

Region Midtjylland

**Forslag til Kvalitetsstrategien på sundhedsområdet i Region
Midtjylland**

Bilag

**til Regionsrådets
møde den 28. marts 2007**

Punkt nr. 10

Kvalitetsstrategien på sundhedsområdet i Region Midtjylland

Det er afgørende, at de sundhedsfaglige ydelser¹ er af høj kvalitet. En kvalitet der betyder, at patienterne opnår det bedste mulige resultat i forhold til deres sundhed, at patienterne oplever deres forløb som sammenhængende, og at ressourcerne udnyttes effektivt.

Kvalitetsarbejdet i Region Midtjylland skal understøtte, at en sådan ensartet høj kvalitet opnås og fortløbende udvikles i hele sundhedsvæsenet i Region Midtjylland.

Dette indebærer, at kvaliteten skal ses ud fra tre vinkler:

- Den sundhedsfaglige kvalitet/kerneydelsen
- Den organisatoriske kvalitet/effektiv ressourceudnyttelse, kontinuitet og koordinering
- Den oplevede kvalitet/inddragelse af patienter og pårørende og styrkelse af patientfokus

Og det indebærer, at kvalitetsperspektivet skal være en fuldt integreret del af arbejdet på alle niveauer i sundhedsvæsenet. Perspektivet skal således være synligt såvel i den konkrete driftssituation som i planlægnings- og strategiarbejdet.

En fuld integration af kvalitetsperspektivet forudsætter udvikling af en kvalitetskultur, hvor kvalitetsarbejdet udspringer af organisationens visioner, mål og værdier, og hvor kvalitetsarbejdet nyder ledelsens synlige og fortløbende støtte.

Kvalitetsudviklingsarbejdet skal således være ledelsesmæssigt forankret på alle niveauer, og det skal herunder sikres, at man også i praksissektoren påtager sig ejerskab for kvalitetsudviklingsprocessen. På denne måde skal opnås fælles fremdrift og fælles retning i kvalitetsudviklingsarbejdet, og der skal skabes grobund for, at den enkelte medarbejder påtager sig et medansvar i kvalitetsudviklingsprocessen. Hensigten er at udvikle professionalismen inden for kvalitetsområdet og understøtte personalets trivsel gennem kompetenceudvikling. Derved skabes et inspirerende og godt arbejdsmiljø.

¹ Ved sundhedsfaglige ydelser forstås forebyggelse, diagnostik, observation, behandling, pleje, rehabilitering og patientinformation og -kommunikation i relation hertil [Sundhedsvæsenets kvalitetsbegreber og -definitioner. Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren. Januar 2003].

Gennem dokumentation og offentliggørelse af relevante kvalitets- og sundhedsdata ønsker Region Midtjylland at skabe et åbent og gennemsigtigt sundhedsvæsen. Hensigten er at understøtte inddragelsen af patienter og pårørende og at kvalificere det frie sygehusvalg samt at skabe en åben kvalitetskultur, hvor man vil kunne lære af de bedste og dermed øge incitamentet til kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet. Ligeledes vil offentliggørelse af kvalitetsdata styrke grundlaget for politiske prioriteringer. Det er i denne proces væsentligt at sikre, at offentliggørelse af kvalitetsdata ikke skaber utryghed hos patienter, pårørende og sundhedspersonale.

Visionen

Visionen med kvalitetsstrategien er, at der skal kunne konstateres en synlig styrkelse af den faglige kvalitet, patienttilfredsheden og effektiviteten, så der opnås et forbedret behandlingsresultat for patienter i Region Midtjyllands sundhedsvæsen.

Region Midtjylland skal være et naturligt referencepunkt for nationale vurderinger af den højeste kvalitet, ligesom regionen skal være internationalt engageret på kvalitetsområdet som en partner til gensidig inspiration og som sammenligningsgrundlag.

Overordnet målsætning

Det overordnede mål for kvalitetsstrategien er at arbejde for at opfylde visionen og opnå høj kvalitet i alle de ydelser, der leveres i sundhedsvæsenet inden for både somatikken, psykiatrien og i praksissektoren.

I forlængelse af dette skal samarbejdet mellem sundhedsvæsenets forskellige faggrupper og sektorer, herunder kommunerne, prioriteres højt i de kommende år, således at det kontinuerede og sammenhængende forløb sikres for alle patienter.

Strategiske indsatsområder

Aktuelt skal Region Midtjylland i de kommende to år satse på fire strategiske indsatsområder, der er beskrevet nedenfor. Områderne er udvalgt, fordi de er særligt afgørende for, at Region Midtjylland lever op til visionen og målsætningen.

På alle niveauer i Region Midtjylland skal der satses aktivt på disse fire områder. De strategiske indsatsområder skal dermed også tænkes aktivt ind i alle de aktiviteter, der i øvrigt igangsættes i sundhedsvæsenet.

Satsningen på de fire strategiske områder ændrer ikke ved, at hovedansvaret for kvalitetsarbejdet i Region Midtjylland er placeret i driftsledet.

Udviklingen inden for indsatsområderne vil blive fulgt af Kvalitetsrådet, og der vil i de kommende årsrapporter blive givet statusmeldinger.

Kvalitetsstrategien skal ses som en kontinuerlig proces, hvor nye metoder og indsatsområder til stadighed skal afprøves og implementeres, og hvor behovet for evalueringer af enkeltområder eller temaer løbende skal vurderes. Hensigten er, at strategien videreudvikles og anvendes dynamisk, så der hele tiden lægges vægt på de opgaver, der er aktuelle på det givne tidspunkt.

1. Akkreditering

Det er et mål, at alle hospitalerne i Region Midtjylland opnår akkreditering i henhold til Den danske Kvalitetsmodel inden udgangen af 2008². For at nå dette mål skal regionen være så godt forberedt som muligt på den meget store opgave med implementering af standarder, udarbejdelse af retningslinjer og selvevaluering, der venter hospitalerne i akkrediteringsprocessen.

Der vil i Region Midtjylland foregå relevant koordinering og igangsættelse af fælles regionale tiltag for at kvalificere processen og for at sikre, at den nødvendige vidensdeling finder sted. Blandt andet skal implementering af et elektronisk dokumentstyringssystem (e-Dok) på hospitalerne i Region Midtjylland prioriteres.

Praksissektoren skal allerede nu inddrages i arbejdet med akkreditering, i første række i forhold til snitflader til hospitalerne (henvisningsstandarder) og udarbejdelse af standarder for god klinisk praksis i klinikkerne.

Endelig skal regionen være en aktiv spiller i processen på nationalt plan.

2. Patientforløb

Sammenhæng i patientforløbene er et mål for Region Midtjylland, fordi det er afgørende for både den sundhedsfaglige, den organisatoriske og den patientoplevede kvalitet. Der skal derfor udarbejdes en samlet model for arbejdet med optimale patientforløb i Region Midtjylland. I modellen vil samarbejdet mellem almen praksis, hospital og kommune med patienten i fokus være et omdrejningspunkt. Der skal i indsatsen for at skabe det optimale patientforløb lægges vægt på det igangværende regionale arbejde med patientsikkerhed, herunder også Strategien for Patientsikkerhed.

Som en del af den overordnede patientforløbsmodel vil der være krav om, at patientforløbsbeskrivelser skal indeholde planer for implementering, systematisk dokumentation og kvalitetsmonitorering. Og modellen vil lægge op til, at der skal tages skridt til øget vægt på at monitorere outcome for patienterne.

Det Nationale Indikatorprojekt (NIP) er et væsentligt eksempel på monitorering af den faglige og organisatoriske kvalitet i patientforløbet. Der skal derfor gøres en særlig indsats på regionalt niveau for at sikre en høj og ensartet opfyldelse af standarderne på alle hospitaler i Region Midtjylland.

3. Servicemål

Region Midtjylland har som målsætning, at patienterne skal modtage samme høje service i alle dele af regionen. I Region Midtjylland skal der derfor ske en harmonisering af servicemålene på sygehusområdet med udgangspunkt i dels de nationale (lov-mæssige) servicemål dels de hidtidige servicemål i de fire tidligere amter. Der skal desuden indføres servicemål i relation til regionslægevagten, og der vil blive arbejdet på at indføre anvendelige servicemål på de enkelte praksisområder.

Servicemålene er nært knyttet til realiseringen af det sammenhængende patientforløb, herunder til kapacitetsplanlægning og økonomi. I bilag 1 er servicemålene for Region Midtjylland angivet.

² Jf. IKAS' tidsplan: <http://www.kvalitetsinstitut.dk>. Hvis der sker ændringer inden for denne, vil det få tilsvarende konsekvenser for Region Midtjyllands tidsplan.

4. Dokumentation og datakvalitet

Det er et mål for Region Midtjylland at opnå en stabil høj datakvalitet ved korrekt og tidstro registrering af alle data og en fyldestgørende dokumentation af de kliniske, faglige og organisatoriske aktiviteter, der har betydning for patientforløbet. En fyldestgørende og korrekt dataregistrering er en forudsætning for evaluering og kvalitetsmåling og for sammenligninger af den opnåede kvalitet i sammenlignelige afdelinger og hospitaler.

For at sikre en tilfredsstillende høj datakvalitet skal der på alle niveauer lægges vægt på, at strukturering og registrering af data er en naturlig og integreret del af arbejdsgangen.

Udviklingen af den elektroniske patientjournal i Region Midtjylland kan få stor betydning for arbejdet med kvalitetsdata og herunder lette arbejdet med registrering og dokumentation, men kvaliteten i forbindelse med den daglige registrering af data i patientjournalen og indberetningen til kvalitetsdatabaser skal sikres også på hospitaler, der endnu ikke har en elektronisk patientjournal.

