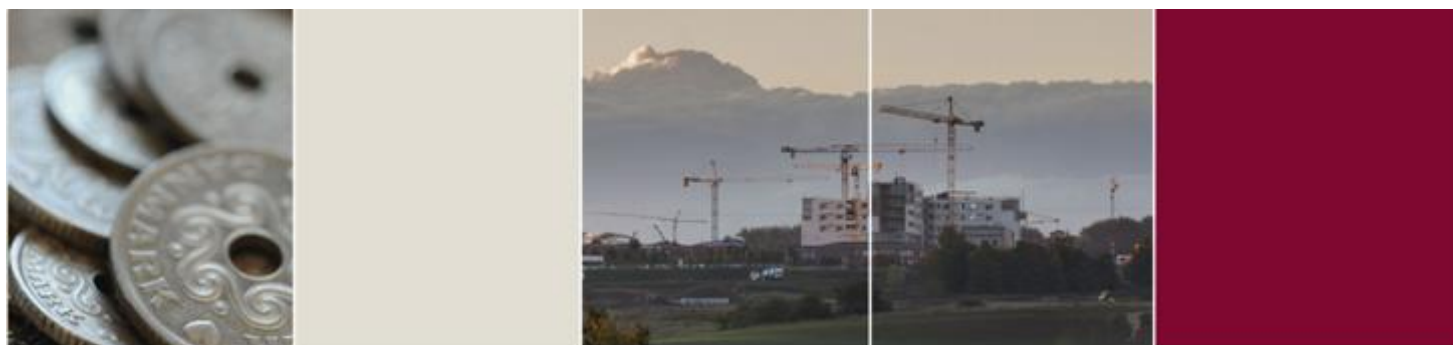




Sundhedsoverblik

pr. 31. august 2014

Kvalitet og servicemål



Indholdsfortegnelse

1. Sundhedsområdets kvalitetsmål.....	3
1.1 Kvalitetsmål vedrørende Patientsikkert Sygehus og forebyggelige genindlæggelser	3
Genindlæggelse efter operation	4
Dødsfald efter operation	5
Dødsfald ved septisk chok	7
Forebyggelige genindlæggelser	8
1.2 Kvalitetsmål vedrørende udvalgte sygdomsområder	10
Apopleksi (slagtilfælde)	10
Akut mave-tarmkirurgi	11
Fødsler	12
Skizofreni	13
1.3 Kvalitetsmål vedrørende kræftpakker	13
Urologisk kræft: Blære- og nyrekræft og kræft i mandlige kønsorganer	14
Kræft i lunger	17
1.4 Kvalitetsmål vedrørende hospitalsstandardiserede mortalitetsrater.....	18
1.5 Kvalitetsmål vedrørende tvang i psykiatrien	18
2. Sundhedsområdets servicemål og kontaktpersonordning	20
2.1 Servicemål vedrørende hospitalerne	20
2.2 Kontaktpersonordningen	22
2.3 Servicemål vedrørende psykiatrien.....	23
2.4 Servicemål vedrørende præhospitalet.....	25
2.5 Servicemål vedrørende praksissektoren	26
3. Bilag: Resultater vedrørende apopleksi og fødsler.....	27

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 2014¹.
- Sepsispakken
 - Dødelighed ved septisk chok: Andelen af patienter med septisk chok, som dør, skal reduceres med minimum 15 % ved udgangen af 2014.

¹ Da der endnu ikke er 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 registreringspraksis.

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. Resultatopgørelser for tryksår er dog udskudt, da der endnu ikke foreligger retvisende data.

Genindlæggelse efter operation

Som det fremgår af nedenstående tabel 1a og figur 1a kan der på regionsniveau 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 januar – juni 2014

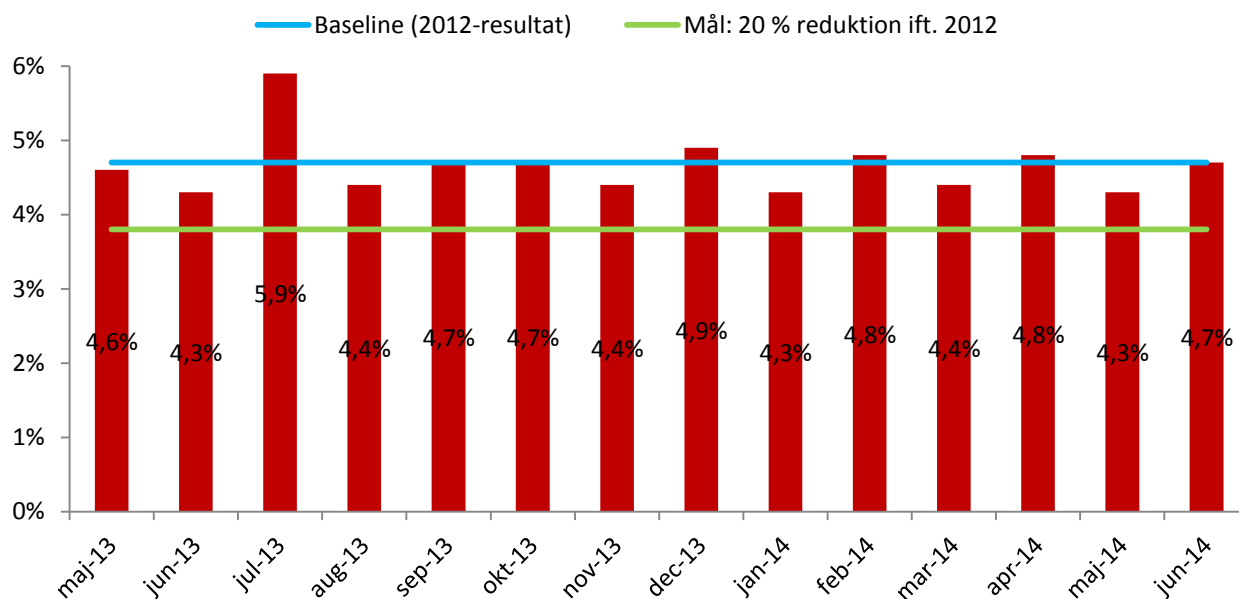
Genindlæggelse efter operation: Andelen af opererede patienter, som genindlægges inden for 30 dage.

Mål: Reduktion på minimum 20 % i forhold til 2012

	Baseline (2012- resultat)	Resultat de seneste 6 måneder						Mål
		Januar 2014	Februar 2014	Marts 2014	April 2014	Maj 2014	Juni 2014	
AUH	5,0 %	4,5 %	5,3 %	5,0 %	5,2 %	4,9 %	5,3 %	4,0 %
HE Midt	4,7 %	4,0 %	4,4 %	3,8 %	4,3 %	3,4 %	4,4 %	3,8 %
HE Horsens	3,7 %	3,7 %	4,6 %	3,1 %	3,8 %	4,4 %	4,1 %	2,9 %
HE Vest	4,4 %	3,6 %	4,8 %	4,1 %	5,2 %	3,7 %	3,9 %	3,5 %
RH Randers	5,0 %	5,4 %	4,0 %	4,6 %	4,7 %	5,1 %	4,5 %	4,0 %
Total	4,7 %	4,3 %	4,8 %	4,4 %	4,8 %	4,3 %	4,7 %	3,8 %

Datakilde: InfoRM 11. august 2014

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



Datakilde: InfoRM 11. august 2014

Dødsfald efter operation

Den månedlige andel af opererede patienter, som dør, 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 de seneste to måneder med data (maj-juni 2014).

Hvis det seneste halvår (januar-juni 2014) sammenlignes med den tilsvarende periode året før, så er det gennemsnitlige antal dødsfald per måned faldet fra 60 dødsfald til 54 dødsfald. Dette fald er vel at mærke sket i en periode med en stigning på knap 7 % i antallet af relevante operationer (der er gennemsnitligt over 15.000 relevante operationer per måned).

