

Område: Sundhedsområdet
Afdeling: Sundhedssamarbejde og Kvalitet
Journal nr.: 12/19460
Dato: 5. december 2012
Udarbejdet af: Judith Olsen
E-mail: Judith.Olsen@regionsyddanmark.dk
Telefon: 76631349



Notat

Monitorering af sundhedsområdet

Oversigt over eksisterende monitoreringskrav, samarbejder og mål

Den Danske KvalitetsModel (DDKM)

Kort beskrivelse: Den Danske KvalitetsModel for sygehusene (version 2) består af 82 standarder for kvalitetsudvikling på sygehusene; 39 organisatoriske, 40 generelle og 3 sygdomsspecifikke standarder. Hver standard består af 4 trin: Retningsgivende dokumenter (trin 1), indikatorer (trin 2), kvalitetsovervågning (trin 3) samt tiltag for at forbedre kvaliteten (trin 4). Kvalitetsovervågningen på trin 3 understøtter opfyldelsen af akkrediteringsstandarderne, og det er i vid udstrækning overladt til sygehusene at vælge den konkrete form for overvågning. I visse standarder er der dog på trin 3 specificerede krav om indholdet af kvalitetsovervågningen, eksempelvis journalaudit, Landsdækkende Undersøgelser af Patienttilfredshed, deltagelse i kliniske kvalitetsdatabaser i regi af Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP).

Besluttet af: Den Danske KvalitetsModel blev skabt af staten, de daværende amter og H:S da de gik sammen om at skabe et fælles nationalt kvalitetsudviklingssystem, som skulle dække alle offentligt finansierede sundhedsydelser - på tværs af sektorer. I 2005 etablerede man Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet, IKAS. Instituttet fik til opgave at stå for den praktiske planlægning og udvikling af Den Danske Kvalitetsmodel. Standarderne i DDKM er besluttet af bestyrelsen for IKAS, som omfatter repræsentanter fra Sundhedsstyrelsen, Danske Regioner, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, KL, Danmarks Apotekerforening og Dansk Erhverv

Monitoreringsregi: Varierer i forhold til den enkelte standard. Kan være national, regional eller sygehusspecifik.

Monitoreringsmetode: Varierer i forhold til den enkelte standard, jævnfør ovenfor.

Kliniske kvalitetsdatabaser i regi af Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP)

Kort beskrivelse: En klinisk kvalitetsdatabase indsamler og behandler information (data) om den sundhedsfaglige behandling af en nærmere afgrænset patientgruppe. Der er ca. 60 landsdækkende kliniske kvalitetsdatabaser med hver 5-10 målepunkter (indikatorer).

Besluttet af: Danske Regioners bestyrelse har godkendt oprettelsen af RKKP. De kvalitetsindikatorer, som der monitoreres på godkendes af styregruppen for RKKP og Statens Seruminstitut.

Monitoreringsregi: Regionerne finansierer og driver i fællesskab en databasepulje, som yder støtte til de kliniske kvalitetsdatabaser gennem Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram. En klinisk kvalitetsdatabase skal godkendes af Statens Serum Institut (som har overtaget godkendelsesopgaven fra Sundhedsstyrelsen) som landsdækkende kvalitetsdatabase. Når en database er godkendt, så er de relevante sygehusafdelinger ved lov forpligtet til at indberette til databasen.

Monitoreringsmetode: Til at måle kvaliteten har det sundhedsfaglige personale inden for hvert sygdoms område udvalgt en række målepunkter (indikatorer). Indikatorerne er udvalgt, fordi de er

særligt betydningsfulde, når det skal vurderes, om behandlingskvaliteten ligger på det ønskede niveau. Hvert sygdomsområde har en styregruppe, som ud fra et evidensbaseret grundlag, fastlægger indikatorer. Det er essentielt, at det faglige indhold fastsættes af kompetente fagfolk inden for det pågældende sygdomsområde. Det er desuden vigtigt at indikatorerne er veldefinerede og har bred opbakning i sundhedsvæsnet for at sikre anvendeligheden af de valgte indikatorer. Der ydes analytisk bistand fra RKKP-organisationen.

Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser (LUP)

Kort beskrivelse: Den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser (LUP) indsamler viden om patienternes oplevelser ved hjælp af spørgeskemaer til patienterne og i psykiatrien også til pårørende. En stor del af de nationale LUP-spørgsmål indgår som standarder og indikatorer i Den Danske Kvalitetsmodel. Spørgsmålene relaterer sig bl.a. til kvalitetsstandarderne om patientinddragelse, patientinformation og -kommunikation, koordinering og kontinuitet.

Undersøgelsen omfatter også en række regionale spørgsmål. Flere af spørgsmålene belyser særligt regionens kvalitetsstrategi.

