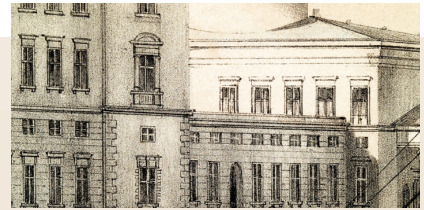


8/2011

STATSREVISORERNE



Beretning om kvalitetsindsatser på sygehusene



Beretning om kvalitetsindsatser på sygehusene

Statsrevisorerne fremsender denne beretning med deres bemærkninger til Folketinget og vedkommende minister, jf. § 3 i lov om statsrevisorerne og § 18, stk. 1, i lov om revisionen af statens regnskaber m.m.

København 2012

Denne beretning til Folketinget skal behandles ifølge lov om revisionen af statens regnskaber, § 18: Statsrevisorerne fremsender med deres eventuelle bemærkninger Rigsrevisionens beretning til Folketinget og vedkommende minister.

Ministeren for sundhed og forebyggelse afgiver en redegørelse til beretningen. Ministerens kommentarer til de indhentede udtalelser fra regionsrådene indgår i redegørelsen.

Rigsrevisor afgiver et notat med bemærkninger til ministerens redegørelse.

På baggrund af ministerens redegørelse og rigsrevisors notat tager Statsrevisorerne endelig stilling til beretningen, hvilket forventes at ske ultimo august 2012.

Ministerens redegørelse, rigsrevisors bemærkninger og Statsrevisorerne eventuelle bemærkninger samles i Statsrevisorerne Endelig betænkning over statsregnskabet, som årligt afgives til Folketinget i april måned – i dette tilfælde Endelig betænkning over statsregnskabet 2011, som afgives i april 2013.

Henvendelse vedrørende
denne publikation rettes til:

Statsrevisorerne
Folketinget
Christiansborg
1240 København K
Telefon: 33 37 59 87
Fax: 33 37 59 95
E-mail: statsrevisorerne@ft.dk
Hjemmeside: www.ft.dk/statsrevisorerne

Yderligere eksemplarer kan
købes ved henvendelse til:

Rosendahls-Schultz Distribution
Herstedvang 10
2620 Albertslund
Telefon: 43 22 73 00
Fax: 43 63 19 69
E-mail: distribution@rosendahls-schultzgrafisk.dk
Hjemmeside: www.rosendahls-schultzgrafisk.dk

ISSN 0108-3902
ISBN 978-87-7434-375-2

Statsrevisorernes bemærkning

BERETNING OM KVALITETSINDSATSER PÅ SYGEHUSENE

WHO's definition af kvalitet i sundhedsvæsenet er bredt anerkendt og anvendt i danske sammenhænge og omfatter høj professionel standard, effektiv resurseudnyttelse, minimal patientrisiko, høj patienttilfredshed og helhed i patientforløbet.

I beretningen er kortlagt 17 landsdækkende indsatser, som Sundhedsministeriet og regionerne har sat i gang inden for de seneste 15 år for at sikre og udvikle kvaliteten på sygehusene.

Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM) er den mest omfattende af disse indsatser, idet alle danske sygehuse og hele sundhedsvæsenet på sigt skal godkendes efter denne akkrediteringsmodel. En opremsning af nogle andre indsatser illustrerer spændvidden: Sundhedsstyrelsens registre over sundhed, sygelighed og dødelighed, Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram, bivirkningsindberetning til Lægemiddelstyrelsen, Den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser (LUP), pakkeforløb for kræft- og hjertesygdomme, rapportering af utilsigtede hændelser, Patientsikkert Sygehus, kontaktpersonordningen, Sundhedsstyrelsens specialeplanlægning m.fl.

De landsdækkende kvalitetsindsatser understøtter sygehusafdelingernes arbejde med at sikre og udvikle kvaliteten. Fx bidrager DDKM ved at fastlægge standarder for høj og ensartet kvalitet i patientbehandlingen.

Statsrevisorerne finder det positivt, at der på alle niveauer i det offentlige sygehusvæsen gøres en væsentlig indsats for at sikre og udvikle kvaliteten i patientbehandlingen.

Statsrevisorerne bemærker, at de mange kvalitetsindsatser øger behovet for at prioritere og lette arbejdet på afdelingerne og dermed øger behovet for at vurdere og koordinere de enkelte indsatser indhold og relevans. Derfor er det afgørende, at Sundhedsministeriet og regionerne følger op på formål og resultater af kvalitetsindsatserne samt foretager en vurdering af det samlede resurseforbrug.

Statsrevisorerne,
den 8. februar 2012

*Peder Larsen
Henrik Thorup^{*)}
Helge Adam Møller
Kristian Jensen
Mogens Jensen
Klaus Frandsen*

^{*)} Statsrevisor Henrik Thorup har ikke deltaget ved behandlingen af denne sag på grund af inhabilitet.



Beretning til Statsrevisorerne om kvalitetsindsatser på sygehusene

Rigsrevisionen afgiver hermed denne beretning til Statsrevisorerne i henhold til § 17, stk. 2, i rigsrevisorloven, jf. lovbekendtgørelse nr. 101 af 19. januar 2012. Beretningen vedrører finanslovens § 16. Indenrigs- og Sundhedsministeriet (nu Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse).

Indholdsfortegnelse

I.	Introduktion og konklusion	3
II.	Indledning	6
	A. Formål, metode og afgrænsning.....	7
III.	Landsdækkende kvalitetsindsatser.....	10
	A. Kortlægning af de landsdækkende kvalitetsindsatser	11
	B. Regionernes rolle	19
	C. Sammenhæng mellem strategi og aktiviteter på sygehusene	20
IV.	Sikring og udvikling af kvalitet på afdelingerne	22
	A. Kvalitetsindsatsernes relevans for personalet	23
	B. Administration forbundet med kvalitetsindsatser på afdelingerne.....	27
	C. Den daglige prioritering mellem opgaver	29
V.	Opfølgning på kvalitetsindsatser	31
	A. Opfølgning på implementeringen	32
	B. Opfølgning på resultaterne	33
	C. Omkostninger ved kvalitetsindsatser	35
	Bilag 1. Oversigt over kvalitetsindsatser	37
	Bilag 2. Ordliste.....	39

Beretningen vedrører finanslovens § 16. Indenrigs- og Sundhedsministeriet (nu Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse).

I undersøgelsesperioden har der været følgende ministre:

Bertel Haarder: februar 2010 - oktober 2011

Astrid Krag: oktober 2011 -

I. Introduktion og konklusion

1. Denne beretning handler om de landsdækkende indsatser, som Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse (herefter Sundhedsministeriet) og regionerne har sat i gang for at sikre og udvikle kvaliteten på sygehusene.

2. Baggrunden for undersøgelsen er, at der siden 1990'erne har været stigende fokus på kvalitet på sundhedsområdet og dermed også på sygehusene. På landsdækkende og regionalt plan er der igangsat en række indsatser for at sikre og udvikle kvaliteten på sygehusene. Det er de landsdækkende kvalitetsindsatser, der sætter rammerne og retningen for sygehusafdelingernes arbejde med kvalitet, og det er personalet på sygehusene, der skal sikre og udvikle kvaliteten i relationen med patienten.

Baggrunden for undersøgelsen er endvidere, at den følger op på notat af 18. januar 2011 til Statsrevisorerne om pris, kvalitet og adgang til behandling på private sygehuse (mammografiundersøgelser). Rigsrevisor lovede i notatet at igangsætte en større undersøgelse om kvalitet i sundhedsvæsenet. Det fremgår også af notatet, at rigsrevisor ville følge op på Sundhedsministeriets arbejde med at indføre registrering af og proaktivt tilsyn med private leverandører mv. Dette vil ske i et selvstændigt notat.

3. Det overordnede formål med undersøgelsen er at kortlægge de landsdækkende kvalitetsindsatser i det danske sygehusvæsen og at undersøge, om de landsdækkende kvalitetsindsatser er med til at sikre og udvikle kvaliteten på sygehusene. Det har Rigsrevisionen undersøgt ved at besvare følgende spørgsmål:

- Er der sammenhæng mellem de landsdækkende kvalitetsindsatser og sygehusafdelingernes arbejde med at sikre og udvikle kvaliteten?
- Understøtter de landsdækkende kvalitetsindsatser sygehusafdelingernes arbejde med at sikre og udvikle kvaliteten?
- Følger Sundhedsministeriet og regionerne op på, om de landsdækkende kvalitetsindsatser bidrager til at sikre og udvikle kvaliteten?

Kvalitetssikring har til formål at sikre, at den faktisk opnåede kvalitet er i overensstemmelse med mål for kvaliteten.

Kvalitetsudvikling har til formål systematisk og målrettet at forbedre kvaliteten af sundhedsvæsenets indsats inden for rammerne af den etablerede viden.

Kvalitetsindsats iværksættes for at bidrage til at sikre eller udvikle kvaliteten. Indsatsen kan være landsdækkende, regional eller lokal (på det enkelte sygehus). Et projekt, der måler forekomsten af infektioner efter en operation, er en kvalitetsindsats. Et register, som fx overvåger komplikationer i forbindelse med specifikke behandlinger, er også en kvalitetsindsats.

UNDERSØGELSENS HOVEDKONKLUSION

Rigsrevisionen finder det positivt, at der i de seneste år har været en stigende opmærksomhed på at sikre og udvikle kvaliteten i patientbehandlingen, bl.a. med det formål at sikre behandlinger af høj og ensartet kvalitet til gavn for patienterne. Højere kvalitet på sygehusene kan tillige være med til at sikre et mere omkostningseffektivt sygehusvæsen.

Behovet for at følge udviklingen i kvaliteten i sundhedsvæsenet skal tilgodes mange hensyn, herunder sikring af udviklingen i behandlingerne samt ledelsesmæssige og politiske hensyn. Ved vurderingen af de forskellige kvalitetsindsatser er det væsentligt løbende at vurdere omfanget af den belastning, som fx registreringer og dokumentation i forbindelse med kvalitetsindsatser medfører på sygehusene. Det skyldes bl.a., at personalets motivation til at sikre og udvikle kvaliteten er afgørende, da det er personalet, der skal omsætte indsatserne til kvalitet i mødet med patienterne.

Rigsrevisionen skal anbefale, at Sundhedsministeriet og regionerne løbende vurderer hensigtsmæssigheden og indretningen af den samlede kvalitetsindsats på sygehusene. Rigsrevisionen finder det i fortsættelse heraf velbegrunnet, at samarbejdet på kvalitetsområdet mellem ministeriet og regionerne styrkes.

Hovedkonklusionen er baseret på følgende delkonklusioner:

Er der sammenhæng mellem de landsdækkende kvalitetsindsatser og sygehusafdelingernes arbejde med at sikre og udvikle kvaliteten?

Rigsrevisionen har identificeret 17 landsdækkende indsatser, hvor Den Danske Kvalitetsmodel er den mest omfattende. Regionerne gennemfører desuden i et vist omfang regionale indsatser. Det kan konstateres, at kvalitetsindsatserne gennemføres på sygehusafdelingerne i form af aktiviteter, der skal bidrage til udvikling og sikring af kvaliteten.

Sundhedsstyrelsen og regionerne har de seneste år skabt bedre sammenhæng mellem de kvalitetsindsatser, der er iværksat. Den samlede mængde af indsatser er dog betydelig, og arbejdet med at integrere indsatserne bør derfor fortsættes.

Understøtter de landsdækkende kvalitetsindsatser sygehusafdelingernes arbejde med at sikre og udvikle kvaliteten?

Undersøgelsen har vist, at de landsdækkende kvalitetsindsatser understøtter afdelingernes arbejde med at sikre og udvikle kvaliteten. Fx bidrager Den Danske Kvalitetsmodel ved at fastsætte standarder for god kvalitet i patientbehandlingen, som er med til at sikre ensartet behandling af patienterne.

Undersøgelsen har også vist, at de mange indsatser øger behovet for at prioritere arbejdet på afdelingerne. Regionerne har peget på, at øget dialog og åbenhed om prioriteringer mellem ledelse og personale kan være med til at synliggøre og håndtere eventuelle uoverensstemmelser og understøtte prioriteringerne.

Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM)

Formålet med DDKM, som alle sygehuse skal godkendes efter, er at medvirke til:

- kontinuerlig udvikling af kvaliteten
- ensartet høj kvalitet i alle sundhedsydelser
- sammenhæng i patientforløb
- gennemsigtighed og synliggørelse af kvalitet i sundhedsvæsenet.

DDKM er blevet til i et samarbejde mellem regeringen og de daværende amter.

Undersøgelsen viser desuden, at der er behov for at vurdere de enkelte indsatsers indhold og relevans. Bl.a. bør der være opmærksomhed på, at det ikke alene er processer og aktiviteter, der sættes standarder for, men at standarderne også bør sige noget om den enkelte ydelses kvalitet.

Endelig viser undersøgelsen, at der på nogle områder er behov for bedre it-understøttelse af kvalitetsarbejdet, herunder fx adgang til computere og trådløst netværk. Regionerne er opmærksomme på dette behov og arbejder på at forbedre it-understøttelsen generelt på sygehusene.

Følger Sundhedsministeriet og regionerne op på, om de landsdækkende kvalitetsindsatser bidrager til at sikre og udvikle kvaliteten?

Sundhedsministeriet og regionerne følger generelt op på implementeringen af de kvalitetsindsatser, de er ansvarlige for. Derimod har ministeriet og regionerne generelt ikke viden om, hvor mange resurser de landsdækkende kvalitetsindsatser beslaglægger på sygehusene.

I de fleste af kvalitetsindsatserne er der fulgt op på, eller planer om at følge op på, om de forventede resultater er opnået. Der er dog enkelte af de landsdækkende indsatser, hvor det ikke er tilfældet, hvorfor Sundhedsministeriet og regionerne fortsat kan styrke opfølgningen.

Rigsrevisionen er opmærksom på, at det kan være vanskeligt at afgrænse resultaterne af den enkelte kvalitetsindsats, fordi mange faktorer påvirker udviklingen i kvaliteten. Fx kan den almindelige sundhedsfaglige og teknologiske udvikling, der normalt ikke omtales som kvalitetsudvikling, påvirke behandlingsresultater, patientoplevelser mv. På nogle områder vil det dog være muligt umiddelbart at vurdere, om en indsats giver resultater.

Den Danske Kvalitetsmodel er den væsentligste kvalitetsindsats i sundhedsvæsenet og udgør en generel ramme for at skabe en ensartet høj kvalitet på sygehusene, sammenhængende patientforløb mv. Rigsrevisionen finder det relevant, at Sundhedsministeriet og regionerne vurderer, om formålene med denne indsats bliver opfyldt.

II. Indledning

4. Denne beretning handler om de landsdækkende indsatser, som Sundhedsministeriet og regionerne har sat i gang for at sikre og udvikle kvaliteten på sygehusene.

Sikring og udvikling af kvalitet på sygehusene er ud fra et politisk perspektiv en vigtig opgave. For patienterne kan forskellen på høj og mindre høj kvalitet betyde længere indlæggelsesforløb, flere smerter eller et dårligere behandlingsresultat. Højere kvalitet i behandlingen er ikke det samme som dyrere behandlinger. Fx er det billigere at sikre, at patienten får den rette medicin første gang, ligesom det betyder kortere indlæggelse, når patienten undgår at få infektioner i forbindelse med en operation. Derfor er der de seneste år – både nationalt og internationalt – kommet særlig opmærksomhed omkring, at højere kvalitet på sygehusene kan være med til at bremse de stigende sundhedsudgifter, der ses i Danmark og andre vestlige lande.

Kvalitet i sundhedsydelse sikres og fremmes på flere forskellige måder. Én af måderne er gennem kvalitetsindsatser, som sundhedsmyndighederne, sygehusene og personalet iværksætter. En kvalitetsindsats betyder således en aktivitet, som iværksættes for at bidrage til at sikre eller udvikle kvaliteten. Kvalitetsindsatserne indgår i et komplekst samspil, der på hver sin måde bidrager til, at patienterne får en behandling af højere kvalitet. Forskning, uddannelse og organisering af arbejdet påvirker også kvaliteten.

Definition af kvalitet

5. WHO's definition af, hvad der kendetegner et sundhedsvæsen af høj kvalitet, er bredt anerkendt og anvendt i danske sammenhænge og fremgår af boks 1.

