



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

Indhold

Hvad er et Lærings- og Kvalitetsteam (LKT)?	3
Kravene til indhold i et LKT	3
Baggrund og formål	3
Kriterier for udvælgelse af LKT	4
Metoder i LKT	5
Krav til brugbar dataunderstøttelse af LKT	6
Eksisterende data	6
Forskellige niveauer	6
Tidstro data	6
De kliniske kvalitetsdatabaser	7

Hvad er et Lærings- og Kvalitetsteam (LKT)?

Et lærings- og kvalitetsteam (LKT) er et nationalt netværk, som arbejder med forbedringer indenfor et konkret område. Det enkelte LKT består af tværfaglige forbedringsteams fra deltagende sektorer og en ekspertgruppe med faglig ekspertise indenfor det valgte område. Ekspertgruppen beskriver forbedringsindsatsen (projektbeskrivelsen), sætter mål for forbedringerne, fastsætter indikatorer samt anbefaler sammensætning af forbedringsteams. De tværfaglige forbedringsteams arbejder lokalt med faglige/kliniske og organisatoriske processer og arbejdsgange, der skal forbedres for at opfylde målene for det pågældende LKT. Ekspertgruppen og forbedningsteamsene danner tilsammen det netværk, der udgør et LKT. Et LKT forløber over en periode på to år.

Status over LKT marts 2024:

Afsluttede

- [LKT Specialiseret palliation](#) -regional og privat deltagelse
- [LKT Apopleksi](#) - regional deltagelse
- [LKT Antibiotika](#) – regional deltagelse
- [LKT Hoftenære lårbensbrud](#) – regional og kommunal deltagelse
- [LKT Børnediabetes](#) – regional deltagelse
- [LKT Akut kirurgi](#) – regional deltagelse
- [LKT Tvang](#) – regional deltagelse

Aktive

- [LKT KOL](#) – regional, kommunal og deltagelse af almen praksis

I forberedelsesfasen

- [LKT Sammenhængende hoftebrudsforløb](#) – regional og kommunal deltagelse
- LKT Sygehuserhvervede urinvejsinfektioner – igangsættes udelukkende i regionalt regi.

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 understøtte forbedring af lokale kliniske- og organisatoriske processer og arbejdsgange

Kriterier for udvælgelse af LKT

Igangsætning af et LKT besluttet af Styregruppen for LKT ud fra beskrevne kriterier. Som udgangspunkt etableres en til to nye LKT om året på baggrund af en indstillingsproces.

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 emne for et LKT er det en forudsætning, at forslaget har afsæt i et lokalt eller internationalt succesfuldt projekt/indsats.

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 og faglige kvalitet og af patientens oplevelse af resultat og forløb. I vurderingen af indstillinger til kommende LKT er det en forudsætning, at der faglige konsensus på området. Det vil være en styrke, hvis der også er et etableret samarbejde indenfor området.

Igennem den to-årige 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 i det omfang at det ikke er nået i løbet af LKT'et.

Det er et krav, at emner til kommende LKT opfylder følgende kriterier:

- Et klart og afgrænset genstandsfelt (hvad er det projektet undersøger/afprøver)
- Baserer sig på evidens, *best practice* eller succesfulde erfaringer og resultater/projekt
- Der skal være faglig konsensus
- Indsatserne er relevante for en større patientgruppe
- Klart definerede og velbeskrevne mål for projektet

Metoder i LKT

De nationale LKT'er anvender primært Institute for Healthcare Improvements (IHI) tilgang til forbedringsarbejde; forbedringsmodellen. Der er udviklet et nationalt e-læringskursus om forbedringsmodellen ([forbedringsmodellen](#) eller [virtuelt læringsforløb](#)), ligesom det nationale ledelsesprogram også fokuserer på forbedringsmodellen som metodisk ramme.

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

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.

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



Før indstilling af et LKT er det vigtigt at overveje om metoderne i forbedringsmodellen egner sig til udførelsen af det indstillede projekt.

Krav til brugbar dataunderstøttelse af LKT

I et LKT opstilles få klare, ambitiøse og realistiske mål for arbejdet, og de valgte data skal kunne vise udviklingen, så effekten af forbedringsindsatsen kan følges løbende. 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.

Eksisterende data

Det er en grundpille i forbedringsarbejdet at kunne følge fremgangen, og i LKT bør der så vidt muligt tages udgangspunkt i eksisterende data. Implementering af nye registreringer kan erfaringsmæssigt være en lang og krævende proces, der udfordrer fokus fra målet med og i LKT'et.

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

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

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 PRO.

Forskellige niveauer

Data bruges på flere niveauer med forskelligt fokus for øje. Nationalt afrapporteres der halvårligt til Styregruppen for LKT, så data skal som minimum kunne opgøres meningsfuldt med denne kadence. Dertil kommer afrapporteringer i hhv. regionalt og evt. kommunalt regi, der håndteres forskelligt. Ekspertgrupperne følger ligeledes løbende udviklingen i LKT'et.

Tidstro data

LKT-arbejdet er i sin essens et datadrevet klinisknært forbedringsarbejde, hvorfor det er hensigtsmæssigt, hvis der kan vælges nationale data, der kan rapporteres og følges tidstro i det lokale forbedringsarbejde.

Det er en mulighed og ofte væsentligt at supplere de nationale data med lokalt genererede data (evt. audits eller "håndholdte data", hvilket er ikke-elektronisk registrerede data, som fx illustreres på tavler). De 'lokale data' har til hensigt at understøtte klinikkens 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.

De kliniske kvalitetsdatabaser

Data fra de kliniske kvalitetsdatabaser er kendte datakilder og benyttes ofte i LKT-arbejdet, særligt i de LKTer, der har hospitalet som omdrejningspunkt.

De lokale ledelsesinformationssystemer opdateres løbende med nye data fra de kliniske databaser. Tiden, fra indtastning til at data kan ses i ledelsesinformationssystemet, er afhængigt af, hvordan data indsamles til databasen.

For mange databaser baseret på dedikeret indberetningssystem eller Landspatientregisteret (LPR) tager det ca. 1 uge fra data er indtastet, til indikatorer er beregnet og kan følges lokalt. Andre databaser kan kun levere opdaterede data månedligt eller evt. sjældnere. Det anbefales at undersøge dette i forbindelse med udarbejdelse af indstillingen. I det enkelte LKT skal der også være opmærksomhed på, om der er behov for at supplere data fra kvalitetsdatabaserne med andre mere håndholdte data til det daglige forbedringsarbejde.

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