LUP-konceptet revideres totalt i løbet af efteråret 2012 bl.a. mhp. inklusion af FAM-patienter samt generelt ændrede patientforløb.

LUP-fødende er en lignende spørgeskemaundersøgelse blandt fødende, der indsamler viden om de oplevelser, som de fødende har haft i forbindelse med graviditet, fødsel og barsel hos de praktiserende læger, på landets fødesteder og i overgangen til sundhedsplejen.

Besluttet af: De nationale spørgsmål vedtages af styregruppen for LUP, som består af repræsentanter fra de fem regioner, Danske Regioner og Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse. Resultaterne fra LUPen er desuden grundlag for afrapportering på 3 regionale kvalitetsmål om patientoplevelset kvalitet, der er besluttet af regionsrådet i 2006.

Monitoreringsregi: Den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser (LUP) gennemføres af Enheden for Brugerundersøgelser for somatikken og af Center for Kvalitetsudvikling for psykiatrien, på vegne af de fem regioner efter aftale med Danske Regioner og Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse.

Monitoreringsmetode: LUPen er en spørgeskemaundersøgelse. Spørgsmålene udsendes på papir direkte til patienterne. Resultaterne fra LUP bliver opgjort for hver afdeling, sygehus, region og på landsplan. Derudover er der resultater opgjort for hvert speciale med de afdelinger, der hører under specialet.

Undersøgelsen omfatter indlagte og ambulante patienter fra alle landets offentlige sygehuse samt patienter, som har været behandlet på et privathospital efter reglerne om udvidet frit sygehusvalg. Spørgeskemaet er udsendt til omkring i alt 230.000 patienter, fra perioden august – oktober.

Patientsikkerhed (økonomaftalen for 2013)

I aftalen om regionernes økonomi for 2013 mellem Danske Regioner og Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse fremgår der to mål for patientsikkerhed:

- Sygehusdødeligheden i somatikken (HSMR) reduceres med 10 pct. over 3 år.
- Antallet af skader på patienter reduceres med 20 pct. over 3 år.

Besluttet af: Indgår i aftalen om regionernes økonomi for 2013 mellem Danske Regioner og Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse

Monitoreringsregi: Endnu ikke besluttet

Monitoreringsmetode: Endnu ikke besluttet

Kontaktpersonordningen

Kort beskrivelse: Jf. Sundhedsloven tilbyder regionsrådet en eller flere kontaktpersoner til en patient, der modtages til ambulant behandling eller behandling under indlæggelse på regionens sygehuse, når behandlingsforløbet sammenlagt strækker sig over mere end to dage. Hvis en patient har særligt behov tilbydes regionsrådet en eller flere kontaktpersoner, selvom patientforløbet kun strækker sig over 1-2 dage.

Besluttet af: Sundhedsfaglig kontaktperson tilbydes efter sundhedsloven. Regionsrådet har d. 9. november 2006 besluttet at gøre Tildelt Kontaktperson til et af regionens egne kvalitetsmål.

Monitoreringsregi: Monitoreringen foregår i regionalt regi i et samarbejde mellem sygehusene og sundhedsstaben.

Monitoreringsmetode: Kontaktpersonordningen monitoreres i Region Syddanmark gennem journalaudit 2 gange om året. Resultaterne indberettes til Forebyggelses- og Sundhedsministeriet og offentliggøres på Sundhed.dk. På landsplan følges patienternes oplevelse af ordningen gennem spørgsmål i Den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser (LUP).

Region Syddanmarks tværsektorielle kvalitetsstrategi

Kort beskrivelse: Det Administrative Kontaktforum i Region Syddanmark, som består af repræsentanter fra regionen og dens 22 kommuner, besluttede den 20. september 2012 en fælles tværsektoriel kvalitetsstrategi. Et væsentligt element heri er, at der skal ske en monitorering af patienternes oplevelse af kvalitet i de tværgående forløb. Dette er en vigtig indikator for at samarbejdet virker og det er en central del af visionen Fælles Sundhed, at borgere og patienter oplever sammenhæng.

Besluttet af: Det Administrative Kontaktforum

Monitoreringsregi: Endnu ikke besluttet.

Monitoreringsmetode: Fokusområdets sigte er at måle patientoplevelt kvalitet blandt udvalgte patientgrupper, herunder patienten i et kortvarigt akut og tværsektorielt forløb. Da der ikke er tidligere erfaringer at lægge til grund, er ambitionen at udvikle og afprøve undersøgelsesdesigns.

Region Syddanmarks egne kvalitetsmål

Region Syddanmark har, i tillæg til de landsdækkende kvalitetsmonitoreringsinitiativer, som regionen er en del af, formuleret egne mål, der er godkendt af regionsrådet:

Hurtig og klar besked

Kort beskrivelse: Henviste patienter skal senest 8 hverdage efter, at sygehuset har modtaget henvisningen, have oplysninger om dato og sted for den første kontakt med sygehuset.

