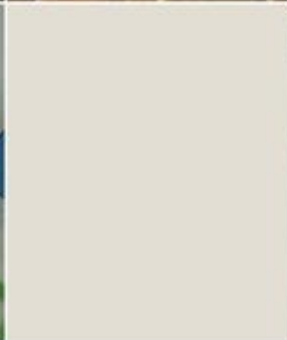




# Sundhedsoverblik

pr. 30. april 2014

## Kvalitet og servicemål



# Indholdsfortegnelse

|                                                                                           |           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>1. Sundhedsområdets kvalitetsmål.....</b>                                              | <b>3</b>  |
| 1.1 Kvalitetsmål vedrørende Patientsikkert Sygehus og forebyggelige genindlæggelser ..... | 3         |
| <b>Genindlæggelse efter operation .....</b>                                               | <b>4</b>  |
| <b>Dødsfald efter operation .....</b>                                                     | <b>5</b>  |
| <b>Dødsfald ved septisk chok .....</b>                                                    | <b>7</b>  |
| <b>Forebyggelige genindlæggelser .....</b>                                                | <b>8</b>  |
| 1.2 Kvalitetsmål vedrørende udvalgte sygdomsområder .....                                 | 10        |
| <b>Apopleksi (slagtilfælde) .....</b>                                                     | <b>10</b> |
| <b>Akut mave-tarmkirurgi .....</b>                                                        | <b>12</b> |
| <b>Fødsler .....</b>                                                                      | <b>13</b> |
| <b>Skizofreni .....</b>                                                                   | <b>13</b> |
| 1.3 Kvalitetsmål vedrørende kræftpakker .....                                             | 14        |
| <b>Urologisk kræft: Blære- og nyrekræft og kræft i mandlige kønsorganer .....</b>         | <b>14</b> |
| <b>Kræft i lunger .....</b>                                                               | <b>16</b> |
| 1.4 Kvalitetsmål vedrørende hospitalsstandardiserede mortalitetsrater .....               | 17        |
| 1.5 Kvalitetsmål vedrørende tvang i psykiatrien .....                                     | 19        |
| <b>2. Sundhedsområdets servicemål og kontaktpersonordning .....</b>                       | <b>20</b> |
| 2.1 Servicemål vedrørende hospitalerne .....                                              | 20        |
| 2.2 Kontaktpersonordningen .....                                                          | 25        |
| 2.3 Servicemål vedrørende psykiatrien .....                                               | 26        |
| 2.4 Servicemål vedrørende præhospitalet .....                                             | 27        |
| 2.5 Servicemål vedrørende praksissektoren .....                                           | 28        |
| <b>3. Bilag: Resultater vedrørende apopleksi og akut mave-tarmkirurgi .....</b>           | <b>30</b> |

# 1. Sundhedsområdets kvalitetsmål

I Budget 2014 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, sikker kirurgi og sepsis), forebyggelige genindlæggelser, udvalgte sygdomsområder (apopleksi, akut mave-tarmkirurgi, fødsler og skizofreni), kræftpakker (urologisk cancer og lungecancer), mortalitetsrater på hospitalerne, tvang i psykiatrien samt afsendelse af udskrivningsbreve. I tillæg til kvalitetsmålene afrapporteres i det følgende ligeledes på kontaktpersonordningen og servicemål vedrørende somatikken, psykiatrien, præhospitalet og praksissektoren.

## 1.1 Kvalitetsmål vedrørende Patientsikkert Sygehus og forebyggelige genindlæggelser

I Budget 2014 er inkluderet kvalitetsmål vedrørende indsatsen med Patientsikkert Sygehus. Nærmere bestemt drejer disse kvalitetsmål sig om reduktion af forekomsten af hospitalserhvervede tryksår, reduktion af dødsfald og genindlæggelser efter operation samt reduktion af dødeligheden ved septisk chok (alvorlig blodforgiftning). Derudover indgår i budgettet et kvalitetsmål vedrørende reduktion af forebyggelige genindlæggelser. Kort fortalt er målene som følger:

### Patientsikkert Sygehus

- Kirurgipakken
  - Dødsfald efter operation: Andelen af opererede patienter, som dør i forbindelse med det operative indgreb, skal reduceres med minimum 20 % ved udgangen af 2014.
  - Genindlæggelse efter operation: Andelen af opererede patienter, der genindlægges inden for 30 dage, skal reduceres med minimum 20 % ved udgangen af 2014.
- Tryksårspakken
  - Hospitalserhvervede tryksår: Andelen af patienter, der får tryksår under indlæggelsen, skal reduceres med minimum 50 % ved udgangen af 2014<sup>1</sup>.
- Sepsispakken

---

<sup>1</sup> Da der endnu ikke er fuldt tilgængelige og retvisende data vedrørende reduktion af tryksår, vil det være svært at sige noget meningsfuldt om opnåelse af målet om en 50 % reduktion ved udgangen af 2014. Der arbejdes på at forbedre adgangen til data og forbedre registreringspraksis.

- Dødelighed ved septisk chok: Andelen af patienter med septisk chok, som dør, skal reduceres med minimum 15 % ved udgangen af 2014.

### Forebyggelige genindlæggelser

- Andelen af indlæggelser, som efterfølges af en forebyggelig genindlæggelse, skal reduceres med minimum 20 % ved udgangen af 2014.

I det følgende vises resultaterne for kvalitetsmålene vedrørende Patientsikkert Sygehus og forebyggelige genindlæggelser. Monitoreringen af tryksår er dog foreløbigt udskudt, da der endnu ikke foreligger retvisende data fra MidtEPJ.

## Genindlæggelse efter operation

Som det fremgår af nedenstående tabel 1a og figur 1a kan der på regionsniveau endnu ikke spores nogen entydig udvikling hvad angår genindlæggelse efter operation. På hospitalsniveau er der ingen af hospitalerne, som for nuværende opfylder målet om en 20 % reduktion i andelen af genindlæggelser efter operation.

Både hospitaler og kommuner arbejder på at nedbringe forekomsten af genindlæggelser (se nærmere nedenfor under forebyggelige genindlæggelser).

**Tabel 1.a: Genindlæggelse efter operation. Resultater sep. 2013 – februar 2014**

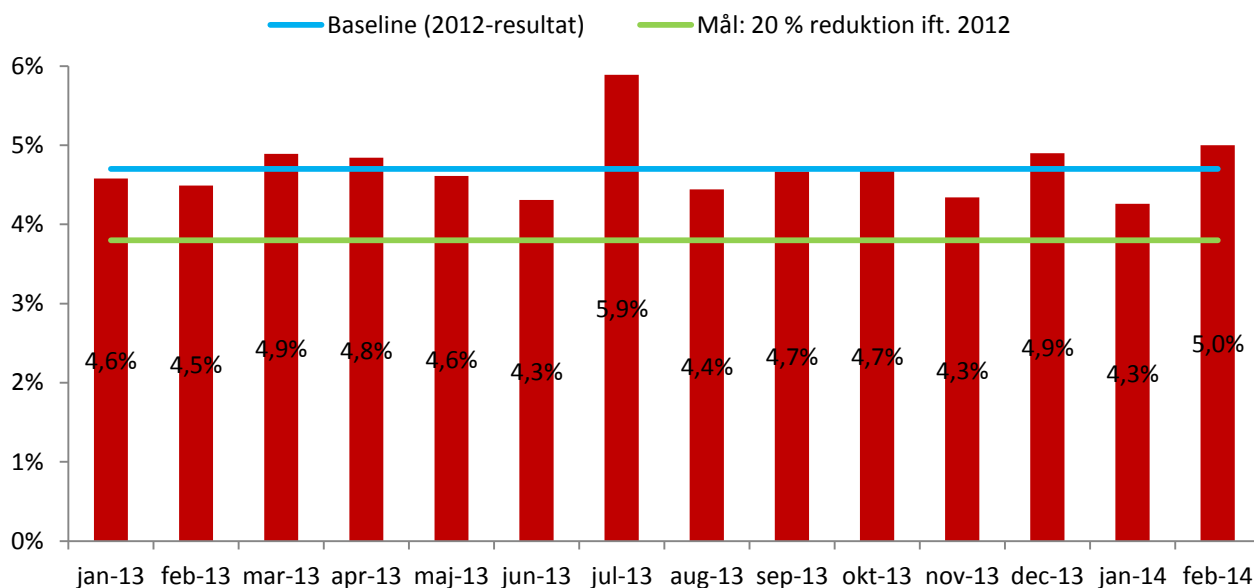
**Genindlæggelse efter operation:** Andelen af opererede patienter, som genindlægges inden for 30 dage.

*Mål: Reduktion på minimum 20 % i forhold til 2012*

|                   | Baseline<br>(2012-<br>resultat) | Resultat de seneste 6 måneder |                 |                |                |                |                 | Mål   |
|-------------------|---------------------------------|-------------------------------|-----------------|----------------|----------------|----------------|-----------------|-------|
|                   |                                 | Septem.<br>2013               | Oktober<br>2013 | Novem.<br>2013 | Decem.<br>2013 | Januar<br>2014 | Februar<br>2014 |       |
| <b>AUH</b>        | 5,0 %                           | 4,8 %                         | 5,2 %           | 4,3 %          | 5,0 %          | 4,4 %          | <b>5,5 %</b>    | 4,0 % |
| <b>HE Midt</b>    | 4,7 %                           | 4,5 %                         | 4,6 %           | 4,1 %          | 5,5 %          | 4,0 %          | <b>4,6 %</b>    | 3,8 % |
| <b>HE Horsens</b> | 3,7 %                           | 3,1 %                         | 4,3 %           | 4,9 %          | 4,5 %          | 3,7 %          | <b>4,7 %</b>    | 2,9 % |
| <b>HE Vest</b>    | 4,4 %                           | 5,0 %                         | 4,0 %           | 4,0 %          | 4,1 %          | 3,6 %          | <b>4,9 %</b>    | 3,5 % |
| <b>RH Randers</b> | 5,0 %                           | 5,4 %                         | 4,4 %           | 4,9 %          | 5,5 %          | 5,7 %          | <b>4,5 %</b>    | 4,0 % |
| <b>Total</b>      | 4,7 %                           | 4,7 %                         | 4,7 %           | 4,3 %          | 4,9 %          | 4,3 %          | <b>5,0 %</b>    | 3,8 % |

Datakilde: InfoRM 14. april 2014

**Figur 1.a: Genindlæggelse efter operation: Andel opererede patienter, som genindlægges inden for 30 dage. Regionsniveau januar 2013-februar 2014**



Datakilde: InfoRM 14. april 2014

## Dødsfald efter operation

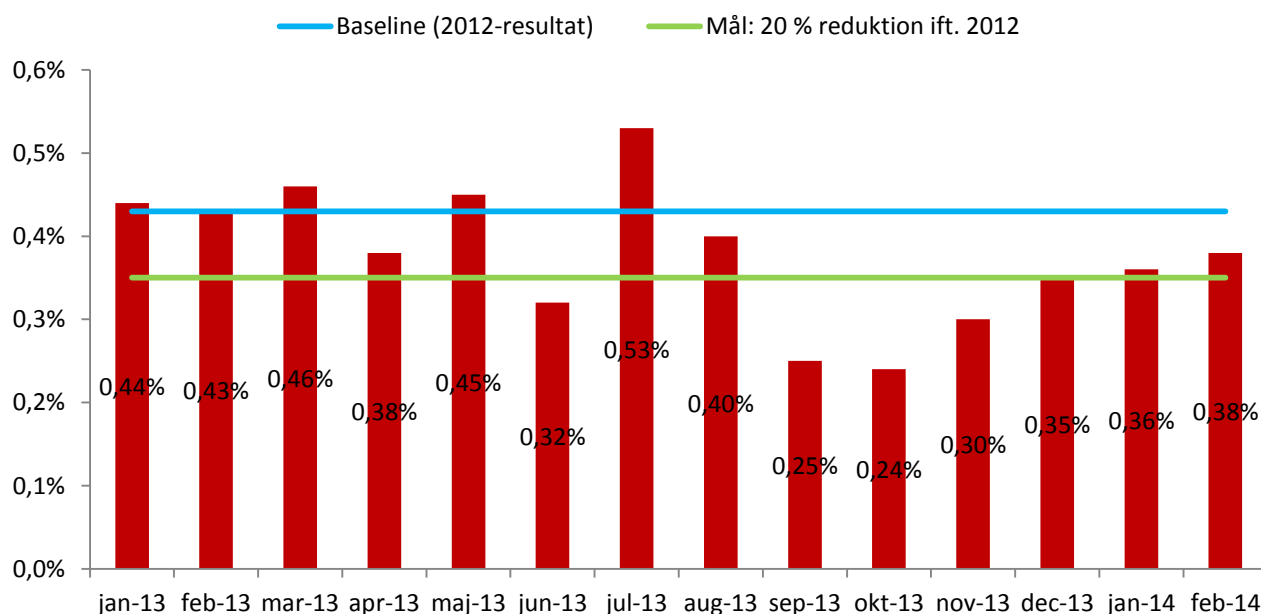
Den månedlige andel af opererede patienter, som dør under indlæggelsen, er svingende men i modsætning til genindlæggelser efter operation ses en nedadgående tendens sammenlignet med 2012-resultatet. Jævnfør tabel 1.b og figur 1.b har målet om en 20 % reduktion således været opfyldt i flere måneder i det seneste halve år, dog med en stigning de seneste måneder fra et meget lavt niveau.

Hvis det seneste halvår (september 2013 – februar 2014) sammenlignes med den tilsvarende periode året før (september 2012 – februar 2013), så er det gennemsnitlige antal dødsfald per måned faldet fra 62 dødsfald til 48 dødsfald. Dette fald er vel at mærke sket i en periode med en stigning på knap 5 % i antallet af operationer (der er gennemsnitligt over 15.000 relevante operationer per måned).

