Bilag til dagsordenspunkt vedr. NIP-KOL, Regionsrådet august 2011
Nedenstående tabel viser resultater for NIP-KOL fra årsrapporten fra henholdsvis 2009 og 2010.
Tal i parentes betyder, at standarden ikke er opfyldt, mens tal med **fed** betyder, at standarden er opfyldt. En skråstreg betyder, at der ikke har været patienter inden for kategorien.

Indikator[1]	Stan-dard	Periode	Region Midt (RM)	Horsens Med. amb.	Holste-bro, Lungemeddagafsnit	Herning, Amb./dagafsnit	Ringkøbing	Silkeborg Med. dagafsnit	Aarhus, NBG, Lungemed. Amb. B	Aarhus, THG	Randers, Med. amb./lungemed. amb	Skive, Med. amb.
1. Lungefunktionsmåling	90%	2009	**92**	**93**	(84)	**79***	-	**93**	**96**	-	(86)	**97**
		2010	**97**	**99**	**95**	**83**	-	**91**	**99**	-	**97**	**99**
2. Vurdering af ernæringstilstand	90%	2009	(71)	**88***	(75)	(50)	-	(78)	(50)	-	(38)	**95**
		2010	**90**	**95**	**89***	(38)	-	(84)	**88***	-	(86)	**98**
3. Vurdering af graden af åndenød	90%	2009	71	**89***	74	37	-	66	50	-	43	95
		2010	87	**95**	**88***	33	-	74	86	-	82	98
4. Registreret rygestatus	90%	2009	72	**89***	73	42	-	76	53	-	42	**95**
		2010	**88***	**95**	**88***	34	-	81	87	-	81	**98**
5. Andel rygere opfordret til rygestop	90%	2009	**90**	**98**	**86***	**100**	-	80	73	-	85*	**96**
		2010	**89**	**94**	**93**	**67**[2]	-	72	82	-	**91**	**97**
6. Tilbudt KOL-rehabilitering	-	2009	77	90	91	86	-	82	15	-	82	82
		2010	80	90	94	100	-	90	25	-	91	100
7. NIV-behandling under indlæggelse	> 10%	2009	8	**7***	**7***	**11**	-	**8***	**6***	**6***	7	**12**
		2010	**10**	**8***	**9***	**13**	-	**13**	**12**	**10**	6	**15**
8. Hjælp til vejrtrækning med NIV-behandling	-	2009	84	87	65	80	-	83	64	92	90	95
		2010	87	84	77	88	-	91	85	91	79	95
9. 30-dages dødelighed	-	2009	10	9	13	12	4	8	9	11	8	9
		2010	9	10	7	13	9	8	13	10	9	6

[1]Indikatorerne er nærmere beskrevet sidst i dette bilag.

[2]Det drejer sig om meget få patienter (<10).

***** Standarden er opfyldt, når der tages højde for statistisk usikkerhed.

Bemærkninger fra de enkelte hospitaler

Resultater

Nedenstående dækker indikatorer for patienter behandlet i Region Midtjylland i perioden 1. januar 2010 – 31. december 2010. På den afholdte regionale audit den 23. maj 2011 fremlagde afdelingerne egne data og orienterede om særlige problemområder samt

orienterede om planlagte/allerede iværksatte forbedringstiltag. Hospitalernes kommentarer til resultaterne fremgår nedenfor.

Der kommenteres kun på indikatorer, hvor der indgår 10 eller flere patienter.

Regionshospitalet Viborg, Skive
Hospitalet opfylder standarden for alle de seks indikatorer, der er fastlagt standarder for. 97 % af patienterne får den komplette behandlingspakke. Hospitalets resultat er bedre end i resten af landet. Der er således 40 % mindre risiko for at dø af KOL, hvis man indlægges akut på Regionshospitalet Viborg, Skive ift. landsgennemsnittet (udregnet vha. justeret odds ratio).

Hospitalet har valgt et setup, hvor én sekretærer fungerer som tovholder ift., at det nødvendige registreres, og som følger kontinuerligt op på mangellister og fejlkodningslister.

Regionshospitalet Silkeborg
Hospitalet opfylder standarden for to af de seks indikatorer, der er fastlagt standarder for, når der tages højde for statistisk usikkerhed.

Hospitalet vil sætte større fokus på at få spurgt patienterne om deres rygestatus, og på at udfylde NIP-skemaet mens patienten er i ambulatoriet. Region Midtjyllands pjece om rygestop vil blive udleveret til patienter, der ryger.

