

Sundhedsoverblik

pr. 30. april 2016

Kvalitetsmål

Indholdsfortegnelse

1. Sundhedsområdets kvalitetsmål.....	3
1.1 Kvalitetsmål vedrørende patientsikkerhed og forebyggelige genindlæggelser.....	3
Genindlæggelse efter operation	4
Dødsfald efter operation, svær sepsis eller septisk chok	5
Forebyggelige genindlæggelser	5
1.2 Kvalitetsmål for udredning og behandling	6
Udredningsret	6
Ret til udredningsplan	7
Behandlingsfrist	8
1.3 Kvalitetsmål vedrørende udvalgte sygdomsområder.....	9
Akut mave-tarmkirurgi.....	9
Fødsler	9
Skizofreni	10
1.4 Kvalitetsmål vedrørende kræftpakker	11
1.5 Kvalitetsmål vedrørende hospitalsstandardiserede mortalitetsrater.....	12
1.6 Afsendelse af udskrivningsbreve (epikriser).....	13
1.7 Kontaktpersonordningen	15
1.8 Fælles Medicinkort (FMK)	15
2. Kvalitetsmål vedrørende psykiatrien	18
2.1 Kvalitetsmål vedrørende tvang i psykiatrien	18
2.2 Kvalitetsmål vedrørende ventetider i psykiatrien	19
3. Kvalitetsmål vedrørende præhospitalet.....	21
4. Kvalitetsmål vedrørende praksissektoren.....	22

1. Sundhedsområdets kvalitetsmål

Budget 2016 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 indenfor patientsikkerhed, genindlæggelser, udrednings- og behandlingsret, udvalgte sygdomsområder (akut mave-tarmkirurgi, fødsler og skizofreni), kræftpakker, mortalitetsrater, tvang i psykiatrien samt afsendelse af udskrivningsbreve. Derudover afrapporteres på kvalitetsmål for psykiatrien, præhospitalet og praksissektoren. Sidst medtages også et afsnit om det fælles medicinkort. Kvalitetsmålet vedrørende ventetid på akutklinikker/skadestuer rapporteres ikke, da der ikke er retvisende data til rådighed.

Kvalitetsmålet for epikriser afrapporteres for sidste gang i dette sundhedsoverblik, da den regionale målsætning nu har været opfyldt i de seneste 5 måneder. Administrationen holder fortsat øje med udviklingen, og Regionrådet vil blive orienteret hvis målsætningen ikke længere opfyldes. Kontaktpersonordningen udgår også fra de kommende sundhedsoverblik, da ordningen formentlig afvikles.

1.1 Kvalitetsmål vedrørende patientsikkerhed og forebyggelige genindlæggelser

I Budget 2016 indgår fortsat kvalitetsmål vedrørende patientsikkerhed. Nærmere bestemt drejer disse kvalitetsmål sig om reduktion af hospitalserhvervede tryksår, dødsfald og genindlæggelser efter operation samt dødelighed ved sepsis (alvorlig blodforgiftning). Derudover indeholder budgettet et kvalitetsmål om forebyggelige genindlæggelser.

Patientsikkert Sygehus

- Kirurgipakken
 - Genindlæggelse efter operation: Andelen af opererede patienter, der genindlægges inden for 30 dage, skal reduceres med minimum 20 % ved udgangen af 2016.
 - Dødsfald efter operation: Andelen af opererede patienter, som dør efter operation, skal reduceres med minimum 20 % ved udgangen af 2016.
- Tryksårspakken
 - Hospitalserhvervede tryksår: Andelen af patienter med tryksår under indlæggelsen, skal reduceres med minimum 50 % ved udgangen af 2016. Der er endnu ikke retvisende data vedrørende reduktion af tryksår.
- Sepsispakken
 - Andelen af dødsfald efter svær sepsis eller septisk chok reduceres med min. 15 % ved udgangen af 2016.

Forebyggelige genindlæggelser

- Andelen af indlæggelser, som efterfølges af en forebyggelig genindlæggelse, skal reduceres med minimum 20 % ved udgangen af 2016.

Genindlæggelse efter operation

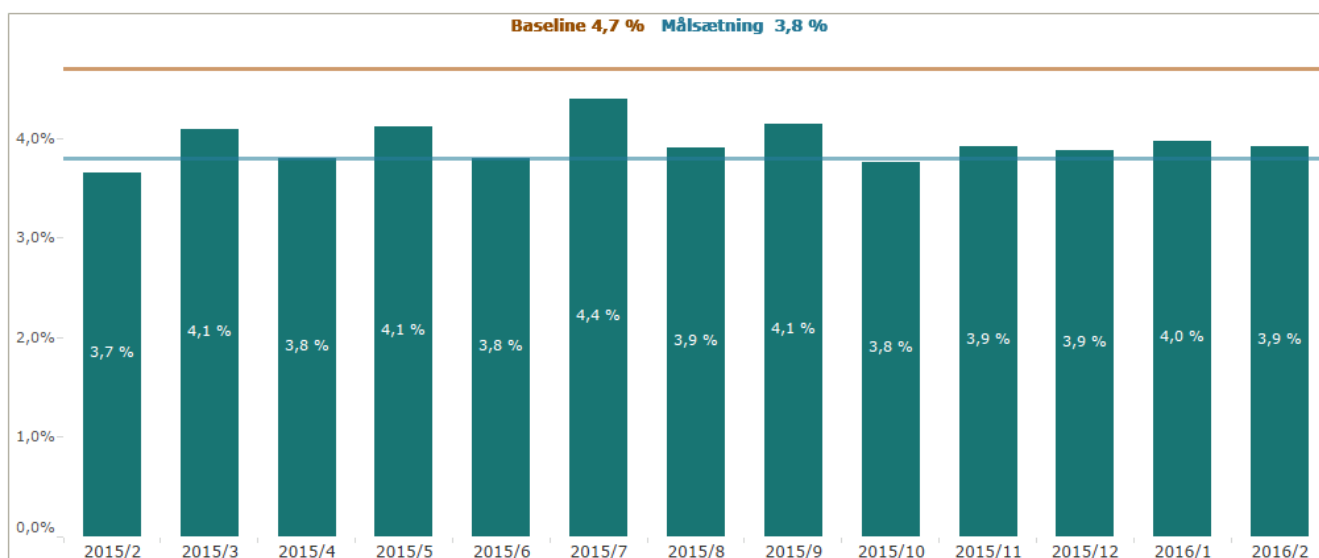
Som det fremgår af nedenstående tabel- og figur 1a, har andelen af genindlæggelser på regionsniveau været relativt stabil siden baseline i 2012. På hospitalsniveau har flere af hospitalerne nedbragt andelen af genindlæggelser efter operation. I februar opfylder kun RH Randers målsætningen om en 20 % reduktion. HE Midt har også i flere perioder overholdt målsætningen. Både hospitaler og kommuner arbejder fortsat på at nedbringe forekomsten af genindlæggelser.