**Tabel 1.b: Dødsfald efter operation. Resultater sep. 2013 – februar 2014****Dødsfald efter operation:** Andelen af opererede patienter, som dør under indlæggelsen.**Mål:** Reduktion på minimum 20 % i forhold til 2012

|                   | Baseline<br>(2012-<br>resultat) | Resultat de seneste 6 måneder |                 |                |                |                |                 | Mål    |
|-------------------|---------------------------------|-------------------------------|-----------------|----------------|----------------|----------------|-----------------|--------|
|                   |                                 | Septem.<br>2013               | Oktober<br>2013 | Novem.<br>2013 | Decem.<br>2013 | Januar<br>2014 | Februar<br>2014 |        |
| <b>AUH</b>        | 0,44 %                          | 0,18 %                        | 0,29 %          | 0,29 %         | 0,25 %         | 0,39 %         | <b>0,32 %</b>   | 0,35 % |
| <b>HE Midt</b>    | 0,39 %                          | 0,23 %                        | 0,26 %          | 0,37 %         | 0,47 %         | 0,24 %         | <b>0,36 %</b>   | 0,32 % |
| <b>HE Horsens</b> | 0,32 %                          | 0,13 %                        | 0,13 %          | 0,39 %         | 0,33 %         | 0,55 %         | <b>0,28 %</b>   | 0,26 % |
| <b>HE Vest</b>    | 0,46 %                          | 0,26 %                        | 0,23 %          | 0,27 %         | 0,46 %         | 0,33 %         | <b>0,54 %</b>   | 0,36 % |
| <b>RH Randers</b> | 0,53 %                          | 0,62 %                        | 0,18 %          | 0,22 %         | 0,37 %         | 0,34 %         | <b>0,44 %</b>   | 0,43 % |
| <b>Total</b>      | 0,43 %                          | 0,25 %                        | 0,24 %          | 0,30 %         | 0,35 %         | 0,36 %         | <b>0,38 %</b>   | 0,35 % |

Datakilde: InfoRM 14. april 2014

**Figur 1.b: Dødsfald efter operation: Andelen af opererede patienter, som dør under indlæggelsen. Regionsniveau januar 2013-februar 2014.**

Datakilde: InfoRM 14. april 2014

## Dødsfald ved septisk chok

Som en del af arbejdet med projektet Patientsikkert Sygehus har Region Midtjylland et mål om at reducere dødeligheden ved septisk chok (alvorlig blodforgiftning) med 15 % sammenlignet med 2012-niveauet.

Det er et meget lavt antal patienter, som får septisk chok, hvorfor resultaterne nedenfor vises på kvartalsniveau i stedet for per måned. Der arbejdes fortsat med registreringspraksis på området, men for nuværende registreres gennemsnitligt ca. 100 indlæggelser med septisk chok per kvartal i hele regionen.

Som det fremgår af nedenstående tabel 1c og figur 1c, så svinger andelen af dødsfald ved septisk chok kraftigt over tid pga. det lave antal patienter. Målet om, at dødsfald efter septisk chok skal reduceres med 15 %, har i de seneste to kvartaler været opfyldt. Men pga. de meget svingende resultater kan der endnu ikke sige noget entydigt om udviklingen. På hospitalsniveau, hvor antallet af patienter per kvartal selvsagt er endnu lavere, ses ligeledes store resultatmæssige udsving både internt på hospitalsenhederne over tid og mellem hospitalsenhederne.

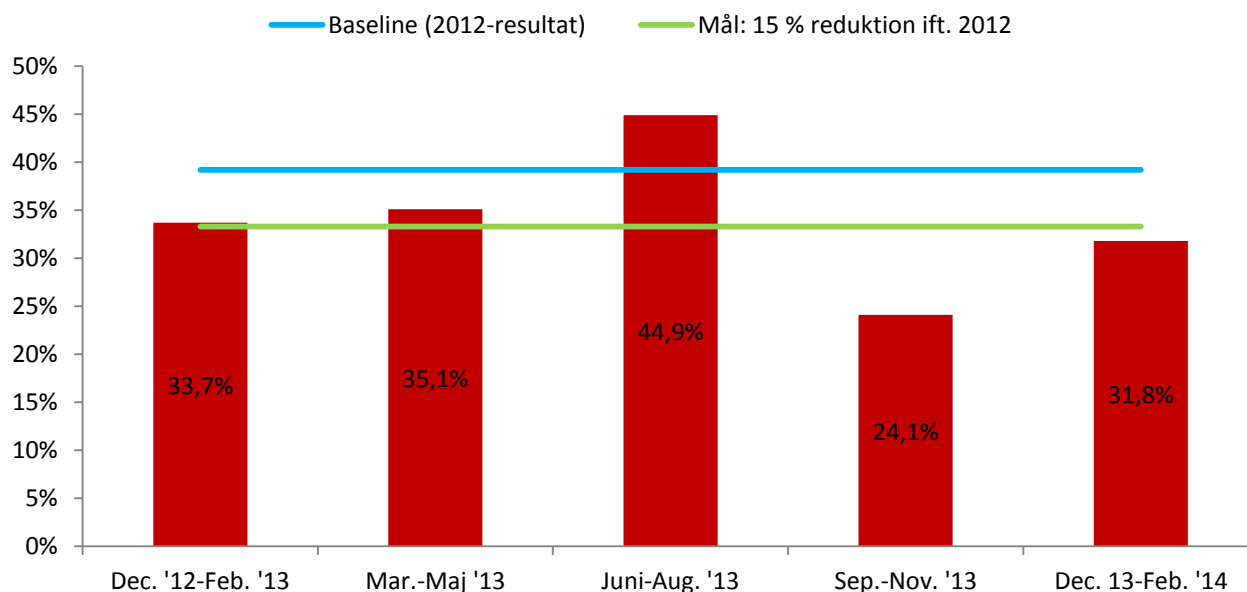
**Tabel 1.c: Dødsfald ved septisk chok. Resultater dec. 2012 – februar 2014**

**Dødsfald ved septisk chok:** Andelen af patienter med septisk chok, som dør.

**Mål:** Reduktion på minimum 15 % i forhold til 2012

|                   | Baseline<br>(2012-<br>resultat) | Resultat de seneste 5 kvartaler |                      |                       |                       |                       | Mål    |
|-------------------|---------------------------------|---------------------------------|----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|--------|
|                   |                                 | Dec. '12-<br>Feb. '13           | Mar. '13-<br>Maj '13 | Juni '13-<br>Aug. '13 | Sep. '13-<br>Nov. '13 | Dec. '13-<br>Feb. '14 |        |
| <b>AUH</b>        | 46,5 %                          | 35,3 %                          | 20,0 %               | 42,9 %                | 21,4 %                | <b>22,2 %</b>         | 39,5 % |
| <b>HE Midt</b>    | 37,0 %                          | 33,3 %                          | 47,1 %               | 20,0 %                | 50,0 %                | <b>46,1 %</b>         | 31,5 % |
| <b>HE Horsens</b> | 25,4 %                          | 25,0 %                          | (ingen<br>patienter) | 58,3 %                | 18,1 %                | <b>33,3 %</b>         | 21,6 % |
| <b>HE Vest</b>    | 65,5 %                          | 32,4 %                          | 39,5 %               | 39,3 %                | 28,1 %                | <b>44,4 %</b>         | 55,7 % |
| <b>RH Randers</b> | 36,0 %                          | 37,5 %                          | 31,8 %               | 56,3 %                | 16,7 %                | <b>17,6 %</b>         | 30,6 % |
| <b>Total</b>      | 39,2 %                          | 33,7 %                          | 35,1 %               | 44,9 %                | 24,1 %                | <b>31,8 %</b>         | 33,3 % |

Datakilde: InfoRM 14. april 2014

**Figur 1.c: Dødsfald ved septisk chok: Andelen af patienter med septisk chok, som dør. Regionsniveau december 2012-februar 2014**

Datakilde: InfoRM 14. april 2014

## Forebyggelige genindlæggelser

Forebyggelige genindlæggelser handler om ældre patienter, som senest 30 dage efter en indlæggelse med eksempelvis dehydrering, forstoppelse eller lungebetændelse, igen bliver indlagt (dog ikke nødvendigvis med samme diagnose). Genindlæggelsen kunne muligvis have været undgået, hvis hospitalets og/eller primærsektorens indsats havde været bedre.

Som det fremgår af nedenstående tabel 1.d og figur 1.d, så er forebyggelige genindlæggelser et område, hvor Region Midtjylland igennem en længere periode ikke har opnået kvalitetsmæssig fremgang. På regionsniveau ligger andelen rimeligt stabilt over tid på omkring 12-13 % og resultatet er stort set uændret sammenlignet med resultatet i 2012 (12,9 %). Der er således fortsat langt til målet om en reduktion på minimum 20 % i forhold til 2012-resultatet. I konkrete tal er der hver måned omkring 350 indlæggelser i regionen, som betegnes som forebyggelige genindlæggelser.

Da en del af problemstillingen med forebyggelige genindlæggelser ligger hos kommunerne, så samarbejder hospitalerne med kommunerne for at nedbringe antallet af genindlæggelser. Hospitalernes og kommunernes nuværende initiativer omfatter bl.a. gennemgang af patientjournaler med henblik på læring, patientinventering ("er patienten på rette sted?"), styrket indsats i forhold til opfølgende hjemmebesøg, telemedicinske løsninger til KOL-patienter og forbedret forebyggende opsporing af begyndende sygdom.

Selvom der jævnfør tabel 1.d er variation mellem hospitalsenhederne i niveauet og udviklingen i forebyggelige genindlæggelser, så har ingen af regionens fem somatiske hospitalsenheder for nuværende opfyldt målet om en reduktion på 20 % i andelen af forebyggelige genindlæggelser. Der er derfor på alle hospitalsenheder behov for at fortsætte arbejdet med at reducere de tilfælde, hvor ældre patienter må indlægges igen kort tid efter udskrivning.

**Tabel 1.d: Forebyggelige genindlæggelser. Resultater sep. 2013 – februar 2014**

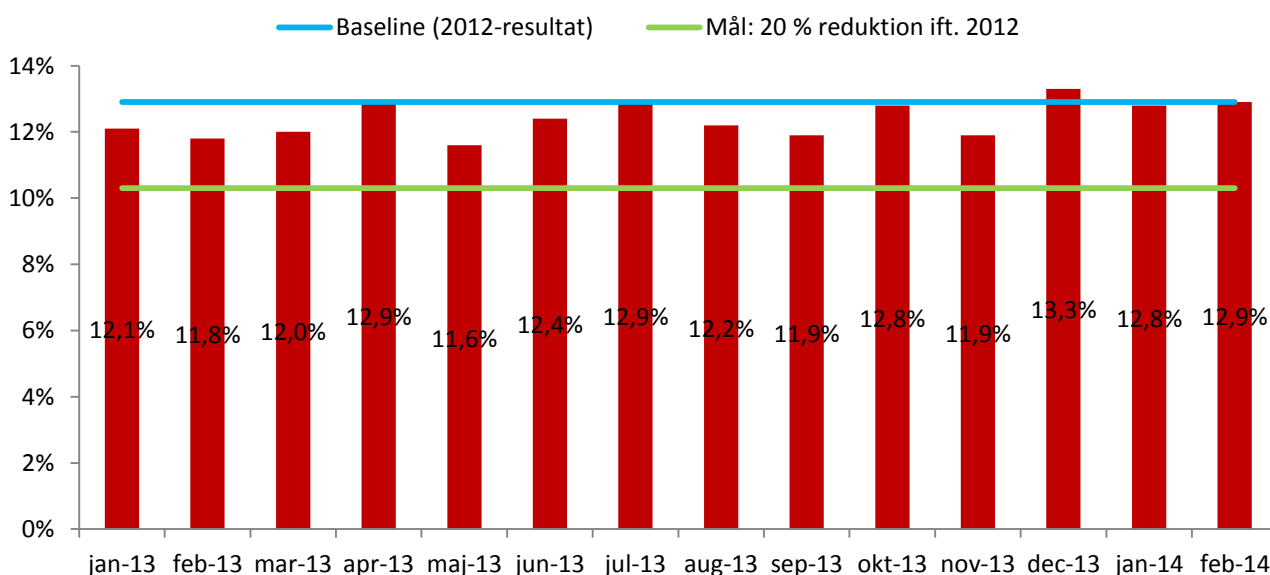
**Forebyggelige genindlæggelser:** Andel af indlæggelser, som efterfølges af en forebyggelig genindlæggelse.

**Mål:** Reduktion på minimum 20 % i forhold til 2012

|                   | Baseline<br>(2012-<br>resultat) | Resultat de seneste 6 måneder |                 |                |                |                |                 | Mål    |
|-------------------|---------------------------------|-------------------------------|-----------------|----------------|----------------|----------------|-----------------|--------|
|                   |                                 | Septem.<br>2013               | Oktober<br>2013 | Novem.<br>2013 | Decem.<br>2013 | Januar<br>2014 | Februar<br>2014 |        |
| <b>AUH</b>        | 11,3 %                          | 9,9 %                         | 11,1 %          | 8,8 %          | 11,8 %         | 10,8 %         | <b>10,5 %</b>   | 9,1 %  |
| <b>HE Midt</b>    | 15,1 %                          | 13,8 %                        | 15,2 %          | 14,0 %         | 16,3 %         | 14,0 %         | <b>17,4 %</b>   | 12,1 % |
| <b>HE Horsens</b> | 13,5 %                          | 12,8 %                        | 10,3 %          | 11,4 %         | 9,8 %          | 13,8 %         | <b>13,1 %</b>   | 10,8 % |
| <b>HE Vest</b>    | 14,0 %                          | 13,5 %                        | 13,7 %          | 14,6 %         | 14,9 %         | 11,9 %         | <b>12,6 %</b>   | 11,2 % |
| <b>RH Randers</b> | 11,3 %                          | 10,5 %                        | 14,4 %          | 12,6 %         | 13,5 %         | 15,0 %         | <b>12,9 %</b>   | 9,0 %  |
| <b>Total</b>      | 12,9 %                          | 11,9 %                        | 12,8 %          | 11,9 %         | 13,3 %         | 12,8 %         | <b>12,9 %</b>   | 10,3 % |

Datakilde: InfoRM 14. april 2014

**Figur 1.d: Forebyggelige genindlæggelser: Andelen af indlæggelser, som efterfølges af en forebyggelig genindlæggelse. Regionsniveau januar 2013-februar 2014**



Datakilde: InfoRM 14. april 2014

## 1.2 Kvalitetsmål vedrørende udvalgte sygdomsområder

På sygdomsområderne apopleksi (slagtilfælde), akut mave-tarmkirurgi, fødsler og skizofreni findes nationale kvalitetsdatabaser. Styregrupperne for de respektive kvalitetsdatabaser har (så vidt muligt på et evidensbaseret grundlag) opstillet kvalitetsindikatorer og tilhørende standarder. En standard lyder eksempelvis, at maksimalt 15 % af patienter med slagtilfælde må dø inden for 30 dage efter indlæggelse. I Budget 2014 er opstillet kvalitetsmål om, at alle disse standarder skal være opfyldt ved udgangen af 2014.

Der pågår indenfor alle de nævnte sygdomsområder et arbejde med realisering af målsætningen om fuld målopfyldelse. I det følgende vises resultaterne for de enkelte sygdomsområder, og der er kort beskrevet eksempler på indsatser indenfor sygdomsområdet.

