



DET NATIONALE KVALITETSPROGRAM SOM STYRINGSMODEL

JAN MAINZ
PROFESSOR, DIREKTØR, PH.D., MPA





NATIONALT KVALITETSPROGRAM FOR SUNDHEDSOMRÅDET 2015-2018

APRIL 2015





JAN MAINZ

BASAL
KVALITETS
UDVIKLING



MUNKSGAARD

BASAL



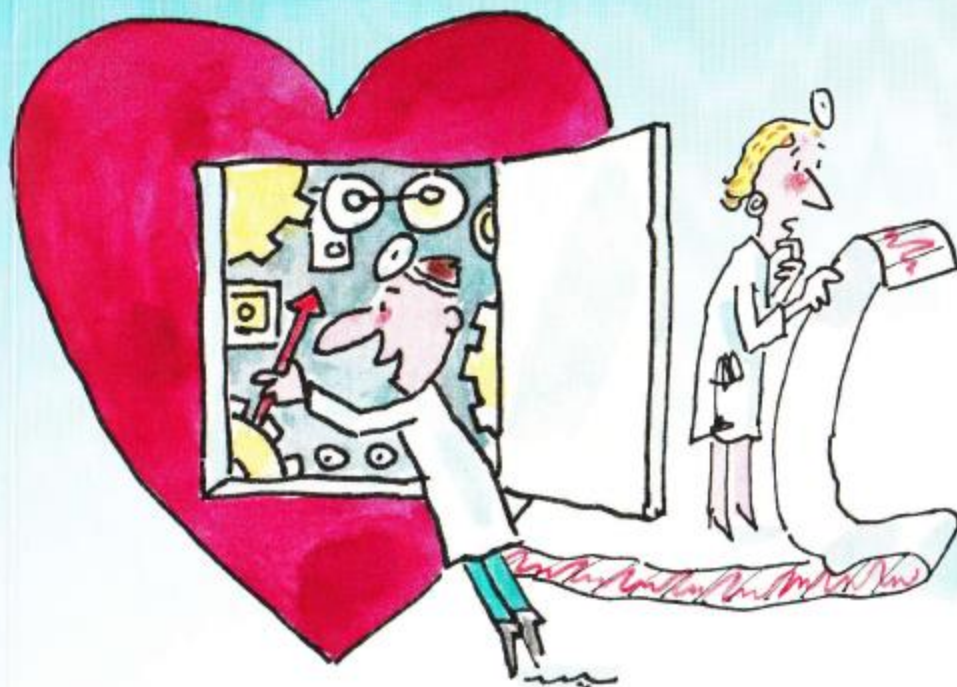
**POINTE 1:
DANMARK TILHØRER DEN INTERNATIONALE
SUPERLIGA I RELATION TIL
KVALITETSUDVIKLING**



OECD Reviews of Health Care Quality

DENMARK

RAISING STANDARDS





POINTE 2: DER ER BEHOV FOR EN NY KVALITETSMODEL

- Kvalitetsudvikling i Danmark er imponerende, men kalejdoskopisk. Der er behov for synergi og fokus**



EKSEMPLER PÅ NATIONALE KVALITETS-UDVIKLINGSINITIATIVER

- Nationale kliniske retningslinjer og pakkeforløb
- Kliniske kvalitetsdatabaser
- Landsdækkende patienttilfredshedsundersøgelser i somatikken og psykiatrien
- Landsdækkende pårørendetilfredshedsundersøgelser i psykiatrien
- PROM
- Patientombuddet: National håndtering af patientklager, patientforsikringsager og utilsigtede hændelser
- Den Danske Kvalitetsmodel
- Offentliggørelse af kvalitetsdata



EKSEMPLER PÅ NATIONALE KVALITETS-UDVIKLINGSINITIATIVER

- Patientsikkert sygehus
- Sikker Psykiatri
- Sikre fødsler
- I sikre hænder
- Sikkert Patientflow
- Sikker sammenhæng



EKSEMPLER PÅ NATIONALE KVALITETS-UDVIKLINGSINITIATIVER

- Borgernes sundhedsvæsen
- Sundhed for alle
- Aktiv Patientstøtte
- Hvidbog for patientansvarlig læge
- Sundhed for livet



POINTE 3:

Der er behov for at koordinere de nationale kvalitetsinitiativer

Der er overlap mellem initiativerne og manglende sammenhæng

Pointe 4: Sundhedsvæsenet er udfordret

- Stigende levealder
- Flere patienter med kroniske sygdomme
- Begrænsede ressourcer
- Der findes områder med betydelig variation i kvaliteten
- Spredning af bedste praksis går for langsomt



NATIONALT KVALITETSPROGRAM FOR SUNDHEDSOMRÅDET 2015-2018

APRIL 2015





DET NATIONALE KVALITETSPROGRAM

- *”Visionen er, at kvaliteten skal være blandt den bedste i verden*
- *Alle danskere skal tilbydes behandling af samme høje kvalitet*
- *Der skal leveres mere sundhed for pengene*
- *Behov for nytænkning af den måde, vi styrer sundhedsvæsenet på*
- *Styringen i sundhedsvæsenet skal udvikles ”fra bureaukratiske proceskrav til fokus på konkrete mål og resultater, der giver mening for patienter og personale”*
- *Fokus skal angiveligt ændres fra et ensidigt fokus på aktivitet og produktivitet til nye styringsinstrumenter, der har et balanceret fokus på aktivitet, kvalitet, resultater og omkostninger”*

Det centrale spørgsmål er, hvordan styringen i sundhedsvæsenet skal ændres?

- **Hvilket styringsparadigme signalerer kvalitetsprogrammet?**



STYRINGSPARADIGMER I DEN OFFENTLIGE SEKTOR

Styringsparadigmer beskriver, hvordan man kan styre, hvordan man styrer, og hvordan man bliver styret

Kilde: Torfing, 2013, Andersen et al, 2017, Mainz & Timmermann, 2017.



STYRINGSPARADIGMER I DEN OFFENTLIGE SEKTOR

De dominerende styringsparadigmer er:

- Old public management
- New Public management
- New public governance

Kilde: Torfing, 2013, Andersen et al, 2017, Mainz & Timmermann, 2017.



OLD PUBLIC MANAGEMENT (OPM)

- **Kernen i OPM er, at politikerne producerer politik, hvorefter embedsmændene omsætter politikken til regler og retningslinjer, som herefter skal efterleves**



OLD PUBLIC MANAGEMENT (OPM)

- Et eksempel på brug af OPM-principperne er Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM)
- DDKM var et udtryk for udpræget regelstyring med i størrelsesordenen 80 akkrediteringsstandarder med tilhørende mere end 400 akkrediteringsindikatorer, som hospitalerne skulle opfylde for at opnå akkreditering.
- DDKM kan således betragtes som et eksempel på OPM, hvilket som bekendt gav anledning til alvorlig kritik af omfanget af dokumentation og registrering

Kilde: Torfing, 2013, Andersen et al, 2017, Mainz & Timmermann, 2017, Mainz J. Basal Kvalitetsudvikling, Munksgaard, 2017

Vi bruger alt for meget tid på registrering

**JAN MAINZ
PER LUND SØRENSEN
MORTEN KJØLBYE
ANETTE SLOTH
HELLE ULRICHSEN**

Det er uacceptabelt, at sundhedspersonalet bruger tid på dokumentation, der reelt ikke har nogen værdi. Vi skal revidere den måde, vi måler kvalitet på, og sørge for at fokusere på faktiske problemer.

