



Notat til Statsrevisorerne om  
beretning om kvalitetsindsatser  
på sygehusene

August  
2012

revision  
revision  
revision

**Vedrører:**  
**Statsrevisorernes beretning nr. 8/2011 om kvalitetsindsatser på sygehusene**

18. juli 2012

**Ministeren for sundhed og forebyggelses redegørelse af 18. juni 2012**

RN A305/12

1. Dette notat handler om de initiativer, som ministeren for sundhed og forebyggelse (her-efter sundhedsministeren) har iværksat som følge af Statsrevisorernes bemærkninger og beretningens indhold og konklusioner. Sundhedsministeren har desuden indhentet udtalelser til beretningen fra regionsrådene i de 5 regioner.

Notatet indeholder følgende konklusion:

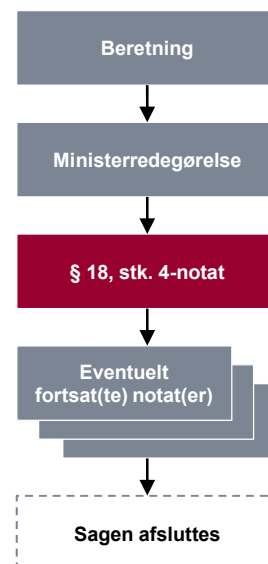
Jeg finder, at sundhedsministeren og regionerne på tilfredsstillende vis redegør for, hvilke initiativer beretningen har givet anledning til.

Sundhedsministeren oplyser i sin redegørelse, at Sundhedsministeriet har igangsat en lang række initiativer, heraf flere i samarbejde med regionerne, med henblik på fortsat udvikling og sikring af kvaliteten på sygehusene. Det er derfor min opfattelse, at sagen kan afsluttes.

Jeg bygger min konklusion på følgende:

- For at styrke sammenhængen imellem de nationale og regionale kvalitetsindsatser har Sundhedsministeriet og Danske Regioner aftalt 2 nationale målsætninger for kvalitet, som de løbende vil følge op på.
- Sundhedsministeriet og regionerne vil fortsat udvikle Den Danske Kvalitetsmodel, så den i højere grad understøtter kvalitetsarbejdet på sygehusafdelinger, samtidig med at den er med til at sikre sammenhæng mellem nationale, regionale og lokale kvalitetsindsatser.
- For at sikre, at kvalitetsindsatsen ikke medfører unødige registreringer eller dobbeltarbejde for sundhedspersonalet, samarbejder Danske Regioner og Sundhedsstyrelsen om at udvikle brugen af eksisterende oplysninger, fx ved at genbruge data på tværs af registre og databaser.

**Sagsforløb for en større undersøgelse**



*Du kan læse mere om forløbet og de enkelte step på [www.rigsrevisionen.dk](http://www.rigsrevisionen.dk)*

- Sundhedsministeriet har igangsat arbejdet med at udvikle nationale kliniske retningslinjer, som er målrettet det daglige kliniske arbejde. Retningslinjerne forventes at være med til at sikre en høj og ensartet kvalitet i udredning og behandling på tværs af regioner og sygehuse.
- For at sikre, at kvalitetsindsatsen resulterer i højere kvalitet, vil Sundhedsministeriet og regionerne løbende følge udviklingen i 5 kvalitetsindikatorer (sygehuserhvervede infektioner, gennemsnitlig liggetid, akutte genindlæggelser, kontakter pr. patient og andel af dagkirurgi).

Formålet med Den Danske Kvalitetsmodel, som alle sygehuse skal godkendes efter, er at medvirke til:

- kontinuerlig udvikling af kvaliteten
- høj og ensartet kvalitet i alle sundhedsydelse
- sammenhæng i patientforløb
- gennemsigtighed og synliggørelse af kvalitet i sundhedsvæsenet.

Modellen er blevet til i et samarbejde mellem regeringen og de daværende amter.

