Opfølgning på delmålene

for Kvalitetsstrategien på sundhedsområdet i Region Midtjylland

Opfølgning på delmålene for Kvalitetsstrategien på sundhedsområdet i Region Midtjylland

Regionshuset
Viborg
Kvalitet og Sundhedsdata
Skottenborg 26
Postboks 21
DK-8800 Viborg
Tel. +45 8728 5000
www.regionmidtjylland.dk

Dato: 18. februar 2009
Sagsbehandler: Elin Kallestrup
Tel. +45 8728 4846
elin.kallestrup@stab.rm.dk

Sammenfatning

Denne afrapportering har som formål at give et samlet overblik over efterlevelsen af de indsatsområder, der er vedtaget med Kvalitets-strategien i Region Midtjylland. Opgørelsen giver således et samlet billede af kvalitetsniveauet på tværs af hospitalerne i Region Midtjylland vel vidende, at der på hospitalerne ud over efterlevelsen af de fire indsatsområder foregår andre kvalitets- og udviklingstiltag, der har betydning for det samlede resultat.

Opgørelsen efterlader generelt et indtryk af, at kvalitetsarbejdet prioriteres højt blandt sundhedspersonalet, hvilket blandt andet viser sig ved, at der ses en positiv udvikling i strategiperioden.
Udviklingen er mere markant på nogle områder end andre, hvilket kan tyde på, at nogle indsatser indtil videre - og naturligt nok - er mere integreret i det daglige arbejde end andre.

Der har i strategiperioden desuden været betydelige udfordringer for hospitalerne, og det kan også have haft indflydelse på kvalitetsarbejdet.

Men på trods af både Sundhedskartellets strejke, udskydelsen af Den Danske Kvalitetsmodel og de øgede sparekrav, kan der peges på flere områder, hvor der ses gode resultater.

Eksempelvis gælder det for hospitalerne, at:

- alle er stærkt engageret på både regionalt og lokalt plan i planlægningen og implementeringen af et elektronisk dokumentstyringssystem
- der er arbejdet dedikeret med kræftpakkerne
- der er udarbejdet og vedtaget en plan for det videre arbejde med de støttede, landsdækkende kliniske kvalitetsdatabaser, og dette arbejde er påbegyndt.

Baggrund

Kvalitetsstrategien for 2007-8 på sundhedsområdet i Region Midtjylland blev vedtaget af regionsrådet marts 2007.

Med vedtagelse af Kvalitetsstrategien på sundhedsområdet blev der udstukket en fælles retning i kvalitetsarbejdet i Region Midtjylland, og det er visionen, at der med strategien kan konstateres en synlig styrkelse af den faglige kvalitet, patienttilfredsheden og effektiviteten, så der opnås et forbedret behandlingsresultat for patienter i Region Midtjyllands sundhedsvæsen.

Der er med Kvalitetsstrategien udpeget fire indsatsområder, som er særlig afgørende for, at Region Midtjylland lever op til visionen:

1. *Akkreditering*

Det er et mål, at alle hospitalerne i Region Midtjylland opnår akkreditering.

2. *Patientforløb*

Sammenhæng i patientforløbene og høj patientsikkerhed er et mål for Region Midtjylland, fordi det er afgørende for både den sundhedsfaglige, den organisatoriske og den patientoplevede kvalitet.

3. *Servicemål*

Region Midtjylland har som målsætning, at patienterne skal modtage samme høje service i alle dele af regionen.

4. *Dokumentation og datakvalitet*

Det er et mål for Region Midtjylland at opnå en stabil høj datakvalitet ved korrekt og tidstro registrering af alle data og en fyldestgørende dokumentation af de kliniske, faglige og organisatoriske aktiviteter, der har betydning for patientforløbet.

På alle niveauer i Region Midtjylland satses der aktivt på disse fire områder. De strategiske indsatsområder tænkes dermed aktivt ind i alle de aktiviteter, der i øvrigt igangsættes i sundhedsvæsenet.

Det er væsentligt at understrege, at satsningen på de fire strategiske områder ikke ændrer ved, at hovedansvaret for kvalitetsarbejdet i Region Midtjylland er placeret i driftsleddet. Og at det er i det daglige virke og ved kontakten med patienterne, at effekten af kvalitetsarbejdet demonstreres.

Opfølgning på delmålene

Efter Kvalitetsstrategiens vedtagelse i marts 2007 blev der i samarbejde med Kvalitetsrådet udarbejdet konkrete, målbare delmål til efterlevelse lokalt på hospitalerne til vurdering af, om strategien har den ønskede effekt. Delmålene blev godkendt af Strategisk Sundhedsledelsesforum oktober 2007.

Kvalitet og Sundhedsdata har nu med gode indspark fra hospitalerne udarbejdet en samlet delmålsopfølgning. Kvalitetsrådet kom den 11. december 2008 med yderligere forslag til kvalificering af opgørelserne, og delmålsopfølgningen blev godkendt af Strategisk Sundhedsledelsesforum den 28. januar 2009.

Denne første afrapportering vil for de fleste delmåls vedkommende være at betragte som en baseline-opgørelse, dvs. det vil ikke være muligt at følge en udvikling i første omgang.

Det skal bemærkes, at der ikke er gennemført undersøgelser af patientoplevelser for *indlagte* patienter i 2007 og 2008.
Der er i 2008 gennemført en landsdækkende undersøgelse af *ambulante* patienters oplevelser på offentlige hospitalers og privathospitalers og –klinikkers ambulatorier[1]. Disse data indgår i delmålsopfølgningen.

På almen praksis området er der inkluderet mål vedr. patienttilfredshed samt servicemål gældende for lægevagten i den samlede delmålsopgørelse.

Psykiatrien har udarbejdet egen kvalitetsstrategi med tilhørende delmål og vil således ikke figurere i denne opgørelse.

Udfordringer i strategiperioden

Opfyldelsen af delmålene vil være præget af, at 2008 har budt på betydelige udfordringer for hospitalerne i Region Midtjylland, hvilket har påvirket arbejdet med kvalitet.

I foråret betød Sundhedskartellets strejke, at der i to måneder manglede en del af det personale, der normalt står for registrering til bl.a. kvalitetsdatabaserne samt personale dedikeret til konkrete kvalitetsudviklingsopgaver, herunder eksempelvis udarbejdelse af retningslinjer under Den Danske Kvalitetsmodel.
Strejken medførte desuden stigende ventelister, hvilket har betydet, at der siden sommerferien er lagt stor vægt på at afsætte så mange personaleressourcer som muligt til den direkte patientbehandling, hvilket kan have haft effekt på implementerings- og udviklingsarbejdet på kvalitetsområdet.

I juni 2008 blev Den Danske Kvalitetsmodel udsat et år. Som en konsekvens heraf er en del af den planlagte forberedelse til akkrediteringen udsat, og resultaterne kan dermed ikke konstateres i indeværende år i det omfang, der var forudsat.

I august blev der vedtaget en række betydelige besparelser, som hospitalerne skulle gennemføre med virkning allerede fra 2008. Dette har yderligere forstærket behovet for at prioritere kvalitetsopgaver stramt, så der sikres tilstrækkeligt med personale til den direkte patientbehandling.

Mange gode resultater

På trods af store udfordringer og et til stadighed foranderligt sundhedsvæsen ses der på mange områder gode resultater.

Her kan eksempelvis nævnes:

- Som én af forudsætningerne for kvalitetsarbejdet er der etableret en effektiv decentral kvalitetsorganisation, som løfter opgaven lokalt, og som er en uundværlig medspiller på regionalt niveau.
- Alle hospitaler har arbejdet meget engageret i både planlægnings- og implementeringsfasen med udrulningen af et elektronisk dokumentstyringssystem i såvel det regionale som lokale arbejde.

[1] Dataindsamlingen blev gennemført af Enheden for Brugerundersøgelser i Region Hovedstaden for Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse. I marts 2008 blev et spørgeskema sendt til 42.707 personer, der i perioden november til december 2007 havde været på ambulatorium fordelt på 106 sygehuse/klinikker. Den samlede svarprocent var 52,9 pct. Publikationen er tilgængelig på http://www.sum.dk.

- I en undersøgelse af ambulante patienters oplevelser ligger Region Midtjylland over landsgennemsnittet
- Hospitalerne har på tilfredsstillende vis arbejdet med at implementere kræftpakkerne
- Opgørelser over kontaktpersonordningen viser en stadig bedre opfyldelse
- Der er udarbejdet og vedtaget en plan for det videre arbejde med de støttede, landsdækkende kliniske kvalitetsdatabaser, og dette arbejde er påbegyndt.

Det er også vurderingen, at det er lykkedes at sætte kvalitet højt på dagsordenen og at opnå en høj ledelsesinvolvering – begge dele væsentlige forudsætninger for, at det kvalitetsarbejde, som mange dedikerede medarbejdere udfører hver dag på hospitaler og i stabe, i sidste ende har den ønskede effekt for patienterne.

Afrapportering
I det efterfølgende er der for hvert delmål opgjort tilgængelige data til illustration af målopfyldelsen eller på anden vis beskrevet, i hvor høj grad delmålene synes efterlevet.

Indsatsområdet Akkreditering

Delmål 1 – Hospitalers kvalitetsorganisation

Det er en forudsætning for at opnå akkreditering, at det enkelte hospital har etableret sin kvalitetsorganisation til implementering af kvalitetsarbejdet, herunder Kvalitetsstrategien. På alle hospitaler i Region Midtjylland er kvalitetsorganisationen etableret ved udgangen af 2007.

Målopfyldelse

Hospitalernes kvalitetsorganisation er blevet fremlagt for sundhedsdirektøren på dialogmøder, og organiseringen af akkrediteringsarbejdet er ved flere lejligheder blevet drøftet på Kvalitetsrådet.

Ud fra disse tilbagemeldinger og det generelt velfungerende regionale samarbejde vurderes det, at hospitalerne både har etableret og effektueret kvalitetsorganisationen.

Delmål 2 – Elektronisk dokumentstyring

Det elektroniske dokumentstyringssystem (*e*-Dok) er i anvendelse efter den gældende politik. Alle hospitalsafdelingerne anvender et elektronisk dokumentstyringssystem ved udgangen af 2008. Dette følges op af *e*-Dok Brugergruppen.

Målopfyldelse

Alle afdelinger på alle hospitaler har i dag adgang til at benytte et elektronisk dokument-styringssystem.

I den vestlige del af regionen (hospitalsledelserne Vest og Viborg) har man i flere år anvendt en forgænger til *e*-Dok. Her har alle relevante afdelinger en dokumentsamling, som indeholder en del dokumenter. Det vil sige, at her anvendes dokumentstyringssystemet konstruktivt i den daglige praksis.

I den østlige del af regionen (hospitalsledelserne Skejby, Århus, Randers, Horsens og Silkeborg) er *e*-Dok blevet udbredt til alle hospitalsafdelinger. Konkret er der oprettet 104 dokumentsamlinger. Ved en rundspørge hos de implementeringsansvarlige for *e*-Dok på hospitalerne i øst tilkendegives det, at alle de afdelinger, der skal have en dokumentsamling, har fået en sådan.

Som det fremgår af nedenstående opgørelse, indeholder 66% af de oprettede dokument-samlinger nu dokumenter. Alt i alt arbejdes der godt og konstruktivt med at lægge dokumenter ind i *e*-Dok, og der skal gives særlig ros for at have øget mængden af dokumenter væsentligt.

Nedenstående status viser dog, at der er udfordringer for afdelinger, hvis dokumentsamling stadig står tom for dokumenter. Udestående tekniske problemer kan have haft betydning for den endelige implementering.

Hospital	Antal dokumentsamlinger		Antal dokumenter i alt		Procent af dokumentsamlinger, der indeholder dokumenter	
	Okt. 08	**23.12.08**	**Okt. 08**	**23.12.08**	**Okt. 08**	**23.12.08**
Horsens, Brædstrup og Odder	15	**15**	764	**973**	80%	**80%**
Randers	17	**17**	151	**240**	29%	**59%**
Silkeborg	10	**10**	90	**186**	30 %	**80%**
Skejby	15	**17**	817	**907**	53%	**59%**
Århus	42	**43**	1448	**1948**	55%	**58%**
Regional dokumentsamling	1	**1**	34	**65**	100%	**100%**
Hovedtal	100	**103**	3304	**4319**	52%	**66%**

Politikken for *e*-Dok ses i flere sammenhænge at være implementeret. Det ses bl.a. ved, at de dokumenter, som lægges ind i e-Dok enten er politikker, retningslinjer og instrukser. Den brede offentlige tilgang til alle godkendte dokumenter er nu en realitet. Der er hospitaler, der har udarbejdet retningslinjer for dokumentstyringen i egen virksomhed. Politikkens effektuering sker desuden via *e*-Dok's automatik - det være sig dokumenthjulets godkendelsesniveauer, seneste dato for revision samt den løbende arkivering af historiske dokumenter.

Delmål 3 – Retningslinjer

Når der på det enkelte hospital gennemføres internt survey, er de relevante retningslinjer i henhold til DDKM til stede på alle hospitalsafdelinger. Inden for strategiperioden 2007-8 koordineres udarbejdelsen af retningslinjer, så der sker en hensigtsmæssig arbejdsdeling, og relevante retningslinjer udarbejdes i fællesskab. Processen følges ved hjælp af udtræk fra TAK-systemet (Tværgående Akkreditering og Kvalitetsudvikling) eller *e*-Dok.

Målopfyldelse

På regionalt plan er udarbejdelsen af retningslinjerne til DDKM koordineret. Ca. halvdelen af retningslinjerne udarbejdes regionalt. Den anden halvdel udarbejdes på det enkelte hospital. På hospitalerne er der lagt planer for hvilke retningslinjer, der udarbejdes på henholdsvis hospitalsniveau og afdelingsniveau.
Arbejdet med at udarbejde retningslinjerne er i gang, og forberedelse til modellen i form af bl.a. regionale kurser for ca. 600 medarbejdere samt en række informationsmøder mv. på hospitalerne er ligeledes gennemført.

Udsættelsen af DDKM med et år betyder, at tidsplanen for udarbejdelsen af retningslinjerne har kunnet strækkes. På grund af udsættelsen har hospitalerne ikke gennemført survey på alle standarderne i modellen; men der er gennemført afgrænsede surveys.

Delmål 4 - Selvevaluering

Hospitalerne dokumenterer ved den førstkommende selvevaluering en høj opfyldelsesgrad i form af hel eller delvis opfyldelse af indikatorerne. Der følges op ved hjælp af udtræk fra TAK-systemet.

Målopfyldelse

Dette delmål kan, som følge af udskydelsen af DDKM, ikke opgøres i 2008.

Indsatsområdet Patientforløb

Delmål 5 – Klar besked indkaldelsesbreve

Hospitalernes indkaldelsesbreve indeholder de rigtige informationer i henhold til den lovbestemte oplysningspligt om frit og udvidet sygehusvalg, jf. Region Midtjyllands regionale koncept for fælles klar besked indkaldelsesbreve.
Alle hospitaler har implementeret det regionale brevkoncept pr. 1. august 2007, og dette ajourføres i henhold til lovgivningens krav om en behandlingsfrist på en måned pr. 1. oktober 2007. Dette følges op af Patientkontoret via statusmøder med hospitalerne.

Målopfyldelse

Det regionale brevkoncept var pr. 1. august 2007 i vidt omfang implementeret på regionens hospitaler. Brevkonceptet blev ajourført i henhold til lovgivningen til anvendelse pr. 1. oktober 2007.

Den 7. november 2008 blev det udvidede frie sygehusudvalg suspenderet i et år. Der er derfor udarbejdet en ny klar besked-pakke.
Der er først og fremmest tale om en forenkling af brevkonceptet. Der eksisterer nu kun ét standard indkaldelsesbrev, der er så generelt, at det ikke vil skulle revideres i forbindelse med lovændringer. I tilknytning til standardbrevet er der en række informationsblade, som man kan vælge imellem.
Der skal til patienter altid udsendes et brev og et blad. Intentionen er, at det kun vil være informationsbladene, der regionalt vil blive revideret ved ny lovgivning mv.

Et tilbud fra Patientkontoret om statusmøder med hospitalsledelserne er udsendt sammen med den nye klar besked-pakke.

