Regionshuset
Viborg

Koncernøkonomi
Skottenborg 26
Postboks 21
DK-8800 Viborg
Tel. +45 7841 0000
kontakt@rm.dk
www.rm.dk

Projekt ny styring i et patientperspektiv – bruttoliste over mål

Dato 16-12-2013
Sagsbehandler Henriette Sørensen
Henriette.Soerensen@stab.rm.dk
Tel. +4578410433
Sagsnr. 1-01-78-10-12

Indhold

Indledning 2
Processen bag de mål afdelingerne har udvalgt 2
Økonomi, service- og kvalitetsmål i budget 2014 2
Medicinsk afdeling, Hospitalsenhed Horsens 4
Ortopædkirurgisk afdeling, Regionshospitalet Randers 7
Diagnostisk Center, Hospitalsenhed Midt 9
Akutafdelingen, Hospitalsenheden Vest 11
Hoved-Neuro-Centret, Aarhus Universitetshospital 14
Øre-, næse- og halsafdelingen, Aarhus Universitetshospital 16
Øjenafdelingen, Aarhus Universitetshospital 18
Neurokirurgisk afdeling, Aarhus Universitetshospital 21
Tand-, mund- og kæbekirurgisk afdeling, Aarhus Universitetshospital 24
Neurologisk afdeling, Aarhus Universitetshospital 26

Indledning

I aftalen om budget 2014 er målene for de somatiske hospitaler fastlagt. Dertil har forligspartierne ønsket at undersøge mulighederne for at opnå sundhedsmæssige gevinster ved at indføre nye principper for økonomistyringen. Forslaget er et projekt, hvor vi på udvalgte afdelinger fjerner aktivitetsstyringen efter DRG-værdi i 2014 og 2015. Alle de øvrige mål i budgettet gælder fortsat for afdelingerne. Formålet med projektet er blandt andet at undersøge, om det er muligt at finde nogle patientnære styringsmål, der giver mere sundhed for pengene. De involverede afdelinger har arbejdet med at udvælge nogle patientnære mål, der bliver præsenteret i nærværende materiale.

Processen bag de mål afdelingerne har udvalgt

I løbet af november-december 2013 har hospitalerne og administrationen arbejdet med at udvælge de mål, der skal styres efter i projekt ny styring i et patientperspektiv. Da det er afdelingerne, der har det daglige møde med patienterne, har det været dem, der har været drivere for formuleringen af meningsfulde mål.
Processen frem til udvælgelsen af de nye patientnære mål har foregået ved, at der i løbet af november-december 2013 har været tre møder mellem hospitalerne og administration. Første møde har været en præsentation af projektet og dets formål, hvorefter der er blevet arbejdet med målene i løbet af de to efterfølgende møder. Processen har således været kort, og der vil i løbet af projektperioden 2014-2015 foregå et arbejde med at identificere og videreudvikle på den bruttoliste af mål, der præsenteres i nærværende materiale. Der er nu er behov for, at der bl.a. i samarbejde med BI-enheden arbejdes med at kvalificere bruttolisten for de nye patientnære mål med henblik på disses målbarhed og gennemførlighed. Målene vil løbende i forbindelse med evalueringerne blive revurderet i forhold til målenes anvendelse som styringsmål, om succeskriteriet har det rette niveau og hvorvidt det er muligt, at monitorere på målet.
Afdelingerne har i løbet af de tre møder nået frem til en række mål, der vil give værdi for deres patienter. Disse mål vil blive præsenteret i en bruttoliste nedenfor for hver af de afdelinger, der indgår i projektet.

Økonomi, service- og kvalitetsmål i budget 2014

Alle afdelinger er, som en del af hospitalerne, naturligt underlagt de mål, der indgår i budget 2014. Det vil sige, at det kun er styring efter DRG-værdi, der ikke længere er en del af det afdelingerne styrer efter. Styringen i projektet vil dermed være med afsæt i overholdelse af budgetrammen, opfølgning på aktiviteten med mål som antal unikke cpr-numre og opfyldelse af de økonomi-, kvalitets- og servicemål, der indgår i budget 2014. Disse mål er blandt andet

budgetoverholdelse, kræftpakkerne, hjertepakkerne, epikriser, patientsikkert sygehuspakkerne, apopleksi og udredningsretten.

Medicinsk afdeling, Hospitalsenhed Horsens

Medicinsk afdeling er en intern medicinsk afdeling med funktioner på 2 matrikler i henholdsvis Horsens og på Skanderborg Sundhedscenter. Afdelingen har i alt 76 sengepladser og stor ambulant virksomhed. Medicinsk Afdeling dækker specialerne endokrinologi (kirtelsygdomme), kardiologi (hjertesygdomme), lungemedicin, infektionsmedicin, gastroenterologi/hepatologi (mave- tarm- og leversygdomme), geriatri (aldersbetingede sygdomme) og reumatologi (gigtlidelser). Afdelingen har i alt 245 fuldtidsstillinger fordelt på læger, sygeplejersker og sekretærer.

Afdelingen har ca. 8.000 udskrivelser årligt og 42.000 ambulante besøg. Der forventes en stigning i såvel indlagt som ambulant aktivitet forårsaget af den demografiske udvikling, samt en aftale om at patienter fra Odder og Skanderborg i fremtiden skal henvises til medicinsk afdeling på Hospitalsenhed Horsens fremfor Aarhus Universitetshospital.

Hospitalsenheden Horsens er et akuthospital. Akutte hjertepatienter modtages direkte i Hjertemedicinsk Afsnit M2. Øvrige akutte patienter modtages via hospitalets Akutafdeling.
Medicinsk afdeling er styret af kvalitet. Det gælder så vel faglig- som patientoplevet kvalitet. Afdelingsledelsen anvender kvalitet som det retningsgivende instrument i forhold til at anvise afdelingens udvikling.

Hvilke mål er afdelingen nået frem til?

- **Færre indlæggelser pr. patient**
  Medicinsk Afdeling har en målsætning om den rette behandling på mindst indgribende niveau. Forstået således at et ambulant besøg er mindre indgribende end en indlæggelse, og et telefonopkald er mindre indgribende end et ambulant besøg.
  Medicinsk Afdeling ønsker, at reducere antallet af indlæggelser. Medicinsk Afdeling har skitseret et geriatrisk projekt, som har til formål, at sikre den akut syge ældre medicinske patient med geriatriske problemstillinger et tilbud om relevante alternativer til indlæggelser. Det forventes, at det vil give patienten en oplevelse af højere kvalitet i patientforløbet, og samtidigt være med til at skabe mest mulig sundhed for indsatsen. I projektet arbejdes der bl.a. med at omlægge indlæggelser til subakutte ambulante konsultationer indenfor det geriatriske område.

  Mål: At antallet af indlæggelser per cpr.nr. falder på Medicinsk Afdeling, og at der kan ses et fald i antal indlæggelser specifikt for den geriatriske patientgruppe.

- **Reduktion i antallet af sygehusinfektioner samt patienter med delirøse tilstande**
  Medicinsk Afdeling vil have antallet af patienter som pådrages

sygehusinfektioner, og patienter som under indlæggelse bliver delirøse reduceret. Forventningen er, at omlægningen fra indlagt til subakut vil være medvirkende til dette. Samtidigt har afdelingen udgående geriatriske teams, som er med til at sikre, at patienten oplever høj kvalitet gennem forløbet, og som sparer patienten for et besøg på hospitalet.

Mål: At antallet af patienter med sygehusinfektioner og delirøse tilstande falder på hele Medicinsk Afdeling. Det undersøges, hvorvidt der kan måles på antallet af sygehusinfektioner på udvalgte patientgrupper. Hvis dette er muligt vil dette mål ydermere anvendes specifikt på den geriatriske patientgruppe. Der er lidt usikkerhed omkring data. Hospitalsenhed Horsens har egne data, som forventes at kunne bruges. Der er ansat en infektionsmediciner, som også får til opgave at opstille en basislinje. For målet omkring de delirøse patienter, er der nedsat en arbejdsgruppe for det geriatriske projekt, som har til opgave at stå for monitorering og præcisere registreringen.

