

Sundhedsoverblik

pr. 31. august 2016

Kvalitetsmål

Indholdsfortegnelse

1. Sundhedsområdets kvalitetsmål.....	3
1.1 Patientsikkerhed og forebyggelige genindlæggelser.....	3
Genindlæggelse efter operation	3
Dødsfald efter operation, svær sepsis eller septisk chok	4
Forebyggelige genindlæggelser	4
1.2 Kvalitetsmål for udredning og behandling	5
Udredningsret	6
Ret til udredningsplan	6
Behandlingsfrist	7
1.3 Kvalitetsmål vedrørende udvalgte sygdomsområder.....	8
Akut mave-tarmkirurgi	8
Fødsler	8
Skizofreni	9
1.4 Kvalitetsmål vedrørende kræftpakker	10
1.5 Fælles Medicinkort (FMK).....	11
2. Kvalitetsmål vedrørende psykiatrien	13
2.1 Kvalitetsmål vedrørende tvang i psykiatrien	13
2.2 Kvalitetsmål vedrørende ventetider i psykiatrien	14
3. Kvalitetsmål vedrørende præhospitalet.....	15
4. Kvalitetsmål vedrørende praksissektoren.....	16

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) samt kræftpakker. Derudover afrapporteres på kvalitetsmål for psykiatrien, præhospitalet og praksissektoren. Sidst medtages også et afsnit om det fælles medicinkort. Kvalitetsmålet vedrørende ventetid på skadestuer rapporteres ikke, da der mangler retvisende data.

1.1 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.

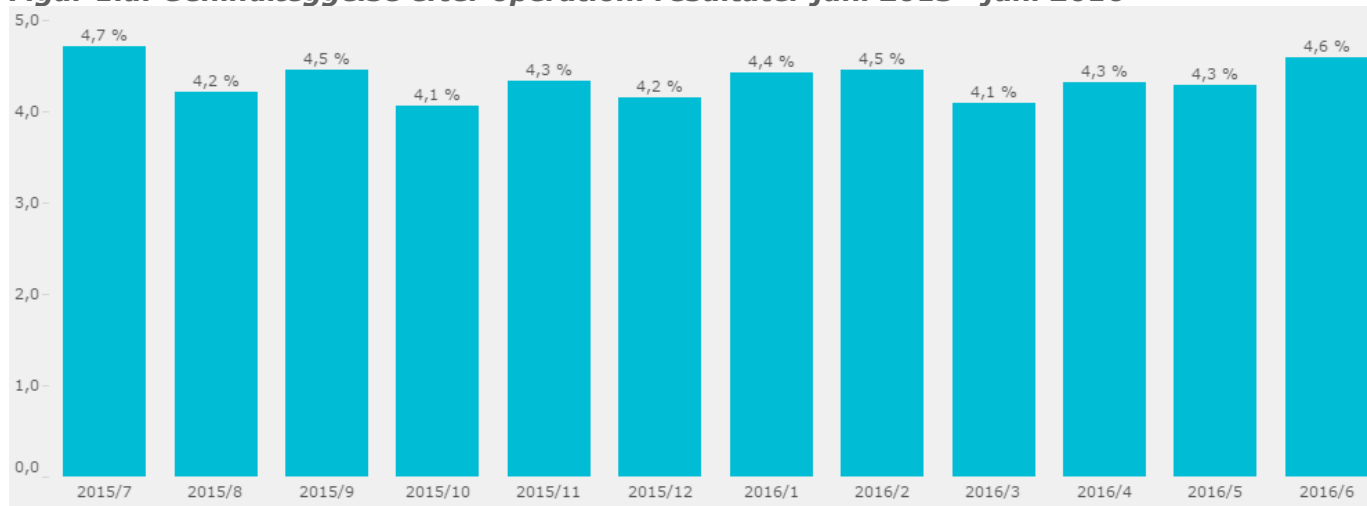
Genindlæggelse efter operation

Som det kan ses i 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. Ingen af hospitalerne opfylder målsætningen om en 20 % reduktion. Både hospitaler og kommuner arbejder fortsat på at nedbringe forekomsten af genindlæggelser efter operation.

Tabel 1.a: Genindlæggelse efter operation. Resultater Januar 2016 – Juni 2016

Genindlæggelse efter operation: Andelen af opererede patienter, som genindlægges inden for 30 dage.								
<i>Mål: Reduktion på minimum 20 % i forhold til 2012</i>								
	Baseline (2012- resultat)	Resultat de seneste 6 måneder						Mål
		Januar 2016	Februar 2016	Marts 2016	April 2016	Maj 2016	Juni 2016	
AUH	5,0 %	4,9 %	4,9 %	3,8 %	4,5 %	4,5 %	5,1 %	4,0 %
HE Midt	4,7 %	3,8 %	4,3 %	5,1 %	4,3 %	4,4 %	4,8 %	3,8 %
HE Horsens	3,7 %	3,8 %	4,0 %	4,0 %	4,4 %	4,1 %	4,0 %	3,0 %
HE Vest	4,4 %	4,1 %	4,2 %	4,0 %	3,9 %	4,0 %	3,9 %	3,5 %
RH Randers	4,9 %	5,1 %	4,2 %	3,7 %	4,5 %	4,5 %	4,5 %	3,9 %
Total	4,7 %	4,4 %	4,5 %	4,1 %	4,3 %	4,3 %	4,6 %	3,8 %

Datakilde: BI-portal 22. august 2016

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

Datakilde: BI-portal 22. august 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.

