

## Regionsrådet



### 2. status for Kvalitetsstrategien på sundhedsområdet

Kvalitetsstrategien på sundhedsområdet i Region Midtjylland udgør den overordnede ramme for kvalitetsarbejdet og tager afsæt i Region Midtjyllands Sundhedsplan<sup>1</sup>. Kvalitetsstrategien er gældende i perioden 2010-2013, og målet for strategien er overordnet:

- sundhedsydelser af høj sikkerhed og af høj faglig, patientoplevelt og organisatorisk kvalitet
- et samarbejdende og sammenhængende sundhedsvæsen med patienten som partner

Status på strategien giver et overordnet billede af kvalitetsarbejdet i regionen og er således ikke en udtømmende beskrivelse af alle de konkret igangsatte eller planlagte initiativer på hospitalerne, i administrationen eller på praksisområdet.

Kvalitetsstrategien består af fire strategispor, som skal konkretiseres og nedbrydes under initiativpligt og ansvar af de relevante ledelser, således at egne opgaver og bidrag fremstår tydeligt og dermed også giver mening for frontpersonalet.

Strategiarbejdet understøttes på flere ledelsesniveauer. Lederforum for Kvalitet (LfK), der er det samlende og besluttende forum for kvalitetsorganisationen i Region Midtjylland, har bl.a. til opgave at sikre drøftelse af tværgående strategier og problemstillinger.

'Samarbejdsgruppen mellem drift og stab på kvalitetsområdet' er en tværgående gruppe med deltagelse fra stabene (kontorchefer) og driftsorganisationen (kvalitetschefer). Den har bl.a. til opgave at støtte og formidle driftsorganisationens operationalisering og implementering af initiativer til udmøntning af de fire strategispor, og er derfor også central i strategiarbejdet.

---

<sup>1</sup> Region Midtjyllands sundhedsplan er tilgængelig på Region Midtjyllands hjemmeside: <http://www.rm.dk/sundhed/fremtidens+sundhedsv%c3%a6sen/sundhedsplanen>

Den nuværende Kvalitetsstrategi udløber ved udgangen af 2013. Der er en ny Sundhedsplan for Region Midtjylland under udarbejdelse, som forventes vedtaget af regionsrådet til oktober 2013. Kvalitetsudvikling vil være en højt prioriteret del af den kommende Sundhedsplan, og der vil med afsæt i denne blive udarbejdet en Strategi- og handleplan for kvalitet.

De fire strategispor for Kvalitetsstrategien på sundhedsområdet er:

#### **I. Akkreditering gennem arbejdet med Den Danske Kvalitetsmodel**

1. Arbejdet med Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM) vil medvirke til at skabe orden og overblik i eget hus og medvirke til at skabe rammerne og grundlaget for kvalitetsudviklingsarbejdet.
2. Der vil med DDKM være fokus på patientsikkerhed.
3. Der vil være et fokus på de sygdomsspecifikke standarder, som der allerede arbejdes med i vid udstrækning gennem NIP-arbejdet.

#### **II. Implementering af det sammenhængende, dataunderstøttede patientforløb i samarbejdet mellem praksisområdet, hospital og kommune.**

I implementeringsprocessen vil vi arbejde med:

1. The Human Factor: hvorfor gør vi, som vi plejer – og ikke, som vi bør
2. Den praktiserende læge som tovholder: aktivering, tydeliggørelse og optimering af denne funktion
3. Implementering af strategien for sundheds-IT: blandt andet IT-støttet kommunikation mellem kommuner, praksisområdet og hospital

#### **III. Patienten som partner**

Under dette strategispor vil vi arbejde med:

1. Patient- og pårørende inddragelse, hvor fokus blandt andet vil være på at tage patienterne med ind i arbejdet med sikre overgange mellem sundhedsaktørerne samt i arbejdet med at opnå den bedst mulige tilrettelæggelse af eget behandlingsforløb, herunder fokus på logistik og arbejdsgange.
2. Implementering af nye indsatser med afsæt i bl.a. "Patientens møde med sundhedsvæsenet - *De mellem menneskelige relationer, anbefalinger for kommunikation, medinddragelse og kontinuitet*"
3. Understøttende IT vil også være en væsentlig parameter mht. større patientindflydelse og –inddragelse ved f.eks. booking, bedre og opdaterede patientoplysninger samt bedre information til patienter.

#### **IV. Opfølgning, resultatopgørelse og rapportering**

1. Vi vil have fokus på dataunderstøttet monitorering af den faglige, patientoplevede og organisatoriske kvalitet – på både populations-, organisatorisk og individniveau.
2. Vi vil udarbejde en generel monitoreringsmodel for patientforløb på tværs med udgangspunkt i de eksisterende forløbsprogrammer, herunder det kommunale aspekt.

3. Vi vil arbejde med Triple Aim<sup>2</sup>, hvor vi vil have særligt fokus på monitorering af befolkningens sundhedstilstand.
4. Vi vil arbejde for effektiv ressourceudnyttelse og herigennem anskueliggøre, hvordan og på hvilke områder høj kvalitet kan være omkostningseffektiv.

## Udviklingsspor I

### ***Akkreditering gennem arbejdet med Den Danske Kvalitetsmodel***

#### **1. Arbejdet med Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM) vil medvirke til at skabe orden og overblik i eget hus og medvirke til at skabe rammerne og grundlaget for kvalitetsudviklingsarbejdet.**

Alle regionens hospitaler blev akkrediteret i 2011 efter Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM). De klarede sig alle meget flot, og blev akkrediteret uden bemærkninger. Optakten til den første akkreditering var en lang proces med stigende intensitet. Allerede i 2008 begyndte hospitalerne i Region Midtjylland at forberede arbejdet med at leve op til kravene i DDKM. Kvalitetsudviklingsarbejdet er en kontinuerlig proces, så akkrediteringsarbejdet er fortsat en stor opgave, der involverer mange medarbejdere og ledere.

Som resultaterne af den første akkreditering viser, er Region Midtjylland godt med i forhold til at leve op til kravene i akkreditering. Akkreditering danner rammen om meget af kvalitetsarbejdet på hospitalerne. Det er til glæde og gavn for både patienter og medarbejdere.

I maj 2012 modtog regionerne 2. version af DDKM, og der har i 2012 (og 2013) foregået et stort implementeringsarbejde ift. de nye standarder, hvor bl.a. mange kliniske retningslinjer er blevet (og fortsat bliver) revideret. Akkreditering drøftes løbende i 'Samarbejdsgruppen mellem drift og stab', der består af kvalitetscheferne fra hospitalerne og kontorchefer fra administrationen. Den næste akkreditering finder sted i 2014, og der vil frem mod næste akkreditering være fokus på at få indarbejdet nye akkrediteringskrav i MidtEPJ, så arbejdsgange og kvalitetsmålinger understøttes og integreres bedst muligt i det daglige arbejde.

