

Fra evidensbaseret medicin til evidensbaseret organisation

LEDER

Alment praktiserende læge Lars Rytter & overlæge Knut Borch-Johnsen

Under overskriften »Det syge væsen. Fri os for patienterne« tog Weekendavisen den 23. december 2009 [1] forskud på udgivelsen af en række overlægers refleksioner over djøfiserings konsekvenser for sundhedsvæsenet. Artiklen essens var, at alt var godt både for patienterne, for økonomien og for behandlerne, så længe ledelse var lig ren lægefaglig ledelse. Vi vil hævde, at dette er en grov forsimpning af tilstanden. Det overses, at de seneste 10-20 år har medført stigende kompleksitet i behandlingen og organiseringen af den, øgede krav om indsigt i den leverede kvalitet og medinddragelse af patienterne, samtidig med at de økonomiske rammer fordrer mere effektive behandlingsforløb.

Når nye behandlingsmetoder og lægemidler skal introduceres, er forudgående afprøvning gennem randomiserede studier en selvfølge. Det samme er ikke muligt, når der gennemføres organisationsændringer. Opgaver flyttes mellem sektorer, der indføres patientforløbsprogrammer, pakkeforløb og en kompleks kronikermode med en helt ny aktør, kommunerne, alt med store konsekvenser for patienter, behandlere og økonomi. At det randomiserede studie ikke kan bruges til at måle effekten af sådanne ændringer med, må ikke betyde, at vi lukker øjnene for konsekvenserne – metodevalget er blot et andet, som det fremgår af gennemgangen af metoder til kvalitetsudvikling [2].

Som eksempel på en udfordring kan der peges på anbefalingerne i Sundhedsstyrelsens rapport om kronisk sygdom [3]. Stratificering af patienter med henblik på planlægning af en gradueret indsats, samtidig med at den praktiserende læger er tovholder i hele forløbet, efterlader et stort behov for metodeudvikling og erfaringsopsamling, hvis det skal ende »lykkeligt«. De kroniske sygdommes »naturhistorie« er forskellige og vil i sig selv medføre en variation i løsninger. Samtidig bringes kommunerne i spil med ansvaret for forebyggelse og rehabilitering. Alle disse udfordringer forudsætter, at samarbejdsformer og arbejdsdeling mellem almen praksis og sekundærsektoren retænkes, og i begge sektorer må tværfaglighed i opgaveløsning, personaleinddragelse og opgaveglidning efter faglig kompetence blive en del af løsningen. Det indebærer en risiko for tab af information, overblik, kontinuitet og dermed kvalitet [4]. Skal vi ad denne vej opnå de ønskede forbedringer, forudsætter det ikke bare, at vi hver især måler kvaliteten af vort arbejde, men også at vi tilstræber en samlet populationstilgang, at vi po-

sitivt forholder os til data og aktivt bruger dem til at nytænke, udvikle og forbedre indsatsen. Fremtidens monitorering og læring skal således fokuseres på det samlede patientforløb, hvor god kvalitet vil være udtryk for en god tværsektoriel tilgang i modsætning til nu, hvor fokus er på kvaliteten på den enkelte afdeling eller i den enkelte praksis.

Som eksempel på en fremtidig opgave skal sundhedsvæsenet udvikle en god organisation for de stadigt flere overlevende »kroniske« kræftpatienter, som forventer en fagligt forsvarlig organisation, der samtidig tager hensyn til mere end de rent fysiske konsekvenser af sygdommen. Denne patientgruppe konkurrerer om de samme sundhedsfaglige og økonomiske resurser, som skal dække opsporing af ikke-kendt sygdom samt udredning og behandling af nyopdaget kræft. Igen er både prioritering, nytænkning og opgaveglidning nødvendige elementer i løsningen, og igen er der behov for solide redskaber til at evaluere og optimere indsatsen.

Disse udviklingstendenser stiller fremtidens sundhedstjenesteforskning over for løsningen af opgaver, hvor den »kanoniserede model« – det randomiserede studie – ikke slår til. Sundhedstjenesteforskningen har traditionelt stødt an mod stærke kulturer, traditioner og finansieringsmodeller, som virker bevarende på den eksisterende organisation. Studier i sundhedsvæsenets komplekse organisation forudsætter derfor både faglig og metodemæssig pluralisme, herunder systematiske, internationale, komparative undersøgelser (se *Schiøtz et al* i dette nummer af Ugeskriftet). Der er behov for studier, der skaber viden om forandringsledelse og implementering med fokus på læring [5]. Der er således behov for en sundhedstjenesteforskning, der kan skabe gode beslutningsoplæg og kvalificere de beslutninger, som politikere og ledere er afhængige af for at kunne navigere sikkert i et stadigt mere komplekst sundhedsvæsen.

LITTERATUR

1. Johnsen PP. Fri os fra patienterne. Weekendavisen, 23. december 2009.
2. Mainz J, Johnsen SP, Bartels PD. På vej mod evidensbaseret kvalitetsudvikling. Ugeskr Læger 2010;172:790-4.
3. Kronisk sygdom. Patient, sundhedsvæsen og samfund. København: Sundhedsstyrelsen, 2005.
4. Vinge S, Strandberg-Larsen M. Kontinuitet og koordination i sundhedsvæsenet. Ugeskr Læger 2010;172:775-7.
5. Brostrøm M, Thorsen T. Implementeringsbarrierer – en organisations sociologisk nuancering. Ugeskr Læger 2009;171:1688-90.

KORRESPONDANCE:

Lars Rytter, Kanaltorvet 8, DK-2620 Albertslund.
E-mail: lrytter@dadlnet.dk

INTERESSEKONFLIKTER:

Ingen