



Ekstern undersøgelse af karkirurgien i Region Midtjylland

December 2022

Ekstern undersøgelse af karkirurgien i Region Midtjylland

Udarbejdet af Pluss Leadership A/S

Udarbejdet for forretningsudvalget, Region Midtjylland

December 2022

INDHOLD

1	Indledning og opdrag	4
1.1	Undersøgelsens kommissorium	4
1.2	Undersøgelsens præciserede genstandsfelt	4
2	Undersøgelsens metode og proces	6
2.1	Etiske pejlemærker og retningslinjer for undersøgelsen	6
2.2	Undersøgelsens proces.....	8
2.3	Undersøgelsens metode.....	9
2.4	Beskrivelse og vurdering af datagrundlag	10
3	Executive summary	12
3.1	Konteksten for undersøgelsens proces og resultater.....	13
3.2	Kvalitetsstyring og -ledelse i perioden 2010-2022	14
3.3	Håndtering af formelt rejste bekymringer i perioden.....	15
4	Undersøgelse af kvalitetsstyring og -ledelse af den kliniske kvalitet og patientsikkerheden	16
4.1	Mål for den kliniske kvalitet og patientsikkerheden på det karkirurgiske område.....	16
4.2	Monitorering af den kliniske kvalitet og patientsikkerheden	18
4.3	Praksis for deling af viden om den kliniske kvalitet og patientsikkerhed	19
4.4	Tiltag for at udvikle eller forbedre den kliniske kvalitet og patientsikkerheden.....	20
4.5	Opmærksomhedspunkter på baggrund af undersøgelsens første del.....	21
5	Undersøgelse af formelle bekymringer rejst i perioden og håndteringen heraf	23
5.1	Formelt rejste bekymringer i perioden 2010-2018	23
5.2	Formelt rejste bekymringer i perioden 2018-2022	24
5.2.1	Henvendelse fra Dansk Karkirurgisk Selskab d. 23. september 2018	24
5.2.2	Henvendelse fra Dansk Karkirurgisk Selskab d. 21. februar 2019	25
5.2.3	Input fra Det Tværfaglige Specialeråd for Karkirurgi d. 3. juni 2019.....	26
5.2.4	Henvendelse fra Dansk Karkirurgisk Selskab d. 3. juli 2019	27
5.2.5	Henvendelse fra Overlægeforsamlingen på Regionshospitalet Viborg d. 14. juli 2019	28
5.2.6	Henvendelse fra Jes Sandermann d. 28. juli 2019.....	29
5.2.7	Henvendelse fra Jes Sandermann d. 2. oktober 2019	30
5.2.8	Henvendelse fra karkirurgerne på AUH d. 21. april 2021.....	31
5.3	Processen frem til offentliggørelsen af ”Houliind-analysen”	32

1 INDLEDNING OG OPDRAG

Forretningsudvalget i Region Midtjylland har ønsket at få gennemført en ekstern, uvildig undersøgelse af karkirurgien i regionen. Forretningsudvalget i Region Midtjylland har besluttet, at Pluss Leadership skal forestå den eksterne undersøgelse.

1.1 Undersøgelsens kommissorium

Baggrunden for undersøgelsen er to eksterne analyser. Først en ekstern analyse, "Houlinde-analysen", der bl.a. pegede på, at karkirurgien er underdimensioneret, at de nyeste teknikker ikke er taget tilstrækkeligt i anvendelse, og at der udføres relativt flere amputationer i Region Midtjylland end i det øvrige Jylland – og at dette har haft alvorlige konsekvenser for en række patienter. Det er desuden vurderingen i analysen, at problemstillingen har bestået i en årrække. Dernæst RKKPs rapport om amputationer og amputationsforebyggende karkirurgiske indgreb i de danske regioner fra 2016-2021, der viser, at Region Midtjylland i perioden 2016 – 2021 havde amputationsrater omkring 60-65 per 100.000 borgere i det meste af perioden, og at Region Midtjylland sammen med Region Syddanmark ligger midt i feltet, når man sammenligner de fem regioner.

Forretningsudvalget ønskede på baggrund af analyserne forsat at gøre det bedre og lære af de erfaringer, som kan uddrages om forløbet fra det karkirurgiske område i Region Midtjylland. Forretningsudvalget ønskede på den baggrund, at der i den eksterne undersøgelse skulle ske:

- En afdækning af forløbet siden 2010 på de karkirurgiske afdelinger på hhv. Regionshospitalet Viborg og Aarhus Universitetshospital, herunder hvordan situationen har udviklet sig undervejs, hvem der har været bekendt med situationen, og hvilke aktiviteter de har foretaget sig for dels at bedre situationen, dels at informere opad.
- En vurdering af, hvem der burde have reageret yderligere på de faglige problemstillinger, så de relevante ledelsesniveauer (afdelingsledelse, hospitalsledelse, direktion og regionsråd) kunne være blevet orienteret om situationen.
- En vurdering af, om den orientering, der måtte være sket, har været på en sådan måde, at modtageren kan forventes at forstå problemstillingens alvorlighed.

I det omfang det er muligt og kan bidrage til at forstå forløbet, skulle resultaterne fra kortlægningen desuden sammenholdes med den tilgængelige viden om, hvilke ressourcer der har været til rådighed på det karkirurgiske område i perioden.

1.2 Undersøgelsens præciserede genstandsfelt

Efter igangsættelsen af den eksterne, uvildige undersøgelse af karkirurgien i Region Midtjylland opstod et behov for en præcisering af undersøgelsens genstandsfelt, herunder for at skabe transparens og tryghed omkring undersøgelsens forløb. Ikke mindst i forbindelse med gennemførelsen af interviews med relevante aktører. Derfor blev genstandsfeltet præciseret i dialog med styregruppen for undersøgelsen i september 2022. Det præciserede genstandsfelt for undersøgelsen er således:

- Undersøgelsen skal først og fremmest se ind i kvalitetsledelsen af samt governancestrukturen og -processen for monitorering, udvikling og forbedring af den kliniske kvalitet og patientsikkerheden

på det karkirurgiske område i Region Midtjylland i perioden 2010-2022, herunder særligt når der formelt rejses bekymringer for den kliniske kvalitet og patientsikkerheden.

- Undersøgelsen vil have et særligt fokus på at belyse, hvilken dokumentation og/eller data samt begrundelser der er lagt vægt på i kvalitetsledelsen, governancestrukturen og -processen samt i forbindelse med rejste bekymringer og håndteringen heraf.
- Undersøgelsen handler ikke om at belyse eller vurdere den kliniske kvalitet og patientsikkerheden på det karkirurgiske område i perioden 2010-2022.

Det præciserede genstandsfelt blev yderligere operationaliseret til en række undersøgelsesspørgsmål. Disse falder i to dele. De to dele og spørgsmålene fremgår af boksen herunder.

Kvalitetsledelse og styring

- Har der været sat mål (nationalt, regionalt og på hospitalerne) for den kliniske kvalitet og patientsikkerheden på det karkirurgiske område i perioden 2010-2022? Og i givet fald: Hvilke?
- Hvorvidt og hvordan er kvaliteten og patientsikkerheden blevet monitoreret på afdelings-, hospitalsledelses-, direktions- og regionsrådsniveau i perioden 2010-2022? Herunder hvilke mål, data og indikatorer (strukturelle, processuelle, resultatfokuserede) der er anvendt i monitoreringen.
- Hvorvidt og hvordan er viden om kvalitet og patientsikkerhed på det karkirurgiske område blevet delt i ledelseslinjen (mellem afdelingsledelse, hospitalsledelse, direktion og regionsråd) i perioden 2010-2022?
- Hvorvidt og hvordan er den kliniske kvalitet og patientsikkerheden på det karkirurgiske område søgt udviklet og forbedret i perioden 2010-2022? Hvad har i givet fald været grunden til dette udviklings- og forbedringsarbejde, og hvordan er der blevet fulgt op på udviklings- og forbedringsarbejdet?

Håndtering af formelt rejste bekymringer

- Er der i perioden 2010-2022 rejst formelle bekymringer¹ over for ledelseslinjen (afdelingsledelse, hospitalsledelse, direktion og regionsråd) om den kliniske kvalitet og patientsikkerheden på det karkirurgiske område, og hvilken dokumentation og/eller data samt begrundelser er der lagt vægt på i bekymringen? På hvilket niveau i ledelseslinjen er bekymringen i givet fald blevet rejst; hvordan er den blevet rejst og evt. af hvem; hvad har været karakteren af bekymringen, der er rejst?
- Hvordan er eventuelle formelle bekymringer om den kliniske kvalitet og patientsikkerheden på det karkirurgiske område blevet håndteret, og hvilken dokumentation og/eller data samt begrundelser er der lagt vægt på i håndteringen?
- Hvorvidt og hvordan er formelle bekymringer om den kliniske kvalitet og patientsikkerheden samt håndteringen heraf blevet delt i ledelseslinjen (mellem afdelingsledelse, hospitalsledelse, direktion og regionsråd), og hvilken dokumentation og/eller data samt begrundelser er der lagt vægt på i denne deling?
- I de tilfælde, hvor formelle bekymringer måtte være blevet rejst og delt i ledelseslinjen, har det så været på en sådan måde, at modtageren kan forventes at forstå bekymringens alvorlighed? Og er der nogen, der burde have reageret yderligere på eventuelt rejste bekymringer, så de relevante ledelsesniveauer (afdelingsledelse, hospitalsledelse, direktion og regionsråd) kunne være blevet orienteret om bekymringernes alvorlighed?

Det er spørgsmålene i det præciserede genstandsfelt, som undersøgelsen søger at belyse.

¹ Dette inkluderer, men er ikke begrænset til: Skriftlige henvendelser og orienteringer; resultater og analyser i årsrapporter om den kliniske kvalitet og patientsikkerheden på det karkirurgiske område; høringsvar; indrapportering af UTH'er og evt. kerneårsagsanalyser; resultater af audits mv.

2 UNDERSØGELSENS METODE OG PROCES

Undersøgelsen er gennemført i perioden august-december 2022. Den baserer sig på en omfangsrig dokumentanalyse og en række interviews med tidligere og nuværende ansatte i regionen.

2.1 Ethiske pejlemærker og retningslinjer for undersøgelsen

Der findes ikke en forudgående skabelon eller standard for denne type undersøgelse. Derfor er Pluss gået til undersøgelsen med udgangspunkt i tre etiske pejlemærker og et stærkt fokus på læring. Pejlemærkerne og vores læringsfokus er beskrevet herunder.

Ethiske pejlemærker for undersøgelsen og et stærkt læringsfokus

Ethiske pejlemærker



Troværdighed

Uden troværdighed er undersøgelsen intet værd. Der må ikke kunne sås tvivl om Pluss' saglighed i indsamling, analyse, vurdering og rapportering af oplysninger. Derfor skal der sikres mest mulig transparens i undersøgelsen vedr. f.eks. proces, modsatrettede synspunkter og kommenteringer af resultater og konklusioner.

Fairness

Alle, som indgår i undersøgelsen, skal behandles fordomsfrit, ordentligt og med respekt for deres integritet. Ingen kan eller skal tvinges til at deltage. Men alle skal have muligheden.

Værdiskabelse

Undersøgelsen skal ultimativt bidrage til, at der kan træffes beslutninger, som kan give ledere og medarbejdere mulighed for at fokusere på deres kerneopgave. Det må aldrig glemmes. Derfor informeres de nødvendige parter i undersøgelsen også efter behov om undersøgelsens fokus og gennemførelse.

Fokus på læring



I forlængelse af vores ønske om at være med til at skabe værdi med undersøgelsen, vil vi anlægge et stærkt fokus på læring i vores konkrete dataindsamlingsaktiviteter og i den proces, vi lægger op til. Undersøgelsen skal hjælpe regionen til at lære af forløbet og skabe grundlag for et styrket fagligt arbejde med at sikre klinisk kvalitet og patientsikkerhed i fremtiden.

Dertil har en række retningslinjer desuden været grundlaget for undersøgelsens proces. Retningslinjerne er beskrevet i boksen herunder.

Retningslinjer for undersøgelsen

Man kan bidrage til undersøgelsen ved at deltage i et interview eller ved at aflevere skriftligt materiale til Pluss. Som evt. alternativ til et interview vil der om nødvendigt være mulighed for at medvirke ved skriftligt at besvare spørgsmål fra Pluss. Hvis det er interviewdeltagerens ønske, kan denne deltage i interviewundersøgelsen med bisidder.

Dokumentation, fortrolighed og anonymisering

- Ingen kan deltage anonymt over for Pluss i undersøgelsen. For at kunne validere oplysninger og indgå i undersøgelsens dokumentationsgrundlag har Pluss brug for at få oplyst navn, evt. stilling og kontaktoplysninger.
- Pluss optager alle interviews, som gennemføres i forbindelse med undersøgelsen. Dette for at kunne dokumentere, hvad der er blevet sagt, og for at sikre præcision i afrapporteringen.
- Pluss er ikke forpligtet til og vil ikke videregive optagelser eller modtaget dokumentation til andre. Der er ikke adgang til aktindsigt og sagsindsigt i oplysningerne. Herunder videregives det heller ikke til andre, hvem der konkret har sagt hvad i undersøgelsen.
- Der vil ikke blive anvendt navne i undersøgelsens rapport, ligesom direkte citater heller ikke vil indgå. Men det kan være nødvendigt at anvende titler og gruppebetegnelser (fx overlægerne, lægerne).
- Pluss noterer alle formelle henvendelser, som modtages i forbindelse med undersøgelsen.