En af de væsentlige forskelle på 1. og 2. version af DDKM er, at der i 2. version er krav om, at hospitalerne skal have *gennemført* tiltag for at forbedre kvaliteten, hvor der, forenklet sagt, i 1. version "kun" var krav om, at der var udarbejdet handleplaner med henblik på at forbedre kvaliteten.

DDKM skal på sigt omfatte alle offentligt finansierede sundhedsydelser. Private hospitaler, klinikker og andre behandlingssteder vil derfor også være med i det omfang, de udfører ydelser for det offentlige. Region Midtjylland følger op på kvaliteten hos de private aktører i et fællesregionalt projekt; "Regionernes Kvalitetsorganisation". Sekretariatsfunktionen for projektet varetages af Kvalitets og Sundhedsdata. Projektets formål er at øge og systematisere

---

<sup>2</sup> Triple Aim er en metode – introduceret af Institute for Healthcare Improvement i 2007 - der har til formål at optimere sundhedsvæsenet ved at balancere mellem tre overordnede, gensidigt afhængige dimensioner: Borgernes oplevelse af sundhedsvæsenet, befolkningens sundhedstilstand og omkostningerne pr. indbygger.

indsatsen med hensyn til opfølgningen på de stillede krav til de private sygehuse og klinikker, som har en aftale ved Danske Regioner under det udvidede frie sygehusvalg.

## **2. Der vil med DDKM være fokus på patientsikkerhed.**

I kvalitetsstrategien fra 2010 var det forventet, at den nye proces med akkreditering ville øge fokus på patientsikkerhed. Det var utvivlsomt også tilfældet, for så vidt som akkrediteringen stillede krav om fokuseret monitorering af i alt 16 afgrænsede kvalitetsstandarder. At alle regionens hospitaler blev akkrediteret kan tolkes som, at de levede op til disse krav.

2. version af DDKM har ændret syn på patientsikkerhedsopgaven. Nu er det ikke længere eksplicit, at man skal overvåge visse afgrænsede områder, man skal selv tilrettelægge sin monitoreringsstrategi. Der er udpeget otte patientsikkerhedskritiske standarder, der skal være opfyldt, for at hospitaler kan blive akkrediteret. Fokus på patientsikkerheden er således skærpet snarere end svækket i relation til akkrediteringen.

Patientsikkerhed og kvalitet er to sider af samme sag, dog har patientsikkerhedsarbejdet sit eget kapitel i sundhedsloven. Antallet af rapporterede utilsigtede hændelser til databasen DPSD stiger uændret med 30 – 60 % om året, hvilket skal ses som tegn på stigende fokus på patientsikkerhedsarbejdet. Først i 2012 kan man for hospitalernes vedkommende se antydning af en stagnation i stigningen.

I september 2011 fik patienter og pårørende adgang til at rapportere utilsigtede hændelser. Antallet af rapporter fra disse vigtige kilder ligger lavt. I 2012 – det første hele år, hvor patienter og pårørende kunne rapportere -, har disse i Region Midtjylland udgjort hhv. 1 og 0,7 % af det samlede antal rapporter. Det er intentionen, at Region Midtjyllands kommende sundhedsplan med dens fokus på "patienten bestemmer" vil bidrage til at øge omfanget af rapporter fra dem, det hele drejer sig om, og som er med gennem hele patientforløbet. Disse rapporter vil givetvis kaste et fornyet lys over kvalitet og patientsikkerhed.

Involvering af patienter og pårørende er en vigtig faktor i patientsikkerhed. Derfor har administrationen indgået aftale med Dansk Selskab for Patientsikkerhed om at levere et udkast til undervisningsmateriale for patienter og pårørende for at sætte dem bedre i stand til at involvere sig i egen sikkerhed. Materialet er under implementering i løbet af 2013.

I forbindelse med implementeringen af den fællesregionale kvalitetsindsats med tre pakker fra Patientsikkert Sygehus, har hospitalerne leveret en omfattende indsats med at implementere, oprette netværk og løse konkrete opgaver som nye regionale retningslinjer med tilhørende SFI'er, data for baseline mv. I løbet af 2. kvartal 2013 påregnes dette projekt at være i driftsfase, og det videre samarbejde lægges ind i det eksisterende brede samarbejde med hospitalernes risikomanagere.

Det danske hændelses rapporterings system er temmelig unikt på verdensplan, men er ikke uden udfordringer. Internationale strømninger går i retning af mere proaktive indsatser, så man ikke udelukkende forlader sig på de fejl, der faktisk har fundet sted, men i stigende grad benytter metoder, der kan skabe mere fejlsikre arbejdsprocesser. Region Midtjylland benytter det veletablerede samarbejde med Region Nordjylland på uddannelsesområdet til at sætte dette nye koncept "Fra sikkerhed I til sikkerhed II" på dagsordenen ved det årlige opfølgingskursus i maj 2013.

### **3. Der vil være et fokus på de sygdomsspecifikke standarder, som der allerede arbejdes med i vid udstrækning gennem NIP-arbejdet.**

Siden Kvalitetsstrategien på sundhedsområdet blev skrevet, er der udarbejdet en ny kvalitetsmodel (2. version af DDKM). De tre sygdomsspecifikke standarder i 2. version af DDKM omhandler ikke navngivne enkelte sygdomme som i den 1. version af DDKM. Der opereres i stedet med rammerne for, hvorledes hospitalerne tilrettelægger behandlingen af konkrete patientgrupper.

Fra maj 2013 er der desuden krav om, at hospitalernes dialog med surveyoerne under survey (vurderingen af om hospitalerne lever op til kravene i akkrediteringsstandarderne) bl.a. tager udgangspunkt i en oversigt over samtlige databaser der er mindst tre år gamle, og hvor hospitalet ikke opfylder standarderne. Oversigten kan potentielt omfatte 18 databaser. Dette nye tiltag kaldes årsrapportmodellen da oversigten vil bestå af data fra databasernes seneste årsrapporter.

Det tidligere NIP (Nationale Indikatorprojekt) er erstattet af det nationale "Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram" (RKKP). RKKP indebærer, at arbejdet med de kliniske kvalitetsdatabaser er ændret, så de fremover *alle* drives efter samme (stratificerings)koncept<sup>3</sup>, hvor der er klare krav om rapportering mv. RKKP skal sikre, at potentialet for kvalitetsudvikling, baseret på fagligt ledede kliniske kvalitetsdatabaser udnyttes optimalt.

RKKP omfatter ca. 60 landsdækkende kliniske kvalitetsdatabaser. Region Midtjyllands ledelsesinformationssystem InfoRM viser resultaterne for en række af databaserne, og vil på sigt vise resultater for dem alle, i takt med at RKKP kan levere dem.

