

Status for Kvalitetsstrategien på sundhedsområdet 2010-2013

Kvalitetsstrategien på sundhedsområdet i Region Midtjylland udgør den overordnede ramme for kvalitetsarbejdet. Den blev vedtaget af Regionsrådet oktober 2010, og er gældende i hele rådets funktionsperiode 2010-2013. 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

Som det fremgår af kvalitetsstrategien vil Region Midtjylland med afsæt i bl.a. Region Midtjyllands sundhedsplan¹ og Danske Regioners seks centrale værdier for det danske sundhedsvæsen konkret arbejde for:

- At patienterne får den mest effektive behandling
- Færre patientskader og behandlingskomplikationer
- Inddragelse af patient og pårørende
- Rettidig behandling
- Færre borgere med kompliceret kronisk sygdom
- Større lighed i sundhed
- Forbedret sundhedstilstand for borgerne i Region Midtjylland

Dette er den første status på strategien, og det beskrives hvorledes der er arbejdet ud fra strategien. Status er en overordnet beskrivelse og således ikke en udtømmende beskrivelse af alle de konkret igangsatte eller planlagte initiativer på hospitalerne, i administrationen eller på praksisområdet.

Kvalitetsstrategien består af fire strategispør, 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.

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

De fire strategispør 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 strategispør 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 Aim², 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.

² 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.

Kvalitetsstrategien går på tværs af sektorer, og indholdet af status involverer derfor flere sektorer. De igangsatte indsatser er komplekse og vil være højt på dagsordenen i såvel driftsorganisationen som i administrationen.

Både hospitalerne, administrationen og praksisområdet er allerede godt i gang med kvalitetsarbejdet i henhold til kvalitetsstrategien, og der foregår mange initiativer lokalt som ikke beskrives i denne status. 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. Det er også i regi af LfK, at den næste Kvalitetsstrategi på sundhedsområdet vil blive forberedt med henblik på politisk godkendelse.

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

Den Danske Kvalitetsmodel danner en central ramme for meget af kvalitetsarbejdet. Fra maj 2012 træder 2. version af modellen i kraft, hvilket vil påvirke arbejdet i regionen, idet nye standarder skal implementeres og dermed nye krav efterleves. Der vil også være et revisionsarbejde i relation til ændrede standarder.

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.

Det er et mål, at arbejdet med Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM) medfører et kvalitetsløft, og at hospitalerne i Region Midtjylland (betegnelsen inkluderer psykiatrien) opnår akkreditering hvert tredje år. Ansvaret for arbejdet med DDKM er i Region Midtjylland decentraliseret, og dermed placeret hos den enkelte hospitals- og psykiatrilæder. Juni 2008 vedtog det Regionale Kvalitetsråd en fælles tids- og aktivitetsplan for akkrediteringsprocessen (2008-2011) med henblik på at tydeliggøre hvilke krav og forventninger, der blev stillet til hospitalerne i forbindelse med akkrediteringen. Ud fra planen udarbejdede hospitalerne lokale handleplaner, der lå inden for rammerne af den overordnede plan. På baggrund af planen har Kvalitetsrådet løbende fulgt status og milepæle i arbejdet.

Der har været iværksat mange forskellige initiativer på hospitalerne som en del af kvalitetsudviklingsarbejdet og arbejdet med akkreditering. Nogle tiltag er foretaget i fællesskab mens andre er foregået lokalt. Kvalitetsrådet besluttede en arbejdsdeling for udarbejdelse af de retningsgivende dokumenter DDKM stiller krav om, og på baggrund af denne er ca. halvdelen af de retningsgivende dokumenter udarbejdet som regionale. Den anden halvdel har hospitalerne udarbejdet lokalt med stort fokus på, at de også skal have dem implementeret i egen organisation (trin 2 i DDKM).

Der har tidligere været afholdt regionale Kvalitetskoordinatorkurser med fokus på akkrediteringsprocessen. Disse er suppleret med, at hospitalerne løbende har uddannet medarbejdere i brug af kvalitetsværktøjer (som eksempelvis intern survey³). Strategisk Sundhedsledelsesforum besluttede i 2010, at hospitals- og psykiatrilædelserne også skulle igennem intern survey, hvilket blev effektueret.

Erfarings- og videndeling på tværs af hospitalerne er bl.a. sket gennem Kvalitetsråd, samarbejdsgruppe og netværk (på både kontorchef og fuldmægtigniveau).