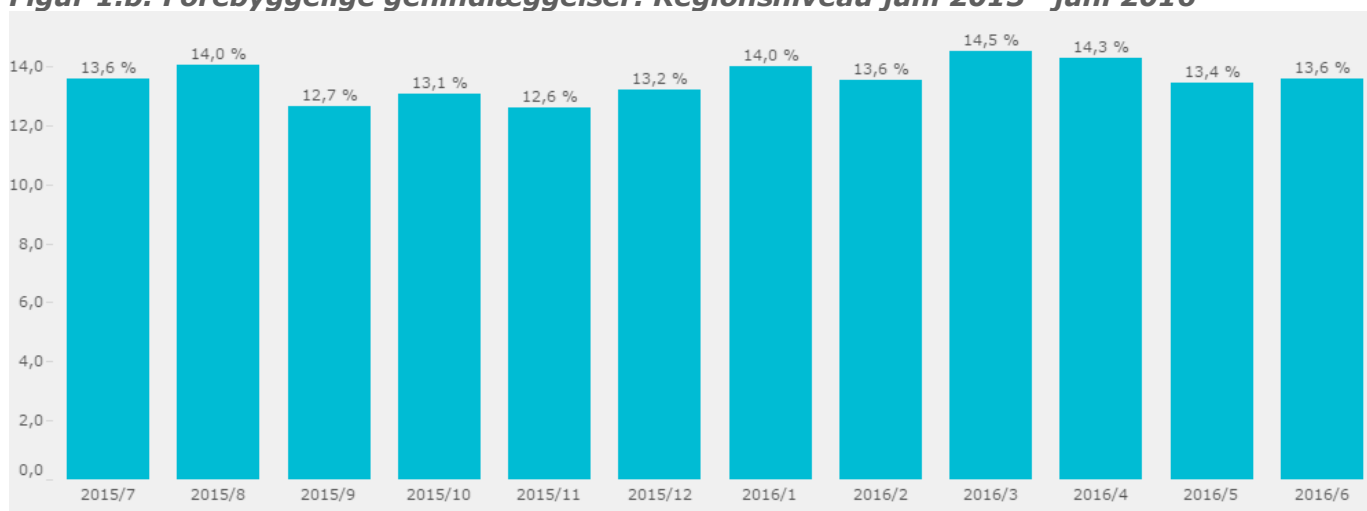
Som det fremgår af figur 1.b, er forebyggelige genindlæggelser et område, hvor Region Midtjylland ikke har opnået den ønskede fremgang. På regionsniveau ligger andelen rimeligt stabilt over tid på omkring 13-14 %, og resultatet er således stort set uændret sammenlignet med baseline i 2012 (12,9 %). Der 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, men ingen hospitaler har opfyldt målsætningen i løbet af perioden.

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 Januar 2016 – Juni 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
		Januar 2016	Februar 2016	Marts 2016	April 2016	Maj 2016	Juni 2016	
AUH	11,3 %	11,5 %	10,5 %	12,1 %	12,3 %	11,6 %	11,0 %	9,0 %
HE Midt	15,1 %	16,2 %	15,2 %	16,4 %	16,0 %	16,6 %	16,7 %	12,1 %
HE Horsens	13,5 %	14,1 %	16,6 %	12,7 %	13,6 %	12,5 %	11,5 %	10,8 %
HE Vest	14,0 %	13,0 %	14,1 %	14,5 %	14,8 %	13,4 %	14,7 %	11,2 %
RH Randers	11,3 %	16,9 %	12,7 %	18,6 %	15,7 %	14,1 %	14,8 %	9,0 %
Total	12,9 %	14,0 %	13,6 %	14,5 %	14,3 %	13,4 %	13,6 %	10,3 %

Datakilde: BI-portal 22. august 2016

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

Datakilde: BI-portal 22. august 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 2016 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 tendens til stagnation i andelen af forløb som overholder målet om, at 90 % skal udredes inden 30 dage. Dette kommer efter en kraftig stigning i slutningen af 2015. I psykiatrien er udviklingen vendt, så der igen er fremgang for overholdelsen af udredningsretten.

Opgørelsen viser netttotal, men 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 juni 2016 til 85 % i somatikken og 95 % i psykiatrien.

Tabel 1.c: Tid til udredning. Resultater Februar 2016 – Juli 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
	Februar 2016	Marts 2016	April 2016	Maj 2016	Juni 2016	Juli 2016	
AUH	79 %	78 %	75 %	74 %	80 %	83 %	90 %
HE Midt	72 %	73 %	72 %	77 %	77 %	78 %	90 %
HE Horsens	80 %	83 %	75 %	67 %	70 %	68 %	90 %
HE Vest	80 %	77 %	77 %	79 %	82 %	82 %	90 %
RH Randers	85 %	83 %	74 %	78 %	81 %	80 %	90 %
Psykiatrien	70 %	66 %	60 %	67 %	72 %	83 %	90 %
Total	77 %	77 %	73 %	75 %	78 %	79 %	90 %

Datakilde: BI-portal 22. august 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. I psykiatrien er tallet i seneste måned oppe på 97 %, som udredes eller får en udredningsplan indenfor 30 dage.

