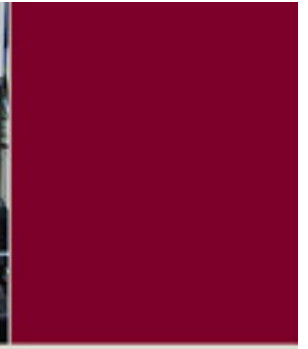
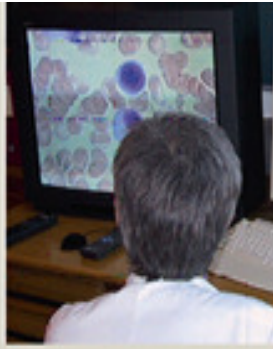
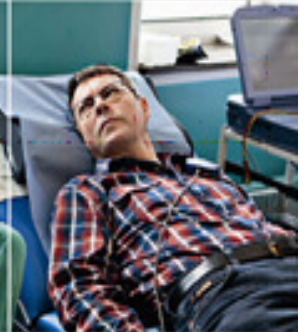
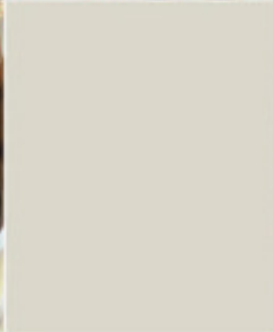
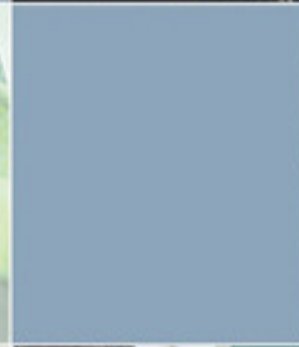




Kvartalsrapporten

pr. 30. juni 2013

Ledelsesberetninger



Indholdsfortegnelse

0. INDLEDNING	3
1. SUNDHEDSOMRÅDET	4
Hospitalsenheden Horsens	4
Regionshospitalet Randers	7
Hospitalsenheden Vest	11
Hospitalsenhed Midt	13
Aarhus Universitetshospital	16
Præhospitalet	19
Psykiatri	20
Nære Sundhedstilbud	22

0. INDLEDNING

I forbindelse med Kvartalsrapporten har alle driftsenhederne mulighed for at aflevere en ledelsesberetning. Ledelsesberetningen er en situationsrapport fra driftsenhederne. Der er her mulighed for at give et mere detaljeret indblik i den enkelte driftsenheds situation og handlemuligheder.

Bilaget har til formål at give et helhedsorienteret billede af virksomheden. Der er her mulighed for at fortælle om strategiske tiltag overfor konkrete problemstillinger, og der kan gives en sammenhængende vurdering af kvalitet, økonomi og aktivitet m.v., set fra driftsenhedens synspunkt.

På de følgende sider findes ledelsesberetningerne for hospitalerne inklusive Præhospitalet, Psykiatri og Nære Sundhedstilbud.

1. SUNDHEDSOMRÅDET

Hospitalsenheden Horsens

Økonomien på Hospitalsenheden Horsens presses hårdt af stigende driftsudgifter til øvrig drift og til løn, samtidigt med at hospitalet har vanskeligt ved at indfri aktivitetskravene i regionens aktivitetsstyring. På nuværende tidspunkt står Hospitalsenheden Horsens til at skulle tilbagebetale 12 mio. kr. for mindreaktivitet i 2013. Dette vil resultere i et tilsvarende regnskabsmæssigt underskud i 2013, hvis ikke den manglende aktivitet indhentes i andet halvår. Derfor er alle afdelinger blevet bedt om at lave økonomiske og aktivitetsmæssige genopretningsplaner, så budgettet i 2013 kan overholdes. Hospitalsenheden Horsens har allerede indført forbrugsstop og tilbageholdenhed på en række områder.

Et af hospitalets aktivitetsmæssige hovedudfordringer er at 'hjemtage' de sidste patienter fra Skanderborg og Odder kommune og fra Region Syddanmark, hvilket sker i samarbejde med Aarhus Universitetshospital og de praktiserende læger.

Det er også en udfordring at håndtere overbelægningssituationen på det medicinske område. I den forbindelse har hospitalet påbegyndt et akutflow projekt efter inspiration fra USA, hvor konceptet hedder Real Time Demand Capacity. Akut flow projektet sikrer den bedst mulige udnyttelse af den samlede sengekapacitet via en tværgående koordinering mellem sengeafdelingerne og et overblik over ledige senge, forventede indlæggelser og forventede udskrivninger.

Derudover har Hospitalsenheden Horsens være nødsaget til at åbne 5 medicinske senge, da der har ligget et stort antal medicinske patienter i kirurgiske sengeafsnit det seneste år, hvilket er uholdbart i længden. Hospitalsenheden Horsens er ikke tilført midler til sengene.

På anlægssiden er Hospitalsenheden Horsens i gang med at etablere en etage ovenpå det eksisterende Dagkirurgiske Center. Overbygningen skal, sammen med et andet planlagt byggeri, skabe plads til udvidelsen af Akutafdelingen, så denne dimensioneres i henhold til hospitalets Generalplan.

Derudover har Hospitalsenheden Horsens påbegyndt opførelsen af et nyt P-hus, som løser problemet med mangel på centralt beliggende P-pladser og deraf følgende parkering på kvarterets villaveje.

På kvalitetsområdet har Hospitalsenheden Horsens arbejdet med alle 12 pakker i Patientsikkert Sygehus siden den 26. april 2010. Hospitalet er nu i mål med 66 ud af 70 indikatorer i Patientsikkert Sygehus, hvilket vil sige, at stort set alle patienter bliver tryksårsscreenet, får målt daglige vitale værdier (temperatur, puls mm) osv. Med implementeringen af de 12 pakker i Patientsikkert Sygehus har hospitalet taget et kvalitetsmæssigt kvantespring.

Den 27. juni 2013 afholdt Hospitalsenheden Horsens en større markering af de mange flotte resultater med Patientsikkert Sygehus. Fejringen var samtidig en markering af, at projektet nu går mere over i en driftsfase.

Blandt de resultater, der blev fejret kan nævnes:

- 35 % lavere dødelighed for patienter med svær sepsis (blodforgiftning)
- 11 måneder i træk med betydeligt færre patienter i blødningsrisiko
- 728 dage uden en respiratorrelateret lungebetændelse
- 366 dage uden en CVK-infektion (CVK = centralt venekateter)
- Tæt på 600 dage uden et liggesår på kvindeafdelingen, over 150 dage uden liggesår på neurologisk afdeling og over 225 dage uden liggesår for hoftebrudspatienter
- Betydeligt længere mellem dødsfald for patienter med blodprop i hjertet
- En reduktion i antallet af hjertestop
- En betydelig reduktion i forbruget af permanente katetre (og dermed mindsket infektionsrisiko). Én afdeling har reduceret forbruget med 75 %.

For at fastholde resultaterne har Hospitalsenheden Horsens gjort en stor indsats i forhold til blandt andet at indarbejde Patientsikkert Sygehus i den nye hospitalsstrategi. Patientsikkert Sygehus bliver en del af introduktionsprogrammet for nye medarbejdere, eksisterende medarbejdere kompetenceløftes i metoderne fra Patientsikkert Sygehus via projektet 'Innovation som Vandmærke', og de hyppige kvalitetsmålinger fortsætter om end i en nedroslet kadence.

På Hospitalsenheden Horsens arbejdes der videre med alle 12 Patientsikkert Sygehus pakker, herunder selvfølgelig også kirurgi, tryksår og sepsis pakken, som alle landets hospitaler nu skal implementere. Idet hospitalet har arbejdet med de tre pakker siden 2010, har hospitalet et forspring, som også kan ses ved, at 2012-baseline på de tre pakker er ret lav for Hospitalsenheden Horsens – jf. tabellen nedenfor. Trods den lave baseline, vil hospitalet fortsætte arbejdet og derved forsøge at opnå yderligere reduktion på pakkerne.

