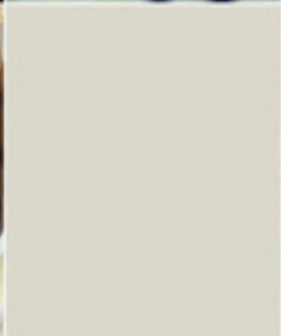
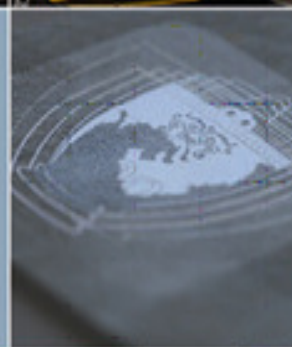
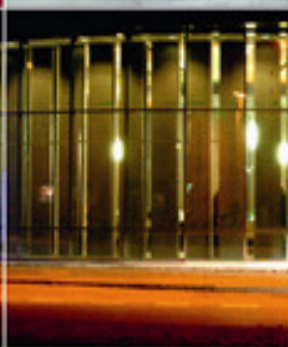


Kvartalsrapporten

Pr. 30. juni 2013

Kvalitet og servicemål



Indholdsfortegnelse

1. Sundhedsområdets kvalitetsmål.....	3
1.1 Kvalitetsmål vedrørende Patientsikkert Sygehus og forebyggelige genindlæggelser	3
1.2 Kvalitetsmål vedrørende udvalgte sygdomsområder	7
1.3 Kvalitetsmål vedrørende kræftpakker	12
2. Sundhedsområdets servicemål og kontaktpersonordning	15
2.1 Servicemål vedrørende hospitalerne	15
2.2 Kontaktpersonordningen	17
2.3 Servicemål vedrørende psykiatrien	18
2.4 Servicemål vedrørende præhospitalet	19
2.5 Servicemål vedrørende praksissektoren	20
 3.1 Bilag: Resultater på kvalitetsindikatorer vedrørende apopleksi, akut mave-tarm-kirurgi og fødsler	 21

1. Sundhedsområdets kvalitetsmål

I Budget 2013 er inddraget en række bindende kvalitetsmål, som opstiller mål for kvaliteten af regionens sundhedsydelser. Kvalitetsmålene er valgt ud fra en betragtning om, at en forbedret kvalitet indenfor de udvalgte områder er til gavn for både regionens økonomi og borgernes sundhedstilstand. Derudover er der tale om områder, hvor Region Midtjylland har et forbedringspotentiale.

Kvalitetsmålene omfatter indsatser vedrørende Patientsikkert Sygehus (tryksår og sikker kirurgi), forebyggelige genindlæggelser, udvalgte sygdomsområder (apopleksi, akut mave-tarmkirurgi, fødsler, lungecancer og skizofreni), ventetider ved urologisk cancer samt servicemål (afsendelse af udskrivningsbrev). I tillæg til kvalitetsmålene afrapporteres i det følgende ligeledes på yderligere to somatiske servicemål samt servicemål vedrørende psykiatrien, præhospitalet og praksissektoren.

1.1 Kvalitetsmål vedrørende Patientsikkert Sygehus og forebyggelige genindlæggelser

I Budget 2013 er inkluderet kvalitetsmål vedrørende indsatsen med Patientsikkert Sygehus. Nærmere bestemt drejer disse kvalitetsmål sig i første omgang om reduktion af forekomsten af hospitalserhvervede tryksår samt reduktion af dødsfald og genindlæggelser efter operation. Derudover indgår i budgettet et kvalitetsmål vedrørende reduktion af forebyggelige genindlæggelser. Kort fortalt er målene som følger:

Patientsikkert Sygehus

- Kirurgipakken
 - Dødsfald efter operation: Andelen af opererede patienter, som dør i forbindelse med det operative indgreb, skal reduceres med minimum 20 % ved udgangen af 2013
 - Genindlæggelse efter operation: Andelen af opererede patienter, der genindlægges inden for 30 dage, skal reduceres med minimum 20 % ved udgangen af 2013
- Tryksårspakken
 - Hospitalserhvervede tryksår: Andelen af patienter, der får tryksår under indlæggelsen, skal reduceres med minimum 50 % ved udgangen af 2013¹

¹ Baseline for reduktion af tryksår forventes først at kunne trækkes for 2. halvår 2013. Af samme grund vil det være svært at sige noget meningsfuldt om opnåelse af målet om en 50 % reduktion ved udgangen af 2013.

Problemstillingen vil blive taget op i den nationale Temagruppe for Kvalitet, hvor den landsdækkende indsats med Patientsikkert Sygehus tidligere har været drøftet.

Forebyggelige genindlæggelser

- Andelen af indlæggelser, som efterfølges af en forebyggelig genindlæggelse, skal reduceres med minimum 20 % ved udgangen af 2013.

Monitoreringen af tryksår er foreløbigt udskudt, da den regionale SFI først er taget i brug i løbet af sommeren 2013 (baseline forventes at kunne trækkes for 2. halvår 2013), men for de øvrige resultatindikatorer foreligger der nu baselines baseret på 2012-data (data trukket 1. maj 2013). Resultaterne er vist nedenfor.

Der er etableret en InfoRM-visning af resultatindikatorerne, således at udviklingen i kvaliteten kan følges kontinuerligt, men det er endnu for tidligt at konkludere noget om udviklingen på baggrund af data. Hospitalerne har arbejdet med implementeringen af pakkerne vedrørende Patientsikkert Sygehus, mens hospitalerne og kommunerne har igangsat en række projekter relateret til forebyggelige genindlæggelser.

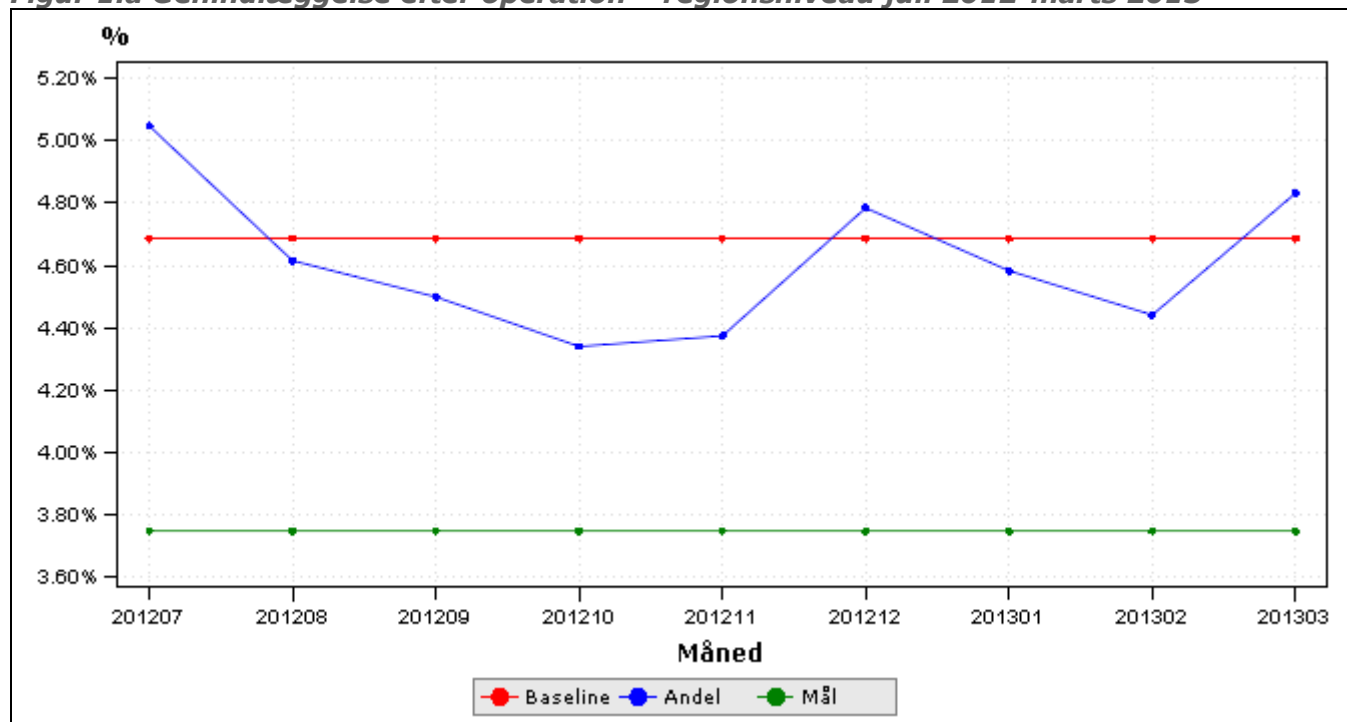
Tabel 1.a: Patientsikkert Sygehus – Kirurgipakken: Resultat 3. og 4. kvartal 2012 og 1. kvartal 2013