Hospitalerne i Region Midtjylland gennemgik ekstern survey med henblik på akkreditering i uge 11-23, 2011 med særdeles flotte resultater. Hospitalerne blev vurderet ud fra den organisering der var inden sammenlægningen af hospitalerne i hhv. Århus og Skejby samt Viborg og Silkeborg. Fem af hospitalerne er blevet akkrediteret uden bemærkninger (Psykiatri og Social, Hospitalsenheden Vest, Hospitalsenheden Horsens, Regionshospitalet Viborg og det tidligere Århus Universitetshospital, Skejby). Det tidligere Århus Sygehus og Regionshospitalet Silkeborg, Regionshospitalet Hammel Neurocenter er indstillet til akkrediteret uden bemærkninger, og afventer således deres endelige status. Regionshospitalet Randers er på nuværende tidspunkt (januar 2012) akkrediteret med bemærkninger, men det kan ændre sig idet de får genbesøg, hvilket betyder, at de eksterne surveyors kommer på opfølgende besøg, hvilket muligvis ændrer deres akkrediteringsstatus.

Den fælles del af opfølgningen på bemærkningerne fra det eksterne survey blev i 2011 koordineret af Kvalitetsrådet samt 'Samarbejdsgruppen mellem drift og stab på kvalitetsområdet'. Som et led i dette arbejde er der udpeget otte fokusområder, som der fortsat vil blive arbejdet med i 2012. Hospitalerne i Region Midtjylland skal igennem ekstern survey igen i 2014, og de vil i den mellemliggende periode naturligvis fortsætte det igangsatte arbejde med kvalitetsudvikling.

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 er blevet varetaget af Region Midtjylland, og i 2011 er der udarbejdet forslag til temaer, hvor der er særligt behov for opmærksomhed på kvaliteten. Projektets formål er at øge og systematisere indsatsen med hensyn til opfølgningen på de stillede krav til de private sygehuse og klinikker, som har en aftale under det udvidede frie sygehusvalg.

2. Der vil med DDKM være fokus på patientsikkerhed.

I henhold til Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM) er hospitalerne forpligtede til at dokumentere, at de har vurderet rapporter om utilsigtede hændelser i Dansk Patient Sikkerhedsdatabase (DPSD) i forhold til 16 standarder. Med henblik på at sikre kvalitetsovervågning af patientsikkerheden har implementering af den nye patientsikkerhedsdatabase – DPSD2 derfor fyldt en del på området. Bl.a. har der været afholdt

³ Intern survey er en intern vurdering af om der leves op til standarderne i DDKM.

workshops for regionens risikomanagere med henblik på fælles træning i sagsbehandling og udtræk af rapporter. Endvidere er der arbejdet på at sikre en fornuftig og virkningsfuld organisation, der understøtter arbejdet med DPSD på alle Region Midtjyllands ansvarsområder.

Det Tværsektorielle Netværk for utilsigtede hændelser i sektorovergange, der er nedsat i forbindelse med sundhedsaftalerne, har i den forbindelse aftalt og igangsat et samarbejde om tværsektorielle utilsigtede hændelser.

Regionen har søgt at forebygge alvorlige utilsigtede hændelser via grundige analyser af rapporterede hændelser, der har en alvorlig karakter. Videndeling om analyseresultaterne sikres via drøftelse af konkrete utilsigtede hændelser i den faglige gruppe for patientsikkerhed. Denne drøftelse er også fremover et fast punkt på møderne.

DPSD er tillige blevet anvendt i forbindelse med igangværende opgaver i regionen. Det gælder bl.a. i forhold til MRSA (Methicillin-resistente Staphylococcus aureus) og indførelse af nye it-systemer som EPJ. Endvidere har mønstre og tendenser i DPSD fra 2010 medført, at det regionale Kvalitetsråd besluttede at gennemføre et udredende arbejde om patientidentifikation. Det har indtil videre udmøntet sig i en rapport med anbefalinger til regionale tiltag, f.eks. patientinvolvering og indførelse af ny teknologi, som en nedsat arbejdsgruppe vil følge op på i foråret 2012.

Arbejdet med DDKM-standarderne vil fortsætte i 2012, hvor opmærksomheden bl.a. bør rettes mod, at der i både 2010 og 2011 var en stor del af de utilsigtede hændelser, som omhandlede medicineringsfejl i forbindelse med lægemiddelordination, -administration og -dispensering. Løsningen på en del af medicineringsproblematikkerne vil imidlertid antageligvis findes i implementeringen af Det Fælles Medicinkort (FMK), hvorfor effekten heraf i første omgang bør afventes.

