatorium på et hospital eller en praktiserende læge, er der fælles medejerskab for alle involverede behandlere for én personcentreret model for måling af sundhedseffekt i diabetes.

Brug for ledelsesmæssig støtte til harmonisering

Der er brug for ledelsesmæssigt støtte til tværsektoriel og tværregional harmonisering af effektmåling og brug af PRO, hvis det skal lykkes at realisere det bredere samarbejde for optimering af værdi på tværs af hele sygdomsforløbet.

Gennem et transparent, systematisk og evidensbaseret samarbejde med personer med diabetes med pårørende og med diabetesforeningen og en række andre aktører er næste skridt for projektet »Værdibaseret Sundhed i Diabetes« i Region Nordjylland at drive en innovations-

proces, der skal udmøntes i en endelig operationalisering af målemetoder, dataanalytiske redskaber og konkrete målsætninger og succes-kriterier, som alle interessenter kan anvende og tage medejerskab af.

I særdeleshed drejer det sig om personer med diabetes og deres familier. Dette arbejde skal ske i tæt samarbejde med andre regioner og nationale og internationale samarbejdspartnere.

Ledelsesmæssig opbakning påkrævet for alle aktører

Der er brug for ledelsesmæssig opbakning til at skabe organisatoriske udviklings- og innovationsrum for alle aktører i sundhedsvæsenet, hvor nye evidensbaserede operationelle modeller for værdibaseret diabetesbehandling kan udvikles og afprøves.

Vigtigheden af at involvere personer med diabetes i alle aspekter af behandlingen og udvide definitionen af behandlingssucces fra traditionelle kliniske effektmål til at også at indbefatte patientvigtige aspekter af livskvalitet for at opnå optimal langsigtet behandlingssucces er vel-

etableret i Danmark og internationalt.

Mange pile peger netop nu i Danmark i retning af vigtigheden af borgerinvolvering, brugen af patient-rapporterede oplysninger og sikringen af sammenhængende behandlingsforløb. Det tværregionale projekt for værdibaseret diabetesbehandling lægger op til, at vi begynder at måle på den samlede sundheds og livskvalitetsmæssige effekt af alle indsatser i diabetes.

Devisen er, at »det er umuligt at forbedre på noget, hvis man ikke er enige om målestokken for succes«. Vi er kun lige begyndt, og der er en lang, udfordrende og vigtig lærings- og udviklingsproces foran os.

Lederskab skal omfavne udviklingen

Det er af afgørende betydning, at ikke blot sundhedsvæsenets lederskab (herunder blandt andet Danske Regioner, Region Nordjylland og Universitetshospitalerne), men også det kliniske kollektive omfavner og styrker udviklingen. Det er yderst vigtigt, at alle fagprofessionelle og faggrupper inkluderes og i særde-

leshed måske også lægegruppen, som erfaringsmæssigt kan have en let modvilje mod hvad man anser er »kvalitative projekttiltag«.

Det er væsentligt netop i denne sammenhæng at pointere, at projektet »Værdibaseret Sundhed i Diabetes« er protokolleret som et forskningsprojekt, hvor de kvalitative spørgsmål kvantificeres gennem analytiske instrumenter og giver målfaste resultater. Disse nye domæner, måleområder og instrumenter forventes at kunne give »nyt liv« til rækken af kliniske databaser, når de inkluderes i disse.

På et andet plan forventes projektet at kunne yde styrket klinisk beslutningsstøtte for sygeplejersker og læger før og under mødet med patienten. Behandleren vil ganske enkelt have større indsigt i behandlingsbehovenes indhold og fokus. Alt sammen på baggrund af informationer, som udelukkende kan komme fra patienten selv. Det vil også lette arbejdet for det kliniske kollektiv.

Enestående mulighed

Samlet set er det strategisk, taktisk

og organisatorisk nu op til et proaktivt lederskab fra alle enheder i sundhedsvæsenet at facilitere denne nye forandring henimod en personcentreret model for værdibaseret diabetesbehandling.

Det er en enestående mulighed

for at udvikle en ny tilgang til behandlingen af diabetes og at kunne gøre det på et nationalt plan – såvel tværsektorielt som tværdisciplinært – til fordel for personen og patienten med diabetes og deres pårørende.



Referencer

- Bootle, S. & Skovlund, S.: »Proceedings of the 5th International DAWN-Summit 2014: Acting together to make person-centred diabetes care a reality«. Diabetes Research and Clinical Practice. 2015; Vol 109, 6-18.
- Nicolucci et al.: »Diabetes Attitudes, Wishes and Needs second study (DAWN2): Cross-national benchmarking of diabetes-related psychosocial outcomes for people with diabetes«. Diabetic Medicine, 2013;30, 767–777.
- Nilsson, K. Fredrik Bååthe, Annette Erichsen Andersson, Ewa Wikström and Mette Sandoff: »Experiences from implementing valuebased healthcare at a Swedish University Hospital – a longitudinal interview study«. Nilsson et al. BMC Health Services Research (2017) 17:169
- Porter, Michael E. og Teisberg, Elizabeth Olmsted: »Redefining Health Care: Creating Value Based Competition on Results«, Harvard Business School Press, 2006.

Invitér kræftpatienten med til multidisciplinær team-konference

Der er stort potentiale for at lade kræftpatienter deltage i den såkaldte multidisciplinære teamkonference, viser ny undersøgelse fra Kræftens Bekæmpelse.

Af Anne Hjøllund Christiansen,
Kasper Wennervaldt
og Linda Aagaard Thomsen

Multidisciplinære teamkonferencer (MDT-konferencer) har stort fokus både internationalt og i Danmark og er et centralt element i alle pakkeforløb for kræft. Konferencen markerer overgangen mellem udredning og opstart af behandling, hvor en række sundhedsprofessionelle samler trådene fra udredningen og beslutter hvilken behandling, der er mest hensigtsmæssig at tilbyde patienten (figur 1).

Det vurderes, at MDT-konferencer kan bidrage til at højne kvaliteten i behandlingen.¹ Studier viser dog, at beslutninger om kræftpa-

tienters behandling taget på MDT-konferencer hovedsageligt baserer sig på biomedicinsk information, og at patientens præferencer, synspunkter og livsforhold kun sjældent italesættes. Desuden er det vist, at klinikere generelt har svært ved at bedømme patienters præferencer for behandling.²⁻⁴ Disse forhold udgør barrierer for, at beslutninger om behandling er tilpasset patienten.

Den enkelte kræftpatient har ret til at få tilbudt den bedst mulige behandling med udgangspunkt i patientens præferencer, behov og samlede livsforhold. Denne artikel bidrager med ny og vigtig viden om, hvilke fordele der er ved deltagelse af patienter på MDT-konferencer, patientinvolvering i beslutnings-

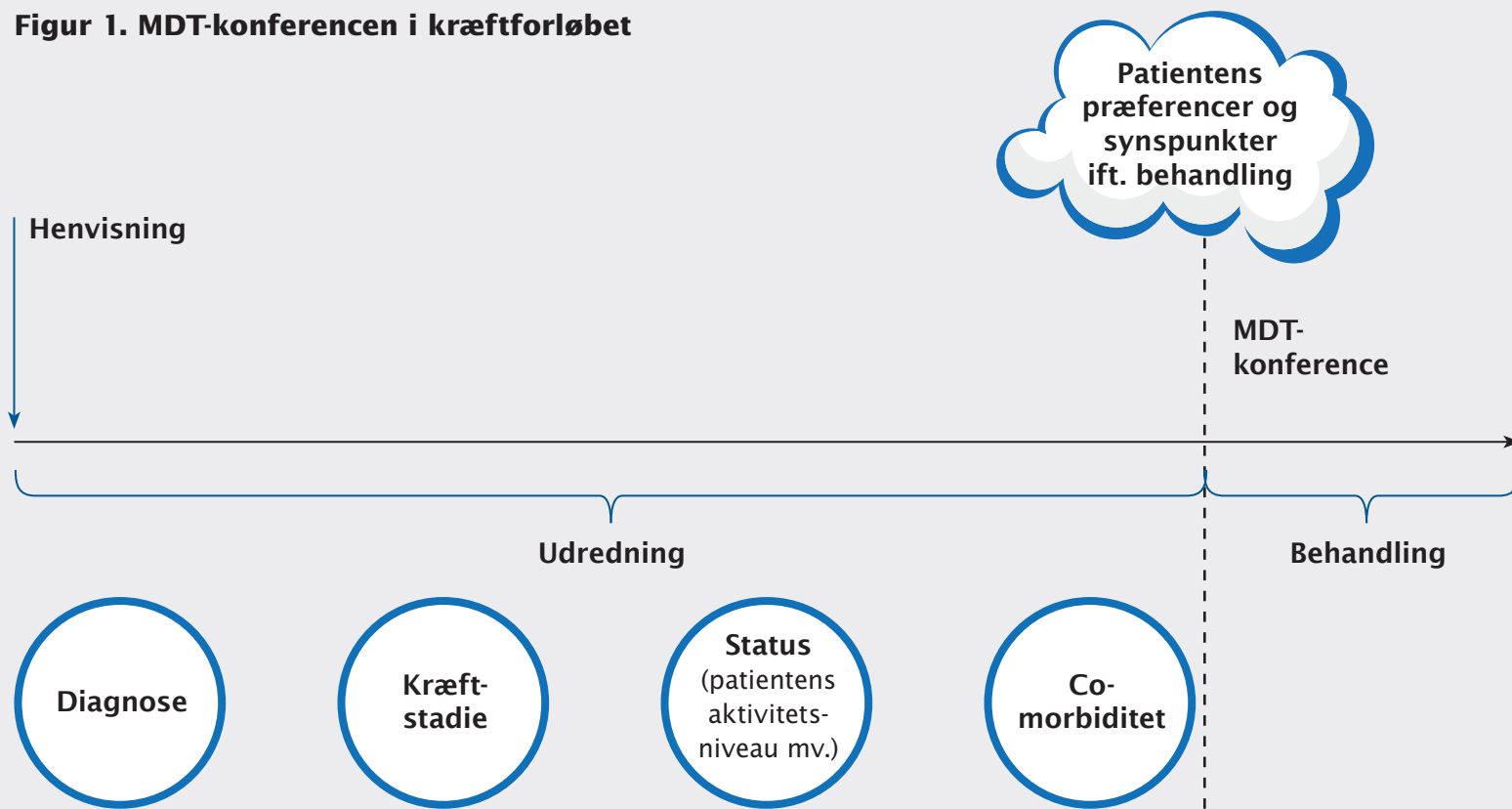
tagning om kræftbehandling, samt hvilke rammer der bør være tilstede og italesættes for at få det optimale ud af patientens deltagelse.

