

Kvartalsrapporten

Pr. 30. september 2013

Kvalitet og servicemål



Indholdsfortegnelse

1. Sundhedsområdets kvalitetsmål.....	3
1.1 Kvalitetsmål vedrørende Patientsikkert Sygehus og forebyggelige genindlæggelser	3
1.2 Kvalitetsmål vedrørende udvalgte sygdomsområder	7
1.3 Kvalitetsmål vedrørende kræftpakker	13
2. Sundhedsområdets servicemål og kontaktpersonordning	16
2.1 Servicemål vedrørende hospitalerne	16
2.2 Kontaktpersonordningen	18
2.3 Servicemål vedrørende psykiatrien.....	18
2.4 Servicemål vedrørende præhospitalet.....	19
2.5 Servicemål vedrørende praksissektoren	20
3.1 Bilag: Resultater på kvalitetsindikatorer vedrørende apopleksi, akut mavetarm-kirurgi, fødsler og lungecancer	21

1. Sundhedsområdets kvalitetsmål

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

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

1.1 Kvalitetsmål vedrørende Patientsikkert Sygehus og forebyggelige genindlæggelser

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

Patientsikkert Sygehus

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

¹ Da der endnu ikke er tilgængelige data vedrørende reduktion af tryksår, vil det være svært at sige noget meningsfuldt om opnåelse af målet om en 50 % reduktion ved udgangen af 2013. Problemstillingen vil blive taget op i den nationale Temagruppe for Kvalitet, hvor den landsdækkende indsats med Patientsikkert Sygehus tidligere har været drøftet.

Forebyggelige genindlæggelser

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

Monitoreringen af tryksår er foreløbigt udskudt, da der endnu ikke foreligger pålidelige data fra den regionale SFI (taget i brug i løbet af sommeren 2013), men for de øvrige resultatindikatorer foreligger der baselines baseret på 2012-data (data trukket 1. maj 2013). Resultaterne er vist nedenfor.

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

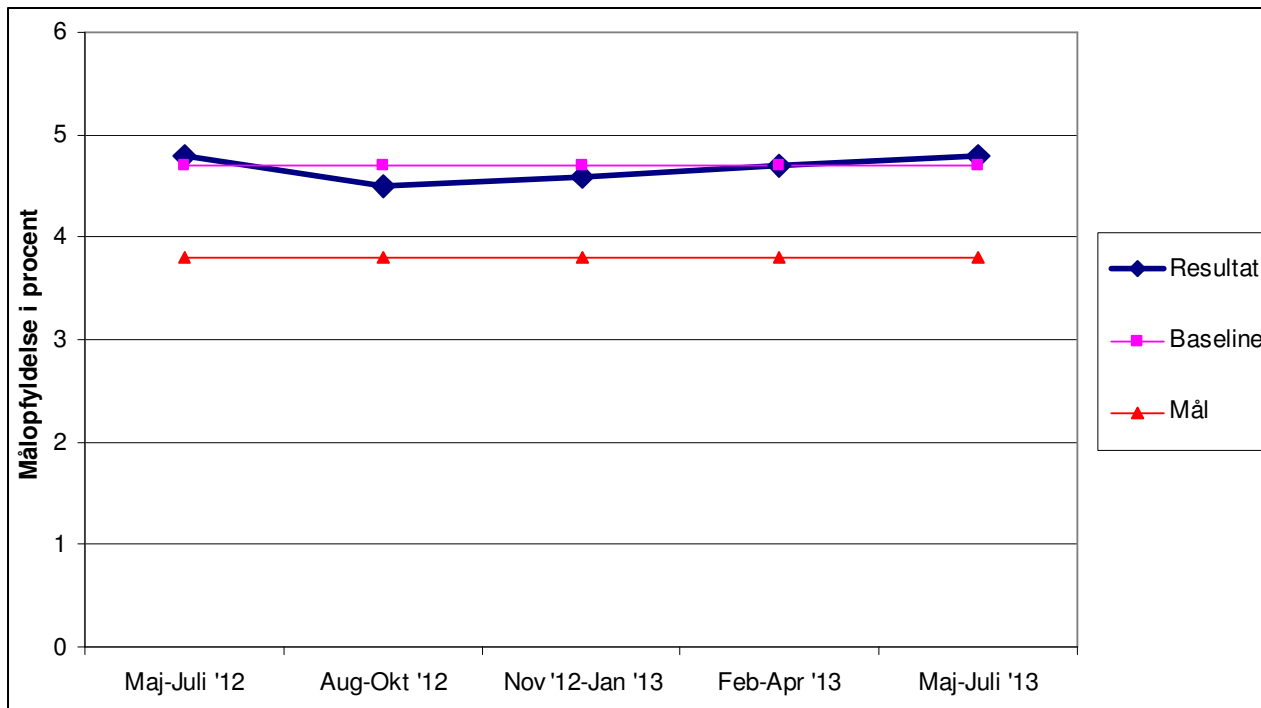
Tabel 1.a: Patientsikkert Sygehus – Kirurgipakken: Resultat nov. 2012 – juli 2013

	Enhed	Andel Nov. '12 – Jan. '13	Andel Feb. '13 – Apr. '13	Andel Maj '13 – Juli '13	Baseline (baseret på 2012)	Mål ¹
Kirurgipakken						
Genindlæggelse efter operation	AUH	4,8 %	4,9 %	5,0 %	5,0 %	4,0 %
	HE Midt	4,7 %	4,9 %	5,6 %	4,7 %	3,8 %
	HE Horsens	3,8 %	3,5 %	4,1 %	3,7 %	2,9 %
	HE Vest	4,0 %	4,4 %	4,2 %	4,4 %	3,5 %
	RH Randers	4,8 %	4,7 %	4,5 %	5,0 %	4,0 %
	Total	4,6 %	4,7 %	4,8 %	4,7 %	3,8 %
Dødsfald efter operation	AUH	0,40 %	0,35 %	0,34 %	0,44 %	0,35 %
	HE Midt	0,43 %	0,59 %	0,48 %	0,39 %	0,32 %
	HE Horsens	0,43 %	0,25 %	0,49 %	0,32 %	0,26 %
	HE Vest	0,44 %	0,47 %	0,49 %	0,46 %	0,36 %
	RH Randers	0,69 %	0,40 %	0,40 %	0,53 %	0,43 %
	Total	0,45 %	0,41 %	0,41 %	0,43 %	0,35 %

Datakilde: InfoRM 27. september 2013

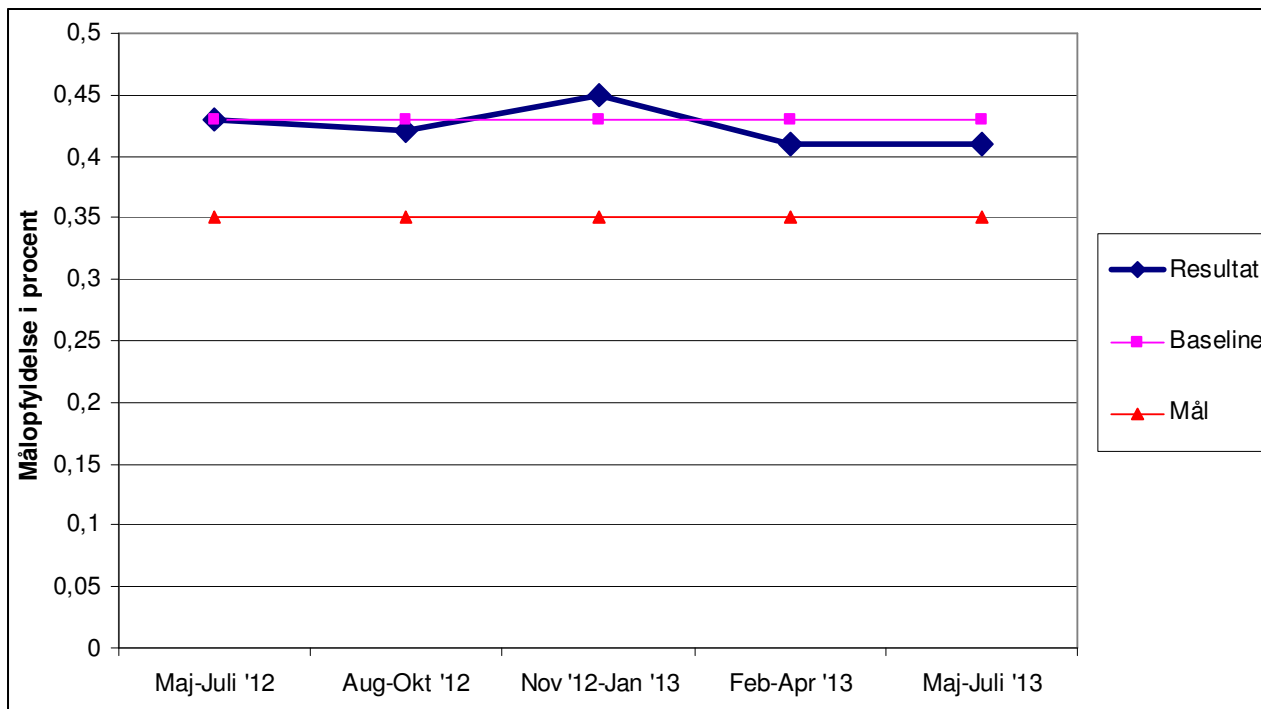
1) Målet er beregnet på baggrund af baseline og ud fra kravene til reduktion angivet i Budget 2013. For dødsfald og genindlæggelse efter operation er kravet en reduktion på minimum 20 % ved udgangen af 2013.