Pr. 1. januar 2011 trådte en ny lov om patientklager i kraft. Det væsentligste nye aspekt er, at når en patient indsender en klage til Patientombuddet⁴ (POB) bliver denne tilbudt en dialog med behandlingsstedet. 79 patienter i Region Midtjylland har i 2011 taget imod dette tilbud. Dette gælder dog ikke rettighedsklager, som stadig behandles af et Disciplinærnævn. Hospitalerne, praksis, tandlæger m.fl. er i forlængelse af dialogen forpligtiget til at udfylde et fælles tværregionalt skema, som sendes ind til administrationen, som sammenstiller svarene, analyserer og konkluderer på, hvor mange patienter havde en bisidder med, hvem havde de samtaler med, de behandlingsansvarlige, ledelsen eller en hel anden. Hvad blev udfaldet af dialogen, frafaldt de klagen eller fastholdt de den. Specielt for Region Midtjylland spørges den behandlende instans om, hvad de har lært og om de har taget initiativer på baggrund af klagen.

Region Midtjylland har i lighed med de øvrige fire regioner forpligtet sig til at gennemføre tre nationale kvalitetsindsatser vedrørende sepsis (blodforgiftning), tryksår og kirurgisk tjekliste til forbedring af patientsikkerheden. I november 2011 besluttede Region Midtjylland at udbrede en mere omfattende indsats i form af udrulning af tre pakker fra Patientsikkert Sygehus i hele regionen. Det drejer sig om sepsispakken, kirurgipakken og tryksårspakken.

⁴ Ny instans pr. 1. januar 2011, som afløste Patientklagenævnet (PKN) og som også rummer Dansk Patient Sikkerhedsdatabase (DPSD) og Patientforsikringen.

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

Det regionale Kvalitetsråd besluttede februar 2008, at der skulle udarbejdes regionale retningslinjer for alle de sygdomsspecifikke standarder under Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM). Med få undtagelser blev arbejdet med retningslinjerne afsluttet primo 2011. De udfærdigede retningslinjer er tilgængelige for både personale, patienter og borgere i regionens dokumentstyringssystem e-Dok⁵. Retningslinjerne er alle ledelsesgodkendt og de er gældende for alle medarbejdere i Region Midtjylland.

For hvert sygdomsområde blev der nedsat en snæver gruppe, hvor udkast til en fælles retningslinje for behandling, pleje, rehabilitering m.v. blev udarbejdet. Udkastet blev sendt til høring i relevante regionale faglige råd, og slutteligt indstillet til godkendelse i Strategisk Sundhedsledelsesforum eller et andet fora, der havde fået bemyndigelse til at godkende retningsgivende dokumenter.

De regionale retningslinjer er baseret på nationale retningslinjer, referenceprogrammer og lignende i det omfang de har været tilgængelige på de pågældende sygdomsområder. Retningslinjerne er i mange tilfælde udmøntet i lokale retningslinjer eller instrukser på det enkelte hospital, idet forløbene ofte er meget forskellige fra hospital til hospital. Der findes dog også detaljerede retningslinjer og instrukser på regionalt niveau, der udtrykker en fælles praksis i regionen.

Fra politisk side har der også været fokus på de sygdomsspecifikke standarder, og der har eksempelvis været afholdt temamøder om Det Nationale Indikatorprojekt (NIP) for det rådgivende udvalg vedrørende hospitaler⁶ med henblik på at understøtte og kvalificere Regionsrådets beslutningsgrundlag.

1. version af DDKM indeholder 11 sygdomsspecifikke temaer. I 2. version af DDKM, der forventes at træde i kraft maj 2012, lægges der op til, at de sygdomsspecifikke standarder ikke længere omhandler navngivne enkelte sygdomme. Der er i stedet fire sygdomsspecifikke standarder, som omhandler rammerne for hvorledes hospitalerne tilrettelægger behandlingen af konkrete patientgrupper. Hospitalerne skal ud fra deres opgaver og behov udvælge de konkrete sygdomme og patientforløb, der udarbejdes retningsgivende dokumenter og forløbsbeskrivelser for.

For en beskrivelse af arbejdet med de kliniske kvalitetsdatabaser, herunder NIP, se afsnittet vedrørende udviklingsspor IV, punkt 1.