Besluttet af: Regionsrådet. Kvalitetsmålet afspejler Region Syddanmarks implementering af lovgivningen vedrørende Det udvidede frie sygehusvalg.

Monitoreringsregi: Regionalt

Monitoreringsmetode: Resultater afrapporteres løbende i ledelsesinformationssystemet SydLIS på baggrund af data fra sygehusenes patientadministrative systemer.

Ventetid til første kontakt

Kort beskrivelse: Ikke-akutte patienter skal have den første kontakt indenfor 30 kalenderdage. Den første kontakt kan være et ambulansbesøg, en indlæggelse eller en speciallægefaglig elektronisk kontakt (herunder mail, telefon).

Besluttet af: Regionsrådet. Kvalitetsmålet afspejler Region Syddanmarks implementering af lovgivningen vedrørende Det udvidede frie sygehusvalg.

Monitoreringsregi: Regionalt

Monitoreringsmetode: Resultater afrapporteres løbende i ledelsesinformationssystemet SydLIS på baggrund af data fra sygehusenes patientadministrative systemer.

Ventetid på udredning (14 dage og 30 dage)

Kort beskrivelse: Ikke-akutte patienter skal have første kontakt inden for 14 dage (kirurgiske patienter) eller 30 dage (medicinske patienter). Den første kontakt kan være et ambulansbesøg eller en indlæggelse.

Besluttet af: Regionsrådet. Kvalitetsmålet afspejler Region Syddanmarks implementering af lovgivningen vedrørende Det udvidede frie sygehusvalg.

Monitoreringsregi: Regionalt

Monitoreringsmetode: Resultater afrapporteres løbende i ledelsesinformationssystemet SydLIS på baggrund af data fra sygehusenes patientadministrative systemer.

Ventetid på skadebehandling

Kort beskrivelse: Regionsrådet besluttede pr. 1. januar 2011 at indføre servicemål for skadebehandling i regionen. På skadestuerne skal 75 pct. af alle patienter have påbegyndt behandling inden 1 time og 95 pct. skal være startet i behandlingen inden 3 timer. På skadeklinikkerne skal 95 pct. af patienterne sættes i behandling inden 1 time.

Besluttet af: Regionsrådet

Monitoreringsregi: Regionalt

Monitoreringsmetode: Resultater afrapporteres løbende i ledelsesinformationssystemet SydLIS på baggrund af data fra sygehusenes patientadministrative systemer.

Ventetid ved livstruende sygdomme / kræft- og hjertepakker

Kort beskrivelse: Patienter med en livstruende sygdom, herved forstås patienter, der henvises med en cancerdiagnose eller med en iskæmisk hjertesygdom, skal udredes og behandles inden for de ved lov fastsatte tidsfrister.

Besluttet af: Regionsrådet. Kvalitetsmålet afspejler Region Syddanmarks implementering af lovgivningen vedrørende pakkeforløb på kræft- og hjerteområdet.

Monitoreringsregi: Regionalt, dog er monitoreringen af kræftpakker ved at overgå til nationalt regi.

Monitoreringsmetode: Målet monitoreres gennem kræft- og hjertepakkerne, og resultaterne afrapporteres løbende i ledelsesinformationssystemet SydLIS på baggrund af data fra sygehusenes patientadministrative systemer.

Ventetid til behandling

Kort beskrivelse: Ikke-akutte patienter skal påbegynde behandling inden for to måneder efter, at henvisningen er modtaget. Undtaget er patienter med livstruende sygdomme, jf. kvalitetsmål om ventetid ved livstruende sygdomme.

Besluttet af: Regionsrådet

Monitoreringsregi: Regionalt

Monitoreringsmetode: Resultater opgøres ikke, da det ikke har været muligt at finde egnet metode

Aflysning af operationer

Kort beskrivelse: Patienter skal ikke udsættes for, at planlagte operationer aflyses af årsager, der skyldes forhold i organisationen (i modsætning til forhold ved patienten).

Besluttet af: Regionsrådet

Monitoreringsregi: Regionalt

Monitoreringsmetode: Resultater opgøres ikke, da det ikke har været muligt at finde egnet metode.

Udsendelse af lægebrev

Kort beskrivelse: Der skal være udsendt lægebrev til egen læge senest 3 hverdage efter, at patienten er afsluttet fra sygehuset.

Besluttet af: Regionsrådet. Kvalitetsmålet afspejler Region Syddanmarks implementering af standard i Den Danske KvalitetsModel.