Der skal lægges vægt på en øget nyttiggørelse af kvalitetsdata gennem tilbagemelding til det enkelte hospital og gennem formidling af den faglige kvalitet til beslutningstagere og administratorer. Det er herunder afgørende, at ledelserne i deres udviklingsarbejde gør konkret brug af de resultater, der fremkommer af data.

I praksissektoren skal der arbejdes på at indføre kliniske standarder, og der skal arbejdes på at opnå en generel højere grad af dokumentation af aktiviteten.

Arbejdsprocessen i strategiperioden

De fire strategiske indsatsområder er udmøntet i konkrete regionale tiltag, som skal iværksættes i Region Midtjylland i strategiperioden, der strækker sig over de kommende to år. Udmøntningen af de fire indsatsområder er beskrevet i bilag 2. Ved udmøntningen er der inden for hvert indsatsområde redegjort for, hvilke opgaver Sundhedsstaben og centrene har et overordnet ansvar for, og hvilke opgaver de enkelte hospitaler har ansvaret for.

Kvalitetsstrategien i forhold til virksomhedsmodellen for Region Midtjylland

Kvalitetsstrategien skal ses i sammenhæng med Region Midtjyllands virksomhedsmodel. Sammenhængen er beskrevet i bilag 3. På denne måde sigtes mod en lærende og udviklingsorienteret organisation, som prioriterer og forstår samspillet mellem indsatsområder, proces og resultater sammenholdt med de forskellige brugere og patienters behov.

24. januar 2007

Forslag til fælles servicemål på sundhedsområdet i Region Midtjylland

Servicemål er et udtryk for den politisk fastsatte målsætning for den service, som patienten kan forvente i sit møde med sundhedsvæsenet i Region Midtjylland.

De fire amter, der indgår i Region Midtjylland, har hvert sit sæt af politisk godkendte servicemål. Ved etablering af Region Midtjylland vil det være nødvendigt med en harmonisering på området, således at der ikke er forskel på den service, patienterne modtager i forskellige dele af regionen. Ved formulering af nye fælles servicemål på sundhedsområdet i Region Midtjylland skal der tages udgangspunkt i dels de nationale (lovmæssige) servicemål, dels de hidtidige servicemål i de fire tidligere amter. Der arbejdes hen imod en harmonisering af servicemålene efter rammer, som er beskrevet nedenfor.

InfoRM

Servicemålene og opfyldelsesgraden vil blive præsenteret i Region Midtjyllands nye ledelsesinformations-system InfoRM. I ledelsesoverblikket vil de mest centrale servicemål blive vist. Derudover placeres servicemålene i InfoRM sammen med øvrige kvalitetsdata.

Servicemål, opfyldelsesgrad og aktuelle ventetider skal desuden løbende opdateres og være let tilgængelige for hospitalsafdelingerne, primærsektoren og offentligheden.

1. Primær sundhedstjeneste

Alment praktiserende læger

I det igangværende arbejde med Rammeprogram for Almen Praksis vil der blive udarbejdet forslag til udformning af servicemål for alment praktiserende læger.

Regionens lægevagt

- Ventetid i telefon: Parterne er enige om, at ventetiden på at komme til at tale med en læge så vidt mulig ikke overstiger 5 minutter. Målet er, at 90 pct. af alle telefoniske henvendelser besvares inden for 5 minutter.
- Ventetid på konsultationen: Målet er, at en konsultation tilbydes inden for en rimelig tid. Konkret er målet, at ventetiden i konsultationen maksimalt skal være en time efter, at patienten er ankommet til konsultationsstedet. Målet er, at 90 pct. af patienterne er tilset af en læge, inden der er gået en time.
- Hjemmebesøg: Det er målet, at sygebesøg, der normalt er af hastende karakter, aflægges inden for 3 timer. Konkret er målet, at 90 pct. af alle hjemmebesøg aflægges inden for 3 timer.

2. Hospitaler

Akutte patienter

Alle akutte patienter skal tilbydes undersøgelse/behandling døgnet rundt året rundt på regionens hospitaler efter planlagt arbejdsdeling.

Sub-akutte patienter (Livs- og helbredstruede patienter)

Maksimale ventetider – kræft (Nationale servicemål):

- Til forundersøgelse: to uger fra lægens henvisning er modtaget af hospitalet.
- Til operation: to uger fra patienten har givet den behandlende afdeling informeret samtykke til operation.
- Til medicinsk behandling, som er primær behandling: to uger fra patienten har givet den behandlende afdeling sit informerede samtykke til behandlingen, og senest fire uger fra afdelingen har modtaget henvisning til behandling.
- Til strålebehandling, som er primær behandling: fire uger fra den behandlende afdeling har modtaget henvisning til strålebehandling.
- Til efterbehandling (strålebehandling eller medicinsk behandling efter primær behandling): fire uger fra henvisning er modtaget af den behandlende afdeling.

Målopfyldelse: Den overordnede målsætning er en målopfyldelse på 100%.

Maksimale ventetider – iskæmisk hjertesygdom (Nationale servicemål):

- Operation (revaskularisering) for venstre hovedstammesygdom påvist ved koronararteriografi (KAG, dvs. røntgenundersøgelse af hjertets kranspulsårer): to uger fra henvisningen er modtaget af landsdelshjertecenteret.
- Operation (revaskularisering) for ustabil angina pectoris (svære hjertekramper på grund af forkalkning i hjertets kranspulsårer): tre uger fra henvisningen er modtaget af landsdelshjertecenteret.
- Operation (revaskularisering) for angina pectoris umiddelbart efter blodprop i hjertet: fem uger fra henvisningen er modtaget af landsdelshjertecenteret.

Målopfyldelse: Den overordnede målsætning er en målopfyldelse på 100%.

Ikke-akutte patienter

Henvisning og forundersøgelser

- Patienten får meddelt tidspunkt for forundersøgelse/behandling senest 8 dage efter henvisningen.
Målopfyldelse: 95%
- Forundersøgelsen må højst ligge 4 uger efter henvisningsdatoen
Målopfyldelse: 90%
- Patienten skal senest 8 dage efter forundersøgelsen have besked om dato og tidspunkt for behandling.
Målopfyldelse: 95%

Behandlingsgaranti

Behandling af patienter skal som hovedregel påbegyndes senest to måneder efter henvisningsdatoen (Nationalt servicemål)

Målopfyldelse 90%

Hvis ventetiden til behandlingen overstiger 2 måneder, skal patienten oplyses om muligheden for at udnytte det udvidede frie sygehusvalg. Det udvidede frie sygehusvalg giver patienterne ret til at søge behandling på private hospitaler og klinikker eller hospitaler i udlandet, hvis ventetiden på behandling i bopælsregionen eller på hospitaler, som regionen normalt samarbejder med, overstiger 2 måneder fra henvisningen. I forbindelse med økonomiforhandlinger mellem Regeringen og Danske Regioner har Regeringen tilkendegivet, at der vil blive fremsat lovforslag, der ændrer behandlingsgarantien fra 2 måneder til 1 måned. Ændringen forventes at træde i kraft 1. oktober 2007.

Aflysning af planlagte behandlinger

Aflysninger af indlæggelse, operationer eller andre behandlinger, som ikke skyldes patienten selv, kan betragtes under manglende målopfyldelse, idet en aflysning kan udskyde behandlingstidspunktet. Region Midtjylland har en målsætning om, at max 5% af de planlagte behandlinger aflyses.

Undtagelser fra behandlingsgarantien

I forhold til behandlingsgarantien er følgende områder undtaget:

- Sterilisation
- Fertilitetsbehandling (IVF) herunder re-fertilitetsbehandling
- Høreapparatbehandling
- Kosmetisk operation (udføres ikke på offentlige hospitaler)
- Behandling for alkoholmisbrug

Indenrigs- og Sundhedsministeriet kan fastsætte andre behandlinger, der skal undtages af behandlingsgarantien.

Ventetid på ambulatorier

Ventetiden på ambulatorier må maksimalt være 30 minutter³. Målsætningen om maksimalt 30 minutters ventetid gælder både i forhold til det meddelte mødetidspunkt (eller det faktiske mødetidspunkt) for patienter, der møder op til planlagte behandlinger, og for skadestue/akut patienter.

Kontinuitet

- Udskrivningsbrev/lægebrev skal sendes til den praktiserende læge senest 7 dage efter udskrivningen. Målopfyldelse: 80 procent af lægebrevene skal være udsendt senest 2 hverdage efter udskrivningen, og 95 procent af lægebrevene skal være udsendt senest 7 hverdage efter udskrivningen.
- Udskrivninger, der medfører efterfølgende opfølgningstilbud i primærsektoren, skal aftales med primærsektoren senest på udskrivningsdagen.

Efter bekendtgørelsen om udarbejdelse af genoptræningsplaner skal regionerne tilbyde en (skriftlig) genoptræningsplan til patienter, der har et lægefagligt begrundet behov for genoptræning ved udskrivning fra hospitalet. Genoptræningsplanen skal udleveres til patienten senest i forbindelse med udskrivningen og sendes til patientens praktiserende læge sammen med udskrivningsbrevet efter aftale med patienten.

³ Ventetiden måles fra patientens ankomst er registeret, og til konsultationen indledes.

Kvalitet og Sundhedsdata

Skottenborg 26

8800 Viborg

Dato: 24. januar 2007

Konkrete regionale tiltag under kvalitetsstrategiens fire indsatsområder

Dette notat beskriver konkrete regionale tiltag, som skal iværksættes i Region Midtjylland i relation til de nedenstående fire indsatsområder. I strategiperioden, der strækker sig over de kommende to år, vil der være særligt fokus på disse tiltag.