BOKS 1. WHO'S DEFINITION AF KVALITET I SUNDHEDSVÆSENET

- Høj professionel standard
- Effektiv resurseudnyttelse
- Minimal patientrisiko
- Høj patienttilfredshed
- Helhed i patientforløbet.

Dvs. at god kvalitet betyder, at personalet handler professionelt og ved, hvad de skal gøre, og at effektiv resurseudnyttelse medtænkes i tilrettelæggelsen af patientforløb. God kvalitet er også, at der ikke sker skader på patienten, og at der er helhed og sammenhæng i det forløb, som patienten gennemgår. Endelig er et godt sundhedsvæsen kendetegnet ved, at patienterne i høj grad er tilfredse med det forløb, de har været igennem i forbindelse med deres behandling.

I beretningen bliver der skelnet mellem følgende typer kvalitet:

- **den kliniske kvalitet**, dvs. det, der omhandler behandling af sygdomme, medicinering og pleje af patienten
- **den patientrettede kvalitet**, dvs. den kvalitet, som patienten oplever i mødet med sygehusene og afdelingerne, og som har særligt fokus på patientens sikkerhed
- **den organisatoriske kvalitet**, dvs. det, der vedrører organisering af arbejdet, retningslinjer for arbejdet mv.

Ansvar for kvalitet

6. Det fremgår af sundhedsloven (lovbekendtgørelse nr. 913 af 13. juli 2010 med senere ændringer), at Sundhedsministeriet er den øverste myndighed i sundhedsvæsenet. Regionerne ejer sygehusene og har ansvaret for drift og for at sikre kvaliteten i behandlingen af den enkelte patient på sygehusene. Regionerne skal endvidere i samspil med de statslige myndigheder og i dialog med brugerne sikre en stadig udvikling af kvaliteten og en effektiv resurseudnyttelse i sundhedsvæsenet gennem forskning, uddannelse, planlægning, samarbejde mv. Ligeledes fremgår det, at ministeriet, regionerne og kommunerne i samarbejde fastlægger en fælles ramme for kvalitetsudviklingen i det danske sundhedsvæsen.

Sygehusene er generelt organiseret i tre ledelsesniveauer: Sygehusledelse, afdelingsledelse og afsnitsledelse. Afdelinger kan være organiseret så de rummer op til flere specialer, fx medicinske afdelinger, eller så de kun rummer ét speciale, fx en neurologisk afdeling.

Sundhedsstyrelsens rolle er bl.a. at medvirke til at skabe sikkerhed og høj kvalitet i sundhedsvæsenet. Rollen udfyldes gennem en række aktiviteter: autorisation, tilsyn med sundhedspersoner, overvågning og evaluering af sundhedsvæsenet samt opstilling af generelle krav til sikkerhed og kvalitet.

Økonomi

7. Arbejdet med at sikre og udvikle kvaliteten af sundhedsydelse er integreret i driften af sygehusvæsenet. Det er dermed vanskeligt at sætte et præcist tal på, hvad arbejdet med at sikre og udvikle kvaliteten på sygehusene koster. Finansloven, økonomiaftalerne mellem regeringen og regionerne og de enkelte regioners budgetter indeholder bevillinger til enkelte indsatser på kvalitetsområdet. Bevillingerne dækker dog ikke omkostninger til drift af indsatserne ude på afdelingerne, som generelt bliver afholdt inden for sygehusets almindelige driftsramme.

A. Formål, metode og afgrænsning

8. Med udgangspunkt i ovenstående rammer har Rigsrevisionen kortlagt de landsdækkende kvalitetsindsatser og undersøgt, om de landsdækkende kvalitetsindsatser er med til at sikre og udvikle kvaliteten på sygehusene. Det har Rigsrevisionen undersøgt ved at besvare følgende spørgsmål:

- Er der sammenhæng mellem de landsdækkende kvalitetsindsatser og sygehusafdelingernes arbejde med at sikre og udvikle kvaliteten?
- Understøtter de landsdækkende kvalitetsindsatser sygehusafdelingernes arbejde med at sikre og udvikle kvaliteten?
- Følger Sundhedsministeriet og regionerne op på, om de landsdækkende kvalitetsindsatser bidrager til at sikre og udvikle kvaliteten?

9. Beretningen er opbygget, så kortlægningen af indsatserne fremgår af kap. III sammen med en beskrivelse af regionernes rolle i at sikre og udvikle kvaliteten på sygehusene. Herefter følger i kap. IV undersøgelsen af sygehusafdelingernes arbejde med at sikre og udvikle kvaliteten. I kap. V undersøges Sundhedsministeriets og regionernes opfølgning på såvel landsdækkende som udvalgte regionale kvalitetsindsatser.

Medicinsk og neurologisk afdeling

Der er stor forskel på organiseringen af afdelingerne på sygehusene. Medicinske afdelinger er ofte store afdelinger, der omfatter flere medicinske specialer. Neurologiske afdelinger er mindre afdelinger, der udelukkende beskæftiger sig med det neurologiske speciale.

Metode

10. Kortlægning af kvalitetsindsatser er baseret på oplysninger fra Sundhedsministeriet, Sundhedsstyrelsen, Patientombuddet, Lægemiddelstyrelsen, Danske Regioner og de enkelte regioner. Der er anvendt spørgeskemaer ved indhentning af oplysninger. De enkelte sygehusafdelinger, som indgår i undersøgelsen, har endvidere oplyst, hvilke kvalitetsindsatser de har arbejdet med i perioden. Rigsrevisionen har gennemgået dokumentation fra Sundhedsministeriet, Danske Regioner, de enkelte regioner, 5 sygehuse og 10 afdelinger. Det er skriftlige dokumenter, som omhandler arbejdet med at sikre og udvikle kvalitet. Det er fx regionernes kvalitetsstrategier, sygehusenes kvalitetspolitikker, kontrakter mellem sygehuse og afdelinger, notater om opbygning af kvalitetsorganisationer, notater om de forskellige indsatser og evalueringer.

Rigsrevisionen har gennemført interviews på ét sygehus i hver region. På hvert af disse sygehuse er der gennemført interviews med sygehusledelsen og 2 afdelingsledelser. Der indgår i alt 5 medicinske (heraf 2 neurologiske) afdelinger og 5 kirurgiske afdelinger.

Der er desuden gennemført 9 gruppeinterviews med sundhedspersonale (læger, sygeplejersker, lægesekretærer og terapeuter) på afdelingerne. Interviewene blev optaget og efterfølgende skrevet ud. Derefter er et tekstanalyseprogram blevet anvendt til at kode interviewene i de kategorier, som er nævnt i kap. IV om sygehusafdelingernes arbejde med at sikre og udvikle kvaliteten. Denne metode er særlig god til analyse af kvalitative interviews.

11. Ikke alle sygehuse i undersøgelsen havde gennemgået akkreditering ved Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM) på undersøgelsestidspunktet. De afdelinger, som endnu ikke var akkrediteret ved DDKM, var enten i gang med at implementere modellen eller ved at implementere en anden akkrediteringsmodel. I afrapporteringen af udsagn fra interviewene skelnes der ikke mellem, hvilken model personalet refererede til. Det skyldes, at de temaer og de udfordringer, der blev fremhævet, ikke adskilte sig i forhold til, om personalet arbejdede med den ene eller den anden model.

12. Rigsrevisionen har valgt at fokusere på personalets oplevelse af arbejdet med at sikre og udvikle kvaliteten på afdelingerne. Denne vinkel er valgt, fordi det er personalet, som skal omsætte kvalitetsindsatserne og de regionale strategier til aktivitet og kvalitet i mødet med patienterne. Derfor er personalets deltagelse afgørende for resultatet af indsatsen. Det valgte fokus giver dog ikke mulighed for at vurdere nytten af en indsats, rimeligheden i prioriteringer, det faglige grundlag for en indsats mv.

13. Rigsrevisionen har anvendt spørgeskemaer til at indhente oplysninger om de landsdækkende kvalitetsindsatser fra Sundhedsministeriet og Danske Regioner og oplysninger om de regionale indsatser fra regionerne. Rigsrevisionens undersøgelse er baseret på 17 landsdækkende og 14 regionale kvalitetsindsatser.

Regionerne har selv valgt, hvilke regionale indsatser der skulle indgå, men blev opfordret til at vælge de indsatser, der giver de bedste eksempler på, hvordan regionerne arbejder med opfølgning. Undersøgelsen viser således, hvordan der arbejdes med *udvalgte* indsatser, men ikke hvordan regionerne arbejder med at følge op på *alle* deres kvalitetsindsatser.

Undersøgelsen af Sundhedsministeriets og regionernes opfølgning på kvalitetsindsatserne omfatter ikke en vurdering af den metode, som er anvendt i opfølgningen, eller af de resultater, opfølgningen har vist. Ligesom det heller ikke er vurderet, om der er blevet handlet på resultaterne, og om et eventuelt estimat af omkostningerne er solidt funderet.

Ved akkreditering vurderer et anerkendt og uafhængigt organ, om en aktivitet, ydelse eller organisation lever op til et sæt fælles standarder.

Afgrænsning

14. Undersøgelsen beskæftiger sig udelukkende med kvalitetsindsatser i det offentlige sygehusvæsen. Dvs. at private sygehuse og klinikker, almen praksis, kommunerne mv. ikke er inkluderet i undersøgelsen. Derudover er der en række områder, som undersøgelsen er afgrænset i forhold til. Det drejer sig om:

- DRG-systemet og kodekvalitet (behandlet i Statsrevisorernes beretning nr. 11/2010)
- kræftområdet (behandlet i Statsrevisorernes beretning nr. 5/2011)
- elektroniske patientjournaler og relaterede indsatser (behandlet i Statsrevisorernes beretning nr. 4/2010)
- sygehusbyggeri og investeringer i byggeri (behandlet i Statsrevisorernes beretning nr. 3/2011)
- klinisk forskning.

Kortlægningen af kvalitetsindsatser er tidsmæssigt afgrænset til igangværende indsatser i 1. halvår 2011.

15. Beretningen har i udkast været forelagt Sundhedsministeriet og regionerne, hvis bemærkninger i videst muligt omfang er indarbejdet.

16. Bilag 1 indeholder en oversigt over de landsdækkende og regionale kvalitetsindsatser, som indgår i undersøgelsen. Bilag 2 indeholder en ordliste, der forklarer udvalgte ord og begreber.

III. Landsdækkende kvalitetsindsatser

Rigsrevisionen har identificeret 17 landsdækkende indsatser, hvor Den Danske Kvalitetsmodel er den mest omfattende. Regionerne gennemfører desuden i et vist omfang regionale indsatser. Det kan konstateres, at kvalitetsindsatserne gennemføres på sygehusafdelingerne i form af aktiviteter, der skal bidrage til udvikling og sikring af kvaliteten.

Sundhedsstyrelsen og regionerne har de seneste år skabt bedre sammenhæng mellem de kvalitetsindsatser, der er iværksat. Den samlede mængde af indsatser er dog betydelig, og arbejdet med at integrere indsatserne bør derfor fortsættes.

17. Rigsrevisionens kortlægning af de landsdækkende kvalitetsindsatser har vist følgende:

- Undersøgelsen har identificeret 17 landsdækkende kvalitetsindsatser, hvor Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM) er den mest omfattende. Kvalitetsindsatserne indgår i et komplekst samspil, der på hver deres måde bidrager til, at patienterne får en behandling af højere kvalitet. Forskning, uddannelse og organisering af arbejdet påvirker også kvaliteten, men indgår ikke i denne undersøgelse som kvalitetsindsatser.
- De landsdækkende kvalitetsindsatser er hovedsagligt igangsat inden for de seneste 15 år.
- Med enkelte undtagelser har de landsdækkende indsatser direkte konsekvens for arbejdet på afdelingerne på sygehusene. Det er enten i form af krav til dokumentation, krav til arbejdsgange eller krav om, at afdelingerne selv skal igangsætte aktiviteter, fx på baggrund af resultater fra de landsdækkende indsatser.
- Regionernes kvalitetsstrategier beskriver, hvordan regionernes mål på kvalitetsområdet er koblet til de landsdækkende indsatser. Strategien videreføres til sygehusene, hvor målene er med til at sætte rammerne for de aktiviteter, der iværksættes. Denne struktur er med til at sikre sammenhæng, så de aktiviteter, der igangsættes på afdelingerne, er koblet til kvalitetsmålene i regionerne og de landsdækkende indsatser.
- Undersøgelsen indikerer, at der kun i mindre grad igangsættes lokale kvalitetsindsatser. Afdelingerne i undersøgelsen påpeger generelt, at arbejdet med akkreditering har betydning, at der i en periode ikke har været resurser til lokale indsatser.

A. Kortlægning af de landsdækkende kvalitetsindsatser

18. Undersøgelsen har vist, at de landsdækkende kvalitetsindsatser hovedsagligt er igangsat inden for de seneste 15 år. De første indsatser havde fokus på den kliniske kvalitet. Siden er der igangsat indsatser omkring den patientrettede kvalitet og den organisatoriske kvalitet.

a. Klinisk, patientrettet og organisatorisk kvalitet

19. 2 af de landsdækkende kvalitetsindsatser vedrører alle 3 områder af kvalitet: klinisk, patientrettet og organisatorisk kvalitet.

Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM)

20. DDKM er en akkrediteringsmodel, som alle danske sygehuse – og med tiden hele sundhedsvæsenet – skal godkendes efter. Det fremgår af sundhedsloven, at DDKM er en fælles ramme for kvalitetsudvikling i det danske sundhedsvæsen, som Sundhedsministeriet, regionsrådene og kommunalbestyrelserne besluttede i fællesskab. Modellen er tværgående og specielt udviklet til det danske sundhedsvæsen. Der er også udviklet versioner af DDKM for apoteker, kommunale sundhedsydelse og det præhospitale område. Det forventes endvidere, at der udrulles standarder for alment praktiserende læger fra 1. januar 2013.

21. DDKM er den overordnede fællesnævner for en stor del af de kvalitetsindsatser, som Sundhedsministeriet og regionerne forvalter. Formålet er, at den som et nationalt og tværgående kvalitetsudviklingsystem skal medvirke til:

- en kontinuerlig forbedring af kvaliteten i sundhedsvæsenet
- ensartet høj kvalitet i alle sundhedsydelse
- sammenhæng i patientforløb
- gennemsigtighed og synlighed af kvaliteten i sundhedsvæsenet.

22. Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet blev etableret i 2005 for at varetage udvikling og drift af modellen. DDKM bygger på data, viden og lovgivning fra myndigheder og en lang række kvalitetsudviklings- og kvalitetssikringsprojekter.

23. Første version af DDKM var klar til sygehusene i august 2009. Som det fremgår af tabel 1, forventes alle offentlige sygehuse i Danmark at gennemgå akkreditering i perioden september 2010 - juni 2012.

Tabel 1. Plan for akkreditering i regionerne

Region	Periode
Nordjylland	September-december 2010
Midtjylland	Marts-juni 2011
Sjælland	Juni-juli 2011
Syddanmark	September-december 2011
Hovedstaden	Januar-juni 2012

Tabel 1 viser, at Region Hovedstaden mangler at blive akkrediteret efter DDKM. Det vil foregå i januar-juni 2012. Apotekerne har gennemgået akkreditering, mens kommuner og det præhospitale område endnu ikke har gennemgået en akkrediteringsproces.

Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet er en selvejende institution med bestyrelsesrepræsentanter fra Sundhedsministeriet, Sundhedsstyrelsen, Danske Regioner, KL, Dansk Erhverv og Apotekerforeningen.

Det præhospitale område dækker den behandling, en patient undergår før ankomsten til skadestuen/ akutmodtagelsen på sygehuset.

24. Modellen, som sygehusene skal akkrediteres efter, indeholder 104 standarder, som sygehusene skal leve op til. Standarder er mål for kvalitet, der danner grundlag for vurdering og evaluering af en ydelses kvalitet. Standarderne bygger i høj grad på eksisterende lovkrav og krav i fx Sundhedsstyrelsens vejledninger. Standarderne er opdelt i organisatoriske standarder, i generelle standarder for patientforløb og i en række sygdomsspecifikke standarder. For hver standard er der opstillet 2 eller flere indikatorer for at måle, om standarden er opfyldt, jf. boks 2, der beskriver et eksempel på en hygiejnestandard i DDKM.