Tabel 1.d: Tid til udredning eller udredningsplan. Resultater Februar 2016– Juli 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
	Februar 2016	Marts 2016	April 2016	Maj 2016	Juni 2016	Juli 2016	
AUH	94 %	93 %	93 %	94 %	94 %	93 %	100 %
HE Midt	90 %	91 %	91 %	93 %	92 %	92 %	100 %
HE Horsens	98 %	99 %	97 %	97 %	96 %	95 %	100 %
HE Vest	98 %	98 %	97 %	96 %	97 %	96 %	100 %
RH Randers	96 %	97 %	96 %	94 %	97 %	95 %	100 %
Psykiatrien	87 %	86 %	82 %	92 %	96 %	97 %	100 %
Total	94 %	94 %	93 %	94 %	95 %	94 %	100 %

Datakilde: BI-portal 22. august 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 hospitalerne er tæt på at opfylde- eller har opfyldt målsætningen om, at 90 % skal behandles inden 30/60 dage. På regionsniveau er målsætningen i juli 2016 meget tæt på at være opfyldt.

Tabel 1.e: Behandlingsfrist. Resultater Februar 2016 – Juli 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
	Februar 2016	Marts 2016	April 2016	Maj 2016	Juni 2016	Juli 2016	
AUH	76 %	76 %	73 %	76 %	81 %	87 %	90 %
HE Midt	87 %	87 %	86 %	84 %	87 %	89 %	90 %
HE Horsens	88 %	86 %	90 %	89 %	90 %	92 %	90 %
HE Vest	81 %	79 %	76 %	79 %	80 %	86 %	90 %
RH Randers	82 %	83 %	82 %	87 %	87 %	91 %	90 %
Psykiatrien	87 %	90 %	88 %	87 %	90 %	94 %	90 %
Total	83 %	83 %	81 %	82 %	85 %	89 %	90 %

Datakilde: BI-portal 22. august 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 andelen af kvalitetsindikatorer med målopfyldelse for de enkelte sygdomsområder.

Akut mave-tarmkirurgi

Kvalitetsdatabasen vedrørende akut mave-tarmkirurgi har igennem en længere periode lidt under dataproblemer og omlægning af indikatorer. I 2015 blev inklusionskriterierne for patienter til indikatorerne omlagt, så der kun indgår patienter der har fået konstateret blødende mavesår eller perforation. Der skal derfor tages forbehold, når data sammenlignes over tid. På flere indikatorer er der tale om meget få patienter, og der kommer derfor udsving, i en kvartalsvis opgørelse. På regionsniveau opfyldes halvdelen af indikatorerne i 2. kvartal.

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

Akut mave-tarmkirurgi: Andel kvalitetsindikatorer, hvor standard er opfyldt.						
Mål: 100 %, dvs. opfyldelse af standarden på alle indikatorer.						
	Resultat de seneste 5 kvartaler					Mål
	2. kvartal 2015	3. kvartal 2015	4. kvartal 2015	1. kvartal 2016	2. kvartal 2016	
Region Midtjylland	48 % (10 ud af 21)	48 % (11 ud af 23)	65 % (13 ud af 20)	45 % (10 ud af 22)	50 % (11 ud af 22)	100 % (opfyldelse af standard på alle indikatorer)

Datakilde: BI-portal 19. august 2016.

Fødsler

Som det fremgår af nedenstående tabel opfyldes 6 ud af 8 indikatorer på regionsniveau i 2. kvartal 2016. De to indikatorer som ikke opfyldes vedrører *blødning efter fødslen* og *tidsgrænsen på 30 minutter for akut kejsersnit af grad 2*. Det skal bemærkes, at det drejer sig om meget få patienter på indikatorerne vedr. akut kejsersnit, og der opstår derfor nemt udsving i målopfyldelsen. De ikke-opfyldte indikatorer er begge tæt ved at nå målsætningen. Alle hospitaler arbejder systematisk med resultaterne fra databasen, med henblik på at sikre optimal datakvalitet og identifikation af forbedringsmuligheder. Derudover arbejder fødeafdelingerne med projekt *Sikre fødsler*, hvor formålet 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. Indikatorer fra projekt Sikre Fødsler indgår nu i databasen, men kan ikke afreporteres, da der endnu ikke er fastsat målsætninger.

Tabel 1.g: Kvalitetsindikatorer vedrørende fødsler, 2. kvartal 2015 – 2. kvartal 2016.