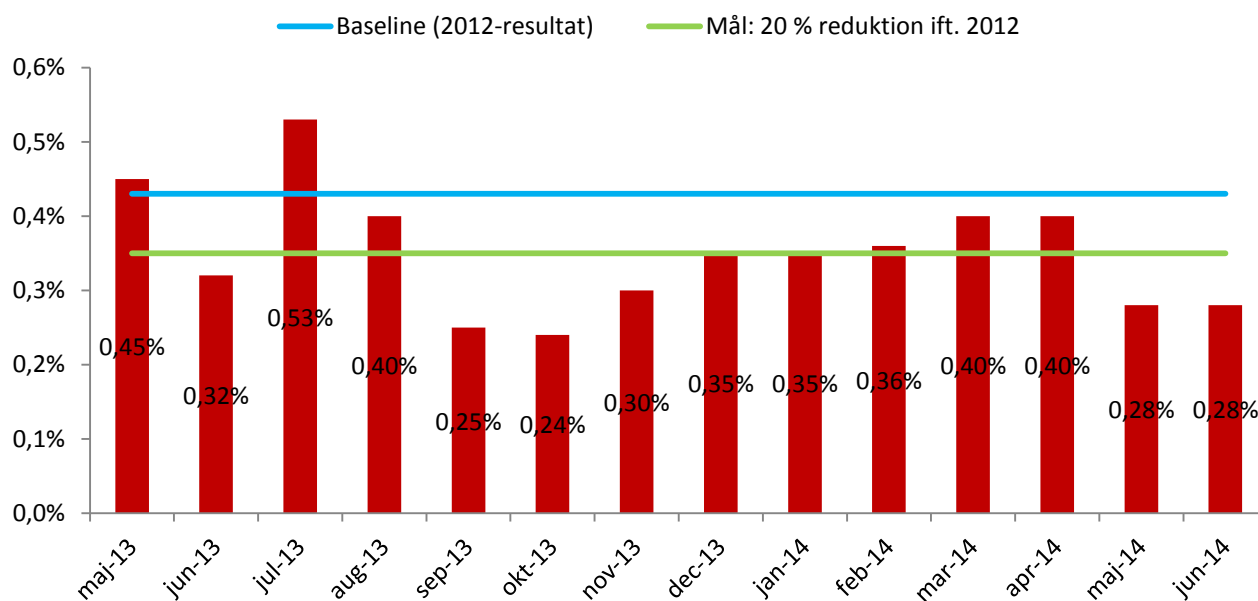
Den positive udvikling kan formentlig til dels tilskrives hospitalernes arbejde med den såkaldte "kirurgipakke", hvor anvendelse af en kirurgisk tjekliste både før, under og efter operation bl.a. kan medføre lavere dødelighed.

Tabel 1.b: Dødsfald efter operation. Resultater januar – juni 2014
Dødsfald efter operation: Andelen af opererede patienter, som dør under indlæggelsen.

Mål: Reduktion på minimum 20 % i forhold til 2012

	Baseline (2012- resultat)	Resultat de seneste 6 måneder						Mål
		Januar 2014	Februar 2014	Marts 2014	April 2014	Maj 2014	Juni 2014	
AUH	0,44 %	0,40 %	0,31 %	0,34 %	0,53 %	0,42 %	0,32 %	0,35 %
HE Midt	0,39 %	0,23 %	0,38 %	0,34 %	0,24 %	0,10 %	0,17 %	0,32 %
HE Horsens	0,32 %	0,55 %	0,27 %	0,54 %	0,29 %	0,13 %	0,19 %	0,26 %
HE Vest	0,46 %	0,29 %	0,49 %	0,44 %	0,41 %	0,26 %	0,34 %	0,36 %
RH Randers	0,53 %	0,30 %	0,39 %	0,50 %	0,27 %	0,26 %	0,33 %	0,43 %
Total	0,43 %	0,35 %	0,36 %	0,40 %	0,40 %	0,28 %	0,28 %	0,35 %

Datakilde: InfoRM 11. august 2014

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


Datakilde: InfoRM 11. august 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.

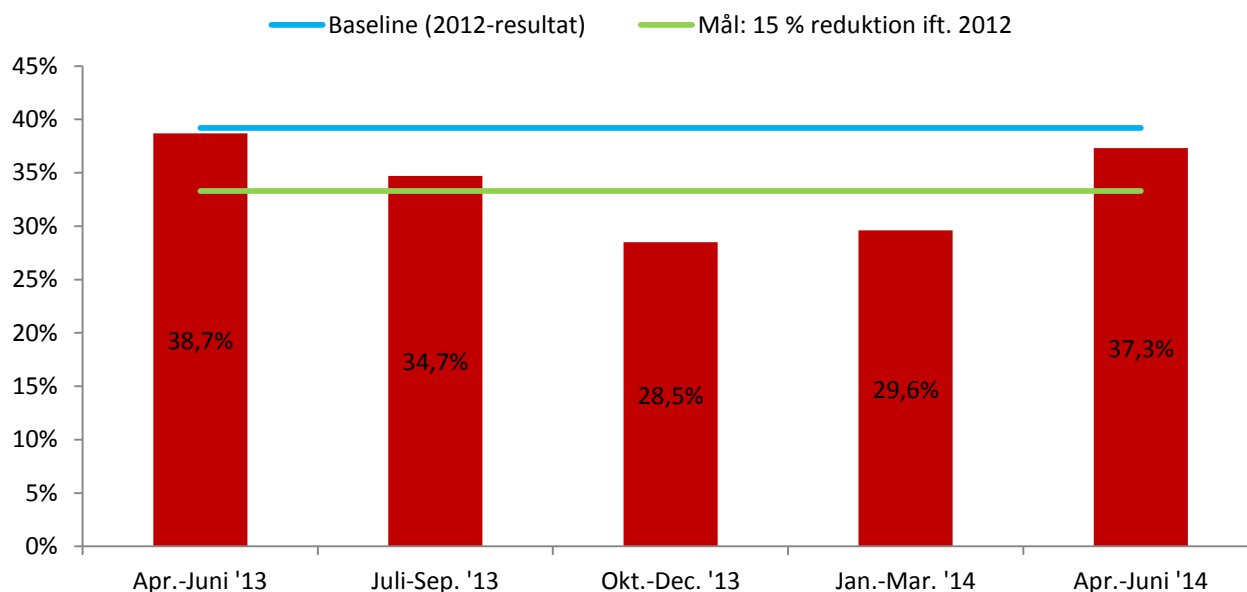
Det er et meget lavt antal patienter, som får septisk chok, hvorfor resultaterne nedenfor vises på kvartalsniveau i stedet for per måned. Der arbejdes fortsat med registreringspraksis på området, og det seneste halvår ses en stigning i antallet af patienter registreret med septisk chok (en ændring fra ca. 100 patienter per kvartal til ca. 150).

Som det fremgår af nedenstående tabel 1.c og figur 1.c, 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 %, var på regionsniveau opfyldt i 4. kvartal 2013 og 1. kvartal 2014 men ikke i seneste kvartal. Pga. de svingende resultater kan der endnu ikke siges 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 april 2013 – juni 2014

Dødsfald ved septisk chok: Andelen af patienter med septisk chok, som dør.							
Mål: Reduktion på minimum 15 % i forhold til 2012							
	Baseline (2012- resultat)	Resultat de seneste 5 kvartaler					Mål
		April '13- Juni '13	Juli. '13- Sep. '13	Okt. '13- Dec. '13	Jan. '14- Marts '14	April '14- Juni '14	
AUH	46,5 %	30,8 %	29,6 %	26,2 %	21,3 %	31,5 %	39,5 %
HE Midt	37,0 %	50,0 %	28,6 %	55,6 %	38,9 %	42,1 %	31,5 %
HE Horsens	25,4 %	33,3 %	43,8 %	25,0 %	24,0 %	38,1 %	21,6 %
HE Vest	65,5 %	41,4 %	30,0 %	40,0 %	33,3 %	42,9 %	55,7 %
RH Randers	36,0 %	36,4 %	42,9 %	7,7 %	38,1 %	38,7 %	30,6 %
Total	39,2 %	38,7 %	34,7 %	28,5 %	29,6 %	37,3 %	33,3 %

Datakilde: InfoRM 11. august 2014

Figur 1.c: Dødsfald ved septisk chok: Andelen af patienter med septisk chok, som dør. Regionsniveau april 2013 – juni 2014.

Datakilde: InfoRM 11. august 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 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.

