

Notat om status for Region Midtjylland i forhold til regeringens 7 mål/krav til sundhedsområdet.

Efter ønske fra det rådgivende udvalg vedr. hospitalsområdet har administrationen foretaget en kort gennemgang af status for Region Midtjylland i forhold til de 7 mål/krav til sundhedsvæsenet, som regeringen har meldt ud i sommeren 2015.

Regeringens syv krav til sundhedsvæsenet er:

1. Ventetiden til diagnose og behandling skal nedbringes.
2. Mere lighed i sundhed.
3. Kræftpatienterne skal behandles til tiden.
4. Overbelægningen skal reduceres.
5. Der skal indføres patientansvarlige læger.
6. Større fokus på demens og kroniske sygdomme.
7. Hurtig og effektiv genoptræning.

I det følgende gennemgås de 7 områder i forhold til status for indsatsen i Region Midtjylland og i det omfang det er muligt, sammenlignes med øvrige regioners målopfyldelse.

1. Ventetiden til diagnose og behandling skal nedbringes.

Overholdelsen af udredningsretten har i Region Midtjylland et relativt højt niveau inden for psykiatrien (omkring 80 %). Der ses dog et mindre fald efter overgangen til 1 måneds udredningsfrist.

I somatikken har overholdelsen i en længere periode ligget relativt konstant omkring 60-65 %. I 4. kvartal 2015 ses dog en positiv udvikling og i december 2015 blev 74 % af patienterne udredt inden for fristen.

Baggrunden for den positive udvikling i somatikken skal findes i den handleplan som regionsrådet godkendte i september 2015. Handleplanen skulle sikre et større ledelsesmæssigt fokus på udredningsretten og skabe positiv udvikling i overholdelsen af udredningsretten. Der er samtidig nedsat en task force, som kan træffe fælles regionale beslutninger om udredningsretten.

Administrationen har ud fra de nationale monitoreringer af udredningsretten lavet en oversigt over, hvordan Region Midtjylland ligger i forhold til de øvrige regioner. Det fremgår heraf, at Region Midtjylland i alle de inkluderede kvartaler ligger over landsgennemsnittet, jfr. nedenstående tabel, hvor Region Midtjyllands placering er sat ind i parentes efter overholdelsesprocenten i tabellen. Det skal bemærkes, at datavaliditeten særligt for de første kvartaler i 2014 er meget usikker.

Somatik		
Kvartal	RM overholdelse + rangering blandt regionerne i parentes	Oversigt over rangorden blandt regionerne
2. Kvartal 2014	68 % (3)	1) Region Sjælland; 2) Hovedstadsregionen; 3) Region Midtjylland; 4) Region Syddanmark; 5) Region Nordjylland.
3. Kvartal 2014	64 % (1)	1) Region Midtjylland; 2) Region Sjælland; 3) Hovedstadsregionen; 4) Region Syddanmark; 5) Region Nordjylland.
4. Kvartal 2014	68 % (1)	1) Region Midtjylland; 2) Region Sjælland; 3) Hovedstadsregionen; 4) Region Syddanmark; 5) Region Nordjylland.
1. Kvartal 2015	63 % (2)	1) Region Sjælland; 2) Region Midtjylland; 3) Hovedstadsregionen; 4) Region Syddanmark; 5) Region Nordjylland.
2. Kvartal 2015	61 % (2)	1) Region Sjælland; 2) Region Midtjylland; 3) Region Nordjylland; 4) Region Syddanmark; 5) Hovedstadsregionen.
3. kvartal 2015	62 % (2)	1) Region Sjælland; 2) Region Midtjylland; 3) Region Syddanmark; 4) Region Nordjylland; 5) Hovedstadsregionen.
Psykiatri		
2. Kvartal 2015	74 % (2)	1) Region Sjælland; 2) Region Midtjylland; 3) Region Nordjylland; 4) Region Syddanmark; 5) Hovedstadsregionen.
3. kvartal 2015	73 % (2)	1) Region Sjælland; 2) Region Midtjylland; 3) Region Syddanmark; 4) Region Nordjylland; 5) Hovedstadsregionen.

Det rådgivende udvalg vedr. hospitalsområdet og det rådgivende udvalg vedr. psykiatri og socialområdet orienteres om status for udviklingen i udredningsretten hver anden måned.