1. Akkreditering
2. Patientforløb
3. Servicemål
4. Dokumentation og datakvalitet

Der vil inden for hvert indsatsområde blive redegjort for, hvilke opgaver Kvalitet og Sundhedsdata har et overordnet ansvar for, og hvilke opgaver de enkelte hospitaler har ansvaret for. Der redegøres ligeledes for, hvordan der følges op på tiltagene.

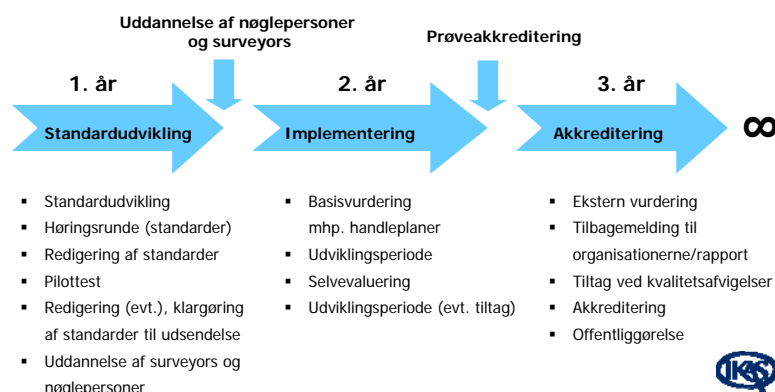
Satsningen på de fire indsatsområder og konkrete tiltag ændrer ikke ved, at hovedansvaret for kvalitetsarbejdet i Region Midtjylland påhviler driftsledet. Det daglige driftsnære arbejde med de fire indsatsområder påhviler dermed også de enkelte hospitaler.

Indsatsområdet: Akkreditering

Akkreditering skal opnås gennem arbejdet med Den Danske Kvalitetsmodel, som er en overordnet model⁴ for kontinuerlig kvalitetsforbedring af alle faglige aspekter ved et patientforløb. I modellen fokuseres på aktiviteter med essentiel betydning for kvaliteten af det sammenhængende, tværsektorielle patientforløb.

Akkreditering opnås på basis af en uvildig, ekstern vurdering af målopfyldelsen af en række standarder. Forud for dette skal hospitalerne implementere disse standarder, herunder gennemføre en basisvurdering⁵ på de enkelte hospitaler med mulighed for udarbejdelse af handlingsplaner, hvis der identificeres kvalitetsbrist, hvorefter en selvevaluering skal udføres (figur 1). Denne selvevaluering indgår i den eksterne vurdering af målopfyldelsen.

Figur 1 Faser i Den Danske Kvalitetsmodel



1. år: 2006; 2. år: 2007; 3. år: 2008

Kilde: Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet (IKAS), <http://www.kvalitetsinstitut.dk>

Det er et overordnet mål for indsatsen, at alle hospitalerne i Region Midtjylland opnår akkreditering i henhold til Den Danske Kvalitetsmodel inden udgangen af 2008⁶, og at praksissektoren inddrages i arbejdet med akkreditering inden for strategiperioden.

I det følgende beskrives fem tiltag, der alle er en væsentlig del af indsatsen for at opnå akkreditering:

Tiltag under indsatsområdet

1. Akkrediteringsforberedelse
2. Basis- og selvevaluering
3. Ekstern evaluering og akkreditering
4. Inddragelse af praksissektoren
5. Nationalt samarbejde

⁴ <http://www.kvalitetsinstitut.dk/sw1470.asp>

⁵ En slags baselinemåling for alle standarder, der skal belyse, hvorvidt hospitalet lever op til kravene.

⁶ Jf. IKAS' tidsplan: <http://www.kvalitetsinstitut.dk>. Hvis der sker ændringer inden for denne, vil det få tilsvarende konsekvenser for Region Midtjyllands tidsplan.

1. AKKREDITERINGSFORBEREDELSE

1.1 Baggrund

Det er en forudsætning for at opnå akkreditering, at det enkelte hospital udvikler en kvalitetsorganisation til understøttelse af akkrediteringsarbejdet. Regionen skal generelt være godt forberedt og for at bidrage til dette, skal der iværksættes regionale initiativer.

Der er i første omgang udvalgt nedenstående to områder, hvor der iværksættes en koordineret regional indsats.

Gennem Kvalitetsrådet og Akkrediteringsnetværket⁷ kan der udpeges flere områder senere.

Elektronisk dokumentstyringssystem (e-Dok):

Der skal implementeres et fælles elektronisk dokumentstyringssystem (e-Dok) for Region Midtjylland, som skal medvirke til at sikre, at hospitalerne administrerer og udformer politikker, retningslinjer og instrukser korrekt. Dette vil bidrage væsentligt til at sikre kvaliteten og til at opnå akkreditering.

Uddannelse af kvalitetskoordinatorer:

Region Midtjylland skal uddanne kvalitetskoordinatorer, som rekrutteres blandt basispersonalet på de enkelte hospitalsafsnit. Det tilstræbes desuden, at ledere på afdelingsniveau deltager i uddannelsen. Formålet med uddannelsen er, at kvalitetskoordinatorerne skal kunne understøtte akkrediteringsprocessen i det enkelte afsnit eller afdeling. De vil desuden i samarbejde med afdelingsledelsen og IKAS-nøglepersoner⁸ skulle være med til at sikre forankringen af akkrediteringsprocessen i hele organisationen.

1.2 Opgaver og ansvarsfordeling

e-Dok:

Kvalitet og Sundhedsdata har, i samarbejde med hospitalerne, ansvaret for indkøb og etablering af e-Dok samt nødvendig uddannelse på de hospitaler, som ikke har systemet. Kvalitet og Sundhedsdata har desuden ansvaret for, i samarbejde med hospitalerne, at udarbejde en fælles opbygning af systemet og herunder brugen af en fælles skabelon for politikker, retningslinjer og instrukser, der lever op til kravene i Den Danske Kvalitetsmodel.

Hospitalerne i Region Midtjylland skal sikre, at de nødvendige politikker, retningslinjer og instrukser er udformede og anvendes samt dokumentere, at personalet har det fornødne kendskab dertil. Til dokumentation og styring af dette skal hospitalerne implementere e-Dok på alle afdelinger.

Uddannelse af kvalitetskoordinatorer:

Kvalitet og Sundhedsdata har ansvaret for planlægningen af uddannelsen i samarbejde med Akkrediteringsnetværket, HR-afdelingen og Center for Kvalitetsudvikling.

Hospitalerne i Region Midtjylland har ansvaret for at udpege kvalitetskoordinatorer og ledelsesrepræsentanter til dette uddannelsesforløb samt at bidrage til uddannelsen med bl.a. oplægsholdere og moderatører.

⁷ Kvalitet og Sundhedsdata har formandskab og sekretariatsfunktion for Akkrediteringsnetværket, hvor Region Midtjyllands hospitalers kvalitetsorganisation er repræsenteret, fortrinsvis fra administrationen.

⁸ IKAS uddanner pr. hospital 3-5 nøglepersoner, som herigennem får særlige kompetencer i relation til akkrediteringsprocessen.

1.3 Opfølgning

e-Dok:

e-Dok skal være i drift på alle afdelinger, og den fælles skabelon skal være implementeret. Hospitalernes opbygning af e-Dok skal være hensigtsmæssigt koordineret i Region Midtjylland. Kvalitet og Sundhedsdata følger op på disse indsatser.

Uddannelse af kvalitetskoordinatorer:

Der skal være uddannede kvalitetskoordinatorer⁹ på alle hospitaler i Region Midtjylland ultimo 2007, hvilket Kvalitet og Sundhedsdata følger op på.

2. BASIS- OG SELVEVALUERING

2.1 Baggrund

Hospitalerne skal gennemføre en basisevaluering, som er en slags baselinemåling for alle standarder¹⁰, hvorefter hospitalerne på baggrund af resultaterne fra basisevalueringen udarbejder handlingsplaner med henblik på en egentlig selvevaluering¹¹ (figur 1).

2.2 Opgaver og ansvarsfordeling

Kvalitet og Sundhedsdata vil koordinere oprettelse og brug af Region Midtjyllands intranet til udveksling af relevant materiale under akkrediteringsforberedelserne, fx politikker, retningslinjer og instrukser. Der vil på hjemmesiden ligeledes blive offentliggjort bl.a. "Akkrediteringsnyhedsbreve", som Kvalitet og Sundhedsdata vil være redaktør for. Disse nyhedsbreve påtænkes sendt til regionens hospitaler med henblik på information gennem de lokale interne personaleblade.

Kvalitet og Sundhedsdata afholder et seminar for Strategisk Sundhedsledelsesforum foråret 2007, hvor medlemmerne får lejlighed til at blive indført i eller ajourført med akkrediteringens processer samt det igangværende og fremtidige akkrediteringsforløb i Region Midtjylland.

Kvalitet og Sundhedsdata vil i strategiperioden desuden gennemføre et kvalitetskursus for hospitalspersonale med særligt fokus på akkreditering.

Ifølge den nuværende overordnede tidsplan fra IKAS (figur 1) har hospitalerne inden udgangen af 2007 ansvaret for at gennemføre basisevaluering på alle hospitaler og implementere eventuelle handlingsplaner. Men tidsplanen er p.t. under revision af IKAS, og først når den endelige tidsplan foreligger, tages der endelig stilling til kadencen.

Hospitalerne har ansvaret for at have en kvalitetsorganisation på plads, der kan håndtere denne proces. Ved både basis- og selvevalueringen skal hospitalerne indberette data til IKAS til bedømmelse af opfyldelsesgraden for alle standarder. Indberetningen foregår via en database oprettet samlet for Region Midtjylland¹².

⁹ Vores fælles kursus eller tilsvarende.

