




Århus, d. 22. maj 2008

DSI

v/ Afdelingschef Lisbeth L. Rasmussen,
Region Syddanmark



Kliniske retningslinier & indikatormålinger

Randomiserede studier viser kliniske retningsliniers effekt på patientresultater, hvis de implementeres med:

- Udbredelse og uddannelse
- Lokal tilpasning/skræddersys
- Gentagne påmindelser
- Computer og netværks tilgængelighed
- Indgår i patientforløbsbeskrivelser
- Indgår i pt. information og –uddannelse
- Følges med indikatorer: feedback & audit

Ledelse

Planlagte forandringer kan opnås ved at:

- Forstærke drivkraften
- Svække bremsende kræfter

(Lewin 1952: 229)



Ventetid fra henvisning til forundersøgelse

5.1 Indikator 1: Ventetid fra henvisning til forundersøgelse

Standard: Maksimal ventetid på 14 dage fra modtagelse af henvisning til forundersøgelse på afdelingen

Afgrænsning: Kun elektive patienter

Tabel 5.1 Ventetid fra henvisning til forundersøgelse for elektive patienter

Ventetid	2001		2002		2003		2004		2005		I alt	
	antal	%	antal	%	antal	%	antal	%	antal	%	antal	%
<= 14 dage	1296	76,7	1953	76,2	2010	76,6	2278	78,3	1932	79,1	9469	77,4
> 14 dage - <= 21 dage	203	12,0	321	12,5	300	11,4	311	10,7	305	12,5	1440	11,8
> 21 dage	191	11,3	288	11,2	315	12,0	319	11,0	205	8,4	1318	10,8
I alt	1690	100,0	2562	100,0	2625	100,0	2908	100,0	2442	100,0	12227	100,0

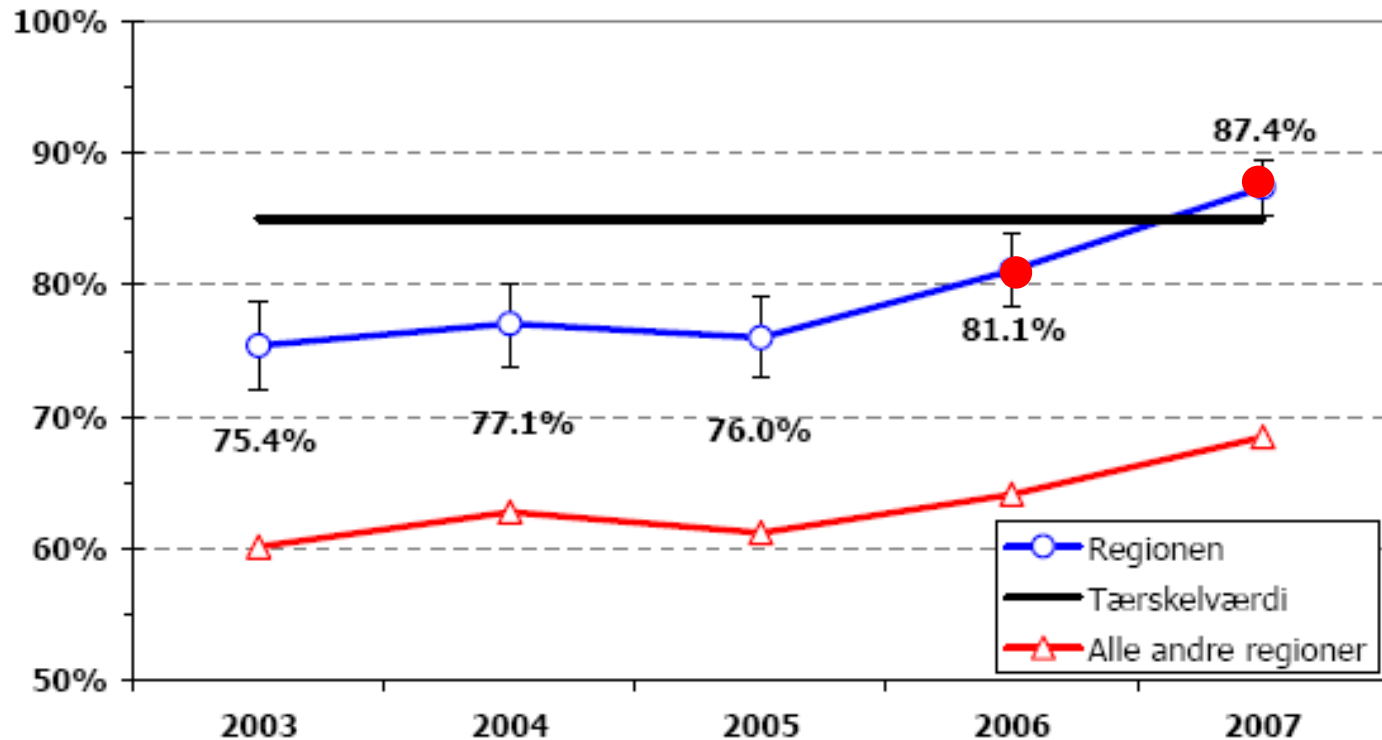
Kommentar:

