

# Strategi- og Handlingsplan for kvalitetsarbejdet i sundhedsvæsenet 2007 - 2010

[regionsyddanmark.dk](http://regionsyddanmark.dk)

Politisk godkendt, juni 2007



Region Syddanmark

Forord .....	3
Indledning.....	4
Hvad er kvalitet og hvordan arbejdes med kvalitet i sundhedsvæsenet i Region Syddanmark? .....	5
Den nationale referenceramme .....	6
Den regionale referenceramme .....	7
Kvalitets mål - en del af styringsmodellen for sygehusene i Region Syddanmark 2007 .....	9
Kvalitets mål - en del af styringsmodellen for psykiatrien i Region Syddanmark 2007 .....	9
Handlinger der iværksættes for at imødekomme de nationale og regionale krav inden for kvalitetsarbejdet. ....	10
Den Danske Kvalitetsmodel .....	10
Monitorering af sundhedsvæsenets ydelser .....	10
Patientperspektivet .....	13
Det tværsektorielle samarbejde .....	14
Kliniske retningslinier .....	16
Patientrettet risikostyring .....	17
Hygiejne .....	17
Kvalitetsudvikling i almen praksis.....	18
Kompetenceudvikling.....	18
Organisering.....	19
Ordliste, definitioner .....	21
Kliniske kvalitetsdatabaser der får støtte fra Danske Regioner i 2007 .....	24

## Forord

Denne strategi og handlingsplan er godkendt af regionsrådet den 25. juni 2007.

Regeringen har med sin kvalitetsreform bidraget til at sætte fokus på kvalitet og kvalitetsudvikling i den offentlige sektor. Region Syddanmarks sundhedsvæsen starter ikke på bar bund. Der har i de fire amter, der udgør Region Syddanmark, været en stadig større opmærksomhed på vigtigheden af den ledelsesmæssige prioritering af kvalitetsarbejdet. Forskellene mellem amterne har i højere grad været betinget af omfanget af og fordybelsen på enkelte temaområder. F.eks. er sygehusene og et par praksis i Sønderjyllands Amt akkrediteret, og har i kraft af dette erfaring med basale redskaber og aktiviteter, der indgår i akkreditering. I Vejle Amt har der været opbygget et velfungerende ledelsesinformationssystem, som omfattede rapportering og resultat af overvågningen af kvalitetsmål. Desuden har der været arbejdet målrettet med systematisk at udnytte de kliniske databaser til kvalitetsforbedringer. I Fyns Amt har der været arbejdet med det samlede patientforløb og udvikling af standarder og redskaber til dette ("Sund dialog" og Pro-tap). I Ribe Amt har der været arbejdet med patientinddragelse og patienttilfredshed og man har kortlagt hyppigheden af fejl og gennemført dybdegående analyser til karakteristik af disse fejl. Det er vigtigt at fastholde de gode initiativer fra den hidtidige indsats i de fire amter, og en stor del af arbejdet vil derfor blive videreført i Region Syddanmark.

Rammerne for samarbejdet i sundhedsvæsenet er med dannelsen af de nye regioner ændret bl.a. som følge af kommunernes ændrede rolle på sundhedsområdet i relation til forebyggelse og rehabilitering mv. Etablering af et sundhedskoordinationsudvalg i regionen og dette udvalgs store fokus på de tværsektorielle patientforløb indebærer nye udfordringer for det tværsektorielle samarbejde. Kommunerne og almen praksis vil fortsat være vigtige brikker i forhold til at få etableret velfungerende patientforløb i den syddanske region.

Det fremtidige arbejde med kvalitet i relation til sundhedsvæsenet vil endvidere stå over for nye udfordringer bl.a. på grund af de ændringer, der sker qua strukturreformen og den nye sundhedslov.

For at opnå velfungerende patientforløb, er det nødvendigt med et gensidigt og inspirerende samarbejde med patienter/pårørende, almen praksis og kommunerne - også omkring kvalitetsarbejdet. Vi håber derfor, at denne strategi og handlingsplan vil være inspirerende for det videre samarbejde om kvalitetsarbejde i hele sundhedsvæsenet og psykiatrien i Region Syddanmark. Det er vigtigt at både ledere og medarbejdere føler et medansvar for implementering af de beskrevne indsatsområder, kun med deres medvirken kan det lykkes at implementere denne strategi og handlingsplan.

Afslutningsvis vil vi gerne takke de mange medarbejdere, der har bidraget med inspiration og indhold til strategi og handlingsplanen.

Sundhedsdirektør

Jens Elkjær

Kst. psykiatridirektør

Anders Møller Jensen

## Indledning

Denne strategi og handlingsplan omfatter det somatiske og psykiatriske sygehusvæsens oplæg til arbejdet med kvalitetsudvikling i Region Syddanmark for de næste tre år.

Strategi og handlingsplanen indeholder først og fremmest en beskrivelse af nationale og regionale strategier og dagsordner, som samlet set udgør den overordnede målsætning for kvalitetsarbejdet i Region Syddanmark. Endvidere er der en række forslag til handlinger, der kan iværksættes for at imødekomme de nationale og regionale krav til kvalitetsarbejdet.

Afslutningsvis er organiseringen af kvalitetsarbejdet på regionalt niveau beskrevet. Definitioner på ord, skrevet med *kursiv*, kan findes i ordlisten bilag 1.

Implementering af *standarderne* fra Den Danske Kvalitetsmodel vil kræve øget fokus og meget arbejde af såvel ledere som medarbejdere. Denne strategi og handleplan understøtter dette arbejde og anbefaler forskellige værktøjer, der kan anvendes i forbindelse med implementering af *standarder* og *indikatorer*, udarbejdelse af *kliniske retningslinier* - elementer, som indgår i Den Danske Kvalitetsmodel.

Repræsentanter fra sygehusene, almen praksis, kommunerne og patientforum har deltaget i arbejdet med udarbejdelse af udvalgte kapitler i strategien.

Et kapitel tager udgangspunkt i rapporten "Kvalitetsudvikling i almen praksis" som er udarbejdet i et samarbejde med repræsentanter fra almen praksis og efterfølgende godkendt af samarbejdsudvalget den 30. april 2007.

Foruden denne strategi og handleplan er der udarbejdet en række publikationer, herunder rapporter indeholdende anbefalinger fra en række regionsforberedende arbejdsgrupper:

- **Kvalitetsmål Region Syddanmark 2007 (politisk godkendt nov. 2006)**
- **Kvalitetsmål for psykiatrien i Region Syddanmark 2007 (politisk godkendt marts 2007)**
- **Handleplan for den patient rettede *risikostyring* (politisk godkendt den 16. april 2007)**
- **Organisering af kvalitetsudviklingsarbejdet i almen praksis i Region Syddanmark (godkendt den 30. april 2007)**
- **Udarbejdelse af *kliniske retningslinier*, politikker, instrukser og *forløbsbeskrivelser* (godkendt efter drøftelse i den fælles sygehusledelseskreds den 27. marts 2007)**
- **Organisering af NIP i Region Syddanmark (godkendt efter drøftelse i den fælles sygehusledelseskreds i 2006)**
- **Uddannelse og kompetenceudvikling inden for kvalitetsudvikling**
- **Patientperspektivet i kvalitetsarbejdet**
- **Kravspecifikation til et it-system til understøttelse af kvaliteten af dokumentstyring**

Rapporterne kan ses på [www.regionsyddanmark.dk](http://www.regionsyddanmark.dk) – Sundhed – Fagfolk - Kvalitet

## Hvad er *kvalitet* og hvordan arbejdes med *kvalitet* i sundhedsvæsenet i Region Syddanmark?

I 1993 udkom den første nationale strategi for kvalitetsudvikling i Sundhedsvæsenet i Danmark. Den repræsenterede en relativ ny tænkning inden for sundhedsvæsenet og med den blev kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet sat på den sundhedspolitiske og sundhedsfaglige dagsorden. Efterfølgende er der blevet iværksat en lang række nationale initiativer: Det nationale *indikator*projekt (NIP), Den Gode Medicinske afdeling (DGMA), Enheden for Brugerundersøgelser etc. og i 2002 blev der i forbindelse med økonomiaftalen mellem regeringen og sygehusejerne aftalt, at der skulle udvikles en fælles dansk model for kvalitetsarbejdet. *Kvalitet* indgår ligeledes som et væsentligt tema i sundhedsloven af 24. juni 2005.