Organiseret forskelligt på tværs af landet

Selve organiseringen af MDT-konferencerne og de tilhørende beslutningsprocesser er varierende på tværs af hospitaler, afdelinger og kræfttyper.¹ Der er for eksempel forskel på, hvor lang tid der er afsat til at drøfte den enkelte patients behandlingstilbud samt hvilke sundhedsprofessionelle, der er tilstede.

I regi af De Multidisciplinære Cancer Grupper (DMCG) er der for nyligt udarbejdet en national vejledning netop med anbefalinger til,

Figur 1. MDT-konferencen i kræftforløbet



hvordan MDT-konferencer kan og bør ensrettes på de danske hospitaler. Heri står, at et mål med MDT-konferencen er »at behandle patienten som en hel person, herunder at medtage patientens synspunkter, præferencer og generelle livsforhold, når der træffes beslutninger

om behandlingstilbud baseret på de nationale kliniske retningslinjer».⁵

Denne målsætning kan dog vise sig at være en udfordring at nå, hvis patienten ikke deltager på MDT-konferencen, fordi afklaring af præferencer først er meningsfyldt, når de relevante behandlingsmuligheder er

forelagt patienten. Dette kan først foregå, når udredningsforløbet er afsluttet (jf. figur 1).

Patienternes deltagelse på MDT-konferencer kan være én metode til at imødekomme, at behandlingstilbud tager udgangspunkt i patientens præferencer og behov. Og selv

hvis behandlingsalternativerne er begrænsede, er der altid mulighed for fravalg af behandling.

Undersøgelse belyser patientinvolvering

Formålet med vores undersøgelse var at belyse, om og hvordan patienter involveres i valg af kræftbehandling på multidisciplinære teamkonferencer, og hvilke faktorer der spiller ind på beslutningsprocessen.⁶

Vi gennemførte ikke-deltagende observationer over tre måneder af MDT-konferencerne på Rigshospitalets Øre-Næse-Halskirurgiske Klinik, som behandler hoved-halskræft patienter, og som er et af de få steder i Danmark, hvor patienten er inviteret med på MDT-konferencen.

Vi inkluderede via observationerne 41 MDT-konferencer i undersøgelsen og gennemførte semi-strukturerede interviews med seks kirurger fra afdelingen. Til at vurdere omfanget af lægernes patientinvolverende adfærd i beslutningstagning om behandling anvendte vi et observationsredskab kaldet OPTION12 bestående af 12 items, som repræsenterer nøglekompetencer in-





den for patientinvolvering i beslutningstagning.^{7,8} Her scores lægernes adfærd på en skala fra 0-4, hvor 0 angiver, at adfærden ikke udvises, og 4 angiver, at adfærden udføres på meget højt niveau (tabel 1).

Konsekvenser for livskvaliteten

Behandling af hoved-halskræft (for eksempel kræft i mundhulen, tunge, mandler, svælg og spiserør) er ét eksempel på et præference-sensitivt område, hvor patientinvolvering i beslutninger om behandling er meget relevant, da omfanget af bivirk-

ninger og senfølger i høj grad påvirkes af, hvilken behandling patienten får.

Behandling kan blandt andet påvirke evnen til at spise, tale og trække vejret samt give synlige ændringer af udseendet. Dette kan have store konsekvenser for patientens livskvalitet.

Patienter inviteres med på Rigshospitalet

På Rigshospitalets Øre-Næse-Halskirurgiske Klinik inviteres alle kræftpatienter med på MDT-konferencen, både patienter med ny cancer eller



Fakta om hoved-halskræft

- Hoved-halskræft er en samlet betegnelse for de kræftformer, der opstår i de øvre luft- og spiseveje og i kirtlerne i samme område
- Patienterne er kendetegnet ved typisk at være ældre, have flere samtidige sygdomme og tilhøre lavere socialklasse
- Væsentlige årsager til hoved-halskræft er tobaks- og alkoholoverforbrug. Mandelkræft og kræft i mundsvælget kan dog også være HPV-induceret, det vil sige skyldes en virusinfektion⁹
- Der registreres omkring 1.400 nydiagnosticerede tilfælde af kræft i hoved-hals området om året.¹⁰

med tilbagefald. Få dage forinden har patienten fået sin kræftdiagnose ved en lægekonsultation på afdelingen.

Inden patienten ankommer til MDT-konferencen, drøfter onkolog, kirurg og røntgenlæge indledningsvist billedmateriale og patologi og får her en formodning om, hvilken behandling patienten skal tilbydes. Alle de interviewede læger siger dog, at de er nødt til at »se« patienten på MDT-konferencen, før de kan lægge sig fast på et behandlingstilbud.

Til MDT-konferencen med patienten er der afsat 45 minutter. Her deltager onkolog, kirurg, sygeplejerske, patient og eventuelt pårørende samt andre specialister (eksempelvis plastikkirurg) efter behov. Vi fandt, at patienterne gennemsnitligt var tilstede i 28 minutter (varierende fra 12-60 minutter). Resten af tiden blev brugt på planlægning af aftaler og behandling, registrering og journalskrivning.

Kirurger positive over for patientdeltagelse

De interviewede læger i vores un-

dersøgelse er meget positive over for patientens deltagelse på konferencen og mener, at det øger kvaliteten i drøftelsen af behandlingsmuligheder ud fra tre argumenter:

- *At »se« patienten med egne øjne spiller en stor rolle i forhold til den lægefaglige vurdering af, hvilken behandling patienten kan tåle. Almen tilstand, funktionsniveau og komorbiditet kan overraske i forhold til, hvad der står i journalen*
- *Hoved-halskræft er meget synlig i modsætning til eksempelvis tarmkræft, og kræften kan ofte ses med det blotte øje. Derfor kan lægerne se og vurdere kræften samt lokal udbredelse ud fra en objektiv undersøgelse*
- *At have mulighed for at involvere patienten ved at spørge dem om deres bekymringer, synspunkter og præferencer for behandling*

Til at illustrere, hvorfor det giver mening at have patienten med, siger en kirurg: »Det, at vi kan se patienten direkte foran os, har helt klart stor betydning. Vi kan læse os til en del ting i journalen, men ved

at patienten deltager, får vi et meget vigtigt direkte blik på patienten«.

Litteratur peger på, at ikke alle læger er lige positive over for, at patienten inviteres med til MDT-konferencen. De mener ikke, at det vil gavne patienten at deltage og mener ikke, at patienterne evner at håndtere informationen om for eksempel risici.^{1,11,12} Vi kunne dog ikke genfinde denne modstand i vores studie.

Behandlingstilbud påvirkes af patientdeltagelse

Vi fandt, at i halvdelen af de observerede MDT-konferencer påvirkes behandlingstilbuddet konkret af, at patienten er med. Det skyldes:

- *Almen tilstand og aktivitetsniveau:* På 24 procent (10/41) af MDT-konferencerne er onkolog eller kirurg forud for mødet med patienten usikre på, hvor kraftig behandling patienten kan tåle.

Eksempler:

- 1) Onkologen nedsætter antallet af strålebehandlinger fra 34 til 13 efter at have set patienten.
- 2) Kemobehandling fravælges som

tillæg til strålebehandling, fordi onkologen vurderer, at patienten ikke kan tåle det.

- *Patientens præferencer:* På 24 procent (10/41) af MDT-konferencerne er det patientens præferencer og synspunkter, der afgør valget af behandling.

Eksempler:

- 1) Patienten får valget mellem to ligestillede behandlingsmuligheder (operation eller strålebehandling).
- 2) Patienten fravælger helt lægernes tilbud om aktiv behandling

Til trods for at det er en tidskrævende aktivitet at have patienten med (28 minutter i gennemsnit), vurderer alle lægerne i vores undersøgelse det som effektivt, og at det resulterer i bedre behandling.

Adspurgte om det er tiden værd at have patienten med, siger en kirurg: »Ja! Hvis vi ikke gjorde det, ville vi have aflyste operationer, aflyste operationer på lejet, tilbagehenvísninger fra stråleterapi, fordi det viste sig, at patienten alligevel godt kunne opereres osv. For ikke at tale om de potentielle fejlbehandlinger,

der ville blive foretaget, fordi vi for eksempel kunne overse, at de tidligere havde fået strålebehandling ét sted. De 45 minutter, der er afsat til MDT-konferencen med patienten, er de bedst investerede minutter i hele patientforløbet, vil jeg vove at påstå«.

Kræver en særlig indsats

Vores studie viser, at det kræver en særlig indsats at involvere patienter i beslutningstagning om behandling – det er ikke patientinvolvering i sig selv, at patienten er tilstede. Observationerne viser således, at lægerne udviser et meget højt niveau af patientinvolverende adfærd til en tredjedel af MDT-konferencerne.

På de resterende to tredjedele af MDT-konferencerne følger lægerne ikke konsekvent de gængse principper for patientinvolvering i beslutningstagning, som beskrevet i OPTION12-redskabet^{7,8} (tabel 1). Lægerne i vores undersøgelse vurderer selv, at de er gode til at involvere patienterne på MDT-konferencerne, selvom flere dog erkender, at de og deres kollegaer kunne være bedre til dels at tale om fravalg af behand-

ling, italesætte flere behandlingsmuligheder og endelig gøre det klart, at der er tale om et »valg«, som patienten har indflydelse på.

I 46 procent af de observerede MDT-konferencer oplystes flere behandlingsmuligheder for patienten, herunder fravalg af behandling (item 4, tabel 1). I de tilfælde, hvor der italesættes flere behandlingsmuligheder, er det ofte foranlediget af patienten selv, som enten ikke ønsker den behandling, lægen foreslår, efterspørger behandlingsalternativer eller spørger til konsekvenserne ved fravalg af behandling. Lægerne giver oftest kun information om risici og bivirkninger ved én behandling (item 5, tabel 1, se næste side).

