

NATIONALT KVALITETSPROGRAM FOR SUNDHEDSOMRÅDET 2015-2018

APRIL 2015



Vision for fremtidens kvalitetsarbejde på sundhedsområdet

Det er en hjørnesteen i det danske velfærdssamfund, at vores fælles sundhedsvæsen er velfungerende, effektivt og tilbyder let og lige adgang til behandling af høj kvalitet i hele landet. Visionen for fremtidens kvalitetsarbejde i sundhedsvæsenet er, at kvaliteten skal være blandt den bedste i verden. Alle danskere – uanset bopæl – skal tilbydes en behandling af samme høje kvalitet, samtidig med at der leveres mere sundhed for pengene. For at realisere denne vision skal niveauet for kvalitet i sundhedsvæsenet hele tiden løftes.

Generelt er kvaliteten høj i det danske sundhedsvæsen, men der er stadig plads til forbedringer. Spredning af bedste praksis går for langsomt, og der findes områder med betydelig variation i kvaliteten. Samtidig står sundhedsvæsenet over for væsentlige udfordringer. Vi lever længere, flere af os får kroniske sygdomme, og vi lever i højere grad med vores sygdom end tidligere.

Disse udfordringer kræver en nytænkning af kvalitetsarbejdet. Og en nytænkning af den måde, vi styrer sundhedsvæsenet på: Fra bureaukratiske proceskrav til fokus på konkrete mål og resultater, der giver mening for patienter og personale. Og fra et ensidigt fokus på aktivitet og produktivitet til nye styringsinstrumenter, der har et balanceret fokus på aktivitet, kvalitet, resultater og omkostninger.

Nytænkningen skal sætte patientens behov i centrum og motivere sundhedspersonalet til vedvarende at skabe forbedringer til gavn for patienten. Det stiller krav om en inddragende og sammenhængende indsats, hvor der sættes fokus på at levere bedre kvalitet og værdi for patienten for de samlede ressourcer. Det er afgørende, at der er opbakning og ejerskab til det fælles mål fra alle aktører i sundhedsvæsenet.

Nytænkningen skal understøtte en udvikling i sundhedsvæsenet, hvor der stræbes efter at nå den tredelte målsætning om:

- Forbedret sundhedstilstand i befolkningen
- Høj patientoplevelse og erfaret kvalitet
- Lave omkostninger per behandlet borger

Med den tredelte målsætning er det ambitionen, at danskernes sundhed forbedres med flere raske leveår, at sundhedsvæsenet tilbyder patienter en sammenhængende, inddragende og sikker behandling af høj kvalitet, og at sundhedsvæsenets ressourcer anvendes så effektivt som muligt. Det er et fælles ansvar for stat, regioner og kommuner at stræbe efter denne samlede målsætning om at skabe behandling af højeste kvalitet og mere sundhed for pengene.

Opfyldelse af den tredelte målsætning forudsætter et ambitiøst kvalitetsprogram, der sætter det danske sundhedsvæsen i stand til vedvarende at forbedre sig og bringe kvaliteten i sundhedsydelser op blandt de bedste i verden. Systematisk brug af data, ledelsesfokus og kompetenceudvikling til bl.a. bedre patientinddragelse samt en styringsstruktur, der i højere grad understøtter kvalitetsforbedringer og fokus på effekt, skal bidrage til at realisere visionen for kvalitetsprogrammet.

Indsatsen foreslås forankret inden for en samlet ramme i form af et nyt nationalt kvalitetsprogram. Det nye nationale kvalitetsprogram ligger i forlængelse af regeringens sundhedsstrategi 'Jo før – jo bedre' og er

blevet drøftet med Danske Regioner og KL. Drøftelserne vil fortsætte med henblik på udmøntning af ”Jo før – jo bedre”. Programmet skal ses som regeringens strategi for fremtidens kvalitetsarbejde og styring i sundhedsvæsenet.

Et fælles nationalt kvalitetsprogram

Kernen i det nye nationale kvalitetsprogram er at skabe større værdi for patienten. Programmet skal understøtte en udvikling i sundhedsvæsenet, hvor der leveres bedre kvalitet i behandlingen med fokus på de resultater, der har betydning for patienten. Samtidig skal programmet understøtte, at der leveres mest sundhed for pengene.

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.

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.

Det er en fælles opgave at udvikle, understøtte og implementere den nye tilgang til arbejdet med kvalitet. Med programmet og de konkrete initiativer igangsættes en proces, hvor parterne har forskellige roller og ansvar via deling af opgaver og forpligtelser. Det er afgørende for sikring af ejerskab og succes.

Visionen foreslås realiseret ved en række konkrete indsatser. Initiativerne markerer også en nytænkning i styringstilgangen med sigte på, at styringsredskaberne på tværs kobles stærkere til det daglige arbejde med behandling og pleje, og derigennem også styrker motivationen hos det sundhedsfaglige personale.

Fastlæggelse af få, ambitiøse, nationale kvalitetsmål

Få, ambitiøse, nationale mål skal sætte retning for kvalitetsarbejdet og skabe motivation hos ledelse og medarbejdere til at forbedre kvaliteten i sundhedsvæsenet. De nationale mål skal understøttes af lokale kvalitetsmål.

Ny tilgang til kvalitetsstyring – fra proceskrav til udvikling af forbedringskultur

Sundhedspersonalets iboende motivation for at levere høj kvalitet skal understøttes, så der skabes en kultur i sundhedsvæsenet, hvor kvalitetsforbedringer er naturligt indlejret i det daglige arbejde. Forbedringskulturen skal understøttes ved at skabe rum for sundhedspersonalet til kvalitetsarbejdet. Konkret bl.a. gennem udfasning af akkrediteringen efter Den Danske Kvalitetsmodel på de offentlige sygehuse med udgangen af 2015.