Sundhedsstyrelsen skriver i den første nationale strategi, at det endelige mål for sundhedsvæsenets ydelser er et godt resultat for patienten, men at følgende elementer, inspireret af WHO's kvalitetsmål, skal indgå i vurderingen og være til stede, før man kan tale om høj kvalitet:

- Høj professionel standard
- Effektiv ressourceudnyttelse
- Minimal patientrisiko
- Høj patienttilfredshed
- Helhed i patientforløbet

Kvalitetsmåling af sundhedsvæsenets ydelser forudsætter endvidere udvikling og fastlæggelse af kvalitetsmål (*standarder*) med tilhørende målbare variable (*indikatorer*), der kan anvendes til at belyse, i hvilken grad kvalitetsmålene er opfyldt. Ved systematisk at indsamle data på udvalgte *indikatorer*, kan man identificere områder, hvor kvaliteten ikke lever op til de fastsatte *standarder* og hvor der er behov for at igangsætte kvalitetsforbedrende aktiviteter.

Definition af begrebet *kvalitet* kan ses i ordlisten bilag 1.

Foruden de nationale krav, er der regionale krav af betydning for kvalitetsarbejdet, eksempelvis regionens mission og vision, som beskriver at sundhedsvæsenet skal være sammenhængende, patientorienteret, tidssvarende, kvalitetsbevidst, effektivt og konkurrencedygtigt.

Samlet set er det de nationale og regionale krav, som udgør den overordnede målsætning for kvalitetsarbejdet i Region Syddanmark. Disse er beskrevet i afsnittene om de nationale og regionale referencerammer side 6-8.

### **Ansvaret for kvalitetsudvikling og dens prioritering**

Regionsrådet står over for en stor opgave indebærende en fundamental ændring af struktur og funktion af sygehusvæsenet specielt i forhold til diagnostik og behandling af den akutte patient.

Drivkraften i denne ændring er ønsket om at forbedre kvaliteten af sundhedsvæsenets ydelser. Udvikling og initiativer på kvalitetsområdet skal tænkes sammen med denne proces.

Stigende krav til udvikling af produktiviteten indebærer løbende justeringer i arbejdsprocesser og *patientforløb* og værktøjer som LEAN finder i stigende grad anvendelse. Implementering af kvalitetsinitiativer skal ses i sammenhæng med denne proces. Under respekt for de rammer, denne strategi og handleplan lægger, vil der

løbende skulle ske en koordinering af kvalitetsarbejdet set i forhold til andre dagsordner.

Inden for de af regionsrådet givne rammer, visioner og målsætninger, er det regionens direktion, der har ansvaret for drift og udvikling af den samlede regionale virksomhed.

I forhold til sundhedsvæsenet udøves dette ansvar gennem sundhedsdirektøren. Dette ansvar forvaltes i en passende dialog med sygehusledelserne, samarbejdsfora og faglige fora.

Dette ansvar indebærer blandt andet:

- At udmønte de af regionsrådet stillede krav og forventninger, således at drift enhederne sikrer en professionel drift af den samlede virksomhed.
- Ledelsesmæssig opfølgning i forhold til at sygehusene når de opstillede kvalitetsmål.

I overensstemmelse med subsidiaritetsprincippet forvaltes det driftmæssige ansvar for de enkelte sygehusenheder af sygehusledelserne med reference til sundhedsdirektøren. Under respekt for det samlede sundhedsvæsens fastlagte strategier, herunder nationale initiativer og regionsrådets målsætning, er det sygehusledelsernes ansvar at sikre udvikling på kvalitetsområdet og implementering af kvalitetsforbedrende initiativer. Den enkelte sundhedsperson er ansvarlig for kvalitetsarbejdet i forhold til sin autorisation. Subsidiaritetsprincippet indebærer, at der foretrækkes decentrale løsninger i det udførende led med mindre hensynet til faglig bæredygtighed og stordriftsfordele taler for noget andet.

I forhold til psykiatrien udøves dette ansvar på lignende vis gennem psykiatridirektøren i en passende dialog med psykiatricentre, samarbejdsfora og faglige fora.

## **Den nationale referenceramme**

Den nationale referenceramme udgør sammen med den regionale referenceramme den overordnede målsætning for kvalitetsarbejdet i Region Syddanmark, det vil sige, at der er en forventning til, at sygehusene og psykiatricentrene akkrediteres i forhold til Den Danske Kvalitetsmodel, at der arbejdes for at leve op til den nationale strategi og regeringens folkesundhedsprogram, herunder en øget indsats i forhold til patienter med kroniske sygdomme.

Den nationale referenceramme udgør følgende områder:

- **Sundhedsloven af 24. juni 2005**

- **Den nationale strategi:**

I skrivende stund har den nationale strategi for kvalitetsudvikling i Sundhedsvæsenet 2007 – 2011 været i høring – men er ikke endelig godkendt. Høringsudgaven tager udgangspunkt i fem udvalgte strategiske områder:

1. Sammenhængende *patientforløb*
2. Patientinvolvering
3. Patientsikkerhed
4. Anvendelse af viden
5. Faglig prioritering

De første fire områder er behandlet detaljeret i denne strategi. Det femte område har ikke – som selvstændigt område – været behandlet i tidligere nationale kvalitetsstrategier. Faglig prioritering handler om at stille spørgsmål

til, hvorvidt de sundhedsfaglige resultater er i orden – har andre lande bedre resultater? Er de sundhedsfaglige ressourcer anvendt, så de understøtter mest mulig *kvalitet* for pengene. Hvad ville være ideelt for netop denne patientgruppe? Disse spørgsmål bør stilles for grupper af patienter, men også i det enkelte *patientforløb* og af den enkelte medarbejder. Spørgsmålene bør indgå som en del af det daglige kvalitetsarbejde.

- **Den Danske Kvalitetsmodel:**

Den Danske Kvalitetsmodel er den nationale ramme for arbejdet med kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet. I slutningen af 2007 vil de første *standarder* og *indikatorer* være tilgængelige. Det forventes at alle sygehuse og enkelte kommuner arbejder med implementering af disse *standarder* og *indikatorer* i løbet af 2008 og at de med udgangen af 2008 er i gang med den endelige *akkreditering*. Den Danske Kvalitetsmodel forudsætter at almen praksis efterfølgende involveres. Arbejdet med implementering af *standarder* og *indikatorer*, udarbejdelse af retningslinier, *selvevaluering* og den endelige *akkreditering* vil fylde en stor del af kvalitetsarbejdet frem mod 2010. Strategi og handleplanen skal ses som led i det arbejde, der indgår i den fremtidige akkreditering af sundhedsvæsenet.

- **”Sund hele livet”:**

Regeringens folkesundhedsprogram ”Sund hele livet” med fokus på de 8 store folkesygdomme<sup>1</sup> er ligeledes en væsentligt referenceramme for kvalitetsarbejdet, hvor anvendelsen af det brede sundhedsbegreb som ramme betyder, at forebyggelse og sundhedsfremme ikke blot har til formål at holde raske mennesker raske – men også har til formål at rehabiliterer syge. En væsentlig målsætning i ”Sund hele livet” er, at det skal sikres, at der er en sammenhæng i den indsats, der er i forhold til de 8 folkesygdomme – herunder også indsatsen i forhold til patienter med kronisk sygdom.

## Den regionale referenceramme

Den regionale referenceramme udgør sammen med den nationale referenceramme den overordnede målsætning for kvalitetsarbejdet i Region Syddanmark.

Regionsrådet har fastlagt de overordnede rammer for sundhedsvæsenet og som grundlag for planlægning, budgetlægning og drift formuleret følgende vision:

Det er Region Syddanmarks vision at skabe og udvikle:

Et **sammenhængende og patientorienteret** sundhedsvæsen ved:

- At arbejde for et sundhedsvæsen, der tænker i helheder for den enkelte patient.
- At fastholde den praktiserende læges centrale rolle som patientens egen læge og koordinator – særligt i forhold til de alvorligt og kronisk syge.
- At sikre *kvalitet* og sammenhæng i de sundhedsydelser, der leveres henholdsvis i praksis og på sygehusene.

---

<sup>1</sup> Sund hele livet – de nationale mål og strategier for folkesundheden 2002-10, side 32. De 8 folkesygdomme: Aldersdiabetes, forebyggelige kræftsygdomme, hjerte-karsygdom, osteoporose, Muskel- og skeletlidelser, overfølsomhedssygdomme (astma og allergi), psykiske lidelser, KOL.

- At arbejde for at knytte aktørerne i praksis, kommuner og på sygehusene sammen, blandt andet via gode samarbejdsrelationer og netværk mellem de implicerede parter.

