

Kvalitetsudvalget

Status for Region Hovedstadens Kvalitetshandlingsplan - Effektivitet

REGION

Af rapportering til regionsrådet
November 2012

Indledning

I juni 2010 vedtog regionsrådet Region Hovedstadens Kvalitetspolitik samt Kvalitetshandlingsplan 2010 – 2013. Kvalitetspolitikken baserer sig på fire grundlæggende værdier: *sikkerhed, patienten i centrum, effektivitet og lighed*, som tilsammen danner fundamentet for arbejdet med kvalitetsudvikling.

Kvalitetshandlingsplanen er den konkrete udmøntning af kvalitetspolitikken i perioden 2010 til 2013. I kvalitetshandlingsplanen er der opstillet konkrete målsætninger for kvalitetsudviklingen for hver af kvalitetspolitikkenes fire værdier i perioden. Ved udgangen af 2013 opgøres en samlet status for forløbet af handlingsplanen og opnåelsen af de opstillede målsætninger, og der udarbejdes forslag til kvalitetshandlingsplan for den kommende periode.

Undervejs i forløbet af rapporteres årligt til regionsrådet om status for arbejdet med de fire værdier og de foreløbige resultater i forhold til at opfylde målsætningerne. Samtidig følges udviklingen løbende i de politiske underudvalg. Denne rapport er den anden af rapportering undervejs i handlingsplanens gyldighedsperiode. Rapporten har været behandlet i de politiske underudvalg, således at kvalitetsudvalget har drøftet afsnittene om sikkerhed, effektivitet og akkreditering, patientudvalget har drøftet afsnittet om patienten i centrum og udvalget for udsatte borgere har drøftet afsnittet om lighed.

Behandlingen skal være effektiv

Patienterne skal tilbydes en rationel, veldokumenteret og omkostningseffektiv behandling, og der skal være sammenhæng i udrednings- og behandlingsforløb på tværs af sektorer og hospitaler. Arbejdet med at tilbyde en effektiv behandling tager afsæt i fire overordnede indsatsområder:

Ensartet kvalitetsniveau

Sammenhængende patientforløb

Rationel medicinanvendelse

IT-understøttelse

Der er opstillet følgende målsætninger for de fire indsatsområder:

- Målopfyldelse i NIP i henhold til dialogaftaler
- Kliniske retningslinjer for alle specialer
- Pakkeforløb for hjerter, diabetes og apopleksi implementeret
- 90 % efterlevelse af medicinrekommendationer
- Integration af IT og kvalitet

Målsætning: Målopfyldelse i NIP i henhold til dialogaftaler

Målsætningen tager udgangspunkt i de årlige dialogaftaler. I dialogaftalerne indgik mål for udvalgte indikatorer i fire databaser i det nationale indikatorprojekt (NIP). Indikatorerne er udvalgt af de relevante sundhedsfaglige råd ud fra en vurdering af, hvor der var behov for en særligt fokuseret indsats for at forbedre regionens resultater.

Siden kvalitetshandlingsplanens vedtagelse i 2010 er det nationale indikatorprojekt lagt sammen med de øvrige kliniske kvalitetsdatabaser i Regionernes Kliniske Kvalitetsprogram (RKKP). De tidligere NIP databaser føres uændret videre. Endvidere er de årlige dialogaftaler i Region Hovedstaden afløst af toårige udviklingsaftaler, som ikke indeholder fælles målsætninger for klinisk kvalitet.

Resultaterne for de indikatorer, der indgik i dialogaftalerne fremgår af nedenstående tabel.

Sygdomsområde	Indikator	Region H 2010	Region H 2011	Landsresultat 2011
Hjerteinsufficiens	1, andel af patienter, der får foretaget ekkokardiografi – standard 90 %	81 %	89 %	92 %
	2, andel af patienter der NYHA klassificeres ved udskriving eller ved første ambulante kontrol – standard 90 %	71 %	85 %	89 %
	3b, andel af patienter med nedsat systolisk funktion, der er opstartet eller forsøgt opstartet behandling med betablokker – standard 80 %	83 %	84 %	88 %
Apopleksi	3, andel af patienter med akut iskæmisk apopleksi og atrieflimren, som sættes antikoagulations- behandling indenfor 14. indlæggelsesdøgn – standard 95 %	84 %	86 %	85 %
	4, andel af patienter der får udført en MR/CT scanning indenfor 1. indlæggelsesdøgn – standard 80 %	76 %	85 %	85 %
	10, andel af patienter, der vurderes med vandtest indenfor 1. indlæggelsesdøgn – standard 90 %	62 %	77 %	73 %
Diabetes	Hele behandlingspakken – ingen standard fastsat, et højt niveau tilstræbes	76 %	85 %	85 %
Skizofreni	5a, andel af patienter, hvor de pårørende tager imod tilbud om kontakt – standard 90 %	76 %	75 %	82 %
	6, andel af incidente patienter, der tager imod psykoedukation inden for to år – standard 40 %	32 %	37 %	44 %

Tabel 1: Målopfyldelse for indikatorer i dialogaftalerne 2010 og 2011

Selv om dialogaftalerne er faldet væk er der fortsat fokus på den kliniske kvalitet og resultaterne i de tidligere NIP databaser for apopleksi, hjerteinsufficiens, diabetes og skizofreni, som indgik i dialogaftalerne, følges tæt.

For **apopleksi** opfylder Region Hovedstaden standarderne for 10 ud af 18 indikatorer og ligger over landsresultatet for 11 ud af 18 indikatorer i sidste årsrapport. Der er forbedrede resultater for 10 af 18 indikatorer i sidste årsrapport.

For **hjerteinsufficiens** opfylder Region Hovedstaden standarderne for fem ud af syv indikatorer og ligger over landsresultatet for to ud af syv indikatorer i sidste årsrapport. Der er forbedrede resultater for seks ud af syv indikatorer i sidste årsrapport.

For **diabetes** opfylder Region Hovedstaden standarderne for seks ud af syv indikatorer og ligger på eller over landsresultatet på fire ud af syv indikatorer. Der ses forbedrede resultater for alle indikatorer i sidste årsrapport.

For **skizofreni** opfylder Region Hovedstaden standarderne for 11 ud af 25 indikatorer og ligger på eller over landsgennemsnittet på 13 ud af 25 indikatorer. Der er forbedrede resultater for 16 ud af 25 indikatorer i sidste årsrapport.

Regionale initiativer

Auditmøder

Der afholdes regionale møder med de relevante sundhedsfaglige råd for alle de ca. 50 kliniske kvalitetsdatabaser, inkl. de fire nævnte, hver gang der udkommer en årsrapport. På mødet drøftes Region Hovedstadens resultater, det vurderes om datakompletheden og kvaliteten er tilfredsstillende. På baggrund af drøftelsen rådgiver det pågældende sundhedsfaglige råd det regionale kvalitetsråd og ledelsessystemet i Region Hovedstaden med anbefalinger til konkrete indsatsområder og/eller kvalitetsudviklingsaktiviteter på baggrund af resultaterne i årsrapporten. I bilag 1 ses et eksempel på referatet fra et møde med SFR.

LEAN

Regionens LEAN strategi understøtter arbejdet med kvalitetshandlingsplanen på en række områder. Den overordnede mission for LEAN strategien er at understøtte udviklingen af et moderne og effektivt sundhedsvæsen i Region Hovedstaden ved at skabe øget værdi for borgere og patienter gennem bedre kvalitet, højere produktivitet og kortere gennemløbstider samt en større medarbejdertilfredshed ved konkrete LEAN aktiviteter.

I den regionale LEAN strategi er der defineret fokusområder og indsatser med årlige målsætninger frem til 2016. Der er i henhold til strategien i 2011 og 2012 gennemført LEAN projekter på ambulatorierne på en række af regionens hospitaler med støtte og rådgivning fra den regionale LEAN enhed. Sideløbende er der foretaget en omfattende uddannelsesindsats i form af introduktionsmøder, undervisning og egentlige uddannelsesforløb.