¹⁰ Ved standarder forstås et sæt af foruddefinerede krav. Standarderne vedrører sundhedsydelser og aktiviteter (<http://www.kvalitetsinstitut.dk/sw175.asp>).

¹¹ Ved selvevaluering forstås en systematisk vurdering af institutionens aktiviteter og resultater foretaget af institutionen selv [Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren. Sundhedsvæsenets kvalitetsbegreber og -definitioner. København: Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren; 2003.].

¹² Denne indberetningsdatabase udvikles i løbet af 2007, hvilket koordineres af Sundhedsinformatik.

2.3 Opfølgning

Hvis der viser sig tværgående problemstillinger, der med fordel kan løses i fællesskab, formidles det gennem Kvalitet og Sundhedsdata.

Kvalitet og Sundhedsdata udarbejder en statusopgørelse for Region Midtjyllands hospitaler med henblik på drøftelse på ledelsesniveau.

3. EKSTERN EVALUERING OG AKKREDITERING

3.1 Baggrund

I løbet af 2008 gennemføres den eksterne evaluering¹³ med henblik på akkreditering¹⁴ (figur 1). Akkreditering baseres på vurdering af standardopfyldelse i forbindelse med den eksterne evaluering.

3.2 Opgaver og ansvarsfordeling

Det er hospitalernes ansvar at være bedst mulig forberedt til akkrediteringsbesøget på både ledelses- og medarbejderniveau, således at akkreditering kan opnås inden udgangen af 2008, forudsat at IKAS overholder tidsplanen.

3.3 Opfølgning

Kvalitet og Sundhedsdata følger op på hospitalernes akkrediteringsstatus, og der tages stilling til eventuelle udviklingstiltag i den næstkommende strategiperiode.

Kvalitet og Sundhedsdata udarbejder en statusopgørelse for Region Midtjyllands hospitaler med henblik på drøftelse på ledelsesniveau.

4. INDDRAGELSE AF PRAKSISSEKTOREN

4.1 Baggrund

Den Danske Kvalitetsmodel fokuserer på patientforløb både internt på hospitaler, på tværs af hospitaler og med tiden på tværs af sundhedsvæsenets sektorer. Det er derfor vigtigt at inddrage praksissektoren i videst muligt omfang fra starten, da mange patientforløb starter og slutter hos egen læge.

4.2 Opgaver og ansvarsfordeling

Primær Sundhedstjeneste tager initiativ til at inddrage almen praksis i arbejdet med akkreditering, i første række når det drejer sig om snitflader i forhold til sygehusene (ex udarbejdelse af henvisningsstandarder).

¹³ Den eksterne evaluering er baseret på institutionsbesøg af et eksternt surveyorkorps, bestående af dialog og interview med ledelsen og medlemmer af kvalitetsorganisationen om kvalitetsforbedring og standardopfyldelse samt besøg i afdelinger og afsnit, interviews med personale og patienter, stikprøver og casebaseret audit.

¹⁴ Akkreditering er defineret som en procedure, hvor et anerkendt organ vurderer, om en aktivitet, ydelse eller institutionen lever op til et sæt af fælles standarder [Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren. Sundhedsvæsenets kvalitetsbegreber og -definitioner. København: Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren; 2003.].

Der skal arbejdes med udfærdigelse af standarder for god klinisk praksis i klinikkerne på udvalgte områder. I første omgang vil der på almenlægeområdet blive indført en ny overenskomstbaseret forløbsydelse på diabetesområdet, hvor der indføres kliniske standarder. Erfaringerne herfra vil kunne anvendes på andre områder.

4.3 Opfølgning

Primær Sundhedstjeneste og Kvalitet og Sundhedsdata vil følge op på dette arbejde. De foreløbige resultater og udviklingsprocessen vil fremgå af Kvalitet og Sundhedsdatas årsrapporter.

5. NATIONALT SAMARBEJDE

5.1 Baggrund

For at sikre en stadig positiv udvikling af opgavevaretagelsen i relation til akkreditering er det vigtigt, at Region Midtjylland også prioriterer nationalt samarbejde og vidensdeling på både drifts- og forvaltningsniveau.

5.2 Opgaver og ansvarsfordeling

I forbindelse med arbejdet med Den Danske Kvalitetsmodel er der etableret et forum af regionale kontaktpersoner, hvor kontaktpersonerne er hospitalejernes repræsentanter på beslutningsniveau og dermed bindeleddet mellem IKAS og regionernes sundhedsforvaltninger. Region Midtjylland er repræsenteret ved Kvalitet og Sundhedsdata samt Kvalitets- og Udviklingsafdelingen, Psykiatrien.

Kvalitet og Sundhedsdata prioriterer deltagelse i nationale og på sigt internationale fora med mulighed for at udbrede kendskabet til Region Midtjyllands akkrediteringsproces og –resultat. Herigennem gives også mulighed for videns- og erfaringsdeling.

Region Midtjyllands hospitaler opfordres til at deltage i konferencer og lignende, hvor der bliver mulighed for at udveksle resultater og erfaringer til nytte for det igangværende og fremtidige akkrediteringsarbejde.

5.3 Opfølgning

Relevant afrapportering vil fremgå af Kvalitet og Sundhedsdatas årsrapporter.

Indsatsområdet: Patientforløb

Det er et overordnet mål for indsatsområdet, at der inden for Kvalitetsstrategiens toårige periode opnås en væsentlig forbedring i forhold til spørgsmål vedrørende kontinuitet, sammenhæng og kommunikation i patientoplevelsesundersøgelserne. Desuden er der i Den Danske Kvalitetsmodel en række standarder, der specifikt vedrører patientforløbet. Akkrediteringsprocessen vil derfor kunne medføre systematisk opfølgning på status og udvikling i en række aktiviteter, der er relevante for kvalitetsforbedring i patientforløbene.

Der skal i indsatsen for at skabe det optimale patientforløb lægges vægt på det igangværende regionale arbejde med patientsikkerhed, forestået af Enheden for Klinisk Kvalitet og Patientsikkerhed. En anden central udfordring er at opfylde det helt overordnede mål om tilfredse brugere af sundhedsvæsenet i Region Midtjylland. Det forudsætter et brugerdrevent sundhedsvæsen og patienters kontinuerlige inddragelse og medindflydelse på patientforløbsindsatsen; et område der prioriteres i undersøgelser og projekter ved Center for Kvalitetsudvikling.

I det følgende beskrives fire tiltag, der alle er en væsentlig del af indsatsen for at skabe optimale, sammenhængende patientforløb i Region Midtjylland:

Tiltag under indsatsområdet

1. Udarbejdelse af en overordnet model for optimale, sammenhængende patientforløb i Region Midtjylland
2. Udarbejdelse af patientforløbsbeskrivelser
3. Kontaktpersonordningen.
4. 'Klar besked' indkaldelsesbreve og behandlingsgaranti

1. EN OVERORDNET MODEL FOR OPTIMALE, SAMMENHÆNGENDE PATIENTFORLØB I REGION MIDTJYLLAND

1.1 Baggrund

En overordnet model for optimale patientforløb skal angive grundstrukturen i alle patientforløbsbeskrivelser i Region Midtjylland. Modellen vil blandt andet stille krav om, at en patientforløbsbeskrivelse indeholder planer for implementering, systematisk dokumentation og monitorering af kvaliteten i patientforløbene. Det understreges, at det er det hele patientforløb, som medtænkes i patientforløbsmodellen, fra første til og med sidste kontakt med sundhedsvæsenet – indbefattet undersøgelse, behandling, pleje, rehabilitering og forebyggelse. Den overordnede model for patientforløb skal kunne rumme den regionale kronikerindsats, således at elementer fra dette arbejde naturligt kan indgå i de patientforløbsbeskrivelser, hvor det er relevant. Kronikerindsatsens fokus på samarbejdet mellem hospitaler, praktiserende læger og kommuner, og herunder også de indgåede sundhedsaftaler, skal således kunne indpasses i modellen. Som grundlag for modellen inddrages også hidtidige erfaringer med at udarbejde patientforløbsbeskrivelser i regionen, herunder især erfaringer med implementering.

Inddragelse af patienternes, og i relevant omfang de pårørendes, synspunkter er et væsentligt led i arbejdet med udformning af patientforløbene. Den sundhedsfaglige evidens danner grundlaget for indsatsen, og dokumentation og kvalitetsmonitorering skal medvirke til at sikre patienterne den relevante behandling. Hensigtsmæssig organisering og koordinering skal prioriteres for at skabe en optimal proces i patientforløbene.

Kvalitetsindikatorer i Det Nationale Indikatorprojekt (NIP), andre vedtagne monitoreringsindikatorer, udarbejdelsen af Sundhedsfagligt Indhold (SFI)¹⁵ og akkrediteringsstandarder i Den Danske Kvalitetsmodel skal inddrages i udformningen af patientforløb.

1.2 Opgaver og ansvarsfordeling

Kvalitet og Sundhedsdata tager initiativ til, at der udarbejdes en overordnet model for patientforløb i tæt dialog med både hospitalerne og de relevante afdelinger i staben og Center for Kvalitetsudvikling. Ligeledes skal Kvalitet og Sundhedsdata sikre sammenhæng til den arbejdsgruppe, der skal stå for udarbejdelsen af SFI.

Regionalt Sundhedssamarbejde planlægger at udarbejde kronikerprogrammer¹⁶. Kvalitet og Sundhedsdata indgår i dette arbejde, så der sker koordinering af det samlede patientforløbsarbejde i sundhedsstaben

1.3 Opfølgning

Kvalitet og Sundhedsdata følger op på, at der er udarbejdet en overordnet model for patientforløb i henhold til de opstillede forventninger og krav.