	Enhed	Andel Jul '12 – Sep '12	Andel Okt '12 – Dec '12	Andel Jan '13 – Mar '13	Baseline (baseret på 2012)	Mål ¹
Kirurgipakken						
Genindlæggelse efter operation	AUH	5,1 %	4,7 %	4,9 %	5,0 %	4,0 %
	HE Midt	4,2 %	4,4 %	4,9 %	4,7 %	3,8 %
	HE Horsens	4,3 %	4,0 %	3,6 %	3,7 %	2,9 %
	HE Vest	4,4 %	3,9 %	4,1 %	4,4 %	3,5 %
	RH Randers	4,7 %	4,9 %	4,8 %	5,0 %	4,0 %
	Total	4,7 %	4,8 %	4,6 %	4,7 %	3,8 %
Dødsfald efter operation	AUH	0,49 %	0,42 %	0,38 %	0,44 %	0,35 %
	HE Midt	0,40 %	0,34 %	0,56 %	0,39 %	0,32 %
	HE Horsens	0,28 %	0,30 %	0,35 %	0,32 %	0,26 %
	HE Vest	0,39 %	0,55 %	0,39 %	0,46 %	0,36 %
	RH Randers	0,63 %	0,61 %	0,60 %	0,53 %	0,43 %
	Total	0,45 %	0,44 %	0,44 %	0,43 %	0,35 %

Datakilde: InfoRM 20. juni 2013

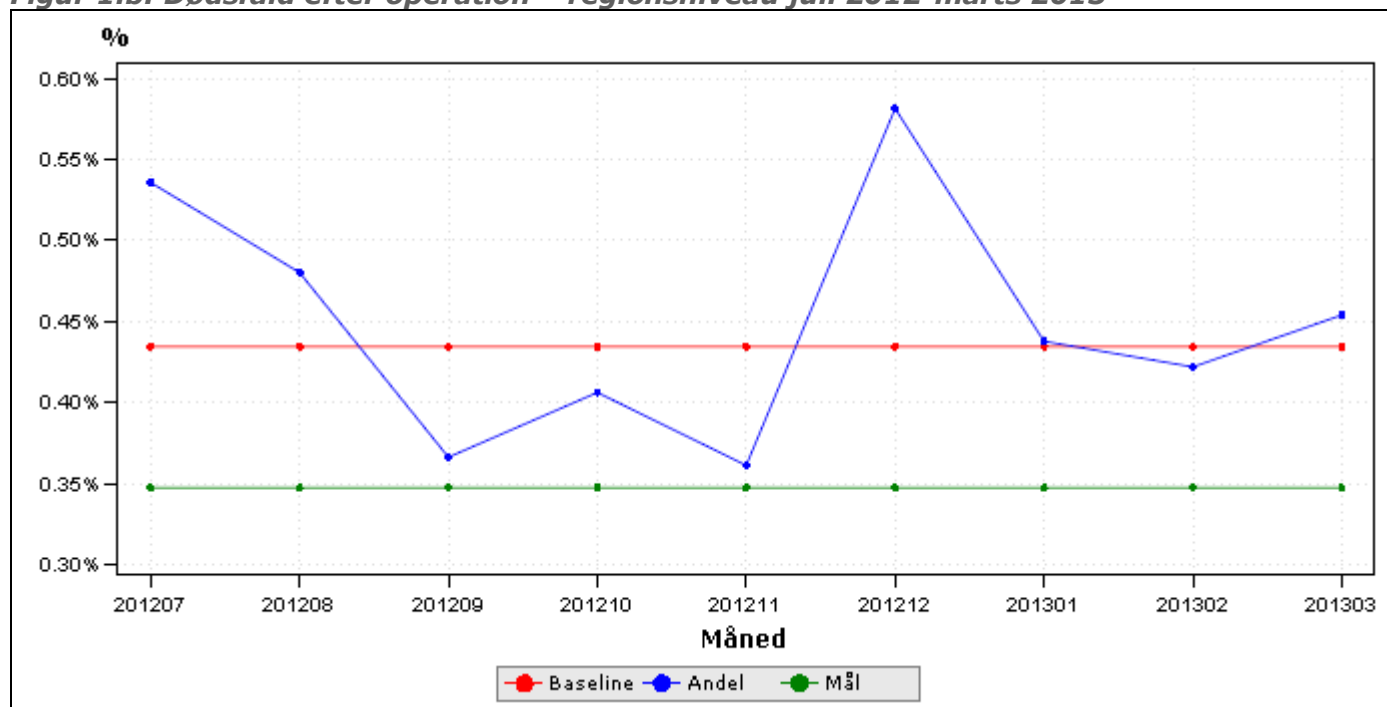
1) Målet er beregnet på baggrund af baseline og ud fra kravene til reduktion angivet i Budget 2013. For dødsfald og genindlæggelse efter operation er kravet en reduktion på minimum 20 % ved udgangen af 2013.

Figur 1.a Genindlæggelse efter operation – regionsniveau juli 2012-marts 2013



Datakilde: InfoRM 20. juni 2013

Figur 1.b: Dødsfald efter operation – regionsniveau juli 2012-marts 2013



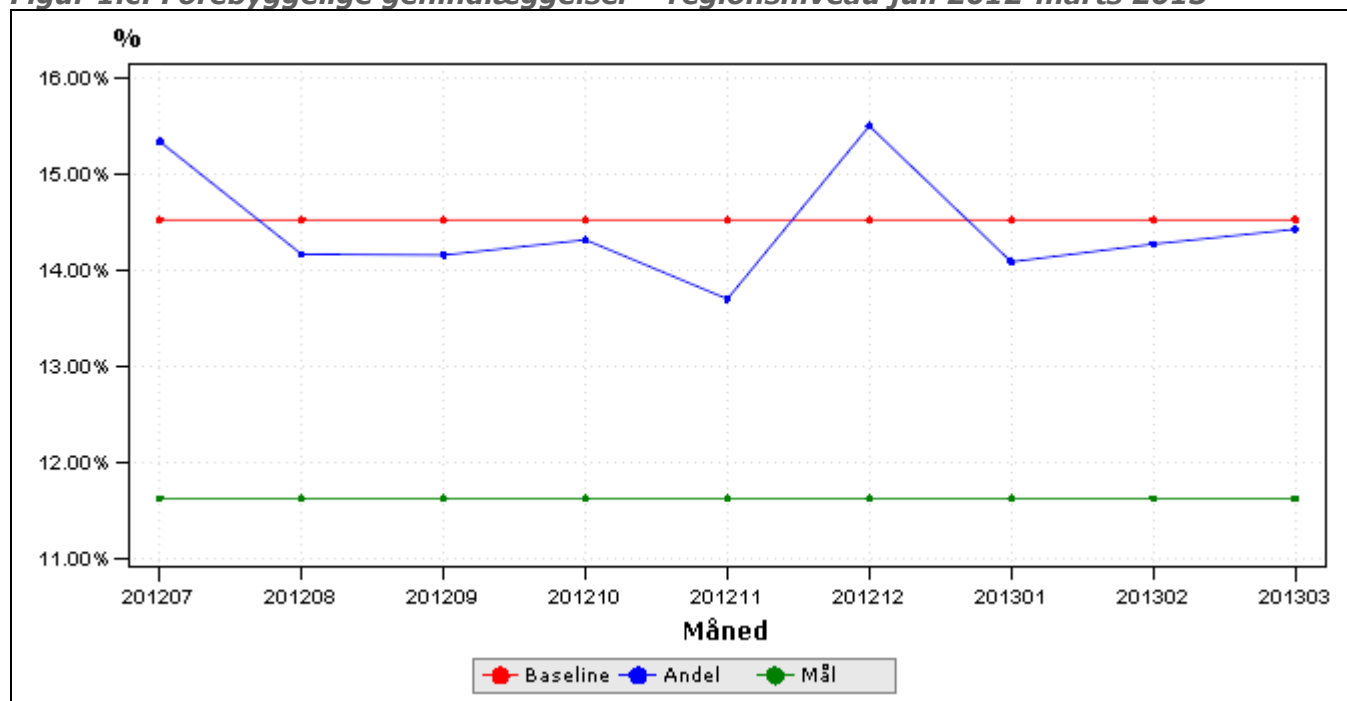
Datakilde: InfoRM 20. juni 2013

Tabel 1.b: Forebyggelige genindlæggelser: Resultat 3. og 4. kvartal 2012 og 1. kvartal 2013

	Enhed	Andel Jul '12 – Sep '12)	Andel Okt. '12 – Dec. '12	Andel Jan. '13 – Mar. '13)	Baseline (baseret på 2012)	Mål ¹
Forebyggelige genindlæggelser	AUH	11,8 %	12,3 %	10,8 %	13,2 %	10,5 %
	HE Midt	19,3 %	17,9 %	19,8 %	16,7 %	13,4 %
	HE Horsens	13,1 %	14,1 %	11,4 %	15,1 %	12,1 %
	HE Vest	16,8 %	15,8 %	14,5 %	15,8 %	12,6 %
	RH Randers	12,7 %	13,8 %	16,6 %	12,6 %	10,1 %
	Total	14,6 %	14,5 %	14,3 %	14,5 %	11,6 %

Datakilde: InfoRM 20. juni 2013

1) Målet er beregnet på baggrund af baseline og ud fra kravene til reduktion angivet i Budget 2013 (krav om reduktion på minimum 20 % ved udgangen af 2013).