Et **tidssvarende og kvalitetsbevidst** sundhedsvæsen ved:

- At levere sundhedsydelser af høj dokumenteret *kvalitet* til rette tid.
- At sikre og udvikle de højt specialiserede funktioner, så diagnostik, behandling og forskning manifesterer sig på såvel nationalt som internationalt niveau.
- At sikre en hensigtsmæssig balance mellem de højt specialiserede funktioner på Odense Universitetshospital og decentrale bæredygtige regionssygehuse med specialiserede funktioner, der rækker op i det højt specialiserede område, samt forskning og uddannelse.
- At sikre forsknings-, uddannelses- og udviklingsmiljø af høj *kvalitet* funderet omkring Syddansk Universitet, herunder Institut for Regional Sundhedsforskning.
- At sikre muligheder for, at regionens sundhedsvæsen er på forkant med den medicinske teknologiske udvikling, og at der kan etableres væsentlige internationale samarbejder. Det gælder inden for både de højt specialiserede funktioner og basisfunktioner.
- At sikre, at sundhedsvæsenet opleves fleksibelt i forhold til at møde de stadig skiftende behov efter sundhedsydelser, sådan at der leveres tilfredsstillende ydelser, der matcher patienternes efterspørgsel.
- At sikre patienterne et decentralt og samarbejdende sundhedsvæsen med valgmuligheder under respekt for *kvalitet* og økonomi.
- At dokumentere aktivitet, behandlingsresultater og ressourceforbrug i videst muligt omfang.

Et **effektivt og konkurrencedygtigt** sundhedsvæsen ved:

- At sikre, at sundhedsvæsenet i regionen er kendetegnet ved, at der skabes en generel høj produktivitet, og at der er en effektiv ressourceudnyttelse blandt andet via en hensigtsmæssig planlægning, incitamentsstyring, konkurrence og samarbejde mellem driftsenhederne.
- At sørge for, at der ikke bliver en modsætning mellem et samarbejdende henholdsvis et konkurrerende sundhedsvæsen. Tværtimod bliver konkurrence på *kvalitet*, faglighed og økonomi et væsentligt element i visionen. Medmindre kvalitetsmæssige eller væsentlige økonomiske forhold tilsiger andet, skal behandlinger finde sted flere steder.

Supplerende referenceramme for psykiatrien er vedlagt som bilag 3.

## **Kvalitets mål - en del af styringsmodellen for sygehusene i Region Syddanmark 2007**

Regionens politikere har allerede defineret en række klare kvalitetsmål, som er vedtaget i regionsrådet, november 2006. Disse kvalitetsmål indgår som en del af fundamentet for styringsmodellen for sygehusene i Region Syddanmark i 2007. De er del af den overordnede målsætning for kvalitetsarbejdet, og efterlevelse af kvalitetsmålene skal ses som et af tiltagene for at nå regionens vision.

**Kvalitetsmål 1-9** handler om den patientoplevede *kvalitet*, herunder ventetider og svartider i samarbejde mellem patient og sygehus, kontaktpersonsordningen etc.

**Kvalitetsmål 10-11** handler om sundhedsfaglige mål, herunder deltagelse i de kliniske databaser og resultater af kliniske *indikatorer*.

**Kvalitetsmål 12 – 15** handler om organisatoriske mål, herunder samarbejdet mellem sygehus og patientens praktiserende læge.

Kvalitetsmålene er udgivet i en særskilt publikation og kan ses på [www.regionsyddanmark.dk](http://www.regionsyddanmark.dk) samt [www.sundhed.dk](http://www.sundhed.dk).

Resultater af kvalitetsmålene 1-15 vises i ledelsesinformationssystemet og følges op via dialogmøder mellem sundhedsdirektionen og sygehusledelserne.

### **Kvalitetsmål under udvikling og som skal indgå i styringsmodellen fra 2008:**

Det er et politisk ønske at mål for de højt specialiserede områder udbudt i Region Syddanmark og mål for det samlede *patientforløb*, fra patienten henvender sig ved egen læge til afsluttet rehabilitering, indgår i styringsmodellen fra 2008.

## **Kvalitets mål - en del af styringsmodellen for psykiatrien i Region Syddanmark 2007**

Regionens politikere har allerede defineret en række klare kvalitetsmål, som er vedtaget i regionsrådet, marts 2007. Disse kvalitetsmål indgår som en del af fundamentet for styringsmodellen for psykiatrien i Region Syddanmark i 2007. De er del af den overordnede målsætning for kvalitetsarbejdet og efterlevelse af kvalitetsmålene skal ses som et af tiltagene for at nå regionens vision.

**Kvalitetsmål 1-8** handler om den organisatoriske *kvalitet*, herunder ventetider, kontaktpersonordningen og visitationsprocedurer etc.

**Kvalitetsmål 9-10** handler om den patient- og brugeroplevede kvalitet målt gennem landsdækkende tilfredshedsundersøgelser.

**Kvalitetsmål 11 – 15** handler om faglig kvalitet, herunder udarbejdelse af handlings- og behandlingsplaner.

**Kvalitetsmål 16 – 19** handler om ressourceeffektivitet.

**Kvalitetsmål 20** handler om patientsikkerhed i form af opfølgning på bivirkninger ved medicinering.

Resultater af kvalitetsmålene 1-20 vises i psykiatriens ledelsesinformationssystem og følges op via dialogmøder mellem psykiaristaben og psykiatricentercheferne.

## **Handlinger der iværksættes for at imødekomme de nationale og regionale krav inden for kvalitetsarbejdet.**

Nedenstående er beskrevet en række områder, det er nødvendigt at arbejde med for at indfri de nationale og regionale krav inden for kvalitetsarbejdet.

### **Den Danske Kvalitetsmodel**

Som tidligere nævnt på side 6 vil arbejdet med Den Danske Kvalitetsmodel og den endelige akkreditering komme til at fylde en stor del af kvalitetsarbejdet i de kommende år. Strategi og handleplanen skal ses som et led i dette arbejde og en række af nedenstående handlinger herunder monitorering af sundhedsvæsenets ydelser inkl. patienttilfredshedsundersøgelser, udarbejdelse af kliniske retningslinier, den patientrettede risikostyring og hygiejne, er en del af det arbejde, som indgår i Den Danske Kvalitetsmodel.

Der indgår i alt 37 temaer i Den Danske Kvalitetsmodel, herunder generelle forløbstemaer, sygdomsspecifikke forløbstemaer og organisatoriske temaer. For hvert tema vil der være gennemsnitlig 3 *standarder* og en række *indikatorer*. For at opnå *akkrediteringsanerkendelse* vil der for hver *standard* være beskrevet, hvilke kriterier der skal være opfyldt. Dette vil typisk være tilstedeværelse af *kliniske retningslinier*, herunder implementering af indholdet samt dokumentation for at der sker kontinuerlig kvalitetsforbedringer.

Implementering af *standarder*, udarbejdelse af retningslinier, *selvevaluering* og den endelige *akkreditering* vil være en ledelsesopgave på alle niveauer i organisationen. Det er vigtigt at sygehusene får opbygget en kvalitetsorganisation, som kan koordinere opgaven. Der skal endvidere igangsættes uddannelsesinitiativer, så såvel ledere som medarbejdere bliver klædt på til at håndtere kravene fra den Danske Kvalitetsmodel.

Det regionale Uddannelsescenter vil kunne tilbyde undervisning og Center for Kvalitet vil ved behov kunne understøtte implementeringen af kravene fra den Danske Kvalitets Model.

### **Monitorering af sundhedsvæsenets ydelser**

Som det fremgår af regionens vision og ovenstående kvalitetsmål, vil der i stigende grad være krav til dokumentation af kvaliteten af sundhedsvæsenets ydelser.

Formålet med dette er at:

- Evaluere i hvor høj grad sundhedsvæsenet lever op til evidensbaseret klinisk praksis
- Sikre opfyldelse af de fælles regionale og nationale kvalitetsmål - blandt andet kravene i Den Danske Kvalitetsmodel
- Evaluere kvaliteten som led i specialeplanlægningen
- Understøtte kvalitetsudvikling.

Kvalitetsmonitoreringen skal ikke beskrive kvaliteten af alle sundhedsaktiviteterne, men overvåge udvalgte aktiviteter for at sikre, at afvigelser opfanges rettidigt, og at ingen væsentlige kvalitetsproblemer overses.

Kvalitetsmonitorering skal så vidt muligt foregå med anvendelse af data, der i forvejen registreres. Data skal være valide og tidstro.

### **Kilder til kvalitetsmonitorering**

Data til kvalitetsmonitorering trækkes fra en lang række primære kilder:

- patientadministrative systemer
- EPJ og praksissystemer
- kliniske støttesystemer, f.eks. røntgensystemer, laboratoriesystemer
- data fra papirjournaler
- registreringskemaer

### **Datakvalitet**

Det er afgørende nødvendigt at have styr på en lang række forhold, hvis validiteten af kvalitetsmonitoreringen skal være i orden:

- god registreringspraksis
- viden om, hvorvidt der er ændringer i registreringspraksis
- viden om, hvorvidt der er ændringer i kodesystemer
- viden om, hvorvidt der forekommer ændringer i indikatordefinitioner
- datakomplethed

Et tæt samarbejde med de databaseansvarlige er derfor nødvendigt.

