

Ny styring i et patientperspektiv - præsentation af mål

Dato 27-10-2014

Henriette Sørensen

Tel. +4578410433

Henriette.Soerensen@stab.rm.dk

1-01-78-10-12

Side 1

**Indholdsfortegnelse:**

<b>Indledning</b>	<b>2</b>
<b>Ortopædkirurgisk afdeling, Regionshospitalet Randers</b>	<b>3</b>
<b>Diagnostisk Center, Hospitalsenhed Midt</b>	<b>8</b>
<b>Akutfdelingen, Hospitalsenheden Vest</b>	<b>11</b>
<b>Hoved-Neuro-Centret, Aarhus Universitetshospital</b>	<b>13</b>
<b>Øre-, næse- og halsafdelingen, Aarhus Universitetshospital</b>	<b>15</b>
<b>Øjenafdelingen, Aarhus Universitetshospital</b>	<b>18</b>
<b>Neurokirurgisk afdeling, Aarhus Universitetshospital</b>	<b>22</b>
<b>Neurologisk afdeling, Aarhus Universitetshospital</b>	<b>27</b>
<b>Medicinsk afdeling, Hospitalsenhed Horsens</b>	<b>32</b>

## **Indledning**

I nedenstående bilagsmateriale findes en devaluering for hver af de afdelinger, der indgår i projektet.

Hver afdeling har på en række møder afholdt i sensommeren 2014 berettet om deres arbejde med Ny styring i et patientperspektiv frem til nu samt givet en status på de nye patientnære mål, de præsenterede for regionsrådet med vedtagelsen af projektet.

Generelt er arbejdet i første periode præget af, at finde en metode til at kunne måle på de valgte patientnære mål. Det betyder, at nogle af de målinger, der præsenteres i bilaget, er præmature.

For nogle mål er afdelingerne først ved at nærme sig en baseline-måling – og andre steder er baseline på baggrund af 2013 ikke sikker endnu. Andre steder igen er målet så nyt, at baseline skabes ud fra 2014.

Tilsvarende usikkerhed gælder for de mål, hvor der er angivet en udvikling baseret på første periode. Det er endnu for tidligt i projektet til at kunne drage konklusioner på baggrund af de valgte mål, da afdelingerne skal arbejde videre med den kulturændring, der sikrer en reel udvikling i målene.

Udover arbejdet med Ny styring i et patientperspektiv sikrer afdelingerne også, at de kontinuerligt opretholder deres ansvar i forhold til de økonomi-, kvalitet- og servicemål som er vedtaget i budget 2014. For en nærmere status på dette arbejde henvises til sundhedsoverblikket per 31. august, som kan læses i et selvstændigt dagsordenspunkt på regionsrådets møde den 29. oktober 2014, hvor den seneste opfølgning på budgettet er præsenteret.

## **Ortopædkirurgisk afdeling, Regionshospitalet Randers**

### **Fokus på faglig kvalitet og patienttilfredshed som styringsmål**

På Ortopædkirurgisk afdeling på Regionshospitalet Randers tager Ny styring i patientperspektiv udgangspunkt i faglig kvalitet og patienttilfredshed som nye styringsredskaber.

#### Faglig kvalitet som styringsredskab

Med henblik på at understøtte adfærd, der leverer mest mulig sundhed for indsatsen, har afdelingen valgt at anvende den faglige kvalitet som et konkret styringsmål. Inden for det ortopædkirurgiske speciale findes fem kvalitetsdatabaser, og der er en mere på vej:

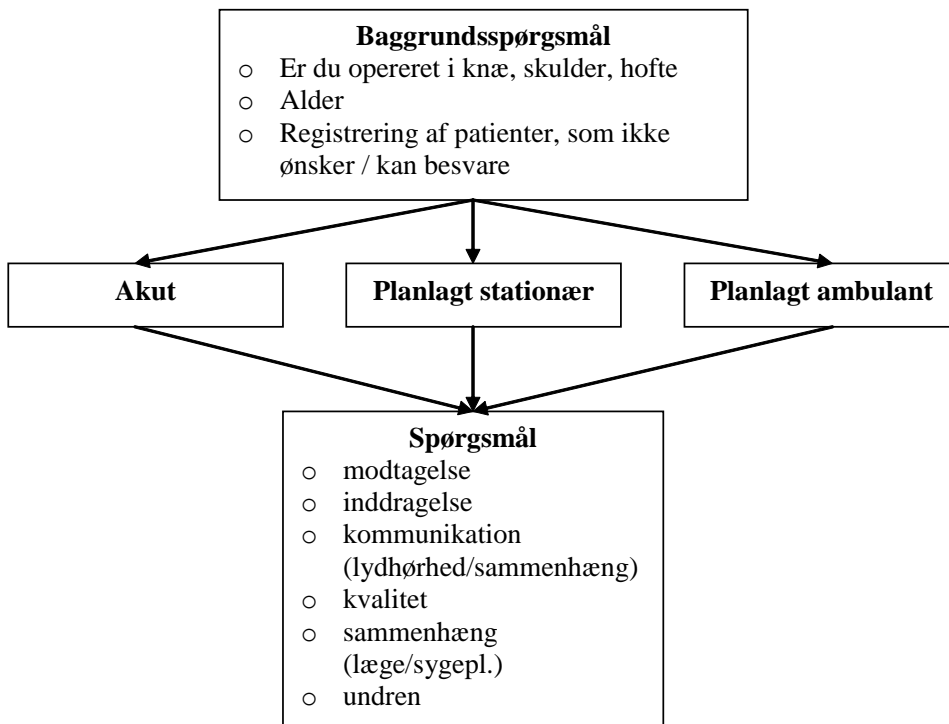
- Dansk Hoftealloplastik Register
- Dansk Knæalloplastik Register
- Dansk Korsbåndes Rekonstruktions Register
- Dansk Skulderalloplastik Register
- Hoftenære frakturer
- (Fraktur database)

Afdelingen har udvalgt en række indikatorer fra hver database, som fremover bliver fulgt månedligt. Af det vedlagte bilag fremgår de udvalgte indikatorer og målopfyldelsen i 2013. Målet er at bevare en høj faglig kvalitet og arbejde med de områder, hvor den faglige kvalitet kan blive endnu bedre.

Konkret arbejder afdelingen lige nu på at nedbringe antallet af blodtransfusioner. Ledelsen er i samarbejde med personalet i gang med at implementere den nationale retningslinje for, hvornår man giver blod, og personalet har ekstra fokus på at mindske blodtab under operation. For patienten vil det helt konkret betyde en mindre risiko for at få infektioner og svækket immunforsvar.

#### Patienttilfredshed som patientnært styringsmål

For at kunne arbejde med patienttilfredshed, som et styringsredskab har det været nødvendigt at udvikle spørgsmål, således at den løbende monitorering kan være med til at understøtte de forandringer, afdelingen ønsker at gennemføre. Endvidere er det nødvendigt, at undersøgelsen opgøres oftere end den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser (LUP'en), så den reelt kan bruges til at styre efter. De patienter, som indgår i kvalitetsdatabaserne, bliver bedt om at svare på spørgsmålene. Hermed sikres det, at det er både akutte forløb såvel som de planlagte stationære og ambulante forløb, som løbende bliver evalueret. Som det fremgår af nedenstående oversigt handler spørgsmålene om modtagelse, inddragelse, kommunikation, kvalitet og sammenhæng.



Et team af Røde Kors medarbejdere er patienterne behjælpelig med at udfylde spørgeskemaet på I-pad, efter patienten er blevet udskrevet. Data fra undersøgelsen bliver opgjort en gang om måneden, og de vil blive anvendt til at målrette afdelingens indsatser.

Konkret arbejder afdelingen med et "Kom godt hjem" projekt. Et projekt, som er et resultat af aktiv anvendelse af klagesager.

Indholdet i flere klagesager pegede på, at der mangler en forventningsafstemning mellem patienten og de fagprofessionelle, specielt ift. hjælpemidler, hjælp efter udskrivelse og medicin. Afdelingen vil med projektet sætte fokus på en mere struktureret udskrivelsesplanlægning med øget inddragelse patient og pårørende. Målet er at gå fra monolog til dialog, at inddrage patient og pårørende undervejs i processen og afslutte med en time-out, hvor der samles op i forhold til hjælpemidler, anden hjælp og medicin.

Effekten af projektet formodes at kunne aflæses i resultaterne af den nye patienttilfredshedsundersøgelse ligesom det forventes, at spørgeskemaundersøgelse kan bidrage til at målrette og tilpasse nye initiativer og projekter.

Når afdelingen er godt i gang med at anvende patienttilfredshedsundersøgelse, som styringsredskab, er det planen at udvikle et spørgeskema til en 6 måneders opfølgning. Her vil man bl.a. spørge til patientens oplevelse af det samlede forløb.

