

Sundhedsoverblik

pr. 31. august 2015

Kvalitet og servicemål

Indholdsfortegnelse

1. Sundhedsområdets kvalitetsmål.....	3
1.1 Kvalitetsmål vedrørende patientsikkerhed og forebyggelige genindlæggelser.....	3
Genindlæggelse efter operation	4
Dødsfald efter operation	6
Dødsfald ved septisk chok	6
Forebyggelige genindlæggelser	6
1.2 Kvalitetsmål for udredning og behandling	7
Udredningsret	8
Ret til udredningsplan	8
Behandlingsfrist	9
1.3 Kvalitetsmål vedrørende udvalgte sygdomsområder	9
Akut mave-tarmkirurgi	10
Fødsler	10
Skizofreni	11
1.4 Kvalitetsmål vedrørende kræftpakker	11
1.5 Kvalitetsmål vedrørende hospitalsstandardiserede mortalitetsrater.....	13
1.6 Kvalitetsmål vedrørende tvang i psykiatrien	14
2. Sundhedsområdets servicemål	15
2.1 Servicemål vedrørende hospitalerne.....	16
Afsendelse af udskrivningsbreve (epikriser)	16
2.2 Kontaktpersonordningen	17
2.3 Servicemål vedrørende psykiatrien.....	17
2.4 Servicemål vedrørende præhospitalet.....	19
2.5 Servicemål vedrørende praksissektoren	21

1. Sundhedsområdets kvalitetsmål

Budget 2015 indeholder en række bindende kvalitetsmål for regionens sundhedsydelse. 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 patientsikkerhed (tryksår, sikker kirurgi og sepsis), forebyggelige genindlæggelser, udrednings- og behandlingsret, udvalgte sygdomsområder (akut mave-tarmkirurgi, fødsler og skizofreni), samlede forløbstider for alle kræftpakker, mortalitetsrater på hospitalerne, tvang i psykiatrien samt afsendelse af udskrivningsbreve. I tillæg til kvalitetsmålene afrapporteres i det følgende ligeledes på servicemål vedrørende somatikken, psykiatrien, præhospitalet og praksissektoren.

1.1 Kvalitetsmål vedrørende patientsikkerhed og forebyggelige genindlæggelser

I Budget 2015 indgår kvalitetsmål vedrørende indsatsen med patientsikkerhed. 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 indeholder budgettet et kvalitetsmål vedrørende reduktion af forebyggelige genindlæggelser. Målene er som følger:

Patientsikkert Sygehus

- Kirurgipakken
 - Genindlæggelse efter operation: Andelen af opererede patienter, der genindlægges inden for 30 dage, skal reduceres med minimum 20 % ved udgangen af 2015.
 - Dødsfald efter operation: Andelen af opererede patienter, som dør efter operation, skal reduceres med minimum 20 % ved udgangen af 2015.
- Tryksårspakken
 - Hospitalserhvervede tryksår: Andelen af patienter, der får tryksår under indlæggelsen, skal reduceres med minimum 50 % ved udgangen af 2015. Der er endnu ikke er retvisende data vedrørende reduktion af tryksår, men der arbejdes på at forbedre registreringspraksis.
- Sepsispakken
 - Dødelighed ved septisk chok: Andelen af patienter med septisk chok, som dør, skal reduceres med minimum 15 % ved udgangen af 2015.

Forebyggelige genindlæggelser

- Andelen af indlæggelser, som efterfølges af en forebyggelig genindlæggelse, skal reduceres med minimum 20 % ved udgangen af 2015.
-

Genindlæggelse efter operation

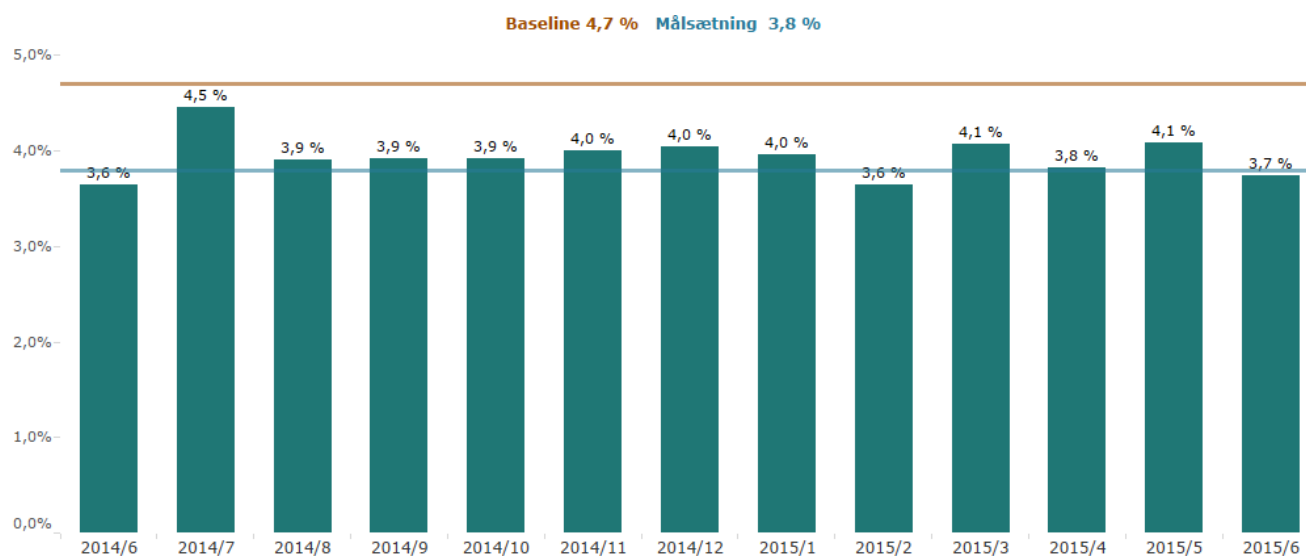
Som det fremgår af nedenstående tabel- og figur 1a, har andelen af genindlæggelser på regionsniveau været nedadgående siden baseline i 2012. På hospitalsniveau har flere af hospitalerne nedbragt andelen af genindlæggelser efter operation. Dette fører til, at målet om en 20 % reduktion opfyldes i maj/juni 2015 på tre hospitaler, samt på regionsniveau. Det kan desuden bemærkes, at Region Midtjylland klarer sig godt i en regional sammenligning. En opgørelse fra Danske Regioner viser, at Region Midtjylland har den laveste andel af genindlæggelser, betydeligt under landsgennemsnittet. Både hospitaler og kommuner arbejder fortsat på at nedbringe forekomsten af genindlæggelser (se nærmere nedenfor under forebyggelige genindlæggelser).