Observationsredskabet har begrænsninger

Det skal nævnes, at OPTION12 ikke er udviklet specifikt til observationer af MDT-konferencer, og vores erfaringer med brug af redskabet er, at nogle items i OPTION12 er vanskelige eller mindre relevante at anvende i relation til MDT-konferencen frem for i andre typer af konsultatio-

Tabel 1. Lægernes patientinvolverende adfærd – opgjort på de 12 items i OPTION12-redskabet* (N=41)

Patientinvolverende adfærd	Fordeling på score 0 - 4 % (n)					Andel MDT-konferencer med score ≥2
	Score 0 = Adfærd udvises ikke	Score 1 = Uklart/ overfladisk forsøg på at udvise adfærd	Score 2 = Adfærd udvises på minimum/ basalt niveau	Score 3 = Adfærd udvises på et godt niveau	Score 4 = Adfærd udvises på meget højt niveau	
Item 1: Læge identificerer et problem, som kræver en beslutningsproces**	0 % (0)	24 % (10)	29 % (12)	22 % (9)	24 % (10)	76 % (31)
Item 2: Læge forklarer, at der er mere end én måde at behandle/håndtere sygdommen på (ikke at behandle er også en mulighed)	49 % (20)	7 % (3)	12 % (5)	10 % (4)	22 % (9)	44 % (18)
Item 3: Læge afklarer patientens foretrukne måde at modtage information på, som kan hjælpe med beslutningstagning	90 % (37)	2 % (1)	2 % (1)	2 % (1)	2 % (1)	7 % (3)
Item 4: Læge oplister behandlingsmuligheder, hvilket også kan inkludere ikke at gøre noget	49 % (20)	5 % (2)	12 % (5)	7 % (3)	27 % (11)	46 % (19)
Item 5: Læge forklarer fordele og ulemper ved behandlingsmulighederne (ikke at gøre noget er også en mulighed)***	15 % (6)	51 % (21)	5 % (2)	17 % (7)	12 % (5)	34 % (14)
Item 6: Læge undersøger patientens forventninger/synspunkter i forhold til, hvordan sygdommen skal behandles	24 % (10)	29 % (12)	15 % (6)	7 % (3)	24 % (10)	46 % (19)
Item 7: Lægen undersøger patientens bekymringer/ængstelighed ift., hvordan sygdommen skal behandles	37 % (15)	15 % (6)	24 % (10)	15 % (6)	10 % (4)	49 % (20)

Patientinvolverende adfærd	Fordeling på score 0 - 4 % (n)					Andel MDT-konferencer med score ≥ 2
	Score 0 = Adfærd udvises ikke	Score 1 = Uklart/ overfladisk forsøg på at udvise adfærd	Score 2 = Adfærd udvises på minimum/ basalt niveau	Score 3 = Adfærd udvises på et godt niveau	Score 4 = Adfærd udvises på meget højt niveau	
Item 8: Lægen sikrer sig, at patienten har forstået informationen	37 % (15)	29 % (12)	22 % (9)	7 % (3)	5 % (2)	34 % (14)
Item 9: Lægen giver patienten eksplicit mulighed for at stille spørgsmål under beslutningsprocessen	10 % (4)	39 % (16)	17 % (7)	12 % (5)	22 % (9)	51 % (21)
Item 10: Læge afklarer/fremkalder patientens præference for at være involveret i beslutningstagning om behandling	34 % (14)	20 % (8)	34 % (14)	10 % (4)	2 % (1)	46 % (19)
Item 11: Læge tydeliggør, at der skal træffes en beslutning/udskydelse af beslutning	22 % (9)	20 % (8)	29 % (12)	5 % (2)	24 % (10)	59 % (24)
Item 12: Læge fremhæver mulighed for at patienten kan ombestemme sig ift. behandling	66 % (27)	7 % (3)	5 % (2)	7 % (3)	15 % (6)	27 % (11)

* De 12 items er her oversat fra engelsk til dansk. Original version fra Elwyn et al 2005 (7).

** Hvis lægen nævner, at det er en beslutningsproces, hvor også patienten skal være med, scores 2-4 afhængigt af, hvor meget der gøres ud af at forklare denne proces.

*** Hvis der kun fortælles om fordele og ulemper ved én behandling, scores 1.

ner. Vi mener således, at OPTION12 resultaterne fra vores studie kan gøres til genstand for klinisk refleksion, herunder at klinikerne gør sig tanker om, hvilke af de 12 items de finder relevante (og eventuelt irrelevante), og hvilke de gerne vil forbedre.

Kvalificerer behandlingstilbud

Vores studie tyder på, at patientens deltagelse på MDT-konferencen kvalificerer behandlingstilbuddene. Dels fordi lægerne kan justere behandling ud fra patientens almentilstand og funktionsniveau, dels fordi nogle patienter får italesat deres præferencer, synspunkter og be-

kymringer i forhold til de foreslåede behandlingstilbud.

Hvis MDT-konferencerne i Danmark skal have som mål, jf. DMCG's vejledning nævnt indledningsvist, at behandle patienten som en hel person, når der træffes beslutninger om behandlingstilbud, peger vores undersøgelse på, at der skal sættes aktivt ind for at realisere dette.

Tre fokusområder vil give forbedring

Vores observationer peger på, at hvis rammerne for patientinvolvering i beslutningstagning skal forbedres, skal der fokuseres på både at øge patienternes sundhedskom-

petence, forbedre de organisatoriske rammer samt uddanne fagpersonale.

Patienters sundhedskompetence:

Patienter skal være klar over, at deres præferencer og synspunkter i forhold til behandling er vigtige at få italesat på MDT-konferencen. Sygeplejersken kan have en større rolle i at forberede patienten til, hvad der skal ske på MDT-konferencen.

Organisatoriske rammer: I dag er MDT-konferencen i Danmark ikke en aktivitet, der honoreres med en DRG-takst. Den enkelte afdelings incitament for at invitere patienten med til MDT-konferencen kan således i høj grad afhænge af, at der på anden måde kan påvises en værdi ved patientens deltagelse. Et tiltag kunne være at se nærmere på forskellige organiseringer af MDT-konferencer på tværs af landet, eksempelvis effekt af henholdsvis MDT-konferencer med og uden patientdeltagelse på valg af behandlingstilbud, behandlings-outcomes, tidsforbrug og patienttilfredshed. Hvis man

MDT-konferencer

- MDT-konferencen er en del af alle kræftpakkeforløb, hvor centrale sundhedsprofessionelle mødes for at beslutte, hvilken behandling kræftpatienten skal tilbydes
- MDT-konferencen har til opgave at fastlægge en endelig behandlingsplan på baggrund af relevant diagnostik⁹
- MDT-konferencen er organiseret forskelligt på tværs af hospitaler, afdelinger og kræftform – det gælder for eksempel, hvem der deltager, og hvor lang tid der er afsat til konferencen.





Om forfatterne



Anne Hjøllund Christiansen

Kandidat i Folkesundhedsvidenskab og Sundhedsfaglig konsulent i afdeling for Dokumentation & Kvalitet, Kræftens Bekæmpelse. Arbejder for at kræftpatienter får det bedst mulige forløb og lever længe med godt helbred og høj livskvalitet, herunder at sundhedsvæsenets indsats tager udgangspunkt i den enkelte patients behov og ønsker. Arbejder med patientinvolvering, kvalitetsudvikling og senfølger. annhch@cancer.dk



Kasper Wennervaldt

Klinisk læge på Øre-Næse-Halskirurgisk og Audiologisk Klinik, Rigshospitalet samt projektleder og ph.d.-studerende i afdeling for Dokumentation & Kvalitet, Kræftens Bekæmpelse. Arbejder med monitorering og optimering af den kirurgiske fase af et kræftforløb. kasperw@cancer.dk



Linda Aagaard Thomsen

Afdelingschef i Dokumentation & Kvalitet, Kræftens Bekæmpelse. Linda har en baggrund som farmaceut og en ph.d.-grad fra det farmaceutiske fakultet inden for farmakoepidemiologi og sundhedsøkonomi. Linda har i mange år arbejdet med kvalitetsudvikling – særligt på lægemiddelområdet, både inden for ældre- og kronikerområdet, psykiatri- og handicapområdet og senest på kræftområdet. lath@cancer.dk

ønsker, at patienter skal deltage på MDT-konferencer, er det centralt, at afdelingsledelser bakker op om og prioriterer, at lægerne bruger mere tid på disse MDT-konferencer.

Der kan inden for andre kræftspecialer end hoved-halskræft være organisatoriske og logistiske udfordringer ved at invitere patienter med, og vores fund kan ikke nødvendigvis overføres på tværs af specialer. Inden for andre kræftspecialer bør følgende undersøges nærmere: Hvad er mulige barrierer ved patientdeltagelse (på både organisatorisk og ledelsesmæssigt niveau) – og fordele? Der er behov for mere viden, som kan danne udgangspunkt for best practice inden for afholdelse af MDT-konferencer.

Uddannelse og støtte til fagpersonale: Patientens deltagelse på MDT-konferencen danner en god ramme for patientinvolvering, men sikrer ikke i sig selv, at det sker i praksis. Det kræver blandt andet, at lægerne ved, hvordan de involverer patienter i beslutningstagning om behandling, herunder at lægerne opfordrer patienterne til at italesætte deres

præferencer, bekymringer og synspunkter i forhold til behandling.

Givet at det i stigende grad er relevant for klinikere at diskutere udfald og sandsynligheder ved be-

handling med deres patienter, er der behov for vejledning om, hvorvidt og hvordan man bedst kommunikerer usikkerheder, eksempelvis ved hjælp af beslutningsstøtteværktøjer,

som kan understøtte en afbalance-
ret præsentation af risikoinforma-
tion.