BOKS 2. EKSEMPEL PÅ EN HYGIEJNESTANDARD I DEN DANSKE KVALITETSMODEL (DDKM)

Standarden beskriver:

- at der skal foreligge skriftlige retningslinjer for håndhygiejne (indikator 1: retningsgivende dokumenter)
- at retningslinjerne skal være implementeret og anvendt af ledere og medarbejdere (indikator 2: implementering)
- at det skal overvåges, om reglerne for håndhygiejne bliver overholdt (indikator 3 og 4: overvågning)
- at der skal følges op ved at igangsætte tiltag for kvalitetsforbedringer (indikator 5: kvalitetsforbedring).

I standarden indgår flere indikatorer, der anvendes for at måle, om standarden er opfyldt. Standarden er først opfyldt, når alle indikatorer er opfyldt. Alle standarder er bygget op efter samme princip om, at der er én til flere indikatorer, der handler om henholdsvis retningsgivende dokumenter, implementering, overvågning og kvalitetsforbedring.

25. Interviewene har vist, at DDKM har haft store konsekvenser for personalets hverdag. Alle afdelinger har været involveret i at udarbejde vejledninger og instrukser, der vedrører de specifikke sygdomsområder, som de arbejder med. Derudover har afdelingerne været involveret i – i samarbejde med relevante afdelinger – at udarbejde tværgående retningslinjer og instrukser. Generelt involverer gennemgang og justering af en enkelt retningslinje, at der nedsættes en arbejdsgruppe, hvor repræsentanter fra relevante faggrupper og afsnit indgår. De fleste steder udpeges der en tovholder for hvert dokument, som skal udarbejdes. Tovholderen er generelt ansvarlig for processen omkring udarbejdelsen, herunder at sikre, at relevante faggrupper høres, og ansvarlig for, at alle på afdelingen får kendskab til dokumentet, når det er udarbejdet. Alle på afdelingerne skal kende de retningslinjer, som er relevante for afdelingen. Dvs. både dem, der retter sig specifikt til behandlingen af afdelingens patienter, og instrukser vedrørende koordinering og kontinuitet i forløb, aftaler om samarbejde med primærsektoren mv.

Sundhedsstyrelsens registre

26. Sundhedsstyrelsen har ansvaret for drift og udvikling af registrene, som indeholder oplysninger om befolkningens sundhed, sygelighed og dødelighed. Registerne er generelt opstået som et resultat af en faglig og/eller politisk efterspørgsel efter dokumentation på bestemte områder, og registrene finder i dag bred anvendelse på hele sundhedsområdet inden for overvågning, planlægning, økonomisk afregning, forskning, statistik mv. Det er ikke registrene primære formål at sikre og udvikle kvaliteten på sygehusene, men de bidrager med dokumentation til kvalitetsudvikling og -sikring.

En del af Sundhedsstyrelsens registre anvender data fra andre registre, fx fra Landspatientregisteret. Nogle registre kræver, at lægen, der har udført behandlingen, selv skal indberette data til registret, fx Dødsårsagsregisteret, mens data til andre registre kan indberettes af en lægesekretær.

Sundhedsstyrelsens registre er fx Diabetesregisteret, Fødselsregisteret, Abortregisteret og Register over anvendelse af tvang i psykiatrien.

Landspatientregisteret

Hver gang en person har været i kontakt med det danske sygehusvæsen – fx i forbindelse med undersøgelse eller behandling – registreres en række oplysninger i Landspatientregisteret, herunder:

- sygehus og afdeling
- indlæggelses- og udskrivningsdato
- eventuelle diagnoser
- eventuelle operationer
- bopælskommune.

Registeret blev oprettet i 1977.

b. Indsatser med fokus på det kliniske

Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram

27. Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram blev etableret i 2011, hvor knap 60 landsdækkende kliniske kvalitetsdatabaser, herunder databaser under Det Nationale Indikatorprojekt (NIP) og kliniske databaser vedrørende kræft, blev samlet under en fælles ledelse. Før etableringen blev databaserne drevet af 3 forskellige kompetencecentre, hvilket betød, at der var forskel mellem databaserne i forhold til afrapporteringsform, hyppighed mv. Et af formålene med Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram er at udligne disse forskelle. Et andet er at styrke det ledelsesmæssige samarbejde mellem de regionale institutioner, der understøtter kliniske databaser, bl.a. ved teknisk støtte til kliniske databaser, regioner og myndigheder, så alle får mere ud af databasernes resultater. Endelig skal udviklingsprogrammet levere sygdomsspecifikke data på højt niveau som grundlag for regionernes og sygehusenes kvalitetsarbejde og den fortsatte udvikling af patientforløb.

Ændringerne, som regionerne forventer, at omstruktureringen vil medføre, var ikke slået igennem på sygehusene, da Rigsrevisionens undersøgelse blev gennemført. Derfor refereres der til de kliniske kvalitetsdatabaser og NIP-databaserne i beretningen i stedet for til Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram.

Landsdækkende kliniske kvalitetsdatabaser

28. De landsdækkende kliniske kvalitetsdatabaser er oprindeligt udviklet af de kliniske selskaber og er generelt designet til at give afdelingerne feedback til brug for intern faglig udvikling. Afdelingerne har indberetningspligt til de databaser, der vedrører deres specialer.

29. Databaserne skal godkendes af Sundhedsstyrelsen, og for at få del i puljemidler til finansiering af databaserne skal de leve op til en række basiskrav, bl.a. krav til datakomplethed og til, at der skal udgives en årsrapport. En rapport fra Sundhedsministeriet fra maj 2011 viser, at der er en række problemer i forhold til datakomplethed mv. i de kliniske databaser. Rapporten indeholder en række målsætninger for udvikling af databaser. Målsætningerne handler bl.a. om prioriteret udvikling af databaser, bedre datakvalitet i databaserne og bedre anvendelse af data og resultater.

30. Afdelingerne i undersøgelsen indberetter til én eller flere kliniske databaser. Det er lægen, der skal indberette data til nogle af databaserne, mens en lægesekretær kan indberette til andre. Resultaterne fra de kliniske databaser henvender sig primært til den specialeansvarlige overlæge, som anvender resultaterne fra databaserne i udviklingen af det kliniske arbejde, mens afdelingsledelsen i mindre grad har fokus på databaserne.

Det Nationale Indikatorprojekt (NIP)

31. NIP blev nedlagt ved udgangen af 2011, og NIP-databaserne skal fremover være en del af Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram på lige fod med de andre landsdækkende kliniske databaser.

32. NIP er designet til både at give feedback med henblik på intern faglig udvikling på afdelingerne og at give ledelsesinformation. Derudover er formålet at udvikle, afprøve og implementere indikatorer og standarder til at vurdere kvaliteten af den sundhedsfaglige kvalitet på udvalgte områder/sygdomme. Boks 3 viser et eksempel på en NIP-standard.

BOKS 3. EKSEMPEL PÅ NIP-STANDARD

NIP – akut mave-tarm-kirurgi: Mindst 85 % af patienter med akut blødning i maven skal have foretaget en kikkertundersøgelse af mavesækken inden for 24 timer fra indlæggelsestidspunktet eller fra det tidspunkt, hvor en blødning opstår hos en allerede indlagt patient.

Kliniske selskaber er foreninger, hvor medlemmerne (speciallæger) er orienteret omkring et lægeligt speciale, fx Dansk Kirurgisk Selskab og Dansk Neurologisk Selskab. Formålet med selskaberne er at fremme udviklingen inden for specialet, fx forskning, uddannelse og udvikling af kliniske retningslinjer.

Eksempler på kvalitetsdatabaser

- Dansk Register for Børne- og Ungdomsdiabetes
- Database for kronisk nyresvigt
- Den Ortopædiske Fællesdatabase
- Dansk Diabetes Database
- Dansk database for fedmekirurgi.

Sygdomsområder i NIP

Der er oprettet standarder for behandlingen af akut mave-tarm-kirurgi, apopleksi, diabetes, hjerteinsufficiens, hoftenære frakturer, kronisk obstruktiv lungelidelse, lungekræft, skizofreni, fødsler og depression.

I DDKM skelnes mellem sygdomsspecifikke standarder, organisatoriske standarder og generelle standarder for patientforløb.

Sygdomsspecifikke standarder er baseret på indikatorer, der relaterer sig til enten struktur, proces eller resultat inden for et konkret sygdomsområde. Data for disse indikatorer kan derfor anvendes til at overvåge og vurdere den sundhedsfaglige kvalitet af behandlingen af den pågældende sygdom.

33. De sygdomsspecifikke standarder i DDKM bygger bl.a. på NIP-standarderne. Afdelingerne, som indrapporterer til NIP, modtager løbende igennem året rapporter med resultater med forskellige kadencer, afhængigt af hvilket sygdomsområde det drejer sig om. Desuden får de en samlet rapport én gang årligt, hvor resultater fra alle sygehuse er tilgængelige. Det er herefter hensigten, at afdelingsledelsen vurderer, om resultaterne er tilfredsstillende, dvs. om udviklingen går den rette vej, eller om der er behov for at iværksætte handleplaner, der skal sikre, at NIP-standarderne bliver overholdt.

34. Flere faggrupper er involveret i arbejdet med NIP. Generelt er det en læge, der har det faglige ansvar for indberetning og opfølgning på de indberettede data, mens en lægesekretær i praksis står for indberetningen. Alle afdelingerne i undersøgelsen indberetter til mindst én NIP-database.

Bivirkningsindberetning

35. Lægemiddelstyrelsen har ansvaret for en database, som har til formål at indhente og fremstille data til grundlag for vurderingen af sikkerheden ved den medicin, der er på markedet, gennem overvågning af uventede og alvorlige bivirkninger. Lægerne har pligt til at indberette alle alvorlige bivirkninger til databasen. Det er også muligt for patienter og pårørende at indberette til databasen.

Undersøgelsen har vist, at det er tidkrævende for afdelingerne at indberette data om bivirkninger.

Kirurgiprojektet

36. Sundhedsstyrelsen har ansvaret for kirurgiprojektet. Formålet med projektet er at få overblik over den kirurgiske behandlingskvalitet og at generere ny viden, som kan danne grundlag for udvikling af den kirurgiske behandling. Gennem opgørelser og analyser af data fra bl.a. Landspatientregisteret identificeres indsatsområder til kvalitetsforbedring. Analyserne tager fx afsæt i sammenligninger af behandlingsprocedurer og -steder og årligt antal udførte operationer. Dette sættes i forhold til resultater efter operationer, fx andelen af patienter, der overlever. Opgørelserne har ført til anbefalinger af tiltag til kvalitetsforbedring i behandlingen.

Tilsyn

37. Sundhedsstyrelsen er forpligtet til at føre tilsyn med, at behandling i sundhedsvæsenet udføres patientsikkerhedsmæssigt forsvarligt af såvel den enkelte sundhedsfaglige person som af behandlingsinstitutionerne (fx sygehuse eller speciallægepraksis). Heri ligger, at styrelsen skal følge sundhedsforholdene og holde sig orienteret om udviklingen i den faglige viden på sundhedsområdet. Tilsynet er primært reaktivt. Det betyder, at Sundhedsstyrelsen reagerer på viden, når denne bliver gjort opmærksom på, at der er problemer på et område. Styrelsen kan komme på anmeldt eller uanmeldt besøg på de institutioner eller sygehusafdelinger, hvor der er mistanke om problemer.

Lægemiddelstyrelsens inspektioner

38. Formålet med Lægemiddelstyrelsens inspektioner på sygehusene er at kontrollere, om reglerne på et givent område er overholdt. Det gælder fx kontrol af, om reglerne for blodbankvirksomhed er overholdt gennem inspektioner af blodbanker. Lægemiddelstyrelsen kan komme på anmeldt eller uanmeldt kontrolbesøg.

Sundhedsstyrelsens vejledninger

39. Formålet med Sundhedsstyrelsens vejledninger er at beskrive, hvordan autoriserede sundhedspersoner skal udvise den omhu og samvittighedsfuldhed, som er pålagt dem i § 17 i lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed (LBK nr. 877 af 4. august 2011). Sundhedsstyrelsen har bl.a. udarbejdet en vejledning om udskrivningsbrev (epikriser) ved udskrivelse fra sygehuse og en vejledning om håndtering af fx blodprøver og skanningsresultater.

40. Læger og sygeplejersker skal kende og forholde sig til de vejledninger, der vedrører deres områder. Vejledningerne er ikke bindende, men beskriver bedste praksis på et område. Lægerne har mulighed for at fravige en given vejledning, men fordi de beskriver bedste praksis, skal lægen anføre årsagen til en konkret afvigelse i journalen.

c. Indsatser med fokus på patienten

Den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser (LUP)

41. Formålet med LUP er:

- at give input til at arbejde med forbedring af kvaliteten på landets sygehuse
- at identificere og sammenligne forskelle i patienternes oplevelser inden for udvalgte temaer
- at kunne følge udviklingen i patienternes oplevelser og vurderinger systematisk over tid.

LUP er organiseret under en fælles regional styregruppe med repræsentanter fra Sundhedsministeriet og Sundhedsstyrelsen. Det er regionerne, der står for driften af undersøgelserne. Den første LUP blev gennemført i 2000 og er siden 2009 gennemført én gang årligt for både ambulante og indlagte patienter. Flere af spørgsmålene i LUP indgår som indikatorer i DDKM. Desuden indeholder undersøgelsen spørgsmål vedrørende kontaktpersonordningen, som anvendes i forhold til opfølgning på ordningen. Der sendes spørgeskemaer i oktober-december til patienter, som har været indlagt eller indkaldt til et ambulante besøg inden for perioden august-oktober. Afdelingerne modtager resultaterne i maj det følgende år.

42. LUP består af 2 dele: én del med fælles nationale spørgsmål og én del med regionale spørgsmål. Formålet med den regionale del af undersøgelsen er at give regionerne mulighed for at få tilbagemeldinger fra patienter vedrørende oplevelser og vurderinger af temaer, som der fokuseres særligt på i den pågældende region. Flere regioner har fx valgt at give patienterne mulighed for at uddybe deres svar under flere spørgsmål, end det er muligt med den nationale del af undersøgelsen.

43. På afdelingsniveau starter arbejdet med LUP, når afdelingerne modtager undersøgelsesresultaterne og skal udvælge fokusområder, som de vil arbejde videre med. Fx har en afdeling valgt at fokusere på at minimere ventetid ved modtagelse af patienterne og på at forbedre den mundtlige og skriftlige kommunikation. Processen omkring valg af fokusområder opleveres som resursekrævende på afdelingerne, fordi det kan være vanskeligt at læse ud af resultaterne, hvilke problemer der konkret kan arbejdes med. Det skyldes, at spørgsmålene i den landsdækkende del er meget generelle. Flere afdelinger har suppleret LUP-undersøgelsen med lokale undersøgelser med det formål at konkretisere de problemer, der er peget på i den landsdækkende undersøgelse.

Lokal dialog om klager

44. Formålet med regionernes indsats "lokal dialog om klager" er at medvirke til en øget lokal læring af patienternes klager gennem dialog mellem patienten og den institution, som klagen er rettet mod. Derudover er det forventningen, at dialogen vil give mulighed for at få spørgsmål, der måtte bero på misforståelser, afklaret. Det er regionens ansvar at sikre, at sygehusene tilbyder dialog, som loven foreskriver (lov nr. 706 af 25. juni 2010).

45. Klager fra patienter vedrørende en sundhedsydelse sendes til Patientombuddet under Sundhedsministeriet. Herefter bliver patienten tilbudt en dialog med sygehuset. Efter den lokale dialog skal patienten tage stilling til, om denne vil opretholde klagen ved at få den afprøvet ved Patientombuddet.

Regionerne arbejder med at uddrage tværgående læring af klagerne og dermed forebygge utilsigtede hændelser. Dette sker både i de enkelte regioner og i samarbejde med Patientombuddet.

Eksempler på spørgsmål fra LUP-undersøgelsen er:

"Hvordan vurderer du, at din overflytning mellem forskellige afdelinger var tilrettelagt?" og "Hvordan vurderer du alt i alt den mundtlige information, du fik, mens du var indlagt?"

De 2 spørgsmål er begge stillet nationalt. Størstedelen af de nationale spørgsmål er identiske med indikatorerne for den patientoplevede kvalitet i standarderne i DDKM.

Patientombuddet er en institution under Sundhedsministeriet. Patientombuddet fungerer som én samlet indgang for patienter, der ønsker at klage over den faglige behandling i det danske sundhedsvæsen. Patientombuddet har desuden ansvaret for:

- den centrale administration af rapporteringssystemet for utilsigtede hændelser
- at bidrage til, at viden om utilsigtede hændelser og viden fra indkomne klager benyttes forebyggende
- at vejlede om rettigheder til sygehjælp i udlandet efter dansk lov.