Overensstemmelse mellem tolkning af datadefinitioner skal sikres ved kontakt mellem de "registreringspraksis-ansvarlige" og "registreringspraksis-instruerende" i de seks sygehusenheder og de tre psykiatricentre. Det vil være en stor opgave at skabe og fastholde en fælles opfattelse, også i yderste led, hvor den konkrete registrering sker.

#### **Forslag 1:**

Der nedsættes et forum af registreringsansvarlige. Dette forum har bl.a. følgende opgaver

- sikre en fælles registreringspraksis på tværs af regionen
- overvåge ændringer i kodesystemerne
- sikre, at information om ændring i registreringspraksis eller koder, der kan have betydning for udtræk af tæller- og nævnerpopulationer ved beregning af kvalitetsindikatorer, formidles videre til sundhedsstabens afdeling for sundhedsdokumentation

Der følges løbende op på, at datakompletheden lever op til kravene jf. Sundhedsstyrelsens cirkulære på 90 %<sup>2</sup>.

### **Monitorering af sygdomsspecifikke indikatorer**

Målet på sigt er at monitorere kvaliteten inden for alle større sygdomsgrupper med vægt på væsentlige ydelser i samlede *patientforløb* - fra patienten henvender sig med de første symptomer hos praktiserende læge til patienten er færdigbehandlet.

Derudover er det et politisk ønske, at kvaliteten specifikt monitoreres for de højt specialiserede ydelser, der udbydes i Region Syddanmark.

---

<sup>2</sup> Bekendtgørelse om godkendelse af landsdækkende og regionale kliniske kvalitetsdatabaser, BEK NR: 1725 af 21/12/2006

## **Forslag 2:**

Det afklares, inden for hvilke somatiske og psykiatriske sygdomsgrupper, der skal iværksættes initiativer til afdækning af kvaliteten. Endvidere nedsættes en ekspertgruppe, der skal udarbejde/pege på metoder til at monitorere det samlede tværsektorielle *patientforløb*. Datafangsten skal tage udgangspunkt i eksisterende journaler og patientadministrative systemer.

Data fra de *kliniske kvalitetsdatabaser* og data som indgår i Den Danske Kvalitetsmodel skal først og fremmest anvendes af de involverede klinikere i dialog med sygehusledelserne hhv. psykiatricheferne. Derudover vil data blive anvendt på dialogmøder mellem sundhedsdirektionen og sygehusledelserne hhv. psykiatridirektøren og psykiatricheferne.

Ydelser, der monitoreres via de af regionerne støttede nationale kliniske databaser(2007) og sygdomsområder, der indgår i Den Danske Kvalitetsmodel, fremgår af bilag 2.

### **Præsentation og formidling**

Som udgangspunkt arbejdes der på at synliggøre resultaterne fra de kliniske databaser, således at de kan anvendes aktivt i ledelsessystemet.

Data fra de kliniske databaser og data til belysning af kvalitetsmålene 1-15 jf. side 9 præsenteres internt i organisationen på to måder:

- I ledelsesinformationssystemet (sydLIS)
- Via analyseportalen (baseret på statistikprogrammet SAS)

Data præsenteres tilsvarende i psykiatriens ledelsesinformationssystem.

I analyseportalen er der mulighed for adgang til data på flere niveauer ud fra følgende hovedprincipper:

- afdelinger har adgang til egne data på patientniveau
- ledelser over afdelingsniveauet har adgang til egne data primært på aggregeret niveau

Portalen er allerede i brug for de kliniske databaser fra Kompetencecenter Øst og Syd men anvendes endnu ikke udbredt af klinikere og ledelser i Region Syddanmark. Der vil i ledelsesinformationssystemet (sydLIS) være link til portalen. Endvidere udarbejdes der årsrapporter som præsenteres og drøftes i relevante ledelsesfora.

Der gøres en målrettet indsats for at udbrede kendskabet til analyseportalen og der undervises i brugen af den, således at data bruges aktivt i hverdagen.

### **Regionale audits**

Kvalitetsudviklingsindsatsen støttes af regionale *audits*

- Der gennemføres faste regionale *audits* på de sygdomsområder, der er dækket af NIP. Dette sker i takt med de nationale *audits*. Manualen for dette er publiceret i en selvstændig rapport og kan ses på [www.regionsyddanmark.dk](http://www.regionsyddanmark.dk)

### **Kvalitetsudvikling**

Monitoreringen af de faglige ydelser skal understøtte det lokale kvalitetsudviklingsarbejde. Hvis der er kvalitetsdata, som tyder på problemer, ageres på dette igennem ledelsessystemet. Det sikres, at relevante ledelsesfora løbende får afrapportering. Kvalitetsudvalget og sygehusledelseskredsen samt psykiatrien får løbende

rapportering om status via ledelsesinformationssystemet, og en gang om året vil der udkomme en kvalitetsrapport inden for de i bilag 2 nævnte områder.

### **Implementering**

Ansvar for implementering ligger på institutionerne. Center for Kvalitet stiller rådgivning til rådighed.

### **Formidling til offentligheden**

En gang om året vil resultaterne fra de kliniske databaser offentliggøres til politikere og borgere. Kvalitetsdata, der offentliggøres, præsenteres for nuværende i form af rapporter, hvor data præsenteres sammen med en faglig fortolkning.

### **Monitorering af generiske indikatorer**

Det er i regi af Danske Regioner anbefalet, at der etableres en landsdækkende database for indsamling af de generiske *indikatorer*, der indgår i Den Danske Kvalitetsmodel. Data fra denne database vil indgå som en del af sygehusenes og psykiatricentrenes *selvevaluering*.

### **Patientperspektivet**

I sundhedslovens §4 fastsættes det, at regioner og kommuner i dialog med brugerne skal sikre en stadig udvikling af kvaliteten.

Patienter/pårørende/borgere skal i relevant omfang inddrages i de sammenhænge, hvor der sker en overordnet planlægning og prioritering af kvalitetsarbejdet.

Endvidere skal der ved større regionale udviklingsaktiviteter på kvalitetsområdet tilknyttes repræsentation fra brugersiden. Inddragelsen omfatter også udarbejdelse af materialer, som påtænkes anvendt på regionalt niveau vedr. *patientforløb*. Materialet bør vurderes og evt. testes i samarbejde med relevante patientforeninger/udvalgte patienter forinden implementering.

For at sikre størst mulig udbytte af denne inddragelse, er det vigtigt, at der i samarbejdet mellem brugersiden og regionens institutioner er en fælles forståelse for spilleregler og de værdigrundlag og forpligtigelser, der ligger til grund for de enkelte organisationers arbejde, f.eks. med hensyn til fortrolighed. Etablering af samarbejdet med brugerne kan ske gennem Patientforum, øvrige patientforeninger eller patienter/pårørende udvalgt på anden vis.

Rapporten vedrørende patientperspektivet i kvalitetsarbejdet - udarbejdet af en af arbejdsgrupperne i Region Syddanmark - kan ses på [www.regionsyddanmark.dk](http://www.regionsyddanmark.dk)

### **Nationale, regionale, lokale undersøgelser**

Sygehusvæsenet i Region Syddanmark deltager aktivt i de nationale undersøgelser vedrørende patientoplevelser/tilfredshed på sygehusniveau. Det er den generelle erfaring at undersøgelsernes værdi kunne øges, hvis der blev afgivet resultater på afdelingsniveau, og hvis flere afdelinger, herunder ambulatorier, deltog.

Psykiatrien deltager i de nationale patient- og pårørende-undersøgelser, der monitorerer tilfredshed på afdelingsniveau.

Endvidere gennemføres en række lokale undersøgelser af patienternes oplevelser af mødet med sundhedsvæsenet bl.a. i almen praksis samt fokusgruppeinterview og spørgeskemaundersøgelser på forskellige sygehusafdelinger.

Der findes for nuværende ingen undersøgelse, der belyser "det hele *patientforløb*".

### **Metodeudvikling**

Center for Kvalitet opbygger kompetencer til at designe, gennemføre og analysere undersøgelser af patienternes oplevelser. Disse kompetencer kan anvendes til lokale undersøgelser.

Endvidere etableres et samarbejde med Syddansk Universitet om udvikling af nye metoder til belysning af den patientoplevede kvalitet.