Behandling med patienten i centrum – inddragelse og sammenhæng

Patienten skal være omdrejningspunktet for den inddragende og sammenhængende behandling. En styrkelse af personalets kompetencer og mere systematisk brug af redskaber, der understøtter fælles beslutningstagning, skal være med til at sikre, at patienter og pårørende i højere grad bliver hørt og inddraget i deres egen behandling.

Større synlighed om resultater og kvalitet og mere systematisk brug af data

Synlighed skal skabe fokus på sundhedsvæsenets resultater – både de gode og de knap så gode - og identificere uønsket variation i kvaliteten på tværs af sundhedsvæsenet. Synlighed skal understøtte læring og videndeling af bedste praksis på tværs af enheder og øge borgernes viden om kvaliteten i sundhedsvæsenet.

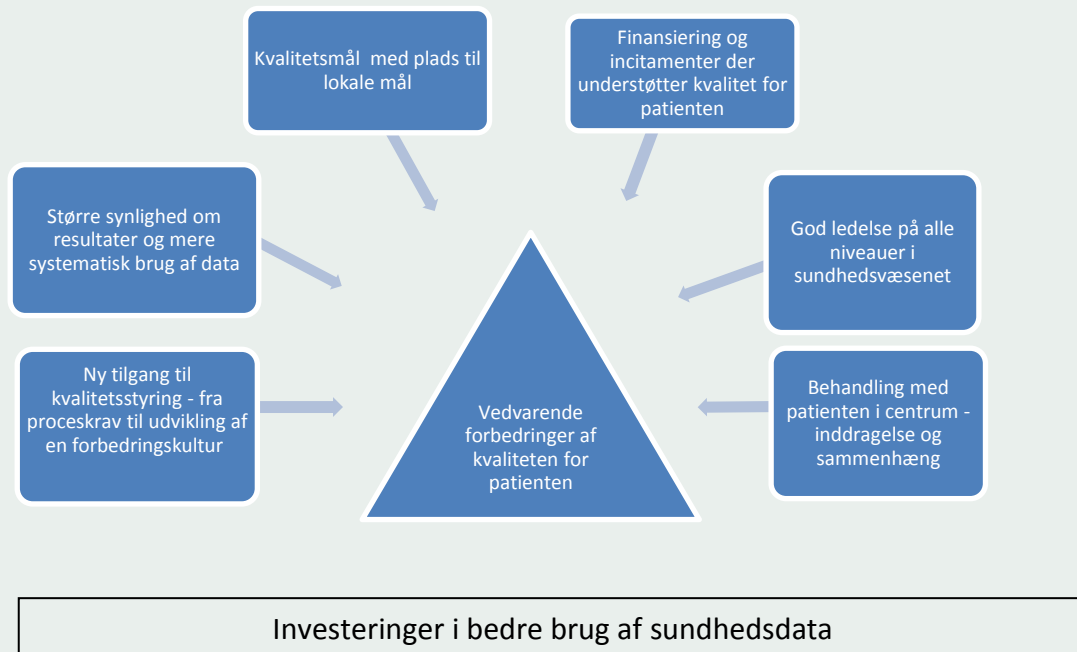
Systematisk brug af relevante sundhedsdata om kvalitet, aktivitet og økonomi skal motivere og drive kvalitetsforbedringer hos sundhedspersonale, administratorer og ledelse. Brug af tidstro data skal være en central del af det daglige forbedringsarbejde.

God ledelse på alle niveauer i sundhedsvæsenet

Ledelsen på alle niveauer i sundhedsvæsenet skal have stærkt fokus på at skabe konstante forbedringer af kvaliteten gennem fokus på målopfyldelse, reduktion af spild, læring, vidensspredning og motivation af sundhedspersonalet. Ledelsen skal opdage og gribe ind, når kvaliteten ikke er tilstrækkelig og iværksætte tiltag, der kan rette op på kvaliteten.

Incitamenter og finansiering der understøtter kvalitet for patienten

Fremover skal den økonomiske styring i højere grad understøtte en udvikling i sundhedsvæsenet, hvor der på en og samme tid stræbes efter at opnå en forbedret sundhedstilstand i befolkningen, en høj patientoplevelse og erfaret kvalitet samt lave omkostninger per behandlet borger. Regeringen ønsker et styringsmæssigt sporskifte fra tidligere tiders ensidige fokus på aktivitet og produktivitet. Regeringen ønsker en ny styring med et mere balanceret fokus på aktivitet, kvalitet, resultater og omkostninger, og hvor de enkelte styringskomponenter i højere grad tænkes sammen og går hånd i hånd.



Retning gennem få politisk fastlagte, ambitiøse, nationale kvalitetsmål

Det foreslås, at kvalitetsprogrammet baseres på få, ambitiøse og forpligtende nationale mål. Målene skal tydeligt angive retningen for kvalitetsarbejdet og understøtte opfyldelsen af den tredelte målsætning om forbedret sundhedstilstand i befolkningen, høj patientoplevelse og erfaret kvalitet samt lave udgifter per behandlet borger. De nationale mål skal understøttes af lokalt definerede kvalitetsmål.

De nationale mål kan dække særligt prioriterede områder, fx områder med lav patienttilfredshed, lav eller stagneret kvalitet eller uønsket variation. Samtidig skal aspekter som patientoplevelse, faglig kvalitet, aktivitet, økonomi og mindre spild, skader osv. afspejles balanceret i målene. Det skal forhindre, at der skabes silostrukturer i kvalitetsarbejdet, som opleves isoleret fra hinanden og afkoblet fra hverdagen på fx sygehusafdelingen, i praksisen eller på plejehjemmet. Både langsigtede og mere kortsigtede mål kan indgå, så der bliver plads til nye indsatsområder samtidig med, at opmærksomheden fastholdes på store centrale områder.

