

**Bilag**

vedr. orientering om resultater for kvaliteten i behandlingen af patienter med apopleksi 2011



Dato 22.05.12

Anne Gammelgaard

Tel. +45 7841 2330

[anne.gammelgaard@stab.rm.dk](mailto:anne.gammelgaard@stab.rm.dk)

Nedenstående tabel viser resultater fra Apopleksiregistret fra årsrapporten fra henholdsvis 2010 og 2011 samt for de fire første måneder i 2012.

Efter tabellen følger hospitalernes kommentarer til resultaterne samt en beskrivelse af de enkelte indikatorer.

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

Indikator <sup>1</sup>	Standard	Periode	Region Midt (RM)	Horsens Med. afd.	Holstebro, Neuro. afd.	Silkeborg Med. afd.	Århus, NBG, Neurokir. afd. NK	Århus, NBG, Neuro. Afd. F	Randers Med. afd. M2	Viborg, Neuro. afd. N	Seneste data for RM <sup>2</sup>
1. Indlæggelse på apopleksiafsnit	≥90%	2010	(88)	<b>88*</b>	<b>90</b>	<b>88*</b>	(21)	<b>94</b>	(67)	<b>94</b>	<b>91</b>
		2011	<b>91</b>	<b>89*</b>	<b>94</b>	(60)	(39)	<b>98</b>	(75)	<b>96</b>	
2. Trombocyt-hæmmende behandling	≥95%	2010	(89)	(88)	(82)	<b>90*</b>	<b>100<sup>3</sup></b>	<b>96</b>	(89)	<b>94*</b>	<b>94*</b>
		2011	(93)	<b>92*</b>	(91)	<b>100</b>	<b>50*<sup>3</sup></b>	<b>97</b>	(86)	<b>96</b>	
3. Blodfortyndende medicin	≥95%	2010	(78)	(74)	(78)	<b>100</b>	/	<b>92*</b>	(61)	<b>82*</b>	<b>88*</b>
		2011	(86)	<b>86*</b>	<b>86*</b>	<b>100<sup>3</sup></b>	/	<b>93*</b>	(77)	<b>85*</b>	
4. CT/MR scanning	≥80%	2010	<b>84</b>	<b>88</b>	<b>80*</b>	<b>88</b>	<b>100</b>	<b>90</b>	<b>76*</b>	<b>85</b>	<b>87</b>
		2011	<b>89</b>	<b>88</b>	<b>87</b>	<b>98</b>	<b>87</b>	<b>94</b>	<b>75*</b>	<b>93</b>	
5. Vurdering ved fysioterapeut	≥90%	2010	(83)	<b>88*</b>	(85)	<b>87*</b>	(33) <sup>3</sup>	(81)	(75)	(83)	<b>89*</b>
		2011	(87)	<b>87*</b>	<b>92</b>	<b>86*</b>	(60) <sup>3</sup>	(86)	(81)	<b>87*</b>	
6. Vurdering ved ergoterapeut	≥90%	2010	(83)	<b>87*</b>	<b>87*</b>	<b>85*</b>	(38) <sup>3</sup>	(82)	(78)	(80)	<b>89*</b>
		2011	(86)	<b>86*</b>	<b>90</b>	<b>84*</b>	(25) <sup>3</sup>	(86)	(79)	<b>87*</b>	
7. Tidlig mobilisering	≥80%	2010	<b>85</b>								
		2011	(77)	(56)	<b>78*</b>	<b>89</b>	(50) <sup>3</sup>	<b>84</b>	(65)	<b>86</b>	
8. Vurdering af ernæringsrisiko	≥90%	2010	(82)	(68)	(81)	(78)	(33)	<b>90</b>	(74)	<b>91</b>	(85)
		2011	(88)	(83)	(83)	<b>90</b>	(53)	<b>90</b>	<b>89*</b>	<b>96</b>	
9. Indirekte synketest	≥80%	2010	<b>84</b>								
		2011	<b>83</b>	(66)	<b>82</b>	<b>82</b>	(40) <sup>3</sup>	<b>88</b>	<b>76*</b>	<b>92</b>	
10. Direkte synketest	≥80%	2010	(77)	(70)	(77)	<b>81</b>	0 <sup>3</sup>	<b>85</b>	(64)	<b>88</b>	<b>83</b>
		2011	<b>81</b>	(66)	<b>82</b>	<b>69*</b>	0 <sup>3</sup>	<b>86</b>	(73)	<b>90</b>	

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

<sup>2</sup>Data for hele Region Midtjylland (RM) for perioden 1.jan.2012 -30.april 2012 er trukket på InfoRM den 21. maj 2012

<sup>3</sup>Det drejer sig om meget få patienter (<10)

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

Tabellen fortsættes næste side.