#### **Forslag 3:**

Der arbejdes på at gennemføre landsdækkende patienttilfredshedsundersøgelser på afdelingsniveau inden for såvel stationære som ambulante patientforløb.

Resultaterne fra de nationale undersøgelser vil blive vist via ledelsesinformationssystemet, og der vil blive fuldt op på resultaterne på dialogmøder mellem sygehusdirektioner og sygehusledelserne hhv. psykiatridirektøren og psykiatricheferne.

#### **Udnyttelse af spontane henvendelser fra patienter/pårørende**

Der har tidligere været arbejdet med nyttiggørelse af spontane henvendelser fra patienter og pårørende til kvalitetsarbejde. Dette arbejde ønskes udviklet og videreført i Region Syddanmark bl.a. gennem patientvejlederne.

#### **Forslag 4:**

Spontane henvendelser til patientvejledere om patienters oplevelser af det samlede *patientforløb* nyttiggøres i arbejdet med at forbedre kvalitet og patientsikkerhed. Endvidere nyttiggøres læring fra patienterstatninger og klagesager regionalt.

#### **Formidling af kvaliteten af de sundhedsfaglige ydelser**

Region Syddanmark ønsker at formidle kvaliteten af de sundhedsfaglige ydelser til patienter/borgere på en overskuelig og forståelig måde. Formidling af kvaliteten af enkelte sundhedsfaglige ydelser sker i dag via [www.sundhed.dk](http://www.sundhed.dk) og dagspressen. Der findes dog ingen formidling, som giver et retvisende og overskueligt overblik over kvaliteten af de samlede sundhedsfaglige ydelser.

#### **Forslag 5:**

Der arbejdes i Region Syddanmark på muligheder for at formidle kvalitetsdata på en overskuelig og forståelig måde til borgerne.

#### **Det tværsektorielle samarbejde**

Sammenhæng og helhed i patientforløbene nævnes flere gange i den nationale strategi og i regionens vision. Der er en lang række faktorer, som har betydning for, om *patientforløb* generelt opleves som sammenhængende, herunder:

- Løbende planlægning og revision af undersøgelse, observation, behandling mv.
- Klar ansvars- og opgavedeling mellem involverede fagfolk og sektorer
- Koordinering af de aktiviteter, der indgår i forløbene, herunder begrænsning af ventetider
- Velfungerende og rettidig kommunikation mellem sektorer og mellem involverede fagfolk
- Fokus på patientinddragelse
- Forståelig og enslydende information til patienten

Den overordnede strategiske prioritering af hvilke områder, der skal arbejdes med i samarbejdet mellem Region Syddanmark, kommunerne og almen praksis, drøftes i Sundhedskoordinationsudvalget.

Sundhedskoordinationsudvalget er sammensat af repræsentanter udpeget af regionsrådet, kommunerne i Region Syddanmark (KommuneKontaktrådet) og de praktiserende læger i regionen (Praksisudvalget for almen praksis).

### **Samarbejdsaftaler**

Ud over efterlevelse af allerede eksisterende og kommende danske generiske (generelle) *standarder* som led i Den Danske Kvalitetsmodel handler ovenstående i høj grad også om sikring af velfungerende samarbejdsaftaler mellem regionens nye kommuner, almen praksis, sygehusenhederne og psykiatricentrene.

Som led i sundhedsaftalerne fra 2007 vil der blive udarbejdet fælles regionale samarbejdsaftaler for Region Syddanmark. I forbindelse med disse aftaler fastsættes nogle procesmål, som måler på i hvor høj grad samarbejdsaftalerne opfyldes. Sundhedsstaben i Region Syddanmark tager i samarbejde med kommunerne initiativ hertil.

For at sikre sammenhænge i de tværsektorielle somatiske og psykiatriske *patientforløb* er det nødvendigt med en klar ansvars- og opgavefordeling mellem de forskellige sundhedsfaglige aktører. Dette kan opnås gennem *forløbsbeskrivelser*.

En *forløbsbeskrivelse* er en beskrivelse af, hvordan *patientforløbet* håndteres på tværs af sektorgrænser. *Forløbsbeskrivelsen* udarbejdes i samarbejde mellem afdeling(er), praksiskonsulent(er) samt kommunale samarbejdspart(er).

Konceptet er beskrevet i en selvstændig rapport "Udarbejdelse af politikker, kliniske retningslinier, instrukser og forløbsbeskrivelser" og kan ses på [www.regionsyddanmark.dk](http://www.regionsyddanmark.dk)

En samlet plan for kvalitetsmonitorering af *patientforløb* udarbejdes på basis af ovennævnte. Der henvises til afsnittet om kvalitetsmonitorering.

Sundhedsstyrelsen vil have en koordinerende rolle i forbindelse med udvikling af nationale *forløbsprogrammer*. *Forløbsprogrammer* beskriver den samlede indsats for en given kronisk sygdom. Der lægges op til at udarbejdelsen af nationale *forløbsprogrammer* kommer til at foregå i regionalt regi.

### **Kronisk sygdom**

Blandt de almindeligt forekommende sygdomme, der bør omfattes af *forløbsbeskrivelser*, vil en del være kroniske. Da de fleste patienter med kronisk sygdom vil have behov for livslang kontakt med flere aktører i sundhedsvæsenet, er der særlige hensyn at tage for disse patienter.

I Sundhedsstyrelsens udsendte rapport om håndtering af patienter med kronisk sygdom beskrives en række muligheder og forudsætning for en forbedret indsats for patienter med kroniske sygdomme.

Sundhedsstaben hhv. psykiatristaben udarbejder i samarbejde med repræsentanter fra sygehusledelseskredsen, psykiatricentrene kommunerne og almen praksis forslag til anbefalinger til indsatsen i forhold til patienter med kronisk sygdom.

#### **Forslag 6:**

I takt med implementering af "kronikermodellen" i regionen udarbejdes en plan for løbende evaluering af indsatsen, herunder:

- Aktiviteter i forbindelse med gennemførelse af generel og sygdomsspecifik

patientuddannelse

- Implementering af "kronikerpyramiden" (egenomsorg, risikostratificering, shared care mv.)
- Kvaliteten i *patientforløb* efter samme princip som nævnt under afsnittet om monitorering

### **Kliniske retningslinier:**

Sundhedsstyrelsen vil have en koordinerende rolle i forbindelse med udvikling af nationale *kliniske retningslinier*, men selve udarbejdelsen af nationale *kliniske retningslinier* kommer formentlig til at foregå i regionalt regi. Endvidere vil der i forbindelse med implementering af standarderne fra den Danske Kvalitetsmodel være krav til udarbejdelse af *kliniske retningslinier* inden for en lang række områder.

Indholdet i *kliniske retningslinier* skal først og fremmest være vejledende, når der træffes beslutninger om diagnostik, behandling, pleje og rehabilitering. De *kliniske retningslinier* skal baseres på bedst mulige faglige evidens og om muligt være udarbejdet på grundlag af nationale eller internationale referenceprogrammer. Derfor må hovedreglen i Region Syddanmark være, at det er omstændigheder ved patienterne, der fordrer forskellige behandlinger og ikke forskellige behandlere eller behandlingssteder.

### **Forslag 7:**

Det afklares ledelsesmæssigt inden for hvilke områder, der kan/skal udarbejdes tværgående regionale retningslinier, når kravene fra Sundhedsstyrelsen og Den Danske Kvalitetsmodel er kendte.

### **Kvalitetsstyringssystem for dokumenter**

Alle typer af dokumenter bør i princippet være tilgængelige i hele regionen, således at man ved udarbejdelsen af lokale dokumenter kan udnytte den erfaring, som andre i regionen har gjort sig, og genbruge andres dokumenter helt eller delvist.

### **Forslag 8:**

Der arbejdes på at indføre et fælles kvalitetsstyringssystem for dokumenter i Region Syddanmark. Dette forventes indført i løbet af 2007.

### **Fælles skabelon**

For at kunne anvende et fælles kvalitetsstyringssystem og dele dokumenter på tværs i regionen er det nødvendigt, at *kliniske retningslinier* såvel lokale som regionale udarbejdes efter en fælles skabelon. Skabelonen anbefales endvidere anvendt ved udarbejdelse af politikker og instrukser.

Skabelon og procedure for udarbejdelse af *kliniske retningslinier*, politikker og instrukser er udgivet som en selvstændig rapport "Udarbejdelse af politikker, kliniske retningslinier, instrukser og forløbsbeskrivelser" og kan ses på [www.regionsyddanmark.dk](http://www.regionsyddanmark.dk)

### **Godkendelse og vurdering af retningslinier**

Fælles regionale *kliniske retningslinier* godkendes af sundhedsvæsenets overordnede ledelsessystem under inddragelse af relevante interessenter.