Hospitalsenheden Horsens opfylder stort set det regionale servicemål for epikriser, idet hospitalet i hele 2013 har afsendt mellem 94 % og 95 % af alle epikriser indenfor 2 hverdage. Derudover gøres der en særlig indsats for at nedbringe ventetiden i Akutafdelingen og for at nedbringe ventetiden til forundersøgelse, bl.a. som en del af forberedelserne til udredningsretten. Om end Hospitalsenheden Horsens ligeledes opfylder målet for forebyggelige genindlæggelser, er der iværksat yderligere tiltag til nedbringelse af genindlæggelserne.

I forhold til akut kirurgi har Hospitalsenheden Horsens på området for blødende mavesår målopfyldelse på 6 ud af 8 indikatorer. På de 2 indikatorer hospitalet ikke er i mål med, ses der fremgang for 2. kvartal 2013. På området med perforerede mavesår er seks indikatorer ikke opfyldt, men dels er patientgrundlaget meget lille og dels er målopfyldelse tæt på for flere af indikatorerne. Relevante arbejdsgange er justeret, og der er iværksat andre konkrete tiltag for at sikre målopfyldelse. Det er fortsat forventningen, at samtlige indikatorer er opfyldt med udgangen af 2013.

Hospitalsenheden Horsens vil være Danmarks bedste fødested og derfor har hospitalet arbejdet intenst med indikatorerne for fødsler. Der er sket markant fremgang i indikatoropfyldelse, og aktuelt er der 3 indikatorer, som ikke er opfyldt. Der er ændret arbejdsgange og organisering, og det fællesregionale projekt "Sikre fødsler" implementeres. Disse og andre konkrete tiltag forventes føre til fuld målopfyldelse med udgangen af 2013.

Det er AUH der har det lægelige ansvar for den udredning og behandling af urologisk cancer der foregår på HE Horsens. Derfor henvises der vedrørende urologisk cancer til AUH's ledelsesberetning.

Horsens: Status på kvalitetsmål i Budget 2013 – 2. kvartalsrapport 2013

Kvalitetsmål (i parentes den anvendte opgørelsesperiode i 2. kvartalsrapport 2013)	Regionsresultat 2. kvartalsrapport 2013	Horsens' resultat 2. kvartalsrapport 2013	Mål i Budget 2013
Andel epikriser afsendt senest 2 hverdage efter udskrivelse (mar. – maj '13)	88 %	94 %	Minimum 95 %
Apopleksi: Andel kvalitetsindikatorer, hvor standard er opfyldt (feb. '13 – apr. '13)	67 % (12/18)	Ikke relevant	Standard opfyldt på alle kvalitetsindikatorer
Akut kirurgi: Andel kvalitetsindikatorer, hvor standard er opfyldt (nov. '12 – apr. '13)	56 % (9/16)	50 % (8/16)	Standard opfyldt på alle kvalitetsindikatorer
Fødsler: Andel kvalitetsindikatorer, hvor standard er opfyldt (feb. – apr. '13)	56 % (5/9)	67 % (6/9)	Standard opfyldt på alle kvalitetsindikatorer
Urologisk cancer: Blære og nyre (1. kvartal '13)			
Andel, hvor den vedtagne henvisningstid overholdes	60 % (ud af 637 patienter)	13 % (ud af 74 patienter)	Minimum 90 %
Andel, hvor den vedtagne udredningstid overholdes	89 % (ud af 569 patienter)	95 % (ud af 64 patienter)	Minimum 90 %
Andel, hvor den vedtagne samlede forløbstid overholdes	36 % (ud af 45 patienter)	33 % (ud af 3 patienter)	Minimum 90 %
Urologisk cancer: Mandlige kønsorganer (prostata, penis, testikel) (1. kvartal '13)			
Andel, hvor den vedtagne henvisningstid overholdes	93 % (ud af 470 patienter)	100 % (ud af 36 patienter)	Minimum 90 %
Andel, hvor den vedtagne udredningstid overholdes	90 % (ud af 452 patienter)	92 % (ud af 48 patienter)	Minimum 90 %
Andel, hvor den vedtagne samlede forløbstid overholdes	57 % (ud af 42 patienter)	43 % (ud af 7 patienter)	Minimum 90 %
Patientsikkert Sygehus (1. kvartal 2013)			
Andel, som genindlægges efter operation	4,6 %	3,6 %	Reduktion på 20 % ift. 2012-niveau (målet er 2,9 %)
Andel, som dør efter operation	0,44 %	0,35 %	Reduktion på 20 % ift. 2012-niveau (målet er 0,26 %)
Forebyggelige genindlæggelser: Andelen af indlæggelser, som efterfølges af en ny indlæggelse, som kunne have været forebygget (1. kvartal 2013)	14,3 %	11,4 %	Reduktion på 20 % ift. 2012-niveau (målet er 12,1 %)

Note: Der kan for nuværende ikke monitoreres på kvalitetsmålet vedrørende tryksår, da implementering af den regionale SFI har været afventet, hvorfor baseline forventes at kunne trækkes for 2. halvår 2013. Derudover har en omlægning af Dansk Lungecancer Register gjort, at der siden 1. kvartalsrapport 2013 ikke er kommet nye data vedrørende lungecancer; til næste kvartalsrapport forventes der igen at være nye data på dette område.

I tillæg til ovenstående kvalitetsmål afrapporteres der i kvartalsrapporten vedrørende kvalitet på kontaktpersonordningen og yderligere servicemål.

Udvalgte tal for økonomi og aktivitet for Hospitalsenheden Horsens

	Korrigeret budget 2013	Forventet regnskab 2013	Afvigelse
Mio. kr.	- = indtægter, + = udgifter		+ = overskud = underskud
Driftsudgifter	916	916	0

	Budget 2013 basislinje	Forventet regnskab 2013	Afvigelse
DRG-værdi	1.114	1.114	0

Regionshospitalet Randers

Regionshospitalet Randers arbejder fortsat intensivt med konsolideringen af hospitalets fælles akutmodtagelse, som siden 1. januar 2012 har omfattet såvel medicinske som kirurgiske patienter. Det er målsætningen, at der for alle akutte patienter udarbejdes en behandlingsplan inden fire timer. Behandlingsplanen skal være udarbejdet af eller konfereret med senior læge. Status på opfyldelse af hospitalets målsætninger på det akutte område (bl.a. behandlingsplaner, antal patientflytninger patienter aften og nat) dokumenteres på måltavler i de akutte afsnit. Afsnitsledelser mødes ugentligt for at drøfte status på igangsatte tiltag samt behov for nye tiltag. Berørte afdelingsledelser mødes månedligt i en fast styregruppe/taskforce.

Der er et tæt samarbejde mellem driftsledelserne på det akutte område og projektledelsen for etablering af nye fysiske rammer til fælles akutmodtagelse, således at organisation, arbejdsgange og fysiske rammer afstemmes gensidigt.

Driftsøkonomisk viser den landsdækkende produktivitetsopgørelse, at Regionshospitalet Randers leverer en meget stor klinisk aktivitet pr. udgiftskrone. Dette til trods for betydelige tilpasninger i forbindelse med regionens omstillingsplan samt store økonomiske udfordringer på det akutte område, hvor ændring af klinik, arbejdsgange og organisation har kostet mange ressourcer og ledelsesmæssigt fokus. Tilsvarende oplever hospitalet økonomiske udfordringer på det kirurgiske område, hvor udgiften til utensilier stiger kraftigt i disse år.