Litteratur

1. Boisen A, Balslev N. Multidisciplinære team i kræftbehandlingen. Ugeskr Læger. 2016;178(VI0150792).
2. Lamb BW, Brown KF, Nagpal K, et al. Quality of care management decisions by multidisciplinary cancer teams: a systematic review. Ann Surg Oncol. 2011;18(8):2116-25.
3. Mulley AG, Trimble C, Elwyn G. Stop the silent misdiagnosis: patients' preferences matter. BMJ. 2012;345:e6572.
4. Stalmeier P, van Tol-Geerdink J, van Lin E, et al. Doctors' and Patients' Preferences for Participation and Treatment in Curative Prostate Cancer Radiotherapy. J Clin Oncol. 2007;25(21):3096-100.
5. Lundvall L, Hillingsø J, Petersen L, et al. Multidisciplinær kræftbehandling – en vejledning til MDT-konferencen. Version af 15. feb. 2016.
6. Kræftens Bekæmpelse. Patientinvolvering på MDT-konferencer. Et observationsstudie af, hvordan hoved-halskræft patienter involveres i beslutninger om behandling ved multidisciplinære team konferencer. København: Kræftens Bekæmpelse; 2018.
7. Elwyn G, Edwards A, Wensing M, et al. OPTION 12. Rater Manual. The Netherlands; 2005.
8. Elwyn G, Hutchings H, Edwards A, et al. The OPTION scale: measuring the extent that clinicians involve patients in decision-making tasks. Health Expect. 2005;8(1):34-42.
9. Sundhedsstyrelsen. Pakkeforløb for hoved-halskræft. København; 2016.
10. Kræftens Bekæmpelse. Hjælp og viden. Kræftformer. <http://www.cancer.dk/hjaelp-viden/kraeftformer/kraeftsygdomme/> [accessed 20. marts 2018]
11. Butow P, Harrison JD, Choy ET, et al. Health professional and consumer views on involving breast cancer patients in the multidisciplinary discussion of their disease and treatment plan. Cancer. 2007;110(9):1937-44.
12. Hamilton DW, Heaven B, Thomson RG, et al. Multidisciplinary team decision-making in cancer and the absent patient: a qualitative study. BMJ Open. 2016;6(7):e012559.

Vellykket patientinddragelse kræver ledelse

Hvordan sætter lederen retning og mål for mere patientinddragelse i sin afdeling? Udgangspunktet er en analyse af det påkrævede forandringsniveau og en meningsfyldt vision.

Af Helle Østergaard
og Kirsten Lomborg

Danske studier viser, at de sundhedsprofessionelle, der er mest tilfredse med deres egen indsats i forhold til at inddrage patienter i det daglige arbejde, har en ledelse, som har fokus på patientinddragelse.^{1,2} Det kræver ledelseskraft med retning, analyse og planlægning af forandringsprocesser, hvis det skal lykkes at skabe mere og bedre patientinddragelse på hospitalerne.

Implementering af patientinddragelse i sundhedsvæsenet forudsætter ikke alene indførelse af effektive metoder, men også en kulturæn-

dring blandt de sundhedsprofessionelle og deres ledere. Lederne af sundhedsvæsenets institutioner er de primære facilitatorer, hvis man ønsker at realisere projekter, hvor kulturændringer er i spil. Lederne er med andre ord centrale aktører i arbejdet med at skabe både organisatoriske og kulturelle ændringer.^{3,4}

Litteraturen viser, at både visioner og økonomi kan have betydning og være et incitament. Inddragelse af patienter i deres eget forløb kan øge patienternes livskvalitet, højne patientsikkerheden og behandlingskvaliteten samt reducere sygelighed og dødelighed hos patienter med kronisk sygdom. In-

den for udvalgte områder er der desuden fundet en sammenhæng mellem brugerinddragelse og reduktion af omkostninger.

Det er således muligt at indfri målsætningen om Triple Aim, det vil sige bedre folkesundhed og bedre patientoplevelse behandlingskvalitet til mindre omkostninger.⁵ Afdelingsledelser er centrale aktører i arbejdet med at skabe både organisatoriske og kulturelle ændringer.^{3,4} Evalueringen af storskalaprojektet Det Brugerinddragende Hospital har for nylig bekræftet, at patientinddragelse er nemmere, når ledelsen går forrest.⁶

Lederens analyse af forandringsprocessen

Hvordan sætter lederen retning og mål for mere patientinddragelse i sin afdeling? Det kan for eksempel ske ved, at lederen aftaler med sine medarbejdere, at de stiller mindst to spørgsmål i hver patientkontakt, der lægger op til at få patientens perspektiv inddraget i mødet. Lederen kan begynde med at analysere afdelingens praksis og gøre brug af relevant ledelsesværktøj til at få tænkt processen igennem og lægge en kvalificeret plan.

For at få en forståelse af den forandringsproces, der er påkrævet, foreslår vi, at ledelsen anvender Hildebrandt & Brandis overordnede diagnoseværktøj til analyse af forandringsprocesser⁷ og herefter identificerer hvilket forandringsniveau, der ifølge Kotter & Cohen⁸ svarer til det konkrete forandringsprojekt.

Med denne analyse kan lederen afdække forandringens omfang og få en fornemmelse af, hvad indsatsen kræver af ledelse og ressourcer. I det følgende beskriver vi, hvordan forandringsprocessen kan gribes an



med brug af diagnoseværktøjet og analyse af forandringsniveauet.

Brugerinddragelse starter eksternt

Drivkræfterne til mere brugerinddragelse starter eksternt med ændringer i samfundet og en politisk dagsorden. Organisationen, hvor lederen er ansat, forventes at være på forkant og gå tidligt ind i processen, hvorefter der bliver et internt forandringspres på afdelingsniveau. Her kommer afdelingsledelserne ind i processen.

Når målet er at forandre mod en mere inddragende kultur, skal der sættes fokus på området ved at skrive patientinddragelse ind i strategien i lighed med andre strategiske mål i afdelingen.

Forandringsintensiteten defineres, når afdelingsledelserne for eksempel tydeliggør en forventning om, at afdelingen kommer til at arbejde med viden, prøvehandling og forankring i forhold til patientinddragelse i en afgrænset periode, eksempelvis et år og derefter fremadrettet ad hoc. Hvis intensiteten skal holdes oppe over så lang tid,

og hvis ændringen skal nå ud i hele afdelingen, kræver det, at lederne skaber kortvarige eller hurtige succeser og holder fokus.

Der er behov for at stoppe op og indsamle erfaringer og læring undervejs. Lederne kan hjælpe med at kreere bølge efter bølge af forandringer, indtil visionen om at være en patientinddragende afdeling er nået.⁸

Tre niveauer for forandring

Forandringskompleksiteten i forhold til at skabe mere patientinddragelse er omfattende, idet dagsordenen om patientinddragelse kan omfatte alt fra forandring af skriftlig og mundtlig kommunikation med patienten til ændret forståelse af den professionelle rolle til øvelse i fælles beslutningstagning⁹, udvikling af beslutningsstøtteværktøj samt udvikling og anvendelse af brugerstyret behandling.

Forandring kan opdeles i tre niveauer:

1. Forandringen kan gennemføres uden ændringer af den måde, hvorpå en medarbejder løser sine opgaver, eksempelvis udlicitering af IT, som hverken ændrer

ved opgave, struktur eller proces.

2. Forandringen medfører ændringer i måden, opgaven løses på, men kan gennemføres inden for medarbejdernes eksisterende tænkemåde, for eksempel ændringer i organisationsstruktur, kontrolsystem m.m.
3. Forandringen ændrer organisationskulturen og kræver ændrede tænkemåder og holdnings- eller adfærdsskift. Det vil sige, at værdier, antagelser og etablerede normer er i spil og til diskussion.

Forandringsdybden i tiltaget om dagligt at stille to inddragende spørgsmål i hver patientkontakt er på niveau tre, idet organisationens kultur, tænkemåde og holdning skal ændres. På niveau tre drejer forandringsledelse sig om at udvikle fællesskaber og at kæde forandring og læring sammen under processen.

Kultur og forandring

Kultur er populært sagt »den måde vi gør tingene på her i afdelingen« og dermed en bestemt måde at forstå »verden« på. Man kunne måske

indvende, at den konkrete forandring vel kun drejer sig om at blive bedre til at spørge, lytte og svare patienten. Meget enkelt, men når man er del af en kultur, der vurderer, behandler, instruerer og vejleder patienten, kan det være ret forstyrrende i forhold til gængse rutiner og forbundet med usikkerhed at spørge.

Tidspres spiller måske også ind, når handlinger skal udføres anderledes, end man plejer. Selv om forandringsdybden vurderes til at være niveau tre, er den konkrete forandring med Hildebrandt og Brandis to dimensioner i organisatorisk forandring alene en transition og altså ikke en decideret transformation. Afdelingen leverer nemlig den samme grundlæggende ydelse i form af udredning og behandling.⁷

Design af forandringsprocessen

Ovenstående analysearbejde er fundamentet for forandringsprocessen, og herefter starter det konkrete design af forandringsprocessen.

Lederne skal understøtte en lidt anderledes måde at arbejde på, som



Om forfatterne



Helle Østergaard

Uddannelsesansvarlig i Fysioterapi- og Ergoterapi, AUH. Cand.pæd. i pædagogisk psykologi med opgaver inden for kompetenceudvikling, organisations- og udviklingsprocesser, forandringsledelse, brugerinddragelse og læring i alle processer. Har været medlem af Strategisk Kompetenceråd på AUH. Er medlem af Region Midts kursusråd for fysioterapeuter og ergoterapeuter, Koncern HR. Helle.Oestergaard@AUH.rm.dk



Kirsten Lomborg

Professor med særlige opgaver i patientinvolvering ved Institut for Klinisk Medicin, Aarhus Universitet. Forsker i fælles beslutningstagning, brugerstyret behandling og brugen af PRO i mødet mellem patient og sundhedspersoner. Har forestået evalueringen af »Det brugerinddragende hospital« på Aarhus Universitetshospital. Har en række tillidsposter, blandt andet i Sundheds- og ældreministeriet. Er formand for Novo Nordisk Fondens udvalg for sygeplejeforskning. kl@clin.au.dk

medarbejderne i begyndelsen kan have svært ved at få øje på. Det hele handler om at invitere patienter med i et partnerskab, hvor de sammen med læger sygeplejersker, fysioterapeuter, ergoterapeuter og andre sundhedsprofessionelle selv er med til at identificere symptomer og beslutte, hvilke undersøgelser og hvilket behandlingsforløb, der er relevant i netop deres situation.