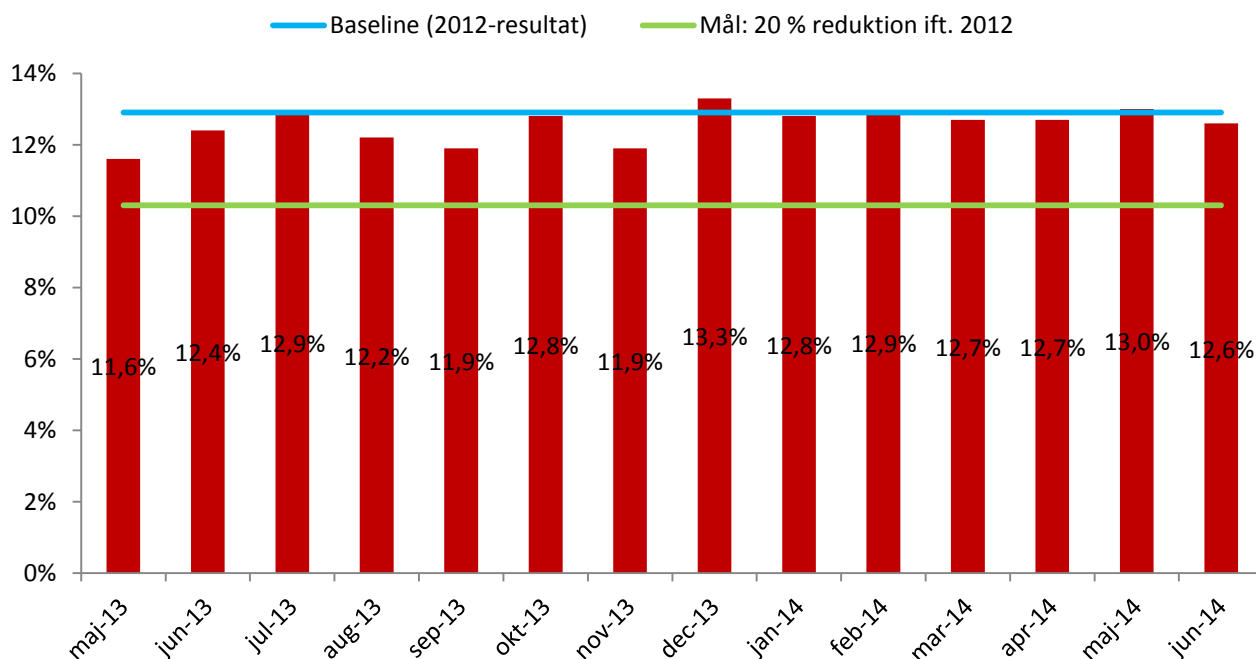
På hospitalsniveau er der jævnfør tabel 1.d variation mellem hospitalsenhederne i niveauet og udviklingen i forebyggelige genindlæggelser. I juni 2014 havde HE Horsens som eneste hospital opfyldt målsætningen om en 20 % reduktion i andelen af forebyggelige genindlæggelser, men også her ses store resultatmæssige udsving fra måned til måned. 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 januar – juni 2014

Forebyggelige genindlæggelser: Andel af indlæggelser, som efterfølges af en forebyggelig genindlæggelse.								
Mål: Reduktion på minimum 20 % i forhold til 2012								
	Baseline (2012- resultat)	Resultat de seneste 6 måneder						Mål
		Januar 2014	Februar 2014	Marts 2014	April 2014	Maj 2014	Juni 2014	
AUH	11,3 %	10,8 %	10,4 %	10,4 %	8,4 %	11,3 %	11,1 %	9,1 %
HE Midt	15,1 %	14,0 %	17,4 %	12,5 %	15,7 %	11,9 %	16,0 %	12,1 %
HE Horsens	13,5 %	13,8 %	13,1 %	14,2 %	11,7 %	13,7 %	9,4 %	10,8 %
HE Vest	14,0 %	12,0 %	12,4 %	14,9 %	16,8 %	15,1 %	13,2 %	11,2 %
RH Randers	11,3 %	15,0 %	12,9 %	13,4 %	13,0 %	13,3 %	13,5 %	9,0 %
Total	12,9 %	12,8 %	12,9 %	12,7 %	12,7 %	13,0 %	12,6 %	10,3 %

Datakilde: InfoRM 11. august 2014

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



Datakilde: InfoRM 11. august 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 afrapportering 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 og figur 1.e vedrørende apopleksi (slagtilfælde) er der ikke retvisende data fra AUH siden årsskiftet. For Hospitalsenhed Vest er der imidlertid data til og med juni 2014, og her ses et stabilt resultat, hvor der mangler målopfyldelse på få indikatorer. På disse indikatorer, hvor der endnu ikke er målopfyldelse, er afstanden til målopfyldelse ganske få procentpoint.

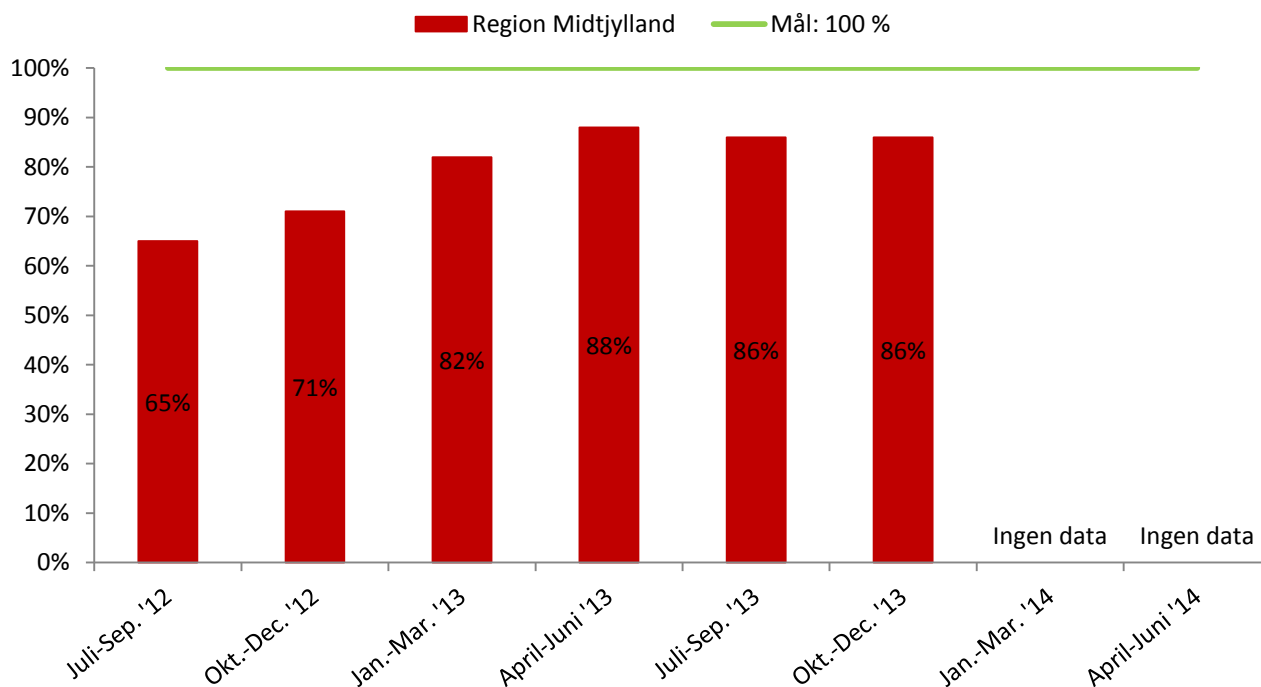
På trods af de manglende nye data for AUH og dermed regionsniveau skal det bemærkes, at regionen igennem de seneste par år har oplevet en markant fremgang i kvaliteten af apopleksibehandlingen. Denne fremgang kan formentlig bl.a. tilskrives neurologioplægningen gennemført medio 2012. Derudover har de 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 april 2013 – juni 2014

Apopleksi (slagtilfælde): Andel kvalitetsindikatorer, hvor standard er opfyldt.						
Mål: 100 %, dvs. opfyldelse af standarden på alle indikatorer.						
	Resultat de seneste 5 kvartaler					Mål
	April '13 – Juni '13	Juli '13 – Sep. '13	Okt. '13 – Dec. '13	Jan. '14 – Marts '14	April '14 – Juni '14	
AUH (Neurologisk Afd.)	76 % (13/17 indikatorer)	81 % (17/21 indikatorer)	86 % (18/21 indikatorer)	Ingen data	Ingen data	100 % (opfyldelse af standard på alle indikatorer)
HE Vest (Neurologisk Afd.)	82 % (14/17 indikatorer)	90 % (19/21 indikatorer)	86 % (18/21 indikatorer)	81 % (17/21 indikatorer)	86 % (18/21 indikatorer)	
Total	88 % (15/17 indikatorer)	86 % (18/21 indikatorer)	86 % (18/21 indikatorer)	Ingen data	Ingen data	

Datakilde: InfoRM 18. august 2014 (opdateringsdato 16. juli 2014)

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

Datakilde: InfoRM 18. august 2014 (opdateringsdato 16. juli 2014)

Akut mave-tarmkirurgi

På grund af en forsinket opdatering af MidtEPJ og deraf følgende dataproblemer er der desværre ikke kommet nye resultater for akut mave-tarmkirurgi siden sidste

Sundhedsoverblik. De seneste tilgængelige resultater (til og med februar 2014) viste i sidste Sundhedsoverblik tegn på fremgang på regionsniveau, men der er fortsat et stykke til målet om at alle kvalitetsindikatorers standard er opfyldt; i perioden september 2013-februar 2014 var 10/16 kvalitetsindikatorers standard således opfyldt på regionsniveau.