På kvalitetsområdet har Regionshospitalet Randers udviklet en overvågningsplan for hospitalet og afdelingerne, som kan give ledelser og kvalitetsmedarbejdere det nødvendige overblik over status og udvikling. Alle afdelinger har gennemgået kvalitetsmål i budget 2013 samt de i DDKM påkrævede overvågningsområder. Ved sammentælling af resultaterne for alle afdelinger findes alle overvågningsområder opfyldt således:

Helt opfyldt	157
I betydelig grad opfyldt	71
I nogen grad opfyldt	98
Ikke opfyldt	31

Efterfølgende har alle afdelingsledelser taget stilling til alle ikke opfyldte områder samt udarbejdet handleplaner for kvalitetsbrist. I oversigterne kan historikken for resultater og ledelsesmæssige beslutninger følges, samt sikre fremdrift i kvalitetsarbejdet. Ledelse og kvalitetsmedarbejdere har mulighed for at prioritere og handle adækvat i forhold til, hvad der skal iværksættes, hvilke tiltag der virker, og hvilke der skal ændres. Målinger kan eksempelvis være internt survey, som Regionshospitalet Randers afholder 2 gange årligt, med deltagelse af ledere og medarbejdere, som har fokus på områder, eksempelvis datasikkerhed, hygiejne, medicinering, håndtering af prøvesvar.

Resultatet af internt survey maj 2013 viste, at der på hele hospitalet arbejdes seriøst med at forbedre kvaliteten, og at dette er lykkedes på de fleste områder. Som noget nyt bliver patienter interviewet for at afdække, om patienterne oplever, at de bliver inddraget, får rigtig ernæring, har en kontaktperson, etc. Ernæring er forsat et område, der kræver forbedring, og der arbejdes med nye tiltag for at forbedre på dette område.

Ventetid til forundersøgelse

Som optakt til implementering af udredningsretten med ikrafttrædelse 1/9 2013 har der været arbejdet på at kunne imødegå det kapacitetspres, som naturligt følger med udredningsretten. HL har sammen med AL i alle kliniske og parakliniske afdelinger gennemgået ambulatorieaktiviteten med henblik på at reducere spildtid. Der er fundet muligheder for rationalisering og plads til at kunne leve op til udredningsretten. Dette har haft en positiv afsmittende effekt på ventetid til forundersøgelse. Et eksempel er, at ventetid fra henvisning til forundersøgelse af reumatologiske patienter er reduceret fra knap 1 år til 1 uge. Dette skyldes en omlægning af patienter til kontrol.

Patientsikkert sygehus

Der arbejdes målrettet med implementering af de tre pakker i patientsikkert sygehus i form af tryksårspakken, sepsispakken og kirurgipakken. Indenfor de tre pakker er der i 2013 afholdt kick-off, undervisning og samarbejdsaftaler er blevet gennemgået. Inden for sepsisområdet er der i 2013 sket en reduktion af død efter septisk chok eller svær sepsis fra 45 % i januar til 10 % i april.

Akut mave-tarmkirurgi

Kvalitetsindikatoren vedr. kredsløb: Der er april 2013 udarbejdet en samarbejdsaftale mellem akutafdelingen, intensiv og kirurgisk afdeling for at de patienter, der ikke kan kredsløbsstabiliseres indenfor en time, bliver overflyttet til intensivafdelingen.

Kvalitetsindikatoren eradikationsbehandling: 1/3 2013 er der udover antibiotikabehandling indført, at alle patienter med perforeret ulcus får kontinuerlig Pantoloc-infusion 3 døgn postoperativt.

I relation til andel af patienter, som dør efter operation er det fast rutine at projektsygeplejersken gennemgår alle dødsfald i forhold til mulige kvalitetsforbedringer. Relateret til opgørelsen drejer det sig om 8 patienter:

- 3 patienter døde efter udskrivelsen af andre årsager.
- 1 patient med dissemineret cancer
- 1 patient er død af comorbiditet hjertesygdom
- 3 patienter med sepsis pga. reperforation (her udarbejdes handleplan)
 - 1 patient med alvorlig comorbiditet (diabetes, hjertesygdom, KOL og benamputeret)
 - 1 patient med mulitiorgansvigt
 - 1 patient med sepsis

Den sidste status (InfoRM juni 2013) på standard opfyldt på alle kvalitetsindikatorer er 9/16. Tages der højde for konfidensintervaller vil standarden være opfyldt på 15/16 kvalitetsindikatorer.

Fødsler

Regionshospitalet Randers har fine resultater for fødsler, hvor standarden ved sidste regionale audit var opfyldt på 8/9 kvalitetsindikatorer. Hospitalet arbejder med følgende kvalitetsindikatorer:

Anæstesi/smertelindring:

Ved sidste årsrapport (1. september 2011 – 31. august 2012) lå hospitalet på 93,5 % målopfyldelse (standarden er 95 %). Dette var bedste målopfyldelse på landsbasis. Tallene i InfoRM fra februar til maj er ikke validerede, idet efterregistreringerne endnu ikke kan ses i InfoRM. Ved gennemgang af de 7 forløb fra maj måned, der ikke opfylder standarden, er der kun tale om ét afvigende forløb. Ved de resterende er der tale om fejlregistrering. Efter korrektion af registreringsfejl er målopfyldelsen 96 %. Korrektion af registreringsfejl skal ske 3 forskellige steder grundet tidsforskydning mellem klinisk praksis og registrering. Hospitalets fremadrettede plan er at auditere på forløb, der ikke opfylder standarden, mhp. at identificere de områder, hvor processen kan optimeres. Der vil være fokus på, at der registreres tidstro. Opfattelsen er, at hospitalet stadig er meget tæt på målopfyldelse.

Kejsersnit grad 2:

Der auditeres på alle forløb, der ikke opfylder standarden. Vi har fokus på:

- at der anvendes den korrekte graduering af akut kejsersnit
- at alle delprocesser optimeres
- at der sker korrekt tidsregistrering

Andel, som dør efter operation

I de første 4 måneder af 2013 er der opereret 6.094 patienter. Andelen af patienter, som døde efter operation i 2013, er faldet fra 0,62 % til 0,25 % (svarende til 4 patienter) i den sidste opgørelse fra april måned (InfoRM juni 2013).

Ventetid på akutklinik/skadestue

Den gennemsnitlige ventetid i skadestuen for perioden januar til august 2013 var 52 min. Dette dækker over, at knap $\frac{3}{4}$ af patienterne ses med under en times ventetid. Ledelsen på Akutafdelingen har sat følgende tiltag i gang:

- Der er opnormeret med en ekstra sygeplejerske i aftenvagt pr. 1. september 2013, da de lange ventetider især optræder her.
- Igangsat implementering af flere sygeplejebehandleropgaver således, at flere patienter kan færdiggøres af disse med et hurtigere flow
- Personlig sygeplejefaglig samtale med patienterne i venteværelset til vurdering af skade og hastegrad.

Randers: Status på kvalitetsmål i Budget 2013 – 2. kvartalsrapport 2013

Kvalitetsmål (i parentes den anvendte opgørelsesperiode i 2. kvartalsrapport 2013)	Regionsresultat 2. kvartalsrapport 2013	Randers' resultat 2. kvartalsrapport 2013	Mål i Budget 2013
Andel epikriser afsendt senest 2 hverdage efter udskrivelse (mar. – maj '13)	88 %	89 %	Minimum 95 %
Apopleksi: Andel kvalitetsindikatorer, hvor standard er opfyldt (feb. '13 – apr. '13)	67 % (12/18)	Ikke relevant	Standard opfyldt på alle kvalitetsindikatorer
Akut kirurgi: Andel kvalitetsindikatorer, hvor standard er opfyldt (nov. '12 – apr. '13)	56 % (9/16)	44 % (7/16)	Standard opfyldt på alle kvalitetsindikatorer
Fødsler: Andel kvalitetsindikatorer, hvor standard er opfyldt (feb. – apr. '13)	56 % (5/9)	56 % (5/9)	Standard opfyldt på alle kvalitetsindikatorer
Urologisk cancer: Blære og nyre (1. kvartal '13)			
Andel, hvor den vedtagne henvisningstid overholdes	60 % (ud af 637 patienter)	56 % (ud af 99 patienter)	Minimum 90 %
Andel, hvor den vedtagne udredningstid overholdes	89 % (ud af 569 patienter)	87 % (ud af 79 patienter)	Minimum 90 %
Andel, hvor den vedtagne samlede forløbstid overholdes	36 % (ud af 45 patienter)	0 % (ud af 6 patienter)	Minimum 90 %
Urologisk cancer: Mandlige kønsorganer (prostata, penis, testikel) (1. kvartal '13)			
Andel, hvor den vedtagne henvisningstid overholdes	93 % (ud af 470 patienter)	99 % (ud af 77 patienter)	Minimum 90 %
Andel, hvor den vedtagne udredningstid overholdes	90 % (ud af 452 patienter)	84 % (ud af 75 patienter)	Minimum 90 %
Andel, hvor den vedtagne samlede forløbstid overholdes	57 % (ud af 42 patienter)	40 % (ud af 5 patienter)	Minimum 90 %
Patientsikkert Sygehus (1. kvartal 2013)			
Andel, som genindlægges efter operation	4,6 %	4,8 %	Reduktion på 20 % ift. 2012-niveau (målet er 4,0 %)
Andel, som dør efter operation	0,44 %	0,60 %	Reduktion på 20 % ift. 2012-niveau (målet er 0,43 %)
Forebyggelige genindlæggelser: Andelen af indlæggelser, som efterfølges af en ny indlæggelse, som kunne have været forebygget (1. kvartal 2013)	14,3 %	16,6 %	Reduktion på 20 % ift. 2012-niveau (målet er 10,1 %)