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

---

### Apopleksi (slagtilfælde)

Som det fremgår af nedenstående tabel 1.e, så har målopfyldelsen på regionalt niveau ligget nogenlunde stabilt de seneste kvartaler, idet standarden er opfyldt på knap 90 % af kvalitetsindikatorerne. På hospitalsniveau skal det dog bemærkes, at AUH i løbet af det seneste år har opnået målopfyldelse på en øget andel af kvalitetsindikatorerne.

I figur 1.e nedenfor medtages resultaterne for en lidt længere tidsperiode (de seneste to år), og her fremgår det, at regionen sammenlignet med første halvdel af 2012 har forbedret behandlingen af apopleksi. Hvor det tidligere var omkring 60 % af kvalitetsindikatorernes standard, som var opfyldt, så har regionens resultat nu stabiliseret sig på knap 90 %. Derudover skal bemærkes, at de indikatorer, som endnu ikke er opfyldt, i de seneste opgørelser er meget tæt på at være opfyldt.

Den regionale neurologioplægning, som blev gennemført medio 2012, omhandlede bl.a. behandlingen af apopleksipatienter (slagtilfælde). Denne oplægning ser ud til at have bidraget til den positive udvikling. Derudover har de relevante afdelinger arbejdet med en række kvalitetsforbedrende initiativer, bl.a. gennemførelse af journalaudits på tværgående forløb (forløb som går på tværs af hospitalsenheder), afkortning af MR-scanningstider og ansættelse af flere neurovaskulære specialister.

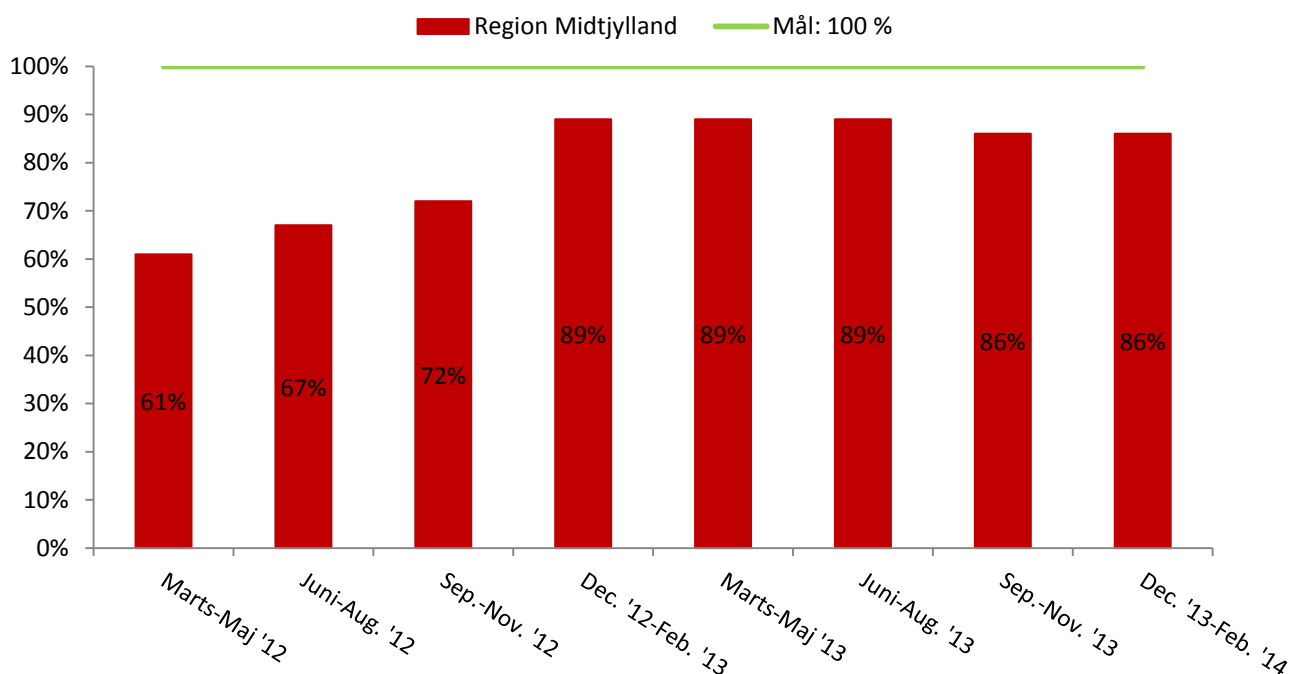
Kvalitetsforbedringen skal derudover ses i lyset af, at regionens to primære afdelinger for apopleksibehandling, Neurologisk Afdeling på AUH og Neurologisk Afdeling på HE Vest, har oplevet stærkt forøget aktivitet efter neurologioplægningen.

**Tabel 1.e: Apopleksi (slagtilfælde). Resultater dec. 2012 – februar 2014**

| <b>Apopleksi (slagtilfælde): Andel kvalitetsindikatorer, hvor standard er opfyldt.</b> |                                        |                             |                             |                             |                                    |                                                       |
|----------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| <b>Mål: 100 %, dvs. opfyldelse af standarden på alle indikatorer.</b>                  |                                        |                             |                             |                             |                                    |                                                       |
|                                                                                        | <b>Resultat de seneste 5 kvartaler</b> |                             |                             |                             |                                    | <b>Mål</b>                                            |
|                                                                                        | Dec. '12 – Feb. '13                    | Marts '13 – Maj '13         | Juni '13 – Aug. '13         | Sep. '13 – Nov. '13         | Dec. '13 – Feb. '14                |                                                       |
| <b>AUH (Neurologisk Afd.)</b>                                                          | 72 %<br>(13/18 indikatorer)            | 67 %<br>(12/18 indikatorer) | 72 %<br>(13/18 indikatorer) | 86 %<br>(19/22 indikatorer) | <b>86 %</b><br>(19/22 indikatorer) | 100 %<br>(opfyldelse af standard på alle indikatorer) |
| <b>HE Vest (Neurologisk Afd.)</b>                                                      | 89 %<br>(16/18 indikatorer)            | 83 %<br>(15/18 indikatorer) | 83 %<br>(15/18 indikatorer) | 86 %<br>(19/22 indikatorer) | <b>82 %</b><br>(18/22 indikatorer) |                                                       |
| <b>Total</b>                                                                           | 89 %<br>(16/18 indikatorer)            | 89 %<br>(16/18 indikatorer) | 89 %<br>(16/18 indikatorer) | 86 %<br>(19/22 indikatorer) | <b>86 %</b><br>(19/22 indikatorer) |                                                       |

Datakilde: InfoRM 21. april 2014 (opdateringsdato 20. marts 2014)

**Figur 1.e: Andelen af kvalitetsindikatorer vedrørende apopleksi, hvor den fastsatte kvalitetsstandard er opfyldt. Region Midtjylland marts 2012-februar 2014**



Datakilde: InfoRM 21. april 2014 (opdateringsdato 20. marts 2014)

## Akut mave-tarmkirurgi

Akut mave-tarmkirurgi omhandler behandlingen af blødende mavesår og perforeret mavesår/hul på mavesæk og tolvfingertarm. Da der er tale om et relativt lavt patientantal (ca. 600 patienter om året i hele regionen) er resultaterne i nedenstående tabel 1f vist for halvår. På trods af dette skal resultaterne, særligt på hospitalsniveau, tages med forbehold for et lavt patientantal.

Som det fremgår af tabel 1.f har regionens hospitalsenheder i varierende omfang stadig et stykke til målet om, at alle kvalitetsindikatorers standard er opfyldt. Ser man samlet på regionsniveau ses dog tegn på fremgang i målopfyldelsen.

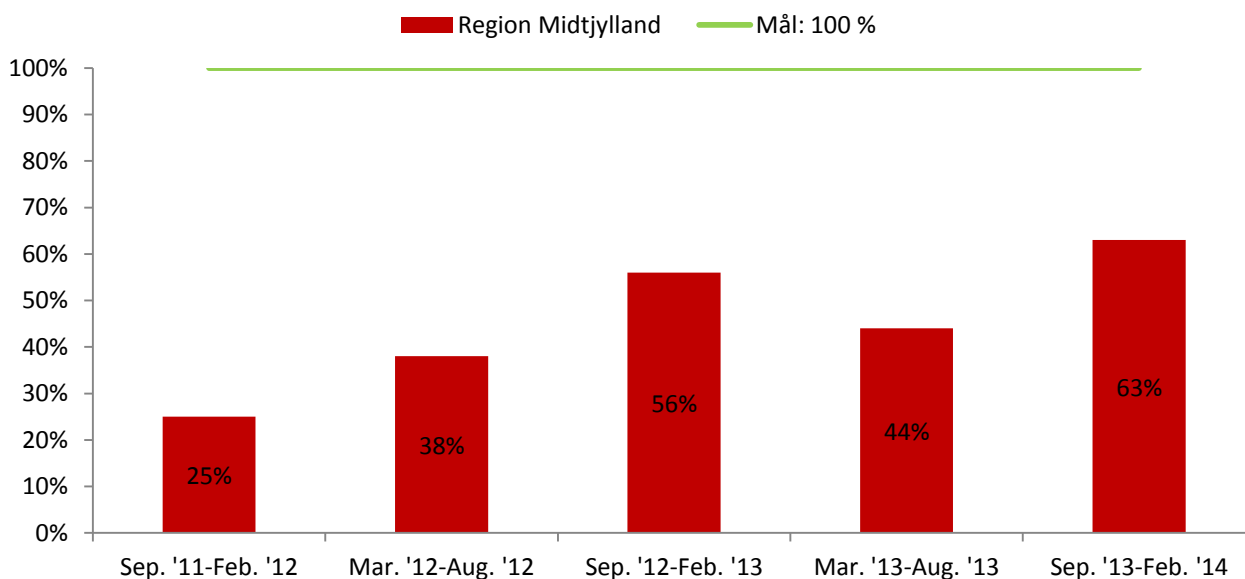
Arbejdet med at forbedre kvaliteten vedrørende akut mave-tarmkirurgi omfatter bl.a. et øget samarbejde mellem de relevante afdelinger, hvilket bl.a. vil sige kirurgiske afdelinger og akutafdelinger. I behandlingen af patienterne er tid ofte af afgørende betydning, og det er derfor vigtigt, at den akutte modtagelse og behandling af patienterne fungerer optimalt, og at samarbejdet mellem alle relevante afdelinger fungerer optimalt.

**Tabel 1.f: Akut mave-tarmkirurgi. Resultater marts 2012 – februar 2014**

| <b>Akut mave-tarmkirurgi: Andel kvalitetsindikatorer, hvor standard er opfyldt.</b> |                              |                             |                             |                                    |                                                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| <i>Mål: 100 %, dvs. opfyldelse af standarden på alle indikatorer.</i>               |                              |                             |                             |                                    |                                                       |
|                                                                                     | Resultat de seneste 4 halvår |                             |                             |                                    | Mål                                                   |
|                                                                                     | Marts '12 – August '12       | Sep. '12 – Feb. '13         | Marts '13 – August '13      | Sep. '13 – Feb. '14                |                                                       |
| <b>AUH</b>                                                                          | 75 %<br>(12/16 indikatorer)  | 69 %<br>(11/16 indikatorer) | 75 %<br>(12/16 indikatorer) | <b>69 %</b><br>(11/16 indikatorer) | 100 %<br>(opfyldelse af standard på alle indikatorer) |
| <b>HE Midt</b>                                                                      | 44 %<br>(7/16 indikatorer)   | 44 %<br>(7/16 indikatorer)  | 50 %<br>(8/16 indikatorer)  | <b>53 %</b><br>(8/15 indikatorer)  |                                                       |
| <b>HE Horsens</b>                                                                   | 69 %<br>(11/16 indikatorer)  | 63 %<br>(10/16 indikatorer) | 50 %<br>(8/16 indikatorer)  | <b>75 %</b><br>(12/16 indikatorer) |                                                       |
| <b>HE Vest</b>                                                                      | 38 %<br>(6/16 indikatorer)   | 31 %<br>(5/16 indikatorer)  | 38 %<br>(6/16 indikatorer)  | <b>47 %</b><br>(7/15 indikatorer)  |                                                       |
| <b>RH Randers</b>                                                                   | 75 %<br>(12/16 indikatorer)  | 44 %<br>(7/16 indikatorer)  | 69 %<br>(11/16 indikatorer) | <b>56 %</b><br>(9/16 indikatorer)  |                                                       |
| <b>Total</b>                                                                        | 38 %<br>(6/16 indikatorer)   | 56 %<br>(9/16 indikatorer)  | 44 %<br>(7/16 indikatorer)  | <b>63 %</b><br>(10/16 indikatorer) |                                                       |

Datakilde: InfoRM 21. april 2014 (opdateringsdato 24. marts 2014)

**Figur 1.f: Andelen af kvalitetsindikatorer vedrørende akut mave-tarmkirurgi, hvor den fastsatte kvalitetsstandard er opfyldt. Region Midtjylland sep. 2011-feb. 2014**



Datakilde: InfoRM 21. april 2014 (opdateringsdato 24. marts 2014)

## Fødsler

Der kan ikke i dette sundhedsoverblik vises resultater vedrørende fødsler, da Region Midtjyllands data vedrørende fødsler ikke er retvisende fra årsskiftet og fremefter. Pga. en forsinket opdatering af MidtEPJ er en stor del af regionens indberetninger til Landspatientregisteret (LPR) siden årsskiftet gået i fejl. Da kvalitetsdatabasen vedrørende fødsler trækker på LPR, kan data herfra ikke for nuværende anvendes til opfølgning.

Den nødvendige opdatering af MidtEPJ blev foretaget primo maj, hvorfor data vedrørende fødsler fremadrettet er retvisende igen. Der arbejdes derudover på at rette data bagudrettet. Det forventes, at data vedrørende fødsler igen kan indgå i det næste sundhedsoverblik til regionsrådet.

## Skizofreni

Pga. dataproblemer giver data fra den nationale Skizofreni Database for nuværende ikke et retvisende billede af behandlingen af patienter med skizofreni. Psykiatrien og administrationen i Region Midtjylland arbejder sammen med den nationale database for at løse dataproblemerne og genetablere adgangen til retvisende data vedrørende behandlingen af patienter med skizofreni.

### 1.3 Kvalitetsmål vedrørende kræftpakker

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

---

#### Urologisk kræft: Blære- og nyrekræft og kræft i mandlige kønsorganer

Inden for urologien, som omfatter både blære- og nyrekræft og kræft i mandlige kønsorganer (prostata, penis og testikel), er der kendte udfordringer i forhold til ventetiden for såvel patienter med mistanke om godartede som mistanke om ondartede urologiske sygdomme.