Målsætning: Kliniske retningslinjer for alle specialer

Regionens sundhedsfaglige råd blev oprindeligt bedt om at udarbejde to kliniske retningslinjer for hvert speciale. Herudover kræver akkrediteringsstandarderne at der udvikles kliniske retningslinjer for en række kliniske patientforløb.

Status: Der er udarbejdet og publiceret ialt 141 regionale kliniske vejledninger. Der er syv SFR som ikke har udfærdiget fælles vejledninger endnu. Disse er kendetegnet ved at være specialer, som kun findes på få hospitaler. Øvrige SFR har produceret fra 2 - 13 fælles kliniske vejledninger. Status for arbejdet med regionale vejledninger: Samlet foreligger der ca. 230 regionale vejledninger (inkl. kliniske vejledninger).

Målsætning: Pakkeforløb for hjerter, diabetes og apopleksi implementeret

Et pakkeforløb er en veldefineret ramme for, hvilke undersøgelser patientforløbet skal indeholde med fagligt begrundede mål for, hvor hurtigt henvisning, udredning, behandling og rehabilitering skal ske.

Hjertepakkerne blev aftalt i Økonomiaftalen mellem regeringen og regionerne for 2009. Pakkerne omfatter patienter med ikke-akutte livstruende hjertesygdomme. Følgende hjertesygdomme er omfattet af hjertepakkerne:

- *Stabil angina pectoris*
- *Ustabil angina pectoris og NSTEMI*
- *Hjertesvigt*
- *Hjerteklapsygdom*

Den seneste statusopgørelse fra februar 2012 viser, at Region Hovedstaden oplever udfordringer i forbindelse med at opfylde forløbstiderne for pakkeforløbene. Rehabilitering udgør den væsentligste udfordring for hospitalerne, idet pres på fysioterapien har medført ventetider til hjerterehabilitering for hjertesvigt, stabil og ustabil angina pectoris og NSTEMI. Desuden er der udfordringer i forhold til at overholde forløbstid for udredningsstart.

Forløbstiderne for stabil angina pectoris overholdes eller overholdes med få dages overskridelse for det samlede pakkeforløb på fire ud af 11 hospitaler. For ustabil angina pectoris og NSTEMI er der syv ud af 11 hospitaler, der overholder eller overholder med få dages overskridelse. For hjertesvigt er det fem hospitaler og for hjerteklapsygdom fire ud af 11 hospitaler, der overholder forløbstider.

Region Hovedstaden har i 2012 taget en række initiativer med henblik på at styrke kendskabet til pakkerne i . På den baggrund har der i 2012 været en intensiveret informationsindsats overfor primær sektoren. Indsatsen har omfattet fyraftensmøder på syv af regionens hospitaler for almen praksis om hjertepakker. Derudover informeres alment praktiserende læger via klinikbesøg af facilitatorer om hjertepakkerne. Regionen afholder ligeledes i efteråret tema-undervisning i hjertepakkerne for alment praktiserende læger.

Pakkeforløb for diabetes og apopleksi.

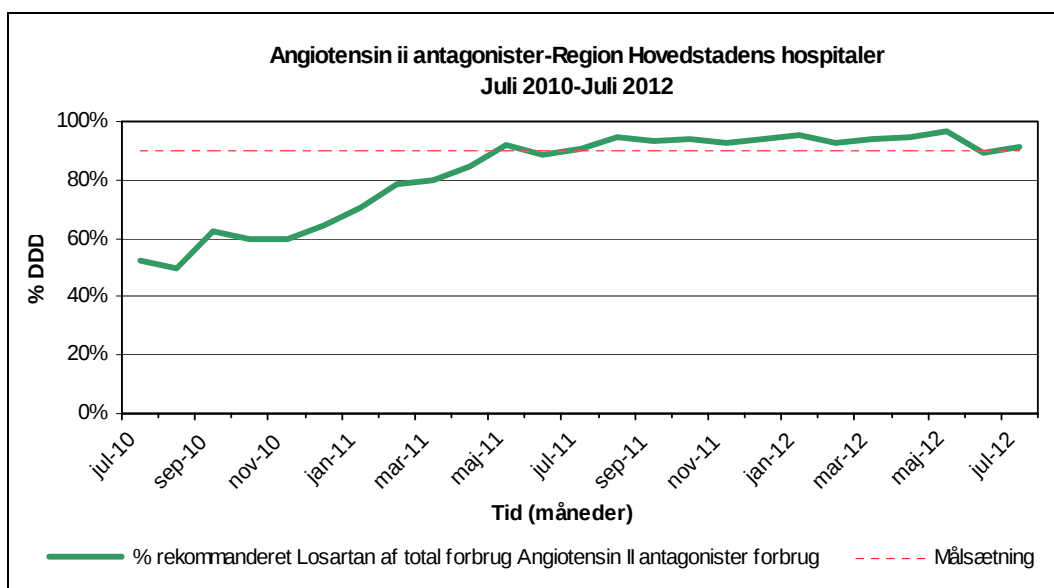
I Region Hovedstaden skal der i perioden 2010 – 2013 udarbejdes regionale pakkeforløb for diabetes og apopleksi.

Målsætning: 90 % efterlevelse af medicinrekommandationer

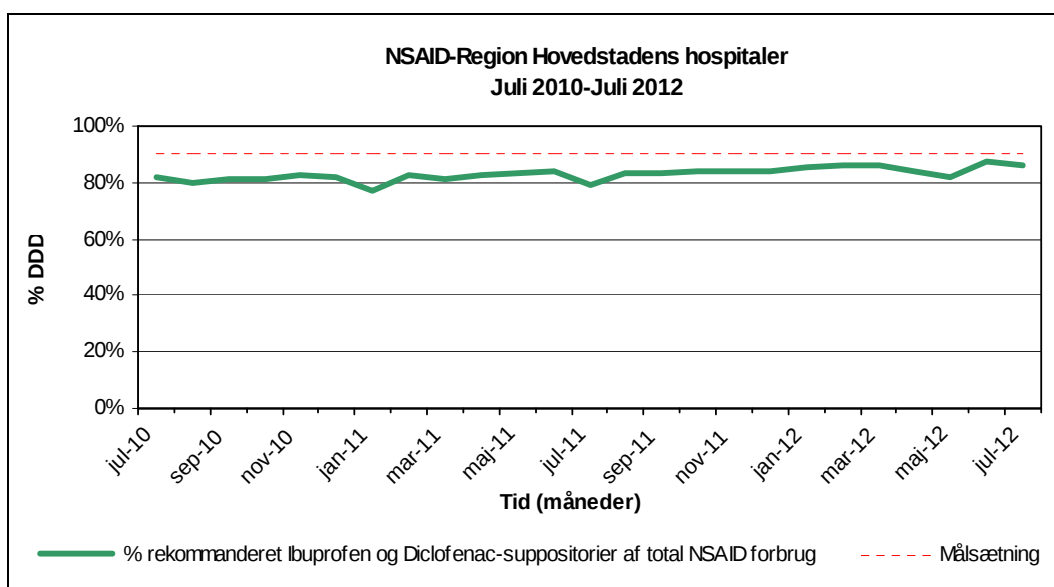
Hospitaler

Rekommandationer for hvilke lægemidler, der bør anvendes på regionens hospitaler, udarbejdes af den regionale lægemiddelkomité (RLK) i form af en årlig rekommandationsbog eller af Rådet for Anvendelse af Dyr Sygehusmedicin (RADS), som udarbejder fællesregionale behandlingsvejledninger for en række sygdomsområder, hvor medicinen er meget dyr.