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



Datakilde: InfoRM 27. september 2013

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



Datakilde: InfoRM 27. september 2013

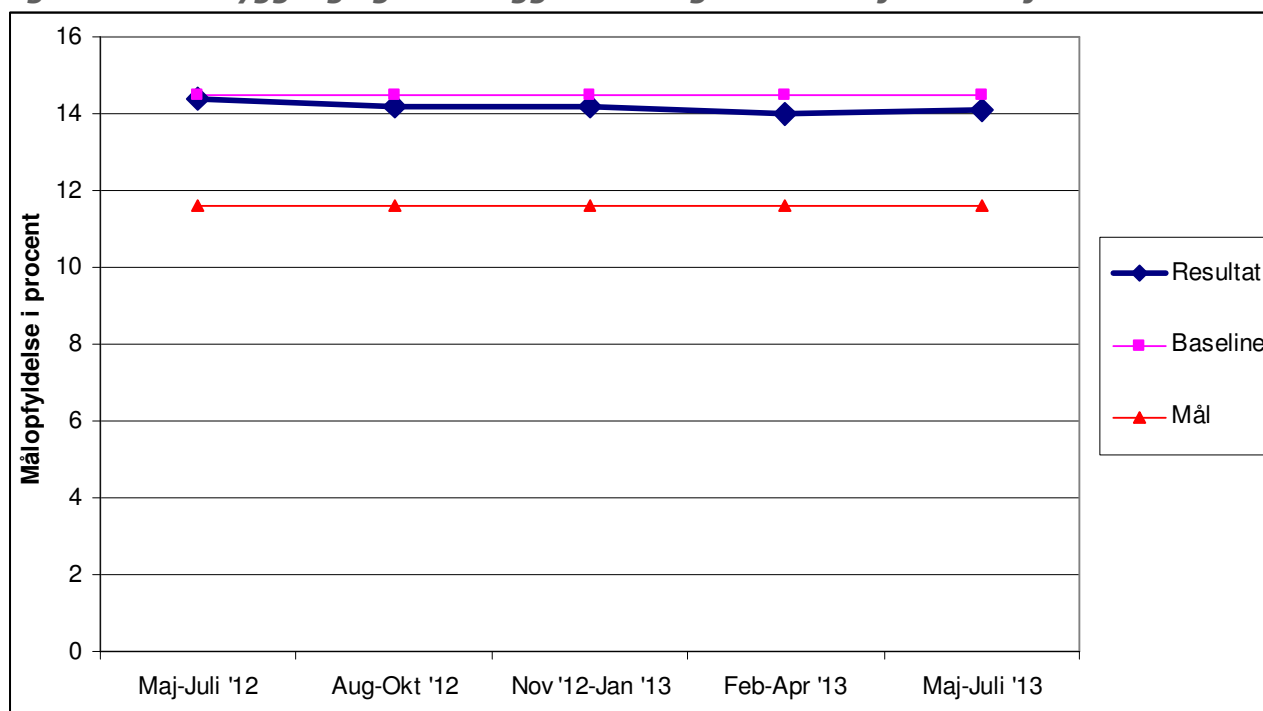
Tabel 1.b: Forebyggelige genindlæggelser: Resultat november 2012 – juli 2013

	Enhed	Andel Nov. '12 – Jan. '13	Andel Feb. '13 – Apr. '13	Andel Maj '13 – Juli '13	Baseline (baseret på 2012)	Mål ¹
Forebyggelige genindlæggelser	AUH	12,3 %	10,6 %	11,1 %	13,2 %	10,5 %
	HE Midt	18,0 %	20,3 %	18,9 %	16,7 %	13,4 %
	HE Horsens	12,7 %	13,0 %	14,2 %	15,1 %	12,1 %
	HE Vest	15,5 %	14,3 %	15,2 %	15,8 %	12,6 %
	RH Randers	13,2 %	12,8 %	12,8 %	12,6 %	10,1 %
	Total	14,2 %	14,0 %	14,1 %	14,5 %	11,6 %

Datakilde: InfoRM 27. september 2013

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

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



Datakilde: InfoRM 27. september 2013

1.2 Kvalitetsmål vedrørende udvalgte sygdomsområder

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

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

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

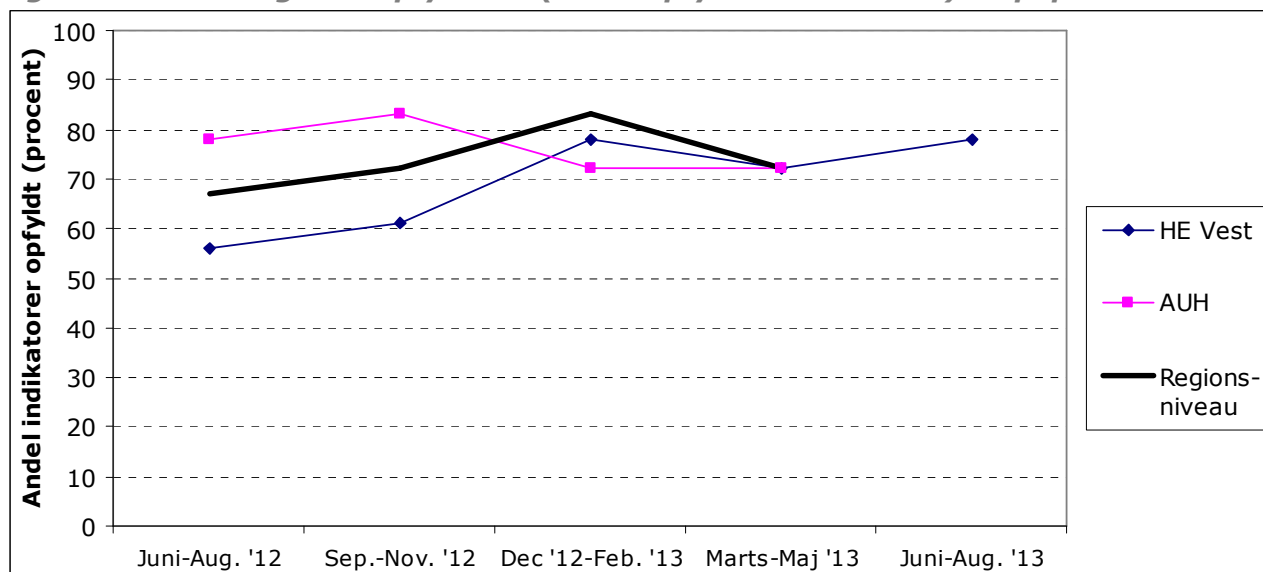
Tabel 1.c: Kvalitetsmål vedr. udvalgte sygdomsområder - apopleksi

	Enhed	Andel Dec. '12 – Feb. '13	Andel Marts '13 – Maj '13	Andel Juni '13 – August '13	Mål
Apopleksi: Andel kvalitetsindikatorer, hvor standard er opfyldt. Parentesen viser antal opfyldte indikatorer ud af antal relevante.	HE Vest (Neurologisk afd.)	78 % (14/18)	72 % (13/18)	78 % (14/18)	Målopfyldelse for alle indikatorer
	AUH (Neurologisk afd.)	72 % (13/18)	72 % (13/18)	(Se note 1)	
	Regionsniveau	83 % (15/18)	72 % (13/18)	(Se note 1)	

Datakilde: Dansk Apopleksiregister. Data trukket fra InfoRM 25. september 2013 (opdateringsdato 19. september 2013).

