



# **Værd at vide før indstilling af emner til nationale Lærings- og kvalitetsteams**

## Indhold

Kravene til indhold i et LKT	3
Baggrund og formål	3
Kriterier for udvælgelse af LKT	3
LKT metodikken	5
Metoder	5
Krav til brugbar dataunderstøttelse af LKT	6
Eksisterende data	6
Forskellige niveauer	6
Tidstro data	6
Inddragelse af andre data	7
De kliniske kvalitetsdatabaser	7
Det tværsektorielle perspektiv	8
Drift og projektledelse	8
Udpegning af tværsektorielle parter	8

## **Kravene til indhold i et LKT**

### **Baggrund og formål**

I regionernes økonomiaftale for 2016 blev det aftalt, at der skal etableres et antal nationale lærings- og kvalitetsteams (LKT) på udvalgte områder. De nationale LKT udgør en af grundpillerne i det nationale kvalitetsprogram.

Formålet med et LKT er

- at løfte områder med utilfredsstillende kvalitet eller uønsket variation
- at bidrage til opfyldelse af nationale mål
- at skabe tværregionale læringsfælleskaber
- at skabe klinisk ejerskab til og understøtte det klinisknære forbedringsarbejde

### **Kriterier for udvælgelse af LKT**

Der etableres to til tre LKT om året på baggrund af en indstillingsproces. Disse LKT forløber over en periode på to år.

Et LKT kan etableres med fokus på et defineret område, på en specifik diagnose, eller med udgangspunkt i en tværgående indsats som vedrører pleje og behandling og/eller organiseringen af et forløb. Uanset valg af fokus for LKT'et er det en forudsætning, at der er national konsensus.

Et LKT kan arbejde med problemstillinger, som går på tværs af sektorer. Det væsentlige ved udvælgelse af et LKT er, at der med en indsats på det givne område kan opnås en forbedring af den kliniske kvalitet og af patientens oplevelse af resultat og forløb. Før indstilling af emner til et nationalt LKT er det relevant at undersøge eksisterende nationale fora for faglig udvikling indenfor det felt, der foreslås et LKT på. I vurderingen af indstillinger til kommende LKT vil det være en styrke, hvis der er indledt dialog eller samarbejder.

Igennem den toårige periode skal der i LKT'et være et målrettet fokus på tværgående læring, således at alle lærer af de bedste resultater for området. LKT'et skal desuden have fokus på og understøtte en efterfølgende implementering af resultaterne i klinisk praksis.

Ved indstilling af emner til kommende LKT er følgende spørgsmål centrale for vurderingen:

- Er der indenfor sygdom- eller indsatsområdet bred klinisk anerkendelse af og enighed om behovet for at løfte kvaliteten?

- Er der national faglig konsensus om, at behandlingskvaliteten og variationen indenfor sygdoms- eller indsatsområdet er utilfredsstillende (eks. i en national styregruppe, fagligt selskab etc.)?
- Er der evidens for best practise på området?
- Hvordan kan effekten af forbedringerne måles? Herunder eksisterer der indikatorer og data på området til måling af effekten, eks. I en national RKKP database?

De centrale spørgsmål svarer til punkt 4, 5 og 6 i *Skabelon til indstilling af emner til lærings- og kvalitetsteams (LKT)*.

Det er styregruppen for LKT, der ud fra de modtagne indstillinger beslutter området for nye LKT.

## LKT metodikken

Et lærings- og kvalitetsteam er et nationalt netværk, som arbejder med forbedringer indenfor et konkret område. Et lærings- og kvalitetsteam består af tværfaglige teams fra de deltagende sektorer og en ekspertgruppe med kliniske eksperter indenfor det fagområde, hvor der skal arbejdes med kvalitetsforbedringer. Ekspertgruppen og de lokale forbedringsteams danner tilsammen det netværk, der udgør et lærings og kvalitetsteam.

## Metoder

LKT'et kan anvende forskellige metoder til at forbedre kvaliteten. Der kan være fordele og ulemper ved valg af metode, og det er vigtigt at bruge den metode man vurderer bedst kan løse et aktuelt problem.

De nationale LKTer anvender primært IHI's forbedringsmodel, og der er udviklet et nationalt e-læringskursus om forbedringsmodellen, ligesom det nationale lederprogram fokuserer på forbedringsmodellen.

I forbedringsarbejdet arbejder man med 3 spørgsmål og en afprøvningsmotor.

De 3 spørgsmål er

- Hvad ønsker vi at opnå?
- Hvordan kan vi vide at en ændring er en forbedring?
- Hvilke ændringer kan vi foretage for at opnå forbedringer?

Når man kan svaret på de 3 spørgsmål, tester man forbedringsideerne i lille skala gennem hypoteser, eksperimenter og iagttagelser og evalueringer for at kunne tilpasse en løsning til den kontekst, som den skal anvendes i. Det er vigtigt at have en baseline for forbedringstiltagene og at monitorere løbende for at kunne se hvornår en ny proces fører til en reel forbedring i forhold til det aktuelle mål.



For at kunne lykkes med kvalitetsforbedringerne er det essentielt, at ledelsen ønsker, overvåger og bakker op om arbejdet, både i det aktuelle forbedringsarbejde og i forhold til fastholdelse og spredning.

## **Krav til brugbar dataunderstøttelse af LKT**

Et LKT arbejder med forbedringer på et konkret klinisk område inden for en toårig periode. Der opstilles få klare, ambitiøse og realistiske mål for arbejdet, og de valgte data skal kunne vise udviklingen, så effekten af forbedringsindsatsen kan monitoreres.