2. Mere lighed i sundhed

Sociale forskelle

Der er betydelige sociale forskelle i sundhed. Den sociale ulighed i sundhed viser sig både ved en social skæv fordeling af rygning, fysisk aktivitet og andre risikofaktorer for udvikling af kroniske sygdomme med høj dødelighed (kredsløbssygdomme, kræft, kronisk obstruktive lungesygdomme med mere), ved en social skæv fordeling af sygeligheden i befolkningen, og ved at konsekvenserne af sygdom, fx i form af mistet kontakt med arbejdsmarkedet, er mere alvorlige hos personer med lav end med høj social status.

Det har været en politisk målsætning i en årrække at øge den sociale lighed i sundhed såvel nationalt som regionalt og kommunalt. Regionsrådet har tidligere haft et udvalg, der satte fokus på dette emne. Uddannelsesniveau er en af de sociale faktorer, der påvirker sundheden mest. Forskelle i sundhed i forhold til uddannelsesniveau i Region Midtjylland er undersøgt i ”Hvordan har du det”-undersøgelserne i 2006, 2010 og 2013. Der er imidlertid også andre sociale faktorer, der påvirker sundheden. Som noget nyt blev de sociogeografiske forskelle i sundhed og forskelle i sundhed mellem personer med dansk og anden etnisk baggrund derfor undersøgt i Hvordan har du

det? 2013. Oplysningerne om de sociale skævheder i sundhed er brugt af kommunerne til at lave målrettede forebyggelsesindsatser, der skal fremme social lighed i sundhed. Resultaterne fra ”Hvordan har du det”? i 2017 vil vise, om de sociale forskelle er blevet større eller mindre i den mellemliggende periode.

De store sociale forskelle i sygelighed, dødelighed og konsekvenser af sygdom understreger vigtigheden af, at man inden for den behandlende del af sundhedsvæsenet har øje for patienternes sociale baggrund og situation, og at der tages højde for denne gennem socialt differentierede indsatser, der koordineres mellem almen praksis, hospitaler og kommuner.

Geografiske forskelle

Regionsrådet er tidligere blevet præsenteret for resultaterne fra Region Midtjyllands Forbrugsvariationsprojekt. Projektet viser, at der inden for regionen er forskelle i størrelsen af borgernes sygehusforbrug alt efter, hvor de bor.

Borgernes behov for sygehusydelser påvirkes af deres sociale status, der som ovenfor nævnt har betydning for helbredet. Analyserne viser imidlertid, at de sociale forskelle ikke er nok til at forklare de kommunale forskelle i sygehusforbrug. Det gælder både i 2010 og 2013. At der i begge år er tilbageværende variation, når der er taget højde for sociale og helbredsmæssige forskelle i befolkningen, kan tolkes som et udtryk for, at forhold i lokalsamfundet påvirker borgernes forbrug af sygehusydelser. Årsagerne er komplekse og skal formentlig findes i samspillet mellem de kommunale servicetilbud, praksissektoren og den lokale sygehusbetjening. En uddybende analyse indikerer dog, at forskelle i almen praksis alene ikke kan forklare de geografiske forskelle i sygehusforbrug.

Når regionen inddeles i seks hospitalsområder (hospitalsenhedernes ”empiriske optageområder”) i stedet for de 19 kommuner, er der i modsætning til kommuneanalyserne sket en markant udvikling fra 2010 til 2013. Hvor der i 2010 stadig var geografiske forskelle i sygehusforbruget efter at have taget højde for befolkningssammensætning, var forskellene i 2013 reduceret til et niveau, hvor de i praksis var uden betydning.

Forbrugsvariationsprojektet viser endvidere, at der er geografiske forskelle i borgernes sygehusforbrug i slutningen af livet. Især tre kommuner adskiller sig fra regionen som helhed på de anvendte indikatorer. Derudover er der sket et fald i andelen, der er indlagt, når de dør, fra 2010 til 2014.

Region Midtjylland synliggør desuden sine data på forskellige kvalitetsparametre flere gange om året via sundhedsoverblikket, herunder data for eksempelvis forebyggelige genindlæggelser.

3. Kræftpatienterne skal behandles til tiden.

Regionsrådet modtager hvert kvartal en orientering om resultaterne for Region Midtjylland af den nationale opgørelse over forløbstiderne i kræftpakkerne. Senest er der udsendt en orientering til Regionsrådets medlemmer ultimo november 2015.

Overordnet viser resultaterne fra den seneste opgørelse for tredje kvartal 2015, at i alt 85 pct. af patientforløbene blev gennemført inden for den samlede standardforløbstid fra henvisning modtaget til start på behandling. For Region Midtjylland er det tilsvarende tal lidt lavere, 83 pct.