Seks af de kliniske kvalitetsdatabaser er udpeget som særlige indsatsområder, idet de indgår i Region Midtjyllands budget 2013-16, hvor der er sat bindende kvalitetsmål for dem. Områderne der indgår i budgettet er apopleksi, akut mave-tarm kirurgi, fødsler, skizofreni og lungecancer (for en nærmere beskrivelse af kvalitetsmål i budgettet, se afsnittet vedrørende udviklingsspor IV punkt 4).

Regionsrådet får forelagt status hvert kvartal samt årligt for ovennævnte særlige indsatsområder. I særlige tilfælde kan resultater fra de øvrige kvalitetsdatabaser, eksempelvis opfølgning på regional audit, også blive forelagt regionsrådet.

Lederforum for Kvalitet beslutter, hvilke områder det er relevant at afholde regional audit for, dog afholdes det altid for de særlige indsatsområder. Alt i alt afholdes der regional audit for ca. 15 kvalitetsdatabaser årligt, og hospitalerne holder herudover lokale audits i varierende grad.

Der er udarbejdet en drejebog for arbejdet med opfølgning på de landsdækkende kliniske kvalitetsdatabaser i Region Midtjylland. Drejebogen er fælles for administrationen og hospitalerne.

---

<sup>3</sup> For nærmere beskrivelse af stratificeringskonceptet, se RKKPs hjemmeside:

<http://www.rkkp.dk/stratificeringskoncept>.

Koncerndirektøren og den administrative ledelse afholder dialogmøder 3 gange årligt med de enkelte hospitalsledelser. De særlige indsatsområder er fast på dagsordenen til dialogmøderne. Der er også mulighed for at tage særlige problemer på andre databaseområder op i forskellige ledelsesfora, som eksempelvis kvalitetschefkredsen. Slutteligt kan det være relevant at inddrage andre aktører som eksempelvis kommuner, almen praksis og privathospitaler i relevant omfang.

## **Udviklingsspor II**

### ***Implementering af det sammenhængende, dataunderstøttede patientforløb i samarbejdet mellem praksisområdet, hospital og kommune.***

#### **1. The Human Factor: hvorfor gør vi, som vi plejer – og ikke, som vi bør.**

Hospitalerne har igangsat en række omstillinger fra stationær til ambulans aktivitet. Omstillingerne kræver, at der gøres op med 'plejer' til gavn for patienterne. På hospitalerne er der mange eksempler på, at der gøres op med plejer. Her nævnes blot et lille udpluk.

Hospitalsenheden Horsens indgår fortsat i projektet 'Patientsikkert Sygehus', hvor der sættes fokus på, hvordan evidens kan implementeres. Dvs. hvordan det sikres, at det vi ved vi bør gøre rent faktisk også bliver gjort i en travl hverdag og i den kontekst, som gælder i den pågældende afdeling.

Diagnostisk Center, Hospitalsenhed Midt arbejder løbende med f.eks. oprettelse af atrieflimmerklinik og klinik for multisyge. Udgangspunktet er, at specialisterne arbejder sammen på tværs på en måde så patienterne er omdrejningspunktet og ikke de lægefaglige specialer.

Regionshospitalet Randers oprettede i 2012 en Mammaklinik, der ligeledes samler forskellige funktioner mhp. at skabe bedre patientforløb. Regionshospitalet Randers arbejder sammen med fire kommuner og praktiserende læger om projektet "Hvordan kan vi undgå forebyggelige indlæggelser". Heri indgår bl.a. TOBS- Tidlig Opsporing af Begyndende Sygdom.

Hospitalsenheden Vest har i samarbejde med Herning og Holstebro kommuner etableret projektet "Slip sundheden fri". I projektet er projektejerskab og økonomi delt mellem kommunerne og hospitalet. Gennem projektet skal det undersøges, hvordan man ville agere i en række udvalgte patientforløb, hvis lægepraksis, kommune og hospital var en og samme organisation med en og samme pengekasse. Fokus i projektet er at skabe mere sundhed for pengene samtidig med, at der sikres bedre borger/patient oplevelser gennem effektiv udnyttelse af ressourcerne. Projektet sættes officielt i gang 1. marts 2013.

#### **2. Den praktiserende læge som tovholder: aktivering, tydeliggørelse og optimering af denne funktion.**

Region Midtjylland har medio 2012 afsluttet arbejdet med implementering af kronikerforløbsprogrammerne KOL (kronisk obstruktiv lungesygdom), diabetes og AKS (akut koronar syndrom) i almen praksis via Kronikerkompasset. Fokus har været at styrke almen

praksis' rolle som tovholder i kronikerforløb via en systematisk organisering af arbejdet.

Projektet har arbejdet med:

- dataunderstøttet kvalitetsudvikling med populationsoverblik
- værktøjer til stratificering og en proaktiv tilgang i patientbehandlingen
- forebyggelse og egenomsorg
- styrket rationel farmakoterapi
- den sårbare og socialt udsatte patient

Ca. 75 % af de praktiserende læger i regionen har deltaget i projektet sammen med deres praksispersonale. Der har endvidere været udbudt faglige og organisatoriske kurser til praksispersonalet. Som afslutning på Kronikerkompasset er der afholdt tværsektorielle stormøder i klyngerne, hvor praksis, hospital og kommuner drøfter fælles udfordringer. Der er foretaget en opsamling af dialogen og ideer til forbedringer i samarbejdet. Dette materiale er tilgået de respektive klynger til det videre tværgående samarbejde.

I samarbejde med Hospitalsenheden Vest er der taget initiativ til et udviklingsprojekt om kvalitet i epikriser og henvisninger, hvis mål bl.a. er at gøre epikriserne mere målrettede, så de gør almen praksis bedre i stand til at varetage rollen som tovholder. Endvidere er kvalitet i henvisningerne afgørende for at sikre et strømlinet og sammenhængende patientforløb. Resultaterne skal udbredes til de øvrige hospitaler med henblik på at gennemføre systematiske regionale audits i forhold til udarbejdede standarder på området (MedCom standarder).

Der er i 2012 afviklet efteruddannelse af almen praksis i tidlig opsporing af cancer som led i implementeringen af Kræftplan III. Efteruddannelsens effekt i praksisadfærd vil blive evalueret i en ph.d.

Fra medio 2012 og frem til medio 2013 er der iværksat et udviklingstiltag med projekt klinisk farmaci i almen praksis, hvor fokus er, at praksis får redskaber til at foretage systematisk medicingennemgang af kroniske patienter og patienter med polyfarmaci (brug af mange lægemidler på samme tid). En systematisk tilgang til medicinafstemning og medicingennemgang er vigtige redskaber i forbindelse med implementeringen af Fælles Medicinkort (FMK). Kvalitet i medicinordinationer er afgørende for patientsikkerhed og i forhold til forebyggelige indlæggelser/genindlæggelser.