- **Flere telemedicinske løsninger**
  Medicinsk Afdeling ønsker, at omlægge ambulante besøg til i højere grad, at kunne erstattes af telemedicinske kontakter. Afdelingen er allerede i opstartsfasen med et konkret projekt "Horsens på Forkant", der skal bidrage til øget brug af telemedicinske kontakter. Målgruppen for projektet er: Hjerte-, KOL- og diabetes patienter. Disse patientgrupper er kronikere, som har mange besøg. De vil derfor med fordel kunne få stort udbytte af telemedicinske løsninger, hvilket kan føre til en højere grad af patientoplevet kvalitet. Det forventes samtidigt, at kunne reducere udgifter pr. patient.

  Mål: En stigning i antallet af telemedicinske løsninger for geriatriske patienter. Antallet af telemedicinske løsninger forventes målt på procedurekoder.

- **En øget grad af "egenmestring" for hjerte-, KOL- og diabetes patienter**
  Medicinsk afdeling er i opstartsfasen med projekt "Horsens på forkant", som har til formål, at øge graden af empowerment hos patienterne. Forventningen er, at jo højere grad af egenmestring den enkelte patient har i forhold til den enkeltes sygdom, jo højere grad af tilfredshed vil patienten opleve.

  Mål: En øget grad af egenmestring for hjerte-, KOL- og diabetes patienter. Afdelingen har data, og der foretages målinger efter 3 og 12 måneder for de patienter, som er inkluderet i projektet.

- **En øget patientoplevet kvalitet**

Medicinsk afdeling vil øge den patientoplevede kvalitet. Afdelingen har flere konkrete projekter, der forventes at bidrage til at øge patienternes oplevelse af kvalitet.

Mål: At der på Medicinsk Afdeling sker en øget patientoplevet kvalitet. Der arbejdes på at lave en generel opfølgning som kan gælde for alle afdelinger i projektet.

- **Antal unikke cpr.nr. og ventetiden**
  Regionen vil følge antallet af unikke cpr.nr. som behandles og ventetiden på afdelingen. Det gøres for at undersøge, om der sker noget med antallet af behandlede patienter og ventetiden, når der ikke længere styres efter DRG-værdi.

Ortopædkirurgisk afdeling, Regionshospitalet Randers

Ortopædkirurgisk afdeling undersøger og behandler et bredt udsnit af lidelser i bevægeapparatet. Afdelingen modtager både akutte patienter og patienter med henvisning fra praktiserende læger og speciallæger.

De akutte patienter modtages typisk i skadestuen, der hører under Ortopædkirurgisk afdeling. De øvrige patienter undersøges eller behandles enten ambulant eller indlægges på det sengeafsnit, der hører til afdelingen.

Til afdelingen er tilknyttet fysioterapi og ergoterapi, som yder hjælp til optræning efter lægelig anvisning.

Hvilke mål er afdelingen nået frem til?

Afdelingen har besluttet at arbejde med mål i tre kategorier:

1) Aktivitetsmål
2) Kvalitetsmål
3) Mål for patienttilfredshed

- **Ad 1: Aktivitetsmål:**

Disse mål har til formål at overvåge det generelle aktivitetsniveau på afdelingen. Der vil være fokus på følgende:

- Antal unikke CPR numre
- Antal forløb indenfor følgende behandlinger
  - Knæ alloplastikker
  - Hofte alloplastikker
  - Skulder operationer
  - Rekonstruktioner af korsbånd
  - Behandlinger ved hoftenære lårbensbrud

Bemærk:
Et forløb består af forundersøgelse(r), operation og efterfølgende kontrol(ler).

Her er det vigtigt at bemærke, at det kan være forbundet med væsentlige vanskeligheder at kæde kontakter på en afdeling sammen til et forløb. Det forventes at kunne gøres ganske præcist vedrørende knæ- og hoftealloplastikker, mens det stadig er uklart, om det er muligt, at identificere og sammenkæde kontakter til forløb for de øvrige behandlinger. Dette vil blive analyseret nærmere i løbet af 2014.

- **Ad 2: Kvalitetsmål:**

Ortopædkirurgisk afdeling ønsker at dokumentere fremskridt på samtlige kvalitetsindikatorer i de centrale kvalitetsdatabaser.

- Dansk Knæalloplastikregister
- Dansk Hoftealloplastikregister
- Dansk Skulderplastikregister
- Dansk Korsbånds Rekonstruktions Register
- Dansk tværfagligt register for hoftenære lårbensbrud

Målet er øget målopfyldelse på alle kvalitetsindikatorer.

Der vil være tale om en detaljeret opfølgning på de enkelte parametre i databaserne, og en mere detaljeret opfølgning end den som er kendt fra afrapporteringerne til det politiske niveau.

Den konkrete strategi for opfølgning afventer test på udtræk fra databaserne og forventes konkretiseret i løbet af 2014.

- **Ad 3: Mål for patienttilfredshed:**

Der ønskes at måle på patienternes generelle tilfredshedsniveau.

På regionalt niveau arbejdes der med at udvikle nogle generelle spørgsmål som kan bidrage til at afdække patienternes tilfredshedsniveau. Derudover kan der blive tale om at udarbejde et lille antal spørgsmål, som kan afdække tilfredshed med aspekter, der kun har relevans for Ortopædkirurgisk afdeling.

Derudover vil LUP undersøgelsernes elementer vedrørende patienttilfredshed blive inddraget. (LUP: Den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser)

Diagnostisk Center, Hospitalsenhed Midt

Diagnostisk Center er bygget på en sammenslutning af de medicinske specialer og radiologi, hvor fokus er at skabe hurtige og effektive udrednings- og behandlingsforløb af høj kvalitet.

På det medicinske område har Regionshospitalet Silkeborg siden 2007 været udpeget til at være Center of Excellence - det vil sige at udvikle optimerede, accelererede patientforløb.

De tiltag, som er udviklet under Center of Excellence og som videreføres i Diagnostisk Center (der opstod i 2011 ved fusionen mellem medicinsk og radiologisk afdeling), har på adskillige områder medført færre indlæggelsesdage for patienterne, som i stedet i langt højere grad kan blive undersøgt og behandlet ambulant. Centeret var blandt andet også udpeget til at skulle varetage udredningen ved mistanke om alvorlig sygdom, der kunne være kræft for alle borgere i Region Midtjylland, en ordning som nu er udbredt til alle hospitalsenheder i regionen.

Diagnostisk Center har speciallæger inden for alle ni medicinske specialer og onkologi, hvilket betyder, at patienterne hurtigt kan blive tilset af en eller flere relevante specialister. Desuden har Diagnostisk Center et tæt samarbejde med socialmedicinere, gynækologer, fysio- og ergoterapeuter samt psykiatere.

Diagnostisk Center fik i oktober 2013 status som Universitetsklinik for Innovative Patientforløb.

Hvilke mål er afdelingen nået frem til?

Diagnostisk Center har besluttet at arbejde med klinisk, organisatorisk og patientoplevet kvalitet inden for udvalgte patientgrupper.

Tabellen nedenfor viser de foreløbige mål som er udvalgt i Diagnostisk Center. Der arbejdes med at få kvalificeret målene/målepunkterne og undersøgt hvordan det i praksis kan lade sig gøre.