Fødsler: Andel kvalitetsindikatorer, hvor standard er opfyldt.						
<i>Mål: 100 %, dvs. opfyldelse af standarden på alle indikatorer.</i>						
	Resultat de seneste 5 kvartaler					Mål
	2. kvartal 2015	3. kvartal 2015	4. kvartal 2015	1. kvartal 2016	2. kvartal 2016	
AUH	80 % (8 ud af 10)	90 % (9 ud af 10)	70 % (7 ud af 10)	75 % (6 ud af 8)	50 % (4 ud af 8)	100 % (opfyldelse af standard på alle indikatorer)
HE Midt	50 % (5 ud af 10)	67 % (6 ud af 9)	60 % (6 ud af 10)	75 % (6 ud af 8)	63 % (5 ud af 8)	
HE Horsens	80 % (8 ud af 10)	70 % (7 ud af 10)	90 % (9 ud af 10)	75 % (6 ud af 8)	57 % (4 ud af 7)	
HE Vest	80 % (8 ud af 10)	70 % (7 ud af 10)	70 % (7 ud af 10)	88 % (7 ud af 8)	75 % (6 ud af 8)	
RH Randers	80 % (8 ud af 10)	80 % (8 ud af 10)	90 % (9 ud af 10)	75 % (6 ud af 8)	63 % (5 ud af 8)	
Total	70 % (7 ud af 10)	80 % (7 ud af 10)	60 % (6 ud af 10)	63 % (5 ud af 8)	75 % (6 ud af 8)	

Datakilde: BI-portal 22. august 2016. Der er endnu ikke fastsat målsætning for indikator 8.b vedr. akut kejsersnit for 1. gangsfødende. Denne indikator indgår derfor ikke i opgørelsen. I forbindelse med årsrapporten for 2015 er to indikatorer udgået af databasen, og tabellen indeholder således kun de aktuelle 8 indikatorer. Antallet af indikatorer varierer, da nogle hospitaler ikke har patienter på alle områder.

Skizofreni

Den nationale skizofrenidatabase har tidligere lidt af dataproblemer, men nu er der valide data. De udvalgte kvalitetsindikatorer vedrører; udredning for psykopatologi ved speciallæge, diagnoseredskab ved udredning, vurdering af selvmordsrisiko, pårørendekontakt for nye patienter med skizofreni og pårørendekontakt for patienter kendt med skizofreni. Set i forhold til at skizofrenidatabasen i længere tid har lidt under dataproblemer er opfyldelsen af indikatorer tilfredsstillende.

Tabel 1.h: Kvalitetsindikatorer vedrørende skizofreni, 2. kv. 2015 – 2. kv. 2016.

Skizofreni: Andel kvalitetsindikatorer, hvor standard er opfyldt.						
<i>Mål: 100 %, dvs. opfyldelse af standarden på alle indikatorer.</i>						
	Resultat de seneste 5 kvartaler					Mål
	2. kvartal 2015	3. kvartal 2015	4. kvartal 2015	1. kvartal 2016	2. kvartal 2016	
AUH	100 % (5 ud af 10)	100 % (5 ud af 5)	100 % (5 ud af 5)	80 % (4 ud af 5)	80 % (4 ud af 5)	100 % (opfyldelse af standard på alle indikatorer)

Datakilde: BI-portal 26. august 2016.

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 stigende. I første kvartal steg andelen der overholder forløbstiderne til 87 %. I andet kvartal er tallet steget yderligere til knap 89 %, og den regionale målsætning er således tæt ved at være opfyldt. Der er sket betydelige forbedringer på områder som lungekræft, livmoderkræft og ikke mindst urologisk kræft.

Der har igennem længere tid været problemer med at overholde forløbstiderne i de urologiske kræftpakker. Det blev aftalt med Aarhus Universitetshospital, at urinvejskirurgisk afdeling fra 1. februar 2016 skulle have 90 % måloverholdelse. Den store indsats har i de seneste måneder resulteret i 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 84 % i både 1. og 2. kvartal 2016.

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

	4. kv. 2015	1. kv. 2016	2. kv. 2016
Akut leukæmi /fremskreden myelodyspl..	75,0 % af 8	75,0 % af 8	100,0 % af 2
Analkræft	100,0 % af 8	83,3 % af 12	72,7 % af 11
Brystkræft	85,7 % af 223	88,8 % af 205	91,5 % af 165
Hoved- og halskræft	84,4 % af 64	78,8 % af 52	82,3 % af 62
Kræft i blæren	51,1 % af 47	65,4 % af 52	69,6 % af 23
Kræft i bugspytkirtlen	88,0 % af 25	90,0 % af 30	96,8 % af 31
Kræft i galdegang	77,8 % af 9	100,0 % af 7	77,8 % af 9
Kræft i hjernen	100,0 % af 13	90,0 % af 10	90,5 % af 21
Kræft i nyre	61,7 % af 60	92,6 % af 54	84,8 % af 46
Kræft i penis	72,7 % af 11	90,0 % af 10	90,0 % af 10
Kræft i prostata	75,2 % af 117	88,9 % af 90	85,9 % af 71
Kræft i spiserøret/mavemunden/	90,0 % af 30	75,7 % af 37	85,7 % af 28
Kræft i tyk- og endetarm	91,2 % af 204	88,7 % af 212	86,0 % af 186
Kræft i ydre kvindelige kønsorganer	91,7 % af 12	100,0 % af 13	100,0 % af 18
Kræft i æggestok	85,4 % af 41	87,9 % af 58	72,9 % af 48
Livmoderhalskræft	76,2 % af 21	77,8 % af 18	81,3 % af 16
Livmoderkræft	69,8 % af 53	82,6 % af 46	84,0 % af 50
Lungehindekræft	85,7 % af 7	66,7 % af 6	100,0 % af 3
Lungekræft	86,1 % af 194	84,4 % af 199	90,9 % af 208
Lymfeknudekræft og kronisk lymfatisk	95,2 % af 63	90,9 % af 55	96,5 % af 57
Modermærkekræft i hud	97,5 % af 81	98,9 % af 93	96,6 % af 119
Nyrebækken / urinleder	50,0 % af 4	71,4 % af 7	88,9 % af 9
Primær leverkræft	93,8 % af 16	94,7 % af 19	96,0 % af 25
Sarkom i bløddele	87,1 % af 31	91,3 % af 23	92,6 % af 27
Sarkom i knogle	87,5 % af 8	100,0 % af 4	100,0 % af 3
Tarmkræftmetastaser i leveren	84,3 % af 51	85,7 % af 49	88,0 % af 50
Total	83,9 % af 1.401	87,0 % af 1.369	88,7 % af 1.298