Delmål 6a – Kontaktpersonordningen

Hospitalerne opfylder kravene til kontaktpersonordningen, jf. budgetaftalen for Region Midtjylland 2007 og 2008. Alle hospitaler kan dokumentere, at relevante patienter har fået tildelt en kontaktperson, jf. Danske Regioners fælles definition og målemetode[2].

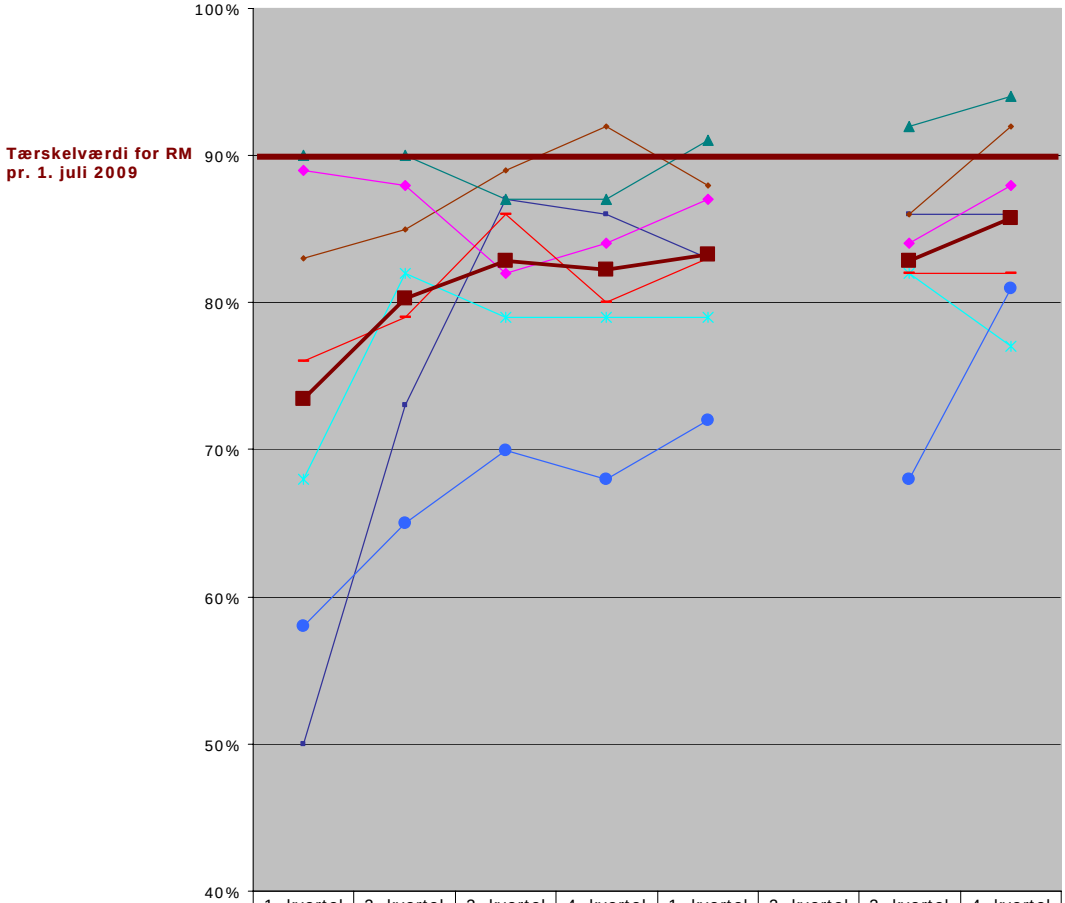
Målopfyldelse

Monitoreringen af kontaktpersonordningen baseres på opgørelser, som hospitalerne rapporterer kvartalsvist til regionen. Det ses af tallene, at målopfyldelsen samlet set er steget fra 73 % til 86 % i perioden fra 1. kvartal 2007 til 4. kvartal 2008.
Der er dog for nogle hospitalers vedkommende et stykke vej til den pr. 1. juli 2009 forventede målopfyldelse på 90%, som regionsrådet vedtog som en del af budgetforliget 2009.

[2] Målopfyldelsen vurderes hvert kvartal enten ved journalaudit på 15 tilfældigt udvalgte journaler eller på 15 tilfældigt udvalgte cpr-numre fra det patientadministrative system på alle sengeafdelinger og ambulatorier - hvert sygehus laver efterfølgende en sammentælling af målopfyldelsen for de enkelte specialer og en samlet målopfyldelse for sygehuset som helhed, jf. Danske Regioners fælles definition og målemetode.

Tallene i de kvartalsvise opgørelser er formodentlig lavere end de reelle tal. Det er således opfattelsen på hospitalerne, at relevante patienter får tildelt en kontaktperson, jævnfør aftalen herom, men at registreringsproblemer er årsag til en lav målopfyldelse på nogle afdelinger.

Målopfyldelse for 2007-8 for kontaktpersonordningen



	1. kvartal 2007	2. kvartal 2007	3. kvartal 2007	4. kvartal 2007	1. kvartal 2008	2. kvartal 2008*	3. kvartal 2008	4. kvartal 2008
Regionshospitalet Silkeborg og Hammel Neurocenter	50%	73%	87%	86%	83%		86%	86%
Regionshospitalet Viborg, Skive og Kjellerup	83%	85%	89%	92%	88%		86%	92%
Regionshospitalet Herning, Holstebro, Lemvig, Ringkøbing og Tarm	89%	88%	82%	84%	87%		84%	88%
Regionshospitalet Randers og Grenaa	68%	82%	79%	79%	79%		82%	77%
Regionshospitalet Horsens, Brædstrup og Odder	90%	90%	87%	87%	91%		92%	94%
Århus Universitetshospital, Århus Sygehus	58%	65%	70%	68%	72%		68%	81%
Århus Universitetshospital, Skejby	76%	79%	86%	80%	83%		82%	82%
Gennemsnit i Region Midtjylland	73%	80%	83%	82%	83%		83%	86%

*ikke opgjort pga. Sundhedskartellets strejke

I samarbejde med hospitalerne er der udarbejdet en regional retningslinje for kontaktperson-ordningen, der gælder for alle hospitalerne og psykiatrien. Retningslinjen angiver en fælles forståelse af indholdet i ordningen og støtter dermed arbejdet med at give ordningen indhold og mening.

Delmål 6b – Oplevet kontaktperson

Indlagte og ambulante patienter giver udtryk for, at de har oplevet at have en kontaktperson.

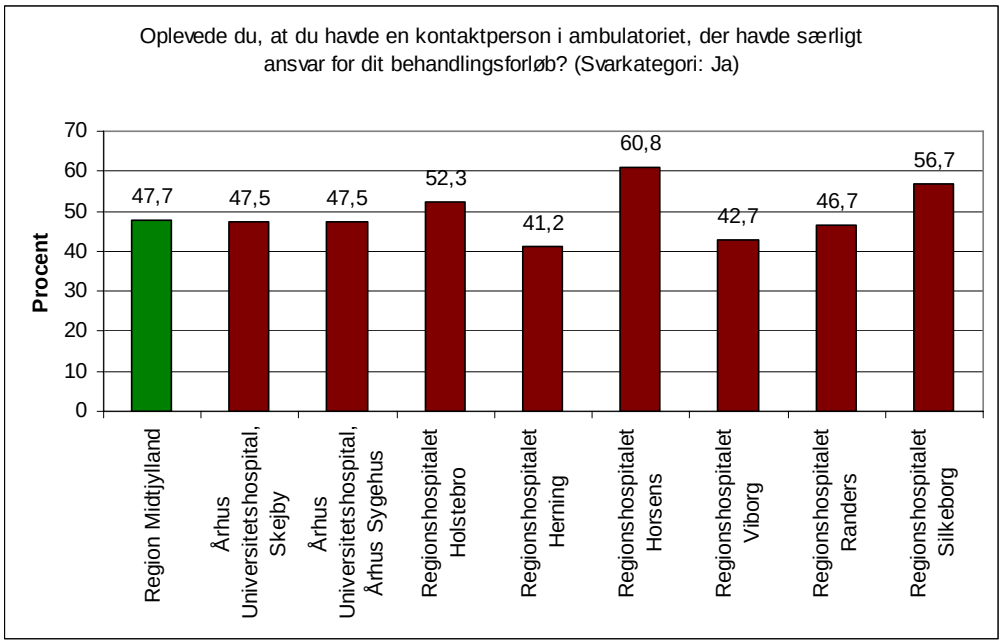
- *Har du i din kontakt med afdelingen fået udleveret et kort med navn på en person, du kunne kontakte? (Center for Kvalitetsudvikling (CKU))*
- *Blev du oplyst om, hvem du skulle henvende dig til med spørgsmål om din sygdom og behandling, mens du var indlagt? (Landsdækkende undersøgelse af patientoplevelser (LUP) – spørgsmål 9)*
- *Oplevede du, at der var 1-2 læger på sygehuset, der havde særligt ansvar for din behandling? (LUP – spørgsmål 10)*
- *Oplevede du, at der var 1-2 sygeplejersker på sygehuset, der havde særligt ansvar for din pleje? (LUP – spørgsmål 11)*

Målopfyldelse

Nedenstående data er hentet fra en spørgeskemaundersøgelse gennemført for Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse marts 2008 for personer, der i perioden november til december 2007 var på ambulatorium.

I Region Midtjylland har 47,7 procent af de ambulante patienter svaret, at de havde en kontaktperson i ambulatoriet, der havde et særligt ansvar for deres behandlingsforløb. Resultatet ligger på landsgennemsnittet, når der er justeret for køn og alder.

Nedenstående tabel illustrerer svarfordelingen for otte af regionens store hospitaler. Regionshospitalet Horsens og Regionshospitalet Silkeborg ligger over landsgennemsnittet.



Delmål 7 – Oplevet information

Indlagte og ambulante patienter skal give udtryk for, at de har oplevet at modtage god og tilstrækkelig mundtlig og skriftlig information.

- *Fik du de informationer, du havde brug for under din indlæggelse? (CKU)*
- *Fik du de informationer du havde brug for inden du blev udskrevet? (CKU)*
- *Var information fra afdelingen inden indlæggelse tilstrækkelig? (CKU)*
- *(ambulant) Fik du de informationer, du havde brug for i din kontakt med ambulatoriet? (CKU)*

Målopfyldelse

Der findes ingen data for 2007-8 til belysning af dette delmål.

Delmål 8 – Oplevet kommunikation

Indlagte og ambulante patienter skal give udtryk for, at de har oplevet god kommunikation i deres forløb.

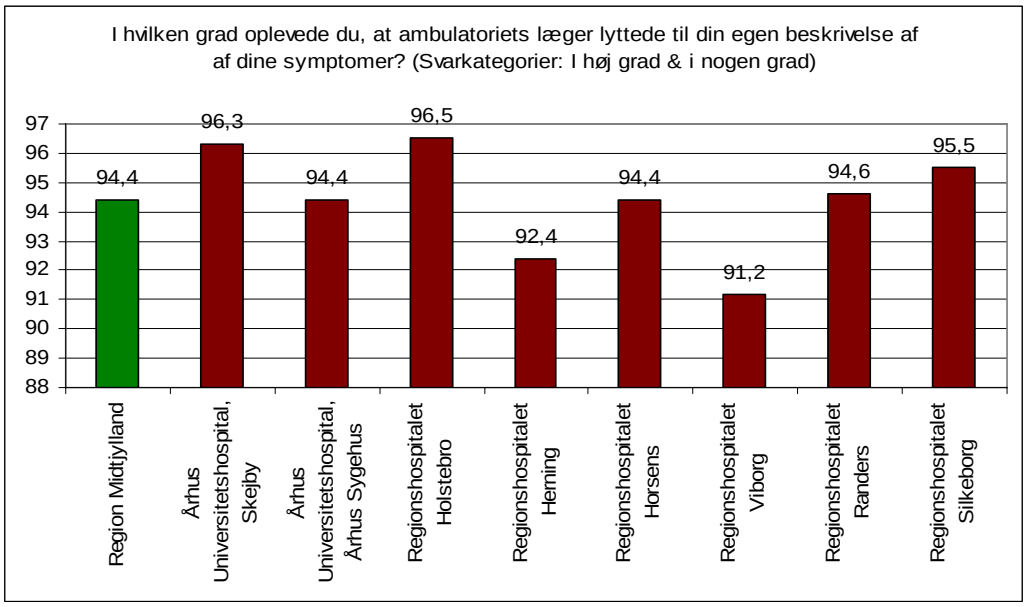
- *Lyttede lægerne med interesse, når du sagde noget? (CKU)*
- *I hvilken grad oplevede du, at lægerne lyttede til din egen beskrivelse af din sygdom? (LUP – spørgsmål 7)*
- *I hvilken grad oplevede du, at plejepersonalet var lydhørt over for dine behov? (LUP – spørgsmål 8)*

Målopfyldelse

Nedenstående data er hentet fra en spørgeskemaundersøgelse gennemført for Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse marts 2008 for personer, der i perioden november til december 2007 var på ambulatorium.

Region Midtjylland placerer sig med et samlet resultat på 94,4 procent på landsgennemsnittet, hvad angår andelen af ambulante patienter, der mener, at ambulatoriets læger lyttede til deres egen beskrivelse af deres symptomer.

Af nedenstående tabel kan det ses, at svarene for alle regionens otte store hospitaler ligger højt med en variation på mellem 91,2 og 96,5 procent.



Delmål 9 – Oplevet kontinuitet

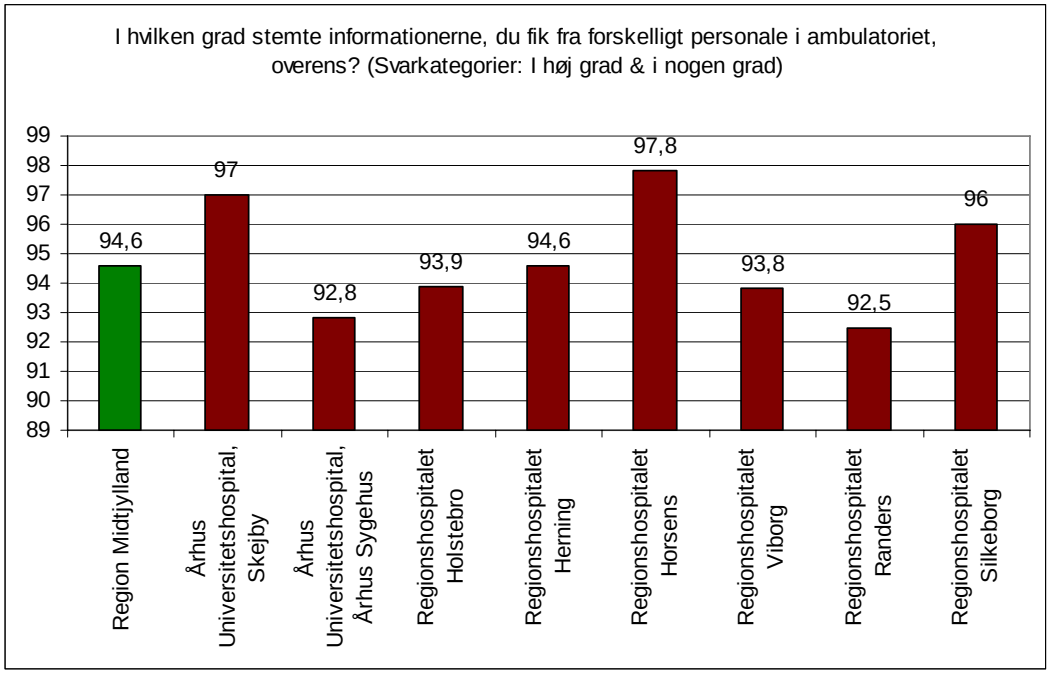
Indlagte og ambulante patienter skal give udtryk for, at de har oplevet sammenhæng i deres forløb.

- *Var dine undersøgelser og behandlinger i hele din kontakt med sygehuset godt tilrettelagt? (CKU)*
- *Var der sammenhæng i det, du fik at vide, når du talte med forskellige ansatte på afdelingen? (CKU)*
- *(ambulant) var der sammenhæng i det, du fik at vide, når du talte med forskellige ansatte i ambulatoriet? (CKU)*

Målopfyldelse

Nedenstående data er hentet fra en spørgeskemaundersøgelse gennemført for Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse marts 2008 for personer, der i perioden november til december 2007 var på ambulatorium.