Figur 1.c: Forebyggelige genindlæggelser – regionsniveau juli 2012-marts 2013

Datakilde: InfoRM 20. juni 2013

1.2 Kvalitetsmål vedrørende udvalgte sygdomsområder

Kvalitetsmålene vedrørende apopleksi, akut mave-tarmkirurgi, fødsler, lungekræft og skizofreni lyder alle, at der ved udgangen af 2013 forventes målopfyldelse på alle kvalitetsindikatorer. Kvalitetsindikatorerne og tilhørende standarder er af styregrupperne for de respektive kvalitetsdatabaser så vidt muligt fastsat på et evidensbaseret grundlag.

Der pågår indenfor alle de nævnte sygdomsområder et arbejde med realisering af målsætningen om fuld målopfyldelse. Under tabellen med resultater for det pågældende sygdomsområde er kort beskrevet eksempler på igangværende indsatser indenfor sygdomsområdet.

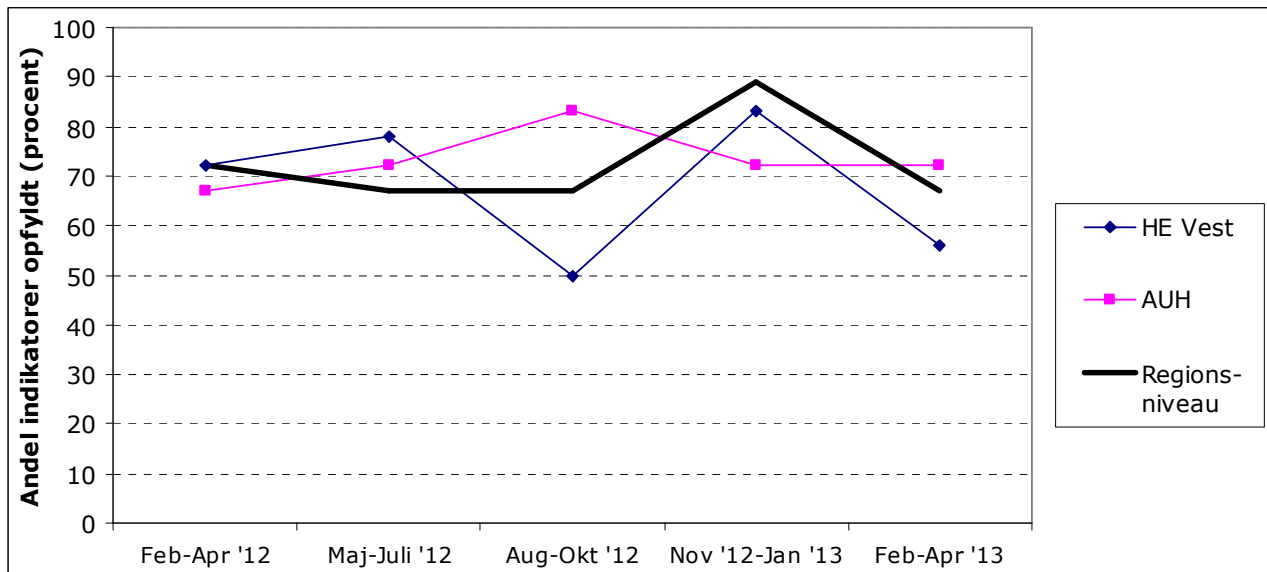
I tabellerne nedenfor afrapporteres på et overordnet niveau, dvs. andelen af kvalitetsindikatorer med målopfyldelse. I bilaget bagerst i denne kvartalsrapport er for hvert af de nævnte sygdomsområder indsat tabeller, som viser hospitalsenhedernes målopfyldelse på de enkelte indikatorer for den seneste tidsperiode. Bilaget giver således et indblik i, hvor tæt på/langt fra hospitalerne er på målopfyldelse på de enkelte indikatorer. Derudover angiver bilaget størrelsen på datagrundlaget.

Tabel 1.c: Kvalitetsmål vedr. udvalgte sygdomsområder - apopleksi

	Enhed	Andel Aug '12 – Okt '12	Andel Nov '12 – Jan '13	Andel Feb '13 – Apr '13	Mål
Apopleksi: Andel kvalitetsindikatorer, hvor standard er opfyldt. Parentesen viser antal opfyldte indikatorer ud af antal relevante.	HE Vest (Neurologisk afd.)	50 % (9/18)	83 % (15/18)	56 % (10/18)	Målopfyldelse for alle indikatorer
	AUH (Neurologisk afd.)	83 % (15/18)	72 % (13/18)	72 % (13/18)	
	Regionsniveau	67 % (12/18)	89 % (16/18)	67 % (12/18)	

Datakilde: Dansk Apopleksiregister. Data trukket fra InfoRM (opdateringsdato 14. juni 2013).

Figur 1.d: Udvikling i målopfyldelse (andel opfyldte indikatorer) – apopleksi



Datakilde: Dansk Apopleksiregister. Data trukket fra InfoRM (opdateringsdato 24. maj 2013).

Generelt er der stort fokus på apopleksibehandlingen efter neurologiomlægningen pr. 1. maj 2012. *Implementeringsgruppen for Neurologiomlægningen* følger løbende resultaterne på hele apopleksiområdet. Herudover har ledere og klinikere fra regionens apopleksiafsnit i juni måned 2013 afholdt regional audit over Årsrapport 2012 fra Dansk Apopleksiregister med fokus på problem- og indsatsområder. Der er udarbejdet handleplaner for de områder, der mangler målopfyldelse, bl.a. i forhold til at få en højere andel af patienter, der får vurderet ernæringsrisiko senest på 2. indlæggelsesdag. Det samme gælder for områderne for vurdering af fysio- og ergoterapi inden for de to første indlæggelsesdøgn.

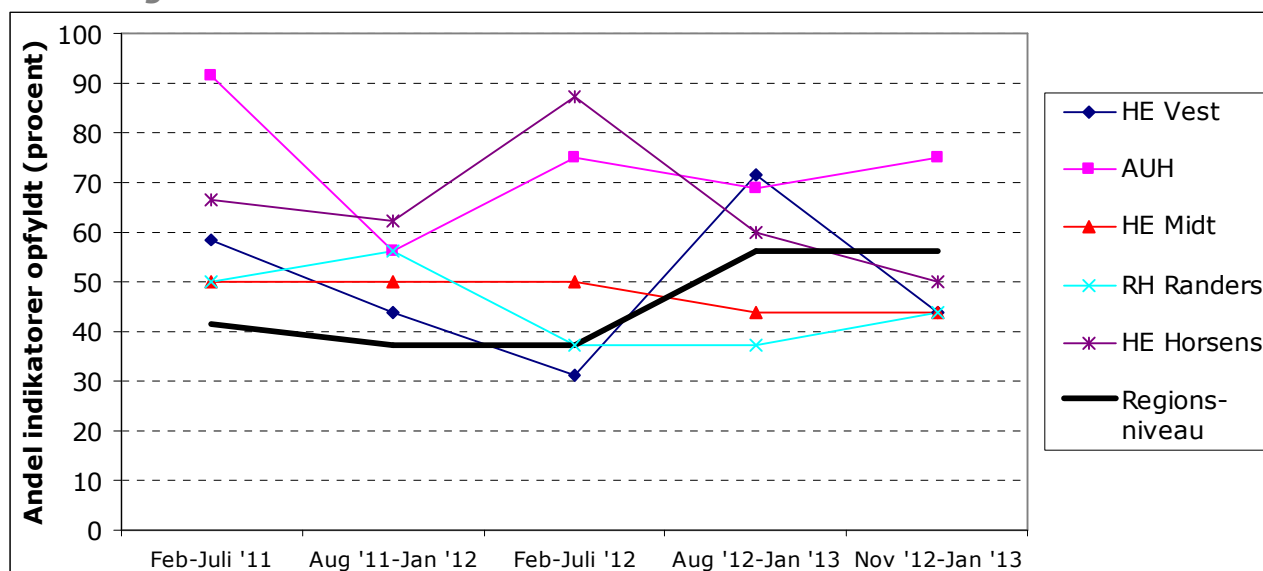
Tabel 1.d: Kvalitetsmål vedr. udvalgte sygdomsområder – akut mave-tarmkirurgi

	Enhed	Andel Feb '12 – Jul '12	Andel Aug '12 – Jan '13	Andel Nov '12 – Apr '13	Mål
Akut mave-tarm kirurgi: Andel kvalitets-indikatorer, hvor standard er opfyldt. Parentesen viser antal opfyldte indikatorer ud af antal relevante.	HE Vest	31 % (5/16)	71 % (5/7)	44 % (7/16)	Målopfyldelse for alle indikatorer
	AUH	75 % (12/16)	69 % (11/16)	75 % (12/16)	
	HE Midt	50 % (8/16)	44 % (7/16)	44 % (7/16)	
	RH Randers	38 % (6/16)	38 % (6/16)	44 % (7/16)	
	HE Horsens	88 % (14/16)	60 % (9/15)	50 % (8/16)	
	Regions-niveau	38 % (6/16)	56 % (9/16)	56 % (9/16)	

Datakilde: Akut Kirurgi Databasen. Data trukket fra InfoRM (opdateringsdato 18. juni 2013).