Tabel 1.a: Genindlæggelse efter operation. Resultater september 2015 – februar 2016

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
		September 2015	Oktober 2015	November 2015	December 2015	Januar 2016	Februar 2016	
AUH	5,0 %	4,4 %	4,0 %	3,9 %	4,5 %	4,5 %	4,2 %	4,0 %
HE Midt	4,7 %	4,0 %	3,5 %	4,3 %	3,1 %	3,5 %	4,0 %	3,8 %
HE Horsens	3,7 %	3,0 %	4,4 %	3,2 %	3,5 %	3,1 %	3,5 %	3,0 %
HE Vest	4,4 %	4,0 %	3,7 %	3,9 %	3,6 %	3,7 %	3,9 %	3,5 %
RH Randers	4,9 %	4,8 %	2,9 %	3,8 %	3,8 %	4,5 %	3,6 %	3,9 %
Total	4,7 %	4,1 %	3,8 %	3,9 %	3,9 %	4,0 %	3,9 %	3,8 %

Datakilde: BI-portal 12. maj 2016

Figur 1.a: Genindlæggelse efter operation: resultater februar 2015 – februar 2016



Dødsfald efter operation, svær sepsis eller septisk chok

Der er endnu ikke data tilgængelig for kvalitetsmålene vedr. dødsfald efter operation, svær sepsis og septisk chok.

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, med en forebyggende indsats på hospitalet eller i primærsektoren.

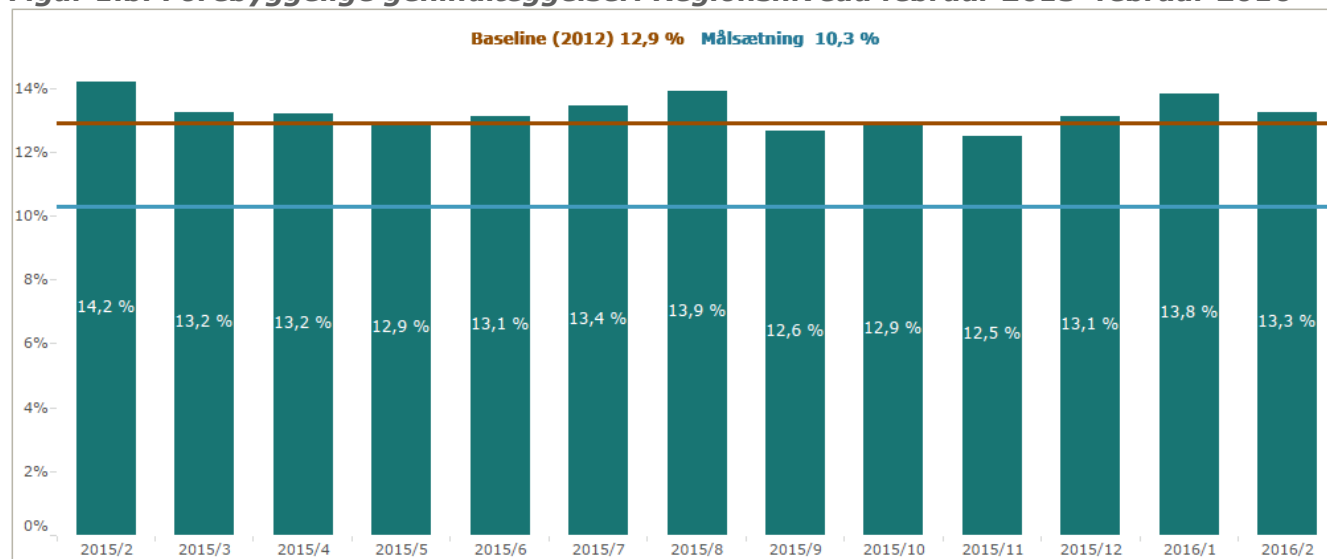
Som det fremgår af figur 1.b, er forebyggelige genindlæggelser et område, hvor Region Midtjylland ikke har opnået den ønskede fremgang. På regionsniveau ligger andelen rimeligt stabilt over tid på omkring 13 %, og resultatet er således stort set uændret sammenlignet med baseline i 2012 (12,9 %). Der er endnu langt til målet om en reduktion på 20 % i forhold til 2012. Hver måned er der 300-400 indlæggelser i regionen, som betegnes som forebyggelige genindlæggelser. På hospitalsniveau er der stor variation i andelen af forebyggelige genindlæggelser. Kun HE Vest har i en enkeltstående måned opfyldt målsætningen.

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 tidlig opsporing af begyndende sygdom.

Tabel 1.b: Forebyggelige genindlæggelser. Resultater september 2015 –februar 2016

Andel af indlæggelser, som efterfølges af en forebyggelig genindlæggelse.								
Mål: Reduktion på minimum 20 % i forhold til 2012								
	Baseline (2012-resultat)	Resultat de seneste 6 måneder						Mål
		September 2015	Oktober 2015	November 2015	December 2015	Januar 2016	Februar 2016	
AUH	11,3 %	9,2 %	10,8 %	10,6 %	10,8 %	11,4 %	10,5 %	9,0 %
HE Midt	15,1 %	13,4 %	14,4 %	14,2 %	13,2 %	16,1 %	14,9 %	12,1 %
HE Horsens	13,5 %	14,8 %	14,7 %	13,7 %	12,9 %	13,7 %	16,1 %	10,8 %
HE Vest	14,0 %	12,4 %	12,5 %	10,8 %	14,7 %	12,9 %	14,1 %	11,2 %
RH Randers	11,3 %	16,2 %	13,4 %	15,4 %	15,1 %	16,6 %	12,0 %	9,0 %
Total	12,9 %	12,6 %	12,9 %	12,5 %	13,1 %	13,8 %	13,3 %	10,3 %

Datakilde: BI-portal 12. maj 2016

Figur 1.b: Forebyggelige genindlæggelser: Regionsniveau februar 2015–februar 2016

Datakilde: BI-portal 12. maj 2016

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 2016 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 2016 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.

Udredningsret

Nedenstående tabel viser udviklingen i andelen af udredningsforløb, hvor udredningen afsluttes inden for 30 dage. Som det fremgår, er der sket en betydelig stigning i andelen af forløb som overholder målet om, at 90 % skal udredes inden 30 dage. Denne stigning afspejler den skærpede indsats, der i regionen har været omkring udredningsretten siden efteråret 2015. På HE Vest er der eksempelvis målopfyldelse på de fleste afdelinger, mens problemerne ligger indenfor neurologi, kirurgi og medicin. Der er med finanslovsmidlerne ved at blive lavet aftaler om pukkelaftvikling og varig kapacitetsudvidelse og dermed ekstra aktivitet, hvilket på HE Vest forventes at have en positiv effekt på målopfyldelsen på både udredningsretten og behandlingsgarantien.

Opgørelsen tager ikke højde for de tilfælde, hvor udredningstiden overstiger 30 dage af faglige årsager, eller fordi patienten takker nej til et alternativt udredningstilbud. Hvis disse årsager medregnes som overholdte, stiger målopfyldelsen i marts 2016 til knap 85 % i somatikken og

86 % i psykiatrien. Af stigningen udgør udredningsplaner af faglige årsager 24 % og udredningsplaner, fordi patienter takker nej til et alternativt tilbud, 76 %. Kun i psykiatrien har der været et fald i andelen af forløb som overholder udredningsretten. Dette skyldes i væsentlig omfang, at en del forældre i B&U-psykiatrien selv ønsker en forlængelse af udredningen udover de 30 dage. I disse tilfælde udarbejdes derfor en udredningsplan.

Tabel 1.c: Tid til udredning. Resultater oktober 2015 – marts 2016.

