

Region Hovedstaden

REGION



Projektgrundlag for Udviklingshospital Bornholm

Styring efter værdi for patienten i et
mere menneskeligt sundhedsvæsen

Projektgrundlag for Udviklingshospital Bornholm

August 2016

Indholdsfortegnelse

Projektgrundlag for Udviklingshospital Bornholm	2
Indledning.....	2
Baggrund	2
2. Hvad ønsker vi at opnå?	4
3. Indsatser	5
3.1. Fælles og fleksible ambulatorier	6
3.2. Ny visitationsform for akutte patienter	7
3.3. Fælles ansvar for indlæggelse og udskrivelse for ældre patienter mellem hospital, kommune og almen praksis.....	8
3.4. Patientrapporterede oplysninger om behandlingsresultater - PROM.....	8
3.5. Bedre bestilling og brug af diagnostik.....	9
3.6. Bedre overblik over, hvad der skal ske og hvornår, herunder daglige aktiviteter, stuegang og udskrivelse.....	11
3.7. Bedre fysiske rammer	12
3.8. Følg patienternes præference i den sidste levetid.....	13
Sammenhæng mellem indsatser, mål og patientgrupper.....	14
4. Metode.....	16
5. Proces fra indsats til implementering.....	20
6. Tilknytning af international ekspertise	20
7. Organisering.....	21
8. Vidensdeling af erfaringer og resultater lokalt, regionalt og nationalt.....	22
9. Evaluering.....	24
10. Tidsplan	24
11. Økonomi og budget.....	25
Referencer	26

Projektgrundlag for Udviklingshospital Bornholm

Indledning

Med Udviklingshospital Bornholm skaber vi et hospital, hvor samarbejdet med patienten og de pårørende tager udgangspunkt i, at det enkelte menneske er unikt, med forskellige ønsker og behov. Den måde vi vil organisere os, og den måde vi møder og inddrager patienter og deres pårørende på, er fokuseret på at skabe værdi for patienten. Det gøres mere konkret ved at identificere og styrke de ydelser på tværs af afdelinger, hospitaler og sektorer, der forbedrer patienternes forløb – og nedjustere eller fjerne de uhensigtsmæssige ydelser, der i højere grad belaster end gavner patienten. Ambitionen er både at demonstrere større værdi for patienten og øget økonomisk effekt som følge af mere hensigtsmæssig ressourceudnyttelse.

Vi vil gøre brug af gode erfaringer fra andre projekter og afprøve helt nye initiativer. Det unikke er implementering på et helt hospital – og i et helt, men afgrænset sundhedsvæsen på Bornholm. Filosofien bag udviklingshospitalet er, at vi først sammen med patienter, pårørende, medarbejder og øvrige interessenter definerer hvad vi mener skaber den værdifulde patientrelation. Derefter undersøger vi, hvordan økonomiske incitamentsstrukturer kan understøtte de demonstrerede effekter. På den måde bliver udviklingshospitalet ikke begrænset af en styringsstruktur i sine afprøvninger. Udviklingshospitalets aktiviteter designes og udføres med fokus på at resultaterne og erfaringer skal kunne generaliseres, således at de kan anvendes af andre hospitaler i regionen.

Baggrund

Med økonomiaftalen for 2016 blev det besluttet, at de enkelte regioner skal igangsætte forsøg på udvalgte områder med at udvikle og afprøve nye styrings- og afregningsmodeller med afsæt i værdibaseret styring. Centralt i initiativet er ønsket om, at samfundet får større sundhedsværdi pr. brugt krone, samtidig med at patienter og borgere bliver mere tilfredse med sundhedsvæsenet.

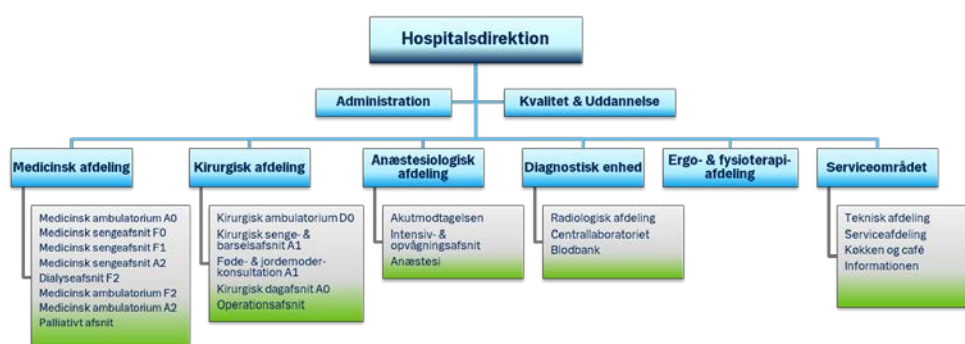
Regionsrådet i Region Hovedstaden har på denne baggrund igangsat projektet Udviklingshospital Bornholm pr. 1. februar 2016. Bornholms Hospital er udvalgt til at gøre erfaringer med styring efter, hvad der giver værdi for patienten samtidig med, at hospitalet er undtaget fra regionens takststyringsmodel. Det er med igangsættelsen vedtaget, at projektets mål og rammer skal drøftes med de to fagudvalg Sundhedsudvalget og IT- og Afbureaukratiseringsudvalget inden for de to udvalgs ansvarsområder. Projektets idéudvikling og proces for udvikling af projektgrundlag blev fremlagt for begge udvalg i februar 2016.

Der er i forbindelse med opstarten på projektet afholdt et kick-off seminar den 9. marts 2016 med deltagelse af personale, brugerrådet, kommune, praksis og repræsentanter fra de to politiske udvalg. Videre er projektgrundlaget præsenteret på en temaeftermiddag for brugere,

personale og advisory board den 6. juni 2016. Projektgrundlaget afspejler diskussioner og ideer, der frem disse dage.

Om Bornholms Hospital

Bornholms Hospital betjener øens knap 40.000 fastboende, godt 600.000 turister pr. år og de næsten 90.000 besøgende til det årlige Folkemøde. Hospitalet er et nærhospital med akut modtagefunktion og varetager medicinske og kirurgiske hovedfunktioner. Hospitalet varetager hovedfunktioner ved fastansat personale, konsulentordninger, telemedicin og samarbejde med praktiserende speciallæger.



Sundhedsprofil for Bornholm

I valg af indsatsområder for projektet er der taget udgangspunkt i den politiske målsætning Patientens situation styrer forløbet og befolkningen på Bornholms behandlingsbehov. Bornholms Hospital er udviklingshospital for nye styreformer, men skal samtidig varetage funktionen som nærhospital for øens befolkning.

På Bornholm er 49 % af befolkningen 55 år eller ældre, 3,9 % i alderen 25-64 år bor alene med børn, 3 % har en lang videregående uddannelse og 17 % under 65 år har ingen tilknytning til arbejdsmarkedet. Der er herudover en stor forekomst af personer med en eller flere kroniske sygdomme 6,8 % af befolkningen har en hjertesygdom, 9,8 % har diabetes, 2,7 % har apopleksi og 3,4 % har KOL.¹

I det følgende præsenteres målet for projektet og de afledte resultater.

¹ Aldersprofilen i Region Hovedstaden er 33 % der er 55 år eller derover, 13 % har en lang videregående uddannelse og 12 % af borgerne under 65 år har ingen erhvervstilknytning. Sundhedsprofilen for Region Hovedstaden er at 4,2 % har en hjertesygdom, 6 % af befolkningen har diabetes, 2 % har apopleksi og 2,8 % KOL.