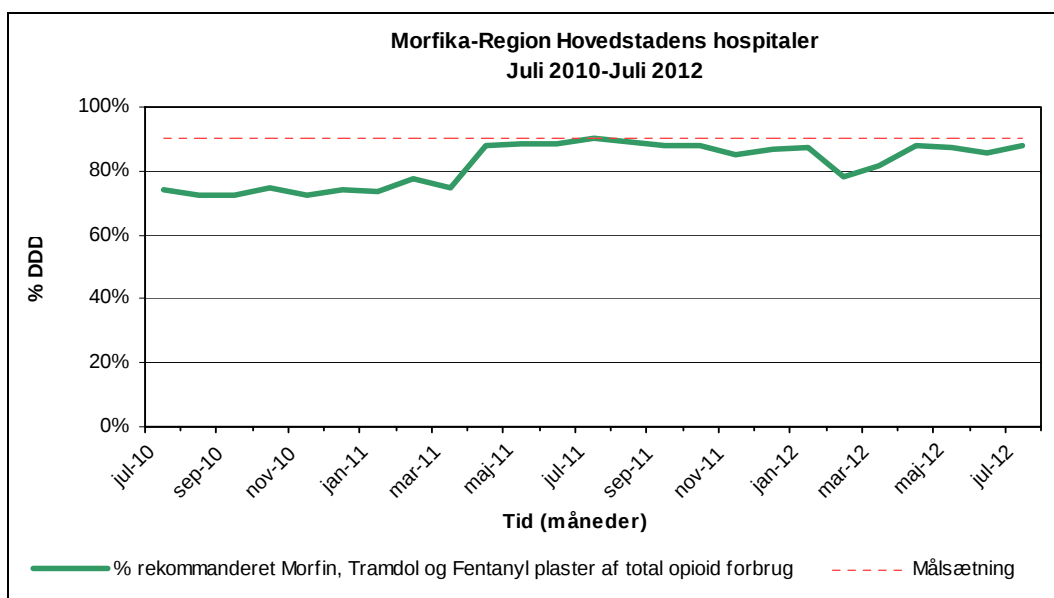
Der er særlig fokus på tre udvalgte lægemiddelgrupper, hvor det vurderes at der er kvalitetsmæssige og/eller økonomiske gevinster ved høj efterlevelse af rekommandationerne. Det drejer sig om Angiotensin 2 antagonister (blodtryksmedicin), NSAID (gigtmedicin) og morfika (stærk smertestillende medicin). I dialogaftalerne var opstillet mål for hospitalernes brug heraf. Figurene herunder viser forbruget i de tre lægemiddelgrupper



Figur 1: Forbrug af rekommanderet lægemiddel i forhold til totalforbrug på regionens hospitaler – Angiotensin 2 antagonist



Figur 2: Forbrug af rekommanderet lægemiddel i forhold til totalforbrug på regionens hospitaler – NSAID



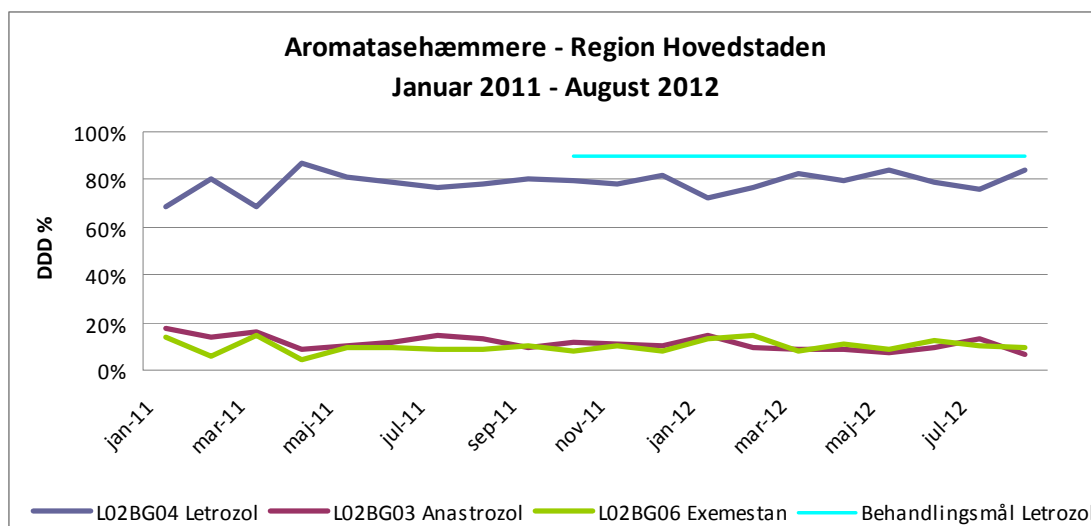
Figur 3: Forbrug af rekommanderet lægemiddel i forhold til totalforbrug på regionens hospitaler – morfika

Som det fremgår ligger forbruget i de tre lægemiddelgrupper på eller tæt på målsætningen på 90 % efterlevelse af rekommandationerne.

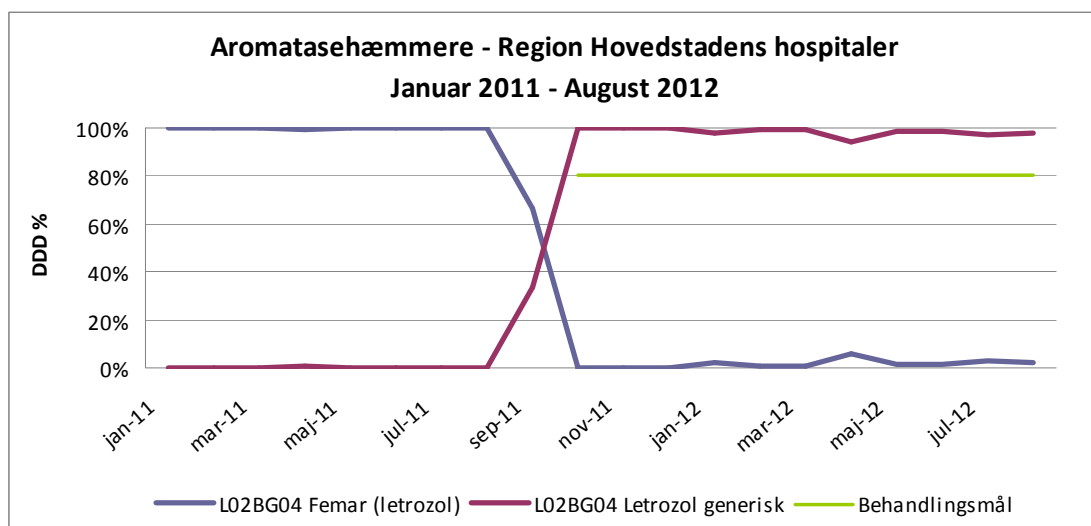
Rådet for Anvendelse af Dyr Sygehusmedicin (RADS) udarbejder behandlingsvejledninger og rekommandationer for en række behandlinger, hvor medicinen er meget dyr. Formålet med RADS er at sikre ensartet kvalitet i behandlingen på tværs af landet samt, via udbud, at sikre den billigste pris for lægemidlerne. Regionernes efterlevelse af rekommandationerne monitoreres af de regionale lægemiddelkomiteer. RADS har udarbejdet rekommandationer for aromatasehæmmere (antihormonbehandling til visse typer brystkræft), G-CSF (lægemidler til behandling af blodsygdomme), lægemidler til behandling af sclerose, heptatitis (leverbetændelse) samt HIV/AIDS. Den regionale lægemiddelkomité (RLK) følger op på implementeringen af rekommandationerne fra RADS i dialog med de sundhedsfaglige råd og de kliniske afdelinger.

Figurene herunder viser mængdeforbruget på hospitalerne i Region Hovedstaden i de fem lægemiddelgrupper i forhold til rekommandationerne.