### **Eksisterende data**

Der bør tages udgangspunkt i eksisterende data, da det er en grundpille i forbedringsarbejdet at kunne følge fremgangen. Implementering af nye registreringer kan erfaringsmæssigt være en lang og krævende proces, der tager fokus fra målene med LKT'et.

Manglende data kan dertil risikere at demotivere de deltagende parter, og det kan være svært sidenhen at opretholde den ønskede tilslutning og opbakning til LKT-arbejdet.

Datagrundlaget skal således være på plads inden opstart af et LKT, men anliggender af mindre betydende karakter vil eventuelt kunne afklares i forberedelsesperioden.

### **Forskellige niveauer**

Data bruges på flere niveauer med forskelligt fokus for øje. Nationalt afrapporteres der halvårligt til LKT-styregruppen, og kvartalsvist til Temagruppen for Kvalitet, Danske Regioner, så data skal som minimum kunne opgøres meningsfuldt med denne kadence. Dertil kommer afrapporteringer på regionalt, og i visse tilfælde kommunalt, regi, der håndteres forskelligt. Ekspertgrupperne og hospitalerne monitorerer også udviklingen.

### **Tidstro data**

LKT-arbejdet er i sin essens et datadrevet klinisknært forbedringsarbejde, hvorfor det vil være hensigtsmæssigt, hvis der kan vælges data, der vil kunne rapporteres og følges tidstro i klinikken. Dette er dog ikke altid muligt, og bør ikke være en hindring for valg af relevante datakilder.

Det er en mulighed lokalt at supplere de nationale data med lokalt genererede data (evt. "håndholdte data", hvilket er ikke-elektronisk registrerede data, som fx illustreres på tavler). De 'lokale data' har til hensigt at understøtte klinikken mulighed for at agere ud fra tidstro data, og dermed kunne lave større og mindre prøvehandlinger tilpasset behovene lokalt. bl.a. til brug for procesmål

## **Inddragelse af andre data**

Såfremt det er et område, hvor der er deltagelse af flere sektorer i LKT'et, skal der tages højde for dette ved valg af data. Ligeledes vil det være godt at have for øje at undersøge mulighederne for at inkludere et patientperspektiv. Eksempelvis ved brug af PROM.

## **De kliniske kvalitetsdatabaser**

Data fra de kliniske kvalitetsdatabaser er kendte datakilder og benyttes ofte i LKT-arbejdet. I samarbejde mellem LKT-tovholdergruppen og RKKP er der udarbejdet en beskrivelse af samarbejdet mellem LKT/ekspertgrupper og RKKP/kliniske kvalitetsdatabaser. Beskrivelsen findes på <https://kvalitetsteams.dk/>. Det er en fordel, at der registreres mange forskellige aktiviteter i kvalitetsdatabaserne, og de kræver ikke nødvendigvis nye registreringer, så de kan fint benyttes i arbejdet. På nuværende tidspunkt (oktober 2018) leveres data månedligt fra de kliniske kvalitetsdatabaser til de regionale ledelsesinformationssystemer. Fremadrettet vil denne kadence sættes op til i første omgang ugentligt. Så hvis data indrapporteres tidstro vil de tilgængelige data til lokale forbedringsaktiviteter opdateres på ugebasis. I det enkelte LKT skal der derfor være opmærksomhed på, om der er behov for at supplere data fra kvalitetsdatabaserne med andre mere håndholdte data til det daglige forbedringsarbejde.

Det er vigtigt, at der vælges data det er muligt fortsat at følge efter LKT'et er afsluttet.

## Det tværsektorielle perspektiv

Status for nationale LKTer er per november 2018 således:

### Igangværende LKT'er

- Rationel anvendelse af antibiotika – regional deltagelse
- Specialiseret palliation – regional og privat deltagelse
- Apopleksi – regional deltagelse
- Hoftenære lårbensbrud – regional og kommunal deltagelse

### LKT'er er i forberedelsesfasen

- ADHD – Regional og kommunal deltagelse
- Type 1 diabetes hos børn og unge – Regional, kommunal og privat deltagelse
- Perioperativ optimering af akutte højrisiko abdominalkirurgiske patienter – regional deltagelse

## Drift og projektledelse

Det er regionerne, som har det primære driftsansvar for LKT'erne, med de regionale tovholderne som projektledere for driften af de enkelte LKTer.

Der er imidlertid flere LKTer som har et tværsektorielt fokus, og det er sandsynligt at flere fremtidige LKTer vil være tværsektorielle – ikke mindst set i lyset af regeringens vision om at kvaliteten skal være blandt den bedste i verden, at det er patientens situation som styrer forløbet, og beslutninger om at lægge flere opgaver ud til kommuner og praktiserende læger.

For at alle parter i det tværsektorielle arbejde får bedst mulige betingelser for at lykkes med kvalitetsforbedringerne vil det være relevant at de deltagende parter allerede har opbygget forbedringsviden og et organisatorisk set-up som kan understøtte forbedringsarbejdet, inklusivt metoder til fastholdelse og spredning af forbedringerne.

Den tværsektorielle relevans og legitimitet sikres ved at alle parter deltager med eksperter i udarbejdelse af projektbeskrivelsen, og at tværsektorielle parter tager del i projektledelsen.

## Udpegning af tværsektorielle parter

Udpegning af deltagerkommuner bør ske i samarbejde mellem den enkelte region og Kommunernes Landsforening. I nogle tilfælde vil problemstillingen for et LKT gøre det oplagt at man udpeger hospitaler og kommuner, som har et naturligt samarbejde omkring patientforløbet.