Note: Der kan for nuværende ikke monitoreres på kvalitetsmålet vedrørende tryksår, da implementering af den regionale SFI har været afventet, hvorfor baseline forventes at kunne trækkes for 2. halvår 2013. Derudover har en omlægning af Dansk Lungecancer Register gjort, at der siden 1. kvartalsrapport 2013 ikke er kommet nye data vedrørende lungecancer; til næste kvartalsrapport forventes der igen at være nye data på dette område.

I tillæg til ovenstående kvalitetsmål afreporteres der i kvartalsrapporten vedrørende kvalitet på kontaktpersonordningen og yderligere servicemål.

Udvalgte tal for økonomi og aktivitet for Regionshospitalet Randers

	Korrigeret budget 2013	Forventet regnskab 2013	Afvigelse
Mio. kr.	- = indtægter, + = udgifter		+ = overskud = underskud
Driftsudgifter	991	991	0
	Budget 2013 basislinje	Forventet regnskab 2013	Afvigelse
DRG-værdi	1.183	1.183	0

Hospitalsenheden Vest

Hospitalsenheden Vest har oplevet et første halvår af 2013 med en høj aktivitet og en høj belægningsprocent, hvilket vedvarende har sat organisationen, kapaciteten og økonomien under pres. Resultatet efter første halvår viser på trods af det store aktivitetspres en snæver balance på økonomisiden, hvilket bl.a. medfører, at hospitalet har en væsentligt øget produktivitet. Samtidig hermed er der fremskridt at spore på en række af kvalitetsmålene.

For at imødekomme presset arbejdes der kontinuerligt med at optimere patientflowet bl.a. med wasterunder, der har til formål at identificere ressourcespild relateret til brugen af ambulatorietider og til brugen af senge.

Hospitalsenheden Vest er ved at lægge sidste hånd på byggeprogrammet til DNV, hvor den store udfordring er at indrette byggeriet, så det på et areal, der er mindre end det nuværende hospital, skal rumme en aktivitet, som er større end den nuværende og større end forudsat, da rammerne for DNV-Gødstrup blev fastlagt og samtidigt sikre, at de nye fysiske rammer bedst muligt understøtter effektive patientforløb med en høj kvalitet.

Forberedelsen af kravet om at kunne leve op til den forestående udredningsret giver en del udfordringer. Der er iværksat pukkelafvikling på en række områder, som betyder, at udredningsretten forventes overholdt indenfor de fleste specialer, men mangel på lægeressourcer inden for radiologi og neurologi gør det svært at få ventelisterne helt i bund på disse 2 specialer. Der bliver derfor set på tværregionale løsninger.

På kvalitetsområdet arbejdes der intenst på fuld målopfyldelse af kvalitetsmålene i Budgetforlig 2013. Flere af kvalitetsmålene nærmer sig målopfyldelse, bl.a. epikriser med 94 pct. målopfyldelse i juni og juli. I forhold til apopleksi viser datatræk for perioden maj 2013 – 2. juli 2013 14 opfyldte ud af 18 opgjorte indikatorer og 4 indikatorer, der næsten er i mål. Der er altså sket markante fremskridt i foråret 2013, som indikerer, at forventningen om fuld målopfyldelse i 2013 er realistisk. Der forventes fuld målopfyldelse for alle områderne i 2013, undtagen:

- Akut mave-tarm kirurgi, hvor der ikke forventes fuld målopfyldelse på alle indikatorer i 2013. Første delmål var tidstro registrering. Dette er nået, men det skal fortsat følges tæt. Næste delmål er fremskridt på indikatorniveau, sådan at der ved årets udgang er mere end 7 opfyldte indikatorer ud af 16 indikatorer. Total målopfyldelse bør være realistisk i løbet 2014.
- Tryksår, hvor baseline først fastlægges i efteråret.

Hospitalsledelsens fokus er således i øjeblikket rettet mod DNV, opfyldelse af kvalitetsmålene og udredningsretten, samt at sikre en fortsat sund økonomi.

Med udsigten til begrænset økonomisk vækst, har Hospitalsenheden Vest for at sikre en fremadrettet balance på driften varslet besparelser for 7-10 mio. kr. årligt i perioden 2014 – 2016. Konkretiseringen heraf vil foreligge i efteråret. Desuden arbejdes der med at konkretisere effektiviseringsgevinsten frem mod DNV.

HE Vest: Status på kvalitetsmål i Budget 2013 – 2. kvartalsrapport 2013

Kvalitetsmål (i parentes den anvendte opgørelsesperiode i 2. kvartalsrapport 2013)	Regionsresultat 2. kvartalsrapport 2013	HE Vests resultat 2. kvartalsrapport 2013	Mål i Budget 2013
Andel epikriser afsendt senest 2 hverdage efter udskrivelse (mar. – maj '13)	88 %	85 %	Minimum 95 %
Apopleksi: Andel kvalitetsindikatorer, hvor standard er opfyldt (feb. '13 – apr. '13)	67 % (12/18)	56 % (10/18)	Standard opfyldt på alle kvalitetsindikatorer
Akut kirurgi: Andel kvalitetsindikatorer, hvor standard er opfyldt (nov. '12 – apr. '13)	56 % (9/16)	44 % (7/16)	Standard opfyldt på alle kvalitetsindikatorer
Fødsler: Andel kvalitetsindikatorer, hvor standard er opfyldt (feb. – apr. '13)	56 % (5/9)	44 % (4/9)	Standard opfyldt på alle kvalitetsindikatorer
Urologisk cancer: Blære og nyre (1. kvartal '13)			
Andel, hvor den vedtagne henvisningstid overholdes	60 % (ud af 637 patienter)	78 % (ud af 189 patienter)	Minimum 90 %
Andel, hvor den vedtagne udredningstid overholdes	89 % (ud af 569 patienter)	89 % (ud af 153 patienter)	Minimum 90 %
Andel, hvor den vedtagne samlede forløbstid overholdes	36 % (ud af 45 patienter)	33 % (ud af 6 patienter)	Minimum 90 %
Urologisk cancer: Mandlige kønsorganer (prostata, penis, testikel) (1. kvartal '13)			
Andel, hvor den vedtagne henvisningstid overholdes	93 % (ud af 470 patienter)	90 % (ud af 165 patienter)	Minimum 90 %
Andel, hvor den vedtagne udredningstid overholdes	90 % (ud af 452 patienter)	85 % (ud af 153 patienter)	Minimum 90 %
Andel, hvor den vedtagne samlede forløbstid overholdes	57 % (ud af 42 patienter)	67 % (ud af 18 patienter)	Minimum 90 %
Patientsikkert Sygehus (1. kvartal 2013)			
Andel, som genindlægges efter operation	4,6 %	4,1 %	Reduktion på 20 % ift. 2012-niveau (målet er 3,5 %)
Andel, som dør efter operation	0,44 %	0,39 %	Reduktion på 20 % ift. 2012-niveau (målet er 0,36 %)
Forebyggelige genindlæggelser: Andelen af indlæggelser, som efterfølges af en ny indlæggelse, som kunne have været forebygget (1. kvartal 2013)	14,3 %	14,5 %	Reduktion på 20 % ift. 2012-niveau (målet er 12,6 %)

Note: Der kan for nuværende ikke monitoreres på kvalitetsmålet vedrørende tryksår, da implementering af den regionale SFI har været afventet, hvorfor baseline forventes at kunne trækkes for 2. halvår 2013. Derudover har en omlægning af Dansk Lungecancer Register gjort, at der siden 1. kvartalsrapport 2013 ikke er kommet nye data vedrørende lungecancer; til næste kvartalsrapport forventes der igen at være nye data på dette område.

