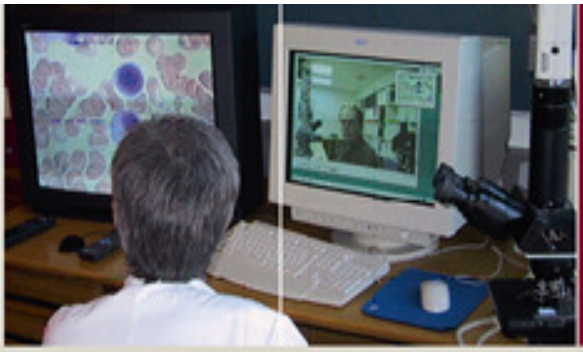
midt
regionmidtjylland





Kvartalsrapporten

pr. 31. marts 2013

Kvalitet og servicemål



Region Midtjylland

Indholdsfortegnelse

1. Sundhedsområdets kvalitetsmål 3
1.1 Kvalitetsmål vedrørende Patientsikkert Sygehus og forebyggelige genindlæggelser 3
1.2 Kvalitetsmål vedrørende udvalgte sygdomsområder 3
1.3 Kvalitetsmål vedrørende kræftpakker 8
2. Sundhedsområdets servicemål og kontaktpersonordning 11
2.1 Servicemål vedrørende hospitalerne 11
2.2 Kontaktpersonordningen 13
2.3 Servicemål vedrørende psykiatrien 13
2.4 Servicemål vedrørende præhospitalet 14
2.5 Servicemål vedrørende praksissektoren 15

3.1 Bilag: Resultater på kvalitetsindikatorer vedrørende apopleksi, akut mavetarm-kirurgi, fødsler og lungecancer 16

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, sepsis 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 om reduktion af dødeligheden ved septisk chok, 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.

Disse kvalitetsmål vil fremadrettet, ligesom de øvrige kvalitetsmål, indgå i kvartalsrapporterne. I modsætning til de øvrige kvalitetsmål har disse mål imidlertid ikke hidtil været monitoreret. Under etableringen af monitoreringen har der vist sig problemstillinger af både data- og registreringsmæssig karakter, som har nødvendiggjort en udskydelse af afrapporteringen på disse kvalitetsmål. Så snart valide data foreligger, vil opgørelser for de nævnte kvalitetsmål indgå i kvartalsrapporteringen.

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 de indsatser, der pågår indenfor sygdomsområdet.

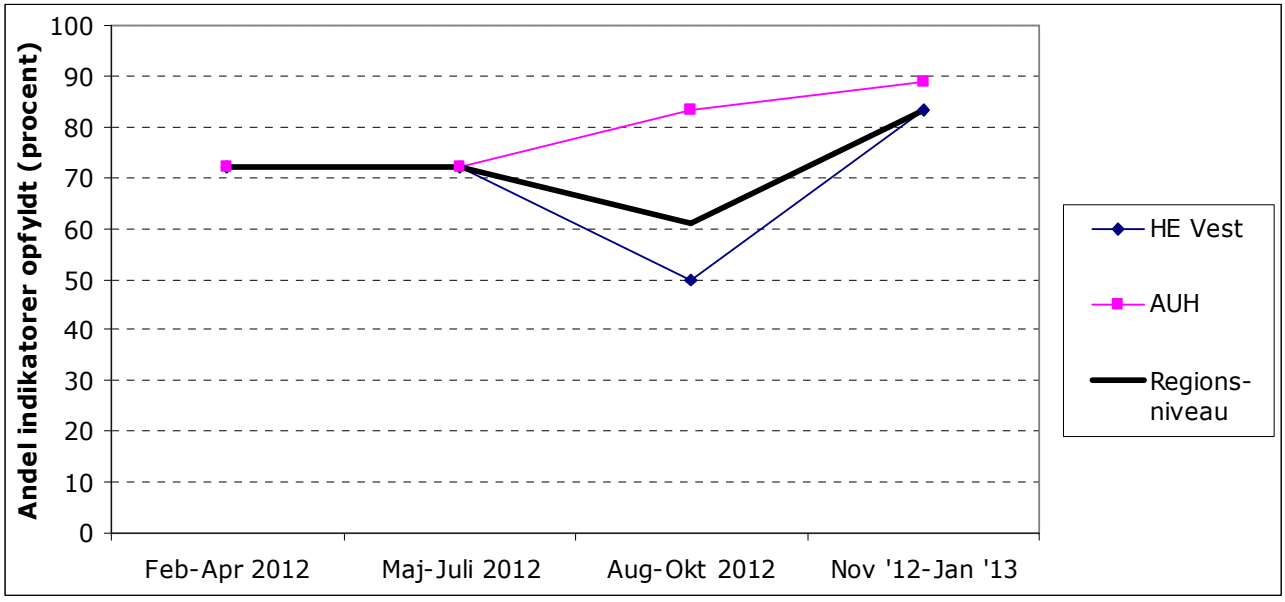
I tabellerne nedenfor afrapporteres på et overordnet niveau, dvs. andelen af kvalitetsindikatorer med målopfyldelse. I bilaget bagerst i denne kvartalsrapport er for hvert af de nævnte sygdomsområder indsat tabeller, som viser hospitalsenhedernes målopfyldelse på de enkelte indikatorer for den seneste 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.a: Kvalitetsmål vedr. udvalgte sygdomsområder - apopleksi

		November 2012 – Januar 2013	August – Oktober 2012	Maj – Juli 2012	Mål
Apopleksi: Andel kvalitetsindikatorer, hvor standard er opfyldt. Parentesen viser antal opfyldte indikatorer ud af antal relevante.	HE Vest (Neurologisk Afd.)	**83 %** (15/18)	50 % (9/18)	72 % (13/18)	Målopfyldelse for alle indikatorer
	AUH (Neurologisk Afd.)	**89 %** (16/18)	83 % (15/18)	72 % (13/18)	
	Regionsniveau	**83 %** (15/18)	61 % (11/18)	72 % (13/18)	

Datakilde: Dansk Apopleksiregister. Data trukket fra InfoRM (opdateringsdato 12. marts 2013).

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



Datakilde: Dansk Apopleksiregister. Data trukket fra InfoRM (opdateringsdato 12. marts 2013).