Jan Mainz professor og vicedirektør, Per Lund Sørensen er psykiatridirektør, Morten Kjølbye er chef læge, Anette Sloth sygeplejefaglig direktør, Psykiatrien i Region Nordjylland, og Helle Ulrichsen er sundhedsfaglig rådgiver i Region Nordjylland.

Sundhedsvæsenets formeste opgave er at sørge for, at patienterne får de rigtige undersøgelser og den rigtige diagnostik, behandling, pleje og genoptræning, når de kontakter sundhedsvæsenet. I et moderne sundhedsvæsen er det samtidig en forpligtelse, at der løbende foregår kvalitetsmåling, så sundhedsvæsenet kan dokumentere sit værd, og så det samtidig er gennemslagskraftigt for skatteborgerne, hvad de får for pengene.

På hospitalerne foretager vi i forbindelse med den direkte patientbehandling løbende mere end 1.000 målinger. En stor del af disse målinger er desværre meningsløse og nærmest rituelle, fordi de ikke siger noget om kvaliteten. Tiden, der går med at registrere og dokumentere disse målinger, går fra kontakten til patienterne og den direkte patientbehandling. Dette er utilfredsstillende, især i en tid, hvor ressourcerne til sundhedsvæsenet er under pres.

Det sundhedsfaglige personalet (herunder læger og sygeplejersker) har løbende gjort os opmærksom på, og gør det med stigende ro, at dokumentationsbyrden er meget stor. Vi mener, at personalet har ret. Vi bruger for meget tid på registrering, dokumentation og kvalitetsmåling. Vi bør derfor tage vor dokumentation, vore registreringer og kvalitetsmålinger op til revision. Vi skal spørge os selv: Måler vi det rigtige? Måler vi på den rigtige måde? Er vore målinger

blevet rituelle? Vi mener, at nogle målinger bør fjernes, nogle bør ændres, og andre bør indføres, men samlet set skal omfanget af dokumentation og antallet af målinger og registreringer reduceres.

“ Vi bør tage vor dokumentation, vore registreringer og kvalitetsmålinger op til revision

I 2013 gennemførte OECD en evaluering af kvaliteten i det danske sundhedsvæsen. Konklusionen var, at

Danmark i international sammenhæng kan betragtes som pioner med hensyn til kvalitetsudvikling, idet Danmark er et af de lande, der er nået længst og kan betragtes som et eksempel til efterlævelse for andre lande. Det danske sundhedsvæsen klarer sig altså på en række områder godt i OECD's kvalitetssammenligninger. OECD angiver imidlertid, at der er behov for sammenhæng i kvalitetsmåling, så målingerne modsvarer de sundhedsproblemer, vi står over for i det danske sundhedsvæsen.

Danmark har unikke muligheder for kvalitetsudvikling og kvalitetsmåling, fordi vi har adgang til personidentificerbare data (på grundlag af cpr-numre) samt valide sundhedsregistre. Dette indebærer, at vi kan måle kvaliteten af den behandling, som patienterne får ved

hjælp af avancerede kvalitetsindikatorer ved at kombinere forskellige typer af data i relation til den enkelte patient. Dette er kun muligt i relativt få lande.

LAD OS slå det fast med det samme. Vi er ikke imod målinger, men vi ønsker, at vi bruger ressourcerne på de rigtige og vigtigste målinger, der vitterligt siger noget om kvaliteten og giver mening for patienten. I et moderne rationelt sundhedsvæsen er der behov for kvalitetsmålinger for at sikre faglig udvikling og som grundlag for ledelse. Hvis ikke vi har kvalitetsmålinger som en del af vores ledelsesinformation, styrer vi i blinde. Samtidig er de grundlaget for, at sundhedsvæsenet over for det øvrige samfund kan dokumentere sit værd. I det danske sundhedsvæsen er alle data vedrørende kvaliteten af sundhedsvæsenets ydelser offentligt tilgængelige. Sundhedsvæsenet er således den offentlige sektor, der har den største gennemsigtighed og gennemsækelighed vedrørende kvaliteten. Størstedelen af kvalitetsdata er tilgængelig på e-health-portalen, sundhed.dk, sammen med en lang række andre informationer om det danske sundhedsvæsen. Dette er i international sammenhæng enestående.

VI HAR brug for dokumentation og målinger, der belyser kvaliteten af den behandling, som patienterne får i sund-

hedsvæsenet. I Danmark er der etableret 61 offentligt finansierede kliniske kvalitetsdatabaser, som på grundlag af sundhedsfaglige, kliniske indikatorer og standarder (kvalitetsmål) belyser den sundhedsfaglige kvalitet, dvs. kvaliteten af forebyggelse, diagnostik, behandling, pleje og rehabilitering i relation til en række sygdomme. Internationalt er Danmark foregangsland på dette område.

VI KAN ikke undvære de kliniske kvalitetsdatabaser, fordi de måler kronjuvelerne, dvs. kvaliteten af sundhedsvæsenets kerneydelser. Erfaringerne med de kliniske kvalitetsdatabaser i mere end 10 år viser, at kvaliteten er blevet signifikant forbedret på de fleste sygdomsområder, hvor der findes kliniske kvalitetsdatabaser. Så her er der tale om meningsfulde målinger. På klinisk niveau er det utilfredsstillende, at dataindberetning ikke er integreret i den elektroniske patientjournal. Dette indebærer, at der bruges ressourcer på at indberette data i de kliniske afdelinger. Disse problemer må naturligvis løses.

Siden 2000 er der gennemført landsdækkende undersøgelser til belysning af patientoplevelser, de såkaldte Landsdækkende Undersøgelser af Patientoplevelser (LUP). I psykiatrien gennemføres tillige pårørende tilfredsundersøgelser. Brugerundersøgelserne gennemføres årligt i regi af Ministeriet for Sundhed og

Forebyggelse og Danske Regioner. Spørgsmålene fokuserer hovedsagelig på den organisatoriske kvalitet og kommunikation og i mindre omfang på patienternes vurdering af den sundhedsfaglige kvalitet, herunder resultatet af behandling.

Vi kan naturligvis ikke undvære undersøgelser, der belyser patienternes oplevelser af sundhedsvæsenets ydelser, men der er behov for, at de forbedres, så de i højere grad afspejler patienternes vurdering af det resultat, som behandlingen har givet i sundhedsvæsenet. Vi har brug for disse undersøgelser for at kunne lave forbedringer på patienternes præmisser.

DEN DANSKE Kvalitetsmodel (DDKM) blev introduceret som akkrediteringsmodel i det danske sundhedsvæsen i 2005. Modellen er implementeret i sygehuse, apoteker og præhospitale enheder, som bliver akkrediteret (godkendt) på grundlag af akkrediteringsstandarder. Ud fra et ledelsesmæssigt synspunkt er DDKM en gave til ledelserne på danske hospitaler. Vi anerkender, at DDKM har bidraget til at skabe struktur på kvalitetsarbejdet på hospitalerne, og der er næppe tvivl om, at DDKM har bidraget til, at hospitalerne har fået styr på retningsgivende dokumenter og fokus på vigtige processer i patientforløbene.