Note 1) Pga. en lokal databaseomlægning på AUH er der indtil december 2013 ikke tilgængelige resultater for AUH. Af samme årsag er regionsresultatet ikke angivet.

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



Datakilde: Dansk Apopleksiregister. Data trukket fra InfoRM 25. september 2013 (opdateringsdato 19. september 2013).

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

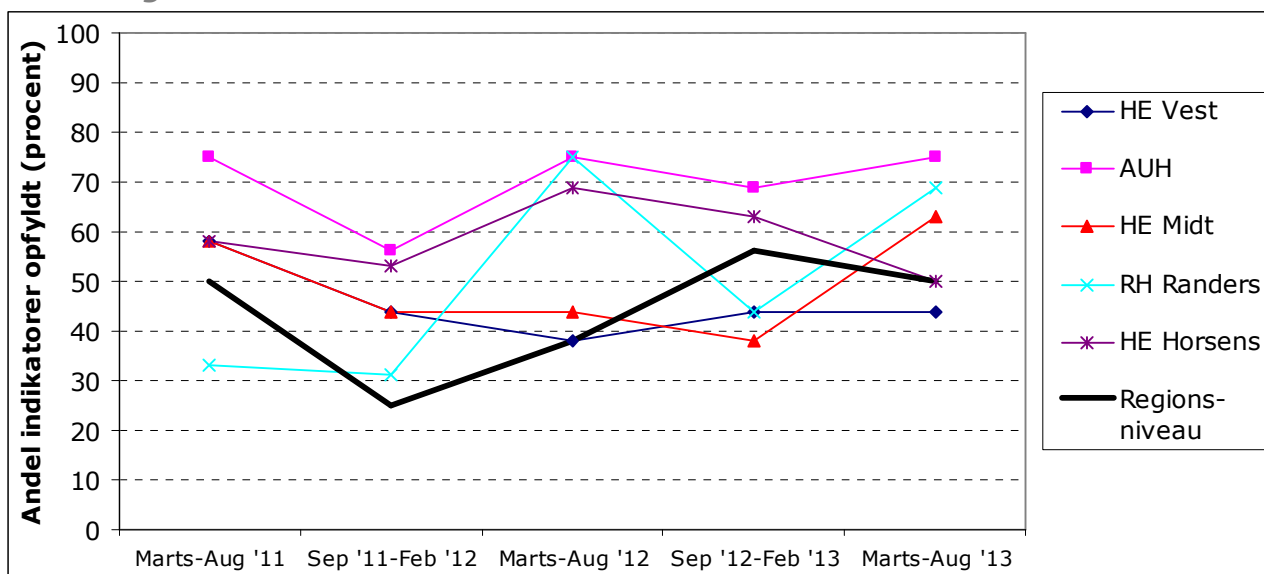
Pga. en lokal databaseoplægning på AUH er der indtil december 2013 ikke tilgængelige resultater for AUH. Af samme årsag er det samlede regionsresultat ikke angivet ovenfor.

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

	Enhed	Andel Mar. '12 – Aug. '12	Andel Sep. '12 – Feb. '13	Andel Mar. '13 – Aug. '13	Mål
Akut mave-tarm kirurgi: Andel kvalitetsindikatorer, hvor standard er opfyldt. Parentesen viser antal opfyldte indikatorer ud af antal relevante.	HE Vest	38 % (6/16)	44 % (7/16)	44 % (7/16)	Målopfyldeelse for alle indikatorer
	AUH	75 % (12/16)	69 % (11/16)	75 % (12/16)	
	HE Midt	44 % (7/16)	38 % (6/16)	63 % (10/16)	
	RH Randers	75 % (12/16)	44 % (7/16)	69 % (11/16)	
	HE Horsens	69 % (11/16)	63 % (10/16)	50 % (8/16)	
	Regionsniveau	38 % (6/16)	56 % (9/16)	50 % (8/16)	

Datakilde: Akut Kirurgi Databasen. Data trukket fra InfoRM 25. september (opdateringsdato 19. september 2013).
 Note: Pga. det lave patientantal indenfor akut mave-tarmkirurgi vises resultaterne for halvårslige intervaller. På trods af dette skal resultaterne tages med forbehold for meget lave patientantal (se evt. bilag). Det lave patientantal forklarer samtidig, at antallet af relevante indikatorer (nævneren) kan variere på tværs af hospitalet og perioder.

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



Datakilde: Akut Kirurgi Databasen. Data trukket fra InfoRM 25. september (opdateringsdato 19. september 2013).

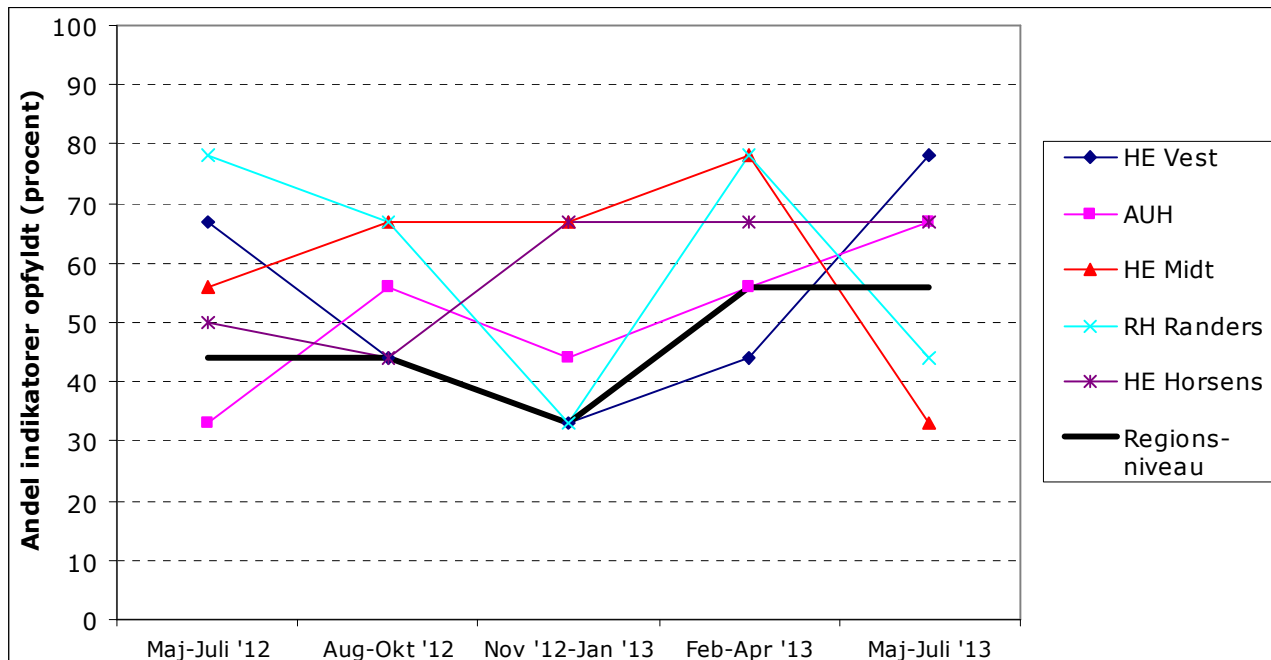
Gennemførelse af de akutte behandlingsforløb stiller særlige krav til samarbejde og logistik, hvilket har særlig opmærksomhed når området løbende følges på dialogmøder og ved årlig afholdelse af regional audit. Ved seneste regionale audit (13. marts 2013) var fokus bl.a. på forbedring af målopfyldeelse vedrørende behandling af kredsløbspåvirkning og test for helicobacter pylori-infektion. Disse områder er relativt nye kvalitetsindikatorer, hvor problemerne med manglende målopfyldeelse er størst.