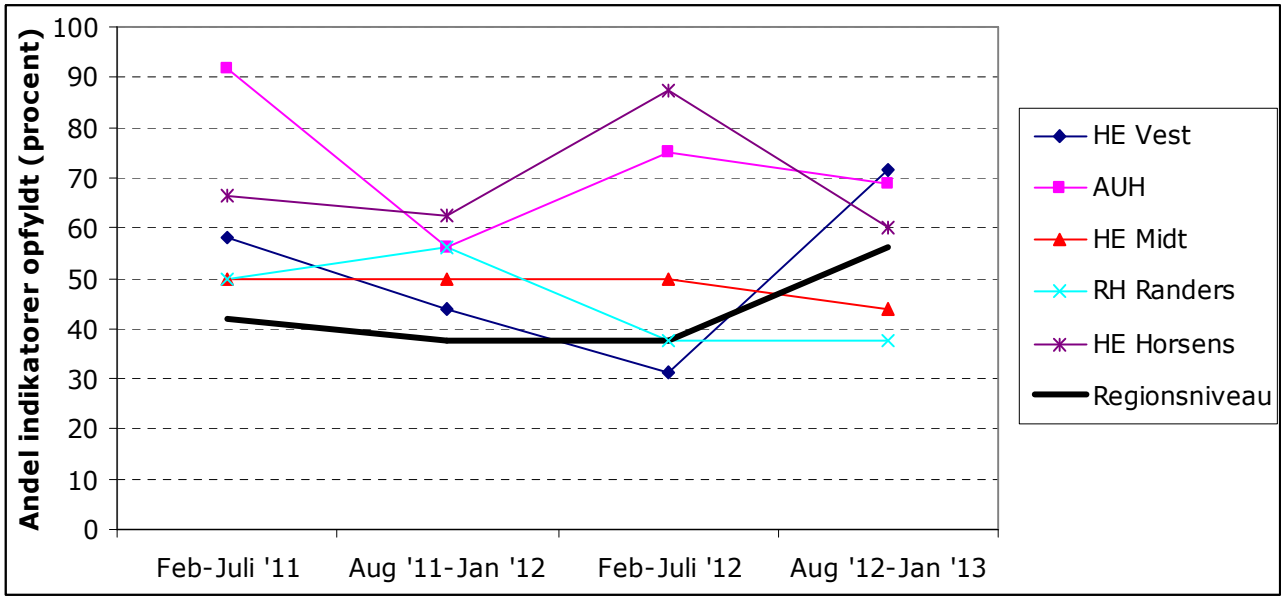
Apopleksi-resultaterne følges løbende af Implementeringsgruppen for Neurologiomlægningen. Neurologiomlægningen, som blev påbegyndt i 2012, skal bl.a. via specialiseret udredning og behandling forbedre prognosen for apopleksi-patienterne. Endvidere gennemføres der den 12. juni 2013 regional audit, hvor der vil være fokus på problem- og indsatsområderne.

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

		August 2012 – Januar 2013	Februar 2012 – Juli 2012	August 2011 – Januar 2012	Mål
Akut mave-tarm kirurgi: Andel kvalitetsindikatorer, hvor standard er opfyldt. Parentesen viser antal opfyldte indikatorer ud af antal relevante.	HE Horsens	**60 %** (9/15)	88 % (14/16)	63 % (10/16)	Målopfyldelse for alle indikatorer
	RH Randers	**38 %** (6/16)	38 % (6/16)	56 % (9/16)	
	HE Vest	**71 %** (5/7)	31 % (5/16)	44 % (7/16)	
	HE Midt	**44 %** (7/16)	50 % (8/16)	50 % (8/16)	
	AUH	**69 %** (11/16)	75 % (12/16)	56 % (9/16)	
	Regionsniveau	**56 %** (9/16)	38 % (6/16)	38 % (6/16)	

Datakilde: Akut Kirurgi Databasen. Data trukket fra InfoRM (opdateringsdato 12. marts 2013).
Note: Pga. det lave patientantal indenfor akut mave-tarmkirurgi vises resultaterne for halvårlige 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.

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



Datakilde: Akut Kirurgi Databasen. Data trukket fra InfoRM (opdateringsdato 12. marts 2013).

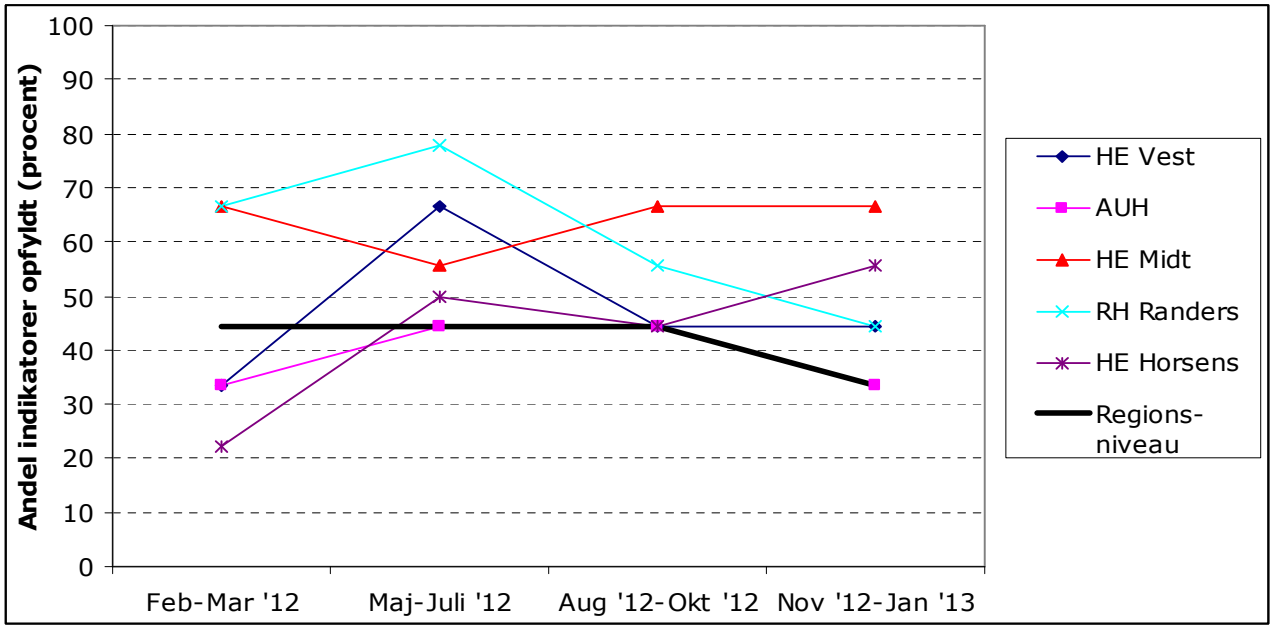
Den 13. marts blev der gennemført regional audit vedrørende akut mave-tarmkirurgi med fokus på problem- og indsatsområder. Ved audit var fokus bl.a. på forbedring af målopfyldelsen vedrørende behandling af kredsløbspåvirkning og test for helicobacter pylori-infektion. Disse områder er relativt nye kvalitetsindikatorer, hvor problemerne med manglende målopfyldelse er størst.

