

Udvalg vedrørende Udsatte
Borgere

Status for Region Hovedstadens Kvalitetshandlingsplan – Lighed

Af rapportering til regionsrådet
November 2012

Indledning

I juni 2010 vedtog regionsrådet Region Hovedstadens Kvalitetspolitik samt Kvalitetshandlingsplan 2010 – 2013. Kvalitetspolitikken baserer sig på fire grundlæggende værdier: *sikkerhed, patienten i centrum, effektivitet og lighed*, som tilsammen danner fundamentet for arbejdet med kvalitetsudvikling.

Kvalitetshandlingsplanen er den konkrete udmøntning af kvalitetspolitikken i perioden 2010 til 2013. I kvalitetshandlingsplanen er der opstillet konkrete målsætninger for kvalitetsudviklingen for hver af kvalitetspolitikkenes fire værdier i perioden. Ved udgangen af 2013 opgøres en samlet status for forløbet af handlingsplanen og opnåelsen af de opstillede målsætninger, og der udarbejdes forslag til kvalitetshandlingsplan for den kommende periode.

Undervejs i forløbet af rapporteres årligt til regionsrådet om status for arbejdet med de fire værdier og de foreløbige resultater i forhold til at opfylde målsætningerne. Samtidig følges udviklingen løbende i de politiske underudvalg. Denne rapport er den anden af rapportering undervejs i handlingsplanens gyldighedsperiode. Rapporten har været behandlet i de politiske underudvalg, således at kvalitetsudvalget har drøftet afsnittene om sikkerhed, effektivitet og akkreditering, patientudvalget har drøftet afsnittet om patienten i centrum og udvalget for udsatte borgere har drøftet afsnittet om lighed.

Der skal være lighed i behandlingen

Der skal være let og lige adgang til behandling af høj kvalitet for alle borgere uanset social status, etnisk oprindelse og bopæl. Lighed opnås ved en lang række indsatser med fokus på fire indsatsområder:

- Nedsat variation i behandling
- Kvalitetsudvikling i praksissektoren
- Nedbrydning af barrierer i forhold til sårbare grupper
- Forløbsprogrammer for kronisk sygdom

Der er opstillet følgende målsætninger for de fire indsatsområder:

- Nedsat variation i behandlingsresultater afdækket via de kliniske kvalitetsdatabaser
- Hospitalsplan og psykiatriplan er udrullet
- Forløbsprogrammer for kroniske sygdomme implementeret
- SundDialog implementeret
- Dokumentation af vurdering af patienters evne til kommunikation i alle journaler

Målsætning: Nedsat variation i de kliniske kvalitetsdatabaser

Målet er at sikre den samme høje kvalitet i behandlingen uanset hvor i regionen behandlingen foregår. Der tages udgangspunkt i de kliniske kvalitetsdatabaser.

En klinisk kvalitetsdatabase indsamler og behandler informationer (data) om den sundhedsfaglige behandling af en nærmere afgrænset patientgruppe. Til at måle kvaliteten har det sundhedsfaglige personale inden for hvert enkelt sygdomsområde udvalgt en række målepunkter (indikatorer).

Indikatorerne er udvalgt, fordi de er særligt betydningsfulde, når det skal vurderes, om behandlingskvaliteten ligger på det ønskede niveau. Indikatorerne varierer fra sygdomsområde til sygdomsområde. Alle de kliniske kvalitetsdatabaser udgiver en årsrapport, hvor data for indikatorerne præsenteres.

Målsætningen er at mindske variationen i regionens tilbud om behandling til patienterne bl.a. ved at mindske variationen mellem hospitalerne på de indikatorer, som måles via de 50 landsdækkende kliniske kvalitetsdatabaser. Indsatsen sker naturligvis ved at hæve bunden – altså resultaterne på de hospitaler, som leverer de dårligste indikatorresultater.

I Region Hovedstaden holdes møde med det sundhedsfaglige råd indenfor et givet område, hver gang der kommer en årsrapport for en klinisk kvalitetsdatabase. På baggrund af årsrapporten vurderes om kvalitetsniveauet indenfor området har et acceptabelt niveau på regionens hospitaler og variationen i behandlingskvaliteten vurderes. Det pågældende sundhedsfaglige råd rådgiver i forlængelse heraf det regionale kvalitetsråd og ledelsessystemet i Region Hovedstaden med anbefalinger til konkrete indsatsområder og/eller kvalitetsudviklingsaktiviteter på baggrund af resultaterne i årsrapporten.

Indsatsen i forhold til opfyldelsen af målsætningen består således primært i, at de sundhedsfaglige råd og administrationen gennemgår årsrapporterne og herunder fokuserer på at sikre, at der i samarbejde med de relevante afdelinger foretages en målrettet indsats for en forbedring på de afdelinger, hvor resultaterne er utilfredsstillende. Året efter følges op på om indsatsen er lykkedes. Region Hovedstaden er den eneste region, der på denne systematiske måde gør brug af de kliniske kvalitetsdatabaser til udvikling af den kliniske kvalitet.