2. Hvad ønsker vi at opnå?

Udviklingshospitalet vil overordnet set søge at opnå følgende effekter:

- Bedre patientoplevelt kvalitet af behandlingen og øget tilfredshed med kontakten til hospitalet
- Højere faglig kvalitet af pleje og behandling
- Bedre økonomisk effekt, herunder opnå og udbrede erfaringer med aftalte værdimål og afprøve økonomiske styringsformer koblet til værdimålene

Nationale mål

Regeringen, KL og Danske Regioner har i 2016 opstillet otte overordnede nationale mål for sundhedsvæsenet. Udviklingshospitalet adresserer nedenstående mål og indikatorer:

- Bedre sammenhængende patientforløb
 - Indikator: Akutte genindlæggelser inden for 30 dage
- Styrket indsats for kronikere og ældre patienter
 - Indikator: Akutte genindlæggelser pr. KOL-/diabetes-patient
 - Indikator: Forebyggelige indlæggelser blandt ældre
- Øget patientinddragelse
 - Indikator: Patienttilfredshed
 - Indikator: Patientoplevelt kvalitet
- Mere effektivt sundhedsvæsen
 - Indikator: Liggetid pr. indlæggelse

Patientgrupper og resultater

Projektet vil fokusere indsatserne på udvalgte patientgrupper baseret på indledende dataanalyser af patientkontakterne på hospitalet samt inddragelse af patienter og øvrige interessenter:

- De ældre medicinske patienter
- Patienter med kroniske sygdomme og patienter med flere samtidige kroniske sygdomme
- Patienter med hyppige kontakter til sundhedsvæsenet (kendte patienter)

Konkret vil indsatserne levere resultater indenfor

- Reduktion i antal ambulante besøg (indsats 3.1)
- Øget antal telefonkonsultationer (indsats 3.1)
- Reduktion i antallet af akutte indlæggelser (indsats 3.2)
- Reduktion i genindlæggelser (indsats 3.3)
- Bedre patientoplevede resultater inden for udvalgte diagnoser (indsats 3.4)
- Reduktion i unødige diagnostiske undersøgelser (indsats 3.5)

- Øget inddragelse af patienter og pårørende (flere indsatser)
- Øget tilfredshed på de områder, som betyder mest for borgere og patienter inden for indsatserne (flere indsatser samt overordnet resultat)

Koblingen mellem indsatser, mål og effekter findes skematisk sidst i afsnit 3. Indsatserne præsenteres kort i de følgende afsnit. Under hver indsats er angivet mål for indsatsen. Disse mål bliver i projektperioden kvalificeret yderligere.

Effekter, resultater og erfaringer vil være genstand for en ekstern, forskningsinspireret evaluering.

Hvordan er indsatser udvalgt?

Alle projektindsatser tager udgangspunkt i borgernes forventning om, at Bornholms Hospital skal levere en høj faglig standard i udredning, behandling og pleje. Ledestjernen er, at den enkelte patients situation, forudsætninger og motivation er styrende for kontakten med sundhedsvæsenet.

I udvælgelsen og design af de enkelte indsatser er lagt vægt på, at elementerne efter afprøvning og iterationer i udviklingshospitalet kan skaleres til videre afprøvning og implementering på regionens øvrige hospitaler. Udviklingshospitalet følger forbedringsmodellen, hvor hver lokal implementering sker trinvist med mulighed for at tilpasse processerne. Skaleringen til øvrige hospitaler vil ske efter samme principper – det er således ikke givet den eksakte proces, der afprøves i indsatserne, som skal virke på et større hospital og i samarbejde med flere kommuner; det er indsatsens mål, effekt og centrale elementer, der skal implementeres iterativt.

3. Indsatser

Et højt specialiseret sundhedsvæsen er indrettet efter fagligheden og optimeret efter hvordan den mest rentable drift opnås. Udviklingshospitalets indsatser vil afprøve muligheden for at styre – også økonomisk – efter andet end aktivitet på hospitalet og implementere en række tiltag for at synliggøre og skabe værdi for patienterne.

En procent af borgerne med en eller flere kroniske sygdomme står for 18 % af de samlede regionale sundhedsudgifter til personer med kroniske sygdomme [1]. Det at forbedre forløbene for de, der har mest behov, ser a priori ud til at kunne give såvel en økonomisk som faglig effekt og menneskelig værdi.

Indsatserne vil derfor arbejde med bedre sammenhæng for den enkelte, en højere faglig kvalitet af pleje og behandling og bedre økonomisk effekt. Overordnet set kan indsatserne i udviklingshospitalet ses under overskriften "Patientens situation styrer forløbet".

Indsætterne dækker alle hospitalets ydelser fra fælles, fleksible ambulatorier, et fælles ansvar for modtagelse og indlæggelse, bedre rammer for brugerinddragelse og mere effektiv diagnostisk understøttelse.

Udover de nedenfor beskrevne indsætter, vil der være mulighed for at igangsætte andre relevante initiativer, som f.eks. identificeres ved dialogen med brugerne, se afsnit 4 om metode. Nye indsætter godkendes af projektets governancestruktur inden de igangsættes.

3.1. Fælles og fleksible ambulatorier

Baggrund

Studier [4] viser, at mennesker med multisygdom har dårligere livskvalitet, nedsat arbejdsevne, funktionsnedsættelser og overdødelighed, er dyrere at behandle og har et større forbrug af sundhedsydelser.

Især gruppen af patienter med KOL, hjertesygdom og diabetes er hyppige gæster i de bornholmske ambulatorier. Mere fleksible og mere sammenhængende forløb med færre ambulante besøg vil betyde mere værdi for den enkelte multisyge patient, større sammenhæng og faglighed for medarbejderne, samtidig med at det vil resultere i lavere omkostninger for sundhedsvæsenet.

Indsætten

Indsætten fælles og fleksible ambulatorier skal etablere et fælles ambulatorium, hvor de medicinske specialer samles, og hvor det bliver muligt at blive undersøgt og behandlet af personale fra flere specialer ved ét fremmøde. Såfremt disse patienter også har behov for ambulante kirurgisk behandling, inkluderes dette også. Ambulatoriet etableres efter inspiration fra Holbæk Sygehus og under devisen, at patienterne bliver behandlet "samme dag under samme tag".

Indsætten skal desuden analysere og implementere det fleksible ambulatorium sådan, at:

- fremmøde konverteres til telefonkonsultation, hvor det er relevant efter aftale med patienten,
- planlagte/ faste kontrolbesøg konverteres til åbne, behovstyrede konsultationer – både fremmøde og telefonisk kontakt – hvor dette er mere hensigtsmæssigt for patienten,
- kontrolintervaller lægges efter en individuel vurdering,
- tiderne for de, der har størst behov, forlænges og
- akutte ambulatorietider kan bookes af akutmodtagelsen, praksis, kommune og/eller patienten selv.

Indsætten igangsættes i første omgang for patienterne i sygdomsgrupperne KOL, hjertesygdom eller diabetes og mindst en kronisk sygdom derudover. Der arbejdes videre med afgrænsning/definitionen af målgruppen, ligesom tiltag der sikrer patientinddragelse og accept af tilbuddet.

Mål

Mål: 10 % reduktion af antal ambulante besøg for de inkluderede patienter

Mål: 15 % øgning i antal telefonkonsultationer for de inkluderede patienter

Kvalitativt mål: Patienterne oplever, at antallet af ambulante besøg er passende

Kvalitativt mål: Patienterne oplever, at deres besøg i ambulatoriet var godt tilrettelagt

3.2. Ny visitationsform for akutte patienter

Baggrund

I 2015 blev 5241 patienter indlagt akut på Bornholms Hospital. I gennemsnit blev de indlagt 1,5 gange i året. Alle akutte patienter henvender sig til hospitalet via akutmodtagelsen. Fra akutmodtagelsen kan patienterne hhv. indlægges, observeres/vurderes eller udskrives. Ultimo 2016 tager hospitalet en ny akutmodtagelse i brug, hvor der tillige er 14 observationssenge. Observationssengene muliggør kortere indlæggelsesforløb alene i akutmodtagelsens observationsafsnit.

En indlæggelse på hospitalet er ikke altid det valg, som giver størst værdi for patienten. En henvendelse til akutmodtagelsen kan for nogen være det tilbud, som er mest tilgængeligt og derfor benyttes, selvom andre tiltag kunne være bedre.