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

		November 2012 – Januar 2013	August – Oktober 2012	Maj – Juli 2012	Mål
Fødsler: Andel kvalitetsindikatorer, hvor standard er opfyldt. Parentesen viser antal opfyldte indikatorer ud af antal relevante.	HE Horsens	**56 %** (5/9)	44 % (4/9)	50 % (4/8)	Målopfyldelse for alle indikatorer
	RH Randers	**44 %** (4/9)	56 % (5/9)	78 % (7/9)	
	HE Vest	**44 %** (4/9)	44 % (4/9)	67 % (6/9)	
	HE Midt	**67 %** (6/9)	67 % (6/9)	56 % (5/9)	
	AUH	**33 %** (3/9)	44 % (4/9)	44 % (4/9)	
	Regionsniveau	**33 %** (3/9)	44 % (4/9)	44 % (4/9)	

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

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



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

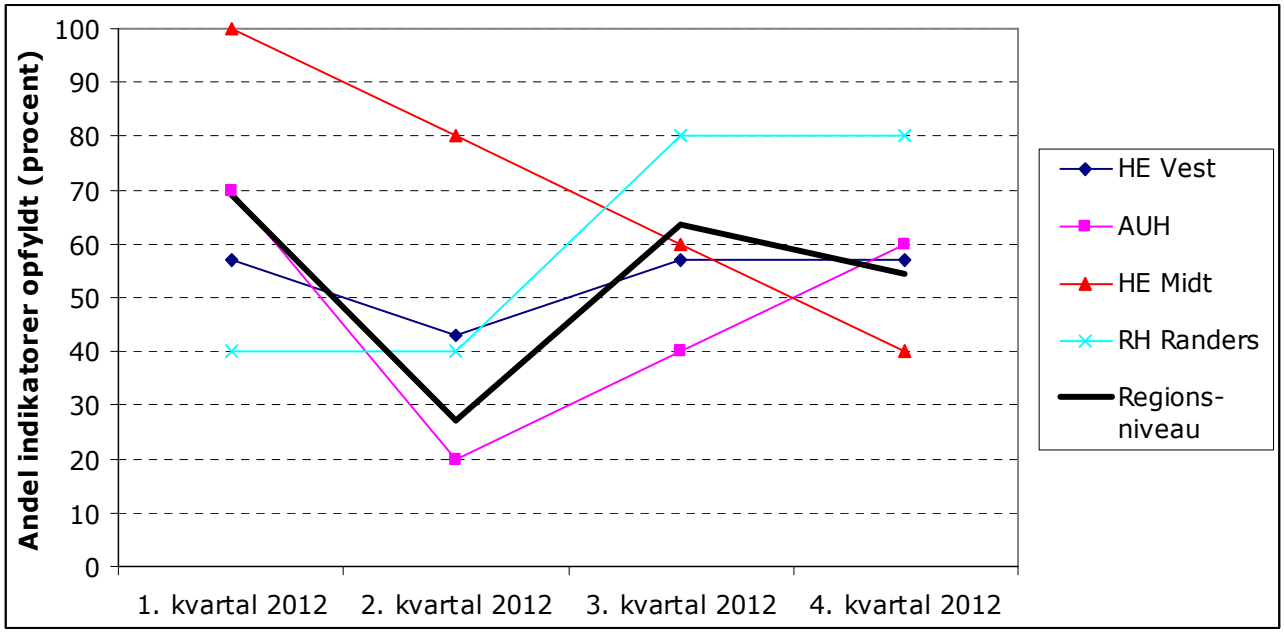
Fødsler indgår i Patientsikkert Sygehus med projektet "Sikre Fødsler", hvor der bl.a. arbejdes med at mindske forekomsten af komplikationer hos nyfødte. Den nationale kvalitetsdatabase vedrørende fødsler er relativt nyetableret, så der arbejdes ligeledes med forbedring af registreringspraksis. Herudover følges området løbende i Fødeplansudvalget, på dialogmøder og på den årlige regionale audit. Der arbejdes på et forbedret samarbejde mellem anæstesiologer, obstetrikere og jordemødre, og med inspiration fra Norge arbejdes der på udvikling af behandlingsteknikkerne med henblik på færre bristninger.

Tabel 1.d: Kvalitetsmål vedr. udvalgte sygdomsområder – lungecancer

		4. kvartal 2012	3. kvartal 2012	2. kvartal 2012	Mål
Lungekræft: Andel kvalitetsindikatorer, hvor standard er opfyldt. Parentesen viser antal opfyldte indikatorer ud af antal relevante.	RH Randers	**80 %** (4/5)	80 % (4/5)	40 % (2/5)	Målopfyldelse for alle indikatorer
	HE Vest	**57 %** (4/7)	57 % (4/7)	43 % (3/7)	
	HE Midt	**40 %** (2/5)	60 % (3/5)	80 % (4/5)	
	AUH	**60 %** (6/10)	40 % (4/10)	20 % (2/10)	
	Regionsniveau	**55 %** (6/11)	64 % (7/11)	27 % (3/11)	

Datakilde: Dansk Lungecancer Register. Data trukket fra InfoRM (opdateringsdato 31. december2012).
Note: Kvalitetsindikatorer for lungecancer, som vedrører ventetid (se evt. bilaget), indeholder både fagligt relateret og patientrelateret ventetid. Det vil sige, at den passive ventetid, hvor patienter udredes for andre sygdomme m.v. eller selv har valgt at udskyde udredning/behandling, også indgår i opgørelserne som ventetid.

