

Sundhedsoverblik

pr. 28. februar 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	5
Dødsfald ved septisk chok	6
Forebyggelige genindlæggelser	7
1.2 Kvalitetsmål for udredning og behandling.....	9
Udredningsret	9
Ret til udredningsplan	10
Behandlingsfrist	11
1.3 Kvalitetsmål vedrørende udvalgte sygdomsområder.....	11
Akut mave-tarmkirurgi	12
Fødsler	12
Skizofreni	13
1.4 Kvalitetsmål vedrørende kræftpakker	14
1.5 Kvalitetsmål vedrørende hospitalsstandardiserede mortalitetsrater	16
1.6 Kvalitetsmål vedrørende tvang i psykiatrien.....	17
2. Sundhedsområdets servicemål	18
2.1 Servicemål vedrørende hospitalerne	18
Afsendelse af udskrivningsbreve (epikriser)	19
2.2 Kontaktpersonordningen	20
2.3 Servicemål vedrørende psykiatrien	21
2.4 Servicemål vedrørende præhospitalet	22
2.5 Servicemål vedrørende praksissektoren	24
3. Bilag	25

1. Sundhedsområdets kvalitetsmål

Budget 2015 indeholder en række bindende kvalitetsmål for 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 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 kontaktpersonordningen og 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

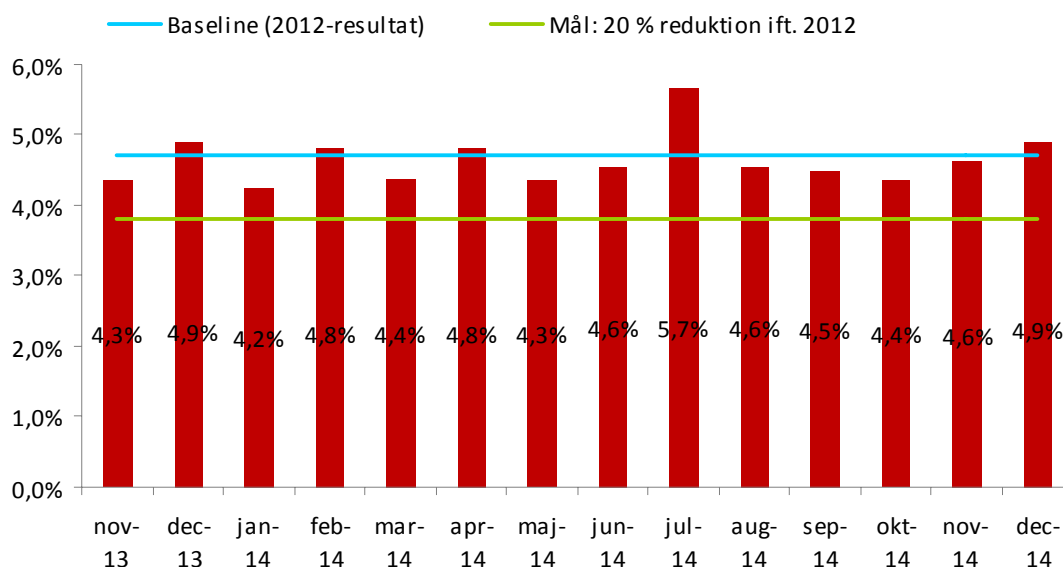
Som det fremgår af nedenstående tabel- og figur 1a, har andelen af genindlæggelser på regionsniveau været stabil. På hospitalsniveau opfylder ingen af hospitalerne for nuværende målet om en 20 % reduktion i andelen af genindlæggelser efter operation. Det kan dog bemærkes, at Region Midtjylland trods manglende bevægelse klarer sig godt i en regional sammenligning. En ny 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). Tallene indikerer, at der omkring ferieperioden i juli er en stigning i andelen af genindlæggelser. I næste sundhedsoverblik vil denne problematik belyses nærmere.

Tabel 1.a: Genindlæggelse efter operation. Resultater juli – december 2014

Genindlæggelse efter operation: Andelen af opererede patienter, som genindlægges inden for 30 dage. Mål: Reduktion på minimum 20 % i forhold til 2012								
	Baseline (2012- resultat)	Resultat de seneste 6 måneder						Mål
		Juli 2014	August 2014	Septemb er 2014	Oktober 2014	november 2014	december 2014	
AUH	5,0 %	6,1 %	4,8 %	4,9 %	4,5 %	5,4 %	5,2 %	4,0 %
HE Midt	4,7 %	5,9 %	4,5 %	4,2 %	4,9 %	3,9 %	4,8 %	3,8 %
HE Horsens	3,7 %	4,8 %	4,8 %	3,6 %	3,3 %	5,0 %	5,8 %	3,0 %
HE Vest	4,4 %	5,1 %	3,7 %	3,9 %	3,8 %	3,4 %	3,8 %	3,5 %
RH Randers	4,9 %	5,2 %	4,9 %	5,3 %	5,0 %	4,8 %	5,2 %	3,9 %
Total	4,7 %	5,7 %	4,6 %	4,5 %	4,4 %	4,6 %	4,9 %	3,8 %

Datakilde: InfoRM 10. februar 2015

Figur 1.a: Genindlæggelse efter operation: resultater november 2013-december 2014



Dødsfald efter operation

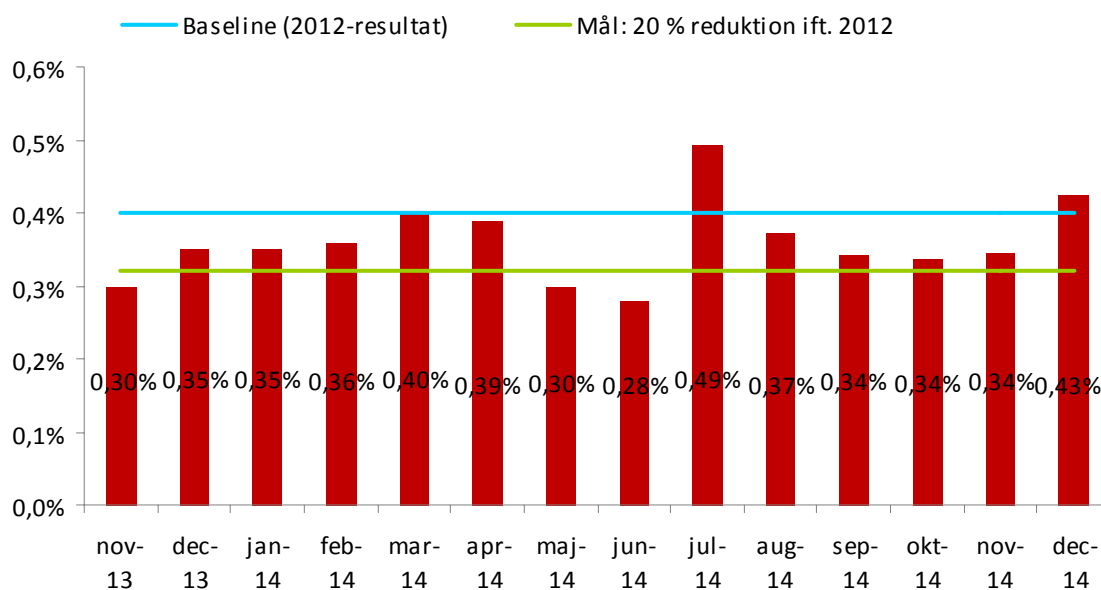
Andelen af dødsfald efter operation svinger fra måned til måned. Jævnfør tabel- og figur 1.b har målet om en 20 % reduktion ikke været opfyldt på regionsniveau i perioden (juli-december 2014). På hospitalsniveau har HE Vest opfyldt målet på halvårsbasis, mens de øvrige hospitaler opfylder målet i enkelte måneder. Andelen af dødsfald efter operation er ligeledes højere i juli. Som beskrevet ovenfor vil dette belyses nærmere i næste sundhedsoverblik.