### **3. Implementering af strategien for sundheds-IT: blandt andet IT-støttet kommunikation mellem kommuner, praksisområdet og hospital.**

Opfølgning og kvalitetssikring af den elektroniske kommunikation, der foregår mellem sundhedsvæsenets parter i Region Midtjylland, er en vigtig faktor i forbindelse med patienters oplevelse af et sammenhængende patientforløb mellem sundhedsaktører. I Region Midtjylland har kommuner, alment praktiserende læger og hospitaler udarbejdet en fælles strategi for det videre arbejde med elektronisk kommunikation. Strategien hedder "Plan for elektronisk kommunikation mellem praksis, kommuner og regionshospitaler" og er et bilag til Sundhedsaftalen. I forlængelse af denne strategi har administrationen udarbejdet en handleplan vedrørende kvalitetssikring og monitorering af den elektroniske MedCom-baserede kommunikation mellem almen praksis, kommuner og hospitaler i Region Midtjylland.

Kvalitetssikringen og monitorering skal være med til at sikre, korrekt og rettidigt kommunikation. Data skal følge patientens forløb på tværs af afdelinger og sektorgrænser under hele forløbsindsatsen. Handleplanen adresserer følgende problemområder;

- De kommunikerende parter indstilling og handlemåde
- At SOR<sup>4</sup> er korrekt og rettidigt opdateret
- At It-systemer automatisk holder sig ajourført med oplysningerne i SOR
- At It-systemerne opsættes til tidstro/ synkron modtagelse og afsendelse af elektroniske meddelelser
- MedCom certificering inden drift
- Den organisatoriske implementering, herunder den nødvendige ledelsesbevågenhed

Der er som resultat af handleplanen blandt andet etableret et permanent administrativt MedCom Forum i Region Midtjylland med henblik på at øge udbredelse og kvalitet af elektronisk kommunikation mellem parterne i sundhedsvæsenet, samt skabe større ensartethed i anvendelsen af elektronisk kommunikation på tværs i Region Midtjylland.

Statistik for den elektroniske kommunikation for perioden januar 2011 – december 2012, hvor der er arbejdet med handleplanen, viser at modtagne negative kvitteringer (fejladresserede prøvesvar) er faldet med 81 % og afsendte negative kvitteringer er faldet med 58 %. Udviklingen af negative kvitteringer følges løbende, og gennem dialog med de involverede parter er målet, at antallet reduceres yderligere.

### Udviklingsspor III

#### *Patienten som partner*

- 1. Patient- og pårørende inddragelse, hvor fokus blandt andet vil være på at tage patienterne med ind i arbejdet med sikre overgange mellem sundhedsaktørerne samt i arbejdet med at opnå den bedst mulige tilrettelæggelse af eget behandlingsforløb, herunder fokus på logistik og arbejdsgange.**
- 2. Implementering af nye indsatser med afsæt i bl.a. "Patientens møde med sundhedsvæsenet - De mellemmenneskelige relationer, anbefalinger for kommunikation, medinddragelse og kontinuitet"**

#### *Fælles status for punkt 1 og 2:*

Der har været og er fortsat meget fokus på at styrke patienter og pårørende som aktive medspillere i sundhedsvæsenet. Der er igangsat mange konkrete initiativer lokalt, og derudover er en ny sundhedsplan under udarbejdelse, hvor "patienten bestemmer" er ét af tre centrale spor. Her nævnes blot en lille del af tiltagene, og mængden af det beskrevne afspejler ikke fordelingen af tiltag på de enkelte hospitaler da der foregår meget på alle hospitalerne i regionen.

I Psykiatri og Social tester man om iPads kan bruges i behandlingen af unge patienter med skizofreni og ældre med depression. Der er specialudviklet en applikation (app) til iPad'en, der indeholder en videofunktion samt en række arbejds-skemaer, der skal hjælpe patienterne med

---

<sup>4</sup> Sundhedsvæsenets Organisationsregister.



at få mere styr på hverdagen og styrke dem i rollen som patienter. Projektet var oprindeligt tænkt som en mulighed for at minimere patienter og behandleres transporttid, men det viste sig, at der var mange sidegevinster. Patienterne har været motiverede til at bruge app'en, og der har været en øget patientinvolvering så patienterne er blevet mere selvhjulpne. Nogle patienter har oplevet, at det var lettere at tale om sværere ting over video, og videokontakten har også givet mulighed for kortere kontakter.

På Hospitalsenheden Vest er der via Kvalitetsrådet nedsat en gruppe med inddragelse af patientforeninger, der skal prioritere initiativer for hele hospitalet så der sikres høj grad af inddragelse.

Hospitalsenheden Horsens har igangsat projektet "Fra patient til borger – og fremtidens sygepleje", hvor der arbejdes med at inddrage borgere i udviklingsprocesser og tage afsæt i deres egen kapacitet i de kliniske processer og behandlingsforløb. Borgere/patienter/pårørende er f.eks. inviteret til dialogaftener og besøgt udvalgte steder i deres hverdag (biblioteker, borgerservice, storcenter mv.) med henblik på at afdække, hvordan de forstår det gode liv, og hvordan det kan tænkes sammen med sundhedsydelse. Derudover er følgende eksempler på prøvehandling af kliniske processer:

- Akutlounge: Borgere får valget mellem at ligge i en seng eller sidde i en hvilestol. I forsøget valgte alle stolen frem for sengen. Samtidig får borgeren selv ansvar for at tage temperatur mm forud for samtalen med lægen.
- Patienten går til OP: Elektive patienter beholder deres tøj på og venter i et ventelokale på at blive kaldt frem. Herefter klæder de om og går selv til operationsstuen.
- Forsøg med digital kost-/vædskeregistrering som starter hos patienten - og som udover at kunne reducere tidsforbruget med 80% øger kvaliteten af behandlingen og styrker en korrekt registrering.
- Træning i nudging som metode til at stimulere inddragende adfærd hos både patienter og personale. Se mere her: <http://frapatienttilborger.wordpress.com/tag/nudging/>

Erfaringerne efter 1 års indsat viser bl.a., at borgerne gerne vil være medspillere i deres egne behandlingsforløb, og at modstanden mod patientinddragelse stammer fra faglig vanetænkning.