#### Aktivitet

På de områder, hvor der er faglige kvalitetsdatabaser følges antallet af patientforløb. Endvidere følges den samlede aktivitet på hele Ortopædkirurgisk afdeling ved dataopgørelse over unikke cpr-numre.



## Bilag 1

Af nedenstående tabel fremgår kvalitetsindikatorer for hvert af de fem udvalgte fokusområder. Det er muligt at se målet med indikator og forklaring, efterfulgt af afdelingens målsætning samt resultatet for 2013.

Grundet vanskeligheder med tilgængeligheden af data fra kvalitetsdatabaserne har det ikke været muligt at indhente de aktuelle værdier for 2014. Disse forventes at være klar til de kommende opfølgninger.

Database	Indikator	Forklaring	Mål	2013
Dansk Hoftealloplastik Register	Indikator 2: Transfusion	Andel af primær THA* operationer med grundlidelse primær artrose, hvor der gives transfusion indenfor 7 dage efter operation.	≤9,4 %	7,0 %
	Indikator 4a: Implantoverlevelse	Andel af alle primær THA* operationer som er revideret (dvs. implant fjernes eller udskiftes) uanset årsag.	4,5 % 5år	2,0 %
	Indikator 4b: Implantoverlevelse primær artrose	Andel af alle primær THA* operationer med grundlidelse primær artrose, som ikke er revideret (dvs. implant fjernes eller udskiftes) uanset årsag.	4,2 % 5år	1,0 %
	Indikator 4c: Implantoverlevelse pga aseptisk løsning	Andel af alle primær THA* operationer med grundlidelse primær artrose, som er revideret (dvs. implant fjernes eller udskiftes) pga. aseptisk løsning.	1,1 % 5år	0,0 %
	Indikator 5a: Reoperation	Andel af alle primær THA* som reopereres på grund af dyb infektion, luksation eller femurfraktur i samme hofte indenfor 2 år efter dato for primær THA.	≤3 %	1,6 %
	Indikator 6: Genindlæggelse 90 dage	Andel af alle primær THA* som genindlægges på grund af problemer med den opererede hofte indenfor 90 dage efter dato for primær THA*.	≤5 %	1,0 %
Dansk Knæalloplastik Register	Indikator 1: Genindlæggelse 30 dage	Andel af alle primær knæ alloplastik operationer, der genindlægges uanset diagnosekode indenfor 30 dage efter dato for primær operation.	<10 %	8,0 %
	Indikator 2: Revision 1. år post OP	Andel af alle patienter med primær knæ alloplastik operationer, der er revideret (dvs. implantat fjernes eller udskiftes) indenfor det første år.	<4 %	1,0 %
	Indikator 5: Mortalitet indenfor 90 dage	Andel af patienter, der dør indenfor 90 dage efter primær knæalloplastik operation	<1 %	0 %

<b>Database</b>	<b>Indikator</b>	<b>Forklaring</b>	<b>Mål</b>	<b>2013</b>
Dansk Korsbånd Rekonstruktions Register	Komplethedegrad	Andel af operationer som indberettes til DKRR, uanset operationstype.	90 %	95 %
	Indikator 1: Stabilitetsmåling	Andel af alle operationer der får vurderet deres knæstabilitet præoperativt ved hjælp af kvantitativ mekanisk udmåling.	90 %	94 %
	Indikator 3: Sidedforskel i knæløshed	Andel af alle primæroperationer, som har mindre end 3 mm sideforskel i knæløshed ved 1 års klinisk kontrol.	90 %	77 %
	Indikator 4: Revisioner indenfor 2 år	Andel af primæroperationer, som er revideret inden for 2 år efter operation.	<5 %	1 % (2012)
Dansk Skulderalloplastik Register (årsrapport 2014)	Indikator 1: Komplethedegrad	Andel af henholdsvis primær skulder alloplastikker og revisioner som indberettes til DSR.	90 %	100 %
	Indikator 2: Komplethedegrad WOOS	Andel af alle skulderalloplastik operationer for hvilken patienterne har udfyldt WOOS** skema.	80 %	80 %
	Indikator 3: WOOS score frisk fraktur	WOOS** score >30 point for patienter med skulderalloplastik indsat under indikationen frisk fraktur (<14 dage).	90 %	69 %
	Indikator 4: WOOS score artrit/artrose	WOOS** score >50 point for patienter med skulderalloplastik indsat under indikationen artrit og artrose.	90 %	90 %
	Indikator 5a: Revision indenfor 5 år	Andel af alle primære skulder alloplastik operationer fra et givent operationsår, der er revideret (dvs. implantat fjernes eller udskiftes) indenfor 5 år.	<5 %	4 %
Dansk Tværfagligt Register for Hofte- og Lårbensbrud	Indikator 2: Tidlig mobilisering	Andelen af patienter, der efter operationen mobiliseres inden for 24 timer.	80 %	88 %
	Indikator 3: Basismobilitet ved udskrivelse	Andelen af patienter, der får vurderet deres basismobilitet med CAS*** ved udskrivelsen.	90 %	100 %
	Indikator 5: Profylakse osteoporose	Andelen af patienter, hvor der er taget stilling til medicinsk osteoporoseprofylakse.	90 %	95 %
	Indikator 7: Overlevelse	Andelen af patienter, som er i live 30 dage efter operationsdato.	90 %	90 %
	Indikator 11: Reoperation	Andelen af patienter, der reopereres pga. dyb infektion inden for 2 år.	≤2 %	0 % (årsrapport 2013)

Udover ovenstående arbejder afdelingen desuden med at kvalificere følgende mål frem mod næste devaluering i 2015: 'Konkret tiltag inden for faglig kvalitet: blodtransfusion', 'Patientinddragelse' og 'Konkret tiltag inden for patient-inddragelse: "Kom godt hjem"'.

## **Diagnostisk Center, Hospitalsenhed Midt**

### **Arbejdet med projektet på afdelingen:**

Diagnostisk Center har igennem en årrække arbejdet med at optimere patientforløb til trods for at det umiddelbart har en negativ effekt på produktiviteten. Derfor er det ikke umiddelbart forventningen, at der vil ske væsentlige ændringer i aktivitetsudviklingen.

Projektet er derfor mere med til at understøtte en eksisterende tankegang i Diagnostisk Center og udvikle alternative målepunkter for opfølgning. Effekten af nærværende projekt målt på fx antal færre indlæggelser, antal ambulante besøg eller antal cpr. nr. forventes derfor at være begrænset, da disse ændringer allerede er sket, inden det aktuelle projekt startede.

Det har været og er fortsat en øvelse at tænke i de nye mål, og alene arbejdet med at få skabt klarhed over data og valideret disse har været meget tidskrævende. Arbejdet med at opstille mål, og især vurdere hvorvidt målene er velegnede til at styre efter, er en ikke afsluttet proces. Gennem prøvehandlinger afgøres det, om målene opfylder det ønskede behov eller om der skal vælges nogle andre eller flere mål. Endvidere har det været nødvendigt at tilpasse mål, da det ikke i alle tilfælde kunne lade sig gøre at lave udtræk på de ønskede oplysninger. Indledningsvist er der blevet arbejdet med at udtrække data for 2014. Der arbejdes fremadrettet på at etablere en baseline i 2013 for de mål, hvor det kan lade sig gøre. Når niveauet for målene kendes for en længere periode, vurderes det, om de konkrete mål skal revideres.

I forbindelse med projektet er indsatserne for at forbedre den patientoplevede kvalitet blevet intensiveret, derfor er det forventningen, at den måske største effekt vil være på den patientoplevede kvalitet.

Som noget nyt samarbejder Diagnostisk Center med frivillige fra Røde Kors, som er behjælpelige med at få patienterne til at udfylde iPad-baserede spørgeskema vedr. den patientoplevede kvalitet.

Diagnostisk Center vil så vidt muligt forsøge at indarbejde resultaterne af spørgeskemaerne i tilrettelæggelse af patientforløbene.

Det kan fx. ikke udelukkes at gennemførelsen af mange undersøgelser samme dag kan have en negativ effekt på den patientoplevede kvalitet, men at dette måske kan afhjælpes via bedre information, så patienter er mere forberedt.