94,6 procent af de ambulante patienter i Region Midtjylland har svaret, at informationerne de fik fra forskelligt personale i ambulatoriet i høj eller nogen grad stemte overens. Regionens samlede resultat ligger over landsgennemsnittet.
Det kan ses af tabellen, at svarene for regionens otte store hospitaler ligger mellem 92,5 og 97,8 procent.



Delmål 10 – Oplevet patientinddragelse

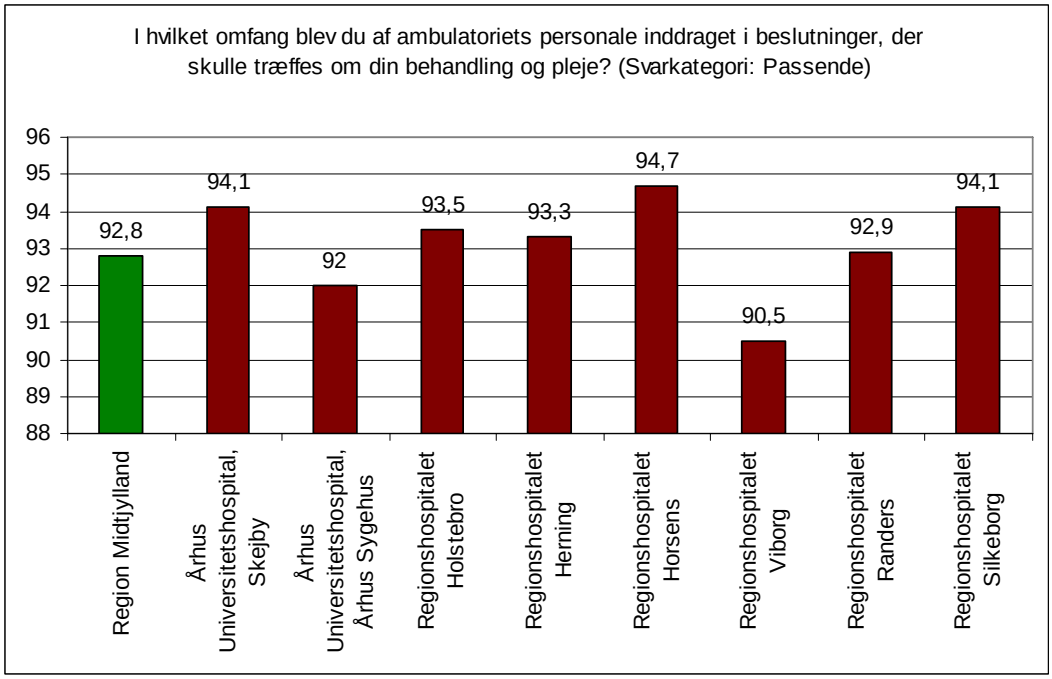
Patienterne skal give udtryk for, at de i passende omfang inddrages i de beslutninger, der tages om deres behandling og pleje.

- *I hvilket omfang blev du inddraget i de beslutninger, der skulle træffes om din behandling og pleje? (LUP – spørgsmål 12)*

Målopfyldelse

Nedenstående data er hentet fra en spørgeskemaundersøgelse gennemført for Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse marts 2008 for personer, der i perioden november til december 2007 var på ambulatorium.

92,8 procent af de ambulante patienter i Region Midtjylland har svaret, at de i passende omfang blev inddraget af ambulatoriets personale i de beslutninger, der skulle træffes om deres behandling og pleje. Regionens resultat ligger over landgennemsnittet, og regionens otte store hospitaler ligger mellem 90,5 og 94,7 procent



Delmål 11 – Patientsikkerhed

Af hospitalsenhedernes rapporteringer til Dansk Patientsikkerhedsdatabase inden for strategiperioden fremgår følgende:

- Antallet af gennemførte kerneårsagsanalyser
- Antallet af monitorerede handleplaner fra kerneårsagsanalyser (analyserne kan være gennemført i en tidligere strategiperiode, men monitorerede i den aktuelle)
- Antallet af fuldt implementerede handleplaner ud af de monitorerede (det vil sige, at alle tiltag i handleplanen er indført)
- Effekten af de fuldt implementerede handleplaner (eller med andre ord - om der er påvist positiv, negativ eller ingen effekt)

Enhed for Klinisk Kvalitet og Patientsikkerhed følger op på dette.

Målopfyldelse

Delmålet er gjort op for perioden 01.01.08 – 31.12.08. Oplysningerne er givet fra regionens hospitaler via personer med funktion som risikomanager til den regionale risikomanager.

Ved dataindsamlingen indgår alle faktuelle score 3 hændelser[3], der er rapporteret i perioden 01.01.08 – 31.12.08. Score 3 hændelser, som ikke er analyseret ved kerneårsagsanalyser (KÅA) afrapporteres også.
Der vil være hændelser, som er rapporteret i 2007, men først endelig sagsbehandlet i 2008 – disse hændelser er ikke medtaget i nedenstående. Dette er gjort for at skabe en ensartet baseline ved indførelse af monitorering af delmålene.
Der kan desuden være rapporteret hændelser sidst på året 2008, som er rapporteret så sent, at de endnu ikke var analyseret ved dataindsamlingens afslutning. Disse oplysninger afspejles ikke i den videre delmålsopgørelse, men vil først fremgå af næste opgørelse.

Som det fremgår af nedenstående tabel, er der inden for opgørelsesperioden rapporteret i alt 41 score 3 hændelser, og i knap en tredjedel af tilfældene er der registreret en gennemført kerneårsagsanalyse. Der er registreret én fuldt implementeret handleplan inden for opgørelsesperioden, og effekten af denne er vurderet som positiv.

Det er for langt de fleste af score 3 hændelserne begrundet, hvis der ikke er foretaget kerneårsagsanalyser. Her kan eksempelvis nævnes: at identiske hændelser optræder flere gange, at der er anvendt en anden opfølgningsmetode, at vakancer på risikomanagerområdet forsinker arbejdet, og at en retningslinje inden for området er under udarbejdelse.

Opgørelse for 01.01.08 – 31.12.08	**Hospital***							
	1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**Total**
1. Antallet af rapporterede hændelser, der er scoret til 3, jf. SAC-matrix.	6	3	4	3	15	2	8	**41**
2. Antallet af rapporterede score 3 hændelser, hvor der er gennemført KÅA.	3	1	2	1	1	0	4	**12 ud af 41 (29%)**
3. Antallet af fuldt implementerede handleplaner af de gennemførte kerneårsagsanalyser i måleperioden	0	0	1	0	0	0	0	**1**
4. Antallet handleplaner, der er monitorerede for effekten på patientsikkerheden	0	0	1[a]	0	0	0	0	**1/1**
5. Effekten af de fuldt implementerede handleplaner	[a] Handleplanen vurderes at have haft positiv på patientsikkerheden. Der har dels ikke været flere hændelser omhandlende samme problemstilling, dels er det vurderet, at opdateret viden til personale har haft positiv effekt på patientsikkerheden.							

* Hospitalerne er:
1. Regionshospitalet Viborg Skive Kjellerup
2. Regionshospitalet Silkeborg Hammel Neurocenter
3. Regionshospitalet Randers Grenå
4. Regionshospitalet Horsens Brædstrup Odder
5. Århus Universitetshospital, Århus Sygehus
6. Århus Universitetshospital, Skejby
7. Regionshospitalet Herning, Holstebro, Ringkøbing, Tarm og Lemvig

[3] Når man scorer en hændelse efter SAC Matrix score systemet opnås en talværdi, der kan hjælpe til at beslutte hvilke metoder, der skal tages i brug i forbindelse med den efterfølgende håndtering af hændelsen. Hændelser med score 1 og 2 vil typisk være genstand for mindre analyser. Hændelser, der scorer 3, er alvorlige og bør følges op af en årsagsanalyse, fx en kerneårsagsanalyse. (http://www.patientsikkerhed.dk/dk/patientsikkerhed/analysemetoder/sac_matrix_score_systemet/)

Efter ønske fra hospitalerne besluttede Kvalitetsrådet på møde den 11. december 2008, at hospitalerne kunne indsende supplerende beskrivelser af det lokale patientsikkerhedsarbejde til kvalificering af delmålsopgørelsen.

Nedenstående er en ordret gengivelse af det indsendte materiale.

Regionshospitalet Herning, Holstebro, Lemvig, Ringkøbing og Tarm

Overordnet arbejdes der målrettet med læring af utilsigtede hændelser.

Konkret er der i 2008

- Gennemført 15 patientsikkerhedsrunder med deltagelse af Hospitalsledelsen
- Fuldført 3 KÅA og planlagt 4
- Gennemført 1 aggregeret analyse af arbejdsprocesser ifm. henvisninger
- Gennemført 2 temadage for ca 80 nøglepersoner pr. dag
- Udarbejdet tværgående retningslinie for omsorg for patienter, pårørende og personale, som har været involveret i betydende utilsigtede hændelser
- Afholdt et kursus for erfarne patientsikkerhedsnøglepersoner og et kursus for nye nøglepersoner i regi af region Midt og Nord
- Deltaget i implementering af alle Operation Life pakkerne. 6 teams med i gennembrudsmetoden
- Udarbejdet statusnotat for Operation Life med planer for fastholdelse og spredning.
- Udarbejdet statusrapport over patientsikkerhedsarbejdet.
- Gennemført en mortalitetsaudit efter Operation Life's retningslinjer.
- Givet fortolkninger af de kvartalsvise HSMR-tal.

Derudover er der udarbejdet andre retningslinier der relaterer sig til patientsikkerhed:

- Retningslinje for decentral sagsbehandling
- Retningslinje for sikker medicinering
- Retningslinje for observation af kritisk syge
- Instrukser for brand & andre katastrofer.
- Instruks for hjertestop,

Regionshospitalet Randers og Grenaa

Patientsikkerhedsarbejdet i 2008

På Regionshospitalet Randers og Grenaa har der været arbejdet med følgende tiltag og fokusområder for patientsikkerhed i 2008:

- gennemført 2 patientsikkerhedsrunder med deltagelse af hospitalsledelsen
- gennemført 2 kerneårsagsanalyser og planlagt 2
- påbegyndt udarbejdelse af følgende retningslinjer:
    - omsorg for personale, patienter og pårørende involveret i en alvorlig utilsigtet hændelse
    - rapportering og opfølgning på utilsigtede hændelser
    - risikostyring

- fortsat implementering af Operation Life pakkerne Medicinafstemning, CVK og Sepsis
- Statusrapport for patientsikkerhedsarbejdet i 2007
- Løbende statusnotater for patientsikkerhedsarbejdet til afdelingerne

Herudover er der arbejdet med nogle relaterede dokumenter (DDKM):

- Kvalitetspolitik
- Kvalitetsorganisation
- Dokumentation og monitorering
- Kvalitetsforbedring
- Ensartethed og genkendelighed

Århus Universitetshospital, Skejby

Skejby har en decentral patientsikkerhedsorganisation med et Patientsikkerhedsteam på hospitalsniveau, nøglepersoner på afdelingsniveau samt kontaktpersoner på afsnitsniveau. Nedenstående omfatter udelukkende de overordnede aktiviteter på hospitalsniveau. På afdelings- og afsnitsniveau varetager nøgle- og kontaktpersoner patientsikkerhedsarbejdet, herunder bl.a. sagsbehandling i DPSD samt implementering af forebyggende tiltag indenfor området.
Der er i perioden 1.1 2008 - 30.6 2008 gennemført følgende aktiviteter:

- Analyse af 1 score 3 hændelse.
- Implementering af Dansk Patientsikkerhedsdatabase. Skejby har tidligere anvendt sin egen database, men implementerede pr. 7. april 2008 DPSD.
- Implementering af ny patientsikkerhedsorganisation.
- Undervisning af samtlige nøglepersoner i anvendelsen af DPSD. Undervisningen omfatter såvel auditorie-undervisning som "sidemands-oplæring".
- Udarbejdelse af diverse undervisningsmaterialer til DPSD.
- Udarbejdelse af introduktionsmateriale vedr. patientsikkerhed til nyansatte.
- Forberedelse af implementering af faldpolitik.
- Afholdelse af temamøde for alle hospitalets nøgle- og kontaktpersoner
- Patientsikkerhedsteamet har deltaget i Dansk Selskab for Patientsikkerheds årsmøde.
- Patientsikkerhedsteamet har deltaget i kursus for erfarne RM´ere.
- Omfattende revision af alt materiale vedr. patientsikkerhed på intranettet

Århus Universitetshospital, Århus Sygehus

En uddybende beskrivelse af patientsikkerhedsarbejdet på Århus Sygehus i 2008

På Århus Sygehus er der en veletableret patientsikkerhedsorganisation, hvor der arbejdes målrettet med at forbedre patientsikkerheden. Vi arbejder på at få patientsikkerhedsarbejdet så tæt på patienterne som muligt. Hovedparten af afdelinger har således et tværfagligt patientsikkerhedsteam, hvor sagsbehandlingen af afdelingens utilsigtede hændelser varetages. Der arbejdes målrettet med læring af de utilsigtede hændelser og udfordringen i forhold til

vidensdeling. Der udsendes Nyhedsbreve om patientsikkerhed og afholdes netværksmøder for sygehusets risikokoordinatorer.

I 2008 har der været arbejdet med følgende på patientsikkerhedsområdet:

- Sagsbehandling af omkring 1000 hændelser, dvs. ca. 80 hændelser pr. måned.
- Systematiseret vidensdeling omkring utilsigtede hændelser vedr. EPJ og medicineringsfejl med den lokale EPJ-organisation og Hospitalsapoteket
- Dybdegående analyse af 8 alvorlige utilsigtede hændelser fra 2007 – 2008: 6 patientsikkerhedsaudit og 2 kerneårsagsanalyser. Da kerneårsagsanalysen er særdeles ressourcekrævende er der ofte valgt at gennemføre en patientsikkerhedsaudit som alternativ til ingen analyse.
- Deltagelse i Operation Life – udvalgte afdelinger arbejder med implementering af CVK-, respirator- og sepsis-pakken samt medicinafstemning. Fire team har deltaget i værkstedsforløbet afholdt af Videnscenter Gennembrud, og en konsulent har deltaget i vejlederuddannelsen. Der er udarbejdet spredningsstrategi for 2009.
- Audit på implementering af "De fem trin"
- Udarbejdelse af retningslinier (faldforebyggelse og tildeling af erstatningscpr-numre til uidentificerede traumepatienter)

Regionshospitalet Horsens, Brædstrup og Odder og De vestdanske Friklinikker

På friklinikkerne er der i 2008 arbejdet med følgende:
Friklinikkerne har etableret det praktiske samarbejde vedrørende patientsikkerhed med regionshospitalet i Horsens. I forbindelse med en temadag har personalet fået en times introduktion til patientsikkerhed. Patientsikkerhedsnøglepersonerne har deltaget i Region Nord og Midts grundlæggende kursus i patientsikkerhed. Rapportering og sagsbehandling er veletableret.

På Regionshospitalet Horsens, Brædstrup og Odder er der i 2008 arbejdet med følgende:

- I 2008 her der været tre score tre hændelser, hvoraf to af hændelserne angår den samme patient. Der er afholdt én kerneårsagsanalyse. Der er planlagt yderligere to kerneårsagsanalyser. På to sager undersøges konsekvensen for patienterne stadig, og hændelserne vil muligvis resultere i score tre. I 2008 er der desuden gennemført opfølgning på to handleplaner fra 2007, hvoraf den ene opfølgning ikke er afsluttet.
- iHospital: Analyse af UTH mhp. iHospitals indflydelse på patientsikkerheden. Deltagelse i udvikling af et nyt patientsikkerhedsmodul til iHospital.
- Operation Life: Deltagelse i vejlederuddannelse og to værksteder med tre pakker. Spredning af alle pakker til hele hospitalet er igangsat. Hospitalet har leveret bidrag om dets arbejde med Operation Life ved landsdækkende møder mv. i løbet af året.
- Retningslinjer med relation til patientsikkerhed er udarbejdet eller er under udarbejdelse, blandt andet vedrørende identifikation af patienter og arbejdsgang i forbindelse med uventede fund ved billeddiagnostiske undersøgelser.
- Billeddiagnostisk afdeling tilbyder undervisning i korrekt henvisning til afdelingerne på baggrund af rapporter om utilsigtede hændelser.
- Der udsendes en månedlig patientsikkerhedsmeddelelse til alle afdelinger og nøglepersoner.