Hospitalsenhed Midt har etableret et Klyngebrugerråd for hospitalsenheden og midtklyngen. Klyngebrugerrådet er et rådgivende organ for generelle forhold, og er sammensat af repræsentanter fra kommuner, hospital, patientrepræsentant og en ældrerådsformand fra hver kommune. Derudover har hospitalsenheden arbejdet med et nyt virksomheds- og ledelsesgrundlag, hvor et af tre strategispor omfatter patientinddragelse med følgende specificeringer: Sammenhængende og optimale patientforløb, patient empowerment og det integrerende sundhedsvæsen. Der er nedsat en arbejdsgruppe for at kvalificere punkterne og beskrive, hvad der konkret skal indgå under overskrifterne. Slutteligt har de afprøvet at have patienter med i udarbejdelsen af retningslinjer, og konceptet "I patientens fodspor" er indført. Konceptet går ud på, at chefsygeplejersken flere gange om året følger flere patienters konkrete gang gennem hospitalet.

På Regionshospitalet Randers er der i Ergo- og fysioterapien startet et projekt hvor patienten bruger sin smartphone til at filme egne øvelsessekvenser, svarende til ca. 1 minut med de vigtigste øvelser. Patienten kan derefter hjemme se egne øvelser og fortsætte træningen, og

hos enkelte har man gentaget videooptagelse for at synliggøre effekten af øvelserne. Man er ved at udarbejde skemaer til evaluering af projektet.

I Dialysen arrangeres udlandsture med patienter, evt. med pårørende samt plejepersonale. En del af finansieringen foregår ved sociale arrangementer i samarbejde med patienter/pårørende.

På klinikgangen har der været arrangeret møde for patienter (og pårørende) opereret i næse-skillevæg og patienter med trakealkanyle. Patienter og pårørende blev i begge tilfælde inviteret i afdelingen til at mødes med andre med samme lidelse og med personalet på afdelingen med henblik på drage nytte af hinandens erfaringer, og personalet kunne bruge input til at forbedre forløbet i klinikgangen. I tilfældet med patienter med trakealkanyle lærte personalet nye og brugbare teknikker ved skift af kanylen.

Medicinsk afdeling afholder borgermøder rundt omkring i Randers kommune fx jobcenter, borgerservice og lignende. Borgerne spørges ind til deres oplevelser under indlæggelse.

Aarhus Universitetshospital (AUH) har hovedsageligt udviklet tiltag under overskriften "Patienten som opgavevaretager af sundhedsydelse i forhold til sig selv". Udgangspunktet er, at patienter ikke har samme ressourcer til egenomsorg, så den praktiske tilrettelæggelse af patientforløb vil være afhængig af egenomsorgsevne.

I forbindelse med inventering<sup>5</sup> foretaget i alle kliniske afdelinger på AUH i løbet af efteråret 2011 og hele 2012 er der afdækket en række konkrete muligheder for øget patient- og pårørende involvering. Der arbejdes videre med dette i form af vane-ændring eller projekter i de enkelte afdelinger. Inventeringen viste også tydeligt, at der blandt personaler i de enkelte afdelinger ikke er fælles holdning til, i hvor høj grad patienter og pårørende bør involveres i eget patientforløb. I inventeringen er fundet, at der er behov for systematisk at styrke patient og pårørende i anvendelse af egne ressourcer og kompetencer med henblik på indflydelse/inddragelse og autonomi. Der er foregået en påvirkning af medarbejdere i retning af understøttelse af patient og pårørende indsats i opgavevaretagelsen. Der er fundet behov for at arbejde videre med systematisk at afdække patient og pårørende kapacitet, ressourcer og barrierer samt identificere væsentlige determinanter for denne afdækning.

Desuden er det blevet diskuteret, hvorledes arbejdsgange kan tilrettelægges, så patienter og pårørende i højest muligt omfang kan være co-producere til egen udredning, behandling, pleje og rehabilitering. Dette har ført til flere ændrede arbejdsgange med højere grad af patientinvolvering i pleje og behandling i eget hjem. Flere afdelinger har indført større kontinuitet i patientbehandlingen, hvor ambulante patienter gennemgående ser samme personale. Der er i nogle afdelinger til udvalgte patientgrupper indført ambu-flex, web-booking, direkte adgang til visse radiologiske undersøgelser, mulighed for at booke egen tid til udvalgte røntgenundersøgelser samt retningslinjer for patienters mulighed for kommunikation med hospitalet.

---

<sup>5</sup> Inventering er et øjebliksbillede af belægningsituationen på givne afdelinger via gennemgang af alle patienter på de pågældende afdelinger. Ud fra det billede, der tegner sig vurderes det groft sagt om rette patient er på rette sted på rette tidspunkt. Det er en måde at forbedre ressourcenyttelsen på tværs af hospitalet samt øge den faglige og patientoplevede kvalitet.

Der er nedsat en Klinisk etisk komite. Desuden har der været afholdt et brugermøder for de forskellige trossamfund i Aarhus.

### **3. Understøttende IT vil også være en væsentlig parameter mht. større patientindflydelse og –inddragelse ved f.eks. booking, bedre og opdaterede patientoplysninger samt bedre information til patienter.**

It-mæssigt bliver kvalitetsstrategien fulgt op af konsolidering af de kliniske systemer. Det betyder, at man samler flere it-systemer til ét system. Det giver bredere adgang til patientens data og sikrer at de er til rådighed når de skal bruges. Det største resultat på dette område er, at alle hospitaler i Region Midtjylland nu bruger MidtEPJ, så patientjournalen er til rådighed overalt, på tværs af faggrupper og geografi. Det har dog af tekniske grunde vist sig at være kompliceret at trække data ud til kvalitetsprojekter fra MidtEPJ, f.eks. til projektet om Patientsikkert Sygehus, men det er nu omsider løst.

Patienten har adgang til egne journaldata via Sundhed.dk/e-journal. Det er vigtigt for inddragelse af patienten i egen behandling (patient empowerment), men kan også være et bidrag til kvalitetssikring af data.

I disse år udvikles der nye løsninger, som supplement til eJournal, som inddrager patienten mere aktivt. *Webbooking* giver patienten mulighed for at ændre tid for ambulante undersøgelser, så det passer bedre f.eks. med arbejde. Der arbejdes med løsninger til *hjemmemonitorering* for patienter med sygdomme, som tidligere krævede kontrolbesøg på hospitalet. Det er mere bekvemt for patienten, men betyder også bedre data, f.eks. ved måling af blodtryk. Disse løsninger udvikles i de kommende år, så en række patientgrupper kan bidrage direkte med informationer til journalen. Dermed bliver patienten en aktiv part i behandlingsforløbet.

Som konkrete eksempler fra hospitalerne kan det nævnes, at der på Hospitalsenhed Midt er indført online booking flere steder. Regionshospitalet Randers bl.a. har fokus på, at familier til syge børn kan forberede sig inden et forløb starter, og dermed få større udbytte af mødet. Der sendes pjecer hjem til familien inden det første møde på hospitalet. Det giver familien ro til at forberede sig inden mødet og dermed afstemme forventningen og få større udbytte af samtalen.