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



Datakilde: Dansk Lungecancer Register. Data trukket fra InfoRM (opdateringsdato 31. december 2012).

For lungecancer er det særligt indikatorerne vedr. 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. Kapacitetsproblemerne på AUH påvirker også målopfyldelsen på regionshospitalerne.

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.

Psykiatri og Social har derfor i april 2013 gennemført en journalaudit, hvor 112 journaler fra alle 9 relevante psykiatriske afdelinger er gennemgået med henblik på at undersøge opfyldelsesgraden af 6 udvalgte kvalitetsindikatorer fra Den Nationale Skizofreni Database (der er i alt 25 kvalitetsindikatorer). Resultatet af denne journalaudit (se tabel 1.e) viser, at Region Midtjylland opfylder standarden på 2 ud af de 6 indikatorer. Resultatet skal dog tages med det væsentlige forbehold, at datagrundlaget er en stikprøve af journaler.

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

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

	Målopfyldelse i journalaudit	Standard
Set og vurderet ved speciallæge	79,5 %	Minimum 98 %
Udredes med diagnostisk instrument	66,6 %	Minimum 80 %
I behandling med antipsykotika	92,8 %	Minimum 90 %
Kontakt med pårørende (incidente patienter)	83,9 %	Minimum 90 %
Kontakt med pårørende (prævalente patienter)	64,2 %	Minimum 60 %
Selvmordsscreening ved udskrivelse	60,4 %	Minimum 90 %

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.

Tabel 1.f: Kvalitetsmål vedrørende kræftpakker

Målopfyldelse for forløbstider for blære- og nyrekræft: Andel patienter, hvor forløbstid er overholdt			
		4. kvartal 2012	**Mål**
HE Horsens*	*Henvisningstid* *Udredningstid* *Samlet forløbstid*	**21 % ud af 48 patienter** **96 % ud af 46 patienter** **Ingen patienter**	90 %
RH Randers*	*Henvisningstid* *Udredningstid* *Samlet forløbstid*	**53 % ud af 113 patienter** **94 % ud af 70 patienter** **20 % ud af 5 patienter**	90 %
HE Vest	*Henvisningstid* *Udredningstid* *Samlet forløbstid*	**80 % ud af 173 patienter** **82 % ud af 147 patienter** **20 % ud af 5 patienter**	90 %
HE Midt	*Henvisningstid* *Udredningstid* *Samlet forløbstid*	**79 % ud af 135 patienter** **91 % ud af 134 patienter** **64 % ud af 14 patienter**	90 %
AUH	*Henvisningstid* *Udredningstid* *Samlet forløbstid*	**28 % ud af 169 patienter** **83 % ud af 151 patienter** **43 % ud af 35 patienter**	90 %
Regionsniveau	*Henvisningstid* *Udredningstid* *Samlet forløbstid*	**57 % ud af 629 patienter** **89 % ud af 533 patienter** **52 % ud af 48 patienter**	90 %
Målopfyldelse for forløbstider for kræft i mandlige kønsorganer (prostata, penis og testikel): Andel patienter, hvor forløbstid er overholdt			
		4. kvartal 2012	**Mål**
HE Horsens*	*Henvisningstid* *Udredningstid* *Samlet forløbstid*	**93 % ud ad 55 patienter** **96 % ud af 50 patienter** **25 % ud af 4 patienter**	90 %
RH Randers*	*Henvisningstid* *Udredningstid* *Samlet forløbstid*	**99 % ud af 108 patienter** **90 % ud af 98 patienter** **0 % ud af 4 patienter**	90 %
HE Vest	*Henvisningstid* *Udredningstid* *Samlet forløbstid*	**81 % ud af 136 patienter** **79 % ud af 131 patienter** **58 % ud af 24 patienter**	90 %
HE Midt	*Henvisningstid* *Udredningstid* *Samlet forløbstid*	**84 % ud af 140 patienter** **94 % ud af 127 patienter** **71 % ud af 7 patienter**	90 %
AUH	*Henvisningstid* *Udredningstid* *Samlet forløbstid*	**88 % ud af 109 patienter** **90 % ud af 105 patienter** **25 % ud af 24 patienter**	90 %
Regionsniveau	*Henvisningstid* *Udredningstid* *Samlet forløbstid*	**88 % ud af 543 patienter** **90 % ud af 497 patienter** **45 % ud af 44 patienter**	90 %

Datakilde: InfoRM 5. april 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 fratrukket patientønsket (men ikke lægefagligt begrundet) ventetid i beregning af målopfyldelse bortset fra ved HE Midt, der først får mulighed for dette ved overgang til MidtEPJ. Ændringer i monitoreringen af kræftpakkerne gør, at sammenligning med tidligere perioder 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. Ansvaret for disse pakkeforløb hører derfor under Århus Universitetshospital.

I efteråret 2012 blev der indført nye, nationale registreringer til kræftpakkerne, så i denne rapport er kun medtaget data for 4. kvartal 2012, da den nye monitorering ikke direkte kan sammenlignes med data før indførslen af de nye registreringer. Dette er de første data fra den nye kræftpakkemonitorering, og der følges op på resultaterne på dialogmøder med hospitalerne. Der er afholdt regional audit på det urologiske område d. 24. april 2013.

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 de to øvrige servicemål, ventetid til forundersøgelse og ventetid på akutklinikker/skadestuer, arbejdes der ligeledes på forbedret målopfyldelse, men her er der derudover et igangværende arbejde med registreringspraksis.