Fødsler

På grund af ovennævnte forsinkede opdatering af MidtEPJ og deraf følgende dataproblemer er der for nuværende ikke retvisende data til rådighed vedrørende fødsler for perioden februar-april 2014. Nedenfor vises derfor resultater for perioden op til og efter februar-april 2014.

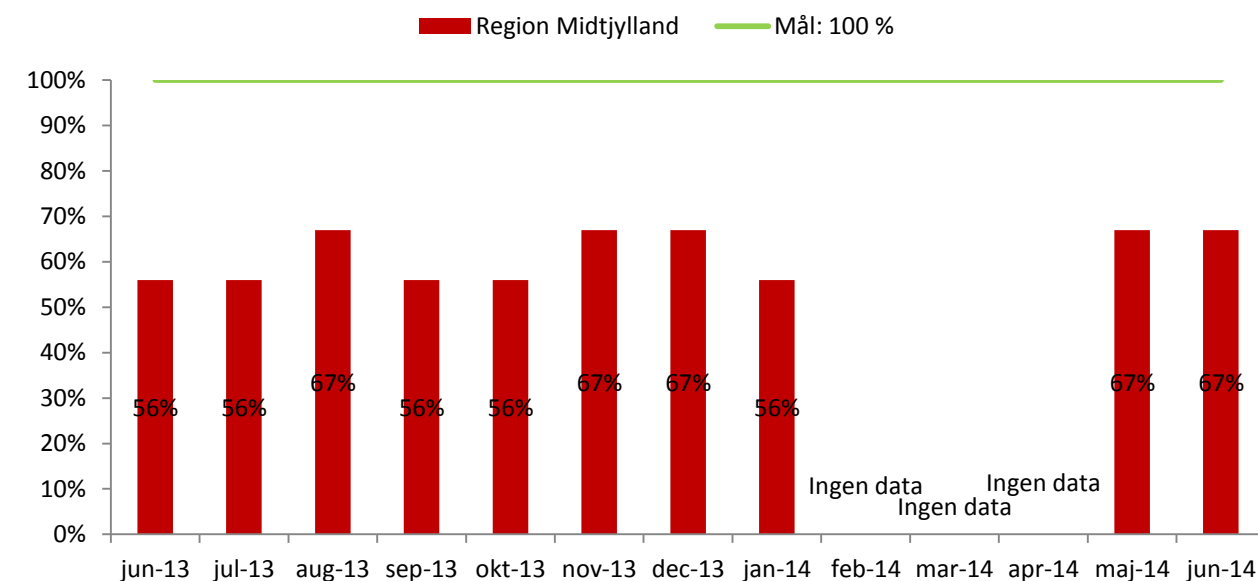
Som det fremgår af tabel 1.f gælder for alle hospitalsenheder, at de opfylder 6-7 af de 8-9 indikatorer, som er relevante for den pågældende hospitalsenhed. Næsten alle hospitalsenheder har fremgang i andelen af opfyldte indikatorer fra januar til juni 2014. Det er særligt opfyldelse af målsætningen om hurtig anlæggelse af fødeepidural, som volder problemer, da ingen af de fem hospitalsenheder opfylder denne indikator.

Figur 1.f: Andelen af kvalitetsindikatorer vedrørende fødsler, hvor den fastsatte kvalitetsstandard er opfyldt. Region Midtjylland januar-juni 2014

Fødsler: Andel kvalitetsindikatorer, hvor standard er opfyldt. Mål: 100 %, dvs. opfyldelse af standarden på alle indikatorer.							
	Resultat de seneste 6 måneder						Mål
	Januar 2014	Februar 2014	Marts 2014	April 2014	Maj 2014	Juni 2014	
AUH	56 % (5/9 indikatorer)	Ingen data	Ingen data	Ingen data	50 % (4/8 indikatorer)	78 % (7/9 indikatorer)	100 % (opfyldelse af standard på alle indikatorer)
HE Midt	50 % (4/8 indikatorer)	Ingen data	Ingen data	Ingen data	56 % (5/9 indikatorer)	78 % (7/9 indikatorer)	
HE Horsens	78 % (7/9 indikatorer)	Ingen data	Ingen data	Ingen data	63 % (5/8 indikatorer)	75 % (6/8 indikatorer)	
HE Vest	67 % (6/9 indikatorer)	Ingen data	Ingen data	Ingen data	71 % (5/7 indikatorer)	75 % (6/8 indikatorer)	
RH Randers	56 % (5/9 indikatorer)	Ingen data	Ingen data	Ingen data	56 % (5/9 indikatorer)	78 % (7/9 indikatorer)	
Total	56 % (5/9 indikatorer)	Ingen data	Ingen data	Ingen data	67 % (6/9 indikatorer)	67 % (6/9 indikatorer)	

Datakilde: InfoRM 18. august 2014 (opdateringsdato 24. juli 2014)

Figur 1.f: Andelen af kvalitetsindikatorer vedrørende fødsler, hvor den fastsatte kvalitetsstandard er opfyldt. Region Midtjylland juni 2013-juni 2014



Datakilde: InfoRM 18. august 2014 (opdateringsdato 24. juli 2014)

Skizofreni

Pga. nationalt dækkende 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. Der er endnu ikke fuld tiltro til, at data på alle kvalitetsindikatorerne kan anses som retvisende, men der arbejdes på, at indikatorer fra databasen kan indgå i afrapporteringer i 2015.

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. På regionsniveau er overholdelsen af forløbstiderne gået lidt tilbage, hvilket mest gælder den samlede forløbstid, som er gået fra godt 50 % til 36 % i seneste kvartal. 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 marts-maj 2014 har regionen en målopfyldelse på 94 % på henvisningstiden, 88 % på udredningstiden og 74 % på den samlede forløbstid. Ligesom ved blære- og nyrekræft er der altså fortsat et stykke vej til et resultat på minimum 90 % ved den samlede forløbstid. På hospitalsniveau har flere hospitaler et resultat der nærmer sig 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. Henover sommeren er der taget initiativ til at forøge udredningskapaciteten til operationer og skopier.

Regionsrådet vedtog i januar 2014, at hæmaturipatienter (patienter med blod i urinen) fra Favrskov og Randers kommuner til og med juni 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.

Regionsrådet blev orienteret om initiativerne vedrørende urologi på regionsrådsmødet den 24. september 2014.

Tabel 1.g: Forløbstider for blære- og nyrekræft. Resultater september 2013 – maj 2014.

Forløbstider for blære- og nyrekræft: Andel patienter, hvor forløbstid er overholdt.					
Mål: Forløbstider overholdes for minimum 90 % af patienterne.					
Enhed		Sep. '13 – Nov. '13	Dec. '13 – Feb. '14	Marts '14 – Maj '14	Mål
HE Vest	<i>Henvisningstid</i>	70 % af 245 patienter	68 % af 260 patienter	70 % af 281 patienter	90 %
	<i>Udredningstid</i>	81 % af 222 patienter	75 % af 243 patienter	74 % af 243 patienter	
	<i>Samlet forløbstid</i>	33 % af 12 patienter	8 % af 12 patienter	33 % af 12 patienter	
HE Midt	<i>Henvisningstid</i>	97 % af 179 patienter	92 % af 167 patienter	94 % af 179 patienter	90 %
	<i>Udredningstid</i>	90 % af 183 patienter	95 % af 166 patienter	92 % af 169 patienter	
	<i>Samlet forløbstid</i>	90 % af 10 patienter	81 % af 21 patienter	44 % af 25 patienter	
AUH (matrikel Skejby)	<i>Henvisningstid</i>	88 % af 310 patienter	82 % af 263 patienter	64 % af 238 patienter	90 %
	<i>Udredningstid</i>	76 % af 347 patienter	76 % af 343 patienter	66 % af 214 patienter	
	<i>Samlet forløbstid</i>	49 % af 68 patienter	47 % af 70 patienter	22 % af 59 patienter	
AUH (matrikel Horsens*)	<i>Henvisningstid</i>	53 % af 98 patienter	83 % af 104 patienter	77 % af 102 patienter	90 %
	<i>Udredningstid</i>	93 % af 96 patienter	84 % af 103 patienter	88 % af 94 patienter	
	<i>Samlet forløbstid</i>	20 % af 5 patienter	20 % af 5 patienter	25 % af 4 patienter	
AUH (matrikel Randers*)	<i>Henvisningstid</i>	87 % af 133 patienter	80 % af 124 patienter	59 % af 88 patienter	90 %
	<i>Udredningstid</i>	85 % af 116 patienter	80 % af 117 patienter	73 % af 73 patienter	
	<i>Samlet forløbstid</i>	33 % af 9 patienter	25 % af 8 patienter	14 % af 7 patienter	
Regions-niveau	<i>Henvisningstid</i>	82 % af 950 patienter	80 % af 907 patienter	74 % af 876 patienter	90 %
	<i>Udredningstid</i>	86 % af 891 patienter	84 % af 894 patienter	81 % af 739 patienter	
	<i>Samlet forløbstid</i>	53 % af 77 patienter	53 % af 86 patienter	36 % af 76 patienter	