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
	Oktober 2015	November 2015	December 2015	Januar 2016	Februar 2016	Marts 2016	
AUH	57 %	54 %	66 %	63 %	79 %	79 %	90 %
HE Midt	59 %	72 %	74 %	66 %	72 %	73 %	90 %
HE Horsens	82 %	82 %	81 %	74 %	80 %	83 %	90 %
HE Vest	69 %	75 %	78 %	72 %	80 %	77 %	90 %
RH Randers	69 %	77 %	79 %	80 %	84 %	83 %	90 %
Psykiatrien	83 %	76 %	75 %	64 %	70 %	67 %	90 %
Total	67 %	71 %	74 %	69 %	77 %	77 %	90 %

Datakilde: BI-portal 29. april 2016. Urologisk afd. på RH Randers samt urologisk og pædiatrisk afd. på HE Horsens fremgår under AUH, da afdelingerne betjenes af behandlingsansvarlige læger fra AUH.

Ret til udredningsplan

Hvis ikke det er muligt at udrede patienten indenfor 30 dage, fremgår det af lovgivningen og som Region Midtjyllands kvalitetsmål, at alle patienter skal modtage en udredningsplan inden 30 dage efter henvisning. Som det kan ses nedenfor, er flere af hospitalerne nu meget tæt på at leve op til målsætningen.

Tabel 1.d: Tid til udredningsplan. Resultater oktober 2015 – marts 2016.

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
	Oktober 2015	November 2015	December 2015	Januar 2016	Februar 2016	Marts 2016	
AUH	83 %	85 %	90 %	85 %	93 %	93 %	100 %
HE Midt	85 %	89 %	90 %	86 %	90 %	90 %	100 %
HE Horsens	97 %	95 %	93 %	96 %	97 %	97 %	100 %
HE Vest	96 %	96 %	97 %	97 %	98 %	98 %	100 %

RH Randers	93 %	95 %	97 %	93 %	95 %	97 %	100 %
Psykiatrien	93 %	91 %	92 %	85 %	86 %	83 %	100 %
Total	90 %	91 %	93 %	89 %	93 %	93 %	100 %

Datakilde: BI-portal 29. april 2016. Urologisk afd. på RH Randers samt urologisk og pædiatrisk afd. på HE Horsens fremgår under AUH, da afdelingerne betjenes af behandlingsansvarlige læger fra AUH.

Behandlingsfrist

Ifølge kvalitetsmålet for behandlingsfristen, skal minimum 90 % af patienterne sættes i behandling indenfor 2 måneder. Behandlingsfristen for alvorligt syge er dog 1 måned. Det skal bemærkes, at der både indgår patienter som er henvist direkte til behandling, og patienter som er henvist til behandling efter endt udredning. Nedenstående tabel viser, at de fleste hospitaler er tæt på at opfylde- eller har opfyldt målsætningen om, at 90 % skal behandles inden 30/60 dage. På HE Midt og HE Horsens er der målopfyldelse når de to patientgrupper samles.

Tabel 1.e: Behandlingsfrist. Resultater oktober 2015 – marts 2016.

Behandlingsfrist: Tid til behandling startes.								
<i>Mål: Minimum 90 % af patienter sættes i behandling inden 60 dage (30 dage ved alvorlig sygdom).</i>								
		Resultat de seneste 6 måneder						Mål
		Oktober 2015	November 2015	December 2015	Januar 2016	Februar 2016	Marts 2016	
AUH	30 dage	86 %	89 %	91 %	83 %	82 %	78 %	90 %
	60 dage	89 %	85 %	88 %	83 %	79 %	81 %	90 %
HE Midt	30 dage	84 %	82 %	88 %	89 %	92 %	92 %	90 %
	60 dage	90 %	90 %	89 %	88 %	90 %	89 %	90 %
HE Horsens	30 dage	89 %	88 %	88 %	85 %	86 %	88 %	90 %
	60 dage	94 %	93 %	97 %	95 %	95 %	92 %	90 %
HE Vest	30 dage	86 %	88 %	90 %	87 %	90 %	90 %	90 %
	60 dage	85 %	85 %	82 %	79 %	82 %	79 %	90 %
RH Randers	30 dage	86 %	85 %	90 %	87 %	87 %	81 %	90 %
	60 dage	89 %	89 %	90 %	85 %	83 %	86 %	90 %
Psykiatrien	30 dage	89 %	90 %	91 %	88 %	88 %	83 %	90 %
	60 dage	95 %	95 %	95 %	91 %	91 %	94 %	90 %
Total	30 dage	86 %	87 %	90 %	87 %	88 %	87 %	90 %
	60 dage	90 %	88 %	89 %	85 %	85 %	86 %	90 %

Datakilde: BI-portal 29. april 2016. Urologisk afd. på RH Randers samt urologisk og pædiatrisk afd. på HE Horsens fremgår under AUH, da afdelingerne betjenes af behandlingsansvarlige læger fra AUH.

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 2016 er opstillet kvalitetsmål om, at alle disse standarder skal være opfyldt ved udgangen af 2016.

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. Der skal derfor tages forbehold, hvis man sammenligner data over tid. På flere indikatorer, er der tale om meget få patienter, og der kommer derfor udsving, selv i en kvartalsvis opgørelse. På regionniveau opfyldes omkring halvdelen af indikatorerne i perioden.

Tabel 1.f: Kvalitetsindikatorer vedrørende akut mave-tarmkirurgi, 2. kvartal 2015 – 1. kvartal 2016.

Akut mave-tarmkirurgi: Andel kvalitetsindikatorer, hvor standard er opfyldt.					
Mål: 100 %, dvs. opfyldelse af standarden på alle indikatorer.					
	Resultat de seneste 4 kvartaler				Mål
	2. kvartal 2015	3. kvartal 2015	4. kvartal 2015	1. kvartal 2016	
Region Midtjylland	48 % (10 ud af 21)	48 % (11 ud af 23)	65 % (13 ud af 20)	45 % (10 ud af 22)	100 % (opfyldelse af standard på alle indikatorer)

Datakilde: BI-portal 25. april 2016.

Fødsler

Som det fremgår af tabel opfyldes 7 ud af 10 indikatorer på regionsniveau i 1. kvartal 2016. Det er særligt indikatorerne *blødning efter fødslen* og andelen af fødende der overholder tidsgrænsen på 30 minutter *vedr. akut kejsersnit af grad 2, som hospitalerne ikke opfylder*.

Det skal i den forbindelse bemærkes, at det drejer sig om meget få patienter på indikatorerne vedr. kejsersnit, og der opstår derfor nemt udsving i målopfyldelsen. Flere af de ikke-opfyldte indikatorer er meget tæt på målsætningen. Alle hospitaler arbejder systematisk med resultaterne fra databasen, med henblik på at sikre optimal datakvalitet og identifikation af forbedringsmuligheder. Derudover har fødeafdelingerne siden december 2012 arbejdet med projekt *Sikre fødsler*. Formålet med *Sikre fødsler* er at halvere antallet af børn der fødes med iltmangel. I løbet af 2015 blev pakkerne fra Sikre fødsler stort set fuldt implementeret på afdelingerne i Region Midtjylland. Fremadrettet vil indikatorerne fra projekt Sikre Fødsler indgå i opgørelserne fra databasen.

Tabel 1.g: Kvalitetsindikatorer vedrørende fødsler, 1. kvartal 2015 – 1. kvartal 2016.