Som det fremgår af nedenstående tabel 1.g er der på regionsniveau endnu ikke målopfyldelse på forløbstiderne for blære- og nyrekræft, idet mindre end 90 % af patienterne kommer til inden for de fastsatte tider. Henvisningstiden og udredningstiden er på regionsniveau ikke langt fra de 90 %, mens den samlede forløbstid, trods tegn på fremgang, fortsat kun ligger lige over 50 %. På hospitalsniveau kan det bemærkes, at HE Midt som eneste hospitalsenhed har en målopfyldelse over 90 % på både henvisnings- og udredningstiden.

Resultaterne for kræft i mandlige kønsorganer er vist i tabel 1.h. I december 2013-februar 2014 har regionen en målopfyldelse på 96 % på henvisningstiden, 87 % på udredningstiden og 64 % på den samlede forløbstid. Ligesom ved blære- og nyrekræft er der altså fortsat langt til et resultat på minimum 90 % ved den samlede forløbstid. På hospitalsniveau har flere hospitaler et resultat over 90 % på udredningsperioden ved kræft i mandlige kønsorganer.

Der har igennem en periode været en stor stigning i antallet af patienter i de urologiske kræftpakker. For at imødegå urologiens kapacitetsudfordringer har en arbejdsgruppe på tværs af de tre urologiske afdelinger i regionen haft til opgave at optimere ressourceanvendelsen. De urologiske afdelinger har samtidig undersøgt mulighederne for at udvide aktiviteten ved tilførsel af ekstra midler. På et møde i maj tages der stilling til de fremsatte forslag til kapacitetsudvidelser og optimeringsinitiativer.

Regionsrådet vedtog den 26. januar 2014, at hæmaturipatienter (patienter med blod i urinen) fra Favrskov og Randers kommuner til og med juni måned 2014 henvises til Regionshospitalet Holstebro i stedet for Aarhus Universitetshospital. Initiativet har til formål at sikre hurtig

udredning af disse patienter, som kan have sygdomme, der kræver hurtig behandling, og at skaffe kapacitet til urologiske kræftpatienter på Aarhus Universitetshospital.

**Tabel 1.g: Forløbstider for blære- og nyrekræft. Resultater juni 2013 – februar 2014.**

| Forløbstider for blære- og nyrekræft: Andel patienter, hvor forløbstid er overholdt. |                          |                       |                       |                              |      |
|--------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-----------------------|-----------------------|------------------------------|------|
| Mål: Forløbstider overholdes for minimum 90 % af patienterne.                        |                          |                       |                       |                              |      |
| Enhed                                                                                |                          | Juni '13 – Aug. '13   | Sep. '13 – Nov. '13   | Dec. '13 – Feb. '14          | Mål  |
| <b>HE Vest</b>                                                                       | <i>Henvisningstid</i>    | 79 % af 185 patienter | 70 % af 245 patienter | <b>69 %</b> af 261 patienter | 90 % |
|                                                                                      | <i>Udredningstid</i>     | 91 % af 179 patienter | 82 % af 219 patienter | <b>77 %</b> af 235 patienter |      |
|                                                                                      | <i>Samlet forløbstid</i> | 56 % af 9 patienter   | 40 % af 10 patienter  | <b>10 %</b> af 10 patienter  |      |
| <b>HE Midt</b>                                                                       | <i>Henvisningstid</i>    | 88 % af 137 patienter | 97 % af 179 patienter | <b>92 %</b> af 169 patienter | 90 % |
|                                                                                      | <i>Udredningstid</i>     | 87 % af 131 patienter | 90 % af 182 patienter | <b>96 %</b> af 166 patienter |      |
|                                                                                      | <i>Samlet forløbstid</i> | 31 % af 13 patienter  | 90 % af 10 patienter  | <b>81 %</b> af 16 patienter  |      |
| <b>AUH (matrikel Skejby)</b>                                                         | <i>Henvisningstid</i>    | 75 % af 196 patienter | 87 % af 311 patienter | <b>82 %</b> af 261 patienter | 90 % |
|                                                                                      | <i>Udredningstid</i>     | 80 % af 254 patienter | 77 % af 342 patienter | <b>78 %</b> af 332 patienter |      |
|                                                                                      | <i>Samlet forløbstid</i> | 43 % af 58 patienter  | 52 % af 64 patienter  | <b>50 %</b> af 62 patienter  |      |
| <b>AUH (matrikel Horsens*)</b>                                                       | <i>Henvisningstid</i>    | 31 % af 77 patienter  | 53 % af 98 patienter  | <b>82 %</b> af 102 patienter | 90 % |
|                                                                                      | <i>Udredningstid</i>     | 89 % af 73 patienter  | 93 % af 94 patienter  | <b>85 %</b> af 100 patienter |      |
|                                                                                      | <i>Samlet forløbstid</i> | 20 % af 5 patienter   | 20 % af 5 patienter   | <b>25 %</b> af 4 patienter   |      |
| <b>AUH (matrikel Randers*)</b>                                                       | <i>Henvisningstid</i>    | 84 % af 104 patienter | 87 % af 132 patienter | <b>80 %</b> af 123 patienter | 90 % |
|                                                                                      | <i>Udredningstid</i>     | 83 % af 99 patienter  | 85 % af 115 patienter | <b>80 %</b> af 117 patienter |      |
|                                                                                      | <i>Samlet forløbstid</i> | 27 % af 11 patienter  | 38 % af 8 patienter   | <b>29 %</b> af 7 patienter   |      |
| <b>Regions-niveau</b>                                                                | <i>Henvisningstid</i>    | 76 % af 692 patienter | 81 % af 948 patienter | <b>80 %</b> af 903 patienter | 90 % |
|                                                                                      | <i>Udredningstid</i>     | 88 % af 676 patienter | 86 % af 885 patienter | <b>85 %</b> af 878 patienter |      |
|                                                                                      | <i>Samlet forløbstid</i> | 46 % af 63 patienter  | 56 % af 73 patienter  | <b>54 %</b> af 74 patienter  |      |

Datakilde: InfoRM 20. maj 2014

Summen af patienter på de enkelte matrikler er større end antallet på regionsniveau, da patientforløb, som går på tværs af matrikler, anføres under begge matrikler. Der er fratrasket patientønsket og lægefagligt begrundet ventetid i beregning af målopfyldelse.

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

**Tabel 1.h: Forløbstider for kræft i mandlige kønsorganer. Resultater juni 2013 – februar 2014**

| Forløbstider for kræft i mandlige kønsorganer (prostata, penis og testikel): Andel patienter, hvor forløbstid er overholdt. |                          |                       |                        |                              |      |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-----------------------|------------------------|------------------------------|------|
| Mål: Forløbstider overholdes for minimum 90 % af patienterne.                                                               |                          |                       |                        |                              |      |
| Enhed                                                                                                                       |                          | Juni '13 – Aug. '13   | Sep. '13 – Nov. '13    | Dec. '13 – Feb. '14          | Mål  |
| <b>HE Vest</b>                                                                                                              | <i>Henvisningstid</i>    | 92 % af 187 patienter | 87 % af 217 patienter  | <b>92 %</b> af 219 patienter | 90 % |
|                                                                                                                             | <i>Udredningstid</i>     | 86 % af 175 patienter | 80 % af 218 patienter  | <b>85 %</b> af 205 patienter |      |
|                                                                                                                             | <i>Samlet forløbstid</i> | 74 % af 27 patienter  | 66 % af 44 patienter   | <b>76 %</b> af 38 patienter  |      |
| <b>HE Midt</b>                                                                                                              | <i>Henvisningstid</i>    | 97 % af 92 patienter  | 94 % af 107 patienter  | <b>98 %</b> af 103 patienter | 90 % |
|                                                                                                                             | <i>Udredningstid</i>     | 92 % af 86 patienter  | 93 % af 103 patienter  | <b>94 %</b> af 104 patienter |      |
|                                                                                                                             | <i>Samlet forløbstid</i> | 82 % af 11 patienter  | 67 % af 9 patienter    | <b>71 %</b> af 7 patienter   |      |
| <b>AUH (matrikel Skejby)</b>                                                                                                | <i>Henvisningstid</i>    | 95 % af 133 patienter | 99 % af 242 patienter  | <b>96 %</b> af 250 patienter | 90 % |
|                                                                                                                             | <i>Udredningstid</i>     | 85 % af 155 patienter | 84 % af 257 patienter  | <b>85 %</b> af 266 patienter |      |
|                                                                                                                             | <i>Samlet forløbstid</i> | 59 % af 37 patienter  | 63 % af 62 patienter   | <b>62 %</b> af 61 patienter  |      |
| <b>AUH (matrikel Horsens*)</b>                                                                                              | <i>Henvisningstid</i>    | 100 % af 48 patienter | 97 % af 38 patienter   | <b>88 %</b> af 24 patienter  | 90 % |
|                                                                                                                             | <i>Udredningstid</i>     | 90 % af 50 patienter  | 78 % af 37 patienter   | <b>83 %</b> af 24 patienter  |      |
|                                                                                                                             | <i>Samlet forløbstid</i> | 60 % af 5 patienter   | 40 % af 5 patienter    | <b>50 %</b> af 2 patienter   |      |
| <b>AUH (matrikel Randers*)</b>                                                                                              | <i>Henvisningstid</i>    | 100 % af 76 patienter | 100 % af 108 patienter | <b>100%</b> af 135 patienter | 90 % |
|                                                                                                                             | <i>Udredningstid</i>     | 87 % af 78 patienter  | 89 % af 103 patienter  | <b>82 %</b> af 124 patienter |      |
|                                                                                                                             | <i>Samlet forløbstid</i> | 20 % af 5 patienter   | 67 % af 12 patienter   | <b>40 %</b> af 15 patienter  |      |
| <b>Regions-niveau</b>                                                                                                       | <i>Henvisningstid</i>    | 95 % af 534 patienter | 95 % af 710 patienter  | <b>96 %</b> af 726 patienter | 90 % |
|                                                                                                                             | <i>Udredningstid</i>     | 89 % af 518 patienter | 87 % af 677 patienter  | <b>87 %</b> af 682 patienter |      |
|                                                                                                                             | <i>Samlet forløbstid</i> | 67 % af 61 patienter  | 67 % af 91 patienter   | <b>64 %</b> af 89 patienter  |      |

Datakilde: InfoRM 20. maj 2014

Summen af patienter på de enkelte matrikler er større end antallet på regionsniveau, da patientforløb, som går på tværs af matrikler, anføres under begge matrikler. Der er fratrasket patientønsket og lægefagligt begrundet ventetid i beregning af målopfyldelse.

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

## Kræft i lunger

Jævnfør tabel 1.i er der, med få undtagelser, enten målopfyldelse eller næsten målopfyldelse på alle regionens hospitalsenheder vedrørende forløbstider for lungekræft. I modsætning til urologisk cancer nævnt ovenfor, så gælder dette også den samlede forløbstid, som på

regionsniveau ligger på 86 %. Flere hospitalsenheder har således i de seneste kvartaler vist fremgang i overholdelsen af den samlede forløbstid.

Patienter med kræft i lungerne er en patientgruppe, som ofte har meget komplekse forløb som følge af anden samtidig sygdom, og det er derfor til stadighed en udfordring at få udrett patienterne indenfor de vedtagne forløbstider. Området er derfor under fortsat fokus i 2014.

**Tabel 1.i: Forløbstider for kræft i lunger. Resultater juni 2013 – februar 2014**

| <b>Forløbstider for kræft i lunger: Andel patienter, hvor forløbstid er overholdt.</b> |                          |                       |                        |                              |      |
|----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-----------------------|------------------------|------------------------------|------|
| <b>Mål: Forløbstider overholdes for minimum 90 % af patienterne.</b>                   |                          |                       |                        |                              |      |
| Enhed                                                                                  |                          | Juni '13 – Aug. '13   | Sep. '13 – Nov. '13    | Dec. '13 – Feb. '14          | Mål  |
| <b>HE Vest</b>                                                                         | <i>Henvisningstid</i>    | 93 % af 151 patienter | 93 % af 159 patienter  | <b>85 %</b> af 165 patienter | 90 % |
|                                                                                        | <i>Udredningstid</i>     | 82 % af 140 patienter | 81 % af 130 patienter  | <b>79 %</b> af 153 patienter |      |
|                                                                                        | <i>Samlet forløbstid</i> | 82 % af 39 patienter  | 73 % af 52 patienter   | <b>74 %</b> af 46 patienter  |      |
| <b>HE Midt</b>                                                                         | <i>Henvisningstid</i>    | 96 % af 165 patienter | 96 % af 180 patienter  | <b>95 %</b> af 172 patienter | 90 % |
|                                                                                        | <i>Udredningstid</i>     | 84 % af 159 patienter | 88 % af 171 patienter  | <b>90 %</b> af 152 patienter |      |
|                                                                                        | <i>Samlet forløbstid</i> | 70 % af 27 patienter  | 82 % af 33 patienter   | <b>83 %</b> af 30 patienter  |      |
| <b>AUH</b>                                                                             | <i>Henvisningstid</i>    | 98 % af 284 patienter | 99 % af 376 patienter  | <b>94 %</b> af 331 patienter | 90 % |
|                                                                                        | <i>Udredningstid</i>     | 86 % af 312 patienter | 91 % af 401 patienter  | <b>89 %</b> af 370 patienter |      |
|                                                                                        | <i>Samlet forløbstid</i> | 78 % af 131 patienter | 87 % af 152 patienter  | <b>85 %</b> af 159 patienter |      |
| <b>RH Randers</b>                                                                      | <i>Henvisningstid</i>    | 98 % af 127 patienter | 100 % af 135 patienter | <b>94 %</b> af 132 patienter | 90 % |
|                                                                                        | <i>Udredningstid</i>     | 82 % af 125 patienter | 86 % af 122 patienter  | <b>81 %</b> af 118 patienter |      |
|                                                                                        | <i>Samlet forløbstid</i> | 69 % af 32 patienter  | 88 % af 34 patienter   | <b>86 %</b> af 35 patienter  |      |
| <b>Regions-niveau</b>                                                                  | <i>Henvisningstid</i>    | 96 % af 727 patienter | 98 % af 850 patienter  | <b>93 %</b> af 799 patienter | 90 % |
|                                                                                        | <i>Udredningstid</i>     | 86 % af 691 patienter | 90 % af 781 patienter  | <b>88 %</b> af 749 patienter |      |
|                                                                                        | <i>Samlet forløbstid</i> | 79 % af 151 patienter | 86 % af 179 patienter  | <b>86 %</b> af 176 patienter |      |

Datakilde: InfoRM 20. maj 2014

Summen af patienter på de enkelte matrikler er større end antallet på regionsniveau, da patientforløb, som går på tværs af matrikler, anføres under begge matrikler. Der er fratrasket patientønsket og lægefagligt begrundet ventetid i beregning af målopfyldelse.