2. UDARBEJDELSE AF PATIENTFORLØBSBESKRIVELSER

2.1 Baggrund

En patientforløbsbeskrivelse udgør en samlet beskrivelse af og standarder for alle aktiviteter, arbejds-gange, beslutningspunkter, organisering og kontakter i et optimalt sammenhængende patientforløb for en specifik patientgruppe (typisk en diagnose).

Der foreligger allerede igangsatte eller færdige patientforløbsbeskrivelser, som omfatter stort set alle de elementer, som Kvalitet og Sundhedsdata lægger op til, der bør indgå. Det er hensigten, at disse patientforløbsbeskrivelser skal udbredes til og implementeres i hele regionen. Dette arbejde foregår sideløbende med udarbejdelsen af den overordnede model, således at der kan drages gensidige erfaringer særligt i forhold til implementeringsgrundlaget. Fremtidige patientforløbsbeskrivelser skal baseres på den over-

¹⁵ Det Sundhedsfaglige Indhold (SFI) er en systematiseret udarbejdelse af aktiviteter, beslutninger og resultater i patientforløb, der skal være tilpasset strukturen i en elektronisk patientjournal. Udarbejdelsen af SFI baseres på en metode (Mediq-metoden), der er udviklet af H:S.

¹⁶ Kronikerprogrammerne baseres på principperne i Sundhedsstyrelsens Generiske Forløbsprogram. Et forløbsprogram beskriver den samlede tværfaglige, tværsektorielle og koordinerede indsats for en given kronisk sygdom. Sundhedsstyrelsens generiske forløbsprogram udgøres af 14 komponenter, som alle er væsentlige for at skabe et sammenhængende og velkoordineret kronikerforløb. Programmet forventes færdigt foråret 2007.

ordnede model for patientforløb for dermed at sikre, at der bliver tale om systematisk kvalitetsudvikling. På baggrund af patientforløbsbeskrivelserne fastlægges kliniske, faglige, organisatoriske og kommunikative retningslinjer samt handleplaner for et sammenhængende optimalt patientforløb.

2.2 Opgaver og ansvarsfordeling

Det ledelsesmæssige niveau (Strategisk Sundhedsledelsesforum og Klinikforum) prioriterer, efter oplæg af Kvalitet og Sundhedsdata, hvilke patientforløbsbeskrivelser der skal udarbejdes fremadrettet. Det forventes, at oplægget vil være de diagnoser, der er inkluderet i Den Danske Kvalitetsmodel og NIP¹⁷. Det inkluderer også et antal diagnoser, som alle vil være hensigtsmæssige at begynde med i forhold til kronikerprogrammerne. Dette arbejde vil således kunne foregå parallelt. Det ledelsesmæssige niveau godkender også, efter oplæg fra Kvalitet og Sundhedsdata, udbredelsen af de allerede eksisterende eller igangværende patientforløbsbeskrivelser i hele Region Midtjylland.

Kvalitet og Sundhedsdata forestår dannelsen af patientforløbsgrupper, der skal udarbejde de diagnoserelaterede patientforløbsbeskrivelser. Udpegning af deltagere sker i samråd med de Regionale Lægefaglige Specialeråd, Det Regionale Sygeplejefaglige Råd samt andre faglige fora. Forløbsgrupperne skal være tværfaglige og tværsektorielle og skal bestå af relevante fagfolk. Der skal udpeges en sundhedsfaglig formand med ansvar for det faglige indhold i forløbet. Patientforløbene revideres og opdateres løbende, idet forskning og innovation skaber fornyet viden og ændrer med tiden evidensgrundlaget for patientforløbene. Arbejdsgruppen skal sammentræde på formandens foranledning for at varetage denne opdatering. Patientforløbsgrupperne har således permanent karakter.

Patientforløbsbeskrivelser udgør fundamentet for udvikling af SFI, og udviklingen af SFI kan bidrage til en systematisk dokumentation af patientforløbet, der er tilpasset de kliniske arbejdsgange. En nøje koordinering af arbejdet med patientforløbsbeskrivelser og med SFI er derfor vigtig, og der vil blive tilknyttet en SFI-'konsulent' med ansvar for strukturering og overensstemmelse mellem patientforløbsbeskrivelserne og udformningen af SFI i den elektroniske patientjournal.

Det påhviler de enkelte hospitaler og afdelinger at stå for implementering af retningslinjer og handleplaner på basis af de fastlagte standarder for patientforløbet.

2.3 Opfølgning

Det er målet, at mindst fem patientforløbsbeskrivelser igangsættes inden for de næste to år. Der skal sideløbende ske en afprøvning af Kronikerprogrammet på udvalgte patientforløb, hvor der fokuseres særligt på det tværsektorielle samarbejde om kronikerindsatsen. Inden for samme periode implementeres også to af de allerede eksisterende patientforløbsbeskrivelser, der er blevet godkendt til udbredelse af det ledelsesmæssige niveau. Kvalitet og Sundhedsdata følger op på, at de nævnte opgaver er blevet udført i henhold til de opstillede forventninger og krav.

¹⁷ Dette omfatter følgende 12 patientforløb: apopleksi, brystkræft, diabetes, fødsler, hjerteinsufficiens, hoftenære frakturer, kronisk obstruktiv lungelidelse (KOL), mavesår, skizofreni, tyk- og endetarmskræft, lungekræft og akut mave-tarm kirurgi.

3. KONTAKTPERSONORDNINGEN

3.1 Baggrund

Kontaktpersonordningen er en del af økonomiaftalen for 2005 mellem amterne/H:S og regeringen og indgår ligeledes som hensigtserklæring i budgetaftalen for Region Midtjylland, 2007.

Konkret dækker kontaktpersonordningen over, at en sundhedsfaglig person tilknyttes den enkelte patient med det formål at sikre en større koordination i den enkelte patients behandlingsforløb og styrke kommunikationen med – og informationen til patienten.

Kontaktpersonordningen revideres formentlig, men der skal i Region Midtjylland under alle omstændigheder arbejdes videre med princippet om, at patienterne skal have en gennemgående person i deres forløb, idet dette er centralt for at opnå sammenhæng og øge patienttilfredsheden.

Der indberettes til Danske Regioner hvert kvartal en opgørelse over den dokumenterede andel af patienter, der har fået tildelt en kontaktperson på de enkelte hospitaler. Denne status over kontaktpersonordningen vil komme til at indgå i Den Danske Kvalitetsmodel.

Der er sket store regionale forbedringer i håndteringen af kontaktpersonordningen, dog er der fortsat problemer enkelte steder både med den reelle målopfyldelse og med dokumentationen.

3.2 Opgaver og ansvarsfordeling

Implementering af kontaktpersonordningen indebærer den væsentlige udfordring at få anvendelsen af kontaktpersoner tilpasset både de organisatoriske rammer og muligheder og patientens ønsker og forventninger om bedre sammenhæng i patientforløbet.

Det påhviler regionshospitalerne og psykiatrien at skabe de nødvendige rammer for implementering af kontaktpersonordningen og herunder at sørge for organisering og udformning af retningslinjer på afdelingerne og til kontaktpersonerne samt udformning af materiale til patienterne om ordningen. Endelig bibeholder driftsniveauet også ansvaret for de kvartalsvise opgørelser af kontaktpersonordningen. Kvalitet og Sundhedsdata indberetter den samlede opgørelse for alle hospitaler og psykiatri i Region Midtjylland til Danske Regioner.

Kvalitet og Sundhedsdata koordinerer og faciliterer vidensdeling og ideudveksling om praktisering af kontaktpersonordningen i regionen og sørger for at inddrage disse erfaringer i arbejdet med at sikre kontinuitet, koordination, vellykket kommunikation og et højt informationsniveau i patientforløbene i Region Midtjylland.

3.3 Opfølgning

Målet er, at alle hospitalerne i Region Midtjylland i løbet af 2007 opfylder kontaktpersonordningen i henhold til standarden i Den Danske Kvalitetsmodel. Dette ansvar beror på driftsniveauet. Desuden skal en hensigtsmæssig organisering og praktisering af ordningen bidrage til øget patienttilfredshed vedrørende

kontinuitet målt i patienttilfredshedsundersøgelserne. Kvalitet og Sundhedsdata vil følge op på udviklingen.

4. KLAR BESKED INDKALDELSBREV OG BEHANDLINGSGARANTI MV.

4.1 Baggrund

Loven om udvidet frit sygehusvalg angiver, at der senest 8 hverdage efter modtagelse af en henvisning skal udsendes forståelig, skriftlig meddelelse om tid, sted og eventuel forberedelse til elektivt henviste patienter. Indkaldelsesbrevet skal også indeholde den ifølge lovgivningen informationspligtige formidling af fritvalgsordningen. Patientens første kontakt med regionshospitalet vil derfor typisk være indkaldelsesbrevet.

Kravet vil også indgå i Den Danske Kvalitetsmodel.

En arbejdsgruppe har i løbet af efteråret 2006 udarbejdet et regionalt koncept for fælles klar besked indkaldelsesbreve. Målet med det nye brevkoncept er at skabe en ensartet håndtering af frit sygehusvalg på tværs af regionen og dermed en bedre kapacitetsudnyttelse samt effektiv håndtering af garantipladser, det udvidede frie sygehusvalg mv.

Det forventes desuden, at et struktureret brevindhold med informationer i en logisk rækkefølge og med klare informationer vil minimere tvivlsspørgsmål fra patienterne og skabe øget patienttilfredshed.

