

**Regionsrådets møde den 20. juni 2012**



**Bilag til dagsordenpunkt vedr. *Kvaliteten i behandlingen af patienter med Kronisk Obstruktiv Lungesygdom***

Tabellen næste side viser resultater for Dansk Register for Kronisk Obstruktiv Lungesygdom (DrKOL) fra årsrapporten fra henholdsvis 2010 og 2011.

Tal i parentes betyder at standarden ikke er opfyldt, mens tal med **fed** betyder at standarden er opfyldt. En bindestreg betyder, at der ikke har været patienter inden for kategorien.

Dato 21.05.2012

Rikke Susanne Bang

Tel. +45 7841 2316

Rikke.bang@stab.rm.dk

Side 1

## Resultater

Indikator <sup>1</sup>	Standard	Periode	Region Midt (RM)	RH Horsens Med. afd.	Hospitals -enheden Vest, Med. afd.	RH Randers, Lunge-klinik-ken /afd.	AUH Lunge-med. afd. : Ambulante	AUH, NBG Ind-lagte	AUH, THG Ind-lagte	RH Silkeborg Med. Amb./Dagafsnit	RH Viborg, Skive, Med. Afd.
1. Lunge-funktionsmåling	90%	2010	(88)	95	(88)	87*	(86)	-	-	(73)	97
		2011	92	95	90	98	(86)	-	-	87*	98
2. Vurdering af ernærings-tilstand	90%	2010	(88)	95	(88)	(84)	87*	-	-	(73)	97
		2011	94	96	98	98	87*	-	-	89*	99
3. Vurdering af graden af åndenød	90%	2010	(86)	95	(87)	(81)	(85)	-	-	(65)	97
		2011	91	95	98	97	(82)	-	-	85*	98
4. Registreret rygestatus	90%	2010	(87)	95	(87)	(80)	(86)	-	-	(71)	97
		2011	92	95	89*	96	(86)	-	-	87*	98
5. Andel rygere opfordret til rygestop	90%	2010	90	94	93	93	(83)	-	-	(72)	97
		2011	95	94	90	99	95	-	-	92	98
6. Tilbudt KOL-rehabilitering	-	2010	81	91	94	92	27	-	-	89	100
		2011	95	97	94	100	87	-	-	98	100
7. NIV-behandling under indlæggelse	10%	2010	10	8*	11	(6)	-	12	10	13	15
		2011	11	(7)	13	(5)	-	14	(3)	9*	16
8. Hjælp til vejtrækning med NIV-behandling	-	2010	87	84	83	80	-	86	87	91	95
		2011	88	88	88	76	-	77	60	91	94
9. 30-dages dødelighed	-	2010	9	10	9	9	-	13	10	8	6
		2011	9	11	7	11	-	9	15	12	8

<sup>1</sup>Indikatorerne er nærmere beskrevet sidst i dette bilag.

\*Standarden er opfyldt, når der tages højde for statistisk usikkerhed.

## Bemærkninger fra de enkelte hospitaler

### Resultater

Nedenstående dækker indikatorer for patienter behandlet i Region Midtjylland i perioden 1. januar 2011 – 31. december 2011. På den afholdte regionale audit den 19. april 2012 fremlagde afdelingerne egne data og orienterede om særlige problemområder samt orienterede om planlagte/allerede iværksatte forbedringstiltag. Hospitalernes kommentarer til resultaterne fremgår nedenfor.

### Hospitalsenheden Horsens

Hospitalet opfylder standarden for fem ud af de seks indikatorer, der er fastlagt standarder for. Indikator 7: NIV-behandling ligger under standarden, men afdelingen forventer, at tallet til næste år vil stige, når NIV-behandlingen bliver lettere tilgængelig.

### **Hospitalsenheden Vest**

Hospitalsenheden Vest har i 2011 ændret SKS-koder. Det har givet nogen utilsigtede problemer i forhold til standardrapporterne og årsrapporten. I årsrapporten indgår der 4 afdelingskoder, fordelt på 4 matrikler, men det er desværre ikke de korrekte SKS-koder, der er anvendt, hvilket har medført, at resultaterne i årsrapporten er misvisende i sær for indikator 9 vedr. mortalitet. På baggrund af ovenstående har Kvalitetsafdelingen, HEV udarbejdet en ny indikator-beregning, hvor tallene er lagt sammen for hele hospitalsenheden, og det er disse tal, som fremgår af tabellen. Det betyder, at HEV opfylder samtlige seks indikatorer, der er fastlagt standarder for, når der tages højde for den statistiske usikkerhed.