Tabel 1.b: Dødsfald efter operation. Resultater juli – december 2014

Dødsfald efter operation: Andelen af opererede patienter, som dør under indlæggelsen. Mål: Reduktion på minimum 20 % i forhold til 2012								
	Baseline (2012- resultat)	Resultat de seneste 6 måneder						Mål
		Juli 2014	August 2014	Septem ber 2014	Oktober 2014	novemb er 2014	decemb er 2014	
AUH	0,40 %	0,57 %	0,45 %	0,40 %	0,37 %	0,32 %	0,39 %	0,32 %
HE Midt	0,40 %	0,32 %	0,37 %	0,25 %	0,36 %	0,39 %	0,55 %	0,32 %
HE Horsens	0,30 %	0,74 %	0,35 %	0,29 %	0,30 %	0,18 %	0,45 %	0,24 %
HE Vest	0,50 %	0,30 %	0,24 %	0,29 %	0,20 %	0,42 %	0,34 %	0,40 %
RH Randers	0,50 %	0,51 %	0,31 %	0,44 %	0,44 %	0,38 %	0,48 %	0,40 %
Total	0,40 %	0,49 %	0,37 %	0,34 %	0,34 %	0,34 %	0,43 %	0,32 %

Datakilde: InfoRM 10. februar 2015

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



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.

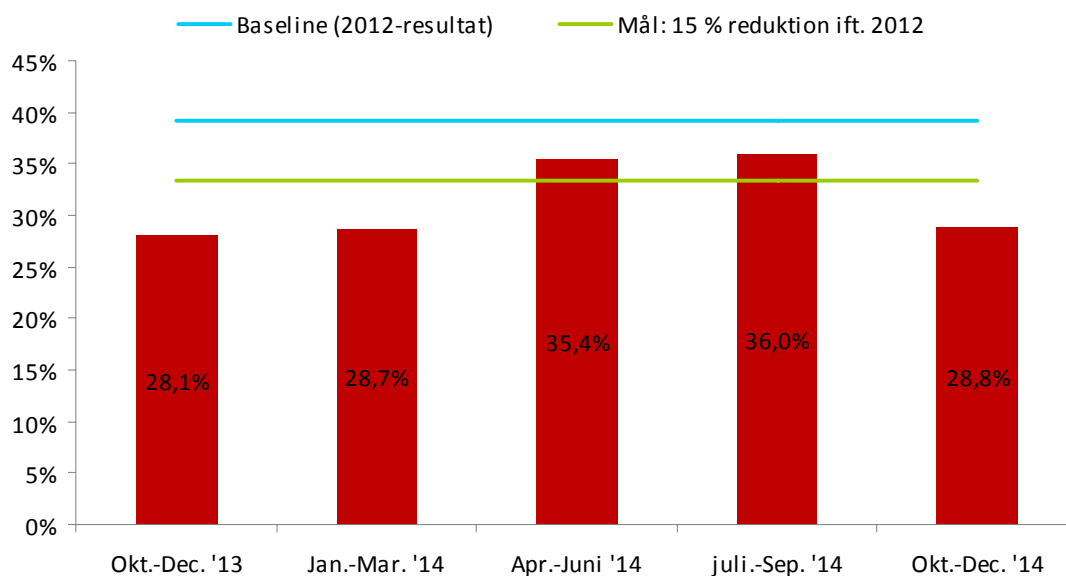
Det er et meget lavt antal patienter, som får septisk chok, hvorfor resultaterne nedenfor vises kvartalsvis frem for månedsvise. Der arbejdes fortsat med registreringspraksis på området, og i det seneste år er der registreret en stigning i antallet af patienter med septisk chok (fra 424 patienter i 2013 til 729 patienter året efter).

Som det fremgår af nedenstående tabel- og figur 1.c, svinger andelen af dødsfald ved septisk chok kraftigt over tid pga. det lave antal patienter. Målet om, at dødsfald efter septisk chok skal reduceres med 15 %, opfyldes på regionsniveau i 4. kvartal 2014. Pga. de svingende resultater kan der dog ikke siges noget entydigt om udviklingen. På hospitalsniveau, hvor antallet af patienter selvsagt er endnu lavere, ses ligeledes store resultatmæssige udsving både internt på hospitalsenhederne og mellem hospitalsenhederne. For HE Horsens var baseline i 2012 allerede lav i sammenligning med de øvrige hospitaler, og niveauet ser ud til at holde sig ret stabilt. AUH og HE Vest har væsentligt højere baseline, og lever op til deres målsætninger gennem de seneste 6 kvartaler.

Tabel 1.c: Dødsfald ved septisk chok. Resultater oktober 2013 – december 2014

Dødsfald ved septisk chok: Andelen af patienter med septisk chok, som dør.							
Mål: Reduktion på minimum 15 % i forhold til 2012							
	Baseline (2012- resultat)	Resultat de seneste 5 kvartaler					Mål
		Okt. '13- Dec. '13	Jan. '14- Mar. '14	April '14- Juni '14	Juli. '14- Sep. '14	Okt. '14- Dec. '14	
AUH	46,5 %	26,2 %	20,4 %	33,9 %	35,3 %	27,3 %	39,5 %
HE Midt	37,0 %	45,5 %	33,3 %	31,2 %	24,2 %	34,1 %	31,5 %
HE Horsens	25,4 %	25,0 %	24,1 %	38,1 %	30,0 %	29,6 %	21,6 %
HE Vest	65,5 %	40,0 %	33,3 %	37,3 %	37,3 %	32,0 %	55,7 %
RH Randers	36,0 %	7,7 %	36,4 %	37,5 %	60,0 %	10,5 %	30,6 %
Total	39,2 %	28,1 %	28,7 %	35,4 %	36,0 %	28,8 %	33,3 %

Datakilde: InfoRM 10. februar 2015

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

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 tabel- og figur 1.d, 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 12-14 %, og resultatet er stort set uændret sammenlignet med resultatet i 2012 (12,9 %). Der er således langt til målet om en reduktion på minimum 20 % i forhold til 2012-resultatet. Hver måned er der ca. 360 indlæggelser i regionen, som betegnes 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. gennemgang af patientjournaler med henblik på læring, patientinventering ("er patienten på rette sted?"), styrket indsats i forhold til opfølgende hjemmebesøg, telemedicinske løsninger til KOL-patienter og forbedret forebyggende opsporing af begyndende sygdom.