Note: Pga. det lave patientantal indenfor akut mave-tarmkirurgi vises resultaterne for halvårslige intervaller. På trods af dette skal resultaterne tages med forbehold for meget lave patientantal. Det lave patientantal forklarer samtidig, at antallet af relevante indikatorer (nævneren) kan variere på tværs af hospitalsenheder og perioder.

Derudover skal bemærkes, at det tidsmæssige overlap mellem de to sidste perioder (perioden aug. '12-jan. '13 og perioden nov. '12-apr. '13) er valgt for at kunne sammenligne resultatet i sidste kvartalsrapport (perioden aug. '12-jan. '13) med den nye halvårslige periode i denne kvartalsrapport (perioden nov. '12-apr. '13).

Figur 1.e: Udvikling i målopfyldelse (andel opfyldte indikatorer) – akut mave-tarmkirurgi

Datakilde: Akut Kirurgi Databasen. Data trukket fra InfoRM (opdateringsdato 18. juni 2013).

Akut Kirurgi Databasen følges løbende via dialogmøder og årlig afholdelse af regional audit. Ved seneste regionale audit (13. marts 2013) var fokus bl.a. på forbedring af målopfyldelsen

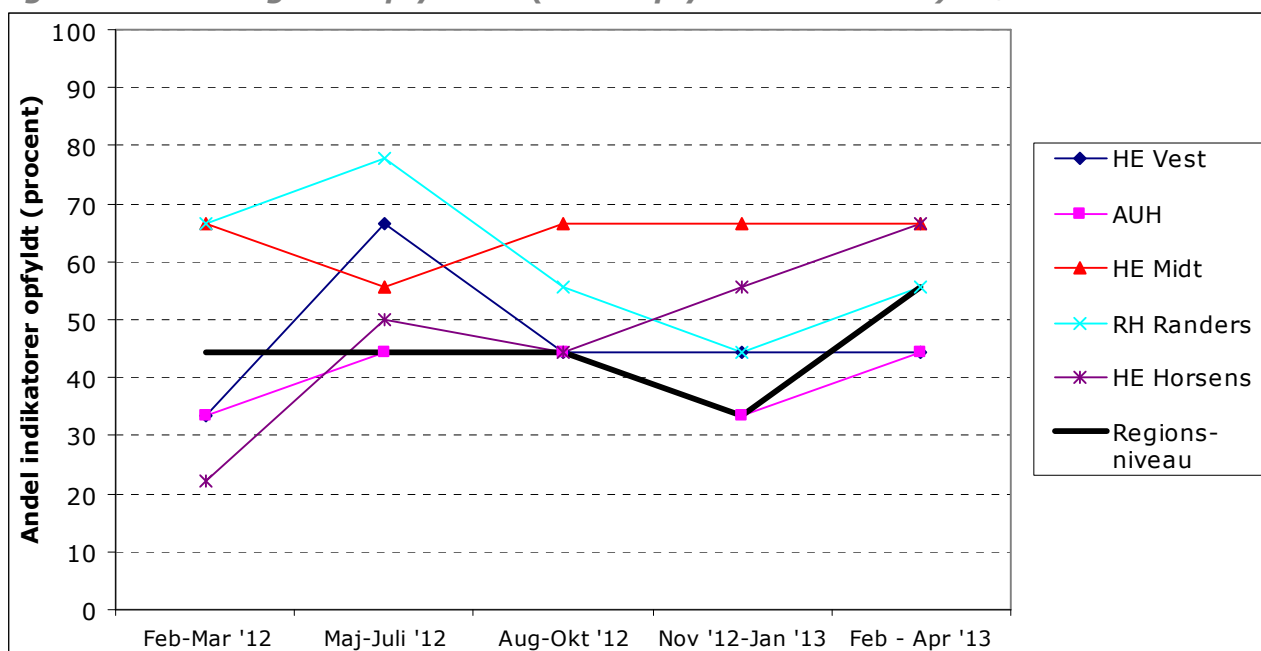
vedrørende behandling af kredsløbspåvirkning og test for helicobacter pylori-infektion. Disse områder er relativt nye kvalitetsindikatorer, hvor problemerne med manglende målopfyldelse er størst.

Tabel 1.e: Kvalitetsmål vedr. udvalgte sygdomsområder – fødsler

	Enhed	Andel Aug '12 – Okt '12	Andel Nov '12 – Jan '13	Andel Feb '12 – Apr '13	Mål
Fødsler: Andel kvalitets- indikatorer, hvor standard er opfyldt. Parentesen viser antal opfyldte indikatorer ud af antal relevante.	HE Vest	44 % (4/9)	44 % (4/9)	44 % (4/9)	Målopfyldelse for alle indikatorer
	AUH	44 % (4/9)	33 % (3/9)	44 % (4/9)	
	HE Midt	67 % (6/9)	67 % (6/9)	67 % (6/9)	
	RH Randers	56 % (5/9)	44 % (4/9)	56 % (5/9)	
	HE Horsens	44 % (4/9)	56 % (5/9)	67 % (6/9)	
	Regions- niveau	44 % (4/9)	33 % (3/9)	56 % (5/9)	

Datakilde: Dansk Kvalitetsdatabase for Fødsler. Data trukket fra InfoRM (opdateringsdato 28. februar 2013).

Figur 1.f: Udvikling i målopfyldelse (andel opfyldte indikatorer) – fødsler



Datakilde: Dansk Kvalitetsdatabase for Fødsler. Data trukket fra InfoRM (opdateringsdato 17. maj 2013).

Dansk Kvalitetsdatabase for fødsler følges løbende via dialogmøder og årlig afholdelse af regional audit. Desuden indgår fødsler i Patientsikkert Sygehus med projektet "Sikre Fødsler", hvor der bl.a. arbejdes med at mindske forekomsten af komplikationer hos nyfødte. Den nationale kvalitetsdatabase vedrørende fødsler er relativt nyetableret, så der arbejdes ligeledes med forbedring af registreringspraksis.

Lungecancer

Kvalitetsmålet vedrørende lungecancer indgår normalt i kvartalsrapporterne med data fra Dansk Lungecancer Register. Registeret har imidlertid været under omlægning i 2013 (bl.a. for at sikre nemmere registrering for hospitalerne), hvorfor der siden 1. kvartalsrapport 2013 ikke er kommet nye data for området. I næste kvartalsrapport forventes der afrapportering med data for 1. halvår 2013.

I forhold til arbejdet med kvalitet på lungecancer-området kan det nævnes, at der i juni 2013 blev afholdt regional audit på baggrund af årsresultaterne for 2012. Det er særligt indikatorerne vedrørende varighed til operation som volder vanskeligheder, idet udredningstiden for patienter, der skal opereres for lungekræft, har været stigende. Den indledende udredning kan foregå på regionshospitalerne, mens den højt specialiserede udredning foregår på AUH, hvor der er sket en stigning i tilgangen af patienter samt i behovet for antallet af undersøgelser. Der er taget skridt til at udvide kapaciteten for udredning af lungekræft med henblik på at kunne efterkomme efterspørgslen, og kapaciteten forventes at være på plads pr. 1. september 2013.

Skizofreni

Pga. dataproblemer på nationalt plan giver data fra Den Nationale Skizofreni Database for nuværende ikke et retvisende billede af behandlingen af patienter med skizofreni. En del af dataproblemerne skyldes sandsynligvis problemer med overførslen af data mellem LPR og den nationale database for skizofreni.

Der pågår i øjeblikket et arbejde med at udtrække data fra InfoRM for udvalgte indikatorer som midlertidig erstatning for databasens data. Disse data er imidlertid ikke blevet klar til 2. kvartalsrapport, hvorfor Psykiatrien, ligesom i 1. kvartalsrapport 2013, har afholdt en journalaudit. Resultaterne fra denne journalaudit er vist i tabellen nedenfor. Der gøres opmærksom på, at der er tale om stikprøver med en vis statistisk usikkerhed, ligesom kun et udsnit af kvalitetsindikatorerne er behandlet.