Imidlertid har DDKM medført et alt for stort monitoreringskrav, ud over monito-



Hækkerup: Den Danske kvalitetsmodel skal laves om

Nyheder

Den nuværende kvalitetsmodel, som bruges til at måle sygehusene, er for tung og bureaukratisk og kan virke demotiverende for læger og sygeplejersker, mener sundhedsminister Nick Hækkerup. Han vil ikke tage stilling til, om modellen helt skal skrottes, men den skal nytænkes, siger han

Kilde: Ugeskrift for Læger, 22. august 2014



NEW PUBLIC MANAGEMENT (NPM)

- Offentlige institutioner skulle ifølge NPM styres på grundlag af mål- og rammestyring. Resultatmåling skulle styrkes, således at der kunne præsteres mere for mindre
- NPM sætter "kunden i centrum", Borgerne skulle have mulighed for at vælge leverandør af velfærdsydelser og "pengene skulle følge borgeren".

Kilde: Torfing, 2013, Andersen et al, 2017, Mainz & Timmermann, 2017.



Vort forhadte styringsredskab

New Public Management

* 1991 † 2016

er afgået ved døden efter længere tids sygdom

Du vil ikke blive savnet – alt for meget mistillid, kontrol og registrering

På de offentligt ansattes vegne



MEN: RYGTET OM NPMS DØD ER STÆRKT OVERDREVET.

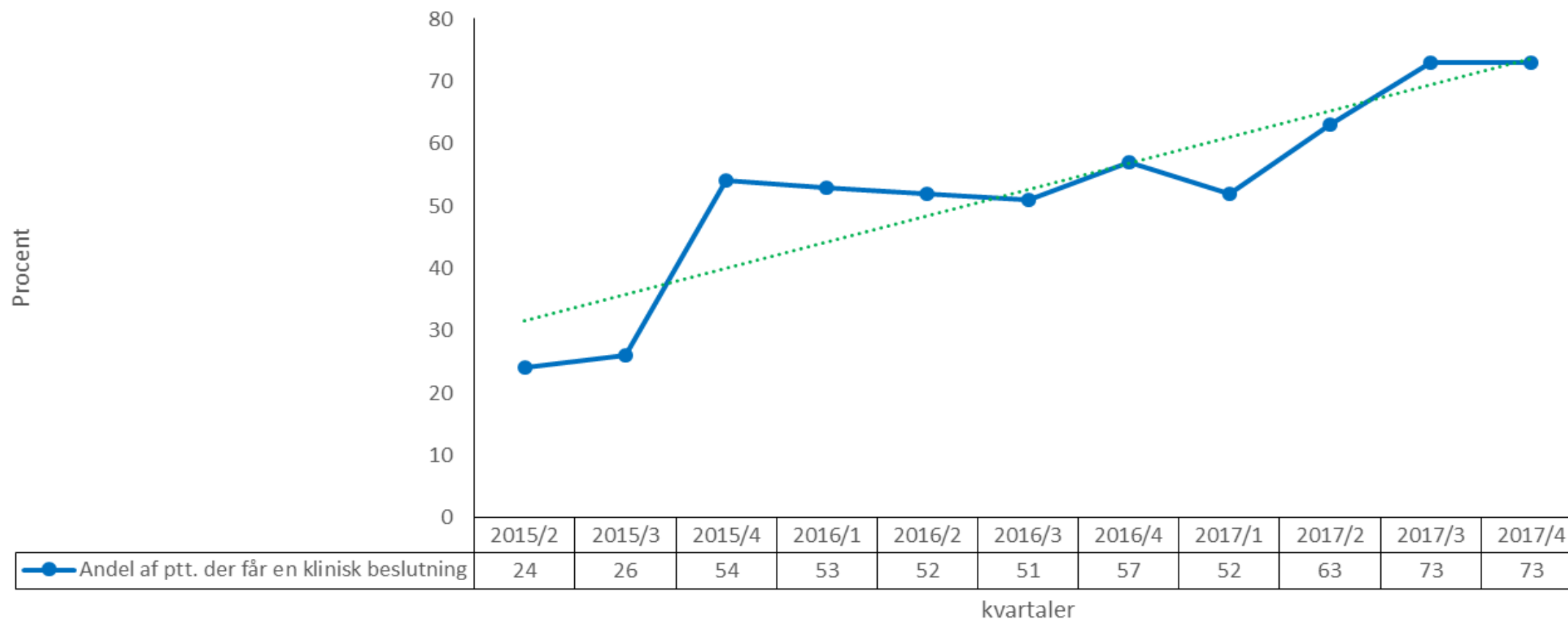
- **Vi har aldrig haft flere performance indikatorer, end vi har nu (udrednings- og behandlingsret, tvang, FMK etc.), hvilket er inspireret af NPM.**
- **Egentlig forekommer det rimeligt, at et offentligt sundhedsvæsen skal dokumentere sit værd og være gennemsigtigt og gennemsikret, når vel at mærke målene er relevante for kerneopgaven, og omfanget af målinger giver mening.**

Kilde: Torfing, 2013, Andersen et al, 2017, Mainz & Timmermann, 2017.



UDREDNINGSRETTE

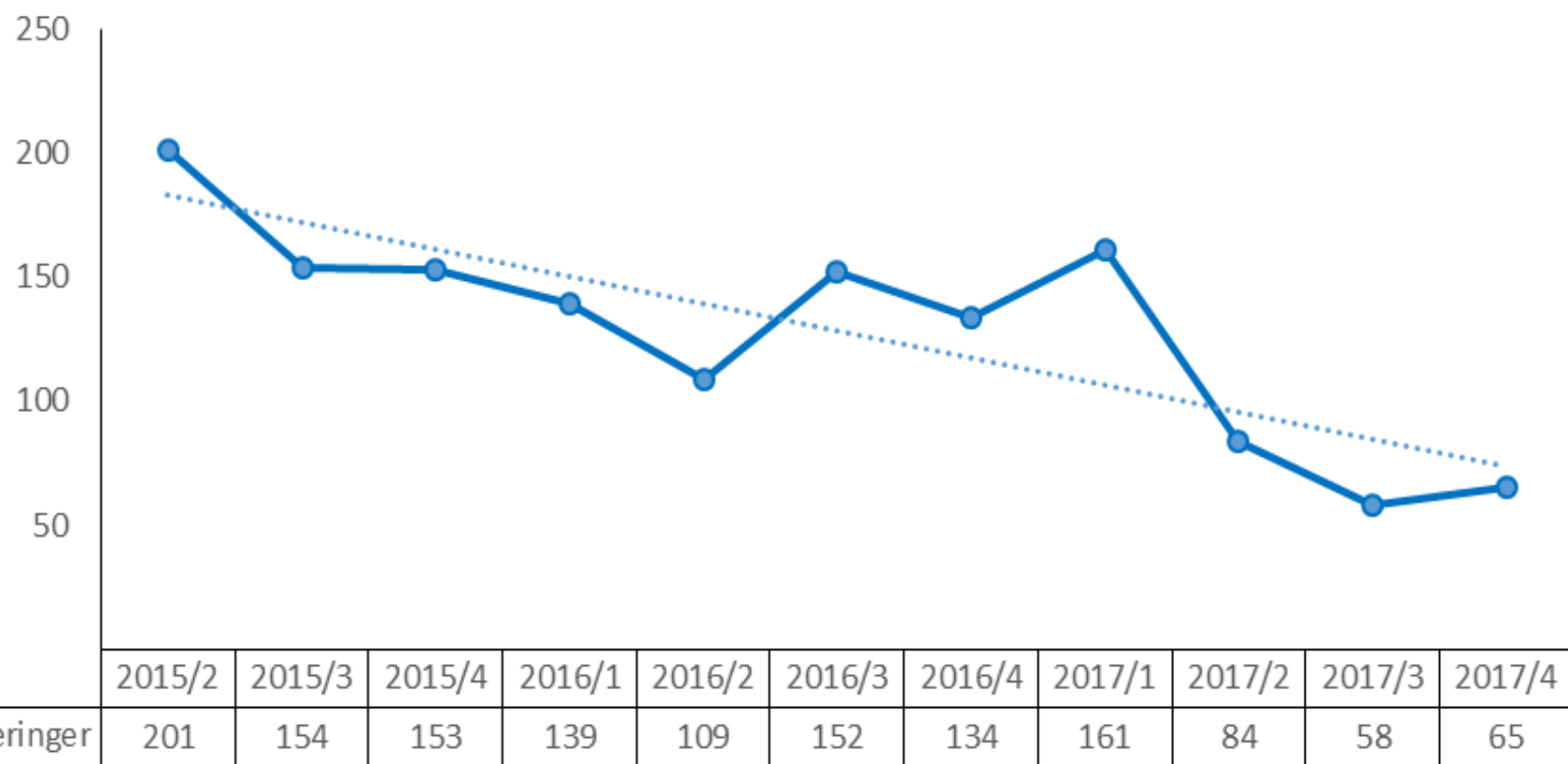
Psykiatrien, Region Nordjylland
Udredningsretten
Kvartalvis udvikling 2015 - 2017