Datakilde: BI-Portal, 7. september 2016. Patientønsket og lægefagligt begrundet ventetid fratrækkes målopfyldelsen.

1.5 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.

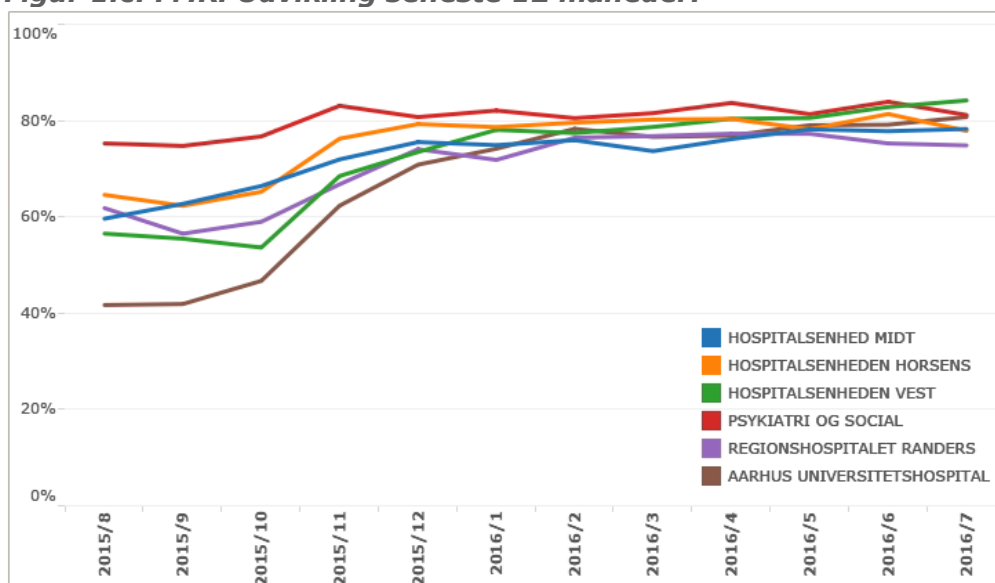
I november 2015 blev en ny version af fælles medicinkort udrullet på hospitalerne, og hospitalerne har i forbindelse hermed gennemført en omfattende undervisningsindsats. I den forbindelse steg opfyldelsesprocenten kraftigt på alle hospitaler, men i løbet af foråret 2016 begynder der at kunne ses tegn på at udviklingen stagnerer. 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 frem mod en ajourføringsgrad på 90 %.

Tabel 1.j: FMK. Resultater Februar 2016 – Juli 2016.

	Resultat de seneste 6 måneder						Mål
	Februar 2016	Marts 2016	April 2016	Maj 2016	Juni 2016	Juli 2016	
AUH	78 %	77 %	77 %	79 %	79 %	81 %	90 %
HE Midt	76 %	74 %	76 %	78 %	78 %	78 %	90 %
HE Horsens	80 %	80 %	80 %	78 %	81 %	78 %	90 %
HE Vest	77 %	79 %	80 %	81 %	83 %	84 %	90 %
RH Randers	77 %	77 %	77 %	77 %	75 %	75 %	90 %
Psykiatrien	81 %	82 %	84 %	81 %	84 %	81 %	90 %
Total	78 %	77 %	78 %	79 %	79 %	80 %	90 %