Foreløbige områder/mål for Diagnostisk Center

Udvalgte patientgrupper (indtil videre kun ambulant)	**Klinisk kvalitet**	**Organisatorisk kvalitet**	**Patientoplevet kvalitet**
Alvorlig sygdom der kan være kræft	- Monitorering af behov for genhenvisning - Tid til diagnostisk afklaring	- Antal undersøgelser per dag - Antal besøg - Antal undersøgelser i alt	- Patienttilfredshed
Mave- og infektionssygdomme	- Monitorering af efterlevelsesgrad af vedtagne standarder for	- Tid fra planlagt undersøgelsesprogram til udførelse - Antal sparede	- Patienttilfredshed - Tilgængelighed og kommunikation - Brugerdialogmøder

	behandling og kontrol	kontroller	
Open Acces, reumatologi (gigtsygdomme)	- Antal med diagnostisk afklaring ved første besøg - Tid til artrit (gigt) diagnose	- Tid fra henvisning til afklaret diagnose/behandling	- Oplevelse af patientforløb med ja/nej svar og ikke nødvendigvis færdigudredt/behandlet

Udover Region Midtjyllands generelle kvalitetsmål som er gældende for Diagnostisk Center, er der også målinger på meraktivitetsprojekter og kardiologisk bagstopperfunktion.

Der tages udgangspunkt i kliniske databaser og så vidt muligt eksisterende registreringer der evt. kombineres på nye måder. Dog vil der i forbindelse med den patientoplevede kvalitet skulle indhentes nye og mere tidstro resultater.

De udvalgte patientgrupper er foreløbigt kun på det ambulante område, men der ønskes også mål, der indfanger aspekter fra det stationære område.

For at sikre det sammenhængende patientforløb og et helhedsorienteret patientperspektiv vil det i princippet også være relevant at udvikle mål, der går på tværs af sektorer, herunder fx. mål/måling af tilfredshed og aktivitet/udgifter i praksis og i kommunerne.

Akutafdelingen, Hospitalsenheden Vest

Akutafdelingen blev etableret i løbet af første halvår af 2009 jf. anbefalinger fra Sundhedsstyrelsen samt de regionale beslutninger. Formålet med Akutafdelingen er at sikre, at modtagelse og primær behandling af akutte patienter foregår i et akut behandlingssystem baseret på høj kvalitet, sikkerhed og effektivitet.
Siden oktober 2010 har der døgnet rundt arbejdet akutlæger i akutmodtagelsen, dvs. at der er specialistlæger i front.

Akutafdelingen består af følgende afsnit:

- Akutmodtagelse / skadestue på Regionshospitalet Herning
- Akutmodtagelse / skadestue / akutklinik på Regionshospitalet Holstebro
- Akut sengeafsnit ASA, Regionshospitalet Herning
- Akutklinik på Regionshospitalet Ringkøbing

Hvilke mål er afdelingen nået frem til?

Indledningsvist skal det påpeges, at Akutafdelingen, HE Vest står overfor en række datamæssige udfordringer i begyndelsen af 2014, der medfører, at man først vil kunne påbegynde en monitorering af målene i projekt ny styring i et patientperspektiv fra 1. marts 2014. Dataudfordringerne består bl.a. i en udsættelse af implementeringen af Fællesindholdet for registrering 2014 i midtEPJ, hvor der bl.a. indføres registrering af akut-ambulante. Tiden frem til 1. marts vil blive brugt til at udvikle monitoreringsmetoder til de mål som afdelingen ønsker at arbejde med i projekt ny styring i et patientperspektiv, idet disse endnu ikke er fuldt afklaret.

- **Reduktion af opholdstiden i Akutafdelingen for patienter med Akutafdelingen som stamafdeling**

Akutafdelingen ønsker, at optimere patientens forløb på akutafdelingen mest muligt. Dette sker ud fra en betragtning om, at det er afgørende for patienttilfredshed og behandlingskvalitet, at spildtiden under opholdet på afdelingen reduceres. I den kontekst ønsker Akutafdelingen at arbejde med en målsætning om at sænke opholdstiden i Akutafdelingen for patienter med Akutafdelingen som stamafdeling. Den nuværende opholdstid skønnes til ca. 12 timer i gennemsnit. Opholdstiden forlænges i nogle tilfælde som følge af ventetid på røntgenundersøgelser eller tilsyn fra andre afdelinger.
Akutafdelingen skal fra januar 2014 i gang med at arbejde i teams, med det mål, at reducere overgangene, der forlænger opholdstiden.

Akutafdelingen overvejer på nuværende tidspunkt at ændre registreringen fra 2014, således at alle patienter med afdelingen som stamafdeling registreres som akut ambulante patienter i hele forløbet. Dette indebærer, at ca. 8 senge ændres til behandlingspladser. Dette medfører udfordringer med at måle på en reduktion i opholdstiden på akutafdelingen på den gruppe patienter, der i øjeblikket registreres som indlagte. Årsagen til dette er, at det med den nye registrering bliver vanskeligt at afgrænse de korttidsambulante patienter fra de patienter, der ligger i akutafdelingens senge. Dermed bliver det svært rent datamæssigt at indkredse den gruppe, hvis opholdstid i akutafdelingen skal

reduceres.

Med denne udfordring in mente er der ikke fundet en metode, hvorpå man med sikkerhed kan monitorere på dette mål i eksisterende data. Der er igangsat et arbejde med regionens BI-enhed, i forhold til, hvordan man vil kunne monitorere på målet. Dette arbejde vil foregå frem mod den 1. marts, hvor man forventer, at have fundet en måde at opgøre patientgruppen. Målet forventes dermed at indgå i projekt ny styring i et patientperspektiv med forbehold for, at der findes en metode at monitorere på. Når denne metode er fundet, vil der kunne etableres en udgangsmåling og afdelingen vil herefter kunne vurdere, hvad succeskriteriet for målet vil skulle være. I øjeblikket arbejder afdelingen dog med en målsætning om, at de ønsker, at reducere opholdstiden med 10 %

- **Genindlæggelser/fornyet kontakt**

Idet Akutafdelingen ønsker at optimere på patientforløb og patientflow ved bl.a. at minimere spildtiden i afdelingen vurderer afdelingen, at det vil være hensigtsmæssigt, at måle på antallet af genindlæggelser, idet f.eks. en reduktion af opholdstiden i Akutafdelingen potentielt kunne betyde en stigning i antallet af patienter, der bliver genindlagt/har fornyet kontakt til afdelingen.
Afdelingen ønsker derfor at monitorere på genindlæggelser af den samme patient indenfor 72 timer. Endvidere skal der måske ske en afgrænsning af patientgrupper, så. f.eks. misbrugere ikke indgår.
Hospitalsenheden Vest overvejer, at ændre registreringen fra 2014, således at alle patienter med afdelingen som stamafdeling registreres som akut ambulante patienter i hele forløbet, skal der udarbejdes en metode for, hvordan man kan monitorere på dette mål på de akut ambulante patienter. Dette arbejde vil foregå frem mod den 1. marts, hvor man forventer at have fundet en monitoreringsmetode. Målet forventes dermed at indgå i projekt ny styring i et patientperspektiv med forbehold for, at der findes en metode at monitorere på.

- **Ventetid fra fremmøde i Akutafdelingen til udarbejdelse af behandlingsplan**

Akutafdelingen ønsker, at arbejde med at optimere patientforløbene og patientflowet. Dette sker ud fra en betragtning om, at patienten ønsker hurtigst muligt at få afklaret, hvilken behandling der skal sættes i gang, og hvordan det videre forløb skal være. Efter hastegradsvurdering og indledende undersøgelser kan patienten blive i akutafdelingens sengeafsnit, indlægges på en anden afdeling – eller patienten kan tage hjem. Behandlingsplan inden fire timer er et fælles regionalt kvalitetsmål, der udmønter Region Midtjyllands Akutplan fra 2007.

I den kontekst ønsker Akutafdelingen at arbejde med en målsætning om at optimere processerne og sænke tiden fra patienten møder i afdelingen og til der er udarbejdet en behandlingsplan. Det er på nuværende tidspunkt ikke

muligt at monitorere på målet. Der er derfor iværksat en proces i regionens BI-enhed i forhold til monitorering af målet. Såfremt der findes en metode til at monitorere på målet, vil afdelingen indgå i det videre arbejde med at udarbejde et succeskriterium for målet. På nuværende tidspunkt arbejder afdelingen dog med en målsætning om, at de ønsker, at 80 % af alle patienter har fået udarbejdet en behandlingsplan inden 4 timer.