ANTAL BÆLTEFIKSERINGER

Psykiatrien, Region Nordjylland
Total antal bæltefikseringer
Kvartalsvis udvikling 2015 - 2017



NEW PUBLIC GOVERNANCE

- NPG lægger vægt på balance mellem regel, -mål- og resultatstyring og tillid og tillidsbaseret ledelse, hvor der kun måles på få resultatmål,
- Det decentrale råderum udvides mhp. at øge kvaliteten af offentlige ydelser ved tværgående samarbejde og innovation og nye ledelsesformer
- NPG bringer relevante og berørte parter sammen i netværk og partnerskaber i et integreret samarbejde, hvor medarbejdere fra forskellige forvaltninger og faggrupper sammen med borgere går sammen om at yde helhedsorienterede offentlige ydelser
- De offentlige ledere skal i NPG træde i karakter som netværkere og igangsættere, således at der er mulighed for samskabelse



FRA OLD PUBLIC MANAGEMENT TIL NEW PUBLIC GOVERNANCE

- *”Kernen i det nye nationale kvalitetsprogram er at skabe større værdi for patienten.*
- *”Fokus på de resultater, der har betydning for patienten”*
- *”Programmet er inspireret af ønsker fra medarbejderne i sundhedsvæsenet og deres faglige organisationer, af patientperspektiver og patientforeningers efterspørgsel efter bl.a. bedre inddragelse og mere sammenhængende patientforløb samt af de bedste erfaringer fra udlandet.*
- *”Programmets ramme og implementering skal derfor udvikles og konkretiseres i tæt dialog og samarbejde med alle dele af sundhedsvæsenet, herunder regioner, kommuner, patientforeninger og faglige miljøer”*
- **Fokus skal angiveligt ændres fra et ensidigt fokus på aktivitet og produktivitet til nye styringsinstrumenter, der har et balanceret fokus på aktivitet, kvalitet, resultater og omkostninger**
- *”Det foreslås, at kvalitetsprogrammet baseres på få, ambitiøse og forpligtende nationale mål.*



DET NATIONALE KVALITETSPROGRAM: FRA OLD PUBLIC MANAGEMENT TIL NEW PUBLIC GOVERNANCE

- Det nationale kvalitetsprogram knytter hovedsageligt an til NPG, men der er tydelige elementer af NPM
- Mindre styring til fordel for et større ledelsesrum, benchlearning på et datadrevet grundlag er nøgleordene

Mainz & Timmermann, 2017, Mainz J. Basal Kvalitetsudvikling, Munksgaard, 2017

•



HVAD SIGNALERER KVALITETSPROGRAMMET SOM STRATEGI?

- *”Kvalitetsprogrammet skal påbegynde en nødvendig og fremtidig udvikling af styringen på sundhedsområdet*
- *Kvalitetsprogrammet er ikke et ’færdigt produkt’, men et program, der løbende skal udvikles og konkretiseres af de relevante parter, så der hele tiden sikres en moderne ramme for udviklingen af vores fælles sundhedsvæsen”*
- **Kvalitetsprogrammet er ikke en færdig PLAN, der skal indføres**



DET NATIONALE KVALITETSPROGRAM HVAD KAN VI KONKLUDERE?

- skal løbende udvikles
- i netværk og partnerskaber i et integreret samarbejde, hvor faggrupper sammen med brugerne går sammen om at yde helhedsorienterede sundhedsydelser
- Lederne i sundhedsvæsenet skal træde i karakter som netværkere og igangsættere, således at der er mulighed for samskabelse af sundhedsydelser

Kilde: Mainz & Timmermann, 2017

n

POINTE 5:

**KVALITETSPROGRAMMET SIGNALERER:
DER ER BEHOV FOR METODEDEFRIHED:
IKKE ONE SIZE FITS ALL**

- **Kvalitetsmålene med tilhørende indikatorer skal udvikles i tæt samspil med KLINIKERNE og PATIENTERNE**
- **KVALITETSMÅLENE SKAL OPFYLDES i tæt samspil med KLINIKERNE og PATIENTERNE**
- **Improvement kan opnås med forskellige metoder**

,

Kilde: Mainz & Timmermann, 2017, Mainz J. Basal Kvalitetsudvikling, Munksgaard, 2017



SIGNIFIKANTE FORBEDRINGER I DE KLINISKE DATABASER

- High volume cancers +++
- Stroke +++
- PCI/CABG +++
- Schizophrenia+++
- Diabetes, COLD, Heart Failure ++
- Hernia +++
- Vascular surgery +
- Childhood diabetes +++
- Perforated gastric ulcer +++
- Obstetrics +

Kilde: Mainz J. Basal Kvalitetsudvikling, Munksgaard 2017



HVORDAN SKAL VI ARBEJDE MED KVALITETSPROGRAMMET?