⁵ [Http://e-dok.rm.dk](http://e-dok.rm.dk)

⁶ Det rådgivende udvalg vedrørende hospitaler var et politisk udvalg, der fungerede 1.2.2010-31.12.2011.

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.

I administrationen og på hospitalerne arbejdes der med implementering af retningsgivende dokumenter (politikker, retningslinjer og instrukser), der beskriver 'best practice' og hvordan der bør ageres. De retningsgivende dokumenter er med til at italesætte de eksisterende arbejdsgange (plejer) og sætte fokus på overvejelser om hvad der er hensigtsmæssigt (bør). En af de ting der er fokus på i Region Midtjylland er kommunikation mellem sundhedsprofessionelle og patienter/pårørende (se afsnittet under udviklingsspor III for en nærmere beskrivelse).

Region Midtjylland har i 2011 været igennem en stor omstillingsplan foranlediget af, at der skulle spares. Det har været medvirkende til at sætte spørgsmålstejn ved 'plejer'. På hospitalerne har det bl.a. betydet yderligere omlægning fra stationær til ambulans behandling, som kræver samarbejde med kommunerne. Samarbejdet rummer eksempler på, at hospitalerne/afdelingerne ikke gør som de plejer.

Som eksempler på at der gøres op med 'plejer' kan det nævnes, at der på Hospitalsenhed Midt gennemføres projekter i regi af Center for Excellence, hvor man i løbet af få dage kan sikre diagnosen hos patienter med atypiske symptomer. Regionshospitalet Horsens har i foråret 2011 iværksat et strategisk tiltag kaldet 'de fem spor', som skal gøre op med 'plejer' og har til formål at optimere patientforløbene i akuthospitalet.

Regionshospitalet Horsens indgår som et af fem hospitaler i Danmark i projektet 'Patientsikkert Sygehus' (PS). Hospitalerne der indgår i PS skal dokumentere, at de overbevisende og hurtigt kan forbedre patientsikkerheden ved en fokuseret ledelsesindsats og ved indførelse af en række kliniske og organisatoriske tiltag. Ambitionen er at opnå en 15 % reduktion i 30-dagesdødeligheden og 30 % reduktion i utilsigtede skader. PS sætter 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.

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

I Region Midtjylland er der 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. Projektet afsluttes i 2012 med afholdelse af tværsektorielle stormøder i klyngerne⁷, hvor praksis, hospital og kommuner drøfter fælles udfordringer i forhold til det lokale fortsatte udviklingsarbejde.

I efteråret 2011 er der i et samarbejde med Hospitalsenheden Vest 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 der i 2011 indgået aftale om et 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 og ved brug af Det Fælles Medicinkort (FMK). Projektet løber af stablen i foråret 2012 og afsluttes i 2013.

I slutningen af 2011 er der arbejdet med rammer og proces for en kommende praksisudviklingsplan, hvor et af temaerne kunne blive fortsat at fokusere og operationalisere indholdet af tovholderfunktionen. Der afholdes en temadag⁸ i marts 2012 med input til en ny praksisudviklingsplan, som også vil komme til at indeholde visioner og temaer for kvalitetsarbejdet i forhold til almen praksis.

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 regionshospitaller" og er et bilag til Sundhedsaftalen. I forlængelse af denne strategi har Kvalitet og Sundhedsdata udarbejdet en delstrategi vedrørende kvalitetssikring og monitorering af den elektroniske kommunikation af struktureret information ved brug af MedCom-standarder mellem almen praksis, kommuner og hospitaler i Region Midtjylland.

Yderligere udbredelse af den elektroniske kommunikation kræver et vedholdende fokus på både organisatoriske forhold, arbejdsgange og teknik. I den forbindelse er det vigtigt at der foregår en tværsektoriel koordination, således almen praksis, kommune og hospital kan udveksle information via samme MedCom standarder elektronisk mellem hinanden. Kvalitetssikring og monitorering skal løfte opgaven med at synliggøre performance på området med rapportering til relevante lederfora, hvor ansvaret for en velfungerende kommunikation omkring sammenhængende patientforløb bliver dagsordensat og varetaget.

Delstrategien tager hånd om nedenstående problemstillinger i forbindelse med elektronisk kommunikation;

⁷ Omkring hver hospitalsenhed i regionen er der dannet klynger, hvor de nærliggende kommuner, hospitaler og almen praksis mødes.