- **Patienttilfredshed og tryghed**

Akutafdelingen ønsker at arbejde med patienttilfredshed og –tryghed ud fra den betragtning, at man ikke kan vurdere patientens tryghed via den faglige kliniske vurdering. Der kan således potentielt være situationer, hvor personalet finder, at patienten er tryg og velinformeret, uden at dette nødvendigvis er patientens oplevelse af forløbet. Arbejdet med patienttilfredshed og -tryghed vil komme til at ske i sammenhæng med de øvrige deltagere i "Sikker Flow" via udvikling af en app. Indtil da vil dette blive fulgt via etablering af feedbackmøder.

- **Ventetid fra fremmøde i Akutafdelingen til tilsyn af speciallæge**

Akutafdelingen ønsker, at arbejde med at optimere patientforløbene og patientflowet. Dette sker ud fra en betragtning om, at patienten ønsker hurtigst muligt at få afklaret, hvilken behandling der skal sættes i gang, og hvordan det videre forløb skal være. Efter hastegradsvurdering og indledende undersøgelser kan patienten blive i akutafdelingens sengeafsnit, indlægges på en anden afdeling – eller patienten kan tage hjem. For at optimere på denne proces ønsker afdelingen at arbejde med at flere patienter bliver hurtigt tilset af en speciallæge, idet dette tilsyn er vigtigt for både patientens sikkerhed og det videre forløb. Tilsyn af speciallæge inden en time er et fælles regionalt kvalitetsmål, der udmønter af Region Midtjyllands Akutplan fra 2007.
Der er i øjeblikket ikke fundet en metode, hvorpå man kan monitorere på dette mål i eksisterende data, hvorfor der er et arbejde i gang i samarbejde med regionens BI-enhed i forhold til, hvordan man vil kunne monitorere på målet. Målet forventes at indgå i projekt ny styring i et patientperspektiv med forbehold for, at der findes en metode at monitorere på. Såfremt der findes en måde at monitorere målet på, vil der i samarbejde med afdelingen fastsættes et succeskriterium for målet. I øjeblikket arbejder afdelingen dog med en målsætning om, at de ønsker, at 80 % af alle patienter er blevet tilset af en speciallæge inden 1 time.

- **Antal unikke CPR-numre og ventetid**

Der vil fra regionens side blive fulgt op på antallet af unikke CPR-numre og ventetid på afdelingen. Opfølgningen har til formål at vurdere, hvorvidt der behandles samme patientmængde som inden projektets opstart.

Hoved-Neuro-Centret, Aarhus Universitetshospital

Hoved-Neuro-Centret er et af 5 kliniske centre på Aarhus Universitetshospital. Centret dækker over 9 afdelinger, hvoraf 5 deltager i projekt Ny styring i patientperspektiv: Neurokirurgisk Afdeling, Neurologisk Afdeling, Tand-, Mund - og Kæbeafdeling, Øjenafdeling og Øre-, Næse- og Halsafdeling. De øvrige 4 afdelinger er Forskningsklinikken for Funktionelle Lidelser, Neurofysiologisk Afdeling, Neuroradiologisk Afdeling og Nuklearmedicinsk Afdeling.

Hvilke tværgående mål er centret nået frem til?
(Der skal styres efter de tværgående mål på tværs af centret og for hver af de enkelte afdelinger, hvor det er relevant. Mål vedr. operationer er f.eks. kun relevant for de kirurgiske afdelinger)

- **Antal af patienter, vi afslutter, som har fået løst deres sundhedsproblem**
  Denne andel skal stige med 2 procentpoint pr. år
- **Forebyggelige genindlæggelser, som sker fra 8 timer til 30 dage efter udskrivelse**
  Forebyggelige genindlæggelser skal falde med 5 procent i projektperioden.
- **Forløbstiden for henholdsvis indlagte og ambulante**
  For indlagte patienter skal den gennemsnitlige indlæggelsestid falde med 5 procentpoint i løbet af de to år. Måltallet er beregnet på baggrund af sengereduktionsplanen. For ambulante patienter skal forløbstiden ligeledes falde med 5 procent. Forløbstiden måles fra henvisningsdato til afslutning. Patienter i dvaleambulatorier betragtes som afsluttet. Vi forudsætter udredningsretten og behandlingsgarantien overholdt.
- **Fik patienten det de kom efter – fik de løst deres sundhedsproblem?**
  En del af målet er kvalitetsudvikling på baggrund af brugergruppeinvolvering. Kvantitativt skal patienttilfredsheden måles via baseline i LUP'en (Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser), som fokuserer på den bedste besvarelse (virkelig godt) på spørgsmålene "Fik du hjælp af ambulatoriet til det problem, du henvendte dig med?" (for ambulante) og "Fik du hjælp af afdelingen til det, du henvendte dig med?" (for indlagte). Derudover vil der i samarbejde med de øvrige hospitaler blive gennemført brugerinvolvering. Dette skal sikre, at centret og afdelingerne vedvarende får tilbagemeldinger fra brugerne og retter opmærksomheden mod at opfylde brugernes forventninger.
- **Udeblivelser og aflysninger**
  Udeblivelser (hvor patienten aflyser) og aflysninger (som vi er ansvarlige for) er et udtryk for spild af ressourcer. En nedbringelse af antallet af aflysninger vil medføre mere sundhed for pengene og bedre patientoplevet kvalitet. Antallet af gange, hvor en patient udebliver eller aflyses skal falde med 20 procentpoint på to år.
- **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 ambulant besøg eller indlæggelse inden for 2 hverdage. Patienter i dvaleambulatoriet er kroniske patienter, der har behov for fast tilknytning til en specialafdeling, men hvor faste kontroller ikke er hensigtsmæssige, da de lider af sygdomme, med vekslende forløb. De skal ikke nødvendigvis være set i ambulatoriet indenfor to dage - det vigtige er, at der i samarbejde med patienten er lagt en plan for, hvornår patienten skal ses, hvis der er behov for det.

- **Andel af henviste, vi udreder (antal udredte/antal henviste)**
  Målet er, at 90 procent af henviste patienter bliver udredt svarende til, at det er de rette patienter, vi får henvist. Sætter vi tærsklen til 100 procent, kunne det betyde, at relevante patienter ikke henvises. Vi forventer en stigning i løbet af to år på 5 procent.
- **Andel af henviste til behandling, vi sætter i behandling (antal behandlede/antal henviste)**
  Der skal måles på patienter, der henvises til behandling, men som vi ikke sætter i behandling – f.eks. neurokirurgiske rygpatienter, hvor kun en mindre andel opereres.
- **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.
- **Antal indlæggelser/ambulant forløb**
  Færre indlæggelser. Flere ambulante forløb.
- **Reoperationer**
  Antallet af reoperationer skal falde med 5 procent pr. år

Øre-, næse- og halsafdelingen, Aarhus Universitetshospital

Øre-Næse-Halsafdeling H på Aarhus Universitetshospital er en specialafdeling med akut funktion, der varetager diagnostik, behandling og kontrol af patienter med lidelser i øre-næse-halsregionen (sygdomme i ører, næse, bihule, mundhule, spytkirtler, svælg, strube, halsens bløddele og spiserørsrelaterede sygdomme samt kirurgiske lidelser i skjoldbruskkirtlen).

Hvilke mål er afdelingen nået frem til?

- **Overholdelse af den postoperative plan**

Dette mål har til formål, at give en indikator for den planlægning og kommunikation afdelingen foretager op til en operation. Hvis den postoperative plan overholdes, er dette et udtryk for at afdelingens planlægning af behandlingen, samarbejde på tværs af hospitalet og på tværs af sektorer fungerer, at kvaliteten i behandlingen er høj, og at der er sket tilstrækkelig patientinddragelse og få komplikationer i forbindelse med elektive indgreb.
Overholdelsen af den postoperative plan måles ved, hvorvidt at det fagligt vurderede behov for indlæggelsestid efter en given operation overholdes. En operation for eksempelvis parodektomi (fjernelse af knude i ørespytkirtlen) bør medføre en indlæggelse på to døgn. Hvis denne indlæggelsestid ikke overholdes, vil det sandsynligvis skyldes, at der har været en uhensigtsmæssighed i forbindelse med planlægningen af operationen.