Aarhus Universitetshospital
Hospitalet opfylder standarden for tre af de seks indikatorer, der er fastlagt standarder for, når der tages højde for statistisk usikkerhed. Der er således tre standarder, der ikke opfyldes, men der har været væsentlige forbedringer siden sidste årsrapport for to af disse standarder.

Hospitalet har forbedret sin registreringspraksis. Hospitalet vurderer, at den manglende standardopfyldelse stadig skyldes registreringsproblematikker og ikke er udtryk for et egentligt kvalitetsproblem, hvor den enkelte patient ikke modtager ydelsen.

Afdelingen har fra 1. april 2010 ændret arbejdsgange vedr. registrering. Denne praksis forsættes og der fastholdes et forsat fokus på arbejdsgangen.

Afdelingen har pr. 1. januar 2011 selv startet et rehabiliteringstilbud til KOL-patienter.

Hospitalsenheden Vest
Regionshospitalet Holstebro opfylder standarden for alle de seks indikatorer, der er fastlagt standarder for, når der tages højde for statistisk usikkerhed. Regionshospitalet Herning opfylder to ud af de seks indikatorer, der er fastlagt standarder for, når der tages højde for statistisk usikkerhed.

Regionshospitalet Holstebro har valgt et setup, hvor sekretærerne fungerer som tovholder ift., at det nødvendige registreres. På Regionshospitalet Herning er det lægerne, der fungerer som tovholdere for registreringen. Afdelingsledelsen vil genoverveje arbejdsgangen i Herning.

2009 resultaterne indikerede et registreringsproblem. Det gav anledning til, at ilt- og KOLsygeplejersker fra Holstebro dækkede vagter i ambulatoriet i Herning i 2010. Dette tiltag fastholdes.

Regionshospitalet Horsens
Hospitalet opfylder standarden for alle de seks indikatorer, der er fastlagt standarder for.

Sekretærerne fungerer som tovholder ift., at det nødvendige registreres. Ved afslutning af den ambulante kontakt med patienten dikterer lægerne koderne med det samme så læger, sygeplejersker og sekretærer kan afslutte registreringen for den enkelte patient med det samme.

Der afholdes temadage for personalet så nyt personale er opmærksom på korrekt registrering af KOL-patienter. Det er besluttet at foretage journalaudit på udvalgte patientforløb hvert halve år i samarbejde med kommuner og praksis i hospitalets optageområde (klyngen).

Regionshospitalet Randers
Hospitalet opfylder standarden for to af de seks indikatorer, der er fastlagt standarder for.

Hospitalet har set nærmere på grundende til, at der er patienter der ikke har fået målt åndenød.

Fysioterapeuterne udarbejder genoptræningsplaner og giver besked til kommunerne om, at der skal udarbejdes vedligeholdelsesplan.

Der arbejdes på at fysioterapeuterne kan blive en del af lungeteamet.

Hospitalet vil analysere årsagerne til den manglende opfyldelse af standarderne, især åndenød og rygestatus, ved internt dataudtræk og journalaudit så det løbende kan optimeres. Derudover vil hospitalsledelsen, akut fælles modtageafsnit og intensivafdelingen arbejde for implementering af NIV behandling i akut fælles modtageafsnit og lungemedicinsk sengeafsnit.

Nærmere beskrivelse af indikatorerne
Indikatorerne i NIP-KOL, inklusive standarder og tidsrammer:
1. Mindst 90 % af patienter med KOL, der behandles ambulant, bør have målt deres lungefunktion mindst én gang om året.
2. Mindst 90 % af patienter med KOL, der behandles ambulant, bør have vurderet deres ernæringstilstand mindst én gang om året.
3. Mindst 90 % af patienter med KOL, der behandles ambulant, bør systematisk have vurderet graden af åndenød mindst én gang om året.
4. Mindst 90 % af patienter med KOL, der behandles ambulant, bør have registreret deres rygestatus mindst én gang om året.
5. Mindst 90 % af patienter med KOL, der er registreret som rygere og behandles ambulant, bør opfordres til rygestop mindst én gang om året.
6. KOL-patienter med vedvarende åndenød som giver aktivitetsindskrænkning (MRC-grad 3 eller højere), bør tilbydes deltagelse i KOL-rehabilitering, med mindre noget taler imod det. Endnu ingen standard fastsat.
7. Mindst 10 % af patienter med KOL bør får hjælp til vejrtrækningen med NIV-behandling.
8. Procentdel af patienter, som får hjælp til vejrtrækningen med NIV-behandling.

9. Procentdelen af patienter, der indlægges akut, der dør inden for 30 dage efter indlæggelse. Endnu ingen standard fastsat.