Øvrige *kliniske retningslinier* godkendes efter de regler, der fastlægges på det enkelte sygehus under hensyntagen til den konkrete organisering.

Det anbefales, at nye *kliniske retningslinier* vurderes ved anvendelse af *AGREE instrumentet*. En kortfattet udgave af *AGREE instrumentet* findes i ovennævnte rapport. Den fulde udgave kan ses på [www.agreecollaboration.org](http://www.agreecollaboration.org). Endvidere anbefales det, at der efter en konkret vurdering anvendes MTV, mini-MTV eller lignende for at belyse konsekvenserne af retningslinier, kliniske såvel som administrative og organisatoriske.<sup>3</sup>

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at regionalt udarbejdede nationale *kliniske retningslinier* vurderes ved hjælp af *AGREE instrumentet* og derefter får et officielt stempel i Sundhedsstyrelsen.

### **Patientrettet risikostyring:**

Patientsikkerhed og *risikostyring* er et prioriteret område nationalt og internationalt. Grundlaget for *risikostyring* i Danmark er Sundhedsloven, kap. 61 §198–202. Heraf fremgår det, at regionsrådene modtager, registrerer og analyserer rapporter om *utilsigtede hændelser* til brug for forbedring af patientsikkerheden og -behandlingen.

### **Pligt til at rapportere**

Siden 1. januar 2004 har sundhedspersoner i Danmark haft pligt til at rapportere "*utilsigtede hændelser*" til Sundhedsstyrelsen database DPSD. Pligten er pålagt den enkelte ved lov i bestræbelserne på at opnå "erkendelse, læring og forandring".

Da loven trådte i kraft var fokus på rapportering. Dette fokus er nu flyttet til vidensdeling, analyse, læring og implementering, som de næste store udfordringer.

Handleplan for den patient rettede *risikostyring* på sygehusene i Region Syddanmark er publiceret i et selvstændigt dokument og kan findes på [www.regionsyddanmark.dk](http://www.regionsyddanmark.dk)

Der orienteres kvartalsvist til det regionale kvalitetsudvalg om alvorlige hændelser og forbedringstiltag i relation til disse.

En gang om året fremlægges en statusrapport over *utilsigtede hændelser* i Region Syddanmark for regionsrådet, sundhedsdirektionen, psykiatridirektøren, sygehusledelseskredsen og psykiatricheferne.

### **Forslag 9:**

Med udgangspunkt i den årlige statusrapport afklares ledelsesmæssigt hvilke områder, der skal have et fælles regionalt fokus. Endvidere drøftes indberetninger af alvorlige *utilsigtede hændelser* i relevante ledelsesfora.

### **Hygiejne:**

Der har i de senere år været meget fokus på hygiejne såvel fagligt som politisk. Hygiejne indgår som et selvstændigt tema i Den Danske Kvalitetsmodel og hygiejneområder har i de fire amter, der udgør Region Syddanmark, haft sin egen organisering. Derfor behandles hygiejne i denne strategi og handleplan som et selvstændigt tema.

Hygiejneorganisationerne i de fire amter har været meget velfungerende, formentlig fordi de har været decentralt organiseret i tilknytning til sygehusene. Den decentrale

<sup>3</sup> For fælles regionale kliniske retningslinier er kravet til evidensen og dokumentationen af denne stærkere.

organisering søges bibeholdt i Region Syddanmark for at sikre lokal løsning af hygiejne problemstillinger.

#### **Forslag 10:**

- Der nedsættes på hver sygehusenhed en hygiejneorganisation med hygiejnesygeplejersker og kliniske mikrobiologer. Hygiejneorganisationen har tilknytning til den lokale klinisk mikrobiologiske afdeling.
- Der udarbejdes fælles regionale retningslinier for hygiejne problemer, der involverer flere sygehusenheder/sektorer, herunder MRSA
- Der etableres en fælles regional infektionsregistrering til sikring af løbende ledelsesmæssig opfølgning på status på området.

#### **Kvalitetsudvikling i almen praksis**

Den fremtidige organisering af kvalitetsarbejdet i relation til almen praksis i den syddanske region tager afsæt i en række ændringer og udfordringer – herunder bl.a. de ændringer, der sker qua strukturreformen og sundhedsloven. Almen praksis vil fortsat have en væsentlig rolle i forhold til videreudvikling af velfungerende *patientforløb* i den syddanske region. I denne sammenhæng vil almen praksis således have en betydende rolle ved implementering af de anbefalinger, der er kommet vedr. kronikerområdet<sup>4</sup> og både praksiskonsulenter, kvalitetskonsulenter m.fl. vil være i fokus i forbindelse med implementering af de kommende sundhedsaftaler. Samarbejdet bringes ind i mere formaliserede rammer. Eksempler herpå er, at der oprettes sundhedskoordinationsudvalg i hver region med repræsentanter for de tre parter (kommuner, region og praksis). Hovedsigtet med formaliseringen af samarbejdet er at styrke koordineringen mellem parterne, samt at skabe et fælles afsæt for arbejdet med sammenhængende, tværgående *patientforløb*.

Et andet væsentligt element i tilrettelæggelsen af kvalitetsarbejdet for almen praksis er den nye landsoverenskomst – herunder diabetesforløbsydelsen og anvendelsen af psykometriske tests.

Den overordnede strategi for kvalitetsudvikling i almen praksis bygger på 3 overordnede elementer: det samarbejdende sundhedsvæsen, organiseringen i praksis og metoder i kvalitetsudviklingsarbejdet.

Rapporten vedrørende organisering af kvalitetsudviklingsarbejdet i almenpraksis kan læses på [www.regionsyddanmark.dk](http://www.regionsyddanmark.dk)

#### **Kompetenceudvikling:**

Der er udarbejdet en selvstændig rapport for uddannelse og kompetenceudvikling indenfor kvalitetsudvikling og patientsikkerhed i regionen. Rapporten kan ses på [www.regionsyddanmark.dk](http://www.regionsyddanmark.dk)

---

<sup>4</sup> SST's rapport "Kronisk sygdom, patient, sundhedsvæsen og samfund – forudsætninger for det gode patientforløb, 2005".

## Organisering

Ansvar for *kvalitet* og kvalitetsudvikling er, som anført side 5 forankret i ledelsessystemet. Strategiske problemstillinger, der er af tværgående karakter forudsættes drøftet mellem sundhedsstaben og sygehusledelseskredsen og hhv. psykiaristaben og psykiatricheferne forinden beslutninger træffes.

### Det regionale kvalitetsudvalg

Det foreslås, at der indtil videre opretholdes et kvalitetsudvalg, hvis hovedopgave er at rådgive sygehusledelser og sundhedsdirektion.

Udvalgets medlemmer:

En repræsentant fra den regionale sundhedsdirektion (formand), eller en af denne udpegede repræsentant.

En sygehusledelsesrepræsentant fra hver af de 6 sygehusenheder.

Repræsentanter fra sundhedsstaben.

Centerchefen for Center for Kvalitet.

En repræsentant fra almen praksis.

Efter nærmere aftale kan repræsentanter fra kommunerne og Syddansk Universitet deltage.

Psykiatrien deltager med en ledelsesrepræsentant og en stabsmedarbejder.

### Psykiatriens kvalitetsstyregruppe

Psykiatrien har etableret en kvalitetsstyregruppe med en psykiatrichef som formand og med deltagelse af kvalitetscheferne fra de 3 psykiatricentre og psykiaristaben. Kvalitetsstyregruppen refererer til psykiatriens ledergruppe.

### Den regionale netværksgruppe

Med henblik på styrkelse af det regionale tværgående samarbejde på kvalitetsområdet planlægges nedsat en netværksgruppe med bred regional repræsentation.

### Organisering og arbejdsdeling mellem sundhedsstaben, psykiaristaben, Center for Kvalitet og sygehusene generelt:

Generelt gælder det om, at opgaverne løses decentralt, medmindre andre hensyn taler for en centraliseret løsning jfr. tidligere.

### Sundhedsstaben

Sundhedsstaben bistår ledelsessystemet i forbindelse med væsentlige strategiske opgaver i forhold til kvalitetsudvikling og risikostyring med hensyn til fastsættelse af kvalitetskrav og kvalitetsopfølgning. Sundhedsstaben bistår i forbindelse med monitorering af faglige ydelser med henblik på ledelsesmæssig opfølgning og beslutning. Staben varetager endvidere den overordnede relation til Den Danske Kvalitetsmodel, centrale myndigheder, andre regioner og kommuner om kvalitetsudvikling. Indsatsen koordineres med psykiatrien gennem en løbende og formaliseret kontakt mellem sundhedsstab og psykiaristab.