Sundhedskvalitet.dk

46. Det primære formål med sundhedskvalitet.dk er at understøtte det frie sygehusvalg og fremme patientens inddragelse i eget forløb. Sundhedskvalitet.dk er et informationssystem, der samler og gengiver allerede offentliggjorte data om aktivitet, service og kvalitet på sygehusene.

47. Sundhedsstyrelsen står for driften af hjemmesiden, som ud over ovennævnte data også indeholder en karaktergivning af sygehusene, der primært er baseret på allerede eksisterende og offentliggjorte data fra fx NIP og LUP og på enkelte tal, som indhentes specifikt til denne undersøgelse. Fx anvendes antallet af håndvaske og håndspritdispensere som udtryk for håndhygiejnen på sygehuset.

48. Sundhedskvalitet.dk har kun få direkte konsekvenser for personalet på sygehusene, da den ikke betyder flere eller andre arbejdsopgaver. Indsatsen har primært betydning for personalet, når "sygehuskaraktererne" (stjernerne) offentliggøres, idet fremgang generelt udløser glæde blandt personalet, mens tilbagegang og dårlig omtale i medierne påvirker personalets motivation og arbejdsglæde negativt. Undersøgelsen har vist, at ledelsen generelt finder det vanskeligt at forholde sig til resultatet, og at det på baggrund af én samlet karakter for hele sygehuset er vanskeligt at afgøre, hvor udfordringerne konkret ligger.

d. Indsatser med fokus på det organisatoriske

Pakkeforløb

49. Formålet med et pakkeforløb er at tilbyde et veltilrettelagt forløb, som indeholder undersøgelser og behandling af høj kvalitet, og at sikre klar information til patienten undervejs. Desuden opstiller pakkeforløbene forløbstider, som er målsætninger for sygehusene, med henblik på at sikre, at patienterne ikke oplever unødigt ventetid i forbindelse med et behandlingsforløb. Arbejdet med pakkeforløb startede i forbindelse med økonomiforhandlingerne for 2008, hvor fokus var på kræft. I dag er der 35 pakkeforløb vedrørende kræftsygdomme og 4 vedrørende hjertesygdomme.

50. Sundhedsstyrelsen har ansvaret for udarbejdelsen af indholdet i pakkeforløbene, og regionerne og sygehusene har ansvaret for implementering og drift af pakkeforløbene i praksis.

51. Pakkeforløbene beskriver rammerne for behandlingen af en særlig gruppe patienter, og sygehusene har derfor indflydelse på organiseringen omkring denne bestemte patientgruppe. Pakkeforløbene betyder dermed ændrede arbejdsgange og øgede krav om dokumentation.

Rapportering af utilsigtede hændelser

52. Formålet med rapportering af utilsigtede hændelser er ifølge sundhedslovens § 198 at modtage, registrere og analysere utilsigtede hændelser til brug for forbedring af patientsikkerheden og behandlingen samt at rapportere oplysningerne til Patientombuddet. Rapporteringerne samles i Dansk Patientsikkerhedsdatabase, som hører under Patientombuddet i Sundhedsministeriet. Rapportering af utilsigtede hændelser indgår i DDKM.

Sundhedspersonalet er forpligtet til at rapportere utilsigtede hændelser. Personalet kan vælge at være anonymt, når de indberetter, men de opfordres til at indberette med navn, så det er muligt at følge op på hændelsen og indhente flere oplysninger, hvis det er nødvendigt i den videre behandling af indberetningen. Indrapporteringen er ofte tidkrævende, fordi det tager tid at beskrive hændelsen. Det sker derfor, at hændelser ikke rapporteres på grund af mangel på tid.

Pakkeforløbene på hjerteområdet omfatter hele forløbet fra begrundet mistanke om hjertesygdom, gennem udredning, diagnose og behandling til rehabilitering. Pakkeforløbene beskriver de nødvendige undersøgelser og behandlinger, herunder fagligt begrundede forløbstider. Endvidere beskriver pakkeforløbene, hvor der undervejs i forløbet skal gives information til patienterne og de pejlemærker, der skal gøre det muligt at overvåge, om pakkeforløbene fungerer efter hensigten.

Patienter og pårørende kan også rapportere utilsigtede hændelser. Regionerne og ministeriet er forpligtede til at handle på de rapporterede utilsigtede hændelser. Patientombuddet skal sikre læring af ombuddets samlede viden fra rapporteringer om utilsigtede hændelser. Endelig er Lægemiddelstyrelsen ansvarlig for at handle på de rapporterede hændelser, der vedrører medicinområdet.

Rigsrevisionens undersøgelse viser, at opfølgningen på de rapporterede utilsigtede hændelser bliver prioriteret højt af afdelingsledelserne, og alvorlige utilsigtede hændelser medfører, at der bliver igangsat en dyberegående analyse. Generelt deltager det personale, som var involveret i den utilsigtede hændelse, i en sådan analyse. På baggrund af resultaterne af den dyberegående analyse, vil der typisk blive udarbejdet en handleplan, som beskriver tiltag for at forebygge, at hændelserne sker igen. Det kan fx være ændrede arbejdsgange.

e. Indsatser med fokus både på patienten og det kliniske

Patientsikkert Sygehus

53. Formålet med Patientsikkert Sygehus er at reducere antallet af dødsfald med 15 % og utilsigtede skader med 30 % i løbet af 3 år. Gennem fokus på 14 indsatsområder er det forventningen at reducere antallet af hjertestop og udrydde en række hospitalsinfektioner.

Patientsikkert Sygehus er et samarbejde mellem TrygFonden, Danske Regioner og Dansk Selskab for Patientsikkerhed og udføres med ekspertbistand fra USA. Projektet er under implementering på 5 sygehuse (ét i hver region) og løber i perioden 2010-2013. Derudover arbejder mange sygehuse allerede med flere af indsatsområderne, uafhængigt af Dansk Selskab for Patientsikkerhed. Erfaringerne fra implementeringen på de 5 sygehuse, som er med i projektet, skal danne grundlaget for implementeringen på de sygehuse, som endnu ikke arbejder med indsatsområderne.

54. 2 af de 5 sygehuse i undersøgelsen arbejdede med Patientsikkert Sygehus, da interviewene blev gennemført. Patientsikkert Sygehus medfører konkrete opgaver for personalet i det daglige arbejde. Det skyldes bl.a., at et af formålene med Patientsikkert Sygehus er at synliggøre lokale kvalitetsudviklingsdata. Det betyder, at personalet hyppigt skal dokumentere og indsamle data lokalt på afdelingen. Formålet hermed er at fastholde motivationen for at skabe resultater. Boks 4 viser et eksempel på en aktivitet under Patientsikkert Sygehus.

BOKS 4. EKSEMPEL PÅ AKTIVITET UNDER PATIENTSIKKERT SYGEHUS

Under indsatsområdet "kirurgi" er "Sikker Kirurgi Tjekliste", der blot er én ud af 7 aktiviteter, personalet skal gennemføre som del af Patientsikkert Sygehus ved hver operation. Tjeklisten beskriver en række procedurer før, under og efter en operation, som skal udføres og dokumenteres ved at sætte kryds i tjeklisten. Én procedure er fx, at der, lige inden operationen går i gang, tages en "time out", hvor alle teammedlemmer præsenterer sig, og teamet gennemgår forventede kritiske faser ved operationen.

Dansk Selskab for Patientsikkerhed er et uafhængigt forum, der arbejder for at fremme patientsikkerheden ved at forebygge fejl og skader og ved at udbrede viden om patientsikkerhed. Selskabet har en bestyrelse og et patientsikkerhedsråd, som består af både fagfolk, beslutningstagere og patienter.

Eksempel på indsatsområder i Patientsikkert Sygehus

Kirurgipakken har til formål at reducere infektioner efter operation. Den består af en række elementer, der beskriver god praksis før, under og efter operation.

Overvågning af hospitalsdødelighed (Hospitalsstandardiseret Mortalitätsratio)

55. Formålet med beregning af hospitalsdødeligheden er at give sygehuse et redskab til kvalitetsudvikling. Tallet angiver antallet af dødsfald på et sygehus som procent af det gennemsnitlige antal dødsfald på landsplan. I beregningen tages der højde for fx diagnoser, aldersgrupper, køn og indlæggelsesmåde. Tallene kan ikke anvendes til sammenligning af sygehuse, fordi sygehuses patientsammensætning varierer, hvilket påvirker tallene.

f. Indsatser med fokus både på patienten og det organisatoriske

Kontaktpersonordningen

56. Formålet med kontaktpersonordningen er at skabe kvalitet og tryghed for patienter og pårørende, og det er hensigten, at kontaktpersonen skal være med til at give information og sikre sammenhæng i patientforløbet. Med undtagelse af 6 diagnosegrupper, som skal have en kontaktperson allerede inden for 24 timer, skal alle patienter have en kontaktperson senest 48 timer efter indlæggelse. For ambulante patienter gælder det, at de skal have tilknyttet en kontaktperson ved mere end 2 besøg.

Kontaktpersonordningen er fastsat i sundhedslovens § 90a-90c og indgår i DDKM.

57. Undersøgelsen har vist, at det er vanskeligt at få ordningen til at fungere på afdelingerne. Det skyldes bl.a., at både læger og sygeplejersker ofte arbejder i treholdsskift, fordi der skal være døgnbemanning på afdelingerne. Det er dermed vanskeligt at sikre, at kontaktpersonen er tilgængelig for patienten alle dage under indlæggelsen. Interviewene har vist, at afdelingerne generelt bruger meget tid på at organisere ordningen på de enkelte afdelinger for at sikre mest mulig kontinuitet.

g. Indsatser med fokus på det kliniske og det organisatoriske

Specialeplanlægning

58. Formålet med specialeplanlægningen er at medvirke til at forebyggelse, diagnostik, behandling og rehabilitering sker med høj faglig kvalitet, helhed i patientforløbene og under hensyn til en effektiv resurseudnyttelse. Med specialeplanen, som gælder fra 2011, kan specialfunktioner, fx levertransplantationer eller udredning og behandling af svære tilfælde af demens, kun varetages på sygehuse, som er godkendt af Sundhedsstyrelsen til at udføre funktionen.

59. Sundhedsstyrelsen har ansvaret for specialeplanlægningen, som blev udarbejdet i samarbejde med de kliniske selskaber og regionerne i perioden 2007-2011. Reglerne fremgår af sundhedslovens §§ 207-209. Erfaringer fra bl.a. kirurgiprojektet indgik i arbejdet. Specialeplanen har betydet omstruktureringer på sygehusene. Den har medført, at nogle behandlinger er flyttet til nye afdelinger. Af den årsag har mange ansatte fået nye arbejdsområder og nye kolleger.

Sammenhæng mellem indsatserne

60. Undersøgelsen har vist, at der løbende sker en høj grad af koordinering og tilpasning, så der er sammenhæng mellem kvalitetsindsatserne. Fx bliver spørgsmål i LUP tilpasset, så målingen kan anvendes til at opfylde indikatorer i DDKM. DDKM bliver revideret, så modellen stemmer overens med anvendelse af "Sikker Kirurgi Tjekliste" i regionerne, og regionale indsatser samordnes under fællesregionale tiltag. Dette er med til at sikre, at kvalitetsarbejdet hænger sammen på tværs. Det betyder også, at det ikke altid er meningsfuldt for personalet at skelne mellem landsdækkende og regionale indsatser, fordi indsatserne for dem ikke er skarpt adskilte, men derimod hænger sammen.

Ligeledes har regionerne samarbejdet om udviklingen af retningslinjer i forbindelse med implementeringen af DDKM. På områder, hvor der findes nationale kliniske retningslinjer udarbejdet af de faglige selskaber, tager de regionale retningslinjer udgangspunkt heri.

Hoved- og specialfunktioner

I specialeplanen skelnes mellem hovedfunktioner, som omfatter ikke-komplekse og ofte forekommende sygdomme, og specialfunktioner. Specialfunktioner omfatter behandlinger, der er mere komplekse, forekommer relativt sjældent og/eller er meget resursekrævende og fx kræver samarbejde mellem flere specialer.

B. Regionernes rolle

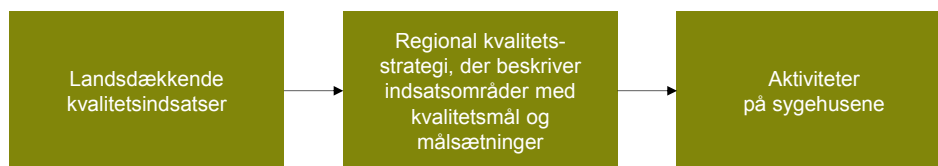
61. Regionerne er ansvarlige for driften af sygehusene og for den kvalitet, der leveres. Det er ligeledes regionernes ansvar at sikre, at der er sammenhæng mellem de landsdækkende indsatser og de aktiviteter, der foregår på afdelingerne. For at sikre dette arbejder regionerne med langsigtet planlægning, der beskriver, hvilke indsatsområder regionen vil fokusere på. For hvert indsatsområde beskrives det, hvilke resultater regionen forventer at opnå på området, jf. boks 5, hvor et eksempel på et indsatsområde og mål fremgår.

BOKS 5. EKSEMPEL PÅ INDSATSOMRÅDE OG MÅL

En region har "patientsikkerhed" som et indsatsområde. Under dette indsatsområde har regionen et mål om, at antallet af infektioner, som patienter får på hospitalet, skal nedbringes. Målsætningen er, at antallet af infektioner skal nedbringes med 50 %.

62. Sammenhængen mellem de landsdækkende indsatser, regionernes kvalitetsstrategier og aktiviteterne på sygehusene illustreres i figur 1.

Figur 1. Fra landsdækkende kvalitetsindsatser til aktiviteter på sygehusene



Som figur 1 viser, udspringer regionernes strategier af de landsdækkende kvalitetsindsatser, som igen fører til aktiviteter på sygehusene. Strategierne påvirkes også af andre forhold, herunder særlige regionale forhold og interesser, økonomi, forskning mv., hvilket ikke fremgår af figuren.

63. De regionale kvalitetsstrategier er forholdsvis ens, fordi de alle knytter sig til de landsdækkende kvalitetsindsatser, men der er enkelte forskelle.

Der er fx forskel på, hvor styrende strategien er for sygehusene og afdelingerne. Kvalitetsstrategien for én region er fx mere detaljeret i forhold til de aktiviteter, de enkelte sygehuse og afdelinger skal eller kan iværksætte i forhold til de andre regioner. I modsætning hertil er strategien for en anden region mere rammesættende. Den beskriver i højere grad, hvilke mål og målsætninger sygehusene skal leve op til, men overlader det til det enkelte sygehus at fastsætte, hvilke aktiviteter sygehuset vil arbejde med for at nå målene.

64. Undersøgelsen har vist, at der også er forskel mellem regionerne med hensyn til, hvor mange indsatsområder og hvor mange kvalitetsmål de har opstillet. Indholdet af de forskellige indsatsområder og de mål, der er i regionerne, viser dog, at der er bred enighed om, hvor udfordringerne i forhold til kvalitet ligger. Det handler fx om patientsikkerhed, patienttilfredshed, sammenhængende forløb mv. Forskellene i strategierne afspejler i højere grad, at regionerne griber opgaven forskelligt an. Flere regioner har fokus på patienten i deres kvalitetsstrategi, men kvalitetsmålene og måden, de arbejder med området, varierer. Fx arbejder Region Midtjylland på at inddrage patienterne i arbejdet med at sikre overgange mellem sundhedsaktører mv., mens Region Nordjylland fokuserer på at udvikle metoder, der direkte involverer patienter og pårørende, fx gennem lokale brugerråd og fokusgrupper.

65. Fælles for regionerne er, at de alle arbejder med indsatsområder, der dækker kvalitet med patientrettet fokus, fokus på det kliniske og fokus på det organisatoriske. DDKM er også fremtrædende i alle strategierne. Enkelte indsatsområder skiller sig dog ud og knytter sig ikke til de nationale indsatser. Eksempelvis har Region Nordjylland og Region Syddanmark "forskning i kvalitetsudvikling" som indsatsområde. Et andet eksempel er indsatser vedrørende medicinrådet, hvor Region Sjælland og Region Hovedstaden har mål for rationel lægemiddelbehandling som en del af deres kvalitetsstrategier.