Region Midtjylland har i igennem årene ligget over eller lige omkring landsgennemsnittet for langt de fleste af de opgjorte kræftpakker. Den regionale målsætning om, at 90 pct. af patientforløbene skal overholde forløbstiderne tillagt patientønsket eller faglig begrundet ventetid, blev i 3. kvartal efterlevet i halvdelen af pakkeforløbene.

Sundhedsstyrelsen har ikke fastsat en standard for, hvor stor en procentdel af forløbene, der bør gennemføres indenfor de vedtagne forløbstider, da forløbstiderne beskriver et standardforløb, hvor der ikke er nogen komplikationer eller andre tidsforlængende forhold. Der vil i mange kræftforløb forekomme klinisk begrundet ventetid som følge af anden sygdom hos patienten eller udsættelser af tilbudte tider efter ønske fra patienten.

Ligesom for resten af landet har Region Midtjylland haft udfordringer på områderne hovedhalskræft, lungekræft, de gynækologiske kræftformer samt urologisk kræft. En målrettet indsats på disse områder har ført til målopfyldelse på hovedhalskræft og 89 % målopfyldelse på lungekræft. En handleplan for det urologiske område ventes at føre til målopfyldelse i begyndelsen af 2016. Der er også forventning om, at målopfyldelsen på det gynækologiske område i 2016 vil udvikle sig i en positiv retning.

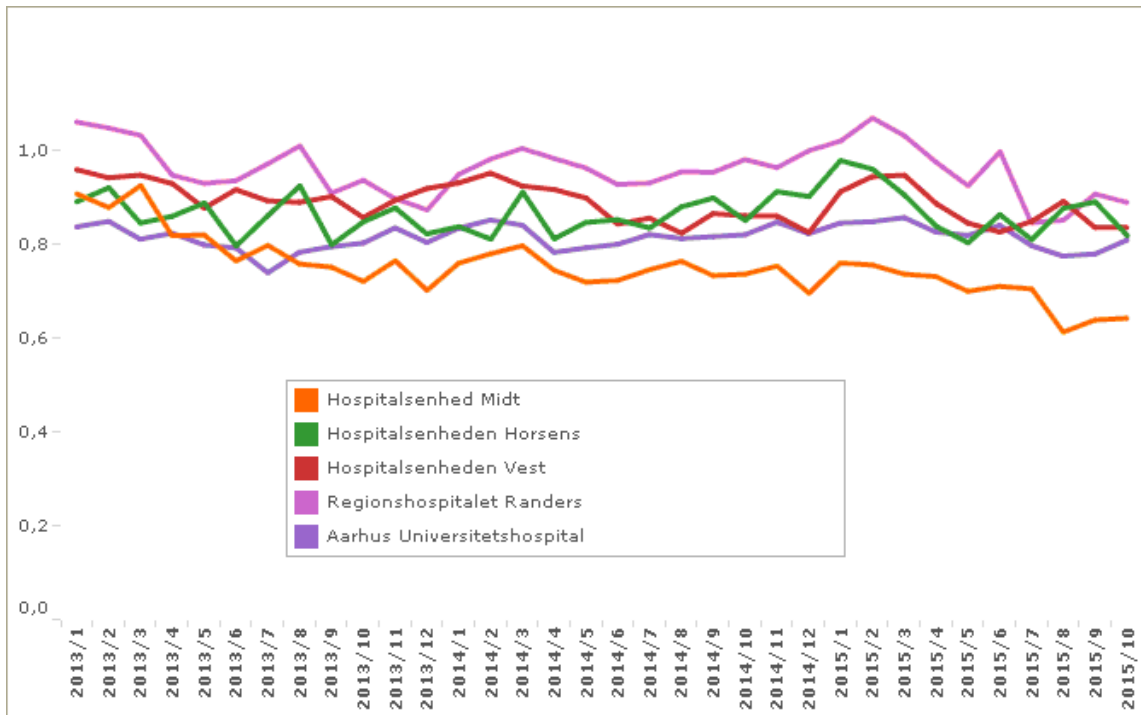
Da den generelle målopfyldelsesprocent i Region Midtjylland er stagneret igennem det seneste år, er der i december måned 2015 indledt en intensiv dialog med hospitalerne om initiativer, der igen kan resultere i en positiv udvikling i målopfyldelsen.