## Præsentation af de valgte mål

Målets navn	Konkret mål	Evt. ændringer til målet	Baseline/måling	Evt. udvikling
<b>Open Access</b>				
<u>Klinisk kvalitet</u>				
Antal patienter med diagnostisk afklaring ved første besøg.	>80,0 %		Der arbejdes på at etablere baseline i 2013	81,5 % (periode: 1.1.14-30.6.14)
<u>Organisatorisk kvalitet</u>				
Tid fra henvisning til afklaret behandling.	Der er ikke fastsat målsætning.	Patienter booker selv tid til undersøgelsen. Der er kapacitet i klinikken så patienterne kan ses hurtigere, hvis de ønsker det. Patienter med et yderligere udredningsforløb er ekskluderet pga. vanskeligheder med at finde frem til det endelige udredningspunkt. Derfor er konkrete mål endnu ikke fastsat.	Der arbejdes på at etablere baseline i 2013	Gennemsnitligt 9,4 dage. 81 % afklares efter senest 16 dage (periode: 1.1.14-30.6.14)
<u>Patientoplevelt kvalitet</u>				
Spørgeskema. (Spørgeskemaet undersøger patientens tilfredshed med: information inden besøg, samarbejde imellem afdelingerne, opfyldelse af forventninger, vurdering af det samlede forløb og overensstemmelse i information imellem afdelingerne)	>95 % svarer i høj grad/virkelig godt til spørgsmålene.		Gennemsnitligt svarer 96 % i høj grad/virkelig godt til spørgsmålene. (periode: 1.6.13-31.5.14)	Ikke gennemført endnu

Målets navn	Konkret mål	Ændringer/ bemærkninger til målet	Baseline/ måling	Evt. udvikling
<b>Mave og infektionssygdomme</b>				
<u>Klinisk kvalitet</u>				
Kvalitetsindikatorer for patienter med hepatitis B/C med cirrose.	Gennemsnitlig efterlevelseshedsgrad: >95%		Der arbejdes på at etablere baseline i 2013	97 % (periode:1.1.14-31.8.14)
Kvalitetsindikatorer for patienter med hepatitis C virus.	Gennemsnitlig efterlevelseshedsgrad >95%		Der arbejdes på at etablere baseline i 2013	93 % (periode:1.1.14-31.8.14)
<u>Organisatorisk kvalitet</u>				
<u>Patientoplevelt kvalitet</u>				
<b>Okkult cancer</b>				
<u>Klinisk kvalitet</u>				
Tid til fra henvisning til diagnostisk afklaring	Maksimalt 16 dage.	Registreringsopstart i marts 2014.	8,1 dage (periode: 1.3.14-30.5.14)	Ikke gennemført endnu.
<u>Organisatorisk kvalitet</u>				
Antal undersøgelser pr. patient. pr. dag	Der er ikke fastsat målsætning.	Registreringsopstart i marts 2014.	5,3 procedurer/patient/dag (periode: 1.3.14-30.5.14)	Ikke gennemført endnu
<u>Patientoplevelt kvalitet</u>				
<b>Antal unikke CPR-numre</b>	Minimum samme antal som baseline		I januar til august 2013 var der 15.688 unikke CPR-numre	I januar til august 2014 var der 17.280 unikke CPR-numre

Udover ovenstående arbejder afdelingen desuden med at kvalificere følgende mål frem mod næste devaluering i 2015: 'Tid fra henvisning til gigt diagnose er stillet, open acces', 'Organisatorisk kvalitet for mave og infektionssygdomme', 'Gruppe interview med patienter og personale, mave og infektionssygdomme', 'Behov for genhenvisning, okkult cancer', 'Antal besøg inden patienten er udredt, okkult cancer' og 'Patientoplevelt kvalitet, Okkult Cancer'

## Akutfdelingen, Hospitalsenheden Vest

### Arbejdet med projektet på afdelingen:

Akutfdelingen har i løbet af første halvår arbejdet med at operationalisere de valgte mål. Derudover har der løbende foregået et arbejde med at finde frem til en brugbar metode til at undersøge patienttilfredsheden og rent teknisk sætte systemet op. Derudover har afdelingen lavet en indledende journalaudit som en håndholdt monitorering på to af de valgte mål, da det teknisk ikke har været muligt at måle dem i eksisterende data.

Afdelingen har derudover igangsat følgende initiativer:

#### Arbejde i teams

Afdelingen har indført prøvehandlinger på teamarbejde på afdelingen. Teamarbejdet er ikke fuldt kørende endnu, men forventningen allerede nu er, at arbejdsformen er standard, når afdelingen flytter til Gødstrup. Konkret betyder teamarbejdet, at når en patient ankommer til Akutfdelingen, så mødes patienten af et samlet sundhedsfagligt team, hvormed mange af de ting, der er nødvendige for at identificere patientens vej videre i sundhedssystemet, kan foretages på samme tid af teamet. For **patienten medfører teamarbejdet** bl.a. at være med til at mindske antallet af gange patienten skal forklare omstændighederne bag deres besøg på Akutfdelingen. Derudover komprimeres forløbet, så patienten hurtigere finder ud af, om de skal videre til behandling på en anden afdeling eller kan tage hjem. For **medarbejderne og afdelingen** forventes teamarbejdet at medføre, at kvaliteten af behandlingen øges og ressourceudnyttelsen optimeres. Det forventes, at dette arbejde vil medføre et fald i opholdstiden på de indlagte patienter samt sikre målopfyldelse på udfyldelse af behandlingsplan og tilsyn af speciallæge indenfor de fastlagte tidsrammer, idet dette gøres indledningsvist med denne arbejdsform.

#### Arbejde med patienttilfredshed

Afdelingen arbejder løbende med patienttilfredsheden via fokusgruppeinterviews, hvor patienter og medarbejdere deltager. For **patienterne** giver det en mulighed for at komme med **direkte feedback** til afdelingen i forhold til deres besøg på Akutfdelingen. For **afdelingen** bidrager denne arbejdsform til at **identificere de udfordrede områder**, hvilket efterfølgende medfører en mulighed for at tage handling. Det forventes, at disse fokusgruppeinterviews vil kunne kombineres med resultaterne fra undersøgelsen af patienttilfredshed, tænkt således at undersøgelsen retter fokus på bestemte områder. Fokusgruppeinterviewsene kan så derefter kvalificere, hvilke udfordringer der ligger i de områder undersøgelsen pegede på.

## Præsentation af de valgte mål

Målets navn	Konkret mål	Ændringer/ bemærkninger til målet	Baseline (1. halvår 2013)	Evt. udvikling (1. halvår 2014)
Reduktion af opholdstid for patienter med Akutafdelingen som stamafdeling	Reduceres med 10 % i forhold til baseline	Målet ændres, så der måles på gennemsnitsligt antal timer per måned og ikke antal sengedage.  Afdelingen bemærker, at der i løbet af sommeren har været stor personaleudskiftning, hvilket har påvirket arbejdet med opholdstiden. Det forventes, at opholdstiden falder, når personalet har nået det samme kompetence-niveau.	12,6 timer Simpelt gennemsnit af månedstal	12,6 timer Simpelt gennemsnit af månedstal
Forebyggelige genindlæggelser af patienter med samme diagnose indenfor 30 dage	Som minimum fastholdes, når opholdstiden sænkes.	Definitionen ændres til den regionale definition for forebyggelige genindlæggelser.  Afdelingen bemærker, at tallene fra august viser, at antallet af forebyggelige genindlæggelser falder igen.	127 (3,8 % af udskrivninger)	150 (4,4 % af udskrivninger)
Ventetid fra fremmøde til udarbejdelse af behandlingsplan	80 % af alle patienter, der indlægges (rød, orange eller gul triagering), skal have udarbejdet en behandlingsplan inden 4 timer.	Der måles på dette via minimum to årlige journalaudits	Resultat af journalaudit i februar 2013: 95 %	Resultat af journalaudit i marts 2014 100 %
Ventetid fra fremmøde til tilsyn af speciallæge	80 % af alle patienter, der indlægges (rød, orange eller gul triagering), skal være tilset af en speciallæge inden 1 time.	Der måles på dette via minimum to årlige journalaudits	Resultat af journalaudit i februar 2013: 95 %	Resultat af journalaudit i marts 2014 100 %
Antal unikke CPR-numre	Minimum samme antal som baseline		3.337	3.448

Udover ovenstående arbejder afdelingen desuden med at kvalificere følgende mål frem mod næste devaluering i 2015: 'Patienttilfredshed- og tryghed'

## Hoved-Neuro-Centret, Aarhus Universitetshospital

### Arbejdet med projektet på centret:

Overordnet finder Hoved-neurocentret Ny styring i et patientperspektiv spændende og værdsætter tilgangen, hvor afdelingerne er medbestemmende på de mål, der styres efter. Det giver god energi og højt engagement ind i projektet.

Hoved-neurocentret har siden projektets vedtagelse arbejdet med at indarbejde data i hospitalets nøgletalsoverblik. Processen med at finde frem til, hvordan data kan tilgås og afgrænses, har været en givtig proces, idet forståelsen af de fastsatte mål dermed er blevet gennemgået mere i detaljen.