Aromatasehæmmere (antihormonbehandling til visse typer brystkræft)



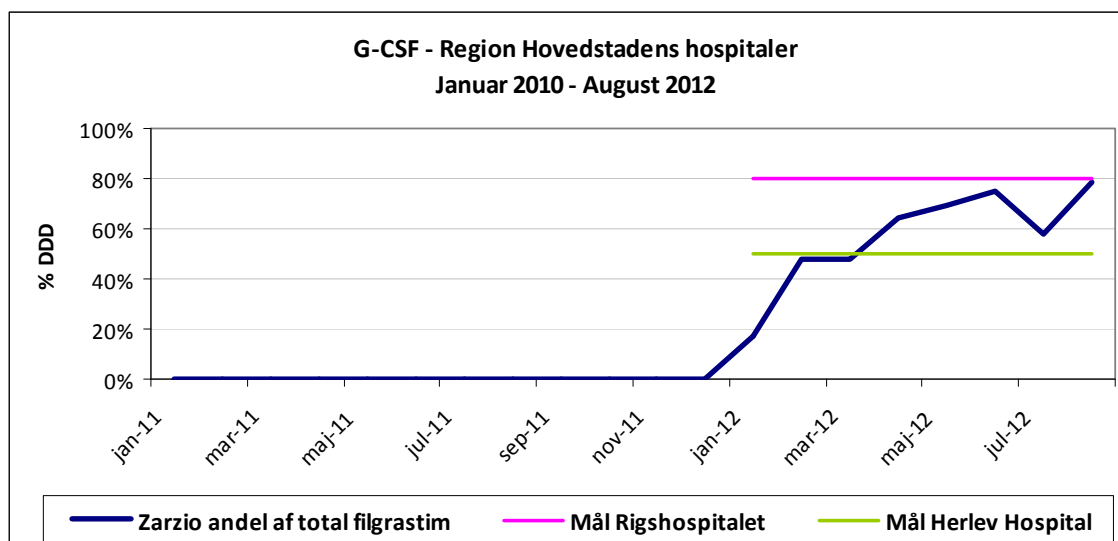
Figur 4: Forbrug af de enkelte aromatasehæmmere i forhold til det samlede forbrug af aromatasehæmmere. Der er få afdelinger, der ikke lever op til et behandlingsmål på 90 % af patienterne på letrozol i forhold til den samlede gruppe af aromatasehæmmere (figur 4). RLK afventer en forklaring fra disse afdelinger.



Figur 5: Forbrug af generisk (billig) letrozol i forhold til det samlede forbrug af letrozol.

I Region Hovedstaden lever alle afdelinger op til et forbrug på min. 80 % generisk letrozol i forhold til letrozol total.

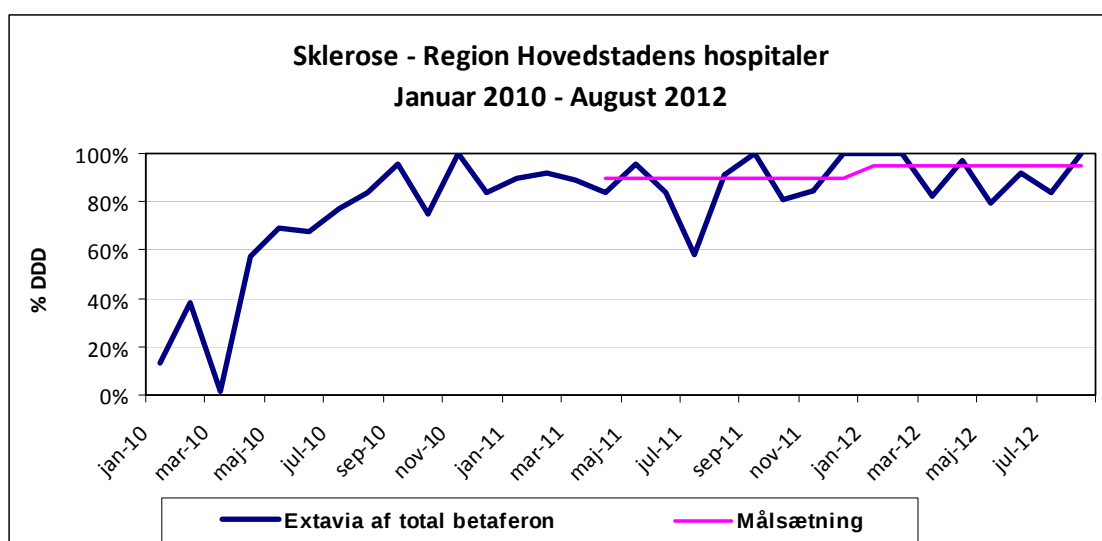
G-CSF (Granulocytokoloni stimulerende vækstfaktor, lægemidler til behandling af visse blodsygdomme)



Figur 6: Forbrug af generisk filgrastim i forhold til det totale forbrug af filgrastim.

De hæmatologiske afdelinger lever op til deres respektive målsætninger (Herlev Hospital 50 % og Rigshospitalet 80 %).

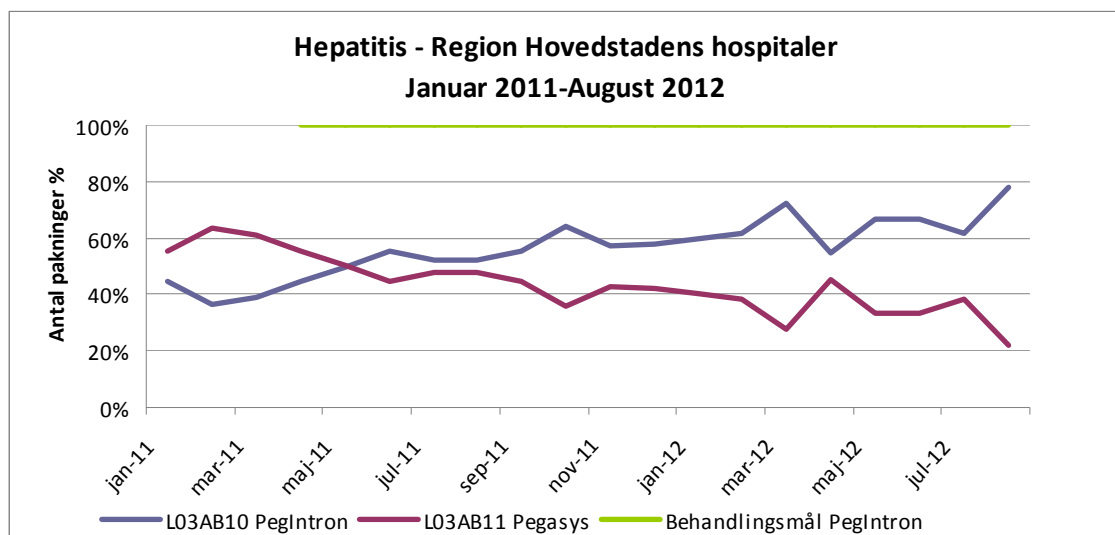
Sclerose



Figur 7: Forbrug af Extavia i forhold til forbrug af total betaferon

De neurologiske afdelinger overholder i store træk vejledningen. De to store afdelinger har hver nogle få patienter som ikke kan anvende Extavia, pga. svækket håndmotorik i forhold til at betjene injektionssprøjten.

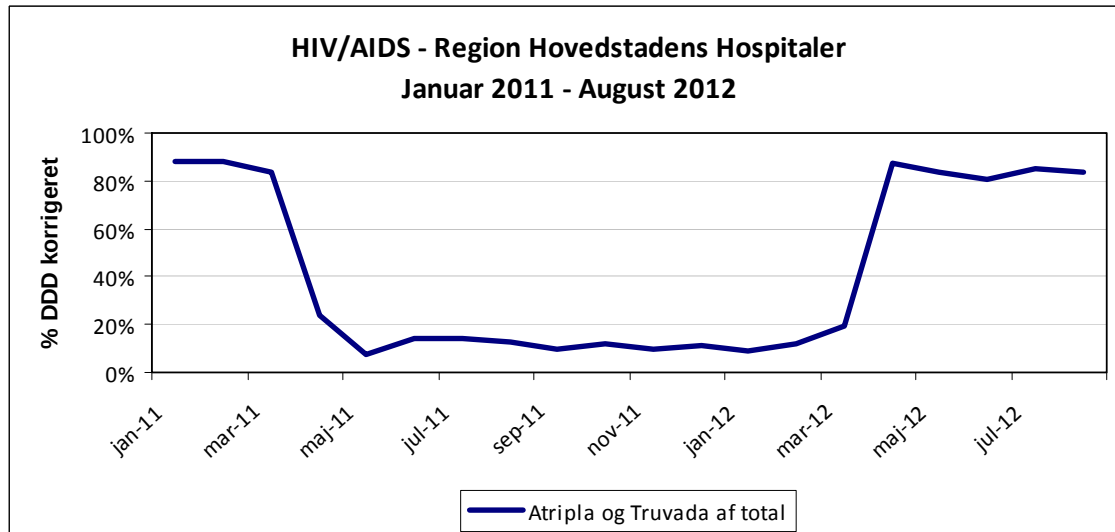
Hepatitis (Leverbetændelse)



Figur 8: Forbrug af PegIntron og Pegasys angivet i antal pakninger da definerede døgndoser ikke kan sammenlignes

Forbruget af PegIntron i Region Hovedstaden bør i 2012 være 100 %. Det overholdes på de fleste afdelinger, mens der er to afdelinger der anvender Pegasys til patienter over 80 kg, da denne behandling er billigst til disse patienter. Det har RLK accepteret foreløbigt, indtil der kommer en ny revision af RADS vejledningen, som forventes at adressere denne patientgruppe.