Indsats

Indsatsen skal knytte sundhedsvæsenet på Bornholm tættere sammen. Det sker ved at etablere en ny visitation, der skal visitere kendte patienter, når de henvender sig akut. Visiteringen kan føre til tre forskellige former for forløb:

1. Patienten får en konkret kontakt til kommunal sygeplejerske, som iværksætter et akut eller planlagt kommunalt pleje eller rehabiliteringstilbud. Patienten undgår indlæggelse
2. Patienten får en akut tid i ambulatoriet fx samme eller næste dag
3. Patienten indlægges til observation, pleje eller behandling i hospitalets akutmodtagelse

Populationen og specifikke inklusionskriterier defineres som led i implementeringen af indsatsen. Det forventes, at populationen vil omfatte patienter i følgende grupper:

- KOL-patienter
- Diabetes type 2-patienter
- Patienter med flere samtidige kroniske lidelser

Mål

Mål: 5 % reduktion i akutte indlæggelser for KOL-patienter. (National indikator).

Mål: 5 % reduktion i akutte indlæggelser for diabetes type 2-patienter. (National indikator).

Kvalitativt mål: Patienter oplever at få det rette tilbud

3.3. Fælles ansvar for indlæggelse og udskrivelse for ældre patienter mellem hospital, kommune og almen praksis

Baggrund

Patienterne kan opleve vanskeligheder med sammenhæng i deres forløb på tværs af sektorer i sundhedsvæsenet. Den manglende sammenhæng kan fx opstå, når en patient, der har behov for kommunal pleje i hjemmet, indlægges på hospitalet. Samtidig tegner udgifter til indlæggelser sig for knap halvdelen af de samlede udgifter til personer med kroniske sygdomme [2]. At få en god kommunikation om og ansvar mellem sektorer hver gang en patient er nødt til at blive indlagt til udredning, pleje eller behandling synes derfor vigtigt både for patienten, for hospitalet og for samfundet.

Indsats

Indsatsen etablerer et samarbejde mellem almen praksis, det kommunale sundhedsvæsen og hospitalet (behandlingsansvarlig læge og sygeplejerske) i form af en kort og fokuseret fælles konference – både ved indlæggelsen og forud for udskrivelsen. Formålet med konferencen er at udveksle oplysninger på tværs af sektorerne og allerede ved indlæggelsen planlægge behandlingsniveau, mål og plan for udskrivelse og videre forløb – samt konkrete tiltag, der kan forebygge genindlæggelse og understøtte ”længst muligt i eget hjem”.

Indsatsen afgrænses til en start til udvalgte kendte patienter over 65 år.

Der arbejdes videre med afgrænsning/definitionen af målgruppen.

Mål

Mål: 10 % reduktion af forebyggelige indlæggelser for ældre (65+). (National indikator).

Kvalitativt mål: Patienter oplever sammenhæng i deres forløb

Kvalitativt mål: Patienter er trygge ved udskrivelse fra hospital

3.4. Patientrapporterede oplysninger om behandlingsresultater – PROM

Baggrund

PRO-data (Patient Reported Outcome Measures) er patientens egen vurdering af symptomer, funktionsniveau og livskvalitet med en tilhørende scoring for alvor og betydning for dagligdagen. Hospitalet kan indsamle PRO-data ved, at patienter udfylder et spørgeskema efter endt behandling. Resultatet af data fra spørgeskemaerne vil sige noget om, hvordan patienten vurderer udbyttet af behandlingen. Når PRO-data indsamles under et længerevarende

behandlingsforløb, kan data bruges til at justere behandlingen baseret på patientens oplevelse af behandlingens effekt.

Indsats

Denne indsats vil indsamle PRO-data for udvalgte patientgrupper og behandlingsområder, hvor der foreligger validerede PRO-spørgeskemaer på dansk. På nuværende tidspunkt indtænkes disse patientgrupper/behandlinger:

1. Operation for inguinalhernie, uanset operationsmetoden (ca. 50 patienter årligt)
2. Kronisk obstruktiv lungesygdom, KOL (ca. 265 patienter i hospitalsregi)
3. Hoftalloplastik, primær (ca. 105 patienter årligt)
4. Knæalloplastik, primær (ca. 60 patienter årligt)

For alle disse patientgrupper gælder, at

- Der findes validerede PRO-spørgeskemaer
- Der er videnskabelig litteratur, der kobler PROM og Shared Decision Making
- Der findes en national klinisk kvalitetsdatabase, der kan belyse andre områder af den kliniske kvalitet for sygdoms- behandlingsområdet

Mål

Mål: 75 % af patienterne deltager i indsamlingen af patientoplevet outcome mål

Kvalitativt mål: Personalet inddrager patientoplevede outcome mål i dialogen med patienterne

Kvalitativt mål: Patienterne oplever, at deres funktionsniveau er bedre efter behandling

3.5. Bedre bestilling og brug af diagnostik

Baggrund

Hospitalets centrallaboratorium oplever dagligt, at der tages flere blodprøver fra samme patient, som kunne være undgået, hvis prøvetagningen var planlagt bedre. De ekstra prøvetagninger giver et unødigt træk på laboratoriets ressourcer, men er også til gene for patienterne, der skal afgive blodprøver med få timers mellemrum.

Diagnostisk enhed og hospitalets sengeafsnit vil i fællesskab fastsætte kriterierne for, at en blodprøve er unødvendig, og derefter finde metoder og procedurer, der kan nedbringe antallet af de unødvendige prøvetagninger. Et eksempel kunne være, at der ikke rekvireres blodprøve, hvis analysen kan efterbestilles fra en tidligere prøve.

Som supplement til et eksisterende tilbud med åbne tider skal muligheden for selv at booke tid til blodprøvetagning bidrage til, at ambulante besøg kan tilpasses bedre i forhold til patientens dagligdag.

En svensk rapport viser, at 19 % af de CT-scanninger, der blev udført i landet i 2006, var unødvendige, og at 6 % af henvisningerne til CT-scanning ikke havde en tilfredsstillende kvalitet [3]. Resultaterne fra den svenske undersøgelse kan ikke nødvendigvis overføres til Bornholms Hospital, men en samling kasuistikker fra hospitalets radiologiske afdeling bekræfter rapportens overordnede resultat.

Målet med denne del af indsatsen er at reducere antallet af unødvendige radiologiske undersøgelser, bl.a. ved at styrke samarbejdet mellem Diagnostisk enhed og de henvisende læger samt en mere restriktiv brug af de mest ressourcekrævende undersøgelser.

Indsats

Indsatsen vil fokusere på følgende områder:

- Diagnostisk enhed vil tilbyde undervisning og vidensdeling til de henvisende læger
- Bedre brug af speciallæger og bagvagtsfunktionen ved henvisning til højt specialiserede ydelser og analyser fra Diagnostisk enhed
- Rådgivningstilbud til de praktiserende læger i forbindelse med særligt komplicerede undersøgelser eller specialiserede laboratorieydelser
- Etablering af samarbejdsaftaler med relevante faggrupper
- Ambulante patienter kan selv booke tid til blodprøvetagning

Indsatsen vil give hospitalets diagnostiske enhed et større ansvar for patientens diagnostik, herunder at anbefale rekvirerende læge alternative undersøgelser eller henvise til tidligere prøvesvar. Patienterne udsættes således dels for mindre ioniserende stråling, ligesom de vil have behov for færre undersøgelser og evt. færre besøg på hospitalet. Indsatsen vil desuden virke understøttende for de aktiviteter, hvor et bedre samarbejde mellem diagnostisk enhed og ambulatorier og sengeafsnit kan give et mere sammenhængende forløb for den enkelte.