I tillæg til ovenstående kvalitetsmål afreporteres der i kvartalsrapporten vedrørende kvalitet på kontaktpersonordningen og yderligere servicemål.

Udvalgte tal for økonomi og aktivitet for Hospitalsenheden Vest

	Korrigeret budget 2013	Forventet regnskab 2013	Afvigelse
Mio. kr.	- = indtægter, + = udgifter		+ = overskud = underskud
Driftsudgifter	2.066	2.066	0

	Budget 2013 basislinje	Forventet regnskab 2013	Afvigelse
DRG-værdi	2.343	2.343	0

Hospitalsenhed Midt

Hospitalsledelsen har på baggrund af de to første kvartaler i 2013 udarbejdet denne ledelsesberetning.

Der indgår således seks måneder i budgetopfølgningen, hvorfor forventningerne til årsresultatet er forbundet med en del usikkerhed. Hospitalsledelsen forventer efter tilførsel af forventede bevillinger en mindreudgift på 20 mio. kr.

Mindreudgiften skønnes på trods af en betydelig stigning i de forventede betalinger til fælles it-løsninger. Der er tale om ydre forhold, der i væsentlig grad påvirker hospitalets budgetopfølgning, og som det ikke har været muligt at forudse. Skønnet forudsætter derfor, at hospitalets afdelinger og centre skærper fokus på forbrugsreduktion og tilbageholdenhed.

Hospitalet har fokus på kapacitetsudnyttelsen med henblik på yderligere at øge aktiviteten og dermed hospitalets produktivitet. Aktiviteten på det ambulante område ligger således i årets første halvår 8 pct. over niveauet for 2012, ligesom antallet af behandlede patienter er steget med 6 pct.

Regionshospitalet Viborg-Skive overgik i juni måned succesfuldt til MidtEPJ. Herved anvender samtlige hospitaler i regionen MidtEPJ. Ligesom det var tilfældet for de øvrige hospitaler, har implementeringen af MidtEPJ været et meget omfattende projekt, som ikke har undgået at påvirke aktiviteten i en periode. Det forudsættes dog, at det samlede aktivitetsniveau lever op til måltallene for 2013, herunder at indberetningen fra MidtEPJ ikke giver uventede vanskeligheder.

Hospitalsenhed Midt har arbejdet målrettet med sundhedsområdets kvalitets- og servicemål. Hospitalsledelsen glæder sig over, at hospitalsenheden opnår relativt gode og stabile resultater indenfor flere områder. Eksempelvis er det glædeligt, at vi på Hospitalsenhed Midt har set gode resultater i forhold til kontaktpersonordningen over en længere periode. Som det fremgår af kvartalsrapporten er der imidlertid plads til forbedring på flere områder, og der er iværksat en række indsatser med henblik på at forbedre hospitalsenhedens målopfyldelse på disse områder.

For det første er implementeringen af udredningsretten et væsentligt indsatsområde. Der arbejdes løbende på tiltag, som kan nedbringe ventelisterne, og dermed sikre at man pr. 1. september er klar til at overholde tidsfristerne. Fokus er på såvel patientforløb, arbejdsgange som arbejdstider. Konkret arbejdes der forsøgsvist med at lægge nogle aktiviteter udenfor normale arbejdstider, så som i weekender og aften timerne. Derudover bliver patientforløb løbende kritisk gennemgået med henblik på optimering og effektivisering af arbejdsgange. Endeligt bliver der, bl.a. som konsekvens af udfordringerne med at skaffe tilstrækkeligt med speciallæger, løbende arbejdet med mulighederne for opgaveflytning mellem de forskellige personalegrupper.

Det målrettede arbejde med udredningsretten forventes at have en positiv afsmitning på andelen af forundersøgelser inden for 14 dage. Af regionens kvalitetsrapport fremgår det, at de afdelinger/centre, der indgår i undersøgelsen, kun har en målopfyldelse på 21 pct., hvilket er et klart utilfredsstillende resultat.

For det andet er lungecancerområdet et af de centrale indsats områder på Hospitalsenhed Midt. Der er løbende møder mellem hospitalsledelsen samt center/afdelingsledelser fra alle relevante centre/afdelinger med henblik på at optimere området for derved at sikre en bedre opfyldelse af de regionale krav. Derudover skal det påpeges, at det forventes, at den udvidede kapacitet for specialiseret undersøgelse (endobronkial ultralyd og ultralydsvejledt oesofagoskopi) på Aarhus Universitetshospital vil være med til at sikre en højere målopfyldelse på Hospitalsenhed Midt indenfor lungecancerområdet.

For det tredje arbejdes der på Hospitalsenhed Midt meget målrettet med kræftpakkerne. På det urologiske område er der eksempelvis iværksat en række tiltag, der skal være med til at forbedre målopfyldelsen. Blandt andet har man på urologisk afdeling forøget operationsaktiviteten, indført nye registreringsskemaer med henblik på at forbedre registreringen samt iværksat undervisning vedr. registrering. Derudover vil man i efteråret 2013 arbejde med en omlægning af operationer m.h.p. flere dagkirurgiske og ambulante patienter.

Endeligt er der for det fjerde iværksat en række indsatser der skal forbedre Hospitalsenhed Midt's målopfyldelse ift. akut mave-tarm kirurgi. Afdelingen har fokus på at sikre forbedringer ift. eradikationsbehandlingen og har implementeret og undervist i laparoskopisk behandling af GD ulcera som standard behandling.

Hvad angår tallene for Patientsikkert Sygehus (Sikker kirurgi) er der fuld opfyldelse på procesmålene check-in og time-out, og der arbejdes målrettet på forbedring af check-out. Det er nyt, at vi har tal på indsatsen og vi vil følge resultaterne med tidsserie-analyser. Det forventes, at vi vil se forbedringer på effektmålene på baggrund af indsatsen.