- En times undervisning i patientsikkerhed på klinisk morgen (hospitalsdækkende morgenmøde). Undervisning på personalemøder fem forskellige steder på hospitalet.
- Afholdt et kursus for erfarne patientsikkerhedsnøglepersoner og et kursus for nye nøglepersoner i regi af region Midt og Nord
- Fuld deltagelse i det regionale patientsikkerhedssamarbejde, og deltagelse i det nationale netværk.

Regionshospitalet Viborg, Skive og Kjellerup

Supplerende oplysninger:

- Foretaget tre kerneårsagsanalyser
- Afholdt et opfølgningsmøde i forbindelse med en kerneårsagsanalyse foretaget i 2007 (Implementeringsgraden undersøgt gennem journalaudit)
- Afholdt et kursus for erfarne patientsikkerhedsnøglepersoner og et kursus for nye nøglepersoner i regi af region midt og nord Jylland
- Undervist diverse studerende i patientsikkerhed
- Deltaget i implementeringen af 3 Operation Life pakker
- Medvirket i udarbejdelse af måneds og statusrapporter for Operation Life med planer for fastholdelse og spredning
- I gang med planlægning af temadag (fra Operation Life til Den Danske Kvalitets Model) om implementering og fastholdelse, som skal afholdes i 2009
- Analyseret kvartalsvise HSMR tal
- Afholdt patientsikkerhedsmøder for afdelingsledelser/nøglepersoner, hvor status for iværksatte tiltag er drøftet samt ønsker for fremtidige tiltag
- I samarbejde med farmaceut foretaget en analyse af alle medicineringshændelser indberettet i 2007 og 2008
- I forbindelse hermed lavet et nyhedsbrev, hvor diverse problematikker er beskrevet, iværksatte tiltag i forbindelse hermed samt status for tiltagene
- Analysen leder endvidere til en kampagne i 2009, hvor vi opstarter et projekt på hele hospitalet med henblik på at skabe barrierer mod medicineringsfejl i medicinrummene
- Udarbejdet Poster til Store uddannelsesdag
- Udarbejdet retningslinjer for kerneårsagsanalyser og faldudredning/forebyggelse
- Andre retningslinjer under udarbejdelse

Delmål 12 – Særlig indsats ved alvorlig utilsigtet hændelse

Patienter og pårørende, der har oplevet uventede behandlingskomplikationer og alvorligt skadevoldende utilsigtede hændelser (Faktuel score tre jævnfør SAC-matrix score), har behov for en særlig kvalificeret indsats. Ved sådanne patienter og pårørende skal der være registreret en tildelt kontaktperson med betydelig klinisk erfaring, jf. Strategi for Patientsikkerhedsindsats i Somatisk Sygehusregi. Hvis der ikke er registreret en sådan kontaktperson, er årsagen dertil også dokumenteret.

Ovenstående registreres på lokalt niveau ved den person, som har funktion som risikomanager; data tilgår den regionale risikomanager og følges af Enhed for Klinisk Kvalitet og Patientsikkerhed.

Målopfyldelse

Delmålet er gjort op for perioden 01.01.08 – 31.12.08. Oplysningerne er givet fra regionens hospitaler via personer med funktion som risikomanager til den regionale risikomanager.

Nedenstående opgørelse viser, at der er registreret en kontaktperson med betydelig klinisk erfaring ved 16 ud af de 41 score 3 hændelser.

Hospitalerne dokumenterer desuden årsager til manglende tildeling af klinisk kontaktperson. Langt overvejende tyder det på, at denne arbejdsgang endnu ikke er fuldt implementeret alle steder. Der er dog retningslinjer undervejs flere steder.

Opgørelse for 01.01.08 – 31.12.08	**Hospitaler***							
	1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**Total**
Andelen af score 3 hændelser, hvor der er tildelt patienten eller den pårørende en kontaktperson med betydelig klinisk erfaring.	1/6	1/3	2/4	0/3	7/15	1/2	4/8	**16 ud af 41 (39%)**

* Hospitalerne er:
1. Regionshospitalet Viborg Skive Kjellerup
2. Regionshospitalet Silkeborg Hammel Neurocenter
3. Regionshospitalet Randers Grenå
4. Regionshospitalet Horsens Brædstrup Odder
5. Århus Universitetshospital, Århus Sygehus
6. Århus Universitetshospital, Skejby
7. Regionshospitalet Herning, Holstebro, Ringkøbing, Tarm og Lemvig

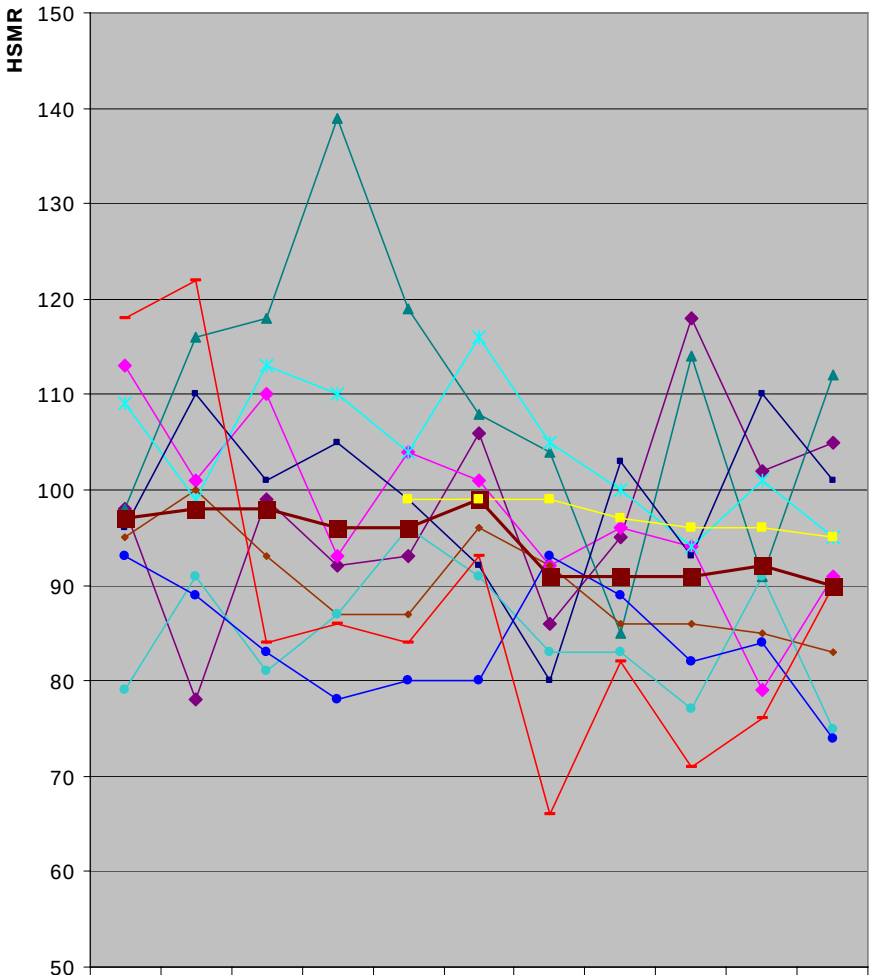
Delmål 13 – Faldende hospitalsstandardiserede mortalitetsrater

Blandt andet gennem arbejdet med patientsikkerhed gør hospitalerne en indsats for at nedbringe 30 dages dødeligheden, som opgjort ved hospitalsstandardiserede mortalitetsrater. For det enkelte hospital er disse faldende i strategiperioden, og dette følges op ved hjælp af opgørelserne fra Operation Life.

Målopfyldelse

I forbindelse med kampagnen "Operation Life" offentliggøres HSMR-tallene af Operation Life sekretariatet. Tallene beregnes og offentliggøres kvartalsvist i projektperioden.

Nedenstående figur viser HSMR-tallene for Region Midtjylland i perioden fra og med 1. kvartal 2006 til og med 3. kvartal 2008.



	1. kvartal 2006	2. kvartal 2006	3. kvartal 2006	4. kvartal 2006	1. kvartal 2007	2. kvartal 2007	3. kvartal 2007	4. kvartal 2007	1. kvartal 2008	2. kvartal 2008	3. kvartal 2008
Regionshospitalet Herning	98	78	99	92	93	106	86	95	118	102	105
Regionshospitalet Holstebro	113	101	110	93	104	101	92	96	94	79	91
Regionshospitalet Horsens, Brædstrup, Odder	98	116	118	139	119	108	104	85	114	91	112
Regionshospitalet Randers, Grenå	109	99	113	110	104	116	105	100	94	101	95
Regionshospitalet Silkeborg	96	110	101	105	99	92	80	103	93	110	101
Regionshospitalet Viborg, Skive, Kjellerup	95	100	93	87	87	96	92	86	86	85	83
Århus Universitetshospital, Århus Sygehus, Nørrebrogade	79	91	81	87	96	91	83	83	77	91	75
Århus Universitetshospital, Århus Sygehus, Tage Hansens gade	93	89	83	78	80	80	93	89	82	84	74
Århus Universitets hospital, Skejby Sygehus	118	122	84	86	84	93	66	82	71	76	90
Region Midtjylland - samlet	97	98	98	96	96	99	91	91	91	92	90
Hele landet					99	99	99	97	96	96	95

HSMR på nationalt niveau 3. kvartal 2008 ligger på 95, og i forhold til det forventede antal dødsfald er antal reddede liv angivet til 274 i 3. kvartal 2008.

Region Midtjylland, Region Syddanmark og Region Hovedstaden ligger statistisk signifikant under 100 ved den seneste opgørelse.

Region Syddanmark ligger på 93 mod 96 i 2. kvartal 2008.

Region Hovedstaden ligger på 89 i dette kvartal mod 91 i 2. kvartal 2008.

Region Sjælland ligger på 110 mod 112 i 2. kvartal 2008.

Region Nordjylland ligger på 102 mod 99 i 2. kvartal 2008.

Tallene egner sig ikke til at sammenligne hospitalerne indbyrdes, da beregningsmetoden ikke justerer for variationer i eksempelvis:

- Co-morbiditet (flere diagnoser)
- Sygdommens sværhedsgrad (en lungebetændelse kan f.eks. være mere eller mindre livstruende)
- Patienternes sociale situation
- Hospitalernes forskellige opgaver i et patientforløb

Der ses generelt en pæn udvikling med faldende tendens for de fleste hospitaler i Region Midtjylland.

Flere hospitaler har gennemført journalaudit med henblik på at identificere potentielt forebyggelige dødsfald. Eksempelvis peger erfaringer fra Regionshospitalet Horsens og hospitalsledelsen Vest på manglende reaktion på kritiske kliniske fund samt et vist potentiale for mobilt akut team og intensiveret sepsisbehandling. Hospitalerne søger at implementere forbedring på de nævnte områder.

Delmål 14 – Patientforløbsprogrammer

Det er målet, at mindst fem regionale patientforløbsprogrammer igangsættes inden for strategiperioden, og inden for samme periode implementeres de regionale patientforløbsprogrammer, der inden juni 2008 godkendes af det ledelsesmæssige niveau til udbredelse.
Alle relevante afdelinger opfylder udvalgte, centrale indikatorer, der bliver beskrevet i de patientforløbsprogrammer, der inden juni 2008 er godkendt af det ledelsesmæssige niveau.

Målopfyldelse

Der er i 2008 udarbejdet et regionalt forløbsprogram for brystkræft. Programmet er tilpasset det nationale pakkeforløb for brystkræft.

Det er i øvrigt besluttet foreløbigt at koncentrere patientforløbsarbejde i regionen om kræftpakkerne og kronikerprogrammerne.

Sundhedsstyrelsen har i 2008 udarbejdet 15 pakkeforløb for kræftpatienter.
Hospitalerne har i 2008 implementeret pakkeforløb for 9 kræftformer og har gjort klar til implementering af pakkeforløb for yderligere 6 kræftformer pr. 1. januar 2009.

På baggrund af de nationale pakkeforløbsbeskrivelser udarbejdes regionale programmer, der godkendes af Kræftstyregruppen og lægges i e-Dok. I 2008 er der godkendt 8 programmer. De resterende 7 er under udarbejdelse.

Delmål 15 – Kronikerprogrammer i Region Midtjylland

Det er målet, at der er udarbejdet kronikerprogrammer inden for diabetes, KOL og hjertesygdom inden udgangen af 2008, og at implementeringen af 2 af de 3 programmer er påbegyndt. Det er den enkelte kronikerprogramgruppe, der skal udvikle og beskrive de sygdomsspecifikke kronikerprogrammer, og en del af dette arbejde bliver også at fastlægge, hvordan man kan måle på implementeringen af programmet.

Der er således udarbejdet kronikerprogrammer for diabetes, KOL og hjertesygdom inden udgangen af 2008, og der er i disse programmer indarbejdet forslag til, hvordan kan man måle på, om programmerne har effekt. Regionalt Sundhedssamarbejde følger op i samarbejde med Kvalitet og Sundhedsdata.

Målopfyldelse

Repræsentanter fra hospitalerne samt de praktiserende læger og kommunerne i Region Midtjylland har i fællesskab udarbejdet forløbsprogrammer for henholdsvis kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL), type 2 diabetes og hjertekarsygdom.
Programmerne indeholder et afsnit vedrørende kvalitetsmonitorering, hvor det skitseres, hvorledes der vil kunne følges op på effekten af programmerne

Forløbsprogrammerne har været i faglig høring og gennemgår nu en administrativ og politisk godkendelsesproces i både region og kommuner. Forløbsprogrammerne forventes at være endeligt godkendt inden sommerferien 2009, hvorefter implementeringen af programmerne påbegyndes.
Hospitalerne har i forskelligt omfang allerede påbegyndt implementeringen af programmerne.

Delmål 16 - Sundhedsaftaler

Det er målet, at der er udarbejdet nye sundhedsaftaler for alle 19 kommuner i Region Midtjylland pr. 1. oktober 2008, som alle er godkendt af Sundhedsstyrelsen. Derudover er der udviklet sundhedsaftaler på mindst et af to nye områder: 1) Svangre, Børn og Unge; 2) Kronikerområdet.
De indgåede sundhedsaftaler præsenteres for klinikerne i form af instrukser med henblik på aftalernes implementering. Som led i implementeringen er der udarbejdet en nøgletalsoversigt med indikatorer til opfølgning på sundhedsaftalerne, som er fast dagsordenspunkt på alle klyngemøder.

Målopfyldelse

Sundhedsaftalerne for kommunerne i Region Midtjylland blev godkendt af regionsrådet den 24. september 2008. Forud for dette blev sundhedsaftalerne godkendt i de lokale byråd.

Udviklingen af sundhedsaftaler på de to nye områder – børn, svangre og unge samt kronikerområdet – er iværksat efter planen.

På de to årlige klyngemøder mellem kommuner, hospital og praktiserende læger følges op på sundhedsaftalerne vha. udvalgte nøgletal. Arbejdet er her præget af engagement og godt samarbejde.

Delmål 17 – Oplevet samarbejde ved udskrivelse

Relevante patienter skal give udtryk for, at de har følt, at hospitalet og den kommunale hjemmepleje samarbejdede godt om udskrivelsen.

- *Hvordan vurderer du, at sygehuset og den kommunale hjemmepleje/hjemmesygepleje samarbejdede om din udskrivelse? (LUP – spørgsmål 29)*

Målopfyldelse

Der findes ingen data for 2007-8 til belysning af dette delmål.

Delmål 18 – Oplevet indlæggelse

Patienterne skal give udtryk for at have et tilfredsstillende, samlet indtryk af indlæggelsen på hospitalet.

- *Hvad er dit samlede indtryk af XX-Afdeling? (CKU)*

Målopfyldelse

Der findes ingen data for 2007-8 til belysning af dette delmål.

Delmål 19 – Oplevet ambulant forløb

Patienterne skal give udtryk for at have et tilfredsstillende indtryk af det ambulante forløb.