Det foreslås derfor, at regioner og kommuner fastlægger konkrete delmål, der skal bidrage til at nå de nationale mål. På samme måde fastsætter hvert enkelt sygehus og kommunale enhed lokale kvalitetsmål, der konkretiserer, hvor meget de hver især vil forbedre sig. Det er den enkelte regions og kommunes ansvar at sikre, at de lokalt fastsatte mål er tilstrækkelig ambitiøse til at opfylde regionens og kommunens samlede målsætning på de enkelte overordnede kvalitetsmål. Samtidig skal den regionale og lokale målfastsættelse naturligvis foregå med øje for behovet for på alle niveauer at kunne benchmarke og

sammenligne for at forbedre. Det er samtidig vigtigt at sikre en løbende monitorering med afsæt i relevante indikatorer.

Målene skal fastlægges politisk gennem aftaler mellem stat, regioner og kommuner. Det er vigtigt, at den endelige fastlæggelse af målene baserer sig på en proces, der giver tilstrækkelig tid til at sikre målenes legitimitet blandt centrale aktører på sundhedsområdet, ikke mindst det kliniske personale.

Ligeledes er det vigtigt, at der lokalt gives råderum til at tilpasse arbejdet med at opfylde målene efter lokale forhold.

Konkrete skridt:

- Der opstilles få, ambitiøse, nationale kvalitetsmål, der inden for rammen af den fastlagte, tredelte målsætning giver retning for kvalitetsarbejdet. Der skal under inddragelse af relevante parter aftales en fælles ramme for udvikling og monitorering af lokale kvalitetsmål, der skal bidrage til at nå de nationale mål.

Ny tilgang til kvalitetsstyring – fra proceskrav til udvikling af en forbedringskultur

Alle læger, sygeplejersker, SOSU-assistenter etc. går på arbejde for at levere god kvalitet til patienterne. Denne iboende motivation er afgørende for at realisere ambitionerne for et nyt kvalitetsprogram. Men sundhedspersonalets motivation skal styrkes og understøttes ved at skabe en kultur, hvor man hver dag går på arbejde med ambitionen om at udføre sit job en lille smule bedre, end man gjorde i går med fokus på effekt og resultat for patienten.

Etablering af en sådan kultur kræver tydeligt ledelsesfokus, og at sundhedspersonalet gives betydeligt medejerskab og rum til kvalitetsarbejdet. Det skal bl.a. sikres ved at rydde op i unødvendige registreringer og vejledninger samt ineffektive arbejdsprocesser, som hindrer, at personalet kan bruge arbejdstiden på det væsentligste; at skabe værdi for patienterne.

Et andet eksempel på at skabe plads og rum for personalet til at arbejde med forbedringer af kvaliteten er nytænkningen af Den Danske Kvalitetsmodel. Den Danske Kvalitetsmodel har bidraget til at løfte kvaliteten generelt i sundhedsvæsenet - særligt på sygehusområdet, som har arbejdet med akkreditering i længere tid. På dette område, hvor potentialet for yderligere kvalitetsforbedringer via akkrediteringsmodellen ikke længere vurderes at være til stede, er det nu tid til at tage skridtet videre i kvalitetsarbejdet.

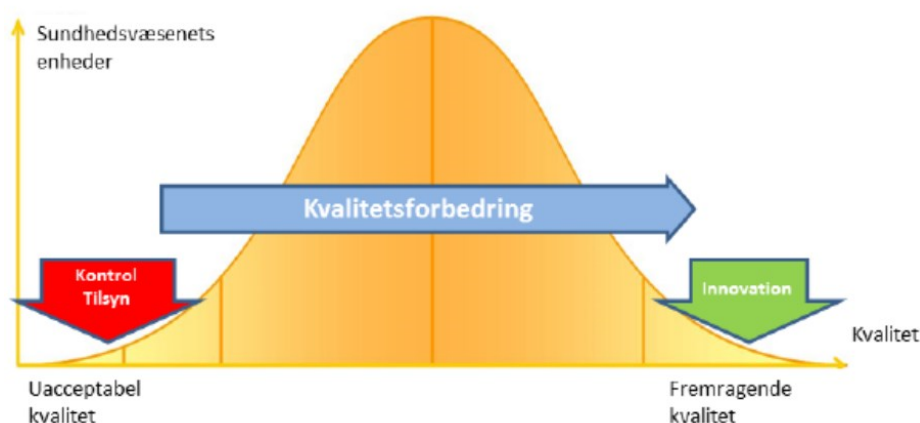
Akkrediteringen efter Den Danske Kvalitetsmodel udfases derfor for de offentlige sygehuse. Udfasningen skal reducere omfanget af dokumentation og kontrol af processer, og dermed nedbringe bureaukratiet. Samtidig skal udfasningen skabe fornyet plads for sundhedspersonalet til at arbejde med andre nye og igangværende initiativer med fokus på resultater, effekt og forbedringer, der i højere grad giver mening i det kliniske arbejde.

På andre områder, der endnu ikke har høstet frugterne af akkrediteringens fokus på proces og standarder, som fx almen praksis og de praktiserende speciallæger, forventes modellen at kunne bidrage til at forbedre kvaliteten. Akkrediteringen af disse områder gennemføres med en mere målrettet og forenklet model, der bygger på erfaringerne fra bl.a. sygehusområdet. Derfor fortsættes udviklingen af akkrediteringen på de øvrige områder, som hidtil planlagt, herunder på praksisområdet.

