

“Clinical Governance” – er vi gode nok?

“Clinical governance” er et engelsk begreb som beskriver forbedring, udvikling, sikkerhed, opfølgning og kvalitetssikring i sundhedsvæsenet. Dette anvendes således også indenfor præhospital medicin. Erfaringerne viser, at vi i Skandinavien traditionelt set ikke har været gode til netop dette. Vi har muligvis holdt “kortene tæt til kroppen” og ikke åbnet op og diskuteret hændelser i tilstrækkeligt grad. Mangel på struktur og åbenhed begrænser mulighederne for, at vi og vore kolleger kan lære af hinandens erfaringer.

AV PER P. BREDMOSE

LÆGE, ANESTESI- OG INTENSIV AFD SYKEHUSET ASKER OG BÆRUM OG NORSK LUFTAMBULANSE, DRØBAK – BREDMOSE@HOTMAIL.COM

Definition:

Clinical governance is the system through which NHS organisations are accountable for continuously improving the quality of their services and safeguarding high standards of care, by creating an environment in which clinical excellence will flourish

Department of Health, England¹.

Denne artikel tager udgangspunkt i begrebet clinical governance og forfatterens egne erfaringer med dette fra hjem- og udlandet.

Præhospital medicin har i modsætning til “in-hospital-medicin” gennem lang tid haft tradition for “debriefing”. Debriefing gøres oftest med det indvolvede crew, altså det personel, som har været direkte indvolvede i casen. Dette er et godt værktøj til at afklare forhold vedrørende aktuelle opdrag, hvor der især har været fokuseret på samarbejde og kommunikation. Der findes yderligere muligheder for at bruge hverdagens cases til undervisning og forbedring samt “værktøjer” til at minimere fejl og optimere forløb. Clinical governance (se senere) er blandt disse.

Gennem mit arbejde ved udenlandske præhospitaltjenester, har jeg haft det privilegie at arbejde i systemer, hvor åbenhed og eksponering er en vigtig del af kvalitetssikringen. Jeg skal her gennemgå nogle af disse metoder og systemer. Det er ikke min holdning at “udlandet altid er bedre”, men med denne artikel ønsker jeg at dele erfaringer samt forhåbentlig inspirere til en udvikling i Skandinavien.

CLINICAL GOVERNANCE

Clinical Governance

Begrebet clinical governance (som er vanskeligt at oversætte til Skandinavisk)¹ blev kendt da anæstesiologen Dr. Stephen Bolsin afdækkede en ekstremt høj mortalitet efter pædiatrisk hjertekirurgi ved Bristol



London HEMS D&D møde udendørs. Alle faggrupper er til stede med en åben social stemning, hvor alle bliver spurgt og alle bliver hørt.

Royal Infirmary i 1995. National Health Services (NHS) i England har egne afdelinger som arbejder med og omkring dette begreb². Clinical governance er indarbejdet og anvendt på de fleste sygehusafdelinger i England^{3,4}. Nøglebegreberne i clinical governance ses på figur 1.

Clinical governance kan bruges som system, hvor der inviteres til åbenhed og debat omkring forløb og behandlinger sundhedsvæsenet.

I det følgende gennemgår jeg forskellige metoder samt nogle af mine erfaringer med clinical governance indenfor præhospital medicin. Vægten lægges på åbenheden og den uddannelsesmæssige værdi af dette.

CAREFLIGHT MEDICAL SERVICES, AUSTRALIEN

CareFlight Medical Services, Australien
Hver uge var der gennemgang af cases. Såvel tilfældige som udvalgte cases blev gennemgået. Grundet afstanden foregik dette med telefonkonference med 3-5 andre helikopter- og/eller flybaser. Efter gennemgangen var der foredrag fra en af lægerne om præhospital eller transportmedicinske temaer. Dette blev

også gjort som telefon konference, hvor alle deltagere på forhånd havde downloaded powerpoint præsentationen, som blev brugt. Til disse undervisningseftermiddage (med en audit) var alle læger, flight paramedics, redningsmænd, flysygeplejersker, ambulance personale og studenter inviteret.