Tabel 1.a: Genindlæggelse efter operation. Resultater januar – juni 2015

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 2015	februar 2015	Marts 2015	April 2015	Maj 2015	Juni 2015	
AUH	5,0 %	4,6 %	4,2 %	4,4 %	4,0 %	4,6 %	4,0 %	4,0 %
HE Midt	4,7 %	4,2 %	3,3 %	3,8 %	4,1 %	3,8 %	3,1 %	3,8 %
HE Horsens	3,7 %	3,6 %	4,3 %	3,6 %	3,7 %	3,4 %	3,7 %	3,0 %
HE Vest	4,4 %	3,1 %	3,9 %	4,2 %	3,0 %	4,0 %	3,6 %	3,5 %
RH Randers	4,9 %	3,4 %	2,9 %	3,6 %	4,2 %	3,7 %	4,1 %	3,9 %
Total	4,7 %	4,0 %	3,6 %	4,1 %	3,8 %	4,1 %	3,7 %	3,8 %

Datakilde: BI-portal 17. august 2015

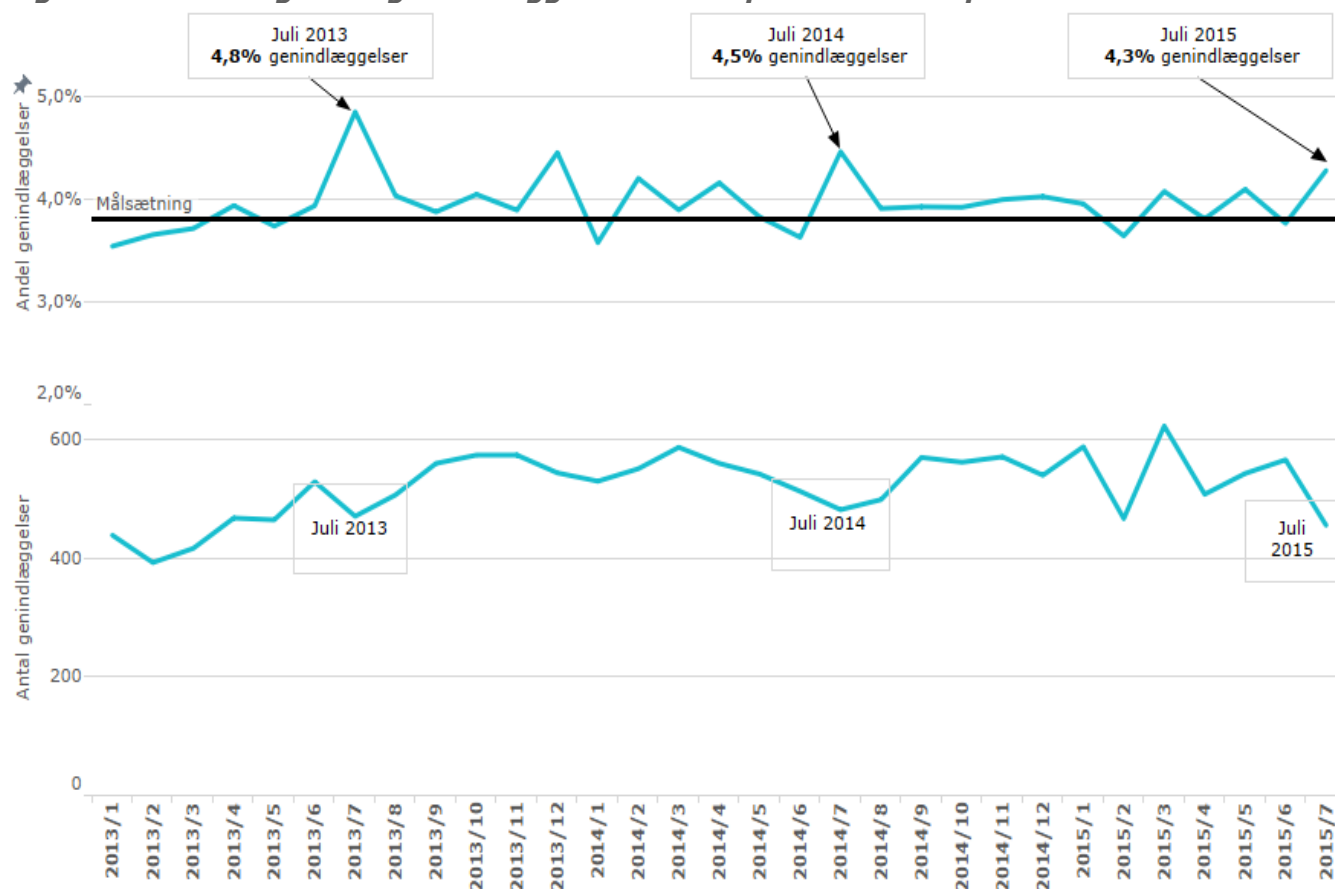
Figur 1.a: Genindlæggelse efter operation: resultater juni 2014-juni 2015



I forbindelse med årets første sundhedsoverblik indikerede resultaterne, at der omkring ferieperioder i december og juli er en stigning i andelen af genindlæggelser. På den baggrund blev der udtrykt ønske om en opgørelse over niveauet af genindlæggelser i ferieperioder. Denne problematik vil belyses nærmere herunder, og være med til at klarlægge hvorvidt der er et vedvarende problem med ferievariation, eller om udsvingene kan forklares.

Som det fremgår af figur 1.b har andelen af genindlæggelser været høj i juli måned de seneste tre år. Det ser dermed ud til, at sommerferien har betydning for hvor mange patienter der genindlægges. Dette billede afspejles i forskelligt omfang på de enkelte hospitaler. På AUH, HE Horsens og HE Midt ses tydelige toppe i genindlæggelser i juli måned. På RH Randers og HE Vest er tendensen derimod knap så klar. Det skal bemærkes, at der kan være mange gode forklaringer på ferieudsvingene. En oplagt forklaring er, at patientsammensætningen er anderledes i ferieperioder, hvor der foretages færre planlagte operationer. På den måde bliver andelen af akutte operationer større, hvilket skaber en større andel af genindlæggelser. Som nederste del af figuren viser, er det samlede antal genindlæggelser ikke højere i juli måned. Dette kunne være tegn på, at det snarere er patientsammensætningen der ændres. Det er desuden bemærkelsesværdigt, at der er flere genindlæggelser i juli, mens andelen af forebyggelige genindlæggelser ikke påvirkes af ferieperioden.

Figur 1.b: Andel og antal genindlæggelser efter operation. Ferieperioder 2013 - 2015



Datakilde: BI-portal 7. september 2015

Dødsfald efter operation

Region Midtjylland har som kvalitetsmål, at andelen af dødsfald efter operationer, skal reduceres med minimum 20 % ved udgangen af 2015. Andelen af dødsfald efter operation har tidligere, i lighed med genindlæggelser, været højere i ferieperioder som december og juli. Dette vil belyses nærmere i næste sundhedsoverblik, når der er kommet data for dødsfald efter operationer.

Dødsfald ved septisk chok

Som en del af arbejdet med patientsikkerhed har Region Midtjylland et mål om at reducere dødeligheden ved septisk chok (alvorlig blodforgiftning) med 15 % sammenlignet med 2012-niveauet. Der er endnu ikke data for dødsfald ved septisk chok. Se seneste opgørelser har vist, at hospitalerne stort set overholder målsætningen.

Forebyggelige genindlæggelser

Forebyggelige genindlæggelser omhandler ældre patienter, som bliver genindlagt inden 30 dage efter en indlæggelse med eksempelvis dehydrering, forstoppelse eller lungebetændelse. Genindlæggelsen kunne muligvis have været undgået, hvis hospitalets og/eller primærsektorens indsats havde været bedre.

Som det fremgår af nedenstående figur 1.c, er forebyggelige genindlæggelser et område, hvor Region Midtjylland igennem en længere periode ikke har opnået den ønskede fremgang. På regionsniveau ligger andelen rimeligt stabilt over tid på omkring 13 %, og resultatet er således stort set uændret sammenlignet med resultatet i 2012 (12,9 %). Der er endnu langt til målet om en reduktion på minimum 20 % i forhold til 2012-resultatet. Hver måned er der 300-400 indlæggelser i regionen, som beteges som forebyggelige genindlæggelser.