Redskaber til kvalitetsudvikling

Sundhedsvæsenet anvender i dag en række forskellige redskaber til at sikre en høj kvalitet og patientsikkerhed, bl.a. tilsyn, kontrol, fagligt baserede retningslinjer, læring af utilsigtede hændelser mv. Med kvalitetsprogrammet foreslås der en fornyet tilgang til kvalitetsudviklingen. Kvaliteten skal ikke blot fastholdes og sikres; den skal også vedvarende forbedres. Derfor er der behov for et større fokus på de kvalitetsredskaber, der understøtter sundhedspersonalets egen motivation til at forbedre, være innovative og bidrage til en effektiv anvendelse af sundhedsvæsenets ressourcer. Hvilke konkrete redskaber, der er bedst egnet til at fremme kvaliteten og skabe forbedringer, afhænger af, hvilket kvalitetsniveau den enkelte enhed (fx en sygehusafdeling, plejehjem eller speciallægepraksis) i sundhedsvæsenet har.

Figur 1 - Kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet



Kilde: Dansk Selskab for Patientsikkerhed

Størstedelen af enhederne i sundhedsvæsenet vil være karakteriseret ved en gennemsnitlig god og acceptabel kvalitet (jf. midterste del af figur 1 ovenfor). Bl.a. viser internationale erfaringer, at det for denne gruppe er vigtigt at støtte en forbedringskultur, så de kan bevæge sig i den rigtige retning. Det skal bl.a. ske ved stærkt ledelsesfokus, der både følger op på de fastsatte kvalitetsmål og samtidig giver sundhedspersonalet ejerskab til forbedringsarbejdet.

Nogle enheder i sundhedsvæsenet vil være karakteriseret ved fremragende kvalitet (højre side af figur 1). Med opfølgning på kvalitetsmål og med synlighed om resultater og effekter er det disse enheder, som de andre enheder skal lære af. Disse enheder har en grundlæggende forbedringskultur på plads og har således skabt grundlaget for den innovation, der er nødvendig for konstant at løfte niveauet for kvalitet. De har samtidig en forpligtelse til at lære fra sig.

De sidste enheder vil være karakteriseret ved uacceptabel kvalitet (venstre side af figur 1). Særligt for denne del vil der fortsat være brug for tilsyn og kontrol, der kan etablere tilstrækkelig stærk ledelsesmæssig

opmærksomhed på kvalitetsudvikling. Sundhedsstyrelsen er en central aktør i den sammenhæng, men også den lokale ledelse har et ansvar for at opdage og gribe ind, når kvaliteten er uacceptabel lav og iværksætte konkrete tiltag for at fjerne barrierer for kvalitetsforbedringer. I forbindelse med identifikationen af områderne og kontrollen af indsatsen i den del af sundhedsvæsenet vil arbejdet med Sundhedsstyrelsens nye mere proaktive tilsyn, der er under udvikling, spille en vigtig rolle.

Lærings- og kvalitetsteams

Erfaringerne fra de bedste sundhedssystemer i udlandet viser, at det er vigtigt at have fælles rammer for sundhedspersonalets forbedringsarbejde.

Som noget nyt foreslås derfor indført lærings- og kvalitetsteams, der skal bidrage til at løfte kvaliteten på udvalgte områder. Formålet er, at gode resultater og viden om, hvad der virker bedst, udbredes hurtigst muligt til gavn for patienter i hele landet. Det kan fx være ved at opstille konkrete mål og "vise vejen derhen" på områder, hvor der ønskes en kvalitetsforbedring. Et centralt element er derfor at bruge de kliniske eksperter, der har haft særlig gode resultater. De skal bistå med konkrete råd og vejledning om bedste praksis på afdelinger, hvor resultaterne er mindre gode.

Ambitionen er, at de udgående kvalitetsteams skal understøtte det lokalt forankrede kvalitetsarbejde. Det kan fx også være på områder, hvor der ud fra en netværksbaseret tilgang arbejdes med at implementere evidensbaserede, faglige "pakker". Eksempler er projekter som 'Patientsikkert Sygehus' og 'Sikre Fødsler', der via tværregionale netværk har skabt hurtige kvalitetsforbedringer og øget patientsikkerhed gennem et stærkt ledelsesfokus og lokalt klinisk medejerskab. Teamets rolle kan her både være at kvalitetssikre det faglige indhold i netværkets arbejde og understøtte den lokale implementering af de faglige pakker.

Teamet skal ikke opstille nye krav til eksterne procedurer og regler, der fratager motivationen og ejerskabet fra ledelsen og det kliniske frontpersonale, men i højere grad fungere som en ekstra ressource og bidrage til, at kvaliteten løftes hurtigere på tværs af sygehuse.

Udrulning af lærings- og kvalitetsteams skal ske gradvist. Udvælgelsen af behandlingsområder kan fx ske på baggrund af aktuelle kvalitetsindikatorer, patientoplevelse kvalitet, ventetid eller analyser fra fx de kliniske kvalitetsdatabaser og de nationale registre. Udvælgelsen af områder skal sikre, at ressourcerne målrettes de områder, hvor der er størst behov. I første omgang kunne det fx være på kræftområdet, hvor der i forvejen eksisterer et godt datagrundlag. I næste fase kan erfaringerne udbredes til større sygdomsområder som fx diabetes, lungeområdet (KOL) og psykiatriområdet eller til bredere områder som akut- eller intensivområdet.

Udfasningen af Den Danske Kvalitetsmodel på de offentlige sygehuse og etableringen af lærings- og kvalitetsteams skal ses i sammenhæng med en fortsat udvikling af de øvrige instrumenter med indflydelse på kvaliteten, herunder Sundhedsstyrelsens kommende proaktive tilsyn, specialplanlægningen, udarbejdelsen og implementering af kliniske retningslinjer mv.

Konkrete skridt:

- Akkrediteringen efter Den Danske Kvalitetsmodel udfases på alle offentlige sygehuse efter afslutningen af 2. akkrediteringsrunde ved udgangen af 2015.
- I foråret 2015 tages initiativ til at udarbejde en revideret ramme for bl.a. Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet (IKAS), som konsekvens af forslaget om udfasningen af akkrediteringen på offentlige sygehuse.
- Modernisering af rapporteringssystemet for utilsigtede hændelser med afsæt i anbefalingerne fra serviceeftersynet fra juli 2014. Patientombuddet leverer i efteråret 2015 en foreløbig status for implementeringen af anbefalingerne fra serviceeftersynet.