Oplysning, kommentering og transparens

- Interviewpersonen har ret til at modtage en optagelse af sit interview, hvis dette ønskes. I den forbindelse kan interviewpersonen også efter interviewet afgive præciserende og/eller berigtigende kommentarer skriftligt.
- Hvis undersøgelsens resultater og konklusioner kan knyttes til identificerbare personer, gives disse personer adgang til sådanne resultater og konklusioner. Dette for at give mulighed for at gøre deres synspunkter og kommentarer desangående gældende – skriftligt og mundtligt. Dette sker før offentliggørelse. Pluss vurderer, om dette giver anledning til faktuelle rettelser i undersøgelsesrapporten, og ellers dokumenteres modtagne kommentarer, synspunkter og forslag til eventuelle ændringer i resultater og konklusioner i et særskilt notat, der vedlægges som bilag til den endelige rapport.
- Pluss forpligter sig på, at undersøgelsen skal reflektere eventuelt modsatrettede synspunkter om de forhold, som belyses i undersøgelsen.

Samtykke

- Forud for deltagelse i undersøgelsen skal interviewpersonen underskrive en samtykkeerklæring. Samtykkeerklæringen beskriver Pluss' behandling af personhenførbare oplysninger og interviewpersonens rettigheder.

Beslutninger skal træffes på rette sted

- Undersøgelsen har ingen retlige virkninger udadtil. Det er regionsrådet/forretningsudvalgets ansvar at beslutte, hvilken vægt undersøgelsen skal tillægges, og hvordan den skal bruges.

2.2 Undersøgelsens proces

Undersøgelsen er foregået i to faser. Disse er:

- Fase 1: Opstart og tilrettelæggelse af undersøgelsen: juli – september 2022
- Fase 2: Kortlægning af forløb og rapportering: september – december 2022

Herunder er aktiviteterne i hhv. fase 1 og fase 2 beskrevet.

Fase 1

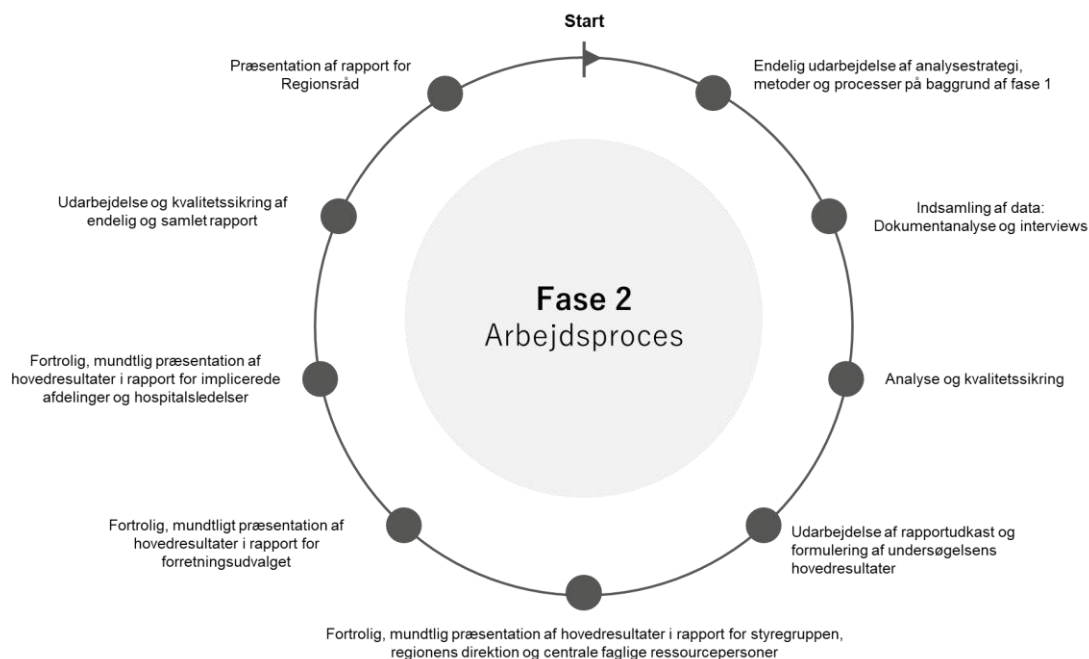
Hovedaktiviteterne i fase 1 er dels detailplanlægning af arbejdsprocessen samt præcisering af genstandsfeltet for undersøgelsen i dialog med styregruppen, dels orientering af forretningsudvalget, de faglige organisationer (Overlægeföreningen, Yngre Læger, Dansk Sygeplejeråd og DJØF) på området og de implicerede hospitaler og afdelinger om undersøgelsens fokus og arbejdsproces.

I den indledende fase har Pluss også gennemført møder med hhv. sit eget sounding board og yderligere resourcepersoner med epidemiologisk indsigt for at drøfte dels den nationale organisering af kvalitetsarbejde samt data på det karkirurgiske område generelt, dels metoder og data i hhv. "Houlin-analysen" og RKKP-analysen i særdeleshed.

I fase 1 fandt i øvrigt den første fremsendelse af dokumentmateriale fra Region Midtjylland sted, ligesom der også i fase 1 på regionens hjemmeside og intranet blev inviteret til, at man kunne kontakte Pluss, hvis man ønskede at bidrage til undersøgelsen.

Fase 2

Hovedaktiviteterne i fase 2 er dokumentanalysen og interviewundersøgelsen. I figuren herunder er arbejdsprocessen for fase 2 beskrevet.



I de næste afsnit beskrives undersøgelsens metoder yderligere.

2.3 Undersøgelsens metode

Hovedmetoderne i undersøgelsen er hhv. en dokumentanalyse og en interviewundersøgelse. Vores dokumentanalyse og interviews har selvstændigt informeret hinanden, idet dokumentanalysen har givet anledning til, at vores fokus i interviews er blevet skærpet, ligesom vores interviews har peget på temaer og data at undersøge yderligere i dokumentanalysen.

Dertil har det i den samlede analyse af dokumenter og interviews været styrende at efterprøve gyldigheden af dokumenter og interviewudsagn. Det er sket ved for så vidt muligt at sammenholde interviewudsagn fra flere forskellige informanter og dokumenter for at belyse konkrete forhold (f.eks. forløb for håndtering af formelt rejste bekymringer eller arbejdsgange knyttet til kvalitetsmonitorering).

Herunder er metoderne i undersøgelsen beskrevet.

Dokumentanalyse

Data i undersøgelsens dokumentanalyse består af:

- Dokumenter fremsendt af regionens administration og direktion på opfordring og bestilling fra Pluss
- Dokumenter fremsendt af hhv. Regionshospitalet Viborg og Aarhus Universitetshospital på opfordring og bestilling fra Pluss
- Dokumenter delt med Pluss af informanter i undersøgelsen, herunder både informanter, som Pluss har inviteret direkte til at deltage i undersøgelsen, og informanter, der selv har henvendt sig til Pluss med skriftligt materiale.

Alt skriftligt materiale er indledningsvist blev gennemlæst og kodet i det kvalitative analyseprogram NVivo. Dokumenterne er kodet ud fra følgende:

- Hvorvidt forhold knyttet til klinisk kvalitet og patientsikkerhed fremgår, herunder med særligt fokus på, om det karkirurgiske behandlingsniveau, amputationsniveauet samt u hensigtsmæssige patientforløb og risiko for patientsikkerhed benævnes
- Hvorvidt forhold knyttet til kvalitetsstyring og -ledelse beskrives, herunder særligt mål, procedurer, retningslinjer, organisering, monitorering, opfølgning, udvikling og forbedring samt praksis herfor
- Dokumenttype: Mail, bilag, notat, referat, høringssvar, rapport, andet. Herunder også, om der er tale om et konkret dokument, eller om der er tale om en korrespondance om et dokument
- Om dokumentet omhandler et bestemt hospital (herunder hvilket), flere hospitaler (herunder hvilke) og/eller regionen som helhed
- Afsendestidspunkt (årstal og dato)
- Afsender og modtager (i begge tilfælde med angivelse af placering i eller uden for organisationen)
- Andet.

Med denne kodning har Pluss søgt dels at indkredse relevante dokumenter inden for undersøgelsens genstandsfelt, dels at skabe et processuelt overblik over arbejdet med klinisk kvalitet og patientsikkerhed på det karkirurgiske område i perioden 2010-2022, herunder også arbejdsgange og håndtering knyttet til formelt rejste bekymringer. På baggrund af den indledningsvise kodning er de identificerede dokumenter blevet gennemlæst yderligere af konsulentteamet med henblik på at efterprøve kodningen og vurdere dokumenternes relevans i forhold til undersøgelsens genstandsfelt. På baggrund af denne vurdering er dokumenter udvalgt og indgået i den endelige dokumentanalyse.

Interviewundersøgelse

I tillæg til dokumentanalysen er der i undersøgelsen gennemført interviews med en række tidligere og nuværende ansatte i regionen, herunder med et særligt fokus på den formelle ledelseslinje i regionen i perioden 2010-2022.

Der er på den baggrund indledningsvist skabt et billede af, hvem der har bestridt formelle ledelsesposter i perioden: Politisk, i direktionen, i stabs- og fællesfunktionerne, i hospitalsledelserne og på afdelingerne (herunder afdelingsledelser, specialeansvarlige læger og læger), samt i stabsfunktionerne på hospitalerne, der arbejder specialiseret med kvalitet og patientsikkerhed.

Til at skabe dette overblik er der trukket på de dokumenter, som har indgået i dokumentanalysen, supplerende desk research (f.eks. internetsøgning og LinkedIn-search) og input, som er modtaget fra regionen på Pluss' opfordring og bestilling.

I forlængelse heraf er informanter i undersøgelsen efterfølgende blevet udsøgt formålsdrevet med fokus på:

- At de, som førstehåndskilder, kunne besvare spørgsmålene i det præciserede genstandsfelt, hvor den samlede, formelle ledelseslinje er i fokus.
- Hvem der bedst har kunnet belyse processerne knyttet til de formelt, rejste bekymringer, Pluss har identificeret og undersøgt.

I udsøgningen er det desuden først blevet prioriteret at invitere nuværende ansatte og informanter med de mest aktuelle erfaringer fra ledelsesposter i den formelle ledelseslinje. Herunder for at øge sandsynligheden for, at informanter har haft adgang til sagsmateriale, e-mailindbakker mv. og dermed har kunnet trække på flere kilder i deltagelsen i undersøgelsen. Tidligere ansatte er dog også blevet inviteret til at deltage i undersøgelsen.

Dertil er der på regionens hjemmeside og intranet givet mulighed for, at man har kunnet kontakte Pluss, hvis man ønskede at bidrage til undersøgelsen. Herunder for at reducere risikoen for, at der systematisk skulle være informanter og perspektiver, Pluss måtte overse. Alle er således blevet opfordret til og givet muligheden for at bidrage til undersøgelsen.

Ved invitation til deltagelse i undersøgelsen har alle inviterede informanter fået tilsendt undersøgelsens genstandsfelt, informantspecifikke spørgsmål og konkrete sagsakter, Pluss måtte ønske at spørge ind til (hvis dette har været tilfældet). Derudover er der i invitationen og i forbindelse med interviews lagt op til, at informanterne kunne komme med input, der lå udover de spørgsmål, som var fremsendt på forhånd. Dertil er der også i invitation og i de enkelte interviewsituationer lagt op til, at informanter havde muligheden for at vende tilbage med skriftlige svar på spørgsmål, der spontant blev stillet i interviews, og som ikke var en del af de spørgsmål, der var fremsendt på forhånd. De gennemførte interviews har på den måde været semistrukturerede.

2.4 Beskrivelse og vurdering af datagrundlag

Samlet set er det Pluss' vurdering, at det på baggrund af datagrundlaget er muligt at besvare spørgsmålene i genstandsfeltet, herunder med stærkest datagrundlag for perioden 2018-2022.

Der indgår dokumentmateriale i undersøgelsen fra den samlede periode 2010-2022. Dette materiale er, som nævnt, fremsendt af regionsadministrationen og hospitalerne på Pluss' opfordring og bestilling,

ligesom der indgår supplerende, skriftligt dokumentationsmateriale fra flere informanterne, som har deltaget i undersøgelsen. Dokumentmængden er størst for perioden 2018-2022. Jo længere tid, vi bevæger os tilbage i tid, desto vanskeligere har det således været at efterprøve udsagn fra interviews med skriftligt dokumentationsmateriale.

Der er i alt 30 informanter, som har deltaget i undersøgelsen. Disse informanter er især nuværende og tidligere ansatte fra regionens direktion og administration; hospitalsledelserne og stabsfunktionerne samt afdelings- og funktionsledelserne på hospitalerne. Hovedvægten af informanterne er fra hospitalerne. Dertil er der også et mindre antal repræsentanter fra den politiske ledelse. 15 informanter har deltaget i mundtlige interviews, seks informanter har deltaget både med skriftligt bidrag og i et interview, mens ni informanter har deltaget rent skriftligt i undersøgelsen.