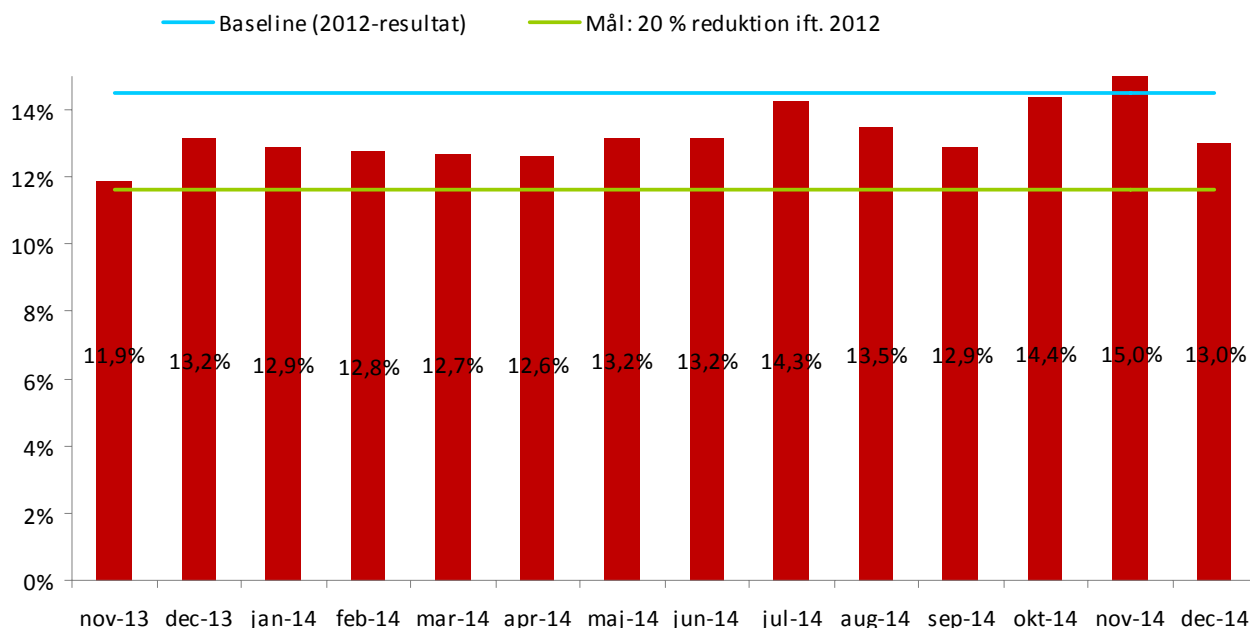
På hospitalsniveau er der stor variation i udviklingen omkring forebyggelige genindlæggelser. I december 2014 var AUH som eneste hospital tæt på at opfylde målsætningen om en 20 % reduktion i andelen af forebyggelige genindlæggelser, men også her ses resultatmæssige udsving fra måned til måned. Der er derfor på alle hospitalsenheder behov for at fortsætte forbedringsarbejdet.

Tabel 1.d: Forebyggelige genindlæggelser. Resultater juli – december 2014

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
		Juli 2014	August 2014	September 2014	Oktober 2014	November 2014	December 2014	
AUH	11,3 %	10,6 %	11,7 %	11,4 %	11,7 %	12,0 %	9,6 %	9,04 %
HE Midt	15,1 %	17,0 %	14,3 %	12,6 %	16,4 %	14,7 %	16,9 %	12,1 %
HE Horsens	13,5 %	14,7 %	11,6 %	13,2 %	14,2 %	14,6 %	14,5 %	10,8 %
HE Vest	14,0 %	15,3 %	14,9 %	14,6 %	13,9 %	15,7 %	15,0 %	11,2 %
RH Randers	11,3 %	15,9 %	15,9 %	13,9 %	17,1 %	20,4 %	11,3 %	9,04 %
Total	12,9 %	14,3 %	13,5 %	12,9 %	14,4 %	15,0 %	13,0 %	10,3 %

Datakilde: InfoRM 10. februar 2015

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



Datakilde: InfoRM 10. februar 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 udredningsret og behandlingsfrist (UBR) for alle patienter. Med udredningsretten har Regionen 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 væsentlig 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 er under implementering stiger antallet af patienter kraftigt i løbet af perioden. Som det fremgår, er der relativt langt op til målet om, at 90 % skal udredes inden 30 dage. HE Horsens kan dog fremhæves som et hospital der i hele perioden har haft en betydelig højere opfyldelse af udredningsretten.

Tabel 1.e: Tid til udredning. Resultater juli – december 2014

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
	Juli 2014	August 2014	September 2014	Oktober 2014	November 2014	December 2014	
AUH	62 %	55 %	58 %	56 %	60 %	66 %	90 %
HE Midt	63 %	49 %	56 %	64 %	59 %	64 %	90 %
HE Horsens	80 %	66 %	79 %	78 %	80 %	78 %	90 %
HE Vest	67 %	51 %	63 %	65 %	62 %	63 %	90 %
RH Randers	68 %	55 %	67 %	74 %	70 %	71 %	90 %
Total	67 %	54 %	64 %	67 %	65 %	67 %	90 %

Datakilde: InfoRM 24. februar 2015

Ret til udredningsplan

Hvis ikke det er muligt at udrede patienten indenfor 30 dage, har Regionen vedtaget som kvalitetsmål, at alle patienter skal modtage en udredningsplan inden 30 dage efter henvisning. Som det fremgår, har særligt HE Midt og Randers opnået forbedring i perioden.

Tabel 1.f: Tid til udredningsplan. Resultater juli – december 2014

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
	Juli 2014	August 2014	September 2014	Oktober 2014	November 2014	December 2014	
AUH	83 %	76 %	80 %	81 %	81 %	85 %	100 %
HE Midt	78 %	66 %	73 %	80 %	79 %	84 %	100 %
HE Horsens	85 %	72 %	87 %	84 %	88 %	87 %	100 %
HE Vest	90 %	82 %	90 %	89 %	87 %	91 %	100 %
RH Randers	83 %	74 %	84 %	89 %	86 %	90 %	100 %
Total	84 %	75 %	83 %	85 %	84 %	88 %	100 %

Datakilde: InfoRM 24. februar 2015

Behandlingsfrist

Ifølge kvalitetsmålet for behandlingsfristen, skal minimum 90 % af patienterne skal sættes i behandling senest 2 måneder efter udredningen er afsluttet. Behandlingsfristen for alvorligt syge er dog 1 måned. Det skal bemærkes at behandlingsfristen kun omfatter patienter, som er blevet udredt, og dermed ikke de patienter, som er gået direkte til behandling. Flertallet af behandlede patienter indgår derfor ikke i opgørelsen af behandlingsfristen. Nedenstående tabel viser, hvordan de fleste hospitaler er tæt på eller har opfyldt målsætningen om, at 90 % skal behandles inden 30/60 dage. På AUH og RH Randers er der målopfyldelse for patienter med alvorlig sygdom, mens 88 % af patienterne overholder målsætningen på regionsniveau.

Tabel 1.g: Behandlingsfrist. Resultater juli – december 2014

Behandlingsfrist: Tid fra udredning er slut til behandling startes.								
Mål: Minimum 90 % af patienter sættes i behandling Inden 1 måned (ved alvorlig sygdom) eller 2 måneder efter afsluttet udredning.								
		Resultat de seneste 6 måneder						Mål
		Juli 2014	August 2014	September 2014	Oktober 2014	November 2014	December 2014	
AUH	30 dage	85 %	88 %	84 %	86 %	85 %	90 %	90 %
	60 dage	90 %	86 %	81 %	83 %	88 %	89 %	90 %
HE Midt	30 dage	89 %	85 %	86 %	83 %	83 %	87 %	90 %
	60 dage	96 %	92 %	77 %	89 %	80 %	76 %	90 %
HE Horsens	30 dage	90 %	75 %	78 %	88 %	82 %	87 %	90 %
	60 dage	96 %	79 %	89 %	96 %	94 %	96 %	90 %
HE Vest	30 dage	84 %	66 %	70 %	74 %	70 %	82 %	90 %
	60 dage	97 %	79 %	86 %	94 %	93 %	92 %	90 %
RH Randers	30 dage	76 %	93 %	92 %	94 %	94 %	96 %	90 %
	60 dage	94 %	78 %	86 %	87 %	84 %	86 %	90 %
Total	30 dage	87 %	81 %	81 %	84 %	82 %	88 %	90 %
	60 dage	95 %	80 %	85 %	90 %	88 %	89 %	90 %

Datakilde: InfoRM 24. februar 2015. Behandlingsfristen omfatter kun de behandlinger der sker efter udredning.

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. I bilaget bagerst i denne afrapportering er for de to sidstnævnte 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.