Etablering af lærings- og kvalitetsteams

- Der fastlægges i efteråret 2015 en fælles model for udvælgelse, sammensætning, organisering og forankring af lærings- og kvalitetsteams i samarbejde med Danske Regioner og med inddragelse af Sundhedsstyrelsen og andre relevante parter. Der kan opstilles konkrete milepæle for udrulning fordelt på sygehusområde i efteråret 2015.
- De første lærings- og kvalitetsteams etableres og sammensættes ultimo 2015 med henblik på trinvis opstart fra primo 2016.

Behandlingen med patienten i centrum - inddragelse og sammenhæng

Udgangspunktet for behandling og pleje skal være patienternes behov og livssituation. At sætte patienten i centrum for behandlingen kræver viden om, hvad der er vigtigt for patienten. Inddragelse af patienter og pårørende er derfor en vigtig forudsætning for at skabe kvalitet med værdi for patienten.

Forskning viser, at når man som patient bliver inddraget i egen behandling, bidrager det til højere patienttilfredshed, højere patientsikkerhed og bedre behandlingsresultater. Det skyldes først og fremmest, at patienterne og de pårørende er dem, der har den største indsigt i eget samlede behandlingsbillede og forløb. Bedre inddragelse af patienter og pårørende er derfor et vigtigt element i at styrke kvaliteten og forbedringskulturen i sundhedsvæsenet og skal så vidt muligt sikre, at patienterne oplever den ønskede effekt af behandlingen og føler sig godt behandlet såvel medicinsk som menneskeligt.

En forudsætning for en styrket inddragelse af patienter og pårørende er, at medarbejderne i sundhedsvæsenet har viden og kompetencer til at inddrage patienter og pårørende i behandlingen. Der sættes derfor ind med udvikling af redskaber og målrettet kompetenceudvikling, der understøtter, at beslutningerne træffes i fællesskab af sundhedspersonalet og patienter - med udgangspunkt i patientens ønsker og behov. Redskaberne skal forankres i sundhedspersonalets dagligdag, så de anvendes som en integreret del af sundhedspersonalets dialog med patienterne

Patientrapporterede oplysninger er en vigtig informationskilde for personale og ledelse i sundhedsvæsenet. Derfor skal oplysninger, som patienterne selv rapporterer om symptomer, selv vurderet helbred og oplevet kvalitet, anvendes direkte til at målrette behandlingen og udvikle kvaliteten i sundhedsydelserne. Patientrapporterede data skal anvendes i den løbende udvikling af kvaliteten og bidrage til en forbedringskultur, der tager afsæt i patienternes oplevelser og viden om egen sygdom samt vurdering af effekt af ydelsen.

Der skal også arbejdes hen imod, at borgere får lettere og hurtigere adgang til oplysninger i sin egen og sine børns journaler. Det understøtter den enkelte i at tage bedre hånd om egen sygdom og skaber større tryghed for borgeren.

Endelig skal flere patientgrupper have adgang til at blive behandlet derhjemme og overvåge sin sygdom i dialog med sundhedspersonalet ved hjælp af telemedicin. Muligheden udbredes, hvor det giver bedre og billigere behandling. Det skal samtidig bidrage til at styrke patientens rolle som aktiv part i egen behandling og rehabilitering og styrke patientens mulighed for at være herre over sit eget sygdomsforløb.

Regeringen vil med en række digitaliseringsinitiativer understøtte udbredelse af telemedicin, brug af patientrapporterede oplysninger og bedre adgang til egne journaloplysninger.

Et vigtigt element i at styrke patientens oplevelse af kvalitet er at sikre, at patienten oplever et sammenhængende behandlingsforløb. Det er et fælles ansvar at tænke patienten bedre ind i organiseringen og planlægningen af sundhedsopgaverne - og sikre en sammenhængende indsats, der udføres på det mest hensigtsmæssige niveau.

Den nye tilgang i kvalitetsprogrammet skal understøtte en udvikling i sundhedsvæsenet, hvor der er fokus på sammenhæng og kvalitet på tværs af faggrupper, sektorer og myndigheder – og med patientens behov som centralt omdrejningspunkt.

Et eksempel på at skabe bedre sammenhæng for patienten er styrkelsen af den praktiserende læges rolle.

Der skal skabes bedre forudsætninger for et mere sammenhængende forløb for den enkelte patient med bl.a. investeringer i rammerne for udvikling af moderne læge- og sundhedshuse og med et tættere samarbejde mellem praktiserende læge, sygehuse og de kommunale sundhedstilbud.

Behovet for sammenhæng i behandlingsforløbet er særligt vigtigt for patienter med en kronisk sygdom og et komplekst sygdomsbillede. Desuden rammes danskere med kort uddannelse og lav indkomst hyppigere af en kronisk lidelse. Det understreger behovet for et særligt fokus på denne patientgruppe i bestræbelserne på at skabe større lighed i sundhed. Derfor lægges der også op til en styrket indsats for kronisk sygdom med udarbejdelse af forløbsplaner, der giver udvalgte patientgrupper en klar plan for behandling, træning og hjælp.

Regeringen har med glæde noteret sig, at regionerne også har sat fokus på behovet for øget inddragelse af patienterne, og imødeser regionernes udspil "Borgernes sundhedsvæsen".