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

	Enhed	Andel Nov '12 – Jan '13	Andel Feb '13 – Apr '13	Andel Maj '13 – Juli '13	Mål
Fødsler: Andel kvalitets- indikatorer, hvor standard er opfyldt. Parentesen viser antal opfyldte indikatorer ud af antal relevante.	HE Vest	33 % (3/9)	44 % (4/9)	78 % (7/9)	Målopfyldelse for alle indikatorer
	AUH	44 % (4/9)	56 % (5/9)	67 % (6/9)	
	HE Midt	67 % (6/9)	78 % (7/9)	33 % (3/9)	
	RH Randers	33 % (3/9)	78 % (7/9)	44 % (4/9)	
	HE Horsens	67 % (6/9)	67 % (6/9)	67 % (6/9)	
	Regions- niveau	33 % (3/9)	56 % (5/9)	56 % (5/9)	

Datakilde: Dansk Kvalitetsdatabase for Fødsler. Data trukket fra InfoRM 29. oktober 2013 (opdateringsdato 26. september 2013).

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



Datakilde: Dansk Kvalitetsdatabase for Fødsler. Data trukket fra InfoRM 29. oktober 2013 (opdateringsdato 26. september 2013).

Dansk Kvalitetsdatabase for fødsler følges løbende via dialogmøder og årlig afholdelse af regional audit. Alle hospitalernes fødeafdelinger indgår i det nationale projekt "Sikre Fødsler",

hvor enkelte indikatorer fra kvalitetsdatabasen for fødsler indgår og derfor også følges nøje i dette regi (der arbejdes bl.a. med at mindske forekomsten af komplikationer hos nyfødte). Den nationale kvalitetsdatabase vedrørende fødsler er relativt nyetableret, så der arbejdes ligeledes med forbedring af registreringspraksis. Vedrørende specifikke kvalitetsindikatorer kan nævnes, at hospitalsenhederne har svært ved at opfylde kvalitetsindikatoren vedrørende blødning efter fødsel; på nationalt plan drøftes, om standarden for denne indikator bør ændres.

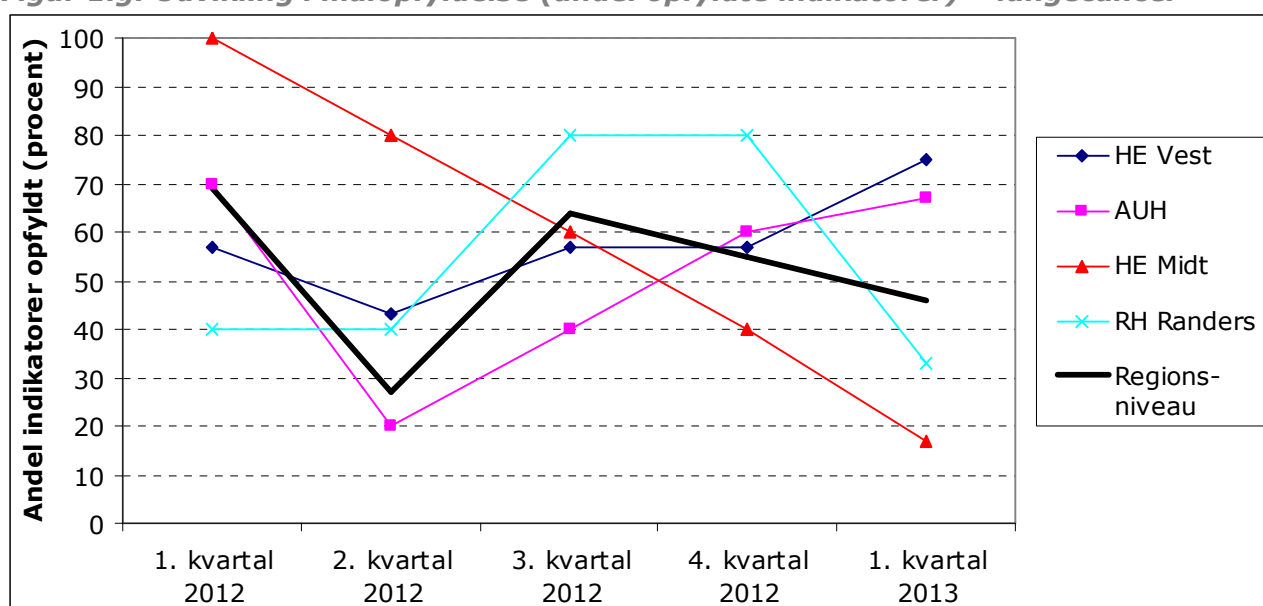
Tabel 1.f: Kvalitetsmål vedr. udvalgte sygdomsområder – lungecancer

	Enhed	Andel 3. kvartal 2012	Andel 4. kvartal 2012	Andel 1. kvartal 2013	Mål
Lungecancer: Andel kvalitets- indikatorer, hvor standard er opfyldt. Parentesen viser antal opfyldte indikatorer ud af antal relevante.	HE Vest	57 % (4/7)	57 % (4/7)	75 % (6/8)	Målopfyldelse for alle indikatorer
	AUH	40 % (4/10)	60 % (6/10)	67 % (8/12)	
	HE Midt	60 % (3/5)	40 % (2/5)	17 % (1/6)	
	RH Randers	80 % (4/5)	80 % (4/5)	33 % (2/6)	
	Regions- niveau	64 % (7/11)	55 % (6/11)	46 % (6/13)	

Datakilde: Dansk Lungecancer Register. Data trukket fra InfoRM 26. september (opdateringsdato 31. juli 2013).

Note: Kvalitetsindikatorer for lungecancer, som vedrører ventetid (se evt. bilaget), indeholder både fagligt relateret og patientrelateret ventetid. Det vil sige, at den ventetid, hvor patienter udredes for andre sygdomme m.v. eller selv har valgt at udskyde udredning/behandling, også indgår i opgørelserne som ventetid.

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



Datakilde: Dansk Lungecancer Register. Data trukket fra InfoRM 26. september (opdateringsdato 31. juli 2013).

Vedrørende resultaterne for lungekræft skal bemærkes, at resultaterne i vid udstrækning er baseret på få patienter, og på mange af de indikatorer, som ikke er opfyldte, er der kun få procentpoint til målopfyldelse (se evt. bilag 1 nedenfor).

I forhold til arbejdet med kvalitet på lungecancer-området kan det nævnes, at der i juni 2013 blev afholdt regional audit på baggrund af årsresultaterne for 2012. Det er særligt indikatorerne vedrørende varighed til operation som volder vanskeligheder, idet udredningstiden for patienter, der skal opereres for lungekræft, har været stigende. Den indledende udredning kan foregå på regionshospitalerne, mens den højt specialiserede udredning foregår på AUH, hvor der er sket en stigning i tilgangen af patienter samt i behovet for antallet af undersøgelser. Der er taget skridt til at udvide kapaciteten for udredning af lungekræft med henblik på at kunne efterkomme efterspørgslen, og kapaciteten forventes at være på plads pr. 16. september 2013.

Regionsrådet orienteres månedsvist om forløbstiderne for lungekræftpatienter og igangværende initiativer på området.

Skizofreni

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

Ligesom i 1. og 2. kvartalsrapport 2013, har psykiatrien derfor afholdt en journalaudit. Resultaterne fra denne journalaudit er vist i tabellen nedenfor. Der gøres opmærksom på, at der er tale om stikprøver med en vis statistisk usikkerhed, ligesom kun et udsnit af kvalitetsindikatorerne er behandlet.

Psykiatrien vil iværksætte nye lokale indsatser for at forbedre registreringspraksis samt at sikre og udvikle kvaliteten af skizofrenibehandlingen i Region Midtjylland. Forbedringsarbejdet på afsnitsniveau vil blive understøttet ved at monitorere ydelser, at justere arbejdsgangene omkring skizofrenipatienter, at sikre korrekt dokumentationspraksis for ydelserne samt at oplære medarbejdere i disse procedurer. At afdelingerne ikke kan se indikatordata på afsnitsniveau, vanskeliggør i betydelig grad forbedringsarbejdet.