Succeskriterium: At 90 % af operationerne på afdelingen ikke overskrider den vurderede indlæggelsestid og dermed den postoperative plan.

- **Overholdelse af andel af patienter fri af kræftsygdomme, gennemført behandling efter gældende kliniske retningslinjer og patienter drøftet ved Multidisciplinær konference (MDT)**

Afdelingen ønsker at arbejde med mål fra den kliniske kvalitetsdatabase DAHANCA. DAHANCA's formål er at skabe det forskningsbaserede grundlag for optimal diagnostik, behandling og efterkontrol af patienter med hoved-halskræft.
Afdelingen ønsker i den henseende at styre efter tre mål, der vedrører de patienter, der er opereret for hoved-halskræft, nemlig overholdelse af gældende kliniske retningslinjer, andel af patienter der er kræftfrie 1 år efter behandling samt andel af patienter, der er drøftet ved en MDT-konference. (MDT-konferencen er en MultiDisciplinærKonference, hvor der indgår flere faggrupper)

Afdelingen registrerer ovenstående i DAHANCA-databasen, hvormed data forefindes her.

Succeskriterier:

- At 75 % af patienterne gennemfører behandling i henhold til gældende kliniske retningslinjer.
- At 90 % af patienterne, er drøftet ved en MDT-konference
- At 90 % af de patienter, der er opereret for hoved-halskræft er

kræftfrie 1 år efter deres behandling.

- **Overholdelse af andel af patienter med lammelse på stemmebåndet efter operation i skjoldbruskkirtlen**

Afdelingen ønsker, at arbejde yderligere med at overholde gældende kliniske retningslinjer og kvalitetsmål for skjoldbruskkirteloperationer. Afdelingen ønsker at kunne måle sig med de bedste internationale resultater. En komplikation til operationen kan være en lammelse af stemmebåndet ved en operation for en godartet lidelse i skjoldbruskkirtlen. Dette vurderes minimum 3 måneder efter operationen. Afdelingen registrerer i øjeblikket i den landsdækkende forsknings- og kvalitetsdatabase thyrkir, hvorfra data vil fremgå.

Succeskriterium: At andelen af patienter med denne form for komplikation er under 1 %.

- **Måling af GBI på alle kirurgisk behandlede næse-bihulepatienter**

Afdelingen ønsker at måle GBI (The Glasgow Benefit Inventory patient-reported: questionnaire-based, post-interventional quality-of-life scale), der er en måling på patienternes vurdering af deres livskvalitet efter en næse-bihule operation.

Afdelingens patienter registrerer i Rhinodatabsen, via en elektronisk løsning, hvormed afdelingen har mulighed for at trække tal for patienternes vurdering af deres helbred og livskvalitet før operationen og 3 måneder efter.

Succeskriterium: At GBI-scoren er over 20, 6 måneder efter operation

- **Arbejde med at indsamle sygdomsspecifikke livskvalitetsdata**

Afdelingen ønsker fremadrettet i projektet at arbejde med at indsamle data indeholdende patienternes vurdering af deres livskvalitet efter kræftbehandling. Operation for hoved-halskræft medfører betydelig sygelighed (morbiditet) hos mange patienter, hvor tale, spise og vejrtrækning kan blive påvirket betydeligt. Således vil man på afdelingen løbende kunne arbejde med, hvorvidt den behandling, der ydes, giver patienten en bedre livskvalitet efterfølgende. Der ønskes at arbejde med europæiske standardiserede livskvalitetsspørgsmål indeholdende både generel quality of life samt hoved-hals specifikke spørgsmål.

- **Antal unikke CPR-numre**

Antallet af unikke CPR-numre på afdelingen følges igennem projektet, for at kunne vurdere, hvorvidt der behandles samme patientmængde som inden projektets opstart.

Øjenafdelingen, Aarhus Universitetshospital

Øjenafdelingen er en universitetsafdeling, som varetager forebyggelse, diagnostik, behandling, pleje og rehabilitering af patienter med øjensygdomme på et dokumenteret grundlag, og som er afstemt med befolkningens behov, etiske forventninger, og den øjenfaglige udvikling. Den faglige afgrænsning kan defineres ved:

- Sjældne eller komplicerede øjensygdomme som det ikke er muligt at opnå rutine i at varetage i øjenlægepraksis.
- Almindelige øjensygdomme i det omfang det er nødvendigt for at kunne sikre en høj faglig ekspertise, at uddanne øjenlæger, samt for at kunne initiere og deltage i sikring og udvikling af den faglige kvalitet.
- Øjenafdelingen driver desuden på non-profit basis en biobank som fremstiller produkter til behandling af øjensygdomme og blindhed.

Hvilke mål er afdelingen nået frem til?

- **Fravær af aflysninger på OP**

Denne parameter er god at måle på, da den opsummerer afdelingens udfordringer. Når man laver mere aktivitet på en afdeling, opstår der logistikproblemer. Dette indfanges af målet: *Fravær af aflyste operationer*. Målet kan både afspejle problematikker vedrørende patientservice og spild af omkostninger. Samtidig er det et mål, som indeholder en værdi om og en holdning til, at aflysninger af operationer inden for 24 timer ikke skal forekomme. Derfor kan målet være med til at rykke ved værdier og dernæst adfærd blandt personalet på afdelingen.

Det blev understreget, at dette mål ikke indeholder aflysninger af ambulante patienter, da dette område er vanskeligere at styre som følge af, at der er flere legale aflysninger. Det blev dog samtidig påpeget, at såfremt det lykkedes at nedbringe antallet af aflyste operationer, vil det have en afsmittende effekt på det ambulante område, således at det forventes, at også antallet af ambulante aflysninger vil falde.

Definitionen på en aflysning, som tæller med i dette mål, er, at den sker inden for 24 timer før den planlagte operation, og at den sker på foranledning af afdelingen selv.

Det er vigtigt at understrege, at nogle aflysninger ikke kan undgås, og nogle aflysninger kan ligefrem være hensigtsmæssige at foretage, da de er udtryk for god kvalitet eller omkostningseffektivisering. Derfor er målet ikke at komme ned på 0 % aflysninger af planlagte operationer.

Succeskriterium: Antallet af aflysninger af planlagte operationer skal falde.

Baseline er 2013. Denne etableres, når data for hele 2013 er tilgængeligt.

De følgende tre mål gælder alene for disse seks patientgrupper, hvor tre vedrører det forreste øjenafsnit, og tre vedrører det bagerste øjenafsnit:

Refraktiv kirurgi (bl.a. øjenoperationer med brug af laser), katarakt (grå stær), externa (sygdomme i det ydre øje), AMD (øjenforkalkning), screening for diabetisk retinopati (diabetisk øjensygdom) og vitreoretinal kirurgi (operationer på øjet). Disse seks patientgrupper udgør ca. 50 % af afdelingens samlede DRG-produktion.

- **Antal af unikke cpr-numre**

Dette mål ønsker afdelingsledelsen at medtage som et afdelingsspecifikt mål, selvom målet i forvejen følges af administrationen. Dette skyldes, at målet er relevant i relation til den interne kommunikation på afdelingen. Når afdelingsledelsen forsøger at foretage ændringer på afdelingen, mødes dette ofte med et argument om, at det går ud over produktionen. En måling af antal unikke cpr-numre vil synliggøre, at dette ikke nødvendigvis er tilfældet. Denne parameter er ligeledes med til at måle, om vi får mest mulig sundhed for pengene.

Succeskriterium: Antal af unikke cpr-numre må ikke falde.