Konkrete skridt:

I foråret 2015 skal indhold og udrulningsplan af bl.a. følgende initiativer fastlægges:

- Der etableres en ansøgningspulje med midler til udvikling af konkrete redskaber, der understøtter fælles beslutningstagning mellem sundhedspersoner, patienter og pårørende. Sundhedsstyrelsen udarbejder kriterier for udmøntning af puljen med inddragelse relevante aktører.
- Der afsættes midler til at forankre metoder og værktøjer til styrket patientinddragelse i praksis i kommuner og regioner. Den konkrete udmøntning heraf aftales nærmere med KL og Danske Regioner.
- Der etableres en "taskforce" i 2015, der understøtter udbredelse af viden og resultater af patientinddragelsesinitiativer.
- En række digitaliseringsinitiativer skal understøtte mere telemedicin, flere patientrapporterede indberetninger og flere muligheder for styring og adgang til egne journaloplysninger:
 - Regeringen vil lave aftale med regioner og kommuner om en national udbredelse af telemedicin for borgere med KOL som et første led i en bred anvendelse af telemedicin i det danske sundhedsvæsen. Udbredelsen forventes igangsat i 2016.
 - Regeringen vil lave aftale med regionerne om en national udbredelse af systematisk anvendelse af patientrapporterede oplysninger (PRO) i sundhedsvæsenet - både i den direkte patientbehandling og til kvalitetsopfølgning og -udvikling. Udbredelsen forventes igangsat i 2016.
 - Regeringen vil prioritere midler til, at borgeren får bedre og hurtigere adgang til oplysninger i egne journaler på sygehuse og i kommuner. I første omgang vil regeringen søge aftale med regionerne om at udvide mulighederne for at tilgå egne oplysninger i Sundhedsjournalen på sundhed.dk. Som et andet led i initiativet afsættes der finansiering til en udvidelse af borgerens adgang til og kontrol over egne oplysninger.

Større synlighed om resultater og kvalitet og systematisk brug af data

For at indfri visionen om vedvarende at skabe forbedringer for patienten skal man på alle ledelsesniveauer i sundhedsvæsenet have viden om, hvad der er vigtigt for borgere, patienter og pårørende. Men samtidig skal man også have kendskab til sin egen kvalitet af behandling og pleje gennem viden om variation, egen forbedringshastighed og egne styrker og svagheder sammenlignet med de bedste.

Derfor skal organisationer på alle niveauer i sundhedssystemet kunne svare på følgende spørgsmål:

- 1) Hvor god er organisationen til at inddrage borgernes viden, ønsker og behov i behandlingen og plejen?
- 2) Hvor god er organisationens kvalitet af behandling og pleje?
- 3) Hvor god er organisationens kvalitet sammenlignet med de bedste?
- 4) Hvor er der variation i organisationens kvalitet?
- 5) Hvor hurtigt forbedrer organisationen sin kvalitet?

Spørgsmålene skal ses som en grundstruktur i det fremtidige arbejde med at forbedre kvaliteten i sundhedsvæsenet. Centralt i spørgsmålene ligger en opgave hos sundhedsvæsenets organisationer i at lære af de bedste. Det forudsætter synlighed og åbenhed om egne resultater og et klart fokus på at dele viden og erfaringer om kvalitet på tværs af enheder.

Svarene på de fem spørgsmål muliggør identifikation af områder, hvor kvaliteten halter og for at synliggøre mulige barrierer for kvalitetsforbedringer. Barriererne på et kommunalt plejehjem vil naturligvis være forskellige fra barriererne på en sygehusafdeling. Det afgørende er dog, at den enkelte organisation følger op på svarene med lokalt forankrede initiativer, der kan fjerne barrierer og føre til kvalitetsforbedringer for borgeren og patienten – og dermed mere sundhed for pengene.

Synlighed og åbenhed om resultater skal medvirke til at skabe en incitamentsstruktur, der understøtter ledelsesfokus på kvalitet, læring og motivation hos sundhedspersonalet. Gennem synlighed tydeliggøres variation i kvalitet og dermed identificeres såvel steder med fremragende kvalitet som steder med uacceptabel kvalitet.

Dette skal skabe en sund konkurrence indenfor sundhedsvæsenet, hvor der læres af de bedste, og hvor ledelser og medarbejdere følger op på uacceptabel kvalitet.

For at synlighed skal have den ønskede effekt, skal resultater på tværs i sundhedsvæsenet være sammenlignelige. Kravet om sammenlignelighed skal afspejles i de nationale mål og bl.a. bygge på den synlighedsreform, som regeringen aftalte med Danske Regioner og KL i økonomiaftalen for 2014, og som bl.a. skal implementeres sammen med øvrige initiativer fra regeringens sundhedsstrategi 'Jo før – jo bedre' de kommende år.

Fokus på den løbende forbedring af behandlingskvalitet kan ikke stå alene uden viden om de omkostninger, der knytter sig til en given behandling. Det er derfor også centralt, at der på alle niveauer er kendskab til de omkostninger, der knytter sig til organisationens behandlingskvalitet.

Systematisk brug af data skal være centralt for kvalitetsarbejdet. Derfor er der etableret et sundhedsdataprogram, der har til formål at levere relevante nationale data, der kan bidrage til en modernisering af sundhedsvæsenet, hvor brugen af sundhedsdata mere systematisk integreres i den kliniske beslutningstagning samt i ledelsens og administratorernes styring og opfølgning på kvalitet, aktivitet og økonomi.

Der er i dag en betydelig mængde lokale sundhedsdata i regionerne, og regioner og kommuner investerer i disse år i nye it- og datasystemer. Der etableres derfor som led i programmet en governancestruktur, der skal sikre, at programmet leverer nationale sundhedsdata, der er relevante og efterspurgte hos de forskellige aktører, og som dermed kan understøtte og komplementere de lokale sundhedsdata og it-systemer i regioner og kommuner.

For at understøtte det klinisknære forbedringsarbejde er det desuden nødvendigt, at adgangen til tidstro data styrkes.