## I. Baggrund

2. Jeg afgav i februar 2012 en beretning om kvalitetsindsatser på sygehuse. Beretningen handler om de landsdækkende indsatser, som Sundhedsministeriet og regionerne har sat i gang for at sikre og udvikle kvaliteten på sygehuse. Beretningen viste, at der i de seneste år har været en stigende opmærksomhed på at sikre og udvikle kvaliteten i patientbehandlingen, bl.a. med det formål at sikre behandlinger af høj og ensartet kvalitet til gavn for patienterne. Den viste også, at det er vigtigt løbende at vurdere omfanget af den belastning, som fx registrering og dokumentation i forbindelse med kvalitetsindsatser medfører på sygehuse. Det skyldes bl.a., at personalets motivation til at sikre og udvikle kvaliteten er afgørende, da det er personalet, der skal omsætte indsatserne til kvalitet i mødet med patienterne.

3. Da Statsrevisorerne behandlede beretningen, fandt de det positivt, at der på alle niveauer i det offentlige sygehusvæsen gøres en væsentlig indsats for at sikre og udvikle kvaliteten i patientbehandlingen. Statsrevisorerne bemærkede også, at de mange kvalitetsindsatser øger behovet for at prioritere og lette arbejdet på afdelingerne og dermed øger behovet for at vurdere og koordinere de enkelte indsatser indhold og relevans. Statsrevisorerne fandt det afgørende, at Sundhedsministeriet og regionerne følger op på formål og resultater af kvalitetsindsatserne samt foretager en vurdering af det samlede resurseforbrug.

4. Dette notat indeholder min vurdering af de initiativer, som sundhedsministeren vil sætte i værk som følge af beretningen.

Hele sagen og dens dokumenter kan følges på [www.rigsrevisionen.dk](http://www.rigsrevisionen.dk) og på [www.ft.dk/Statsrevisorerne](http://www.ft.dk/Statsrevisorerne).

## II. Gennemgang af sundhedsministerens redegørelse

5. Sundhedsministeren finder, at det er væsentligt at sikre, at ressourcerne på sundhedsområdet anvendes bedst muligt med henblik på at sikre mest mulig sundhed for pengene. Ministeren er enig med Rigsrevisionen i, at højere kvalitet på sygehuse også kan bidrage til at sikre et mere omkostningseffektivt sundhedsvæsen.

I det følgende gennemgår jeg ministerens overvejelser og iværksatte initiativer, som vedrører 3 områder:

- sammenhæng mellem kvalitetsinitiativer
- samspillet mellem de landsdækkende kvalitetsindsatser og sygehusafdelingernes kvalitetsindsatser
- opfølgning på kvalitetsindsatserne.

### Sammenhæng mellem kvalitetsinitiativer

6. Beretningen viste, at Den Danske Kvalitetsmodel er den mest omfattende af de 17 landsdækkende kvalitetsindsatser, som blev identificeret. Videre viste beretningen, at Sundhedsstyrelsen og regionerne de seneste år har skabt bedre sammenhæng mellem de kvalitetsindsatser, der er iværksat, og at dette arbejde bør fortsættes, da den samlede mængde af indsatser fortsat er betydelig.

Statsrevisorerne bemærkede, at det er positivt, at der på alle niveauer i det offentlige sygehusvæsen gøres en væsentlig indsats for at sikre og udvikle kvaliteten i patientbehandlingen.

7. Sundhedsministeren er enig med Rigsrevisionen i, at der er skabt bedre sammenhæng mellem de kvalitetsindsatser, der iværksættes nationalt, regionalt og lokalt. Sundhedsministeriet vil fortsætte arbejdet med at integrere kvalitetsindsatserne og fremhæver Den Danske Kvalitetsmodel som et vigtigt middel til dette. Modellen er lige blevet revideret, og 2. version af Den Danske Kvalitetsmodel blev offentliggjort i maj 2012. Region Nordjylland beskriver, at et af formålene med revisionen er at sikre større handlefrihed for sygehuse på de enkelte trin. På den måde kan lokale tiltag bedre integreres med de nationale krav, hvorved nye kvalitetsindsatser i højere grad kan tage afsæt i det eksisterende arbejde ude på sygehusafdelingerne.

8. I forbindelse med "Aftale om regionernes økonomi for 2013" har regeringen og Danske Regioner styrket fokus på sammenhæng i kvalitetsarbejdet i sygehusvæsenet, idet der er aftalt følgende 2 konkrete nationale kvalitetsmål:

- Sygehusedødeligheden (HSMR) skal reduceres med 10 % over 3 år.
- Antallet af patientskader skal reduceres med 20 % over 3 år.