Indikator <sup>1</sup>	Standard	Periode	Region Midt (RM)	Horsens Med. afd.	Holstebro, Neuro. afd.	Silkeborg Med. afd.	Århus, NBG, Neurokir. afd. NK	Århus, NBG, Neuro. Afd. F	Randers Med. afd. M2	Viborg, Neuro. afd. N	Seneste data for RM <sup>2</sup>
11. Ultralydsscanning/CT af halskar	≥90%	2010	(72)	(64)	(63)	(70)	(20) <sup>3</sup>	(86)	(51)	(84)	/
		2011	(80)	(55)	(65)	97	(29) <sup>3</sup>	88*	(79)	89*	
12. Karotisendarte rektomi	≥90%	2010	(60)	(40)	(50)	67* <sup>3</sup>	/	83*	(33)	(50)	/
		2011	(58)	0* <sup>3</sup>	(10) <sup>3</sup>	67* <sup>3</sup>	/	92	33* <sup>3</sup>	73*	
13a. Indlæggelse indenfor 3 timer <sup>4</sup>	≥30%	2010	52								42
		2011	45								
13b. Indlæggelse indenfor 4,5 timer <sup>4</sup>	≥30%	2010	64								49
		2011	56								
14. Trombolyse inden for 1 time	≥50%	2010	82								
		2011	58	/	68	/	/	56	/	/	
15. Trombolyse ved akut iskæmisk apopleksi	≥10%	2010	9*								
		2011	19	(0)	15	3*	(0)	42	(0)	(0)	
16. Dødelighed	≤15%	2010	11	9	10	12	(39) <sup>3</sup>	9	12	14	7
		2011	11	13	11	13	31* <sup>3</sup>	8	11	12	
17. Dødelighed, blodprop i hjernen	≤12%	2010	8	7	8	9	0	6	9	10	6
		2011	8	11	9	8	33* <sup>3</sup>	6	9	10	
18. Dødelighed, hjerneblødning	≤40%	2010	30	24	23	38 <sup>3</sup>	47*	27	32	52*	19
		2011	27	23	31	43 <sup>3</sup>	31*	23	30	23	

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

<sup>2</sup>Data for hele Region Midtjylland (RM) for perioden 1.jan.2012 -30.april 2012 er trukket på InfoRM den 21. maj 2012

<sup>3</sup>Det drejer sig om meget få patienter (<10)

<sup>4</sup>Opgøres kun på regionsniveau

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

### Bemærkninger fra de enkelte hospitaler

På den afholdte regionale audit den 12. april 2012 fremlagde afdelingerne egne data for perioden 1. januar 2011 – 31. december 2011, orienterede om særlige problemområder samt orienterede om planlagte/allerede iværksatte forbedringstiltag. Hospitalernes kommentarer til resultaterne fremgår nedenfor.

Der kommenteres kun på indikatorer, hvor der indgår 10 eller flere patienter.

### **Århus Universitetshospital**

Århus Universitetshospital har i 2011 haft tre afdelinger, der indberetter apopleksipatienter, hvoraf Neurologisk Afd. F behandler langt størstedelen. Neurologisk Afd. F opfylder 15 ud af 17 opgjorte indikatorer, og glæder sig over de flotte resultater, især i forhold til de nye indikatorer og mortalitet (herunder også for mortaliteten ved apopleksi, hjerneblødning). 86 % af patienterne vurderes af fysioterapeut og ergoterapeut inden 2. indlæggelsesdøgn. Den manglende målopfyldelse skyldes primært patienter indlagt lørdag efter vagtens ophør og på helligdage. 1. maj 2012 startede en dagklinik med terapeuter 7 dage om ugen, hvilket forventes at afhjælpe problemet fremadrettet. Afd. F opfyldte standarden for andel patienter der trombolyseres indenfor 1 time med 56 %. Der arbejdes hen i mod, at 75 % kan behandles indenfor 1 time bl.a. ved afkortning af MR scanningstid og etablering af et vagtlag bestående af neurovaskulære specialister. Afd. F arbejder videre med at højne kvaliteten for apopleksipatienterne under og efter omorganiseringen på neurologiområdet. De to andre afdelinger, som indberetter til Apopleksiregistret (Medicinsk Endokrinologisk Afd. M og Neurokirurgisk Afd. NK), har kun set et fåtal af patienterne og da Medicinsk Endokrinologisk Afd. M desuden ikke længere indberetter til Apopleksiregistret er deres resultater ikke vist. Apopleksipatienterne på Neurokirurgisk Afd. NK udgør en svært selekteret del af den samlede patientgruppe. Resultaterne fra Neurokirurgisk afdeling bør således primært sammenlignes med resultaterne fra andre neurokirurgiske afdelinger i landet, da der er tale om alvorligt syge patienter med konkurrerende sygdomme.