⁸ Til temadagen vil Samarbejdsudvalget for almen praksis, regionens konsulentkorps, repræsentanter fra kommuner og hospitaler samt sundhedsstaben deltage.

- De kommunikerende parter indstilling og handlemåde.
- Organisatoriske markører (SOR⁹).
- System til system formidling (VANS¹⁰).
- MedCom certificering.

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 arbejds gange.**
- 2. Implementering af nye indsatser med afsæt i bl.a. "Patientens møde med sundhedsvæsenet - De mellem menneskelige relationer, anbefalinger for kommunikation, medinddragelse og kontinuitet"**

Fælles status for punkt 1 og 2:

Det regionale Kvalitetsråd afholdt en strategidag i december 2011 med henblik på videre drøftelse af udmøntning af kvalitetsstrategien på sundhedsområdet. Det overordnede tema til strategidagen var 'patienten som partner', og der blev udpeget en række områder, der skal arbejdes videre med.

Hospitalet i Region Midtjylland arbejder med en række indsatser for at styrke patienter og pårørende og understøtte dem i at være aktive medspillere i sundhedsvæsenet. Der er bl.a. fokus på:

- At etablere brugergrupper og kontaktudvalg.
- Kommunikationskurser for sundhedsfagligt personale.
- At inddrage patienter og pårørende i at sikre overgange mellem sundhedsaktører.
- At sikre den bedst mulige tilrettelæggelse af eget behandlingsforløb.
- Forskellige tiltag i relation til understøttende it i patientkontakt og involvering (f.eks. sms-service, adgang til at booke tider og elektronisk adgang til den regionale dokumentindsamlings e-Dok).

Hospitalet i Region Midtjylland arbejder alle med at forbedre graden af patientinddragelse. Som et konkret eksempel på arbejdet med sporet Patienter som partner, sætter Hospitalsenheden Horsens i 2012 et projekt i gang "Fra patient til borger". Projektet har til formål dels at anvende borgernes egen kapacitet i sundhedsindsatsen dels at kompetenceudvikle den fremtidige faglighed i sygeplejen med henblik på øge borgerens bevidsthed om egen kapacitet.

⁹ SOR: Sundhedsvæsenets Organisationsregister.

¹⁰ VANS: Value Added Network Service.

Endnu et konkret eksempel på arbejdet med patientinddragelse er projekt "Mere tid til patienten", som Regionshospitalet Randers har igangsat. Projektet tager udgangspunkt i, at sygeplejersken i højere grad skal være til stede på patientstuen. Fokus er at give bedre mulighed for at guide patienten til at klare tingene selv. Desuden bliver sygeplejersken mere tilgængelig for spørgsmål fra patienten.

Patient empowerment er et af fire fokusområder for Regionernes Sundheds-it (RSI). Fokusområderne udmøntes i seks pejlemærker, der omfatter konkrete projekter så vel som udarbejdelse af en fælles tværregional strategi for it-understøttelse af patient empowerment med fokus på fælles indsatser.

Et andet af fokusområderne for RSI er patientinformation. Patientinformation kan både dreje sig om skriftlig såvel som mundtlig information. Som nævnt ovenfor er der fokus på udvikling af personalets mundtlige kommunikation bl.a. gennem kurser. Derudover vedtog Kvalitetsrådet til strategidagen, at kommunikation er et tema, der skal være fokus på. Region Midtjylland har på baggrund af analyser af resultater fra den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser (LUP) bl.a. udvalgt information om ventetid samt udlevering af skriftlig information som fælles regionale områder, der skal arbejdes videre med. Slutteligt kan nævnes, at der er etableret et regionalt kommunikationsforum, der udarbejder fælles patientinformation for centrale emner på udvalgte sprog. Materialet er tilgængeligt på regionens hjemmeside.

Brugerinvolvering i planlægningsfasen

Brugerinvolvering kan også ske ved at inddrage borgerne allerede i planlægningsfasen ved større anlægsprojekter. Ved planlægningen af byggerierne af de to nye hospitaler i Region Midtjylland er der lagt stor vægt på brugerinvolvering.

Hospitalsenheden Vest har som en del af visionen for Det Ny hospital i Vest (DNV), at det er patientens hospital. De valgte i 2010 at indhente brugeres og borgeres synspunkter til det nye byggeri ved afholdelse af et bruger-borgermøde. Mødet indeholdt en idéudviklingsproces, som mandede ud i en række udsagn om en række temaer. Udsagnene formuleredes som 'budskaber til byggerne' som bl.a. blev formidlet sammen med udbudsmaterialet i programgrundlaget. I forbindelse med, at vinderprojektet for byggeriet skulle udvælges og offentliggøres blev det andet bruger-borgermøde afholdt i efteråret 2011, hvor fokus var på fysisk tilgængelighed på DNV. Der planlægges to bruger-borger møder i 2012.