Monitoreringsregi: Regionalt

Monitoreringsmetode: Resultater afrapporteres løbende i ledelsesinformationssystemet SydLIS på baggrund af data fra sygehusenes patientadministrative systemer.

Kvaliteten af indholdet af lægebrev til egen læge

Kort beskrivelse: Indholdet af lægebrev skal som minimum leve op til standarderne beskrevet i projekt Den Gode Medicinske Afdeling.

Besluttet af: Regionsrådet

Monitoreringsregi: Regionalt, samarbejde med praksissektoren

Monitoreringsmetode: Opgøres ved en årlig gennemgang af en stikprøve af journaler (audit), der gennemføres i samarbejde mellem sygehusene og praksissektoren.

Kvaliteten af henvisningen fra praktiserende læge

Kort beskrivelse: Indholdet af henvisninger skal som minimum leve op til standarderne beskrevet i projekt Den Gode Medicinske Afdeling.

Besluttet af: Regionsrådet

Monitoreringsregi: Regionalt, samarbejde med praksissektoren

Monitoreringsmetode: Opgøres ved en årlig gennemgang af en stikprøve af journaler (audit), der gennemføres i samarbejde mellem sygehusene og praksissektoren.

Patientsikkerhed

Kort beskrivelse: Det har ikke været muligt at foreslå en indikator, der er egnet til at vurdere den samlede patientsikkerhed. Regionen er opmærksom på behovet for en sådan indikator. Jf. nye mål for patientsikkerhed i økonomiaftalen for 2013.

Besluttet af: Regionsrådet

Monitoreringsregi: Regionalt

Monitoreringsmetode: Resultater hidtil ikke opgjort, da det ikke har været muligt at finde egnet indikator.

Ventetid på operation for patienter med brækket hofte (operationsdelay)

Kort beskrivelse: Regionsrådet vedtog den 31. januar 2011 et kvalitetsmål for ventetid på operation for patienter med brækket hofte.

Besluttet af: Regionsrådet

Monitoreringsregi: Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram

Monitoreringsmetode: Data leveres via Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram.

Operationsdelay er et supplerende mål i Dansk Tværfagligt Register for Hoftenære Lårbensbrud.

Regionsrådet har vedtaget, at pr. 1. januar 2012 skal 90 % af patienter indlagt akut med brækket hofte opereres inden 24 timer efter indlæggelse.

Monitorering af intensivoverflytninger

Kort beskrivelse: Der har været meget fokus på intensivområdet i Region Syddanmark, og i særdeleshed på overflytninger af intensivpatienter mellem sygehusene som følge af et højt niveau for overflytninger. Det blev derfor besluttet fra 1. januar 2009, at monitorere udviklingen i antallet af overflytninger på ugebasis, samt at følge området - både med henblik på opfølgning af de initiativer, der allerede er igangsat, men også for fremadrettet at søge at tilpasse kapaciteten til det aktuelle behov.

En statusopgørelse på området viser en udvikling i antallet af intensivoverflytninger, og udviklingen går for regionen samlet set i den rigtige retning med et enten faldende eller et begrænset antal overflytninger i 2012 sammenlignet med 2011. Regionen nærmer sig således målsætningen om en kapacitetsbetinget overflytningsprocent på højst 1%.

Besluttet af: Det særlige udvalg vedrørende sundhedsområdet.

Monitoreringsregi: Den ugentlige monitorering samt notater til sygehusenes dialogmøder om kapacitetsbetingede intensivoverflytninger foretages og udarbejdes af Sundhedsdokumentation, Sundhedsstaben i Region Syddanmark. Herudover udarbejder Planlægningsafdelingen i Sundhedsstaben ca. en gang om året en statusopgørelse på området, som beskriver udviklingen i samt den nuværende status på antallet af kapacitetsbetingede intensivoverflytninger, opfølgning på igangsatte initiativer for at nedbringe antallet af intensivoverflytninger samt overflytningsprocenten for regionens fire sygehusenheder og for regionen samlet set.

Monitoreringsmetode: Monitoreringen bygger på data vedrørende intensivoverflytninger, som Sundhedsdokumentation modtager direkte fra sygehusene og trækkes for hovedpartens vedkommende fra de patientadministrative systemer (PAS).

Dansk Intensiv Database (DID) foretager også en monitorering af intensivoverflytninger for de enkelte regioner. Resultaterne herfra rapporteres i en årsrapport og løbende i SydLIS, når dataoverførsel fra databasen er etableret.

Regions Syddanmarks egen monitorering bidrager med mere aktuelle opgørelser af overflyttede intensivpatienter. Generelt er det dog meget vanskeligt, at nå til konsistente resultater på baggrund af forskellige datakilder, og den dobbelte resultatopgørelse kan derfor resultere i uhensigtsmæssige uklarheder omkring resultaterne.