DET NATIONALE KVALITETSPROGRAM

Kvalitetsprogrammet består af tre elementer:

- **Få, ambitiøse, nationale mål for sundhedsvæsenet**
- **Etablering af lærings- og kvalitetsteam på udvalgte områder**
- **Et nationalt ledelsesprogram**



MÅLSÆTNINGER FOR PSYKIATRIEN I 2018

Psykiatriens målsætninger for 2018 er et resultat af:

- **De nationale mål**
- **Den regionale budgetaftale for 2018**
- **De regionale fokusområder**
- **Psykiatrispecifikke fokusområder**



**NATIONALE
MÅL FOR
SUNDHEDS-
VÆSENET**



NATIONALE MÅL : BEDRE KVALITET, SAMMENHÆNG OG GEOGRAFISK LIGHED I SUNDHEDSVÆSNET



**BEDRE
SAMMEN-
HÆNGENDE
PATIENT-
FORLØB**



**STYRKET
INDSATS
FOR KRONIKERE
OG ÆLDRE
PATIENTER**



**FORBEDRET
OVERLEVELSE
OG PATIENT-
SIKKERHED**



**BEHANDLING
AF HØJ
KVALITET**



**HURTIG
UDREDNING
OG
BEHANDLING**



**ØGET
PATIENT-
INDDRAGELSE**



**FLERE
SUNDE LEVEÅR**



**MERE
EFFEKTIVT
SUNDHEDS-
VÆSEN**

INDIKATORER

AKUTTE
GENINDLÆGGEL-
SER INDEN FOR
30 DAGE

VENTETID TIL
GENOPTRÆNING

SOMATISK
FÆRDIGBEHAND-
LINGS-DAGE PÅ
SYGEHUSE

AJOURFØRTE
MEDICIN-
OPLYSNINGER
(PRAKTISERENDE
LÆGE)

TILKNYTNING TIL
ARBEJDSMARKEDET

AKUTTE
INDLÆGGELSER
PR. KOL/
DIABETES-PATIENT

FOREBYGGELIGE
INDLÆGGELSER
BLANDT ÆLDRE

DEMENS
BRUG AF ANTI-
PSYKOTIKA

OVERBELÆGNING
PÅ MEDICINSKE
AFDELINGER

5 ÅRS
OVERLEVELSE
EFTER KRÆFT

HJERTE-
DØDELIGHED

SYGEHUS-
ERHVERVEDE
INFEKTIONER

OVERLEVELSE
VED UVENTET
HJERTESTOP

OPFYLDELSE
AF KVALITETSMÅL
I DE KLINISKE
KVALITETS-
DATABASER

INDLAGTE
PATIENTER I
PSYKIATRIEN, DER
BÆLTEFIKSERES

VENTETID TIL
PLANLAGT
SYGEHUS-
OPERATION OG
TIL PSYKIATRIEN

SOMATISKE/
PSYKIATRISKE
PATIENTER
UDREDT INDEN FOR
30 DAGE

KRÆFTPAKKE-
FORLØB
GENNEMFØRT
INDEN FOR TIDEN

PATIENT-
TILFREDSHED
PATIENTOPLEVET
INDDRAGELSE

MIDDELLEVETID
DAGLIG RYGERE
I BEFOLKNINGEN

LIGGETID PR.
INDLÆGGELSE
PRODUKTIVITET
PÅ SYGEHUSENE



Akutte genindlæggelser

Færdig behandlingsdage

Indlagte der bæltefikseres

Opfyldelse af kvalitetsmål i de kliniske databaser

Opfyldelse af udredningsret

Overholdelse af behandlingsretten

Patient oplevet tilfredshed

Patient oplevet inddragelse

Liggetid pr. indlæggelse



Akutte genindlæggelser

Færdig behandlingsdage

Udskrivningsbreve afsendt inden 3 dage

Ambulante besøg

Medicin gennemgang ajourført

Indlagte der bæltefikseres

Opfyldelse af kvalitetsmål i de kliniske databaser

Opfyldelse af udredningsret

Overholdelse af behandlingsretten

Patient oplevet tilfredshed

Patient oplevet inddragelse

Budget overholdelse

Sygefravær

Arbejds-skader m. fravær

Nedbringelse i udeblivelser/aflysninger

Nedbringelse af vikarforbrug

Liggetid pr. indlæggelse



PSYKIATRIENS MÅLSÆTNINGER 2018

	Målsætning	Mål
1	Overholdelse af udredningsretten	75% (Klinisk beslutning) 91% (Bekendtgørelsen)
2	Overholdelse af behandlingsretten	75%
3	Antal bæltefikseringer	Fastlægges i dialog med klinikledelse/ afsnitsledende sygeplejerske
4	Ajourføringsprocent på FMK - Ambulante patienter	>= 90%
5	Ajourføringsprocent på FMK – Stationær patienter	>= 90 %
6	Færdigbehandlingsdage på sygehuse	Ingen mål – men følges datamæssigt på alle niveauer
7	Ambulante besøg	Fastlægges i dialog med klinikledelse/ambulatorieleder
8	Antal akutte genindlæggelser inden for 30 dage	Ingen mål – men følges datamæssigt
9	Gennemsnitlig indlæggelsestid på sygehuse	Ingen mål – men følges datamæssigt
10	Budgetoverholdelse	<=100%



PSYKIATRIENS MÅLSÆTNINGER 2018 (FORSAT)

Målsætning		Mål
11	Sygefraværet	Reducere sygefraværet – med fokus på korttidsfraværet og reduktion med 1 dag i forhold til 2017 pr. medarbejder i korttidsfraværet. (Ajourføres når 2017 er opgjort)
12	Arbejdsskader med fravær	Reduceres med 10 pct. i forhold til 2017 (Ajourføres når 2017 er opgjort)
13	Patienttilfredshed (LUP)	Fastlægges i dialog med klinikledelse
14	Patientoplevelset inddragelse (LUP)	Fastlægges i dialog med klinikledelse
15	Rettidig udsendelse af udskrivningsbreve – Ambulante patienter	>=85%
16	Rettidig udsendelse af udskrivningsbreve – Stationær patienter	>=85%
17	Nedbringelse i udeblivelser	Nedbringe udeblivelser med 0,7% procentpoint
18	Nedbringelse i aflysninger	Nedbringe antallet af aflysninger med 0,8% procentpoint
19	Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP) De kliniske kvalitetsdatabaser for Psykiatrien	Månedlig/kvartalsvis tilbagemelding på indberettede data, herunder indikatoropfyldelse i relation til fastsatte standarder.
20	Vi nedbringer vores forbrug på interne og eksterne vikarbureauer på plejeområdet (Vikarforbruget på de øvrige områder følges administrativt og kvartalsvis)	