Informanterne har samlet set kunnet dække perspektiver for hele perioden 2010-2022. Flere har kunnet trække på erfaringer fra hhv. de to hospitaler og forskellige niveauer i ledelseslinjen. Der er størst fuldkomnethed i informantperspektiver på tværs af den formelle ledelseslinje i perioden 2015-2022.

Pluss har en opmærksomhed på, at klinikere fra begge hospitaler også skulle være repræsenteret i undersøgelsen. Det er lykkedes i en vis udstrækning. Det ville have styrket undersøgelsens datagrundlag yderligere med en endnu bredere repræsentation af klinikere fra begge hospitaler.

3 EXECUTIVE SUMMARY

Pluss finder i undersøgelsen, at der overordnet er arbejdet systematisk med monitorering af klinisk kvalitet og patientsikkerhed på det karkirurgiske område i perioden 2010-2022, herunder at besluttede retningslinjer for monitorering af klinisk kvalitet og patientsikkerhed er fulgt.

Dertil finder Pluss også i undersøgelsen, at der overordnet har været tale om en grundig sagsbehandling med indhentning af input fra den samlede ledelseslinje og det kliniske ledelsesniveau til afgivelse af svar og opfølgning på henvendelser, når der formelt er blevet rejst bekymringer om den kliniske kvalitet og patientsikkerheden på det karkirurgiske område. Det er Pluss' vurdering, at det har været tilstræbt af afdelingsledelserne, hospitalsledelserne, regionsadministrationen, direktionen og den politiske ledelse at få de rejste forhold belyst bedst muligt med det data- og vidensgrundlag, det har været muligt at etablere, og handle ledelsesmæssigt på baggrund af dette.

Det betyder ikke, at der ikke kan læres noget af forløbet om karkirurgi, eller at der ikke kan arbejdes videre med måden, der arbejdes med overvågning, udvikling og forbedring af den kliniske kvalitet og patientsikkerheden på – regionalt og nationalt. Pluss noterer i den forbindelse, at det er påfaldende, at "Houlinde-analysen" ikke blev udsat for en epidemiologisk kvalitetssikring inden offentliggørelse. Dette er påfaldende i lyset af kommissoriets fokus på kvalitet og patientsikkerhed og de statistiske analyser, som centrale dele af analysens konklusioner endte med at hvile på. Hvis der også i fremtiden skal arbejdes med at følge kvaliteten på det karkirurgiske område ved at monitorere den samlede amputationsrate i regionen, vidner forløbet om karkirurgi i Region Midtjylland om, at det er centralt at involvere stærk, epidemiologisk kompetence i dette monitoreringsarbejde for at understøtte den metodiske kvalitet og sikre en retvisende fortolkning af resultaterne.

Undersøgelsen viser også, at en central del af arbejdet med klinisk kvalitet og patientsikkerhed er forankret på afdelingerne og tæt på den kliniske praksis. Der er i undersøgelsen stor enighed om, at det også bør være tilfældet, herunder bl.a. for at klinikerne kan bidrage til at fortolke kvalitetsdata kritisk og sende nødvendige konklusioner videre i ledelsessystemet. For at understøtte dette, kan en overvejelse til fremtidige drøftelser om arbejdet med monitorering, udvikling og forbedring af klinisk kvalitet og patientsikkerhed være, hvad der skaber de bedste forudsætninger for klinikernes arbejde hermed. I forlængelse heraf kan en overvejelse også være, hvornår hvilke signaler fra hhv. den kliniske praksis og de formelle monitoreringssystemer er stærke nok og af en karakter, der kalder på handling i det samlede ledelsessystem, og hvornår hvilke signaler først og fremmest bør håndteres og give anledning til læring og udvikling tæt på den kliniske praksis. Herunder med fokus på, at eventuelle tidlige tegn på behov for forbedring opfanges og handles på – uden at gå på kompromis med nødvendig evidens og stærk dokumentation, når der skal træffes beslutninger.

Ovenstående overvejelser knytter sig formentligt ikke alene til det karkirurgiske område, endside Region Midtjylland. Det er formentlig omstændigheder på tværs af specialer og geografi.

I det følgende opsummeres hovedresultaterne af undersøgelsen, herunder besvarelserne af de to dele af undersøgelsens genstandsfelt. Inden disse opsummeres, skitseres kort en vigtig del af konteksten for undersøgelsens proces og resultater. Belysningen af dette er ikke som sådan en del af denne undersøgelses kommissorium. Men det udgør en central del af konteksten for den løbende tilrettelæggelse og gennemførelsen af undersøgelsen samt for resultaterne og forståelsen af data om det karkirurgiske område i denne rapport.

3.1 Konteksten for undersøgelsens proces og resultater

Forretningsudvalget besluttede før sommerferien 2022, at der skulle gennemføres en ekstern, uvildig undersøgelse af karkirurgien i Region Midtjylland.

Beslutningen blev truffet, da en ekstern analyse af karkirurgien i Region Midtjylland pegede på, at for få bestemte og for sene forebyggende karkirurgiske behandlinger kan have ført til øget risiko for at ende i amputation af ben. Konkret var det vurderingen, at 47 benamputationer årligt kunne være udskudt eller undgået, hvis flere og tidligere bestemte, amputationsforebyggende karkirurgiske behandlinger var blevet gennemført. Vurderingen beroede på sammenligning med Aalborg Universitetshospital i Region Nordjylland og den karkirurgiske afdeling på Kolding Sygehus i Region Syddanmark.

Efterfølgende har en rapport fra RKKP – Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram, der sammenligner alle regioner og afdelinger, når det handler om amputationer af ben og forebyggende behandlinger – vist, at Region Midtjylland i perioden 2016-2021 havde amputationsrater omkring 60-65 per 100.000 borgere i det meste af perioden. Dette er på niveau med Region Syddanmark i samme periode. I samme periode har Region Nordjylland og Region Hovedstaden ligget lavere, mens raten i Region Sjælland har ligget højest.

For både den første, eksterne analyse og senere RKKP-analysen er det væsentligt at notere, at der i analyserne sammenstilles data og foretages populationsanalyser, som – til Pluss' forståelse – ikke har været anvendt i den systematiske kvalitetsmonitorering på det karkirurgiske område i perioden 2010-2022, herunder i de årlige Karbaserapporter.

Forløbet om karkirurgien i Region Midtjylland og de analyser, som er blevet gennemført i den forbindelse, har affødt regionale og nationale drøftelser og overvejelser. F.eks. om gyldige årsagssammenhænge på det karkirurgiske område, og hvilke (sammenhængs)analyser og data der med størst troværdighed, præcision og relevans kan bidrage til den løbende monitorering, udvikling og forbedring af den kliniske kvalitet og patientsikkerhed på det karkirurgiske område. Disse drøftelser og overvejelser er også kommet frem i denne undersøgelse. Flere sætter ord på, at erfaringerne udtrykker et behov for f.eks.:

- yderligere at udforske korrelationer og årsagssammenhænge knyttet til klinisk praksis på det karkirurgiske område og i krydsfeltet mellem f.eks. karkirurgien, andre specialer og kliniske områder, den almene praksis og kommunale sundhedsindsatser.
- at se ind i, hvilke resultat- og procesindikatorer og data der skal til for at undersøge disse korrelationer og årsagssammenhænge yderligere – både til brug for skabelse af solid, historisk viden og for at få indikationer på kortsigtede kvalitetsudsving, der kan hjælpe klinikerne med at reagere i deres hverdagspraksis.
- at drøfte, hvornår indikatorvariationer i sundhedsvæsenet er et problem for patientsikkerheden, der bør reageres på, og hvornår de bør give anledning til udvikling og læring.

Der er allerede på nuværende tidspunkt igangsat udvikling på en del af ovenstående områder. I lyset af RKKP-analysen er der til eksempel blevet afholdt tværregionale læringsseminarer, hvor erfaringer fra Region Nordjylland og Region Hovedstaden er blevet delt og drøftet. Dertil er der også i Karbaserapporten 2021, der er offentliggjort i juni 2022, udarbejdet et forslag til en test-indikator (Test-Indikator 10), der kan bidrage til at skabe procesviden om, hvorvidt patienter, der får en amputation, har været vurderet af en karkirurg, inden amputationen blev foretaget. Dertil lægger styregruppen for Karbasen også op til i

Karbasen 2021, at det bør diskuteres, om f.eks. Indikator 8² skal udvides til at indbefatte flere amputationsforebyggende indgreb, end det er tilfældet i dag.

3.2 Kvalitetsstyring og -ledelse i perioden 2010-2022

Pluss finder i undersøgelsen, at der overordnet er arbejdet systematisk med monitorering af klinisk kvalitet og patientsikkerhed på det karkirurgiske område i perioden 2010-2022, herunder at besluttede retningslinjer for monitorering af klinisk kvalitet og patientsikkerhed er fulgt.

I arbejdet er der et væsentligt fokus på Karbasens proces- og resultatindikatorer samt målopfyldelsen knyttet til de indikatorer, hvor der er sat standarder. En del af monitoreringen er også nationale, regionale og lokale mål. Dertil anvendes også andre data og registre end Karbasen.

Den centrale del af kvalitetsstyringen og -ledelsen har været forankret og er fundet sted på afdelingsniveau. Her er, og har der været, etableret interne kvalitetsorganisationer og udpeget karbaseansvarlige overlæger. I perioden er der også arbejdet med f.eks. forskellige formater for drøftelse af den kliniske kvalitet og patientsikkerheden.

Hospitalsledelserne har fulgt op på den kliniske kvalitet og patientsikkerheden og arbejdet hermed gennem faste møder med afdelingsledelserne, hvor klinisk kvalitet og patientsikkerhed har været et fast dagsordenspunkt. Der har været et særligt fokus på Karbasen og målopfyldelsen knyttet hertil én gang årligt, når årsrapporten er udkommet.

Der er en forståelse mellem direktionen og hospitalsledelserne om, at hospitalsledelserne har det overordnede ansvar for at sikre den kliniske kvalitet og patientsikkerheden på hospitalerne. Derfor inddrages regionens direktion samt stabs- og fællesfunktioner kun i særlige tilfælde, og når hospitalsledelserne vurderer, at de ikke selv kan komme længere med en sag.

Der afholdes dialogmøder mellem hospitalsledelserne og direktionen, hvor klinisk kvalitet og patientsikkerhed på enkelte områder *kan være* et punkt. Der er dog ikke tale om et fast dagsordenspunkt. Til Pluss' kendskab har klinisk kvalitet og patientsikkerhed på det karkirurgiske område ikke været et særligt omdrejningspunkt i perioden 2010-2018 på møderne mellem hospitalsledelserne og direktionen. I den anden del af rapporten, der handler om håndtering af formelt rejste bekymringer, belyses det, hvordan der har været et ledelsesfokus på det karkirurgiske område i perioden 2018-2022.

Som udgangspunkt orienteres det politiske niveau om den kliniske kvalitet og patientsikkerheden gennem afrapporteringer knyttet til det nationale og regionale målbillede – og de områder, der er udvalgte her. For at etablere dette billede, trækkes der på data fra en række (kliniske) databaser og registre. Det politiske niveau orienteres også om temabaseret, strategisk udviklingsarbejde, der igangsættes eller pågår knyttet til kvalitetsarbejde og patientsikkerhed.

Det er sjældent, at det politiske niveau derudover bliver orienteret konkret om status på kvalitetsudvikling eller om igangsættelse af kvalitetsfremmende tiltag på enkelte områder. Dette kun, hvis det f.eks. tager

² Indikator 8: "Samsidig større amputation efter infrainguinal bypass kirurgi for kritisk iskæmi inden for 1 år". I Karbase 2021 står der bl.a.: "Indikator 8 har eksisteret i mange år og belyser amputationsfrekvensen hos en gruppe patienter, efter de har modtaget amputationsforebyggende kirurgi. Den fortæller således ikke noget om, hvorvidt der er forskel i andelen, der modtager karkirurgisk behandling regionerne imellem, men kun hvordan det går de enkelte patienter, der er blevet behandlet [...] Styregruppen mener, at det er en vigtig indikator. Ved et udviklingsmøde i efteråret 2022 vil vi derfor diskutere, om den skal udvides til at indbefatte flere amputationsforebyggende indgreb."

udgangspunkt i en konkret problemstilling, der er blevet rejst om patientsikkerhed, hvis der udtrykkes et politisk ønske herom, eller hvis direktionen vurderer, at der er grund til dette.

3.3 Håndtering af formelt rejste bekymringer i perioden

Det er først i perioden 2018-2022, at Pluss i undersøgelsen har identificeret en række bekymringer, der er rejst formelt over for hospitalsledelserne, regionsadministrationen, direktionen, den politiske ledelse og i enkelte tilfælde afdelingsledelserne. Der er i undersøgelsen identificeret otte formelt rejste bekymringer, som Pluss har fulgt særligt op på. Disse inkluderer syv henvendelser, som også var en del af regionens redegørelse fra maj 2022³, samt en yderligere henvendelse fra de karkirurgiske speciallæger på AUH.

De formelt rejste bekymringer adresserer først og fremmest organisatoriske, kapacitets- og kompetencemæssige konsekvenser af Budget 2019 og budgettets konkrete implementering i den efterfølgende periode. Herunder, hvad Budget 2019 kan/vil komme til at betyde for den kliniske kvalitet og patientsikkerheden, hvis der ikke tages hånd om de organisatoriske, kapacitets- og kompetencemæssige konsekvenser, som beskrives i henvendelserne.