Akut mave-tarmkirurgi

På grund af omlægning af indikatorer for akut mave-tarmkirurgi, er der endnu ikke kommet retvisende data for anden halvdel af 2014. De seneste tilgængelige resultater viste tegn på fremgang på regionsniveau, men der er fortsat et stykke til målet om at alle kvalitetsindikatorers standard er opfyldt; i perioden september 2014-august 2014 var 8/16 kvalitetsindikatorers standard således opfyldt på regionsniveau. Yderligere 4 indikatorer var tæt på at opfylde standarden.

Fødsler

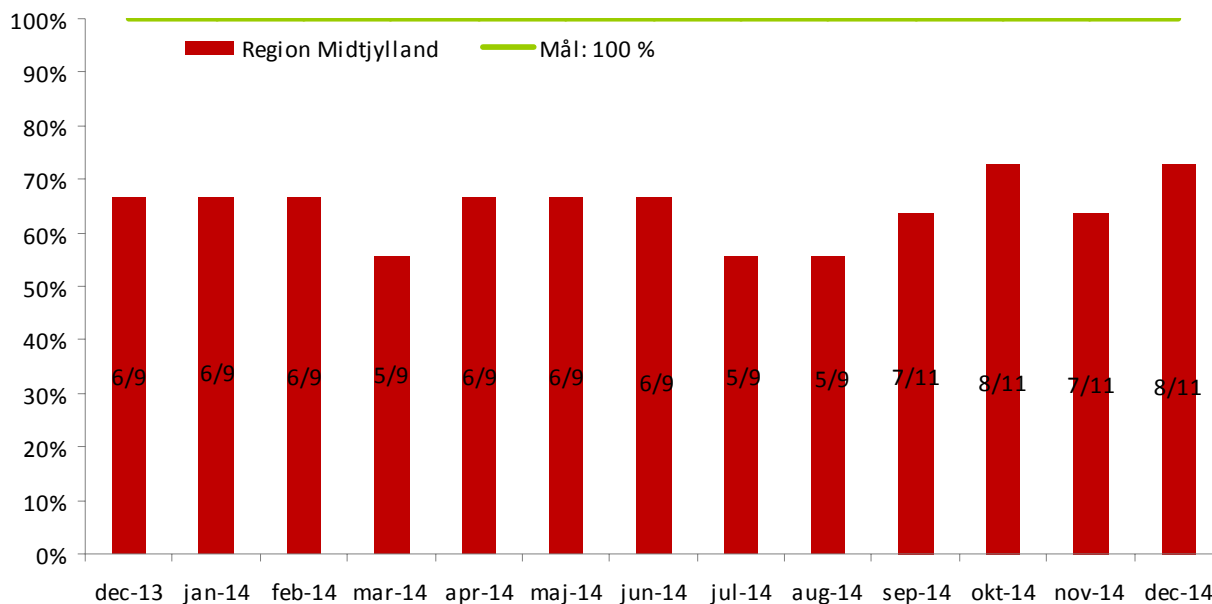
Som det fremgår af tabel 1.h, er der stor variation i antallet af indikatorer der opfyldes på hospitalsenhederne. Da der fra midten af 2014 indgår nye indikatorer, kan der ikke direkte sammenlignes med de foregående års resultater (se målopfyldelse på de enkelte indikatorer i bilag 1 bagerst).

Tabel 1.h: Andelen af kvalitetsindikatorer vedrørende fødsler, hvor den fastsatte kvalitetsstandard er opfyldt. Region Midtjylland juli-december 2014

Fødsler: Andel kvalitetsindikatorer, hvor standard er opfyldt.							
Mål: 100 %, dvs. opfyldelse af standarden på alle indikatorer.							
	Resultat de seneste 6 måneder						Mål
	Juli 2014	August 2014	Septemb er 2014	Oktober 2014	November 2014	December 2014	
AUH	6/9	5/9	7/11	6/11	8/11	6/11	100 % (opfyldelse af standard på alle indikatorer)
HE Midt	5/8	4/9	8/10	7/11	7/11	7/10	
HE Horsens	7/9	4/9	9/11	7/9	7/10	5/10	
HE Vest	7/8	6/8	7/10	9/11	9/10	9/11	
RH Randers	8/9	8/9	9/11	10/11	9/11	5/10	
Total	5/9	5/9	7/11	8/11	7/11	8/11	

Datakilde: InfoRM 12. februar 2015. Pr. 1. september 2014 opgøres der nye kvalitetsindikatorer vedrørende fødsler, så der herefter indgår 11 indikatorer.

Figur 1.e: Kvalitetsindikatorer vedrørende fødsler, hvor den fastsatte kvalitetsstandard er opfyldt. december 2013-december 2014



Skizofreni

I sundhedsoverblik 2015 indgår kvalitetsmål for et udsnit af skizofrenidatabasens kvalitetsindikatorer (I alt 6 indikatorer, da pårørendekontakt opdeles for incidente/prævalente patienter). Som følge af dataproblemer med den nationale Skizofreni Database, har kvalitetsmålet for skizofreni hidtil ikke været opgjort i sundhedsoverblikket. I anden halvdel af 2014 kan der dog vises et retvisende billede af behandlingen af patienter med skizofreni. Som tabellen viser opfyldes 1-3 af de 6 indikatorer i perioden, men flere indikatorer er tæt på opfyldelse.

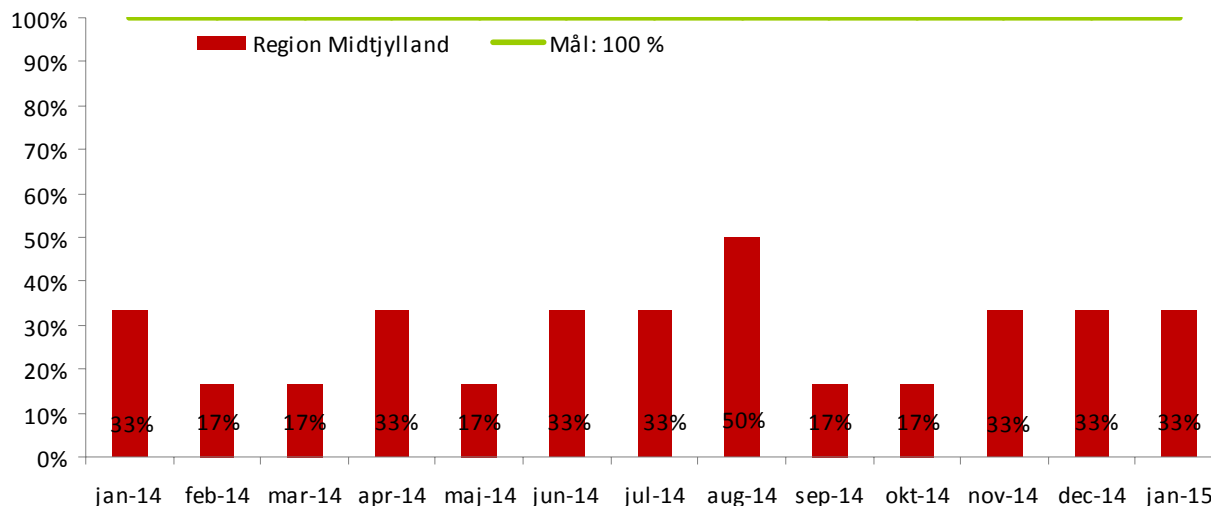
Tabel 1.i: Andelen af kvalitetsindikatorer vedrørende skizofreni, hvor den fastsatte kvalitetsstandard er opfyldt. Region Midtjylland januar 2014 – december 2014

Resultat de seneste 6 måneder						Mål
August 2014	September 2014	Oktober 2014	November 2014	December 2014	Januar 2015	
50 % (3/6 indikatorer)	17 % (1/6 indikatorer)	17 % (1/6 indikatorer)	33 % (2/6 indikatorer)	33 % (2/6 indikatorer)	33 % (2/6 indikatorer)	100 % (opfyldelse af standard på alle indikatorer)

Datakilde: InfoRM 12. februar 2015.