### Center for Kvalitet

Center for Kvalitet understøtter det decentrale niveau i implementering af de kvalitetsforbedrende initiativer.

De opgaver, centret forventes at kunne tilbyde indbefatter hovedsagelig:

- Udvikling af viden og metoder på kvalitetsområdet.
- Støtte til gennemførelse af konkrete udviklingsprojekter, herunder implementering af kvalitetsforbedrende initiativer, jf. kvalitetsudviklingscirklen.
- Formidling og undervisning inden for kvalitetsudvikling og risikostyring.

- Understøttelse af tværfagligt og tværsektorielt samarbejde vedr. kvalitet og risikostyring.
- Anden form for konsulentttjeneste internt i regionen.

Der henvises til beskrivelse af centret som kan findes på [www.regionsyddanmark.dk](http://www.regionsyddanmark.dk)  
Det er et vigtigt princip, at ansvaret for kvaliteten af de ydelser, der leveres ligger hos ledelserne på de institutioner, som leverer ydelsen. Centret løser ikke opgaverne for institutionerne, men yder hjælp til, at institutionerne selv kan løse dem.

### Ordliste, definitioner:

#### **Agree:**

AGREE-instrumentet er et universelt redskab, der primært er udarbejdet m.h.p. at hjælpe brugere og dem, der udarbejder vejledninger til at vurdere den metodologiske kvalitet af kliniske vejledninger.

*(AGREE-instrumentet, The AGREE Collaboration, Sep. 2001)*

#### **Akkreditering:**

Procedure, hvor et anerkendt organ vurderer, hvorvidt en aktivitet, ydelse eller organisation lever op til et sæt af fælles standarder. Ved akkreditering gives en formel anerkendelse af, at personer eller organisationer er kompetente til at udføre sine opgaver.

*(Sundhedsvæsenets kvalitetsbegreber og -definitioner, Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren, Januar 2003)*

#### **Audit:**

Fagpersoners gennemgang af konkrete processer (patientforløb og/eller arbejdsgange) med henblik på at vurdere kvaliteten af sundhedsvæsenets ydelser. Vurderingen foretages på grundlag af kvalitetsmål og har til formål at afdække tilfredsstillende eller ikke tilfredsstillende forhold.

*(Sundhedsvæsenets kvalitetsbegreber og -definitioner, Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren, Januar 2003)*

#### **Forløbsbeskrivelse:**

Beskrivelser af patientforløb for udvalgte patientgrupper, hvor de sundhedsfaglige beslutninger og handlinger og de organisatoriske elementer er koordineret.

*(Sundhedsvæsenets kvalitetsbegreber og -definitioner, Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren, Januar 2003)*

En forløbsbeskrivelse er en kronologisk beskrivelse af et patientforløb mens et forløbsprogram er en mere omfattende beskrivelse af alle elementer i patientforløbet.

#### **Forløbsprogram:**

Et forløbsprogram beskriver den samlede tværsektorielle og koordinerede indsats for en given kronisk sygdom, der sikre anvendelse af evidensbaserede anbefalinger for den sundhedsfaglige indsats, en præcis beskrivelse af opgavefordeling, samt koordinering og kommunikation mellem alle involverede parter. Forløbsprogrammet sigter på, at opnå en høj kvalitet af indsatsen i hele forløbet og en hensigtsmæssig ressourceudnyttelse. Der lægges vægt på en systematisk proaktiv indsats, der forbygger progression af sygdom, akutte episoder og komplikationer, og som har indbygget løbende monitorering af kvaliteten af forløbet. *(Sundhedsstyrelsen, Forløbsprogram for kronisk sygdom, udkast 22. december 2006)*

#### **Indikator:**

En målbar variabel som anvendes til at overvåge og evaluere kvaliteten.

*(Sundhedsvæsenets kvalitetsbegreber og -definitioner, Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren, Januar 2003)*

**Klinisk kvalitetsdatabase:**

Et register, der indeholder data om en sygdomsgruppe, en bestemt diagnose eller tilstand, en behandlings- eller undersøgelsesmetode, og som anvendes til opgørelse, vurdering og /eller beregning af indikatorer.

*(Sundhedsvæsenets kvalitetsbegreber og –definitioner, Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren, Januar 2003)*

**Klinisk retningslinie:**

Systematisk udarbejdede udsagn, der kan bruges af fagpersoner og patienter, når de skal træffe beslutning om passende og korrekt sundhedsfaglig ydelse i specifikke kliniske situationer.

*(Sundhedsvæsenets kvalitetsbegreber og –definitioner, Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren, Januar 2003)*

**Kvalitet:**

De samlede egenskaber ved en ydelse eller et produkt, der betinger ydelsens eller produktets evne til at opfylde specificerede eller alment underforståede behov og forventninger.

*(Sundhedsvæsenets kvalitetsbegreber og –definitioner, Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren, Januar 2003)*

**Patientforløb:**

Summen af de aktiviteter, kontakter og hændelser i sundhedsvæsenet, som en patient eller defineret patientgruppe oplever i relation til den sundhedsfaglige ydelse.

*(Sundhedsvæsenets kvalitetsbegreber og –definitioner, Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren, Januar 2003)*

**Note:** I beskrivelser af (tværsektorielle) patientforløb lægges vægt på beskrivelse af den del af indsatsen, der skal sikre sammenhængen mellem de fagspecifikke ydelser, der leveres i forløbet.

**Risikostyring:**

De konkrete tiltag, der gøres for at identificere, vurdere, begrænse og forebygge skade og risiko for skade med henblik på at opnå en øget patientsikkerhed.

*(Sundhedsvæsenets kvalitetsbegreber og –definitioner, Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren, Januar 2003)*

**Selvevaluering:**

Systematisk vurdering af en organisations aktiviteter og resultater, foretaget af organisationen selv.

*(Sundhedsvæsenets kvalitetsbegreber og –definitioner, Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren, Januar 2003)*

**Standard:**

Det mål for kvalitet, der danner grundlag for vurdering og evaluering af en ydelses kvalitet.

*(Sundhedsvæsenets kvalitetsbegreber og -definitioner, Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren, Januar 2003)*

**Utilsigtet hændelse:**

En ikke-tilstræbt begivenhed, der skader patienten eller indebærer risiko for skade som følge af sundhedsvæsenets handlinger eller mangel på samme.

*(Sundhedsvæsenets kvalitetsbegreber og -definitioner, Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren, Januar 2003)*

### ***Kliniske kvalitetsdatabaser der får støtte fra Danske Regioner i 2007***

BupBase  
DANBIO  
Dansk Anæstesi Database  
Dansk Blære Cancer Register  
Dansk Bryst Cancer Register  
Dansk Database for Kronisk Hepatitis B og C  
Dansk Galde Database  
Dansk Gynækologisk Cancer Database  
Dansk Hernie Database  
Dansk Hjerteregister  
Dansk Hjertestopregister  
Dansk Hysterektomi Database  
Dansk Intensiv Database  
Dansk Kolorektal Cancer Database  
Dansk Lunge Cancer Register  
Dansk Register for Børne- og Ungdomsdiabetes  
Dansk Transfusionsdatabase  
Dansk Urogynækologisk Database  
Database for aktiv behandling af kronisk nyresvigt  
DECV – Oesophagus, Cardia, Ventrikelcancer  
Den Fælles Diabetesdatabase  
Den Hæmatologisk Fællesdatabase  
Den Ortopædisk Fællesdatabase  
DIPSY-databasen  
Hyskibase  
Klinisk Vene Database  
Landsdækkende Database for Geriatri  
Landsregistret Karbase  
National Database for Søvnapnø  
Polyposeregistret  
Prosbase  
Sclerosebehandlingsregistret  
Tidlig graviditet og abort kvalitetsdatabase  
NIP – IT-drift

### **Sygdomsområderne dækket af Den Danske Kvalitetsmodel**

Apopleksi  
Diabetes  
Hjerteinsufficiens  
Hofte- og lændefrakture  
Kræftsygdomme  
- Brystkræft  
- Lungekræft  
- Tyk- og endetarmskræft  
Mavesår  
Skizofreni  
Kronisk Obstruktiv Lungesygdom (KOL)  
Fødsler (kommer senere)

## Bilag 3

Regionsrådet har i marts 2007 godkendt følgende hensigtserklæringer.