Mål

Mål: Mindst 75 % reduktion i unødvendige blodprøvetagninger

Mål: Mindst 50 % reduktion i antallet af mangelfulde henvisninger til CT-, MR- og ultralydsscanning

Mål: Mindst 50 % reduktion i antallet af ambulante patienter, der venter mere end 20 minutter i laboratoriets ambulatorium

Kvalitativt mål: Ambulante patienter oplever en mere fleksibel tilgang til laboratoriets ambulatorium

Kvalitativt mål: De henvisende læger oplever et forbedret samarbejde med Diagnostisk enhed

3.6. Bedre overblik over, hvad der skal ske og hvornår, herunder daglige aktiviteter, stuegang og udskrivelse

Baggrund

Patienter skal have mulighed for at kunne disponere over egen tid under deres indlæggelse. For at kunne det, er det vigtigt, at patienten har overblik over, hvad der skal ske under indlæggelsen – og hvornår. Hvis patienter hver dag kan se, hvornår de fx skal til planlagte undersøgelser eller genoptræning, hvornår der er stuegang, og hvornår der serveres mad, har de bedre mulighed for at koordinere, hvornår de får besøg af pårørende eller går i kiosken. Et overblik over planlagte aktiviteter giver dels patienten mulighed for at råde over sin tid, dels patienter og pårørende mulighed for at koordinere, hvilke aktiviteter pårørende kan deltage i. Hvis patienter kan aftale et konkret tidspunkt for stuegang, kan de pårørende inviteres med – og kender patienten sit forventede udskrivelsestidspunkt, er det nemmere at koordinere hjemkomsten med pårørende og andre relevante aktører.

Indsats

Dag-til-dag oversigt: En dag-til-dag oversigt over patientens aktiviteter kan fremgå på et individuelt whiteboard (en patienttavle), i en patienthåndbog eller på en tablet. Fælles for alle former er, at indholdet skal påføres og ajourføres dagligt af personalet. Dag-til-dag oversigter er foreslået som et muligt initiativ inden for indsatsområdet "Borgernes behov og præferencer er afsat for fagligt bedste behandling" i Borgernes Sundhedsvæsen, og patienttavler som værktøj er taget i brug flere steder i Region H, bl.a. på Ortopædkirurgisk Afdeling på Gentofte Hospital. Form og indhold af dag-til-dag oversigter udvælges sammen med brugerne af tavlerne (patienter og personale) og afprøves og evalueres løbende efter forbedringsmodellen.

Stuegang: Det kan være svært at forberede sig til stuegang som patient og invitere sin pårørende med, når tidspunktet eller rammen for stuegang ikke er kendt – eller hvis stuegang er i et tidsrum, hvor det er vanskeligt for de(n) pårørende at deltage (fx inden for normal arbejdstid). Indsatsen vil gøre rammerne for stuegang mere fleksible til gavn for patienter og pårørende, blandt andet ved at etablere et planlægningssystem, sådan at patienterne og de pårørende ved, hvornår de kan være med til at træffe valg og beslutninger om patientens forløb. Tidspunktet skal kunne aftales individuelt, fx frem til kl 18, således at de pårørende får bedre mulighed for at deltage. Stuegang skal kunne ske på afdelingens kontor, ved sengen, i et samtalerum eller, hvis der ikke skønnes behov, helt undlades. Det vil i indsatsen afprøves at lade pårørende eller øvrige aktører, der ikke har mulighed for fysisk deltagelse i stuegangen, deltage ved telefon-/ videokonference. Form og indhold af den nye model for stuegang udvælges sammen med patienter, personale og pårørende, og afprøves og evalueres løbende efter forbedringsmodellen.

Udskrivelser: Udskrivelser kan opleves pludselige for patienter, pårørende og sundhedsvæsenets øvrige aktører og kan betyde, at de oplever at være uafklarede omkring patientens medicinering, bivirkninger og symptomer, der kræver opmærksomhed efter udskrivelsen, muligheder for at stille spørgsmål efter udskrivelsen osv. Indsatsen vil gøre udskrivelsen mere ventet ved, at den planlægges til et valgt tidsinterval, som i god tid skal kommunikeres til patienten og dennes omgivelser (pårørende, kommunal sundhedsvæsen eller øvrige aktører).

Det vil øge mulighederne for, at patienten kan forberede sig til sin udskrivelsessamtale og eksempelvis invitere sin pårørende med til denne. Det vil i indsatsen afprøves at lade pårørende eller øvrige aktører, der ikke har mulighed for fysisk deltagelse i udskrivelsessamtalen, deltage ved telefon-/ videokonference. Form og indhold af den nye model for udskrivelse udvælges sammen med patienter, personale og pårørende, og afprøves og evalueres løbende efter forbedringsmodellen.

Mål

Mål: 5 % reduktion i gennemsnitlig indlæggelsestid pr. indlæggelse i målgruppen. (National indikator)

Mål: BOH ligger over landsgennemsnittet på følgende tre LUP spørgsmål:

- *"Blev du løbende informeret om, hvad der skulle foregå?" (Spørgsmål nr. 30 blandt akut indlagte)*
- *"Tog personalet hensyn til dine behov ved planlægningen af din udskrivelse?" (Spørgsmål nr. 13 i planlagt indlagte og spørgsmål nr. 15 blandt akut indlagte).*
- *"Gav personalet (efter dit samtykke) dine pårørende mulighed for at deltage i beslutninger om din undersøgelse/behandling?" (Spørgsmål nr. 11 blandt planlagt indlagte og spørgsmål nr. 13 blandt akut indlagte).*

Kvalitativt mål: Medarbejderne oplever, at de har overblik over planlagte daglige aktiviteter for patienten (fx undersøgelser, genoptræning), og at form og indhold af stuegang og udskrivelse muliggør, at de imødekommer patienternes ønsker og behov.

3.7. Bedre fysiske rammer

Baggrund

De fysiske rammer er det første, der møder patienterne og de pårørende ved kontakt til hospitalet, og det er dem, der er gennemgående i alle forløb. Et målrettet løft af de fysiske rammer mod at være mere imødekommende og fremmende for inddragelse og dialog er derfor en del af projektet. Indsatsen supplerer og integrerer de aktiviteter, der allerede er på hospitalet indenfor de fysiske rammer.

Indsats

Indsatsen vil fokusere på:

- Skiltning i lofter, på vægge og gulve
At finde vej på hospitalet kan være en kilde til forvirring og frustration. I indsatsen vil skiltene gennemgås sammen med repræsentanter fra brugerrådet og både gulve, vægge og lofter inddrages for at finde den bedste placering. Nye skilte vil følge regionens strategi om dansk sprog.
- Parkeringspladser til patienter og pårørende
Adgangen til hospitalet både i akutte og planlagte tilfælde fylder meget for alle brugere. Det at få en parkeringsplads tæt ved sit behandlingssted er en tilbagemelding

hospitalet ofte får fra brugerne.

- Ventearealer som lounges
Ventetid kan være forberedelsestid. Men det kræver en indretning som giver mulighed for at bruge ventearealerne til forskellige formål. Der skal være gode arbejdspladser, hvilepladser og en vært fra hospitalet, der tager hånd om de, der venter. Værten supplerer sin rolle ved at fx at hjælpe med adgang til sundhed.dk, udlevere information eller hjælpe til med ændringer i tidsbestilling m.v.
- Forplejning i kontakten med hospitalet
En kop kaffe, et stykke frugt eller måske en sandwich undervejs i kontakten på hospitalet kan betyde meget for hvilken oplevelse man som patient eller pårørende har. Og for hvor frisk og veltilpas man er under samtaler, undersøgelse eller behandling. Indsatsen vil gøre op med brugerbetaling for enkel forplejning under kontakten med hospitalet og gøre det muligt for værter i ventearealet at tilbyde let forplejning.

Mål

Mål: > 90 % oplever de fysiske rammer som venlige og imødekommende.

3.8. Følg patienternes præference i den sidste levetid

Baggrund

Inden indlæggelse har de fleste (76,3 %) af patienterne i et amerikansk studie overvejet deres pleje og behandling i den sidste tid. Kun 11,9 % ville foretrække en livsforlængende behandling. Hvis man sammenlignede patienternes præferencer med notater i journalen, var der kun overensstemmelse i 30,2 %. [5]

Patienter i palliative og terminale forløb (uanset diagnose), tilbydes ofte stående/åben indlæggelse. Tilbuddet kan betyde, at patient og pårørende ikke benytter alternative tilbud (praksis, hjemmepleje, akutambulatorium, akuttelefon) og at akut indlæggelse derfor kan have karakter af 'nødløsning'.