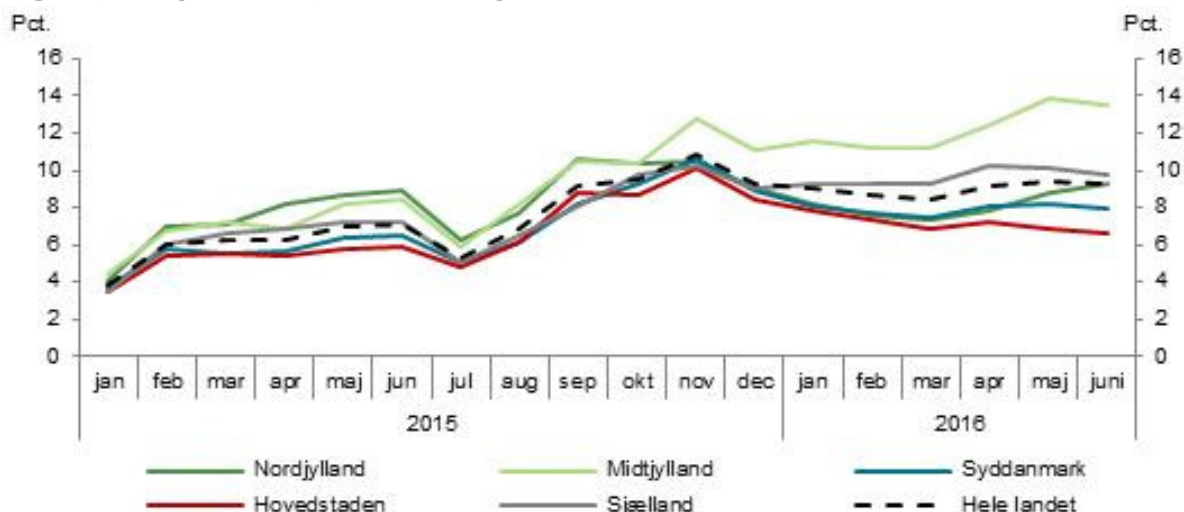
Datakilde: BI-portal 22. august 2016

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

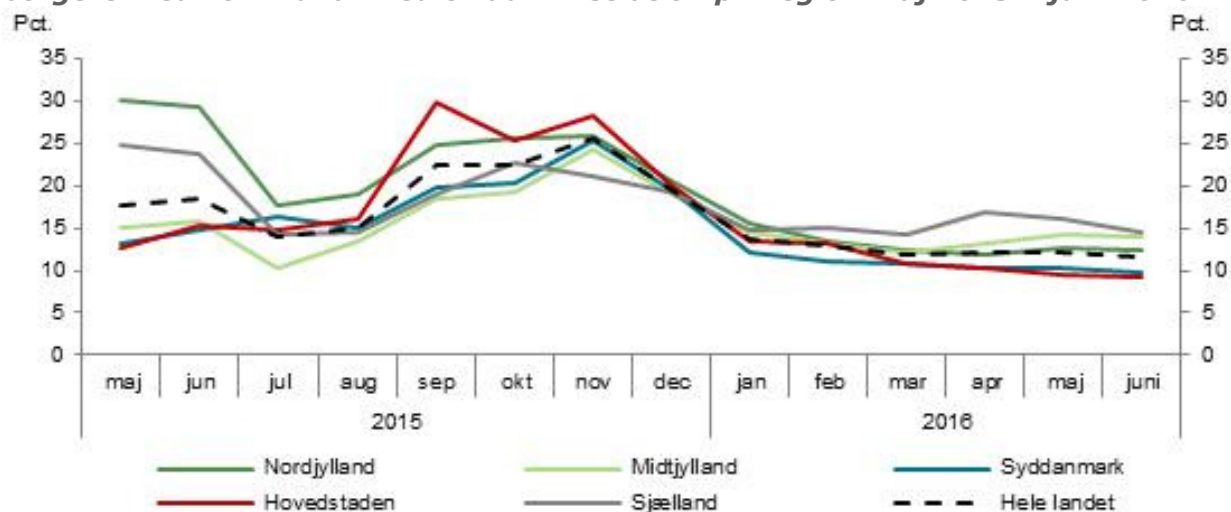


Nedenstående figur viser ajourføringsgraden for alle patienter i almen praksis. Region Midtjylland er sammenlignet med de andre regioner den region, der ligger højest. I foråret 2016 steg ajourføringsgraden fra ca. 11 % til 14 % i maj og juni måned.

Figur 1.d: Procentandel ajourføringer ift. FMK-konsultationer i almen praksis pr. region, alle patienter, maj 2015 - juni 2016



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



Figur 1.e viser ajourføringsgraden for patienter, hvor kommunen administrerer patientens medicin. Her ligger Region Midtjylland lidt over landsgennemsnittet. Frem til november 2015 steg ajourføringsgraden i Region Midtjylland til 24 %. Herefter var ajourføringsgraden faldende, frem til april-maj hvor der igen har været en lille stigning. Almen praksis er ikke forpligtet af deres overenskomst til at nå en fastsat ajourføringsgrad. Forpligtelser for almen praksis' er beskrevet i en tværsektoriel vejledning udarbejdet af Sundhedsstyrelsen, KL og Danske Regioner. Af vejledningen fremgår det, at et medicinkort altid markeres ajourført, når ordinationerne på medicinkortet er blevet ajourført, og at dette er en almindelig del af anvendelsen af FMK. Praktiserende Lægers Organisation har tilkendegivet, at de ikke konsekvent følger anbefalingerne om løbende ajourføring ved ændring af medicinordination.

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 Økonomaftalen 2015 mellem regeringen og Danske Regioner, blev der vedtaget nye mål omkring brugen af tvang i psykiatrien. Det nye mål lyder, at brugen af bæltefikseringer skal være reduceret med mindst 50 % i 2020, samtidig med at den samlede brug af tvang reduceres. I Budget 2016 er kvalitetsmålet vedrørende tvang 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.