Derudover er der siden projektets vedtagelse blevet givet plads på de løbende centerledelsesmøder til projektet. Møderne afholdes hver 14. dag og center- og afdelingsledelserne på centret deltager. På møderne skiftes afdelingerne til at fortælle om deres mål og de konkrete tiltag, de har igangsat. Det giver afdelingerne mulighed for at præsentere og sparre om deres arbejde i projektet og dermed kvalificere dette yderligere. Det faste punkt på møderne er derudover med til at holde fokus på fortsat fremdrift i projektet. Udover centerledelsesmøderne har Hoved-neurocentret benyttet de faste møder med hospitalsledelsen på Aarhus Universitetshospital til at præsentere arbejdet med projektet. For eksempel har afdelingsledelsen på Øjenafdelingen præsenteret deres arbejde med et patientpanel på et sådant møde. Hospitalsledelsen har her især bidt mærke i den energi og det engagement, projektet giver hos afdelingerne.

### Præsentation af de valgte mål

Målets navn	Konkret mål	Ændringer/ bemærkninger til målet	Baseline	Evt. udvikling
Andel af patienter, vi afslutter, der dermed har fået løst deres sundhedsproblem	Denne andel skal stige med 2 procentpoint pr. år	Målets navn er ændret.	I januar-juli 2013 blev der afsluttet 0,81 ambulante pt. for hver nystartet ambulante pt.	I januar-juli 2014 blev der afsluttet 0,79 ambulante pt. for hver nystartet ambulante pt. = <b>et fald på 1,7 %.</b>
Genindlæggelser, som finder sted fra otte timer til 30 dage efter udskrivning	Antallet skal falde med 5 procent i projektperioden.	Målet er ændret fra 'forebyggelige genindlæggelser' til 'genindlæggelser'.	I januar-juli 2013 blev der genindlagt 716 patienter.	I januar-juli 2014 blev der genindlagt 668 patienter = <b>et fald på 6,7 %.</b>
Kroniske patienter har en livline	Patienter i dvaleambulatorium skal, når de tager kontakt til os, have løst det problem, de henvender sig med eller fået en tid til ambulante besøg eller indlæggelse inden for 2 hverdage.	Målet udgår, da målet er omfattet af Neurologisk Afdelings mål om dvaleambulatoriepatienter.		

Målets navn	Konkret mål	Ændringer/ bemærkninger til målet	Baseline	Evt. udvikling
Andel af henviste, vi udreder (antal udredte/antal henviste)	Målet er, at henvisning til udredning medfører, at patienten enten udredes eller får en udredningsplan.	Det konkrete mål er ændret lidt.	I januar-juli 2013 blev 46,2 % af patienterne henvist til udredning håndteret inden for otte dage.	I januar-juli 2014 blev 76,1 % af patienterne henvist til udredning håndteret inden for otte dage = <b>en stigning på 64,7 %.</b>
Andel af henviste til behandling, vi sætter i behandling (antal behandlede/antal henviste)	En konkret målformulering drøftes p.t.		I januar-juli 2013 blev 36,7 % af patienterne henvist til behandling håndteret inden for otte dage.	I januar-juli 2014 blev 36,6 % af patienterne henvist til behandling håndteret inden for otte dage = <b>et fald på 0,3 %.</b>
Antal ambulante besøg/ambulant forløb pr. år	Målet er, at antal ambulante besøg pr. ambulante forløb pr. år falder med 6 procent i løbet af projektperioden.		I januar-juli 2013 var der 1,81 ambulante besøg pr. ambulant forløb	I januar-juli 2014 var der 1,79 ambulante besøg pr. ambulant forløb = <b>et fald på 1,2 %.</b>
Antal indlæggelser/ambulant forløb	Færre indlæggelser. Flere ambulante forløb.		I januar-juli 2013 var der 0,26 indlæggelser pr. ambulante forløb	I januar-juli 2014 var der 0,26 indlæggelser pr. ambulante forløb = <b>uændret ratio</b> mellem indlæggelser og ambulante forløb.
Unikke cpr-numre	Minimum det samme antal som baseline	P.t. måles ikke på telefon- og emailkonsultationer. Dette inkluderes på sigt.	I januar-juli 2013 var der 37.851 unikke cpr-numre.	I januar-juli 2014 var der 38.007 unikke cpr-numre = <b>en stigning på 0,4 %.</b>

Udover ovenstående arbejder afdelingen desuden med at kvalificere følgende mål frem mod næste devaluering i 2015: 'Forløbstiden for henholdsvis indlagte og ambulante', 'Fik patienterne det, de kom efter – fik de løst deres sundhedsproblem?', 'Udeblivelser og aflysninger' og 'Reoperationer'.

## **Øre-, næse- og halsafdelingen, Aarhus Universitetshospital**

### **Arbejdet med projektet på afdelingen:**

Generelt har afdelingen siden januar arbejdet ihærdigt med at sikre datatilgængelighed på målene. Heriblandt har det især været dataadgang til kvalitetsdatabaserne, der har været en udfordring. Arbejdet med projektet er stadig i sin indledende fase, hvilket devalueringen er præget af.

I forhold til målet om overholdelsen af den postoperative plan, har afdelingen iværksat en række initiativer.

Overordnet er betragtningen, at overholdes planen ikke, er patienten enten ikke blevet ordentligt forberedt inden operationen – eller der er opstået komplikationer efterfølgende. Ingen af delene er hensigtsmæssige for at optimalt patientforløb.

For at imødekomme dette, er der opmærksomhed i dagligdagen på de patienter, der ligger i sengeafdelingen, som ikke overholder den postoperative plan – og fokus på hvad dette så skyldes. For at holde fokus på, hvorfor den postoperative plan ikke overholdes, arbejdes der på afdelingen også ihærdigt med at sikre registrering af postoperative komplikationer. Manglende overholdelse af planen og fokus på registrering indgår bl.a. som en løbende del af morgenkonferencerne på afdelingen, for at fastholde arbejdet med dette mål og dermed langsomt arbejde frem imod den kulturændring, det kræver blandt personalet.

For patienterne kan dette arbejde mærkes ved, at de f.eks. for så vidt muligt indkaldes samme dag som deres operation skal finde sted – og ikke dagen før, som visse patienter tidligere har oplevet. I indkaldelsen sikres det, at der differentieres imellem patienterne, så der tages hensyn til den enkelte patients behov. Dette kan gøres, da der som hovedregel har været kontakt med patienterne i ambulatoriet inden indlæggelsen, hvor personalet på afdelingen kan vurdere behovet fra patient til patient.

Der meldes, at patienterne er glade for denne bevægelse, da en god forberedelse inden operationen medfører, at tiden der ellers ville blive brugt på en indlæggelse dagen før operationen i stedet kan bruges i patientens eget hjem.

Som supplement til arbejdet med den postoperative plan, arbejdes der med forløbene for de indlagte patienter, hvor nogle operationer planlægges omlagt til dagkirurgisk behandling, for andre operationer arbejdes der med at sikre et bedre operationsforløb i samarbejde med anæstesen, der arbejdes på forsøgsbasis med effekten af proteinrig ernæring inden operation og med muligheden for at ændre på blodprøverne efter visse operationer, så patienterne kan komme tidligere hjem. Alt sammen noget der skal øge kvaliteten af den behandling, der foregår på afdelingen.

## Præsentation af de valgte mål

Målets navn	Konkret mål	Ændringer/ bemærkninger til målet	Baseline	Evt. udvikling
Overholdelse af den postoperative plan	90 % af operationerne inden for udvalgte patientgrupper overholder den vurderede indlæggelsestid og dermed den postoperative plan.	Revision af den postoperative plan for laryngectomi (bortoperation af strubehovedet og dele af det omkringliggende væv) således at dette går fra 8 dage til 10 dage.	I januar-juli 2013 overholdt 77,1 % af operationerne for de udvalgte patientgrupper den postoperative plan.	I januar-juli 2014 overholdt <b>80,7 %</b> af operationerne for de udvalgte patientgrupper den postoperative plan.
*Overholdelse af andel af patienter fri af kræftsygdomme, gennemført behandling efter gældende kliniske retningslinjer og patienter drøftet ved Multidisciplinær konference (MDT)	Tre selvstændige mål: 1) 75 % af patienterne gennemfører behandling i henhold til gældende kliniske retningslinjer. 2) 90 % af patienterne er drøftet ved en MDT-konference forud for behandlingsbeslutning 3) Andel patienter med registrering af cancer-specifik overlevelse 1 år fordelt efter topografi og stadie. (Andel af patienter med 1.års opfølgning)	1) National ændring til mål: 90 %  2) Målet er uændret på nationalt niveau og er fortsat op til eller lig med 90 %  3) National ændring til mål: > 90 %	1) I 2013 er 90 % behandlet i henhold til gældende kliniske retningslinjer*.  2) I 2013 er samlet 98 % af patienterne drøftet ved MDT-konference*  3) Er ikke opgjort på afdelingsniveau, så afventer datatilgængelighed.  *Basislinjen er baseret på årsrapporten fra Dahanca.	Der har foregået et arbejde med at sikre løbende datatilgængelighed fra kvalitetsdatabasen Dahanca.  Data for 2014 og frem vil være tilgængelig online i løbet af efteråret 2014 således at der kan ske udtræk hver 3.måned fra Dahanca's database.