## 1.4 Kvalitetsmål vedrørende hospitalsstandardiserede mortalitetsrater

Hospitalsstandardiserede mortalitetsrater (HSMR) er en måde at opgøre, om antallet af dødsfald på de enkelte hospitalsenheder og i regionen som helhed svarer til det "forventede" antal dødsfald. Ved at se på bl.a. hvilke diagnoser og alderssammensætning det pågældende hospitals patienter har, kan man beregne, hvor mange dødsfald hospitalet kan forventes at

have. Hvis hospitalet har et HSMR over 100, så er antallet af dødsfald over det forventede, mens et HSMR under 100 betyder, at antallet af dødsfald er under det forventede.

Det er helt centralt, at HSMR *ikke* kan sammenlignes på tværs af hospitalsenheder, da forskelle i bl.a. hospitalernes patientsammensætning gør hospitalernes tal usammenlignelige. Man kan derimod forholde sig til udviklingen på det enkelte hospital (dvs. sammenligne hospitalet med sig selv over tid).

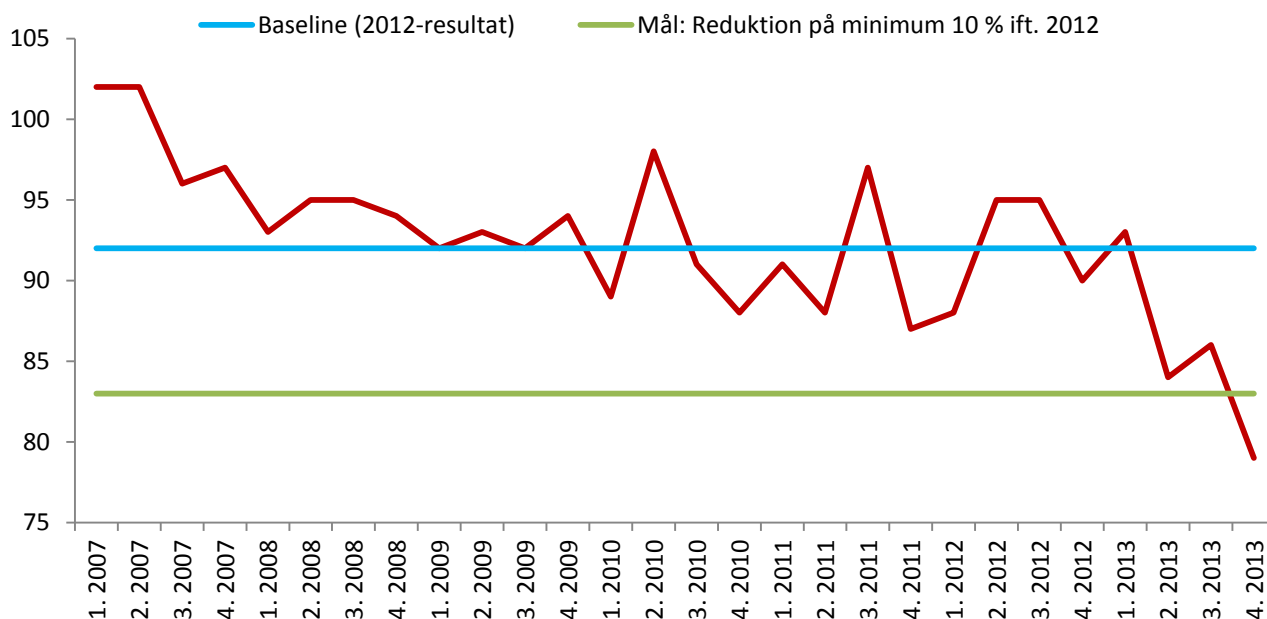
Som det fremgår af nedenstående tabel 1.j og figur 1.g, så ses der på regionens fem hospitalsenheder og i Region Midtjylland som helhed en tendens til faldende HSMR (om end med udsving fra kvartal til kvartal). I 2012 var regionens HSMR 92, mens 4. kvartal 2013 (den seneste opgørelse) viser et HSMR på 79. I 4. kvartal 2013 havde regionen således godt 20 % færre dødsfald end forventeligt, hvilket svarer til mere end 270 dødsfald færre end det forventelige antal dødsfald. Det skal dog bemærkes, at beregningen af HSMR er påvirkelig overfor organisatoriske og registreringsmæssige ændringer, hvorfor en del af forskellen på den reelle og forventede dødelighed formentlig skal tilskrives organisatoriske og registreringsmæssige ændringer. Af samme årsag skal en del af udsvingene på hospitalsniveau også tolkes med forsigtighed (eksempelvis Randers' meget markante udsving med tidligere meget høje HSMR-tal).

Både regionen som helhed og flere hospitalsenheder har i kraft af de store reduktioner i HSMR de seneste kvartaler allerede nået kvalitetsmålet om en reduktion i HSMR på 10 %.

**Tabel 1.j: Hospitalsstandardiserede mortalitetsrater (HSMR). Resultater 3. kvartal 2012 – 4. kvartal 2013.**

| Hospitalsstandardiserede mortalitetsrater (HSMR): Antallet af dødsfald på hospitalerne sammenlignet med det forventede antal dødsfald. |                          |                                 |                 |                 |                 |                 |                 |     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|---------------------------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----|
| Mål: Reduktion på minimum 20 % inden udgangen af 2015 (sammenlignet med 2012).                                                         |                          |                                 |                 |                 |                 |                 |                 |     |
|                                                                                                                                        | Baseline (2012-resultat) | Resultat de seneste 6 kvartaler |                 |                 |                 |                 |                 | Mål |
|                                                                                                                                        |                          | 3. kvartal 2012                 | 4. kvartal 2012 | 1. kvartal 2013 | 2. kvartal 2013 | 3. kvartal 2013 | 4. kvartal 2013 |     |
| <b>AUH</b>                                                                                                                             | 88                       | 92                              | 84              | 79              | 79              | 77              | <b>74</b>       | 79  |
| <b>HE Midt</b>                                                                                                                         | 81 <sup>1)</sup>         | -                               | 81              | 86              | 85              | 81              | <b>78</b>       | 72  |
| <b>HE Horsens</b>                                                                                                                      | 93                       | 94                              | 88              | 98              | 93              | 100             | <b>87</b>       | 84  |
| <b>HE Vest</b>                                                                                                                         | 92                       | 91                              | 99              | 95              | 85              | 88              | <b>82</b>       | 83  |
| <b>RH Randers</b>                                                                                                                      | 111                      | 116                             | 112             | 140             | 98              | 107             | <b>87</b>       | 100 |
| <b>Total</b>                                                                                                                           | 92                       | 95                              | 90              | 93              | 84              | 86              | <b>79</b>       | 83  |

Note 1) Pga. sammenlægningen af RH Viborg og RH Silkeborg til HE Midt er der først HSMR-tal fra og med 4. kvartal 2012 for HE Midt. HE Midts baseline er derfor udelukkende baseret på 4. kvartal 2012.

**Figur 1.g: Hospitalsstandardiserede mortalitetsrater. Regionsniveau 1. kvartal 2007 - 4. kvartal 2013**

Datakilde: HSMR-tal leveret af Klinisk Epidemiologisk Afdeling.

## 1.5 Kvalitetsmål vedrørende tvang i psykiatrien

Psykiatrien i Region Midtjylland deltog indtil udgangen af 2013 i et projekt igangsat af Danske Regioner, hvor målet var at reducere bestemte typer af tvang. Som udspring af dette er der indsat et kvalitetsmål vedrørende tvang i Budget 2014. Kvalitetsmålet lyder, at anvendelsen af fastholdelser og bæltefiksering samt varigheden af bæltefiksering skal reduceres med minimum 20 % inden udgangen af 2014. Reduktionen på 20 % skal ses i forhold til anvendelsen af tvang i 2012, og reduktionen skal ske, uden at anvendelsen af beroligende medicin stiger.

Med de nuværende regionale mål kan der jævnfør tabel 1.k endnu ikke ses en entydig udvikling i brugen af fastholdelser. Vurderet ud fra resultaterne i 1. kvartal 2014 kan der derimod ses tegn på fald i antallet og varigheden af bæltefikseringer, men det er endnu for tidligt at sige noget sikkert om udviklingen. Det samme gør sig gældende for brugen af beroligende medicin.

Det fremgår af finanslovsaftalen for 2014, at anvendelsen af tvang i psykiatrien skal reduceres med minimum 50 % frem mod 2020. Der findes mange forskellige tvangstyper og der pågår for øjeblikket et arbejde med at operationalisere den nationale målsætning i et eller flere konkrete nationale mål. Når de nationale mål vedrørende reduktion af tvang foreligger, så kan der blive set på behovet for at bringe overensstemmelse mellem Region Midtjyllands mål og de nationale mål.

**Tabel 1.k: Tvang i psykiatrien. Resultater 1. kvartal 2013 – 1. kvartal 2014.**

| <b>Tvang i psykiatrien: Fastholdelse, bæltefiksering og beroligende medicin</b>                                                                                                                                                                           |                                                                 |                                         |                                         |                                         |                                         |                                                |                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|-----------------------------------------|-----------------------------------------|-----------------------------------------|------------------------------------------------|-------------------------|
| <b>Mål: Anvendelsen af fastholdelser og bæltefiksering og varigheden af bæltefiksering skal reduceres minimum 20 % inden udgangen af 2014 (sammenlignet med 2012). Anvendelsen af beroligende medicin må samtidig ikke stige (sammenlignet med 2012).</b> |                                                                 |                                         |                                         |                                         |                                         |                                                |                         |
|                                                                                                                                                                                                                                                           | <b>Baseline<br/>(2012-<br/>resultat)</b>                        | <b>Resultat de seneste 5 kvartaler</b>  |                                         |                                         |                                         |                                                | <b>Mål</b>              |
|                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                 | 1. kvartal<br>2013                      | 2. kvartal<br>2013                      | 3. kvartal<br>2013                      | 4. kvartal<br>2013                      | 1. kvartal<br>2014                             |                         |
| <b>Antal patienter udsat for fastholdelse (I parentes antal fastholdelser)</b>                                                                                                                                                                            | 56 patienter per kvartal<br>(136 fastholdelser per kvartal)     | 48 patienter<br>(173 fastholdelser)     | 60 patienter<br>(122 fastholdelser)     | 67 patienter<br>(144 fastholdelser)     | 59 patienter<br>(122 fastholdelser)     | <b>64 patienter</b><br>(178 fastholdelser)     | Maksimalt 44 patienter  |
| <b>Antal patienter udsat for bæltefiksering (I parentes antal bæltefikseringer)</b>                                                                                                                                                                       | 135 patienter per kvartal<br>(378 bæltefikseringer per kvartal) | 134 patienter<br>(529 bæltefikseringer) | 132 patienter<br>(418 bæltefikseringer) | 182 patienter<br>(554 bæltefikseringer) | 158 patienter<br>(604 bæltefikseringer) | <b>122 patienter</b><br>(366 bæltefikseringer) | Maksimalt 108 patienter |
| <b>Gennemsnitlig varighed af bæltefikseringer<sup>1)</sup></b>                                                                                                                                                                                            | 25,8 timer                                                      | 23,3 timer                              | 27,3 timer                              | 21,2 timer                              | 22,1 timer                              | <b>21,1 timer</b>                              | Maksimalt 20,6 timer    |
| <b>Antal patienter, som har fået beroligende medicin (I parentes antal tilfælde med brug af beroligende medicin)</b>                                                                                                                                      | 118 patienter per kvartal<br>(350 tilfælde per kvartal)         | 123 patienter<br>(502 tilfælde)         | 140 patienter<br>(440 tilfælde)         | 151 patienter<br>(402 tilfælde)         | 153 patienter<br>(381 tilfælde)         | <b>100 patienter</b><br><b>(270 tilfælde)</b>  | Maksimalt 118 patienter |

Datakilde: InfoRM 20. maj 2014

Note 1) Den gennemsnitlige varighed af bæltefiksering er udelukkende baseret på afsluttede bæltefikseringer.

## 2. Sundhedsområdets servicemål og kontaktpersonordning

I tillæg til kvalitetsmålene har regionsrådet vedtaget servicemål gældende for hospitalerne, psykiatrien, præhospitalet og praksissektoren. I det følgende vises resultater på disse servicemål samt kontaktpersonordningen.

### 2.1 Servicemål vedrørende hospitalerne

For nuværende er der etableret monitorering af tre af regionens servicemål for hospitalerne. 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 direktionen.

For servicemålet vedrørende afsendelse af udskrivningsbreve har der igennem en længere periode foregået en stor indsats på hospitalerne med henblik på at fremskynde afsendelsen af udskrivningsbrevene. Som det fremgår af nedenstående tabel 2.a og figur 2.a, har resultatet

stabiliseret sig få procentpoint fra målet om, at minimum 95 % af udskrivningsbrevene afsendes senest 2 hverdage efter udskrivning; dette kan ses i forhold til resultatet i 2012 på 75 %. Det kan særligt bemærkes, at psykiatrien i løbet af det seneste år har forbedret resultatet fra et stabilt niveau omkring 60 % til et stabilt niveau omkring 90 %.