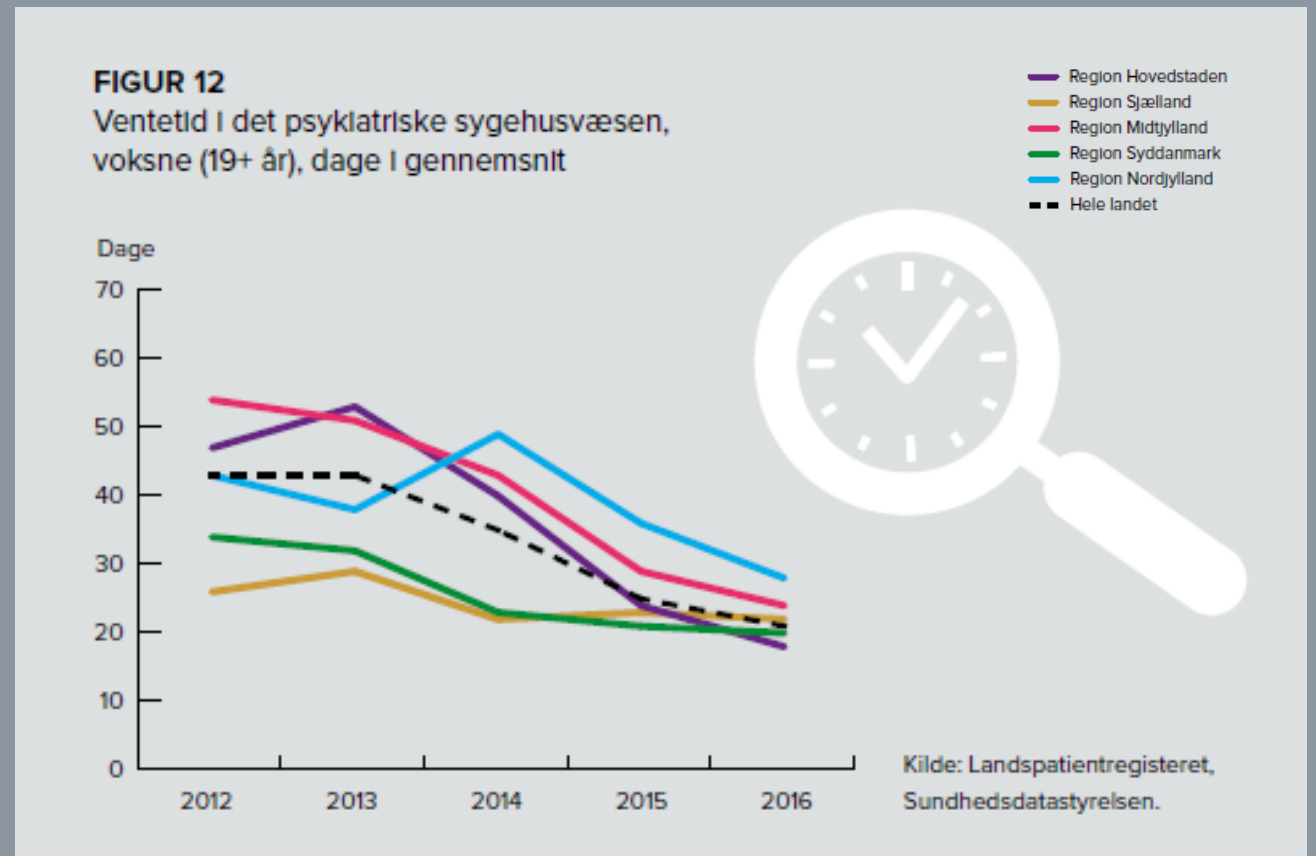


OPFØLGNING PÅ DE NATIONALE MÅL


Nøgletallene opgøres i Danske Regioner hvert kvartal. Disse offentliggøres på regioner.dk

De nationale tal kommer fra Sundhedsdatastyrelsen 2 x årligt på eSundhed.dk

I foråret danner tallene udgangspunkt for en politisk debat om udviklingen samt en rapport.





MÅL	INDIKATORER	HELE LANDET	NORDJYLLAND	MIDTJYLLAND	SYDDANMARK	HOVEDSTADEN	SJÆLLAND
 BEDRE SAMMENHÆNGENDE PATIENTFORLØB	Akutte genindlæggelser indenfor 30 dage, pct. ¹	6,6 →	● 5,3 ↗	● 6,9 ↘	● 3,5 ↗	● 6,9 ↘	● 9,7 ↘
	Ventetid til genoptræning, dage ¹	13 ↗	● 13 ↗	● 13 →	● 14 ↗	● 13 ↗	● 11 ↗
	Somatiske færdigbehandlingsdage på sygehusene, dage ¹	6,0 ↗	● 2,7 ↗	● 3,0 ↘	● 2,3 ↘	● 13,5 ↗	● 2,6 ↘
	Ajourførte medicinoplysninger (marts 2016-marts 2017), pct. ³	12 ↗	● 14 ↗	● 15 ↗	● 9 ↘	● 10 ↘	● 14 ↘
	Fastholdelse af somatisk syge på arbejdsmarkedet, pct.	81,4 ↗	● 77,6 ↘	● 80,1 ↗	● 79,7 ↗	● 83,5 ↗	● 81,8 ↗
	Fastholdelse af psykisk syge på arbejdsmarkedet, pct. ⁴	50,4 ↘	● 40,7 ↘	● 46,7 ↘	● 46,8 ↘	● 55,2 ↗	● 51,7 ↗



REGION NORDJYLLAND	AKUTTE GENIND- LÆGGELSER INDENFOR 30 DAGE, PCT.	VENTETID TIL GEN- OPTRÆNING, DAGE	SOMATISK FÆRDIG- BEHANDLINGS- DAGE PÅ SYGEHUSENE, DAGE	FASTHOLDELSE AF SOMATISK SYGE PÅ ARBEJDS- MARKEDET, PCT	FASTHOLDELSE AF PSYKISK SYGE PÅ ARBEJDS- MARKEDET, PCT. ¹	AKUTTE INDLÆGGELSER PR. 1.000 KOL-PATIENT	AKUTTE INDLÆGGELSER PR. 1.000 DIABETES TYPE 2-PATIENT	FOREBYGGE- LIGE INDLÆGGELSER PR. 1.000 ÆLDRE	ANDEL BORGERE MED DEMENS, ANTI- PSYKOTIKA, PCT.	MIDDEL- LEVETID	DAGLIGE RYGERE, PCT. (2013)
BRØNDERSLEV KOMMUNE	3,2 ↗	14 →	2,6 ↘	77,0 ↗	43,4	384 ↗	273 ↘	45,2 ↗	11,7 ↗	80,2 ↗	16,8 ↗
FREDERIKSHAVN KOMMUNE	2,6 ↘	10 ↗	0,6 ↗	74,4 ↘	42,1	436 ↗	283 ↗	54,0 ↗	20,7 ↘	79,9 ↗	19,4 ↗
HJØRRING KOMMUNE	2,7 ↘	11 ↘	1,2 ↘	77,9 ↗	43,3	486 ↗	283 ↗	59,8 ↗	15,2 ↗	80,8 ↗	18,2 ↗
JAMMERBUGT KOMMUNE	5,0 ↗	20 ↘	2,6 ↗	77,4 ↗	37,3	469 ↗	311 ↗	61,1 ↗	15,6 ↗	80,5 ↗	18,2 ↗
LÆSØ KOMMUNE	2,5 ↘	6 ↗	0,0 →	90,1 ↗	*	296 ↗	231 ↘	32,2 ↗	*	*	17,9 ↗
MARIAGERFJORD KOMMUNE	5,9 ↗	15 ↗	2,6 ↘	78,9 ↗	55,3	483 ↗	299 ↗	42,5 ↘	15,6 ↘	80,3 ↗	19,0 ↗
MORSØ KOMMUNE	8,5 ↘	15 →	0,5 ↘	79,1 ↘	35,7	614 ↗	456 ↘	70,8 ↗	19,4 ↘	79,8 ↗	20,9 ↗
REBILD KOMMUNE	5,4 ↗	6 ↗	3,5 ↘	78,2 ↗	35,3	568 ↘	262 ↗	42,5 ↘	13,3 ↘	80,7 ↘	13,7 ↗
THISTED KOMMUNE	8,3 ↘	15 ↘	0,0 ↗	82,3 ↗	35,5	664 ↗	454 ↘	82,2 ↗	18,1 ↘	79,7 ↗	17,9 ↗
VESTHIMMERLANDS KOMMUNE	6,1 ↗	9 ↗	0,6 ↗	76,5 ↘	36,8	381 ↗	286 ↗	35,2 ↘	18,4 ↗	80,5 →	18,1 ↗
AALBORG KOMMUNE	5,5 ↗	15 ↗	5,0 ↗	76,8 ↘	44,6	454 ↗	289 ↘	39,3 ↗	15,9 →	80,4 ↗	14,9 ↗

* Data mangler, ** Ikke offentliggjort, da tallet vurderes at være for påvirket af manglende indberetninger pga. Sundhedsplatformen.