4.2 Opgaver og ansvarsfordeling

Regionshospitalet har ansvaret for:

- At den henvisende afdeling senest 8 hverdage efter, at henvisningen er modtaget på afdelingen, har sendt indkaldelsesbrev til patienten.
- At det enkelte regionshospital efterlever de nye procesbeskrivelser, som bl.a. omfatter ibrugtagning af 2 nye blanketter i forbindelse med omvisitering til henholdsvis garantipladser og privathospital pr. 1. januar 2007.
- At patienten modtager det rigtige indkaldelsesbrev med de rigtige informationer i henhold til den lovbestemte oplysningspligt om frit og udvidet frit sygehusvalg.
- At det nye brevkoncept er implementeret på regionens hospitaler pr. 1. august 2007.

For at understøtte regionshospitalet i deres arbejde med bl.a. viden om garantiklinikker vil der blive oprettet en hjemmeside på regionens intranet, "hjælpeinfo", som man skal kunne abonnere på.

Sundhedsplanlægning har ansvaret for hjælpeinfo, som Kvalitet og Sundhedsdata leverer data til.

Kvalitet og Sundhedsdata vil holde sig orienteret om behandlingsgarantien, der forventes nedsat fra 2 til 1 måned pr. 1. oktober 2007. Dette vil resultere i ændrede procesbeskrivelser med deraf følgende udvikling af nye brevskeletter. Kvalitet og Sundhedsdata har endvidere et ansvar for at opdatere et uddannelsesprogram i form af et slide show, der kan give den grundlæggende viden på området.

Der skal endvidere nedsættes en task force til at foretage opfølgning på implementeringen af klar besked konceptet på regionens hospitaler. Kvalitet og Sundhedsdata er tovholder i denne task force, der også involverer repræsentanter fra hospitalerne. Endvidere påtænkes Center for Kvalitetsudvikling at blive involveret i det omfang, der skal laves patientfokusgruppeinterview.

4.3 Opfølgning

Kvalitet og Sundhedsdata følger op på, om de nævnte opgaver er udført efter hensigten.

Indsatsområdet: Servicemål

Baggrund

Servicemål er et udtryk for den politisk fastsatte målsætning for udvalgte dele af den service, som patienten kan forvente i sit møde med sundhedsvæsenet i Region Midtjylland.

Servicemålene er nært knyttet til realiseringen af det sammenhængende patientforløb.

Med kvalitetsstrategien er vedtaget et sæt fælles servicemål for hospitalerne i Region Midtjylland. Servicemålene bygger dels på de nationale (lovmæssige) servicemål og dels på de, ved udgangen af 2006, eksisterende servicemål i de fire amter bag Region Midtjylland.

Opgaver og ansvarsfordeling

Hospitalerne skal operationalisere servicemålene på sygehus- og/eller afdelingsniveau og har ansvaret for overholdelsen af målene.

Konkrete ventetidsproblemer kan søges løst i et samarbejde mellem hospitalerne og Sundhedsstaben, idet specielt kontoret for Aktivitets- og Investeringsplanlægning og Patientkontoret løbende vil være i dialog med hospitalerne på området.

Der skal indføres servicemål i relation til regionslægevagten, og der vil blive arbejdet på at indføre anvendelige servicemål på de enkelte praksisområder. Primær Sundhedstjeneste tager initiativ til gennemførelsen af dette.

Sundhedsplanlægning og Kvalitet og Sundhedsdata sørger for, at servicemålene og opfyldelsesgraden fremgår af Region Midtjyllands nye ledelsesinformationssystem InfoRM. I ledelsesoverblikket vil de mest centrale servicemål blive vist. Derudover placeres servicemålene i InfoRM sammen med øvrige kvalitetsdata.

Servicemål, opfyldelsesgrad og aktuelle ventetider skal desuden løbende opdateres og være let tilgængelige for sygehusafdelingerne, primærsektoren og offentligheden.

Opfølgning

Kravene til målopfyldelsen fremgår direkte af servicemålene. Aktivitets- og Investeringsplanlægning har en proces i gang for både afrapportering og opfølgning af servicemålene. Heri vil indgå en plan for dialog, placering af ansvar og eventuelle sanktioner i forbindelse med manglende målopfyldelse.

Indsatsområdet: Dokumentation og datakvalitet

Kvalitetsdata indgår på alle niveauer som en central og integreret del af arbejdet i sundhedsvæsenet i Region Midtjylland – i særlig grad i forbindelse med kvalitetsudvikling og monitorering. Forudsætningen for at data kan bruges/vil blive brugt er, at data har en høj kvalitet. Det overordnede mål er, at indberetningerne til og registreringer i kvalitetsdatabaser og patientadministrative systemer foregår hurtigt og på et ensartet korrekt og højt niveau i hele regionen, således at valide og tidstro data altid er tilgængelige.

I det følgende beskrives fem tiltag, der alle er en væsentlig del af indsatsen for at opnå data af høj kvalitet:

Tiltag under indsatsområdet

1. Patientjournal
2. Registreringspraksis/databasekomplethed i kvalitetsdatabaser
3. Registreringsansvarlige nøglepersoner
4. Data task force
5. Minimering af dobbeltregistreringer

1. PATIENTJOURNAL

1.1 Baggrund

Patientjournalens oplysninger er afgørende for tilrettelæggelse af kontinuerede patientforløb, for patient-sikkerheden, identifikation af patienten, personalets vidensdeling osv., samt for arbejdet med kvalitetsudvikling. Som et af tiltagene for at forbedre datakvaliteten i Region Midtjylland skal der derfor sættes fokus på patientjournalen. Dette fokus skal tage udgangspunkt i den standard vedrørende patientjournalen, der udarbejdes i forbindelse med Den Danske Kvalitetsmodel.

1.2 Opgaver og ansvarsfordeling

Hospitalet skal sikre, at der foreligger en retningslinje for patientjournalen, hvori det er angivet, hvilke specifikke data og informationer der skal indføres i patientjournalen samt i relevant omfang tidskravet til dette. Ligeledes skal det være angivet, hvem der er bemyndiget til at gøre notater i journalen.

Retningslinjen skal implementeres på alle afdelinger, så det sikres, at der for hver patient forefindes en tidstro journal, der indeholder de klinisk relevante optegnelser, inklusive angivelse af diagnostiske overvejelser og relevant kodning. Det fremgår, hvornår observationer er foretaget og af hvem, samt hvornår og af hvem notater om observationer er indført i journalen.

1.3 Opfølgning

I forbindelse med Den Danske Kvalitetsmodel skal der gennemføres audit til monitorering af, om denne standard er opfyldt. Kvalitet og Sundhedsdata samler sygehusenes selvrapporterede resultater og giver tilbagemeldinger til ledelsessystemet.

2. REGISTRERINGSPRAKSIS/DATABASEKOMPLETHED I KVALITETSDATABASER

2.1 Baggrund

I forbindelse med regionale NIP-audits konstateres i visse tilfælde væsentlige uoverensstemmelser i afdelingernes registreringspraksis, ligesom mangelfuld registrering i øvrige kliniske kvalitetsdatabaser forekommer. Endvidere er adgangen til kvalitetsdatabaserne i visse tilfælde ret besværlig og uflexibel. Dette vanskeliggør generering af brugbare resultater.

2.2 Opgaver og ansvarsfordeling

Det er forventningen, at der i forbindelse med Den Danske Kvalitetsmodel vil blive stillet krav om, at der forefindes manualer for kodepraksis til alle relevante kvalitetsdatabaser. Disse skal indeholde alle koder m.m. og angive tidsfrister og registreringsansvarlige. Manualerne har til formål at sikre databasekomplethed og registrering af samtlige data for den enkelte patient.

Hospitalerne har ansvaret for, at manualerne forefindes.

Enheden for Klinisk Kvalitet og Patientsikkerhed og Kvalitet og Sundhedsdata vil indgå i et samarbejde med hospitalerne om dette og vil herunder sikre, at der sker en hensigtsmæssig koordinering i registreringspraksis i kvalitetsdatabaserne.

Kvalitet og Sundhedsdata sørger for offentliggørelse af databasekompletheden i NIP på sundhedsdelen på InfoRM sammen med offentliggørelse af standardopfyldelse. På længere sigt skal der arbejdes på en tilsvarende offentliggørelse af databasekompletheden i andre kvalitetsdatabaser.

Enheden for Klinisk Kvalitet og Patientsikkerhed og Kvalitet og Sundhedsdata arbejder hen mod at finde en metode til systematisk at følge database- og datakomplethed i de kommende indberetninger vedrørende akkrediteringen i henhold til Den Danske Kvalitetsmodel.

Enheden for Klinisk Kvalitet og Patientsikkerhed og Kvalitet og Sundhedsdata vil i samarbejde med de forskellige databasebestyrelser arbejde for at opnå nemmere og smidigere adgang til at udtrække tidstro data med fleksible afgrænsningsmuligheder fra eksisterende kvalitetsdatabaser.

2.3 Opfølgning

Data- og databasekompletheden i NIP-databaserne og i de øvrige kliniske kvalitetsdatabaser skal som minimum leve op til de standarder, der fastsættes i forbindelse med akkreditering i henhold til Den Danske Kvalitetsmodel. Kvalitet og Sundhedsdata udarbejder årligt oversigter over data- og databasekomplethed i NIP og i de øvrige kvalitetsdatabaser. Hospitalerne udarbejder en plan for, hvordan forbedringer kan opnås de steder, hvor standarden ikke er overholdt.

3. REGISTRERINGSANSVARLIGE NØGLEPERSONER

3.1 Baggrund

Den lokale opmærksomhed på tilrettelæggelsen af arbejdet med dataregistreringen er afgørende for datakvaliteten. Det skal derfor sikres, at der på alle afdelinger er dedikeret personale, der har overblik over og et særligt ansvar for registreringen af data.