4. Overbelægningen skal reduceres.

Regionsrådet modtager hver anden måned et regionsoverblik over belægningssituationen på hospitalerne i regionen. Der er tale om en opgørelse over gennemsnittet af de daglige belægningsprocenter for en periode; opgjort på timebasis, disponible senge og adresse ophold for de medicinske afdelinger, kirurgiske afdelinger og akutafdelinger i Region Midtjylland.

Denne opgørelse viser et stort spænd i belægningsprocenterne.

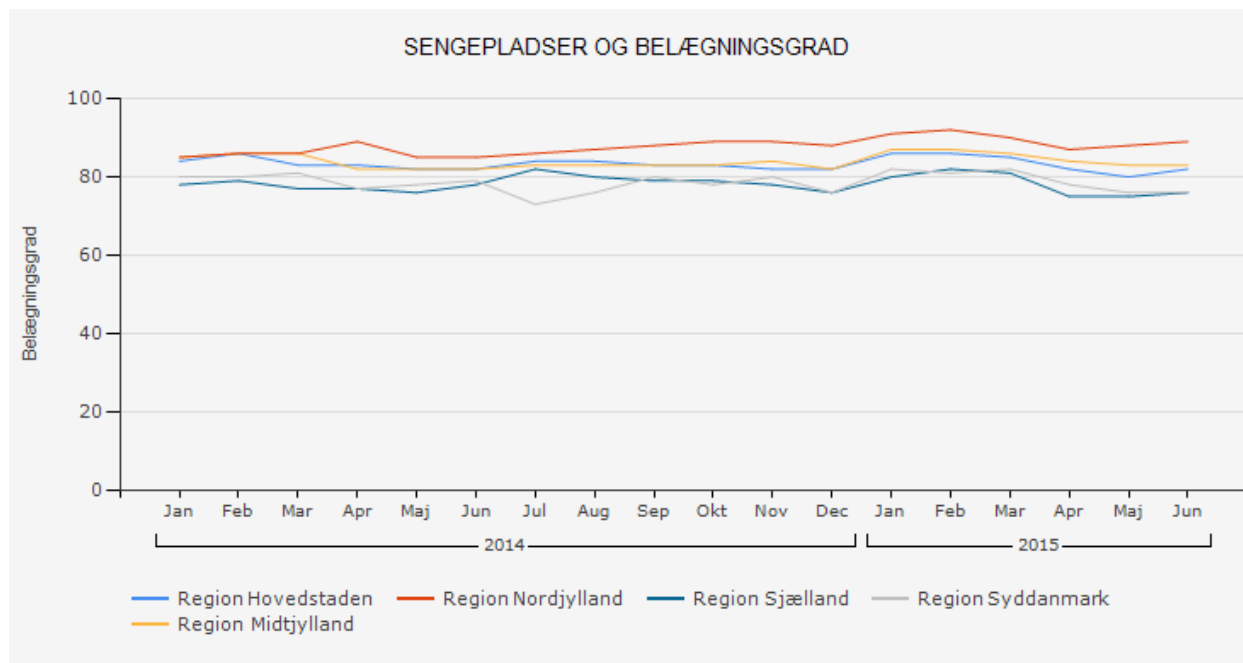
En oversigt over den gennemsnitlige belægningsprocent for perioden 2013 – 2015 viser en nedadgående tendens for 2015 jf. nedenstående figur:



I

Sundhedsstyrelsens nationale opgørelse er der taget udgangspunkt i en opgørelse af belægningen kl. 23 og ikke et gennemsnit over hele døgnet.

Sundhedsstyrelsens seneste opgørelse viser at belægningsituation er forholdsvis stabil i Region Midtjylland, med en svag reduktion i belægningsprocenterne i perioden 2014-2015. Belægningsituationen i Region Midtjylland på et gennemsnitligt niveau i forhold til de øvrige 4 regioner, jf. nedenstående figur:



Der findes ingen standard for i hvilket niveau belægningsprocenten skal ligge.

Situationer, der giver anledning til omtale af overbelægning, er ofte tilstedeværelsen af ”patienter på gangene”. En belægningsprocent over 100 er imidlertid ikke ensbetydende med at der er senge på gangene.

I situationer med en stor patientmængde har afdelingerne således en række ad hoc handlemuligheder, f.eks. ved at flytte flere senge ind på samme stue eller ved at øge antallet af senge pr. sygeplejerske. I begge tilfælde er afdelingen fortsat ”overbelagt” uden fra definitionen, dog uden at dette medfører, at indlagte patienter må placeres på gangene.