Indsats

Der iværksættes en indsats, der skal sikre, at patienter i et forløb, som kan have en terminal udgang, sikres information om diagnose og prognose, og om den samlede palet af tilbud, der gives af kommune, praksis og hospital. Så tidligt som tilstanden og erkendelsesniveauet tillader det, skal ønsker omkring døden drøftes med patient og pårørende, herunder afdækning af hvor patienten ønsker at dø og hvad der er vigtigst for patienten og de pårørende i den sidste tid. Det er forventningen, at de fleste ønsker at dø i egne, kendte omgivelser sammen med familien, - og at indsatsen kan reducere dødsfald på hospitalet. Der er allerede et bredt tilbud til patienter, der visiteres til et palliativt forløb på hospitalet, hvorfor denne patientgruppe ekskluderes fra indsatsen.

Indsatsen sigter også på at samarbejdet og planlægningen mellem kommune, praksis og kommune (herunder plejehjem) koordineres bedre for at sikre, at alle er velinformerede om mulighederne for få sidste tid efter eget valg.

Indsatsen vil være genstand for en løbende kvalitativ evaluering og monitorering.

Mål

Kvalitativt mål: Patienterne og de pårørende oplever den sidste tid på den måde de havde ønsket det i dialogen med klinikerne.

Sammenhæng mellem indsætter, mål og patientgrupper

Sammenhængen mellem indsætter, mål og patientgrupper er opstillet skemaet herunder.

Indsats		Mål og indikatorer	Patientgruppe
3.1	Fælles og fleksible ambulatorier	10 % reduktion af antal ambulante besøg for de inkluderede patienter 15 % øgning i antal telefonkonsultationer for de inkluderede patienter Patienterne oplever, at antallet af ambulante besøg er passende Patienterne oplever, at deres besøg i ambulatoriet var godt tilrettelagt	Patienter med kroniske sygdomme, fx KOL eller diabetes type 2. Patienter med flere sygdomme.
3.2	Ny visitationsform for akutte patienter	5 % reduktion i akutte indlæggelser for KOL-patienter. <i>National indikator.</i> 5 % reduktion i akutte indlæggelser for diabetes type 2-patienter. <i>National indikator.</i> Patienter oplever at få det rette tilbud	Patienter med kroniske sygdomme, fx KOL eller diabetes type 2.
3.3	Fælles ansvar for indlæggelse og udskrivelse for ældre patienter mellem hospital, kommune og almen praksis	10 % reduktion af forebyggelige genindlæggelser for ældre (65+). <i>National indikator.</i> Patienter oplever sammenhæng i deres forløb	Ældre patienter 65+ år.

		<p>Patienter er trygge ved udskrivelse fra hospital</p>	
3.4	<p>Patientrapporterede oplysninger om behandlingsresultater - PROM</p>	<p>75 % af patienterne deltager i indsamlingen af patientoplevet outcome mål</p> <p>Personalet inddrager patientoplevede outcome mål i dialogen med patienterne</p> <p>Patienterne oplever, at deres funktionsniveau er bedre efter behandling</p>	<p>Patienter, der opereres elektivt indenfor lyskebrok, knæ- og hofteproteser.</p> <p>Patienter med KOL som kronisk sygdom.</p>
3.5	<p>Bedre bestilling og brug af diagnostik</p>	<p>Mindst 75 % reduktion i unødvendige blodprøvetagninger</p> <p>Mindst 50 % reduktion i antallet af mangelfulde henvisninger til CT-, MR- og ultralydsscanning</p> <p>Mindst 50 % reduktion i antallet af ambulante patienter, der venter mere end 20 minutter i laboratoriets ambulatorium</p> <p>Ambulante patienter oplever en mere fleksibel tilgang til laboratoriets ambulatorium</p> <p>De henvisende læger oplever et forbedret samarbejde med Diagnostisk enhed</p>	<p>Alle patienter</p>
3.6	<p>Bedre overblik over, hvad der skal ske og hvornår, herunder daglige aktiviteter, stuegang og udskrivelse</p>	<p>5 % reduktion i gennemsnitlig indlæggelsestid pr. indlæggelse i målgruppen. (National indikator)</p> <p>BOH ligger over landsgennemsnittet på tre LUP spørgsmål rettet mod indsatsen.</p> <p>Medarbejderne oplever, at de har overblik over planlagte daglige aktiviteter for patienter</p>	<p>Indsatsen er generel, men forventes at give særlig værdi for patienter med hyppige eller længere indlæggelser.</p>

		ten (fx undersøgelser, genoptræning), og at form og indhold af stuegang og udskrivelse muliggør, at de imødekommer patienternes ønsker og behov.	
3.7	Bedre fysiske rammer	90 % oplever de fysiske rammer som venlige og imødekommende.	Indsatsen er generel.
3.8	Følg patienternes præference i den sidste levetid	Patienterne og de pårørende oplever den sidste tid på den måde de havde ønsket det i dialogen med personalet.	Alle patienter i et forløb, som kan have en terminal prognose.

4. Metode

Udviklingshospitalet formes og kvalificeres løbende af dets brugere, - og brugerne defineres bredt som:

- patienter og pårørende,
- medarbejderne,
- andre interessenter.

Deres viden om egne muligheder og udfordringer samt deres ideer til indsatsområder, bringes i spil for at sikre, at de indsats, der i sidste ende køres i drift, er lige netop de indsatser, der skaber mest værdi for patienterne. Det sikres, dels ved at inddrage brugerne løbende, dels ved at afprøve og modificere indsatserne, til de har den mest muligt værdiskabende form og indhold, der kan overføres fra lille til stor skala.

Deres viden om egne muligheder og udfordringer samt deres ideer til indsatsområder, bringes i spil for at sikre, at de indsatser, der i sidste ende køres i drift, er lige netop de indsatser, der skaber mest værdi for patienterne. Det sikres, dels ved at inddrage brugerne løbende, dels ved at afprøve og modificere indsatserne, til de har den mest muligt værdiskabende form og indhold, der kan overføres fra lille til stor skala.

Der sondres i det følgende mellem *indledende* og *løbende* brugerinddragelse om de processer, hvor brugernes ideer og feedback indhentes, og *forbedringsmodellen* om den model, hvormed en indsats går fra at blive afprøvet i lille skala (fx over for en afgrænset patientgruppe på udviklingshospitalet) til at blive implementeret i stor skala (alle hospitaler i Region Hovedstaden).

Projektet vil under de indledende afprøvninger på hospitalet særskilt bevare et fokus på indsatsernes skalerbarhed, ligesom den del vil inddrages i såvel løbende som endelig evaluering.

Det betyder, at der i nogle tilfælde vil ske yderligere afprøvninger og derved nye cyklusser i forbedringsmodellen selvom de lokale effekter er opnået – alene med det formål at teste en mere generaliserbar model.

Indledende – og løbende – inviteres brugerrådet med til at kvalificere planer og aktiviteter for udviklingshospitalet, og efter behov etableres supplerende brugerfora målrettet afgrænsede, specifikke indsatser.

Indledende brugerinddragelse:

Den indledende brugerinddragelse har til formål at indhente patienters, pårørendes og medarbejders samt øvrige interessenters input til form og indhold af udviklingshospitalet. Noget af det input er allerede indhentet i forbindelse med afholdelse af kick-off seminar i marts 2016 med deltagelse af personale, brugerrådet, kommune, praksis og repræsentanter fra politiske udvalg, se afsnit 1 om projektets baggrund.

Blandt de indledende brugerinddragelsesindsatser hører endvidere en gennemførelse af en *organisationsanalyse i samarbejde med Planetree*. Organisationsanalysen indebærer gennemførelse af en række interview med patienter, pårørende og medarbejdere med det formål at dykke ned i de helt konkrete uhensigtsmæssigheder, som de ser og mærker i deres dagligdag, og som de vurderer *ikke* er værdiskabende for patienten – samt definere, hvilke muligheder de ser for bedre patientforløb, hvis nogle af disse barrierer løftes. Uhensigtsmæssighederne kan forekomme inden for de områder, der allerede er beskrevet i denne projektbeskrivelse som indsatsområder – eller de kan forekomme inden for andre områder af patientforløb.