HIV/AIDS



Figur 9: Forbrug af Atripla (3-stof) og Truvada (2-stof) i.f.t. det samlede forbrug af 3, 2 og enkeltstofferne

I perioden marts 2011 – maj 2012 medførte priserne på de pågældende lægemidler, at rekommandationerne fra RADS blev ændret, således at det hidtil rekommanderede lægemiddel ikke var rekommanderet i den periode. Figur 9 viser, at afdelingerne i regionen meget hurtigt omstiller behandlingen efter den gældende behandlingsvejledning. RLK konkluderer at forbruget er i overensstemmelse med vejledningerne.

Praksissektor

Medicinfunktionen udarbejder rekommandationer for førstevalg af lægemidler til voksne for de mest almindelige indikationer i almen praksis. Rekommandationerne offentliggøres på www.Basislisten.dk/hovedstaden og i hospitalernes rekommandationsbog. Anbefalingerne koordineres med hospitalernes rekommandationer for at lette sektorovergange for patienterne. Der er opnået en høj grad af overensstemmelse mellem hospitalernes rekommandationer og rekommandationerne i praksissektoren. Anbefalingerne revideres en gang årligt, samt løbende hvis ændringer på lægemiddelmarkedet kræver det.

Brug af de anbefalede lægemidler samt kvaliteten i lægemiddelordinationerne søges fremmet ved bl.a. besøg af en medicinkonsulent i den enkelte praksis, udsendelse af information i praksissektorens elektroniske nyhedsbrev og afholdelse af temamøder.

I 1. halvår 2012 udgjorde anbefalede lægemidler på praksissektorens Basisliste 93 % af mængdeforbruget af de 25 mest solgte lægemiddelstoffer i praksissektoren (se tabel x.x). De 25 mest solgte lægemidler udgør lidt mere end halvdelen af det samlede mængdeforbrug af lægemidler. Det skal bemærkes, at der ikke findes regionale anbefalinger for alle lægemiddelgrupper på markedet.

Data for 1. halvår	Mio. kr. AUP		Mio. DDD		Placering
Nr. Lægemiddelstof	2011	2012	2011	2012	i 2011
1 C10AA01 - Simvastatin	9,5	7,6	22,8	23,6	1
2 C08CA01 - Amlodipin	5,1	4,8	17,0	18,1	2
3 B01AC06 - Acetylsalicylsyre	12,6	15,0	15,7	15,6	3
4 C03AB01 - Bendroflumethiazid og kalium	20,2	19,9	13,2	12,7	4
5 C03CA01 - Furosemid	5,5	5,6	11,9	12,2	5
6 C09AA02 - Enalapril	4,5	5,0	11,5	11,7	6
7 C09CA01 - Losartan	8,0	5,3	8,6	10,3	7
8 N06AB04 - Citalopram	13,3	6,2	7,5	7,9	8
9 N02BE01 - Paracetamol	15,0	16,0	7,2	7,3	9
10 C09AA05 - Ramipril	2,3	1,4	6,8	7,2	10
11 A02BC02 - Pantoprazol	4,7	4,7	6,0	7,1	12
12 C07AB02 - Metoprolol	12,0	17,1	5,2	5,5	13
13 G03AA10 - Gestoden og estrogen	4,5	3,0	6,5	5,5	11
14 A10BA02 - Metformin	5,9	8,1	4,9	5,5	16
15 C09DA01 - Losartan og diuretica	8,0	6,2	4,7	5,5	17
16 A02BC01 - Omeprazol	4,5	3,7	5,0	5,1	15
17 C10AA05 - Atorvastatin	25,8	21,3	4,0	4,7	20
18 H03AA01 - Levothyroxinnatrium	4,9	5,6	4,0	4,3	19
19 M01AE01 - Ibuprofen	6,6	6,2	4,2	4,2	18
20 G03AA09 - Desogestrel og estrogen	7,4	5,1	5,1	4,1	14
21 C09BA02 - Enalapril og diuretica	2,9	1,9	3,4	3,5	23
22 N06AB06 - Sertralin	3,4	5,7	3,4	3,5	24
23 M05BA04 - Alendronsyre	3,4	2,2	2,9	3,2	25
24 G03AA07 - Levonorgestrel og estrogen	0,9	4,6	0,7	3,2	99
25 R03AK07 - Formoterol og andre midler mod obstruktiv lungesygdom	56,8	55,8	2,9	2,9	27
Top 25 i alt	247,7	238,1	185,2	194,4	
Antal af total AUP hhv. DDD - alle lægemidler	16%	16%	53%	55%	
Andel af top 25 anbefalet på Basislisten 2012 (grønne + blå)	93%	94%	92%	93%	
Andel af top 25 i ikke anbefalet på Basislisten 2012 (røde)	5%	3%	6%	5%	
Andel af top 25 der ikke er taget stilling til på Basislisten 2012 (sorte)	2%	2%	2%	2%	

Tabel 2: Opgørelse over de 25 mest solgte lægemidler i 1. halvår 2012 sammenholdt med Basislisten

AUP = Apotekets udsalgspriser (omsætning), DDD= Definerede Døgndoser (mængdeforbrug). Lægemidler med grønt = anbefalet på basislisten, blå = anbefalet på basislisten til visse patienter, rød = ikke anbefalet på basislisten. sort = der er ikke taget stilling på basislisten.

Målsætning: Integration af it og kvalitet

Implementering af it systemer og redskaber til dokumentation i patientjournalen er et tværgående indsatsområde i dialogaftalerne mellem koncerndirektionen og virksomhederne i 2011. Planen omhandlede

- Implementering og klinisk anvendelse af modulet i den elektroniske patientjournal (HEPJ) i alle patientbehandlende afdelinger i 2011
- At virksomhederne implementerer tværsektoriel kommunikation og lever op til sundhedsaftalens krav om udbredelse (MEDCOM)
- Udrulning af OPUS notat journalskemaer for den indledende sygeplejevurdering, som i første fase omfatter sengeafdelinger på hospitalet .

Arbejdet med it understøttelse af dokumentation og kommunikation har primært fokuseret på udvikling, afprøvning og implementering af elektronisk patientjournal (H-EPJ) og kliniske inddateringsskemaer (KISO). Der er endvidere løbende fokus på it understøttelse af den tværsektorielle kommunikation.

Status på HEPJ

Hospitalet har i perioden oplevet omfattende driftsproblemer med de etablerede IT systemer, hvorfor KD har truffet beslutning om at prioritere konsolidering af de bestående systemer og en øget driftssikkerhed, fremfor yderligere udrulning af moduler, der tilsammen udgør den elektroniske patientjournal. Udbedring omfatter omhyggelig gennemgang af alle hospitalers IT drift og netværk samt udskiftning og fornyelse af hard ware.

Få hospitaler arbejder primært elektronisk med brug af Opus for alle sundhedsfaglige medarbejdergrupper og resten af hospitalerne anvender Opus til lægenotater.

Det regionale Journaludvalg har i 2011/2012 fastlagt en fælles struktur for Opus, således at denne bedre understøtter at klinikerne kan genfinde notater med forskelligt indhold, på tværs af hospitaler. Denne struktur består af en række fælles notattyper samt klassifikation af de faggrupper der skal indføre notater i patientjournalen.