Joint Commission International er en nonprofit og uafhængig international akkrediteringsorganisation, som vurderer og godkender sygehuse verden over. Modellen indeholder 320 standarder. Sygehuse i Region Hovedstaden er akkrediteret flere gange, senest i 2011.

Region Hovedstaden adskiller sig fra de andre regioner, idet regionens sygehuse skal akkrediteres efter 2 modeller. Sygehuse blev i 2011 akkrediteret efter "Joint Commission International", som er en model, der er udviklet i USA. Modellen var udbredt i det tidligere Hovedstadens Sygehusfællesskab, hvorfor nogle sygehuse i regionen har gennemgået processen tidligere. De sygehuse i regionen, som ikke var del af Hovedstadens Sygehusfællesskab, skulle dog implementere standarderne for første gang i 2011. Regionens sygehuse skal endvidere i starten af 2012 akkrediteres efter DDKM. Sygehuse skal derfor både opfylde de 320 internationale akkrediteringsstandarder og DDKM's 104 akkrediteringsstandarder.

66. Danske Regioner udgav i 2011 publikationen "Kvalitet i Sundhed", hvori de præsenterer en ny kvalitetsdagsorden. Regionerne har været med i arbejdet, som har til formål at sætte fokus på, om og hvor indsatsen nytter. De ønsker, at ambitionen i sundhedsvæsenet i højere grad skal være at behandle bedst muligt frem for at behandle mest muligt. Regionernes strategier afspejler på nuværende tidspunkt kun dette arbejde i begrænset omfang. En af de regioner, der har taget afsæt i dette arbejde, er Region Sjælland, der har igangsat et større projekt med en incitamentsmodel under temaet "Værdi for borgeren".

C. Sammenhæng mellem strategi og aktiviteter på sygehuse

67. Hvert enkelt indsatsområde og hvert kvalitetsmål i regionernes kvalitetsstrategier giver anledning til mindst én, men ofte flere aktiviteter på sygehus- og afdelingsniveau.

Respiratorbehandling

En respirator er et apparat, der kunstigt trækker vejret for en patient, der ikke selv er i stand til det.

Fx har én region en målsætning om at reducere antallet af hospitalserhvervede infektioner med 50 %. Det er de infektioner, som patienter kan få, mens de er indlagt, og som betragtes som en utilsigtet hændelse. Disse infektioner betyder bl.a. længere indlæggelser, som både er til gene for patienten, udgør en risiko i forhold til at nå det optimale behandlingsresultat og er med til at trække resurser på sygehusafdelingerne.

Målsætningen om at reducere antallet af infektioner resulterer i 6 indsatsområder på afdelingsniveau, herunder forbedring af håndhygiejne, forbedring af rengøring, forbedring af arbejdsgange omkring respiratorbehandling mv.

Hvert af disse 6 indsatsområder resulterer i en række konkrete aktiviteter på afdelingerne. Indsatsområdet omkring respiratorbehandling resulterer fx i 5 konkrete aktiviteter, herunder at personalet skal hæve patientens sengehovedgærde til en vinkel på 30-45 grader, at patientens mund skal renses 2 gange dagligt mv.

Ikke alle regionale målsætninger giver anledning til så mange aktiviteter som beskrevet ovenfor, men det er sjældent, at én målsætning kun resulterer i én aktivitet på afdelingsniveau.

68. Ud over de aktiviteter på afdelingerne, som er knyttet til de regionale målsætninger og kvalitetsstrategier, har afdelingerne enkelte indsatser, som er udsprunget af lokale forhold, jf. boks 6.

BOKS 6. EKSEMPLER PÅ LOKALE INDSATSER

Udskrivningssamtaler

Samtaler med patienten i forbindelse med udskrivelse. Formålet er at sikre, at patienten får lejlighed til at stille spørgsmål, og at afdelingen får viden om patientens oplevelse af indlæggelsen i forhold til forløb, behandling, pleje, mad, ventetid mv.

Prioriteringstrappe

Værktøj til prioritering af opgaver i forhold til, hvor travlt der er på afdelingen. Formålet er at hjælpe plejepersonalet til at prioritere, hvilke opgaver der er vigtigst, når tiden er knap, fx på grund af mange meget plejkrævende patienter.

Tavlemøder

10 minutters stående morgenmøde for personalet på et afsnit, hvor patienterne gennemgås. Formålet er at gennemgå patienternes behov for at sikre, at de dårligste patienter tilses først, og at alle patienter tilses.

69. Sundhedsstyrelsen oplyser, at det formentlig er udbredt, at hver enkelt sygehusafdeling alene, med samarbejdende afdelinger eller inden for specialet iværksætter egne kvalitetsinitiativer. Rigsrevisionens undersøgelse indikerer dog, at det ikke er udbredt i øjeblikket. Afdelingerne i undersøgelsen påpeger generelt, at arbejdet med at implementere DDKM har betydet, at der i en periode ikke har været resurser til lokale indsatser.

70. Flere regioner fremhæver, at ligesom de landsdækkende og regionale kvalitetsindsatser resulterer i lokale indsatser, sker det, at lokale indsatser spredes til flere sygehuse, til en hel region eller bliver landsdækkende. Fx er en række lokale indsatser på medicinområdet på sygehuse i Region Hovedstaden blevet til regionale indsatser på flere sygehuse. Ligeledes startede pakkeforløb og akkreditering som lokale indsatser, der siden er blevet landsdækkende og dermed spredt til alle sygehuse.

IV. Sikring og udvikling af kvalitet på afdelingerne

Undersøgelsen har vist, at de landsdækkende kvalitetsindsatser understøtter afdelingernes arbejde med at sikre og udvikle kvaliteten. Fx bidrager Den Danske Kvalitetsmodel ved at fastsætte standarder for god kvalitet i patientbehandlingen, som er med til at sikre ensartet behandling af patienterne.

Undersøgelsen har også vist, at de mange indsatser øger behovet for at prioritere arbejdet på afdelingerne. Regionerne har peget på, at øget dialog og åbenhed om prioriteringer mellem ledelse og personale kan være med til at synliggøre og håndtere eventuelle uoverensstemmelser og understøtte prioriteringerne.

Undersøgelsen viser desuden, at der er behov for at vurdere de enkelte indsatsers indhold og relevans. Bl.a. bør der være opmærksomhed på, at det ikke alene er processer og aktiviteter, der sættes standarder for, men at standarderne også bør sige noget om den enkelte ydelses kvalitet.

Endelig viser undersøgelsen, at der på nogle områder er behov for bedre it-understøttelse af kvalitetsarbejdet, herunder fx adgang til computere og trådløst netværk. Regionerne er opmærksomme på dette behov og arbejder på at forbedre it-understøttelsen generelt på sygehusene.

71. Rigsrevisionens undersøgelse af afdelingernes arbejde med at sikre og udvikle kvaliteten har vist følgende:

- De landsdækkende kvalitetsindsatser opleves generelt som relevante af personalet på afdelingerne. På den ene side opleves indsatser, der er tæt knyttet til det daglige arbejde og de daglige aktiviteter, som relevante, fordi det er let for personalet at se, at indsatserne gør en forskel. På den anden side fokuserer indsatser tæt på det daglige arbejde ofte på aktivitet og proces. Det betyder, at der i højere grad kommer fokus på, *om* en aktivitet er udført, og i mindre grad på, *hvordan* den er udført.
- Personalet oplyser, at de generelt er motiverede for at arbejde med kvalitetsindsatser, som de oplever er baseret på faglighed, og som letter arbejdsgangene. Desuden er det motiverende for personalet, når det enten er tydeligt, at indsatsen gavner patienterne, eller at forbedringer synliggøres gennem opfølgning.

- Personalet oplever den samlede mængde af indsatser og heraf følgende krav til dokumentation som en belastning i hverdagen, ligesom de oplever det vanskeligt at prioritere mellem de forskellige opgaver, de skal løse. Personalets prioritering mellem opgaver og patienter i arbejdsdagen baseres ofte på den konkrete situation og den enkelte patient, mens ledelsens prioritering i højere grad er baseret på hensyn til målsætninger, afdelingens samlede patientmasse og økonomiske overvejelser.
- Personalet oplever at mangle tilstrækkeligt med it-udstyr til at gøre det nemt at dokumentere arbejdet og rapportere kvalitetsdata til de forskellige databaser.

72. Denne del af undersøgelsen er primært baseret på interviews, som Rigsrevisionen har gennemført på de 5 sygehuse, der indgår i undersøgelsen.

A. Kvalitetsindsatsernes relevans for personalet

Kvalitetsindsatsernes relevans på afdelingerne

73. Rigsrevisionen har undersøgt, om personalet på afdelingerne oplever de landsdækkende kvalitetsindsatser som relevante, jf. boks 7.

BOKS 7. PERSONALETS OPLEVELSER AF INDSATSERNES RELEVANS

- Det, der registreres, er det, der kan måles og vejes.
- Målingerne afspejler ikke det, personalet oplever som "den rigtige" kvalitet.
- Der måles mere på proces end på resultater.
- Man kan ikke sætte standarder for omsorg.
- Jo tættere kvalitetsmålet ligger på det daglige arbejde, des mere relevant er det.

74. Et af de emner, som personalet peger på i relation til indsatsernes relevans, er, at en del af de kvalitetsmålinger og registreringer, der gennemføres i dagligdagen, i højere grad er udtryk for aktivitet end for kvalitet. Kontaktpersonordningen nævnes flere gange som et eksempel på det. Sundhedsloven beskriver, at alle indlagte patienter senest 48 timer efter indlæggelse skal have tilknyttet en sundhedsfaglig kontaktperson, jf. pkt. 56. Derfor oplever personalet et stort ledelsesfokus på, om der er sat kryds i journalen. Derimod bliver der ikke målt på, hvordan kontaktpersonen udfylder rollen og løser opgaven til gavn for patienten. Herved oplever personalet ikke, at målingerne afspejler kontaktpersonordningens "rigtige" kvalitet.

Personale og ledelse fremhæver endvidere, at kontaktpersonordningen er vanskelig at arbejde med på afdelingerne. Der er generelt opbakning til ideen om en kontaktperson, som én der koordinerer patientforløb, men det er vanskeligt at sikre kontinuitet på afdelinger med treholdsskift. Ifølge interviewene har ingen af afdelingerne på nuværende tidspunkt formået af få ordningen til at fungere godt.

75. Sundhedsministeriet oplyser, at det ifølge lovgivningen er muligt at sammensætte kontaktpersonordningen for patienterne som et team af medarbejdere, der indgår i behandlingen af den enkelte patient. Dette kan gøre det nemmere at sikre kontinuitet på afdelingerne.

Regionerne oplyser, at de fx i forbindelse med høring af ændringsforslag til sundhedsloven har gjort Sundhedsministeriet opmærksom på de u hensigtsmæssigheder, de oplever i lovgivningen, og på nogle af de udfordringer, som kontaktpersonordningen medfører på afdelingerne. Fx foreslår de, at ordningen med fordel kan omfatte udvalgte patientgrupper fremfor alle patienter. Det begrundes med, at yngre patienter eller patienter med korte forløb ofte ikke har behov for en kontaktperson, mens det generelt er mere relevant ved langvarige forløb og ved patienter med kroniske sygdomme.

76. Ifølge interviewene oplever personalet en tendens til, at der måles på det, som kan tælles og vejes, mens der i mindre grad er opmærksomhed omkring de dele af personalets arbejde, som ikke lader sig opgøre i tal og statistikker. Det gælder fx i forhold til kontaktpersonen, som beskrevet ovenfor, og det gælder den del af plejeopgaven, som handler om patienternes personlige hygiejne, om at have tid til at tale med patienter og pårørende osv. Interviewene giver et billede af, at kvalitetsmålene kun afspejler en lille del af de opgaver, der løses på en afdeling. Personalet nævner det som et problem, fordi de oplever, at ressourcerne i sundhedsvæsenet i højere grad tilføres de områder, som er gjort målbare, end de områder, som ikke er.

77. Undersøgelsen har vist, at personalet generelt oplever, at systemet med rapportering af utilsigtede hændelser er med til at sikre og udvikle kvaliteten på afdelingerne. Personalet beskriver, at systemet giver gode muligheder for at identificere specifikke problemområder, hvor det oftest er relativt simpelt at finde løsninger, som kan afprøves, fx i form af ændrede arbejdsgange. Interviewene har dog også vist, at systemet ikke giver et dækkende billede af karakteren og omfanget af eksisterende hændelser, fordi der ikke er nogen sikkerhed for, at alle hændelser rapporteres. Fx blev mangel på tid fremført i interviewene som årsag til, at ikke alle hændelser indberettes.

78. Det fremgår af interviewene, at personalet både har positive og negative oplevelser med, at nogle af de kvalitetsmålinger, der knytter sig til de landsdækkende kvalitetsindsatser, i højere grad måler på aktivitet end på resultater.

På den ene side oplever personalet, at NIP-data er meget relevante og anvendelige, fordi mange af standarderne helt konkret beskriver, hvad der skal ske med patienten, og hvor lang tid der må gå, før det sker. De er dermed tydeligt handlingsanvisende.

På den anden side viser interviewene, at mange har oplevet, at det store fokus på handlinger, der skal gennemføres, kan have uheldige konsekvenser. Fx beskriver en NIP-standard, at mindst 90 % af apopleksipatienterne skal have deres træningsbehov vurderet af en fysioterapeut senest 2. indlæggelsesdag. Det betyder ifølge interviewene, at fysioterapeuterne flere steder har sat fokus på at sikre dette. Interviewene giver dog eksempler på, at der i mindre grad er sat fokus på at sikre, at apopleksipatienterne efterfølgende faktisk får dækket deres træningsbehov. En forklaring på dette, som er fremført i interviewene, er, at det ikke er en indikator, der måles på.

79. Interviewene viser, at personalet oplever det som relevant at arbejde med patientoplevelset kvalitet, som det sker gennem LUP. Ifølge afdelingsledelserne er det dog ikke et specielt godt værktøj, hvis det anvendes som eneste redskab til at udvikle den patientoplevede kvalitet. Det skyldes, at afdelingsledelserne opfatter spørgsmålene som meget overordnede. Resultaterne fra undersøgelsen giver i mindre grad information om, hvor de konkret skal sætte ind, og resultaterne kan dermed opleves som mindre relevante. Det skyldes også, som det fremhæves, at antallet af besvarelser på afdelinger eller afsnit ofte er meget lavt. Dermed er det usikkert, om resultaterne er udtryk for et generelt problem. Alligevel anvendes LUP flere steder som en pejling på patienttilfredsheden. Såfremt afdelingerne ønsker specifik viden om patienttilfredsheden, må afdelingerne supplere med yderligere indsatser, fx møder med udvalgte patientgrupper og pårørende eller korte spørgeskemaer til patienterne i forbindelse med udskrivning fra sygehuset.

Apopleksi

Blodprop eller blødning i hjernen, hvorved blodforsyningen til et større eller mindre område i hjernen stopper. Apopleksi er den hyppigste årsag til kronisk invaliditet i Danmark. Personer på 85 år og derover har en større risiko for at få apopleksi end yngre.

Personalets motivation for at arbejde med kvalitet

80. Af interviewene fremgår det, at forskellige faktorer fremmer eller hæmmer personalets motivation for at arbejde med kvalitet, jf. boks 8.

BOKS 8. PERSONALETS OPLEVELSER AF FAKTORER MED BETYDNING FOR MOTIVATION FOR AT ARBEJDE MED KVALITET PÅ AFDELINGERNE (FAKTORERNE ER IKKE NÆVNT I PRIORITERET RÆKKEFØLGE)

Faktorer, der fremmer personalets motivation for kvalitetsarbejdet:

- faglig stolthed
- når en indsats tydeligvis gavner patienten
- når det, der måles på, afspejler kvaliteten i behandlingen eller plejen
- når en indsats medfører en forandring, og en forbedring kan dokumenteres
- standarder (fx NIP) og retningslinjer sparer tid i hverdagen
- ensartethed i tilbud mellem sygehuse
- inddragelse af personale i arbejdet med kvalitet
- indsatser baseret på evidens
- tilbagemeldinger fra patienterne.

Faktorer, der hæmmer personalets motivation for kvalitetsarbejdet:

- når det er vanskeligt at se, hvordan indsatsen gavner patienten
- når det, der måles på, ikke afspejler kvaliteten i behandlingen eller plejen
- vilkårlige og rigide tidsfrister
- for mange tjeklister og retningslinjer.