- Omkring 77 % af elektive patienters første besøg på afdelingen fandt sted indenfor 14 dage efter modtagelse af henvisning, og ventetiden faldt gennem hele perioden.
- Indkaldeshastigheden til forundersøgelse afhænger af, om henvisende instans har anført cancermistanke eller alarmsymptomer på henvisningen, idet ventetids"garantien" kun omfatter sådanne patienter. I opgørelsen indgår imidlertid også de patienter, som ikke havde typiske cancersymptomer, men som efter et kortere eller længere diagnostisk forløb til sidst viste sig at have cancer. Dette vil øge den gennemsnitlige ventetid.
- Databasen har ikke oplysninger om, hvorfra henvisningen kom. En del patienter kommer erfaringsvis fra anden hospitalsafdeling, hvor patienten blev undersøgt for anden sygdom, og hvor tarmkræft blev konstateret som et tilfældigt fund. I disse tilfælde vil patienten ofte først overgå til kirurgisk regi, når henvisende afdelings behandling er afsluttet. Dette vil ligeledes øge den gennemsnitlige ventetid.

Varighed af udredning af patienter henvist ved mistanke om mave-tarm kræft, Region Syddanmark marts 2008 **93%**

Andel af patienter udredt inden for garanteret udredningstid: 28 dage

REGIONENS INDIKATOR-UDVIKLING
OVER FOR ALLE ANDRE REGIONER, UJUSTERET



Incitamentter – Kvalitetsmålinger og offentliggørelse

- Tilsigtede konsekvenser
 - Offentliggørelse af kvalitetsmålinger fører til målbare forbedringer på flere præstations indikatorer (Fare for tab af professionel anseelse etc.)

(Internationale erfaringer med præstationsmålinger og offentliggørelse af præstationsdata, DSI 2003)



Incitamenter – Kvalitetsmålinger og offentliggørelse

- Utilsigtede konsekvenser
 - Afvisning af høj risiko patienter, omgåelse af registreringspraksis etc.

Internationale erfaringer peger generelt på, at jo flere og større incitamenter der er tilknyttet et præstationsmålingsystem – jo større risiko for negative konsekvenser

- Reflekterer kvalitetsmålingerne den reelle behandlingskvalitet?
Interobservatørvariation?



Konklusion

- Kvalitetsforbedringer hvis:
 - Området er klinisk meningsfyldt
 - Der er ledelsesfokus/opbakning / Dagsordensættes i personalepolitikker
 - Balanceret incitamentstruktur



Spørgsmål

- Er der overensstemmelse mellem faglig kvalitet, politiske ønsker og patienter/borgernes behov?
- Hvordan kan kvalitet blive en større del af den organisatoriske dagsorden?
- Skal der betales for god kvalitet?