Det er Pluss' vurdering, at de formelt rejste bekymringer i den politiske ledelse, direktionen, regionsadministrationen, hospitalsledelserne og afdelingsledelserne først og fremmest er blevet fortolket og behandlet som bekymringer, der har handlet om at adressere organisatoriske samt kapacitets- og kompetencemæssige problemer i kølvandet på Budget 2019, samt et ønske om, at der ledelsesmæssigt og politisk ville blive set ind i og gjort noget ved disse. De formelt rejste bekymringer er ikke blevet fortolket som nogen, der var sendt med det formål at gøre opmærksom på aktuelle problemer med den kliniske kvalitet og patientsikkerheden på det karkirurgiske område. Denne fortolkning synes overordnet set at være i overensstemmelse med den intention, som afsenderne af henvendelserne har haft. Dog med en stigende bekymring hos afsenderne for, hvad den konkrete implementering af Budget 2019 betød for den kliniske kvalitet og patientsikkerheden på det karkirurgiske område.

Pluss' gennemgang af den skriftlige sagsbehandling og belysningen gennem mundtlige og skriftlige input fra de involverede aktører vidner overordnet om en grundig sagsbehandling med indhentning af input fra den samlede ledelseslinje og det kliniske ledelsesniveau til afgivelse af svar og opfølgning på henvendelser. Det er Pluss' vurdering, at det har været tilstræbt af afdelingsledelserne, hospitalsledelserne, regionsadministrationen, direktionen og den politiske ledelse at få de rejste forhold belyst bedst muligt med det data- og vidensgrundlag, det har været muligt at etablere, og at handle ledelsesmæssigt på baggrund af dette.

³ Region Midtjylland (maj, 2022): "Redegørelse for forløbet i forbindelse med igangsætning af ekstern analyse af karkirurgien i Region Midtjylland". https://www.rm.dk/api/NewESDHBBlock/DownloadFile?agendaPath=%5C%5CRMAPPS0221.onerm.dk%5CCMS01-EXT%5CESDH%20Data%5CRM-Internet%5Cdagsordener%5Chospitalsudvalget%202022%5C09-05-2022%5CAaben_dagsorden&appendixId=342744

4 UNDERSØGELSE AF KVALITETSSTYRING OG -LEDELSE AF DEN KLINISKE KVALITET OG PATIENTSIKKERHEDEN

I det følgende fremgår resultaterne af den første del af undersøgelsen af kvalitetsstyringen og -ledelsen i perioden 2010-2022 på det karkirurgiske område. Herunder følgende spørgsmål i det præciserede genstandsfelt:

- Har der været sat mål (nationalt, regionalt og på hospitalerne) for den kliniske kvalitet og patientsikkerheden på det karkirurgiske område i perioden 2010-2022? Og i givet fald: Hvilke?
- Hvorvidt og hvordan er kvaliteten og patientsikkerheden blevet monitoreret på afdelings-, hospitalsledelses-, direktions- og regionsrådsniveau i perioden 2010-2022? Herunder, hvilke mål, data og indikatorer (strukturelle, processuelle, resultatfokuserede) der er anvendt i monitoreringen.
- Hvorvidt og hvordan er viden om kvalitet og patientsikkerhed på det karkirurgiske område blevet delt i ledelseslinjen (mellem afdelingsledelse, hospitalsledelse, direktion og regionsråd) i perioden 2010-2022?
- Hvorvidt og hvordan er den kliniske kvalitet og patientsikkerheden på det karkirurgiske område søgt udviklet og forbedret i perioden 2010-2022? Hvad har i givet fald været grunden til dette udviklings- og forbedringsarbejde, og hvordan er der blevet fulgt op på udviklings- og forbedringsarbejdet?

Nærværende afsnit er struktureret efter de enkelte spørgsmål i det præciserede genstandsfelt og afsluttes med en beskrivelse af opmærksomhedspunkter, som Pluss har identificeret på baggrund af undersøgelsens første del, og som kan være værdifulde at overveje i fremtidige drøftelser om monitorering, udvikling og forbedring af den kliniske kvalitet og patientsikkerheden på det karkirurgiske område.

4.1 Mål for den kliniske kvalitet og patientsikkerheden på det karkirurgiske område

Undersøgelsen viser, at den kliniske kvalitet og patientsikkerheden på det karkirurgiske område særligt er blevet monitoreret og vurderet ud fra følgende overordnede retningslinjer og målsætninger:

- **Karbasen under RKKP** og de nuværende ni proces- og resultatindikatorer og standarder, som er fastsat i denne. I den undersøgte periode var der databrud ved overgangen til Landspatientregistret 3 (LPR3) i år 2019. Det er ikke alle indikatorer, der er formuleret nationale standarder for. Og væsentligt er det endvidere her, at der for Indikator 8⁴ først er formuleret en standard i 2021, ligesom Indikator 8 ikke kan anvendes som et udtryk for den samlede amputationsrate i de enkelte regioner eller udtryk for det samlede niveau af alle amputationsforebyggende indgreb. Karbasen er nationalt organiseret med en klinisk styregruppe og med repræsentanter fra det kliniske område, der løbende søger at kvalitetssikre og udvikle databasen med henblik på at sikre evidensbaseret og bidrage til opbygning af ny, relevant viden om klinisk kvalitet på området.
- De **otte nationale mål** for sundhedsvæsenet. Her er der tale om brede, nationale mål, som ikke specifikt gælder det karkirurgiske område. Data fra Karbasen indgår – sammen med data fra de øvrige kliniske databaser – i monitoreringen af de nationale mål knyttet til 'Behandling af høj kvalitet', hvor det bl.a. monitoreres, hvorvidt der er opfyldelse i forhold til kvalitetsmål i

⁴ Indikator 8: "Samsidig større amputation efter infrainguinal bypass kirurgi for kritisk iskæmi inden for 1 år".

databaserne. I forhold til de nationale mål er der på landsplan udvalgt en række områder, som følges særligt. Karkirurgi er ikke, og har ikke været, et af disse områder i undersøgelsesperioden. De otte nationale mål erstattede i 2016 Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM) og det kontrol- og akkrediteringssystem, der var knyttet hertil.

- Sundhedsstyrelsens **Specialevejledning for Karkirurgi**, der er retningslinjer for, hvad de enkelte hospitaler skal leve op til for at kunne varetage forskellige specialefunktioner inden for karkirurgi. Specialevejledningen er løbende blevet justeret i undersøgelsesperioden.
- Foruden de danske nationale mål og retningslinjer findes der også **europæiske guidelines for specialet**.⁵ Disse er ikke kvalitetsmål, men guidelines for god praksis. Dansk Karkirurgisk Selskab tilslutter sig de europæiske retningslinjer, som udvikles af karkirurger fra flere lande, der mødes og diskuterer best practise samt den nyeste litteratur og studier på det karkirurgiske område. Det er ikke et krav at følge disse retningslinjer, og de diskuteres også løbende lokalt, nationalt og internationalt. Det anses dog som god praksis at følge disse for at sikre høj behandlingskvalitet.

I tillæg til de overordnede rammer og målsætninger på det karkirurgiske område styres der også efter en række tværgående kvalitetsmål og -indikatorer, som også er med til at belyse det regionale målbillede og hospitalsfastsatte målsætninger.

De regionale mål

Region Midtjylland har også et målbillede for sundhedsområdet, der står på de otte nationale mål og lægger dertil bl.a. den regionale målsætning om 'den bedste kvalitet – hver gang på den rigtige måde'. For at belyse de regionale målsætninger, sammenstilles data på tværs af områder og specialer for at etablere et samlet billede. Såfremt det besluttet politisk, følges data på bestemte specialeområder og sygdomsområder.

De hospitalsnære mål

I tillæg til de nationale og regionale målsætninger arbejdes der også på hospitalerne strategisk, operationelt og løbende med kvalitetssikring af det kliniske arbejde på tværs af specialer og områder – f.eks. gennem målsætninger i monitoreringsplaner. Der er i undersøgelsesperioden defineret forskellige indsatser og målsætninger for arbejdet med kvalitetssikring på hospitalerne.

Eksempelvis har man på Hospitalsenhed Midt siden 2017 arbejdet efter "Kvalitetssikring af det kliniske arbejde på Hospitalsenhed Midt", der indeholder en liste med i alt 17 indsatser grupperet i fem forskellige temaer. Disse omhandler: administrativ parathed, anvendelse af kliniske retningslinjer, kliniske arbejdsgange, kompetencer, samt en åben kultur. De konkrete indsatser handler f.eks. om, at medarbejderne skal dokumentere, hvis de afviger fra givne retningslinjer, at de skal kende og følge relevante retningslinjer, forløbsprogrammer mv.

Region Midtjyllands målbillede



⁵ European Society for Vascular Surgery: "Guidelines". <https://esvs.org/guidelines/>

4.2 Monitorering af den kliniske kvalitet og patientsikkerheden

På hospitalsniveau

Den centrale monitorering af den kliniske kvalitet og patientsikkerheden på det karkirurgiske område sker gennem arbejdet med Karbasen under Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP). Der bliver årligt udgivet en Karbaserapport, som fremsendes til hospitalernes hovedpostkasse og afdelingerne. Både afdelingsledelserne og hospitalsledelserne har således adgang til rapporterne (hospitalsledelserne får tilsendt samtlige kvalitetsrapporter på alle områder, der udkommer årligt). Data fra Karbaserapporten indarbejdes i hospitalernes BI-systemer. Der er løbende arbejdet med at indføre så mange relevante og aktuelle data i BI-systemerne som muligt, herunder også data, der ikke trækkes fra data i Karbasen.

I monitoreringen af resultater i Karbaserapporterne er der et særligt fokus på, hvorvidt afdelinger lever op til de nationale standarder, der er fastsat for det kliniske område, og hvorvidt der i de årlige Karbaserapporter opfordres til regionale eller afdelingsspecifikke audits – f.eks. på baggrund af variationer mellem regioner, afdelinger og landsgennemsnittet.

Den centrale del af monitoreringen og opfølgningen på Karbaserapporten er ansvarsmæssigt forankret og finder sted på afdelingsniveau i overensstemmelse med de retningslinjer, der er herfor på begge hospitaler, herunder i de kvalitetsorganisationer, som er defineret på afdelingerne og i samarbejde mellem udpegede, karbaseansvarlige læger og afdelingsledelsen. Det er således også afdelingerne, der har ansvaret for at indberette data til Karbasen. Indberetning til databaserne stod stille i en periode pga. omlægningen fra LPR2 til LPR3 i 2019.

På begge hospitaler er der procedurer for og støtteværktøjer til bearbejdning og opfølgning på rapporterne samt igangsættelse af eventuelle audits og handleplaner. I perioden har der været arbejdet med forskellige procedurer og værktøjer. I afdelingernes arbejde hermed støttes de af hospitalernes kvalitetsheder og de kvalitetsmedarbejdere, der er tilknyttet de enkelte afdelinger. Dertil følger kvalitetshederne på hospitalerne også op på afdelingernes udarbejdede handleplaner.

Hospitalsledelserne har formelt fulgt op på monitoreringen af den kliniske kvalitet og patientsikkerheden og arbejdet hermed gennem faste møder med afdelingsledelserne, hvor klinisk kvalitet og patientsikkerhed har været et fast dagsordenspunkt. Der har været et særligt fokus på Karbasen og målopfølgningen knyttet hertil én gang årligt, når den årlige Karbaserapport er udkommet.

På regionsniveau

Som nævnt foregår den primære monitorering af den kliniske kvalitet og patientsikkerheden på de enkelte områder på hospitalerne, herunder særligt på afdelingsniveau.

På regionsniveau finder monitoreringen først og fremmest sted i forhold til at belyse det regionale målbillede, hvilket de otte nationale mål også er en del af. Koncern Kvalitet etablerer i den sammenhæng et samlet billede ved at trække på data fra en række registre og kvalitetsrapporter, der samles i regionens samlede BI-system og i rapporter, der udarbejdes med fast kadence til det politiske niveau. Her er, og har der været, et særligt fokus på, om de enkelte områder og specialer lever op til standarderne, der er fastsat i de kliniske databaser – og de regionale og nationale mål, der er fastsat på tværs.

I den sammenhæng indgår data fra det karkirurgiske område således som én del ud af et samlet billede. I perioden, som denne undersøgelse dækker, har der i den regionale monitorering af klinisk kvalitet og patientsikkerhed ikke været et særskilt fokus på at monitorere og rapportere på den kliniske kvalitet og patientsikkerheden på det karkirurgiske område.

4.3 Praksis for deling af viden om den kliniske kvalitet og patientsikkerhed

Den centrale deling af viden om den kliniske kvalitet og patientsikkerheden er blevet drøftet og arbejdet med på afdelingsniveau. Herunder formelt i de interne kvalitetsorganisationer, som er defineret på afdelingerne, og desuden også understøttet af det arbejde, som de udpegede karbaseansvarlige overlæger varetager. På afdelingerne finder der også en mere uformel deling af viden sted i den daglige praksis – herunder f.eks. på morgenkonference, hvor patientsager og -forløb diskuteres i plenum blandt klinikerne. Der er i undersøgelsen givet udtryk for, at det systematiske og særlige arbejde med kvalitet dog kan være udfordret i en hverdagspraksis, hvor der ikke altid er en oplevet tid, lyst, mulighed og mandat hos det kliniske personale til at tage ansvaret for og prioritere arbejdet med systematisk monitorering, udvikling og opfølgning på kvalitetsarbejdet. Det systematiske kvalitetsarbejde kan blive oplevet som en 'ekstraopgave' i en hverdag, der rummer et stærkt driftsfokus.