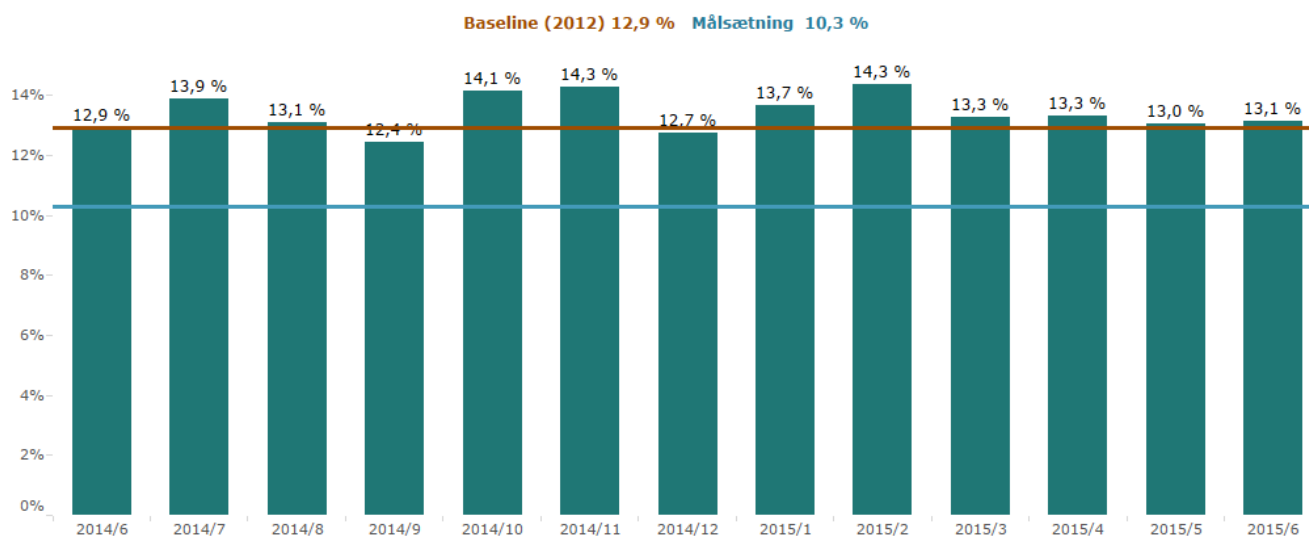
Da en del af problemstillingen med forebyggelige genindlæggelser ligger hos kommunerne, samarbejder hospitalerne med kommunerne for at nedbringe antallet af genindlæggelser. Hospitalernes og kommunernes initiativer omfatter bl.a. patientinventering ("er patienten på rette sted?"), styrket indsats i forhold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

På hospitalsniveau er der stor variation i andelen af forebyggelige genindlæggelser. HE Horsens har som eneste hospital opfyldt målsætningen i enkelte måneder, men også her ses resultatmæssige udsving fra måned til måned. Der er derfor på alle hospitalsenheder behov for at fortsætte forbedringsarbejdet.

Tabel 1.b: Forebyggelige genindlæggelser. Resultater januar 2015 – juni 2015.

Forebyggelige genindlæggelser: Andel af indlæggelser, som efterfølges af en forebyggelig genindlæggelse.								
<i>Mål: Reduktion på minimum 20 % i forhold til 2012</i>								
	Baseline (2012-resultat)	Resultat de seneste 6 måneder						Mål
		Januar 2015	februar 2015	Marts 2015	April 2015	Maj 2015	Juni 2015	
AUH	11,3 %	11,1 %	13,4 %	9,8 %	11,5 %	11,5 %	10,5 %	9,04 %
HE Midt	15,1 %	16,5 %	19,2 %	17,5 %	17,2 %	15,4 %	18,3 %	12,1 %
HE Horsens	13,5 %	11,9 %	13,0 %	9,1 %	10,9 %	10,5 %	12,3 %	10,8 %
HE Vest	14,0 %	15,6 %	14,2 %	16,1 %	12,9 %	13,2 %	12,2 %	11,2 %
RH Randers	11,3 %	14,1 %	11,6 %	15,1 %	14,5 %	15,1 %	13,2 %	9,04 %
Total	12,9 %	13,7 %	14,3 %	13,3 %	13,3 %	13,0 %	13,1 %	10,3 %

Datakilde: BI-portal 10. februar 2015

Figur 1.c: Forebyggelige genindlæggelser: Regionsniveau juni 2014 - juni 2015

Datakilde: BI-portal 19. august 2015

1.2 Kvalitetsmål for udredning og behandling

Kort ventetid på udredning og behandling kan i mange tilfælde have betydning for resultatet af behandlingen, ligesom ventetiden i sig selv kan være forbundet med gener for patienterne. I økonomiaftalen 2015 blev Danske Regioner og regeringen enige om, at forsætte arbejdet med implementeringen af udrednings- og behandlingsretten. Som følge heraf har Region Midtjylland i budget 2015 indført kvalitetsmål om udredningsret og behandlingsfrist (UBR) for alle patienter. Med udredningsretten har Region Midtjylland fastsat kvalitetsmål om, at mindst 90

% af patienterne skal udredes inden 30 dage efter henvisningen. Hvis ikke dette er fagligt muligt, skal alle patienter indenfor 30 dage modtage en udredningsplan. Derudover har Region Midtjylland i budget 2015 vedtaget en behandlingsfrist, hvor mindst 90 % af patienterne skal sættes i behandling senest 2 måneder efter udredningen er afsluttet; for alvorligt syge er behandlingsfristen dog 1 måned. Det skal bemærkes at fortolkning af tabellerne bør ske varsomt, da en del af udredningspatienterne endnu ikke er registreret i overensstemmelse med reglerne.

Udredningsret

Nedenstående tabel og figur viser udviklingen i andelen af patienter der overholder udredningsretten. Da udredningsretten stadig er under implementering stiger antallet af patienter løbende i løbet af perioden. Som det fremgår, er der relativt langt op til målet om, at 90 % skal udredes inden 30 dage. Hospitalerne befinder sig nogenlunde på samme niveau, med en målopfyldelse svingende omkring 60 %. I løbet af det seneste halvår er der ikke tegn på forbedringer i målopfyldelsen.

Tabel 1.c: Tid til udredning. Resultater januar 2015 – juni 2015.

Udredningsret: Tid fra henvisning til udredning afsluttes.							
<i>Mål: Frist for udredning (30 dage) overholdes for minimum 90 % af patienterne</i>							
	Resultat de seneste 6 måneder						Mål
	Januar 2015	februar 2015	Marts 2015	April 2015	Maj 2015	Juni 2015	
AUH	55 %	66 %	65 %	55 %	61 %	56 %	90 %
HE Midt	48 %	61 %	55 %	48 %	52 %	54 %	90 %
HE Horsens	64 %	76 %	69 %	57 %	63 %	63 %	90 %
HE Vest	52 %	65 %	67 %	58 %	62 %	64 %	90 %
RH Randers	61 %	67 %	70 %	61 %	65 %	64 %	90 %
Total	55 %	66 %	65 %	56 %	61 %	60 %	90 %

Datakilde: BI-portal 19. august 2015

Ret til udredningsplan

Hvis ikke det er muligt at udrede patienten indenfor 30 dage, har Region Midtjylland vedtaget som kvalitetsmål, at alle patienter skal modtage en udredningsplan inden 30 dage efter henvisning. Som det fremgår, er der ingen af hospitalerne der lever op til målsætningen endnu. Mod slutningen af perioden ser den positive udvikling ud til at stagnere, stabilt mellem 80-90 % målopfyldelse.

Tabel 1.d: Tid til udredningsplan. Resultater januar 2015 – juni 2015.