81. Personalet oplyser, at det er motiverende for dem, når patienterne er i centrum, og at det er meget væsentligt for dem, at det, der bruges tid og resurser på, skal være til gavn for patienterne.

De afdelinger, der har gennemgået akkreditering, oplyste i interviewene, at de oplever, at DDKM er med til at sikre kvaliteten. De oplever, at systematiseringen af retningslinjerne og det, at ydelserne bliver mere ensartede mellem sygehuse og afdelinger, har været med til bl.a. at sikre kvaliteten i behandlingerne. Interviewene har dog vist, at personalet generelt, mens det store arbejde med at udarbejde og implementere de nødvendige standarder stod på, har haft vanskeligt ved at se, hvordan DDKM gavner patienterne. I forbindelse med implementeringen oplyser personalet, at de har brugt mange resurser på papirarbejde i stedet for at bruge tiden på patientrelaterede opgaver.

82. Rapportering af utilsigtede hændelser fremhæves også som værende til gavn for patienterne. Flere oplyser, at de har oplevet, at der gennem rapporteringerne er kommet fokus på problemområder, som de ikke var bekendt med.

83. Interviewene viser også, at lægerne generelt oplever, at NIP er med til at øge kvaliteten af behandlingen. De oplever, at patienterne får den behandling, som der på et givent tidspunkt er bedst evidens (forskningsbaseret viden) for, når standarderne efterleves.

Ifølge interviewene påvirker det motivationen, når tekniske eller metodiske begrænsninger er årsag til, at en afdeling ikke lever op til standarderne. Et eksempel er, at systemet til rapportering af NIP-data tæller i døgn i stedet for i timer. Konsekvensen af det er, at patienter, som får en skanning inden for den tidsfrist – fx 3 timer – der er angivet i standarden, ikke opfylder standarden, hvis de 3 timer strækker sig over midnat og dermed vedrører 2 døgn.

84. Interviewene har videre vist, at det virker fremmende for personalets motivation, når en indsats medfører en forbedring, og en bedre kvalitet kan dokumenteres. I den forbindelse fremhæves NIP igen. I NIP er det muligt fra måling til måling at se, om man er blevet bedre til fx at foretage en fysioterapeutisk vurdering inden for tidsfristen. Det samme gælder for Patientsikkert Sygehus, hvor en vigtig del af indsatsen er at dokumentere fremdrift lokalt. Dagligt "offentliggøres" det fx på afsnit, hvor de arbejder med indsatsområdet "tryksår", om der har været tilfælde af tryksår det seneste døgn. På den måde bliver det synligt, om indsatsen virker.

I modsætning hertil fremhæves rapportering af utilsigtede hændelser, hvor det ikke er muligt at følge udviklingen gennem indberetningerne. Et stigende antal indberetninger kan være udtryk for, at der er kommet mere opmærksomhed på et område, og behøver ikke at have sammenhæng med problemets omfang eller stigning i omfang. Et fald i indberetninger kan være udtryk for, at problemet er mindre hyppigt, men det kan også skyldes, at der ikke længere er så meget opmærksomhed omkring denne specifikke type hændelse, og der derfor indberettes færre.

85. Undersøgelsen viser også, at det fremmer motivationen, når personalet oplever, at de indikatorer, der måles på i forbindelse med kvalitet, faktisk afspejler kvaliteten i behandlingen og plejen. I den forbindelse fremhæver plejepersonalet, at tilbagemeldinger fra patienterne fremmer motivationen for at arbejde med kvalitet. Særligt fungerer det godt, når tilbagemeldingen kommer direkte fra patienten i forbindelse med, at patienten udskrives, som det fx er tilfældet med udskrivningssamtaler.

86. Regionerne oplyser, at de er opmærksomme på konsekvenserne af kvalitetsindsatserne på afdelingerne. De henviser til, at de betragter dokumentationsopgaver som integreret i sundhedspersonalets arbejdsopgaver, men at denne opfattelse ikke altid deles af sundhedspersonalet, og derfor har regionerne en udfordring i at formidle væsentligheden af dokumentation og registrering.

Flere regioner peger på, at det er en ledelsesopgave at sikre, at alle personalegrupper får en forståelse af, hvorfor det er relevant at anvende de specifikke mål. Det bliver begrundet med, at det for nogle faggrupper kan være svært at forstå nogle mål, hvis de ikke har overblik over hele patientforløbet, og nogle faggrupper kan opleve, at det er andre faggruppers faglighed, der er tilgodeset i de opstillede mål. Der kan være faglige uenigheder inden for en faggruppe og mellem faggrupper, men her er det en ledelsesopgave at bringe uenigheder videre og afklare, hvad der er evidens for, eller hvad der overordnet kan blive enighed om, er det mest relevante mål.

Flere regioner omtaler dialogen som væsentlig, når de iværksætter indsatser efter drøftelse med eller i samarbejde med de involverede ledelser og personalet.

Endvidere oplyser regionerne, at de ligesom personalet mener, at det er væsentligt for arbejdet med at sikre og udvikle kvaliteten, at mål skal være relevante for personalet på afdelingerne. Dog oplyser regionerne, at flere af kvalitetsindsatserne er funderet i national lovgivning, og at de derfor ikke er ansvarlige for relevansen af mål og dertilhørende dokumentationskrav. Videre oplyser flere regioner, at de gerne ser, at samarbejdet mellem regionerne og Sundhedsstyrelsen omkring de landsdækkende kvalitetsindsatser styrkes.

Sundhedsministeriet oplyser, at kvalitetsindsatserne i sundhedsvæsenet skal bidrage til, at patienterne modtager en behandling og pleje af høj kvalitet. Det indebærer, at der skal være balance mellem kvalitetsindsatser, der ofte kræver en administrativ indsats fra det faglige personale, og anvendelsen af de data, der bliver registreret.

B. Administration forbundet med kvalitetsindsatser på afdelingerne

87. Administrative opgaver, herunder dokumentation og registrering, fylder meget og opleves som en belastning i arbejdsdagen for læger og sygeplejersker på de sygehuse, som Rigsrevisionen har besøgt i forbindelse med undersøgelsen. Ud over den registrering, der vedrører patientadministrative data (som ikke er del af denne undersøgelse), inkluderer de administrative opgaver fx journalføring, bestilling af prøver og registrering af kvalitetsdata.

88. Den del af dokumentationen, som vedrører kvalitet, ligger generelt tæt op ad den dokumentation, der skal foretages som almindelig dokumentation af behandling og pleje. Den del af dokumentationen, som relaterer sig direkte til kvalitetsindsatserne, er:

- registrering af NIP-data i journalen
- rapportering af data til NIP-databasen
- kontaktpersonordningen
- registrering i kliniske databaser
- registrering i forbindelse med Patientsikkert Sygehus
- eventuel rapportering af utilsigtede hændelser
- screeningerne (fx ernæringscreening).

De første 4 punkter er funderet i lovgivning, og sygehusene er derfor forpligtet til at udføre denne registrering for hver relevant patient. Personalet er ligeledes forpligtet til at rapportere utilsigtede hændelser. Personalet oplever både positive og negative konsekvenser af dokumentationskrav, jf. boks 9.

BOKS 9. PERSONALET'S OPLEVELSER AF DOKUMENTATIONSKRAV

Positive konsekvenser

- Effektivisering af dokumentationsarbejdet.
- Bedre overlevering af oplysninger til andet personale.
- Mulighed for lokal opfølgning på fremskridt.
- Kvalitetssikring virker.
- Sikring imod klagesager.

Negative konsekvenser

- Dokumentation for dokumentationens skyld.
- Den administrative del af arbejdet giver ikke patienten en bedre oplevelse.
- Meget ledelsesfokus på dokumentation.
- Tidskrævende.
- Dobbeltregistreringer.

89. En af de positive konsekvenser, som nævnes i interviewene, er, at de øgede dokumentationskrav har styrket den sundhedsfaglige dokumentation og dokumentationen af kvalitet. Fx registreres langt flere ting i dag i skemaform og ved hjælp af afkrydsning, end det var tilfældet tidligere. Ligeledes oplyser flere, at den øgede opmærksomhed på værdien af dokumentationen har betydet, at der er mere fyldestgørende oplysninger om patienten og om behandlingen tilgængelig i journalen.

90. Interviewene har vist, at personalets oplevelse af mangel på tid giver udfordringer i forbindelse med dokumentationskravene forbundet med arbejdet generelt og kvalitetsarbejdet specifikt. Derudover oplever personalet, at dele af dokumentationskravene ikke bidrager til kvaliteten af behandlingen og plejen, men nærmere opleves som "dokumentation for dokumentationens skyld". Det gælder fx screening af livstilsfaktorer, som de oplyser skal gennemføres for alle patienter uanset alder. Personalet oplyser, at de ikke har mulighed for at afkrydse "ikke relevant" ved fx småbørn, som hverken ryger eller drikker alkohol. Personalet skal angive, at de har talt om det, og om de har vejledt om livsstilsændring.

Screening er en systematiseret undersøgelse af en nærmere udvalgt befolkningsgruppe. Screeningen kan vedrøre en risikofaktor eller et tidligt stadium af en sygdom. Ved en ernæringscreening bliver den udvalgte patientgruppe på en afdeling vejet inden for 1-2 dage efter indlæggelsen, og der bliver fx spurgt til, om de har haft vægttab før indlæggelsen. Hvis patienten vurderes at være i risiko for vægttab, vil der være ekstra observation af, hvad patienten spiser, og det dokumenteres i en ernæringsjournal.

Flere regioner oplyser, at det ikke er hensigten, at personalet skal gennemføre screeninger, som beskrevet i eksemplet ovenfor, og at det må bero på en misforståelse. DDKM foreskriver ikke, at der skal screenes for livsstilsfaktorer for småbørn. Standarder i DDKM er rammesættende, og det er en opgave på regionalt niveau, sygehus- og afdelingsniveau at sikre, at standarderne implementeres.

91. Personalet oplyser i interviewene, at ledelsen generelt udviser meget stor interesse for, om registreringen og dokumentationen på afdelingerne fungerer tilfredsstillende. Det fremmer opmærksomheden på at dokumentere korrekt, men interviewene viser, at der er tendens til, at ledelsens opmærksomhed flyttes fra, om det er den korrekte behandling og pleje, der tilbydes de relevante patienter, til, om krydsene er sat i de dokumenter, hvor det er krævet.

92. Generelt viser interviewene, at det sjældent er den administration, der knytter sig til den enkelte kvalitetsindsats, men derimod summen af de administrative krav forbundet med indsatserne, der opleves som værende tung og tidskrævende. Disse krav ligger ud over den "almindelige" journalføring og registrering. Boks 10 viser eksempler på indsatser, personalet oplever som administrativt tunge.

BOKS 10. EKSEMPLER PÅ INDSATSER, PERSONALET OPLEVER SOM ADMINISTRATIVT TUNGE

DDKM

Implementeringen af modellen har været meget administrativt tung. Konsekvensen har flere steder været, at andre kvalitetsaktiviteter har været sat i bero. Et eksempel er, at LUP enkelte steder er blevet nedprioriteret. Et andet eksempel er, at 2 afdelinger har opgivet at gennemføre udskrivningssamtaler med patienter.

NIP

NIP opleves administrativt tung af meget personale, fordi behandling og pleje skal dokumenteres flere steder, dvs. både på et NIP-skema og i journalen.

Rapportering af utilsigtede hændelser

Rapportering sker elektronisk og kræver således, at personalet har adgang til en computer. Det tager tid at logge ind og at beskrive hændelsen. Det sker, at hændelser ikke rapporteres, fordi personalet ikke har tid i løbet af arbejdsdagen.

93. Regionerne oplyser, at der på flere niveauer bliver arbejdet på at sikre bedre it-understøttelse for at lette dokumentations- og registreringsopgaver, bl.a. i forbindelse med udbredelse af elektroniske patientjournaler og ved nedsættelse af særlige udvalg. Region Hovedstaden oplyser fx, at de har nedsat et regionalt journaludvalg, der skal tage stilling til dokumentation, så dobbeltregistrering undgås. Region Sjælland oplyser, at der er nedsat en styregruppe for klinisk dokumentation, der bl.a. har til formål at sikre relevansen af den dokumentation, der foretages på afdelingsniveau, forebygge dobbeltregistrering og sikre it-faciliteter.

Et vigtigt indsatsområde for regionerne er således at sikre integration mellem de forskellige systemer, så u hensigtsmæssige arbejdsgange undgås, og mulighederne for datagenbrug udnyttes optimalt. Det bliver beskrevet som en kompleks opgave, der kræver store investeringer og udvikling af nye løsninger.

a. It-udstyr og kontorfaciliteter

94. Undersøgelsen har vist, at mangel på it-udstyr og kontorfaciliteter flere steder er en udfordring i forhold til at dokumentere korrekt. Endvidere blev elektroniske patientjournaler fremhævet som væsentlige kilder til frustration. Elektroniske patientjournaler er dog ikke en del af denne undersøgelse, hvorfor disse udfordringer ikke vil blive beskrevet yderligere.

95. Interviewene har vist, at mangel på computere og kontorplads er nogle af de væsentligste udfordringer. Det er et problem i forhold til kvalitet, fordi mangel på it-udstyr kan resultere i:

- at der kan gå information tabt, når personalet kun kan dokumentere på kontoret, mens det er hos patienten informationerne skabes
- dårligere kendskab til vejledninger (retningsgivende dokumenter) og dermed dårligere efterlevelse, fordi alle vejledninger ligger elektronisk
- at personalet spilder tid, mens de venter på en ledig computer.

Enkelte af de afdelinger, som er med i undersøgelsen, arbejdede med mobile arbejdsstationer, så det var muligt at tage computere med på stuegang. På en afdeling kunne sekretærene gå med på stuegang og skrive direkte i journalen. På andre afdelinger kunne læger og sygeplejersker selv dokumentere eller slå relevante oplysninger op i de elektroniske systemer direkte på stuen. Derved reduceres risikoen for, at information går tabt. Disse tiltag er dog flere steder udfordret af, at der er utilstrækkelig dækning af det trådløse netværk og dermed ikke tilstrækkelig adgang til de programmer, som er nødvendige.

C. Den daglige prioritering mellem opgaver

96. De kvalitetsindsatser, som afdelingerne arbejder med, har indflydelse på ledelsens prioritering af arbejdet. Personalets oplevelser af prioritering på afdelingerne fremgår af boks 11.

BOKS 11. PERSONALETS OPLEVELSER AF PRIORITERING PÅ AFDELINGERNE

Eksempler på prioritering foretaget af ledelsen:

- Vurdering af "nye" patienter har højere prioritet end træning af "gamle" patienter.
- De opgaver og standarder, afdelingen bliver målt på, er de områder, der har 1. prioritet.
- Op til akkrediteringen blev indlæsning af retningslinjer og andre kvalitetsdokumenter i sygehusets dokumenthåndteringssystem prioriteret højere end at holde journalerne ajour.
- Behandling prioriteres højest.

Eksempler på prioritering foretaget af personalet:

- Patienten prioriteres frem for dokumentationsarbejdet.
- Patienten prioriteres højere end at lære nye standarder at kende.

97. I flere af interviewene fremgår det, at de opgaver, som der måles på i forbindelse med forskellige kvalitetsindsatser, er dem, der har højeste prioritet. Det skyldes ifølge interviewene, at det er disse kvalitetsparametre, som afdelingsledelsen vurderes på i forhold til sygehusledelsen, sammen med en række parametre relateret til produktion og økonomi. I modsætning hertil viser interviewene, at personalet til tider prioriterer de patientnære opgaver højere end fx dokumentationsopgaver.

98. Både i interviews med afdelingsledelser og med personale oplyses det, at afdelingsledelsen prioriterer patientbehandling højt. Samtidig prioriterer ledelsen det højt at blive akkrediteret, at leve op til NIP-standarderne, at opnå gode resultater i forhold til patienttilfredshed i LUP m.m. Personalet oplyser, at de oplever, at konsekvensen af, at alt skal prioriteres, bliver, at prioriteringen i høj grad er overladt til dem. Når prioriteringen overlades til personalet, kan det ifølge interviewene resultere i stress eller lavere arbejdsglæde. Det kan ligeledes resultere i, at prioriteringen i højere grad baseres på den konkrete situation og den enkelte patient end på hensyn til målsætninger, afdelingens samlede patientmasse og økonomiske overvejelser.