Fødsler: Andel kvalitetsindikatorer, hvor standard er opfyldt.						
Mål: 100 %, dvs. opfyldelse af standarden på alle indikatorer.						
	Resultat de seneste 5 kvartaler					Mål
	1. kvartal 2015	2. kvartal 2015	3. kvartal 2015	4. kvartal 2015	1. kvartal 2016	
AUH	80 % (8 ud af 10)	80 % (8 ud af 10)	90 % (9 ud af 10)	70 % (7 ud af 10)	80 % (8 ud af 10)	100 % (opfyldelse af standard på alle indikatorer)
HE Midt	70 % (7 ud af 10)	50 % (5 ud af 10)	67 % (6 ud af 9)	60 % (6 ud af 10)	70 % (7 ud af 10)	
HE Horsens	60 % (6 ud af 10)	70 % (7 ud af 10)	70 % (7 ud af 10)	80 % (8 ud af 10)	70 % (7 ud af 10)	
HE Vest	70 % (7 ud af 10)	80 % (8 ud af 10)	70 % (7 ud af 10)	70 % (7 ud af 10)	50 % (5 ud af 10)	
RH Randers	70 % (7 ud af 10)	80 % (8 ud af 10)	80 % (8 ud af 10)	90 % (9 ud af 10)	70 % (7 ud af 10)	
Total	80 % (8 ud af 10)	70 % (7 ud af 10)	70 % (7 ud af 10)	60 % (6 ud af 10)	70 % (7 ud af 10)	

Datakilde: BI-portal 29. april 2016. Der er endnu ikke fastsat målsætning for indikator 8.b vedr. akut kejsersnit for 1. gangsfødende. Denne indikator indgår derfor ikke i opgørelsen.

Skizofreni

I dette sundhedsoverblik vises ikke tabeller for kvalitetsmålet for skizofreni. Som følge af dataproblemer med den nationale Skizofreni Database, har data igennem længere tid ikke været valide. Første retvisende opgørelse af data for kvalitetsmålet vedrørende skizofreni, viser at 5 ud af 5 kvalitetsindikatorer er opfyldt i 2015. De 5 kvalitetsindikatorer vedrører; udredning ved speciallæge, diagnoseredskab ved udredning, vurdering af selvmordsrisiko, pårørendekontakt for nye patienter med skizofreni og pårørendekontakt for patienter kendt med skizofreni.

1.4 Kvalitetsmål vedrørende kræftpakker

Kvalitetsmålene vedrørende kræftpakker handler om efterlevelse af de samlede forløbstider for alle kræftpakker. Med samlet forløbstid menes perioden fra henvisning til start på behandlingen. Kun patienter, der modtager kræftbehandling, indgår under samlet forløbstid.

Generelt har den skærpede ledelsesmæssige fokus på kræftpakkerne medført, at målopfyldelsen for den samlede forløbstid er kraftigt stigende. I januar og februar måned overholdes målsætningen på 90 %. Der er sket betydelige forbedringer for lungekræft, livmoderkræft og ikke mindst de urologiske kræfttyper.

Der har igennem længere tid været problemer med at overholde forløbstiderne i de urologiske kræftpakker. Regionsrådet godkendte den 25. februar 2015 en samlet plan for, hvordan kapaciteten forøges på de urologiske afdelinger. Dels ved at oprette flere tider til udredninger og behandlinger, dels ved at rekruttere mere personale. Derudover er det aftalt med Aarhus Universitetshospital, at urinvejskirurgisk afdeling fra 1. februar 2016 skal have 90 % måloverholdelse. Den store indsats har i de seneste måneder resulteret en positiv udvikling, hvor langt flere urologiske kræftpakkeforløb nu overholder den samlede forløbstid. Den samlede målopfyldelse for de 5 urologiske kræftpakker er steget fra 68 % i 4. kvartal 2015, til 86 % i januar-februar 2016.

Sundhedsstyrelsen har revideret dele af pakkeforløbet for kræft i urinvejene med henblik på at begrænse antallet af patienter, der henvises til pakkeforløb med godartede årsager til blod i urinen, for derved at begrænse ventetiden. Forløbstiderne i pakkeforløbet er desuden forlænget på baggrund af faglige drøftelser. Dette hjælper med tilbagevirkende kraft til, at regionerne fremover får større muligheder for at efterleve kravene til den samlede forløbstid.

Tabel 1.h: Kræftpakker: Målopfyldelse af samlet forløb (fra henvisning til pakkeforløb til start på behandling). Mål min. 90 %. Resultater juli 2015–feb. 2016

	3. kv. 2015	4. kv. 2015	jan.- feb. 2016
Akut leukæmi /fremskreden myelodyspl..	76,9 % af 13	75,0 % af 8	75,0 % af 4
Analkræft	90,0 % af 10	100,0 % af 8	81,8 % af 11
Brystkræft	86,2 % af 189	85,9 % af 220	97,2 % af 109
Hoved- og halskræft	88,1 % af 59	84,4 % af 64	81,6 % af 38
Kræft i blæren	26,1 % af 46	52,2 % af 46	63,9 % af 36
Kræft i bugspytkirtlen	100,0 % af 24	91,7 % af 24	89,5 % af 19
Kræft i galdegang	100,0 % af 9	77,8 % af 9	100,0 % af 7
Kræft i hjernen	92,9 % af 14	100,0 % af 13	100,0 % af 5
Kræft i nyre	75,9 % af 54	63,3 % af 60	94,3 % af 35
Kræft i penis	66,7 % af 18	72,7 % af 11	100,0 % af 8
Kræft i prostata	67,6 % af 68	76,3 % af 114	93,2 % af 59
Kræft i spiserøret/mavemunden/	76,3 % af 38	89,7 % af 29	90,9 % af 22
Kræft i tyk- og endetarm	86,2 % af 181	90,6 % af 203	89,7 % af 136
Kræft i ydre kvindelige kønsorganer	100,0 % af 8	91,7 % af 12	100,0 % af 9
Kræft i æggestok	83,3 % af 48	85,4 % af 41	84,2 % af 38
Livmoderhalskræft	66,7 % af 9	76,2 % af 21	80,0 % af 10
Livmoderkræft	79,1 % af 43	69,8 % af 53	93,3 % af 30
Lungehindekræft	100,0 % af 2	85,7 % af 7	50,0 % af 2
Lungekræft	88,4 % af 173	86,1 % af 194	88,6 % af 132
Lymfeknudekræft og kronisk lymfatisk	93,9 % af 33	95,2 % af 63	93,1 % af 29
Modermærkekræft i hud	98,8 % af 84	97,5 % af 81	100,0 % af 63
Nyrebækken / urinleder	50,0 % af 2	33,3 % af 3	80,0 % af 5
Primær leverkræft	95,8 % af 24	93,8 % af 16	90,0 % af 10
Sarkom i bløddele	96,4 % af 28	87,1 % af 31	93,8 % af 16
Sarkom i knogle	90,9 % af 11	87,5 % af 8	100,0 % af 2
Tarmkræftmetastaser i leveren	88,9 % af 36	84,3 % af 51	87,5 % af 32
Total	83,8 % af 1.224	84,2 % af 1.390	90,2 % af 867

Datakilde: BI-Portal, opdateret 23. maj 2016. Patientønsket og lægefagligt begrundet ventetid er fratrukket i beregning af målopfyldelse.

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, beregnes hvor mange dødsfald hospitalet kan forventes at have. Hvis hospitalet har et HSMR over 100, er antallet af dødsfald over det forventede.