### **Regionshospitalet Randers**

Hospitalet opfylder standarden for fem af de seks indikatorer, der er fastlagt standarder for. Det er en klar forbedring i forhold til sidste år, hvor der kun var opfyldelse af to ud de seks indikatorer. En af de væsentlige faktorer til forbedring, er at alle lungepatienter efterhånden er samlet i Lungeklinikken. Dette har resulteret i en bedre registreringspraksis. Tilbage er der udfordringen med NIV-behandlingen (indikator 7). P.t. gives der kun NIV-behandling på Intensiv afdeling, men det er et stort ønske, at de fremover vil kunne give NIV-behandling på sengeafdelingen. Med dette tiltag forventer man, at flere patienter vil kunne få behandlingstilbuddet.

### **Aarhus Universitetshospital**

Der er indberettet data fra Lungemedicinsk afdeling og MEA, NBG samt fra MEA, THG: NBG opfylder standarden for tre af de seks indikatorer, der er fastlagt standarder for, når der tages højde for den statistiske usikkerhed, mens THG opfylder 2 standarder.

Hospitalet vurderer, at den manglende standardopfyldelse for indikator 1-4 skyldes registreringsproblematikker og ikke er udtryk for et egentligt kvalitetsproblem, hvor den enkelte patient ikke modtager ydelsen. Årsagerne til problemer med registrering er bl.a., at ambulatoriet har et meget stort patientflow med en stor variation af diagnoser, samtidig med at der løbende er udskiftning i personalegruppen. Herudover har overgangen til MidtEPJ også givet udfordringer med registreringspraksis. Det har resulteret i, at de allerede nu er i gang med at indhente 2012-tal på formodning om, at der er patientforløb, der mangler registrering.

For at forbedre registreringspraksis vil afdelingen gennemgå mangellister og afholde flere informationsmøder om registrering for personalet. Med hensyn til mortalitet har afdelingerne planlagt journalaudit vedr. dødelighed på THG.

### **Regionshospitalet Viborg**

Hospitalet opfylder standarden for alle de seks indikatorer, der er fastlagt standarder for. Resultaterne ligger langt over kravet. Som hospitalet selv beskriver det; målet er ramt, og deres set up fungerer tilfredsstillende.

## **Regionshospitalet Silkeborg**

Hospitalet opfylder samtlige seks indikatorer, der er fastlagt standarder for, når der tages højde for den statistiske usikkerhed. Det er klart en forbedring i forhold til sidste års rapport, hvor der kun var målopfyldelse hos to ud af seks indikatorer. Der kan også konstateres en registreringsforbedring, således de nu nærmer sig 90 %. Overgangen til MidtEPJ har dog givet problemer med registrering, men det ser ud til, at de nu er ved at være løst.

Med hensyn til mortalitet er der sket en stigning. Der er ingen umiddelbart logisk forklaring på dette, og forskellen er ikke statistisk signifikant. Der vil dog blive lavet journal audit på disse patienter med henblik på at identificere mulige årsager.

## **Nærmere beskrivelse af indikatorerne**

Indikatorerne i Dr-KOL, inklusive standarder og tidsrammer:

1. Mindst 90 % af patienter med KOL, der behandles ambulant, bør have målt deres lungefunktion mindst én gang om året.
2. Mindst 90 % af patienter med KOL, der behandles ambulant, bør have vurderet deres ernæringstilstand mindst én gang om året.
3. Mindst 90 % af patienter med KOL, der behandles ambulant, bør systematisk have vurderet graden af åndenød mindst én gang om året.
4. Mindst 90 % af patienter med KOL, der behandles ambulant, bør have registreret deres rygestatus mindst én gang om året.
5. Mindst 90 % af patienter med KOL, der er registreret som rygere og behandles ambulant, bør opfordres til rygestop mindst én gang om året.
6. KOL-patienter med vedvarende åndenød som giver aktivitetsindskrænkning (MRC-grad 3 eller højere), bør tilbydes deltagelse i KOL-rehabilitering, med mindre noget taler imod det. Endnu ingen standard fastsat.
7. Mindst 10 % af indlagte patienter med KOL bør få hjælp til vejrtrækningen med NIV-behandling.
8. Procentdel af indlagte patienter, som får hjælp til vejrtrækningen med NIV-behandling.
9. Procentdelen af patienter, der indlægges akut, der dør inden for 30 dage efter indlæggelse. Endnu ingen standard fastsat.