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

	Målopfyldelse 1. kvartal 2013	Målopfyldelse 2. kvartal 2013	Målopfyldelse 3. kvartal 2013	Standard
Set og vurderet ved speciallæge	80 %	70 %	67 %	Minimum 98 %
Udredes med diagnostisk instrument	67 %	56 %	49 %	Minimum 80 %
I behandling med antipsykotika	93 %	87 %	92 %	Minimum 90 %
Kontakt med pårørende (incidente patienter) ¹⁾	76 %	63 %	44 %	Minimum 90 %
Kontakt med pårørende (prævalente patienter) ¹⁾	60 %	52 %	40 %	Minimum 60 %
Selvmodsscreening ved udskrivelse	60 %	54 %	72 %	Minimum 90 %

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

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

1.3 Kvalitetsmål vedrørende kræftpakker

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

Tabel 1.h: Kvalitetsmål vedrørende kræftpakker

Målopfyldelse for forløbstider for blære- og nyrekræft: Andel patienter, hvor forløbstid er overholdt				
Enhed		Jan. '13 – Mar. '13	April – Juni '13	Mål
HE Vest	<i>Henvisningstid</i>	78 % ud af 190 patienter	72 % ud af 232 patienter	90 %
	<i>Udredningstid</i>	87 % ud af 159 patienter	91 % ud af 200 patienter	
	<i>Samlet forløbstid</i>	3 % ud af 7 patienter	33 % ud af 12 patienter	
HE Midt	<i>Henvisningstid</i>	94 % ud af 128 patienter	86 % ud af 180 patienter	90 %
	<i>Udredningstid</i>	84 % ud af 122 patienter	86 % ud af 153 patienter	
	<i>Samlet forløbstid</i>	31 % ud af 16 patienter	62 % ud af 8 patienter	
AUH (matrikel Skejby)	<i>Henvisningstid</i>	36 % ud af 207 patienter	57 % ud af 195 patienter	90 %
	<i>Udredningstid</i>	74 % ud af 242 patienter	82 % ud af 223 patienter	
	<i>Samlet forløbstid</i>	33 % ud af 54 patienter	46 % ud af 54 patienter	
AUH (matrikel Horsens*)	<i>Henvisningstid</i>	12 % ud af 73 patienter	23 % ud af 78 patienter	90 %
	<i>Udredningstid</i>	91 % ud af 68 patienter	90 % ud af 70 patienter	
	<i>Samlet forløbstid</i>	33 % ud af 3 patienter	40 % ud af 5 patienter	
AUH (matrikel Randers*)	<i>Henvisningstid</i>	56 % ud af 100 patienter	63 % ud af 101 patienter	90 %
	<i>Udredningstid</i>	81 % ud af 90 patienter	89 % ud af 89 patienter	
	<i>Samlet forløbstid</i>	0 % ud af 8 patienter	33 % ud af 6 patienter	
Regionsniveau	<i>Henvisningstid</i>	59 % ud af 689 patienter	66 % ud af 781 patienter	90 %
	<i>Udredningstid</i>	86 % ud af 642 patienter	89 % ud af 691 patienter	
	<i>Samlet forløbstid</i>	39 % ud af 61 patienter	52 % ud af 62 patienter	
Målopfyldelse for forløbstider for kræft i mandlige kønsorganer (prostata, penis og testikel): Andel patienter, hvor forløbstid er overholdt				
Enhed		Jan. '13 – Mar. '13	April – Juni '13	Mål
HE Vest	<i>Henvisningstid</i>	90 % ud af 165 patienter	89 % ud af 189 patienter	90 %
	<i>Udredningstid</i>	85 % ud af 156 patienter	90 % ud af 177 patienter	
	<i>Samlet forløbstid</i>	59 % ud af 22 patienter	73 % ud af 34 patienter	
HE Midt	<i>Henvisningstid</i>	90 % ud af 102 patienter	93 % ud af 96 patienter	90 %
	<i>Udredningstid</i>	96 % ud af 91 patienter	98 % ud af 69 patienter	
	<i>Samlet forløbstid</i>	50 % ud af 4 patienter	67 % ud af 6 patienter	
AUH (matrikel Skejby)	<i>Henvisningstid</i>	95 % ud af 113 patienter	91 % ud af 118 patienter	90 %
	<i>Udredningstid</i>	81 % ud af 139 patienter	85 % ud af 136 patienter	
	<i>Samlet forløbstid</i>	43 % ud af 44 patienter	34 % ud af 32 patienter	

AUH (matrikel Horsens*)	<i>Henvisningstid</i>	100 % ud af 49 patienter	98 % ud af 51 patienter	90 %
	<i>Udredningstid</i>	86 % ud af 58 patienter	89 % ud af 56 patienter	
	<i>Samlet forløbstid</i>	75 % ud af 4 patienter	25 % ud af 8 patienter	
AUH (matrikel Randers*)	<i>Henvisningstid</i>	100 % ud af 79 patienter	100 % ud af 81 patienter	90 %
	<i>Udredningstid</i>	85 % ud af 81 patienter	88 % ud af 80 patienter	
	<i>Samlet forløbstid</i>	29 % ud af 7 patienter	0 % ud af 4 patienter	
Regionsniveau	<i>Henvisningstid</i>	94 % ud af 495 patienter	93 % ud af 533 patienter	90 %
	<i>Udredningstid</i>	87 % ud af 489 patienter	92 % ud af 494 patienter	
	<i>Samlet forløbstid</i>	51 % ud af 59 patienter	55 % ud af 58 patienter	

Datakilde: InfoRM 26. september 2013

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

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

I efteråret 2012 blev der indført nye, nationale registreringer til kræftpakkerne, så i denne rapport er medtaget data for 1. kvartal 2013 og 2. kvartal 2013. Den nye monitorering kan ikke direkte sammenlignes med data før indførslen af de nye registreringer. Der er afholdt regional audit på det urologiske område i april 2013 hvor det blev vurderet, at kvaliteten af udredning og behandling for de urologiske kræftformer er høj, men at det er essentielt at få styrket den samlede urologiske kapacitet i regionen med henblik på at kunne overholde forløbstiderne.

På baggrund af kapacitetsudfordringerne indenfor specialet har administrationen sammen med hospitalerne igangsat et tværgående optimeringsarbejde i de urologiske afdelinger. Med det overordnede formål at frigive kapacitet til både den maligne og benigne urologi foretages en gennemgang af bl.a. afdelingernes eksisterende indlæggelsesprocedurer og kontrolregimer, som et redskab til at sikre at afdelingerne omlægges så meget aktivitet som muligt til ambulante og komprimerede forløb. Arbejdet forventes afsluttet ved udgangen af 1. kvartal 2014. I forhold til den maligne urologi er der herudover igangværende journalaudits vedr. blære- og prostatapakkeforløbene, som skal medvirke til at afdække konkrete forløbsproblemer samt finde løsninger på disse.

På nationalt niveau pågår en drøftelse af forløbstiderne for blærekræft og prostatakræft, da det vurderes, at en væsentlig andel af patienterne af rent faglige grunde ikke kan overholde de angivne forløbstider; disse patienter har behov for yderligere undersøgelser eller vælger robotkirurgi, hvor der i de vedtagne forløbstider ikke er taget højde for de anbefalede 6 uger fra biopsitagning til robotoperation.