Det Nye Universitetshospital i Aarhus (DNU) arbejder ligeledes med brugerinvolvering, og har gjort det siden 2009. Der er nedsat et DNU-panel, som er åbent for alle borgere og arbejder med en bred vifte af emner vedrørende planlægning af DNU. Panelets målsætning er at inddrage patienter og pårørende i planlægnings- og byggeprocessen. Panelet inddrages til idéudvikling, dialog, høring og information og har mødtes flere gange årligt. I 2010 har der f.eks. været afholdt møder med 'it i fremtidens hospital', 'modtagelse af patienter' og 'tilgængelighed' som temaer. Panelets arbejde spænder fra det generelle til mere specifikke aspekter af planlægningen, og der nedsættes ad hoc arbejdsgrupper via DNU-panelet.

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.

Web booking er et it redskab, der forbedrer patientindflydelse og –inddragelse. Web booking er et delmål i Region Midtjyllands strategi for sundheds it. Det er forventningen at web booking vil give en række fordele, eksempelvis:

- mindske antallet af udeblivelser, hvis patienten får større indflydelse på tid og sted for undersøgelsen
- sekretærene skal bruge mindre tid på telefonkontakter med patienter, der ønsker at flytte aftaler.
- Webbooking ligger i naturlig forlængelse af planerne om at sende digitale indkaldelsesbreve til patienterne

Web booking muliggør at alle patienter kan:

- se deres aftaler på Region Midtjyllands hospitaler
- se og printe indkaldelsesbreve og tillægsmateriale
- tilmelde sig sms påmindelse på deres aftaler

Web booking kræver blot at patienten har browseradgang og NemID.

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 kvalitet

I Region Midtjylland monitoreres den faglige kvalitet bl.a. via de landsdækkende støttede kliniske kvalitetsdatabaser samt monitorering af pakkeforløbene på kræft- og hjerteområdet (se det efterfølgende afsnit om ledelsesinformationssystemet for en beskrivelse af sidstnævnte).

Der findes ca. 60 landsdækkende støttede kliniske kvalitetsdatabaser. Indtil 2012 har 10 af databaserne været drevet i regi af Det Nationale Indikatorprojekt (NIP), der har kørt et fælles koncept for indsamling, bearbejdning og rapportering af data. For at styrke organiseringen og infrastrukturen for alle databaserne er det fra nationalt hold besluttet at omlægge arbejdet med alle de kliniske kvalitetsdatabaser så de fremover alle drives efter samme koncept med samme krav til rapportering mv. Det nationale arbejde ledes af det nyetablerede "Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram".

Arbejdet med de kliniske kvalitetsdatabaser i Region Midtjylland har pga. ovennævnte opdeling af databaserne indtil 2012 kørt i to forskellige spor. For de databaser, der har kørt i regi af NIP, har der årligt været afholdt regionale audits i samarbejde med hospitalerne. Der er blevet

fulgt op på resultater og særlige indsatsområder til dialogmøder med hospitalerne, og Regionsrådet er endvidere blevet orienteret om dem.

For de øvrige kliniske kvalitetsdatabaser har opfølgningen på resultaterne foregået ved, at administrationen fortløbende har udarbejdet resuméer af databasernes årsrapporter og sendt dem til hospitalsledelserne til orientering. Databasernes årsrapporter er blevet sendt til relevante regionale specialeråd for bemærkninger, herunder med henblik på identificering af om der var behov for særlige/regionale tiltag

Det har været gældende for alle databaserne, at resultater og kommentarer i relevant omfang er behandlet på dialogmøder mellem direktionen og hospitalerne, hvor de enkelte kvalitetsindikatorer er blevet drøftet og hospitalerne har forholdt sig til, hvordan resultaterne anvendes til vurdering og forbedring af kvaliteten i behandlingen.

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 har der udover den 'generelle' LUP været foretaget 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. Det regionale Kvalitetsråd har drøftet muligheden for regionale tiltag, og har udpeget seks fokusområder¹¹ hospitalerne skal arbejde med med henblik på at forbedre resultaterne af LUP 2012. Resultaterne drøftes endvidere til direktionens dialogmøder med hospitalerne og Regionsrådet orienteres om resultaterne og hospitalernes handleplaner for at forbedre resultaterne.