## **Udviklingsspor IV**

### ***Opfølgning, resultatopgørelse og rapportering***

#### **1. Vi vil have fokus på dataunderstøttet monitorering af den faglige, patientoplevede og organisatoriske kvalitet – på både populations-, organisatorisk og individniveau.**

Monitorering af den faglige, patientoplevede og organisatoriske kvalitet foregår primært ved brug af det fælles ledelsesinformationssystem InfoRM. På kvalitetsområdet er der resultater for udvalgte kliniske kvalitetsdatabaser, den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser (LUP), kontaktpersonordningen, servicemål samt kræft- og hjertepakkerne. Der vil fortløbende integreres yderligere kvalitetsdata i InfoRM.

### *Tvang i psykiatrien*

Psykiatrien i Region Midtjylland deltager på både nationalt og interregionalt niveau i projekter, hvor fokus er på at reducere brugen af forskellige typer af tvangsforanstaltninger. Med henblik på både regionalt og lokalt at kunne følge udviklingen i brugen af tvang, er det naturligvis vigtigt, at afdelingerne har nem adgang til deres data. I den forbindelse arbejdes der på, at data vedrørende brugen af tvang i psykiatrien vises i det regionale ledelsesinformationssystem InfoRM. De data, som forventes vist, vedrører hyppigheden af brugen af forskellige typer af frihedsberøvelse (tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse), tvangsbehandling (bl.a. medicinering), fiksering og fysisk magtanvendelse (bl.a. bæltefiksering) samt beskyttelsesforanstaltninger (bl.a. personlig alarm/pejlesystemer). Herudover vil også varigheden af nogle tvangsforanstaltninger, herunder varigheden af bæltefiksering, være tilgængelig. Det bliver derfor muligt over tid at følge udviklingen i hyppigheden af brugen af tvang samt udviklingen i omfanget af disse tvangsforanstaltninger. Det forventes, at visningen er etableret i foråret 2013, og at psykiatrien dermed kan anvende de viste data til at følge op på effekten af implementerede tiltag.

### **Monitorering af den faglige kvalitet**

I Region Midtjylland monitoreres den faglige kvalitet bl.a. via de landsdækkende støttede kliniske kvalitetsdatabaser. Der findes ca. 60 landsdækkende støttede kliniske kvalitetsdatabaser (læs mere om disse i afsnittet om udviklingsspor I punkt 3).

### **Monitorering af den patientoplevede kvalitet**

Den patientoplevede kvalitet monitoreres gennem Den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser (LUP), som foretages én gang årligt for både det somatiske og psykiatriske område. På det somatiske område foretages der udover den 'generelle' LUP undersøgelser af kræftpatienters- og fødende kvinders oplevelser på hospitalerne. Resultaterne af undersøgelserne er blevet analyseret, og hospitalerne har hver især iværksat en række tiltag for at forbedre resultaterne. Administrationen har endvidere bedt hospitalerne være særlig opmærksomme på spørgsmålene om personalets håndtering af fejl samt livsstilens betydning for deres helbred. Resultaterne drøftes derudover til direktionens dialogmøder med hospitalerne og Regionsrådet orienteres om resultaterne og hospitalernes handleplaner for at forbedre resultaterne.

### **Den organisatoriske kvalitet**

Der arbejdes med udvikling af den organisatoriske kvalitet på hospitalerne. Flere hospitaler har ansat datamanagere med henblik på at understøtte det datadrevne kvalitetsarbejde. De vil i løbet af det kommende år sætte mere fokus på, at afdelinger/centre får brugt alle data, som produceres, til en fremdrift i kvalitetsarbejdet.

### *Servicemål*

Der er i Region Midtjylland fastlagt servicemål for somatik, psykiatri og social, det præhospitale område, akutområdet samt lægevagten. Servicemålene skal sikre ens høj service, rettidig behandling og sammenhæng i forløbet, samtidig med at de tilpasses nuværende forhold, lovgivning og regionale fokusområder. Den seneste revision af

servicemålene blev vedtaget af regionsrådet den 24. august 2011, og de skal revideres igen i 2013.

Servicemålene tager udgangspunkt i en række lovpligtige og nationale krav samt i et ønske om et effektivt og serviceorienteret sundhedsvæsen. Servicemålene indeholder eksempelvis mål for ventetider til indkaldelse, undersøgelse og behandling.

Nogle af servicemålene monitoreres via InfoRM, og der følges op på opfyldelsen af servicemålene ved dialogmøder med de enkelte hospitalsledelser, der finder sted tre gange om året.

#### *Pakkeforløb på kræft- og hjerteområdet*

For at sikre at patienterne tilbydes behandling inden for den fastsatte tid i de nationale kræft- og hjertepakker er der i Region Midtjylland etableret en monitorering i InfoRM. Monitoreringen leverer datagrundlaget for, at der på både fagligt og ledelsesmæssigt niveau kan foregå en effektiv opfølgning på manglende målopfyldelse på forløbstiderne. Derigennem muliggøres også identifikation af eventuelle flaskehalse i patientforløbene med mulighed for efterfølgende kvalitetsforbedringer. Registreringskvalitet og opfølgning på forløbstider følges til dialogmøder med hospitalerne og i de regionale styregrupper på kræft- og hjerteområdet. Der indsamles handleplaner fra hospitalerne på de områder, hvor forløbstiderne ikke overholdes. Regionsrådet orienteres to gange årligt om resultaterne fra monitoreringen og handleplanerne.

Pr 1. juli 2012 blev der fra nationalt hold indført nye registreringer til kræftpakkerne med den hensigt at muliggøre en bredere og mere præcis monitorering af forløbstiderne. I efteråret 2012 har hospitalerne omlagt registreringspraksis for alle kræftpakkerne, og der er derfor ikke komplette data for 2. halvår 2012. De første resultater fra den nye monitorering leveres i foråret 2013.

Pr. 1. april 2013 indføres tilsvarende nye registreringer til hjertepakkerne med implementeringsfrist pr. 1. juli 2013. Den nye monitorering forventes at være på plads i InfoRM efter sommerperioden 2013.

#### *Dataunderstøttet monitorering af apopleksiforløb og fødsler*

I forbindelse med øget fokus på et behandlingsområde eller som følge af fx organisatoriske omlægninger eller andre forandringer, der kan have betydning for kvaliteten af bestemte patientforløb, igangsætter Region Midtjylland løbende monitorering af kvaliteten.

Formålet er at sikre, at alle patienter og borgere får den optimale behandling, og at der ikke sker utilsigtede kvalitetsbrist, herunder at samarbejdet mellem de forskellige aktører i patientforløbene fungerer tilfredsstillende efter eventuelle forandringer er igangsat.