- *Hvad er dit samlede indtryk af XX-ambulatorium? (CKU)*

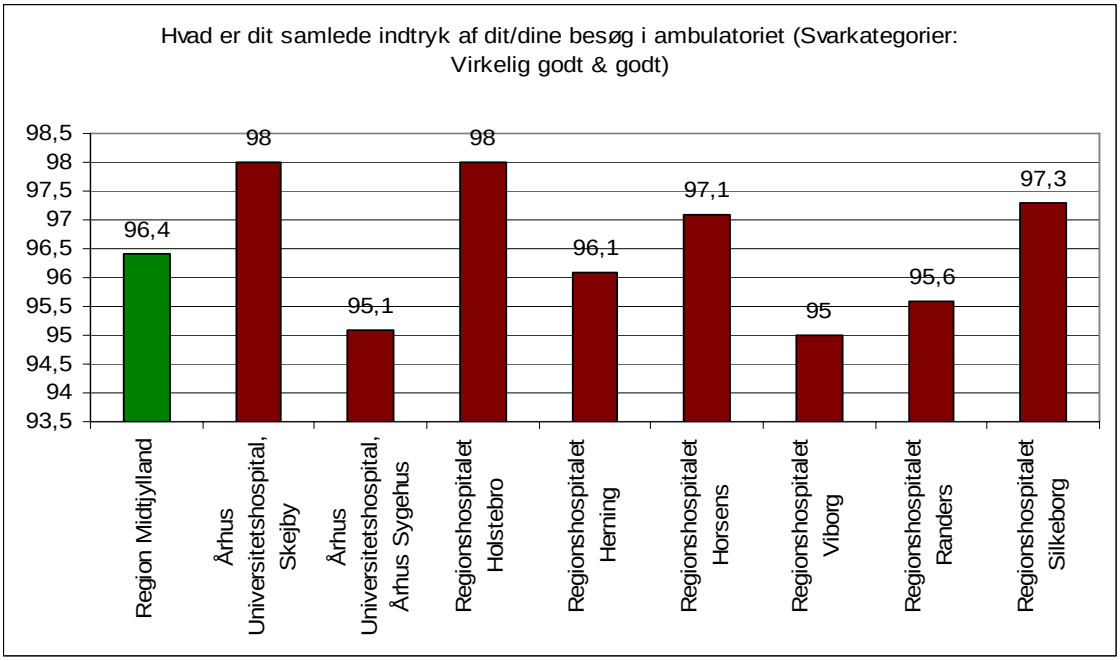
Målopfyldelse

Nedenstående data er hentet fra en spørgeskemaundersøgelse gennemført for Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse marts 2008 for personer, der i perioden november til december 2007 var på ambulatorium.

96 procent af de adspurgte ambulante patienter har et godt eller virkeligt godt samlet indtryk af deres besøg.

Region Midtjylland er den eneste region, der ligger statistisk signifikant over landsgennem-snittet på dette spørgsmål.

Resultatet for regionens otte store hospitaler varierer mellem 95 og 98 procent.



Delmål 20 – Oplevet samarbejde med egen læge

Patienterne skal give udtryk for, at de har følt, at samspillet mellem egen læge og afdelingen har været i orden omkring patientens sygdom (henvisning, opfølgning mv.).

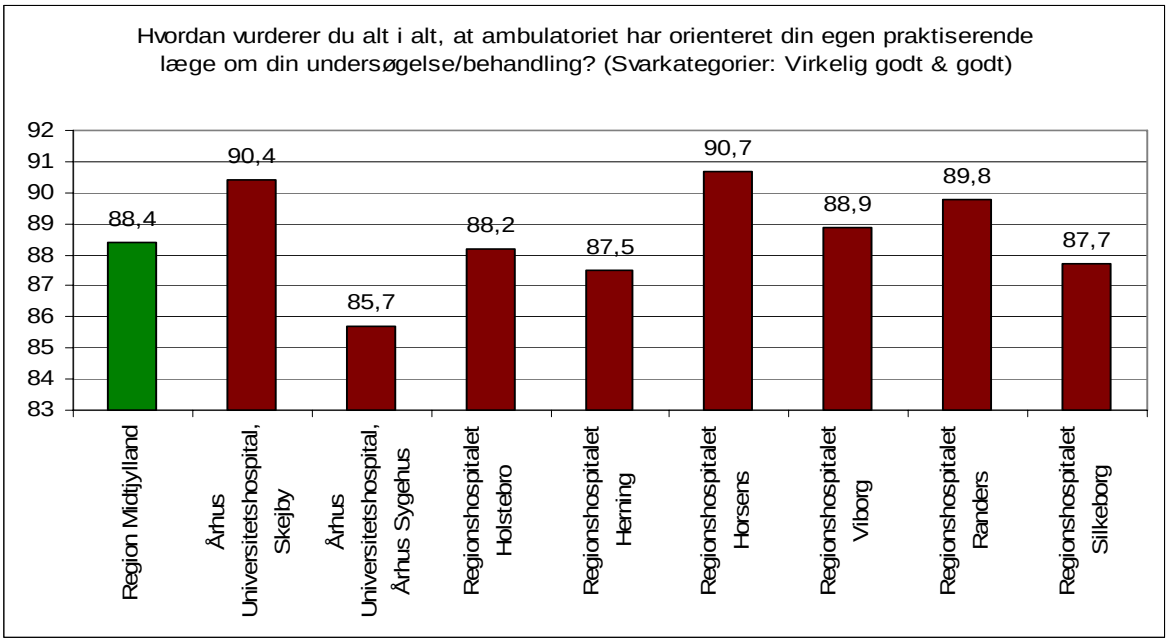
- *Har samspillet mellem din egen praktiserende læge og afdelingen været i orden omkring din sygdom (henvisning, opfølgning mv.)? (CKU)*

Målopfyldelse

Nedenstående data er hentet fra en spørgeskemaundersøgelse gennemført for Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse marts 2008 for personer, der i perioden november til december 2007 var på ambulatorium.

Mellem 85,7 og 90,7 procent af de ambulante patienter på regionens otte store hospitaler vurderer, at ambulatoriet alt i alt har orienteret deres egen praktiserende læge godt eller virkelig godt om deres undersøgelse/behandling.

Regionens samlede resultat er på 88,4 procent, hvilket er over landsgennemsnittet.



Delmål 21 – Patienttilfredshed i almen praksis

Patienterne i almen praksis skal udtrykke tilfredshed med den oplevede kvalitet af egen læge og lægepraksis, jf. DanPEP (Danske Patienter evaluerer almen Praksis).
Resultater fra DanPEP-undersøgelser offentliggøres på aggregeret niveau. Resultaterne følges op af Primær Sundhed i samarbejde med praksiskonsulenterne.

Målopfyldelse

Den seneste DanPEP undersøgelse blev gennemført i efteråret 2007 og foråret 2008. Det er frivilligt for både praktiserende læger og naturligvis patienter at deltage.

I Region Midtjylland deltog der 200 praktiserende læger i undersøgelsen, og det udmøntede sig i ca. 130.000 patientbesvarelser.

Ud fra besvarelserne ses visse overordnede tendenser:

- For så vidt angår læge-patient forholdet (tid, lytte, vise interesse) ligger tilfredsheden på 75 %.
- Vedrørende den lægefaglige ydelse (undersøgelse, forebyggelse, behandling) ligger tilfredsheden på 72 %.
- Lidt lavere er tilfredsheden med tilgængeligheden (telefonisk kontakt, ventetid, akut hjælp), som ligger på 50 %.
- I relation til tilgængelighed skal det bemærkes, at 74 % af patienter er meget tilfredse med praksis evne til at modtage patienten ved akut sygdom.

Der ses variation mellem praksis, og det er især tydeligt, når det gælder tilgængeligheden.

Delmål 22 – Arbejdsmiljø

Det er en forudsætning for både succesfuldt kvalitetsarbejde og gode patientoplevelser, at personalet oplever trivsel og et generelt godt arbejdsmiljø. I relevante trivselsspørgsmål i arbejdsklimaundersøgelser ligger hospitalets/afdelingens score på et tilfredsstillende niveau. Der følges op i regi af HR-afdelingen, Region Midtjylland, på baggrund af data indsamlet af Center for Kvalitetsudvikling.

Der er inden for strategiperioden gennemført arbejdsklimaundersøgelser på Århus Universitetshospital, Århus Sygehus, Regionshospitalet Randers og Grenå samt Regionshospitalet Herning, Holstebro, Lemvig, Ringkøbing og Tarm.
Der ses fremgang inden for alle ti temaer på de tre hospitalsenheder.

Regionshospitalet Horsens, Brædstrup og Odder har inden for samme periode gennemført en arbejdsmiljøundersøgelse, hvor der var benyttet et andet spørgeskema end de ovennævnte hospitaler.

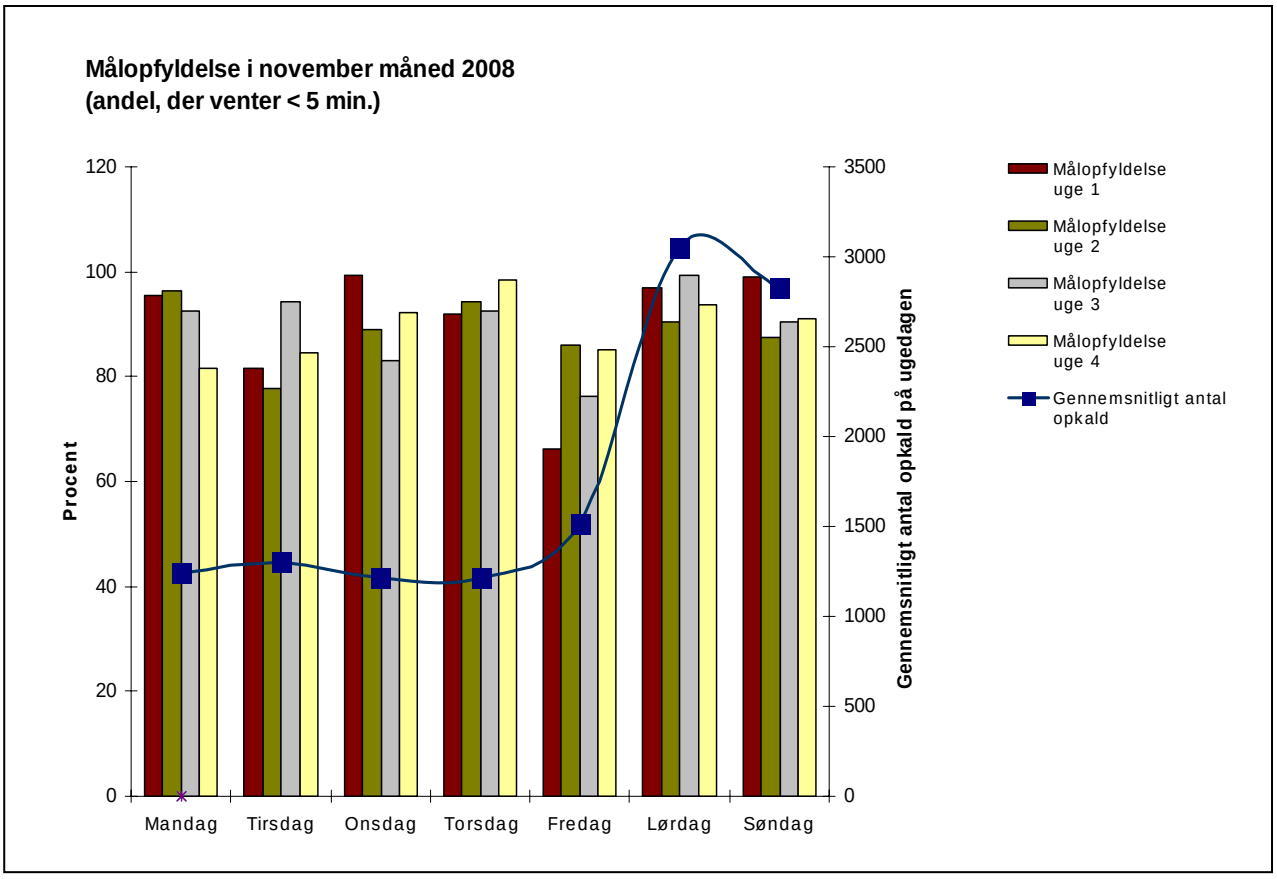
Indsatsområdet Servicemål

Delmål 23a – Ventetid ved telefoniske henvendelser til lægevagten

Alle telefoniske henvendelser besvares af en læge inden for 5 minutter. Dette følges op vha. udtræk fra lægevagtens telefonsystem.

Målopfyldelse

Lægevagten lever stort set op til servicemålene, idet mellem 66 og 99 pct. af henvendelserne besvares inden for de fastlagte 5 minutter. Nedenstående figur illustrerer, at der på fredage ses en relativt mindre målopfyldelse.
Gennemsnitligt blev 90% af henvendelserne besvaret inden for 5 minutter i november måned 2008.



Delmål 23b – Ventetid for lægevagtens hjemmebesøg

Sygebesøg aflægges inden for 3 timer. Dette følges op vha. udtræk fra sygesikringens ydelsesregister.

Målopfyldelse

Ventetiden på at få hjemmebesøg måles ved hjælp af sygesikringens afregningsdata - som forskellen mellem visitationstidspunkt og besøgstidspunkt.

Ventetiden på at få hjemmebesøg vurderes tilfredsstillende. Data opgøres kommunevis, og med undtagelse af Lemvig (88,9), Struer (88,7), Norddjurs (80,1), Ikast Brande (89,4), Hedensted (89,7) aflægges 90 procent af lægevagtens hjemmebesøg inden for 3 timer.

Delmål 23c – Oplevelse af ventetid i konsultationen i lægevagten

Målet er, at patienterne så vidt muligt tilses af en vagtlæge i konsultationen senest 1 time efter ankomsten til konsultationsstedet.
Patienterne skal ved undersøgelser af patientoplevelser udtrykke tilfredshed med ventetiden i konsultationen i lægevagten.

Målopfyldelse

Ventetiden på konsultationsstederne er blevet målt ved hjælp af en spørgeskemaundersøgelse, idet der endnu ikke foreligger en registrering af ankomsttidspunktet til konsultationsstederne. Alle patienter, der var på et af konsultationsstederne i uge 14 i 2008, fik tilsendt et spørgeskema.

Undersøgelsen viste, at 75 pct. af dem, der besvarede spørgeskemaet, vurderede, at de blev tilset af en vagtlæge i konsultationen inden for en time. Ca. 60 pct. mente, at ventetiden var acceptabel. Hos de patienter, der ventede i op til en time, mente 97 pct., at ventetiden var acceptabel.

Delmål 24a – Patienter med kræfttype omfattet af projektet for kræftbehandling uden ventetid

Der må højst gå 2 hverdage fra lægens henvisning med begrundet mistanke om kræft til udredning/forundersøgelse for de kræftgrupper, som er omfattet af projektet for kræftbehandling uden ventetid.
Udrednings- og behandlingsforløbet skal organiseres på en sådan måde, at ventetiden i udrednings- og behandlingsforløbet reduceres til strengt fagligt begrundet ventetid.
Sundhedsstyrelsen vil i løbet af 2008 udsende retningslinjer, i form af pakkeforløb, for alle kræftgrupper. Disse pakkeforløb vil beskrive de nødvendige undersøgelser og behandlinger for de enkelte kræftgrupper samt angive tidsfrister for det optimale udrednings og behandlingsforløb. Tidsfristerne i pakkeforløbene vil efterfølgende udgøre servicemålene for det enkelte kræftområde.

Målopfyldelse

Overordnet går det godt med hospitalernes løbende indførelse af kræftpakker i løbet af 2008. For pakkerne vedrørende hoved-halskræft, lunge-kræft, gynækologisk kræft og modermærkekræft er hospitalerne enten i mål eller stort set i mål.

På brystkræftområdet er der et par væsentlige udfordringer for Århus Universitetshospital, Århus Sygehus, og Hospitalsledelsen Vest, dels på grund af patienttilstrømning fra mammascreening og dels på grund af mangel på kirurger. Århus Universitetshospital, Århus Sygehus, har endvidere problemer med strålebehandlingen af brystkræftpatienter.

På tarmkræftområdet går det godt, bortset fra vanskeligheder med endoskopisk udredning på Århus Universitetshospital, Århus Sygehus. Direktionen har i den forbindelse foranlediget iværksættelse af en række tiltag. En ventetidspukkel søges afhjulpet ved tilbud om omvisitering til private klinikker i Danmark og Regionshospitalet Horsens og ved udvidelse af den diagnostiske kapacitet. Der forventes at kunne etableres overensstemmelse mellem behov og kapacitet i begyndelsen af 2009.

For lungekræft overholdes forløbstider på alle hospitaler - dog er der enkelte steder, hvor der er få dages overskridelse af forløbstiderne.