Journaludvalget arbejder endvidere med politikker for hvor andre gennemgående informationer bør placeres, fx for patientens allergi samt navn på patientens sundhedsfaglige kontaktperson. Dette sker dels for at styrke patientsikkerheden, dels for at nedbringe omfanget af dobbeltdokumentation.

Som led i regionens ambitiøse planer for en sundhedsplatform, indgår erfaringer og politikker fra Journaludvalget i det aktuelle arbejde med at kravspecifisere indhold til den kommende EPJ.

Status på Kliniske inddateringsskemaer (KISO)

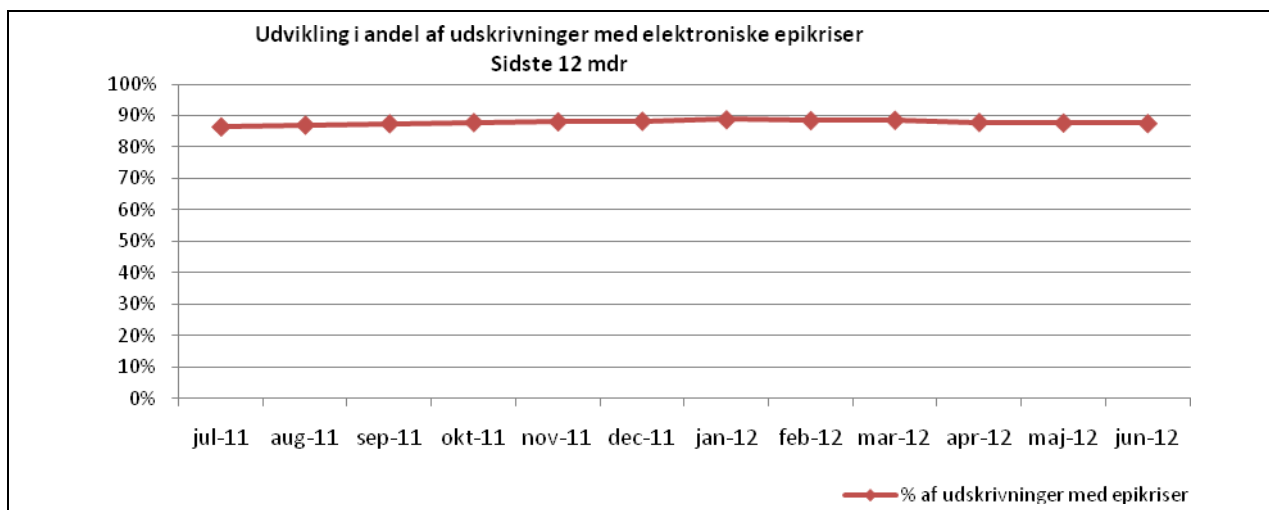
KISO, der består af en suite af strukturerede elektroniske journalskemaer, herunder alle elementer i indledende sygeplejevurdering og daglige plejestatus notater, samt mere generelle og separate skemaer vedr., tryksårsscreening, ernæringsscreening og vitale værdier er udviklet i regionalt regi, afprøvet og nu i drift på Gentofte Hospital. Systemet er bygget i Opus notatskabelon. I 2012 er Amager Hospital kommet til og Hillerød og Herlev Hospitaler planlægger ibrugtagningen i år. En grundig evaluering efter pilotdrift på Gentofte Hospital har vist at systemet fungerer stabilt, at brugerne generelt er tilfredse og det er derfor besluttet at systemet kan udrulles på 1 hospital af gangen.

KISO suite understøtter nye brede regionale initiativer, herunder implementering af Early Warning score og en forebyggende indsats mod opståelse af tryksår under indlæggelse. Journaludvalget godkender nye skemaer i KISO suite.

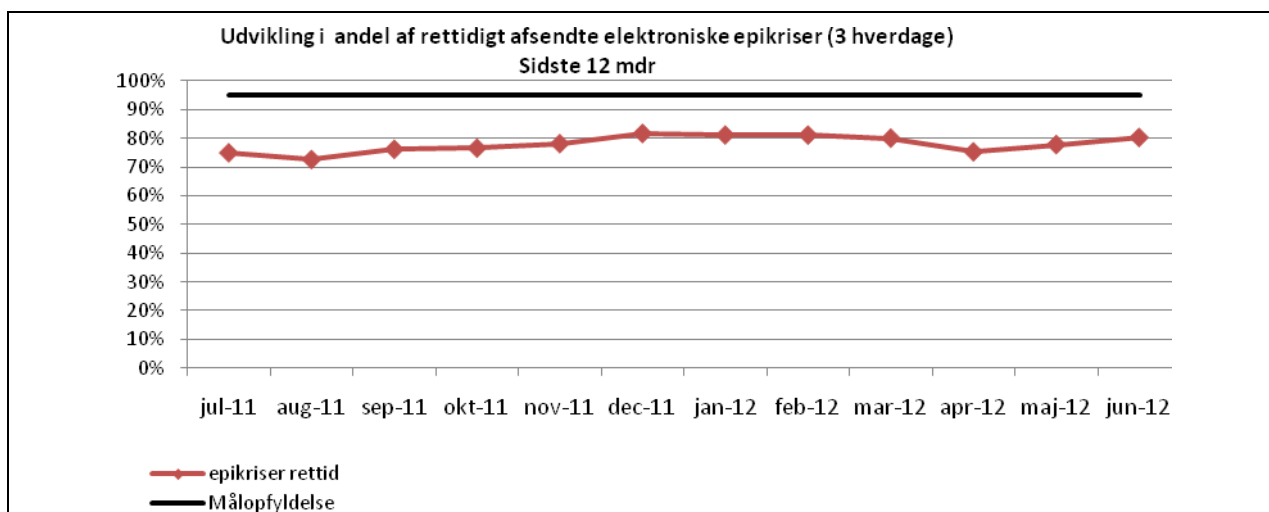
It understøttelse på tværs af sektorer:

I de seneste år har der været sat stort fokus på at udvikle, implementere og udbrede rettidig brug af elektroniske Medcom standarder, der elektronisk understøtter informationsflowet på tværs af sektorgrænser, regionsgrænser og mellem hospitaler.

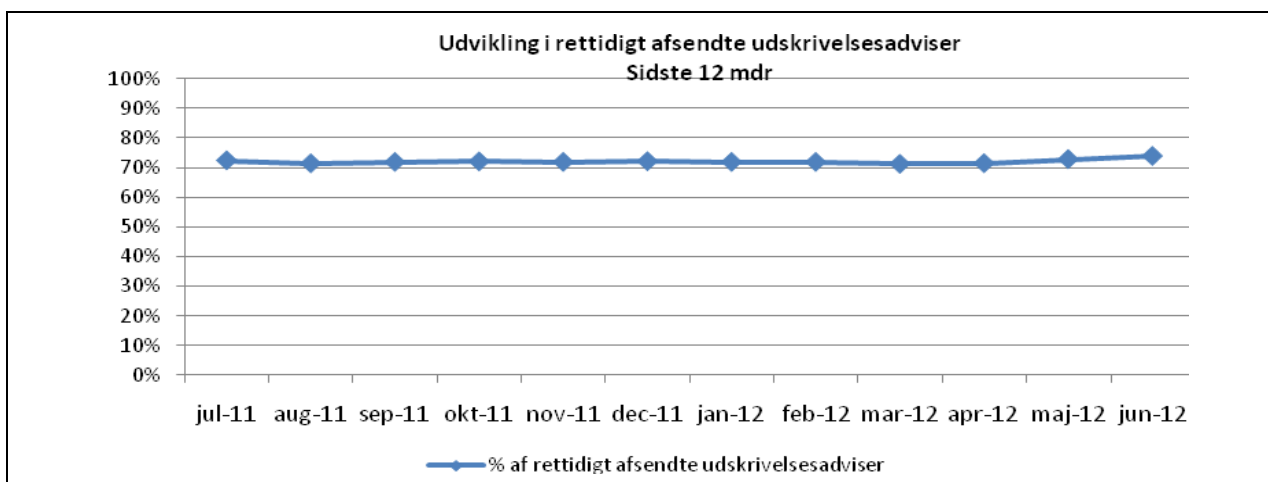
Aftalen omkring brug af elektroniske Medcom meddelelser er bundet op i Sundhedsaftalen. I flere år har samarbejdet mellem hospitaler og praksis været bedst understøttet af elektronisk kommunikation bl.a. ved afsendelse af elektroniske epikriser til egen læge ved udskrivelse, elektroniske advis til kommunerne ved udskrivelse eller afsendte elektroniske henvisninger til hospitalerne.