Psykiatrien arbejder bredt med at forbedre registreringspraksis samt at sikre og udvikle kvaliteten af skizofrenibehandlingen i Region Midtjylland. Udfordringerne med at få retvisende

data besværliggør afdelingernes arbejde med at forbedre resultaterne. Ledelsesmæssigt arbejdes der især med at justere arbejdsgange og forbedre dokumentationspraksis samt at oplære medarbejdere i disse procedurer.

Tabel 1.f: Kvalitetsmål vedr. udvalgte sygdomsområder – skizofreni

	Målopfyldelse 1. kvartal 2013	Målopfyldelse 2. kvartal 2013	Standard
Set og vurderet ved speciallæge	80 %	70 %	Minimum 98 %
Udredes med diagnostisk instrument	67 %	56 %	Minimum 80 %
I behandling med antipsykotika	93 %	87 %	Minimum 90 %
Kontakt med pårørende (incidente patienter) ¹⁾	76 %	63 %	Minimum 90 %
Kontakt med pårørende (prævalente patienter) ¹⁾	60 %	52 %	Minimum 60 %
Selvmodsscreening ved udskrivelse	60 %	54 %	Minimum 90 %

Kilde: Journalaudit på 100 tilfældigt udvalgte journaler fra de ni relevante afdelinger.

1) Målopfyldelsen for 1. kvartal er korrigeret i forhold til 1. kvartalsrapport 2013.

1.3 Kvalitetsmål vedrørende kræftpakker

Kvalitetsmålene vedrørende kræftpakker handler om efterlevelse af de vedtagne forløbstider for blære- og nyrekræft og kræft i mandlige kønsorganer (prostata, penis og testikel). Kvalitetsmålene omfatter både henvisningstid, udredningstid og samlet forløbstid. Med henvisningstid menes perioden fra henvisning til pakkeforløb til udredningens start. Med udredningstid menes perioden fra udredningens start til der træffes beslutning om behandling. Med samlet forløbstid menes perioden fra henvisning til pakkeforløb til start på behandlingen. Det bemærkes, at der optræder langt færre patienter under Samlet forløbstid end under henvisnings- og udredningstid. Dette skyldes, at der henvises og udredes et stort antal patienter, som viser sig ikke at have kræft, og som derfor ikke modtager en kræftbehandling. Kun patienter, der modtager en kræftbehandling, indgår under Samlet forløbstid.

Tabel 1.g: Kvalitetsmål vedrørende kræftpakker

Målopfyldelse for forløbstider for blære- og nyrekræft: Andel patienter, hvor forløbstid er overholdt				
Enhed		Okt '12 – Dec '12	Jan '13 – Mar '13	Mål
HE Horsens*	Henvisningstid	21 % ud af 48 patienter	13 % ud af 74 patienter	90 %
	Udredningstid	96 % ud af 46 patienter	95 % ud af 64 patienter	
	Samlet forløbstid	Ingen patienter	33 % ud af 3 patienter	
RH Randers*	Henvisningstid	53 % ud af 113 patienter	56 % ud af 99 patienter	90 %
	Udredningstid	94 % ud af 70 patienter	87 % ud af 79 patienter	
	Samlet forløbstid	20 % ud af 5 patienter	0 % ud af 6 patienter	
HE Vest	Henvisningstid	80 % ud af 173 patienter	78 % ud af 189 patienter	90 %
	Udredningstid	82 % ud af 147 patienter	89 % ud af 153 patienter	
	Samlet forløbstid	20 % ud af 5 patienter	33 % ud af 6 patienter	
HE Midt	Henvisningstid	79 % ud af 135 patienter	94 % ud af 129 patienter	90 %
	Udredningstid	91 % ud af 134 patienter	87 % ud af 121 patienter	
	Samlet forløbstid	64 % ud af 14 patienter	40 % ud af 15 patienter	
AUH	Henvisningstid	28 % ud af 169 patienter	34 % ud af 155 patienter	90 %
	Udredningstid	83 % ud af 151 patienter	79% ud af 178 patienter	
	Samlet forløbstid	43 % ud af 35 patienter	26 % ud af 38 patienter	
Regionsniveau	Henvisningstid	57 % ud af 629 patienter	60 % ud af 637 patienter	90 %
	Udredningstid	89 % ud af 533 patienter	89 % ud af 569 patienter	
	Samlet forløbstid	52 % ud af 48 patienter	36 % ud af 45 patienter	
Målopfyldelse for forløbstider for kræft i mandlige kønsorganer (prostata, penis og testikel): Andel patienter, hvor forløbstid er overholdt				
Enhed		Okt '12 – Dec '12	Jan '13 – Mar '13	Mål
HE Horsens*	Henvisningstid	93 % ud ad 55 patienter	100 % ud af 36 patienter	90 %
	Udredningstid	96 % ud af 50 patienter	92 % ud af 48 patienter	
	Samlet forløbstid	25 % ud af 4 patienter	43 % ud af 7 patienter	
RH Randers*	Henvisningstid	99 % ud af 108 patienter	99 % ud af 77 patienter	90 %
	Udredningstid	90 % ud af 98 patienter	84 % ud af 75 patienter	
	Samlet forløbstid	0 % ud af 4 patienter	40 % ud af 5 patienter	
HE Vest	Henvisningstid	81 % ud af 136 patienter	90 % ud af 165 patienter	90 %
	Udredningstid	79 % ud af 131 patienter	85 % ud af 153 patienter	
	Samlet forløbstid	58 % ud af 24 patienter	67 % ud af 18 patienter	

HE Midt	<i>Henvisningstid</i>	84 % ud af 140 patienter	90 % ud af 102 patienter	90 %
	<i>Udredningstid</i>	94 % ud af 127 patienter	95 % ud af 91 patienter	
	<i>Samlet forløbstid</i>	71 % ud af 7 patienter	50 % ud af 2 patienter	
AUH	<i>Henvisningstid</i>	88 % ud af 109 patienter	97 % ud af 90 patienter	90 %
	<i>Udredningstid</i>	90 % ud af 105 patienter	86 % ud af 110 patienter	
	<i>Samlet forløbstid</i>	25 % ud af 24 patienter	48 % ud af 29 patienter	
Regionsniveau	<i>Henvisningstid</i>	88 % ud af 543 patienter	93 % ud af 470 patienter	90 %
	<i>Udredningstid</i>	90 % ud af 497 patienter	90 % ud af 452 patienter	
	<i>Samlet forløbstid</i>	45 % ud af 44 patienter	57 % ud af 42 patienter	

Datakilde: InfoRM 19. juni 2013

Summen af patienter på de enkelte matrikler er større end antallet på regionsniveau, da patientforløb, som går på tværs af matrikler, anføres under begge matrikler. Der er fratrasket patientønsket (men ikke lægefagligt begrundet) ventetid i beregning af målopfyldelse bortset fra ved HE Midt, der først har fået mulighed for dette ved overgangen til MidtEPJ. Ændringer i monitoreringen af kræftpakkerne gør, at sammenligning med tidligere perioder (end perioderne vist i tabellen) ikke er meningsfuld.

*Ambulatorierne i HE Horsens og RH Randers betjenes af læger fra Århus Universitetshospital. Det er besluttet, at det hospital, der har det diagnostiske og behandlingsmæssige ansvar, også har ansvar for overholdelse af forløbstider og monitoreringen. Ansvar for disse pakkeforløb hører derfor under Århus Universitetshospital.

I efteråret 2012 blev der indført nye, nationale registreringer til kræftpakkerne, så i denne rapport er medtaget data for 4. kvartal 2012 og 1. kvartal 2013. Den nye monitorering kan ikke direkte sammenlignes med data før indførslen af de nye registreringer. Der er afholdt regional audit på det urologiske område i april 2013 hvor det blev vurderet, at kvaliteten af udredning og behandling for de urologiske kræftformer er høj, men at det er essentielt at få styrket den samlede urologiske kapacitet i regionen med henblik på at kunne overholde forløbstiderne. Der pågår en national drøftelse af forløbstiderne for blærekræft, da det vurderes, at en væsentlig andel af patienterne af rent faglige grunde ikke kan overholde de angivne forløbstider, da de har behov for yderligere undersøgelser.

2. Sundhedsområdets servicemål og kontaktpersonordning

2.1 Servicemål vedrørende hospitalerne

For nuværende er der etableret monitorering af tre af regionens servicemål for de somatiske hospitaler. Det drejer sig om rettidig afsendelse af udskrivningsbreve, ventetid fra henvisning til forundersøgelse samt ventetid på akutklinikker/skadestuer.