Ret til udredningsplan: Tid fra henvisning til enten udredning eller udredningsplan.							
<i>Mål: Inden for 30 dage skal 100 % af patienterne enten udredes eller modtage udredningsplan.</i>							
	Resultat de seneste 6 måneder						Mål
	Januar 2015	februar 2015	Marts 2015	April 2015	Maj 2015	Juni 2015	
AUH	78 %	87 %	89 %	80 %	87 %	85 %	100 %
HE Midt	77 %	84 %	82 %	78 %	83 %	79 %	100 %
HE Horsens	79 %	86 %	84 %	83 %	86 %	87 %	100 %
HE Vest	86 %	94 %	95 %	89 %	93 %	90 %	100 %
RH Randers	85 %	90 %	92 %	88 %	89 %	89 %	100 %
Total	81 %	88 %	89 %	83 %	88 %	86 %	100 %

Datakilde: BI-portal 19. august 2015

Behandlingsfrist

Ifølge kvalitetsmålet for behandlingsfristen, skal minimum 90 % af patienterne sættes i behandling senest 2 måneder efter udredningen er afsluttet. Behandlingsfristen for alvorligt syge er dog 1 måned. Behandlingsfristen omfatter både patienter, som er blevet udredt, og patienter, som er gået direkte til behandling. Flertallet af behandlede patienter omfattes derfor ikke af behandlingsfristen. Der er endnu ikke data tilgængelig for behandlingsfrist.

1.3 Kvalitetsmål vedrørende udvalgte sygdomsområder

På sygdomsområderne akut mave-tarmkirurgi, fødsler og skizofreni findes nationale kvalitetsdatabaser. Styregrupperne for de respektive kvalitetsdatabaser har (så vidt muligt på evidensbaseret grundlag) opstillet kvalitetsindikatorer og tilhørende standarder. I Budget 2015 er opstillet kvalitetsmål om, at alle disse standarder skal være opfyldt ved udgangen af 2015.

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. Bemærk, at der kan være forskel på andelen af indikatorer, da der på nogle hospitaler ikke er patienter på alle områder.

Akut mave-tarmkirurgi

Kvalitetsdatabasen vedrørende akut mave-tarmkirurgi har igennem en længere periode lidt under dataproblemer og omlægning af indikatorer. Fra 15. april 2015 er inklusionskriterierne for patienter til indikatorerne omlagt, så der kun indgår patienter der har fået konstateret blødende mavesår eller perforation. Resultaterne kan derfor ikke sammenlignes med tidligere opgørelser. Da der flere indikatorer indgår meget få patienter, kan der ikke meningsfuldt vises resultater for maj-juni 2015 alene. Kvalitetsindikatorer for akut mave-tarm-kirurgi vil i stedet vises i næste sundhedsblik.

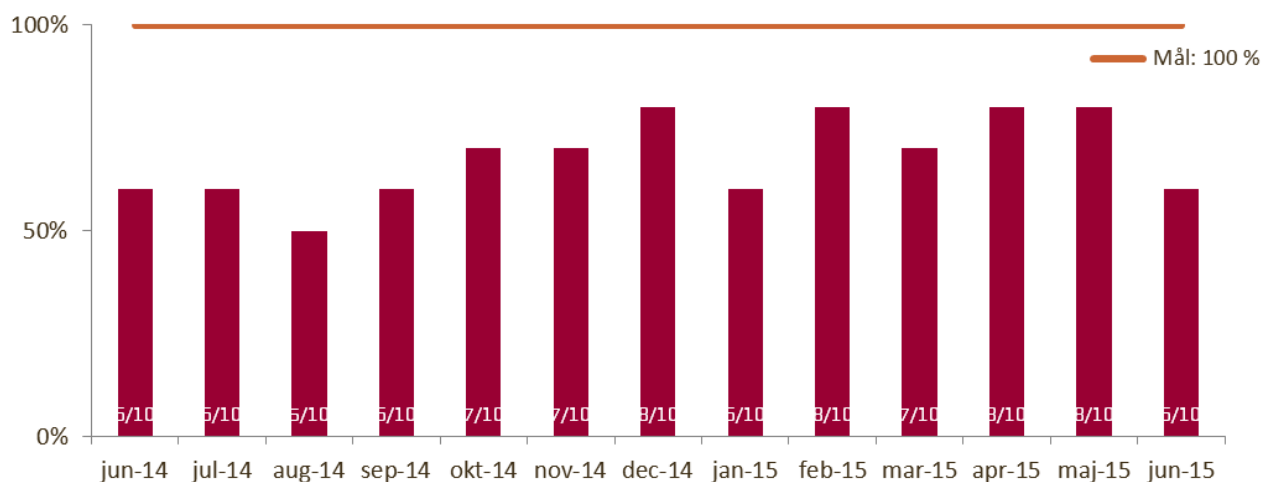
Fødsler

Som det fremgår af tabel 1.e, er der variation i antallet af indikatorer der opfyldes på hospitalsenhederne. Det er dog typisk de samme indikatorer, som hospitalerne har problemer med at opfylde. Dette gælder særligt *blødning efter fødslen* og andelen af fødende der overholder *tidsgrænsen vedr. akut kejsersnit*. Hospitalerne arbejder systematisk på baggrund af databasen, med henblik på at sikre optimal datakvalitet og identifikation af forbedringsmuligheder.

Tabel 1.e: Kvalitetsindikatorer vedrørende fødsler, januar 2015 – juni 2015.

Fødsler: Andel kvalitetsindikatorer, hvor standard er opfyldt.							
Mål: 100 %, dvs. opfyldelse af standarden på alle indikatorer.							
	Resultat de seneste 6 måneder						Mål
	Januar 2015	februar 2015	Marts 2015	April 2015	Maj 2015	Juni 2015	
AUH	80 %	90 %	60 %	80 %	80 %	60 %	100 % (opfyldelse af standard på alle indikatorer)
HE Midt	70 %	60 %	88 %	50 %	44 %	44 %	
HE Horsens	67 %	70 %	60 %	80 %	78 %	63 %	
HE Vest	60 %	78 %	70 %	80 %	70 %	78 %	
RH Randers	70 %	70 %	60 %	70 %	78 %	80 %	
Total	60 %	80 %	70 %	80 %	80 %	60 %	

Datakilde: BI-portal 7. september 2015. Der er endnu ikke fastsat målsætning for indikator 8.b vedr. akut kejsersnit for 1. gangsfødende. Denne indikator indgår derfor ikke i opgørelsen.

Figur 1.d: Kvalitetsindikatorer vedrørende fødsler, juni 2014 - juni 2015

Skizofreni

I dette sundhedsoverblik vises ikke kvalitetsmål vedrørende skizofreni. Som følge af dataproblemer med den nationale Skizofreni Database, er data på nuværende tidspunkt ikke valide. I seneste sundhedsoverblik blev 1-3 af de 6 indikatorer opfyldt i perioden.

1.4 Kvalitetsmål vedrørende kræftpakker

Kvalitetsmålene vedrørende kræftpakker handler om efterlevelse af den vedtagne forløbstid for alle kræftpakker. I 2015 omfatter kvalitetsmålene den samlede forløbstid. Med samlet forløbstid menes perioden fra henvisning til start på behandlingen. Kun patienter, der modtager kræftbehandling, indgår under samlet forløbstid.

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. Som det fremgår af nedenstående tabel 1.f er forløbstiderne for kræft i blæren stadig langt fra målsætningen, men der ses i 2. kvartal tegn på fremgang. Det samme gør sig gældende for patienter med kræft i prostata, hvor betydeligt flere forløb nu lever op til målsætningen. Kræft i nyren er derimod et område hvor der ses en tendens til, at færre forløb overholder kravene til den samlede forløbstid i perioden. Det kan desuden bemærkes, at den positive udvikling vedrørende samlet forløbstid for lungekræft ser ud til at fastholdes tæt ved målopfyldelse i hele perioden.