Det er helt centralt, at HSMR *ikke* kan sammenlignes på tværs af hospitalsenheder. Forskellige patientsammensætninger, opgaveporteføljer og intern organisering gør hospitalernes tal usammenlignelige. Man kan derimod forholde sig til udviklingen på det enkelte hospital. Omlægning fra indlæggelser til ambulante behandlinger vil eksempelvis også øge HSMR-tallet. Derfor skal udsving tolkes med varsomhed.

I Region Midtjylland som helhed har mortaliteten været nedadgående, så niveauet i 4. kvartal 2015 nærmer sig målsætningen om en 10 % reduktion. Som det fremgår af nedenstående tabel, dækker tallene over forskellige udviklinger på regionens fem hospitalsenheder. På nogle hospitaler har mortalitetsraten været stigende eller uændret, mens mortaliteten på andre hospitaler er faldet. HE Midt kan særligt fremhæves som et hospital der har formået at sænke mortaliteten mærkbart. Fra og med 2016 er samarbejdet med KEA omkring HSMR-tallene opsagt. HSMR vil derfor ikke længere indgå i de halvårslige sundhedsoverblik.

Tabel 1.i: HSMR: Resultater 3. kvartal 2014 – 4. 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
		3. kvartal 2014	4. kvartal 2014	1. kvartal 2015	2. kvartal 2015	3. kvartal 2015	4. kvartal 2015	
AUH	99	89	93	81	83	95	98	89
HE Midt	99	78	82	70	68	87	76	89
HE Horsens	106	105	106	102	95	91	102	95
HE Vest	102	109	102	108	97	116	94	92
RH Randers	114	105	104	111	133	120	112	103
Total	102	95	96	91	91	101	95	92

Datakilde: HSMR-tal leveret af Klinisk Epidemiologisk Afdeling. Samarbejdet med KEA omkring HSMR-tallene er opsagt fra udgangen af 2015, og HSMR indgår dermed for sidste gang i de halvårslige sundhedsoverblik.

1.6 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 1.j, har fire ud af fem somatiske hospitaler nået målsætningen om, at epikriser skal sendes indenfor 2 hverdage fra udskrivelsen. I psykiatrien har der i de seneste måneder været en lidt lavere målopfyldelse. På regionsniveau har målsætningen været opfyldt de seneste 5 måneder. Dette kan ses i forhold til resultatet i 2012 hvor kun godt 75 % af udskrivningsbrevene blev afsendt rettidigt.

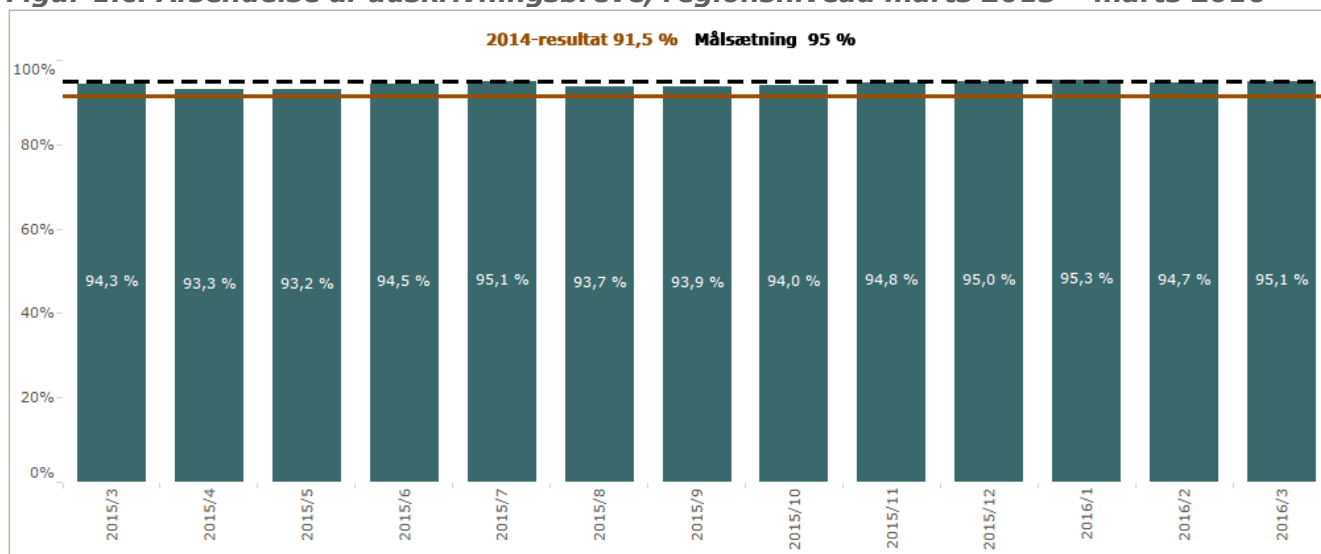
Tabel 1.j: Afsendelse af udskrivningsbreve. Resultater oktober 2015–marts 2016.

Afsendelse af udskrivningsbreve (epikriser)							
Mål: Minimum 95 % af udskrivningsbrevene afsendes senest 2 hverdage efter udskrivelse.							
Hospitalsenhed	Resultat de seneste 6 måneder						Mål
	Oktober 2015	November 2015	December 2015	Januar 2016	Februar 2016	Marts 2016	
AUH¹⁾	94 %	95 %	95 %	95 %	96 %	95 %	95 %
HE Midt	95 %	97 %	96 %	96 %	96 %	96 %	95 %
HE Horsens	92 %	91 %	93 %	93 %	90 %	93 %	95 %
HE Vest	94 %	95 %	96 %	96 %	95 %	96 %	95 %
RH Randers	93 %	94 %	95 %	96 %	95 %	95 %	95 %
Psykiatri	94 %	94 %	90 %	93 %	92 %	89 %	95 %
Region Midtjylland	94 %	95 %	95 %	95 %	95 %	95 %	95 %

Datakilde: BI-portal, 18. april 2016

1) Kræftafdelingen 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 1.c: Afsendelse af udskrivningsbreve, regionsniveau marts 2015 – marts 2016



1.7 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 %. Siden 2014 er der ikke lavet audits for kontaktpersonordningen, da det ikke er lovligt for personalet at lave opslag i EPJ. Seneste udtræk fra regionens BI-portal viste, at 53 % af de somatiske patienter i januar-februar 2016 fik udleveret et kontaktkort indenfor tidsgrænserne. I psykiatrien var det tilsvarende tal 83 %.

1.8 Fælles Medicinkort (FMK)

Det Fælles Medicinkort skal sikre, at patienter og relevante personer, som har borgeren i behandling, altid har adgang til korrekte og opdaterede medicinoplysninger. Ajourføring er lægens bekræftelse over for næste behandler på, at de aktuelle lægemiddelordinationer på Fælles Medicinkort afspejler borgerens aktuelle medicinering på ajourføringstidspunktet.

I november 2015 blev en ny version af fælles medicinkort udrullet på hospitalerne, og hospitalerne har i forbindelse hermed gennemført en omfattende undervisningsindsats.

I januar 2016 blev det besluttet at forlænge Fælles Medicinkort-oprydningsaftalen. Det sikrer oprydning af patienternes medicinkort i forbindelse med kommunernes overgang til Fælles Medicinkort, ved at kommunen anmoder den praktiserende læge om oprydning. Aftalen er forlænget til ultimo juni 2016.