3.2 Opgaver og ansvarsfordeling

I det omfang der er behov for at efteruddanne personale i denne forbindelse, vil Kvalitet og Sundhedsdata arbejde for, at der etableres kurser for lægesekretærer (evt. andre ansatte), og være behjælpelig med at udarbejde manualer m.m. samt etablere et forum for faglig erfaringsudveksling. Kurserne sigter mod en funktion som registreringsansvarlige/datamanagere.

Hospitalerne udvælger personer til deltagelse i arbejdet med at forbedre dataregistreringen.

4. DATA TASK FORCE

4.1 Baggrund

Omfanget af registreringsarbejdet i de kliniske afdelinger opfattes som en belastning. Formålet med registreringsarbejdet står ikke altid alle klart, og det er blevet kritiseret, at mange registreringer tilsyneladende ikke bruges til noget. Kvalitet og Sundhedsdata vil arbejde for, at registreringsarbejdet tjener kendte formål, og at data bearbejdes med henblik på at give personalet og lederne i afdelingerne tilbagemeldinger om effektivitet og kvalitet i det udførte arbejde.

Det er forventningen, at en kvalificeret brug af registrerede sundhedsdata vil øge personalets interesse for korrekt og tidstro indberetning til databaserne. Et systematisk arbejde med data skal desuden bidrage til prioriteringsgrundlaget for det overordnede arbejde med planlægning og kvalitetsudvikling samt opfølgning på de kliniske ydelsers kvalitet.

4.2 Opgaver og ansvarsfordeling

Kvalitet og Sundhedsdata arbejder for oprettelsen af en enhed – en data task force - med deltagere fra Klinisk Epidemiologisk Afdeling, Enheden for Klinisk Kvalitet og Patientsikkerhed, Sundhedsinformatik samt Kvalitetsstrategi og Koordinering. Sundhedsstabens øvrige afdelinger kan ligeledes inddrages.

Et væsentligt element i arbejdet vil være at tage den udfordring op, der ligger i at kombinere bestående registre med kvalitetsdata. Herved kan sammenhænge og forhold med relevans for kvalitetsarbejdet, der ikke lader sig undersøge ved træk på enkelte datakilder, analyseres. For eksempel vil der kunne opnås nuancerede (statistisk velfunderede) belysninger af, hvorfor afdelingers behandlingskvalitet varierer, og dermed også ideer til, hvordan afdelinger med mindre gode resultater kan sætte ind for at højne kvaliteten. Endvidere kan arbejdet bidrage til vurderinger af datas kvalitet og validitet på et solidt statistisk grundlag.

4.3 Opfølgning

Data task forcens arbejde vurderes ved, hvorvidt tasken formår at bidrage til prioriteringsgrundlaget for det overordnede strategiske kvalitetsarbejde. Målet herfor er omfanget af gennemførte (evt. publice-rede) analyser.

5. MINIMERING AF DOBBELTREGISTRERINGER

5.1 Baggrund

Dobbeltregistrering er ressourcspild og øger risikoen for registreringsfejl. Derfor skal det altid være et mål, at der ikke registreres mere end højst nødvendigt

5.2 Opgaver og ansvarsfordeling

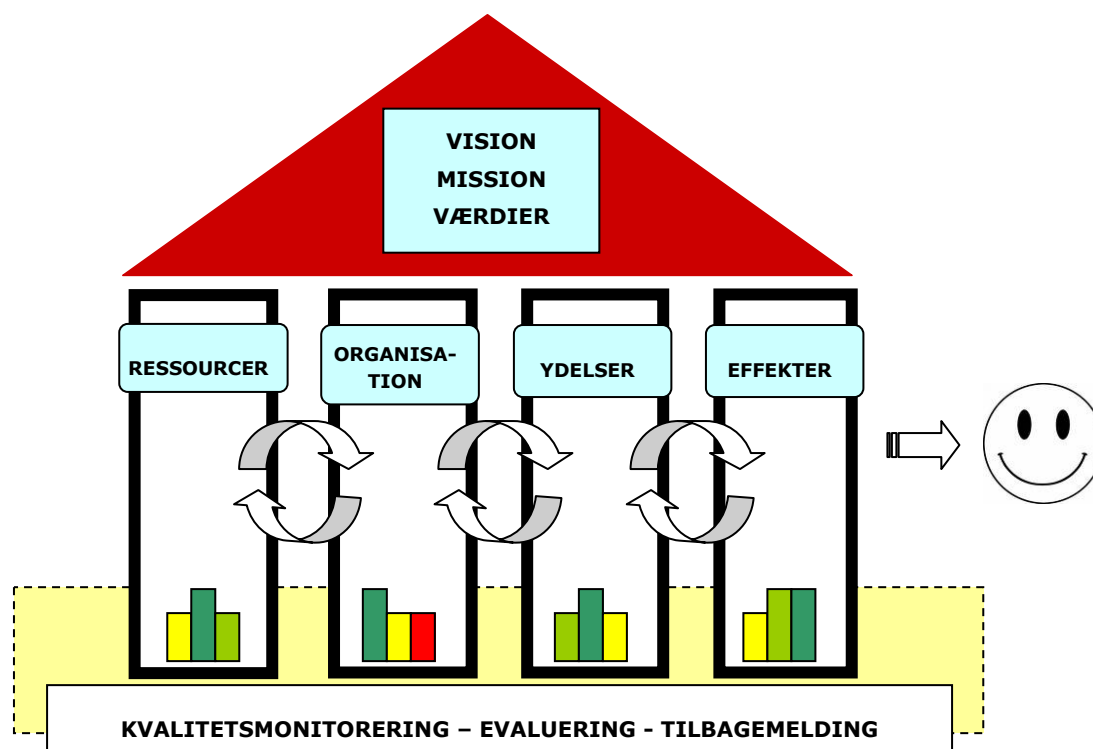
Hospitalet og Kvalitet og Sundhedsdata arbejder ved fælles overblik hen mod at minimere omfanget af dobbeltregistreringer. Nye aktiviteter/projekter må ikke give anledning til registrering af ting, der registreres i forvejen. Hver gang registrering i forbindelse med nye initiativer overvejes, forhører hospitalet og Kvalitet og Sundhedsdata sig hos hinanden med henblik på afklaring af, om registreringerne findes/foretages i forvejen.

Kvalitetsstrategien set i forhold til virksomhedsmodellen for Region Midtjylland

Det er naturligt at fokusere på sammenhængen mellem konkrete udviklingstiltag, som kvalitetsstrategien, og virksomhedsmodellen for Region Midtjylland. På denne måde sigtes mod en lærende og udviklingsorienteret organisation, som prioriterer og forstår samspillet mellem indsatsområder, proces og resultater sammenholdt med de forskellige brugere og patienters behov.

Kvalitetsstrategien stiller krav til og spiller sammen med alle fire kasser i virksomhedsmodellen – ressourcer, organisation, ydelser, effekter (figur 2) – hvor det har betydning for at opnå kvalitet i hele patientforløbet. Gennem kvalitetsarbejdet skal der desuden monitoreres på de fire kasser og skabes sammenhæng mellem dem med kvalitetsforbedringer for øje.

Figur 2 Region Midtjyllands virksomhedsmodel



Nedenstående er eksempler på, hvordan kvalitetsstrategien spiller sammen med de enkelte kasser.

Ressourcer

Ressourcerne omfatter bl.a. teknologi, apparatur og de menneskelige ressourcer - viden, handlekraft og omsorg – som medarbejderne besidder. Kvalitetsstrategien understøtter og stiller krav til de ressourcer, der indgår i sundhedsvæsenet med det formål at producere sundhedsydelser af høj kvalitet i Region Midtjylland.

- Under Kvalitetsstrategien hører indsatsområdet akkreditering, som stiller krav til en række aspekter i forhold til både IT-teknologi, apparatur og medarbejderkompetencer. I forbindelse med akkrediteringsforberedelserne prioriteres ligeledes uddannelse med henblik på at kvalificere ledere og medarbejdere til at varetage akkrediteringsopgaven i Region Midtjylland.
- Et andet af tiltagene under Kvalitetsstrategien er implementering af et fælles elektronisk dokumentstyringssystem (e-Dok) for Region Midtjylland til understøttelse af bl.a. akkrediteringsarbejdet. For at sikre kvaliteten og opnå akkreditering er det således nødvendigt, at hospitalerne administrerer og udformer politikker, retningslinjer og instrukser på en hensigtsmæssig måde.
- I strategien fokuseres der på tilrettelæggelsen af dataregistreringen på den enkelte hospitalsafdeling. Der skal arbejdes på at sikre, at der på alle afdelinger er eller uddannes personale, der har overblik over og et særligt ansvar for registreringen af data.

Organisation

Region Midtjylland prioriterer tilrettelæggelse af forløb og arbejdet med overgange mellem sundhedsvæsenets forskellige sektorer og organisationsudvikling.

Kvalitetsstrategien stiller krav til organiseringen af det sundhedsfaglige arbejde, hvor dette er afgørende for kvaliteten, samt til kvalitetsorganisationen og til ledelsesinvolvering.

- Under Kvalitetsstrategien hører udarbejdelse af en overordnet model for optimale patientforløb, der skal udgøre grundstrukturen i patientforløbsbeskrivelserne i Region Midtjylland. Patientforløbsmodellen lægger stor vægt på netop organisationen, og der er generelt i indsatsområdet patientforløb fokus på implementeringsdelen, der også i høj grad vedrører organisationen.
- Den overordnede model for patientforløb skal rumme den regionale kronikermodel og kronikerprogram. Fælles for patientforløbsmodellen og kronikermodellen er et fokus på samarbejdet mellem hospitaler, praktiserende læger og kommuner, og herunder også de indgåede sundhedsaftaler.
- Der skal være en organisation for kvalitetsudvikling lokalt, dvs. på hvert hospital, i psykiatrien og i almen praksis, samt regionalt på forvaltningsniveau. Der er som led i udviklingen af en kvalitetsorganisation nedsat et Kvalitetsråd, som er det samlede forum for kvalitetsarbejdet på sundhedsområdet i Region Midtjylland, hvor tværgående problemstillinger og strategier drøftes.
- Kvalitetsstrategien stiller krav til ledelsesinvolvering, som er en forudsætning for en fælles fremdrift og fælles retning i kvalitetsudviklingsarbejdet, og som skaber grobund for, at den enkelte medarbejder påtager sig et medansvar i kvalitetsudviklingsprocessen.