Der følges bl.a. op på disse servicemål på dialogmøder mellem hospitalerne og administrationen. For servicemålet vedrørende afsendelse af udskrivningsbreve har der igennem en længere periode foregået en stor indsats på hospitalerne med henblik på at opnå forbedret målopfyldelse. For servicemålet vedrørende ventetid til forundersøgelse er der på alle hospitalsenheder fokus på kortere ventetider, hvilket bl.a. forstærkes af arbejdet med at opfylde den nye ret til udredning inden for 30 dage efter henvisningen. Vedrørende ventetiden på akutklinikker/skadestuer er omorganiseringen på akutområdet endnu ikke fuldt overstået.

Tabel 2.a: Servicemål vedrørende hospitalerne

Servicemål	Enhed	Andel Sep '12 – Nov '12	Andel Dec '12 – Feb '13	Andel Mar '13 – Maj '13	Mål
Udskrivningsbrev afsendt senest 2 hverdage efter udskrivning	HE Horsens	87 %	94 %	94 %	95 %
	RH Randers	84 %	83 %	89 %	
	HE Vest	77 %	85 %	85 %	
	HE Midt	86 %	90 %	89 %	
	AUH ¹⁾	73 %	86 %	88 %	
	Psykiatri ²⁾	56 %	57 %	67 %	
	Regionsni- veau (ekskl. psykiatri)	79 %	86 %	88 %	
Ventetid til forundersøgelse (andel patienter, som maksimalt har ventet 2 uger fra henvisningsdato)	HE Horsens	31 %	39 %	37 %	90 %
	RH Randers	29 %	35 %	30 %	
	HE Vest	33 %	39 %	35 %	
	HE Midt ³⁾	23 %	26 %	21 %	
	AUH	31 %	30 %	32 %	
	Regions- niveau	29 %	33 %	31 %	

Ventetid på akutklinikker/skadestuer for enheder med krav om maksimal ventetid på 30 minutter	HE Horsens ⁴⁾	56 %	57 %	-	90 %
	RH Randers	66 %	65 %	56 %	
	HE Vest	74 %	73 %	72 %	
	HE Midt ³⁾	87 %	82 %	82 %	
	AUH	80 %	81 %	82 %	
	Regions-niveau	76 %	76 %	74 %	
Ventetid på akutklinikker/skadestuer for enheder med krav om maksimal ventetid på 60 minutter	RH Randers	97 %	95 %	96 %	90 %
	HE Vest	100 %	99 %	100 %	
	Regions-niveau	99 %	97 %	98 %	

Datakilde: InfoRM, 20. juni 2013

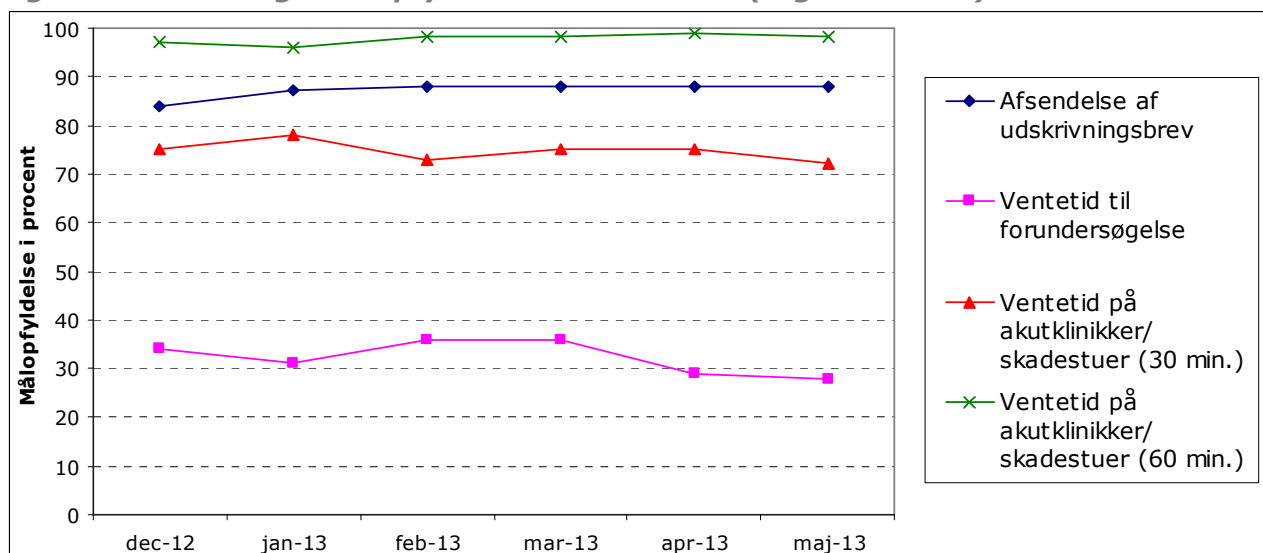
1) Onkologisk Afdeling D er efter aftale ikke medtaget i opgørelserne for Aarhus Universitetshospital.

2) Psykiatrien holdes i tabellen op mod somatikens standard om minimum 95 % målopfyldelse vedrørende afsendelse af udskrivningsbreve. Det skal imidlertid bemærkes, at det ikke er vedtaget i regionsrådet, at psykiatrien er omfattet af servicemålet.

3) For servicemålene vedrørende ventetid til forundersøgelse og ventetid på skadestuer/akutklinikker indgår kun data fra MidtEPJ. Data fra Viborg/Skive indgår således endnu ikke i disse servicemål.

4) HE Horsens er udeladt, idet Akutafdelingen på HE Horsens registrerer på Cetrea-tavler, som for nuværende ikke kan levere data. Der arbejdes på igen at få adgang til data.

Figur 2.a: Udvikling i målopfyldelse af servicemål (regionsniveau)



Datakilde: InfoRM 20. juni 2013

2.2 Kontaktpersonordningen

Kontaktpersonordningen skal være med til at sikre patienterne gode sammenhængende patientforløb på hospitalerne, inkl. Psykiatrien. Kontaktpersonens rolle er at sikre, at ingen patienter efterlades i et tomrum i patientforløbet, at patienten aldrig er i tvivl om, hvor han/hun kan henvende sig, og at der aldrig er usikkerhed om, hvor ansvaret for patienten er placeret.

Ordningen bygger på lov om kontaktpersoner samt Den Danske Kvalitetsmodel. Fra 2010 er loven ændret, så der kun tilbydes kontaktperson, når behandlingsforløbet strækker sig over mere end to dage eller to ambulante besøg. Patienter med særlige behov skal tilbydes kontaktperson inden for 24 timer. Danske Regioner har defineret, hvilke diagnoser der hører under 'særlige behov'.

Regionsrådet har vedtaget en målsætning om en opfyldelsesgrad på mindst 90 % ved den halvårslige opfølgning på ordningen. Flere af hospitalerne har med den ændrede opgørelsesmåde ikke kunnet leve op til målopfyldelsen på 90 %.

Tabel 2.b: Kontaktpersonordningen

Kontaktpersonordningen	2. halvår 2012 Senest v. 3. døgn/3. besøg	2. halvår 2012 Særlige behov /inden for 24 timer	1. halvår 2013 Senest v. 3. døgn/3. besøg	1. halvår 2013 Særlige behov /inden for 24 timer	Målsætning for mål- opfyldelse i %
Hospitalsenheden Horsens	85 %	84 %	81 %	80 %	90 %
Regionshospitalet Randers	84 %	83 %	75 %	77 %	90 %
Hospitalsenheden Vest	82 %	72 %	85 %	81 %	90 %
Hospitalsenhed Midt	89 %	95 %	89 %	89 %	90 %
Aarhus Universitetshospital	78 %	68 %	81 %	68 %	90 %
Psykiatrien*					
- Voksne	-	77 %*	87 %	69 %	90 %
- Børn	-	85 %*	81 %	100 %	

Datakilde: InfoRM (opdateringsdato 17. juni 2013).

* Alle patienter inden for Psykiatrien blev i 2. halvår 2012 tilbudt kontaktperson inden for 24 timer. For Psykiatrien er der derfor kun angivet en målopfyldelse i én kolonne for dette halvår.

2.3 Servicemål vedrørende psykiatrien

Tabel 2.c: Servicemål for psykiatrien

Servicemål	Okt '12 - Dec '12	Jan '13 - Mar '13	Apr '13 - Jun '13	Mål
Voksenpsykiatrien: Antal patienter ventet mere end 2 måneder på psykiatrisk behandling	392	447	578	100 %
Børne- og ungdomspsykiatri: Antal patienter ventet mere end 2 måneder på psykiatrisk udredning	53	74	135	100 %

Note: Ventelistetallene for 1. kvartal 2013 er antal patienter på venteliste over 2 måneder pr. 28. februar 2013.
Ventelistetallene for 2. kvartal 2013 er antal patienter på venteliste over 2 måneder pr. 31. maj 2013.