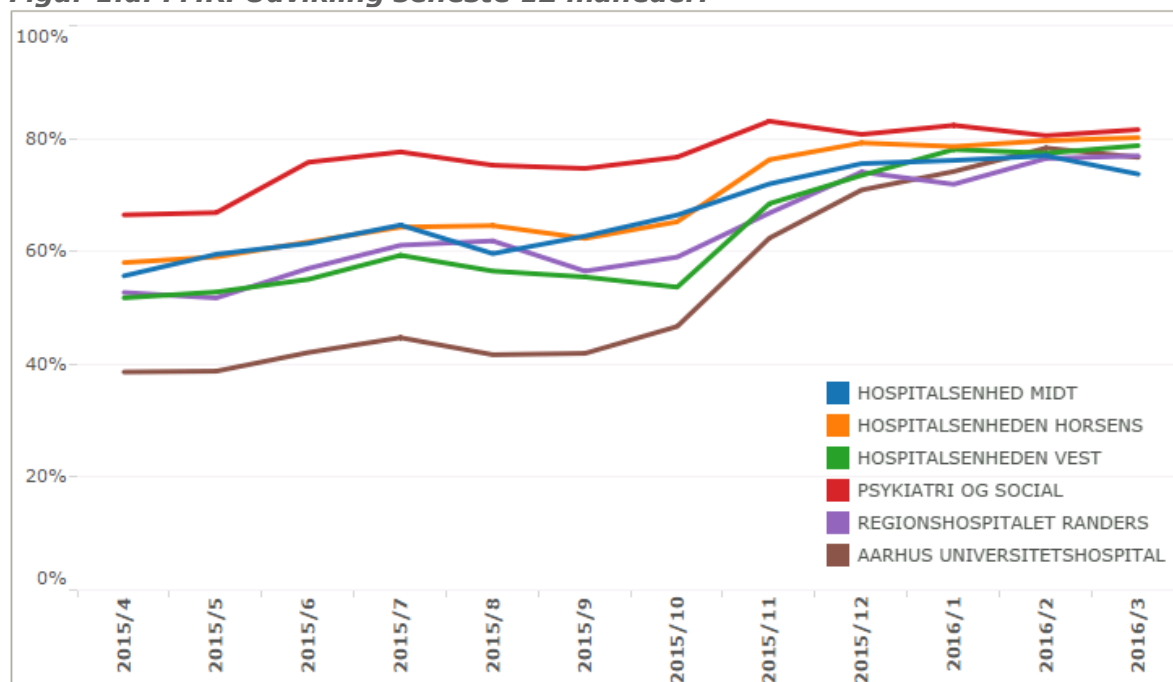
I efteråret 2015, hvor den nye version af fælles medicinkort blev udrullet på hospitalerne, steg opfyldelsesprocenten kraftigt. Målopfyldelsen på regionsniveau har været stigende måned for måned, og niveauet nærmer sig den nationale målsætning om en ajourføringsgrad på 90 %. Variationen mellem hospitalerne er udjævnet, og alle hospitaler har fulgt med den positive udvikling. I de seneste måneder kan der dog ses tegn på at udviklingen er ved at stagnere. Der er derfor behov for, at hospitalerne fortsat har ledelsesmæssig fokus på FMK og sætter ind med fornyede indsatser for at højne opfyldelsesprocenten det sidste stykke.

Tabel 1.k: FMK. Resultater oktober 2015 – marts 2016.

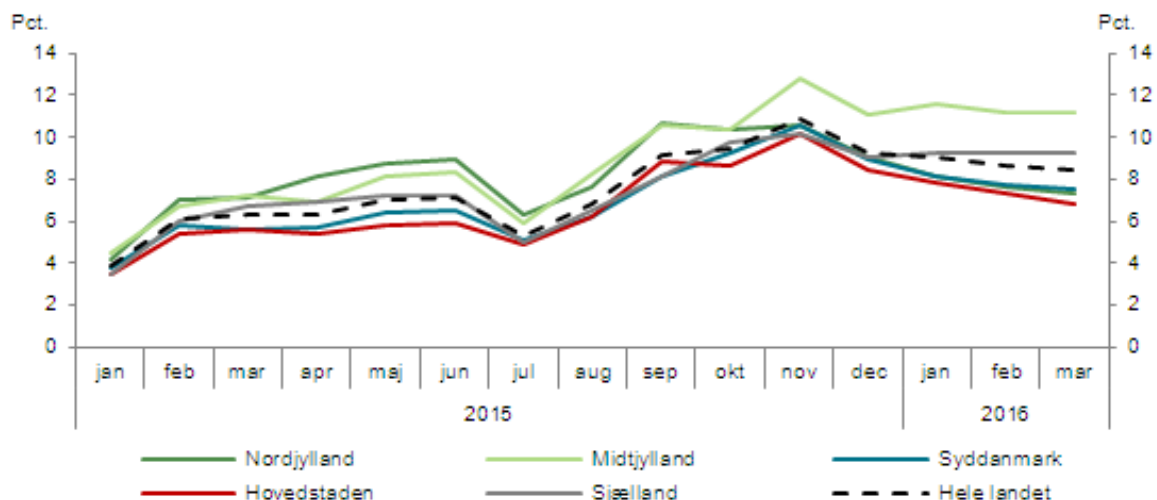
	Resultat de seneste 6 måneder						Mål
	Oktober 2015	November 2015	December 2015	Januar 2016	Februar 2016	Marts 2016	
AUH	47 %	62 %	71 %	74 %	77 %	77 %	90 %
HE Midt	66 %	72 %	76 %	77 %	77 %	74 %	90 %
HE Horsens	65 %	76 %	79 %	79 %	80 %	80 %	90 %
HE Vest	54 %	69 %	74 %	78 %	77 %	79 %	90 %
RH Randers	59 %	69 %	74 %	72 %	77 %	77 %	90 %
Psykiatrien	77 %	83 %	81 %	82 %	81 %	82 %	90 %
Total	56 %	68 %	74 %	76 %	78 %	77 %	90 %

Datakilde: BI-portal 18. april 2016

Figur 1.d: FMK. Udvikling seneste 12 måneder.

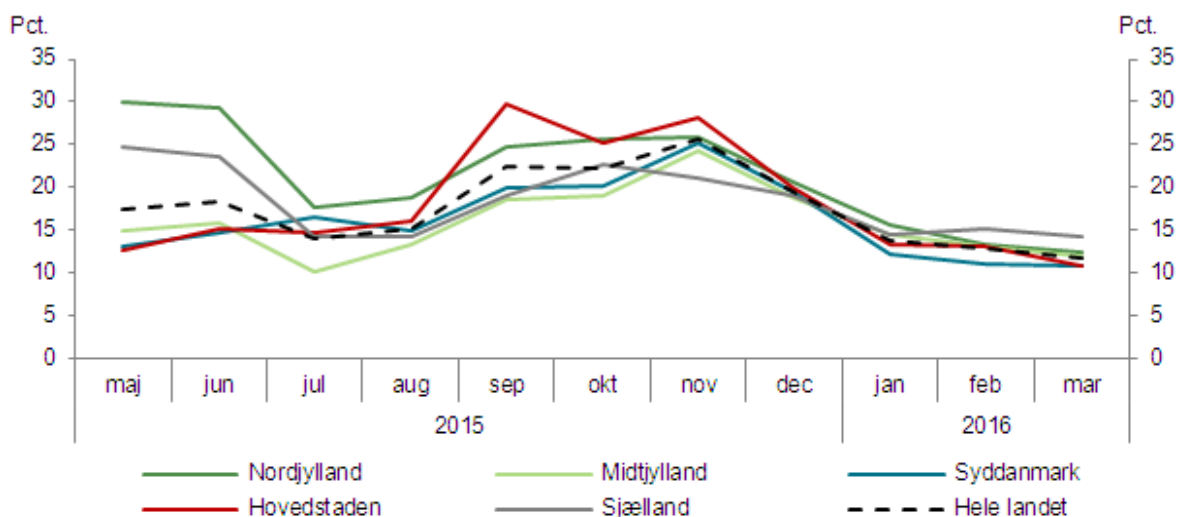


Figur 1.e: Procentandel ajourføringer ift. FMK-konsultationer i almen praksis pr. region, alle patienter, jan. 2015 - feb. 2016