HE Midt: Status på kvalitetsmål i Budget 2013 – 2. kvartalsrapport 2013

Kvalitetsmål (i parentes den anvendte opgørelsesperiode i 2. kvartalsrapport 2013)	Regionsresultat 2. kvartalsrapport 2013	HE Midts resultat 2. kvartalsrapport 2013	Mål i Budget 2013
Andel epikriser afsendt senest 2 hverdage efter udskrivelse (mar. – maj '13)	88 %	89 %	Minimum 95 %
Apopleksi: Andel kvalitetsindikatorer, hvor standard er opfyldt (feb. '13 – apr. '13)	67 % (12/18)	Ikke relevant	Standard opfyldt på alle kvalitetsindikatorer
Akut kirurgi: Andel kvalitetsindikatorer, hvor standard er opfyldt (nov. '12 – apr. '13)	56 % (9/16)	44 % (7/16)	Standard opfyldt på alle kvalitetsindikatorer
Fødsler: Andel kvalitetsindikatorer, hvor standard er opfyldt (feb. – apr. '13)	56 % (5/9)	67 % (6/9)	Standard opfyldt på alle kvalitetsindikatorer
Urologisk cancer: Blære og nyre (1. kvartal '13)			
Andel, hvor den vedtagne henvisningstid overholdes	60 % (ud af 637 patienter)	94 % (ud af 129 patienter)	Minimum 90 %
Andel, hvor den vedtagne udredningstid overholdes	89 % (ud af 569 patienter)	87 % (ud af 121 patienter)	Minimum 90 %
Andel, hvor den vedtagne samlede forløbstid overholdes	36 % (ud af 45 patienter)	40 % (ud af 15 patienter)	Minimum 90 %
Urologisk cancer: Mandlige kønsorganer (prostata, penis, testikel) (1. kvartal '13)			
Andel, hvor den vedtagne henvisningstid overholdes	93 % (ud af 470 patienter)	90 % (ud af 102 patienter)	Minimum 90 %
Andel, hvor den vedtagne udredningstid overholdes	90 % (ud af 452 patienter)	95 % (ud af 91 patienter)	Minimum 90 %
Andel, hvor den vedtagne samlede forløbstid overholdes	57 % (ud af 42 patienter)	50 % (ud af 2 patienter)	Minimum 90 %
Patientsikkert Sygehus (1. kvartal 2013)			
Andel, som genindlægges efter operation	4,6 %	4,9 %	Reduktion på 20 % ift. 2012-niveau (målet er 3,8 %)
Andel, som dør efter operation	0,44 %	0,56 %	Reduktion på 20 % ift. 2012-niveau (målet er 0,32 %)
Forebyggelige genindlæggelser: Andelen af indlæggelser, som efterfølges af en ny indlæggelse, som kunne have været forebygget (1. kvartal 2013)	14,3 %	19,8 %	Reduktion på 20 % ift. 2012-niveau (målet er 13,4 %)

Note: Der kan for nuværende ikke monitoreres på kvalitetsmålet vedrørende tryksår, da implementering af den regionale SFI har været afventet, hvorfor baseline forventes at kunne trækkes for 2. halvår 2013. Derudover har en omlægning af Dansk Lungecancer Register gjort, at der siden 1. kvartalsrapport 2013 ikke er kommet nye data vedrørende lungecancer; til næste kvartalsrapport forventes der igen at være nye data på dette område.

I tillæg til ovenstående kvalitetsmål afreporteres der i kvartalsrapporten vedrørende kvalitet på kontaktpersonordningen og yderligere servicemål.

Udvalgte tal for økonomi og aktivitet for Hospitalsenheden Midt

	Korrigeret budget 2013	Forventet regnskab 2013	Afvigelse
Mio. kr.	- = indtægter, + = udgifter		+ = overskud = underskud
Driftsudgifter	2.342	2.322	20

	Budget 2013 basislinje	Forventet regnskab 2013	Afvigelse
DRG-værdi	2.443	2.443	0

Aarhus Universitetshospital

Hospitalsledelsen forventer at nå de fastlagte mål for driften af hospitalet inden for henholdsvis økonomi og aktivitet. På kvalitetsområdet arbejdes der fokuseret på at opfylde de fastlagte mål, men det må konstateres, at målene på nogle områder endnu ikke indfries i tilstrækkelig grad.

Kvalitet

Hospitalsledelsen glæder sig over den fortsatte fremgang i målopfyldelsen af "afsendelse af epikriser" (status juli 2013 er 93 %) og forventer målopfyldelse ved årets udgang. På tilsvarende vis er målopfyldelsen på urologiske kræftpakker inde i en positiv udvikling, hvilket hospitalsledelsen glæder sig endog meget over. Der pågår således i øjeblikket en omfattende revision af Urologisk Afdeling K's ambulante bookingflade med det formål at øge den ambulante cancerkapacitet i afdelingen og herigennem sikre bedre målopfyldelse.

I forhold til de øvrige kvalitetsmål på *udvalgte sygdomsområder* har hospitalsledelsen meget stor fokus på efterlevelse af standarderne. Hospitalets afdelinger har nogle udfordringer indenfor en række målepunkter, hvilket også afspejles i data. Der forventes dog fuld målopfyldelse med udgangen 2013, med undtagelse af én indikator inden for fødselsområdet, hvor afdelingen har vanskeligt ved at opfylde "blødning efter fødslen".

Hospitalsledelsen undrer sig over den lave målopfyldelse på servicemålet "ventetid fra henvisning til forundersøgelse". Der vil nu blive udarbejdet materiale med opmærksomhedspunkter, der udsendes til afdelingerne. Det ændrer dog ikke på, at det næppe er realistisk for hospitalet at opnå en målopfyldelse på 90 % i indeværende år. I forhold til servicemålet om "ventetid på akutklinik/skadestue" er hospitalets skadestue kommet et stykke vej mod opfyldelse af regionens servicemål, men hospitalsledelsen må samtidig erkende, at kurven synes at være stagneret omkring 81 %. Der er en række initiativer i gang, der gerne skulle få en positiv indflydelse på efterlevelse af servicemålet. Hospitalsledelsen vil følge arbejdet nøje, så der kan ske en målopfyldelse i løbet af 2014.

Hospitalsledelsen er endvidere opmærksom på, at hospitalet ikke har målopfyldelse i forhold til dokumentation for tildeling af kontaktperson. Dette kan skyldes, at arbejdet med forbedring af målopfyldelse på epikriser har krævet endog meget stor ledelsesmæssig opmærksomhed,

hvilket kan have betydet at fokus på dokumentation for tildeling af kontaktperson i en periode har været prioriteret lavere. Hospitalsledelsen vil nu skærpe opmærksomheden på tildeling af kontaktperson på sygehuset, således at hospitalet atter opnår målopfyldelse for området. Hospitalsledelsen har således en forhåbning om, at der kan ske målopfyldelse inden udgangen af 2013

Økonomi

Hospitalsledelsen forventer at komme ud af året i økonomisk balance. Hospitalets økonomi er imidlertid presset af øgede udgifter på en række områder. Det drejer sig bl.a. om IT-området hvor der ventes en betydelig merudgift i forhold til 2012, implementering af neurologiplanen som indebærer en ufinansieret udgift på ca. 8 mio. kr., hospitalets egenfinansiering af nye behandlinger samt etableringen af et stort antal ekstra elevpladser. Med henblik på at sikre at hospitalet kommer ud af året i balance, har hospitalsledelsen indgået konkrete aftaler med de enkelte centerledelser om reviderede økonomiske mål for året.

På samhandelsområdet peger de seneste prognoser på en lille forbedring i forhold til 2012. Det ventes således, at samhandelsbudgettet vil ende med et positivt resultat. Forbedringen ligger helt overvejende på købsbudgettet, og er således udtryk for, at Aarhus Universitetshospital har hjemtrukket yderligere behandling i forhold til 2012.

Udover at sikre balance på budgettet i 2013 er fokus i høj grad rettet mod at realisere de effektiviseringskrav, der er forbundet med samlingen af Aarhus Universitetshospital under ét tag. Det er en både spændende og udfordrende proces! Hospitalsledelsen arbejder på et samlet udspil vedrørende påbegyndelse af effektiviseringen i 2014 samt sikring af økonomisk balance i øvrigt. Dette udspil vil blive forelagt hospitalets HMU den 23. september.

Endelig er selve udflytningen til de nye rammer forbundet med store udgifter i årene frem til 2019. Finansieringen af disse udgifter udgør ligeledes en væsentlig udfordring, som hospitalet arbejder med i dialog med Regionens administration.

Aktivitet

Udviklingen på de forskellige aktivitetsparametre er fornuftig. Den ambulante aktivitet er stigende, mens antallet af indlæggelser er faldende. Den gennemsnitlige liggetid er ligeledes faldende. Generelt er antallet af operationer stigende, ligesom andelen af ambulante operationer øges. Med hensyn til antallet af unikke patienter (unikke cpr-numre) og det gennemsnitlige antal fremmøder pr. cpr-nummer er udviklingen relativt stabil.