Region Midtjyllands ledelsesinformationssystem

På kvalitetsområdet består ledelsesoverblikket i InfoRM af resultaterne for udvalgte kliniske kvalitetsdatabaser, LUP og kontaktpersonordningen. Det er også muligt at se resultaterne af kræftpakkerne i InfoRM. Resultaterne er tilgængelige for medarbejdere i Region Midtjylland via ledelsesinformationssystemet InfoRM. Der vil fortløbende integreres yderligere kvalitetsdata i InfoRM.

Der er et nyt ledelsesoverblik i InfoRM under udarbejdelse. Ledelsesoverblikket skal sikre et fælles koncept for opfølgningen på ledelses- og styringsgrundlaget og skal indeholde centrale styringsdata vedrørende økonomi, personale, aktivitet, kvalitetsdata mv.

I det nye overordnede ledelsesoverblik vil der ligeledes være et horisontalt ledelsesoverblik med brug af udvalgte tværgående indikatorer, der er karakteriseret ved, at flere af dem inddrager flere af patientforløbets sundhedsaktører. Som de første input til dette har Strategisk Sundhedsledelsesforum (SSLF) december 2011 valgt tre særlige fokusområder: nedbringelse

¹¹ De udpegede fokusområder er: Personalets håndtering af fejl, om der er tvivl om livsstilens betydning for patientens eget helbred, kontaktpersonordningen, oplevelse af ventetid i ambulatoriet/modtagelsen i afdelingen, information om ventetid og om patienten havde modtaget skriftlig information.

af undgåelige indlæggelser og genindlæggelser, fuld målopfyldelse for udvalgte kvalitetsdatabaser¹² og forebyggelse af patientskader i første omgang i form af tryksår.

SSLF besluttede december 2011, at ledelsesoverblikket skal indgå i dialogmøderne mellem direktionen og hospitalerne.

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 er til brug for såvel klinikerne som lederne. Monitoreringen understøtter implementeringen af pakkeforløbene og er med til at sikre patientforløb uden unødigt ventetid idet datagrundlaget giver viden om performance og derved muliggør identifikation af flaskehalse i patientforløbene. 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 (marts og september) om resultaterne fra monitoreringen og handleplanerne.

Kræft- og hjertepakkemonitoreringen skal integreres i visningen af servicemålene i InfoRM i 2012. En oversigt af data fra Patientforsikringen vedrørende erstatningssager vil blive præsenteret i InfoRM i løbet af 2012.

Den organisatoriske kvalitet

DDKM stiller krav om den organisatoriske kvalitet og arbejdet med akkreditering har således været med til at rette fokus på styrkelse af kvalitetsorganisationerne på hospitalerne. Alle hospitaler har således etableret Kvalitetsråd med deltagelse af psykiatri-/hospitalsledelserne.

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

Baggrund for arbejdet med monitorering af forløbsprogrammerne

Udvikling og implementering af forløbsprogrammerne for kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL), type 2 diabetes og hjertekarsygdom er et led i Region Midtjyllands indsats for personer med kronisk sygdom.

Foråret 2010 blev der udarbejdet et notat, der beskriver den overordnede ramme for en systematisk monitorering af forløbsprogrammerne i Region Midtjylland. Formålet med monitoreringen er:

- at forløbsprogrammerne implementeres som planlagt
- at formålene med forløbsprogrammerne opfyldes
- at kvalitetsudvikle forløbsprogrammerne

Status på og videre plan med arbejdet vedrørende monitorering af forløbsprogrammerne Identificering af indikatorer

¹² Kvalitetsdatabaserne der skal være fuld målopfyldelse omhandler sygdomsområderne lungecancer, apopleksi, akut mave-tarm kirurgi og skizofreni.

Med baggrund i notatet om en systematisk monitorering af forløbsprogrammerne blev "Monitoreringsgruppen vedrørende forløbsprogramspecifikke indikatorer" bestående af repræsentanter fra hver af de tre forløbsprogramgrupper samt fra hver af de tre sektorer - almen praksis, kommune og hospital - nedsat. Monitoreringsgruppens opgave har været at identificere og prioritere væsentlige indikatorer på baggrund af anbefalingerne i de tre forløbsprogrammer samt at få overblik over, hvilke indikatorer, der registreres i allerede eksisterende databaser.