Ydelser

Ved sundhedsfaglige ydelser forstås forebyggelse, diagnostik, observation, behandling, pleje, rehabilitering og patientinformation og -kommunikation i relation hertil.

Sundhedsvæsenets ydelser i Region Midtjylland skal leve op til patienternes behov og gældende lovgivning, og der skal foregå en løbende udvikling.

Kvalitetsstrategien stiller krav til kvaliteten af ydelserne. Det faglige indhold i ydelserne skal således have evidensgrundlag, og monitorering skal sikre et vedvarende højt kvalitetsniveau.

- Med kvalitetsstrategien er vedtaget et sæt fælles servicemål for hospitalerne i Region Midtjylland. Med servicemålene stilles der tidsmæssige krav til ydelserne. Krav der forventes at øge den patientoplevede og den sundhedsfaglige kvalitet og dermed behandlingsresultatet.
- Loven om udvidet frit sygehusvalg er ét af de nationalt bestemte servicemål. Som en del af servicemålet skal der udsendes indkaldelsesbreve, hvorfor der i Region Midtjylland er udarbejdet nye fælles "Klar besked" indkaldelsesbreve. Målet med det nye brevkoncept er at sikre kvalitet i brevene og dermed bidrage til gode og sammenhængende patientforløb, samt at bidrage til en ensartet og effektiv håndtering af frit sygehusvalg på tværs af regionen.
- For at medvirke til at sikre høj faglig kvalitet i vores ydelser, prioriteres der i Kvalitetsstrategien udvikling af det sundhedsfaglige indhold (SFI) i den elektroniske patientjournal (EPJ). SFI er en systematiseret udarbejdelse og dokumentation af aktiviteter, beslutninger og resultater i patientforløb, der skal være tilpasset strukturen i EPJ og de kliniske arbejdsgange. Patientforløbsbeskrivelser udgør fundamentet for udvikling af SFI, hvorfor en nøje koordinering er vigtig. Patientforløbene skal revideres og opdateres løbende, idet forskning og innovation skaber fornyet viden og med tiden ændrer evidensgrundlaget for patientforløbene.
- Kontaktpersonordningen er en del af økonomiaftalen for 2005 mellem amterne/H:S og regeringen, og den indgår som hensigtserklæring i budgetaftalen for Region Midtjylland, 2007. Kontaktpersonordningen er en ydelse, der vil kunne skabe en højere kvalitet i patientforløbene, hvorfor den indgår som et tiltag i Kvalitetsstrategien.

Effekt

Effekt er i kvalitetsøjemed behandlingsresultater og patientoplevelser. Effekten kan således udledes som et resultat af den sundhedsfaglige ydelse og den tilgrundliggende organisation, hvor ressourcerne, der skal til for at producere de ønskede sundhedsydelser og sikre organisationen, også har stor betydning.

- Som konkret eksempel på måling af effekt kan nævnes Det nationale Indikatorprojekt, der både arbejder med mål for effekt og processer for udvalgte patientgrupper.
- Et andet eksempel er en ny national klinisk kvalitetsdatabase for mammografiscreening, hvor der skal formuleres kliniske retningslinjer og kvalitetsindikatorer, således at det bliver muligt at monitorere effekten af mammografiscreeningen.
- I strategien fokuseres der desuden på tiltag, der forventes at forbedre resultaterne i forhold til spørgsmål vedrørende kontinuitet, sammenhæng og kommunikation i patientoplevelsesundersøgelserne.

Kvalitetsmonitorering, evaluering og tilbagemelding

Kvalitetsstrategien skal bidrage til monitorering, evaluering og tilbagemelding på tværs af alle fire kasser i virksomhedsmodellen. Dette sker blandt andet gennem arbejdet med Den Danske Kvalitetsmodel og dermed den forestående akkreditering i Region Midtjylland. Således er der i Den Danske Kvalitetsmodel udviklet et evalueringsgrundlag i form af standarder, som monitorerer kvaliteten af den faglige og organisatoriske ydelse. Derefter evalueres ved hjælp af en vurdering af standardmålopfyldelsen, og slutteligt gives en tilbagemelding til de involverede hospitaler til fremme af kvalitetsforbedring af patientforløbene.

En fyldestgørende og korrekt dataregistrering er en klar forudsætning for kvalitetsmåling og evaluering og for sammenligninger af den opnåede kvalitet, hvorfor Kvalitetsstrategien understøtter og stiller krav til dette arbejde.

Som en del af grundlaget for udvikling og planlægning samt opfølgning på de kliniske ydelsers kvalitet skal resultaterne af systematisk arbejde med og brugen af data udfordre det faglige niveau og ledelsessystemet og bidrage til prioriteringsgrundlaget for det overordnede strategiske kvalitetsarbejde. Der ned sættes til dette formål en særlig enhed – en data task force.

Visionen for kvalitetsarbejdet i Region Midtjyllands sundhedsvæsen

Den overordnede vision for Region Midtjylland er at skabe et sundhedsvæsen på højeste internationale niveau til gavn for alle.

I overensstemmelse hermed er visionen for Kvalitetsstrategien, at der skal kunne konstateres en synlig styrkelse af den faglige kvalitet, patienttilfredsheden og effektiviteten, så der opnås et forbedret behandlingsresultat for patienter i Region Midtjyllands sundhedsvæsen. Og det er visionen, at Region Midtjylland skal være et naturligt referencepunkt for nationale vurderinger af den højeste kvalitet, ligesom regionen skal være internationalt engageret på kvalitetsområdet som en partner til gensidig inspiration og som sammenligningsgrundlag.

Værdier

De tre overordnede værdier for Region Midtjylland er:

- ✓ Dialog
- ✓ Dygtighed
- ✓ Dristighed

I Kvalitetsstrategien udfoldes værdierne således:

- **Dialog**
Kvalitetsstrategien bygger på, at kvalitetsarbejdet kun kan effektueres gennem dialog både mellem patienter, medarbejdere og ledelse og gennem dialog mellem driftsled, forvaltning og det politiske niveau.
- **Dygtighed**
Driftsledet besidder et stort engagement og en stor faglig viden, som også gennem Kvalitetsstrategien skal understøttes og udvikles.
- **Dristighed**
Kvalitetsstrategien sætter fokus på udviklingsområder, der giver mulighed for at lære af fejl og at agere derpå, og den anerkender vigtigheden af initiativer lokalt i kvalitetsarbejdet.

Kvalitetsudvikling i praksissektoren i Region Midtjylland

I samarbejde med regionens ydere vil Region Midtjylland udarbejde en strategi for kvalitetsindsatsen i praksissektoren. Strategien afventer behandling i Samarbejdsudvalget. Region Midtjylland finder det nødvendigt særligt at fokusere på afgrænsede områder i sammenhæng med de overordnede indsatsområder.

Den sundhedsfaglige kvalitet

Der søges iværksat et arbejde med udarbejdelse af kliniske retningslinjer inden for kronikerområdet og i tæt sammenhæng med det øvrige sundhedsvæsen i overensstemmelse med formuleringen af en kronikerstrategi.

Herudover skal der arbejdes på at indføre kliniske standarder på udvalgte områder, hvilket i første række skal ske på diabetesområdet. Der vil ligeledes blive igangsat et regionalt udviklingsprojekt med Cancer i Praksis. Erfaringer herfra skal anvendes på andre områder.

Kompetenceudvikling via systematisk efteruddannelse og et særligt fokus på klinikpersonalet prioriteres højt.

Der fastlægges en særskilt strategi på medicinområdet, hvor der lægges op til et skærpet fokus på receptfornyelse, polyfarmaci og et tættere samarbejde om medicinordination i både hospitals- og praksissektoren. Der lægges samtidig op til samarbejdsprojekter med kommunerne.

Den organisatoriske kvalitet

Et særligt fokus på praksisudvikling inden for i første række almen praksis skal medtænke udnyttelsen af IT som beslutningsstøtte, planlægning af praksisdrift, brug af registrerede data til kvalitetsarbejdet m.m.

Udvikling af servicemål i praksissektoren skal bidrage til øget fokus på brugernes ønsker og behov.

Der skal være et langt større fokus på sammenhængen i patientforløbene og praksiskonsulentordningerne indenfor almen praksis, fysioterapi- og kiropraktorområdet skal indgå som et kvalificerende led i dette arbejde. Der skal i langt højere grad sigtes mod egentlige projekter med hospitalsafdelinger og andre samarbejdspartnere. Indførelse af kommunepraksiskonsulenter vil nøje blive fulgt.

Den patientoplevede kvalitet

Praksis skal have fokus på patientsikkerhed og skal inddrages i indberetning af utilsigtede hændelser også fra egen praksis. Dette skal implementeres i tæt samarbejde med Kvalitet og Sundhedsdata.

Med henblik på at sikre høj grad af service overfor borgere og patienter skal der gennemføres periodiske patienttilfredshedsundersøgelser - gerne koordineret med evt. landsdækkende undersøgelser. Undersøgelserne planlægges i samarbejde med Center for Kvalitetsudvikling.

Der skal ske en fortsat udvikling af praksisdeklarationer som aktivt og kvalificeret information til borgerne.