Ovenstående figur viser ajourføringsgraden for alle patienter i almen praksis. Region Midtjylland er sammenlignet med de andre regioner den region, der ligger højest. Fra oktober til november 2015 steg ajourføringsgraden fra 10 % til 13 %. Herefter har ajourføringsgraden ligget lige omkring 11 %.

Figur 1.f: Procentandel ajourføringer ift. FMK-konsultationer i almen praksis for borgere med kommunal medicinadministration pr. region maj 2015 - feb. 2016



Figur 1.g viser ajourføringsgraden for patienter, hvor kommunen administrerer patientens medicin. Her ligger Region Midtjylland generelt lavt i forhold til de andre regioner. Frem til november 2015 steg ajourføringsgraden i Region Midtjylland til 24 %. Herefter har ajourføringsgraden været faldende. Almen praksis er ikke forpligtet af deres overenskomst til at nå en fastsat ajourføringsgrad. Ift. almen praksis' forpligtelser er disse beskrevet i en tværsektoriel vejledning udarbejdet af Sundhedsstyrelsen, Kommunernes Landsforening og Danske Regioner. Af vejledningens s. 4 fremgår det, at et medicinkort altid markeres ajourført,

når ordinationerne på medicinkortet er blevet ajourført, og at ajourføring er en almindelig del af anvendelsen af FMK. Praktiserende Lægers Organisation har tilkendegivet, at de ikke konsekvent vil følge vejledningens anbefalinger ift. løbende ajourføring af FMK ifm. ændringer af medicinordinationer.

2. Kvalitetsmål vedrørende psykiatrien

I det følgende vises resultater for kvalitetsmål, som regionsrådet har vedtaget for psykiatrien.

2.1 Kvalitetsmål vedrørende tvang i psykiatrien

I Økonomiaftalen 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 2016 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 20 % inden udgangen af 2016. Reduktionen skal ses i forhold til anvendelsen af bæltefikseringer i 2011-2013.

Målet ved udgangen af 2016 er at antal patienter berørt af bæltefiksering skal reduceres med 20 %, hvilket vil sige at maksimalt 116 unikke patienter pr. kvartal må berøres af bæltefiksering. Som det fremgår af tabel 2.a har der, efter et markant fald, været en mindre stigning i antallet af patienter som bæltefikseres. Niveaulet er således tilbage omkring baseline.

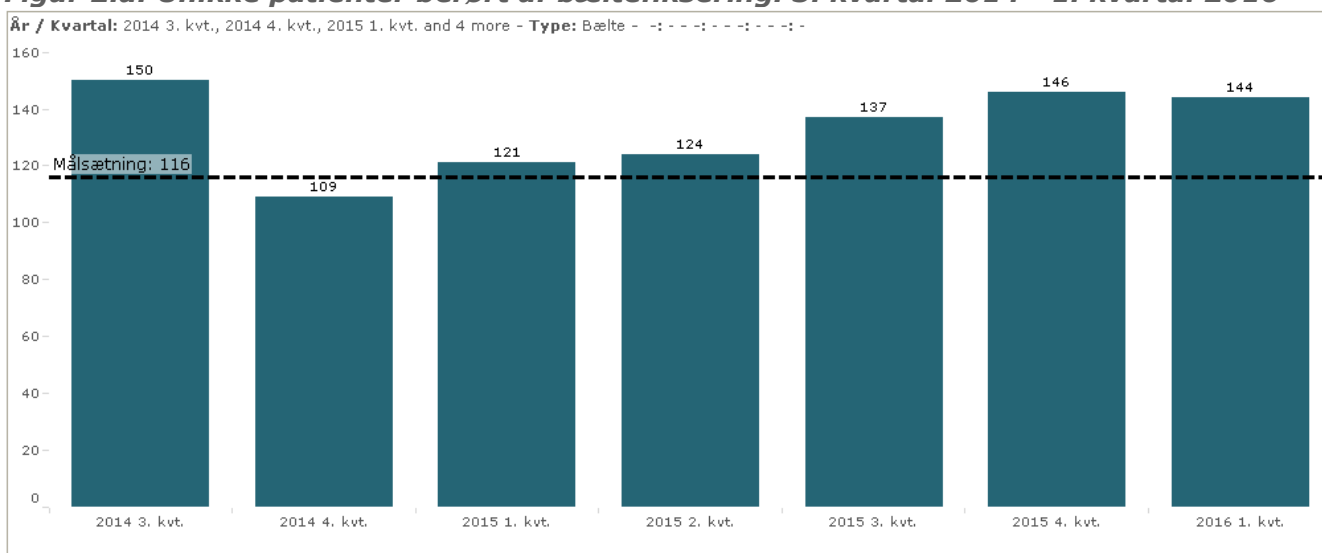
I de seneste to kvartaler, har der været væsentlig flere tilfælde af bæltefiksering (677 foranstaltninger i seneste kvartal). Brugen af bæltefiksering er meget individuel og afhængig af den enkelte patients sygdomsbillede. Dette er den primære årsag til at der ses nogle meget store udsving i antal bælte.

Tabel 2.a: Tvang i psykiatrien. Resultater 1. kvartal 2015 – 1. kvartal 2016.

Tvang i psykiatrien: bæltefikseringer							
Mål: Anvendelsen af bæltefiksering skal reduceres minimum 20 % inden udgangen af 2015 (sammenlignet med 2011-2013).							
	Baseline (2011-2013 resultat)	Resultat de seneste 5 kvartaler					Mål
		1. kvartal 2015	2. kvartal 2015	3. kvartal 2015	4. kvartal 2015	1. kvartal 2016	
Antal unikke patienter som bæltefikseres	145 patienter per kvartal	121 patienter	124 patienter	137 patienter	146 patienter	144 patienter	max. 138 i 2015 max. 116 i 2016
Antal foranstaltninger (bæltefiksering)	413 foranstaltninger per kvartal	249	419	349	704	677	max. 413 foranstaltninger

Datakilde: BI-portal 11. maj 2016. Der er ikke krav om reduktion i antal bæltefikseringer. Målet er derfor sat til baseline (resultatet i 2011-2013).

Figur 2.a: Unikke patienter berørt af bæltefiksering. 3. kvartal 2014 - 1. kvartal 2016



Datakilde: BI-portal 27. april 2016

2.2 Kvalitetsmål vedrørende ventetider i psykiatrien

Pr. 1. september 2015 er psykiatrien fuldt omfattet af udrednings- og behandlingsretten. Foruden den konkrete målopfyldelse vedrørende tid til udredning og behandling (jf. afsnit 1), ses i psykiatrien på antallet af ventende på psykiatrisk udredning og start på behandling.