Datakilde: InfoRM 18. august 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 Aarhus 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 Aarhus Universitetshospital.

Tabel 1.h: Forløbstider for kræft i mandlige kønsorganer. Resultater september 2013 – maj 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		Sep. '13 – Nov. '13	Dec. '13 – Feb. '14	Marts '14 – Maj '14	Mål
HE Vest	<i>Henvisningstid</i>	87 % af 217 patienter	91 % af 221 patienter	87 % af 187 patienter	90 %
	<i>Udredningstid</i>	79 % af 221 patienter	84 % af 210 patienter	84 % af 188 patienter	
	<i>Samlet forløbstid</i>	66 % af 44 patienter	73 % af 40 patienter	83 % af 24 patienter	
HE Midt	<i>Henvisningstid</i>	94 % af 107 patienter	98 % af 102 patienter	98 % af 126 patienter	90 %
	<i>Udredningstid</i>	93 % af 103 patienter	92 % af 106 patienter	91 % af 121 patienter	
	<i>Samlet forløbstid</i>	67 % af 9 patienter	83 % af 6 patienter	75 % af 12 patienter	
AUH (matrikel Skejby)	<i>Henvisningstid</i>	99 % af 244 patienter	96 % af 254 patienter	94 % af 229 patienter	90 %
	<i>Udredningstid</i>	83 % af 259 patienter	81 % af 277 patienter	84 % af 207 patienter	
	<i>Samlet forløbstid</i>	63 % af 62 patienter	53 % af 72 patienter	72 % af 43 patienter	
AUH (matrikel Horsens*)	<i>Henvisningstid</i>	97 % af 38 patienter	88 % af 25 patienter	100 % af 20 patienter	90 %
	<i>Udredningstid</i>	81 % af 37 patienter	81 % af 26 patienter	85 % af 20 patienter	
	<i>Samlet forløbstid</i>	40 % af 5 patienter	33 % af 3 patienter	0 % af 1 patient	
AUH (matrikel Randers*)	<i>Henvisningstid</i>	100 % af 108 patienter	100 % af 134 patienter	100 % af 138 patienter	90 %
	<i>Udredningstid</i>	89 % af 103 patienter	81 % af 125 patienter	87 % af 128 patienter	
	<i>Samlet forløbstid</i>	67 % af 12 patienter	38 % af 16 patienter	70 % af 10 patienter	
Regions-niveau	<i>Henvisningstid</i>	95 % af 712 patienter	95 % af 732 patienter	94 % af 697 patienter	90 %
	<i>Udredningstid</i>	87 % af 681 patienter	85 % af 699 patienter	88 % af 620 patienter	
	<i>Samlet forløbstid</i>	67 % af 91 patienter	58 % af 98 patienter	74 % af 62 patienter	

Datakilde: InfoRM 18. august 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 Aarhus Universitetshospital. Det er besluttet, at det hospital, der har det diagnostiske og behandlingsmæssige ansvar, også har ansvar for overholdelse af forløbstider og monitoreringen. Ansaret for disse pakkeforløb hører derfor under Aarhus Universitetshospital.

Kræft i lunger

Jævnfør tabel 1.i er der med få undtagelser enten målopfyldelse eller næsten målopfyldelse på alle regionens hospitalsenheder vedrørende henvisnings- og udredningstider for lungekræft. Siden sidste periode (december 2013-februar 2014) er der sket en lille tilbagegang på den samlede forløbstid, som på regionsniveau nu ligger på 79 %.

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.

Der arbejdes med at få indkredset præcist de udfordringer, der kan forlænge patientforløbene, og få sat ind med de rigtige tiltag. Regionsrådet blev orienteret om initiativerne vedrørende lungekræft på regionsrådsmødet den 24. september 2014.

Tabel 1.i: Forløbstider for kræft i lunger. Resultater september 2013 – maj 2014

Forløbstider for kræft i lunger: Andel patienter, hvor forløbstid er overholdt.					
Mål: Forløbstider overholdes for minimum 90 % af patienterne.					
Enhed		Sep. '13 – Nov. '13	Dec. '13 – Feb. '14	Marts '14 – Maj '14	Mål
HE Vest	<i>Henvisningstid</i>	93 % af 159 patienter	85 % af 166 patienter	89 % af 148 patienter	90 %
	<i>Udredningstid</i>	81 % af 130 patienter	79 % af 156 patienter	77 % af 132 patienter	
	<i>Samlet forløbstid</i>	73 % af 52 patienter	76 % af 46 patienter	60 % af 30 patienter	
HE Midt	<i>Henvisningstid</i>	96 % af 180 patienter	95 % af 173 patienter	98 % af 183 patienter	90 %
	<i>Udredningstid</i>	88 % af 171 patienter	90 % af 154 patienter	88 % af 180 patienter	
	<i>Samlet forløbstid</i>	82 % af 33 patienter	87 % af 31 patienter	81 % af 31 patienter	
AUH	<i>Henvisningstid</i>	99 % af 376 patienter	95 % af 335 patienter	98 % af 326 patienter	90 %
	<i>Udredningstid</i>	91 % af 404 patienter	90 % af 373 patienter	86 % af 347 patienter	
	<i>Samlet forløbstid</i>	87 % af 153 patienter	86 % af 160 patienter	80 % af 152 patienter	
RH Randers	<i>Henvisningstid</i>	100 % af 136 patienter	94 % af 134 patienter	98 % af 127 patienter	90 %
	<i>Udredningstid</i>	86 % af 123 patienter	80 % af 122 patienter	79 % af 124 patienter	
	<i>Samlet forløbstid</i>	88 % af 34 patienter	86 % af 35 patienter	76 % af 33 patienter	
Regions-niveau	<i>Henvisningstid</i>	98 % af 851 patienter	93 % af 808 patienter	96 % af 783 patienter	90 %
	<i>Udredningstid</i>	90 % af 783 patienter	88 % af 763 patienter	86 % af 738 patienter	
	<i>Samlet forløbstid</i>	86 % af 180 patienter	87 % af 178 patienter	79 % af 159 patienter	

Datakilde: InfoRM 18. august 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.

Metoden til at beregne HSMR er i første del af 2014 blevet ændret, og på grund af en forsinket opdatering af MidtEPJ og deraf følgende dataproblemer har regionen endnu ikke brugbare HSMR-tal for 1. og 2. kvartal 2014. Det er derfor ikke muligt at vise nye tal i dette Sundhedsoverblik. Det kan dog bemærkes, at de seneste tilgængelige tal (til og med 4. kvartal 2013) viser, at regionen som helhed på daværende tidspunkt havde opfyldt kvalitetsmålet om at reducere HSMR med minimum 10 % sammenlignet med 2012.

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.j endnu ikke ses en entydig udvikling i brugen af hverken bæltefikseringer, fastholdelser eller beroligende medicin.

I forhold til de nuværende mål skal bemærkes, at nye mål vedrørende tvang er vedtaget i Økonomiaftalen 2015 mellem regeringen og Danske Regioner. Økonomiaftalens mål lyder at brugen af bæltefikseringer skal være reduceret mindst 50 % i 2020 samtidig med, at den samlede brug af tvang reduceres. I Budget 2015 er kvalitetsmålet vedrørende tvang derfor justeret i overensstemmelse med denne nye målsætning.