I forhold til 4. kvartal 2012 er der pr. 31. maj 2013 186 personer flere, der har ventet i mere end to måneder på behandling i voksenpsykiatrien. Siden 31. marts har ventelisten dog været konstant. Udviklingen i ventelisten skal ses i sammenhæng med, at der i de første 5 måneder af 2013 har været en betragtelig stigning i antal henvisninger. Det gennemsnitlige månedlige antal henvisninger til voksenpsykiatrien i de første 5 måneder i 2012 var således på 1297 patienter, mens der i januar-maj 2013 i gennemsnit har været 1561 henvisninger pr. måned, svarende til en tilvækst på 20,4 %.

Den samlede venteliste for voksenpsykiatrien er på 1923 patienter pr. 31. maj 2013, hvilket er en stigning på 319 i forhold til ultimo 2012. Siden 31. marts har der dog været tale om et fald på 176 patienter på venteliste.

I børne- og ungdomspsykiatrien ses en stigning i antallet af personer, som har ventet mere end 2 måneder på udredning. Stigningen er på 82 patienter i forhold til ultimo 2012 efter et betragteligt fald i ventelisten gennem 2011 og 2012. Også i børne- og ungdomspsykiatrien har der været en tilvækst i henvisningstallet med et gennemsnitligt antal henvisninger på 376 i de 5 første måneder i 2013 mod 323 i gennemsnit i 2012, svarende til en tilvækst på 16,4 %. Den samlede venteliste for børne- og ungdomspsykiatrien var pr. 31. maj på 598 patienter, hvilket er en stigning på 98 i forhold til ultimo 2012.

Den 1. februar 2013 indførtes central visitation og pakkeforløb i psykiatrien. Samtidig er det besluttet, at ingen henviste patienter fremover afvises. Alle henviste patienter indkaldes herefter til en forsamtale med henblik på en afklaring af, hvad der videre skal ske. Samtidig med indførelsen af central visitation og indkaldelse af alle henviste til forsamtale har der i perioden uge 12 – 22 været gennemført vurderingssamtaler med 588 voksne, som tidligere er blevet afvist til behandling, samt afklaringssamtaler med 198 børn og unge, som tidligere er blevet afvist til udredning. Dette forhold har yderligere medvirket til en betydelig udfordring i forhold til målet om en nedbringelse af ventelisterne.

2.4 Servicemål vedrørende præhospitalet

Tabel 2.d: Servicemål vedrørende præhospitalet: A- og B-kørsler

Servicemål	Kørselstid (minutter)			Vedtaget mål i minutter
	Okt '12 – Dec '12	Jan '13 – Mar '13	Apr '12 – Jun '13	
A-kørsler, livstruende	10,1 min.	10,1 min.	9,6 min.	75 % er maks. 10 min.
	14,4 min.	14,5 min.	13,6 min.	92 % er maks. 15 min.
	18,2 min.	18,7 min.	17,1 min.	98 % er maks. 20 min.
B-kørsler, hastende men ikke livstruende	13,3 min.	13,6 min.	14,3 min.	60 % er maks. 15 min.
	17,3 min.	18,0 min.	18,3 min.	75 % er maks. 20 min.

Årets 2. kvartal har kortere kørselstider for A-kørsler end de foregående perioder. Dette skyldes, at de foregående perioder har været præget af sne og glatte veje i hele regionen med længere responstider til følge.

Tabel 2.e: Servicemål vedrørende præhospitalet: Siddende patienttransport

Servicemål: Siddende patienttransport	Okt '12 – Dec '12	Jan '13 – Mar '13	Apr '13 – Jun '13	Mål
Afhentning og aflevering skal ske indenfor 1 times afvigelse fra det ønskede tidspunkt	96,90%	97,43%	98,15%	95 %
For patienter, der køres til dialyse, skal afhentning og aflevering ske indenfor ½ times afvigelse fra det ønskede tidspunkt	91,49%	91,65%	91,50%	95 %

Den siddende patientbefordring har i 1. kvartal 2013 haft en høj overholdelse af servicemålene for afhentning og aflevering indenfor 1 time i forhold til det ønskede tidspunkt.

2.5 Servicemål vedrørende praksissektoren

Tabel 2.f: Servicemål vedrørende praksissektoren

Servicemål for regionens lægevagt	Okt '12 – Dec '12	Jan '13 – Mar '13	Apr '13 – Jun '13	Mål
Ventetid i telefon maksimalt 5 minutter	75 %	73 %	85 %	90 % inden for 5 min.
Ventetid på konsultation efter ankomst til konsultationsstedet maksimalt 1 time	79 %	79 %	81 %	90 % inden for 1 time
Ventetid på hjemmebesøg maksimalt 3 timer	92 %	92 %	93 %	90 % inden for 3 timer

Datakilde: Data vedr. telefoni er fra Trio Callcentret. Data vedr. konsultation/hjemmebesøg er fra vagtedb systemet.

Servicemålet vedr. ventetid i telefonen er aftalt som en målsætning om, at 90 % af patienterne kommer til at tale med vagtlægen, inden der er gået 5 minutter. Tallene for 2. kvartal 2013 viser, at 85 % af patienterne kom til at tale med en vagtlæge inden for 5 minutter. Servicemålet er dermed ikke opfyldt, men der er tale om en betydelig forbedring i forhold til de 2 foregående kvartaler.

Servicemålet vedr. ventetid på at blive tilset af vagtlægen på en konsultation er, at 90 % af patienterne tilses af vagtlægen senest 1 time efter ankomsten til konsultationen. Tallene for 2. kvartal 2013 viser, at 81 % af patienterne blev tilset af vagtlægen inden en time. Dermed er servicemålet ikke opfyldt.

Servicemålet vedr. ventetid på at modtage hjemmebesøg er, at 90 % af patienterne besøges, inden der er gået 3 timer fra besøget blev aftalt. Tallene for 2. kvartal 2013 viser, at 93 % af patienterne fik besøg af vagtlægen inden 3 timer. Dermed er servicemålet opfyldt.

3.1 Bilag: Resultater på kvalitetsindikatorer vedrørende apopleksi, akut mave-tarmkirurgi og fødsler

Nedenstående tabeller viser målopfyldelsen på de enkelte kvalitetsindikatorer vedrørende apopleksi, akut mave-tarmkirurgi og fødsler. I parentes under målopfyldelsen er angivet antallet af observationer, der ligger til grund for målopfyldelsen.

Apopleksi: Opfyldelse af kvalitetsindikatorer februar - april 2013

	AUH (Neurologisk Afd.)	HE Vest (Neurologisk Afd.)	Standard
Indikator 1: Andel af patienter med akut apopleksi, der bliver indlagt i en apopleksienhed senest på 2. indlæggelsesdag	97 % (92/95)	89 % (186/209)	Mindst 90 %
Indikator 2: Andel af patienter med akut iskæmisk apopleksi uden atriefibrin, der sættes i trombocythæmmerbehandling senest på 2. indlæggelsesdag	98 % (55/56)	94 % (142/151)	Mindst 95 %
Indikator 3: Andel af patienter med akut iskæmisk apopleksi og atriefibrin, der sættes i antikoagulationsbehandling senest 14 dage efter indlæggelsen	78 % (7/9)	87 % (20/23)	Mindst 95 %
Indikator 4: Andelen af patienter, der får udført CT/MR scanning på indlæggelsesdagen	92 % (88/96)	79 % (166/210)	Mindst 80 %
Indikator 5: Andel af patienter, der vurderes af fysioterapeut med henblik på afklaring af omfang og type af rehabilitering samt tidspunkt for opstart af fysioterapi senest 2. indlæggelsesdag	90 % (63/70)	88 % (160/182)	Mindst 90 %
Indikator 6: Andel af patienter, der vurderes af ergoterapeut med henblik på afklaring af omfang og type af rehabilitering samt tidspunkt for opstart af ergoterapi senest 2. indlæggelsesdag	92 % (68/74)	89 % (159/179)	Mindst 90 %
Indikator 7: Andel af patienter, der mobiliseres på indlæggelsesdagen	80 % (65/81)	88 % (149/169)	Mindst 80 %
Indikator 8: Andel af patienter, der får vurderet ernæringsrisiko senest 2. indlæggelsesdag	73 % (66/90)	84 % (163/194)	Mindst 90 %
Indikator 9: Andel af patienter, der vurderes med indirekte synketest (vågenhed, evne til at hoste og synke) inden indtagelse af oral føde eller væske på indlæggelsesdagen med henblik på afdækning af synkefunktion og aspirationsrisiko	79 % (72/91)	88 % (158/179)	Mindst 80 %
Indikator 10: Andel af patienter, der vurderes med direkte synketest (vandtest med og uden fortykkelsesmiddel samt fast føde) på indlæggelsesdagen	80 % (64/80)	86 % (138/160)	Mindst 80 %
Indikator 11: Andel af patienter, der får foretaget ultralyd/CT-/MR-angiografi af halskar senest 4. indlæggelsesdag	100 % (53/53)	95 % (142/149)	Mindst 90 %
Indikator 12: Andel af patienter, som får gennemført karotisendarterektomi, hvor tiden fra indlæggelse til operation er højst 14 dage	-	-	Mindst 90 %
Indikator 13a: Andel af alle patienter med apopleksi som indlægges indenfor 3 timer efter symptomdebut	30 % (26/88)	42 % (52/123)	Mindst 30 %
Indikator 13 b: Andel af alle patienter med apopleksi som indlægges indenfor 4,5 time efter symptomdebut	36 % (32/88)	53 % (65/123)	Mindst 40 %
Indikator 14: Andel af patienter som bliver behandlet med trombolyse, hvor behandlingen er påbegyndt indenfor 1 time efter indlæggelse	100 % (3/3)	50 % (1/2)	Mindst 50 %
Indikator 15: Andel af patienter med akut iskæmisk apopleksi, der trombolyseres	5 % (4/78)	8 % (16/193)	Mindst 10 %
Indikator 16: Andel af patienter, der dør inden for 30 dage efter indlæggelse med apopleksi	15 % (14/96)	9 % (19/211)	Højst 15 %
Indikator 17: Andel af patienter med akut iskæmisk (+ uspecifik) apopleksi, der dør inden for 30 dage efter indlæggelse med apopleksi	10 % (8/78)	7 % (14/193)	Højst 12 %
Indikator 18: Andel af patienter med akut hæmorrhagisk apopleksi, der dør inden for 30 dage efter indlæggelse med apopleksi	33 % (6/18)	26 % (5/19)	Højst 40 %