\* Kvalitetsmålene er ændret nationalt i Dahanca i august 2014. Det har derfor været nødvendigt, at ændre målene tilsvarende



Målets navn	Konkret mål	Ændringer/ bemærkninger til målet	Baseline	Evt. udvikling
Antal unikke CPR-numre	Minimum samme antal som baseline		I januar-juli 2013 var der 7.546 unikke cpr-numre.	I januar-juli 2014 var der 8.136 unikke cpr-numre = <b>en stigning på 7,8 %.</b>

Udover ovenstående arbejder afdelingen desuden med at kvalificere følgende mål frem mod næste devaluering i 2015: 'Overholdelse af andel af patienter med lammelse på stemmebåndet efter operation i skjoldbruskkirtlen', 'Måling af GBI på alle kirurgisk behandlede næse-bihulepatienter (en måling på patienternes vurdering af deres livskvalitet efter en næse-bihule operation.)' og 'Arbejde med at indsamle sygdomsspecifikke livskvalitetsdata'.

## Øjenafdelingen, Aarhus Universitetshospital

### Arbejdet med projektet på afdelingen:

#### *Hvordan afdelingen konkret arbejder med projektet i dagligdagen*

Afdelingen bruger projektet som løftestang til at revurdere processer og arbejdsgange på afdelingen, hvor kommende ændringer skal føre til kvalitetsløft for patienterne. Et eksempel på dette er, at afdelingen arbejder med at undersøge årsager til aflysninger af operationer – det første mål i målskemaet. Nogle aflysninger skyldes, at en operation er flyttet til et tidligere tidspunkt, fordi et afbud fra én patient kan give anledning til en tidligere tid til en anden patient. Et sådant tilfælde betyder, at en aflysning faktisk kan være udtryk for høj patientservice, hvilket afdelingen forsøger at afdække med projektet.

Afdelingsledelsen har fokus på, at det er vigtigt, at medarbejderne har ejerskab til projektet. Derfor har der været afholdt en temadag i foråret 2014, hvor projektet indgik som et overordnet tema. Afdelingsledelsen har ønsket at inddrage medarbejderne i at kvalificere de valgte mål, og derfor er der efter temadagen nedsat arbejdsgrupper, som skal komme med oplæg til, hvordan afdelingen konkret arbejder videre med projektet.

Formålet med dette arbejde er at identificere, hvilke processer der giver god kvalitet og hvilke processer, der med fordel kan ændres for at højne kvaliteten for patienterne.

#### *Hvad der konkret er ændret på afdelingen, fx arbejdsgange, og hvilke konsekvenser det giver for patienterne*

Afdelingsledelsen ønsker at inddrage patienterne, når der foretages ændringer i eksisterende arbejdsgange. Som et første skridt blev nogle af afdelingens patienter inviteret med til temadagen i foråret 2014, hvor de gav deres input til, hvordan forskellige forhold i afdelingen påvirker dem. Medarbejderne var glade for at modtage respons fra patienterne, og responsen var ofte anderledes, end medarbejderne forventede. Derfor har afdelingen besluttet at nedsætte et patientpanel, som består af en mindre gruppe af patienter, der inviteres ind i afdelingen, når afdelingen vil lave om på fx patientforløb. Patienterne har så mulighed for at påvirke, hvordan ændringer i et givent patientforløb skal være. Et andet eksempel er, at patientpanelet skal give sparring ift., hvordan hjemmeside og indkaldelsesbreve opfattes af patienterne. Her er der altså tale om, at patienterne er med til at kvalificere den kommunikation, der foregår fra afdelingen til patienterne.

En yderligere effekt af, at afdelingen i langt højere grad har inddraget patienterne direkte, er, at der er sket en mental forandring hos medarbejderne. Der er nu langt større fokus på, hvad der er vigtigt for den enkelte patient, når patienten er på afdelingen. Derfor har projektet løftet barren for kvaliteten over for patienterne, når de er på afdelingen. På denne måde er *patientinvolvering* et fokusområde, der er underliggende de udvalgte mål, fordi patientinvolvering hele tiden skal tænkes ind i arbejdet med de øvrige mål.

## Præsentation af de valgte mål

Målets navn	Konkret mål	Ændringer/ bemærkninger til målet	Baseline	Evt. udvikling
Fravær af aflysninger på OP	Antallet af aflysninger af planlagte operationer skal falde.		I januar-august 2014 blev der aflyst 690 ud af 4.498 planlagte operationer, svarende til 15,34 %.	
Antal ambulante besøg pr. cpr-nummer pr. år			<p>Målet opgøres for flg. patientgrupper i perioden 01.01.2014 – 31.08.2014:</p> <p>1) Øjenomgivelser og tumorer = 2,4 besøg</p> <p>2) Kirurgiske nethinde-sygdomme = 2,5 besøg</p> <p>3) Grå stær = 2,3 besøg</p> <p>4) Hornhinde-sygdomme = 2,6 besøg</p> <p>5) AMD (øjenforkalkning) = 4,0 besøg</p> <p>6) Screening for diabetiske nethinde-forandringer = 1,2 besøg</p>	

Målets navn	Konkret mål	Ændringer/ bemærkninger til målet	Baseline	Evt. udvikling
Logistik (fald i procestid pr. kontakt)	<p>Procestiden pr. kontakt falder sammenlignet med baselinen.</p> <p>Målet opgøres for flg. patientgrupper:</p> <p>1) Øjenomgivelser og tumorer</p> <p>2) Kirurgiske nethindesygdomme</p> <p>3) Grå stær</p> <p>4) Hornhindesygdomme</p> <p>5) AMD (øjenforkalkning)</p> <p>6) Screening for diabetiske nethindeforandringer</p> <p>Der opgøres gennemsnitlig procestid for 95-% percentilet.</p>		<p>Der er registreret flg. gennemsnitlige procestider i januar-august 2014</p> <p>1) Øjenomgivelser og tumorer = 45,7 min.</p> <p>2) Kirurgiske nethindesygdomme = 118,2 min.</p> <p>3) Grå stær = 78,7 min.</p> <p>4) Hornhindesygdomme = 47,6 min.</p> <p>5) AMD (øjenforkalkning) = 53,2 min.</p> <p>6) Screening for diabetiske nethindeforandringer = 46,8 min.</p>	

Målets navn	Konkret mål	Ændringer/ bemærkninger til målet	Baseline	Evt. udvikling
Antal unikke CPR-numre	Minimum samme antal som baseline		<p>Målet opgøres for flg. patientgrupper i perioden 01.01.2014 – 31.08.2014:</p> <p>1) Øjenomgivelser og tumorer = 1585 cpr-numre</p> <p>2) Kirurgiske nethinde-sygdomme = 759 cpr-numre</p> <p>3) Grå stær = 1789 cpr-numre</p> <p>4) Hornhinde-sygdomme = 3114 cpr-numre</p> <p>5) AMD (øjenforkalkning) = 1561 cpr-numre</p> <p>6) Screening for diabetiske nethinde-forandringer = 3012 cpr-numre</p>	
Antal unikke CPR-numre – Alle patienter			I januar-juli 2013 var der 12.510 unikke cpr-numre.	I januar-juli 2014 var der 12.768 unikke cpr-numre = <b>en stigning på 2,1 %</b>

## Neurokirurgisk afdeling, Aarhus Universitetshospital

### Arbejdet med projektet på afdelingen:

#### *Hvordan afdelingen konkret arbejder med projektet i dagligdagen*

Afdelingen bruger projektet til at sætte fokus på, hvorvidt afdelingens behandling objektivt set giver patienten en højere grad af sundhed. Med dette menes, at afdelingen undersøger, hvorvidt patientens funktionsdygtighed efter de udvalgte operationer svarer til, hvad patienten og afdelingen forventede, patienten skulle være i stand til efter operationen. Dette arbejde foregår primært i en mindre projektgruppe, afdelingen selv har nedsat bestående af afdelingsledelsen samt medarbejdere på lederniveau.

En del af afdelingens mål i projektet er langsigtede, hvorfor afdelingen ikke forventer at se resultater, før der er gået 1 år efter en given operation. Afdelingen er netop på grund af projekt Ny styring blevet tilkoblet DaneSpine databasen. Derfor er det for tidligt at afgøre, hvorvidt en større del af den nuværende behandling skal ændres. Der er dog områder, hvor afdelingen har ændret tankegangen som følge af projektet, hvilket har givet anledning til ændringer på afdelingen og for patienterne. Nogle af disse ændringer beskrives nedenfor.