Psykiatri og Social har iværksat en særlig forbedringsindsats for at kunne opfylde alle seks indikatorer. Der bliver fulgt op på forventet fremdrift ledelsesmæssigt hver måned i den samlede ledergruppe med alle de afdelinger, det drejer sig om. Indsatsen har særligt fokus på udredning af nydiagnostiserede patienter med skizofreni og på antipsykotisk medicin.

Figur 1.f: Kvalitetsindikatorer vedrørende skizofreni, hvor den fastsatte kvalitetsstandard er opfyldt. januar 2014-januar 2015



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.j er der fremgang i forløbstider for kræft i blære. Kræft i prostata og livmoderkræft er derimod områder hvor færre forløb overholder kravene til den samlede forløbstid i 4. kvartal. Den positive udvikling vedrørende samlet forløbstid for lungekræft fastholdes, så der på regionsniveau er målopfyldelse i 4. kvartal 2014.

Tabel 1.j: Samlede forløbstider for kræftpakker. Resultater apr. 2014–dec. 2014

Kræftpakker: Målopfylde af samlet forløb (fra henvisning til pakkeforløb til start på behandling) Mål:					
Forløbstider overholdes for minimum 90 % af patienterne.					
Enhed	Procedure	2. kvartal 2014	3. kvartal 2014	4. kvartal 2014	Mål
Brystkræft	samlet forløb	83 % af 189 patienter	87 % af 172 patienter	86 % af 201 patienter	90 %
Hoved- og halskræft	samlet forløb	73 % af 59 patienter	92 % af 74 patienter	78 % af 54 patienter	90 %
Lymfeknude-kræft og kronisk lymfatisk leukæmi	samlet forløb	97 % af 36 patienter	98 % af 49 patienter	100 % af 54 patienter	90 %
Akut leukæmi/ fremskreden myelodysplastisk syndrom (MDS)	samlet forløb	6 ud af 6 patienter	7 ud af 7 patienter	4 ud af 5 patienter	90 %
Kræft i bugspytkirtlen	samlet forløb	84 % af 25 patienter	95 % af 21 patienter	83 % af 30 patienter	90 %
Kræft i galdegang	samlet forløb	3 ud af 4 patienter	8 ud af 8 patienter	8 ud af 9 patienter	90 %
Kræft i spiserøret/ mavemunden	samlet forløb	90 % af 29 patienter	94 % af 16 patienter	89 % af 18 patienter	90 %
Primær leverkræft	samlet forløb	100 % af 14 patienter	88 % af 16 patienter	96 % af 23 patienter	90 %
Tarmkræft-metastaser i leveren	samlet forløb	100 % af 22 patienter	100 % af 15 patienter	75 % af 24 patienter	90 %
Kræft i tyk- og endetarm	samlet forløb	88 % af 164 patienter	90 % af 177 patienter	90 % af 160 patienter	90 %
Kræft i blære	samlet forløb	14 % af 36 patienter	17 % af 36 patienter	24 % af 21 patienter	90 %
Kræft i nyre	samlet forløb	64 % af 58 patienter	82 % af 51 patienter	70 % af 66 patienter	90 %
kræft i prostata	samlet forløb	51 % af 72 patienter	69 % af 96 patienter	51 % af 80 patienter	90 %
Kræft i penis	samlet forløb	85 % af 13 patienter	8 ud af 8 patienter	100 % af 10 patienter	90 %
Kræft i ydre kvindelige kønsorganer	samlet forløb	7 ud af 7 patienter	9 ud af 9 patienter	94 % af 17 patienter	90 %
Livmoderkræft	samlet forløb	63 % af 40 patienter	54 % af 24 patienter	55 % af 44 patienter	90 %
Kræft i æggestok	samlet forløb	73 % af 49 patienter	68 % af 47 patienter	78 % af 65 patienter	90 %
Livmoderhals-kræft	samlet forløb	100 % af 15 patienter	82 % af 17 patienter	100 % af 15 patienter	90 %
Kræft i hjernen	samlet forløb	91 % af 11 patienter	100 % af 13 patienter	100 % af 16 patienter	90 %
Modermærke-kræft i hud	samlet forløb	98 % af 134 patienter	98 % af 100 patienter	99 % af 119 patienter	90 %
Lungekræft	samlet forløb	83 % af 191 patienter	84 % af 172 patienter	91 % af 181 patienter	90 %
Sarkom i knogle	samlet forløb	5 ud af 5 patienter	5 ud af 5 patienter	5 ud af 5 patienter	90 %
Sarkom i bløddele	samlet forløb	91 % af 32 patienter	88 % af 32 patienter	93 % af 45 patienter	90 %
Metastaser uden organspecifik kræfttype	Videre-udredes	88 % af 26 patienter	93 % af 41 patienter	94 % af 31 patienter	90 %
	Afsluttes	65 % af 43 patienter	73 % af 59 patienter	85 % af 47 patienter	

Datakilde: BI-Portal, 17. marts 2015. Der mangler foreløbig data for udredning i diagnostisk pakke. 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.

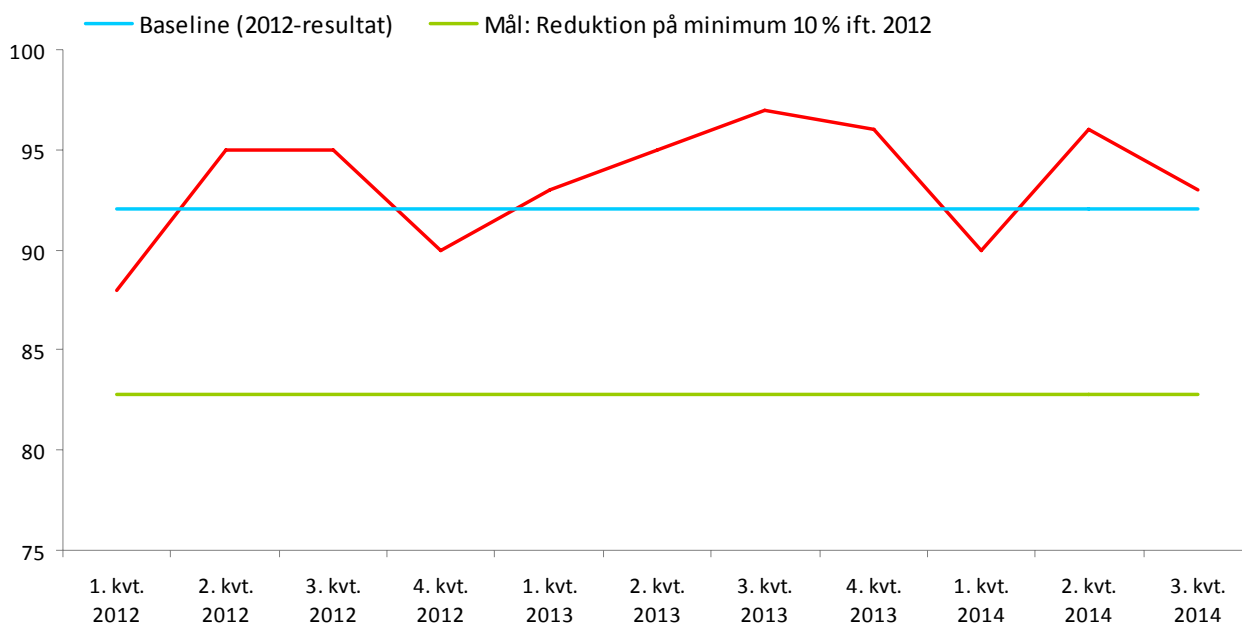
Det er helt centralt, at HSMR *ikke* kan sammenlignes på tværs af hospitalsenheder, da forskelle i bl.a. hospitalernes patientsammensætning gør hospitalernes tal usammenlignelige. Man kan derimod forholde sig til udviklingen på det enkelte hospital (dvs. sammenligne hospitalet med sig selv over tid).