Tabel 1.j: Tvang i psykiatrien. Resultater 2. kvartal 2013 – 2. kvartal 2014.

Tvang i psykiatrien: Fastholdelse, bæltefiksering og beroligende medicin							
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).							
	Baseline (2012- resultat)	Resultat de seneste 5 kvartaler					Mål
		2. kvartal 2013	3. kvartal 2013	4. kvartal 2013	1. kvartal 2014	2. kvartal 2014	
Antal bæltefikseringer (i parentes antal patienter berørt af bæltefiksering)	378 bæltefikseringer per kvartal (135 patient. per kvartal)	417 bæltefikser. (132 patient.)	554 bæltefikser. (182 patient.)	604 bæltefikser. (158 patient.)	366 bæltefikser. (122 patient.)	283 bæltefikser. (157 patient.)	Maks. 302 bæltefikser.
Gennemsnitlig varighed af bæltefikseringer¹⁾	25,8 timer	27,3 timer	21,2 timer	22,1 timer	21,4 timer	33,9 timer	Maksimalt 20,6 timer
Antal fastholdelser (i parentes antal patienter berørt af fastholdelse)	136 fastholdelser per kvartal (56 patienter per kvartal)	120 fastholdelser (59 patient.)	144 fastholdelser (67 patient.)	122 fastholdelser (59 patient.)	178 fastholdelser (64 patient.)	156 fastholdelser (68 patienter)	Maks. 109 fastholdelser
Antal tilfælde med brug af beroligende medicin (i parentes antal patienter berørt af beroligende medicin)	350 tilfælde per kvartal (118 patient. per kvartal)	440 tilfælde (140 patient.)	402 tilfælde (151 patient.)	381 tilfælde (153 patient.)	270 tilfælde (100 patient)	354 tilfælde (141 patient.)	Maks. 350 tilfælde

Datakilde: Inform 18. august 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 ventetid på akutklinikker/skadestuer er der for nuværende ikke retvisende data til rådighed. Der arbejdes på, at data igen kan gøres tilgængelige.

Vedrørende afsendelse af udskrivningsbreve har der igennem en længere periode foregået en stor indsats på hospitalerne for at fremskynde afsendelsen af udskrivningsbrevene. Som det fremgår af tabel 2.a og figur 2.a, har resultatet på de fleste hospitalsenheder 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 %. HE Midt har som eneste hospitalsenhed et resultat over 95 %. Også psykiatriens resultat ligger nu stabilt omkring 90 %; dette skal ses i forhold til et tidligere stabilt niveau omkring 60 %.

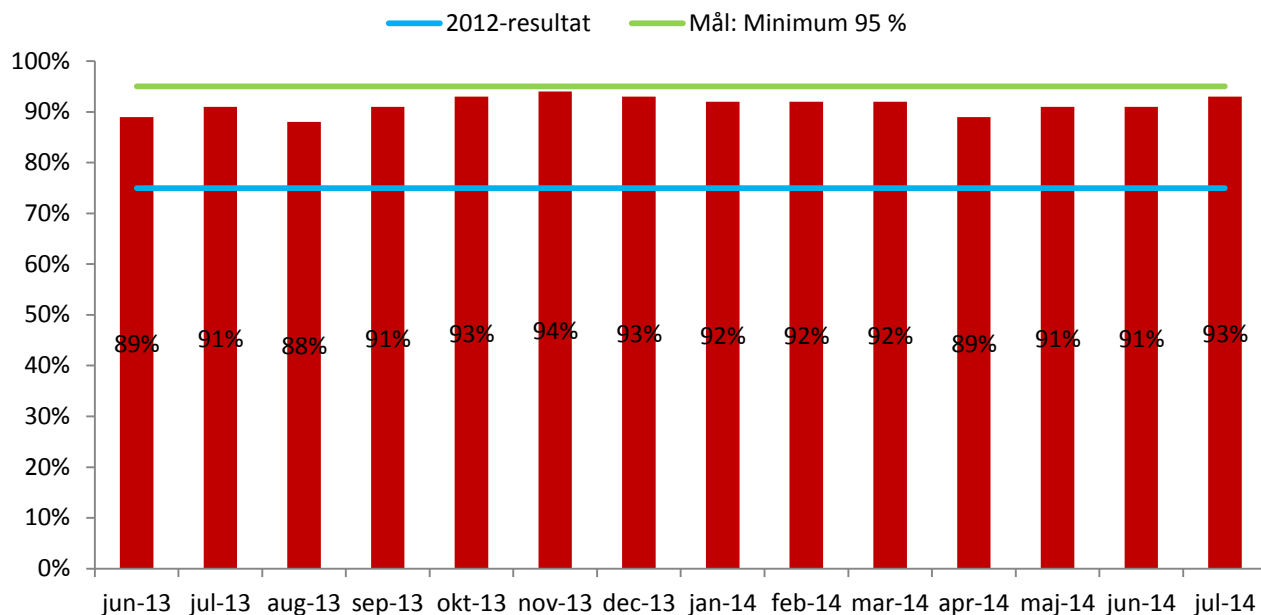
Tabel 2.a: Afsendelse af udskrivningsbreve. Resultater februar–juli 2014.

Afsendelse af udskrivningsbreve (epikriser): Andelen af udskrivningsbreve afsendt senest 2 hverdage efter udskrivelse.							
Mål: Minimum 95 % af udskrivningsbrevene afsendes senest 2 hverdage efter udskrivelse.							
Hospitalsenhed	Resultat de seneste 6 måneder						Mål
	Februar 2014	Marts 2014	April 2014	Maj 2014	Juni 2014	Juli 2014	
AUH ¹⁾	92 %	90 %	86 %	91 %	88 %	92 %	95 %
HE Midt	92 %	96 %	93 %	95 %	96 %	96 %	95 %
HE Horsens	95 %	92 %	90 %	86 %	88 %	91 %	95 %
HE Vest	90 %	92 %	92 %	91 %	92 %	92 %	95 %
RH Randers	89 %	89 %	86 %	90 %	91 %	90 %	95 %
Psykiatri ²⁾	88 %	91 %	89 %	89 %	91 %	94 %	Mål ikke fastsat
Region Midtjylland (ekskl. psykiatri)	92 %	92 %	89 %	91 %	91 %	93 %	95 %

Datakilde: InfoRM, 11. august 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 juni 2013 – juli 2014

Datakilde: InfoRM, 11. august 2014

For servicemålet vedrørende ventetid til forundersøgelse er der på alle hospitalsenheder fokus på kortere ventetider, hvilket forstærkes af arbejdet med at opfylde retten 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. På flere hospitalsenheder ses imidlertid tegn på fremgang.

Tabel 2.b: Ventetid til forundersøgelse. Resultater februar–juli 2014.

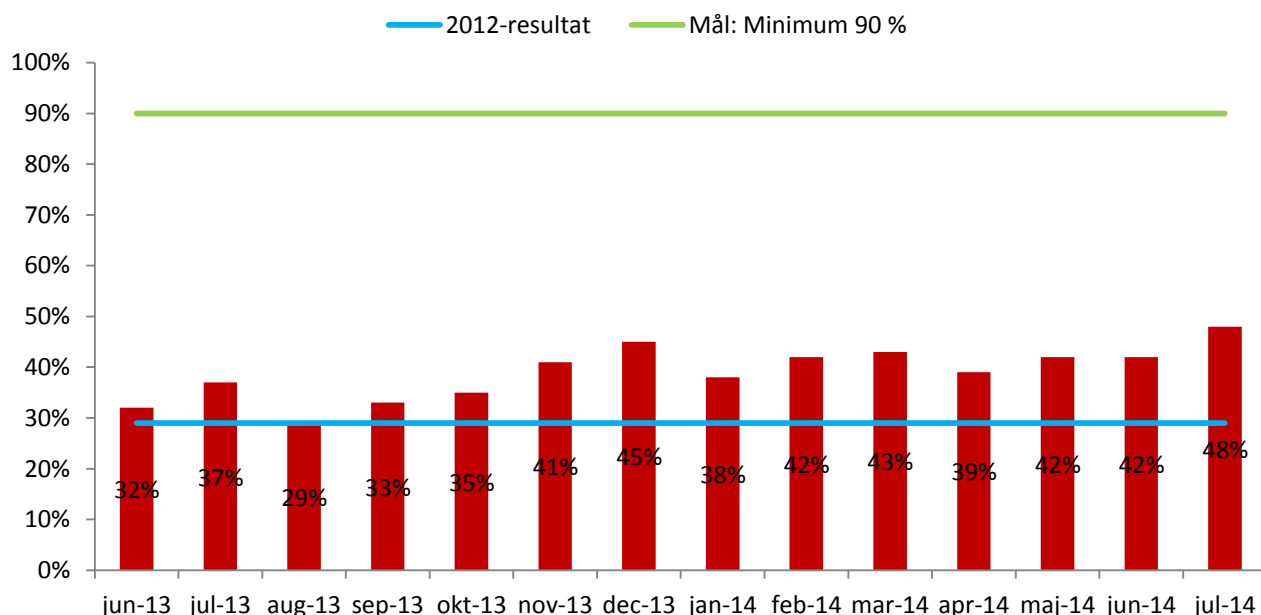
Ventetid til forundersøgelse: Andelen af patienter, som maksimalt har ventet 2 uger fra henvisningsdatoen.