Det er regionernes ansvar at udforme de konkrete strategier og delmål og realisere de aftalte nationale målsætninger. De nye nationale kvalitetsmål vil ifølge Sundhedsministeriet tilskynde regioner og sygehuse til at intensivere de konkrete initiativer, der øger kvaliteten og patientsikkerheden. Ministeriet og Danske Regioner vil løbende drøfte udviklingen i forhold til kvalitetsmålsætningerne, herunder de konkrete indsatser, der understøtter målsætningerne.

9. Jeg er enig med sundhedsministeren i, at Den Danske Kvalitetsmodel er et vigtigt middel til at skabe sammenhæng i kvalitetsarbejdet på sygehuse, og finder det positivt, at der i det arbejde er fokus på at sikre, at lokale tiltag bedre kan integreres med nationale krav. Jeg finder det desuden tilfredsstillende, at Sundhedsministeriet og regionerne har etableret fælles konkrete målsætninger for kvalitetsarbejdet, og at de løbende vil følge udviklingen. Jeg betragter derfor punktet som afsluttet.

### Samspillet mellem de landsdækkende kvalitetsindsatser og sygehusafdelingernes kvalitetsindsatser

10. Beretningen viste, at de landsdækkende kvalitetsindsatser understøtter sygehusafdelingernes arbejde med at sikre og udvikle kvaliteten, men at de mange indsatser øger behovet for at prioritere arbejdet på afdelingerne, ligesom der er behov for at vurdere de enkelte indsatser indhold og relevans. Endelig er der på nogle områder behov for bedre it-understøttelse af kvalitetsarbejdet.

Statsrevisorerne bemærkede, at de mange kvalitetsindsatser øger behovet for at prioritere og lette arbejdet på afdelingerne og dermed øger behovet for at vurdere og koordinere de enkelte indsatser indhold og relevans.

HSMR viser antallet af dødsfald på et sygehus – eller i en region – som procent af det gennemsnitlige antal dødsfald. I beregningen tages der højde for fx diagnoser, aldersgrupper, køn og indlæggelsesmåde. Det er faktorer, som kan påvirke dødeligheden, men som det ikke er muligt at påvirke direkte.

11. Sundhedsministeren er enig i, at der løbende skal være fokus på at sikre, at kvalitetsindsatsen ikke medfører unødige registreringer eller dobbeltarbejde for sundhedspersonalet. Derfor arbejder Danske Regioner og Sundhedsstyrelsen sammen om at udvikle brugen af eksisterende oplysninger, fx ved at genbruge data på tværs af registre og databaser. Samtidig er antallet af standarder blevet reduceret i den reviderede udgave af Den Danske Kvalitetsmodel, ligesom der gives større metodefrihed – set i forhold til 1. version – i sygehuses arbejde med at implementere standarderne.

12. Videre oplyser sundhedsministeren, at der i "Aftale om regionernes økonomi for 2013" er fokus på fornuftig og effektiv anvendelse af sundhedspersonalets tid. Derfor igangsættes der en større analyse af effektiv og fleksibel personaleanvendelse. Det handler bl.a. om, at speciallægen kommer frem i front ved modtagelsen af patienten samt generelt at sikre øget kvalitet og effektivitet i mødet med patienten ved at give sundhedspersonalet mulighed for at fokusere på deres kerneopgaver.

13. Endelig fremhæver sundhedsministeren indførelsen af nationale kliniske retningslinjer som et centralt nyt kvalitetsinitiativ, der vil understøtte regionerne og sygehusene i deres arbejde med at sikre høj og ensartet kvalitet i patientbehandlingen. Der er afsat 80 mio. kr. på finansloven for 2012 til udarbejdelse af nationale kliniske retningslinjer. Der udarbejdes 5 kliniske retningslinjer i 2012 og yderligere ca. 15 kliniske retningslinjer i hvert af de følgende år i perioden 2013-2015. Fokuserede nationale kliniske retningslinjer, som er målrettet det daglige kliniske arbejde, forventes ifølge Sundhedsministeriet at blive et stærkt understøttende redskab til at sikre ensartet høj kvalitet i udredning og behandling på tværs af regioner og sygehuse.