For at bringe internationale erfaringer med at skabe værdi for patienten med i organisationsanalysen, gennemføres den i et samarbejde med Planetree, se endvidere afsnit 6 om tilknytning af international ekspertise. På baggrund af organisationsanalysen udpeges 2-3 indsatser i samarbejde med relevant personale, og indsatserne forelægges for styregruppen i november-december 2016 og forventes testet og implementeret i 2017.

Løbende brugerinddragelse:

Den løbende brugerinddragelse består af flere metoder til systematisk at indhente patienter og pårørendes feedback som led i arbejdet med at udvælge, afprøve og tilpasse indsatserne. De anvendte metoder er Den Løbende Patienttilfredshedsmåling (DLP), Feedbackmøder og den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser (LUP).

DLP er en løbende, tidstro måling af patienternes oplevelse af deres indlæggelse eller ambulante besøg. Patienterne svarer på fem spørgsmål på en iPad inden de forlader hospitalet. To af disse spørgsmål er udvalgt på regionalt niveau og omhandler patientens samlede oplevelse af et givent område, og de resterende tre spørgsmål vælges på hhv. hospitals- og afsnitsniveau. I takt med, at udvalgte indsatser afprøves i praksis, måles patienttilfredsheden med indsatsen

ved at indsætte spørgsmål hertil på de i-Pads, som patienterne giver deres feedback på. Patienternes besvarelser/feedback trækkes løbende med fx månedsvise opfølgning på tavlemøder, og afhængig af patientflowet følges udviklingen i patienternes vurdering af indsatsen over fx seks måneder, hvorefter en ny indsats kan igangsættes og måles.

Patienternes svar i DLP kan give anledning til, at der rejser sig nye spørgsmål hos medarbejderne omkring indsatsens form og indhold, som fordrer kvalitative data, f.eks. patienternes fortællinger om *hvorfor* og *hvordan*. Disse spørgsmål kan blive rejst ved at invitere til feedbackmøder, hvor medarbejderne får patienternes/de pårørendes feedback på udvalgte områder. Feedbackmøder kan også bruges som systematisk, organisatorisk brugerinddragelsesmetode. Metodens styrke er, at medarbejderne hører patienternes fortællinger om deres oplevelser direkte fra patienterne selv og har mulighed for at få kvalificeret eventuelle ideer til nye indsatser eller indhente patienternes prioritering af indsatser direkte på mødet. Patienternes input fra feedbackmøder danner følgelig baggrund for afdelingens videre kvalitetsudvikling og patientsamarbejde.

LUP'en bruges til på sigt at se, om udviklingshospitalet også på nationalt niveau flytter sig i positiv retning på de områder, som der bliver iværksat indsatser indenfor.

Forbedringsmodellen

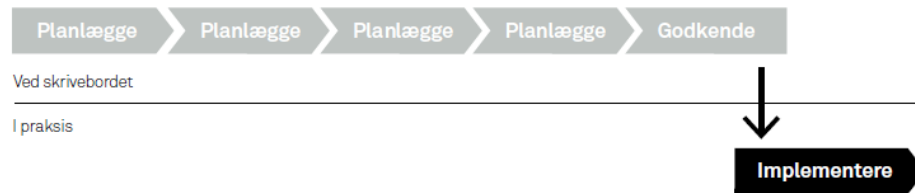
Udviklingshospitalet afprøver og implementerer forandringer, der på flere områder grundlæggende ændrer ved arbejdsgange, kultur og sprog. For at sikre en holdbar implementering, der tager hensyn til lokale forhold benyttes forbedringsmodellen som overordnet metode. Forbedringsmodellen, er en udbredt og anerkendt international metode, som i Danmark bl.a. fremmes af Dansk Selskab for Patientsikkerhed². Region Hovedstaden har allerede haft gode erfaringer med modellen gennem deltagelse i det nationale projekt "Patientsikkert Sygehus" på Nordsjællands Hospital, ligesom flere forbedringsinitiativer i regionen benytter samme metode.

Konkret er metoden, at indsatserne først afprøves i lille skala og herefter dagligt eller ugentligt justeres, indtil man har fundet frem til det, der virker i hverdagen. Herefter øges skala for udbredelse og anvendelse, hvorfor den også er velegnet til videre udbredelse af erfaringer og resultater til resten af regionen.

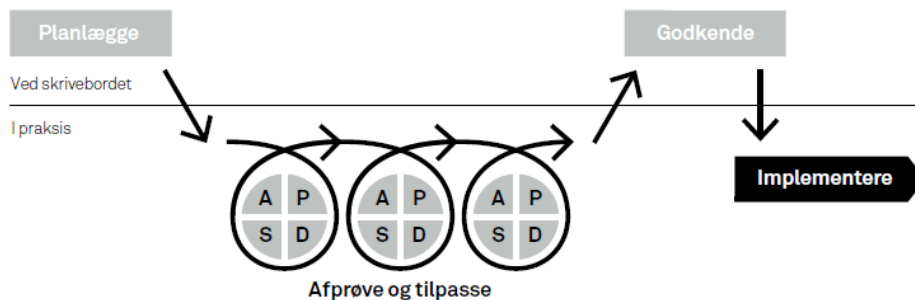
Modellen adskiller sig derfor fra en mere traditionel tankegang, hvor en længere planlægnings- og godkendelsesproces gennemføres før en indsats bliver afprøvet i praksis. Figuren nedenfor illustrerer forskellen mellem de to tilgange.

² Dansk Selskab for Patientsikkerheds beskrivelse af forbedringsmodellen er benyttet i let redigeret form

Traditionel tilgang



Tilpasning til lokal kontekst



Reinertsen, Bisognano & Pugh (2008)

Forbedringsmodellens første del

Forbedringsmodellen består af to dele, og den første del omfatter tre spørgsmål:

1. Hvad ønsker vi at opnå?
2. Hvordan ved vi, at en forandring er en forbedring?
3. Hvilke forandringer skal iværksættes for at skabe forbedringer?

Forbedringsmodellens anden del

Den anden del af forbedringsmodellen er selve metoden til afprøvningen af den enkelte idé, som hedder PDSA-cirklen. Den er altså modellens motor til at omsætte idéer til konkrete handlinger.

- Plan: Personalet formulerer en hypotese og planlægger, hvad der skal gøres anderledes.
- Do: Personalet gennemfører afprøvningen, men det indsamler data.
- Study: Personalet sammenligner data med hypotesen.
- Act: Personalet sammen med borgere og patienter bekræfter, forkaster eller justerer hypotesen efter, hvad det lærte, og planlægger næste afprøvning.

Aktiv brug af data

Forbedringsmodellen indbefatter, at de sundhedsprofessionelle løbende indsamler og følger op på data (kvalitativ og/eller kvantitativ). Karakteren af data afhænger af indsats. Således vil noget data skulle indsamles på et mere generelt, patienttilfredsheds plan, mens andet data har fokus på hver enkelt patients udvikling. Med tallene ved personalet hele tiden, om patienterne får den rette pleje og behandling.

Med Sundhedsplatformens indførelse i marts 2017 udvides mængden af datakilder med automatisk datafangst betragteligt. Udviklingshospitalet vil uddanne et antal medarbejdere på hospitalet til at blive specialister i afrapporteringsmodulet i Sundhedsplatformen. Specialister har også som opgave at fremme en fælles, data-baseret, forståelse mellem patienter, klinikere, ledelser og administration. Endvidere vil de løbende målinger, DLP, feedbackmøder og LUP, føde ind med kvalitativ og kvantitativ data omkring den patientoplevede kvalitet af en iværksat forbedring, jf. afsnit om løbende målinger.

5. Proces fra indsats til implementering

Projektgrundlaget beskriver en række overordnede indsatser med varierende grad af konkretisering, inkl. indikatorer og mål.

I den videre proces skal det relevante fagpersonale konkretisere elementerne i indsatsen og planlægge en strategi for implementering. Som beskrevet ovenfor starter dette med et frontnært arbejde i småskala (f.eks. få patienter). Medarbejderinvolvering og medbeslutning i såvel den indledende konkretiseringsfase, udformningen af meningsfulde indikatorer og mål og arbejde med implementering i småskala, er et væsentligt omdrejningspunkt for at sikre ejerskab og engagement i medarbejdergruppen.