2. Sundhedsområdets servicemål og kontaktpersonordning

2.1 Servicemål vedrørende hospitalerne

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

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

Tabel 2.a: Servicemål vedrørende hospitalerne

Servicemål	Enhed	Andel Dec. '12 – Feb. '13	Andel Mar. '13 – Maj '13	Andel Juni '13 – Aug. '13	Mål
Udskrivningsbrev afsendt senest 2 hverdage efter udskrivning	HE Horsens	94 %	94 %	95 %	95 %
	RH Randers	83 %	89 %	90 %	
	HE Vest	85 %	84 %	92 %	
	HE Midt ¹⁾	90 %	89 %	80 %	
	AUH ²⁾	86 %	89 %	90 %	
	Psykiatri ³⁾	57 %	67 %	86 %	
	Regionsni- veau (ekskl. psykiatri)	86 %	88 %	89 %	
Ventetid til forundersøgelse (andel patienter, som maksimalt har ventet 2 uger fra henvisningsdato)	HE Horsens	39 %	36 %	34 %	90 %
	RH Randers	35 %	30 %	40 %	
	HE Vest	36 %	34 %	42 %	
	HE Midt ⁴⁾	26 %	21 %	22 %	
	AUH	30 %	32 %	36 %	
	Regions- niveau	32 %	31 %	33 %	

Ventetid på akutklinikker/skadestuer for enheder med krav om maksimal ventetid på 30 minutter	HE Horsens ⁵⁾	44 %	-	-	90 %
	RH Randers	72 %	64 %	63 %	
	HE Vest	73 %	72 %	71 %	
	HE Midt ^{4) 5)}	82 %	-	-	
	AUH	81 %	82 %	82 %	
	Regionsniveau	71 %	75 %	74 %	
Ventetid på akutklinikker/skadestuer for enheder med krav om maksimal ventetid på 60 minutter	RH Randers	95 %	96 %	96 %	90 %
	HE Vest	99 %	100 %	100 %	
	HE Midt ⁴⁾	-	-	-	
	Regionsniveau	97 %	98 %	98 %	

Datakilde: InfoRM, 24. september 2013

1) Årsagen til faldet i HE Midts målopfyldelse vedrørende afsendelse af udskrivningsbrev skal formentlig findes i Viborgs/Skives overgang til MidtEPJ per 1. juni 2013. Et lignende midlertidigt fald i målopfyldelsen er tidligere set ved øvrige hospitalsenheders overgang til MidtEPJ.

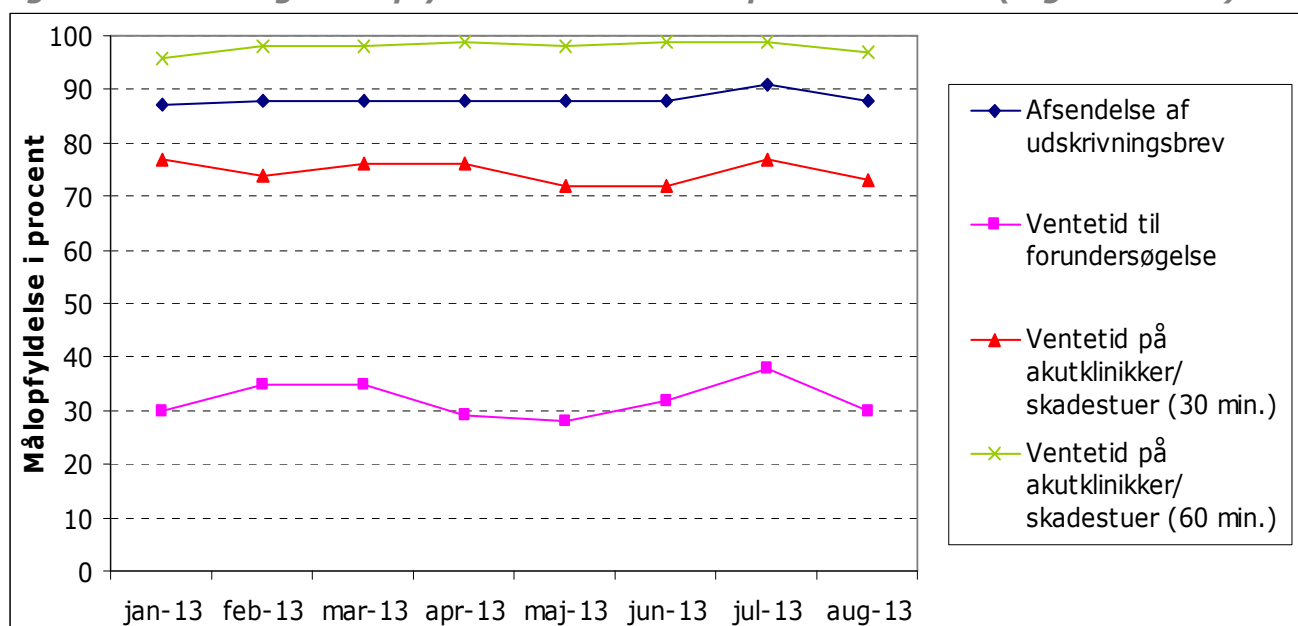
2) Onkologisk Afdeling D er efter aftale ikke medtaget i opgørelserne for Aarhus Universitetshospital.

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

4) For servicemålene vedrørende ventetid til forundersøgelse og ventetid på skadestuer/akutklinikker indgår kun data fra MidtEPJ. Data fra Viborg/Skive indgår således kun i disse servicemål fra og med juni 2013.

5) HE Horsens og HE Midt har ingen nyere 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.a: Udvikling i målopfyldelse af servicemål på månedsbasis (regionsniveau)



Datakilde: InfoRM 24. september 2013

2.2 Kontaktpersonordningen

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

2.3 Servicemål vedrørende psykiatrien

Tabel 2.b: Servicemål for psykiatrien

Servicemål	Jan. '13 - Mar. '13	Apr. '13 - Juni '13	Juli '13 - Sep. '13	Mål
Voksenpsykiatrien: Antal patienter, som har ventet mere end 2 måneder på psykiatrisk behandling	447	578	626	Ingen patienter venter mere end 2 måneder på behandling
Børne- og ungdomspsykiatri: Antal patienter, som har ventet mere end 2 måneder på psykiatrisk udredning	74	135	182	Ingen patienter venter mere end 2 måneder på udredning

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

Ventelistetallene for 2. kvartal 2013 er antal patienter på venteliste over 2 måneder pr. 31. maj 2013.

Ventelistetallene for 3. kvartal 2013 er antal patienter på venteliste over 2 måneder pr. 31. august 2013.

I forhold til 1. kvartal 2013 er der pr. 31. august 2013 179 personer flere, der har ventet i mere end to måneder på behandling i voksenpsykiatrien. Udviklingen i ventelisten skal ses i sammenhæng med, at der i de første 8 måneder af 2013 har været en betragtelig stigning i antal henvisninger. Det gennemsnitlige antal henvisninger til voksenpsykiatrien i de første 8 måneder af 2012 var således på 1246 patienter, mens der i januar-august 2013 i gennemsnit var 1528 henvisninger pr. måned, svarende til en tilvækst på 22,6 %.

Den samlede venteliste for voksenpsykiatrien er på 1813 patienter pr. 31. august 2013, hvilket er en stigning på 209 i forhold til ultimo 2012. Siden 31. maj har der på trods af en stigning den seneste måned været tale om et fald på 110 patienter på ventelisten.

I børne- og ungdomspsykiatrien har der i forhold til ultimo 2012 været en stigning på 129 patienter, der har ventet i mere end 2 måneder. Stigningen er kommet efter et betragteligt fald i ventelisten gennem 2011 og 2012. Også i børne- og ungdomspsykiatrien har der været en tilvækst i henvisningstallet med et gennemsnitligt antal henvisninger på 346 i de 8 første måneder i 2013 mod 297 i gennemsnit i 2012, svarende til en tilvækst på 16,5 %.

Den samlede venteliste for børne- og ungdomspsykiatrien var pr. 31. august 2013 på 517 patienter, hvilket er en stigning på 17 i forhold til ultimo 2012. I forhold til 31. maj 2013 er der tale om et fald på 81 patienter.

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

2.4 Servicemål vedrørende præhospitalet

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

Servicemål	Kørselstid (minutter)			Vedtaget mål i minutter
	Jan '13 – Mar '13	Apr '12 – Jun '13	Juli '13 – Sep. '13	
A-kørsler, livstruende	10,1 min.	9,6 min.	9,7 min.	75 % er maks. 10 min.
	14,5 min.	13,6 min.	13,8 min.	92 % er maks. 15 min.
	18,7 min.	17,1 min.	17,6 min.	98 % er maks. 20 min.
B-kørsler, hastende men ikke livstruende	13,6 min.	14,3 min.	14,0 min.	60 % er maks. 15 min.
	18,0 min.	18,3 min.	18,2 min.	75 % er maks. 20 min.