99. Regionerne peger på, at det er et alment vilkår, at ledelse og personale kan have forskelligt syn på arbejdsopgaver og prioriteringer. Regionerne opfatter personalets kritik af ledelsernes prioritering og fokus på at leve op til fastsatte mål som udtryk for, at der kan være behov for større klarhed i forhold til, hvordan der skal prioriteres.

Flere regioner arbejder med at gøre prioriteringen mere tydelig, dels gennem konkrete kvalitetsmålsætninger og handlingsplaner, dels gennem dialogbaseret ledelse og klare udmeldinger fra ledelsen.

Danske Regioner oplyser, at ledelsernes fokus i høj grad afspejler det store politiske fokus, der er på disse indsatser. Prioriteringen af politisk fastsatte opgaver og mål er en legitim ledelsesopgave. Dog opfatter Danske Regioner det som væsentligt at være opmærksom på, at der altid bliver taget hånd om patienter med store eller særlige pleje- og behandlingsbehov, hvilket må bero på en faglig vurdering i de konkrete situationer. Danske Regioner ser kritikken som et udtryk for, at der kan være behov for større klarhed i forhold til, hvordan der skal prioriteres.

V. Opfølgning på kvalitetsindsatser

Sundhedsministeriet og regionerne følger generelt op på implementeringen af de kvalitetsindsatser, de er ansvarlige for. Derimod har ministeriet og regionerne generelt ikke viden om, hvor mange ressourcer de landsdækkende kvalitetsindsatser beslaglægger på sygehusene.

I de fleste af kvalitetsindsatserne er der fulgt op på, eller planer om at følge op på, om de forventede resultater er opnået. Der er dog enkelte af de landsdækkende indsatser, hvor det ikke er tilfældet, hvorfor Sundhedsministeriet og regionerne fortsat kan styrke opfølgningen.

Rigsrevisionen er opmærksom på, at det kan være vanskeligt at afgrænse resultaterne af den enkelte kvalitetsindsats, fordi mange faktorer påvirker udviklingen i kvaliteten. Fx kan den almindelige sundhedsfaglige og teknologiske udvikling, der normalt ikke omtales som kvalitetsudvikling, påvirke behandlingsresultater, patientoplevelser mv. På nogle områder vil det dog være muligt umiddelbart at vurdere, om en indsats giver resultater.

Den Danske Kvalitetsmodel er den væsentligste kvalitetsindsats i sundhedsvæsenet og udgør en generel ramme for at skabe en ensartet høj kvalitet på sygehusene, sammenhængende patientforløb mv. Rigsrevisionen finder det relevant, at Sundhedsministeriet og regionerne vurderer, om formålene med denne indsats bliver opfyldt.

100. Rigsrevisionens undersøgelse af Sundhedsministeriets og regionernes opfølgning på landsdækkende og regionale kvalitetsindsatser har vist følgende:

- Sundhedsministeriet og regionerne følger op på implementeringen af de landsdækkende kvalitetsindsatser, og regionerne følger op på, at de regionale kvalitetsindsatser implementeres som planlagt.
- Sundhedsministeriet eller regionerne har for over halvdelen af de landsdækkende kvalitetsindsatser fulgt op på, om indsatserne har medført de forventede resultater, som er beskrevet i formålet for den enkelte indsats.
- Den Danske Kvalitetsmodel er dog et eksempel på en meget omfattende indsats, hvor der ikke foreligger planer om at følge op på, om de resultater, der er beskrevet i formålet for indsatsen, opnås, herunder om modellen medvirker til ensartet høj kvalitet i alle sundhedsydelser og sammenhængende patientforløb.
- Regionerne har fulgt op på, eller er i gang med at følge op på, om de forventede resultater, der er beskrevet i formålet for de enkelte regionale indsatser, opnås.

- For over halvdelen af de landsdækkende kvalitetsindsatser har enten Sundhedsministeriet eller regionerne foretaget et skøn over omkostninger forbundet med indsatserne. Disse skøn omfatter i overvejende grad regionernes forventede generelle omkostninger ved indsatsen. Patientsikkert Sygehus er den eneste landsdækkende indsats, hvor der er planer om at undersøge, om omkostningerne står mål med resultaterne af indsatsen.
- Der er ikke foretaget skøn over omkostningerne forbundet med de landsdækkende kvalitetsindsatser på sygehusniveau.
- Regionerne har ligeledes kun i mindre grad skønnet omkostninger forbundet med regionale kvalitetsindsatser. Regionerne peger på, at kvalitetsudvikling er en integreret del af sygehusenes drift, og udgifterne forbundet med kvalitetsindsatserne på sygehusniveau forventes generelt at blive afholdt inden for sygehusets driftsmæssige ramme.

101. Denne del af undersøgelsen inkluderer 18 landsdækkende kvalitetsindsatser, jf. bilag 1. I kap. III indgik kun 17 indsatser, idet de kliniske kvalitetsdatabaser og NIP blev beskrevet som én indsats under Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram.

Derudover indgår der 14 regionale kvalitetsindsatser, som også fremgår af bilag 1. 4 regioner har inkluderet 3 indsatser, mens én region har inkluderet 2 indsatser. De regionale indsatser er hver enkelt regions bedste eksempler på, hvordan de arbejder med at følge op på implementering og resultater i arbejdet med at sikre og udvikle kvaliteten på sygehusene.

A. Opfølgning på implementeringen

102. Inden en kvalitetsindsats kan bidrage til at sikre og udvikle kvaliteten på sygehusene, er det nødvendigt, at indsatsen er implementeret som planlagt. Implementering handler om, hvorvidt de aktiviteter, der indgår i en indsats, bliver gennemført. Opfølgning på implementeringen kan gennemføres på mange måder, men som minimum er det relevant at undersøge, om en given aktivitet er gennemført. I mange tilfælde vil det også være relevant at undersøge, hvordan aktiviteten er gennemført, og fx hvilke udfordringer implementeringen har mødt.

Opfølgning på implementering af de landsdækkende kvalitetsindsatser

103. Sundhedsministeriet og regionerne har fulgt op på implementeringen af alle de landsdækkende kvalitetsindsatser, som indeholder et element af implementering. Kirurgiprojektet og sundhed.dk, som er baseret på allerede eksisterende data, er ikke medtaget, fordi der ikke har været tale om en implementeringsindsats.

Opfølgning på implementeringen af specialeplanen, Sundhedsstyrelsens tilsyn, indberetning af bivirkninger mv. er Sundhedsministeriets ansvar. Opfølgningen på kontaktpersonordningen, pakkeforløb på hjerte- og kræftområdet, rapporteringen af utilsigtede hændelser samt på de kliniske kvalitetsdatabaser og NIP (som pr. 1. januar 2012 er samlet under Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram) sker via regionerne, som er ansvarlige for implementeringen og driften af indsatserne på sygehusene.

Opfølgning på implementering af kvalitetsindsatser henviser til, om ministeriet og regionerne følger op på, om sygehusene indfører de konkrete kvalitetsindsatser som planlagt.

104. Regionerne har også ansvaret for, at sygehusene implementerer standarderne i DDKM. Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet fulgte i foråret 2011 op på, hvordan implementeringen af 1. version af modellen var forløbet på sygehusene. Opfølgningen var baseret på erfaringerne fra de sygehuse, som havde anvendt 1. version af modellen. Formålet med opfølgningen var at understøtte udviklingen af 2. version af modellen. Denne var i høring i Sundhedsministeriet, regionerne og en lang række centrale interesseparter på sundhedsområdet i januar 2012 og indeholder fx færre standarder end 1. version.

105. Dansk Selskab for Patientsikkerhed og regionerne står for implementeringen af Patient-sikkert Sygehus. Ud over en løbende opfølgning på implementeringen af de enkelte indsats-områder på afdelingerne er det i Patientsikkert Sygehus planlagt at følge op på, hvad der fremmer og hæmmer implementeringen.

Opfølgning på implementering af de regionale kvalitetsindsatser

106. Regionerne har enten fulgt op på, eller er i gang med at følge op på, implementeringen af alle 14 regionale kvalitetsindsatser. Opfølgningen sker bl.a. via observationer, statusskemaer og journalaudits. Afrapporteringen sker via opfølgning på driftsaftaler, dialogmøder m.m.

107. De kvalitetsindsatser, hvor opfølgningen er i gang, er nye indsatser, hvor selve implementeringen stadig er i gang. Det gælder fx Region Syddanmarks indsats "evidensbaseret klinik".

B. Opfølgning på resultaterne

108. Rigsrevisionen er opmærksom på, at det er vanskeligt at vurdere resultater af kvalitetsindsatser, fordi indsatserne indgår i meget komplekse sammenhænge. Kvaliteten på sygehusene påvirkes ikke kun af de landsdækkende og regionale kvalitetsindsatser. Kvaliteten påvirkes i høj grad også af den almindelige sundhedsfaglige, lægevidenskabelige og teknologiske udvikling, der normalt ikke omtales som kvalitetsudvikling. Mange faktorer spiller således ind, og det er derfor vanskeligt isoleret set at vurdere resultaterne af en kvalitetsindsats. Med henblik på at vurdere, om en indsats skal justeres, intensiveres eller eventuelt afsluttes, er det væsentligt at følge op på, om den medfører de forventede resultater.

Opfølgning på resultater af de landsdækkende kvalitetsindsatser

109. Tabel 2 viser Sundhedsministeriets og regionernes opfølgning på, om de 18 landsdækkende indsatser medfører de forventede resultater, som er beskrevet i formålet for den enkelte indsats.

Tabel 2. Opfølgning på resultater af de landsdækkende kvalitetsindsatser (Antal)

Der er foretaget opfølgning	10
Der er delvist foretaget opfølgning	1
Der er planlagt opfølgning	3
Der er hverken planlagt eller gennemført opfølgning	4

Tabel 2 viser, at der for 10 indsatser er foretaget opfølgning på, om de medfører de forventede resultater. For 4 af indsatserne er der hverken planlagt eller gennemført opfølgning.

Evidensbaseret klinik handler om, at det at levere god kvalitet for patienten også handler om at prioritere den mest effektive og nyttige indsats for patienten. Det indebærer i videst muligt omfang at basere alle valg og ydelser på et opdateret videnskabeligt grundlag.

110. Regionerne har ikke planlagt at følge op på, om de resultater, der er beskrevet i formålet med DDKM, opnås. Ét af de forventede resultater af DDKM er at sikre "kontinuerlig forbedring af kvaliteten i sundhedsvæsenet". Dette sker, i takt med at standarderne, som sygehusene skal leve op til, løbende ændres og hæves, når der kommer ny relevant viden. Men regionerne følger ikke op på, om DDKM medvirker til "ensartet høj kvalitet i alle sundhedsydelser" og "sammenhæng i patientforløb", som er 2 andre formål med DDKM.

111. Danske Regioner oplyser, at der i selve akkrediteringsmetoden ligger en forudsætning om, at hvis et sygehus lever op til standarderne og opnår status af akkreditering, er der opnået et kvalitetsløft. Derudover anser de kvalitetsudviklingen som en vedvarende proces, hvor bedre resultater vil kunne påvises, når sygehusene har gennemgået flere akkrediteringsforløb. Endelig forventer de, at der først foreligger et resultat i forhold til at opnå sammenhæng i sundhedsvæsenet gennem akkreditering, når der er udviklet og implementeret kvalitetsmodeller for flere områder af sundhedsvæsenet, fx praksisområdet og det kommunale område.

Rigsrevisionen finder det relevant med en opfølgning på, om DDKM medvirker til "sammenhæng i patientforløb", når modellen er udbredt til kommuner mv. Opfølgningen giver mulighed for at vurdere, om modellen skal tilpasses, hvis opfølgningen fx viser, at dele af den ikke bidrager til at realisere de forventede resultater. I en sådan opfølgning ligger ikke nødvendigvis et krav om evidens for effekten, men bl.a. under hensyn til de store omkostninger, der er forbundet med indsatsen, finder Rigsrevisionen det relevant at undersøge, om formålet med DDKM opfyldes.

112. Regionerne og Sundhedsministeriet følger kun delvist op på, om de forventede resultater, som er beskrevet i formålet med pakkeforløbene på hjerteområdet, opnås. Sundhedsstyrelsen overvåger de overordnede tendenser og udviklingen over tid inden for de specifikke hjertesygdomsråder. Desuden får styrelsen tilbagemelding fra regionerne i forhold til pakkeforløbene og overholdelse af forløbstiderne i pakkeforløbene.

Det skal bemærkes, at Rigsrevisionens beretning til Statsrevisorerne om mål, resultater og opfølgning på kræftbehandlingen har vist, at det ikke er muligt at opgøre, hvorvidt forløbstider for pakkeforløb for kræft overholdes. Fokus i denne undersøgelse giver ikke mulighed for at vurdere, hvorvidt dette også er tilfældet for pakkeforløbene på hjerteområdet.

113. Kontaktpersonordningen er et eksempel på en kvalitetsindsats, som der er fulgt op på. Det sker gennem en række spørgsmål i LUP. Opfølgningen viser fx, at 37 % af de indlagte patienter, som oplevede at have en kontaktperson, vurderer, at den mundtlige information var virkelig god. Det samme gjaldt kun 13 % af de patienter, som ikke oplevede at have en kontaktperson. Hvorvidt 37 % er et tilfredsstillende resultat, fremgår dog ikke af materialet.

114. Patientsikkert Sygehus er et godt eksempel på, hvordan man kan arbejde med opfølgning i forbindelse med resultatet af en kvalitetsindsats. Der er opsat konkrete mål for indsatsen, nemlig at reducere antallet af dødsfald med 15 % og utilsigtede skader med 30 %. Der er planlagt evaluering af, om målene nås.

115. Sundhedsministeriet oplyser, at oplysninger om udviklingen på centrale generelle parametre er væsentlige at inddrage ved vurderingen af forventede resultater og effekter af kvalitetsindsatser, fx levetid, dødelighed, genindlæggelser og antal liggedage efter operation på sygehuse. Ministeriet oplyser, at der konstant foregår en overordnet overvågning og løbende vurdering af udviklingen på sundhedsområdet gennem disse tal. På flere af parametrene er der sket en forbedring de senere år. Bl.a. er liggetiden efter operation faldet fra 5,2 dage i 2001 til 3,8 dage i 2009. På baggrund af denne overvågning af generelle parametre finder ministeriet, at de landsdækkende kvalitetsindsatser i sundhedsvæsenet samlet set bidrager med stor effekt på behandlingskvaliteten og -effektiviteten i det danske sundhedsvæsen.

Opfølgning på resultater af de regionale kvalitetsindsatser

116. Tabel 3 viser regionernes opfølgning på, om de 14 regionale kvalitetsindsatser medfører de forventede resultater, som er beskrevet i formålet for den enkelte indsats.

Tabel 3. Opfølgning på resultater af de regionale kvalitetsindsatser (Antal)

Der er foretaget opfølgning	8
Der er delvist foretaget opfølgning	1
Der er planlagt opfølgning	5
Der er hverken planlagt eller gennemført opfølgning	0

Tabel 3 viser, at regionerne enten har gennemført eller planlagt opfølgning på resultaterne af 13 regionale kvalitetsindsatser. På en enkelt af indsatserne har regionen delvist fulgt op. Opfølgningen giver dog ikke et samlet overblik over, hvordan regionerne arbejder med opfølgningen på forventede resultater, fordi disse indsatser er særligt udvalgt af regionerne til at indgå i denne undersøgelse.

C. Omkostninger ved kvalitetsindsatser

117. For de fleste kvalitetsindsatser vil der være omkostninger i forbindelse med implementering og/eller drift. Opmærksomhed omkring udgifterne forbundet med kvalitetsindsatserne udgør en del af grundlaget for at kunne vurdere, om en kvalitetsindsats bidrager til et mere omkostningseffektivt sygehusvæsen. Det er generelt vanskeligt at vurdere de gevinster og fordele for patienterne, som kvalitetsindsatserne resulterer i. Det skyldes, at det er vanskeligt at værdisætte fx færre smerter, øget førlighed eller forlængelse af livet.

Skøn over omkostninger ved landsdækkende kvalitetsindsatser

118. Sundhedsministeriet og regionerne har ikke estimeret omkostningerne forbundet med 7 af de 18 indsatser. Det gælder fx Sundhedsstyrelsens registre, tilsyn, specialeplanen, de kliniske kvalitetsdatabaser og pakkeforløb på hjerteområdet. De kliniske kvalitetsdatabaser er et eksempel på en indsats, hvor omkostningerne på sygehusene forbundet med den enkelte database er relativt beskedne. Da antallet af kliniske kvalitetsdatabaser samlet set er betragteligt, kan omkostningerne tilsammen være omfattende. På den baggrund kan det være relevant at følge op på, om alle databaserne er nødvendige.

