



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

Indhold

Hvad er et 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
Det tværsektorielle perspektiv	7
Drift og projektledelse	7
Udpegning af tværsektorielle parter	8

Hvad er et LKT?

Et LKT er et nationalt netværk, som arbejder med forbedringer indenfor et konkret område. Det enkelte LKT består af tværfaglige forbedringsteams fra de 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 forbedringsteamene danner tilsammen det netværk, der udgør et LKT. Et LKT forløber over en periode på to år.

Af marts 2023 er status for nationale LKT'er således:

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

Igangværende

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

I forberedelsesfase

- [LKT Sammenhængende hoftebrudsforløb](#) - regional og kommunal deltagelse

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:

- løfte områder med utilfredsstillende kvalitet eller uønsket variation
- bidrage til opfyldelse af de nationale mål for sundhedsvæsenet
- skabe tværregionale – evt. tværsektorielle - læringsfællesskaber
- understøtte forbedring af lokale kliniske- og organisatoriske processer og arbejdsgange

Kriterier for udvælgelse af LKT

LKT'erne udvælges af Styregruppen for LKT ud fra beskrevne kriterier. Som udgangspunkt etableres 1-2 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 kendt 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 patienten/borgerens oplevelse af resultat og forløb. I vurderingen af indstillinger til kommende LKT er det en forudsætning, at der er faglig 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.

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

- Et klart og afgrænset genstandsfelt (hvad er det projektet undersøger/afprøver)
- Basere sig på evidens
- Faglig konsensus
- Indsatserne er relevante for en større patientgruppe/borgergruppe
- Klart definerede og velbeskrevne mål for projektet

- Afsæt i et lokalt/kendt succesfuld projekt/indsats

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.dk), 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 metode, 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 har svaret på de 3 spørgsmål tester man forbedringsidéerne i lille skala gennem hypoteser, eksperimenter, 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.

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 udfordrer fokus fra målet med og i 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.

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 patientrapporterede outcome (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 på regionalt, og i visse tilfælde kommunalt regi, der håndteres forskelligt. Ekspertgruppen følger ligeledes løbende udviklingen i LKT'et.

Tidstro data

LKT-arbejdet er i sin essens et datadrevet 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 LKT der har hospitalsvæsenet som omdrejningspunkt. I samarbejde mellem LKT-tovholdergruppen og Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP) er der udarbejdet en beskrivelse af samarbejdet mellem LKT/ekspertgrupper og RKKP/kliniske kvalitetsdatabaser. Beskrivelsen findes på <https://kvalitetsteams.dk/>. De lokale ledelsesinformationssystemer opdateres i de fleste tilfælde dagligt med nye data fra de kliniske databaser. Tiden fra indtastning til at data kan ses i ledelsesinformationssystemet kan dog variere. Det afhænger af, hvordan data indsamles til databasen. Hvis data indtastes i databasen via elektroniske patientjournaler, Kvalitets Indrapporterings Platform eller anden software vil der kunne tage 24-48 timer fra indtastning til at resultatet er opdateret i de lokale ledelsesinformationssystemer. Data som kommer fra Landspatientregistret (LPR) vil være mere forsinkede, da LPR kun leverer data til kvalitetsdatabaserne på ugebasis. Desuden er der andre centrale registre (fx receptregisteret), som kun leverer data månedligt. 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 tværsæktorielle perspektiv

Drift og projektledelse

Det er regionerne, som er ansvarlige for at drive LKT'erne. Konkret vil én region påtage sig det overordnede driftsansvar for et givent LKT – eventuelt i samarbejde med en ekstern samarbejdspart som en repræsentant for kommunerne.

Der er flere LKT'er, som har et tværsektorielt fokus, og det er sandsynligt, at flere fremtidige LKT'er vil være tværsektorielle. 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. Dette for at kunne understøtte forbedringsarbejdet, herunder metoder til fastholdelse og spredning af forbedringerne.

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

Udpegning af tværsektorielle parter

Udpegning af deltagerkommuner kan ske i samarbejde mellem den nationale projektledelse og KL. I nogle tilfælde vil problemstillingen for et LKT lægge op til, at man udpeger hospitaler og kommuner, som har et naturligt samarbejde omkring patientforløbet og i den situation kan beslutning om deltagelse af afdelinger og enheder i et tværsektorielt LKT træffes af den enkelte sundhedsklynge. Det er fortsat den enkelte region/sygehus og kommune, som understøtter de afdelinger, der deltager i et LKT.

Samarbejde med almen praksis bør aftales med Praktiserende Lægers Organisation (PLO), som også er repræsenteret i Styregruppen for LKT.