Beregningsmetoden for HSMR er siden sidste opgørelse 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 er nu tæt på at nå målsætningen for 2015. 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. HSMR er påvirkelig overfor ændringer i hospitalernes interne organisering. Derfor skal Randers' markante udsving over de seneste kvartaler eksempelvis tolkes med forsigtighed.

Tabel 1.k: Hospitalsstandardiserede mortalitetsrater (HSMR). Resultater 2. kvartal 2013 – 3. kvartal 2014.

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
		2. kvartal 2013	3. kvartal 2013	4. kvartal 2013	1. kvartal 2014	2. kvartal 2014	3. kvartal 2014	
AUH	99	88	84	90	81	97	87	89
HE Midt	99	95	92	96	85	77	75	89
HE Horsens	106	103	113	101	96	106	101	95
HE Vest	102	93	99	101	100	96	106	92
RH Randers	114	106	121	101	98	108	103	103
Total	102	95	97	96	90	96	93	92

Note: Der er endnu ikke kommet data vedrørende HSMR for 4. kvartal 2014.

Figur 1.g: Hospitalsstandardiserede mortalitetsrater. 1. kvartal 2012 -3. kvartal 2014

Datakilde: HSMR-tal leveret af Klinisk Epidemiologisk Afdeling.

1.6 Kvalitetsmål vedrørende tvang i psykiatrien

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

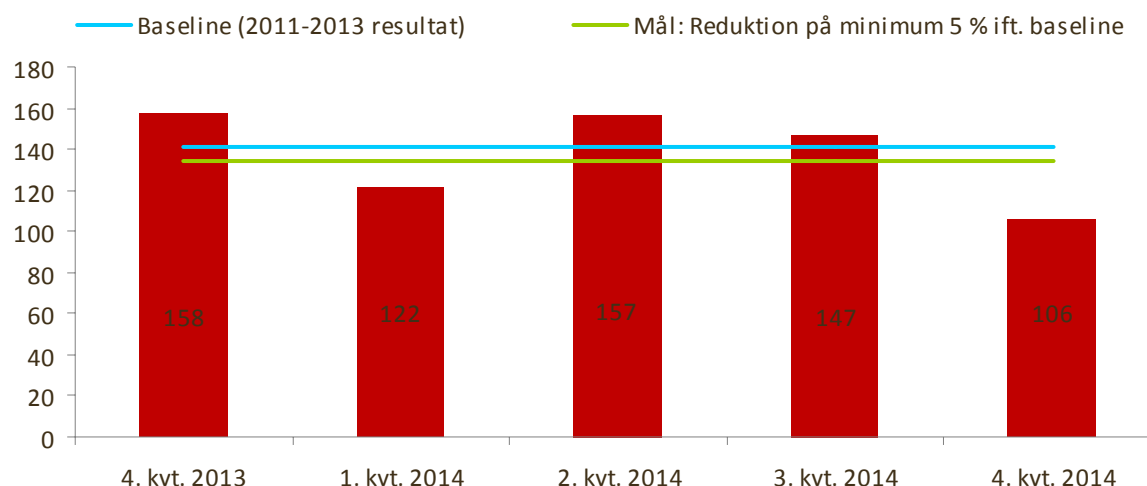
Region Midtjyllands kvalitetsmål vedrørende tvang i psykiatrien er, at brugen af bæltefiksering skal reduceres med minimum 5 % inden udgangen af 2015. Reduktionen på 5 % skal ses i forhold til anvendelsen af bæltefikseringer i 2011-2013. Det nye mål har fokus på antallet af unikke patienter berørt af 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 maksimalt 134 patienter må berøres af bæltefiksering ved udgangen af 2015. Som det fremgår af tabel 1.1 har der været en positiv udvikling hvor bæltefiksering anvendes på betydeligt færre personer. Målsætningen er dermed opfyldt i 4. kvartal 2014, da tallet i løbet af et år er gået fra 158 til 106 personer der bæltefikseres i løbet af et kvartal.

Tabel 1.i: Tvang i psykiatrien. Resultater 4. kvartal 2013 – 4. kvartal 2014.

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
		4. kvartal 2013	1. kvartal 2014	2. kvartal 2014	3. kvartal 2014	4. kvartal 2014	
Antal indlagte patienter som bæltefikseres	141 patienter per kvartal	158 patienter	122 patienter	157 patienter	147 patienter	106 patienter	Maks. 134 patienter

Datakilde: infoRM 26. februar 2015

Figur 1.h: Antal personer berørt af bæltefiksering. 4. kvartal 2013 -4. kvartal 2014

2. Sundhedsområdets servicemål

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

2.1 Servicemål vedrørende hospitalerne

For nuværende er der etableret monitorering af tre af regionens servicemål for hospitalerne. Heraf fokuseres på rettidig afsendelse af udskrivningsbreve samt ventetid på akutklinikker/skadestuer. Der følges bl.a. op på disse servicemål på dialogmøder mellem hospitalerne og direktionen.

For servicemålet vedrørende ventetid på akutklinikker/skadestuer er der for nuværende ikke sammenlignelige data til rådighed. Der arbejdes løbende på, at data igen kan gøres sammenligneligt.

Afsendelse af udskrivningsbreve (epikriser)

Vedrørende afsendelse af udskrivningsbreve har der igennem en længere periode foregået en stor indsats på hospitalerne for at fremskynde afsendelsen af udskrivningsbrevene. Som det fremgår af tabel og figur 2.a, har resultatet på hospitalsenhederne stabiliseret sig lige omkring målet om, at minimum 95 % af udskrivningsbrevene afsendes senest 2 hverdage efter udskrivning. I Januar 2015 opfyldes målsætningen både på HE Midt, HE Vest og AUH. Dette kan ses i forhold til resultatet i 2012 hvor kun godt 75 % af udskrivningsbrevene blev afsendt rettidigt. Også psykiatriens resultat ligger nu over 90 %; dette skal ses i forhold til et tidligere stabilt niveau omkring 60 %.

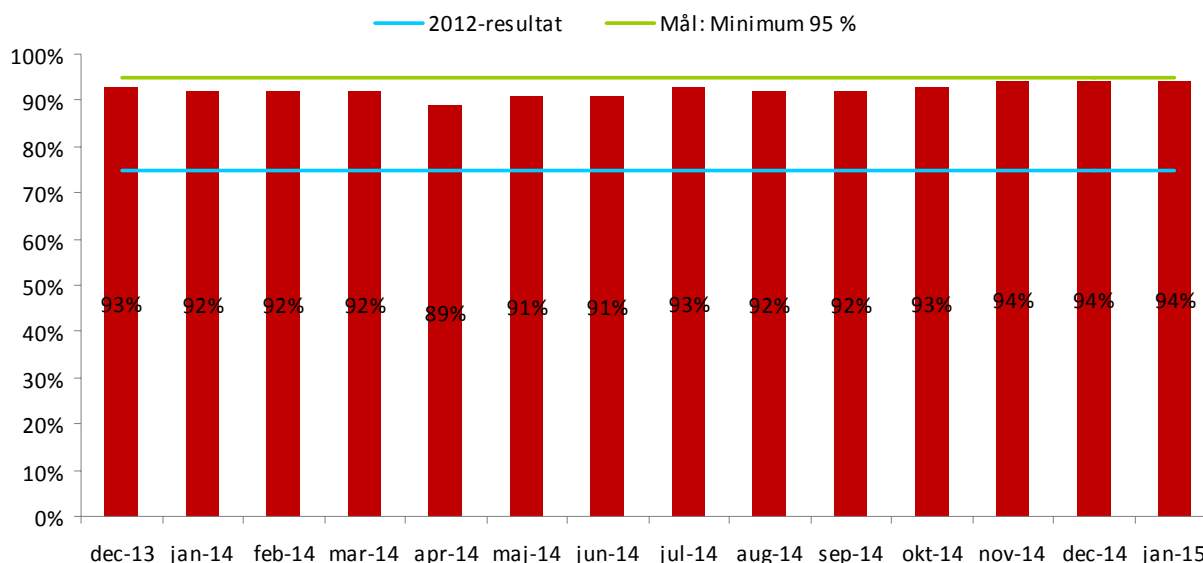
Tabel 2.a: Afsendelse af udskrivningsbreve. Resultater august 2014–januar 2015.