Baseline er 2013. Denne etableres, når data for hele 2013 er tilgængeligt.

- **Antal ambulante besøg pr. cpr-nummer pr. år**

Dette mål fortæller noget om processerne på afdelingen, da der er kendskab til, at nogle patientforløb indeholder et ekstra, unødvendigt kontrolbesøg. Der er et ønske om alene at måle på rutineforløbene, og derfor sorteres 5 % af patienterne fra, da de er outliers og dermed ikke udtryk for en normalsituation.

Der laves en baseline med udgangspunkt i 2013, og herefter vurderer afdelingen, om der er potentiale for at nedbringe antallet af ambulante besøg pr. cpr-nummer pr. år i hvert af de udvalgte patientforløb. Omvendt kan det også være, at etableringen af baselinen giver anledning til, at nogle patienter bør modtage flere ambulante besøg set ud fra et kvalitetsperspektiv. Dette klarlægges i januar 2014.

Succeskriterium: Defineres, når baseline er defineret, og afdelingen har vurderet denne.

- **Logistik (fald i procestid pr. kontakt)**

Dette mål har til formål at vise, hvorvidt ventetiden fra patienten registreres ankommet til et ambulant besøg og til, at besøget er afsluttet, falder. Hovedformålet er at nedbringe den ikke-relevante ventetid, hvor patienten fylder unødigt op på gangen og spilder sin tid. Parameteren kan derfor sige noget om det strukturelle i patientforløbene, og holdninger og værdier blandt personalet kan ændres.

Det er undersøgt, hvorvidt registrering af afslutning er valid, og dette

vurderes at være tilfældet. Data kan dog ikke trækkes tilbage fra 2012 og 2013, da tidspunkter for forskellige behandlinger forsvinder, hver gang status ændres. Fremadrettet er løsningen at logge kalenderen hvert 5. minut, så statusændringer kan genfindes ret præcist. Dette kan lade sig gøre, fordi Øjenafdelingen har sin egen MidtEPJ, der er målrettet Øjenafdelingens patienter og processer. Der laves derfor en baseline for procestid hurtigst muligt, som danner udgangspunktet for de efterfølgende målinger.

Succeskriterium: Procestiden pr. kontakt falder sammenlignet med baselinen.

Neurokirurgisk afdeling, Aarhus Universitetshospital

Neurokirurgisk afdeling er en universitetsafdeling, som varetager forebyggelse, diagnostik, behandling, pleje og rehabilitering af patienter med neurokirurgiske sygdomme på et dokumenteret grundlag, og som er afstemt med befolkningens behov, etiske forventninger, og den faglige udvikling. Afdelingen har lands- landsdelsfunktion med ansvar for neurokirurgisk hospitalsbehandling i Region Midtjylland. Afdelingen har også vestdansk landsdelsfunktion for modtagelse og behandling af patienter med traumatisk rygmarvsskade. Neurokirurgisk Afdeling NK fungerer i formaliseret samarbejde med Neurokirurgisk Afdeling, Ålborg Sygehus i Center for Neurokirurgi i Jylland.

Neurokirurgisk Afdeling er i betydelig grad subspecialiseret og har igennem de seneste år opbygget teamdannelse inden for områderne cerebrovaskulære sygdomme (blodkarsygdomme som rammer hjernen), funktionel neurokirurgi, tumorkirurgi, kraniofaciel kirurgi (kirurgi på kraniet), spinalkirurgi (operationer på rygsøjlen), neurointensiv behandling (behandling af patienter med svære hovedtraumer) og kranietraumatologi (kraniebrud).

Den faglige afgrænsning i forbindelse med indeværende projekt defineres ved:

- Ryglidelser: Disse lidelser giver anledning til smerter i ryggen samt smerter og funktionsforstyrrelser i arme og ben. Lidelserne giver ofte anledning til langvarige sygemeldinger, revalidering/pension.
- Primære hjernesvulster: Behandling sker via komplet eller delvis fjernelse af svulsten, onkologisk behandling, samt diagnostisk via udtagning af svulstmateriale til undersøgelse. Behandlingskompleksiteten er steget markant de seneste år i takt med stigende evidens for effekten af kirurgisk og onkologisk behandling på overlevelse og livskvalitet.

Hvilke mål er afdelingen nået frem til?

For alle patienter måles på følgende mål:

- Unikke CPR-numre

Antallet af unikke CPR-numre på afdelingen følges igennem projektet for at kunne vurdere, hvorvidt der behandles samme patientmængde som inden projektets opstart.

To patientgrupper er udvalgt til at indgå i projektet, da det ikke er muligt at definere meningsfulde mål, der dækker samtlige af afdelingens patienter. De to udvalgte patientgrupper er inden for henholdsvis rygkirurgi og tumorkirurgi, hvor der er udvalgt specifikke mål.

Rygpatienterne er valgt, fordi ryglidelser giver anledning til langvarige sygemeldinger og ofte blivende invaliditet, hvor patienterne har lange sygdomsforløb. Ryglidelser har dermed stor betydning for både den enkelte patient og for samfundet, og derfor er det interessant at styre efter at få

mest mulig værdi ud af behandlingen for disse patienter. De udvalgte rygpatienter udgør ca. 50 % af afdelingens samlede DRG-produktion.

Der er udvalgt tre patientgrupper inden for rygkirurgi:

1. Cervikale forreste indgreb (cloward – diskusprolaps i nakken)
2. Lumbale prolapser (prolaps i lænden)
3. Lumbale stivgørende operationer (fra 1 til 3 niveauer) (stivgørende operationer i lænden)

Der er udvalgt et kvalitetsmål, der dækker både gruppe 1 og 2:

- Andel patienter, der er i arbejde 1 år efter operation.
  - Succeskriterium: Over 50 % af patienterne er i arbejde 1 år efter operation.
  - Måling kræver, at databasen DaneSpine bliver implementeret succesfuldt som forventet.

Der er udvalgt to kvalitetsmål, der dækker alle tre udvalgte patientgrupper:

- Andel patienter, der sammenlignet med den præoperative tilstand har opnået en smertereduktion på VAS (VAS står for visuel analog score, der måler patientens smertegrad) efter 1 års kontrol.
  - Succeskriterium: Over 50 % af patienterne har opnået en smertereduktion 1 år efter operation.
  - Måling kræver, at databasen DaneSpine bliver implementeret succesfuldt som forventet.

- Andel af genindlæggelser og reoperationer inden for 30 dage efter det primære indgreb, som relaterer sig til det primære neurokirurgiske indgreb.
  - Succeskriterium: Mindre end 5 % af patienterne skal opleve genindlæggelser eller reoperationer inden for 30 dage efter det primære indgreb.
  - Operationalisering: Målet deles op på de tre udvalgte patientgrupper med henblik på at afdække, om der er systematik i, hvor eventuelle reoperationer og genindlæggelser primært sker. Det aggregerede mål er dog det, der styres efter.

Tumorkirurgi er behandling af hjernesvulster, hvor kun patienter med kræftsvulster er udvalgt til dette projekt. Ingen patienter overlever kræfthjernesvulster. Der kan dog gå op til tyve år, før døden indtræffer, så for afdelingen handler det om, at foretage så få reoperationer og sikre så lang overlevelse som mulig for den enkelte patient. En del af disse patienter behandles også på onkologisk afdeling, og det er derfor ikke kun Neurokirurgisk afdeling, der påvirker behandlingen. Men samtlige patienter, der har kræfthjernesvulster, indgår i afdelingens mål.

Tumorkirurgi er valgt, fordi der er ca. 100 operationer om året, hvilket er

relativt mange ens operationer for Neurokirurgisk afdeling. Derudover er patientgruppen politisk interessant som følge af et stort fokus på kræftpakkerne.

De udvalgte mål er:

1. Andel patienter i live mere end 30 dage efter første operationsdato ud af alle patienter, der har gennemgået en operation.
    - Succeskriterium: Over 95 % af patienterne er i live 30 dage efter første operationsdato.