Med hensyn til værdien af aktiviteten i DRG viser udviklingen mellem 2013 og 2012 en noget mindre procentuel stigning end den normale årlige procentuelle stigning. Det er uvist, hvor meget der kan tilskrives teknik (f.eks. at patientregistreringen ikke er komplet).

AUH: Status på kvalitetsmål i Budget 2013 – 2. kvartalsrapport 2013

Kvalitetsmål (i parentes den anvendte opgørelsesperiode i 2. kvartalsrapport 2013)	Regionsresultat 2. kvartalsrapport 2013	AUH's resultat 2. kvartalsrapport 2013	Mål i Budget 2013
Andel epikriser afsendt senest 2 hverdage efter udskrivelse (mar. – maj '13)	88 %	88 %	Minimum 95 %
Apopleksi: Andel kvalitetsindikatorer, hvor standard er opfyldt (feb. '13 – apr. '13)	67 % (12/18)	72 % (13/18)	Standard opfyldt på alle kvalitetsindikatorer
Akut kirurgi: Andel kvalitetsindikatorer, hvor standard er opfyldt (nov. '12 – apr. '13)	56 % (9/16)	75 % (12/16)	Standard opfyldt på alle kvalitetsindikatorer
Fødsler: Andel kvalitetsindikatorer, hvor standard er opfyldt (feb. – apr. '13)	56 % (5/9)	44 % (4/9)	Standard opfyldt på alle kvalitetsindikatorer
Urologisk cancer: Blære og nyre (1. kvartal '13)			
Andel, hvor den vedtagne henvisningstid overholdes	60 % (ud af 637 patienter)	34 % (ud af 155 patienter)	Minimum 90 %
Andel, hvor den vedtagne udredningstid overholdes	89 % (ud af 569 patienter)	79 % (ud af 178 patienter)	Minimum 90 %
Andel, hvor den vedtagne samlede forløbstid overholdes	36 % (ud af 45 patienter)	26 % (ud af 38 patienter)	Minimum 90 %
Urologisk cancer: Mandlige kønsorganer (prostata, penis, testikel) (1. kvartal '13)			
Andel, hvor den vedtagne henvisningstid overholdes	93 % (ud af 470 patienter)	97 % (ud af 90 patienter)	Minimum 90 %
Andel, hvor den vedtagne udredningstid overholdes	90 % (ud af 452 patienter)	86 % (ud af 110 patienter)	Minimum 90 %
Andel, hvor den vedtagne samlede forløbstid overholdes	57 % (ud af 42 patienter)	48 % (ud af 29 patienter)	Minimum 90 %
Patientsikkert Sygehus (1. kvartal 2013)			
Andel, som genindlægges efter operation	4,6 %	4,9 %	Reduktion på 20 % ift. 2012-niveau (målet er 4,0 %)
Andel, som dør efter operation	0,44 %	0,38 %	Reduktion på 20 % ift. 2012-niveau (målet er 0,35 %)
Forebyggelige genindlæggelser: Andelen af indlæggelser, som efterfølges af en ny indlæggelse, som kunne have været forebygget (1. kvartal 2013)	14,3 %	10,8 %	Reduktion på 20 % ift. 2012-niveau (målet er 10,5 %)

Note: Der kan for nuværende ikke monitoreres på kvalitetsmålet vedrørende tryksår, da implementering af den regionale SFI har været afventet, hvorfor baseline forventes at kunne trækkes for 2. halvår 2013. Derudover har en omlægning af Dansk Lungecancer Register gjort, at der siden 1. kvartalsrapport 2013 ikke er kommet nye data vedrørende lungecancer; til næste kvartalsrapport forventes der igen at være nye data på dette område.

I tillæg til ovenstående kvalitetsmål afreporteres der i kvartalsrapporten vedrørende kvalitet på kontaktpersonordningen og yderligere servicemål.

Udvalgte tal for økonomi og aktivitet for Aarhus Universitetshospital

	Korrigeret budget 2013	Forventet regnskab 2013	Afvigelse
Mio. kr.	- = indtægter, + = udgifter		+ = overskud - = underskud
Driftsudgifter	5.991	5.991	0

	Budget 2013 basislinje	Forventet regnskab 2013	Afvigelse
DRG-værdi	6.590	6.590	0

Præhospitalet

Vækst i aktiviteter

Præhospitalets største aktivitetsområder er i vækst. På trods af at stadig flere patientforløb afsluttes ved visitation eller på skadesstedet, køres et stigende antal borgere til behandling på regionens hospitaler i ambulancer, liggende og siddende patientbefordring. Aktiviteten på ambulanceområdet og liggende befordring kan rummes indenfor de eksisterende beredskaber og de servicemål, regionsrådet har fastlagt.

Den øgede aktivitet inden for den siddende patientbefordring medfører en vækst i regionens udgifter. Tidligere har bedre koordinering af kørslerne og faldende priser på kørsel udlignet aktivitetsstigningerne, men fra 2012 ses en vækst i både aktiviteter og udgifter.

Der forventes fremadrettet en væsentlig vækst i den siddende befordring og befordringsgodtgørelser ud over den vi allerede oplever, hvis regionens visitationsretningslinjer ændres som følge af udredningsretten og visitationssamarbejde.

Udbud af Præhospitalets kerneopgaver

I løbet af 2013 gennemføres udbud på en række af Præhospitalets kerneområder: Ambulancetjeneste, liggende patientbefordring, akutlægebiler, akutbiler og Præhospitalet deltager i udbuddet omkring akutlægehelikoptere i hele Danmark. Udbuddene vil resultere i nye kontrakter og måske nye samarbejdsparter på Præhospitalets kerneområder. De nye kontrakter kan også betyde ændrede priser på de nævnte opgaver, der økonomisk udgør en stor del af Præhospitalets budget.

Ambulanceudbuddets prækvalifikationsrunde blev påbegyndt i marts, og udbud af liggende og hvilende patientbefordring afgøres af regionsrådet i september 2013. De nye kontrakter starter 1. december 2014.

Akutbilerne i Tarm og Ringkøbing samt akutlægebilerne i Lemvig, Holstebro, Aarhus og Djursland har været ligeledes i udbud i april med kontraktstart 1. december 2013.

Fra 2014 skal der være en landsdækkende akutlægehelikopterordning bestående af tre døgnbemandede akutlægehelikoptere, der placeres med base i henholdsvis Skive, Billund og

Ringsted. Region Midtjylland har sammen med de fire øvrige regioner påbegyndt prækvalifikationsrunden i udbuddet af de tre helikopterberedskaber. De 5 regioner har besluttet, at den landsdækkende driftsorganisation indstilles til placering i Præhospitalet i Region Midtjylland, mens Region Hovedstaden indstilles til at varetage formandsskabet i styregruppen.

IT-projekter

Regionsrådet er orienteret om, at der endelig er indgået en ny aftale om Det Nye kontrolrum (DNK-projektet), og den Præhospitale Patient Journal (PPJ-projektet) er sat i gang. Der er fastlagt en ny tidsplan ultimo maj 2013, der forskyder projektet med yderligere 10 måneder. Regionerne har en forventning om, at det samlede Projekt Vagtcentral-IT (PVIT) endelig afsluttes i 2015/2016.

Der er dog en stor usikkerhed i projekterne, da der er en test af systemet i september-oktober 2013. Udfaldet af testen er afgørende for det videre forløb for projekterne og for udgiftsfordelingen over den resterende projektperiode.

FlexDanmarks bestyrelse har besluttet at igangsætte et udbud af et kunde- og rejsehåndteringssystem for flextrafik i Danmark. En konsekvens af dette udbud kan blive, at Præhospitalet i 2014-2015 skal bruge anlægsmidler til udvikling og implementering af nye brugergrænseflader til håndtering af siddende patientbefordring.

112-førstehjælperordninger

Præhospitalet etablerer stadig flere 112-førstehjælperordninger, som indebærer, at AMK-vagtcentralen kan tilkalde frivillige i lokalområderne til at yde førstehjælp ved hjertestop.