#### *Hvad der konkret er ændret på afdelingen, fx arbejdsgange*

Et af målene omhandler, at kræftpatienter, der har fået en MR-scanning, skal have svaret på scanningen inden for to dage. Det har givet anledning til at prøve at indføre en ny procedure, hvor en kræftkoordinator ringer til patienter, hvor der ikke er sket udvikling i tumoren, umiddelbart efter konferencer mellem flere kræftlæger (MDT-konferencer) og giver patienten besked. Hvis der er sket udvikling i tumoren, får patienten tilbudt en tid til samtale umiddelbart efter konferencen. Det betyder, at patienterne ikke skal gå rundt i uvished og vente på svaret længere end allerhøjst nødvendigt.

En ændring, der ligger i tråd med målsætningen om at hæve patientens sundhedstilstand objektivt set, er, at afdelingen har ændret indkaldelsesbrevene til ambulante besøg. Dette gælder ambulante besøg, hvor patienten er henvist til kirurgisk vurdering om, hvorvidt operation kan tilbydes eller ej. I indkaldelsesbrevet skal patienten tage stilling til, hvorvidt patienten i det hele taget ønsker en operation. Hvis patienten ønsker operation, skal patienten prøve at beskrive, hvilken funktionsdygtighed patienten forventer at opnå med operationen. På baggrund af dette udsagn vurderer lægen og patienten i fællesskab, om en operation er det, patienten faktisk ønsker. Denne ændring i indkaldelsesbrevet betyder ligeledes, at patienter, der ikke ønsker operation, ikke behøver møde op på afdelingen. Derudover betyder ændringen, at kirurgerne kan vurdere, inden patienten ankommer, hvorvidt det er realistisk at opnå den ønskede effekt med operationen, hvis patienten ønsker operation. Det sparer derfor både afdelingen og patienten for tid i de tilfælde, hvor en operation ikke er ønskelig hos patienten, eller hvor en operation på forhånd kan siges ikke at føre til det ønskede resultat. Hvis patienten får en operation, spørges patienten til, hvorvidt patienten ønsker at indgå i kontrolforløb. Ikke alle patienter ønsker dette, og det sparer derfor afdelingen for tid og patienten for bekymring, hvis man på forhånd kan undlade at indkalde de patienter, som ikke ønsker kontrolforløb.

Afdelingen har tilkendegivet, at der foretages stikprøvemålinger af, hvordan patienterne opfatter det nye indkaldelsesbrev.

### Præsentation af de valgte mål

Målets navn	Konkret mål	Ændringer/	Baseline	Evt. udvikling
-------------	-------------	------------	----------	----------------

		<b>bemærkninger til målet</b>		
Antal unikke CPR-numre	Minimum samme antal som baseline		I januar-juli 2013 var der 3.769 unikke cpr-numre.	I januar-juli 2014 var der 3.853 unikke cpr-numre = <b>en stigning på 2,2 %.</b>

Målets navn	Konkret mål	Ændringer/ bemærkninger til målet	Baseline	Evt. udvikling
<b>Der er udvalgt tre patientgrupper inden for rygkirurgi:</b>				
1) Diskusprolaps i nakken 2) Prolaps i lænden 3) Stivgørende operationer i lænden				
Kvalitetsmål, der omfatter alle tre patientgrupper:  Andel af genindlæggelser og reoperationer inden for 30 dage efter det primære indgreb, som relaterer sig til det primære neurokirurgiske indgreb.	Mindre end 5 % af patienterne skal opleve genindlæggelser eller reoperationer inden for 30 dage efter det primære indgreb.		I januar-juli 2013 var der 4,7 % reoperationer eller genindlæggelser som følge af komplikationer.	I januar-juli 2014 var der 4,5 % reoperationer eller genindlæggelser som følge af komplikationer.
Antal unikke cpr-numre, rygkirurgi (alle tre grupper)	Minimum samme antal som baseline		I januar-juli 2013 var der 256 unikke cpr-numre inden for rygkirurgi.	I januar-juli 2014 var der 261 unikke cpr-numre inden for rygkirurgi = <b>en stigning på 2 %.</b>

Målets navn	Konkret mål	Ændringer/ bemærkninger til målet	Baseline	Evt. udvikling
<b>Tumorkirurgipatienter er udvalgt som den anden store patientgruppe, afdelingen har opsat mål for. Målene ses nedenfor.</b>				
Andel patienter i live mere end 30 dage efter første operationsdato ud af alle patienter, der har gennemgået en operation.	Over 95 % af patienterne er i live 30 dage efter første operationsdato.			I januar-juli 2014 var overlevelsesgraden 30 dage efter den tumorkirurgiske operation 93,2 %.
Andel af reoperationer inden for 30 dage efter det primære indgreb, som skyldes en utilstrækkelig primær operation.	Under 10 % af patienterne skal opleve en reoperation som følge af, at den primære operation ikke var tilstrækkelig.			I januar-juli 2014 var der <b>0,0 %</b> reoperationer som følge af, at den primære operation ikke var tilstrækkelig.
Andel af genindlæggelser eller reoperation inden for 30 dage efter det primære indgreb, som følge af komplikationer, tumorkirurgi.	Under 5 % af patienterne skal opleve en reoperation som følge af komplikationer.			I januar-juli 2014 var der 9,1 % reoperationer eller genindlæggelser som følge af komplikationer.
Andel af patienter, der har fået udført MR scanning i opfølgingsforløb for kræft i hjernen (CNS kræft), som får ambulans svar på MR scanning inden for to døgn af alle patienter i MDT-regi.	Over 90 % af patienterne skal have svar inden for to døgn.		Patientgrundlaget er ca. 80-100 patienter på årsbasis. Resultater forventes at kunne afrapporteres i maj 2015 – registreringer foretages i dag.	

Udover ovenstående arbejder afdelingen desuden med at kvalificere følgende mål frem mod næste devaluering i 2015: 'Kvalitetsmål, der omfatter gruppe 1 og 2: Andel patienter, der er i arbejde 1 år efter operation. Rygkirurgiske patienter', 'Kvalitetsmål, der omfatter alle tre grupper: Andel patienter, der sammenlignet med den præoperative tilstand har opnået en smertereduktion på VAS (visuel analog score) efter 1 års kontrol', 'Andel af patienter, der er i live 1 år efter operationsdato for alle patienter, hvor den histologiske diagnose (diagnose baseret på vævsprøver) er glioblastom multiforme (stærkt ondartet hjernesvulst)', 'Antal unikke cpr-numre, tumorkirurgi' og 'Patienttilfredshed ønsket mål for patienter, der opereres i halshvirvelsøjlen'



## Tand-, mund- og kæbekirurgisk afdeling, Aarhus Universitetshospital

### Arbejdet med projektet på afdelingen:

*Hvordan afdelingen konkret arbejder med projektet i dagligdagen*

Afdelingen dagsordenssatte projektet på et lederseminar i januar 2014, hvorefter ledere og medarbejdere gav konkrete forslag til initiativer, der kunne sættes i gang i forsøget på at nå hvert mål. Der er nedsat en implementeringsgruppe bestående af medarbejdere i afdelingen, som har til opgave at sørge for, at initiativerne fortsætter og bliver ændret og tilpasset, der hvor der er behov for dette.

Ledelsen udsender jævnligt et nyhedsbrev til medarbejderne i forhold til, hvad status på projektet er, og hvad de næste skridt i projektet bliver.

*Hvad der konkret er ændret på afdelingen, fx arbejdsgange*

Nedenstående er eksempler på, hvad der konkret er ændret i afdelingen. Konsekvensen for patienterne er beskrevet under hvert initiativ.

**Sengeafdelingspatienter forsøges i højere grad opereret i dagkirurgisk regi.** Dette giver forskellige udfordringer for personalet. Nogle af disse er: Afdelingens senge er placeret på en Neurokirurgisk afdeling, og afdelingen skal derfor samarbejde med personalet på en anden afdeling for at få patienterne hurtigere udskrevet. Det øger kravet til samarbejde mellem afdelingsledelser samtidig med, at det er en udfordring at vænne personalet til at udskrive patienter hurtigere. **Konsekvensen for patienterne** er, at de kan undgå indlæggelse og dermed komme hurtigere hjem fra afdelingen. Disse patienter tilbydes et opkald fra en sygeplejerske dagen efter hjemsendelse med henblik på at sikre, at alt er, som det skal være, og at patienten føler sig tryk ved at være hjemme.