Patienterne er eksperter på deres liv og har præferencer, ønsker og mål, og de sundhedsprofessionelle skal støtte dem i deres værdisafklaring og tilegnelse af information, så de er klædt på til at tage gode beslutninger. Dog skal der også være rum til, at patienten skal lære at begå sig i en ny rolle, og at alle patienter ikke er ens. For eksempel ønsker nogle patienter, at det er de sundhedsprofessionelle, der vælger for dem, og det må der også være plads til.

Nogle gange er der måske to lige gode valg i forhold til behandling, hvor valgmuligheden er et kæmpe plus for patienten, fordi den ene mulighed passer bedre ind i patientens hverdagsliv og situation. I an-

dre situationer er der ikke to lige gode valg, altså principielt ikke noget at vælge imellem.

Alt dette samt patientens præferencer, ønsker, mål og bekymringer skulle gerne endnu tydeligere komme frem i dialogen mellem den sundhedsprofessionelle og patienten.

Otte trin for adfærdsændringer

I det videre konkrete arbejde med forandring og implementering af nye arbejdsrutiner kan der hentes god hjælp hos Kotter og Cohen⁸, hvis cases viser, at man som oftest

opnår den største succes med forandringer og adfærdsændringer ved at gennemtænke følgende otte trin og tale til følelserne (se boksen herunder).

Afdelingsledelser og funktionsledere har en fælles opgave i denne proces. Afdelingsledelserne er centrale aktører i arbejdet med at skabe både organisatoriske og kulturelle ændringer og sætter retning for afdelingen. Afdelingsledelser og funktionsledere arbejder typisk med at skabe følelsen af nødvendighed og med at få viden og erfaring om patientinddragelse levendegjort.

Herudover skal ledelsen skabe

Styregruppe

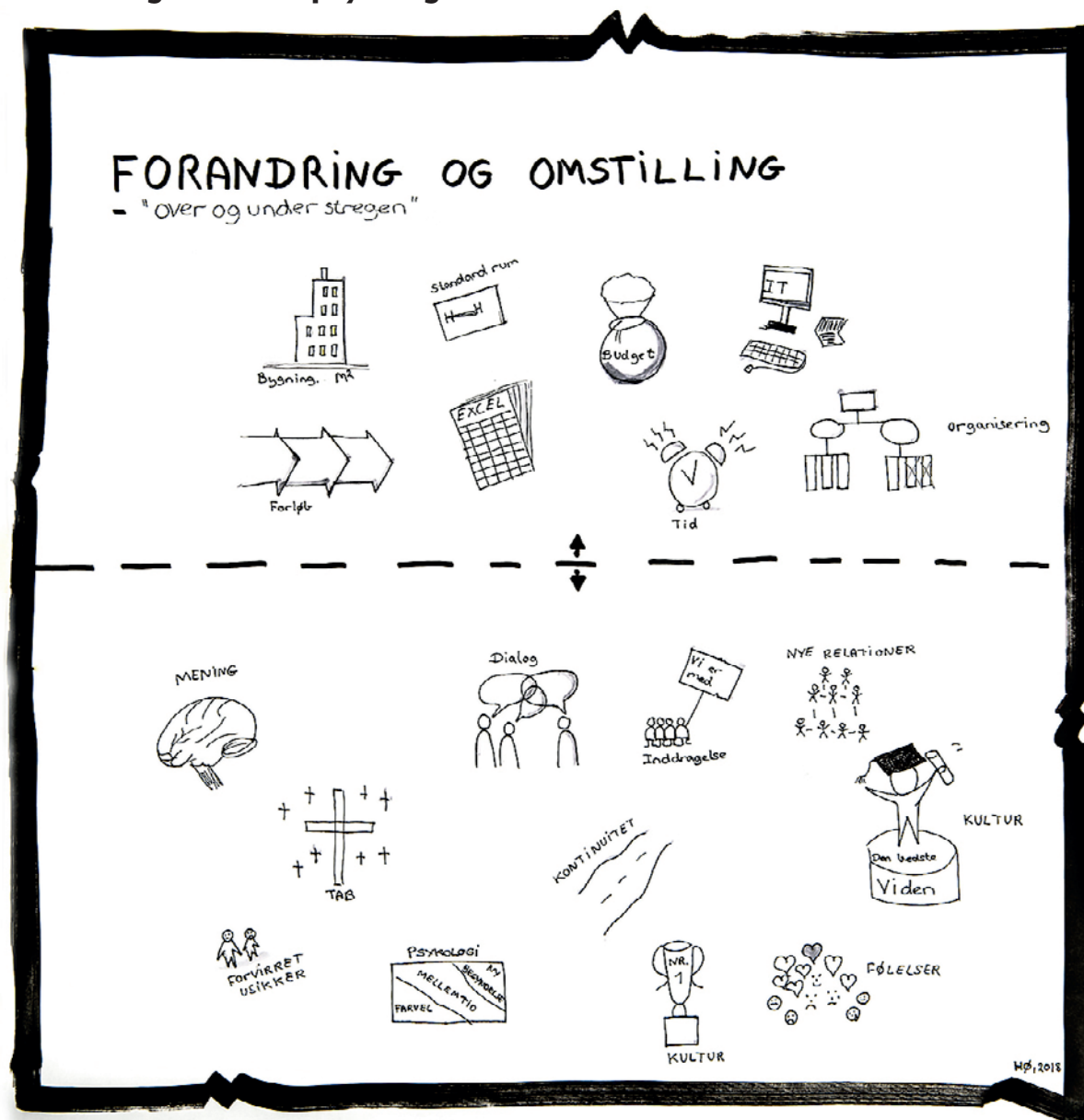
- Trin 1 – Skab følelsen af nødvendighed (Increase urgency)
- Trin 2 – Sammensæt et handlekraftigt team (Build the guiding team)
- Trin 3 – Skab en meningsfuld vision (Get the vision right)
- Trin 4 – Få folk ombord (Empower action)
- Trin 5 – Bemyndiggør og fjern barrierer (Empower action)
- Trin 6 – Skab hurtige resultater (Create short-term wins)
- Trin 7 – Hold fokus (Don't let up)
- Trin 8 – Forankring (Make change stick)

strukturelle rammer og vilkår for at arbejde med patientinddragelse og understøtte i forhold til tid, fleksibilitet, kompetenceudvikling og ansvar.

Funktionsledere er vigtige facilitatorer i de respektive medarbejdergrupper og styrer ofte de praksisnære forandringsprojekter. Det er typisk funktionsledere, der sammensætter et handlekraftigt team og følger, at teamet skaber en meningsfuld vision for prøvehandlinger, får kollegerne med ombord, giver bemyndigelse, fjerner barrierer, skaber hurtige resultater, synliggør succeser, holder fokus og sikrer forankring.⁸

Konkret viden om patientinddragelse og formulerede visioner om øget patientinddragelse kan relativt let formidles og videregives. Vi anbefaler, at man også har opmærksomhed på det mentale, altså »under strengen« i figur 1. Personalet kan opleve tab af ekspertrolle, afgivelse af magt, ændrede relationer til patienter og til andre sundhedsprofessionelle ved implementering af patientinddragelse. Det er derfor vigtigt at give plads til at erfarings-

Figur 1: Forandring over og under strengen i en organisationspsykologisk forståelse.



udveksle og tale om forandringen undervejs.

Kompetencer til at arbejde patientinddragende

Det er afdelingsledelser og funktionsledere, der må sikre, at medarbejderne har viden, færdigheder og kompetencer til at kunne arbejde inddragende til gavn for patienten og den faglige kvalitet i praksis. Det kunne eksempelvis være at sikre, at de sundhedsprofessionelle har viden om tankegangen bag patientinddragelse samt viden om konkrete metoder til brugerinddragelse.

Opmærksomhed på at møde patienten med åbenhed og anerkendelse samt udvikle de sundhedsprofessionelles kommunikationsfærdigheder mod en mere coachende tilgang er også vigtig. Vi flytter os fra at »optage anamnese« (hvor den sundhedsprofessionelle udspørger, og patienten svarer) til »den gode dialog« (hvor patienten er samarbejdspartner og ikke informant).

Vi går med andre ord fra, at information tilpasses den sundhedsprofessionelles forståelseshorisont til en samtale, hvor patienten bidra-

ger på egne præmisser: Fra den, der ved bedst og docerer sin viden, til den der præsenterer sig som en person med utilstrækkelig viden. Den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelse 2017, der baserer sig på en spørgeskemaundersøgelse med svar fra 159.030 patienter på somatiske hospitaler, viser, at patienter generelt er meget tilfredse med mødet med sygehusvæsenet. Men især når det gælder kommunikation, sammenhæng og inddragelse, er der rum for forbedring.¹⁰

Patientdialog er kun første skridt

At gå i dialog med den enkelte patient er et vigtigt første skridt i den individuelle patientinddragelse. Videre initiativer kan dreje sig om at samarbejde med patienten om at sætte mål eller anvende nye teknologier, hvor patienten får en ny rolle med større frihedsgrader.

Næste skridt i retning mod at blive en endnu mere patientinddragende i afdelingen kan være organisatorisk patientinddragelse, for eksempel ved at invitere patienter med til at forbedre ordlyden af ind-

kaldelsesbreve og informationsmateriale eller ved at invitere til brugerdiallog, hvor patienter får taletid til at udtrykke deres oplevelser i mødet med afdelingen, og de sundhedsprofessionelle lytter, før de sammen med patienterne snakker sig frem til mulige forbedringer.

Videre kan patienter være med til at udarbejde redskaber til fælles beslutningstagning eller arbejde med brugerstyret behandling. Undervejs i dette arbejde vil erfaring og refleksioner også skubbe til kulturarbejdet.

Opgaven skal prioriteres

Vi anbefaler kraftig prioritering, så opgaven bliver overkommelig og let at gå til. Mindst lige så vigtigt er det at vælge et område, hvor medarbejderne har energi og lyst til at arbejde med patientinddragelse, fordi de oplever sense of urgency og oplever at visionen er meningsfuld.

Det gælder om at lære af de nye tiltag, der lykkes og udnævne dem til succeser. Men de tiltag, der ikke lykkes for os, kan vi også lære af.