2. Andel af reoperationer inden for 30 dage efter det primære indgreb, som ikke skyldes en postoperativ komplikation.
    - Succeskriterium: Under 10 % af patienterne skal opleve en reoperation som følge af, at den primære operation ikke var tilstrækkelig.
    - Operationalisering: Dette mål indeholder altså ikke de patienter, der reopereres som følge af komplikationer.
    - Det er p.t. usikkert, om årsag til reoperation kan identificeres i data.

3. Andel af genindlæggelser eller reoperation inden for 30 dage efter det primære indgreb, som relaterer sig til det primære indgreb og altså skyldes komplikationer efter operation.
    - Succeskriterium: Under 5 % af patienterne skal opleve en reoperation som følge af komplikationer.
    - Det er p.t. usikkert, om årsag til reoperation kan identificeres i data.

4. 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).
    - Succeskriterium: Over 50 % af patienterne skal være i live 1 år efter operationsdato.
    - Måling kræver entydig definition af patientgruppen. Kan dette ikke opnås, foreslås at ændre målet og evt. succeskriteriet.

5. Andel af patienter, der har fået udført MR scanning i opfølgningsforløb for kræft i hjernen (CNS kræft), som får ambulant svar på MR scanning inden for to døgn af alle patienter i MDT-regi (MDT er en betegnelse for et multidisciplinært team af sundhedsfaglige personer).
    - Succeskriterium: Over 90 % af patienterne skal have svar inden for to døgn.

Tand-, mund- og kæbekirurgisk afdeling, Aarhus Universitetshospital

Tand-, Mund- og Kæbekirurgisk afdeling O er regionsfunktions- og specialfunktionsafdeling for behandling af kæbekirurgiske patienter i Region Midtjylland og landsdelsafdeling for behandling af kæbekirurgiske patienter i Vestdanmark.

Regionsfunktionen omfatter behandling af:

- Vækstforstyrrelser i kæberne, tandskader, ansigts- og kæbebrud, kæbeledsproblemer, mundslimhindesygdomme og cancerforstadier, skader efter strålebehandling.
- Endvidere vurdering og behandling af tænder og kæber på patienter inden strålebehandling på hoved og hals, inden kemoterapi, hjerteklapoperation og organtransplantation.

Den højt specialiserede del omfatter behandling af:

- Svære kæbedeformiteter, misdannelser i kæber, -ansigt og kranie, stråleskader på kæberne efter cancerbehandling, kæbedefekter efter canceroperationer, bløderpatienter (hæmofili), ganespaltepatienter og svære kæbeledslidelser med indsættelse af kunstige kæbeled

Hvilke mål er afdelingen nået frem til?

- Unikke cpr-numre

Antallet af unikke CPR-numre på afdelingen følges igennem projektet for at kunne vurdere, hvorvidt der behandles samme patientmængde som inden projektets opstart.

De første to mål gælder kun følgende patientgrupper: Frakturpatienter, der kan underopdeles i følgende patientgrupper: Mandibel frakturer (brud i underkæben) og blow out frakturer (Fraktur mod øjeæblet opstået ved slag). Endvidere ganespaltepatienter, patienter med kæbeledsproblemer og patienter, som operativt skal have flyttet enten over- eller underkæbe.

- **Øge antallet af operationer i dagkirurgisk regi**

Denne parameter sikrer dels en omkostningseffektivisering, da det er billigere at operere patienter i dagkirurgi frem for at indlægge patienterne. Derudover er der et kvalitetsaspekt i målet, da langt de fleste patienter foretrækker at være hjemme frem for på hospitalet. Hvis dette mål skal lykkedes, kræver det, at afdelingen går i dialog med dagkirurgisk afsnit, så det sikres, at anæstesipersonalet er villige til at give bedøvelsen på en måde, der gør, at patienten kan gå hjem samme dag, som operationen finder sted.

Succeskriterium: Antallet af operationer foretaget i dagkirurgisk regi skal stige.

Det skal afklares, om dagkirurgiske operationer kan identificeres præcist i data. Baseline er 2013, og denne etableres, når data for hele 2013 er tilgængeligt.

- **Nedbringe antallet af indlagte patienter**

Dette mål forventes at kunne opfyldes, hvis mål nr. 1 opfyldes, da flere patienter i dagkirurgi alt andet lige må give færre indlagte patienter.

Succeskriterium: Antallet af indlagte patienter skal falde.

Det tredje mål gælder alle patienter på afdelingen.

- **Effektivisering af patientforløb**

Dette mål er relevant, da mange af afdelingens patienter er i lange forløb. Det er derfor ambitionen at erstatte nogle af de ambulante besøg med telefonkonsultationer. Der kan også være tale om at nedbringe antal ambulante besøg pr. forløb uden at erstatte et besøg med en telefonkonsultation.

Succeskriterium: Antallet af ambulante besøg pr. forløb skal falde.

Det skal afklares, hvor præcist vi kan måle antal ambulante besøg pr. forløb. Baseline er 2013, og denne etableres, når data for hele 2013 er tilgængeligt.

- **Fastholdelse af patienttilfredsheden**

Dette mål tager udgangspunkt i afdelingens seneste LUP-undersøgelse fra 2013. Formålet med målet er at sikre, at patienterne føler sig lige så godt behandlet efter projektets implementering som før projektets implementering.

Succeskriterium: Patienttilfredsheden er minimum lige så høj som ved seneste LUP-undersøgelse i 2013.

- **Fastholdelse af høj medarbejdertilfredshed**

Medarbejdertilfredshed påvirker den kvalitet, afdelingen leverer over for patienterne. Derfor må nye initiativer og tiltag, der søsættes som følge af projekt Ny styring i et patientperspektiv, ikke ske på bekostning af medarbejdertilfredsheden, da man derved kan risikere et tab af kvalitet og et fald i patienttilfredsheden. Dermed er høj medarbejdertilfredshed en proxymåling for høj patienttilfredshed.

Samtidig ønsker afdelingen at synliggøre over for personalet, at medarbejdertilfredsheden vægtes højt på afdelingen.

Afdelingen gennemfører en statusmåling inden projektets start som sammenligningsgrundlag. Spørgsmålene til denne måling tager udgangspunkt i den seneste TULE-undersøgelse på afdelingen.

Succeskriterium: Medarbejdertilfredsheden er minimum på samme niveau som statusmålingen ved projektets start.

Neurologisk afdeling, Aarhus Universitetshospital

Neurologisk Afdeling, Aarhus Universitetshospital varetager behandling af neurologiske sygdomme i samarbejde med de praktiserende læger i den østlige del af Region Midtjylland.
Afdelingen har højt specialiserede funktioner for behandling af:

- Apopleksi (blodprop/blødning i hjernen) og hjernekarsygdomme
- Multipel sklerose
- Sygdomme i rygmarv, nerverødder, nervetråde og muskler
- Bevægeforstyrrelser
- Demenssygdomme f.eks. Alzheimers sygdom
- Epilepsi
- Hovedpinesygdomme
- Neurogene smertetilstande
- Søvnsygdomme
- Infektion og inflammation (betændelse) i nervesystemet
- Neurogenetik
- Uafklarede kritisk syge patienter

Endvidere varetager afdelingen den neurologiske behandling af patienter med vidtgående fysiske og psykiske handicap.

Hvilke mål er afdelingen nået frem til?

- **Øge hastigheden, hvormed yngre læger er fuld uddannet til at indgå i arbejdet på afdelingen**

En vigtig opgave for Neurologisk afdeling er at sikre, at det personale, der indgår i patientbehandlingen, er tilstrækkeligt uddannet. Tilstrækkeligt uddannet personale medfører, at den behandling patienterne modtager på Neurologisk Afdeling er af høj kvalitet, men også at afdelingens kapacitet udnyttes optimalt. Derfor ønsker Neurologisk Afdeling at øge hastigheden, hvormed yngre nyansatte læger er fuldt uddannet til at indgå i arbejdet på afdelingen. Det er vigtigt, at lægerne, der har ansvaret, er bekendt med de specielle sygdomsbilleder, kan handle hurtigt og hensigtsmæssigt samt kommunikere relevant og rettidigt med samarbejdspartnere.