**Tabel 2.a: Afsendelse af udskrivningsbreve. Resultater oktober 2013–marts 2014.**

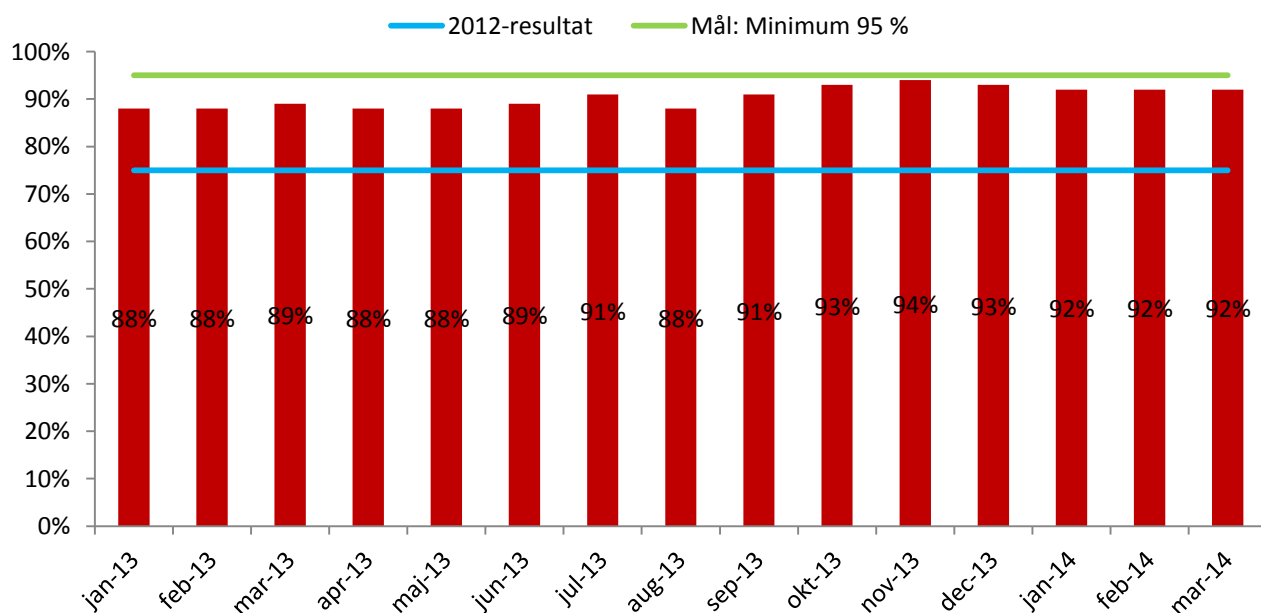
| <b>Afsendelse af udskrivningsbreve (epikriser): Andelen af udskrivningsbreve afsendt senest 2 hverdage efter udskrivelse.</b> |                               |          |          |          |          |             |                  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|----------|----------|----------|----------|-------------|------------------|
| <b>Mål: Minimum 95 % af udskrivningsbrevene afsendes senest 2 hverdage efter udskrivelse.</b>                                 |                               |          |          |          |          |             |                  |
| Hospitalsenhed                                                                                                                | Resultat de seneste 6 måneder |          |          |          |          |             | Mål              |
|                                                                                                                               | Okt. '13                      | Nov. '13 | Dec. '13 | Jan. '14 | Feb. '14 | Marts '14   |                  |
| <b>AUH<sup>1)</sup></b>                                                                                                       | 94 %                          | 94 %     | 94 %     | 93 %     | 92 %     | <b>90 %</b> | 95 %             |
| <b>HE Midt</b>                                                                                                                | 90 %                          | 94 %     | 93 %     | 84 %     | 92 %     | <b>96 %</b> | 95 %             |
| <b>HE Horsens</b>                                                                                                             | 95 %                          | 95 %     | 95 %     | 95 %     | 95 %     | <b>92 %</b> | 95 %             |
| <b>HE Vest</b>                                                                                                                | 94 %                          | 94 %     | 92 %     | 92 %     | 90 %     | <b>92 %</b> | 95 %             |
| <b>RH Randers</b>                                                                                                             | 92 %                          | 91 %     | 91 %     | 92 %     | 89 %     | <b>88 %</b> | 95 %             |
| <b>Psykiatri<sup>2)</sup></b>                                                                                                 | 88 %                          | 85 %     | 87 %     | 89 %     | 88 %     | <b>91 %</b> | Mål ikke fastsat |
| <b>Region Midtjylland (ekskl. psykiatri)</b>                                                                                  | 93 %                          | 94 %     | 93 %     | 92 %     | 92 %     | <b>92 %</b> | 95 %             |

Datakilde: InfoRM, 16. april 2014

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

2) I Budget 2014 er der ikke fastsat en målsætning for psykiatriens afsendelse af epikriser.

**Figur 2.a: Andel udskrivningsbreve afsendt senest 2 hverdage efter udskrivning. Regionsniveau jan. 2013 – marts 2014**



Datakilde: InfoRM, 16. april 2014

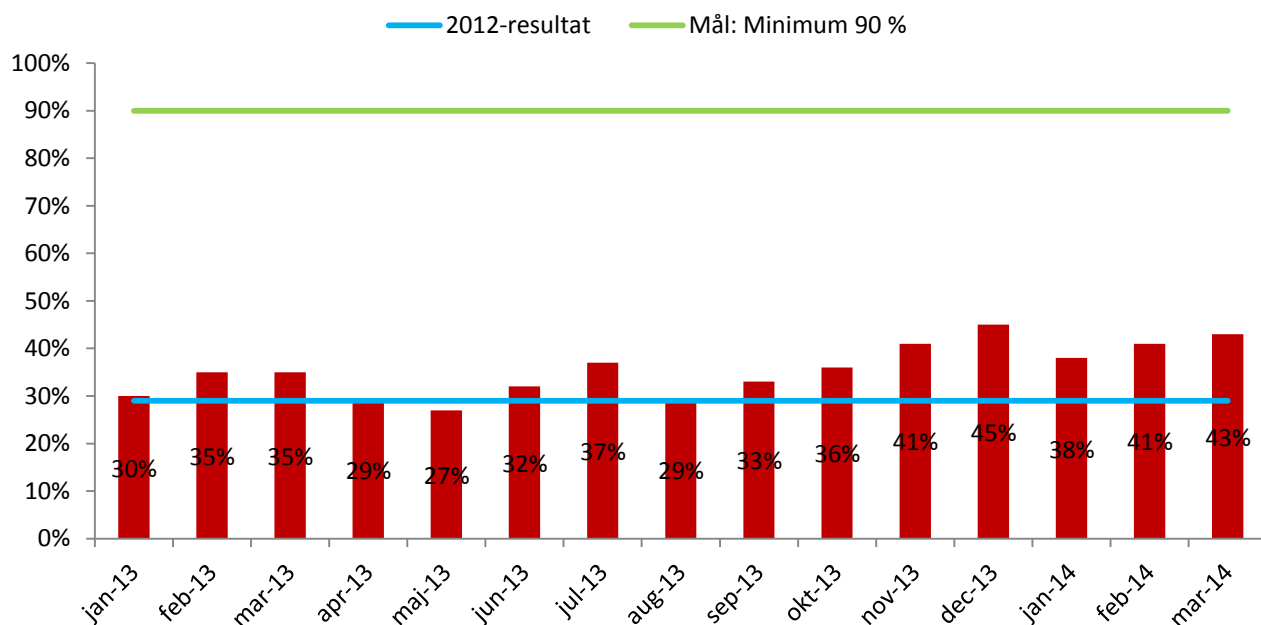
For servicemålet vedrørende ventetid til forundersøgelse er der på alle hospitalsenheder fokus på kortere ventetider, hvilket bl.a. forstærkes af arbejdet med at opfylde den nye ret til udredning inden for 30 dage efter henvisningen. Som det fremgår af tabel 2.b, så gælder for samtlige fem hospitalsenheder, at der fortsat er langt til opfyldelse af målet om, at minimum 90 % af patienterne venter under 2 uger på forundersøgelse.

**Tabel 2.b: Ventetid til forundersøgelse. Resultater oktober 2013–marts 2014.**

| Ventetid til forundersøgelse: Andelen af patienter, som maksimalt har ventet 2 uger fra henvisningsdatoen.<br>Mål: Minimum 90 % af patienterne venter under 2 uger. |                               |          |          |          |          |             |      |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|----------|----------|----------|----------|-------------|------|
| Hospitalsenhed                                                                                                                                                      | Resultat de seneste 6 måneder |          |          |          |          |             | Mål  |
|                                                                                                                                                                     | Okt. '13                      | Nov. '13 | Dec. '13 | Jan. '14 | Feb. '14 | Marts '14   |      |
| AUH                                                                                                                                                                 | 39 %                          | 40 %     | 49 %     | 40 %     | 45 %     | <b>47 %</b> | 90 % |
| HE Midt                                                                                                                                                             | 24 %                          | 30 %     | 35 %     | 31 %     | 32 %     | <b>32 %</b> | 90 % |
| HE Horsens                                                                                                                                                          | 37 %                          | 41 %     | 38 %     | 34 %     | 38 %     | <b>43 %</b> | 90 % |
| HE Vest                                                                                                                                                             | 39 %                          | 48 %     | 50 %     | 36 %     | 42 %     | <b>40 %</b> | 90 % |
| RH Randers                                                                                                                                                          | 43 %                          | 50 %     | 52 %     | 49 %     | 52 %     | <b>54 %</b> | 90 % |
| Region Midtjylland                                                                                                                                                  | 36 %                          | 41 %     | 45 %     | 38 %     | 41 %     | <b>43 %</b> | 90 % |

Datakilde: InfoRM, 16. april 2014

**Figur 2.b: Andel patienter med ventetid til forundersøgelse på under 2 uger. Regionsniveau jan. 2013 – marts 2014**



Datakilde: InfoRM, 16. april 2014

Vedrørende ventetiden på akutklinikker/skadestuer er der jævnfør nederste del af tabel 2.c høj målopfyldelse på regionens mindre akutklinikker i RH Randers og HE Vest, hvor målet om en maksimal ventetid på 60 minutter er opfyldt for næsten alle patienter. På regionens større akutklinikker/skadestuer, hvor målet er en maksimal ventetid på 30 minutter, ligger resultatet på regionsniveau stabilt på knap 80 %, hvilket ikke indfrier kravet til målopfyldelse på minimum 90 %. AUH var dog i seneste måned (marts 2014) tæt på målopfyldelse.

**Tabel 2.c: Ventetid på akutklinik/skadestue. Resultater oktober 2013–marts 2014.**

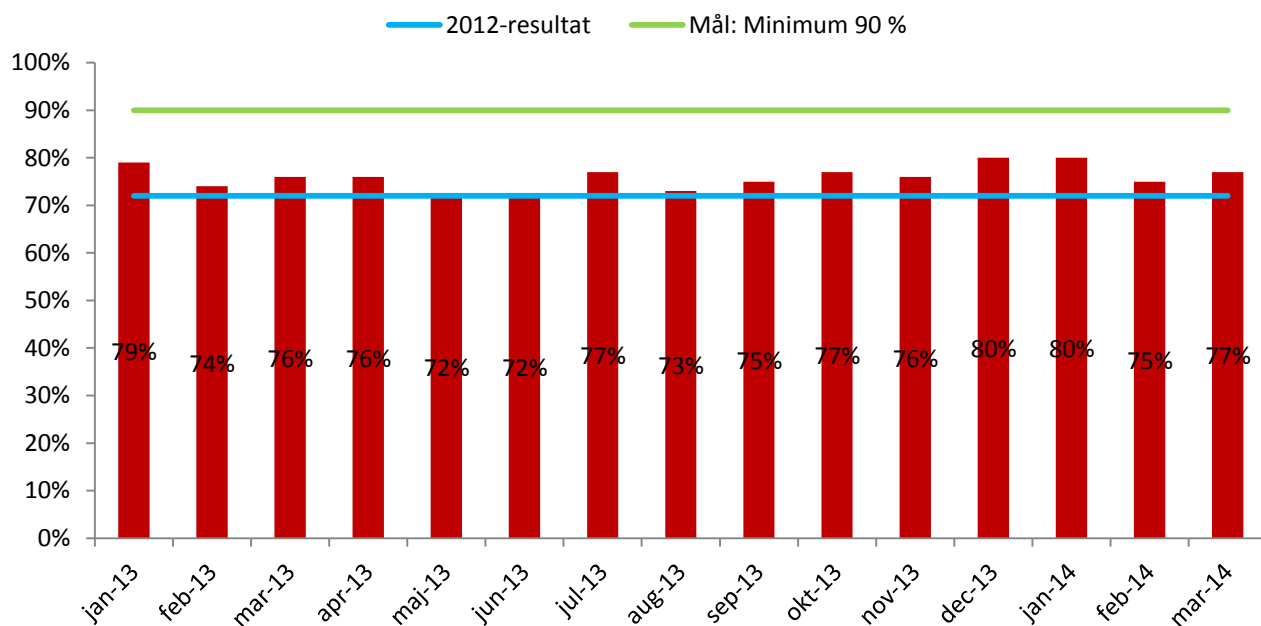
**Ventetid på akutklinik/skadestue: Andelen af patienter, som maksimalt har ventet 30 minutter (gældende for de større skadestuer) eller 60 minutter (gældende for de mindre akutklinikker). Mål: Minimum 90 % af patienterne venter maksimalt 30/60 minutter.**

| Ventetid på enheder med krav om maksimal ventetid på 30 minutter |                               |          |          |          |          |              |      |
|------------------------------------------------------------------|-------------------------------|----------|----------|----------|----------|--------------|------|
| Hospitalsenhed                                                   | Resultat de seneste 6 måneder |          |          |          |          |              | Mål  |
|                                                                  | Okt. '13                      | Nov. '13 | Dec. '13 | Jan. '14 | Feb. '14 | Marts '14    |      |
| <b>AUH</b>                                                       | 82 %                          | 81 %     | 84 %     | 84 %     | 79 %     | <b>87 %</b>  | 90 % |
| <b>HE Midt<sup>1)</sup></b>                                      | -                             | -        | -        | -        | -        | -            | 90 % |
| <b>HE Horsens<sup>1)</sup></b>                                   | -                             | -        | -        | -        | -        | -            | 90 % |
| <b>HE Vest</b>                                                   | 74 %                          | 73 %     | 76 %     | 76 %     | 73 %     | <b>71 %</b>  | 90 % |
| <b>RH Randers</b>                                                | 71 %                          | 72 %     | 76 %     | 78 %     | 72 %     | <b>70 %</b>  | 90 % |
| <b>Region Midtjylland (ekskl. HE Horsens og HE Midt)</b>         | 77 %                          | 76 %     | 80 %     | 80 %     | 75 %     | <b>77 %</b>  | 90 % |
| Ventetid på enheder med krav om maksimal ventetid på 60 minutter |                               |          |          |          |          |              |      |
| Hospitalsenhed                                                   | Resultat de seneste 6 måneder |          |          |          |          |              | Mål  |
|                                                                  | Okt. '13                      | Nov. '13 | Dec. '13 | Jan. '14 | Feb. '14 | Marts '14    |      |
| <b>HE Midt<sup>1)</sup></b>                                      | -                             | -        | -        | -        | -        | -            | 90 % |
| <b>HE Vest</b>                                                   | 100 %                         | 100 %    | 100 %    | 98 %     | 100 %    | <b>100 %</b> | 90 % |
| <b>RH Randers</b>                                                | 95 %                          | 96 %     | 100 %    | 99 %     | 96 %     | <b>98 %</b>  | 90 % |
| <b>Region Midtjylland (ekskl. HE Midt)</b>                       | 97 %                          | 98 %     | 100 %    | 98 %     | 98 %     | <b>99 %</b>  | 90 % |