Referencer

1. ViBIS (2014). Sundhedsprofessionelles forståelser af brugerinddragelse. En kvalitativ undersøgelse. Videnscenter for brugerinddragelse. Tilgået februar 2018 fra www.vibis.dk.
2. KORA (2013) Ledelse af brugerinddragelse – Tre casebaserede eksempler; Det Nationale Institut for kommuners og Regioners Analyse og Forskning. ISBN: 978-877509-665-7.
3. Knudsen J. L. & Olsen G. S. (2012). Patientcentreret praksis på danske sygehuse vil styrke kvaliteten; Ugeskrift for Læger, 2012, 174/175 2791-95.
4. Coulter A.J (2012). Coulter A (2012). Leadership for patient engagement; The King's Fund.
5. ViBIS, Aarhus Universitets Hospital og Aarhus Universitet (2013). Projektbeskrivelse Det brugerinddragende hospital. Tilgået februar 2018 fra www.danskepatienter.dk/det-brugerinddragende-hospital.
6. Aarhus Universitet (2017). Det Brugerinddragende Hospital, Del I – evalueringsrapport. Tilgået februar 2018 fra www.patientinvolvering.auh.dk.
7. Hildebrandt S. & Brandi (2005). Ledelse af forandring. Børsen Forlag.
8. Kotter JP. & Cohen Dan S. (2002). The heart of Change. Harvard Business Review Press.
9. Bregnballe V., Rodkjær LØ., Ågård AS., Handberg C., Lomborg K. (2015). Fælles beslutningstagen – en metode til patientinvolvering.
10. Kompetencecenter for Patientoplevelser, Region Hovedstaden (2018). Tilgået marts 2018 fra www.patientoplevelser.dk/LUP.

Nyt speciale i akutmedicin vil give kvalitetsløft for de samme penge

Det nye speciale i akutmedicin vil gøre det muligt at give patienten et kvalitetsløft, men forudsætningen er en grundig planlægning af arbejdstilrettelæggelsen i alle specialerne.

Af Jacob Rosenberg

Sundhedsstyrelsen har for nylig offentliggjort målbeskrivelsen for et nyt lægeligt speciale i akutmedicin. Herefter skal regionerne i gang med at lægge uddannelsesplaner og opslå de nye stillinger til besættelse efter sommerferien.

Der er imidlertid vidtrækkende konsekvenser af etablering af dette nye speciale, idet uddannelsen og ikke mindst bemanningen i en lang række andre specialer også skal ændres. Det nye speciale i akutmedicin vil derfor medføre ændringer i arbejdstilrettelæggelse og budgettering på tværs af hele sygehuset.

Vi står med en unik mulighed for

at øge kvaliteten af patientbehandlingen ikke kun i de akutte modtageafdelinger, men også i de nuværende medicinske og kirurgiske afdelinger.

Den nuværende organisering

I øjeblikket har de fleste akutte modtageafdelinger ikke deres egne ansatte læger, men bemandes typisk med yngre læger fra de medicinske og kirurgiske stamafdelinger på sygehuset. Der er dog god grund til at overveje denne struktur, og mange andre lande har et regelret akut medicinsk speciale med en speciallægeuddannelse og efterfølgende fast ansættelse i en akut modtagelse.

I dag ses for eksempel en patient med ondt i maven i den akutte modtageafdeling først af en forvagt (yngste læge) tilknyttet en kirurgisk afdeling. Herefter optages journal, og fokus er naturligvis rettet mod det kirurgiske sygdomsbillede. Efterfølgende bestilles forskellige undersøgelser, en ældre kirurgisk kollega kan tilkaldes og være med til vurderingen, og først senere i forløbet tages beslutning om operation.

Hvis patienten i stedet ses initialt af den akutmedicinske specialist, vil det specielt hos patienten med flere samtidige sygdomme være et kvalitetsløft. Et lægefagligt speciale i akutmedicin er nyt i Danmark, men findes i en række andre lande. For



eksempel er det i USA særdeles attraktivt at være speciallæge i akutmedicin og med stor søgning blandt de unge læger.

Den fremtidige organisering

Arbejdsopgaven for en akutmedicinsk specialist vil klassisk være at modtage den akutte patient, uanset om patienten har en medicinsk eller kirurgisk lidelse eller en kombination af disse. Denne første læge danner sig hurtigt et indtryk af situationens alvor og kan med sin brede erfaring lægge en behandlingsplan baseret på mere end et enkelt klinisk speciale.

Det er oplagt, at denne initiale patientkontakt vil indebære anamnese og objektiv undersøgelse for at kunne lægge en behandlingsplan, og dette dokumenteres som en regelret journaloptagelse. Denne konkrete arbejdsopgave overgår derfor fra de yngste læger ansat i de medicinske og kirurgiske afdelinger til læger ansat i den akutte modtageafdeling og får derved naturligvis en konsekvens for bemanning og derved budget for alle disse afdelinger.

Speciallæger i akutmedicin vil

kunne modtage, udrede og hos en del også afslutte patienterne i akutafdelingen, hvor de øvrige speciallæger fra stamafdelingerne ikke bliver involveret, hvis sværhedsgraden af patientens sygdom ikke nødvendiggør specialespecifik behandling eller udredning.

I mit eget speciale, kirurgi, vil patienten med en formodet kirurgisk lidelse således blive modtaget af en akutmedicinsk læge, som optager journal og lægger den initiale behandlingsplan. Hvis patienten skal opereres akut, eller hvis sygdomsbilledet fordrer videre specialespecifik udredning, tilkaldes en læge fra kirurgisk afdeling, som vurderer og igangsætter den videre plan. Den tilkaldte læge fra kirurgisk afdeling skal derfor nødvendigvis have erfaring og viden inden for sit speciale, hvorfor det formentlig bliver på mellemvagts- eller bagvagtsniveau.

Konsekvenser for lægegruppen på andre afdelinger

Ved oprettelse af et akutmedicinsk speciale med faste læger i den akutte modtageafdeling vil der selvfølgelig ikke være behov for så

mange yngre læger ansat i for eksempel en kirurgisk stamafdeling, og reelt skal disse læger ansættes i den akutte modtageafdeling.

Som erfaren kirurg vil jeg blot sige »ja tak«! Vi har mange yngre læger ansat i de kliniske afdelinger baseret udelukkende på, at der skal være nok til 24-timers bemanning, og vi kan ikke tilbyde alle de unge læger på for eksempel en kirurgisk afdeling en sufficient oplæring i operationsteknik. Der er simpelt hen for mange læger til for få operationer.

Ved den nye struktur vil vi kunne tilbyde den enkelte læge ansat i kirurgisk afdeling mere operationstid og derfor en bedre kirurgisk teknisk oplæring, hvis de ikke samtidig skal tilbringe mange timer til den primære patientkontakt og initiale vurdering med journaloptagelse m.v. Derfor vil det fra kirurgisk side være en velkommen model, og det er givetvis tilsvarende i andre specialer.

Husk konsekvenserne i de andre specialer

Det nye speciale i akutmedicin er lige på trapperne, men det ser ud

til, at man i Sundhedsstyrelsen og de faglige selskaber har fokuseret på at få produceret målbeskrivelsen for det nye speciale og ikke endnu har fokuseret så indgående på konsekvenserne for bemanning og uddannelse for lægegruppen i de andre specialer. Det er oplagt, at så snart vi har faste læger ansat i den akutte modtagelse på sygehuset, vil behovet for de yngre læger ansat i de gængse kliniske afdelinger aftage.

Det vil betyde, at vi flytter lønbudget fra de kirurgiske og medicinske afdelinger til de nye akutafdelinger, og derved skal staben sammensættes anderledes i de nuværende kliniske afdelinger. Man kan derved forestille sig, at der for eksempel i en kirurgisk afdeling ikke længere er behov for forvagter i traditionel forstand, da det meste af forvagternes arbejde i vagten overgår til læger ansat i den akutte modtageafdeling tilhørende det nye speciale i akutmedicin.

Forvagterne har udover vagtarbejdet løftet en række arbejdsopgaver i dagtiden såsom ambulatoriefunktion, såkaldt stuelæge-arbejde og journaloptagelse på patienter,



Om forfatteren



Jacob Rosenberg

Professor, overlæge, dr.med., Gastroenheden, Herlev Hospital. Jacob Rosenberg er endvidere medlem af regionsrådet i Region Hovedstaden. Læge fra 1991 og speciallæge i kirurgisk gastroenterologi fra 2000. Var i perioden 2012-2014 ledende overlæge på sin nuværende afdeling, som har 348 ansatte, hvoraf 95 er læger.
jacob.rosenberg@regionh.dk

som møder til planlagt indlæggelse. Noget af dette traditionelle forvagsarbejde kan måske overgå til mellemvagter eller bagvagter, eller måske skal vi stadig have et mindre antal forvagter ansat i afdelingerne.

Alt dette er lige nu uafklaret, men man må opfordre til, at der ses samlet på alle specialerne, når de nye uddannelsesplaner og stillinger designes til det nye speciale i akutmedicin. Det kan ikke undgå at få vidtrækkende konsekvenser langt ind i mange andre specialer på sygehusene.

Konsekvenser for kvaliteten i andre specialer

Den overordnede plan med at flytte bemanning fra de gængse kliniske afdelinger til de nye akutmedicinske afdelinger vil betyde, at vi kan tilbyde en bedre og mere fokuseret uddannelse til de unge læger, som vil ind for eksempel i det kirurgiske speciale.

Man vil som uddannelsessøgende i kirurgi ikke skulle bruge en stor del af sin tid på den initiale modtagelse af de kirurgiske patienter, hvorved tiden kan anvendes mere fokuseret på de kirurgiske

specialfunktioner. Dette vil give et kvalitetsløft for dansk kirurgi, da man må formode, at det operative volumen for den enkelte uddannelsessøgende kirurg vil kunne øges.

I en stor kirurgisk afdeling har vi mange læger, som ikke deltager eller deltager for lidt i den operative aktivitet. Dette skyldes en massiv tilstedeværelse i den akutte modtagelse, og det er derfor grundlæggende en god model, hvis den initiale patienthåndtering overgår til læger med speciel interesse i denne arbejdsopgave, hvorved de unge uddannelsessøgende læger i kirurgien kan tilbringe mere tid med de andre arbejdsopgaver omkring den kirurgiske patient.