<u>Færdigheder hos læger med vagtarbejde på Neurologisk afdeling F1 inkl. Observationssengene:</u>
Der er indført et sæt minimumskompetencer for lægen i nattevagt på Neurologisk afdeling, Aarhus, som skal være opfyldt, før arbejdet som nattevagt kan påbegyndes. Målene er, at kompetencen skal opnås hurtigst muligt efter ansættelse på Neurologisk afdeling.

Succeskriterium: 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.

Succeskriterium: 90 % af H-læger (læger der er i gang med speciallægeuddannelse i neurologi) og neurokirurger har kompetencer til at varetage en nattevagt senest 3 uger efter ansættelse.

Færdigheder hos læger i trombolyse forvagt (trombolyse er en blodpropopløsende behandling):
Der er indført et sæt minimumskompetencer for lægen i trombolysevagt på Neurologisk afdeling, Aarhus, som skal være opfyldt, før arbejdet som trombolysevagt kan påbegyndes. Det er et mål, at kompetencen skal opnås hurtigst muligt efter ansættelse på Neurologisk afdeling.

Succeskriterium: 90 % af H-læger (læger der er i gang med speciallægeuddannelse i neurologi) for nyansatte speciallæger 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.

Idet både kompetenceskemaer og vagtplan kun udarbejdes på afdelingen, vil Neurologisk afdeling selv monitorere på dette mål, samt fremlægge data i forbindelse med evalueringerne. Dette vil blive gjort ved at sammenholde de kompetencekort, der allerede udfyldes for de nyansatte læger, med afdelingens vagtplan.

- **Behandling af WAKE-UP patienter**

Neurologisk afdeling arbejder til stadighed med forskning og har som konsekvens heraf igennem årene indført en række nye behandlinger uagtet om dette har påvirket afdelingens DRG-værdi eller ej. Dette er sket ud fra den betragtning, at forskning bl.a. medfører indførsel af nye behandlinger, som igen medfører bedre behandling af patienterne.
Et eksempel på igangværende forskning er projektet vedrørende WAKE-UP patienterne. I projektet arbejdes der med, at trombolysere (trombolyse er en blodpropopløsende behandling) patienter med blodprop i hjernen (apopleksi patienter) ud fra et MR-scanningsbillede. I dag er den gængse praksis, at apopleksi patienter kun trombolyseres, hvis man ved, at symptomerne for blodproppen har været til stede i max 4,5 timer. Det er dog i visse tilfælde svært at vide, præcis hvor lang tid patienten har haft symptomerne. 20% af alle apopleksier opstår under søvn eller har ukendt debut, fordi patienten findes med apopleksisymptomer uden at kunne fortælle, hvornår symptomerne opstod. WAKE-UP projektet arbejder med at påvise, at MR kan erstatte kravet om at kende tidspunktet for debut af apopleksien, for at kunne tilbyde trombolyse.

Det er på nuværende tidspunkt ikke muligt at identificere wake-up patienterne i eksisterende data, men idet der er tale om et forskningsprojekt, følges udviklingen nøje. Dermed vil Neurologisk Afdeling selv stå for at fastsætte en måling af udgangspunktet, samt at monitorere på patienterne og levere data til de kommende evalueringer af projektet. Parameteren er også valgt, fordi dens succes er udtryk for kvaliteten af samarbejdet med det præhospitale system og afdelingens evne til at opspore disse patienter.

Succeskriterium: At der vurderes 50 patienter til at indgå i WAKE-UP studiet per år.

- **Sænke antallet af patienter, der modtager immunglobulin under indlæggelse**

Neurologisk afdeling arbejder til stadighed med forskning og har som konsekvens heraf igennem årene indført en række nye behandlinger uagtet om dette har påvirket afdelingens DRG-værdi eller ej. Dette er sket ud fra den betragtning, at forskning bl.a. medfører indførsel af nye behandlinger, som igen medfører bedre behandling af patienterne.
Et eksempel herpå er behandling med immunglobulin (antistoffer) for patienter med kronisk immunmedieret nervesygdom (nervebetændelse). Siden starten af 1990'erne har dette været en behandling, der er givet intravenøst under indlæggelse. Videnskabelige undersøgelser på afdelingen har dog vist, at behandlingen kan gives subkutant (under huden), hvilket muliggør at behandlingen kan finde sted i hjemmet. Dertil vil det i fremtiden potentielt være muligt, at endnu flere patienter kan behandles derhjemme, idet Neurologisk Afdeling i øjeblikket via en videnskabelig undersøgelse er ved at afklare, om det er lige så effektivt at give immunglobulin subkutant til nydiagnosticerede patienter.

Neurologisk afdeling ønsker at sænke antallet af patienter, der modtager behandling med immunglobulin under indlæggelse eller i ambulatoriet.

Det vil være muligt at opgøre antallet af patienter behandlet med immunglobulin under elektiv indlæggelse, i ambulatoriet eller i hjemmet.

Succeskriterium: At mindst 80% af patienterne vil modtage immunglobulinbehandling i hjemmet.

- **Fastholde afdelingens antal af forskningspublikationer**

Idet forskning er en vigtig del af Neurologisk afdelings arbejde, ønsker afdelingen at øge/fastholde antallet af forskningspublikationer, som udtryk for at afdelingen fortsat arbejder med at øge kvaliteten i behandlingen. Afdelingens forskningsmæssige aktivitet kan opgøres ved hjælp af en bibliometrisk forskningsindikator. Forskningsindikatoren bygger på såkaldte autoritetslister, der angiver, hvilke publiceringskanaler der er de mest anerkendte og prestigefyldte. Sådanne autoritetslister findes også indenfor neurologi.

Afdelingen har adgang til data for antallet af publikationer via

Statsbiblioteket. Neurologisk afdeling kan i samarbejde med Statsbiblioteket fastlægge målinger for de seneste 3-5 år som udgangspunktet, samt løbende monitorere på data og præsentere dette i forbindelse med projektevalueringerne.

Succeskriterium: At fastholde antallet af forskningspublikationer vægtet i forhold til impact-faktorer set i forhold til tidligere år.

- **Sikre at patienter i "dvaleambulatoriet" ved behov for kontakt til afdelingen hurtig får en tid**

Neurologisk afdeling har en række kroniske patienter, der har behov for fast tilknytning til en specialafdeling, men hvor faste kontroller ikke er hensigtsmæssige, da de lider af sygdomme, med vekslende forløb. Disse patienter behandles ud fra tanken om et såkaldt "dvaleambulatorium", hvor patienten ikke har faste kontrolbesøg, men til gengæld har en "livline" ind til Neurologisk afdeling. Et redskab til dette er Ambu-Flex, men andre modeller er mulige, fx at patienten blot er orienteret om at henvende sig ved behov. Såfremt der opstår et behov hos patienten for at komme til kontrol på afdelingen, skal dette kunne lade sig gøre indenfor kort tid. Det er afdelingens ønske, at der fra patienten tager kontakt til afdelingen, til patienten har en tid eller problemet løst ved fx en telefonkonsultation, ikke går mere end 14 dage. Der kan eventuelt lægges differentierede mål for kontrol telefonisk eller ved fremmøde.
Der er dog på nuværende tidspunkt ikke muligt at monitorere dette i eksisterende data, hvorfor der i løbet af projektperioden vil blive arbejdet med at finde en metode herfor. Såfremt denne metode findes, vil målet indlemmes i projekt ny styring i et patientperspektiv.

- **Antal unikke CPR-numre og ventetider**

Antallet af unikke CPR-numre og ventetider på afdelingen følges igennem projektet, for at kunne vurdere, hvorvidt den stigning i unikke CPR-numre, der har været hidtil fortsætter efter projektets start.