Årsrapporten for voksendiabetes 2011, der dækker perioden 1. marts 2011 til 29. februar 2012, viser en markant forbedring i målopfyldelsen (indikatorresultaterne) i Region Hovedstadens diabetesambulatorier over de senere år.

All-or-None udtrykker, hvor stor en andel af vore patienter, der modtager alle elementer i de fastlagte og vedtagne behandlingstilbud, - og udtrykker derfor i hvor høj grad den enkelte patient gennemgår "det perfekte patientforløb". For diabetes hos voksne vedrører det procesindikatorerne, med følgende 5 elementer ("den samlede pakke") :

- Andelen af diabetespatienter, der mindst 1 gang om året har fået målt langtidsblodsukker
- Andelen af diabetespatienter, der mindst 1 gang om året har fået målt blodtryk
- Andelen af patienter over 30 år, som mindst hvert 2. år har fået målt kolesterol
- Andelen af diabetespatienter, som mindst hvert 2. år har fået undersøgt nyrefunktionen, - og
- Andelen af diabetespatienter, som mindst hvert 2. år har fået foretaget fodundersøgelse

Rapporten viser, at region hovedstadens diabetesambulatorier stedse har forbedret indsatsen for disse patienter på alle fem områder, således at 85 % nu modtager den samlede behandlingspakke (identisk med landsresultatet 85%).

Det er en væsentlig forbedring ift. de foregående år :

2009 : 70%

2010 : 74%

Variationen imellem ambulatorierne i Region Hovedstaden er blevet mindre, og diabetespatienterne modtager nu i højere grad de samme behandlingstilbud, uanset hvor, de varetages:

2009, variation 38-95%

2010, variation 54-95%

2011, variation 69-95%

hvilket illustrerer, at en nedsat variation, og dermed højere grad af lighed i behandlingen, opnås ved at hæve bunden - altså resultaterne på de hospitaler, som leverer/har leveret de dårligste indikatorresultater.

Målsætning: Udrulning af hospitals- og psykiatriplan

Hospitalsplanen og Psykiatriplanen understøtter kvalitetsudvikling, herunder målet om lighed i behandlingen ved at etablere ensartede behandlingstilbud på et højt specialiseret niveau til alle regionens borgere. Gennemførelse af planen vil medføre en generelt styrket faglighed og en højere kvalitet i behandlingen. Målet er, at regionen skal være én udredende og behandlende enhed. Det betyder, at akut behandling skal leveres med den samme høje kvalitet døgnet rundt – året rundt i hele regionen, og at regionens borgere uanset hvor de bor, hvor og hvornår de kommer i kontakt med et af regionens hospitaler, skal modtage behandling og pleje på et højt fagligt kvalitets- og serviceniveau.

Ved kvalitetshandlingsplanens vedtagelse var Hospitalsplan 2007 og Psykiatriplan 2007 gældende. Efterfølgende er Hospitals- og Psykiatriplan 2020 (HOPP 2020) vedtaget.. HOPP 2020 trådte i kraft den 1. maj 2012, og erstattede Hospitalsplan 2007 og Psykiatriplan 2007.

HOPP 2020 er i vid udstrækning er en naturlig videreførelse af de overordnede linjer, der er lagt med Hospitalsplan 2007 og Psykiatriplan 2007. HOPP 2020 understøtter, at der fastholdes fokus på at udvikle bedre sammenhængende patientbehandling, at strukturen i regionens hospitalsvæsen fortsat skal understøtte udvikling af stærke og toneangivende faglige miljøer, hvor patienten er i fokus og målet er høj kvalitet, og som samtidig bidrager til at skabe et attraktivt og dynamisk arbejdsmiljø for medarbejderne.

I 2012 er der implementeret en række initiativer i HOPP 2020, fx:

- I januar 2012 åbnede en rådgivende akuttelefonen. Formålet med akuttelefonen er at tilbyde borgere vejledning i almindelige forholdsregler ved akut sygdom og tilskadekomst og oplyse om ventetider på regionens akut-modtagelser/-klinikker.
- I april 2012 blev der etableret diagnostiske enheder ved regionens fire akuthospitaler. Formålet med de diagnostiske enheder er at sikre hurtig diagnosticering af patienter med alvorlig uafklaret sygdom. Alle diagnostiske enheder har en rådgivningstelefon, hvor henvisende læger kan henvende sig i alle hverdage og få råd, vejledning og sparring om diagnosticering af alvorligt syge patienter.
- I maj 2012 ændrede regionens akutklinikker åbningstid til 07.00-22.00.