Hospitalsledelserne har fået viden om den kliniske kvalitet og patientsikkerheden og fulgt op herpå gennem faste møder med afdelingsledelserne afholdt et antal gange om året, hvor klinisk kvalitet og patientsikkerhed er, og har været, et fast dagsordenspunkt. Der har været et særligt fokus på Karbasen og målopfyldelsen knyttet hertil én gang årligt, når årsrapporten er udkommet. Kvalitetsenhederne på hospitalerne bistår i denne sammenhæng afdelingerne og hospitalsledelserne med at oparbejde og præsentere relevante data. Afdelingerne har et særligt ansvar for at sætte forhold på dagsordenen, som de mener, er væsentlige at drøfte med hospitalsledelserne. Endelig har hospitalsledelserne og afdelingsledelserne også adgang til data om klinisk kvalitet og patientsikkerhed gennem de etablerede BI-systemer på begge hospitaler.

Der er en forståelse mellem direktionen og hospitalsledelserne om, at hospitalsledelserne har det overordnede ansvar for at sikre den kliniske kvalitet og patientsikkerheden på hospitalerne. Derfor inddrages regionens direktion samt stabs- og fællesfunktioner kun i særlige tilfælde, og når hospitalsledelserne vurderer, at de ikke selv kan komme længere med en sag – eller i de tilfælde, hvor der f.eks. er forhold, som bør håndteres på tværs af matrikler. I den sammenhæng er der også mulighed for at involvere og trække på viden fra regionens Kvalitetsforum og Klinikforum samt det tværfaglige specialeråd i sager vedr. emner af relevans for Region Midtjyllands udvikling, forbedring og planlægning, herunder også knyttet til klinisk kvalitet og patientsikkerhed.

Der afholdes dialogmøder mellem hospitalsledelserne og direktionen, hvor klinisk kvalitet og patientsikkerhed på *enkelte områder kan være* et punkt. Der er dog ikke tale om et fast dagsordenspunkt. Til Pluss' kendskab har klinisk kvalitet og patientsikkerhed på det karkirurgiske område ikke været et særligt omdrejningspunkt i perioden 2010-2018 på møderne mellem hospitalsledelserne og direktionen. I næste del af rapporten, der handler om håndtering af formelt rejste bekymringer, belyses det, hvordan der har været et ledelsesfokus på det karkirurgiske område i perioden 2018-2022.

Som udgangspunkt orienteres det politiske niveau overordnet om den kliniske kvalitet og patientsikkerheden gennem afrapporteringer knyttet til det nationale og regionale målbillede – og de områder, der er udvalgt her. For at etablere dette billede trækkes der på data fra en række (kliniske) databaser og registre. Det politiske niveau orienteres også om temabaseret, strategisk udviklingsarbejde, der igangsættes eller pågår knyttet til kvalitetsarbejde og patientsikkerhed.

Det er sjældent, at det politiske niveau derudover bliver orienteret konkret om status på kvalitetsudvikling eller om igangsættelse af kvalitetsfremmende tiltag på enkelte områder. Dette kun, hvis det f.eks. tager udgangspunkt i en konkret problemstilling, der er blevet rejst om patientsikkerhed, hvis der udtrykkes et politisk ønske herom, eller hvis direktionen vurderer, at der er grund til dette.

4.4 Tiltag for at udvikle eller forbedre den kliniske kvalitet og patientsikkerheden

I dette afsnit gennemgås undersøgelsens resultater om tiltag, der er gjort med henblik på at udvikle og forbedre den kliniske kvalitet og patientsikkerheden på det karkirurgiske område i perioden 2010-2022. Det er meget muligt, at denne undersøgelse ikke fuldstændigt afdækker alle tiltag på alle niveauer, der er gjort fra 2010-2022 for at udvikle og forbedre den kliniske kvalitet og patientsikkerheden på det karkirurgiske område. Afsnittet tjener derfor som en opsamling på en række af de eksempler, som er kommet frem og er gået igen i undersøgelsen.

Eksempler på tiltag for at understøtte arbejdet med den kliniske kvalitet og patientsikkerheden

På Aarhus Universitetshospital er processerne for arbejdet med opfølgning på den kliniske kvalitet og patientsikkerheden ændret et antal gange i undersøgelsens periode, herunder med henblik på at bidrage til den løbende forbedring af dette. Nedenfor ses en kort skitsering af de forskellige, overordnede processer, som der er arbejdet med i perioden. Disse er oplyst af hospitalet:

- *2012-2014:* Opfølgning på resultater blev dagsordensat på hospitalsledelsens økonomi- og aktivitetsmøder, herunder med en oversigt med resultater fra databasernes årsrapport. Hvis en afdeling havde manglende målopfyldelse på en af databasernes indikatorer, blev de bedt om at fremsende kommentarer/handleplaner, der blev knyttet til resultatoversigten.
- *2015-2017:* Opfølgning på resultater samt planer om forbedring blev drøftet mellem Afdelingsledelse og Centerledelse.
- *2018 – 2022:* Afdelingen vurderer egne resultater ud fra tre spørgsmål: Hvilke resultater er I mest stolte af? Hvor er afdelingens største udfordringer? Hvilke indikatorer ønsker I at forbedre? Afdelingens svar er blevet, og bliver, dagsordensat på dialogmøde mellem kontaktdirektør og afdelingsledelse med henblik på at aftale, hvilke forbedringer der skal arbejdes videre med.

På Hospitalsenhed Midt har de ligeledes igangsat en række initiativer og tiltag, der har haft til formål at udvikle og forbedre arbejdet med den kliniske kvalitet og patientsikkerheden på det karkirurgiske område. Det arbejde inkluderer aktuelt f.eks. "Trappen". Arbejdet med trappen har som udgangspunkt til formål at give inspiration til arbejdet med den enkelte database, skabe dialog om arbejdet med databaserne og udbredelse af viden herfra – både på afdelingerne og på hospitalsledelsesniveau – samt beskrive de forventede krav til databasearbejdet. Trappen består af forskellige trin og spørgsmål med forskelligt fokus og forskellige sværhedsgrader. Til hvert spørgsmål besvares ja/nej/ikke relevant. Trinene er som følger:

- Trin 1: De grundlæggende forudsætninger for arbejdet med databaserne
- Trin 2: Årsrapporterne samt brugen af BI-Portalen
- Trin 3: BI-portalen, vidensdeling og samarbejde på tværs
- Trin 4: Fokus er på brugen af supplerende datamateriale (udover BI-portalen), initiativer til nye og/eller supplerende mål og forbedrings-/udviklingsinitiativer.

Eksempler på tiltag for at styrke den kliniske kvalitet og patientsikkerheden på området

I undersøgelsen er der fremkommet en række eksempler på tiltag, der er iværksat for at konsolidere, udvikle og forbedre det karkirurgiske område og speciale i perioden 2010-2022. Herunder bl.a.:

- Samling og fordeling af specialefunktioner på og mellem hospitalerne i regionen
- Justering i arbejdsdeling og -gange i samarbejdet med andre enheder og afdelinger på hospitalerne – f.eks. Røntgen og Scanning
- Udvikling af henvisningspraksis fra den almene praksis og de kommunale sundhedsindsatser med fokus på tidligere henvisning

- Faglig udvikling og forskningsaktivitet samt opbygning og sammensætning af kompetencer og erfaring på afdelingerne – herunder også sygeplejersker
- Justering af bemanning i forbindelse med operationer, så de nødvendige kompetenceniveauer er til stede ved operationerne
- Opbygning af kapacitet i forhold til f.eks. operationslejer og -hybridstuer samt radiografkapacitet på afdelingerne
- Etablering af et sårcenter i Viborg
- Etablering af et endovaskulært team på Aarhus Universitetshospital.

Baggrunden for iværksættelse af disse tiltag har været den løbende dialog mellem klinikerne, afdelingsledelserne og hospitalsledelserne samt resultater i de audit, som er blevet sat i gang af egen drift i afdelingerne og på baggrund af opfordringerne i de årlige Karbaserapporter. Ydermere har UTH-systemet ligeledes løbende bidraget med tiltag, der kan forbedre og udvikle den kliniske kvalitet og patientsikkerheden på det karkirurgiske område.

Dertil er det Pluss' forståelse fra undersøgelsen, at klinikerne også løbende iværksætter tiltag, hvor hverken afdelingsledelserne eller hospitalsledelserne involveres. Det inkluderer oftest rene procedureændringer – f.eks. nye valg af antibiotikabehandlinger eller nye vaskeprocedurer. De tiltag, hvor ledelserne inkluderes, omhandler kapacitetsmæssige forhold, hvor de igangsatte initiativer har påvirkninger på f.eks. økonomi og ressourcer eller involverer flere afdelinger og fagligheder på hospitalerne.

4.5 Opmærksomhedspunkter på baggrund af undersøgelsens første del

I forlængelse af undersøgelsens første del har Pluss identificeret opmærksomhedspunkter, der kan være værdifulde at overveje i fremtidige drøftelser om monitorering, udvikling og forbedring af den kliniske kvalitet og patientsikkerheden på det karkirurgiske område. Disse beskrives herunder.

En central del af arbejdet med og konkret viden om den kliniske kvalitet og patientsikkerheden på det karkirurgiske område har altså været forankret på afdelingsniveau og hos udpegede klinikere. På den måde har data gennem sammenstilling, vurdering og oversættelse bevæget sig igennem det samlede ledelsessystem og ind i lokale, regionale og nationale målbilleder. Dette med understøttelse af hospitalernes kvalitetsenheder og Koncern Kvalitet. Derfor spiller klinikerne også en central rolle. Der er blandt informanter i undersøgelsen stor enighed om, at de også bør det. I forhold til f.eks.:

- At fortolke resultaterne i databaserne kritisk og sende retvisende konklusioner videre i ledelsessystemet
- At drage de nødvendige konsekvenser i den kliniske praksis
- At bidrage til den vedvarende udvikling af databaserne og den data, der arbejdes med.

En implikation af dette er, at det kliniske personale skal have tid, lyst, mulighed og oplevet mandat til at tage ansvaret for og prioritere arbejdet med monitorering, udvikling og opfølgning på det systematiske kvalitetsarbejde. Det systematiske kvalitetsarbejde kan blive oplevet som en 'ekstraopgave' i en hverdag, der rummer et stærkt driftsfokus.

I arbejdet med den kliniske database kan man desuden møde sundhedsfaglig uenighed om, hvad der er værdifulde og relevante indikatorer, og hvad der er dokumenteret, virkningsfuld klinisk behandling. Dermed også, hvilke indikatorer der er de væsentligste at følge op på, og hvad der kalder på særlig handling. Denne beskrivelse af uenighed er der også sat ord på i undersøgelsen. Det kan give anledning til to overvejelser:

- En overvejelse knyttet til, hvorvidt det kan gøre det vanskeligt for klinikerne i specialet at sende samlede og klare signaler til afdelings- og hospitalsledelsen på baggrund af data fra den kliniske database.
- En overvejelse knyttet til, om uenigheden gør det ledelsesmæssigt vanskeligt at træffe beslutninger på specialets vegne, fordi det er vanskeligt at få klare signaler fra specialet.

Et opmærksomhedspunkt fra undersøgelsen til de fremtidige drøftelser om monitorering, udvikling og forbedring af den kliniske kvalitet og patientsikkerheden på det karkirurgiske område kan derfor også være, hvordan der organisatorisk, ledelsesmæssigt og systemmæssigt (f.eks. knyttet til databaser og adgang her-til) skabes de bedste forudsætninger for, at klinikerne kan sende de nødvendige og mest retvisende signaler i det samlede ledelsessystem.

I forlængelse af ovenstående kan det også være en fremtidig overvejelse, hvad der i styringen i den samlede ledelseslinje er en hensigtsmæssig måde:

- At lægge data fra f.eks. databaser, registre og forskning til grund, når den kliniske kvalitet og patientsikkerheden skal følges, vurderes, udvikles og forbedres.
- At lægge erfaringer fra den kliniske praksis (f.eks. observationer og hypoteser) til grund, når den kliniske kvalitet og patientsikkerheden skal følges, vurderes, udvikles og forbedres.

Herunder med fokus på, at eventuelle tidlige tegn på udfordringer og behov for forbedring, der f.eks. observeres i den kliniske praksis, opfanges og handles på – uden at gå på kompromis med en nødvendig evidens og stærke dokumentationsgrundlag, når der skal træffes beslutninger. Herunder ikke mindst med en opmærksomhed på, hvornår hvilke signaler fra hhv. den kliniske praksis og de formelle monitoreringssystemer er stærke nok og af en karakter, der kalder på, at der skal handles på det i det samlede ledelsessystem, og hvornår hvilke signaler først og fremmest bør håndteres og give anledning til læring og udvikling tæt på den kliniske praksis.