Både Statens Serum Institut (SSI) og Regionernes Kliniske Kvalitetsprogram (RKKP) mv. er centrale i forhold til at styrke adgangen til relevante data om aktivitet, kvalitet og økonomi.

Arbejdet med at sikre større synlighed om resultater og kvalitet skal bygge videre på den synlighedsreform, som regeringen aftalte med Danske Regioner og KL i økonomiaftalen for 2014.

Konkrete skridt:

- Staten og regionerne fastlægger i april 2015 det nærmere indhold af et sundhedsdataprogram, der skal forbedre det nationale datagrundlag og øge tilgængeligheden til sundhedsdata om kvalitet, aktivitet og økonomi, som bl.a. vil kunne indgå i kvalitetsarbejdet i sundhedsvæsenet.
- Danske Regioner forventes i dialog med staten at fremlægge indholdet af en modernisering af RKKP i foråret 2015.
- Statens Serum Institut fremlægger i efteråret 2015 de første eksempler, der på centrale sygdomsområder illustrerer en aktiv og klinisk brug af data til at understøtte kvalitet.
- Udvikling af platform for patient- og borgerrettede kvalitetsoplysninger, der giver indsigt i centrale kvalitetsoplysninger om sygehuse mv.

God ledelse på alle niveauer i sundhedsvæsenet

God ledelse på alle niveauer i sundhedsvæsenet er en central forudsætning for at skabe bedre kvalitet og styrke inddragelsen af patienter og pårørende. Ledelserne er forpligtet til at holde fokus på opfyldelse af såvel de nationale som de lokale mål for kvalitetsudvikling. Det er vigtigt, at ledelserne kan omsætte de overordnede mål og visioner til meningsfulde lokale mål og handlinger. Samtidig er det ledelsens forpligtelse at sikre, at de enkelte enheder i sundhedsvæsenet er åbne om opnåede resultater og lærer af de bedste.

En anden afgørende ledelsesopgave er at skabe den nødvendige motivation hos medarbejderne. Ledelsen skal sikre, at medarbejderne har de nødvendige kompetencer til at arbejde med et kontinuerligt forbedringsarbejde, herunder med brug af tidstro data og med et centralt fokus på patientinddragelse. Samtidig skal sundhedspersonalet have indflydelse og ejerskab til forbedringsarbejdet gennem rum til at finde lokale veje til opnåelse af de fastsatte mål.

Endelig er det ledelsens ansvar at understøtte en kultur i sundhedsvæsenet, hvor vedvarende forbedringsarbejde og patientinddragelse er en selvfølge.

Derfor tager regeringen initiativ til, at der i tæt samarbejde med regioner og kommuner igangsættes et ledelsesprogram for sundhedsfaglige ledere og ledelsestalenter fra det danske sundhedsvæsen. Programmet forventes udviklet i samarbejde med relevante danske og internationale uddannelsesinstitutioner og skal også bidrage til udviklingen og målretningen af den øvrige regionale og kommunale ledelsesuddannelsesindsats.

Konkrete skridt:

- Der nedsættes i foråret 2015 en arbejdsgruppe med deltagelse af relevante aktører, der beskriver rammerne for indhold og organisering af et nationalt ledelsesprogram.
- I 2. halvår af 2015 vil indhold, organisering og implementering af ledelsesprogrammet blive fastlagt med inddragelse af relevante parter, hvorefter programmet udbydes. Første undervisningshold forventes igangsat i starten af 2016.

Incitamenter og finansiering skal understøtte kvalitet for patienten

Styringen skal i højere grad understøtte en udvikling i sundhedsvæsenet, hvor der på en og samme tid stræbes efter at opnå den tredelte målsætning om en forbedret sundhedstilstand i befolkningen, en høj patientoplevelse og erfaret kvalitet samt lave omkostninger per behandlet borger – og som samlet set bidrager til et mere effektivt sundhedsvæsen.

Regeringen ønsker et sporskifte, hvor det hidtidige fokus på aktivitet og produktivitet erstattes af et balanceret fokus på aktivitet, kvalitet, resultater og omkostninger, hvor de enkelte styringskomponenter i højere grad tænkes sammen og går hånd i hånd. Perspektivet er en styring, der understøtter, at de opnåede resultater giver værdi for patienten, at indsatsen er omkostningseffektiv, og at der er sammenhæng i patientforløbene.

Bevægelsen og omlægningen skal gennemføres over tid. Den nuværende finansiering med aktivitetsfokus har haft væsentlige og gunstige virkninger på produktiviteten og omkostningsbevidstheden i sygehusvæsenet. Det fokus skal fastholdes og styrkes, men suppleres med incitamenter, der understøtter udviklingen mod et sundhedsvæsen, herunder især på sygehusområdet, der yder mere kvalitet for pengene.

Udviklingen af en mere differentieret og forløbsorienteret styring stiller krav om øget viden om resultater og omkostninger. Der er derfor en stor sammenhæng mellem udviklingen af styringsinstrumenter og den parallelle styrkede synlighed om resultater og bedre brug og tilgængelighed af data på sundhedsområdet.

Konkrete skridt:

- Kvalitetspulje på sygehusområdet fra 2015, der bl.a. kan understøtte udvikling og forsøg med nye modeller for sygestyring. Kriterier for puljens udmøntning, der skal understøtte fokus på værdibaseret styring, aftales med relevante parter.
- Drøftelse med regionerne om forsøg i regionalt regi med forskellige modeller for styring af sygehusene, bl.a. inspireret af tankerne bag værdibaseret styring.