LONDON'S AIR AMBULANCE, HEMS

HEMS har solid tradition for clinical governance. To gange hver uge holdes D&D-møder (Death & Doughnuts = Mortality & Morbidity) over 2-2,5 timer. Her gennemgås cases fra de sidste dage. Mødes ledes af en præhospital overlæge eller en erfaren HEMS-læge, som også sørger for at "løse ender" afklares inden afslutningen på mødet. Den indvolvede læge eller paramedic gennemgår casen, men denne har ikke indflydelse på valg af case. Cases vælges tilfældigt fra bunken, hvilket betyder, at man ikke selv vælger, hvad man vil fortælle om. Dette medfører, at det bliver væsentligt forskelligt fra vores velkendte gennemgang af kausistikker, hvor man ofte selv vælger hvilken case man ønsker at tale om, for derefter selv at vælge, hvilke detaljer man fremlægger. På HEMS

Audit:

Kritisk gennemgang (revision) af en klinisk process/forløb/behandling

vil mødelederen ofte vælge en anden vinkel end den umiddelbare. Dette medfører at alle aspekter af casen kan belyses. Det kan f.eks. være behandling, sikkerhed på skadestedet, valg af medikamenter, triage beslutninger, håndtering af pårørende eller ambulance personel. Da de fleste cases udvælges tilfældigt fra bunken, ud fra tankegangen at; "Alle cases kan bruges til audit, gennemgang og undervisning" – "der er altid et eller andet at lære". Det betyder, at det ikke er muligt at forberede sig til disse møder, da ingen ved hvilke temaer og del af cases, som vil blive diskuteret. Dette betyder således, at cases fra såvel nye læger og paramedics som fra erfarne eller fastansatte gennemgås. På denne måde opnås en gennemgang af "begynderfejl", diskussioner med erfarne som tager "indersvinger" eller udveksling af erfaringer blandt rutinerede behandlere. Ved disse gennemgange kommer alt frem. Det er således ikke muligt (og ej meningen) at skjule problemer og (fejl)valg men tværtimod dele og diskutere dem. D&D møderne bruges også til vedvarende evaluering og ændring af procedurer og instrukser for behandling. Megen behandling relateres og vurderes i forhold til procedurer og instrukser – men det er fuldt accepteret at afvige fra disse, så længe man har grund til det. Dette diskuteres naturligvis også.

Til disse møder kommer læger, paramedics, studenter og observatører/hospitanter samt eventuelt piloter. For de medicinske faggrupper forventes det at alle møder. Det store fremmøde og beslutningsdygtigheden gør, at man føler, at "man går glip af noget", hvis man ikke møder op.

"Clinical governance" kan bruges som system, hvor der inviteres til åbenhed og debat omkring forløb og behandlinger sundhedsvæsenet.



Figur 1. Komponenterne i clinical governance systemet (NHS, UK).

Disse møder præges af en udpræget social stemning, og dette er med til at skabe trygge rammer, hvor alle er, og føler sig, inviteret til at tale. Dette betyder også, alle kan blive spurgt! – dvs medicinstuderer såvel som overlæger kan blive mødt med spørgsmål og kritik. Alt foregår imidlertid på en konstruktiv måde, og alle ved (og forventer), at de kan (og vil) blive eksponeret.

CLINICAL GOVERNANCE DAY

Hver måned afholdes Clinical Governance Day på HEMS. Dette er en hel dag med foredrag, casegennemgang og diskussioner. En clinical governance dag starter med et lukket afdelingsmøde, og derefter er dagen åben for alle. Der udsendes invitationer til samarbejdssygehuse, ambulancestationer, tidligere (og kommende) læger og paramedics. Medicin studenter og paramedic studenter er også hyppige deltagere.

LONGITUDINAL AUDIT

Det vigtigste denne dagen er ”longitudinal audit”. Dette er en tidsforløbende længdegående gennemgang af en case. Denne case udvælges uden indvirkning fra de involverede parter i casen - man har lov at komme med forslag – men ”ingen kan sige nej”!

Før gennemgangen har nogle få ”ikke involverede” læger, piloter og paramedics gennemgået dokumentationen og forløbet af hele casen. Dette er hjørnesteenene i gennemgangen. Normalt er det ”ikke involveret” personel, som på governance dagen præsenterer casen, og så kommer de involverede med indspil, uddybninger og forklaringer.

Første del er gennemgangen fra Dispatch Centre (AMK/Alarmcentral), incl tidsforbrug og dokumentation. Argumenter for, hvorfor HEMS blev aktiveret, og hvor lang tid det tog