I voksenpsykiatrien har antallet der venter i mere end 1 måned på udredning ligget ret stabilt på et lavt niveau, som den seneste måned er reduceret til kun 3 voksne. Antal børn og unge, som har ventet på udredning i mere end 1 måned er faldet i 2015 fra 40 i 1. kvartal til 14 i 4. kvartal (pr. 30. nov.). Siden har der været en opadgående tendens til 81 ved udgangen af marts måned 2016.

Udviklingen skal ses i sammenhæng med antallet af henvisninger til børne- og ungdomspsykiatrien, som er steget med 6,9 % over de seneste 12 måneder og 6,5 % de seneste 3 måneder.

Tabel 2.b: Ventetid på psykiatrisk udredning. Resultater oktober 2015 - marts 2016.

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
	Oktober 2015	November 2015	December 2015	Januar 2016	Februar 2016	Marts 2016	
Voksen-psykiatrien	6	7	8	6	4	3	Ingen patienter venter mere end 1 måneder på udredning
Børne- og ungdomspsykiatrien	14	14	30	46	47	81	Ingen patienter venter mere end 1 måneder på udredning

Note: Ventelistetallene er baseret på tal fra sidste dag i den pågældende måned.

Antal voksne patienter, som har ventet i mere end 1 måned på psykiatriske behandling, har i store dele af 2015 svinget fra 350 – 410 patienter. Det lykkedes at reducere antallet til 242 ultimo november 2015. Herefter har antallet svinget mellem 300 – 400 patienter. Antallet af henviste til voksenpsykiatrien er steget indtil årsskiftet 2015-2016 og er herefter faldet i forhold til de tilsvarende måneder i det foregående år.

I store dele af 2015 var der 25 – 30 børn og unge, som efter udredning havde ventet i mere end 1 måned på behandling. Det lykkedes at reducere antallet til 10 ventende i november. Siden slutningen af december har antallet svinget omkring 20 ventende børn og unge.

Tabel 2.c: Ventetid på psykiatrisk behandling. Resultater oktober 2015 - marts 2016.

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
	Oktober 2015	November 2015	December 2015	Januar 2016	Februar 2016	Marts 2016	
Voksen-psykiatrien	280	242	403	351	312	360	Ingen patienter venter mere end 1 måneder på behandling
Børne- og ungdomspsykiatrien	11	10	23	22	16	18	Ingen patienter venter mere end 1 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.

3. Kvalitetsmål vedrørende præhospitalet

Kvalitetsmålene gældende for præhospitalet omhandler responstider ved A- og B-kørsler samt afhentnings- og afleveringstidspunkter ved siddende patienttransport. I det følgende vises resultater for kvalitetsmålene. Alle kvalitetsmål for A- og B-kørsler er opfyldte.

Tabel 3.a: Responstider for patienter ved A- og B-kørsler. Resultater januar 2015 - marts 2016.

Kvalitetsmål for præhospitalet: Andel patienter der overholder responstider ved A-kørsler (livstruende) og B-kørsler (hastende men ikke livstruende).						
Kørsels-type	1. kv. 2015	2. kv. 2015	3. kv. 2015	4. kv. 2015	1. kv. 2016	Mål
A-kørsler (livstruende)	79,7 %	81,7 %	80,5 %	81,6 %	79,7 %	75 % af kørslerne er maks. 10 minutter
	96,8 %	97,3 %	96,6 %	96,7 %	96,4 %	92 % af kørslerne er maks. 15 minutter
	99,6 %	99,7 %	99,5 %	99,5 %	99,5 %	98 % af kørslerne er maks. 20 minutter
B-kørsler (hastende men ikke livstruende)	59,4 %	61,0 %	59,8 %	62,8 %	61,3 %	60 % af kørslerne er maks. 15 minutter
	75,8 %	77,3 %	76,1 %	80,2 %	78,1 %	75 % af kørslerne er maks. 20 minutter

For siddende patienttransport er målet om, at 95 % af dialysepatienterne afhentes/afleveres indenfor ½ times afvigelse fra det ønskede tidspunkt, ikke opfyldt, idet målopfyldelsen nu er lidt over 94 % (mod knap 92 % i 1. kv. 2015). Til gengæld er målet for siddende patienttransport opfyldt for de øvrige patientgrupper.

Tabel 3.b: Siddende patienttransport. Resultater januar 2015 - marts 2016.

Kvalitetsmål: 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
	1. kv. 2015	2. kv. 2015	3. kv. 2015	4. kv. 2015	1. kv. 2016	
Afhentning og aflevering skal ske inden for 1 times afvigelse fra ønsket tidspunkt	98,2 %	98,2 %	98,3 %	98,0 %	98,3 %	95 %
For patienter, der køres til dialyse, skal afhentning og aflevering ske inden for ½ times afvigelse fra ønsket tidspunkt	91,9 %	92,2 %	92,4 %	94,1 %	94,1 %	95 %

4. Kvalitetsmål vedrørende praksissektoren

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

Ventetid i telefon

Praksissektorens kvalitetsmål 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. 1. kvartal 2016 viser, at 71 % af patienterne kom til at tale med en vagtlæge inden for 5 minutter. Kvalitetsmålet er derved ikke opfyldt. I forhold til 4. kvartal 2015 er der tale om en tilbagegang på 16 procentpoint, og i forhold til 1. kvartal 2015 er der tale om en tilbagegang på 2 procentpoint.

Ventetid på konsultation

Kvalitetsmålet 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 1. kvartal 2016 viser, at 82 % af patienterne blev tilset af vagtlægen inden for en time. Kvalitetsmålet er derved ikke opfyldt. I forholdt til 4. kvartal 2015 er der tale om en tilbagegang på 6 procentpoint, og i forhold til 1. kvartal 2015 er der tale om en tilbagegang på 1 procentpoint.

Administrationen har bemærket, at målopfyldelsen for henholdsvis ventetiden i telefonen og ventetiden på konsultationen er faldet i fra 3. kvartal 2015 til 1. kvartal 2016. Derfor har administrationen kontaktet PLO-Midtjylland og opfordret lægevagten til at iværksætte initiativer, der sikrer, at kvalitetsmålene bliver overholdt.

Ventetid på hjemmebesøg

Kvalitetsmålet 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 1. kvartal 2016 viser, at 90 % af patienterne fik besøg af vagtlægen inden 3 timer. Derved er kvalitetsmålet opfyldt. Der er tale om en tilbagegang på 1 procentpoint set i forhold til samme periode året før.

Tabel 4.a: Kvalitetsmål for praksissektoren. Resultater januar 2015 - marts 2016.

Kvalitetsmål	Resultat de seneste 5 kvartaler					Mål
	1. kvrt. 2015	2. kvrt. 2015	3. kvrt. 2015	4. kvrt. 2015	1. kvrt. 2016	
Ventetid i telefon maksimalt 5 minutter	73 %	86 %	89 %	87 %	71 %	90 %
Ventetid på konsultation efter ankomst til kon-	83 %	84 %	88 %	88 %	82 %	90 %

sultationsstedet maksimalt 1 time						
Ventetid på hjemmebesøg maksimalt 3 timer	91 %	92 %	92 %	91 %	90 %	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 servicemål. 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.