**Instrukser udskiftes med individuelle vurderinger.** Dette betyder, at i stedet for at følge en vejledning, som alle patienter behandles ud fra, tages der i højere grad hensyn til patientens egne ressourcer og ønsker i behandlingen. **Dette øger inddragelsen af patienter og pårørende** i behandlingen, men det stiller også større krav til personalet, da fravigelse af retningslinjer øger kravet til høj kvalitet i de faglige skøn.

**Sammedagsforløb** er indført for patienter, der får konstateret kræft i fx øre-, næse-, halsregionen, og som derfor skal have en undersøgelse og evt. behandling på Tand-, mund- og kæbekirurgisk afdeling inden strålebehandling. Det betyder, at **patienten bliver undersøgt og får tilbudt behandling på kæbekirurgisk afdeling samme dag.** Patienten er ikke forpligtet til at tage imod tilbuddet, hvis patienten ikke ønsker dette, men de patienter, der gerne vil have det hele overstået samme dag, sparer et eller flere besøg på hospitalet.

## Præsentation af de valgte mål

Målets navn	Konkret mål	Ændringer/ bemærkninger til målet	Baseline	Evt. udvikling
Antal unikke CPR-numre	Minimum samme antal som baseline		I januar-juli 2013 var der 3.623 unikke cpr-numre.	I januar-juli 2014 var der 3.478 unikke cpr-numre = et fald på 4 %.
Effektivisering af patientforløb	Antallet af ambulante besøg pr. forløb skal falde.		I januar-juli 2013 var der 1,81 besøg pr. ambulante forløb.	I januar-juli 2014 var der 1,83 besøg pr. ambulante forløb = en stigning på 1 %.
Fastholdelse af høj medarbejder-tilfredshed	Medarbejder-tilfredsheden er minimum på samme niveau som statusmålingen ved projektets start.		I april 2014 var den gennemsnitlige medarbejder-tilfredshed på en skala fra 1 til 5 på 3,93 baseret på 10 spørgsmål om medarbejder-tilfredshed.	
<p><b>Der er udvalgt følgende patientgrupper, hvor der er defineret særlige mål:</b> Brud i underkæben og fraktur mod øjeæblet opstået ved slag. Endvidere ganespaltepatienter, patienter med kæbeledsproblemer og patienter, som operativt skal have flyttet enten over- eller underkæbe. Målene ses nedenfor.</p>				
Øge antallet af operationer i dagkirurgisk regi	Antallet af operationer foretaget i dagkirurgisk regi skal stige.		I januar-juli 2013 blev der udført 45 operationer i dagkirurgisk regi.	I januar-juli 2014 blev der udført 58 operationer i dagkirurgisk regi = <b>en stigning på 28,9 %</b>
Nedbringe antallet af indlagte patienter	Antallet af indlagte patienter skal falde.		I januar-juli 2013 blev der udført 370 operationer i indlagt regi.	I januar-juli 2014 blev der udført 310 operationer i indlagt regi = <b>et fald på 16,2 %</b>

Udover ovenstående arbejder afdelingen desuden med at kvalificere følgende mål frem mod næste devaluering i 2015: 'Fastholdelse af patient-tilfredsheden'

## **Neurologisk afdeling, Aarhus Universitetshospital**

### **Neurologisk afdeling, Hoved-neurocentret, Aarhus Universitetshospital**

#### **Arbejdet med projektet på afdelingen:**

Afdelingen har blandt andet arbejdet med at operationalisere og indarbejde de valgte mål i hverdagen.

Eksempelvis har afdelingen arbejdet med uddannelsen af nyansat personale. Formålet er, at sikre at nyansatte har opnået de påkrævede kompetencer for at kunne varetage deres vagtfunktion.

For at sikre dette har Neurologisk afdeling arbejdet med at beskrive de påkrævede kompetencer og processen frem til disse er nået. Dertil er der igangsat et samarbejde på tværs af faggrupperne i afdelingen, så der sikres læring på tværs.

Arbejdet med uddannelsen af nyansat personale øger personalets tryghed ved at varetage deres vagtfunktion, hvilket er et område, hvor afdelingen tidligere har haft udfordringer. Arbejdet med implementering af dette mål har derudover medført en skærpelse af, hvilke færdigheder lægerne skal have for at kunne varetage funktionerne. Det har også sat gang i tilsvarende uddannelsesprogrammer for nyansatte sygeplejerske. Endvidere sat fokus for behov for team-træning for udvalgte funktioner, fx trombolysebehandling. Forventningen er, at dette arbejde vil medføre øget tiltrækning og fastholdelse af personale. Det vil for patienterne betyde at det personale patienten møder er trygge og kompetente i den konkrete situationen – noget der smitter af på patienternes behandlingsoplevelse.

I arbejdet med Wake-up patienterne har Neurologisk afdeling vist sig, at være det center af op mod 40 internationale centre, der har inkluderet klart flest patienter i studiet. Det til trods for at afdelingen var tæt på ikke at komme med i studiet, da man mente, at det var for lille en afdeling.

Et andet eksempel er afdelingens arbejde med at sænke antallet af patienter, der modtager immunglobulin under indlæggelse. Patienterne der modtager denne behandling, vil have meget lange forløb og vil skulle modtage behandlingen ofte. Afdelingen tilbyder patienterne muligheden for at omlægge behandlingen så den enten foregår ved et ambulant besøg – eller i eget hjem. At kunne foretage behandlingen i eget hjem letter patienternes hverdag, da behandlingen kan foretages når det passer ind i dagligdagen. Såfremt patienterne fortsat ønsker at modtage behandlingen under indlæggelse, tages der selvfølgelig hensyn til patientens ønsker, idet det fortsat er en mulighed. Med baggrund i målet, har afdelingen besluttet, at iværksætte en patienttilfredshedsundersøgelse af denne patientgruppe med henblik på belysning af, om patienterne har samme oplevelse af behandlingen som en fordel, som afdelingen gør og en belysning af, hvorfor nogen patienter har fravalgt tilbuddet.

## Præsentation af de valgte mål

Målets navn	Konkret mål	Ændringer/ bemærkninger til målet	Baseline	Evt. udvikling
Øge hastigheden, hvormed yngre læger er fuldt uddannede til at indgå i arbejdet på afdelingen.	<p>1) 90 % af I-læger (de yngste læger der kommer til introduktion til neurologien) og læger i sideuddannelse har kompetencer til at varetage en nattevagt senest 6 uger efter ansættelse.</p> <p>2) 90 % af H-læger (læger der er i gang med speciallægeuddannelse i neurologi) har kompetencer til at varetage en nattevagt senest 3 uger efter ansættelse.</p> <p>3) 90 % af H-læger (læger der er i gang med speciallægeuddannelse i neurologi) og I-læger (de yngste læger der kommer til introduktion til neurologien) udvalgt til trombolysevagt har opnået kompetencen til at varetage en trombolyse forvagt senest 2 mdr. efter ansættelse eller beslutning om trombolysevagtsfunktion</p>	<p>Afdelingen har aktuelt et par læger, der har lægeerklæring på, at de ikke kan gå i nattevagt. De er trukket ud af opgørelsen.</p> <p>Erfaringer frem til nu har vist, at det ikke er alle nye læger der så hurtigt kan indtræde i vagtfunktionerne, da de kommer med meget forskellige forudsætninger.</p>	<p>1) I januar til juli 2014 var 66,7 % af I-lægerne uddannet til nattevagt inden for 6 uger (45 dage).</p> <p>2) I januar til juli 2014 var 44,4 % af H-lægerne uddannet til nattevagt inden for 3 uger (21 dage).</p> <p>3) I januar til juli 2014 var 25 % af lægerne udvalgt til trombolysevagt uddannet inden for 2 mdr. (60 dage).</p>	

Målets navn	Konkret mål	Ændringer/ bemærkninger til målet	Baseline	Evt. udvikling
Behandling af WAKE-UP patienter	Der vurderes 25 patienter til at indgå i WAKE-UP studiet pr. år.	<p>Målet ændres til 25 inkluderede patienter per år, dvs. i gennemsnit ca. 2 patienter per måned.</p> <p>Idealmålet ville være 48 inkluderede patienter pr. år, Det er under forudsætning af at Wake-up patienterne bliver trombolyseret i samme omfang som andre apopleksipatienter. Men da disse patienter alt andet lige erfaringsmæssigt er dårligere og kommer for sent på afdelingen vil et mere realistisk mål være 2 patienter om måneden. Det vil stadig være ambitiøst sammenlignet med de andre centre i studiet..</p>	November 2012 til december 2013 blev 20 inkluderet i wake-up studiet, dvs. 1,4 pr. måned	Januar til 25. september 2014 er der inkluderet 14 patienter, dvs. 1,6 patienter pr. måned