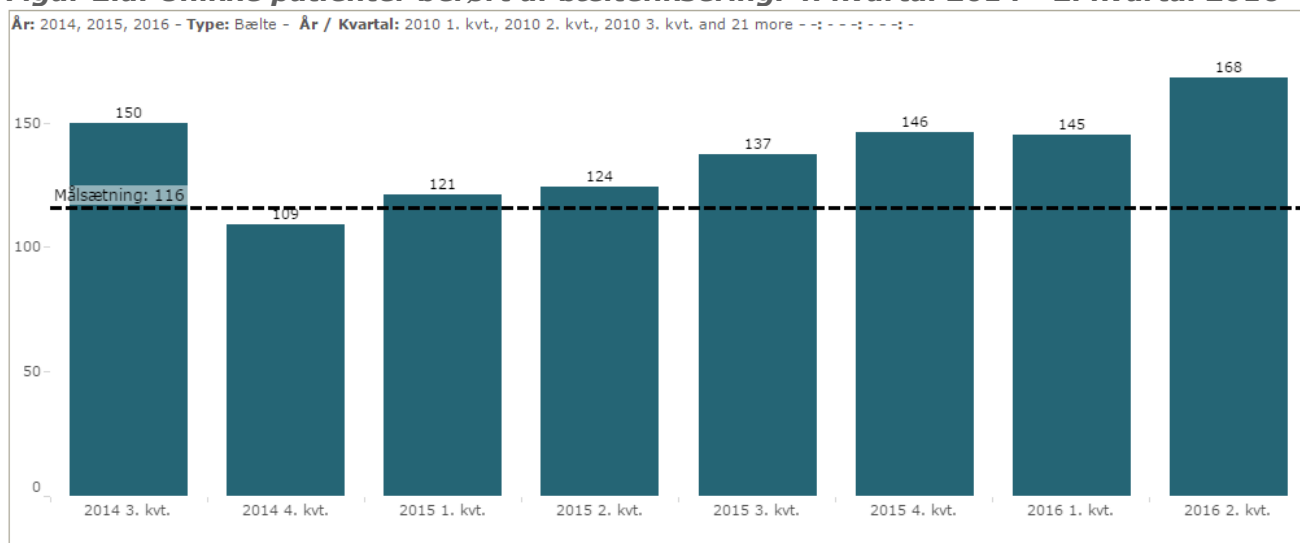
Målet om at antallet af patienter berørt af bæltefiksering skal reduceres med 20 % indebærer, at maksimalt 116 unikke patienter pr. kvartal må berøres af bæltefiksering. Som det fremgår af tabel 2.a har der, efter et markant fald, været en løbende stigning i antallet af patienter som bæltefikseres. Niveaulet er således kommet over baseline.

I de seneste kvartaler, har der været færre foranstaltninger med bæltefiksering, men spredt ud på et større antal unikke patienter. 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 2. kvartal 2015 – 2. kvartal 2016.

Tvang i psykiatrien: bæltefikseringer							
Mål: Anvendelsen af bæltefiksering skal reduceres minimum 20 % inden udgangen af 2016 (sammenlignet med 2011-2013).							
	Baseline (2011-2013 resultat)	Resultat de seneste 5 kvartaler					Mål
		2. kvartal 2015	3. kvartal 2015	4. kvartal 2015	1. kvartal 2016	2. kvartal 2016	
Antal unikke patienter som bæltefikseres	145 patienter per kvartal	124 patienter	137 patienter	146 patienter	145 patienter	168 patienter	max. 116
Antal foranstaltninger (bæltefiksering)	413 foranstaltninger per kvartal	419	349	701	672	592	-

Datakilde: BI-portal 26. august 2016.

Figur 2.a: Unikke patienter berørt af bæltefiksering. 4. kvartal 2014 - 2. kvartal 2016

Datakilde: BI-portal 26. august 2016

2.2 Kvalitetsmål vedrørende ventetider i psykiatrien

Pr. 1. september 2015 er psykiatrien fuldt omfattet af udrednings- og behandlingsretten. Foruden målopfyldelsen vedrørende tid til udredning og behandling, ses i psykiatrien på antallet af ventende på psykiatrisk udredning og start på behandling.

Antallet af voksne patienter, som ventede mere end 1 måned på psykiatriske behandling, lå i store dele af 2015 mellem 350 – 410 patienter. Det er lykkedes at reducere antallet til 127 ultimo juni måned 2016. Antallet er bl.a. som følge af ferieafvikling øget til 308 ultimo juli måned.

Henvisningerne til voksenpsykiatrien var stigende indtil årsskiftet 2015-2016 og er herefter faldet. De seneste 3 måneder har faldet været på 2 % i forhold til de tilsvarende måneder i 2015.

I 2015 var der omkring 25 – 30 børn og unge, som efter udredning havde ventet i mere end 1 måned på behandling. Det lykkedes at reducere antallet noget i slutningen af 2015, og i 2016 er ventetiden yderligere reduceret til blot 1 ventende ultimo juni måned. I juli måned er antal ventende imidlertid øget til 23 ventende. Stigningen skal bl.a. ses i sammenhæng med ferieafvikling i juli måned.