Psykiatri

Psykiatri- og socialledelsen forventer et lille mindreforbrug på ca. 5 mio. kr. i forhold til det korrigerede budget på 1.563,8 mio. kr.

Psykiatrien er på baggrund af økonomiaftalen 2013 med regeringen i budgettet tilført netto 11,8 mio. kr. Tilførslen skal ses i forhold til øget produktivitetsskrav på 2 %, som svarer til 26,6 mio. kr., samt hertil et øget produktivitetsskrav på 1 % ved øget aktivitet i 2013 i forhold til 2012.

Psykiatri- og socialledelsen har iværksat tiltag med henblik på at øge aktivitetsomfanget – herunder afsat en aktivitetspulje med henblik på at fremme de psykiatriske afdelingers tilskyndelse til at øge aktiviteten og nedbringe ventelisterne. Endvidere er der stor fokus på opfyldelsen af såvel aktivitetsmål og økonomi for de enkelte psykiatriske afdelinger.

Psykiatri- og socialledelsen forventer en produktivitetsstigning fra 2012 til 2013. Der arbejdes på at opfylde produktivitetsmålet.

Det kan konstateres, at belægningen på de psykiatriske afdelinger er meget høj og at aktivitetstallene ligger væsentligt over aktivitetsmålene. Som følge af et fald i antal udskrivninger, som indgår i produktivitsberegningen, har stigningen i produktiviteten i det 1. halvår 2013 været begrænset i forhold til 1. halvår 2012. Faldet i udskrivninger skyldes, at patienterne har været mere behandlingskrævende og derfor er indlagt i længere tid.

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. Desuden har et stort antal voksne patienter, som tidligere er blevet afvist til behandling, været til vurderingssamtaler og en del børn og unge har været til afklaringssamtaler med henblik på en vurdering af, om de har et behov for henholdsvis behandling og for børn og unge udredning og eventuel behandling. Det har betydet, at antallet af patienter der kommer til samtale/udredning i psykiatrien er øget betragteligt, hvilket er med til at øge presset på ventelisterne.

Disse kvalitetsmæssige forbedringer for patienter, der henvises til psykiatrien, har - sammen med en betragtelig vækst i antallet af henvisninger til psykiatrisk behandling i de første 5 måneder i 2013 - givet betydelige udfordringer, da det har medvirket til afledte stigende ventelister i de første måneder af 2013 til udredning og behandling.

Det gennemsnitlige antal henviste patienter i voksenpsykiatrien er således steget fra 1297 i de første 5 måneder i 2012 til 1561 patienter pr. måned i jan.-maj 2013, svarende til en tilvækst på 20,4 %.

Psykiatri- og socialledelsen er opmærksom på udviklingen i ventelisterne og i de seneste par måneder er det da også lykkedes at undgå en yderligere stigning i ventelisten for voksne patienter, som har ventet i mere end 2 måneder og endda et fald i den samlede venteliste i voksenpsykiatrien.

Efter et betragteligt fald i ventelisten i 2011 og 2012 er ventelisten i børne- og ungdomspsykiatrien steget en del i de første måneder i 2013. Dette skal ligeledes ses i sammenhæng med væsentligt flere henviste i de første 5 måneder i forhold til tidligere. Fra 2012 til 2013 er antal henvisninger pr. måned steget fra 323 til 376, svarende til en tilvækst på 16,4 %.

Selvom ventelisten fortsat stiger for børn og unge, der her ventet i mere end 2 måneder, er det, som på voksenområdet, lykkedes at nedbringe den samlede venteliste en del de seneste par måneder.

Psykiatri- og Socialledelsen har stor fokus på, at der løbende arbejdes med at effektivisere arbejdsgange og optimere driften, så færrest mulige borgere skal vente på at komme til udredning og behandling i psykiatrien.

Udfordringerne forstærkes af en fortsat stor mangel på speciallæger. Senest har 3 speciallæger i Vest opsagt deres stillinger. Dette øger udfordringerne med at øge aktiviteten og nedbringe ventelisterne.

Arbejdet med sikkerhed har haft høj prioritet. Der er blandt andet blevet udviklet en sikkerhedsmodel for såvel behandlingspsykiatrien som for socialområdet. Modellerne skal inden første oktober omsættes til lokale sikkerhedsplaner.

På kvalitetsområdet er arbejdet med de kliniske databaser udfordret. Det skyldes, at nationale dataleverancer har vist sig ikke at være retvisende. Psykiatrien løser dette ved, at der gennemføres manuelle stikprøver af journaler til patienter med skizofreni, hvilket er en ressourcetung arbejdsgang. Desuden arbejdes der med at etablere en forbedret datafangst i samarbejde med koncernadministrationen.

Rettidig udsendelse af epikriser er i positiv udvikling. Seneste opgørelse for juni måned viser 86 % målopfyldelse. Det vurderes derfor, at målsætningen vil være nået ved årets udgang.

Målopfyldelse vedrørende kontaktpersonordning har i 2. kvartal vist faldende tendens. Der arbejdes målrettet med udvalgte afdelinger for at forbedre resultatet.

Fremadrettet vil Psykiatrien komme til at stå overfor en stor udfordring i forhold til indførelsen af en udredningsret på 2 måneder samt en differentieret behandlingsret fra 1. september 2014 samt en endelig udmøntning af den fulde udredningsret på 1 måned fra 1. september 2015.

Nære Sundhedstilbud

Der forventes store mindreforbrug på Nære Sundhedstilbuds konti i 2013 på grund af en generel afdæmpning af væksten i forhold til tidligere år. Årsagen er en kombination af såvel centrale som regionale tiltag.

Af tiltag fra centralt niveau kan nævnes:

Indførelsen af økonomiprotokollater på både Almen Lægehjælp og Speciallægehjælp har lagt en dæmper på den overordnede vækst i 2012 og forventes også at gøre det i 2013. Nære Sundhedstilbud forventer, at en eventuel *aftale om ny overenskomst på området Almen Lægehjælp* giver nye perspektiver i forhold til at kunne leve op til afdelingens overordnede strategier i forhold til såvel planlægning, kvalitetsmål og økonomistyring.

På området tilskudsmedicin forventes besparelser bl.a. på grund af store generelle prisfald og tilskudsændringer iværksat af Medicintilskudsnævnet.

På regionalt niveau er iværksat en række tiltag i 2013: Nære Sundhedstilbud tilrettelægger arbejdet med afsæt i 4 overordnede strategier om mere kvalitet/sundhed for pengene, lighed i sundhed, effektiv forvaltning og nærhed i sundhed.

Nære Sundhedstilbud har iværksat et større udviklingsarbejde i forhold til udbygning af *ledelsesinformation* bl.a. på grundlag af tværsektorielle data. Ledelsesinformationssystemet skal give mulighed for at arbejde med tværsektorielle projekter på et lettilgængeligt

datamæssigt grundlag og dermed give bedre mulighed for at arbejde målrettet i forhold til de vedtagne strategier.

Afdelingen har fastsat kvalitetsmål vedrørende *forebyggelige genindlæggelser*. Afdelingen vil arbejde målrettet på at implementere kvalitetsmålet.

Nære sundhedstilbud er i færd med at evaluere eventuelle aktivitetsforskydninger mellem skadestuer og lægevagt i forbindelse med *implementering af akutaftalen*. Fra budgetåret 2014 og fremefter forventes budgetoverførsler fra hospitalssektoren til praksissektoren som følge af, at almen praksis har overtaget hele visitationen af små skader i dagtid og vagttid.

Med afsæt i strategien om mere sundhed for pengene er afdelingen i gang med at kortlægge samspil imellem hospitalssektor og praksissektor *på laboratorieområdet*. Kortlægningen har til formål at iværksætte tiltag, der kan optimere forbrug/økonomi i forhold til blodprøver i regionen.

På området *tilskudsmedicin* arbejdes med en række indsatser, der skal forbedre såvel kvalitet, patientsikkerhed som økonomi. Der er udarbejdet/vil blive udarbejdet konkrete mål på flere indsatser.