Ovenstående betragtninger knytter sig formentligt ikke alene til det karkirurgiske område, endelige Region Midtjylland. Det er formentlig omstændigheder på tværs af specialer og geografi.

5 UNDERSØGELSE AF FORMELLE BEKYMRINGER REJST I PERIODEN OG HÅNDTERINGEN HERAF

I dette kapitel redegøres for den del af undersøgelsen, som knytter sig til styring, ledelse og proces, når der formelt er rejst bekymringer⁶ for den kliniske kvalitet og patientsikkerheden i perioden 2010-2022. Som nævnt indledningsvist har undersøgelsen fokus på at belyse, hvilken dokumentation og/eller data og begrundelser der er lagt vægt på i forbindelse med rejste bekymringer og håndteringen heraf. Undersøgelsen handler altså ikke om at belyse eller vurdere den kliniske kvalitet og patientsikkerheden. Det er på den baggrund, at kortlægningen af forløbet siden 2010 er foretaget, herunder identifikationen af relevante, formelle bekymringer.

I nærværende afsnit er undersøgelsens resultater opdelt i to hoveddele. Herunder en del, der samler op på resultaterne for perioden 2010-2018, og en anden del, der samler op på perioden 2018-2022. I forlængelse heraf belyses processen frem mod offentliggørelsen af "Houlinde-analysen" i hovedtræk. Herunder som udtryk for, at det også er væsentligt at være opmærksom på, at det samlede forløb om karkirurgi ikke alene kan knyttes til en enkelt henvendelse, men udgør summen af alle formelt og uformelt rejste bekymringer samt drøftelser og handlinger i perioden.

5.1 Formelt rejste bekymringer i perioden 2010-2018

Undersøgelsen viser, at den kliniske kvalitet og patientsikkerheden på det karkirurgiske område ikke er blevet oplevet som et problem, der har krævet en ekstraordinær opmærksomhed hos afdelingsledelserne, hospitalsledelserne, i direktionen eller politisk i perioden fra 2010-2018.

Der er til Pluss' kendskab ikke rejst formelle bekymringer om den kliniske kvalitet eller patientsikkerheden i perioden, der har krævet en ekstraordinær opmærksomhed hos hospitalsledelserne, i direktionen eller politisk i perioden.

Der er i perioden 2010-2018 blevet opfordret til audit et antal gange i Karbaserapporterne. Det er på hospitalerne og afdelingerne ikke blevet oplevet som et udtryk for problemer med den kliniske kvalitet eller patientsikkerheden, der har haft en sådan grad af alvorlighed, at den resterende ledelseslinje i regionen burde informeres. Herunder særligt med reference til, at niveauet på indikatorerne har levet op til de fastsatte standarder. Audits er først og fremmest håndteret på afdelingsniveau – i overensstemmelse med retningslinjerne herfor.

⁶ Formelle bekymringer inkluderer, men er ikke begrænset til: Skriftlige henvendelser og orienteringer; resultater og analyser i årsrapporter om den kliniske kvalitet og patientsikkerheden på det karkirurgiske område; høringsvar; indrapportering af UTH'er og evt. Kerneårsagsanalyser; resultater af audits mv.

5.2 Formelt rejste bekymringer i perioden 2018-2022

Der er i undersøgelsen identificeret otte formelt rejste bekymringer, som Pluss har fulgt særligt op på. Disse inkluderer syv henvendelser, som også var en del af regionens redegørelse fra maj 2022⁷, samt en yderligere henvendelse fra de karkirurgiske speciallæger på AUH. I de følgende afsnit gennemgås de enkelte henvendelser og håndteringen af disse.

5.2.1 Henvendelse fra Dansk Karkirurgisk Selskab d. 23. september 2018

Henvendelsens modtagere og indhold knyttet til klinisk kvalitet og patientsikkerhed

Dansk Karkirurgisk Selskab sender d. 23. september 2018 en henvendelse til koncerndirektionen med formuleringen "Til rette vedkommende". Henvendelsen sendes op til regionsrådets 2. behandling af Budget 2019 d. 26. september 2018. Henvendelsen sendes efter høringsfristens udløb.

Henvendelsen handler først og fremmest om bekymring for, hvad en funktions- og ledelsesmæssig omorganisering af karkirurgi, som følge af Budget 2019, kan få af konsekvenser for særligt den faglige ledelse og uddannelseskapacitet – og de afledte konsekvenser heraf for den faglige standard og rekruttering i fremtiden. På den baggrund opfordrer selskabet regionsrådet til at genoverveje spareplanen for karkirurgi.

I henvendelsen noteres det desuden, at: "den karkirurgiske aktivitet i Region Midtjylland er i forvejen lav sammenlignet med andre dele af landet, og en yderligere reduktion vil kunne forventes at øge antallet af apoplexier og amputationer".

Dokumentation i henvendelsen

Selskabet nævner raten af indgreb pr. 100.000 borgere i Region Midtjylland sammenlignet med landsgennemsnittet. Der refereres som dokumentation uspecificeret til Karbaserapport 2017. Pluss har i undersøgelsen ikke forholdt sig til robustheden eller gyldigheden af data i Karbaserapport 2017. Det væsentlige for denne undersøgelse er, at der henvises til dokumentation, hvorfor det i sagsbehandlingen af henvendelsen har været muligt at undersøge dokumentationsgrundlaget.

Håndtering af henvendelsen

Henvendelsen sendes ifølge Pluss' oplysninger kort efter modtagelse videre til Koncernøkonomi, som i samarbejde med Sundhedsplanlægning udarbejder et svar fra regionsrådsformanden.

Oplysningerne i henvendelsen med reference til Karbaserapport 2017 blev ikke yderligere undersøgt eller efterprøvet. Det er Pluss forståelse, at der til grundlag for håndteringen og udarbejdelsen af svaret til Dansk Karkirurgisk Selskab blev lagt vægt på følgende:

- Henvendelsen blev opfattet som et høringssvar til Budget 2019, der indkom for sent. Dette er væsentligt for at forstå den kontekst, som henvendelsen læses ind i og dermed for den måde, som den bliver håndteret på. Det var ikke opfattelsen, at henvendelsen var sendt med det formål at gøre opmærksom på aktuelle problemer med den kliniske kvalitet eller patientsikkerheden på det karkirurgiske område.
- Henvendelsens indhold blev sammenholdt med de øvrige høringssvar fra hoved-MED fra hospitalerne, lokal-MED på Hospitalsenhed Midt samt rådgivning fra Sundhedsstyrelsen til Budget 2019.

⁷ Region Midtjylland (maj, 2022): "Redegørelse for forløbet i forbindelse med igangsætning af ekstern analyse af karkirurgien i Region Midtjylland". https://www.rm.dk/api/NewESDHBLOCK/DownloadFile?agendaPath=%5C%5CRMAPPS0221.onerm.dk%5CCMS01-EXT%5CESDH%20Data%5CRM%20In-ternet%5Cdagsordener%5Chospitalsudvalget%202022%5C09-05-2022%5CAaben_dagsorden&appendixId=342744

Høringssvarene deler bekymringerne for selve organiseringen, men udtrykker ikke bekymring for kvaliteten eller amputationsniveauet i Region Midtjylland. Det blev her lagt til grund, at de øvrige høringssvar således ikke i væsentlig grad understøttede bekymringerne i henvendelsen fra Dansk Karkirurgisk Selskab.

Til Pluss' kendskab er regionsrådet ikke formelt orienteret om denne henvendelse.

Regionsrådsformanden sender d. 22. oktober 2018 et svar til Dansk Karkirurgisk Selskab. Her står: "Som I givetvis er bekendt med, indgik regionsrådet i Region Midtjylland den 26. september 2018 et budgetforlig. Besparelsen på det karkirurgiske område er omfattet af forliget. Regionsrådet tog således ikke imod jeres opfordring til at genoverveje forslaget, men vi har taget jeres bekymring for den faglige standard og udvikling til efterretning og er ved at undersøge muligheden for at styrke denne i samarbejde med Aarhus Universitet."

5.2.2 Henvendelse fra Dansk Karkirurgisk Selskab d. 21. februar 2019

Henvendelsens modtagere og indhold knyttet til klinisk kvalitet og patientsikkerhed

D. 21. februar 2019 sender Dansk Karkirurgisk Selskab en bekymring direkte til regionsrådsformanden, regionsdirektionen samt koncerndirektionen.

I henvendelsen udtrykker Dansk Karkirurgisk Selskab fortsat bekymring for den omorganisering af karkirurgien, som skal træde i kraft på baggrund af Budget 2019. Bekymringen går altså fortsat på organiseringen af karkirurgien og de konsekvenser, som organiseringen forventes at få for kvalitet og patientsikkerhed i fremtiden. Selskabet skriver, at man forventer, at organiseringen vil udfordre den høje faglige standard, fordi de to karkirurgiske afsnit ikke længere ledes af en karkirurg.

Derudover skriver selskabet, at man forventer, at omorganiseringen vil reducere antallet af uddannelsesstillinger og medføre rekrutteringsproblemer, ligesom man noterer, at den vil øge risikoen for, at patienterne mister liv eller skal amputeres grundet øget transporttid og et øget patientindtag på AUH som følge af, at der nedlægges et vagtlag i weekender og ferier på Regionshospitalet Viborg samtidigt med, at der ikke er tilført ekstra ressourcer til karkirurgien på AUH.

Dokumentation og begrundelser i henvendelsen

Bekymringerne i henvendelsen underbygges ikke med henvisning til konkret data og/eller dokumentation, der kan undersøges yderligere i sagsbehandlingen.

Håndtering af henvendelsen

Sundhedsplanlægning udarbejder et svar fra regionsrådsformanden. Som led i den proces indhentes bemærkninger fra både Sekretariat for Lægers Videreuddannelse – Nord, Aarhus Universitetshospital og Hospitalsenhed Midt. Begge hospitaler samarbejder om at udarbejde bemærkningerne. I Sundhedsplanlægning sammenfattes de indhentede bemærkninger i et notat.

I notatet står bl.a., at hospitalerne opfatter den nye organisering som fuldt fagligt forsvarlig og sikrende den nødvendige patientsikkerhed, at den ledelsesmæssige organisering ikke afviger væsentligt fra andre dele af landet, at afstandene i Danmark er så korte, at transporttiden ikke udfordrer de fordele, der er ved centralisering af behandling, og at AUH vil dedikere flere læge- og plejeressourcer som følge af de akutte patienter, som kan blive flyttet i weekender og ferier.

Det udarbejdede notat vedlægges sammen med henvendelsen fra Dansk Karkirurgisk Selskab som bilag til Hospitalsudvalgsrådet d. 11. marts 2019 og Regionsrådsmødet d. 27. marts 2019. I begge tilfælde under

punkterne "Forslag til ændret arbejdsdeling inden for karkirurgien". Dertil sender regionsrådsformanden d. 29. april 2019 et svar til Dansk Karkirurgisk Selskab. Svaret er forinden godkendt i direktionen.

5.2.3 Input fra Det Tværfaglige Specialeråd for Karkirurgi d. 3. juni 2019

Henvendelsens modtagere og indhold knyttet til klinisk kvalitet og patientsikkerhed

Det Tværfaglige Specialeråd for Karkirurgi i Region Midtjylland sender d. 3. juni 2019 input til udarbejdelse af en samlet Sundheds- og hospitalsplan for Region Midtjylland. Dette sendes til Sundhedsplanlægning på opfordring herfra. Denne opfordring har alle tværfaglige specialeråd fået.

Iblandt besvarelserne på de spørgsmål, som de tværfaglige specialeråd er blevet bedt om at besvare, udtrykker Det Tværfaglige Specialeråd for Karkirurgi bekymring for den på det tidspunkt to måneder gamle organisering for karkirurgien i Region Midtjylland, som var besluttet med Budget 2019.

Det Tværfaglige Specialeråd for Karkirurgi skriver i sit input til Sundheds- og hospitalsplanen, at omorganiseringen har afstedkommet "flere suboptimale behandlingsforløb", skabt utryghed hos patienterne og ført til tab af personale med konsekvenser for kvaliteten i behandlingen. Et enkelt sted beskrives et konkret og aktuelt forhold for amputationsniveauet i Region Midtjylland i sammenligning med andre regioner: "antallet af benamputationer pga. åreforkalkning ligger væsentlig højere i Region Midt end i for eksempel Region Syddanmark". Dette udgør en lille del af det samlede input.

Dokumentation og begrundelser i henvendelsen

Der er ikke vedlagt dokumentation i inputtet for, at "antallet af benamputationer pga. åreforkalkning ligger væsentlig højere i Region Midt end i for eksempel Region Syddanmark".

Der er i undersøgelsen – over for Pluss – blevet redegjort for, at udsagnet skulle bygge på data fra en ph.d., der også lå til grund for en *endnu ikke udgivet artikel*, som senere blev udgivet i *European Journal of Vascular and Endovascular Surgery* i 2019.⁸

Pluss har i undersøgelsen ikke forholdt sig til robustheden eller gyldigheden af denne artikel eller dennes datagrundlag. Det væsentlige for denne undersøgelse er, at dokumentation ikke er vedlagt, hvorfor det heller ikke i sagsbehandlingen af henvendelsen har været muligt at undersøge dokumentationsgrundlaget.