Den fulde implementeringen af HOPP 2020 forudsætter i høj grad større ny- og ombyggeri, og der er en stor intern afhængighed mellem mulighederne for at flytte funktionerne. De seks byggeprojekter, som i henholdsvis 2009 og 2010 fik forhåndstilsagn om finansiering fra statens kvalitetsfond, har i 2011 og 2012 været i gang med den videre planlægning. Det drejer sig om udbygning af Herlev Hospital, Hvidovre Hospital, Rigshospitalet og Psykiatrisk Center Skt. Hans, samt byggeri af Nyt Hospital Nordsjælland og Nyt Hospital og Ny Psykiatri Bispebjerg. Det samlede forhåndstilsagn fra statens kvalitetsfond til de seks projekter er 12,85 mia. kr.

Målsætning: Forløbsprogrammer for kronisk sygdom implementeret

Der er udarbejdet og godkendt forløbsprogrammer for KOL, diabetes, hjerte-kar sygdom, lænderyg lidelser og demens i Region Hovedstaden. Derudover har Sundhedsstyrelsen i år udarbejdet forløbsprogrammer for kræftrehabilitering og hjerneskade. Implementeringen af disse forløbsprogrammer sker bl.a. ved at udvikle en række understøttende værktøjer i regi af regionens Kronikerprogram. Kronikerprogrammet består af 18 projekter der kan inddeles i fem temaer, hvor de enkelte projekter på forskellig vis understøtter implementeringen af forløbsprogrammerne:

1. Kompetenceudvikling
2. Patientuddannelse og egenomsorg
3. Forløbskoordination
4. It-understøttelse
5. Evaluering

Implementeringen af forløbsprogrammerne indebærer, at de beskrevne tilbud om rehabilitering er etableret, og at klinikerne kender til dem, og endelig at de rette patienter henvises til de rette tilbud rettidigt. Kronikerprogrammets projekter understøtter implementeringsindsatser i forhold til alle tre elementer.

På nuværende tidspunkt eksisterer der kun data, som kan vise hvor langt man er nået i forhold til etableringen af sammenhængende rehabiliteringstilbud og hvor mange patienter, der er henvist til rehabilitering. Der er kun fortaget en opgørelse¹ heraf for KOL, Type 2-diabetes og hjertekar sygdomme, da implementeringen af forløbsprogrammer for lænderyg lidelser og demens kun netop er igangsat.

Opgørelsen viser, at man er godt på vej både med etablering af tilbud og med antallet af borgere, som henvises til tilbuddene. Alle hospitaler har et sammenhængende tilbud inden for KOL. 90 pct. af kommunerne har etableret et *sammenhængende* rehabiliteringstilbud for borgere med KOL. På diabetesområdet er der fortsat otte kommuner og fire hospitaler, som ikke har et sammenhængende tilbud i 2011, men der kan være tale om, at der er etableret forskellige enkeltstående tilbud. Inden for hjerteområdet er der ni ud af 11 hospitaler, som har et sammenhængende tilbud, og tre ud af 29 kommuner.

Der er ingen indbyrdes afhængighed mellem hospitaler og kommuner i forhold til at implementere forløbsprogrammerne, men det letter selvsagt koordineringen, hvis man følges ad i et planområde. Forløbsprogrammet for hjerte-kar sygdomme har en begrænset målgruppe, nemlig patienter der tilbydes et hjertepakke forløb. Det er således ikke alle hospitaler der har patienterne til udredning, men alle hospitaler skal kunne tilbyde rehabilitering. Ligeledes har kommunerne kun i mindre omfang erfaringer fra tidligere i forhold til denne gruppe. For mindre kommuner må antallet af patienter der skal tilbydes rehabilitering også forventes at være begrænset.

Via Sundhedsaftalen har kommunerne forpligtiget sig på at implementere forløbsprogrammerne for KOL og type 2 diabetes. Implementeringen af forløbsprogrammerne for hjerte-kar sygdom og demens skal aftales i 2012 og for forløbsprogrammet for lænderyg i løbet af aftaleperioden. Forløbsprogrammerne for kræftrehabilitering og hjerneskade er ikke nævnt i Sundhedsaftalen, da man ikke var bekendt med disse, da aftalen blev indgået.

Antallet af henviste borgere til de etablerede rehabiliteringstilbud er steget med ca. 30 pct. fra 2010 til 2011. I 2011 har knap 2.000 borgere i alt (kommune + hospital) modtaget et sammenhængende rehabiliteringstilbud, mens det tilsvarende antal inden for type 2 diabetes er knap 3.100 og 1.600 inden for hjerte-kar sygdomme. Antallet af nydiagnosticerede borgere med hhv. KOL og type 2 diabetes er ca. hhv. 14.000 og 6.000 pr. år.