For at sikre den bedst mulige monitorering nedsættes tværregionale og tværfaglige arbejdsgrupper, som vurderer hvilke data, der skal indgå i den konkrete kvalitetsmonitorering. Resultater fra en kvalitetsmonitorering afrapporteres løbende til de ansvarlige styre- eller implementeringsgrupper for forandringerne.

Aktuelt monitoreres omlægningen af apopleksiforløb og der udsendes kvartalsvise rapporter. Der foregår ligeledes et forberedende arbejde omkring opstart af en forløbsmonitorering af svangreomsorgen i Region Midtjylland.

På apopleksiområdet anvendes data fra hhv. Apopleksiregistret vedr. indikatoropfyldelse, Dansk Patientsikkerhedsdatabase vedr. utilsigtede hændelser, kommunernes SEI register vedr. genoptræning samt data fra InfoRM vedr. genindlæggelser. Desuden arbejdes der med PRO data (Patient Reported Outcome) i form af spørgeskemaer, der udsendes til apopleksipatienter 3, 6 og 12 måneder efter indlæggelsen.

På fødselsområdet forventes det blandt andet at inddrage data fra sundhedsplejerskens journal, diagnose- og ydelsesregistrering fra almen praksis, utilsigtede hændelser (UTH'er), journalgennemgang af epikriser (udskrivelsesbreve) samt data fra InfoRM vedr. genindlæggelser. Desuden arbejdes der hen imod at etablere en PRO monitorering af svangreforløbet.

#### *Det regionale SFI arbejde*

Der er gjort et stort arbejde med at kvalitetsudvikle og regionalisere meget af det kliniske indhold (SFI, Sundheds Fagligt Indhold), der findes i de forskellige dokumentationsredskaber og bruges i regionens elektroniske patientjournal (MidtEPJ). Det er et vigtigt redskab til, at klinikerne kan anvende samme måde at dokumentere på og dermed let kan finde og anvende oplysningerne igen.

På en del områder er der regionale eller nationale faglige retningslinjer, der skal følges, hvilket bedst understøttes med regionale SFI'er. Samtidig gør regionale SFI'er det nemmere at skifte arbejdssted, da man ikke skal lære nye arbejdsgange med nye lokale SFI'er. Der er således også en kvalitetsunderstøttende og patientsikkerhedsmæssig effekt ved at have regionale SFI'er. På den anden side kan der fortsat være behov for lokale SFI'er, hvor der er et specifikt behov for et lokalt arbejdsgangunderstøttende redskab.

## **2. Vi vil udarbejde en generel monitoreringsmodel for patientforløb på tværs med udgangspunkt i de eksisterende forløbsprogrammer, herunder det kommunale aspekt.**

På baggrund af anbefalinger i forløbsprogrammerne udpegede "Monitoreringsgruppen vedr. forløbsprogramspecifikke indikatorer" i løbet af efteråret 2011 indikatorer til systematisk monitorering af Type 2 diabetes, kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL) og hjertekarsygdom (AKS). Gruppen bestod af repræsentanter fra hver af de tre forløbsprogramgrupper samt fra hver af de tre sektorer. Indikatorerne blev godkendt på møde i Sundhedsstyregruppens Kontaktudvalg primo 2012.

Data til monitorering opfanges af det eksisterende datafangstsystem fra projekt "Kronikerdata". Identificering af populationen foregår via algoritme og udtræk fra eksisterende registre. Der er udarbejdet overordnede datadefinitioner og identificeret datakilder. Pilottesten påbegyndes i andet kvartal 2013. Som forberedelse til denne er der fortaget en kortlægning af indsatser vedrørende de procesindikatorer, der er identificeret for kommunal rehabilitering i de tre forløbsprogrammer med henblik på at få viden om, hvordan indsatser knyttet til de identificerede indikatorer dokumenteres i den kommunale praksis, og i hvilket omfang de eksisterer i kommunerne.

Der foregår et tæt tværregionalt samarbejde med henblik på faglig sparring, videndeling og koordinering af arbejdet med evaluering og monitorering af kronikerindsatsen. Der er udviklet et fælles sæt minimumsindikatorer for KOL og Type 2 diabetes på tværs af regionerne. Planlægning af processen for monitorering af forløbsprogrammet for lænde-rygsmerter er påbegyndt primo 2013.

### **3. Vi vil arbejde med Triple Aim<sup>6</sup>, hvor vi vil have særligt fokus på monitorering af befolkningens sundhedstilstand.**

Region Midtjylland har i samarbejde med regionens kommuner og almen praksis påbegyndt en indsats/projekt og læringsproces ud fra metoden *Triple Aim*.

Triple Aim - tilgangen har bl.a. til formål at lave kvalitetsarbejde for en population ud fra en række måleparametre; 1) Sundhedstilstand 2) Kvalitet i behandling/patientoplevelset tilfredshed og 3) omkostninger pr. indbygger.

Arbejdet med Triple Aim-tilgangen foregår på flere niveauer, hvor alle tre aktører er involveret. Formålet er hermed at tilgangen forankres både i ledelserne og administrationen.

Læringsprocessen har udspring i den amerikanske organisation *Institute for Healthcare Improvement*, hvor deltagerne i projekterne – igen på flere niveauer – primært virtuelt modtager undervisning og sparring i metoden.

Målet er, at Regionen og dets samarbejdspartnere systematisk bl.a. lærer at lave opfølgning og kvalitetsarbejde ved brugen af Triple Aim. Konkret ønskes bl.a. at metoden bliver et naturligt redskab i det tværsektorielle samarbejde.

Projektets overordnede målsætning er at reducere antallet af forebyggelige indlæggelser og genindlæggelser. I projektet indgår tre delprojekter, som alle er indsatser, der allerede eksisterer i regionen. De tre indsatser (opfølgende hjemmebesøg, akutteam Viborg og geriatrisk team) skal sammen med andre indsatser i regionen bidrage til den overordnede målsætning.

#### *Opfølgende hjemmebesøg*

Opfølgende hjemmebesøg er en indsats der ydes overfor ældre borgere (78+) i Vestjylland. Efter indlæggelse screenes et antal patienter til at modtage 1-3 opfølgende hjemmebesøg foretaget af den praktiserende læge og/eller den kommunale hjemmesygeplejerske. Ud fra Triple Aim metoden måles der bl.a. i dette projekt på:

- Patientoplevelset tilfredshed via et kvalitativt studie
- Omkostninger pr. indbygger ved belysning af udgifter for alle sektorer

Dataindsamlingen for dette projekt er netop begyndt og tendenserne viser foreløbigt, at de opfølgende hjemmebesøg har en positiv indvirkning på antallet af forebyggelige indlæggelser og genindlæggelser.