Afsendelse af udskrivningsbreve (epikriser): Andelen af udskrivningsbreve afsendt senest 2 hverdage efter udskrivelse.							
Mål: Minimum 95 % af udskrivningsbrevene afsendes senest 2 hverdage efter udskrivelse.							
Hospitalsenhed	Resultat de seneste 6 måneder						Mål
	August 2014	September 2014	Oktober 2014	November 2014	December 2014	Januar 2015	
AUH ¹⁾	92 %	93 %	95 %	96 %	95 %	95 %	95 %
HE Midt	95 %	95 %	95 %	94 %	96 %	96 %	95 %
HE Horsens	92 %	90 %	92 %	94 %	92 %	92 %	95 %
HE Vest	91 %	92 %	92 %	94 %	95 %	95 %	95 %
RH Randers	91 %	90 %	90 %	92 %	94 %	93 %	95 %
Psykiatri	90 %	91 %	89 %	92 %	89 %	92 %	95 %
Region Midtjylland (ekskl. psykiatri)	92 %	92 %	93 %	94 %	94 %	94 %	95 %

Datakilde: InfoRM, 12. februar 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: Andel udskrivningsbrevne afsendt senest 2 hverdage efter udskrivning. Regionsniveau december 2013 – januar 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 % ved den halvårslige opfølgning på ordningen.

Nedenstående tabel viser hvordan størstedelen af hospitalerne ikke levede op til målsætningen ved seneste opfølgning (2. halvår 2014), men på flere hospitaler er der fremgang så det nærmer sig 90 %. HE Horsens er det eneste hospital der i andet halvår lever op til begge målsætninger.

Tabel 2.b: Kontaktpersonordningen. Resultater 1. halvår 2014 og 2. halvår 2014.

Kontaktpersonordningen: Andelen af patienter, som er tildelt en kontaktperson senest på 3. indlæggelsesdøgn eller ved 3. ambulante besøg. For personer med særlige behov skal kontaktpersonen være tildelt inden for 24 timer.					
Mål: Minimum 90 % af patienterne er tildelt kontaktperson inden for tidsgrænserne.					
Hospitalsenhed	Resultat de seneste 2 halvår				Mål
	1. halvår 2014 Senest ved 3.døgn/3. besøg	1. halvår 2014 Særlige behov (inden for 24 timer)	2. halvår 2014 Senest ved 3.døgn/3. besøg	2. halvår 2014 Særlige behov (inden for 24 timer)	
AUH	84 %	84 %	86 %	88 %	Minimum 90 %
HE Midt	79 %	75 %	84 %	79 %	
HE Horsens	90 %	88 %	90 %	92 %	
HE Vest	87 %	87 %	84 %	84 %	
RH Randers	83 %	84 %	82 %	82 %	
Psykiatrien (voksen- og børn og ungdom)	94 %	90 %	85 %	92 %	

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.

Tabel 2.c: Ventetid på psykiatrisk udredning. Resultater august 2014 - januar 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
	August 2014	September 2014	Oktober 2014	November 2014	December 2014	Januar 2015	
Voksen-psykiatrien	Der foreligger ikke data	Der foreligger ikke data	Der foreligger ikke data	7 patienter	20 patienter	5 patienter	Ingen patienter venter mere end 2 måneder på udredning
Børne- og ungdomspsykiatrien	5 patienter	3 patienter	1 patienter	2 patienter	3 patienter	2 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 januar er således baseret på status den 31. januar. Der foreligger ikke data for voksenpsykiatrien i august - oktober måned 2014.

Der foreligger først data for antal patienter, som har ventet mere end 2 måneder på psykiatrisk udredning i voksenpsykiatrien, fra november måned 2014. Efter en stigning er antal ventende reduceret til 5 voksne patienter ultimo januar 2015. Antal patienter, som har ventet mere end 2 måneder på psykiatrisk udredning i Børne- og ungdomspsykiatrien har ligget meget lavt siden august 2014. 2 børn/unge ventede på udredning ultimo januar 2015.

Tabel 2.d: Ventetid på psykiatrisk behandling i voksen- og børne/ungdomspsykiatrien. Resultater august 2014 - januar 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
	August 2014	September 2014	Oktober 2014	November 2014	December 2014	Januar 2015	
Voksenpsykiatrien	193 patienter	83 patienter	80 patienter	85 patienter	146 patienter	176 patienter	Ingen patienter venter mere end 2 måneder på behandling
Børne- og ungdomspsykiatrien	Der foreligger ikke data	Der foreligger ikke data	Der foreligger ikke data	7 patienter	15 patienter	9 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 januar er således baseret på status den 31. januar. Der foreligger ikke data for børne- og ungdomspsykiatrien i august - oktober 2014.

Antal voksne patienter, som har ventet i mere end 2 måneder på psykiatrisk behandling, faldt til og med oktober 2014, hvorefter antal ventende er steget til 176 ventende ved udgangen af januar 2015. Ventelisten skal ses i sammenhæng med antal henvisninger til voksenpsykiatrien, som de senere år er steget betragteligt. I 2014 var stigningen på 8,9 % i forhold til det foregående år. Det ser dog ud til, at stigningstakten nu begynder at stagnere.

Der foreligger først data for ventetid til behandling i børne- og ungdomspsykiatrien fra november måned 2014. Efter en stigning er antal ventende faldet til 9 ved udgangen af januar måned. Henvisningerne til børne- og ungdomspsykiatrien stiger fortsat markant. I 2014 var væksten på 22,9 % i forhold til 2013. Der er ikke væsentlige tegn på en lavere stigningstakst. De seneste 3 måneder er antal henvisninger steget med 20,9 % i forhold til de samme måneder det foregående år.

2.4 Servicemål vedrørende præhospitalet

Præhospitalets servicemål omhandler responstider ved A- og B-kørsler samt afhentnings- og afleveringstidspunkter ved siddende patienttransport. Jævnfør tabel 2.e har Præhospitalet i hele 2013 og i 2014 haft responstider vedrørende 112-sager/patienter, der overholder servicemålene på A- og B-kørsler.

Tabel 2.e: Responstider for 112-sager/patienter ved A- og B-kørsler. Resultater januar 2013-december 2014.