Tabel 2.b: Ventetid på psykiatrisk behandling. Resultater februar 2016 - juli 2016.

Antal patienter, som har ventet mere end 1 måned på psykiatrisk behandling.							
Mål: Ingen patienter venter mere end 1 måned på behandling.							
	Resultat de seneste 6 måneder						Mål
	Februar 2016	Marts 2016	April 2016	Maj 2016	Juni 2016	Juli 2016	
Voksen-psykiatrien	312	360	296	292	127	308	Ingen patienter venter mere end 1 måned på behandling
Børne- og ungdoms-psykiatrien	16	18	12	12	1	23	Ingen patienter venter mere end 1 måned 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-kørsler er opfyldte. Det ene kvalitetsmål for B-kørsler vedrørende andelen af kørsler under 20 minutter er overholdt. Det andet kvalitetsmål for B-kørsler vedrørende andelen af kørsler under 15 minutter er ikke overholdt, men er tæt på overholdelse.

Tabel 3.a: Responstider ved A- og B-kørsler. Resultater april 2015 - juni 2016.

Kvalitetsmål for præhospitalet: Andel patienter der overholder responstider ved A-kørsler (livstruende) og B-kørsler (hastende men ikke livstruende).						
Kørsels-type	2. kv. 2015	3. kv. 2015	4. kv. 2015	1. kv. 2016	2. kv. 2016	Mål
A-kørsler (livstruende)	81,7 %	80,5 %	81,6 %	79,7 %	81,4 %	75 % af kørslerne er maks. 10 minutter
	97,3 %	96,6 %	96,7 %	96,4 %	97,0 %	92 % af kørslerne er maks. 15 minutter
	99,7 %	99,5 %	99,5 %	99,5 %	99,7 %	98 % af kørslerne er maks. 20 minutter
B-kørsler (hastende men ikke livstruende)	61,0 %	59,8 %	62,8 %	61,3 %	58,4 %	60 % af kørslerne er maks. 15 minutter
	77,3 %	76,1 %	80,2 %	78,1 %	75,9 %	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 92 % i 2. kvartal 2015). Til gengæld er målet for siddende patienttransport opfyldt for de øvrige patientgrupper.

Tabel 3.b: Siddende patienttransport. Resultater april 2015 - juni 2016.

Kørselstype	Resultat de seneste 5 kvartaler					Mål
	2. kvrt.	3. kvrt.	4. kvrt.	1. kvrt.	2. kvrt.	
	2015	2015	2015	2016	2016	
Afhentning og aflevering skal ske inden for 1 times afvigelse fra ønsket tidspunkt	98,2 %	98,3 %	98,0 %	98,3 %	98,7 %	95 %
For patienter, der køres til dialyse, skal afhentning og aflevering ske inden for ½ times afvigelse fra ønsket tidspunkt	92,2 %	92,4 %	94,1 %	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. 2. kvartal 2016 viser, at 84 % af patienterne kom til at tale med en vagtlæge inden for 5 minutter. Kvalitetsmålet er derved ikke opfyldt. I forhold til 1. kvartal 2016 er der tale om en fremgang på 13 procentpoint, men i forhold til 2. 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 2. kvartal 2016 viser, at 87 % af patienterne blev tilset af vagtlægen inden for en time. Kvalitetsmålet er derved ikke opfyldt. I forhold til 1. kvartal 2015 er der tale om en fremgang på 5 procentpoint, og i forhold til 2. kvartal 2015 er der tale om en fremgang på 3 procentpoint.

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 2. kvartal 2016 viser, at 92 % af patienterne fik besøg af vagtlægen inden 3 timer. Derved er kvalitetsmålet opfyldt. I forhold til 1. kvartal 2016 er der tale om en fremgang på 2 procentpoint, og i forhold til 2. kvartal 2015 er overholdelsen af kvalitetsmålet uændret.

Tabel 4.a: Kvalitetsmål for praksissektoren. Resultater april 2015 - juni 2016.

Kvalitetsmål for regionens lægevagt: Andel af patienter, hvor de maksimale ventetider i telefon, på konsultation og på hjemmebesøg er overholdt.						
Mål: Minimum 90 % af patienterne; venter maksimalt 5 minutter i telefonen, venter maksimalt 1 time på konsultation, og venter maksimalt 3 timer på hjemmebesøg.						
Kvalitetsmål	Resultat de seneste 5 kvartaler					Mål
	2. kvrt. 2015	3. kvrt. 2015	4. kvrt. 2015	1. kvrt. 2016	2. kvrt. 2016	
Ventetid i telefon maksimalt 5 minutter	86 %	89 %	87 %	71 %	84 %	90 %
Ventetid på konsultation efter ankomst til konsultationsstedet maksimalt 1 time	84 %	88 %	88 %	82 %	87 %	90 %
Ventetid på hjemmebesøg maksimalt 3 timer	92 %	92 %	91 %	90 %	92 %	90 %

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

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

Koncernøkonomi er i løbende dialog med lægevagten omkring den manglende opfyldelse af kvalitetsmål. I genforhandlingen af lægevagtsaftalen, som er påbegyndt, medtages kravet om overholdelse af kvalitetsmål, 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 kvalitetsmålene.