---

<sup>6</sup> Triple Aim er en metode – introduceret af Institute for Health Improvement i 2007 - der har til formål at optimere sundhedsvæsenet ved at balancere mellem tre overordnede, gensidigt afhængige dimensioner: Borgernes oplevelse af sundhedsvæsenet, befolkningens sundhedstilstand og omkostningerne pr. indbygger.

### *Akutteam Viborg*

Akutteam Viborg er et kommunalt tilbud i Viborg Kommune. Formålet med akutteamet er at forebygge indlæggelse ved at varetage behandling, pleje og observation af borgere med akut opstået sygdom, som efter lægehenvielse kan behandles i kommunalt regi. Teamet har et tæt samarbejde med hospitalet og de praktiserende læger.

Den kommunale sundhedsindsats er centreret om opbygning af et øget sygeplejefagligt beredskab i kommunen med ansættelse af sygeplejersker med et særligt højt fagligt kompetenceniveau. Teamet skaber et alternativ til indlæggelser, som hurtigt kan etableres, enten i borgerens eget hjem eller på en akut plads.

Målgruppen i dette projekt er patienter med urinvejsinfektioner samt patienter der får foretaget kateterskift.

Ud fra Triple Aim metodes måles der i dette projekt bl.a. på:

- Kvalitet i behandlingen ved bl.a. at se på indlæggelsestid og genindlæggelsesfrekvens
- Omkostninger pr. indbygger

### *Geriatrisk Team – Aarhus Universitetshospital*

Det geriatriske team på Aarhus Universitetshospital har bl.a. til formål og opgave at følge patienterne hjem efter indlæggelse og sikre, at den rette behandling og pleje sker efter indlæggelsen. Dette sker i samarbejde med almen praksis og kommunen.

Indsatsen har eksisteret i en årrække, men med dette projekt forsøges med en udvidet åbningstid for det mobile team, med henblik på, at dette yderligere kan reducere antallet af forebyggelige indlæggelser/genindlæggelser.

Målgruppen er patienter over 75 år, som har en række diagnoser.

Ud fra Triple Aim metoden måles der i dette projekt bl.a. på:

- Patientoplevelset tilfredshed – der før projektets start var 95 %
- Kvalitet i behandlingen ved bl.a. at se på antallet af genindlæggelser og sengedage
- Omkostninger per capita ved at belyse omkostninger for alle sektorer

Dataindsamlingen viser bl.a. foreløbigt at antallet af sengedage reduceres og at der ingen ændring er i antallet af genindlæggelser.

## **4. Vi vil arbejde for effektiv ressourceudnyttelse og herigennem anskueliggøre, hvordan og på hvilke områder høj kvalitet kan være omkostningseffektiv.**

Danske Regioner lancerede foråret 2011 en ny kvalitetsdagsorden, der indebærer, at kvalitet skal være styringsredskab for det offentlige sundhedsvæsen. Der skal eksempelvis fremover fokuseres på om behandling virker frem for antallet af behandlinger. Kort sagt skal fokus være på kvalitet og resultater.

Med henblik på at fremme en udvikling, hvor forbedret kvalitet, minimalt spild og reducerede omkostninger følges ad har Region Midtjylland inddraget en række kvalitetsmål i budget 2013-16. Integrationen af kvalitetsmålene i budgettet er med til at tydeliggøre sammenhængen mellem økonomi og kvalitet, og de markerer et kursskifte i styringen og udviklingen af sundhedsvæsenet. For at indsatsen kan bære frugt skal den ledsages af en målrettet ledelsesmæssig indsats på alle niveauer.



Kvalitetsmålene i budgettet omhandler:

- Hurtigere afsendelse af epikriser
- Reduktion af hospitalserhvervede tryksår
- Reduktion af dødsfald og genindlæggelser efter operation
- Reduktion af dødelighed ved septisk chok
- Reduktion af ventetider vedrørende urologisk cancer
- Reduktion af forebyggelige genindlæggelser
- Forbedret behandlingskvalitet indenfor apopleksi, akut mave-tarm kirurgi, fødsler, skizofreni og lungecancer.

Der følges løbende op på kvalitetsmålene i kvartals- og årsrapporter, der forelægges regionsrådet.

#### *Strategisk kompetenceløft*

Region Midtjylland har igangsat et forløb – strategisk kompetenceløft – for afdelingsledelsesniveauet. Indsatsen er en ambition om at arbejde seriøst med kvalitetsdagsordenen fra Danske Regioner: Mere sundhed for pengene. Kvalitetsdagsordenen kræver et skærpet fokus overalt i ledelsessystemet. Omdrejningspunktet i forløbet er i højere grad end tidligere at økonomi og kvalitets via innovative tiltag skal kobles på en ny måde og skabe mere værdi for patienterne og sundhedsvæsenet.

Lederne der indgår i forløbet er udpeget fra regionens ansvarsområder på tværs af matrikler, hvilket giver lederne mulighed for at samarbejde med ledere/institutioner, de ikke plejer at arbejde sammen med og herigennem skabe nye samarbejdsrelationer og inspirere hinanden på tværs. Faglig forskellighed gavner innovation, og derfor tilstræbes en repræsentativ fordeling af fagligheder blandt lederne.

Det skærpede ledelsesfokus på kobling mellem økonomi og kvalitet er en indsats, der skal være med til at sikre et ressource- og kvalitetsmæssigt balanceret sundhedsvæsen i Region Midtjylland.

#### *Eksempler fra hospitalerne*

Hospitalerne har gennem en årrække arbejdet med reduktion af spild. F.eks. har Hospitalsenhed Midt gennem flere år arbejdet med indførelse af optimerede patientforløb. De har også nedsat en arbejdsgruppe, der skal arbejde med koblingen mellem økonomi og kvalitet. I første ombæring vil arbejdsgruppen samle data til kvalitetsrapporter så fremdriften i målene i økonomiaftalerne synliggøres.

Flere af hospitalerne arbejder med inventering (se endvidere beskrivelse i afsnittet om strategispør 3, patienten som partner). Formålet med inventering er at sætte fokus på at have rette patient i rette seng på rette tidspunkt, herunder sætte fokus på ventetider så eventuelle flaskehalse kan identificeres.

Hospitalsenheden Horsens indgår som et af fem hospitaler i Danmark i projektet 'Patientsikkert Sygehus' (PS). PS har til formål at forbedre patientsikkerheden ved at forebygge utilsigtede fejl, skader og dødsfald. Det skal bl.a. ske ved at 'gøre det rigtige første gang'. Det kræver en fokuseret ledelsesindsats og der er sat en række kliniske og organisatoriske tiltag i gang for at

understøtte nå målsætningen. Ambitionen er at opnå en 15 % reduktion i 30-dagesdødeligheden og 30 % reduktion i utilsigtede skader.