For hæmatologisk kræft opfyldes tiderne på Århus Universitetshospital, Århus Sygehus, for akut leukæmi, men for de 3 øvrige hæmatologiske pakkeforløb er der omfattende problemer med henvisning, udredning og/eller behandling. Den manglende opfyldelse skyldes blandt andet flaskehals- og ressourceproblemer. På Regionshospitalet Viborg og Hospitalsledelsen Vest forekommer kun enkelte overskridelser af forløbstiderne.

På blærekræft- og nyrekræftområdet er der endnu ikke indført pakkeforløb på Regionshospitalet Randers og Viborg. På de øvrige hospitaler i regionen overholdes tiderne (Århus Universitetshospital, Skejby Sygehus, har dog enkelte overskridelser på nyrekræft). I forhold til strålebehandling for nyre- og blærekræft har Århus Universitetshospital, Århus Sygehus, imidlertid store problemer, da forløbstiderne for strålebehandling endnu ikke overholdes.

Generelt indmeldes løbende, at der på hospitalerne/i afdelingerne er stor tilfredshed med indførelsen af pakkeforløbene, og at arbejdet hermed er meget tilfredsstillende. Det fremgår desuden, at pakkeforløbene har givet effektiv ressourceudnyttelse, forbedrede arbejdsgange og mange steder et forbedret samarbejde såvel internt på hospitalerne, som hospitalerne i mellem og mellem hospital og almen praksis. Patientforløbene er kommet i mere faste rammer, og der arbejdes med forbedring af koordineringen.
Det skal dog medtages i det samlede billede, at kapaciteten generelt er presset på hospitalerne.

Delmål 24b – Øvrige kræftpatienter – kræfttype (endnu) ikke omfattet af projektet for kræftbehandling uden ventetid

Medmindre hensynet til patientens helbredstilstand tilsiger noget andet, gælder i henhold til lovgivningen følgende maksimale ventetider for alle patienter med kræft:

- Til forundersøgelse: 2 uger fra lægens henvisning er modtaget af hospitalet (henvisningsdato).
- Til operation: 2 uger fra den dag patienten har givet informeret samtykke til operation på baggrund af information fra den behandlende afdeling.
- Til medicinsk behandling, som er primær behandling: 2 uger fra den dag patienten har givet informeret samtykke til behandling på baggrund af information fra den behandlende afdeling, og senest 4 uger fra den dato afdelingen har modtaget henvisning til behandling.

- Til strålebehandling, som er primær behandling: 4 uger fra den behandlende afdeling har modtaget henvisning til strålebehandling.
- Til efterbehandling (strålebehandling eller medicinsk behandling efter primær behandling): 4 uger fra henvisning er modtaget af den behandlende afdeling.

Målopfyldelse
Af indberetninger til Sundhedsstyrelsens opgørelse af ventetider (venteinfo.dk) fremgår det, at hospitalerne i Region Midtjylland generelt lever op til lovgivningens mål om ventetider for udredning og behandling af kræfttyper, der endnu ikke er omfattet af projektet for kræftbehandling uden ventetid.

Der ses dog visse undtagelser fra opgørelse af 4. december 2008 fra venteinfo.dk.
Med hensyn til ventetid til efterbehandling (strålebehandling) for kræft i blærehalskirtel er der registreret en ventetid på 10 uger for Århus Universitetshospital, Århus Sygehus.
Hvad angår ventetid til udredning for kræft i skjoldbruskkirtel samt ventetid fra udredning til primær behandling ved indlæggelse for kræft i skjoldbruskkirtel ses for begge delmåls vedkommende en ventetid på 3 uger ved Århus Universitetshospital, Århus Sygehus.

Sundhedsstaben kan ikke på nuværende tidspunkt levere data vedrørende servicemål, idet PAS-data i InfoRM ikke er fuldt valide. En nøjagtig opfølgning på delmålet kan derfor ikke foretages.

Delmål 24c – Patienter med iskæmisk hjertesygdom

Medmindre hensynet til patientens helbredstilstand tilsiger noget andet, gælder følgende maksimale ventetider for alle patienter med iskæmisk hjertesygdom:

- Operation for påvist venstre hovedstammesygdom: 2 uger fra henvisningen er modtaget af landsdelshjertecenteret.
- Operation for svære hjertekramper på grund af forkalkning i hjertets kranspulsårer: 3 uger fra henvisningen er modtaget af landsdelshjertecenteret.
- Operation for hjertekramper lige efter en blodprop i hjertet: 4 uger fra henvisningen er modtaget af landsdelshjertecenteret.

Målopfyldelse
Operation af patienter med iskæmisk hjertesygdom foretages i Region Midtjylland på Århus Universitetshospital, Skejby.

På Venteinfo.dk gældende for den 1. december 2008 er opgjort følgende ventetider vedrørende operation af patienter med iskæmisk hjertesygdom:

Ballonudvidelse: 4 uger
By-pass: 14 uger
Hjerterytmeforstyrrelser (radiofrekvensablation): 24 uger

Sundhedsstaben kan ikke på nuværende tidspunkt levere data vedrørende servicemål, idet PAS-data i InfoRM ikke er fuldt valide. En nøjagtig opfølgning på delmålet kan derfor ikke foretages.

Delmål 25a – Meddelelse af tidspunkt for forundersøgelse eller behandling

Alle patienter, der indkaldes til elektiv behandling, skal have meddelt tidspunkt for forundersøgelse/behandling senest 8 dage efter henvisningsdatoen.

Målopfyldelse
Sundhedsstaben kan ikke på nuværende tidspunkt levere data vedrørende servicemål, idet PAS-data i InfoRM ikke er fuldt valide.
Det forventes, at valideringen er tilendebragt primo 2009.

Delmål 25b – Ventetid til forundersøgelse

For de elektive patienter må der højst gå 2 uger mellem henvisningsdato og forundersøgelse.

Målopfyldelse
Sundhedsstaben kan ikke på nuværende tidspunkt levere data vedrørende servicemål, idet PAS-data i InfoRM ikke er fuldt valide.
Det forventes, at valideringen er tilendebragt primo 2009.

Delmål 25c – Besked om tidspunkt for behandling

De elektive patienter skal senest 8 dage efter forundersøgelsen have besked om dato og tidspunkt for behandling.

Målopfyldelse
Sundhedsstaben kan ikke på nuværende tidspunkt levere data vedrørende servicemål, idet PAS-data i InfoRM ikke er fuldt valide.
Det forventes, at valideringen er tilendebragt primo 2009.

Delmål 26 - Behandlingsfrist

Patienter skal tilbydes behandling, således at behandlingen påbegyndes senest 1 måned efter henvisningsdatoen. Visse behandlingsområder er undtaget fra behandlingsfristen.

I opgørelsen af 1 måneds behandlingsfristen medregnes ikke perioder, hvor patienten gennemgår et forundersøgelsesforløb. Dog medregnes ventetid ud over 2 uger til hver enkelt undersøgelse i tidsfristen.

Servicemålet er baseret på sundhedslovens § 87, jf. lov nr. 546 af 24. juni 2005, ændret ved bl.a. lov nr. 1556 af 20. december 2006.

Målopfyldelse
Hospitalerne har i strategiperioden arbejdet målrettet på at øge aktiviteten bl.a. med det formål at opfylde behandlingsfristen på 1 måned. Der er desuden oprettet garantiklinikkerne, og Patientkontoret har stået for omvisitering af patienter, der har ret til udvidet frit sygehusvalg.

Under Sundhedskartellets strejke i foråret var der imidlertid mange patienter, der ikke kunne tilbydes behandling inden for 1 måned, og de ventelister, strejken medførte, har efterfølgende gjort det vanskeligt for hospitalerne at overholde fristen for specielt nogle grupper af patienter.

Den 7. november blev behandlingsfristen suspenderet frem til 30. juni 2009. Region Midtjylland har i stedet vedtaget en model, der opererer med tre patientgrupper.

Som udgangspunkt er patientgruppe 1 kendetegnet ved at indeholde patienter, der skal undersøges/behandles inden for en måned. Patientgruppe 2 er kendetegnet ved at indeholde

patienter, der skal undersøges/behandles inden for tre måneder, mens patientgruppe 3 indeholder patienter, som kan vente i mere end tre måneder.

Patienter i gruppe 1 og 2, der ikke kan få behandling inden for den relevante behandlingsfrist, vil få tilbudt undersøgt muligheden for behandling ved privathospital/klinik. Dette sker via Patientkontoret, således det overordnet sikres, at der sker en prioritering af de mest syge patienter. I suspensionsperioden er regionen forpligtiget til at købe ledig behandlingskapacitet i den private sektor svarende til det månedlige gennemsnit for perioden 4. kvartal 07 – 1. kvartal 08. Såfremt rammen ikke udfyldes med patienter fra gruppe 1 og 2 kan patienter fra gruppe 3 få tilbudt undersøgt muligheden for behandling ved privathospital/klinik.

Da sundhedsstaben ikke på nuværende tidspunkt kan levere data vedrørende servicemål, og da der øvrigt er sket ovennævnte ændringer, er det ikke muligt at følge mere præcist op på delmålet i øjeblikket.

Delmål 27 – Visitation af henviste patienter

Hospitalerne i Region Midtjylland har besluttet at håndtere henviste patienter og visitation af disse i henhold til den arbejdsfordeling og fremgangsmåde, som fremgår af de procesbeskrivelser, der er indeholdt i klar besked-brevkonceptet. Det betyder, at der skal ske korrekt anvendelse af brev og blanketter, ligesom arbejdsfordelingen medfører, at hospitalerne håndterer henvendelser vedr. frit sygehusvalg og Patientkontoret henvendelser vedr. udvidet frit sygehusvalg.
Målet er, at patienter, der henvender sig til Patientkontoret, oplever, at hospitalerne har givet tilstrækkelig information om frit sygehusvalg. Dette følges op ved stikprøveundersøgelser.

Målopfyldelse
Stikprøveundersøgelsen, der skulle afdække om hospitalerne har givet tilstrækkelig information om frit sygehusvalg, blev udskudt, dels pga. konflikten i Sundhedskartellet i foråret 2008, dels pga. at der herefter blev søgt tilslutning i Folketinget til et lovforslag om en midlertidig ophævelse af det udvidede frie sygehusvalg. Undersøgelsen forventes derfor først at finde sted efter ophævelsen af suspensionen den 30. juni 2009.
Det kan tilføjes, at information til patienterne i et vist omfang vil være et emne i den landsdækkende LUP, der finder sted i 2009.

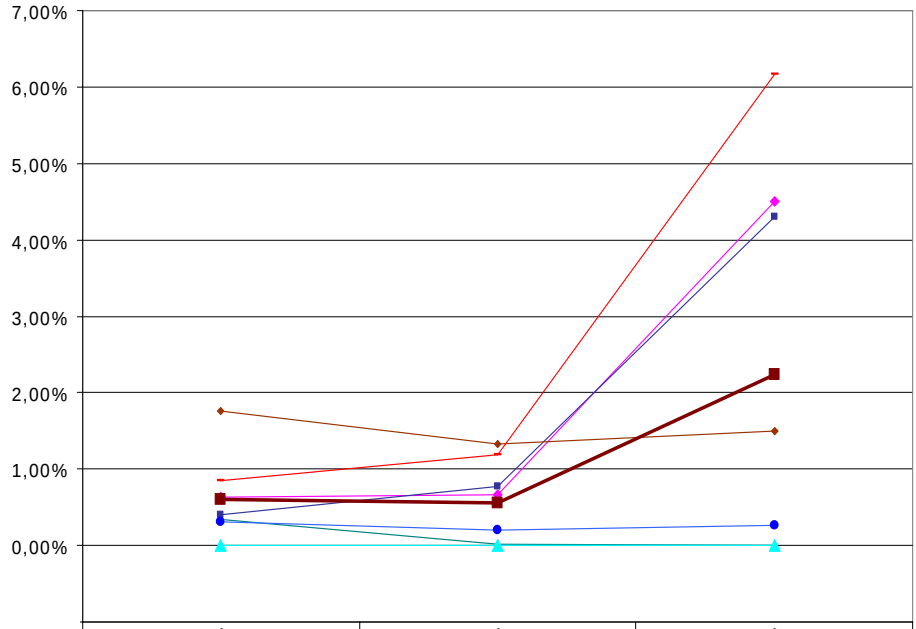
Delmål 28 - Aflysning af planlagte operationer

Aflysninger af operationer, som ikke skyldes patienten selv, betragtes som manglende målopfyldelse. Der foreligger årlige opgørelser på relevante hospitaler/afdelinger over aflysninger samt aflysningsårsager i forbindelse med planlagte operationer.

Målopfyldelse
Af opgørelse af aflyste operationer for første halvår 2008 fremgår det, at 3.658 ud af 106.520 operationer på de offentlige hospitaler i Region Midtjylland blev aflyst. Det svarer til en andel på 3,3 %. Af de aflyste operationer skyldes 67 % af aflysningerne hospitalerne – dvs. 2,2 % af alle operationer - mens de resterende operationer aflystes på grund af patienten.

Antallet af udførte og aflyste behandlinger er indberettet til Sundhedsstyrelsen. Neden for fremgår opgørelse over operationer aflyst af hospitalerne for 2007 og for første halvår 2008.

Antal aflyste operationer forårsaget af hospitalet ud af antal planlagte operationer



	1. halvår 2007	2. halvår 2007	1. halvår 2008
Regionshospitalet Herning, Holstebro, Lemvig, Ringkøbing og Tarm *	0,64%	0,67%	4,50%
Regionshospitalet Horsens, Brædstrup og Odder	0,35%	0,02%	0,00%
Regionshospitalet Randers og Grenaa	0,00%	0,00%	0,00%
Regionshospitalet Silkeborg og Hammel Neurocenter	0,40%	0,77%	4,30%
Regionshospitalet Viborg, Skive og Kjellerup	1,75%	1,33%	1,49%
Århus Universitetshospital, Århus Sygehus	0,32%	0,19%	0,26%
Århus Universitetshospital, Skejby	0,85%	1,19%	6,17%
Gennemsnit i Region Midtjylland	0,61%	0,55%	2,23%

*Hospitalsenheden Vest har ikke rutinemæssigt registreret alle aflyste operationer i PAS, hvorfor der kan stilles spørgsmål ved validiteten af disse data.

Opgørelsen indeholder kun de indberetningspligtige aflysninger med følgende aflysningskoder: ZPP00, ZPP00P, ZPP30, ZPP31, ZPP32, ZPP33, ZPP33A, ZPP33B, ZPP33C, ZPP33D.

Opgørelserne for første halvår 2008 kan være behæftet med en vis usikkerhed, idet der har været uklarheder om, hvorvidt aflysninger som følge af Sundhedskartellets strejke skulle indberettes.

Delmål 29 – Udskrivningsbrev til praktiserende læge

Udskrivningsbrev/lægebrev skal i videst muligt omfang sendes til den praktiserende læge senest 2 hverdage efter udskrivningen og i alle tilfælde senest 7 dage efter udskrivningen.

Målopfyldelse

Sundhedsstaben kan ikke på nuværende tidspunkt levere data vedrørende servicemål, idet PAS-data i InfoRM ikke er fuldt valide.

Det forventes, at valideringen er tilendebragt primo 2009.

Delmål 30 – Genoptræningsplaner

Patienter med et lægefagligt begrundet behov for genoptræning efter et hospitalsforløb skal have tilbudt en genoptræningsplan (skriftlig) senest i forbindelse med udskrivningen.

Målopfyldelse

Det har hidtil ikke været muligt at foretage en opgørelse af andelen af patienter, der får tilbudt skriftlig genoptræningsplan i forbindelse med udskrivningen ud af det totale antal patienter, der vurderes at have et lægefagligt behov for at få udarbejdet en genoptræningsplan.