Målets navn	Konkret mål	Ændringer/ bemærkninger til målet	Baseline	Evt. udvikling
Fastholde afdelingens antal af forskningspublikationer	Fastholde antallet af forskningspublikationer vægget i forhold til impactfaktorer set i forhold til tidligere år.	<p>Antal publikationer trækkes ud fra PURE</p> <p>Målet betragtes som et evalueringsmål i forhold til at arbejdet med projektet ikke sker på bekostning af fortsat forskning. Denne udfordring er blevet større aktuelt grundet besparelser på Universitetet, hvor blandet andet de kliniske assistenter fra professorerne er skåret væk.</p>	<p>2012: 47 publikationer</p> <p>2013: 66 publikationer</p>	Januar til september 2014: 34 publikationer
Sikre at patienter i "dvaleambulatoriet" ved behov for kontakt til afdelingen hurtig får en tid	Der må ikke gå mere end 14 dage, fra patienten kontakter afdelingen til, at patienten har en tid på afdelingen eller en telefonkonsultation.	<p>Målet revideres til at 50 % af patienthenvendelserne skal håndteres samme dag og 90 % inden 14 dage.</p> <p>Bag målingen er der mange fejlkilder, bl.a. problemer med korrekt registrering af patientkontakter; identifikation af de kontakter, hvor patienten får løst sit problem umiddelbart i forbindelse med den første kontakt; hvordan registreres det, at patienten ikke svarer sin telefon, når vi ringer m.m. Målingen er således ikke færdigimplementeret.</p>	Der kan ikke fastsættes en baseline, da der er indført nye registreringer 2014.	I perioden juni-juli 2014 blev 62,8 % af dvaleambulatoriepatienterne, der kontaktede afdelingen, håndteret inden for 14 dage, men der bør tages højde for at det var første udtræk, som afslørede mange problemer. Der er således ikke taget højde for fejlregistrering m.v.

Målets navn	Konkret mål	Ændringer/ bemærkninger til målet	Baseline	Evt. udvikling
Antal unikke CPR-numre	Minimum samme antal som baseline.	<p>Neurologisk afdeling arbejder med at øge andelen af kontakten til patienterne per telefon eller mail, idet det er ønskeligt for patienterne ikke at skulle have en fysisk kontakt til hospitalet.</p> <p>Derfor skal antallet af unikke CPR-numre ændres, så det indeholder disse kontaktformer.</p> <p>Det er afdelingens vurdering at antallet således ikke vil falde. Bl.a. baseret på en stigning 5,2 % i antallet af indlæggelser fra januar til august.</p>	I januar-juli 2013 var der 9.920 unikke cpr-numre.	I januar-juli 2014 var der 9.649 unikke cpr-numre = <b>et fald på 2,7 %</b> .

Udover ovenstående arbejder afdelingen desuden med at kvalificere følgende mål frem mod næste devaluering i 2015: 'Sænke antallet af patienter, der modtager immunglobulin under indlæggelse'

## Medicinsk afdeling, Hospitalsenhed Horsens

### Arbejdet med projektet på afdelingen:

#### *Hvordan afdelingen konkret arbejder med projektet i dagligdagen*

Siden Ny styring i et patientperspektiv opstart har afdelingen arbejdet konkret med målene, der vedrører den geriatriske patientgruppe. Derudover er der blevet brugt tid på at operationalisere og starte monitorering på de andre mål op, så der på sigt kan opnås erfaringer, der kan danne grundlag for om der er behov for gennemførelse af andre ændringer af arbejdsgangene.

I forhold til de geriatriske patienter har Medicinsk Afdeling med Geriatrisk Team optimeret samarbejdet med Akutafdelingen, hvor teamet hver dag tilser en række patienter.

Bl.a. tilses patienter med en kompleks geriatrisk problemstilling og geriatriske patienter, som teamet vurderer, kan udskrives hurtigt med opfølgning fra Geriatrisk Team.

I den sidstnævnte gruppe har man stort fokus på og oplever mange patientforløb, hvor man ved at beholde patienten i Akutafdelingen, kan udskrive patienten dagen efter, når udredning og afklaring er på plads.

Dette giver stor kontinuitet, patienten slipper for et afdelingsskift og man har i projektet et meget tæt samarbejde med kommunerne om, hvilke opgaver de varetager, og hvilke opgaver det giver god mening, at afdelingen selv følger op på.

Det kan f.eks. være opfølgning af svar på iværksatte undersøgelser, opfølgning af igangsat behandling, opfølgning vedr. svækket almentilstand, faldudredning, blodprøvetagning, blot for at nævne nogle enkelte eksempler.

Dette er alt i alt medvirkende til gode sammenhængende patientforløb. Generelt oplever afdelingen et tæt samarbejde med alle involverede parter og en meget stor tilfredshed med denne mulighed.

#### *Hvad ændringerne har betydet for patienterne*

For de geriatriske patienternes vedkommende betyder tiltagene, at der sker en hurtigere udskrivning, som kan lade sig gøre ved øget anvendelse af hjemmebesøg via afdelingens Geriatriske Team.

Klinikerne på hospitalet vurderer samtidigt, at projektet bidrager til at skabe større indsigt og tryghed i egen sygdom for borgerne, idet de får indblik i deres egne målinger.

De telemedicinske redskaber giver også mulighed for at reducere antallet af afbud på ambulatorierne, da en borger som er blevet syg og må melde afbud til behandling, i stedet kan deltage i videosamtale fra eget hjem. Der opleves, at der er mindre "spildtid" ved behandling, og borgerne har været glade for det, og synes det er nemt at bruge. En positiv oplevelse med brugen af telemedicin i forbindelse med behandling af en borger med diabetes har været, at en ustabil diabetes er blevet mere stabil.

Se også bilag for eksempler på effekten af projektet samt det Geriatriske Team.

Bilag:

<https://web.retriever-info.com/go/?u=https%3A%2F%2Fweb.retriever-info.com%2Fservices%2Farchive.html%3Fmethod%3DdisplayPDF&p=513513&a=37331&sa=2021482&x=bf54556c3bf549719469ec5170c44358&d=035031201311262083059>

<http://horsens.intranet.rm.dk/om+hospitalet/nyheder/visnyhed+horsens+nyt+intra?visNyhed=64438>



## Præsentation af de valgte mål

Mål	Konkret mål	Ændringer /bemærkninger	Baseline 2013	Baseline jan-aug 2013	Evt. udvikling jan-aug 2014
Færre indlæggelser pr. patient på Medicinsk afdeling	Antallet af udskrivninger pr. cpr nr. skal falde på Medicinsk afdeling	Indlæggelser erstattes af udskrivninger af opgørelsesmæssige årsager. På sigt er det meningen, at der også skal måles på KOL, hjerte og geriatri.	0,40	0,34	0,37
Telemedicinske registreringer	En stigning i antallet af telemedicinske løsninger for den geriatriske patientgruppe. Målt på telemedicinske procedurekoder med Geriatrisk afsnit som producerne afsnit.		3.148	1.822	2.325
Stigning i antal hjemmebesøg	Antal hjemmebesøg skal stige på medicinsk afdeling.	Nyt mål.	1.325	870	963
Patientoplevelt kvalitet	At der en stigning i den patientoplevede kvalitet.	Målet udgår. Det er ressourcekrævende, at undersøge patientoplevelt kvalitet for denne målgruppe.			
Unikke cpr	Antallet af unikke behandlede cpr.nr. skal som minimum svare til 2013-niveauet.		17.998	13.550	13.920

Mål	Konkret mål	Ændringer /bemærkninger	Baseline 2013	Baseline jan-aug 2013	Evt. udvikling jan-aug 2014
Ventetid	At der ikke sker en stigning i ventetiden på afdelingen.	Udgår, hospitalet skal i stedet leve op til behandlingsgarantien			
Væske- og antibiotikabehandling i eget hjem ekskl. Hedensted (Opstart juli 2014)	En stigning i antal patienter som modtager væske- og antibiotika-behandling i eget hjem.	Projekterne blev iværksat i Horsens og Skanderborg oktober 2013, og der er derfor ikke tal for hele 2013. Hedensted kom med i juli 2014.		okt - dec 2013: 18	jan - aug 2014:73

Udover ovenstående arbejder afdelingen desuden med at kvalificere følgende mål frem mod næste devaluering i 2015: 'Færre indlæggelser pr. patient på medicinsk afsnit på Akutafdelingen', 'Færre indlæggelser pr. patient på den geriatriske patientgruppe', 'Hospitals-påførte infektioner (ESBL, Clostridier hos geriatriske patienter)', 'Hospitals-påførte infektioner (VRE (vanco mycin resistente enterokokker), MRSA )', 'Hospitalspåførte infektioner (Bakteriæmier )', 'Antibiotika-forbrug under indlæggelse og ved udskrivelse' og 'Egenmestring hjerte, kol, diabetes'.