1. Den sindslidende skal opleve **sammenhæng** i behandlingen – og sammenhæng med den socialpsykiatriske indsats. Sindslidende skal have den nødvendige, men samtidig mindst indgribende hjælp, så de kan leve en så normal tilværelse som muligt. *Derfor:*
  - er der brug for en bred vifte af almenpsykiatriske og specialiserede tilbud.
  - skal debuterende yngre psykisk syge have hurtig og intensiv hjælp med henblik på at forbedre mulighederne for rehabilitering
  - skal ældre med sindslidelser på linie med andre patienter sikres mulighed for i eget hjem eller på plejehjem ambulante udredning og behandling fra udgående teams og om nødvendigt indlæggelse mhp. diagnosticering og behandling
  - skal de psykiatriske tilbud fungere så tæt på patienterne som muligt og velkoordineret mellem kommuner, praksislæger, behandlingspsykiatri/socialpsykiatri, somatik m.v.. For nogle sindslidende er der behov for specialiserede tilbud
  - skal "Det gode patientforløb" være omdrejningspunktet for organisering af den psykiatriske indsats
  - skal der på børne- og ungdomspsykiatriske område sikres et tæt samarbejde med kommunerne, så børne- og ungdomspsykiatrien får bedre muligheder for at målrette indsatsen i behandlingssystemet mod dem, der har gavn af den
2. Regionens tilbud skal udvikles mod endnu højere grad af **tilgængelighed**. Tilgængelighed er meget andet end en fysisk tilgængelighed, det kan også være gennem forskellige kommunikationsplatforme. Langt de fleste sindslidende, der har brug for et behandlingstilbud i regionen skal have det i psykiatriens basisenhed – den lokale distriktspsykiatriske/ambulante tilbud eller den nærmeste almenpsykiatriske afdeling. Der skal samtidig være den nødvendige og tilstrækkelige **specialisering** af det psykiatriske behandlingstilbud. *Derfor:*
  - skal distriktspsykiatrien/den ambulante psykiatri være indgangsporten og omdrejningspunktet i den fremtidige behandlingspsykiatri.
  - skal der arbejdes hen imod en veludbygget distriktspsykiatri med bl.a. opsøgende psykoseteams og tidlige interventions team/OPUS-teams. Herved kan indsatsen over for den enkelte sindslidende bliver bedre og ikke mindst bedre planlagt, så behovet for skadestuer og akut indlæggelse blive mindre.
  - skal ventetiden på børne- og ungdomspsykiatriske behandling ned gennem en styrkelse af området og en øget udnyttelse og koordinering af de eksisterende børne- og ungdomspsykiatriske tilbud
  - skal den retspsykiatriske indsats styrkes for at dække regionens behov og sikre en høj kvalitet i tilbuddet. Der skal ses på både sengekapaciteten, der er under pres og ikke mindst styrkelse af den særlige ambulante og opsøgende indsats for denne målgruppe.
  - skal der tænkes i nye tiltag – fx regionalt dækkende akuttelefon, telemedicin, elektronisk kommunikation – der kan bidrage til at forbedre borgernes og psykiatriens samarbejdspartners oplevelse af tilgængelighed
3. Der skal sættes større fokus på **kvalitet** i den samlede indsats for sindslidende. *Derfor:*
  - skal psykiatrien etablere en kvalitetsorganisation på alle niveauer og sammen med somatikken indgå i et fælles kvalitetsarbejde med patientsikkerhed og akkreditering

- skal socialpsykiatrien og den samlede indsats mellem de enheder der behandler og støtter de psykiske syge evalueres systematisk
  - skal der løbende laves patienttilfredshedsundersøgelser og resultaterne heraf skal bruges aktivt i forbedring af indsatsen
  - skal mulighederne for reduktion af tvang vurderes løbende
4. En indsats af høj **faglig** kvalitet og med nærvær i relationen til de sindslidende forudsætter et velkvalificeret og motiveret personale alle steder, der arbejder med psykisk syge. *Derfor:*
- er efteruddannelse og et godt arbejdsmiljø centrale faktorer i den nødvendige udvikling af de faglige kompetencer
  - skal der skabes vilkår, der understøtter, motiverer og fastholder det nuværende personale og rekruttering af nye medarbejdere
  - skal mulighederne for bedre rekruttering af læger, effektiv tilrettelæggelse af indsatsen i retning af mere tid til patientkontakt og mere dagtid/mindre vagttid og at andre medarbejdergrupper varetager opgaver, der i dag varetages af læger indtænkes i planlægningen
  - skal der sikres opdateret viden hos alle der arbejder med psykisk syge – det gælder også almen praksis, privatpraktiserende speciallæger og kommunerne. Det skal sikre at nye viden og medicin bruges konstruktivt i den samlede behandling af patienterne.
5. **Patienter og pårørende** er vigtige samarbejdspartnere, der skal inddrages i regionens tilbud og tilrettelæggelse og udvikling af disse. Adgang til viden om psykisk sygdom er centralt. Respekt og synlighed om psykiatrien og de sindslidende i forhold til befolkningen/borgerne er centralt for både de sindslidendes livsbetingelser og psykiatriens arbejdsvilkår. *Derfor:*
- skal der udarbejdes en patient- og pårørendepolitik, der skal udgøre den overordnede ramme for indsatsen
  - skal patienterne og de pårørende, som patienterne ønsker inddraget, tages med på råd i tilrettelæggelse af den konkrete indsats.
  - skal kontakten mellem patient og behandler være præget af den synsvinkel at det er muligt helt eller delvist at komme sig efter alvorlige psykiske lidelser
  - skal der sikres adgang til patient- og pårørendeundervisning, der sikrer dem den nødvendige viden om sygdommen, der skal til for at de kan leve i og med den psykiske sygdom og bidrage til at understøtte behandlingen.
  - skal børn i familier med psykisk syge have særlig opmærksomhed
  - skal informationsindsatsen overfor den øvrige befolkning styrkes gennem fx regionalisering af Psykiatrisk Informationscenter i Vejles nuværende informationsindsats og i tæt samarbejde med kommunerne
  - skal den proaktive eksterne kommunikation styrkes bl.a. arbejde med fortællinger om den vellykkede psykiatri.
6. Psykiatrien ønsker at være en videnskabsbaseret organisation gennem styrket fokus på **nytænkning og forskning** indenfor regionens egen psykiatri. Sammen med inddragelse og spredning af den nyeste viden, der er samlet udenfor regionen skal det sikre at den psykiatriske behandling og støtte baseres på den nyeste evidens. *Derfor:*
- skal der udvikles en forskningsstrategi for psykiatrien, der både skal sikre et stærkt forskningsmæssigt centrum - regionens universitetsafdeling - og understøtte forskningsaktiviteter rundt om i regionen.
  - skal der være fokus på både grundforskning og sundhedstjenesteforskning
  - skal kvalitetsudvikling på det socialpsykiatriske område opprioriteres

- skal psykiatrien indgå i tæt samarbejde med det øvrige sundhedsområde og Syddansk Universitet på forskningsområdet
7. Region Syddanmarks samlede forbrug på psykiatriområdet er lavt, sengetallet er lavt og produktiviteten er samlet set høj sammenlignet med resten af landet. Indenfor regionen er der dog en stor variation på disse områder. Psykiatrien skal selv bidrage til finansiering af udviklings- og forskningsaktiviteter gennem løbende fokus på **effektiv ressourceudnyttelse** i driften. Derfor:
- skal der løbende gennemføres benchmarking, best practice målinger mellem afdelinger og centre i regionen
  - skal de psykiatriske sengeafdelinger have den nødvendige volume, der skal til for at sikre både en rationel drift og en høj faglig kvalificeret og specialiseret behandling. Det kan fx være nødvendigt at samle sengepsykiatrien på færre matrikler sideløbende med udbygning af distriktpspsykiatrien i lokalområdet.
  - skal planlægningen sikre flere tilgængelige behandlingsressourcer i dagtiden og mere tid til patientkontakt. Det kan ske gennem færre beredskaber end i dag.
  - skal sengekapaciteten, som en meget udgiftstung behandlingsform, samlet set og på de enkelte områder vurderes kritisk. På nogle områder er der et pres på sengekapaciteten, mens der på andre områder tegner sig muligheder for reduktion gennem omlægning til mere ambulante behandling. Samlet set kunne det fx gå i retning af uændret antal senge, men en anden fordeling end i dag.
  - skal der ske en udvikling i retning af øget ambulante behandling, der hvor det er fagligt, kvalitetsmæssigt og økonomisk-effektivt velbegrundet og fordelagtigt.

Region Syddanmark  
Sundhedsstabens afdeling for Kvalitet & Forskning  
Damhaven 12  
7100 Vejle  
Tlf. 7663 1000

E-mail: [kvalitet.sundhed@regionsyddanmark.dk](mailto:kvalitet.sundhed@regionsyddanmark.dk)

[regionsyddanmark.dk](http://regionsyddanmark.dk)



**Region Syddanmark**