### **Regionshospitalet Randers**

Randers opfylder 7 ud af 16 opgjorte indikatorer, når der tages højde for statistisk usikkerhed. Hver måned undervises nu i apopleksi og registreringer i forbindelse med introduktion af nye læger til afdelingen. Apopleksiafsnittet har taget kontakt til afdelingssygeplejersker i medicinsk afdeling og i akutafdelingen for at øge fokus på sygeplejefaglige indikatorer. Apopleksiafsnittet tager desuden kontakt til akutafdelingen om mandagen, hvis der er patienter som ikke er flyttet til afsnittet i weekenden, og afdelingsledelsen informeres ved pladsmangel. Vedr. trombocythæmmende- og blodfortyndende behandling har været et problem vedr. fejlregistreringer. Dette vurderes nu ugentligt ved ansvarlig læge. Vedr. CT/MR skanning er problemet primært patienter, som indlægges om aftenen, samt forsinkelser i afsendelse af rekvisition til Billeddiagnostisk afdeling. Yngre læger og plejepersonale/sekretær på akutafdelingen instrueres i kravene. Fysio- og ergoterapeutisk vurdering har fortrinsvis været et weekendproblem, og fysio- og ergoterapien deles fremover om weekendvagt. Vedr. tidlig mobilisering og synketest sættes ind med øget fokus. Vedr. ultralyd af halskar har der været forsinkelser pga. manglende afsendelse af rekvisition til Billeddiagnostisk afdeling og mangel på weekendundersøgelser. Instruktion af yngre læger og plejepersonale/sekretær på akutafdelingen, samt indførsel af "fast-track" ordning for torsdagsindlæggelser forventes at løse problemet.

### **Hospitalsenhed Midt, Silkeborg**

Silkeborg opfylder 15 ud af 16 opgjorte indikatorer, når der tages højde for statistisk usikkerhed. Silkeborg modtager ambulante patienter med lettere apopleksier. Indlagte patienter har ofte behandlingskrævende komorbiditet og/eller meget diffust symptombillede, hvilket vanskelig gør forbedring af indikatoren for indlæggelse på apopleksienhed. En audit på de 14 patienter, som ikke blev overført til apopleksienhed, viser at 10 af patienterne havde konkurrerende lidelser. Der udarbejdes beskrivelser af opgavefordeling ved overflytninger i

patientforløbet. Der sættes ind med øget opmærksomhed omkring kravene til tidlig mobilisering.

### ***Hospitalsenhed Midt, Viborg***

Viborg opfylder alle indikatorer, når der tages højde for statistisk usikkerhed. Der er fremgang i forhold til de seneste to år og dermed ikke behov for særlige handleplaner. Der vil dog blive arbejdet med udarbejdelse af beskrivelser af overflytninger i patientforløbet samt øget fokus på registrering af symptomdebuttidspunkt især ved patienter, der vågner med en apopleksi.

### ***Hospitalsenhed Vest, Holstebro***

Holstebro opfylder 13 ud af 17 opgjorte indikatorer, når der tages højde for statistisk usikkerhed. I 2012 bliver udfordringerne at implementere den regionale omlægning af apopleksiforløbene, samtidig med at udviklingen på indikatorer med målopfyldelse fastholdes og der sikres målopfyldelse på de fire indikatorer, hvor der ikke er målopfyldelse i 2011. Vedr. indikatorer uden målopfyldelse gælder følgende: Andelen af patienter i rettidig trombocyt-hæmmende behandling er steget med 9 procentpoint siden 2010. Udviklingen forventes fastholdt med nuværende fokus. Ernæringsvurdering vil være fast punkt ved morgenmøderne i afdelingen. I forbindelse med at Neurologisk afdeling opretter en dagklinik pr. 1. maj 2012 forventes det, at halskarsundersøgelser kan udføres rettidigt.