14. Jeg finder det tilfredsstillende, at sundhedsministeren har fokus på at nedbringe den administrative byrde for personalet og derigennem give dem mulighed for i højere grad at fokusere på kerneopgaven. Jeg finder det tilfredsstillende, at der igangsættes en analyse af, hvordan sundhedspersonalet får mere fokus på kerneopgaverne, og at der arbejdes med at indføre nationale kliniske retningslinjer. Jeg betragter derfor punktet som afsluttet.

#### **Opfølgning på kvalitetsindsatserne**

15. Beretningen viste, at Sundhedsministeriet og regionerne generelt følger op på implementeringen af de kvalitetsindsatser, de er ansvarlige for, herunder om de forventede resultater opnås. Til gengæld har ministeriet og regionerne sjældent viden om, hvor mange ressourcer de landsdækkende kvalitetsindsatser beslaglægger på sygehusene.

Statsrevisorerne bemærkede, at det er afgørende, at ministeriet og regionerne følger op på formål med og resultater af kvalitetsindsatserne samt foretager en vurdering af det samlede resurseforbrug.

16. Sundhedsministeren oplyser, at der pågår en løbende overvågning og vurdering af udviklingen på sundhedsområdet. Sundhedsministeriet udgiver løbende rapporter og aktuelle tal for udviklingen på sundhedsområdet. På baggrund af disse opgørelser kan det bl.a. konstateres, at levetiden øges, at patienter ligger på sygehus i kortere tid i dag end tidligere, at ventetiden samlet set er faldet, og at sygehusdødeligheden (HSMR) er faldende. På den baggrund finder ministeriet, at de landsdækkende kvalitetsindsatser i sundhedsvæsenet samlet set må vurderes at bidrage med stor effekt på behandlingskvaliteten og effektiviteten i sundhedsvæsenet, og at der ikke er behov for yderligere opfølgning på kvalitetsindsatserne i forhold til, om de bidrager med de forventede resultater.

Nationale kliniske retningslinjer er systematisk udarbejdede faglige anbefalinger, der beskriver diagnostik, behandling, pleje og rehabilitering for konkrete patientgrupper og er baseret på evidens for virkningen og bedste praksis.

17. Sundhedsministeren oplyser videre, at Sundhedsministeriet og regionerne som led i "Aftale om regionernes økonomi for 2013" har opstillet 5 indikatorer, som de løbende vil følge med henblik på at sikre, at indsatsen resulterer i en positiv udvikling. Indikatorerne er:

- sygehuserhvervede infektioner (nedbringes)
- gennemsnitlig liggetid (nedbringes)
- akutte genindlæggelser (nedbringes)
- kontakter pr. patient (væksten nedbringes)
- andel af dagkirurgi (øges).

Ministeriet mener ikke, at det er hensigtsmæssigt at forsøge at vurdere omkostninger og belastning forbundet med enkelte kvalitetsindsatser – herunder Den Danske Kvalitetsmodel – på nuværende tidspunkt. Det skyldes bl.a., at kvalitetsarbejdet til stadighed bliver en mere integreret del af daglig klinisk praksis, og at det er meget vanskeligt separat at opgøre resurseforbruget til kvalitetsarbejdet samt nytteværdien af kvalitetsarbejdet. Dette synspunkt bakkes op af bl.a. Region Nordjylland.

Region Hovedstaden noterer sig Rigsrevisionens bemærkninger og tilføjer, at omkostningerne på sygehusniveau ikke estimeres, når udgifter til kvalitetsindsatser forventes at blive holdt inden for sygehusenes økonomiske rammer.

Region Midtjylland oplyser, at de fremadrettet i højere grad vil fokusere på, at kvalitetsarbejdet skal være med til at frigøre resurser (i kraft af bedre behandlingskvalitet), og at de ser det som en forudsætning for fortsat at kunne tilbyde høj service og sundhedsydelser af høj kvalitet og sikkerhed.

18. Jeg anerkender, at det er vanskeligt at estimere omkostningerne forbundet med kvalitetsarbejdet, jo mere integreret kvalitetsarbejdet er i det daglige arbejde. Jeg er fortsat af den opfattelse, at det er væsentligt at fokusere på omkostningerne forbundet med kvalitetsarbejdet. Jeg vil dog ikke følge området yderligere på dette tidspunkt.

### **III. Afslutning**

19. Da sundhedsministeren har igangsat en række initiativer på kvalitetsområdet, herunder flere i samarbejde med regionerne, er det min opfattelse, at sagen kan afsluttes.

Lone Strøm