¹ Farvemarkeringen er alene ift. placering ift. landsgennemsnittet



POINTE 6: FOKUS PÅ PATIENTEN

Kilde: Mainz J. Basal Kvalitetsudvikling, Munksgaard, 2017



**BEDRE
SAMMEN-
HÆNGENDE
PATIENT-
FORLØB**



**STYRKET
INDSATS
FOR KRONIKERE
OG ÆLDRE
PATIENTER**



**FORBEDRET
OVERLEVELSE
OG PATIENT-
SIKKERHED**



**BEHANDLING
AF HØJ
KVALITET**



**HURTIG
UDREDNING
OG
BEHANDLING**



**ØGET
PATIENT-
INDDRAGELSE**



**FLERE
SUNDE LEVEÅR**



**MERE
EFFEKTIVT
SUNDHEDS-
VÆSEN**

INDIKATORER

BELÆGNING

AKUTTE
GENINDLÆGGEL-
SER INDEN FOR
30 DAGE

VENTETID TIL
GENOPTRÆNING

SOMATISK
FÆRDIGBEHAND-
LINGS-DAGE PÅ
SYGEHUSE

AJOURFØRTE
MEDICIN-
OPLYSNINGER
(PRAKTISERENDE
LÆGE)

AKUTTE
INDLÆGGELSER
PR. KOL/
DIABETES-PATIENT

FOREBYGGELIGE
INDLÆGGELSER
BLANDT ÆLDRE

5 ÅRS
OVERLEVELSE
EFTER KRÆFT

HJERTE-
DØDELIGHED

SYGEHUS-
ERHVERVEDE
INFEKTIONER

OVERLEVELSE
VED UVENTET
HJERTESTOP

OPFYDELSE
AF KVALITETSMÅL
I DE KLINISKE
KVALITETS-
DATABASER

INDLAGTE
PATIENTER I
PSYKIATRIEN, DER
BÆLTEFIKSERES

VENTETID TIL
PLANLAGT
SYGEHUS-
OPERATION OG
TIL PSYKIATRIEN

SOMATISKE/
PSYKIATRISKE
PATIENTER
UDREDT INDEN FOR
30 DAGE

KRÆFTPAKKE-
FORLØB
GENNEMFØRT
INDEN FOR TIDEN

PATIENT-
TILFREDSHED
PATIENTOPLEVET
INDDRAGELSE

MIDDELLEVEDTID
DAGLIG RYGERE
I BEFOLKNINGEN

LIGGETID PR.
INDLÆGGELSE
PRODUKTIVITET
PÅ SYGEHUSENE



SAMSKABELSE MED PATIENTEN ER EN SKAL OPGAVE

- Sundhedsvæsenet er til for borgerne
- Patienterne og brugerne bør være omdrejningspunktet
- Patienterne og brugerne har særlige forudsætninger for at prioritere og vurdere sundhedsvæsenets ydelser
- Patienterne og brugerne er de eneste, der oplever hele forløbet i sundhedsvæsenet, herunder det tværsektorielle og tværfaglige forløb
- **Patienternes og brugernes oplevelse af forløbet i sundhedsvæsenet, er afgørende for, om sundhedsvæsenet kan karakteriseres som velfungerende**

Patienternes og brugernes evaluering er således et mål for sundhedsvæsenets succes



HAR PATIENTINDDRAGELSE EFFEKT?

Der er dokumentation for, at bruger- og patientinddragelse kan have effekt

- Patienttilfredshed
- Kvaliteten af behandlingen
- Patientsikkerheden
- Sundhedsøkonomien

Kilde: Mainz J. Basal Kvalitetsudvikling, Munksgaard, 2017



POINTE 7: FOKUS PÅ IMPLEMENTERING



UDFORDRINGER: ER VI GODE NOK TIL AT IMPLEMENTERE STRATEGIER?

- 70 procent af vores mål i strategiplaner bliver aldrig til noget (Obed Madsen, 2014; Kaplan & Norton, 2008; Bossidy, 2002)
- Studier angiver, at fire ud af fem strategier ikke eksekveres efter hensigten (Obed Madsen, 2017, forthcoming; Makins & Steele, 2005; Kaplan & Norton, 2008; Krautwald & Landsdorf, 2013)
- En undersøgelse viste, at mere end 40 procent af ledere og mere end 90 procent af medarbejderne er i tvivl, om de forstår organisationens strategi (Obed Madsen, 2013)
- Hvis man ikke forstår strategien, fører det til organisatorisk hykleri og pligtsludder (Brunsson, 2002, Goffmann, 1990, Lerborg, 2017, Larsen, 2017 og Obed Madsen, 2017)



LEDEREN SOM OVERSÆTTER

Når en leder modtager en strategi, kan lederen

- ignorere strategien, fordi denne ikke er enig eller ikke forstår den.
- sende den videre, uden at foretage sig noget, måske fordi lederen ikke selv forstår strategien.
- modarbejde den, fordi lederen er uenig.
- oversætte den