Jeg har fokuseret på kirurgien, da jeg har mest forstand på dette, men betragtningerne om en koncentration af uddannelsesfunktionen i de nuværende kliniske specialer, som traditionelt har bemandet akutafdelingerne, kan givetvis appliceres på samtlige disse specialer.

Husk at se på plejetyngden

I fremtiden vil man huse kirurgiske patienter i akutafdelingen de første

måske 48 eller 72 timer, og for dem, der opereres, vil man hos patienter med mindre indgreb som for eksempel appendektomi eller operation for abscesser eller lignende kunne varetage hele indlæggelsesperioden, uden at patienten overflyttes til den stationære kirurgiske afdeling. Ligeledes vil patienter indlagt akut til kortvarig udredning undgå at blive indlagt på den stationære afdeling.

Imidlertid vil disse patientkategorier typisk have en lav såkaldt plejetyngde sammenlignet med patienter, som får foretaget større kirurgiske indgreb eller er i terminalfasen af deres sygdom. Med andre ord vil patienterne på den kirurgiske stamafdeling i fremtiden have en højere gennemsnitlig plejetyngde end i dag, hvor de »lette« patienter udtynder den gennemsnitlige plejetyngde.

Det er derfor vigtigt, at man ved flytning af ressourcer fra de stationære afdelinger til de nye akutafdelinger ikke blot udregner det som en gennemsnitlig værdi per seng. Der er mange faktorer, som indgår i regnestykket, og det vil være nød-

vendigt at skele til mere end blot antallet af patienter, når budgetterne skal lægges.

Organisationen vil ændre sig markant

Med det nye speciale i akutmedicin vil organisationen på vores akutsygehuse ændre sig markant. Det handler om bemandingen både på de store akutte modtageafdelinger, men også på de kliniske såkaldte stamafdelinger i kirurgi og medicin. I de akutte modtageafdelinger bliver scenariet, at patienten modtages af en uddannelseslæge eller speciallæge i akutmedicin, og ikke som nu af en læge tilknyttet specialer i medicin eller kirurgi.

Nutidens patienter er ofte præget af multisygdom, og dette forventes at stige i takt med, at befolkningen bliver ældre. Den nye akutlæge vil have en bred uddannelse, der dækker en lang række medicinske og kirurgiske specialer. Akutmedicineren vil derfor kunne håndtere flere aspekter af patientens samlede sygdomsbillede, end det er tilfældet i dag, hvor den modtagende læge er fokuseret på et enkelt klinisk spe-



cialle. Man forventer derfor med rette et kvalitetsløft i den initiale patienthåndtering i den akutte modtageafdeling.

Der vil ske en omlægning af lægeressourcer fra de medicinske og kirurgiske afdelinger til de akutte modtageafdelinger. Herved kan man fokusere uddannelsesindsatsen på for eksempel den kirurgiske afdeling til, at den unge kirurg under uddannelse kan tilbringe mere tid med at lære at operere, og der er givetvis tilsvarende betragtninger for de medicinske specialer. Den samlede omlægning vil derfor på sigt også løfte kvaliteten i patientbehandlingen på de kirurgiske og medicinske afdelinger.

Inden for få år vil bemanningen på de forskellige afdelinger på sygehusene skulle ændres, og derfor er det afgørende at tage de kirurgiske og medicinske specialer med i planlægningen af strukturen for det nye

speciale i akutmedicin. Det nye speciale i akutmedicin muliggør et kvalitetsløft for patienten både i den initiale håndtering i den akutte modtageafdeling, men også i de kliniske stamafdelinger i medicin og kirurgi.

Forudsætningen er dog en grundig planlægning af arbejdstilrette-

læggelsen i alle specialerne, og det er derfor vigtigt, at processen igangsættes hurtigt. Vi står med en unik mulighed for at give patienterne et markant kvalitetsløft indenfor den nuværende budgetramme, men det kræver en stor administrativ indsats, før vi når i mål. Der er store ændringer på vej.

! Referencer

1. Sundhedsstyrelsen. Nyt lægespeciale i akutmedicin.
<https://www.sst.dk/da/nyheder/2017/nyt-laegespeciale-i-akutmedicin>, 16.02.2018.
2. Målbeskrivelse for speciallægeuddannelsen i akutmedicin.
<https://www.sst.dk/da/uddannelse/speciallaeger/maalbeskrivelser/~media/22E2194DF62B4B39ACA35B23C951F040.ashx>, 16.02.2018.
3. Akutlægens rolle.
https://www.youtube.com/watch?time_continue=226&v=FVM6IPgvABM, 16.02.2018.

Ledere i sundhedsvæsenet bør udfordre deres opfattelse af ledelse

Ledere i sundhedsvæsenet kan med fordel udfordre deres grundlæggende opfattelse af ledelse som noget, lederen får betaling for at varetage, og anerkende, at alle aktører er medproducenter af ledelse.

Af Morten Fogsgaard,
Ulrik Toft, Niels Falk Bjerregaard,
Leni Abrahamsen
og Anne Kathrine Kirk Bebe

I foråret 2017 indledte Operation- og Intensiv i Hospitalsenhed Midt ved oversygeplejerske Leni Abrahamsen og ledende overlæge Nils Falk Bjerregaard et samarbejde med konsulentfirmaet UKON ved Ulrik Toft og Morten Fogsgaard. Afdelingen stod over for en flytning, og afdelingsledelsens ønskede at styrke koordineringen af patientforløb på tværs af afsnit og afdelinger. UKON faciliterede processen, og artiklen søger at besvare disse to spørgsmål:

1. Hvordan skabes et professionelt miljø, hvor flest mulige påtager sig et ledelsesansvar?
2. Hvilke udviklingsinitiativer skal igangsættes, for at faglige specialister prioriterer at arbejde som ledelsesgeneralister?

Acceptér dit med-ledelsesansvar

Overlæger, der påtager sig et formelt eller uformelt ledelsesansvar, etablerer ofte en parallel rolleidentitet. De forbliver i rollen som speciallæger og faglige fyrtårne – og påtager sig samtidig rollen som for eksempel konfliktløser, administrator, økonomiansvarlig og koordinator. De skal balancere mellem udefra-

kommende krav og egne høje faglige standarder, og de løber aldrig tør for opgaver.

I vores perspektiv handler ledelse ikke om formelle titler, men om at tydeliggøre retningen for den fælles opgave, det er at skabe gode processer og rammer og insistere på stort engagement og forpligtelse. Jo flere, der har vilje til at træde aktivt ind i disse uformelle og formelle processer, jo bedre, for på den måde får organisationen stillet langt mere ledelseskraft til rådighed.

Det medproducerende lederskab kræver accept af dobbeltrollen som både kompetent fagspecialist og leder. Og derfor er mantraet »kend

din kerneopgave og din rolle« for banalt i en ny organisatorisk virkelighed. Her forventes det, at alle aktører både bidrager til at løse den fag-faglige opgave og løfte en del af ledelsesopgaven, og derfor må både læger og sygeplejersker tage aktiv stilling til nye opgaver og roller og supplere deres professionelle identitet.

Overgange giver uklarhed og usikkerhed

Overgange er ofte karakteriseret af det indledende tab, en forvirrende mellemfase og en følelse af ikke at mestre sin nye rolle. Det, der tidligere gav skulderklap og selvagtelse, rækker ikke længere, men skal suppleres med ledelsesfaglighed. Oplevelsen af uklarhed og usikkerhed er generel, men transitionen er ikke den samme for sygeplejersker og læger, der kommer fra hver sin uddannelsestradition.

I den sygeplejefaglige kultur er ledelse som arbejdsområde en integreret del af uddannelsen og udviklingen. Lederpotentiale og -talenter fremelskes og prioriteres tidligt blandt sygeplejersker, mange ud-

danner sig igennem deres arbejdsliv til ledelse og får ofte ret tidligt formelt lederansvar.

For afdelingssygeplejerskernes vedkommende består transitionen fra én til flere roller derfor primært i at tage ansvar for ledelsesprocesser på tværs af afsnit og ikke blot i egen søjle – samt at udfordre sig selv og annullere den unødigt store respekt og delvist selvpålagte asymmetri i samspillet med lægerne.

I lægernes univers er det stadig speciallægens høje faglighed, som er i centrum.

Men i et komplekst sundhedssystem er høj faglighed ikke længere tilstrækkeligt, og derfor består transitionen for speciallægenes vedkommende primært i at nedtone specialistens ensidige selvforståelse og påtage sig mere (ledelses)ansvar for samarbejde, dialog og patientforløb.

Tværgående ledelse er svær

Hindringerne for et mere dynamisk samarbejde på tværs af afdelinger er ofte indlejrede formelle strukturer og få og utydelige strategiske tilvalg, for eksempel i form af ne-

denstående, som vi har observeret på hospitaler:

- Formelle, strukturelle, politisk-administrative barrierer
- Få incitamenter til at tænke samordning
- Overenskomstmæssige barrierer med ofte modstridende interesser
- Holdnings- og traditionsbetingede barrierer
- Uenighed om, hvem der skal gøre hvad (domænekonflikter med afsæt i uklar arbejdsdeling)
- Uenighed om mål og vurderingskriterier (beklagelser over hinandens resultater/output)
- Forskelle i interne kulturer og processer (vanskeligt at nå hinanden)
- Forskelle i interessenternes ønsker til samarbejdsform (mødestruktur, mødehyppighed m.fl.)
- Manglende mod, vilje eller evne til at træde ind i samtaler om why, what og how i forhold til hidtidigt og fremtidigt samarbejde

Traditionelt har ledelse handlet om at finde måder at operere effektivt på inden for organisationsdiagrammernes kasser og linjer. I dag består udfordringen i at finde metoder til

at realisere idéer og muligheder uden for de traditionelle rammer.

Vi kan ikke strukturere os ud af, hvem vi er, og hvordan vi definerer os selv. Men vi kan begynde med at understrege identitetens hovedrolle i grænsekrydsende ledelse og undersøge samspillet mellem to basale og grundlæggende menneskelige behov: Behovet for differentiering og behovet for integration. Både i grupper og som individer.