Tabel 1.f: Samlede forløbstider for kræftpakker. Resultater okt. 2014–jun. 2015

Kræftpakker: Målopfylde af samlet forløb (fra henvisning til pakkeforløb til start på behandling)					
<i>Mål: Forløbstider overholdes for minimum 90 % af patienterne.</i>					
Enhed	Procedure	4. kvartal 2014	1. kvartal 2015	2. kvartal 2015	Mål
Brystkræft	<i>samlet forløb</i>	86 % af 202 patienter	90 % af 133 patienter	86 % af 121 patienter	90 %
Hoved- og halskræft	<i>samlet forløb</i>	75 % af 56 patienter	92 % af 61 patienter	95 % af 57 patienter	90 %
Lymfeknudekræft og kronisk lym-fatisk leukæmi	<i>samlet forløb</i>	100 % af 57 patienter	82 % af 71 patienter	80 % af 64 patienter	90 %
Akut leukæmi/ fremskreden myelodysplastisk syndrom (MDS)	<i>samlet forløb</i>	4 ud af 6 patienter	5 ud af 9 patienter	54 % af 13 patienter	90 %
Kræft i bugspytkirtlen	<i>samlet forløb</i>	84 % af 31 patienter	88 % af 25 patienter	96 % af 27 patienter	90 %
Kræft i galdegang	<i>samlet forløb</i>	8 ud af 9 patienter	82 % af 11 patienter	5 ud af 5 patienter	90 %
Kræft i spiserøret/ mavemunden	<i>samlet forløb</i>	89 % af 19 patienter	88 % af 26 patienter	90 % af 21 patienter	90 %
Primær leverkræft	<i>samlet forløb</i>	92 % af 24 patienter	100 % af 22 patienter	100 % af 19 patienter	90 %
Tarmkræft-metastaser i leveren	<i>samlet forløb</i>	72 % af 25 patienter	96 % af 23 patienter	84 % af 19 patienter	90 %
Kræft i tyk- og endetarm	<i>samlet forløb</i>	88 % af 163 patienter	92 % af 197 patienter	91 % af 186 patienter	90 %
Kræft i blære	<i>samlet forløb</i>	21 % af 24 patienter	20 % af 49 patienter	38 % af 16 patienter	90 %
Kræft i nyre	<i>samlet forløb</i>	67 % af 67 patienter	68 % af 65 patienter	59 % af 34 patienter	90 %
kræft i prostata	<i>samlet forløb</i>	46 % af 92 patienter	61 % af 113 patienter	69 % af 62 patienter	90 %
Kræft i penis	<i>samlet forløb</i>	90 % af 10 patienter	67 % af 18 patienter	75 % af 12 patienter	90 %
Kræft i ydre kvindelige kønsorganer	<i>samlet forløb</i>	89 % af 18 patienter	100 % af 15 patienter	79 % af 14 patienter	90 %
Livmoderkræft	<i>samlet forløb</i>	57 % af 46 patienter	77 % af 44 patienter	72 % af 47 patienter	90 %
Kræft i æggestok	<i>samlet forløb</i>	78 % af 65 patienter	93 % af 56 patienter	86 % af 56 patienter	90 %
Livmoderhalskræft	<i>samlet forløb</i>	100 % af 15 patienter	69 % af 16 patienter	91 % af 11 patienter	90 %
Kræft i hjernen	<i>samlet forløb</i>	100 % af 16 patienter	96 % af 23 patienter	100 % af 12 patienter	90 %
Modermærkekræft i hud	<i>samlet forløb</i>	99 % af 119 patienter	99 % af 105 patienter	98 % af 93 patienter	90 %
Lungekræft	<i>samlet forløb</i>	90 % af 183 patienter	86 % af 205 patienter	89 % af 170 patienter	90 %
Sarkom i knogle	<i>samlet forløb</i>	5 ud af 5 patienter	4 ud af 5 patienter	100 % af 10 patienter	90 %
Sarkom i bløddele	<i>samlet forløb</i>	93 % af 45 patienter	97 % af 37 patienter	90 % af 40 patienter	90 %
Metastaser uden organspecifik kræfttype	<i>Videreudredes</i>	97 % af 30 patienter	93 % af 43 patienter	98 % af 47 patienter	90 %
	<i>Afsluttes</i>	85 % af 48 patienter	83 % af 65 patienter	76 % af 54 patienter	
Diagnostisk pakke	<i>Udredning</i>	86 % af 826 patienter	85 % af 728 patienter	88 % af 594 patienter	90 %

Datakilde: BI-Portal, 19. august 2015. Patientønsket og lægefagligt begrundet ventetid er fratrukket i beregning af målopfylde. 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. På den baggrund opgøres kræftpakkerne på regionsniveau i sundhedsoverblikket.

1.5 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. diagnoser og alderssammensætning på det pågældende hospital, kan man beregne, hvor mange dødsfald hospitalet kan forventes at have. Hvis hospitalet har et HSMR over 100, er antallet af dødsfald over det forventede, mens et HSMR under 100 betyder, at antallet af dødsfald er under det forventede.

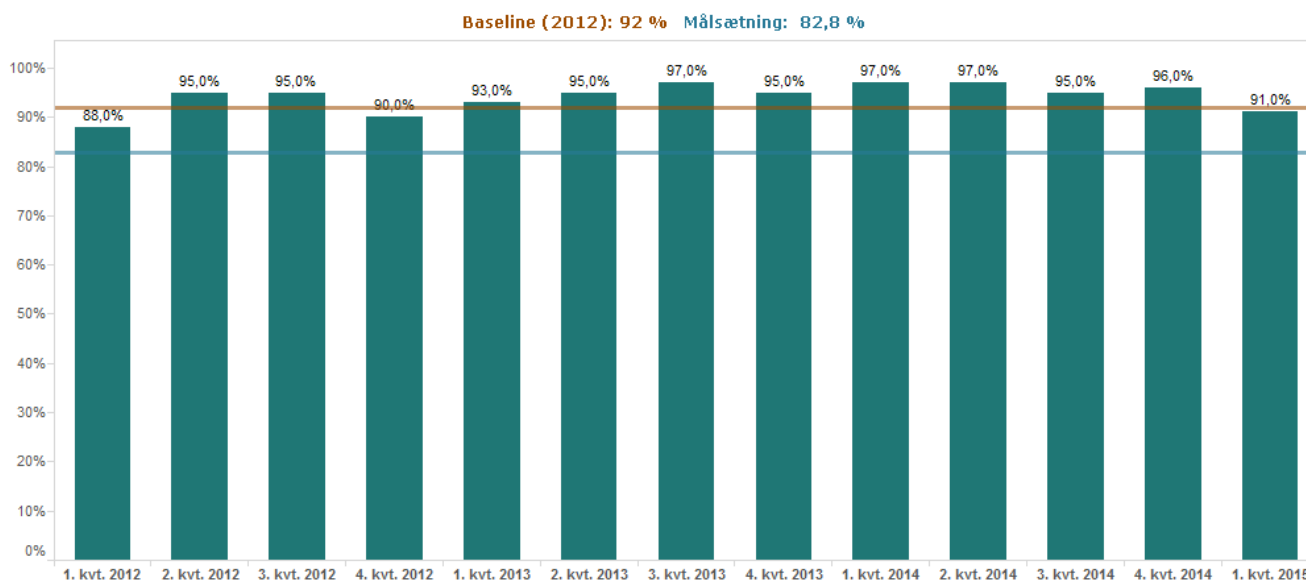
Det er helt centralt, at HSMR *ikke* kan sammenlignes på tværs af hospitalsenheder, da forskelle i bl.a. hospitalernes patientsammensætning gør hospitalernes tal usammenlignelige. Man kan derimod forholde sig til udviklingen på det enkelte hospital (dvs. sammenligne hospitalet med sig selv over tid).