Næsten alle deltagere i kommunale rehabiliteringstilbud henvises fra almen praksis. Flere borgere med KOL end med type 2 diabetes henvises fra hospitalerne til kommunal rehabilitering, men andelen er meget lille.

Målsætning: SundDialog implementeret

Sunddialog er et internetbaseret, interaktivt samtaleværktøj beregnet til praksispersonalets dialog med patienter med henblik på livsstilsændringer. Samtaleværktøjet strukturerer, dokumenterer og målretter indsatsen og er udviklet til de forebyggende konsultationer. SundDialog har fokus på pædagogiske redskaber, hvor patienter lærer at forvalte livet i retning af sundere adfærd. For at kunne udnytte det kræves en uddannelse af praksispersonalet i brugen af programmet og den tilhørende samtale teknik og

¹ Opgørelsen er baseret på data indsamlet i 2011, sammenlignet med data for 2010.

pædagogik. Med SundDialog er det endvidere muligt at indsamle data til brug for fremtidig forskning og kvalitetssikring inden for forebyggelse og livsstilsændringer.

Implementering af SundDialog indgår som et delprojekt i regionens Kronikerprogram der afsluttes i 2012. Projektets hovedformål er at udbrede og implementere SundDialog i almen praksis gennem uddannelse af 300 praksispersonaler og igangsættelse af 9.000 patientforløb.

SundDialog har løbende markedsført programmet og tilbudt uddannelse til praksispersonalet.. Der er afholdt uddannelse for i alt 185 praksispersonaler i projektperioden og iværksat 3.319 patientforløb.

Målsætning: Vurdering af patienternes evne til kommunikation i alle journaler

Vurdering af patientens evne til kommunikation, herunder evne til at modtage vejledning og information, er en afgørende forudsætning for at inddrage patienten i tilrettelæggelse af behandlingen. I vurderingen indgår dels evt. fysiske barrierer (syn, hørelse, tale og sprog) og dels kognitive eller psykologiske barrierer. På baggrund af vurderingen tager den sundhedsprofessionelle de nødvendige forholdsregler for at sikre en tilfredsstillende kommunikation med og uddannelse af patienten.

Vurderingen af patientens evne til kommunikation skal dokumenteres i journalen. For at monitorere om vurderingen er dokumenteret i alle journaler foretages journalaudit to gange om året på alle hospitaler for såvel indlagte som ambulante patienter. Hospitalerne auditerer 20 journaler pr./afdeling.

Følgende to spørgsmål indgår i journalaudit:

1. Er det dokumenteret, om der er forhold hos patienten, der skal tages hensyn til, når patienten skal vejledes/informeret?
2. Fremgår det, hvad patienten er vejledt og informeret om?

Resultat:

	Indlagte patienter November 2010	Indlagte patienter Maj 2011	Indlagte Patienter Maj 2012	Ambulante patienter November 2010	Ambulante patienter Maj 2011	Ambulante patienter Maj 2012
Spørgsmål 1	71 %	81 %	87 %	58 %	65 %	69 %
Spørgsmål 2	76 %	81 %	84 %	74 %	74 %	84 %

Bemærkninger fra Udvalget vedrørende Udsatte Borgere

Udvalget vedrørende udsatte borgere har følgende bemærkninger til afrapporteringen:

Overordnet set bemærker udvalget, at kvalitetshandlingsplanen primært forholder sig til geografisk lighed i behandling. Udvalget finder det interessant at undersøge, hvordan det står til med den sociale ulighed. Er der forskelle i behandlingstilbud og –resultat afhængigt af fx uddannelses- eller indkomstniveau? Udvalget vil i den kommende tid beskæftige sig med, hvilke data vi har, der kan fortælle noget om den sociale dimension.

Udvalget finder, at målsætningen Forløbsprogrammer for kronisk sygdom implementeret fremadrettet bør udbygges, så der kommer mere fokus på hvordan man kommer i mål med implementeringen, samt at man i højere grad sikre en ensartethed i monitoreringen af indsatsen.

Udvalget finder at man er langt fra målet i forhold til målsætningen SundDialog implementeret. SundDialog er dog i perioden også blevet udbredt til nogle ambulatorier, hvilket ikke er et mål i handlingsplanen. Udvalget er interesseret i at vide, hvilke patienter der anvender SundDialog. Bliver det brugt af nogle andre patientgrupper, end de der normalt tager i mod tilbud om livsstilsændringer?

I forhold til målsætningen Vurdering af patienternes evne til kommunikation i alle journaler finder udvalget vedrørende udsatte borgere, at det interessante må være hvordan kvaliteten i kommunikationen har været. Det kan tallene fra journalaudit ikke fortælle noget om. Udvalget vil derfor i den kommende tid beskæftige sig med dette.