Datakilde: Dansk Apopleksiregister. Data trukket fra InfoRM (opdateringsdato 14. juni 2013)

Akut kirurgi: Opfyldelse af kvalitetsindikatorer november 2012 - april 2013

	AUH	HE Horsens	RH Randers	HE Midt	HE Vest	Standard
Blødning						
Indikator 1: Andelen af patienter, der bringes ud af deres kredsløbspåvirkning/ chok inden for 60 minutter	50 % (1/2)	14 % (1/7)	0 % (0/6)	33 % (1/3)	67 % (2/3)	Mindst 90 %
Indikator 2: Andel af patienter, der gastroskoperes inden for 24 timer fra indlæggelsestidspunktet eller tidspunktet for beslutning om indgreb	98 % (50/51)	91 % (30/33)	81 % (38/47)	97 % (30/31)	81 % (29/36)	Mindst 85 %
Indikator 3: Andelen af patienter med pågående eller synlig blødning, kartut eller koagel, hos hvem der opnås primær hæmostase	92 % (24/26)	100 % (15/15)	100 % (30/30)	93 % (14/15)	91 % (10/11)	Mindst 90 %
Indikator 4: Andelen af patienter med behandlingskrævende reblødning inden for 5 døgn efter primær terapi	8 % (2/26)	6 % (1/17)	16 % (5/32)	11 % (2/19)	18 % (2/11)	Højst 15 %
Indikator 5: Andel af patienter med reblødning, hvor der opnås endoskopisk hæmostase	100 % (5/5)	100 % (2/2)	100 % (5/5)	67 % (2/3)	100 % (5/5)	Mindst 75 %
Indikator 6: Andelen af patienter, der opereres for blødende ulcus	2 % (1/51)	0 % (0/33)	0 % (0/47)	3 % (1/31)	0 % (0/36)	Højst 10 %
Indikator 7: Andelen af patienter, der er testet for Helicobacter pylori under indlæggelsen eller planlagt testet efter udskrivelsen	78 % (40/51)	76 % (25/33)	81 % (38/47)	83 % (24/29)	92 % (33/36)	Mindst 90 %
Indikator 8: Andelen af patienter, der dør inden for 30 dage efter første indgreb	4 % (2/51)	6 % (2/33)	13 % (6/47)	6 % (2/31)	3 % (1/36)	Højst 10 %
Perforation						
Indikator 1: Andelen af patienter, der opereres inden for 6 timer fra indlæggelsestidspunktet eller tidspunktet for beslutning om indgreb	40 % (2/5)	50 % (3/6)	88 % (7/8)	44 % (4/9)	33 % (2/6)	Mindst 75 %
Indikator 2: Andelen af patienter, der sættes i profylaktisk bredspektret antibiotisk behandling præoperativt	100 % (5/5)	100 % (6/6)	88 % (7/8)	89 % (8/9)	50 % (3/6)	Mindst 95 %
Indikator 3: Andelen af patienter, der reopereres	0 % (0/5)	67 % (4/6)	38 % (3/8)	13 % (1/8)	33 % (2/6)	Højst 10 %
Indikator 4: Andel af patienter, der vejes 1 gang pr. døgn de 3 første postoperative døgn	100 % (5/5)	67 % (4/6)	100 % (8/8)	100 % (9/9)	83 % (5/6)	Mindst 90 %
Indikator 5: Andelen af patienter, der får ført væskebalance dagligt de 3 første postoperative døgn	100 % (5/5)	83 % (5/6)	100 % (8/8)	67 % (6/9)	100 % (6/6)	Mindst 90 %
Indikator 6: Andelen af patienter, der får målt BT, puls, temperatur, saturation, respirationsfrekvens og bevidsthedsniveau minimum 3 gange dagligt de 3 første postoperative døgn	100 % (5/5)	83 % (5/6)	100 % (8/8)	89 % (8/9)	83 % (5/6)	Mindst 90 %
Indikator 7: Andel af patienter testet for Helicobacter pylori under indlæggelsen eller planlagt testet efter udskrivelsen	60 % (3/5)	17 % (1/6)	75 % (6/8)	78 % (7/9)	67 % (4/6)	Mindst 90 %
Indikator 8: Andelen af patienter, der dør inden for 30 dage efter første indgreb	0 % (0/4)	17 % (1/6)	38 % (3/8)	0 % (0/9)	0 % (0/6)	Højst 20 %

Datakilde: Akut Kirurgi Databasen. Data trukket fra InfoRM (opdateringsdato 18. juni 2013)

Fødsler: Opfyldelse af kvalitetsindikatorer februar - april 2013

	AUH	HE Horsens	RH Randers	HE Midt	HE Vest	Standard
Indikator 1: Andelen af fødepiduraler/fødespinaler, hvor anlæggelsen startes (procedurestart) indenfor en time fra epiduralen er bestilt ved anæstesiolog	92 % (169/184)	91 % (69/76)	84 % (66/79)	81 % (80/99)	87 % (137/157)	Mindst 95 %
Indikator 2: Andelen af fødende, der kontinuerligt har tilstedeværelse af fagpersonale på fødestuen i fødselens aktive fase, fraset korte pauser aftalt med den fødende	86 % (866/1007)	91 % (300/330)	92 % (310/337)	92 % (426/463)	98 % (572/584)	Mindst 90 %
Indikator 3: Andelen af førstegangsfødende, der får svære bristninger af mellemkødet (grad III eller grad IV)	6 % (28/466)	4 % (6/138)	7 % (9/130)	5 % (8/159)	7 % (16/226)	Højst 6 %
Indikator 4a: Andelen af fødende, der føder ved akut kejsersnit i henhold til det tidsinterval kejsersnittet er meldt under, grad 1 < 15 min.	83 % (5/6)	100 % (1/1)	100 % (1/1)	80 % (4/5)	100 % (3/3)	Mindst 95 %
Indikator 4b: Andelen af fødende, der føder ved akut kejsersnit i henhold til det tidsinterval kejsersnittet er meldt under, grad 2 < 30 min.	75 % (27/36)	44 % (4/9)	60 % (9/15)	40 % (4/10)	71 % (20/28)	Mindst 95 %
Indikator 5: Andelen af kvinder med målt blodtab $\geq$ 1000 ml indenfor 2 timer efter fødslen	6 % (67/1109)	6 % (22/373)	5 % (15/305)	4 % (20/502)	8 % (52/644)	Højst 4 %
Indikator 6: Andelen af fødsler, hvor barnet indenfor de første 2 timer har direkte hud mod hud kontakt til mor i mindst 60 minutter	93 % (870/935)	95 % (334/352)	95 % (356/375)	93 % (423/455)	98 % (542/553)	Mindst 90 %
Indikator 7: Andelen af børn, der fødes med svær hypoxi	0 % (0/1061)	0 % (0/374)	1 % (4/416)	0 % (0/520)	0 % (0/604)	Højst 1 %
Indikator 8: Andelen af førstegangsfødende der føder ukompliceret med fødsel af et raskt barn	72 % (315/437)	75 % (105/140)	61 % (65/106)	63 % (98/156)	59 % (127/215)	Mindst 60 %

Datakilde: Dansk Kvalitetsdatabase for Fødsler. Data trukket fra InfoRM (opdateringsdato 30. april 2013).