Beregningsmetoden for HSMR er blevet ændret og HSMR-tal for alle kvartaler er blevet genberegnet, hvorfor tallene nedenfor kan afvige fra tidligere udsendte HSMR-tal. I Region Midtjylland som helhed har mortaliteten været nedadgående og niveauet i 1. kvartal 2015 er faldet, så regionen nu overholder målsætningen om en 10 % reduktion. Som det fremgår af nedenstående tabel og figur, dækker tallene over forskellige udviklinger på regionens fem hospitalsenheder. På nogle hospitaler har mortalitetsraten været stort set uændret, mens mortaliteten på andre hospitaler er faldet. HE Midt kan særligt fremhæves som et hospital der har sænket mortaliteten mærkbart. HSMR er påvirkelig overfor ændringer i hospitalernes opgaveportefølje og interne organisering. Omlægning fra indlæggelser til ambulante behandlinger vil eksempelvis også øge HSMR-tallet. Derfor skal udsving tolkes med stor varsomhed.

Tabel 1.g: HSMR: Resultater 4. kvartal 2013 – 1. kvartal 2015.

Hospitalsstandardiserede mortalitetsrater (HSMR): Antallet af dødsfald på hospitalerne sammenlignet med det forventede antal dødsfald.								
Mål: Reduktion på minimum 10 % inden udgangen af 2015 (sammenlignet med 2012).								
	Baseline (2012- resultat)	Resultat de seneste 6 kvartaler						Mål
		4. kvartal 2013	1. kvartal 2014	2. kvartal 2014	3. kvartal 2014	4. kvartal 2014	1. kvartal 2015	
AUH	99	88	88	97	89	93	81	89
HE Midt	99	95	93	79	78	82	70	89
HE Horsens	106	101	104	107	105	106	102	95
HE Vest	102	101	108	98	109	102	108	92
RH Randers	114	99	103	110	105	104	111	103
Total	102	95	97	97	95	96	91	92

Note: Der er endnu ikke kommet data vedrørende HSMR for 2. kvartal 2015.

Figur 1.e: Hospitalsstandardiserede mortalitetsrater. 1. kvartal 2012 -1. kvartal 2015

Datakilde: HSMR-tal leveret af Klinisk Epidemiologisk Afdeling.

1.6 Kvalitetsmål vedrørende tvang i psykiatrien

I Økonomaftalen 2015 mellem regeringen og Danske Regioner, blev der vedtaget nye mål omkring brugen af tvang i psykiatrien. Det nye mål lyder, at brugen af bæltefikseringer skal være reduceret med 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 reviderede målsætning.

Region Midtjyllands kvalitetsmål vedrørende tvang i psykiatrien er, at brugen af bæltefiksering skal reduceres med minimum 5 % inden udgangen af 2015. Reduktionen på 5 % skal ses i forhold til anvendelsen af bæltefikseringer i 2011-2013. Det nye mål har fokus på antallet af unikke patienter berørt af bæltefiksering, hvor det tidligere mål havde fokus på antallet af tvangsforanstaltninger.

Målet ved udgangen af 2015 er at antal patienter berørt af bæltefiksering skal reduceres med 5 %, hvilket vil sige at maksimalt 138 unikke patienter pr. kvartal må berøres af bæltefiksering. Som det fremgår af tabel 1.i er der siden 2014 sket en mærkbar forbedring, så bæltefiksering anvendes på betydeligt færre unikke patienter end tidligere. Udviklingen ser dog ud til at stagnere i de seneste kvartaler, hvor henholdsvis 121 og 123 patienter har været berørt af bæltefiksering.

Derimod har der i seneste kvartal været væsentlig flere tilfælde af bæltefiksering (428 foranstaltninger, mod 254 og 232 i de foregående kvartaler). Dette betyder at færre patienter fikses, men de fikses oftere. Brugen af bæltefiksering er meget individuel og afhængig af den enkelte patients sygdomsbillede. Dette er den primære årsag til at der ses nogle meget store udsving i antal bælte. Der har i første halvår 2015 været indlagt en lille gruppe svært

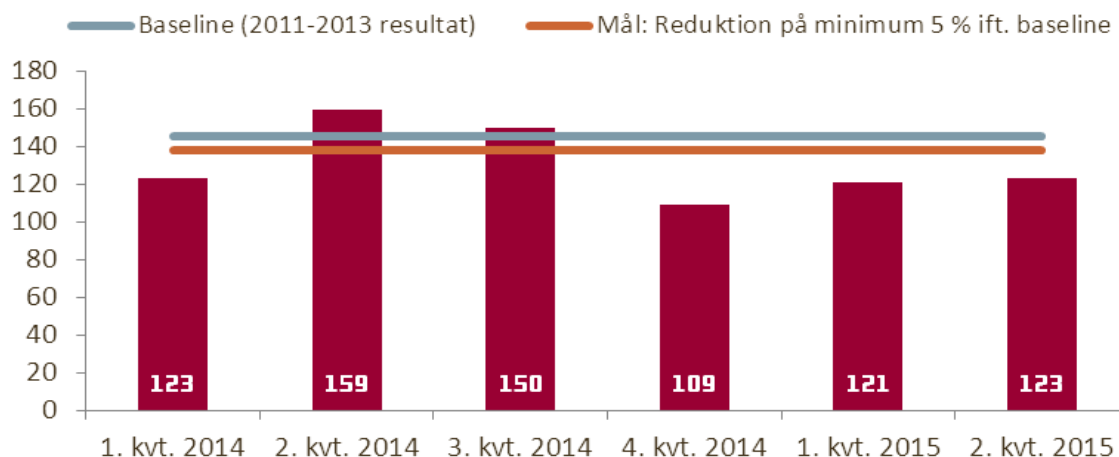
selvskadende patienter, som har bevirket stigningen i bælte. Herudover har afdelingerne fokus på at løsne bælteerne så tidligt som muligt, hvilket i enkelte tilfælde betyder at bæltet løsnes for tidligt og patienten må fikseres igen.

Tabel 1.h: Tvang i psykiatrien. Resultater 2. kvartal 2014 – 2. kvartal 2015.

Tvang i psykiatrien: bæltefikseringer							
Mål: Anvendelsen af bæltefiksering skal reduceres minimum 5 % inden udgangen af 2015 (sammenlignet med 2011-2013).							
	Baseline (2011-2013 resultat)	Resultat de seneste 5 kvartaler					Mål
		2. kvartal 2014	3. kvartal 2014	4. kvartal 2014	1. kvartal 2015	2. kvartal 2015	
Antal unikke patienter som bæltefikseres	145 patienter per kvartal	159 patienter	150 patienter	109 patienter	121 patienter	123 patienter	Max. 138 patienter
Antal foranstaltninger (bæltefiksering)	413 foranstaltninger per kvartal	286	353	232	254	428	Max. 413 foranstaltninger

Datakilde: BI-portal 19. august 2015. Der er ikke krav om reduktion i antal bæltefikseringer. Målet er derfor sat til baseline (resultatet i 2011-2013).