Mål: Minimum 90 % af patienterne venter under 2 uger.

Hospitalsenhed	Resultat de seneste 6 måneder						Mål
	Februar 2014	Marts 2014	April 2014	Maj 2014	Juni 2014	Juli 2014	
AUH	46 %	47 %	46 %	43 %	42 %	54 %	90 %
HE Midt	32 %	33 %	28 %	30 %	30 %	37 %	90 %
HE Horsens	38 %	43 %	40 %	54 %	63 %	54 %	90 %
HE Vest	41 %	40 %	37 %	41 %	42 %	49 %	90 %
RH Randers	52 %	53 %	48 %	45 %	40 %	44 %	90 %
Region Midtjylland	42 %	43 %	39 %	42 %	42 %	48 %	90 %

Datakilde: InfoRM, 11. august 2014

Figur 2.b: Andel patienter med ventetid til forundersøgelse på under 2 uger. Regionsniveau juni 2013 – juli 2014



Datakilde: InfoRM, 11. august 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 med 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 2.c lever størstedelen af hospitalerne ikke op til målsætningen ved seneste opfølgning (1. halvår 2014), men på flere hospitaler er der fremgang sammenlignet med 2. halvår 2013.

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

Tabel 2.c: Kontaktpersonordningen. Resultater 2. halvår 2013 og 1. halvår 2014.

Kontaktpersonordningen: Andelen af patienter, som er tildelt en kontaktperson senest på 3. indlæggelsesdøgn eller ved 3. ambulate 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
	2. halvår 2013 Senest ved 3.døgn/3. besøg	2. halvår 2013 Særlige behov (inden for 24 timer)	1. halvår 2014 Senest ved 3.døgn/3. besøg	1. halvår 2014 Særlige behov (inden for 24 timer)	
AUH	80 %	75 %	84 %	84 %	Minimum 90 %
HE Midt	63 %	54 %	79 %	75 %	
HE Horsens	70 %	88 %	90 %	88 %	
HE Vest	85 %	73 %	87 %	87 %	
RH Randers	83 %	91 %	83 %	84 %	
Psykiatrien (voksenpsyk. og børne- og ungdomspsyk.)	84 %	83 %	94 %	90 %	

Datakilde: InfoRM 18. august 2014

2.3 Servicemål vedrørende psykiatrien

I tabel 2.d og 2.e nedenfor vises resultater for ventetider på psykiatrisk behandling i voksenpsykiatrien og på psykiatrisk udredning i børne- og ungdomspsykiatrien.

Jævnfør tabel 2.d er antallet af voksne patienter, som har ventet mere end 2 måneder på psykiatrisk behandling i voksenpsykiatrien, de seneste 6 måneder blevet nedbragt markant til 321 patienter pr. 31. juli 2014. Ventelisten fortsætter med at falde og var medio august reduceret til 257 patienter, som har ventet i mere end 2 måneder. Dette skyldes en række tiltag, som er iværksat med henblik på nedbringelse af ventetiden.

En markant vækst i antal henvisninger til psykiatrisk behandling, har gjort det til en udfordring at undgå en stigning i ventelisten. Antal henvisninger steg fra 2011 til 2012 med 27 % og fra 2012 til 2013 med 21 %. I de første 7 måneder af 2014 er henvisningstallet yderligere steget med 4,5 % i forhold til de tilsvarende måneder i 2013. De første måneder af 2013 var stigningen endnu større, mens der de sidste 2 måneder har været tale om et fald i henvisningstallet.

Tabel 2.d: Ventetid på psykiatrisk behandling i voksenpsykiatrien. Resultater februar-juli 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 6 måneder						Mål
Februar 2014	Marts 2014	April 2014	Maj 2014	Juni 2014	Juli 2014	
746 patienter	729 patienter	647 patienter	501 patienter	339 patienter	321 patienter	Ingen patienter venter mere end 2 måneder på behandling

Note: Ventelistetallene er baseret på tal fra den sidste dag i den pågældende måned. Ventelistetallet for juli er således baseret på status den 31. juli.

Jævnfør tabel 2.e er ventelisten i børne- og ungdomspsykiatrien reduceret fra 116 børn og unge ved udgangen af februar måned, som har ventet i mere end 2 måneder på psykiatrisk udredning, til 11 ved udgangen af juli måned. Dette skyldes som i Voksenpsykiatrien, at der er iværksat en række tiltag til nedbringelse af ventetiden. Det forventes, når udredningsgarantien på 2 måneder indføres pr. 1. september, at der ikke vil være børn og unge, som har ventet i mere end 2 måneder.

Antallet af henvisninger er ligeledes i børne- og ungdomspsykiatrien steget markant med 16 % fra 2011 til 2012 og yderligere 16 % fra 2012 til 2013. I de 7 første måneder i 2014 er henvisningstallet yderligere steget med 15,9 % i forhold til de tilsvarende måneder i 2013. Modsat voksenpsykiatrien er der ikke i børne- og ungdomspsykiatrien tegn på, at væksten i henvisningsomfanget aftager.

Tabel 2.e: Ventetid på psykiatrisk udredning i børne- og ungdomspsykiatrien. Resultater februar-juli 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
Februar 2014	Marts 2014	April 2014	Maj 2014	Juni 2014	Juli 2014	
116 patienter	97 patienter	41 patienter	6 patienter	3 patienter	11 patienter	Ingen patienter venter mere end 2 måneder på udredning

Note: Ventelistetallene er baseret på tal fra den sidste dag i den pågældende måned. Ventelistetallet for juli er således baseret på status den 31. juli.

2.4 Servicemål vedrørende præhospitalet

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

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

Tabel 2.f: Servicemål vedrørende responstider for 112-sager/patienter ved A- og B-kørsler. Resultater april 2013-juni 2014.

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

Jævnfør tabel 2.g 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.g: Servicemål vedr. siddende patienttransport. Resultat april 2013-juni 2014.

Servicemål: Afhentnings- og afleveringstidspunkter ved siddende patienttransport.						
Mål: Minimum 95 % af patienterne afhentes/afleveres indenfor 1 times afvigelse fra det ønskede tidspunkt. For dialysepatienter er tidsfristen ½ time.						
Kørselstype	Resultat de seneste 5 kvartaler					Mål
	April '13 – Juni '13	Juli '13 – Sep. '13	Okt. '13 – Dec.13	Jan. '14 – Marts '14	April '14 – Juni '14	
Afhentning og aflevering skal ske inden for 1 times afvigelse fra ønsket tidspunkt	98,15 %	97,99 %	97,94 %	97,71 %	97,98 %	95 %
For patienter, der køres til dialyse, skal afhentning og aflevering ske inden for ½ times afvigelse fra ønsket tidspunkt	91,50 %	91,52 %	91,69 %	91,82 %	91,96 %	95 %

2.5 Servicemål vedrørende praksissektoren

Praksissektorens servicemål for lægevagten omhandler ventetider ved telefonkonsultation, ventetider ved fremmøde og ventetider ved hjemmebesøg.

Servicemålet vedrørende ventetid i telefonen er aftalt som en målsætning om, at 90 % af patienterne kommer til at tale med vagtlægen, inden der er gået 5 minutter. I 2. kvartal 2014 kom 82 % af patienterne til at tale med en vagtlæge inden for 5 minutter. Servicemålet er dermed ikke opfyldt. Målopfyldelsen vedrørende ventetid i telefonen svinger meget i løbet af et vagtdøgn. Derfor vil Nære Sundhedstilbud søge at finde forklaringen på, hvorfor målopfyldelsen på bestemte tidspunkter er særlig lav. Når forklaringen er fundet, vil Nære Sundhedstilbud gå i en tættere dialog med vagtlægerne for at øge målopfyldelsen.