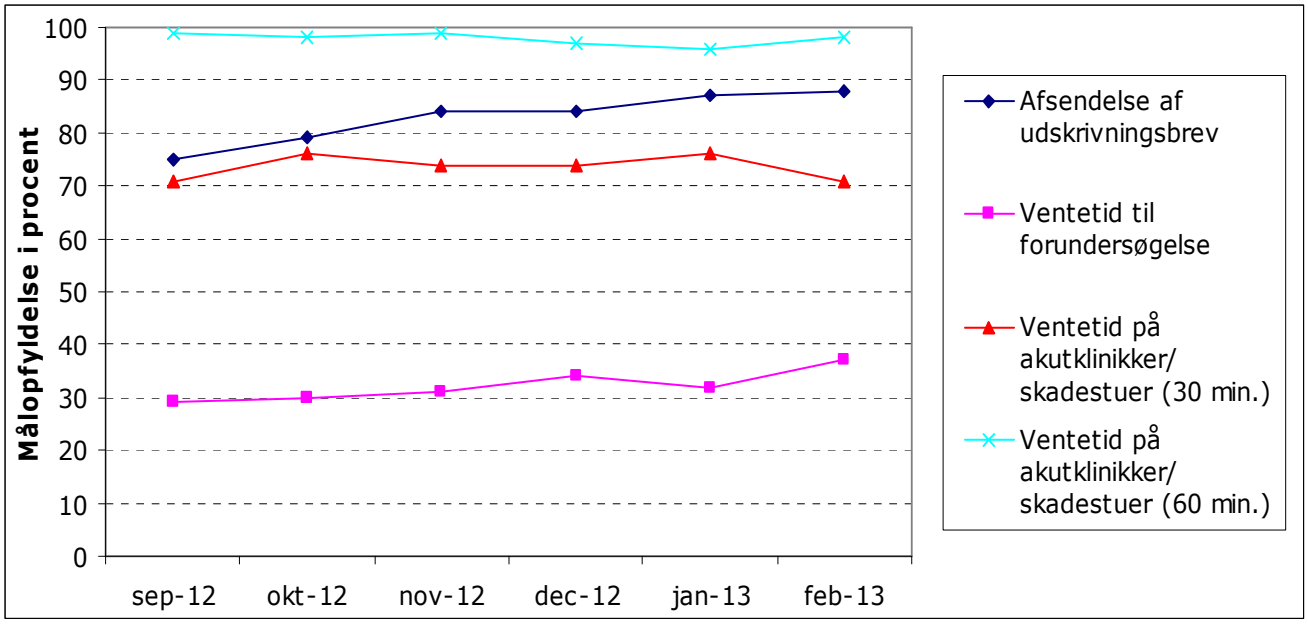
Tabel 2.a: Servicemål vedrørende hospitalerne

Servicemål		**December 2012 – Februar 2013**	September – November 2012	Juni – August 2012	**Mål**
Udskrivningsbrev afsendt senest 2 hverdage efter udskrivning	HE Horsens	**94 %**	87 %	67 %	**95 %**
	RH Randers	**83 %**	84 %	81 %	
	HE Vest	**85 %**	77 %	79 %	
	HE Midt	**90 %**	86 %	86 %	
	AUH*	**86 %**	73 %	64 %	
	Psykiatri**	**58 %**	57 %	58 %	
	Regionsniveau (ekskl. psykiatri)	**86 %**	79 %	73 %	
Ventetid til forundersøgelse (andel patienter, som maksimalt har ventet 2 uger fra henvisningsdato)	HE Horsens	**39 %**	31 %	29 %	**90 %**
	RH Randers	**37 %**	29 %	33 %	
	HE Vest	**40 %**	36 %	32 %	
	HE Midt***	**26 %**	23 %	21 %	
	AUH	**31 %**	31 %	28 %	
	Regionsniveau	**34 %**	30 %	28 %	

Ventetid på akutklinikker/skadestuer for enheder med krav om maksimal ventetid på 30 minutter	HE Horsens	**57 %**	56 %	57 %	**90 %**
	RH Randers	**65 %**	66 %	57 %	
	HE Vest	**73 %**	74 %	74 %	
	HE Midt***	**82 %**	87 %	88 %	
	AUH	**81 %**	80 %	71 %	
	Regionsniveau	**74 %**	74 %	68 %	
Ventetid på akutklinikker/ skadestuer for enheder med krav om maksimal ventetid på 60 minutter	RH Randers	**95 %**	97 %	99 %	**90 %**
	HE Vest	**99 %**	100 %	99 %	
	Regionsniveau	**97 %**	99 %	99 %	

Datakilde: InfoRM, 19. marts 2013 (undtaget HE Horsens, som har leveret egne data fra cetrea-tavler)
*Onkologisk Afdeling D er efter aftale ikke medtaget i opgørelserne for Aarhus Universitetshospital.
**Psykiatrien holdes i tabellen op mod somatikkens 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.
***For servicemålene vedrørende ventetid til forundersøgelse og ventetid på skadestuer/akutklinikker indgår kun data fra MidtEPJ. Data fra Viborg/Skive indgår således for nuværende ikke i disse servicemål.

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



Datakilde: InfoRM 19. marts

2.2 Kontaktpersonordningen

Opdaterede data vedrørende kontaktpersonordningen foreligger kun halvårligt, hvorfor der ikke er opdaterede data til rådighed før 2. kvartalsrapport 2013.

2.3 Servicemål vedrørende psykiatrien

Tabel 2.b: Servicemål for psykiatrien

Servicemål	**1. kvartal 2013**	4. kvartal 2012	3. kvartal 2012	2. kvartal 2012	**Mål**
Voksenpsykiatrien: Antal patienter ventet mere end 2 måneder på psykiatrisk behandling	**447**	392	493	521	**100 %**
Børne- og ungdomspsykiatri: Antal patienter ventet mere end 2 måneder på psykiatrisk udredning	**74**	53	146	221	**100 %**

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

I forhold til 4. kvartal 2012, er der pr. 28. februar 2013 55 personer flere, der har ventet i mere end to måneder på behandling i voksenpsykiatrien. Udviklingen i ventelisten skal ses i sammenhæng med, at der i de første 2 måneder af 2013 har været en betragtelig stigning i antal henvisninger i forhold til tidligere. For eksempel var det gennemsnitlige antal henvisninger til voksenpsykiatrien pr. måned i 2012 på 1330 patienter, mens der i jan.-febr. 2013 har været 1586 henvisninger pr. måned. Den samlede venteliste for voksenpsykiatrien er på 2009 patienter pr. 28. februar 2013, hvilket er en stigning på 405 i forhold til ultimo 4. kvartal 2012.