I udvælgelsen er der lagt vægt på indikatorer vedrørende organisatorisk og faglig kvalitet. Indikatorer som principielt kan være struktur, proces og effekt indikatorer.

Der har været afholdt tre møder med monitoreringsgruppen efteråret 2011, som har resulteret i et indikatorsæt bestående af generiske og sygdomsspecifikke indikatorer for almen praksis, kommune og hospital. Ved identifikation af indikatorerne er der i første omgang fokuseret på struktur og proces indikatorer og i videst muligt omfang tilstræbt at genbruge data fra eksisterende databaser. Det bliver formentlig nødvendigt med ny-registreringer, navnlig vedrørende overgange og rehabiliteringstilbud. Dette afklares i projektets fase 2.

Databasen etableres således, at den kan tilpasses konkrete behov og betingelser og skal kunne justeres og suppleres med yderligere indikatorer på sigt, herunder effektindikatorer, samt inddragelse af patient-/borgeroplevet kvalitet.

Arbejdsprocessen

Arbejdet med monitorering af de tre forløbsprogrammer er inddelt i fire faser, hvor der 1) vælges indikatorer 2) dataindsamlingen beskrives 3) en pilottest iværksættes og 4) en forventet idriftsættelse medio 2013, senest medio 2014.

Der tilstræbes et samarbejde med de øvrige regioner, og der har i begyndelsen af januar været afholdt et møde med Region Hovedstaden vedrørende drøftelse af samarbejds muligheder.

3. Vi vil arbejde med Triple Aim¹³, hvor vi vil have særligt fokus på monitorering af befolkningens sundhedstilstand.

Sundhedstilstanden i Region Midtjylland monitoreres bl.a. gennem befolkningsundersøgelserne "Hvordan har du det?". På baggrund af undersøgelserne udarbejdes der sundhedsprofiler for region og kommuner. Resultaterne af undersøgelserne vil på sigt indgå i det horisontale ledelsesoverblik i regionens ledelsesinformationssystem InfoRM.

Fremadrettet skal der arbejdes på at operationalisere Triple Aim, hvor der bl.a. skal udvikles et sundhedsbarometer, som kan bruges som parameter i forhold til befolkningens sundhedstilstand.

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, hvor de fik opbakning fra 10 faglige organisationer til, at kvalitet skal være styringsredskab for det offentlige

¹³ 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.

sundhedsvæsen. Der skal eksempelvis fremover fokuseres på om behandling virker frem for antallet af behandlinger. Kort sagt skal fokus være på kvalitet og resultater. Dette stemmer overens med fokus i Region Midtjylland, hvor det nyetablerede (besluttet november 2011) Lederforum for Kvalitet eksempelvis har som en del af sit kommissorium, at det skal angive fokusområder, der tydeliggør og kobler kvalitet og økonomi med særligt fokus på det, der giver værdi for patienten.

Der er udarbejdet operationelle mål¹⁴ for kvalitetsarbejdet i forbindelse med budgetlægningen for 2013. Opnåelse af de beskrevne mål vil kræve højere kvalitet og forventes at resultere i bedre udnyttelse af ressourcerne. Kort sagt mere sundhed for pengene.

Herudover er der i Region Midtjylland igangsat forskellige initiativer, der vil kunne bidrage til effektiv udnyttelse af ressourcer og omkostningseffektivitet pba. høj kvalitet. Det kan eksempelvis nævnes, at:

- der er planlagt kursusaktiviteter, hvor økonomi, kvalitetsledelse og innovation kobles sammen med henblik på at skabe et forstærket ledelsesfokus i hele ledelsessystemet.
- den regionale lægemiddelkomité, som træffer strategiske beslutninger på lægemiddelområdet, har som en del af sin målsætning, at den skal afveje behandlingseffekter ift. økonomi samt inddrage sundhedsøkonomiske analyser af medicinområdet i det samlede sundhedsvæsen.
- Regionsrådet i 2011 har besluttet, at der er indføres decentraliseret budgetansvar ved udgifter til patientforsikring mhp at skabe økonomisk incitament, der understøtter hospitalernes bestræbelser på at nedbringe antallet af patientforsikringsager.
- planlagt temamøder for Regionsrådet, hvor fokus er på sammenhængen mellem kvalitet og økonomi.

¹⁴ Se notatet "Operationelle udviklingsmål irt. Budgetlægningen for 2013 og budgetoverslagsårene 2014-2016".