Datakilde: InfoRM, 16. april 2014

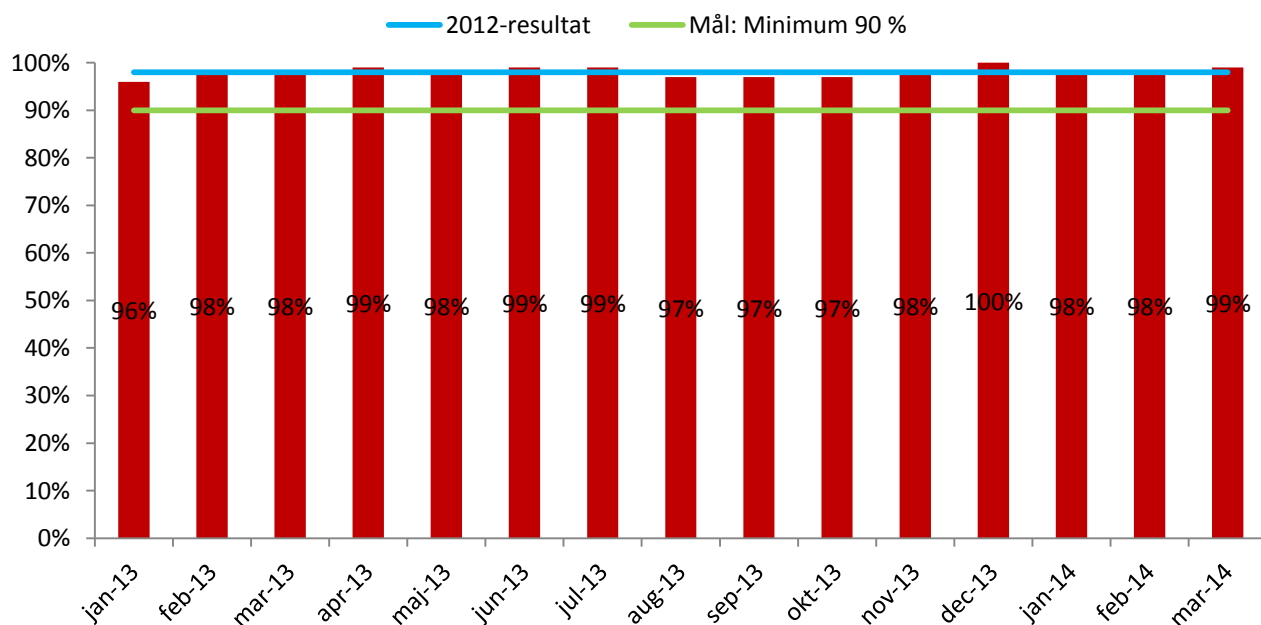
1) For HE Horsens og HE Midt er der ikke adgang til data vedr. ventetid på akutklinik/skadestue, idet ventetiden registreres på Cetrea-tavler, som for nuværende ikke kan levere data. Der arbejdes på igen at få adgang til data.

**Figur 2.c: Ventetid på akutklinik/skadestue (for enheder med krav om maksimal ventetid på 30 minutter). Regionsniveau jan. 2013 – marts 2014**



Datakilde: InfoRM, 16. april 2014

**Figur 2.d: Ventetid på akutklinik/skadestue (for enheder med krav om maksimal ventetid på 60 minutter). Regionsniveau jan. 2013 – marts 2014**



Datakilde: InfoRM, 16. april 2014

## 2.2 Kontaktpersonordningen

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

Kontaktpersoner skal tildeles, når behandlingsforløbet strækker sig over mere end to dage eller for ambulante patienter mere end to besøg. Kontaktpersonen skal tildeles senest på 3. indlæggelsesdøgn eller for ambulante patienter senest ved 3. besøg. Patienter med særlige behov skal dog tildeles kontaktperson inden for 24 timer. Regionsrådet har vedtaget en målsætning om en opfyldelsesgrad på mindst 90 % ved den halvårslige opfølgning på ordningen. Jævnfør nedenstående tabel 2d lever størstedelen af hospitalerne ikke op til målsætningen ved seneste opfølgning (2. halvår 2013).

Vedrørende Hospitalsenhed Midts resultater kan særligt bemærkes, at faldet i mål opfyldelse i 2. halvår 2013 i høj grad kan tilskrives dokumentationsproblemer som følge af overgangen til MidtEPJ.

**Tabel 2.d: Kontaktpersonordningen. Resultater 1. og 2. halvår 2013.**

**Kontaktpersonordningen: Andelen af patienter, som er tildelt en kontaktperson senest på 3. indlæggelsesdøgn eller ved 3. ambulante besøg. For personer med særlige behov skal kontaktpersonen være tildelt inden for 24 timer.**

**Mål: Minimum 90 % af patienterne er tildelt kontaktperson inden for de fastsatte tidsgrænser.**

| Hospitalsenhed     | Resultat de seneste 2 halvår                       |                                                            |                                                    |                                                            | Mål             |
|--------------------|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|-----------------|
|                    | 1. halvår 2013<br>Senest ved<br>3.døgn/3.<br>besøg | 1. halvår 2013<br>Særlige behov<br>(inden for 24<br>timer) | 2. halvår 2013<br>Senest ved<br>3.døgn/3.<br>besøg | 2. halvår 2013<br>Særlige behov<br>(inden for 24<br>timer) |                 |
| <b>AUH</b>         | 81 %                                               | 68 %                                                       | <b>80 %</b>                                        | <b>75 %</b>                                                | Minimum<br>90 % |
| <b>HE Midt</b>     | 89 %                                               | 89 %                                                       | <b>63 %</b>                                        | <b>54 %</b>                                                |                 |
| <b>HE Horsens</b>  | 81 %                                               | 80 %                                                       | <b>70 %</b>                                        | <b>88 %</b>                                                |                 |
| <b>HE Vest</b>     | 85 %                                               | 81 %                                                       | <b>85 %</b>                                        | <b>73 %</b>                                                |                 |
| <b>RH Randers</b>  | 75 %                                               | 77 %                                                       | <b>83 %</b>                                        | <b>91 %</b>                                                |                 |
| <b>Psykiatrien</b> |                                                    |                                                            |                                                    |                                                            |                 |
| - <b>Voksne</b>    | 83 %                                               | 86 %                                                       | <b>83 %</b>                                        | <b>83 %</b>                                                |                 |
| - <b>Børn</b>      | 81 %                                               | 100 %                                                      | <b>90 %</b>                                        | -                                                          |                 |

Datakilde: InfoRM 21. april 2014

## 2.3 Servicemål vedrørende psykiatrien

Psykiatriens servicemål lyder, at alle patienter i voksenpsykiatrien maksimalt må vente 2 måneder på psykiatrisk behandling, mens alle patienter i børne- og ungdomspsykiatrien maksimalt må vente 2 måneder på psykiatrisk udredning.

Jævnfør tabel 2.e har antallet af voksne patienter, som har ventet mere end 2 måneder på behandling, været stigende. I perioden fra ultimo februar frem til 15. april 2014 er det imidlertid lykkedes at nedbringe dette antal til 607 patienter (ikke vist i tabellen nedenfor). Dette skyldes en række tiltag, som er iværksat med henblik på nedbringelse af ventetiden.

En markant vækst i antallet af henvisninger til psykiatrisk behandling har gjort det til en stor udfordring at undgå en stigning i ventelisten. Antallet af henvisninger steg fra 2011 til 2012 med 27 % og fra 2012 til 2013 med 21 %, svarende til 19.287 voksne til psykiatrisk behandling i 2013. I de første 3 måneder af 2014 er henvisningstallet yderligere steget med 17,9 % i forhold til de tilsvarende måneder i 2013.

**Tabel 2.e: Ventetid på psykiatrisk behandling i voksenpsykiatrien. Resultater januar 2013-marts 2014.**

| Ventetid på psykiatrisk behandling i voksenpsykiatrien: Antal patienter, som har ventet mere end 2 måneder på psykiatrisk behandling. |                      |                     |                   |                      |                                                         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|---------------------|-------------------|----------------------|---------------------------------------------------------|
| Mål: Ingen patienter venter mere end 2 måneder på behandling.                                                                         |                      |                     |                   |                      |                                                         |
| Resultat de seneste 5 kvartaler                                                                                                       |                      |                     |                   |                      | Mål                                                     |
| Jan. '13 – Marts '13                                                                                                                  | April '13 – Juni '13 | Juli '13 – Sep. '13 | Okt. '13 – Dec.13 | Jan. '14 – Marts '14 |                                                         |
| 447 patienter                                                                                                                         | 578 patienter        | 626 patienter       | 553 patienter     | <b>746 patienter</b> | Ingen patienter venter mere end 2 måneder på behandling |

Note: Ventelistetallene i hvert kvartal er baseret på tal fra den sidste dag i den midterste måned i kvartalet. Januar-marts 2014 er således baseret på tal fra 28. februar 2014.

I børne- og ungdomspsykiatrien er ventelisten jævnfør tabel 2.f mindsket siden sommeren 2013, og i perioden fra ultimo februar til 15. april 2014 er ventelisten halveret til 54 børn og unge, som har ventet mere end 2 måneder på psykiatrisk udredning (ikke vist i tabel 2.f nedenfor). Dette skyldes som i Voksenpsykiatrien, at der er iværksat en række tiltag til nedbringelse af ventetiden.

Antallet af henvisninger er ligeledes i børne- og ungdomspsykiatrien steget markant med 16 % fra 2011 til 2012 og yderligere 16 % fra 2012 til 2013, svarende til 4.370 børn og unge til psykiatrisk udredning i 2013. I de 3 første måneder af 2014 er henvisningstallet yderligere steget med 14,8 % i forhold til de tilsvarende måneder i 2013.

**Tabel 2.f: Ventetid på psykiatrisk udredning i børne- og ungdomspsykiatrien. Resultater januar 2013-marts 2014.****Ventetid på psykiatrisk udredning i børne- og ungdomspsykiatrien: Antal patienter, som har ventet mere end 2 måneder på psykiatrisk udredning.****Mål: Ingen patienter venter mere end 2 måneder på udredning.**

| Resultat de seneste 5 kvartaler |                      |                     |                   |                      | Mål                                                    |
|---------------------------------|----------------------|---------------------|-------------------|----------------------|--------------------------------------------------------|
| Jan. '13 – Marts '13            | April '13 – Juni '13 | Juli '13 – Sep. '13 | Okt. '13 – Dec.13 | Jan. '14 – Marts '14 |                                                        |
| 74 patienter                    | 135 patienter        | 182 patienter       | 100 patienter     | <b>116 patienter</b> | Ingen patienter venter mere end 2 måneder på udredning |

Note: Ventelistetallene i hvert kvartal er baseret på tal fra den sidste dag i den midterste måned i kvartalet. Januar-marts 2014 er således baseret på tal fra 28. februar 2014.

## 2.4 Servicemål vedrørende præhospitalet

Præhospitalets servicemål omhandler responstider ved A- og B-kørsler samt afhentnings- og afleveringstidspunkter ved siddende patienttransport.

Jævnfør tabel 2.g har præhospitalet i hele 2013 og i 1. kvartal 2014 haft responstider vedrørende 112-sager/patienter, der overholder servicemålene på A- og B-kørsler.

**Tabel 2.g: Servicemål for præhospitalet – responstider for 112-sager/patienter ved A- og B-kørsler. Resultater januar 2013-marts 2014.****Servicemål for præhospitalet: Responstider ved A-kørsler (livstruende) og B-kørsler (hastende men ikke livstruende).**

| Kørsels-type                               | Resultat de seneste 5 kvartaler |                      |                     |                   |                      | Mål                                    |
|--------------------------------------------|---------------------------------|----------------------|---------------------|-------------------|----------------------|----------------------------------------|
|                                            | Jan. '13 – Marts '13            | April '13 – Juni '13 | Juli '13 – Sep. '13 | Okt. '13 – Dec.13 | Jan. '14 – Marts '14 |                                        |
| A-kørsler (livs-truende)                   | 10,1 minutter                   | 9,6 minutter         | 9,7 minutter        | 9,7 minutter      | <b>9,8 minutter</b>  | 75 % af kørslerne er maks. 10 minutter |
|                                            | 14,5 minutter                   | 13,6 minutter        | 13,8 minutter       | 13,8 minutter     | <b>13,9 minutter</b> | 92 % af kørslerne er maks. 15 minutter |
|                                            | 18,7 minutter                   | 17,1 minutter        | 17,6 minutter       | 17,4 minutter     | <b>17,2 minutter</b> | 98 % af kørslerne er maks. 20 minutter |
| B-kørsler (hastende men ikke livs-truende) | 13,6 minutter                   | 14,3 minutter        | 14,0 minutter       | 14,1 minutter     | <b>14,2 minutter</b> | 60 % af kørslerne er maks. 15 minutter |
|                                            | 18,0 minutter                   | 18,3 minutter        | 18,2 minutter       | 18,3 minutter     | <b>18,3 minutter</b> | 75 % af kørslerne er maks. 20 minutter |

Jævnfør tabel 2.h afhenter og afleverer præhospitalet omkring 98 % af alle patienter ved den siddende patienttransport indenfor 1 time. Dermed opfyldes servicemålet. For dialysepatienter, som skal afhentes/afleveres indenfor ½ time, er resultatet knap 92 %.

**Tabel 2.h: Servicemål for præhospitalet – siddende patienttransport. Resultater januar 2013-marts 2014.**

| <b>Servicemål for præhospitalet: Afhentnings- og afleveringstidspunkter ved siddende patienttransport.</b><br><b>Mål: Minimum 95 % af patienterne afhentes/afleveres indenfor 1 times afvigelse fra det ønskede tidspunkt. For dialysepatienter er tidsfristen ½ time.</b> |                                 |                      |                     |                   |                      |      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|----------------------|---------------------|-------------------|----------------------|------|
| Kørselstype                                                                                                                                                                                                                                                                | Resultat de seneste 5 kvartaler |                      |                     |                   |                      | Mål  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                            | Jan. '13 – Marts '13            | April '13 – Juni '13 | Juli '13 – Sep. '13 | Okt. '13 – Dec.13 | Jan. '14 – Marts '14 |      |
| Afhentning og aflevering skal ske inden for 1 times afvigelse fra ønsket tidspunkt                                                                                                                                                                                         | 97,43 %                         | 98,15 %              | 97,99 %             | 97,94 %           | <b>97,71 %</b>       | 95 % |
| For patienter, der køres til dialyse, skal afhentning og aflevering ske inden for ½ times afvigelse fra ønsket tidspunkt                                                                                                                                                   | 91,65 %                         | 91,50 %              | 91,52 %             | 91,69 %           | <b>91,82 %</b>       | 95 % |

## 2.5 Servicemål vedrørende praksissektoren

Servicemålet vedrørende ventetid i telefonen lyder, at minimum 90 % af patienterne kommer til at tale med vagtlægen, inden der er gået 5 minutter. Tallene for 1. kvartal 2014 viser jævnfør tabel 2.i, at servicemålet blev overholdt for 88 % af patienterne. Servicemålet er dermed ikke opfyldt, men der er i forhold til de 3 første kvartaler i 2013 tale om en betydelig fremgang. Fremgangen skyldes primært, at vagtlægerne i oktober måned besluttede at flytte 2 konsultationslæger i Holstebro og Århus til visitationen i tidsrummet 16-18.