I børne- og ungdomspsykiatrien har 74 patienter pr. 28. februar 2013 ventet i mere end to måneder på psykiatrisk udredning. Dette er en stigning på 21 patienter i forhold til 4. kvartal 2012 efter et betragteligt fald i ventelisten gennem 2011 og 2012. Ventelistetallet skal desuden ses i forhold til, at der også i børne- og ungdomspsykiatrien har været en tilvækst i henvisningstallet med i gennemsnit 386 i de to første måneder i 2013 mod 314 i gennemsnit i 2012. Den samlede venteliste for børne- og ungdomspsykiatrien var pr. 28. februar på 592 patienter, hvilket er en stigning på 92 i forhold til ultimo 4. kvartal 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.

2.4 Servicemål vedrørende præhospitalet

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

Servicemål	Vedtaget mål i minutter	Kørselstid (minutter)			
		1. kvartal 2013	4. kvartal 2012	3. kvartal 2012	2. kvartal 2012
A-kørsler, livstruende	75 % er maks. 10 min.	**10,1 min.**	**10,1 min.**	**9,9 min.**	**9,8 min.**
	92 % er maks. 15 min.	**14,5 min.**	**14,4 min.**	**13,9 min.**	**13,9 min.**
	98 % er maks. 20 min.	**18,7 min.**	**18,2 min.**	**17,5 min.**	**18,0 min.**
B-kørsler, hastende men ikke livstruende	60 % er maks. 15 min.	**13,6 min.**	**13,3 min.**	**13,5 min.**	**13,8 min.**
	75 % er maks. 20 min.	**18,0 min.**	**17,3 min.**	**17,5 min.**	**17,7 min.**

Årets første tre måneder har været præget af sne og glatte veje i hele regionen med længere responstider til følge. Siden 1. december 2012 har det været et betydeligt antal dage, hvor ambulancernes fremkørsel har været hindret af sne og glatte vej med længere responstider til følge.

Tabel 2.d: Servicemål vedrørende præhospitalet: Siddende patienttransport

Servicemål: Siddende patienttransport	**1. kvartal 2013**	4. kvartal 2012	3. kvartal 2012	2. kvartal 2012
Afhentning og aflevering skal ske indenfor 1 times afvigelse fra det ønskede tidspunkt	**97,43%**	96,90%	97,43%	97,27%
For patienter, der køres til dialyse, skal afhentning og aflevering ske indenfor ½ times afvigelse fra det ønskede tidspunkt	**91,65%**	91,49%	91,91%	91,65%

Den siddende patientbefordring har i første kvartal 2013 haft en høj overholdelse af servicemålene.

2.5 Servicemål vedrørende praksissektoren

Tabel 2.e: Servicemål vedrørende praksissektoren

Servicemål for Regionens lægevagt	**1. kvartal 2013**	4. kvartal 2012	3. kvartal 2012	2. kvartal 2012	**Mål**
Ventetid i telefon maksimalt 5 minutter	**73 %**	75 %	80 %	83 %	**90 % inden for 5 min.**
Ventetid på konsultation efter ankomst til konsultationsstedet maksimalt 1 time	**79 %**	79 %	85 %	86 %	**90 % inden for 1 time**
Ventetid på hjemmebesøg maksimalt 3 timer	**92 %**	92 %	92 %	93 %	**90 % inden for 3 timer**

I 1. kvartal 2013 kom 73 % af patienterne til at tale med en vagtlæge inden for 5 minutter. Nære Sundhedstilbud er i færd med at undersøge mulighederne for at forbedre målopfyldelsen ved at gøre den daglige rapportering om servicemålet mere præcis. Desuden skal det undersøges, om alle visitatorer logger sig på straks vagten begynder, især på hverdage kl. 16. Efter akutaftalens ikrafttræden den 4. september 2012 er antallet af henvendelser til lægevagten vokset med ca. 100 kontakter på hverdage og ca. dobbelt så meget på weekender og helligdage. Stigningen i antallet af kontakter medvirker formentligt til at forklare, at servicemålet ikke opfyldes. Enkelte udfald i Trio call centret påvirker desuden i mindre omfang målopfyldelsen negativt.

I 1. kvartal 2013 blev 79 pct. af patienterne tilset af vagtlægen inden en time. Akutaftalens ikrafttræden har medført, at flere patienter behandles i lægevagtens konsultationer, hvilket må antages at påvirke servicemålet negativt. Nære Sundhedstilbud er i løbende dialog med vagtlægerne vedr. mulighederne for at forbedre målopfyldelsen. Den igangsatte evaluering af akutaftalens første halve år vil blive inddraget i dette arbejde.

I 3. kvartal 2012 fik 92 pct. af patienterne besøg af vagtlægen inden 3 timer, hvorfor dette servicemål er opfyldt.