6. Tilknytning af international ekspertise

Udviklingshospitalet står på skuldrene af flere af de nationale og internationale forbedringsaktiviteter, der er gennemført de senere år.

I stedet for at tilknytte én international aktør og en større række eksterne konsulenter vil projektet i stedet søge sparring og specifik rådgivning fra de bedste i verden.

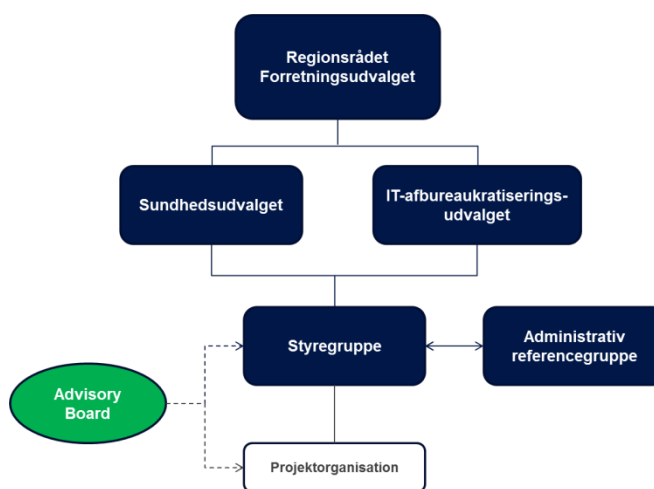
Konkret betyder det, at

- *Planetree* organisationen inddrages i den organisatoriske brugerinvolvering og tilknyttes projektets Advisory board
- *Institute of Healthcare Improvement* søges tilknyttet som rådgivere til projektledelsen og hospitalets ledelse
- Projektledelsen og hospitalsdirektionen deltog på International Consortium of Healthcare Outcome Measurement (*ICHOM*) konferencen i 2016 og inddrager viden herfra i indsats B3 med afprøvning af patientrapporterede effekter (PROM).
- Projektet gennemfører studiebesøg hos sundhedssystemer, der har opnået erfaringer med værdibaseret styring og en bedre sammenhæng for patienterne.

Samlet set giver denne tilknytning en mere målrettet brug af sparringspartnere og en fleksibilitet i at vælge de metoder og den rådgivning, der bedst understøtter indsatserne.

7. Organisering

Udviklingshospitalet er en regional satsning på at afprøve værdibaseret styring - ligesom det er et stort og vigtigt forbedringsprojekt på Bornholms Hospital. Organiseringen afspejler disse forhold.



Politisk niveau

Udviklingshospitalet følges af og afrapporterer til Forretningsudvalget, Sundhedsudvalget, It- og afbureaukratiseringsudvalget samt regionsrådet.

Regionens administration

I administrationen følges udviklingshospitalet af en administrativ referencegruppe med koncerndirektør Jens Gordon Clausen som formand.

Styregruppe

Hospitalsdirektør Niels Reichstein Larsen er formand for styregruppen, som har repræsentation fra hospitalet fra både ledelse og medarbejdere, almen praksis på Bornholm, Bornholms Regionskommune, brugerrådet samt regionens koncerndirektion og det regionale Forum for Kvalitet.

Advisory Board

For at sikre faglig sparring, input og kvalificering har udviklingshospitalet tilknyttet et advisory board med vicedirektør Jonas Egebart som formand og projektdirektør Bent Ottesen som næstformand. Advisory Boardet består herudover af en række faglige eksperter, faglige organisationer og interesseorganisationer.

8. Vidensdeling af erfaringer og resultater lokalt, regionalt og nationalt

Udviklingshospitalet er ikke alene en række indsatser på Bornholms Hospital. Udviklingshospitalet er også et regionalt forsøg med nye styringsformer og med at implementere regionens politiske målsætninger "Patientens situation styrer forløbet" og "Høj faglig kvalitet" på en måde så erfaringerne kan deles.

Delingen af erfaringerne og de opnåede resultater er derfor en væsentlig leverance både til de ansatte på hospitalet og i regionen, de øvrige regionale aktører og til borgere og samarbejdspartnere.

Deling af viden blandt alle faggrupper på Bornholms Hospital

Indsatserne i udviklingshospitalet berører alle medarbejdere på hospitalet – men i varierende omfang. Hele personalegruppen inddrages gennem deltagelse i projektets governancestrukturer (styregruppe og advisory board), gennem temadage og via Virksomheds-MED. Alle skal have del i de resultater og erfaringer der opnås, og spredning og inddragelse af medarbejdere vil være en betydende aktivitet.

Deling og dialog med de øvrige hospitaler i regionen

En data- og resultatbaseret dialog om udviklingshospitalet med de øvrige hospitaler vil kvalificere og fremme aktiviteterne i indsatserne. Men dialogen kan også danne rammen for den bredere anvendelse af forsøgets resultater i arbejdet med styring og ledelse af hospitalerne. En kontinuerlig dialog og deling af erfaringer er afgørende for om resultaterne efterfølgende kan spredes til andre hospitaler.

Inddragelse af kommune, praksis og øvrige samarbejdspartnere

Flere af udviklingshospitalets indsatser involverer direkte det kommunale sundhedsvæsen og almen praksis. På et mere overordnet plan er det en del af spredningsaktiviteterne at sikre en løbende involvering af både Bornholms Regionskommune, almen praksis på Bornholm samt begges interesseorganisationer (KL, Lægeforeningen/PLO).

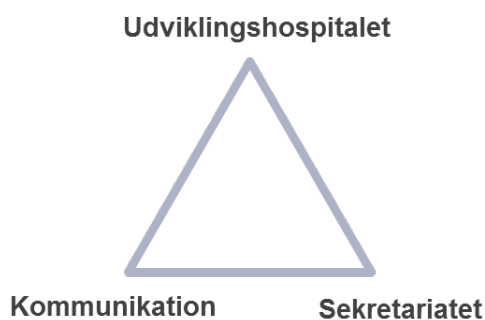
Meningsdanner i samfundet

Et menneskeligt sundhedsvæsen, der styrer efter værdi og sammenhæng for den enkelte patient er ikke et projekt, der kun lever i de professionelle miljøer eller organisationer. Det er et sundhedsvæsen der lever og udvikler sig i dialog med alle borgere. Det er derfor en central del i sprednings- og kommunikationsarbejdet at etablere en platform som regional og national meningsdanner i samfundet. En sådan positionering giver både mulighed for at udbrede budskaber, erkendelser og resultater og, måske vigtigst, at modtage reaktioner og input til de løbende udviklinger der sker i implementering af indsatserne.

Gennemførelse af sprednings- og formidlingsaktiviteter

Udviklingshospitalet Bornholm kommer til at levere vigtige erfaringer og resultater til brug for fremtidens sundhedsvæsen. En strategisk kommunikationsindsats skal sikre, at projektets erfaringer og resultater vil blive kommunikeret både regionalt, nationalt og internationalt. Dels så det danske sundhedsvæsen og borgere bredt i Danmark kan høste fordelene af projektet. Og dels for at profilere regionen og Udviklingshospitalet Bornholm som progressive aktører på sundhedsområdet, der tænker fremad på patientens vegne.

En kommunikationsstrategi vil ud fra visionen og målene definere de vigtigste interessenter og målgrupper, de bærende budskaber, og hvem der skal kommunikere hvilke budskaber. En tæt dialog mellem Bornholms Hospital, Center for Kommunikation og Sekretariatet vil sikre, at de gode historier og dagsordenssættende budskaber løbende identificeres i takt med, at projektets resultater foreligger.



De opnåede erfaringer og budskaber skabes mellem de kommunikationsfaglige resurser og udviklingshospitalet, og udførelsen sker i samarbejde med sekretariatet.

Det forventes, at en regionalt etableret formidlingsmæssig og grafisk ramme vil være fundamentet for spredningsaktiviteterne og, at der vil kobles eksterne formidlings- og forandringsledelseskompetencer til projektet.