Servicemålet vedrørende ventetid på at blive tilset af vagtlægen på en konsultation lyder, at minimum 90 % af patienterne tilses af vagtlægen senest 1 time efter ankomsten til konsultationen. Tallene for 1. kvartal 2014 viser, at 80 % af patienterne blev tilset af vagtlægen inden en time. Dermed er servicemålet ikke opfyldt.

Servicemålet vedrørende ventetid på hjemmebesøg lyder, at minimum 90 % af patienterne skal besøges senest 3 timer efter besøget blev aftalt. Tallene for 1. kvartal 2014 viser, at 93 % af patienterne fik besøg af vagtlægen inden 3 timer. Dermed er servicemålet opfyldt.

Nære Sundhedstilbud er i løbende kontakt med lægernes vagtudvalg, og der vil snarest blive truffet foranstaltninger til at sikre, at især servicemålet for konsultationsventetid opfyldes.

**Tabel 2.i: Servicemål for praksissektoren. Resultater januar 2013-marts 2014.**

**Servicemål for regionens lægevagt: Andel af patienter, hvor de maksimale ventetider i telefon, på konsultation og på hjemmebesøg er overholdt.**

**Mål: Minimum 90 % af patienterne venter maksimalt 5 minutter i telefonen, minimum 90 % af patienterne venter maksimalt 1 time på konsultation, og minimum 90 % af patienterne venter maksimalt 3 timer på hjemmebesøg.**

| Servicemål                                                                      | Resultat de seneste 5 kvartaler |                      |                     |                   |                      | Mål  |
|---------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|----------------------|---------------------|-------------------|----------------------|------|
|                                                                                 | Jan. '13 – Marts '13            | April '13 – Juni '13 | Juli '13 – Sep. '13 | Okt. '13 – Dec.13 | Jan. '14 – Marts '14 |      |
| Ventetid i telefon maksimalt 5 minutter                                         | 73 %                            | 85 %                 | 79 %                | 88 %              | <b>88 %</b>          | 90 % |
| Ventetid på konsultation efter ankomst til konsultationsstedet maksimalt 1 time | 79 %                            | 81 %                 | 82 %                | 85 %              | <b>80 %</b>          | 90 % |
| Ventetid på hjemmebesøg maksimalt 3 timer                                       | 92 %                            | 93 %                 | 93 %                | 93 %              | <b>93 %</b>          | 90 % |

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

### 3. Bilag: Resultater vedrørende apopleksi og akut mave-tarmkirurgi

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

#### Apopleksi: Opfyldelse af kvalitetsindikatorer december 2013 – februar 2014

|                                                                                                                                                                                                                                            | AUH<br>(Neurologisk<br>Afd.) | HE Vest<br>(Neurologisk<br>Afd.) | Standard    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|----------------------------------|-------------|
| Indikator 1: Andel af patienter med akut apopleksi, der bliver indlagt i en apopleksienhed senest på 2. indlæggelsesdag                                                                                                                    | 95 %<br>(296/310)            | 93 %<br>(246/264)                | Mindst 90 % |
| Indikator 2: Andel af patienter med akut iskæmisk apopleksi uden atrieflimren, der sættes i trombocythæmmerbehandling senest på 2. indlæggelsesdag                                                                                         | 97 %<br>(195/201)            | 93 %<br>(157/168)                | Mindst 95 % |
| Indikator 3: Andel af patienter med akut iskæmisk apopleksi og atrieflimren, der sættes i antikoagulansbehandling senest 14 dage efter indlæggelsen                                                                                        | 91 %<br>(40/44)              | 91 %<br>(20/22)                  | Mindst 95 % |
| Indikator 4: Andelen af patienter, der får udført CT/MR scanning på indlæggelsesdagen                                                                                                                                                      | 94 %<br>(276/294)            | 87 %<br>(196/226)                | 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                                            | 93 %<br>(229/245)            | 95 %<br>(161/169)                | 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                                              | 95 %<br>(228/240)            | 95 %<br>(166/174)                | Mindst 90 % |
| Indikator 7: Andel af patienter, der mobiliseres på indlæggelsesdagen                                                                                                                                                                      | 89 %<br>(223/251)            | 99 %<br>(160/162)                | Mindst 80 % |
| Indikator 8: Andel af patienter, der får vurderet ernæringsrisiko senest 2. indlæggelsesdag                                                                                                                                                | 86 %<br>(242/281)            | 94 %<br>(188/201)                | 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 | 90 %<br>(252/281)            | 85 %<br>(177/209)                | Mindst 80 % |
| Indikator 10: Andel af patienter, der vurderes med direkte synketest (vandtest med og uden fortykkelsesmiddel samt fast føde) på indlæggelsesdagen                                                                                         | 87 %<br>(223/255)            | 84 %<br>(152/182)                | Mindst 80 % |
| Indikator 11: Andel af patienter, der får foretaget ultralyd/CT-/MR-angiografi af halskar senest 4. indlæggelsesdag                                                                                                                        | 96 %<br>(196/205)            | 95 %<br>(150/158)                | Mindst 90 % |
| Indikator 12: Andel af patienter, som får gennemført karotisendarterektomi, hvor tiden fra indlæggelse til operation er højst 14 dage                                                                                                      | -                            | -                                | Mindst 90 % |
| Indikator 13a: Andel af alle patienter med apopleksi som indlægges indenfor 3 timer efter symptomdebut                                                                                                                                     | 36 %<br>(106/294)            | 27 %<br>(61/226)                 | Mindst 30 % |
| Indikator 13 b: Andel af alle patienter med apopleksi som indlægges indenfor 4,5 time efter symptomdebut                                                                                                                                   | 46 %<br>(135/294)            | 36 %<br>(81/226)                 | Mindst 40 % |
| Indikator 14: Andel af patienter som bliver behandlet med trombolyse, hvor behandlingen er påbegyndt indenfor 1 time efter indlæggelse                                                                                                     | 72 %<br>(43/60)              | 54 %<br>(7/13)                   | Mindst 50 % |

|                                                                                                                                                           |                  |                   |             |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|-------------------|-------------|
| Indikator 15: Andel af patienter med akut iskæmisk apopleksi, der trombolyseres                                                                           | 24 %<br>(61/261) | 11 %<br>(22/197)  | Mindst 10 % |
| Indikator 16: Andel af patienter, der dør inden for 30 dage efter indlæggelse med apopleksi                                                               | 9 %<br>(18/208)  | 7 %<br>(11/165)   | Højst 15 %  |
| Indikator 17: Andel af patienter med akut iskæmisk (+ uspecifik) apopleksi, der dør inden for 30 dage efter indlæggelse med apopleksi                     | 6 %<br>(11/189)  | 5 %<br>(7/153)    | Højst 12 %  |
| Indikator 18: Andel af patienter med akut hæmorrhagisk apopleksi, der dør inden for 30 dage efter indlæggelse med apopleksi                               | 37 %<br>(7/19)   | 33 %<br>(4/12)    | Højst 40 %  |
| Indikator 19: Andel patienter med TIA uden atrieflimren, som sættes i trombocythæmmerbehandling senest på 2. dag efter første kontakt til sekundær sektor | 100 %<br>(74/74) | 99 %<br>(99/100)  | Mindst 95 % |
| Indikator 20: Andel patienter med TIA og atrieflimren, som sættes i antikoagulansbehandling senest 14 dage efter første kontakt til sekundær sektor.      | 87 %<br>(13/15)  | 100 %<br>(9/9)    | Mindst 95 % |
| Indikator 21: Andel patienter med TIA, der får udført CT/MR-scanning på samme dag som første kontakt til sekundær sektor                                  | 92 %<br>(88/96)  | 89 %<br>(100/112) | Mindst 80 % |
| Indikator 22: Andel patienter med TIA, der får foretaget ultralyd/CT-/MR-angiografi af halskar senest 4. dag efter første kontakt til sekundær sektor     | 100 %<br>(82/82) | 99 %<br>(103/104) | Mindst 90 % |

Datakilde: Dansk Apopleksiregister. Data trukket fra InfoRM 21. april 2014 (opdateringsdato 20. marts 2014).

### Akut kirurgi: Opfyldelse af kvalitetsindikatorer september 2013 - februar 2014

|                                                                                                                                                | AUH             | HE Horsens       | RH Randers       | HE Midt          | HE Vest         | Standard    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|------------------|------------------|------------------|-----------------|-------------|
| <b>Blødning</b>                                                                                                                                |                 |                  |                  |                  |                 |             |
| Indikator 1: Andelen af patienter, der bringes ud af deres kredsløbspåvirkning/chok inden for 60 minutter                                      | 0 %<br>(0/4)    | 50 %<br>(2/4)    | 29 %<br>(2/7)    | -                | 100 %<br>(1/1)  | Mindst 90 % |
| Indikator 2: Andel af patienter, der gastroskoperes inden for 24 timer fra indlæggelsestidspunktet eller tidspunktet for beslutning om indgreb | 92 %<br>(34/37) | 83 %<br>(29/35)  | 86 %<br>(50/58)  | 86 %<br>(24/28)  | 67 %<br>(24/36) | Mindst 85 % |
| Indikator 3: Andelen af patienter med pågående eller synlig blødning, kartut eller koagel, hos hvem der opnås primær hæmostase                 | 89 %<br>(16/18) | 100 %<br>(17/17) | 100 %<br>(32/32) | 100 %<br>(12/12) | 100 %<br>(9/9)  | Mindst 90 % |
| Indikator 4: Andelen af patienter med behandlingskrævende reblødning inden for 5 døgn efter primær terapi                                      | 18 %<br>(3/17)  | 12 %<br>(2/17)   | 9 %<br>(3/34)    | 7 %<br>(1/14)    | 0 %<br>(0/11)   | Højst 15 %  |
| Indikator 5: Andel af patienter med reblødning, hvor der opnås endoskopisk hæmostase                                                           | 50 %<br>(1/2)   | 80 %<br>(4/5)    | 100 %<br>(3/3)   | 50 %<br>(1/2)    | -               | Mindst 75 % |
| Indikator 6: Andelen af patienter, der opereres for blødende ulcus                                                                             | 0 %<br>(0/39)   | 6 %<br>(2/36)    | 0 %<br>(61/61)   | 0 %<br>(0/28)    | 0 %<br>(0/37)   | Højst 10 %  |
| Indikator 7: Andelen af patienter, der er testet for Helicobacter pylori under indlæggelsen eller planlagt testet efter udskrivelsen           | 97 %<br>(38/39) | 97 %<br>(35/36)  | 97 %<br>(59/61)  | 96 %<br>(26/27)  | 81 %<br>(30/37) | Mindst 90 % |

|                                                                                                                                                                                    |                |                |                |               |                |             |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|----------------|----------------|---------------|----------------|-------------|
| Indikator 8: Andelen af patienter, der dør inden for 30 dage efter første indgreb                                                                                                  | 3 %<br>(1/35)  | 9 %<br>(3/33)  | 11 %<br>(6/53) | 0 %<br>(0/26) | 0 %<br>(0/33)  | Højst 10 %  |
| <b>Perforation</b>                                                                                                                                                                 |                |                |                |               |                |             |
| Indikator 1: Andelen af patienter, der opereres inden for 6 timer fra indlæggelsestidspunktet eller tidspunktet for beslutning om indgreb                                          | 100 %<br>(4/4) | 67 %<br>(2/3)  | 60 %<br>(3/5)  | 88 %<br>(7/8) | 50 %<br>(1/2)  | Mindst 75 % |
| Indikator 2: Andelen af patienter, der sættes i profylaktisk bredspektret antibiotisk behandling præoperativt                                                                      | 75 %<br>(3/4)  | 100 %<br>(4/4) | 100 %<br>(5/5) | 88 %<br>(7/8) | 50 %<br>(1/2)  | Mindst 95 % |
| Indikator 3: Andelen af patienter, der reopereres                                                                                                                                  | 0 %<br>(0/4)   | 0 %<br>(0/4)   | 0 %<br>(5/5)   | 13 %<br>(1/8) | 50 %<br>(1/2)  | Højst 10 %  |
| Indikator 4: Andel af patienter, der vejes 1 gang pr. døgn de 3 første postoperative døgn                                                                                          | 100 %<br>(4/4) | 100 %<br>(4/4) | 20 %<br>(1/5)  | 63 %<br>(5/8) | 0 %<br>(0/2)   | Mindst 90 % |
| Indikator 5: Andelen af patienter, der får ført væskebalance dagligt de 3 første postoperative døgn                                                                                | 100 %<br>(4/4) | 100 %<br>(4/4) | 80 %<br>(4/5)  | 63 %<br>(5/8) | 100 %<br>(2/2) | 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 %<br>(4/4) | 100 %<br>(4/4) | 80 %<br>(4/5)  | 88 %<br>(7/8) | 100 %<br>(2/2) | Mindst 90 % |
| Indikator 7: Andel af patienter testet for <i>Helicobacter pylori</i> under indlæggelsen eller planlagt testet efter udskrivelsen                                                  | 100 %<br>(4/4) | 75 %<br>(3/4)  | 100 %<br>(5/5) | 88 %<br>(7/8) | 50 %<br>(1/2)  | Mindst 90 % |
| Indikator 8: Andelen af patienter, der dør inden for 30 dage efter første indgreb                                                                                                  | 0 %<br>(0/4)   | 0 %<br>(0/4)   | 25 %<br>(1/4)  | 13 %<br>(1/8) | 0 %<br>(0/2)   | Højst 20 %  |

Datakilde: Akut Kirurgi Databasen. Data trukket fra InfoRM 21. april 2014 (opdateringsdato 24. marts)