3.1 Bilag: Resultater på kvalitetsindikatorer vedrørende apopleksi, akut mavetarm-kirurgi, fødsler og lungecancer

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

Apopleksi: Opfyldelse af kvalitetsindikatorer november 2012-januar 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	100 % (70/70)	96 % (242/252)	Mindst 90 %
Indikator 2: Andel af patienter med akut iskæmisk apopleksi uden atrieflimren, der sættes i trombocythæmmerbehandling senest på 2. indlæggelsesdag	95 % (37/39)	89 % (154/173)	Mindst 95 %
Indikator 3: Andel af patienter med akut iskæmisk apopleksi og atrieflimren, der sættes i antikoagulansbehandling senest 14 dage efter indlæggelsen	100 % (4/4)	100 % (22/22)	Mindst 95 %
Indikator 4: Andelen af patienter, der får udført CT/MR scanning på indlæggelsesdagen	96 % (67/70)	81 % (204/252)	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	96 % (52/54)	90 % (210/233)	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	96 % (54/56)	91 % (210/231)	Mindst 90 %
Indikator 7: Andel af patienter, der mobiliseres på indlæggelsesdagen	89 % (49/55)	88 % (180/205)	Mindst 80 %
Indikator 8: Andel af patienter, der får vurderet ernæringsrisiko senest 2. indlæggelsesdag	59 % (39/66)	84 % (182/217)	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	80 % (45/56)	88 % (196/223)	Mindst 80 %
Indikator 10: Andel af patienter, der vurderes med direkte synketest (vandtest med og uden fortykkelsesmiddel samt fast føde) på indlæggelsesdagen	72 % (36/50)	88 % (184/209)	Mindst 80 %
Indikator 11: Andel af patienter, der får foretaget ultralyd/CT-/MR-angiografi af halskar senest 4. indlæggelsesdag	91 % (41/45)	91 % (173/190)	Mindst 90 %
Indikator 12: Andel af patienter, som får gennemført karotisendarterektomi, hvor tiden fra indlæggelse til operation er højest 14 dage	-	-	Mindst 90 %
Indikator 13a: Andel af alle patienter med apopleksi som indlægges indenfor 3 timer efter symptomdebut	54 % (27/50)	32 % (37/117)	Mindst 30 %
Indikator 13 b: Andel af alle patienter med apopleksi som indlægges indenfor 4,5 time efter symptomdebut	58 % (29/50)	48 % (56/117)	Mindst 40 %
Indikator 14: Andel af patienter som bliver behandlet med trombolyse, hvor behandlingen er påbegyndt indenfor 1 time efter indlæggelse	57 % (4/7)	80 % (4/5)	Mindst 50 %
Indikator 15: Andel af patienter med akut iskæmisk apopleksi, der trombolyseres	18 % (10/55)	4 % (9/231)	Mindst 10 %
Indikator 16: Andel af patienter, der dør inden for 30 dage efter indlæggelse med apopleksi	10 % (7/70)	8 % (20/252)	Højst 15 %
Indikator 17: Andel af patienter med akut iskæmisk (+ uspecifik) apopleksi, der dør inden for 30 dage efter indlæggelse med apopleksi	7 % (4/56)	6 % (14/231)	Højst 12 %
Indikator 18: Andel af patienter med akut hæmorrhagisk apopleksi, der dør inden for 30 dage efter indlæggelse med apopleksi	21 % (3/14)	27 % (6/22)	Højst 40 %

Datakilde: Dansk Apopleksiregister. Data trukket fra InfoRM (opdateringsdato 12. marts 2013)

Akut kirurgi: Opfyldelse af kvalitetsindikatorer august 2012-januar 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	14 % (1/7)	50 % (3/6)	20 % (2/10)	25 % (1/4)	0 % (0/1)	Mindst 90 %
Indikator 2: Andelen af patienter, der gastroskoperes inden for 24 timer fra indlæggelsestidspunktet eller tidspunktet for beslutning om indgreb	95 % (61/64)	97 % (28/29)	80 % (35/44)	90 % (27/30)	70 % (14/20)	Mindst 85 %
Indikator 3: Andelen af patienter med pågående eller synlig blødning, kartut eller koagel, hos hvem der opnås primær hæmostase	96 % (26/27)	100 % (9/9)	100 % (31/31)	92 % (11/12)	100 % (3/3)	Mindst 90 %
Indikator 4: Andelen af patienter med behandlingskrævende reblødning inden for 5 døgn efter primær terapi	10 % (3/31)	0 % (0/11)	16 % (5/32)	0 % (0/17)	0 % (0/4)	Højst 15 %
Indikator 5: Andelen af patienter med reblødning, hvor der opnås endoskopisk hæmostase	86 % (6/7)	-	100 % (3/3)	100 % (2/2)	-	Mindst 75 %
Indikator 6: Andelen af patienter, der opereres for blødende ulcus	0 % (0/65)	0 % (0/29)	0 % (0/44)	3 % (1/30)	0 % (0/20)	Højst 10 %
Indikator 7: Andelen af patienter, der er testet for Helicobacter pylori under indlæggelsen eller planlagt testet efter udskrivelsen	74 % (48/65)	66 % (19/29)	89 % (39/44)	93 % (27/29)	90 % (18/20)	Mindst 90 %
Indikator 8: Andelen af patienter, der dør inden for 30 dage efter første indgreb	3 % (2/64)	0 % (0/29)	11 % (5/44)	13 % (4/30)	0 % (20/20)	Højst 10 %
Perforation						
Indikator 1: Andelen af patienter, der opereres inden for 6 timer fra indlæggelsestidspunktet eller tidspunktet for beslutning om indgreb	33 % (2/6)	33 % (2/6)	83 % (10/12)	33 % (2/6)	-	Mindst 75 %
Indikator 2: Andelen af patienter, der sættes i profylaktisk bredspektret antibiotisk behandling præoperativt	83 % (5/6)	100 % (8/8)	83 % (10/12)	86 % (6/7)	-	Mindst 95 %
Indikator 3: Andelen af patienter, der reopereres	0 % (0/6)	38 % (3/8)	33 % (4/12)	29 % (2/7)	-	Højst 10 %
Indikator 4: Andelen af patienter, der vejes 1 gang pr. døgn de 3 første postoperative døgn	100 % (6/6)	50 % (4/8)	83 % (10/12)	86 % (6/7)	-	Mindst 90 %
Indikator 5: Andelen af patienter, der får ført væskebalance dagligt de 3 første postoperative døgn	100 % (6/6)	100 % (8/8)	92 % (11/12)	71 % (5/7)	-	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 % (6/6)	100 % (8/8)	100 % (12/12)	86 % (6/7)	-	Mindst 90 %

Indikator 7: Andelen af patienter der er testet for Helicobacter pylori underindlæggelsen eller planlagt testet efter udskrivelsen	83 % (5/6)	25 % (2/8)	75 % (8/12)	57 % (4/7)	-	Mindst 90 %
Indikator 8: Andelen af patienter, der dør inden for 30 dage efter første indgreb	0 % (0/6)	13 % (1/8)	33 % (4/12)	14 % (1/7)	-	Højst 20 %

Datakilde: Akut Kirurgi Databasen. Data trukket fra InfoRM (opdateringsdato 12. marts 2013)