Snitflader til regionens strategiske indsats Ventet & Velkommen

Indsatserne og intentionerne i regionens strategiske indsats Ventet & Velkommen understøtter på mange måder målene i Udviklingshospitalet Bornholm. I Ventet & Velkommen er der fokus på den patientoplevede kvalitet blandt andet i form af bedre skiltning med danske afdelingsnavne, bedre skriftlig patientinformation, frie besøgstider, bedre telefonbetjening, bedre fysisk indretning af venteområder og et forbedringsarbejde i forhold til hospitalernes servicekultur. Når det gælder Bornholms Hospital som forgangshospital for et mere menneskeligt sundhedsvæsen, er det derfor oplagt, at de mål og redskaber, der ligger i Ventet & Velkommen spiller sammen med de nye indsatser, der sættes i gang på BOH. Hospitalet er i Ventet & Velkommen udvalgt som foregangshospital for en bedre skiltning og vejvisning med

danske afdelingsnavne; en indsats, som udrulles i efteråret 2016. Ligeledes kan styrkelsen af en servicekultur understøtte den kulturændring, som hospitalet skal i gang med.

9. Evaluering

Projektet vil løbende blive monitoreret ud fra en kvantitativ metode med henblik på at sikre data til justering af initiativer og målopfyldelse. Monitoreringen vil desuden blive brugt til at holde direktion, styregruppe, administrativ referencegruppe og Advisory Board underrettet om projektets fremdrift og til opfyldelse af aftalte milepæle og leverancer.

Derudover tilknyttes en ekstern evaluatør til projektet. I samarbejde med den eksterne evaluatør udarbejdes et forskningsbaseret evalueringsdesign for hele projektet. Evalueringsdesignet skal omfatte en kvalitativ læringsevaluering, hvor der indgår en løbende, kvalitativ vurdering af projektet, er fokus på den opnåede læring og evt. afledte effekter, som kan være til gavn for patienterne. Der skal desuden indgå en vurdering af det generiske aspekt i projektet.

Evalueringsdesignet skal som minimum indeholde to delleverancer i form af en midtvejsevaluering og en slutevaluering. Projektteamet afholder løbende møder med evaluatør for at følge den løbende, kvalitative evaluering. Styregruppen godkender det endelige evalueringsdesign ultimo 2016.

Evalueringerne vil blive drøftet med direktion, styregruppe, administrativ referencegruppe, og Advisory Board samt blive fremlagt for IT- og afbureaukratiseringsudvalget, Sundhedsudvalget, Forretningsudvalget og Regionsrådet.

Evaluators beskrivelse af evalueringsopgaven fremgår af særskilt bilag.

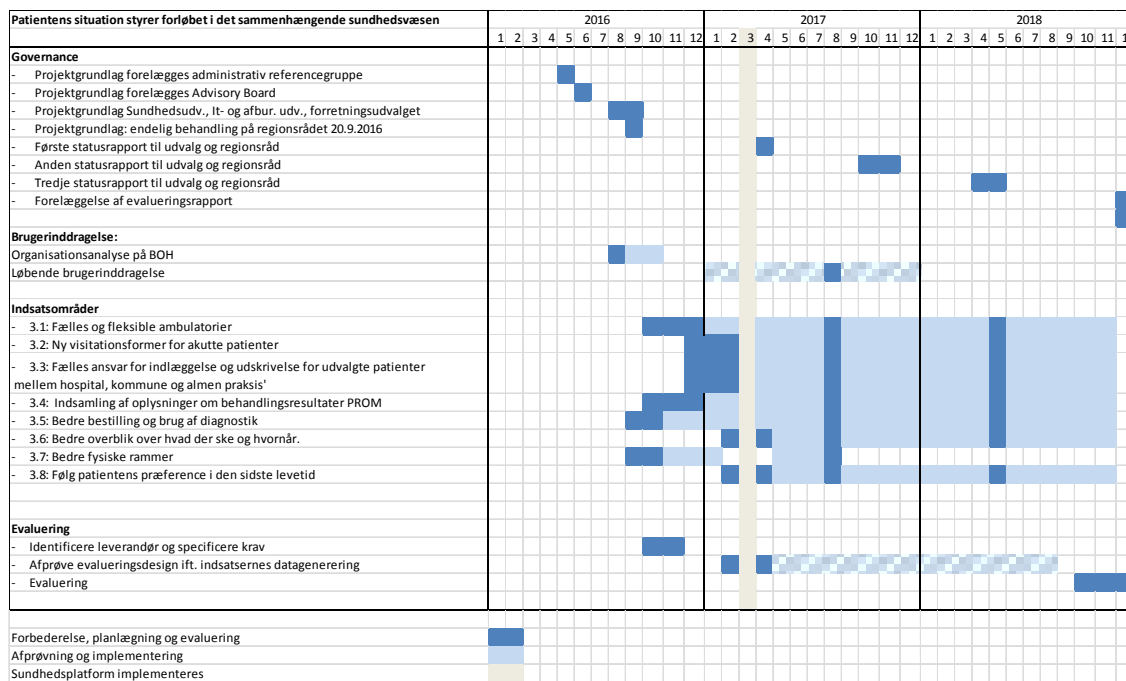
10. Tidsplan

Udviklingshospitalets indsatser i nærværende projektgrundlag behandles på

- Sundhedsudvalget 30. august 2016
- It- og afbureaukratiseringsudvalget 6. september 2016
- Forretningsudvalget 13. september 2016
- Regionsrådet 20. september 2016

Det betyder at indsatserne startes formelt d. 21. september 2016 og afrapporteres ultimo 2018. De politiske udvalg og regionsrådet orienteres tillige med halvårslige statusrapporter.

Tidsplanen for projektets governance, herunder politiske statusrapporteringer samt sporenes overordnede tidsplan visualiseres i figuren nedenfor. Hvert projekt vil udarbejde en konkret tidsplan med leverancedatoer som forelægges styregruppen.



11. Økonomi og budget

Projektet med tilhørende evaluering og udbredelsesindsats vil have en økonomi på 4,7 mio. kr. i 2016, 7,75 mio. kr. i 2017 og 8,65 mio. kr. i 2018. Økonomien til de enkelte aktiviteter fremgår af tabellen nedenfor.

Aktivitet		2016	2017	2018
Allerede vedtaget	Projektorganisation BOH	1,5	1,5	
Projektaktiviteter	Forlængelse af projektorganisationen på BOH			1,5
	Evaluering og udbredelse til de andre hospitaler	2	2	3
	Internationalt samarbejde, advisory board og seminarer mm.	0,6	1,1	1,1
	Brugerinddragelse	0,3	0,7	0,7
	Delprojekter	1,8	3,95	2,35
Heraf	Fysisk udtryk	0,2	0,3	0,2
	Tværasektorielt samarbejde	0,5	0,8	0,8
	Vidensdeling og formidling	0,2	0,6	0,7
	Fælles ansvar for indlæggelse og udskrivelse	0,2	0,4	0,15
	Fælles og fleksible ambulatorier	0,3	0,5	0,2
	Diagnostik bedre brug	0,2	0,7	0,2
	Klar plan for dit forløb	0,2	0,4	0,1
	Fokus på data		0,25	
	I alt	4,7	7,75	8,65

Referencer

- [1] <https://www.regionh.dk/fcfs/publikationer/nyhedsbreve/Sider/April%202015/De-dyreste-borgere-med-kronisk-sygdom-.aspx>
- [2] Sundhedsdatastyrelsen. Store udgifter forbundet med multisygdom. 2015, samt Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed. Sundhedsprofil 2013.
- [3] National Survey on Justification of CT-examinations in Sweden. Swedish Radiation Safety Authority. 2009.
- [4]. Boyd CM, Fortin M. Future of Multimorbidity Research: How Should Understanding of Multimorbidity Inform Health system Design? Public Health Reviews. 2010. p. 451-74.
- [5] Heyland DK, Barwich D, Pichora D, et al. Failure to engage hospitalized elderly patients and their families in advance care planning. JAMA Internal Medicine. 2013;173(9):778-787



**Bornholms
Hospital**



**Region
Hovedstaden**

www.bornholmshospital.dk
www.regionh.dk