### ***Hospitalsenheden Horsens***

Horsens opfylder 10 ud af 16 opgjorte indikatorer, når der tages højde for statistisk usikkerhed. Problemområderne er tidlig mobilisering, hvor der har været problemer med systematisk registrering, hvilket nu er forbedret; ernæringsvurdering, som ifølge lokale opgørelser skulle opfyldt for de sidste 5 måneder; synketest, som nu foretages inden ernæringsvurdering, og dermed formodes at være forbedret, samt ultralyd, idet der ikke gennemføres ultralyd af halskar i weekenderne.

### **Nærmere beskrivelse af indikatorerne**

- 1.** Patienter med apopleksi bør hurtigst muligt (senest 2. indlæggelsesdøgn) indlægges på en apopleksienhed. Standard er mindst 90% af patienterne.
- 2.** Patienter med akut iskæmisk apopleksi og uden atrieflimren bør hurtigst muligt (senest 2. indlæggelsesdøgn) sættes i trombocyt-hæmmende behandling. Standard er mindst 95% af patienterne.
- 3.** Patienter med akut iskæmisk apopleksi og atrieflimren bør sættes i blodfortyndende behandling senest 14 dage efter indlæggelse såfremt der ikke foreligger kontraindikationer. Standard er mindst 95% af patienterne.
- 4.** Patienter med symptomer på apopleksi bør hurtigst muligt (på indlæggelsesdagen) udredes med CT eller MR-scanning. Standard er mindst 80% af patienterne.
- 5.** Patienter med apopleksi bør hurtigst muligt (senest 2. indlæggelsesdøgn) vurderes af fysioterapeut med henblik på omfang og type af rehabilitering samt tidspunkt for påbegyndelse af fysioterapi. Standard er mindst 90% af patienterne.

- 6.** Patienter med apopleksi bør hurtigst muligt (senest 2. indlæggelsesdøgn) vurderes af ergoterapeut med henblik på omfang og type af rehabilitering samt tidspunkt for påbegyndelse af ergoterapi. Standard er mindst 90% af patienterne.
- 7.** Patienter med apopleksi bør på indlæggelsesdagen mobiliseres ud af sengen til siddende/stående stilling eller gang. Standard er mindst 80% af patienterne.
- 8.** Patienter med apopleksi bør hurtigst muligt (senest 2. indlæggelsesdøgn) vurderes med henblik på ernæringsrisiko. Standard er mindst 90% af patienterne.
- 9.** Patienter med apopleksi bør hurtigst muligt (på indlæggelsesdagen) og inden indtagelse af oral føde eller væske få foretaget indirekte synketest (patientens vågenhed og evne til at synke og hoste). Standard er mindst 80% af patienterne.
- 10.** Patienter med apopleksi bør hurtigst muligt (på indlæggelsesdagen) og inden indtagelse af oral føde eller væske få foretaget direkte synketest (test af synkefunktion og aspirationsrisiko). Standard er mindst 80% af patienterne.
- 11.** Patienter med apopleksi bør hurtigst muligt (senest 4. indlæggelsesdøgn) udredes med ultralydsscanning/CT-angiografi af halskar. Standard er mindst 90% af patienterne.
- 12.** Patienter henvist til karotisendarterektomi bør have foretaget operationen inden for 14 dage efter indlæggelse med apopleksi. Standard er mindst 90% af patienterne.
- 13a+b.** Patienter bør indlægges hurtigst muligt efter symptomdebut. Standard er at mindst 30% af patienterne indlægges inden for hhv. 3 eller 4,5 timer.
- 14.** Patienter bør trombolyseres inde for en time efter indlæggelsen. Standard er mindst 50% af patienterne.
- 15.** Andelen af patienter med akut iskæmisk apopleksi, som kan trombolyseres, afhænger af hvor hurtigt patienterne indlægges efter symptomdebut. Standard er at mindst 10% af patienterne trombolyseres.
- 16.** Andelen af patienter med apopleksi, som dør indenfor en måned efter indlæggelse, må ikke være over 15%.
- 17.** Andelen af patienter med apopleksi og blodprop i hjernen, som dør indenfor en måned efter indlæggelse, må ikke være over 12%.
- 18.** Andelen af patienter med apopleksi og hjerneblødning, som dør indenfor en måned efter indlæggelse, må ikke være over 40%.