Årets 2. og 3. kvartal har kortere responstider for A-kørsler end de foregående perioder. Dette skyldes, at 1. kvartal var præget af sne og glatte veje i hele regionen med længere responstider til følge.

Tabel 2.d: Servicemål vedrørende præhospitalet: Siddende patienttransport

Servicemål: Siddende patienttransport	Jan '13 – Mar '13	Apr '13 – Jun '13	Juli '13 – Sep. '13	Mål
Afhentning og aflevering skal ske indenfor 1 times afvigelse fra det ønskede tidspunkt	97,43 %	98,15 %	97,99 %	95 %
For patienter, der køres til dialyse, skal afhentning og aflevering ske indenfor ½ times afvigelse fra det ønskede tidspunkt	91,65 %	91,50 %	91,52 %	95 %

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

2.5 Servicemål vedrørende praksissektoren

Tabel 2.e: Servicemål vedrørende praksissektoren

Servicemål for regionens lægevagt	Jan '13 – Mar '13	Apr '13 – Jun '13	Juli '13 – Sep. '13	Mål
Ventetid i telefon maksimalt 5 minutter	73 %	85 %	79 %	90 % inden for 5 min.
Ventetid på konsultation efter ankomst til konsultationsstedet maksimalt 1 time	79 %	81 %	82 %	90 % inden for 1 time
Ventetid på hjemmebesøg maksimalt 3 timer	92 %	93 %	93 %	90 % inden for 3 timer

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

Servicemålet vedr. ventetid i telefonen er aftalt som en målsætning om, at 90 pct. af patienterne kommer til at tale med vagtlægen, inden der er gået 5 minutter. Tallene for 3. kvartal 2013 viser, at 79 % af patienterne kom til at tale med en vagtlæge inden for 5 minutter. Servicemålet er dermed ikke opfyldt, og der er tale om en nedgang i forhold til 2. kvartal 2013. Fra 1. oktober er der truffet foranstaltninger vedr. bemanningen på lægevagts telefonvisitation, der sikrer en bedre målopfyldelse.

Servicemålet vedr. ventetid på at blive tilset af vagtlægen på en konsultation er, at 90 % af patienterne tilses af vagtlægen senest 1 time efter ankomsten til konsultationen. Tallene for 3. kvartal 2013 viser, at 82 pct. af patienterne blev tilset af vagtlægen inden en time. Dermed er servicemålet ikke opfyldt.

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

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

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

Apopleksi: Opfyldelse af kvalitetsindikatorer juni - august 2013

	AUH (Neurologisk Afd.) ¹⁾	HE Vest (Neurologisk Afd.)	Standard
Indikator 1: Andel af patienter med akut apopleksi, der bliver indlagt i en apopleksienhed senest på 2. indlæggelsesdag	-	92 % (189/199)	Mindst 90 %
Indikator 2: Andel af patienter med akut iskæmisk apopleksi uden atriefibrillen, der sættes i tromboocythæmmerbehandling senest på 2. indlæggelsesdag	-	92 % (120/130)	Mindst 95 %
Indikator 3: Andel af patienter med akut iskæmisk apopleksi og atriefibrillen, der sættes i antikoagulansbehandling senest 14 dage efter indlæggelsen	-	93 % (27/29)	Mindst 95 %
Indikator 4: Andelen af patienter, der får udført CT/MR scanning på indlæggelsesdagen	-	85 % (170/200)	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	-	95 % (166/175)	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	-	94 % (167/178)	Mindst 90 %
Indikator 7: Andel af patienter, der mobiliseres på indlæggelsesdagen	-	94 % (150/160)	Mindst 80 %
Indikator 8: Andel af patienter, der får vurderet ernæringsrisiko senest 2. indlæggelsesdag	-	79 % (154/195)	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	-	83 % (160/193)	Mindst 80 %
Indikator 10: Andel af patienter, der vurderes med direkte synketest (vandtest med og uden fortykkelsesmiddel samt fast føde) på indlæggelsesdagen	-	81 % (142/175)	Mindst 80 %
Indikator 11: Andel af patienter, der får foretaget ultralyd/CT-/MR-angiografi af halskar senest 4. indlæggelsesdag	-	91 % (132/145)	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	-	28 % (56/200)	Mindst 30 %
Indikator 13 b: Andel af alle patienter med apopleksi som indlægges indenfor 4,5 time efter symptomdebut	-	41 % (82/200)	Mindst 40 %
Indikator 14: Andel af patienter som bliver behandlet med trombolyse, hvor behandlingen er påbegyndt indenfor 1 time efter indlæggelse	-	100 % (3/3)	Mindst 50 %
Indikator 15: Andel af patienter med akut iskæmisk apopleksi, der trombolyseres	-	12 % (22/181)	Mindst 10 %
Indikator 16: Andel af patienter, der dør inden for 30 dage efter indlæggelse med apopleksi	-	6 % (8/133)	Højst 15 %
Indikator 17: Andel af patienter med akut iskæmisk (+ uspecifik) apopleksi, der dør inden for 30 dage efter indlæggelse med apopleksi	-	6 % (7/122)	Højst 12 %
Indikator 18: Andel af patienter med akut hæmorrhagisk apopleksi, der dør inden for 30 dage efter indlæggelse med apopleksi	-	9 % (1/11)	Højst 40 %

Datakilde: Dansk Apopleksiregister. Data trukket fra InfoRM 25. september 2013 (opdateringsdato 19. september).
Note 1: Pga. en lokal databaseomlægning på AUH er der indtil december 2013 ikke tilgængelige resultater for AUH.

Akut kirurgi: Opfyldelse af kvalitetsindikatorer marts - august 2013

	AUH	HE Horsens	RH Randers	HE Midt	HE Vest	Standard
Blødning						
Indikator 1: Andelen af patienter, der bringes ud af deres kredsløbspåvirkning/ chok inden for 60 minutter	0 % (0/1)	33 % (2/6)	17 % (1/6)	50 % (1/2)	100 % (3/3)	Mindst 90 %
Indikator 2: Andel af patienter, der gastroskoperes inden for 24 timer fra indlæggelsestidspunktet eller tidspunktet for beslutning om indgreb	90 % (45/50)	89 % (41/46)	80 % (51/64)	95 % (21/22)	67 % (30/45)	Mindst 85 %
Indikator 3: Andelen af patienter med pågående eller synlig blødning, kartut eller koagel, hos hvem der opnås primær hæmostase	93 % (26/28)	100 % (24/24)	97 % (32/33)	100 % (11/11)	80 % (12/15)	Mindst 90 %
Indikator 4: Andelen af patienter med behandlingskrævende reblødning inden for 5 døgn efter primær terapi	4 % (1/27)	6 % (2/32)	13 % (4/32)	21 % (3/14)	14 % (2/14)	Højst 15 %
Indikator 5: Andel af patienter med reblødning, hvor der opnås endoskopisk hæmostase	100 % (1/1)	100 % (3/3)	50 % (3/6)	100 % (3/3)	100 % (6/6)	Mindst 75 %
Indikator 6: Andelen af patienter, der opereres for blødende ulcus	2 % (1/50)	0 % (0/47)	3 % (2/66)	0 % (0/22)	2 % (1/46)	Højst 10 %
Indikator 7: Andelen af patienter, der er testet for Helicobacter pylori under indlæggelsen eller planlagt testet efter udskrivelsen	94 % (47/50)	81 % (38/47)	95 % (64/66)	76 % (16/21)	87 % (40/46)	Mindst 90 %
Indikator 8: Andelen af patienter, der dør inden for 30 dage efter første indgreb	10 % (5/48)	13 % (6/47)	6 % (4/63)	5 % (1/22)	11 % (5/44)	Højst 10 %
Perforation						
Indikator 1: Andelen af patienter, der opereres inden for 6 timer fra indlæggelsestidspunktet eller tidspunktet for beslutning om indgreb	44 % (4/9)	100 % (3/3)	100 % (5/5)	0 % (0/2)	40 % (2/5)	Mindst 75 %
Indikator 2: Andelen af patienter, der sættes i profylaktisk bredspektret antibiotisk behandling præoperativt	90 % (9/10)	100 % (3/3)	100 % (5/5)	100 % (2/2)	80 % (4/5)	Mindst 95 %
Indikator 3: Andelen af patienter, der reopereres	0 % (0/10)	33 % (1/3)	40 % (2/5)	0 % (0/2)	20 % (1/5)	Højst 10 %
Indikator 4: Andel af patienter, der vejes 1 gang pr. døgn de 3 første postoperative døgn	100 % (10/10)	67 % (2/3)	100 % (5/5)	100 % (1/1)	60 % (3/5)	Mindst 90 %
Indikator 5: Andelen af patienter, der får ført væskebalance dagligt de 3 første postoperative døgn	100 % (10/10)	67 % (2/3)	100 % (5/5)	0 % (0/1)	100 % (5/5)	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 % (10/10)	67 % (2/3)	100 % (5/5)	100 % (1/1)	100 % (5/5)	Mindst 90 %
Indikator 7: Andel af patienter testet for Helicobacter pylori under indlæggelsen eller planlagt testet efter udskrivelsen	80 % (8/10)	67 % (2/3)	100 % (5/5)	50 % (1/2)	80 % (4/5)	Mindst 90 %
Indikator 8: Andelen af patienter, der dør inden for 30 dage efter første indgreb	11 % (1/9)	0 % (0/3)	50 % (2/4)	0 % (0/2)	0 % (0/5)	Højst 20 %