Fødsler: Opfyldelse af kvalitetsindikatorer november 2012-januar 2013

	AUH	HE Horsens	RH Randers	HE Midt	HE Vest	Standard
Indikator 1: Andelen af fødeepiduraler/fødespinaler, hvor anlæggelsen startes (procedurestart) indenfor en time fra epiduralen er bestilt ved anæstesiolog	94 % (160/174)	84 % (74/88)	85 % (101/119)	87 % (58/67)	88 % (140/160)	Mindst 95 %
Indikator 2: Andelen af fødende, der kontinuerligt har tilstedeværelse af fagpersonale på fødestuen i fødslens aktive fase, fraset korte pauser aftalt med den fødende	79 % (785/988)	87 % (299/343)	89 % (332/373)	96 % (415/433)	95 % (568/601)	Mindst 90 %
Indikator 3: Andelen af førstegangsfødende, der får svære bristninger af mellemkødet (grad III eller grad IV)	9 % (41/480)	4 % (6/137)	8 % (13/156)	6 % (10/172)	6 % (14/223)	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.	86 % (6/7)	100 % (3/3)	100 % (1/1)	100 % (1/1)	71 % (5/7)	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.	79 % (30/38)	89 % (17/19)	47 % (7/15)	55 % (6/11)	73 % (27/37)	Mindst 95 %
Indikator 5: Andelen af kvinder med målt blodtab ≥ 1000 ml indenfor 2 timer efter fødslen	7 % (73/1074)	5 % (16/354)	5 % (24/437)	6 % (32/499)	6 % (41/657)	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	96 % (867/905)	93 % (339/364)	95 % (403/423)	94 % (436/466)	98 % (574/586)	Mindst 90 %
Indikator 7: Andelen af børn, der fødes med svær hypoxi	0 % (5/1040)	0 % (0/397)	1 % (3/455)	1 % (4/535)	1 % (5/648)	Højst 1 %
Indikator 8: Andelen af førstegangsfødende der føder ukompliceret med fødsel af et raskt barn	69 % (296/430)	62 % (90/146)	61 % (95/156)	64 % (108/170)	54 % (129/237)	Mindst 60 %

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

Lungecancer: Opfyldelse af kvalitetsindikatorer oktober-december 2012

	AUH	RH Randers	HE Midt	HE Vest	Standard
Indikator 1a: Andel patienter, som overlever 1 år fra diagnosedato	-	-	-	-	Mindst 42 %
Indikator 1b: Andel patienter, som overlever 2 år fra diagnosedato	-	-	-	-	Mindst 22 %
Indikator 1c: Andel patienter, som overlever 5 år fra diagnosedato	-	-	-	-	Mindst 12 %
Indikator 2a: Andel patienter, som overlever 30 dage fra først registrerede operation	100 % (30/30)	-	-	-	Mindst 97 %
Indikator 2b: Andel patienter, som overlever 1 år fra først registrerede operation	-	-	-	-	Mindst 75 %
Indikator 2c: Andel patienter, som overlever 2 år fra først registrerede operation	-	-	-	-	Mindst 65 %
Indikator 2d: Andel patienter, som overlever 5 år fra først registrerede operation	-	-	-	-	Mindst 40 %
Indikator 3a1: Andel patienter opereret senest 42 dage efter påbegyndelse af det diagnostiske forløb – efter behandlende sygehus	40 % (10/25)	-	-	-	Mindst 85 %
Indikator 3a2: Andel patienter opereret senest 42 dage efter påbegyndelse af det diagnostiske forløb – efter udredende sygehus	67 % (8/12)	0 % (0/2)	29 % (2/7)	0 % (0/4)	Mindst 85 %
Indikator 3b1: Andel patienter påbegyndt onkologisk behandling senest 42 dage efter påbegyndelse af det diagnostiske forløb – efter behandlende sygehus	83 % (59/71)	-	-	95 % (21/22)	Mindst 85 %
Indikator 3b2: Andel patienter påbegyndt onkologisk behandling senest 42 dage efter påbegyndelse af det diagnostiske forløb – efter udredende sygehus	92 % (34/37)	89 % (16/18)	82 % (14/17)	80 % (16/20)	Mindst 85 %
Indikator 3c1: Andel patienter påbegyndt kemoterapi senest 42 dage efter påbegyndelse af det diagnostiske forløb – efter behandlende sygehus	88 % (23/26)	-	-	95 % (21/22)	Mindst 85 %
Indikator 3c2: Andel patienter påbegyndt kemoterapi senest 42 dage efter påbegyndelse af det diagnostiske forløb – efter udredende sygehus	92 % (12/13)	89 % (8/9)	92 % (11/12)	93 % (13/14)	Mindst 85 %
Indikator 3d1: Andel patienter påbegyndt stråleterapi senest 42 dage efter påbegyndelse af det diagnostiske forløb – efter behandlende sygehus	80 % (36/45)	-	-	-	Mindst 85 %
Indikator 3d2: Andel patienter påbegyndt stråleterapi senest 42 dage efter påbegyndelse af det diagnostiske forløb – efter udredende sygehus	92 % (22/24)	89 % (8/9)	60 % (3/5)	50 % (3/6)	Mindst 85 %
Indikator 3e1: Andel patienter påbegyndt stråle- og kemoterapi senest 42 dage efter påbegyndelse af det diagnostiske forløb – efter behandlende sygehus	-	-	-	-	Mindst 85 %
Indikator 3e2: Andel patienter påbegyndt stråle- og kemoterapi senest 42 dage efter påbegyndelse af det diagnostiske forløb – efter udredende sygehus	-	-	-	-	Mindst 85 %
Indikator 4: Andel patienter med overensstemmelse mellem cTNM og pTNM	100 % (12/12)	100 % (2/2)	86 % (6/7)	100 % (4/4)	Mindst 80 %
Indikator 5: Andel patienter med ikke småcellet lungecancer, hvor der er foretaget resektion	-	-	-	-	Mindst 20 %

Datakilde: Dansk Lungecancer Register. Data trukket fra InfoRM (opdateringsdato 31. december 2012).
Note: Kvalitetsindikatorerne vedrørende ventetid indeholder både fagligt relateret og patientrelateret ventetid. Det vil sige, at den passive ventetid, hvor patienter udredes for andre sygdomme m.v. eller selv har valgt at udskyde udredning/behandling, også indgår i opgørelserne som ventetid.