Servicemålet vedrørende ventetid på at blive tilset af vagtlægen ved en konsultation lyder, at 90 % af patienterne skal tilses af vagtlægen senest 1 time efter ankomsten til konsultationen. I 2. kvartal 2014 blev 80 % af patienterne tilset af vagtlægen inden en time, og servicemålet er dermed ikke opfyldt. Resultatet er faldet fra 1. til 2. kvartal. Nære Sundhedstilbud vil undersøge, hvorfor målopfyldelsen ligger 10 procentpoint under målet, og derefter gå i dialog med vagtlægerne for at forbedre målopfyldelsen.

Servicemålet vedrørende ventetid på hjemmebesøg lyder, at 90 % af patienterne skal besøges, inden der er gået 3 timer fra besøget blev aftalt. I 2. kvartal 2014 fik 93 % af patienterne besøg af vagtlægen inden 3 timer. Dermed er servicemålet opfyldt.

Tabel 2.h: Servicemål for praksissektoren. Resultater april 2013-juni 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
	April '13 – Juni '13	Juli '13 – Sep. '13	Okt. '13 – Dec.13	Jan. '14 – Marts '14	April '14 – Juni '14	
Ventetid i telefon maksimalt 5 minutter	85 %	79 %	88 %	88 %	82 %	90 %
Ventetid på konsultation efter ankomst til konsultationsstedet maksimalt 1 time	81 %	82 %	85 %	80 %	80 %	90 %
Ventetid på hjemmebesøg maksimalt 3 timer	93 %	93 %	93 %	93 %	93 %	90 %

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

3. Bilag: Resultater vedrørende apopleksi og fødsler

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

Apopleksi: Opfyldelse af kvalitetsindikatorer april – juni 2014

	AUH (Neurologisk Afd.)	HE Vest (Neurologisk Afd.)	Standard
Indikator 1: Andel af patienter med akut apopleksi, der bliver indlagt i en apopleksienhed senest på 2. indlæggelsesdag	Ingen data	97 % (228/235)	Mindst 90 %
Indikator 2: Andel af patienter med akut iskæmisk apopleksi uden atrieflimren, der sættes i trombocythæmmerbehandling senest på 2. indlæggelsesdag	Ingen data	99 % (142/144)	Mindst 95 %
Indikator 3: Andel af patienter med akut iskæmisk apopleksi og atrieflimren, der sættes i antikoagulansbehandling senest 14 dage efter indlæggelsen	Ingen data	91 % (21/23)	Mindst 95 %
Indikator 4: Andelen af patienter, der får udført CT/MR scanning på indlæggelsesdagen	Ingen data	92 % (188/205)	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	Ingen data	97 % (172/178)	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	Ingen data	98 % (178/181)	Mindst 90 %
Indikator 7: Andel af patienter, der mobiliseres på indlæggelsesdagen	Ingen data	97 % (161/166)	Mindst 80 %
Indikator 8: Andel af patienter, der får vurderet ernæringsrisiko senest 2. indlæggelsesdag	Ingen data	91 % (182/200)	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	Ingen data	90 % (178/198)	Mindst 80 %
Indikator 10: Andel af patienter, der vurderes med direkte synketest (vandtest med og uden fortykkelsesmiddel samt fast føde) på indlæggelsesdagen	Ingen data	89 % (52/56)	Mindst 80 %
Indikator 11: Andel af patienter, der får foretaget ultralyd/CT-/MR-angiografi af halskar senest 4. indlæggelsesdag	Ingen data	96 % (141/147)	Mindst 90 %
Indikator 12: Andel af patienter, som får gennemført karotisendarterektomi, hvor tiden fra indlæggelse til operation er højst 14 dage	Ingen data	-	Mindst 90 %
Indikator 13a: Andel af alle patienter med apopleksi som indlægges indenfor 3 timer efter symptomdebut	Ingen data	29 % (60/206)	Mindst 30 %
Indikator 13 b: Andel af alle patienter med apopleksi som indlægges indenfor 4,5 time efter symptomdebut	Ingen data	44 % (90/206)	Mindst 40 %
Indikator 14: Andel af patienter som bliver behandlet med trombolyse, hvor behandlingen er påbegyndt indenfor 1 time efter indlæggelse	Ingen data	-	Mindst 50 %

Indikator 15: Andel af patienter med akut iskæmisk apopleksi, der trombolyseres	Ingen data	5 % (10/183)	Mindst 10 %
Indikator 16: Andel af patienter, der dør inden for 30 dage efter indlæggelse med apopleksi	Ingen data	6 % (9/144)	Højst 15 %
Indikator 17: Andel af patienter med akut iskæmisk (+ uspecifik) apopleksi, der dør inden for 30 dage efter indlæggelse med apopleksi	Ingen data	4 % (5/127)	Højst 12 %
Indikator 18: Andel af patienter med akut hæmorrhagisk apopleksi, der dør inden for 30 dage efter indlæggelse med apopleksi	Ingen data	22 % (4/18)	Højst 40 %
Indikator 19: Andel patienter med TIA uden atrieflimren, som sættes i trombocythæmmerbehandling senest på 2. dag efter første kontakt til sekundær sektor	Ingen data	100 % (84/84)	Mindst 95 %
Indikator 20: Andel patienter med TIA og atrieflimren, som sættes i antikoagulansbehandling senest 14 dage efter første kontakt til sekundær sektor.	Ingen data	100 % (14/14)	Mindst 95 %
Indikator 21: Andel patienter med TIA, der får udført CT/MR-scanning på samme dag som første kontakt til sekundær sektor	Ingen data	91 % (94/103)	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	Ingen data	99 % (92/93)	Mindst 90 %

Datakilde: Dansk Apopleksiregister. Data trukket fra InfoRM 18. august 2014 (opdateringsdato 16. juli 2014).

Fødsler: Opfyldelse af kvalitetsindikatorer juni 2014

	AUH	HE Horsens	RH Randers	HE Midt	HE Vest	Standard
Indikator 1: Andelen af fødepiduraler/fødespinaler, hvor anlæggelsen startes (procedurestart) indenfor en time fra epiduralen er bestilt ved anæstesiolog	79 % (67/85)	84 % (32/38)	82 % (18/22)	65 % (22/34)	73 % (30/41)	Mindst 95 %
Indikator 2: Andelen af fødende, der kontinuerligt har tilstedeværelse af fagpersonale på fødestuen i fødselens aktive fase, fraset korte pauser aftalt med den fødende	92 % (319/345)	90 % (133/148)	93 % (109/117)	89 % (148/166)	96 % (194/202)	Mindst 90 %
Indikator 3: Andelen af førstegangsfødende, der får svære bristninger af mellemkødet (grad III eller grad IV)	3 % (4/158)	5 % (3/58)	4 % (2/51)	6 % (5/86)	2 % (2/88)	Højst 6 %
Indikator 4a: Andelen af fødende, der føder ved akut kejsersnit i henhold til det tidsinterval kejsersnittet er meldt under, grad 1 < 15 min.	100 % (2/2)	-	100 % (1/1)	100 % (1/1)	-	Mindst 95 %
Indikator 4b: Andelen af fødende, der føder ved akut kejsersnit i henhold til det tidsinterval kejsersnittet er meldt under, grad 2 < 30 min.	100 % (10/10)	100 % (1/1)	56 % (5/9)	100 % (3/3)	100 % (2/2)	Mindst 95 %
Indikator 5: Andelen af kvinder med målt blodtab ≥ 1000 ml indenfor 2 timer efter fødslen	5 % (19/388)	8 % (12/156)	4 % (4/102)	3 % (6/176)	5 % (11/212)	Højst 4 %
Indikator 6: Andelen af fødsler, hvor barnet indenfor de første 2 timer har direkte hud mod hud kontakt til mor i mindst 60 minutter	96 % (318/330)	96 % (145/151)	99 % (112/113)	96 % (157/163)	95 % (177/186)	Mindst 90 %
Indikator 7: Andelen af børn, der fødes med svær hypoxi	1 % (2/389)	1 % (4/889)	1 % (1/129)	0 % (0/176)	0 % (0/208)	Højst 1 %
Indikator 8: Andelen af førstegangsfødende der føder ukompliceret med fødsel af et raskt barn	72 % (111/154)	69 % (40/58)	67 % (24/36)	66 % (52/79)	76 % (64/84)	Mindst 60 %

Datakilde: Dansk Kvalitetsdatabase for Fødsler. Data fra InfoRM 18. august 2014 (opdateringsdato 24. juli 2014).