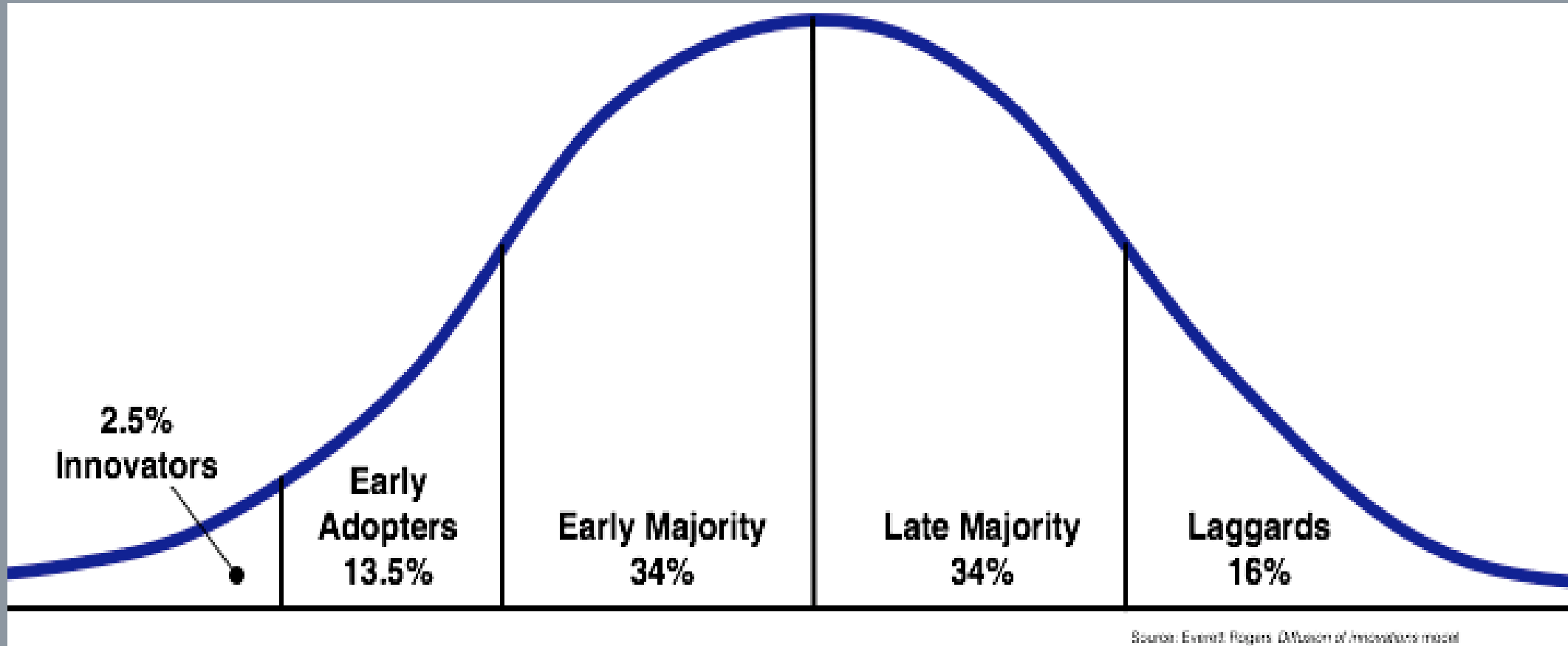
LEDEREN SOM OVERSÆTTER

Lederen kan oversætte strategien:

- Sprogligt
- Kulturelt
- Funktionelt
- ideologisk



ROGERS' TEORI OM SPREDNING AF INNOVATIONER BLANDT MEDARBEJDERE OVER TID





POINTE 8: KVALITET ER EN LEDELSESOPGAVE

Det er ledelsernes opgave at oversætte det strategiske kvalitetsarbejde og dermed også kvalitetsprogrammet



”GOD LEDELSE KAN HAVE EN POSITIV EFFEKT PÅ KVALITETEN AF SUNDHEDSVÆSENETS YDELSER”

UGESKRIFTET_{dk}

NYHEDER VIDENSKAB DEBAT

VIDENSKAB / 9. DEC 2013

God ledelse kan have en positiv effekt på kvaliteten af sundhedsvæsenets ydelser

STATUSARTIKEL

Dato
9. Dec 2013

Kravene til kvaliteten af sundhedsvæsenets ydelser og kvalitetsudvikling i det danske sundhedsvæsen har igennem de seneste 20 år været stigende [1]. Denne udvikling er sket samtidig med, at der har været øget fokus på at fremme produktiviteten og holde de driftsøkonomiske budgetter [2]. Kvalitet er blevet en legitimeringsfaktor og konkurrenceparameter i sundhedsvæsenet, som følge af at kvaliteten af sundhedsvæsenets ydelser har fået en central plads på den politiske dagsorden [3]. Denne udvikling har stillet øgede krav til lederne i sundhedsvæsenet.

I denne artikel fokuseres der på kvalitetsledelse som en metode til kvalitetsudvikling i det danske sundhedsvæsen med henblik på at belyse evidensen for effekten af kvalitetsledelse på sundhedsvæsenets ydelser.

FORMÅLET MED KVALITETSLEDELSE

I Den Danske Kvalitetsmodel er der i standarderne formuleret krav til ledelsen i sundhedsvæsenet generelt. Der skal anvendes kvalitetsledelse med henblik på at udvikle og sikre kvaliteten af sundhedsvæsenets ydelser, herunder den sundhedsfaglige kvalitet i relation til forebyggelse, diagnostik, behandling, pleje, rehabilitering samt den organisatoriske kvalitet og den patientoplevede kvalitet [3].

Tenna
Hassert Nielsen,
Allan Riis, Jan Mainz
og Anne-Louise Degn
Jensen. Statusartikel
i Ugeskrift for Læger,
2013



HVAD SKAL VI PRIORITERE?

- ✓ Resultater for patienterne
- ✓ Fokus på evidensbaserede metoder
- ✓ Begrænse dokumentation og registreringer
- ✓ Kvalitetsforbedring skal give mening i det daglige kliniske arbejde



POINTE 9: DET NATIONALE KVALITETSPROGRAM ER EN GOD RAMME FOR KVALITETSUDVIKLING OG PATIENTSIKKERHED I DK

Kilde: Mainz J. Basal Kvalitetsudvikling, Munksgaard, 2017



KVALITETSINITIATIVER BØR EVALUERES: HAR PROJEKTERNE EFFEKT FOR PATIENTERNE?

- Hovedparten af vore kvalitetsinitiativer evalueres ikke
- Kvalitetsinitiativer planlægges uden mulighed for kontrol
- Kvalitetsinitiativer, der er gennemført dokumenterer begrænset effekt



CENTER FOR KLINISK SUNDHEDSTJENESTEFORSKNING

Professor, direktør, Ph.D., MPA Jan Mainz

Professor, overlæge, Ph.D. Søren Paaske Johnsen

VIP:

Post.doc, Ph.d. Mette Jørgensen

Projektleder, Ph.d. Solvejg Kristensen

Klinisk assistent, cand.med. Søren Valgreen Knudsen

Ph.d. studerende, cand.med. Julie Mackenhauer

Forskningsassistent, cand.scient.san Line Rasmussen

2 statistikere

2 ph.d.-studerende under Marie Curie programmet.



PSYCHIATRY - AALBORG UNIVERSITY HOSPITAL



AALBORG UNIVERSITET



AALBORG UNIVERSITETSHOSPITAL
- i gode hænder



EKSEMPLER PÅ PROJEKTER

- **Quality of health care for vulnerable populations: Are We Closing Disparity Gaps?**
- **Composite measures for quality of health care for patients with chronic conditions: are we comparing apples and pears?**
- **Quality of care in the Emergency Department: Time-critical acute diseases and psychiatric co-morbidity**
- **Optimal præhospital triagering af patienter med mulig akut stroke**
- **Effekt af repetitive akkrediteringsrunder på danske hospitaler**
- **Behandlingskvaliteten for depressive og skizofrene patienter belyst ved hjælp af PROM**





POINTE 10: KVALITET ER SUNDHEDSVÆSENETS VIGTIGSTE BRAND

- For patienterne, de pårørende, borgerne, sundhedsprofessionerne, lederne i sundhedsvæsenet og politikerne har kvaliteten af sundhedsvæsenets ydelser ultimativt den største betydning
- Uanset hvor man arbejder i sundhedsvæsenet, har man en forpligtelse til at bidrage til, at kvaliteten vedvarende forbedres. Dette indebærer, at det er nødvendigt at have et godt kendskab til kvalitetsudvikling og patientsikkerhed



JAN MAINZ

BASAL
KVALITETS
UDVIKLING



MUNKSGAARD

BASAL



Tak for opmærksomheden