Indsatsområdet Dokumentation og datakvalitet

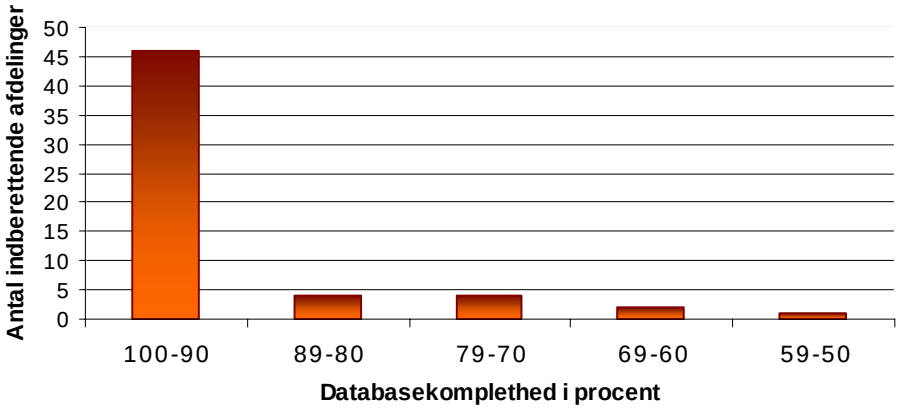
Delmål 31a – 31k: Indberetning af data til overvågning af Den Danske Kvalitets-models sygdomsområder

Nedenstående data belyser databasekompletheden for de databaser, der dækker Den Danske Kvalitetsmodels sygdomsområder. Målsætningen for databasekompletheden er 90 %.

Hvor det er muligt, er databasekompletheden angivet fra seneste årsrapport og fra InfoRM fra en senere periode.

Hvis man ser på data fra 2007-8 årsrapporterne fremgår det, at der indberettes med en databasekomplethed på over 90% i 46 ud af 57 tilfælde, dvs. at i godt 80% af tilfældene indberetter afdelingerne tilfredsstillende.

Nedenstående figur viser fordelingen over databasekomplethed for delmål 31.a, b, c, d, e, h og i, jf. senest offentliggjorte årsrapporter.



Tallene tyder på, at kendt deadline for indberetning til årsrapport afstedkommer en tilfredsstillende høj databasekomplethed, mens den løbende kvartalsvise opgørelse i InfoRM endnu ikke har et lige så tilfredsstillende niveau.
Der synes at være størst problemer med at indberette fyldestgørende til NIP-databasen vedr. mave-tarmkirurgi, idet blot 5 ud af 9 afdelinger har nået målet. Derimod ligger indberetningen til diabetes og hoftenære frakturer rigtig flot både i 2007/8 og i de seneste udtræk fra InfoRM pr. 5. december 2008.

Delmål 31a – Indberetning til NIP-databasen vedr. apopleksi

De relevante afdelinger indrapporterer med fuld komplethed til NIP-databasen vedr. apopleksi.

Målopfyldelse
Databasekompletheden er angivet dels for hele 2007, hvor data er hentet fra årsrapporten, dels for august 2008, hvor data er hentet fra InfoRM den 5. december 2008.

Hospital / afdeling	Databasekomplethed Årsrapport 2007	InfoRM: data fra august 2008
Holstebro, Neurologisk Afdeling	99 % af 403 patienter	100 % af 57 patienter
Randers, Medicinsk Afdeling	98 % af 332 patienter	65 % af 26 patienter
Horsens, Medicinsk Afdeling	100 % af 287 patienter	83 % af 29 patienter
Silkeborg, Medicinsk Afdeling	98 % af 220 patienter	92 % af 12 patienter
Viborg, Neurologisk Afdeling	99 % af 369 patienter	85 % af 41 patienter
Århus, Neurologisk Afdeling	100 % af 571 patienter	Århus, THG: 68% af 60 patienter
Århus, Neurokirurgisk Afdeling	76 % af 33 patienter	
Århus, Medicinsk Endo-krinologisk Afd.	95 % af 58 patienter	
Region Midtjylland	98 %	82%

Delmål 31b – Indberetning til NIP-databasen vedr. diabetes

De relevante afdelinger indrapporterer med fuld komplethed til NIP-databasen vedr. diabetes.

Målopfyldelse

Databasekompletheden er dels angivet for perioden marts 2007 – marts 2008, hvor data er hentet fra årsrapporten, dels for august 2008, hvor data er hentet fra InfoRM den 5. december 2008.

Hospital / afdeling	Databasekomplethed Årsrapport 2007-8	InfoRM: data fra august 2008
Horsens, Medicinsk Ambulatorium	98 % af 1044 patienter	100 % af 28 patienter
Holstebro, Medicinsk Endokrinologisk Ambulatorium	100 % af 568 patienter	100 % af 82 patienter
Herning, Medicinsk Endokrinologisk Ambulatorium	100 % af 721 patienter	100 % af 38 patienter
Ringkøbing, Medicinsk Ambulatorium	100 % af 109 patienter	100 % af 19 patienter
Silkeborg, Medicinsk Dagafsnit	99 % af 692 patienter	98 % af 52 patienter
Århus, Medicinsk Endokrinologisk Ambulatorium M	91 % af 1676 patienter	Århus THG: 90 % af 414 patienter
Århus, Medicinsk Endokrinologisk Ambulatorium C	90 % af 1565 patienter	
Randers, Medicinsk Ambulatorium	97 % af 759 patienter	94 % af 51 patienter
Skive, Medicinsk Ambulatorium	96 % af 284 patienter	
Viborg, Medicinsk Ambulatorium	98 % af 807 patienter	75 % af 24 patienter
Region Midtjylland	*	93 %

*Den samlede databasekomplethed i Region Midtjylland i opgørelsesperioden er opgjort til 95 % for diabetesambulatorierne. Hospitalerne har en databasekomplethed mellem 90 og 100 %.

Delmål 31c – Indberetning til NIP-databasen vedr. hjerteinsufficiens

De relevante afdelinger indrapporterer med fuld komplethed til NIP-databasen vedr. hjerteinsufficiens.

Målopfyldelse

Databasekompletheden er dels angivet for perioden 2007 – 2008, hvor data er hentet fra årsrapporten, dels for juli 2008 data er hentet fra InfoRM den 5. december 2008.

Hospital / Afdeling	Databasekomplethed	
	Årsrapport 2007-8	InfoRM, juli 2008
Horsens, Medicinsk afdeling	94 % af 84 patienter	67 % af 9 patienter
Holstebro, Medicinsk afdeling	62 % af 105 patienter	0 % af 6 patienter
Herning, Medicinsk afdeling	98 % af 151 patienter	17 % af 12 patienter
Ringkjøbing, Medicinsk afdeling	94 % af 36 patienter	0 % af 4 patienter
Randers, Medicinsk afdeling M2	96 % af 142 patienter	50 % af 4 patienter
Silkeborg, Medicinsk afdeling	100 % af 82 patienter	100 % af 2 patienter
Skejby, Kardiologisk afdeling B	100 % af 87 patienter	0 % af 4 patienter
Århus Medicinsk afdeling M	75 % af 8 patienter	Århus THG:
Århus, Medicinsk-kardiologisk afdeling	93 % af 107 patienter	64 % af 14 patienter
Viborg Medicinsk afdeling M	100 % af 52 patienter	23 % af 13 patienter
Skive, Medicinsk afdeling M	93 % af 28 patienter	
Region Midtjylland	93 %	31 %

Delmål 31d – Indberetning til NIP-databasen vedr. hoftenære frakturer

De relevante afdelinger indrapporterer med fuld komplethed til NIP-databasen vedr. hoftenære frakturer.

Målopfyldelse

Databasekompletheden er dels angivet for perioden 2007 – 2008, hvor data er hentet fra årsrapporten, dels for august 2008 data er hentet fra InfoRM den 5. december 2008.

Hospital / Afdeling	Databasekomplethed	
	Årsrapport 2007-8	InfoRM, august 2008
Horsens/Brædstrup	100 % af 216 patienter	100 % af 14 patienter
Holstebro, ortopædkirurgisk afdeling	96 % af 180 patienter	100 % af 12 patienter
Herning, ortopædkirurgisk afdeling T	100 % af 223 patienter	100 % af 14 patienter
Silkeborg, ortopædkirurgisk afdeling	98 % af 132 patienter	100 % af 13 patienter
Århus, ortopædkirurgisk afdeling	99 % af 208 patienter	Århus THG:
Århus, Geriatrisk afdeling G	100 % af 197 patienter	97 % af 37 patienter
Randers, ortopædkirurgisk afdeling	100 % af 294 patienter	100 % af 17 patienter
Viborg, ortopædkirurgisk afdeling	100 % af 237 patienter	100 % af 16 patienter
Region Midtjylland	99 %	99 %

Delmål 31e – Indberetning til NIP-databasen vedr. mave/tarmkirurgi

De relevante afdelinger indrapporterer med fuld komplethed til NIP-databasen vedr. mave/tarmkirurgi.

Målopfyldelse

Databasekompletheden er dels angivet for perioden 2007 – 2008, hvor data er hentet fra årsrapporten, dels for august 2008 data er hentet fra InfoRM den 5. december 2008.

Hospital/Afdeling	Databasekomplethed	
	Årsrapport 2007-8	InfoRM, august 2008
Horsens, Organkirurgisk Afdeling	98 % af 55 ptt.	100 % af 2 patienter
Holstebro, Kirurgisk Afdeling	52 % af 21 ptt.	
Herning, Medicinsk Afdeling B:	71 % af 38 ptt.	82 % af 11 patienter
Herning, Kirurgisk Afdeling	100 % af 66 ptt.	
Silkeborg, Parenkymkirurgisk Afdeling	85 % af 40	75 % af 4 patienter
Århus, Kir. Gastro. Afdeling	96 % af 170 ptt.	Århus, THG:
Århus, Kirurgisk Afdeling	67 % af 6 ptt.	86 % af 14 patienter
Randers, Organkirurgisk Afdeling	100 % af 103 ptt.	67 % af 6 patienter
Viborg, Organkirurgisk Afdeling	100 % af 62 ptt.	100 % af 8 patienter
Region Midtjylland	94 %	84 %

Delmål 31g – Indberetning til NIP-databasen vedr. kronisk obstruktiv lungelidelse (KOL)

De relevante afdelinger indrapporterer med fuld komplethed til NIP-databasen vedr. KOL.

Målopfyldelse

Her er det ikke meningsfuldt at opgøre komplethed, idet databasen udelukkende er LPR-baseret, men journalauditstikprøve af indlagte patienter med KOL viser, anvendelsen af KOL-kode er korrekt for flg. procentdel af patienter:

Hospital	Anvendelse af korrekt KOL-kode
Horsens	93 %
Holstebro	93 %
Herning	93 %
Silkeborg	93 %
Århus Sygehus	94 %
Randers	100 %
Viborg & Skive	100 %

Delmål 31h – Indberetninger vedr. brystkræft

De relevante afdelinger indrapporterer til belysning af dette sygdomsområde med fuld komplethed til Dansk Bryst Cancer Register.

Målopfyldelse

Databasekompletheden er angivet for perioden 2007, hvor data er hentet fra 2007-rapporten.

Hospital	Databasekomplethed
Holstebro	73 % af 174 patienter
Århus	94 % af 247 patienter
Randers	86 % af 168 patienter
Viborg	93 % af 168 patienter

Delmål 31i – Indberetninger vedr. tyk- og endetarmskræft

De relevante afdelinger indrapporterer til belysning af dette sygdomsområde med fuld komplethed til Dansk Kolorektal Cancer Database.

Målopfyldelse

Databasekompletheden er angivet for perioden 2007, hvor data er hentet fra 2007-rapporten.

Hospital	Databasekomplethed
Holstebro	100 % af 71 patienter
Herning	100 % af 114 patienter
Silkeborg	100 % af 57 patienter
Århus	98 % af 208 patienter
Randers	99 % af 153 patienter
Viborg	88 % af 105 patienter
Horsens	87 % af 69 patienter

Delmål 31j – Indberetninger vedr. lungekræft

De relevante afdelinger indrapporterer til belysning af dette sygdomsområde med fuld komplethed til Dansk Lunge Cancer Register.

Målopfyldelse

Nedenstående er hentet fra 2007-rapporten:

Databasekompletheden kan ikke opgøres, da den fulde patientpopulation ikke kan anslås. Samkøring af indberetninger fra hhv. udredende og behandlende afdelinger tyder dog på at kompletheden i Region Midtjylland er ca. 90 %.

Delmål 31k – Indberetninger vedr. fødsler

Der er endnu ikke taget stilling til, hvordan disse data skal indberettes, men det bliver sandsynligvis via Landspatientregisteret (LPR).

Dette register hører under Sundhedsstyrelsen.

Delmål 32a – Fokus på dataregistrering

Alle hospitalsafdelinger har dedikeret personale med særligt overblik over og ansvar for registreringsarbejdet. Hospitalerne har ajourførte oversigter over disse medarbejdere.

Målopfyldelse
Nedenstående beskrivelser beror på hospitalernes egne indberetninger.

Regionshospital Horsens, Brædstrup og Odder

I forhold til **NIP**-databaser er der opdaterede lister over de NIP-ansvarlige klinikere på hvert NIP-område, som bl.a. har ansvaret for registrering af oplysninger til NIP-databaserne. Disse lister føres centralt på hospitalet i kvalitetsenheden.

I forhold til de **øvrige landsdækkende kliniske databaser**, forholder det sig således, at der for hver database er udpeget en dataansvarlig speciallæge (eller i særlige tilfælde en sygeplejerske), som har ansvaret for, at procedurer inden for den enkelte database bliver registreret og rapporteret til databasen.

I forhold til det **øvrige dataregistreringsarbejde**, herunder registrering af data i EPJ, forholder det sig sådan, at det er den enkelte kliniker, der ifølge loven (bl.a. lov om lægers pligt til at føre journal) har pligt til at journalføre oplysninger om patientbehandlingen.

Regionshospitalet Randers og Grenaa

Regionshospitalet Randers har lister over ansvarligt registreringspersonale vedr.:

De støttede, landsdækkende kvalitetsdatabaser:
Afdelinger: Anæstesiologisk, Børneafdelingen, Gynækologisk/obstetrisk afdeling, Kirurgisk Afdeling, Ortopædkirurgisk Afdeling, Urologisk afdeling, Medicinsk Afdeling
Databaser:
DAD, Dansk Register for Børne- og Ungdomsdiabetes, DCCG databasen, Hernie og galdedatabasen, cancerregistret, Prosbase, KAG-databasen, Dansk Hæmatologi Database

NIP-databaser:
Afdelinger: Kirurgisk Afdeling, Ortopædkirurgisk Afdeling, Medicinsk Afdeling
Databaser: Mavesår, Hoftenære frakturer, Lungecancer, Diabetes, Apopleksi, Hjerteinsufficiens og KOL

Regionshospitalet Silkeborg og Hammel Neurocenter

PAS:
Det er primært sekretærerne, der rapporterer hertil. Fysioterapeuterne og ergoterapeuterne indrapporterer for eget område.

Støttende, landsdækkende kliniske kvalitetsbaser:
Hospitalsenheden Silkeborg indberetter til i alt 11 kliniske kvalitetsbaser. Af de 3 største er:

DANBIO: Her indrapporterer alle læger for reumatologiske patienter. Dette sker under den ambulante kontrol.

Dansk kolorektal Cancer Database: Den ledende overlæge på kirurgisk afdeling indberetter.
Dansk Anæstesidatabase: De fleste registreringer kører on-line i forbindelse med anæstesierne, og det er anæstesisygeplejerske, der indberetter langt størstedelen af data.

NIP:
Afdelinger: Medicinsk afdeling og Ortopædkirurgisk Afdeling
Der eksisterer NIP ansvarlige klinikere inden for hvert sygdomsområde, som bl.a. har ansvar for registreringen. Der sidder herudover en sygehuskontaktperson på området i Administrations Afdelingen

Århus Universitetshospital, Skejby

1. PAS / LPR
Vedr. patientdata fører Kontoret for Patientdata i Økonomiafdelingen liste over registreringsansvarlige overlæger og lægesekretærer på afdelingerne. Listen anvendes som kontaktdata til de registreringsansvarlige samt på de månedlige introduktionsmøder for nyansatte

2. NIP:
Skejby indberetter til NIP-databaserne hjerteinsufficiens og lungecancer. Strategi- og udviklingsafdelingen er kontaktindgangen for NIP på Skejby. Strategi- og udviklingsafdelingen har liste over de personer, som konkret arbejder med NIP-registreringer på afdelingerne.

3. De støttede, kliniske kvalitetsdatabaser
Strategi- og udviklingsafdelingen er kontaktindgang for de støttede kliniske kvalitetsdatabaser på Skejby. Ved henvendelse omkring en konkret klinisk database tager Strategi- og udviklingsafdelingen kontakt til den relevante afdeling. Der føres ikke lister over registreringsanavarlige for de enkelte kliniske databaser, da de kliniske databaser traditionelt er forankret i det kliniske fagmiljø på afdelingerne (og de kliniske selskaber).