Servicemål for præhospitalet: Responstider ved A-kørsler (livstruende) og B-kørsler (hastende men ikke livstruende).						
Kørsels-type	Jan. '13 – Dec.13	Jan. '14 – Marts '14	Apr. '14 – Juni '14	Juli. '14 – Sep.'14	Okt. '14 – Dec.'14	Mål
A-kørsler (livs-truende)	9,7 minutter	9,8 minutter	9,8 minutter	9,8 minutter	9,8 minutter	75 % af kørslerne er maks. 10 minutter
	13,8 minutter	13,9 minutter	13,7 minutter	13,9 minutter	13,8 minutter	92 % af kørslerne er maks. 15 minutter
	17,4 minutter	17,2 minutter	17,1 minutter	17,4 minutter	17,4 minutter	98 % af kørslerne er maks. 20 minutter
B-kørsler (hastende men ikke livs-truende)	14,1 minutter	14,2 minutter	14,3 minutter	14,7 minutter	15,0 minutter	60 % af kørslerne er maks. 15 minutter
	18,3 minutter	18,3 minutter	18,7 minutter	19,1 minutter	19,4 minutter	75 % af kørslerne er maks. 20 minutter

Jævnfør tabel 2.f afhenter og afleverer Præhospitalet omkring 98 % af alle patienter ved den siddende patienttransport indenfor 1 time. Dermed opfyldes servicemålet. For dialysepatienter, som skal afhentes/afleveres indenfor ½ time, er resultatet knap 92 %.

Tabel 2.f: Siddende patienttransport. Resultat oktober 2013-december 2014.

Servicemål: Afhentnings- og afleveringstidspunkter ved siddende patienttransport.						
Mål: Minimum 95 % af patienterne afhentes/afleveres indenfor 1 times afvigelse fra det ønskede tidspunkt. For dialysepatienter er tidsfristen ½ time.						
Kørselstype	Resultat de seneste 5 kvartaler					Mål
	Okt. '13 – Dec.13	Jan. '14 – Marts '14	April '14 – Juni '14	Juli. '14 – Sep. '14	Okt. '14 – Dec. '14	
Afhentning og aflevering skal ske inden for 1 times afvigelse fra ønsket tidspunkt	97,94 %	97,71 %	97,98 %	98,16 %	98,03 %	95 %
For patienter, der køres til dialyse, skal afhentning og aflevering ske inden for ½ times afvigelse fra ønsket tidspunkt	91,69 %	91,82 %	91,96 %	91,94 %	91,61 %	95 %

2.5 Servicemål vedrørende praksissektoren

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 for 4. kvartal 2014 viser, at 77 % af patienterne kom til at tale med en vagtlæge inden for 5 minutter. Servicemålet er derved ikke opfyldt.

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 4. kvartal 2014 viser, at 82 % af patienterne blev tilset af vagtlægen inden for en time. Servicemålet er derved ikke opfyldt.

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 4. kvartal 2014 viser, at 91 % af patienterne fik besøg af vagtlægen inden 3 timer. Derved er servicemålet opfyldt.

Nære Sundhedstilbud er i løbende dialog med vagtlægerne for at sikre, at servicemålene opfyldes.

Tabel 2.g: Servicemål for praksissektoren. Resultater oktober 2013-december 2014.

Servicemål	Resultat de seneste 5 kvartaler					Mål
	Okt. '13 – Dec.13	Jan. '14 – Marts '14	April '14 – Juni '14	Juli. '14 – Sep. '14	Okt. '14 – Dec. '14	
Ventetid i telefon maksimalt 5 minutter	88 %	88 %	82 %	71 %	77 %	90 %
Ventetid på konsultation efter ankomst til konsultationsstedet maksimalt 1 time	85 %	80 %	80 %	82 %	82 %	90 %
Ventetid på hjemmebesøg maksimalt 3 timer	93 %	93 %	93 %	91 %	91 %	90 %

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

3. Bilag

Bilag 1: Opfyldelse af kvalitetsindikatorer for fødsler, december 2014

	AUH	HE Horsens	RH Randers	HE Midt	HE Vest	Mål
Indikator 1: Andelen af fødepiduraler/fødespinaler, hvor anlæggelsen startes (procedurestart) indenfor en time fra epiduralen er bestilt ved anæstesiolog	85 % (69/81)	94 % (33/35)	92 % (34/37)	69 % (27/39)	91 % (40/44)	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	94 % (268/285)	97 % (116/119)	89 % (105/118)	94 % (133/142)	93 % (168/180)	Mindst 90 %
Indikator 3: Andelen af førstegangsfødende, der får svære bristninger af mellemkødet (grad III eller grad IV)	8 % (12/143)	10 % (5/48)	8 % (3/39)	2 % (1/59)	0 % (0/78)	Højst 6 %
Indikator 4a: Andelen af fødende, der føder ved akut kejsersnit i henhold til det tidsinterval kejsersnittet er meldt under, grad 1 < 15 min.	100 % (3/3)	-	-	-	100 % (1/1)	Mindst 95 %
Indikator 4b: Andelen af fødende, der føder ved akut kejsersnit i henhold til det tidsinterval kejsersnittet er meldt under, grad 2 < 30 min.	83 % (10/12)	80 % (4/5)	100 % (4/4)	56 % (5/9)	100 % (5/5)	Mindst 95 %
Indikator 5: Andelen af kvinder med målt blodtab ≥ 1000 ml indenfor 2 timer efter fødslen	6 % (20/326)	7 % (10/143)	6 % (4/72)	4 % (6/166)	8 % (16/212)	Højst 4 %
Indikator 6: Andelen af fødsler, hvor barnet indenfor de første 2 timer har direkte hud mod hud kontakt til mor i mindst 60 minutter	93 % (271/292)	99 % (136/138)	95 % (129/136)	98 % (142/145)	98 % (184/187)	Mindst 90 %
Indikator 7: Andelen af børn, der fødes med svær hypoxi	0 % (0/332)	0 % (0/134)	1 % (1/150)	1 % (2/166)	0 % (0/213)	Højst 1 %
Indikator 8a: Andelen af førstegangsfødende der føder ukompliceret med fødsel af et raskt barn	64 % (103/161)	56 % (31/55)	41 % (7/17)	58 % (35/60)	70 % (56/80)	Mindst 60 %
Indikator 8b: Andelen af fødsler ved akut kejsersnit hos førstegangsfødende, til termin, med barn i hovedstilling	17 % (27/163)	16 % (9/47)	16 % (7/43)	13 % (8/62)	11 % (9/72)	Højst 0 %
Indikator 9: Andelen af akutte kejsersnit, grad 2, der foretages i regional anæstesi	83 % (5/6)	100 % (1/1)	100 % (4/4)	100 % (3/3)	100 % (1/1)	Mindst 90 %

Datakilde: Dansk Kvalitetsdatabase for Fødsler. Data fra InfoRM 12. februar 2015. Pr. 1. september 2014 opgøres der nye indikatorer, så der herefter indgår 11 indikatorer.

Bilag 2: Opfyldelse af kvalitetsindikatorer for skizofreni, december 2014

	Psykiatri	Mål
Indikator 1aI: Andelen af incidente patienter med skizofreni, der udredes for psykopatologi ved speciallæge	72 % (13/18)	Mindst 98 %
Indikator 1aII: Andelen af incidente patienter med skizofreni, der udredes for psykopatologi og interviewes med diagnostisk instrument (SCAN, PSE, OPCRIT eller KIDDI-SADS for børn og unge)	72 % (13/18)	Mindst 80 %
Indikator 2a: Andelen af patienter med skizofreni, som er i medicinsk antipsykotisk behandling (indløst recept eller indberettet behandling med vederlagsfri medicin)	88 % (777/885)	Mindst 90 %
Indikator 5i: Andelen af patienter med skizofreni, hvor pårørende tager imod tilbudet om kontakt (incid.)	88 % (15/17)	Mindst 90 %
Indikator 5p: Andelen af patienter med skizofreni, hvor pårørende tager imod tilbudet om kontakt (præv.)	70 % (907/1300)	Mindst 60 %
Indikator 8: Andelen af indlagte patienter med skizofreni, der får vurderet selvmordsrisiko, dokumenteret i journalen, ved udskrivelsen	89 % (119/133)	Mindst 90 %

Datakilde: Den Nationale Skizofrenidatabase. Data fra InfoRM 25. februar 2015