Der arbejdes på at nedbringe belægningen på de afdelinger, der har de højeste belægningsprocenter. Regionen har i samarbejde med kommuner og praksissektoren iværksat en bred vifte af initiativer, som skal nedbringe belægningen og styrke kvaliteten af patientforløbene. Det drejer sig om indsatser, der skal forebygge indlæggelse, sikre effektive patientforløb under indlæggelse samt sikre den opfølgende indsats efter udskrivning.

Regionsrådet har i december 2015 vedtaget følgende udmøntning af Finanslovsmidler fra 2015 til reduktion af overbelægning. Midlerne er fordelt på følgende vis: 3 mio. kr. til Regionshospitalet Horsens (øget kapacitet på det medicinske område), engangsbeløb på 3 mio. kr. til Regionshospitalet Randers (indsatser målrettet bedre patientforløb for ældre medicinske patienter og engangsbeløb 2 mio. kr. til Hospitalsenheden Vest (akutlægeuddannelse). Med Finanslovsaftalen for 2016 iværksættes en handlingsplan for den ældre medicinske patient, herunder en akutpakke til at nedbringe overbelægning. Udmøntningen af disse midler afventer drøftelser mellem Danske Regioner og Sundhedsministeriet.

5. Der skal indføres patientansvarlige læger.

Danske Regioner udgav i marts-april 2015 et nationalt rammenotat med titel ”Den behandlingsansvarlige læge”. Indholdet i dette notat er blevet til i et samarbejde mellem Danske Regioner, Kræftens Bekæmpelse, Danske Patienter, Foreningen af Speciallæger og Yngre Læger og notatet er tiltrådt af sundhedsdirektørkredsen.

Formålet med det fælles rammepapir er at præsentere den fælles forståelse af et styrket lægeligt ansvar i forhold til at sikre bedre kontinuitet i patientforløbene, øge patienternes tryghed og øge den faglige kvalitet i behandlingen. Den fælles forståelse er en ramme for en række initiativer, som allerede foregår eller kommer i gang i en række pilotprojekter regionerne. Pilotprojekterne skal tydeliggøre figuren, og ambitionen er, at ”den behandlingsansvarlige læge” er så tydeligt defineret, at den kan træde i stedet for kontakt-personsordningen i Sundhedsloven. Pilotprojekter skal foregå i perioden 2015-2017 med henblik på erfaringsopsamling og bidrag til at kvalificere den generiske beskrivelse. Derefter forventes en driftsrelevant løsning at blive implementeret.

I Region Midtjylland er processen med pilotprojekter sat i gang. Samtlige hospitaler deltager med flere afdelingsbårne projekter, hvor ”den behandlingsansvarlige læge” indarbejdes og evalueres. Et fælles regionalt møde markerede opstarten den 25. november 2015. Region Midtjylland deltager desuden i fællesregionale møder i Danske Regioners regi, hvor pilotprojekternes gennemførelse bliver fulgt op. Evaluering af pilotprojekterne i Region Midtjylland varetages af Koncern Kvalitet.

6. Større fokus på demens og kroniske sygdomme.

Demens

Der er indgået en sundhedsaftale om borgere med demens.

Region Midtjylland har bedt Klinisk Epidemologisk Afdeling på Aarhus Universitet om at lave en analyse af demensområdet med fokus på bl.a. forekomst, forventet udvikling i forekomst, forventet levetid, comorbiditet, lægemiddelforbrug, kontaktmønster og forbrug af sundhedsydelser samt forløb. Analysen, der skal danne grundlag for det videre arbejde med demens i Region Midtjylland, forventes færdig primo 2016.

Medtech Innovation Consortium (MTIC) er ramme om et forpligtende innovationssamarbejde mellem Region Midtjylland, kommunerne i regionen, Via University College og Aarhus Universitet. MTIC har til formål at fremme væksten i Region Midtjylland ved at bygge bro mellem de offentlige institutioner såsom hospitaler eller plejehjem og private virksomheder inden for medico- og velfærdsteknologi. MTIC bidrager til, at der udvikles og implementeres nye perspektivrige produkter, processer og services til sundhedssektoren i et tæt samarbejde mellem de nævnte aktører. I 2015-2018 er aldring og demens udvalgt, som et område MTIC har særligt fokus på. MTIC vil i perioden arbejde med løsninger på, hvordan vi kan opretholde serviceniveauet i en tid, hvor vi bliver flere ældre og får færre hænder.