Værktøjer til at fremme tværgående ledelse

I det traditionelle hierarki flyder informationerne lodret via klare kommandoveje. Grupper er differentierede og afgrænsede og organiseret ud fra lokalitet, kompetencer eller funktioner. Teknologiske, politiske og sociale transformationer betyder imidlertid, at informationer i dag kan flyde frit på mange flere måder, og de nye kommunikationskanaler skaber uro, ændrer gamle praksisser, etablerer nye netværk og fordelel magten i forhold til »hvem der har viden om hvad«.

Det er ikke let aktivt at overskride og bygge bro på tværs af or-

ganisatoriske, psykologiske, fag-faglige og kulturelle grænser. Det er en stadig kamp at sætte sig ud over kulturelle, organisatoriske, politiske og fag-faglige verdenssyn, åbne sig for nye idéer og lede uden for egen søjle i organisationsdiagrammet. Og det er en konstant udfordring at lede på tværs af »os og dem« og søge efter det kollektive »vi«. Ikke desto mindre ved vi, at det kan lade sig gøre.

Grænsekrydsende ledelse definerer vi som evnen til at skabe kurs, koordinering og commitment. KURS handler om at skabe forståelse og mening i forhold til fælles overordnede mål og strategier. KOORDINERING handler om relationel koordinering af ressourcer og aktiviteter. COMMITMENT handler om at skabe dedikation til den kollektive succes, der er mindst lige så stærk som dedikationen til personlig og egen gruppes succes.

A) KURS: Gør opgaven klar

Målet er at få klargjort opgaven og den fælles kurs for det tværgående samarbejde: Hvad er gruppens fælles forpligtende opgave – sammen

og hver for sig? Hvad er mission, vision, strategi, mål og metoder og fælles forståelse?

Konkrete handlinger:

▪ *Ledelse af grænser*

At administrere grænser er at definere og forstå, hvad der differentierer grupper. Det første skridt i retning af at krydse grænser i ledelse er ironisk nok at etablere og styrke dem, så grupperne først er trygge – med respekt for andre og andre grupper – og kan vidensudveksle. Konkret kan man arbejde på følgende opgaver:

▪ *Skab psykologisk forbindelse*

Ledere fra alle sider af et tværgående samarbejde må gennem deres handlinger bidrage til at etablere gensidig tryghed, tillid og respekt mellem mennesker, afdelinger og organisationer, der samarbejder. Det afgørende spørgsmål er: Hvordan skabes den gensidige tillid, som kan binde det tværgående samarbejde sammen? Tillid kan ikke forudsættes, men må skabes gennem konkrete handlinger og i sociale relationer.



Om forfatterne



Morten Fogsgaard

Chefkonsulent og partner i konsulenthuset UKON. Uddannet cand.psych. og erhvervs-ph.d.-stipendiat i ledelses- og organisationspsykologi ved Aalborg Universitet. mf@ukon.dk



Leni Abrahamsen

Oversygeplejerske i Operation og Intensiv, Hospitalsenhed Midt. Mange års erfaring som leder på Aarhus Universitetshospital og i at arbejde med organisations-, kompetence-, og kvalitetsudvikling samt implementering. lenabr@rm.dk



Ulrik Toft

Chefkonsulent og partner i konsulenthuset UKON. Uddannet cand.mag. i kommunikation og dansk og stor erfaring med rådgivning af chefgrupper og direktorer i strategisk organisationsudvikling. ut@ukon.dk



Anne Kathrine Kirk Bebe

Organisationskonsulent i UKON. Uddannet cand.psych. fra Aarhus Universitet og bred erfaring med ledelsesudvikling, procesfacilitering af større organisatoriske forandringer og implementering af udviklingsinitiativer. akb@ukon.dk



Nils Falk Bjerregaard

Speciallæge i anæstesiologi. Ledelseserfaring fra Region Nord og Midt siden 2009. nilbje@rm.dk

▪ *Håndtér følelser*

Tillid er knyttet til gruppens behov for et fælles engagement og gensidig forpligtelse. Men engagement kan også inkludere opposition og frustration, og derfor er en del af opgaven også at håndtere usikkerhed, følelser og frustration på en konstruktiv og produktiv måde. I Operation og Intensiv på Hospitalsenhed Midt vil ambitionerne om øget tværfaglighed, mere frihed, mere dialog og mindre regelstyring i første omgang være tydeligst i samspillet mellem afdelingsledelsen og gruppen af speciallæger og afdelingssygeplejersker. Ledelsesopgaven her handler derfor i høj grad om at sikre god og tilstrækkelig dialog, så »flokken« holder sammen.

Reflektér over, hvordan

I taler om samarbejdet

Når ledere beskriver faggruppers eller afdelingers kompetence- og ansvarsområder i et tværgående samarbejde, er idealet ofte »et rent snit«, som gør opgaver, ansvar og kompetencer synligt og danner grundlag for koordinering.

I vores forskning kan vi se, at metaforen »snitflader« kan skabe billeder af at være adskilt og føre til kontraproduktiv tænkning i »os og dem«. Derfor foreslår vi at tage afsæt i metaforen »samarbejdsrum«. Ordet grænse får også her en dobbeltbetydning, som helt overses, når der bare tales om snitflader, for det er også grænsen, der forbinder faggrupper, afdelinger og organisationer på tværs, og det betyder noget for samarbejdet, om grænser anskues som broer eller som barrierer.

B) KOORDINERING:

Skab den rette infrastruktur

I et tværgående samarbejde må mennesker mødes på nye måder. Derfor er infrastruktur vigtig, og ledere må konkret medvirke til at skabe attraktive og åbne måder at mødes på, så der skabes fælles mening og identitet på tværs.

Konkrete handlinger:

▪ *Håndtér konflikter konstruktivt*

I konstruktiv konflikthåndtering er koordinering et nøgleord. Der skal mod til respektfuldt og anerken-

dende at udfordre hinanden på tværs af afdelinger, opgaver og faggrænser, men det er nødvendigt for at bidrage til organisationens samlede værdikæde.

▪ *Del jeres viden*

I tværgående samarbejde er idealet at etablere en fællesmængde af delt viden og et fælles sprog, som smidiggør det tværfaglige samarbejde. Viden og kompetencer skal udnyttes på tværs og også understøtte den gensidige tillid og respekt mellem grupperne.

C) COMMITMENT:

Understøt den gensidige afhængighed

Konkrete handlinger:

▪ *Fokusér på kommunikationen*

Gode relationer skal understøttes af hyppig, rettidig, præcis og problemløsende kommunikation.

Denne form for relationel koordinering kan opdeles og beskrives i to hovedkomponenter: Relationer og kommunikation. I studier af høj og lav relationel koordinering er konstruktiv tværgående samarbejde kendetegnet af hyppig og

i høj grad mundtlig kommunikation, mens mønstret ved lav grad af relationel koordinering er sjælden, forsinket, upræcis og fingerpegende kommunikation. Et eksempel fra Operation og Intensiv på Hospitalsenhed Midt illustrerer behovet for løbende også at kunne tale om besværlighederne. Her i form af ny overenskomst og princippet om speciallægen i front og etableringen af en omvendt vagtpyramide, som betyder flere timer på jobbet og dermed en reel forringelse af arbejdsforholdene. Overlægegruppen frustreres og mister motivation. Der er risiko for, at gruppen mister både det ledelsesmæssige perspektiv og det tværgående organisatoriske udsyn og regredierer til et simpelt lønmodtager-mindset.

- **Fokuser på helheden**

Forståelse for helheder og ydmyghed over for andres verdener og verdensbilleder er en forudsætning for at skabe et frugtbart, tværfagligt samarbejde. Hvis faggrupper, afdelinger og organisati-

oner ikke skal lukke sig om sig selv, må overdreven selvtilfredshed, selvfedme og selvtilstrækkelighed løbende udfordres, og en del af ledelsesopgaven er derfor at bringe den ydre verden i spil og gøre opmærksom på gruppens gensidige afhængighed af livet uden for egen snæver organisation.

Byg det organisatoriske fundament

For at sikre den rette effekt af arbejde med kurs, koordinering og commitment er det værd at tage stilling til følgende tre elementer:

- **Sæt mål for succesen**

Har ledelsen forelsket sig i forestillingen om samarbejde og synergi uden reelt at have en fælles forståelse for formålet med det tværgående samarbejde? Den fælde går en del ledere i, og derfor kan det være en fordel at bryde arbejdet ned i mindre bidder og træne samarbejdet på tværs på udvalgte strategiske områder.

- **Formalisér processer og strukturer**

Understøtter organisationsstrukturen det tværgående samarbejde? Formår ledelsen ikke at formalisere nye arbejdsgange, der understøtter ledelse og samarbejde på tværs, er risikoen, at folk gør som de plejer.

- **Beløn den tværgående indsats**

I en hektisk hverdag prioriterer de fleste naturligvis det, de belønnes for. Mange organisationer evaluerer medarbejdere og ledere på baggrund af individuelle mål, men ønsker man reelt samarbejde på tværs, kan et belønningssystem, der også honorerer det, være en god idé.

Kompleks ledelsesteori skal ned i øjenhøjde

Ledelse har i hospitalsverdenen ry for både at være tørt, teoretisk og uinteressant. Ikke mindst i gruppen af speciallæger, hvor vi oplever, at ledelse som disciplin ikke forbindes med prestige eller agtelse. Men med begreberne Kurs, Koordinering og Commitment er det muligt at bringe

kompleks ledelsesteori ned i øjenhøjde.

Kurs, Koordinering og Commitment er en konkret, forståelig og jordnær ramme, som umiddelbart kan relateres til fagprofessionelles hverdag og virkelighed, og som er en måde at tale om ledelse på. I Operation- og Intensiv i Hospitalsenhed Midt skabte Kurs, Koordinering

og Commitment et fælles sprog og rykkede ledelse, funktionsledere og medarbejdere tættere sammen, fordi begreberne umiddelbart kunne applikeres på den fælles praksis.

Det fælles sprog har dannet grundlag for at tale sammen og nå en fælles forståelse af den fremtidig retning på trods af forskelligheder. Gruppen har lagt særlig vægt på at

skabe bevidsthed og et fælles billede af virkeligheden og hverdagen, så man sammen bevæger relationerne, organisationen og kulturen og dermed skaber ledelse sammen. Kurs, Koordinering og Commitment har sikret det tværgående samarbejde og en ny måde at anskue ledelse og ansvar for ledelse på.