Konkrete opgaver som følge af nyt kvalitetsprogram

Med det nationale kvalitetsprogram, som ligger i forlængelse af sundhedsstrategien 'Jo før – jo bedre', følger en række konkrete opgaver, der skal løses. Udmøntningen af disse opgaver forudsætter yderligere drøftelse og konkretisering med relevante parter, herunder Danske Regioner og KL. Opgaverne skal ses i sammenhæng med andre initiativer, der også bidrager til kvalitetsforbedringer i sundhedsvæsenet, fx specialeplanlægningen mm. De konkrete opgaver i kvalitetsprogrammet er oplistet i nedenstående boks:

Boks 2: Konkrete opgaver knyttet til hovedelementerne i et nyt kvalitetsprogram

Få, ambitiøse, nationale mål

- Der opstilles få, ambitiøse, nationale kvalitetsmål, der inden for rammen af den fastlagte, tredelte målsætning giver retning for kvalitetsarbejdet. Der skal under inddragelse af relevante parter aftales en fælles ramme for udvikling og monitorering af lokale kvalitetsmål, der skal bidrage til at nå de nationale mål.

Ny tilgang til kvalitetsstyring – fra proceskrav til udvikling af forbedringskultur

- Akkrediteringen efter Den Danske Kvalitetsmodel udfases på alle offentlige sygehuse efter afslutningen af 2. akkrediteringsrunde ved udgangen af 2015.
- I foråret 2015 tages initiativ til at udarbejde en revideret ramme for bl.a. Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet (IKAS), som konsekvens af forslaget om udfasningen af akkrediteringen på offentlige sygehuse.
- Modernisering af rapporteringssystemet for utilsigtede hændelser med afsæt i anbefalingerne fra serviceeftersynet fra juli 2014. Patientombuddet leverer i efteråret 2015 en foreløbig status for implementeringen af anbefalingerne fra serviceeftersynet.
- Der fastlægges i efteråret 2015 en fælles model for udvælgelse, sammensætning, organisering og forankring af lærings- og kvalitetsteams i samarbejde med Danske Regioner og med inddragelse af Sundhedsstyrelsen og andre relevante parter. Der kan opstilles konkrete milepæle for udrulning fordelt på sygehusområde i efteråret 2015.
- De første lærings- og kvalitetsteams foreslås etableret og sammensat ultimo 2015 med henblik på trinvis opstart fra primo 2016.

Behandling med patienten i centrum – inddragelse og sammenhæng

I foråret 2015 skal indhold og udrulningsplan af bl.a. følgende initiativer fastlægges:

- Der etableres en ansøgningspulje med midler til udvikling af konkrete redskaber, der understøtter fælles beslutningstagning mellem sundhedspersoner, patienter og pårørende. Sundhedsstyrelsen udarbejder kriterier for udmøntning af puljen med inddragelse relevante aktører.
- Der afsættes midler til at forankre metoder og værktøjer til styrket patientinddragelse i praksis i kommuner og regioner. Den konkrete udmøntning heraf aftales nærmere med KL og Danske Regioner.
- Der etableres en "taskforce" i 2015, der understøtter udbredelse af viden og resultater af

patientinddragelsesinitiativer.

- En række digitaliseringsinitiativer skal understøtte mere telemedicin, flere patientrapporterede indberetninger og flere muligheder for styring og adgang til egne journaloplysninger:
 - Regeringen vil lave aftale med regioner og kommuner om en national udbredelse af telemedicin for borgere med KOL som et første led i en bred anvendelse af telemedicin i det danske sundhedsvæsen. Udbredelsen forventes igangsat i 2016.
 - Regeringen vil lave aftale med regionerne om en national udbredelse af systematisk anvendelse af patientrapporterede oplysninger (PRO) i sundhedsvæsenet - både i den direkte patientbehandling og til kvalitetsopfølgning og -udvikling. Udbredelsen forventes igangsat i 2016.
 - Regeringen vil prioritere midler til, at borgeren får bedre og hurtigere adgang til oplysninger i egne journaler på sygehuse og i kommuner. I første omgang vil regeringen søge aftale med regionerne om at udvide mulighederne for at tilgå egne oplysninger i Sundhedsjournalen på sundhed.dk. Som et andet led i initiativet afsættes der finansiering til en udvidelse af borgerens adgang til og kontrol over egne oplysninger.

Større synlighed om resultater og kvalitet og systematisk brug af data

- Staten og regionerne fastlægger i april 2015 det nærmere indhold af et sundhedsdataprogram, der skal forbedre det nationale datagrundlag og øge tilgængeligheden til sundhedsdata om kvalitet, aktivitet og økonomi, som bl.a. vil kunne indgå i kvalitetsarbejdet i sundhedsvæsenet.
- Danske Regioner forventes i dialog med staten at fremlægge indholdet af en modernisering af RKKP i foråret 2015.
- Statens Serum Institut fremlægger i efteråret 2015 de første eksempler, der på centrale sygdomsområder illustrerer en aktiv og klinisk nær brug af data til at understøtte kvalitet.
- Udvikling af platform for patient- og borgerrettede kvalitetsoplysninger, der giver indsigt i centrale kvalitetsoplysninger om sygehuse mv.

God ledelse på alle niveauer i sundhedsvæsenet

- Der nedsættes i foråret 2015 en arbejdsgruppe med deltagelse af relevante aktører, der beskriver rammerne for indhold og organisering af et nationalt ledelsesprogram.
- I 2. halvår af 2015 vil indhold, organisering og implementering af ledelsesprogrammet blive fastlagt med inddragelse af relevante parter, hvorefter programmet udbydes. Første undervisningshold forventes igangsat i starten af 2016.

Incitamenter og finansiering der understøtter kvalitet for patienten

- Kvalitetspulje på sygehusområdet fra 2015, der bl.a. kan understøtte udvikling og forsøg med nye modeller for sygehusstyring. Kriterier for puljens udmøntning, der skal understøtte fokus på værdibaseret styring, aftales med relevante parter.
- Drøftelse med regionerne om forsøg i regionalt regi med forskellige modeller for styring af sygehuse, bl.a. inspireret af tankerne bag værdibaseret styring.