Kronisk sygdom

I Region Midtjylland er der fokus på kronisk sygdom centreret omkring 5 forløbsprogrammer (hjertesygdom, KOL, diabetes type 2, lænderygsmærter og depression), hvoraf de 3 førstnævnte netop er revideret/under revision. Det reviderede forløbsprogram for hjertesygdom omfatter en overdragelse af den ikke-medicinske del af fase 2 hjerterehabilitering fra hospitaler til kommuner. Derudover indeholder Sundhedsaftalen 2015-2018 indsatser målrettet borgere med kronisk sygdom. En kommende strategi vedr. nære sundhedstilbud vil berøre kronikerområdet, ligesom der er søgt satspuljemidler til udvikling af et forløbsprogram for mennesker med psykisk sygdom.

Det skal bemærkes, at alle regioner har forløbsprogrammer, som de i varierende grad er i gang med at revidere. Ligeledes har alle regioner Sundhedsaftaler, der inkluderer kronikerområdet.

Af økonomiaftalen mellem Regeringen og Danske Regioner fremgår det, at regionerne skal lave forsøg med Aktiv Patientstøtte i 2015-2018. Region Midtjylland er i samarbejde med de øvrige regioner i gang med at afklare præmisserne for denne indsats. Implementeringen af Aktiv Patientstøtte vil blive påbegyndt i Region Midtjylland i første halvdel af 2016.

7. Hurtig og effektiv genoptræning.

Ventetid til genoptræning

Hospitalerne er ansvarlige for at udarbejde genoptræningsplaner til de borgere, der har et lægefagligt begrundet behov for genoptræning. Hospitalerne udarbejder 3 typer af genoptræningsplaner:

1: Genoptræningsplan til almen ambulant genoptræning (udføres af kommunen, kommunen stratificerer genoptræningen i basalt og avanceret niveau. Stratificeringen blev indført 1. januar 2015)

2: Genoptræningsplan til specialiseret rehabilitering (udføres af kommunen, ny kategori, som blev indført 1. januar 2015)

3: Genoptræningsplan til specialiseret ambulant genoptræning (udføres af hospitalet)

Alle 3 typer af genoptræning/rehabilitering finansieres 100 % af kommunerne.

I perioden 2009 – 2014 er andelen af genoptræningsplaner til almen ambulant genoptræning i Region Midtjylland steget med 11,6 %:

Andel af genoptræningsplaner til almen ambulant genoptræning	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Region Midtjylland	70,2 %	72,8 %	74,8 %	76,1 %	79,8 %	81,8 %
Danmark	76,2 %	78,9 %	80,5 %	81,9 %	83,7 %	85,7 %

Kilde: www.esundhed.dk

Det er en del af regeringens 7 mål for sundhedsvæsenet, at ventetiden til genoptræning falder.

I perioden 2009 – 2014 har kommunerne i Region Midtjylland reduceret ventetiden til almen ambulant genoptræning med 2 dage:

Ventetid til almen ambulant genoptræning	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Region Midtjylland	15	14	14	13	13	13
Danmark	17	16	16	15	15	14

Kilde: www.esundhed.dk

Kommunerne i Region Midtjylland har i gennemsnit en kortere ventetid end landsgennemsnittet. Hovedparten af kommunerne har et fald i ventetiden over perioden. Enkelte kommuner skiller sig ud fra statistikken ved i enkelte år at have en markant forhøjet ventetid (Randers Kommune: 45 dage i 2014; Samsø Kommune: 199 dage i 2013 og 46 dage i 2014; Hedensted Kommune: 119 dage i 2011). Udfaldene kan skyldes fejlregistreringer, men det fremgår ikke af esundhed, hvorfor der er disse udfald.

Det skal bemærkes, at nogle patienter af hensyn til deres samlede patientforløb skal vente i flere uger, inden genoptræningen påbegyndes.

En rundspørge til hospitalerne i Region Midtjylland viser, at de patienter, der skal opstarte den specialiserede ambulante genoptræning med det samme, ikke har ventetid. Dette er vigtigt for patienternes samlede forløb.

I det reviderede Forløbsprogram for hjertesygdom indgår resultatmål for genoptræningen. Målene omhandler deltagelsesgrad og forbedring i arbejdskapacitet og er i overensstemmelse med nationalt fastsatte standarder og indikatorer.