Håndtering af henvendelsen

Det Tværfaglige Specialeråd for Karkirurgi er – på linje med de øvrige specialeråd i regionen – blevet inviteret til at komme med input. Det er derfor, der fremsendes et input. Det er en væsentlig del af konteksten for denne henvendelse.

I håndteringen af specialerådets bekymringer, er det Pluss forståelse, at det spillede en stor rolle, at der var tale om et input til udarbejdelsen af en samlet Sundheds- og hospitalsplan for Region Midtjylland, hvor bekymringerne og beskrivelsen af niveauet for benamputationer udgør en meget lille del. Derudover er det i håndteringen tillagt betydning, at der ikke er dokumentation for udtrykket om det høje amputationsniveau, ligesom det er tillagt betydning, at et sådan forhold i givet fald burde rejses ad andre kanaler. Derfor er det tværfaglige specialeråds bemærkninger ikke blevet oplevet som et nødråb om noget, hvor der skulle skrides øjeblikkeligt ind.

⁸ Til Pluss' kendskab er der tale om følgende artikel: Londero, Hoegh, Houliind & Lindholt (2019). Major Amputation Rates in Patients with Peripheral Arterial Disease Aged 50 Years and Over in Denmark during the period 1997e2014 and their Relationship with Demographics, Risk Factors, and Vascular Services. *European Journal of Vascular and Endovascular Surgery*, vol. 58, pp. 729-737.

Sundhedsplanlægning sender d. 6. august høringsvaret videre til orientering til hospitalsledelserne på AUH og Hospitalsenhed Midt. Alle specialerådsinput blev gjort tilgængelige for regionsrådspolitikerne via systemet First Agenda, ligesom de blev sammenfattet i et bilag, vedlagt regionsrådets behandling af "Status på sundheds- og hospitalsplan" på regionsrådsmødet d. 21. august 2019. Her er alle tværfaglige specialerådsinput sammenfattet til den generelle konklusion, at der er pres på kapaciteten, både ressourcemæssigt og personalemæssigt. Dette betyder bl.a., at "det er vanskeligt at overholde udredningsret og behandlingsfrister samt at levere samme høje kvalitet i behandlingerne hver gang". Der står intet specifikt om karkirurgi.

I slutningen af september 2019 orienteres Regionsrådet skriftligt pr. mail om, at det tværfaglige specialerådsinput og tre andre henvendelser fra hhv. Dansk Karkirurgisk Selskab, Overlægeforsamlingen på Regionshospitalet Viborg og fhv. overlæge Jes Sandermann (se nedenfor) "på forskellig vis udtrykker bekymring for den nye organisering af karkirurgien", og at dokumentation er efterspurgt i det tilfælde, hvor der henvises til kendskab til "uhensigtsmæssige patientforløb eller til situationer, hvor patientsikkerheden har været i fare" med henblik på læring. Det sker som del af en mail, hvis overordnede formål er at orientere om dialogen med Sundhedsstyrelsen angående etablering af nødvendig karkirurgisk vagtdækning for fortsat at kunne varetage centrale karkirurgiske regionsfunktioner på Regionshospitalet Viborg.

5.2.4 Henvendelse fra Dansk Karkirurgisk Selskab d. 3. juli 2019

Henvendelsens modtagere og indhold knyttet til klinisk kvalitet og patientsikkerhed

D. 3. juli 2019 sender Dansk Karkirurgisk Selskab en bekymring direkte til hospitalsledelserne på AUH og Hospitalsenhed Midt, Sundhedsplanlægning og en sekretær i regionsdirektionen.

Dansk Karkirurgisk Selskab udtrykker bekymring for de konsekvenser, som den tre måneder gamle omorganisering af det karkirurgiske område i regionen har for kvaliteten af den karkirurgiske behandling og patienternes sikkerhed. Selskabet noterer, at der ikke er tilført ekstra ressourcer til AUH trods øget patientoptag fra Regionshospitalet Viborg, ligesom selskabet noterer, at man har kendskab til "flere sager med uheldig udgang for patienter".

Dokumentation og begrundelser i henvendelsen

Bekymringerne i henvendelsen underbygges ikke med henvisning til konkret data og/eller dokumentation, herunder dokumentation knyttet til 'sager med uheldig udgang for patienter', der kan undersøges yderligere i sagsbehandlingen.

Håndtering af henvendelsen

Både Sundhedsplanlægning og hospitalsledelserne er involveret i håndteringen af denne henvendelse. Hospitalsledelserne inddrager de respektive afdelingsledelser i et forsøg på at identificere uheldige patientforløb og udarbejder derefter et fælles svar til Dansk Karkirurgisk Selskab, som afsendes d. 8. juli 2019. I svaret efterspørges dokumentation på de patientforløb med uheldig udgang og uddybning af selskabets bekymring for faglighed og kvalitet, så man kan uddrage læring.

Sundhedsplanlægning påbegynder processen med at udarbejde et svar fra regionsrådsformanden og anmoder i den forbindelse hospitalsledelserne om bemærkninger. I den forbindelse bliver Sundhedsplanlægning bekendt med hospitalsledelsernes anmodning om dokumentation på patientforløb. Derfor besluttet, at regionsrådsformandens svar skal afvente dette.

Hospitalsledelsen på Hospitalsenhed Midt orienterer regionsdirektionen på et dialogmøde med hospitalsledelsen fra Hospitalsenhed Midt d. 2. september 2019 om denne henvendelse og henvendelsen fra Overlægeforsamlingen i Viborg (se nedenfor) og begge henvendelsers bekymring "for det organisatoriske set-up, herunder patientsikkerheden og arbejdsmiljø". Direktionen orienteres desuden om, at der som svar er

anmodet om dokumentation på "de hændelsesforløb, der kan have haft en øget risiko for at bringe patientsikkerheden i fare" med henblik på læring og ledelsesmæssige justeringer. Direktionen orienteres også om, at Hospitalsenhed Midt selv har gennemgået 15 patientsager og har fundet "et par eksempler på uhensigtsmæssige patientforløb", hvilket i de to tilfælde dog "ikke har haft betydning for den konkrete behandling."

Til Pluss' kendskab sender Dansk Karkirurgisk Selskab ikke yderligere oplysninger eller dokumentation. Det er Pluss' forståelse, at dette er grunden til, at regionsrådsformanden d. 28. november 2019 svarer selskabet, at der derfor ikke kan svares konkret på bekymringen.

I slutningen af september 2019 orienteres regionsrådet skriftligt pr. mail om, at det tværfaglige specialeråd for karkirurgis input og tre andre henvendelser fra hhv. Det Tværfaglige Specialeråd for Karkirurgi, Overlægeforsamlingen på Regionshospitalet Viborg og fhv. overlæge Jes Sandermann "på forskellig vis udtrykker bekymring for den nye organisering af karkirurgien", og at dokumentation er efterspurgt i det tilfælde, hvor der henvises til kendskab til "uhensigtsmæssige patientforløb eller til situationer, hvor patientsikkerheden har været i fare" med henblik på læring. Det sker som del af en mail, hvis overordnede formål er at orientere om dialogen med Sundhedsstyrelsen angående etablering af nødvendig karkirurgisk vagtdækning for fortsat at kunne varetage centrale karkirurgiske regionsfunktioner på Regionshospitalet Viborg.

5.2.5 Henvendelse fra Overlægeforsamlingen på Regionshospitalet Viborg d. 14. juli 2019

Henvendelsens modtagere og indhold knyttet til klinisk kvalitet og patientsikkerhed

Overlægeforsamlingen på Regionshospitalet Viborg sender d. 14. juli 2019 en bekymringshenvendelse til hospitalsledelsen på Hospitalsenhed Midt i kølvandet på vedtagelsen og den første tids implementering af Budget 2019, herunder særligt omstruktureringer på det karkirurgiske område.

I henvendelsen beskriver overlægeforsamlingen, at omstruktureringerne betyder, at et andet lægefagligt speciale (kirurgi) i nogle tidsrum varetager behandling og vurdering af karkirurgiske patienter og akutte, karkirurgiske problemstillinger. I henvendelsen opfordrer overlægeforsamlingen hospitalsledelsen på Hospitalsenhed Midt til at opretholde et karkirurgisk vagttag og "forebygge strukturel betinget kompetencemangel i vagttiden til potentiel skade for patienterne" samt "[...] "sikre det lægefaglige arbejdsmiljø. Ingen bryder sig om, at skulle håndtere alvorlige akutte situationer uden at have den nødvendige faglige ballast".

Dokumentation og begrundelser i henvendelsen

Bekymringerne i henvendelsen underbygges ikke med henvisning til konkret data og/eller dokumentation.

Håndtering af henvendelsen

Hospitalsledelsen på Hospitalsenhed Midt svarer i slutningen af juli overlægeforsamlingen og efterlyser yderligere oplysninger og dokumentation for de problemstillinger, som henvendelsen beskriver, herunder dokumentation for patientforløb/situationer, der har haft uheldig udfald/forløb, så der kan gennemføres audits på de situationer/patientforløb for at drage læring og rette op ledelsesmæssigt. Dertil udtrykkes der i besvarelsen forståelse for henvendelsen: "at skulle håndtere alvorlige akutte situationer uden at have den nødvendige faglige kompetence uden mulighed for at få kvalificerede supervision eller uden mulighed for at kunne videre visitere til relevant speciale, er naturligvis ikke acceptabelt".

Til Pluss' kendskab vendte overlægeforsamlingen ikke tilbage til hospitalsledelsen med den efterspurgte dokumentation. Hospitalsledelsen har dog – i forbindelse med håndteringen af henvendelsen og en henvendelse fra Dansk Karkirurgisk Selskab (se ovenfor) – været i dialog med afdelingsledelsen, der i forlængelse heraf gennemfører en audit af 15 patientforløb og finder, at der ikke kan identificeres patientforløb med alvorlige udfald.

I starten af august orienteres Sundhedsplanlægning mundtligt om henvendelsen. På et dialogmøde med hospitalsledelsen på Hospitalsenhed Midt d. 2. september 2019 orienteres regionsdirektionen om denne henvendelse og henvendelsen fra Dansk Karkirurgisk Selskab (se ovenfor) og begge henvendelsers bekymring "for det organisatoriske set-up, herunder patientsikkerheden og arbejdsmiljø". Direktionen orienteres desuden om, at der som svar er anmodet om dokumentation på "de hændelsesforløb, der kan have haft en øget risiko for at bringe patientsikkerheden i fare" med henblik på læring og ledelsesmæssige justeringer. Direktionen orienteres også om, at Hospitalsenhed Midt selv har gennemgået 15 patientsager og har fundet "et par eksempler på uhensigtsmæssige patientforløb", hvilket i de to tilfælde dog "ikke har haft betydning for den konkrete behandling."

I slutningen af september orienteres Regionsrådet skriftligt om, at denne henvendelse og tre andre henvendelser fra Det Tværfaglige Specialeråd for Karkirurgi, Dansk Karkirurgisk Selskab og fhv. overlæge Jes Sandermann "på forskellig vis udtrykker bekymring for den nye organisering af karkirurgien", og at dokumentation er efterspurgt i det tilfælde, hvor der henvises til kendskab til "uhensigtsmæssige patientforløb eller til situationer, hvor patientsikkerheden har været i fare" med henblik på læring. Det sker som del af en mail, hvis overordnede formål er at orientere om dialogen med Sundhedsstyrelsen angående etablering af nødvendig karkirurgisk vagtdækning for fortsat at kunne varetage centrale karkirurgiske regionsfunktioner på Regionshospitalet Viborg.

5.2.6 Henvendelse fra Jes Sandermann d. 28. juli 2019

Henvendelsens modtagere og indhold knyttet til klinisk kvalitet og patientsikkerhed

Jes Sandermann, forhenværende ledende overlæge på karkirurgisk afdeling og på dette tidspunkt overlæge i karkirurgi, Regionshospitalet Viborg, sender d. 28. juli 2019 en bekymringshenvendelse til sin afdelingsledelse, hospitalsledelsen på Hospitalsenhed Midt, concernledelsen, formanden for regionens hospitalsudvalg, embedschefen for Styrelsen for Patientsikkerhed samt direktøren for Sundhedsstyrelsen.

I henvendelsen adresseres omorganiseringen af karkirurgi som følge af Budget 2019, herunder nedlæggelsen af karkirurgisk vagtdækning på Regionshospitalet Viborg i weekender, ferier og på helligdage. I henvendelsen står der, at det allerede har medført uhensigtsmæssige patientforløb, at patientsikkerheden er i fare, at medarbejderne er frustrerede, og at der i fremtiden vil være problemer med at rekruttere karkirurger.

Dokumentation og begrundelser i henvendelsen

Bekymringerne i henvendelsen underbygges ikke med henvisning til konkret data og/eller dokumentation. Der refereres dog til, at to overlæger har forladt afdelingen.

Håndtering af henvendelsen

Hospitalsledelsen på Hospitalsenhed Midt kvitterer dagen efter for henvendelsen og henviser til, at man har efterspurgt dokumentation hos Dansk Karkirurgisk Selskab og Overlægeforsamlingen med henblik på læring og ledelsesmæssig handling.

I samme tidsrum er hospitalsledelsen, som nævnt, i dialog med afdelingsledelsen – i forbindelse med håndteringen af henvendelsen fra overlægeforsamlingen i Viborg og en henvendelse fra Dansk Karkirurgisk Selskab (se ovenfor) – der i forlængelse heraf gennemfører en audit af 15 patientforløb og finder, at der ikke kan identificeres patientforløb med alvorlige udfald.