119. Region Hovedstaden oplyser, at de har udarbejdet en rapport, som anbefaler, at afdelingerne estimerer resursebehov til opstart, registrering og vedligeholdelse af nye (og allerede eksisterende) kliniske kvalitetsdatabaser, og at sygehusene skal lade resursebehov til kvalitetsarbejdet indgå i afdelingernes dialogaftaler/budgetaftaler. Det fremgår ikke, om Region Hovedstaden har implementeret disse anbefalinger.

120. Omkostningerne forbundet med driften af Patientsikkert Sygehus er estimeret og finansieres af TrykFonden. Der er dog ikke foretaget et estimat af de forventede udgifter på sygehusene. Disse skal afholdes inden for rammebevillingen for de enkelte sygehuse. Denne indsats skiller sig dog ud, idet en vurdering af omkostningerne forbundet med gennemførelsen af Patientsikkert Sygehus er del af en forestående evaluering, som er planlagt for projektet. Som den eneste af de landsdækkende indsatser er der ligeledes planer om at vurdere både omkostninger forbundet med implementering, og om omkostningerne står mål med udbyttet for hvert enkelt af de 14 indsatsområder, der indgår i indsatsen.

Omkostninger forstås som det forbrug af materiel, husleje, lønninger og personaleomkostninger, der er forbundet med implementeringen og driften af en given kvalitetsindsats.

121. I forbindelse med implementeringen af DDKM estimerede både Sundhedsministeriet og regionerne de forventede omkostninger forbundet med modellen i perioden 2009-2012. Parterne var dog ikke enige om omfanget af omkostningerne. Regionerne er i perioden 2009-2012 blevet kompenseret med i alt 375 mio. kr. til implementering og drift af DDKM.

122. Der er ikke foretaget skøn over de forventede omkostninger forbundet med implementering og drift af de 18 landsdækkende indsatser for de enkelte sygehuse og afdelinger.

Skøn over omkostninger forbundet med regionale kvalitetsindsatser

123. Regionerne har ikke estimeret omkostningerne forbundet med 10 af de 14 regionale kvalitetsindsatser. For én indsats har regionen estimeret omkostningerne forbundet med indsatsen på sygehusniveau. Det er indsatsen "oprettelse af MRSA-enhed", hvor omkostningerne til oprettelse og drift af enheden er estimeret, mens udgifter forbundet med sygehuspersonalets forbrug af tid på dokumentation og isolation af MRSA-positive patienter mv. ikke er inkluderet.

124. Omkostningerne til de konkrete kvalitetsindsatser skal generelt afholdes inden for den eksisterende driftsramme, og regionerne disponerer derfor ikke øremærkede midler til implementeringen. Én region oplyser, at eventuelle omkostninger i forhold til kvalitetsindsatser vurderes i sammenhæng med budgetlægning for sygehusene. Sygehusenes budgetter udarbejdes i stigende grad, så der indregnes en besparelse, som skal realiseres ved kvalitetsforbedringer. Regionerne oplyser, at de foretager en vurdering af, om de gevinster, som en indsats forventes at medføre, er højere end omkostningerne forbundet med indsatsen, selv om de ikke direkte estimerer omkostninger forbundet med indsatserne.

Rigsrevisionen, den 1. februar 2012

Henrik Otbo

/Henrik Berg Rasmussen

MRSA er en bakterie, som er resistent over for mange typer af antibiotika, bl.a. penicillin.

Bilag 1. Oversigt over kvalitetsindsatser

Landsdækkende kvalitetsindsatser

Sundhedsministeriet:

1. Sundhedsstyrelsens registre
2. Vejledninger
3. Tilsyn
4. Lægemiddelstyrelsens inspektioner
5. Specialeplan
6. Kirurgiprojektet
7. Rapportering af utilsigtede hændelser
8. Kontaktpersonordningen
9. Bivirkningsindberetning (indsats for øget indberetning af bivirkninger)
10. Sundhedskvalitet.dk

Fælles mellem Sundhedsministeriet og regioner:

11. Pakkeforløb på hjerteområdet
12. Kliniske kvalitetsdatabaser (inkl. NIP)

Regionerne:

13. Den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser (LUP)
14. Lokal dialog om klager
15. Overvågning af hospitalsdødelighed (Hospitalsstandardiseret Mortalitetsratio – HSMR)
16. Den Danske Kvalitetsmodel
17. Patientsikkert Sygehus
18. Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram

Note: I beskrivelsen af de landsdækkende indsatser i kap. III indgår de kliniske kvalitetsdatabaser og NIP i Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram. Det betyder, at der kun indgår 17 indsatser i kap. III. I kap. V om opfølgning på kvalitetsindsatserne indgår 18 landsdækkende indsatser, idet opfølgningen på de kliniske databaser og Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram er rapporteret særskilt fra Danske Regioner.

Regionale kvalitetsindsatser**Region Hovedstaden:**

1. Forbedret rengøring og indførelse af rengøringsaudits
2. Opstilling af krav til rationel medicinanvendelse
3. Reimplementering af håndholdt computer (PDA) ved dispensation og administration af medicin

Region Sjælland:

4. Nedbringelse af dødeligheden
5. Udarbejdelse af regionale kliniske retningslinjer

Region Syddanmark:

6. Implementering af hygiejneretningslinjer
7. Fokus på Fælles Akut Modtagelse, kronikeromsorg og patientsikkerhed
8. Udførelse af eksternt audit ved afvigende resultater i de kliniske databaser

Region Midtjylland:

9. Opfølgning på resultater fra kliniske databaser
10. Overvågning af hjertepakker
11. Indførelse af Sikker Kirurgi Tjekliste

Region Nordjylland:

12. Oprettelse af MRSA-enhed
13. Patientens oplevelse af sundhedsfaglig kontaktperson
14. Afholdelse af kurser, patientsikkerhedsforum og enhed til gennemgang af utilsigtede hændelser

Bilag 2. Ordliste

Akkreditering	Ved akkreditering vurderer et anerkendt og uafhængigt organ, om en aktivitet, ydelse eller organisation lever op til et sæt af fælles standarder, fx DDKM.
Ambulant	Lægelig behandling, som ikke kræver indlæggelse på sygehus.
Apopleksi	Blodprop eller blødning i hjernen, hvorved blodforsyningen til et større eller mindre område i hjernen stopper.
Audit	Fagfolks systematiske vurdering af konkrete forløb ud fra opstillede rammer, mål og metoder, fx gennemgang af patienternes journaler med det formål at vurdere kvaliteten af en konkret praksis.
Autorisation	Giver indehaveren (den autoriserede) ret til at anvende en bestemt titel og udføre et særligt hverv, fx læge og sygeplejerske.
Datakomplethed	Beskriver den andel af oplysninger om hver patient, som indgår i de kliniske kvalitetsdatabaser. Datakompletheden anses for at være tilfredsstillende, når mindst 80 % af oplysningerne for hver patient indberettes.
Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM)	Akkrediteringsmodel udarbejdet til danske forhold, som alle danske sygehuse – og med tiden hele sundhedsvæsenet – skal vurderes efter. Modellen indeholder 104 standarder, som sygehuse skal leve op til.
Dialog- eller driftsaftale	Årlig aftale mellem en region og et sygehus, hvoraf bl.a. regionens rammer for sygehusets budget og krav til kvaliteten af behandlingen fremgår.
Dialogmøder	Opfølgning på dialog- eller driftsaftale.
Driftsramme	Sygehusets årlige budget.
Elektronisk Patientjournal	Spænder fra at sætte "strøm" til den traditionelle papirjournal til mere avancerede udgaver, hvor elektroniske patientjournaler også skal understøtte kvalitetsudvikling, klinisk forskning, ledelse og planlægning.
Epikrise	Udskrivningsbrev, der indeholder sammendrag af patientjournal, herunder diagnose og eventuelle forslag til efterbehandling. Sendes i forbindelse med udskrivelse fra sygehus til patientens egen læge.
Evidens	Forskningsbaseret viden.
Frit sygehusvalg	Patienten kan ved udredning og behandling frit vælge mellem alle offentlige hospitaler og enkelte private specialsygehuse i Danmark.
Forløbstid	Angiver, hvor lang tid sygehuset skal bruge for at gennemføre et fagligt optimalt forløb under forudsætning af, at alt nødvendigt personale, apparatur mv. er til rådighed.
Genindlæggelse	Indebærer, at der inden for 30 dage efter patientens udskrivning sker en ny akut indlæggelse af patienten.
Hospitalserhvervede infektioner	Infektioner, som patienten kan pådrage sig under sit ophold og behandling på sygehuset.
Hospitalsstandardiseret Mortalitätsratio (HSMR)	Viser antallet af dødsfald på et sygehus – eller i en region – som procent af det gennemsnitlige antal dødsfald. I beregningen tages der højde for fx diagnoser, aldersgrupper, køn og indlæggelsesmåde.
Institut for Akkreditering i Sundhedsvæsenet (IKAS)	Selvejende institution med repræsentanter fra Sundhedsministeriet, Sundhedsstyrelsen, Danske Regioner, KL, Dansk Erhverv og Apotekerforeningen i bestyrelsen. Blev etableret i 2005 for at udvikle en fælles dansk kvalitetsmodel, DDKM.

Implementering	Når en indsats føres ud i livet.
Indikator	Målbar variabel, der anvendes til at overvåge og evaluere kvaliteten.
Klinisk database	Indsamler og behandler informationer (data) om den sundhedsfaglige behandling af en nærmere afgrænset patientgruppe. Informationerne kan give et billede af den samlede behandlingskvalitet. Det sundhedsfaglige personale på afdelingerne registrerer og indberetter informationerne til databasen.
Kliniske retningslinjer	Konkret vejledning og beslutningsstøtte i forbindelse med behandlingen af den enkelte patient i det daglige kliniske arbejde. Kan bruges til at beskrive udredning og behandling af enkelte sygdomme eller kliniske procedurer. Er baseret på den bedst tilgængelige forskningsbaserede viden (evidens).
Kontaktperson	Sundhedsfaglig person, der indgår i behandlingen af patienten, og som tilknyttes den enkelte patient. Har særligt ansvar for at sikre sammenhæng i patientforløbet under indlæggelse og i ambulante forløb.
Kvalitet i sundhedsvæsenet	WHO's generelle definition lyder: høj professionel standard, effektiv resurseudnyttelse, minimal patientrisiko, høj patienttilfredshed og helhed i patientforløbet.
Kvalitet – klinisk	Omhandler behandlingen af sygdomme, medicinering og pleje af patienter.
Kvalitet – organisatorisk	Vedrører organiseringen af arbejdet og retningslinjer for arbejdet i sundhedsvæsenet.
Kvalitet – patientrettet	Den kvalitet, patienterne oplever i mødet med sygehusene og afdelingerne, og som har særligt fokus på patienternes sikkerhed.
Kvalitetsindsats	Aktivitet, der iværksættes for at bidrage til at sikre eller udvikle kvaliteten. Den kan være landsdækkende, regional eller lokal (på det enkelte sygehus).
Kvalitetssikring	Aktivitet, der har til formål at sikre, at den faktisk opnåede kvalitet er i overensstemmelse med mål for kvaliteten.
Kvalitetsstrategier	Flerårige optegnelser for indsatser og mål på kvalitetsområdet.
Kvalitetsudvikling	Aktivitet, der har til formål systematisk og målrettet at forbedre kvaliteten af sundhedsvæsenets indsats inden for rammerne af den etablerede viden.
Landsdækkende undersøgelser af patientoplevelser	Årlig spørgeskemaundersøgelse til patienter, der indeholder spørgsmål om patienternes oplevelser i kontakten med en sygehusafdeling eller et ambulatorium.
Mammografiundersøgelser	Røntgenundersøgelse af brystet, der kan anvendes som en af flere undersøgelser, når der er mistanke om brystkræft hos en kvinde, fx på grund af en følelig knude. Mammografiscreeninger tilbydes også kvinder uden symptomer som led i en befolkningsundersøgelse.
MRSA	Stafylokokbakterie. En bakterie, som er resistent over for mange typer af antibiotika, bl.a. penicillin.
Neurologisk og medicinsk afdeling	Medicinske afdelinger er ofte store afdelinger, der omfatter flere medicinske specialer. Neurologiske afdelinger er mindre afdelinger, der udelukkende beskæftiger sig med det neurologiske speciale.
NIP, Det Nationale Indikatorprojekt	Klinisk kvalitetsdatabase, der har til formål at udvikle, afprøve og implementere indikatorer og standarder til at vurdere kvaliteten af den sundhedsfaglige kvalitet på udvalgte områder/sygdomme. NIP dækker 10 sygdomsområder. For hvert sygdomsområde er fastlagt evidensbaserede målområder (indikatorer) og kvalitetsmål (standarder), der belyser vigtige områder af forebyggelse, behandling, pleje og rehabilitering. Fra 1. januar 2012 hører NIP ind under Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram sammen med de øvrige kliniske databaser.

Pakkeforløb	Behandlingsforløb, hvor de enkelte trin er tilrettelagt som tids- og indholdsmæssigt veldefinerede begivenheder, der som udgangspunkt følger et på forhånd booket forløb.
Patientforløb	Summen af aktiviteter, kontakter og hændelser i sundhedsvæsenet, som en patient eller en defineret gruppe af patienter oplever i relation til de sundhedsfaglige ydelser.
Patientombuddet	Institution under Sundhedsministeriet. Patientombuddet fungerer som én samlet indgang for patienter, der ønsker at klage over den faglige behandling i det danske sundhedsvæsen.
Patientsikkerhed	Sikkerhed for patienter mod skade og risiko for skade som følge af sundhedsvæsenets indsats og ydelser eller mangel på samme.
Patientsikkert Sygehus	Indsats med særligt fokus på patientsikkerhed på sygehuse. Projektet er under implementering på 5 sygehuse (ét i hver region) og løber i perioden 2010-2013. Projektet er organiseret i et samarbejde mellem TrygFonden, Danske Regioner og Dansk Selskab for Patientsikkerhed.
Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram	Etableret i 2011, hvor knap 60 landsdækkende kliniske kvalitetsdatabaser, databaser under NIP og kliniske databaser vedrørende kræft blev samlet under en fælles ledelse. Skal levere sygdomsspecifikke data på højt niveau som grundlag for regionernes og sygehusernes kvalitetsarbejde og den fortsatte udvikling af patientforløb.
Screening	Systematiseret undersøgelse af hele befolkningen eller nærmere udvalgte befolkningsgrupper. Screeningen kan vedrøre en risikofaktor eller et tidligt stadium af en sygdom.
Specialfunktioner	I Sundhedsstyrelsens specialeplan skelnes mellem hovedfunktioner, som omfatter ikke-komplekse og ofte forekommende sygdomme, og specialfunktioner. Specialfunktioner omfatter behandlinger, der er mere komplekse, forekommer relativt sjældent og/eller er meget resursekrævende og fx kræver samarbejde mellem flere specialer.
Standard	Det mål for kvalitet, der danner grundlag for vurdering og evaluering af en ydelses kvalitet.
Tilsyn – proaktivt	Indebærer, at Sundhedsstyrelsen selv aktivt kontrollerer, at de regler, styrelsen fører tilsyn med, overholdes. Det kan fx ske gennem regelmæssige tilsynsbesøg.
Tilsyn – reaktivt	Indebærer, at Sundhedsstyrelsen på baggrund af viden, som styrelsen får gennem andre, fx indberetninger fra sundhedspersoner, klager eller mediesager, iværksætter tilsyn og eventuelt efterfølgende sanktioner.
Tryksår	Skyldes langvarigt tryk mod et hudområde over et knoglefremspring. Trykket gør, at blodcirkulationen til området bliver dårlig, hvilket fører til, at underhudsfedt og muskler "dør", og der dannes sår på huden.
Utilsigtet hændelse	Begivenhed, der forekommer i forbindelse med sundhedsfaglig virksomhed. Utilsigtede hændelser omfatter på forhånd kendte og ukendte hændelser og fejl, som ikke skyldes patientens sygdom, og som enten er skadevoldende eller kunne have været skadevoldende (nær-ved-hændelser).