Figur 1.f: Unikke patienter berørt af bæltefiksering. 1. kvartal 2014 - 2. kvartal 2015



2. Sundhedsområdets servicemål

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

2.1 Servicemål vedrørende hospitalerne

For nuværende er der etableret monitorering af to af regionens servicemål for de somatiske hospitaler. Der følges bl.a. op på disse servicemål på dialogmøder mellem hospitalerne og direktionen. I dette sundhedsoverblik vises der kun resultater for rettidig afsendelse af udskrivningsbreve. For servicemålet vedrørende ventetid på akutklinikker/skadestuer er der for nuværende ikke retvisende data til rådighed. Der arbejdes på, at gøre data retvisende.

Afsendelse af udskrivningsbreve (epikriser)

Der har igennem en længere periode foregået en stor indsats på hospitalerne for at fremskynde afsendelsen af udskrivningsbreve (epikriser). Som det fremgår af tabel og figur 2.a, har fire ud af fem hospitalsenheder samt psykiatrien nået målsætningen om, at epikriser skal sendes indenfor 2 hverdage fra udskrivelsen. Kun HE Horsens har i hele perioden en lidt lavere målopfyldelse. På regionsniveau har målsætningen været opfyldt de seneste to måneder. Dette kan ses i forhold til resultatet i 2012 hvor kun godt 75 % af udskrivningsbrevene blev afsendt rettidigt.

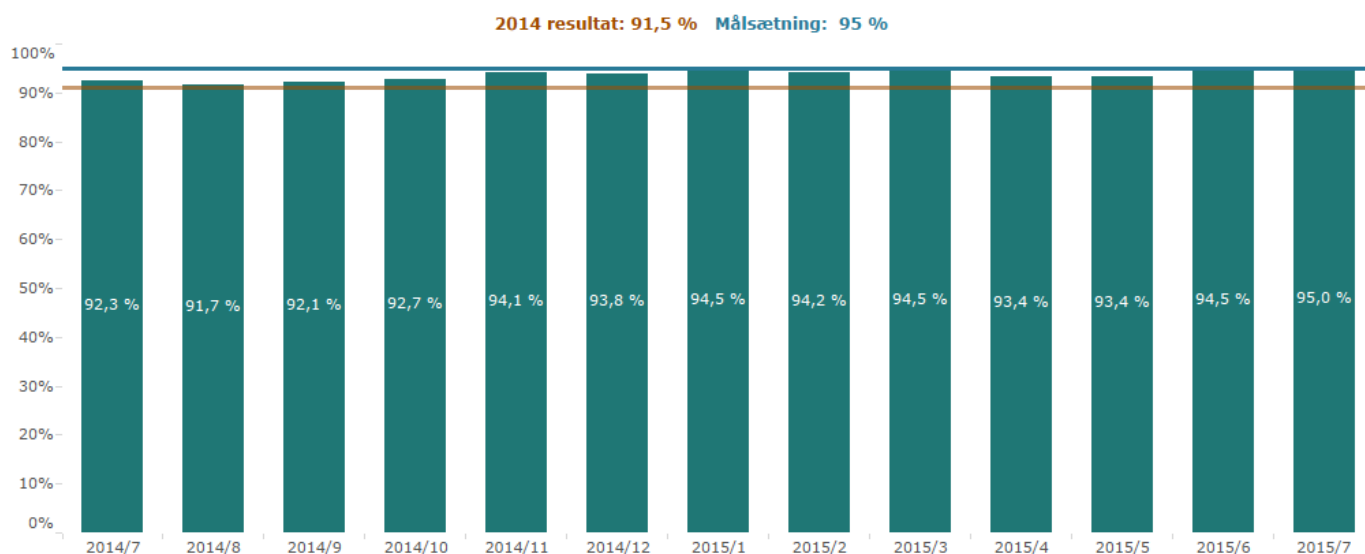
Tabel 2.a: Afsendelse af udskrivningsbreve. Resultater februar 2015–juli 2015.

Afsendelse af udskrivningsbreve (epikriser)							
Mål: Minimum 95 % af udskrivningsbrevene afsendes senest 2 hverdage efter udskrivelse.							
Hospitalsenhed	Resultat de seneste 6 måneder						Mål
	Februar 2015	Marts 2015	April 2015	Maj 2015	Juni 2015	Juli 2015	
AUH ¹⁾	96 %	95 %	94 %	94 %	94 %	95 %	95 %
HE Midt	96 %	96 %	94 %	96 %	96 %	97 %	95 %
HE Horsens	89 %	90 %	89 %	86 %	90 %	91 %	95 %
HE Vest	94 %	95 %	94 %	94 %	95 %	96 %	95 %
RH Randers	93 %	94 %	94 %	96 %	96 %	96 %	95 %
Psykiatri	91 %	88 %	92 %	89 %	95 %	96 %	95 %
Region Midtjylland (ekskl. psykiatri)	94 %	95 %	93 %	93 %	95 %	95 %	95 %

Datakilde: BI-portal, 20. august 2015

1) Onkologisk Afdeling D er efter aftale ikke medtaget i opgørelserne for Aarhus Universitetshospital. Øjenafdelingen på AUH medtages ikke i opgørelsen, da der ikke udsendes epikriser gennem EPJ.

Figur 2.a: Afsendelse af udskrivningsbreve, Regionsniveau juli 2014 – juli 2015



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 %. I 2. halvår 2014 var der problemer med at leve op til målsætningen, men på flere hospitaler var der fremgang.

I 2015 er der ikke lavet nye audits for kontaktpersonordningen, da det ikke er lovligt for personalet at lave opslag i EPJ. Derfor indgår der ikke data om målopfyldelse i dette sundhedsoverblik.

2.3 Servicemål vedrørende psykiatrien

Servicemålet vedrørende ventetid på psykiatrisk behandling og udredning blev udvidet pr. 1. september 2014, så alle psykiatriske patienter har fået ret til at blive udredt inden for 2 måneder, ligesom de fik ret til at begynde i behandling inden for en måned ved alvorlig sygdom og inden for to måneder ved mindre alvorlig sygdom. Pr. 1. september 2015 skærpes udrednings- og behandlingsretten i psykiatrien, så alle psykiatriske patienter får ret til at blive udredt inden for 1 måned.

Tabel 2.b: Ventetid på psykiatrisk udredning. Resultater februar 2015 - juli 2015.

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 6 måneder						Mål
	Februar 2015	Marts 2015	April 2015	Maj 2015	Juni 2015	Juli 2015	
Voksen-psykiatrien	4 patienter	6 patienter	4 patienter	7 patienter	4 patienter	2 patienter	Ingen patienter venter mere end 2 måneder på udredning
Børne- og ungdomspsykiatrien	0 patienter	0 patienter	2 patienter	6 patienter	8 patienter	8 patienter	Ingen patienter venter mere end 2 måneder på udredning

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

I voksenpsykiatrien har antal ventende på udredning ligget ret stabilt på et lavt niveau. I den seneste måned er tallet yderligere reduceret til 2 voksne, som har ventet på udredning i mere end 2 måneder. Antal børn og unge, som har ventet på udredning i mere end 2 måneder i børne- og ungdomspsykiatrien, har ligget meget lavt siden august 2014 og var i et par måneder nede på 0 ventende. Siden har der været en opadgående tendens og ved udgangen af juli måned har 8 børn/unge ventet på udredning i mere end 2 måneder.

Tabel 2.c: Ventetid på psykiatrisk behandling. Resultater februar 2015 - juli 2015.

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 2015	Marts 2015	April 2015	Maj 2015	Juni 2015	Juli 2015	
Voksen-psykiatrien	143 patienter	130 patienter	130 patienter	162 patienter	113 patienter	146 patienter	Ingen patienter venter mere end 2 måneder på behandling
Børne- og ungdomspsykiatrien	13 patienter	10 patienter	3 patienter	9 patienter	5 patienter	6 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.