Til Pluss' kendskab gøres Sundhedsplanlægning først opmærksom på henvendelsen midt i august på grund af sommerferien, hvor de anmodes om at udarbejde et svar fra regionsrådsformanden. I udarbejdelsen af svaret lægges vægt på de input, som var givet af hospitalerne i forbindelse med udarbejdelse af svar og

opfølgningen på henvendelserne fra Dansk Karkirurgisk Selskab og overlægeforsamlingen i Viborg, som var sendt i de forudgående måneder.

Dette afspejles også i det svar, som regionsrådsformanden sender til Jes Sandermann d. 23. september 2019. Her henvises til, at hospitalerne har "gjort deres bedste for at sikre, at den nye arbejdsdeling er fagligt forsvarlig og sikrer den nødvendige patientsikkerhed og faglige ekspertise i behandlingen", og at hospitalsledelsen ved Hospitalsenhed Midt har anmodet om dokumentation "for de patientforløb eller kliniske situationer, der haft en mulig uheldig udgang eller bragt patientsikkerheden i fare, så hospitalet kan gennemføre en audit og drage læring samt justere de arbejdsgange, som måtte være uhensigtsmæssige".

Derudover skriver regionsrådsformanden, at administrationen er i dialog med Sundhedsstyrelsen om vagtdækning, og at der derfor i forbindelse med Budget 2020 indgår forhandlinger om midler til vagtdækning i weekenderne. Det er Pluss forståelse, at processen med Sundhedsstyrelsen har været et centralt bagtæppe for håndteringen af de bekymringerne om organiseringen, som er rejst over for hospitalsledelsen på Hospitalsenhed Midt i sommeren 2019, herunder også etablering af og beslutning om en ny og fagligt forsvarlig organisering.

I slutningen af september orienteres regionsrådet skriftligt om, at denne henvendelse – og tre andre henvendelser fra hhv. Det Tværfaglige Specialeråd for Karkirurgi, Dansk Karkirurgisk Selskab og Overlægeforsamlingen på Regionshospitalet Viborg – "på forskellig vis udtrykker bekymring for den nye organisering af karkirurgien", og at dokumentation er efterspurgt i det tilfælde, hvor der henvises til kendskab til "uhensigtsmæssige patientforløb eller til situationer, hvor patientsikkerheden har været i fare" med henblik på læring. Det sker som del af en mail, hvis overordnede formål er at orientere om dialogen med Sundhedsstyrelsen angående etablering af nødvendig karkirurgisk vagtdækning for fortsat at kunne varetage centrale karkirurgiske regionsfunktioner på Regionshospitalet Viborg.

5.2.7 Henvendelse fra Jes Sandermann d. 2. oktober 2019

Henvendelsens modtagere og indhold knyttet til klinisk kvalitet og patientsikkerhed

D. 2. oktober 2019 sender Jes Sandermann en henvendelse direkte til regionsrådsformanden, formuleret som svar på formandens svar på ovennævnte. I henvendelsen skrives det bl.a., "[...] at modellen i sig selv betyder, at den karkirurgiske patientsikkerhed i Viborg fra fredag eftermiddag til mandag morgen er yderst tilsidesat. Mange "overgange" er ligeledes skidt for patientsikkerheden. En liste over uhensigtsmæssige patientforløb kan ikke være nødvendig for en beslutningsændring".

Dokumentation og begrundelser i henvendelsen

Bekymringerne i henvendelsen underbygges ikke med henvisning til konkret data og/eller dokumentation.

Håndtering af henvendelsen

Sundhedsplanlægning anmodes om at udarbejde et svar fra regionsrådsformanden på henvendelsen. Her lægges svar på tidligere henvendelser til grund i udarbejdelsen af svar, ligesom der også indhentes yderligere bemærkninger fra hospitalsledelsen på Hospitalsenhed Midt. Til Pluss' kendskab udarbejdes disse bemærkninger i dialog mellem hospitalsledelsen og afdelingsledelsen.

Regionsrådsformanden svarer d. 5. november 2019 bl.a., at driften på Regionshospitalet Viborg er tilrettelagt med henblik på at sikre fagligt forsvarlig vagtdækning, men at Sundhedsstyrelsen stiller krav til vagtdækning, hvis regionsfunktioner skal beholdes. Det nævnes desuden, at Sundhedsstyrelsen dog ikke har stillet krav til indførelse af vagtstruktur med øjeblikkelig virkning, men anmodet om en plan herfor, hvorfor Region Midtjylland har anmodet om midlertidig dispensation frem mod 1. januar 2020.

En orientering om henvendelsen fremgår af et udkast til talenoter til koncerndirektøren til et møde i hospitalsudvalget d. 7. oktober 2019. Pluss kan ikke på baggrund af data i denne undersøgelse med sikkerhed sige, om disse talenoter er blevet anvendt til hospitalsudvalgsmødet.

5.2.8 Henvendelse fra karkirurgerne på AUH d. 21. april 2021

Henvendelsens modtagere og indhold knyttet til klinisk kvalitet og patientsikkerhed

D. 21. april 2021 sender de karkirurgiske læger på AUH en bekymringskrivelse til koncerndirektøren for Sundhed.

I henvendelsen står bl.a., at ” [...] med udgangspunkt i påsken, set med karkirurgiske øjne i Region Midtjylland, ser vi os nødsaget til at sende en bekymringsmail. Der ses fortsat et tydeligt mønster med meget dårlige patientforløb for de karkirurgiske patienter”.

Der refereres til, at koncerndirektøren i en mail 3 måneder forinden fastslog en retning for karkirurgien i Region Midtjylland, herunder med funktionsledelse af karkirurgisk afsnit på AUH og fuld varetagelse af vagt- og dagsfunktioner på Regionshospitalet Viborg med indtag af akutte patienter i weekender, helligdage og ferier. I henvendelsen noteres det, at ”vi må desværre konstatere, at der på ingen måde er udsigt til gennemførelse af de to organisatoriske ændringer”.

Endelig noteres det bl.a., at ”en tre ugers periode i sommerferien med lignende problematik, vil afstedkomme uoverskuelige konsekvenser for karkirurgiske patienter og medarbejdere på AUH” og endvidere at ”Vi ser det desuden som en absolut umulighed at gennemføre opretholdelse af forsvarlig karkirurgisk behandling med udsigt til nuværende frem til 9/8-2021”.

Dokumentation og begrundelser i henvendelsen

Bekymringen begrundes med konkrete eksempler på, hvad nedlukningen af karkirurgisk afdeling på Regionshospitalet Viborg ifølge karkirurgerne på AUH har haft af konsekvenser for patienterne i påskeugen og ugen op til. Der nævnes: 22 aflysninger i ambulatoriet; 100 % overbelægning med patienter overnattende i ambulatoriet; udskydelse af flere patienters behandling til efter påske, hvilket i henvendelsen beskrives som ”en behandling under standard målt på landsgennemsnit eller jf. Sundhedsstyrelsens anbefalinger”.

Håndtering af henvendelsen

Henvendelsen drøftes på et telefonmøde mellem koncerndirektøren og afsenderen af henvendelsen, ligesom henvendelsen drøftes på et møde mellem bl.a. koncerndirektøren, repræsentanter fra hospitalsledelserne for AUH og Hospitalsenhed Midt samt Sundhedsplanlægning få dage efter modtagelsen af bekymringen. Mødet var på forhånd kalendersat til at give status på de organisatoriske initiativer, som koncerndirektøren varslede i begyndelsen af 2021. De følgende måneder arbejdede afdelingsledelser, hospitalsledelser og stabsfunktioner og direktion på i fællesskab at finde en løsning på sommerferieproblematikken. Herunder med hensyntagen til bl.a. økonomi, ferieplanlægning og varslingskrav.

D. 3. juli 2021 sender koncerndirektøren en mail til karkirurgerne på begge hospitaler. Her orienteres om udfaldet af ovennævnte proces (AUH skal varetage regionens akutte patienter i sommerferieperioden), at konstitueringen af karkirurgisk funktionsleder på AUH trækker ud som følge af organisationsændringer på andre afdelinger, samt at processen om faglig udvikling af karkirurgien i regionen er udskudt på grund af arbejdet med at løse ”akutte udfordringer”. Der orienteres i mailen desuden om, at direktionen og hospitalsledelserne har vurderet, at der er behov for en større, grundlæggende og uvildig analyse af det karkirurgiske område i Region Midtjylland med henblik på at udvikle området. Processen skal sættes i gang til efteråret 2021.

I august 2021 orienteres først Hospitalsudvalget og derefter forretningsudvalget om analysen. I sagsfremstillingen fremgår det, at analysen skal styrke den faglige udvikling og samarbejdet på tværs af hensyn til både patienter og rekruttering til karkirurgien. Analysen skal omfatte kvaliteten af den karkirurgiske behandling, patientforløb, ressourceforbrug – både økonomisk og personalemæssigt – samt struktur, organisering og ledelse. I januar 2022 orienteres forretningsudvalget om, at der er udarbejdet et kommissorium for undersøgelsen, som er vedlagt dagsordensmaterialet.

5.3 Processen frem til offentliggørelsen af ”Houlinde-analysen”

Undersøgelsen af den samlede proces op til og efter vedtagelsen af Budget 2019 viser, at det har været vanskeligt at finde frem til, nå til enighed om og effektuere en hensigtsmæssig, organisatorisk løsning inden for rammerne af Budget 2019 og i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens specialevejledning, der grundlæggende tog hånd om de organisatoriske samt kapacitets- og kompetencemæssige bekymringer, som er formelt og uformelt rejst i perioden 2018-2021. Det er Pluss’ vurdering, at det har været tilstræbt af afdelingsledelserne, hospitalsledelserne, regionsadministrationen, direktionen og den politiske ledelse at få de rejste forhold belyst bedst muligt med det data- og vidensgrundlag, det har været muligt at etablere, og at handle på baggrund af dette.

I processen har det kliniske personale også været involveret, herunder i forbindelse med inputtet til den samlede Sundheds- og hospitalsplan, hvor det tværfaglige specialeråd for karkirurgi foreslår at etablere én fælles afdeling på to matrikler. Dette forslag har der i vinteren og sommeren 2020 været en længere proces i gang om, hvor repræsentanter fra Sundhedsplanlægning, Det Tværfaglige Specialeråd for Karkirurgi, afdelingsledelserne for de karkirurgiske afsnit på begge hospitaler, de lægefaglige direktører og koncerndirektøren for Sundhed har været involveret. Processen blev undervejs forsinket af forsamlingsrestriktioner i forbindelse med Covid-19.

Blandt det kliniske personale har en oplevet langsomhed i processen med at etablere en hensigtsmæssig løsning affødt frustration og bekymring for deres arbejdsplads og muligheden for at kunne levere behandling af høj kvalitet og bidrage til gode patientforløb. Dette er der – til Pluss’ kendskab – givet både uformelt og formelt udtryk for i perioden.

I forlængelse af den løbende håndtering af formelt og uformelt rejste bekymringer samt arbejdet med at finde en organisatorisk løsning, igangsættes ”Houlinde-analysen”, jf. kommissoriet, for at få en indstilling omkring den fremadrettede organisering af karkirurgien med henblik på at udvikle området til gavn for patienterne. Herunder fremgår det af kommissoriet også, at analysen skulle omfatte:

- Kvaliteten af den karkirurgiske behandling i Region Midtjylland
- Patientforløb
- En kapacitets- og ressourcemæssig sammenligning af sammenlignelige karkirurgiske afdelinger/funktioner i Jylland omfattende økonomi, personale og andre relevante faktorer
- Struktur, organisering og ledelse.

Desuden fremgår det af kommissoriet, at ”robusthed, rekruttering og kvalitet vil således stå centralt i analysen.” Der nedsættes en følgegruppe bestående af koncerndirektøren for Sundhed, hospitalernes lægefaglige direktører, de ledende overlæger, de ledende oversygeplejersker, repræsentanter for de karkirurgiske speciallæger samt repræsentanter fra Sundhedsplanlægning.

I begyndelsen af februar blev de foreløbige konklusioner i analysen præsenteret for følgegruppen. D. 28. april 2022 offentliggøres den endelige rapport og sendes samtidig til regionsrådet.

”Houind-analysens” metode- og datagrundlag blev ikke inden offentliggørelse udsat for en epidemiologisk vurdering og kvalitetssikring før politisk orientering og offentliggørelse. F.eks. blev Koncern Kvalitet ikke inddraget i analyse- eller kvalitetssikringsprocessen – på trods af kommissoriets fokus på kvalitet og patientsikkerhed og de statistiske analyser, som centrale dele af analysens konklusioner endte med at hvile på.



OM PLUSS

Siden 2001 har vi bistået virksomheder, organisationer og samfundsinstitutioner i at udvikle og realisere deres potentialer. Det sker via udvikling af governance, strategi, ledelse og organisation, samt ved at skabe overblik, beslutningsgrundlag og læring gennem strategiske analyser og evalueringer. I vores adfærd og tænkning styres vi af tre værdier: Værdiskabelse, fairness og troværdighed. Konsulenterne arbejder over hele landet ud fra vores kontorer i Aarhus og København.

Pluss.