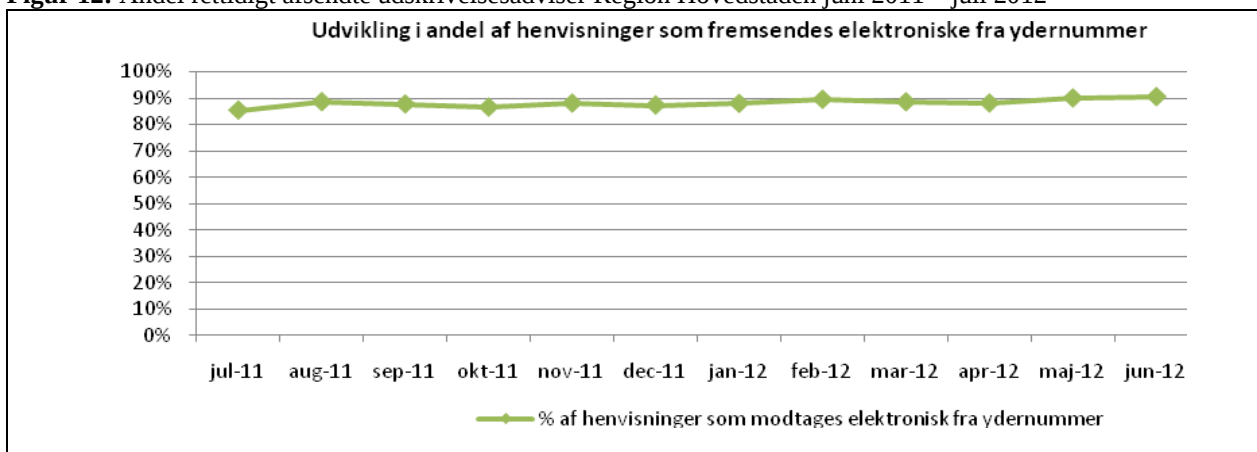
Figur 10: Andel udskrivinger med elektroniske epikriser Region Hovedstaden juli 2011-juni 2012



Figur 11: Andel rettidigt afsendte elektroniske epikriser Region Hovedstaden juni 2011 – juni 2012



Figur 12: Andel rettidigt afsendte udskrivesadviser Region Hovedstaden juni 2011 – juni 2012



Figur 13: Andel elektroniske henvisninger fra praktiserende læger Region Hovedstaden juni 2011- juni 2012

Målsætning: Opnåelse af akkrediteringsstatus ved JCI og DDKM

Det er en tværgående målsætning for alle de fire værdier i kvalitetshandlingsplanen, at regionens hospitaler opnår akkrediteringsstatus hos både Joint Commission International og Den Danske Kvalitetsmodel. Alle regionens hospitaler og Region Hovedstadens Psykiatri blev tildelt akkrediteringsstatus af Joint Commission International i 2011.

Akkreditering ved Den Danske Kvalitetsmodel

Alle regionens hospitaler og Region Hovedstadens Psykiatri har i perioden 16. januar – 14. juni 2012, som de sidste hospitaler i Danmark, gennemgået akkrediteringsbesøg ved Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM).

Regionens nyetablerede Præhospitale Virksomhed har som de første i Danmark endvidere gennemgået det første danske præhospitale akkrediteringsbesøg, som endvidere omfattede Falck samt Københavns og Frederiksberg Ambulancetjenester. Der foreligger derfor endnu ikke et nationalt sammenligningsgrundlag for det område.

Grundlaget for akkrediteringsbesøgene er 1. udgave af de danske standarder for hospitaler, som består af 104 standarder. Hver standard konkretiseres i et antal indikatorer (målelige elementer) og samlet drejer det sig om 450 indikatorer, der hver især skal vurderes og scores ifm. hospitalsbesøget.

For den Præhospitale Virksomhed drejer det sig om et særskilt standardsæt målrettet det præhospitale område med 53 standarder og 250 indikatorer.

Resultater

Alle hospitaler og Region Hovedstadens Psykiatri har klaret sig overordentligt godt og samlet er der opnået et bedre resultat end i de øvrige regioner. På en række områder er standarderne i DDKM ”overopfyldte” i Region Hovedstaden.

- I alt 9 hospitaler og regionens Præhospitale virksomhed har opnået resultatet: Akkrediteret uden bemærkninger
- I alt fire hospitaler har opnået resultatet: Akkrediteret med bemærkninger, heraf skal to hospitaler have genbesøg og to alene indsende dokumentation.

Alle hospitaler har fået megen uforbeholden ros og god omtale.

På tværs af samtlige 13 hospitalsbesøg drejer det sig om

- Velfungerende og sammenhængende Kvalitetsorganisation
- Modenhed i kvalitets- og patientsikkerhedsarbejdet, herunder den brede tilgang til proaktivitet, læring samt måden der arbejdes med indsamlede kvalitetsdata
- Fremskreden implementering af diverse krav
- Forhold i bygnings- og infrastrukturen, herunder brug af risikoanalyser og styring af hele området omkring kritiske forsyninger
- Hele medicineringsområdet – dels de fastlagte processer og systemer og dels det elektroniske medicineringsystem, der via brug af strekkodescanner og pda kan øge sikkerheden i medicineringsprocesser markant¹
- Personalestyring- og –kompetenceudvikling, herunder kvalifikationsvurdering, kompetenceprofiler, bemyndigelsesprocesser mv.
- Hygiejne- og infektionsmonitoreringsområdet – både den integrerede hygiejneorganisation, håndhygiejne, uniformshygiejne, rengøringsmonitorering, rådgivningsarbejdet samt monitorering og håndtering af infektioner og infektionsudbrud
- Det tværsektorielle samarbejde, herunder udgående teams samt en række kronikerindsatser
- Arbejdet med samarbejdsaftaler og kontrakter mellem virksomheder og eksterne leverandører.

Region Hovedstadens nyetablerede Præhospitale virksomhed har på trods af den relative korte forberedelsestid opnået et flot resultat og Region Hovedstadens Psykiatri fik nationalt set, det bedste resultat for psykiatrien og ekstraordinært megen ros, for det omfattende harmoniseringsarbejde, der er udført for samlet at løfte og binde de mange matrikler sammen, for behandlingsindsatsen og de rammer, der er etableret for psykiatriske patienter.

Hospital	AMH	BBH	BOH	FRH	FSH	GEH	GLO	HEH	HIH	HLH	HVH	RH	RHP
Standarder ikke fuldt opfyldt	1	0	1	4	0	0	0	2	0	0	5	9	0
Indikatorer	2	0	1	6	0	0	0	0	0	0	3	2	1

¹ Region Hovedstadens hospitaler udmærker sig generelt ved at være de eneste hospitaler i Danmark der ikke har nævneværdige fund på medicineringsstandarderne

Ikke opfyldt													
Indikatorer													
Delvis opfyldt	5	4	3	14	1	2	0	7	1	2	10	19	2
Resultat											Besøg	Besøg	

	Akkrediteret uden bemærkninger
	Akkrediteret med bemærkninger

Tabel 3: Oversigt over fund ved DDKM akkreditering 2012 Region Hovedstaden

Samlet set er der fra 0 - 20 fund/hospital med relativ stor variation i antal fund. De relativt markante forskelle i resultater mellem enkelte og de øvrige virksomheder vurderes ikke generelt at være et udtryk for reel variation i hospitalernes performance. Årsagen hertil skal dels findes i det store antal surveyors, i surveyornes varierende fortolkninger af standarders krav og formål og endelig forskelle i surveyornes vægtning og bedømmelse af den demonstrerede/observerede praksis.