gennemgås. Dernæst er det brandfolkendes tur. Brandfolkene er på HEMS ansvarlige for sikkerhed omkring take-off og landing på helipad'en. For disse gælder også standarder for træningsstatus og udstyr, som skal kunne dokumenteres. Dernæst følger gennemgang fra piloterne. ”Flight documents” fremlægges (med røde cirkler om afvigelser). Google-Earth-Map, som viser landingssted og tilkomstvej, vises, og argumenter for det anvendte landingssted fremlægges. Hele den medicinske del (incl skadested) gennemgås med fokus på både paramedic og lægens rolle, vurderinger, behandlinger og kommunikation. Der gives en beskrivelse af skadestedet, af patientens fysiologi, skader og tilstand. Der vises udprint fra monitoreringsdustyr sideløbende for dels at dokumentere og dels for, at alle tilhørere kan følge med i udviklingen i patientens tilstand. Præhospital journalføring vises, og igen fremstår mangler med røde ringe. Man lærer hurtigt at blive omhyggelig (burde være en selvfølge) med journalføring og dokumentation. Når transporten er gennemgået, gennemgås sluttelig diagnose, kliniske og parakliniske fund, røntgen billeder samt outcome for patienten.

Hele forløbet præsenteres som en sammenhængede powerpoint præsentation, hvor billeder, standarder, udskrifter og resultater er ind-scannet.

For alle områder/faggrupper vurderes det, om fastlagte standarder blev fulgt, om der var afvigelse (og hvorfor), samt om der var noget ”at lære af” i denne sammenhæng.

Mange clinical governance dage er afsluttes med mad og øl for alle på den lokale pub – og det skal man heller ikke undervurdere effekten af!

Ovenstående hører primært til i kategorien ”audit” samt ”education & training”. Disse kategorier er de, hvor jeg har ”lært mest”, har fået mest ”at tage med mig videre”, og som har gjort størst indtryk på mig. Dette er således efter min mening de områder, hvor vi har mest at lære fra udlandet.

KULTURFORSKELLE

Det er min erfaring, at der er store medicinske kulturforskelle mellem engelsksprogede lande og Skandinavien, hvor mange af sådanne diskussioner er præget af lukkedehed: Det er ikke alle, som ønsker (tør?) at dele erfaringer, gode såvel som dårlige med andre, og mange ønsker endnu mindre at gennemgå kritik fra kolleger fra egen eller samarbejdende faggrupper.

Vi har desværre ringe tradition for åbne

og direkte tilbagemeldinger om vores behandlinger og beslutninger. Måske er vi generelt set for ”søde mod hinanden”, når vi giver tilbagemeldinger? Jeg tror, at åbenhed og kritisk gennemgang af cases er med til at forbedre patient behandlingen. Når vi diskuterer cases, så må vi ikke ”blive stille og lukkede”, men tværtimod åbne op, lade os kritisere og inspirere af andre, så længe dette foregår på en konstruktiv måde, hvor tingene kan diskuteres.

BRUG HVERDAGEN

Der er for tiden stor fokus på rapportering af kritiske hændelser og udredning af disse. Dette er naturligvis vigtigt, men det er også muligt at udvikle sig selv, sine kolleger og hele tjenesten ved at bruge hverdagens cases, de almindelige cases, de hyppige cases samt selvfølgelig de specielle cases. Det er således muligt at lære en masse fra egne og andres ”almindelige cases”. Det vigtige i denne sammenhæng er at bevidstgøre sig om, hvad som har foregået, hvorfor netop denne behandling, hvad er konsekvenserne, og hvad kunne gøres på en anden måde.

Yderligere er denne form for feedback og undervisning ressource billig. Der er ingen udgifter til kurser og rejser, alt kan foregå på tjenestestedet i arbejdstiden.

FREMTIDEN

Vi står overfor en udfordring, når vi inviterer alle til case-diskussioner! – mange føler at det er ”farligt”, at åbne sig, at vise hvad man har gjort og tænkt i en case. Jeg mener, at vi bør prøve at ændre nogle af disse holdninger, og (gradvist) blive bedre til at diskutere cases. Løsningen er ikke at ”blindt kopiere” udenlandske metoder, men i stedet lade os inspirere til at udvikle vor egen clinical governance.

Forhåbentlig kan vi trods kulturforskelle prøve at åbne op, diskutere, give ærlig feedback og bruge hverdagens cases til at forbedre patientbehandlingen.

Clinical governance kan på en billig og effektiv måde hjælpe os med at blive endnu bedre til at lære af hinanden. Det kræver imidlertid, at vi er villige til det! ■

Referencer

1. Wikipedia
http://en.wikipedia.org/wiki/Clinical_governance
2. Department of Health, UK
<http://www.dh.gov.uk/en/PublicHealth/Patientsafety/Clinicalgovernance/index.htm>
3. Department of Health, Western Australia
http://www.safetyandquality.health.wa.gov.au/initiatives/clinical_governance.cfm
4. Scally G, Donaldson LJ. Clinical governance and the drive for quality improvement in the new NHS in England BMJ 1998; 317: 61-65