Regionshospitalet Herning, Holstebro, Ringkøbing, Lemvig og Tarm

Der findes på e-Dok en dokumentsamling, der hedder Klinisk Kodning med retningslinjer og oversigter inden for dette område.
Der finder man også lister over både registreringsansvarlige overlæger og sekretærer.
Begge listerne er senest opdateret i januar 2007.

NIP
På Hospitalsenheden Vest er ansvaret for formidling og auditering vedr. NIP-data i Kvalitet og Udvikling. Der er kontaktpersoner på de relevante afdelinger.

Landsdækkende kliniske databaser
Der er kontaktpersoner for alle relevante databaser.

Regionshospitalet Viborg, Skive og Kjellerup

Alle hospitalsafdelinger har dedikeret personale med særligt overblik over og ansvar for registreringsarbejdet. Hospitalerne har ajourførte oversigter over disse medarbejdere.

Regionshospitalet Viborg-Skive-Kjellerup er organiseret således:

- Registreringsudvalg bestående af: Cheflæge, 2 overlæger, kvalitetschef, økonomichef, IT-chef, vicekontorchef og registreringskoordinator (registreringskoordinator varetager bl.a.daglig vejledning i registreringsspørgsmål)
- Registreringsansvarlige overlæge/læger i de kliniske afdelinger
- Registreringsansvarlige lægesekretærer i de kliniske afdelinger

NIP
På Regionshospitalet Viborg, Skive, Kjellerup er der ved alle afdelinger, hvor der er NIP indberetninger, nøglepersoner. Hospitalet har en ajourført liste over nøglepersonerne. Derudover er der ved hospitalet en hovedansvarlig kontaktperson i kvalitetsafdelingen.

De støttede, kliniske databaser
Der er ved hospitalet udpeget en nøgleperson til den kommende opgave i forhold til databaserne.

Århus Universitetshospital, Århus Sygehus

Overordnet og helt grundlæggende er svaret på spørgsmålet: Ja, afdelingerne har dedikeret personale med særligt overblik over og ansvar for registreringsarbejdet. Der er dog ikke i alle tilfælde tale om egentlige normeringer, frikøb af ansatte eller lignende. Men enkelte afdelinger har valgt at anvende en del ressourcer til at sikre registreringsarbejdet – særligt inden for NIP-området.

NIP
På Århus Sygehus er arbejdet organiseret således, at alle NIP-indberettende afdelinger har udpeget et antal kontaktpersoner, der har et særligt overblik over indsatsen samt i samarbejde med afdelingsledelsen et særligt ansvar for registreringsarbejdet. Hospitalet har en ajourført liste over NIP-kontaktpersoner.

Støttede, landsdækkende kvalitetsdatabaser
I forhold til de støttede, landsdækkende databaser udarbejdes årligt en status over området. Indeholdt i statusen er en liste over kontaktpersoner og registreringsansvarlige for de enkelte databaser. Sidste tidspunkt for en samlet opdatering af listen skete i november 2007. Sygehusets nyansatte datakoordinator vil gennemføre en ny status og opdatering af listen, når hun starter pr. 1. december. Det må forventes, at datakoordinatoren fremover skal opfølge tættere på sygehusets indberetninger og resultater fra de støttede, landsdækkende kliniske kvalitetsdatabaser.

Delmål 32b – Deltagelse i registreringsnetværk

Kvalitet og Sundhedsdata afholder årligt 3-4 fællesmøder eller temadage, hvor aktuelle registreringsproblematikker drøftes. Regionens hospitaler er repræsenterede ved sådanne lejligheder.

Målopfyldelse
I 2008 er der i april afholdt fællesmøde for registreringsansvarlige lægesekretærer vedr. generelle emner i forhold til LPR-Fællesindholdet.
Der vil ikke – som tidligere - blive afholdt møde om generelle emner i december idet ændringerne af Fællesindhold 2009 er beskeden. Til gengæld har implementeringen af

pakkeforløb for kræftudredning og –behandling givet anledning til afholdelse af fællesmøder for læger, koordinatorer og lægesekretærer, hvor registrering af de særlige pakkedata har været tema. Der er afholdt sådanne møder i marts (120 deltagere), i september (80 deltagere), i november (80 deltagere) og i december afholdes undervisning i MIS Kræft for 24 personer.
Alle hospitaler var repræsenterede samt Sundhedsplanlægning, Sundhedsøkonomi og Kvalitet og Sundhedsdata.

I relation til den formodentlige konsolidering af PAS systemer fra maj 2009 vil antallet af systemspecifikke registreringsgrupper blive nedbragt og erstattet af en regionsdækkende gruppe.

Delmål 33: Indberetning til støttede, landsdækkende kliniske kvalitetsdatabaser

Der skal på regionalt og nationalt niveau fokuseres på de landsdækkende kliniske kvalitetsbasers funktionalitet og relevans mhp. at sikre, at data er anvendelige til offentliggørelse af information om kvaliteten af behandlingen på relevant enhedsniveau.

Der vil i Region Midtjylland blive fokuseret på hospitalernes dataindberetning, hvor monitoreringen vil foregå ved udtræk fra de landsdækkende, støttede kliniske kvalitetsdatabaser. Udtræk, der er relevante for det pågældende hospital, drøftes på dialogmøder mellem sundhedsdirektøren og hospitalsledelsen.

Drøftelserne vil for de fleste kvalitetsdatabasers vedkommende følge en tretrinsmodel:

- I første fase vil der på dialogmøderne blive fokuseret på, om databaserne er relevante og velfungerende for det enkelte hospital med særligt fokus på indberetningsmetode og tilbagemeldingsform og -frekvens fra databaserne. Der udarbejdes herefter et fælles oplæg til arbejdet med og anvendelsen af kvalitetsdatabaserne.
- Anden fase vil også omhandle systematisk opfølgning på, hvorvidt der indberettes med fuld databasekomplethed og datakomplethed.
- I en tredje fase vil drøftelserne koncentrere sig mere om de enkelte kvalitetsindikatorer, og om hvordan hospitalet anvender disse til belysning og eventuel forbedring af kvaliteten af behandlingen.

Målopfyldelse

I et samarbejde mellem repræsentanter fra hospitalerne, Enhed for Klinisk Kvalitet og Patientsikkerhed samt Kvalitet og Sundhedsdata blev der udarbejdet et oplæg til arbejdet med de støttede, kliniske kvalitetsdatabaser. Databaserne blev på baggrund af en grundig beskrivelse samt tilbagemeldinger fra hospitaler og relevante specialeråd kategoriseret i relation til det videre arbejde.
I det tilfælde at databaserne skønnes umiddelbart egnet til kvalitetsarbejdet i Region Midtjylland, vil der blive fulgt systematisk op på database- og datakomplethed, og der vil blive indledt en audit-proces, som vi kender den fra NIP. Udvalgte data vil efterfølgende fremgå af InfoRM.
Arbejdsgruppen har udpeget tre databaser, hvor der umiddelbart kan iværksættes en auditproces:

- Dansk Kolorektal Cancer Database
- Dansk Brystkræft Register (DBCG-databasen)
- Fødselsregisteret (et register under Sundhedsstyrelsen)

Der er for disse tre databaser allerede beskrevet indikatorer i regi af Den Danske Kvalitetsmodel, og en auditproces kan derfor planlægges allerede nu.

Arbejdsgruppen peger desuden på yderligere 10 databaser, som vurderes umiddelbart egnede til kvalitetsarbejdet:

- DANBIO
- Dansk Hjerteregister
- Dansk Hysterektomi Database
- Den Hæmatologiske Fællesdatabase
- Dansk Transfusionsdatabase
- Dansk Register for Børne- og Ungdomsdiabetes
- Dansk Galde Database
- Dansk Hernie Database
- Dansk Hoftealloplastik Register
- Dansk Knæalloplastik Register

Iværksættelse af yderligere tiltag afventer dog erfaringerne med de første tre databaser. For alle de udpegede databaser vil der indtil videre ske en monitorering af data- og databasekomplethed, og der vil herefter blive fulgt systematisk op på kompletheden bl.a. i forbindelse med dialogmøder.

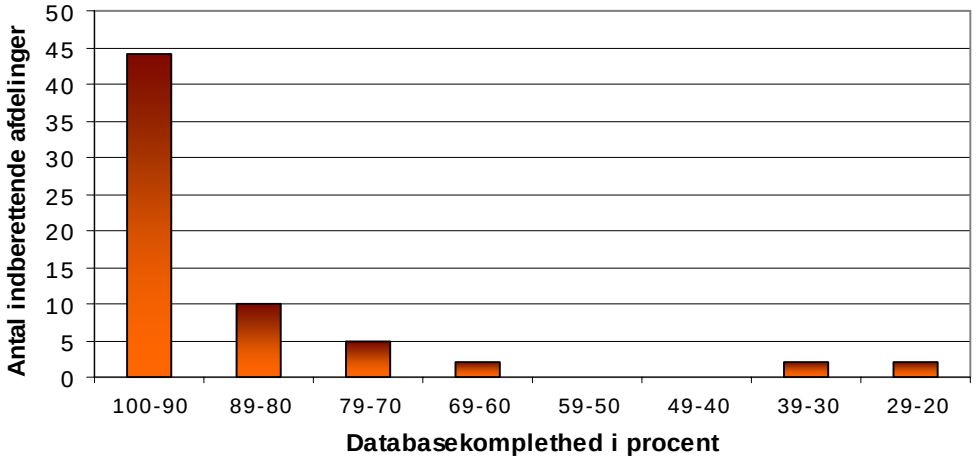
Databasekomplethed

Nedenstående opgørelser er databasekompletheden for de databaser, der er vurderet umiddelbart egnede til kvalitetsarbejde i Region Midtjylland.

Det har ikke været muligt at indhente oplysninger om databasekomplethed for alle databaserne til denne første opgørelse, og i visse tilfælde stammer oplysningerne tilbage fra 2005 – det er således en væsentlig opgave i det fortsatte arbejde.

Men hvis man ser på de tilgængelige data, fremgår det, at der indberettes med en databasekomplethed på over 90% i 44 ud af 65 tilfælde, dvs. at i godt to tredjedele af tilfældene indberetter afdelingerne tilfredsstillende.

Nedenstående figur viser fordelingen af de omtalte databasekompletheder:



Dansk Kolorektal Cancer Database

Se delmål 31i

Dansk Brystkræft Register (DBCG-databasen)

Se delmål 31h

DANBIO

Databasekompletheden er angivet for perioden 2007, hvor data er hentet fra 2007-rapporten.

Hospital	Databasekomplethed
Horsens	100 % af et ukendt antal patienter
Holstebro	100 % af et ukendt antal patienter
Silkeborg	92 % af et ukendt antal patienter
Randers	97 % af et ukendt antal patienter
Århus	100 % af et ukendt antal patienter
Viborg	100 % af et ukendt antal patienter

Dansk Hjerteregister

Databasekompletheden er angivet for perioden 2007, hvor data er hentet fra 2007-rapporten.

Hospital	Databasekomplethed
KAG	
Skejby	100 % af ca. 4169 patienter
Herning	100 % af ca. 1254 patienter
Databasekomplethed, PCI	
Skejby	100 % af ca. 2108 patienter
Databasekomplethed, CABG	
Skejby	93 % af ca. 594 patienter
Klapoperationer	
Skejby	91 % af ca. 426 patienter

Dansk Hysterektomi Database

Databasekompletheden er angivet for perioden 2005-2006, hvor data er hentet fra 2005-2006 rapporten:

Hospital	Databasekomplethed
Horsens:	99 % af 218 patienter
Herning:	99 % af 261 patienter
Silkeborg:	100 % af 101 patienter
Randers:	99 % af 193 patienter
Skejby:	98 % af 318 patienter
Viborg:	97 % af 159 patienter

Den Hæmatologiske Fællesdatabase

Databasekompletheden er angivet for perioden 2005, hvor data er hentet fra Lymfomrapporten for 2005:

Hospital	Dækningsgrad primære behandlingsskema
Lymfom, 2005-rapporten:	
Holstebro	72 % af 421 patienter
Århus	64 % af 1191 patienter
Viborg	67 % af 453 patienter
Akut leukæmi:	
Uoplyst	

Dansk Transfusionsdatabase

Data stammer fra 2007-rapporten:
Databasekomplethed ikke opgjort, da resultaterne i databasen hviler på direkte overførsel af registrerede primærdata (fra LPR, blodbank-egistre & klinisk biokemiske registre) for alle hospitaler i regionen.

Dansk Register for Børne- og Ungdomsdiabetes

Data stammer fra 2006-rapporten:
Databasekomplethed: ikke oplyst på afdelingsniveau, men 99 % af børn og unge med diabetes er registreret, så den er høj.

Datakomplethed, udvalgt måling - HBA1C:
Herning: 80 %
Randers: 85 %
Skejby: 77 %
Viborg: 81 %

Dansk Galde Database

Databasekompletheden er angivet for perioden 2006, hvor data er hentet fra 2006 rapporten:

Hospital	Procent af operationer, hvor der er både database- og LPR-registrering:
Horsens:	71 % af 259 patienter
Holstebro:	87 % af 133 patienter
Herning	82 % af 163 patienter
Silkeborg:	100 % af 210 patienter
Århus:	23 % af 199 patienter
Randers:	87 % af 217 patienter
Viborg:	38 % af af 206 patienter

Dansk Hernie Database

Uoplyst.

Dansk Hofteallopplastik Register

Databasekompletheden er angivet for perioden 2006, hvor data er hentet fra 2006 rapporten:

Hospital	Databasekomplethed
Primære operationer:	
Horsens:	92 % af 172 operationer
Ringkøbing:	100 % af 51 operationer
Holstebro	98 % af 197 operationer
Herning:	99 % af 79 operationer
Silkeborg:	99 % af 560 operationer
Århus:	97 % af 215 operationer
Randers:	95 % af 198 operationer
Viborg:	96 % af 266 operationer
Revisioner:	
Horsens:	77 % af 22 operationer
Holstebro	94 % af 70 operationer
Silkeborg:	87 % af 71 operationer
Århus:	88 % af 60 operationer
Randers:	84 % af 25 operationer
Viborg:	76 % af 66 operationer

Dansk Knæalloplastik Register

Databasekompletheden er angivet for perioden 2007, hvor data er hentet fra 2007 rapporten:

Hospital	Databasekomplethed
Primære operationer:	
Horsens	97 % af 213 operationer
Holstebro	100 % af 264 operationer
Herning	100 % af 76 operationer
Silkeborg	99 % af 358 operationer
Århus	100 % af 250 operationer
Randers	100 % af 133 operationer
Viborg	99 % af 138 operationer
Revisioner:	
Horsens	27 % af 11 operationer
Holstebro	100 % af 23 operationer
Silkeborg	83 % af 29 operationer
Århus	100 % af 26 operationer
Viborg	97 % af 30 operationer
Randers	33 % af 3 operationer

Opfølgning på årsrapporter

Som led i arbejdet med de støttede, kliniske kvalitetsdatabaser sker der en systematisk opfølgning på årsrapporterne. Følgende elementer indgår i en sådan opfølgning:

- Når regionerne modtager årsrapporter i forbindelse med deres udgivelse, udarbejder Kvalitet og Sundhedsdata et resumé, der sendes til hospitalsledelser og Kvalitetsrådet samt de udpegede kontaktpersoner
- Hvis basiskravene[4] ikke er opfyldt, eller der vurderes at være andre forbedringsmuligheder, tilgår resumé også det ansvarlige kompetencecenter samt styregruppen for den pågældende kliniske kvalitetsdatabase mhp. udbedring af dette
- Resumé og årsrapport sendes desuden til det relevante specialeråd for kommentarer, herunder om resultaterne giver anledning til regionale initiativer
- Resumeerne vil i et vist omfang blive dagsordenssat på dialogmøder
- Kvalitet og Sundhedsdata udarbejder en årlig afrapportering til Strategisk Sundhedsledelsesforum for de databaser, der er udpeget som umiddelbart velegnede til kvalitetsarbejdet i Region Midtjylland, på baggrund af de udsendte årsrapporter og/eller gennemførte regionale audits

[4] Basiskrav for landsdækkende kliniske databaser. Danske Regioner, 11-05-2007, Dokumentnr. 6604/07