Antal voksne patienter der venter i mere end 2 måneder på psykiatrisk behandling, faldt gennem det meste af 2014, men fra november 2014 til og med januar 2015 steg antal

ventende. I de efterfølgende måneder i 2015 har der først været et fald, hvorefter antallet har været svingende. Ultimo juli måned har 146 voksne patienter ventet i mere end 2 måneder på psykiatrisk behandling.

I børne- og ungdomspsykiatrien har antallet af patienter, som har ventet på behandling i mere end 2 måneder, været forholdsvis lavt gennem hele perioden. Ved udgangen af juli måned har 6 børn/unge ventet i mere end 2 måneder.

Ventelisterne skal ses i sammenhæng med antal henvisninger til psykiatrien: I såvel voksenpsykiatrien som børne- og ungdomspsykiatrien er antal henvisninger de senere år steget betragteligt. I 2014 var stigningen på 8,9 % i voksenpsykiatrien. I 2015 har stigningen varieret fra måned til måned, men er gennemsnitligt steget med 4 % i forhold til de første 7 måneder i 2014. Der har været forholdsvis flere henvisninger lige inden sommerferien og færre i juli måned. Henvisningstallet til børne- og ungdomspsykiatrien er også steget markant. I 2014 var væksten på 22,9 % i forhold til 2013. I de første 7 måneder af 2015 har der været en tilvækst på 9,4 % i forhold til de tilsvarende måneder i 2014.

Psykiatri- og socialledelsen er meget opmærksom på, at de psykiatriske afdelinger ikke alene skal rette fokus på at nedbringe udredningstiden, men også skal have fokus rettet mod at nedbringe ventetiden til den efterfølgende behandling.

Der er taget flere initiativer med henblik på nedbringelse af ventetiderne. Allerede i 2014 blev afsat midler i forbindelse med indførelsen af udrednings- og behandlingsretten pr. 1. september 2014. I 2015 er afsat yderligere midler i med henblik på at kunne opfylde den skærpede udrednings- og behandlingsret, som indføres pr. 1. september 2015.

Psykiatri- og socialledelsen har bl.a. afsat særlige aktivitetsbestemte puljer, som udmøntes til de psykiatriske afdelinger med henblik på at øge aktiviteten, så ventetiderne derved kan nedbringes. Det vil dog give psykiatrien store udfordringer med opfyldelsen af den skærpede udrednings- og behandlingsret, hvis antallet af henvisninger til psykiatrien fortsat stiger.

2.4 Servicemål vedrørende præhospitalet

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

Jævnfør tabel 2.d viser tallene for responstiderne, at alle servicemål overholdes i 2. kvartal 2015, og at der i perioden siden 2. kvartal 2014 er sket en reduktion i responstiden til A-kørsler for de mest akutte patienter.

Tabel 2.d: Responstider for patienter ved A- og B-kørsler. Resultater april 2014 - juni 2015.

Servicemål for præhospitalet: Andel patienter der overholder responstider ved A-kørsler (livstruende) og B-kørsler (hastende men ikke livstruende).						
Kørsels-type	2. kv. 2014	3. kv. 2014	4. kv. 2014	1. kv. 2015	2. kv. 2015	Mål
A-kørsler (livstruende)	78,5 %	77,2 %	79,0 %	79,7 %	81,6 %	75 % af kørslerne er maks. 10 minutter
	96,4 %	95,3 %	95,8 %	96,8 %	97,3 %	92 % af kørslerne er maks. 15 minutter
	99,7 %	99,4 %	99,5 %	99,6 %	99,7 %	98 % af kørslerne er maks. 20 minutter
B-kørsler (hastende men ikke livstruende)	61,7 %	58,9 %	56,9 %	59,4 %	61,0 %	60 % af kørslerne er maks. 15 minutter
	78,3 %	75,2 %	74,9 %	75,8 %	77,3 %	75 % af kørslerne er maks. 20 minutter

Jævnfør tabel 2.e 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 omkring 92 %. Præhospitalet har fokus på at forbedre servicemålsoverholdelsen for kørsel til dialyse.

Tabel 2.e: Siddende patienttransport. Resultater april 2014 - juni 2015.

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
	2. kv. 2014	3. kv. 2014	4. kv. 2014	1. kv. 2015	2. kv. 2015	
Afhentning og aflevering skal ske inden for 1 times afvigelse fra ønsket tidspunkt	98,0 %	98,2 %	98,0 %	98,2 %	98,2 %	95 %
For patienter, der køres til dialyse, skal afhentning og aflevering ske inden for ½ times afvigelse fra ønsket tidspunkt	92,0 %	91,9 %	91,6 %	91,9 %	92,2 %	95 %

2.5 Servicemål vedrørende praksissektoren

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

Ventetid i telefon

Praksissektorens servicemål vedrørende ventetid i telefonen er en målsætning om, at 90 % af patienterne kommer til at tale med vagtlægen, inden der er gået 5 minutter. Tallene vedr. 2. kvartal 2015 viser, at 86 % af patienterne kom til at tale med en vagtlæge inden for 5 minutter. Servicemålet er derved ikke opfyldt. I forhold til 1. kvartal 2015 er der tale om en fremgang på 13 procentpoint, og i forhold til 2. kvartal 2014 er der tale om en fremgang på 4 procentpoint.

Ventetid på konsultation

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 2. kvartal 2015 viser, at 84 % af patienterne blev tilset af vagtlægen inden for en time. Servicemålet er derved ikke opfyldt. I forholdt til 1. kvartal 2015 er der tale om en fremgang på 1 procentpoint, og i forhold til 2. kvartal 2014 er der tale om en fremgang på 4 procentpoint.

Ventetid på hjemmebesøg

Servicemålet vedr. ventetid på at modtage hjemmebesøg er, at 90 % af patienterne besøges, inden der er gået 3 timer, fra besøget er blevet aftalt. Tallene for 2. kvartal 2015 viser, at 92 % af patienterne fik besøg af vagtlægen inden 3 timer. Derved er servicemålet opfyldt. Der er tale om en tilbagegang på 1 procentpoint set i forhold til samme periode året før.

Tabel 2.f: Servicemål for praksissektoren. Resultater april 2014 - juni 2015.

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, venter maksimalt 1 time på konsultation, og venter maksimalt 3 timer på hjemmebesøg.						
Servicemål	Resultat de seneste 5 kvartaler					Mål
	2. kvrt. 2014	3. kvrt. 2014	4. kvrt. 2014	1. kvrt. 2015	2. kvrt. 2015	
Ventetid i telefon maksimalt 5 minutter	82 %	71 %	77 %	73 %	86 %	90 %
Ventetid på konsultation efter ankomst til konsultationsstedet maksimalt 1 time	80 %	80 %	82 %	83 %	84 %	90 %
Ventetid på hjemmebesøg maksimalt 3 timer	93 %	91 %	91 %	91 %	92 %	90 %

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

Det er problematisk for borgerne, at lægevagten ikke overholder de fastsatte servicemål. Henover døgnet og ugen er der stor variation i overholdelsen af servicemålene.

Nære Sundhedstilbud er i løbende dialog med lægevagten omkring den manglende opfyldelse af servicemålene. I genforhandlingen af lægevagtsaftalen, som er påbegyndt, medtager Nære Sundhedstilbud kravet om overholdelse af servicemål, idet regionen ønsker, at tilbyde borgerne en bedre service. Regionen vil i den løbende dialog med lægeforeningen fortsætte med at påtale den manglende opfyldelse af servicemålene.