Datakilde: Akut Kirurgi Databasen. Data trukket fra InfoRM 25. september 2013 (opdateringsdato 19. september)

Fødsler: Opfyldelse af kvalitetsindikatorer maj – juli 2013

	AUH	HE Horsens	RH Randers	HE Midt	HE Vest	Standard
Indikator 1: Andelen af fødepiduraler/fødespinaler, hvor anlæggelsen startes (procedurestart) indenfor en time fra epiduralen er bestilt ved anæstesiolog	95 % (167/176)	92 % (100/109)	92 % (90/98)	84 % (41/49)	89 % (119/134)	Mindst 95 %
Indikator 2: Andelen af fødende, der kontinuerligt har tilstedeværelse af fagpersonale på fødestuen i fødselens aktive fase, frasat korte pauser aftalt med den fødende	93 % (970/1040)	90 % (349/389)	93 % (393/422)	84 % (367/435)	95 % (545/572)	Mindst 90 %
Indikator 3: Andelen af førstegangsfødende, der får svære bristninger af mellemkødet (grad III eller grad IV)	5 % (22/474)	2 % (4/161)	11 % (16/144)	5 % (10/186)	5 % (11/239)	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.	67 % (2/3)	100 % (2/2)	100 % (7/7)	50 % (1/2)	100 % (2/2)	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.	74 % (26/35)	86 % (6/7)	42 % (5/12)	80 % (8/10)	81 % (22/27)	Mindst 95 %
Indikator 5: Andelen af kvinder med målt blodtab ≥ 1000 ml indenfor 2 timer efter fødslen	7 % (77/1173)	8 % (34/433)	7 % (36/499)	8 % (39/488)	4 % (30/668)	Højst 4 %
Indikator 6: Andelen af fødsler, hvor barnet indenfor de første 2 timer har direkte hud mod hud kontakt til mor i mindst 60 minutter	93 % (866/927)	95 % (397/419)	94 % (434/463)	83 % (370/448)	95 % (549/575)	Mindst 90 %
Indikator 7: Andelen af børn, der fødes med svær hypoxi	1 % (6/1103)	0 % (2/452)	1 % (4/509)	1 % (4/509)	1 % (4/671)	Højst 1 %
Indikator 8: Andelen af førstegangsfødende der føder ukompliceret med fødsel af et raskt barn	72 % (306/423)	63 % (109/174)	55 % (84/152)	62 % (105/169)	68 % (157/231)	Mindst 60 %

Datakilde: Dansk Kvalitetsdatabase for Fødsler. Data trukket fra InfoRM 29. oktober (opdateringsdato 26. september).

Lungecancer: Opfyldelse af kvalitetsindikatorer januar-marts 2013

	AUH	RH Randers	HE Midt	HE Vest	Standard
Indikator 1a: Andel patienter, som overlever 1 år fra diagnosedato	-	-	-	-	Mindst 42 %
Indikator 1b: Andel patienter, som overlever 2 år fra diagnosedato	-	-	-	-	Mindst 22 %
Indikator 1c: Andel patienter, som overlever 5 år fra diagnosedato	-	-	-	-	Mindst 12 %
Indikator 2a: Andel patienter, som overlever 30 dage fra først registrerede operation	96 % (25/26)	-	-	-	Mindst 97 %
Indikator 2b: Andel patienter, som overlever 1 år fra først registrerede operation	-	-	-	-	Mindst 75 %
Indikator 2c: Andel patienter, som overlever 2 år fra først registrerede operation	-	-	-	-	Mindst 65 %
Indikator 2d: Andel patienter, som overlever 5 år fra først registrerede operation	-	-	-	-	Mindst 40 %
Indikator 3a1: Andel patienter opereret senest 42 dage efter påbegyndelse af det diagnostiske forløb – efter behandlende sygehus	80 % (20/25)	-	-	-	Mindst 85 %
Indikator 3a2: Andel patienter opereret senest 42 dage efter påbegyndelse af det diagnostiske forløb – efter udredende sygehus	100 % (7/7)	50 % (2/4)	75 % (6/8)	86 % (6/7)	Mindst 85 %
Indikator 3b1: Andel patienter påbegyndt onkologisk behandling senest 42 dage efter påbegyndelse af det diagnostiske forløb – efter behandlende sygehus	82 % (45/55)	-	-	86 % (12/14)	Mindst 85 %
Indikator 3b2: Andel patienter påbegyndt onkologisk behandling senest 42 dage efter påbegyndelse af det diagnostiske forløb – efter udredende sygehus	96 % (24/25)	80 % (8/10)	67 % (8/12)	78 % (18/23)	Mindst 85 %
Indikator 3c1: Andel patienter påbegyndt kemoterapi senest 42 dage efter påbegyndelse af det diagnostiske forløb – efter behandlende sygehus	80 % (32/40)	-	-	86 % (12/14)	Mindst 85 %
Indikator 3c2: Andel patienter påbegyndt kemoterapi senest 42 dage efter påbegyndelse af det diagnostiske forløb – efter udredende sygehus	95 % (18/19)	75 % (6/8)	70 % (7/10)	76 % (13/17)	Mindst 85 %
Indikator 3d1: Andel patienter påbegyndt stråleterapi senest 42 dage efter påbegyndelse af det diagnostiske forløb – efter behandlende sygehus	90 % (27/30)	-	-	-	Mindst 85 %
Indikator 3d2: Andel patienter påbegyndt stråleterapi senest 42 dage efter påbegyndelse af det diagnostiske forløb – efter udredende sygehus	100 % (14/14)	100 % (5/5)	60 % (3/5)	86 % (6/7)	Mindst 85 %
Indikator 3e1: Andel patienter påbegyndt stråle- og kemoterapi senest 42 dage efter påbegyndelse af det diagnostiske forløb – efter behandlende sygehus	93 % (14/15)	-	-	-	Mindst 85 %
Indikator 3e2: Andel patienter påbegyndt stråle- og kemoterapi senest 42 dage efter påbegyndelse af det diagnostiske forløb – efter udredende sygehus	100 % (8/8)	100 % (3/3)	67 % (2/3)	100 % (1/1)	Mindst 85 %
Indikator 4: Andel patienter med overensstemmelse mellem cTNM og pTNM	100 % (7/7)	75 % (3/4)	100 % (8/8)	100 % (7/7)	Mindst 80 %
Indikator 5: Andel patienter med ikke småcellet lungecancer, hvor der er foretaget resektion	-	-	-	-	Mindst 20 %

Datakilde: Dansk Lungecancer Register. Data trukket fra InfoRM 26. september 2013 (opdateringsdato 31. juli 2013).

Note: Kvalitetsindikatorerne vedrørende ventetid indeholder både fagligt relateret og patientrelateret ventetid. Det vil sige, at den passive ventetid, hvor patienter udredes for andre sygdomme m.v. eller selv har valgt at udskyde udredning/behandling, også indgår i opgørelserne som ventetid.