Bemærkninger og opfølgning

Der var ingen sammenfaldende tværgående fund mellem hospitalerne.

De væsentligste fund er:

- Mangler i dokumenter²
- Dokumentstyring af vejledninger og opslag
- Beredskabsplan – manglende afholdt øvelse eller opdateret plan for hospitaler der i 2012 er fusioneret med områdehospital og således i 2012 indgår i områdehospitalets beredskabsplan
- Krav om at handlingsplaner for forbedringsindsatser skal opfylde en foruddefineret skabelon og opsætning
- Patienters allergioplysninger dokumenteres flere steder i patientjournalen
- Tilfælde hvor der ikke er dokumenteret smertevurdering i patientjournalen
- Misforståelser omkring placering af krav til indhold i henvisninger (disse findes på www.sundhed.dk og ikke på hospitalets hjemmeside)
- Regionens ændring af journalauditindikatorer (anden formulering, men samme fokus)
- Ikke fuldt implementeret proces for opfølgning på kritiske prøvesvar
- Beskyttelse af personhenførbare data (på PC og i klinisk undersøgelsesudstyr).

Der er ingen krav om opfølgning for virksomheder som af Akkrediteringsnævnet er "Akkrediteret uden bemærkninger".

Hospitaler der er "Akkrediteret med bemærkninger" skal enten

- indsende dokumentation for håndtering af fundet (fx udarbejde en instruks eller indsende data) indenfor 3 måneder
- have et fokuseret genbesøg indenfor 3 – 6 måneder efter det initiale akkrediteringsbesøg. Genbesøg udføres når bemærkningerne er udløst af manglende implementering. Fokus ved genbesøget er alene de standarder og indikatorer, der ikke var fuldt opfyldte. (Kriterier for at

² Forklaringen er at regionale og hospitaler dokumenter som udgangspunkt har en anden inddelingslogik og er udfærdiget før DDKM standarderne forelå i første udgave.

blive akkrediteret med bemærkninger, og for beslutning om genbesøg, adskiller sig væsentligt fra JCI's, som afhænger af en matematisk scoringsalgoritme).

Kvalitetsudvalgets bemærkninger

Kvalitetsudvalget finder, at regionen skal være ambitiøs i forhold til den kliniske kvalitet. Generelt skal alle standarder i de kliniske kvalitetsdatabaser opfyldes. Udvalget glæder sig over at der er fremgang på en række områder, og at Region Hovedstaden ligger bedst i landet på apopleksi. Udvalget forventer at den positive udvikling fortsætter.

Kvalitetsudvalget konstaterer, at der fortsat ikke er udarbejdet kliniske retningslinjer fra syv sundhedsfaglige råd. Udvalget forventer, at der rettes op på dette forhold.

Kvalitetsudvalget finder at efterlevelsen af rekommandationerne for medicin generelt er tilfredsstillende i såvel hospitalssektor som praksissektor. Udvalget har fokus på implementering og efterlevelse af rekommandationer fra RADS.

BILAG 1

INDSTILLING FRA DET SUNDHEDSFAGLIGE RÅD FOR NEUROLOGI TIL VICEDIREKTØRKREDSSEN VEDR. OPFØLGNING PÅ ÅRSRAPPORTEN 2011 FOR DANSK APOPLEKSI REGISTER

d. 15.5.2012

Årsrapport	2011 – Dansk Apopleksi Register
Ansvarligt SFR	Neurologi
SFR formandskab	Allan Andersen og Bente Ourø Rørth Auditmøde afholdt d. 16. april 2012. Deltagere: Allan Andersen, ledende overlæge, Glostrup (auditgruppeformand) Arjen Stoop, hospitalskoordinator Hillerød Hospital Dorte Hansen, Afdelingssygeplejerske, Bornholm Helle Iversen, overlæge Glostrup Jan Utzon; Overlæge Kontaktperson for Apopleksi Enhed for Udvikling og Kvalitet Kai Jensen, led. overlæge Hillerød Hospital Karen Eriksen; Fysioterapeut, Bispebjerg Jesper Tybring, Ergoterapeut, Herlev Jesper Erdal, Ledende overlæge, Herlev Lene Hamberg; Oversygeplejerske, Hillerød Lene Michelsen, Afdelingslæge, Glostrup Lisbeth Skree, ergoterapeut, Bornholm Hospital Lise Leth Jeppesen; Overlæge, Bornholm Hospital Maria Papina; Overlæge, Hillerød Marie Birgit Larsen, fysioterapeut, Rigshospitalet Merethe Ørtoft, ledende oversygeplejerske, Herlev Mette Egelund; Oversygeplejerske, Rigshospitalet Palle Petersen; Ledende overlæge, Rigshospitalet Peter Michael Nielsen; Overlæge, Amager Stine Lassen; Fysioterapeut, Bornholm Susanne Zielke; Klinisk oversygeplejerske Sygeplejerske, Bispebjerg Tanja Kirstine Hyldahl; Sygeplejerske, Rigshospitalet Therese Dahl; Ledende ergoterapeut, Glostrup Trine Thomsen; Sygeplejerske, Bispebjerg Den fulde årsrapport er tilgængelig via følgende link: https://www.sundhed.dk/content/cms/69/4669_apopleksi-aarsrapport2011v1124042012.pdf
Har kvalitetsniveauet et tilfredsstillende niveau på regionens hospitaler – vurderet med udgangspunkt i de valgte indikatorer?	Det er overordnet særdeles glædeligt, at apopleksi resultaterne i år igen er løftet markant på mange af indikatorerne. Region Hovedstaden er på 2 år gået fra at have nogle af landets dårligste resultater til nu at have landets bedste. (Der henvises i øvrigt til skema med samtlige

Hvis ikke – uddyb	indikatorresultaterne, der vedhæftes som bilag)
Har SFR anbefalinger til konkrete indsatsområder til Kvalitetsrådet i relation til ovenstående samt evt. et estimat for hvad det vil koste at gennemføre dem? Giver gennemgangen af årsrapporten og dens konklusioner og anbefalinger i øvrigt anledning til forslag til indsatsområder? Giver gennemgangen af årsrapporten i øvrigt anledning til kommentarer?	Der er sket forbedringer på alle de indsatsområder, som blev aftalt sidste år: 1. Vandtest 2. CT-scanning 3. Ergo og fysioterapi 4. Ernæring Dette skyldes ikke mindst de midler som Regionsrådet afsatte til ansættelse af sygeplejefaglige nøglepersoner på de indberettende afdelinger i løbet af sidste år. Det største tilbageværende problem vurderes af auditgruppen at være, at vandtesten, som trods en fremgang på 12% i året fortsat kun er 76%. Auditgruppen er enige om, at der skal gøres en kraftiganstrengelse for systematisk implementering af den nye dysfagi vejledning. Det betyder bl.a., at alle hospitaler skal sikre vandtesten bliver foretaget ved modtagelsen og at der opsættes skilt ved sengen såfremt patienten ikke har fået foretaget vandtest (så alle kan se det). Det aftales, at afdelingerne <u>senest 1. juni</u> skal have udarbejdet en implementeringsplan inklusiv en lokal tidsplan for implementeringen af vejledningen. Vejledningen skal dog være implementeret <u>senest d. 1. september 2012</u>. Det er afdelingsledelsens ansvar, at implementere vejledningen på de enkelte afdelinger. Målet er, at alle hospitaler i Region H overholder standarden i 2012. Nej Vi er glade for fremgangen og at Region H nu ligger i top på landsniveau, men endnu ikke tilfredse før alle mål er nået.
Godkendt af Vicedirektørkredsen på møde d.	

Bilag 1 – apopleksi oversigt over indikatorer og resultater

GENNEMGANG AF INDIKATORER Hvis indikatoren er opfyldt er den angivet som grøn, hvis den næsten er opfyldt er den gul og hvis den ikke er opfyldt er den rød.	Kommentar fra klinisk audit	Auditgruppens løsningsforslag
Indikator 1 - Indlæggelse på apopleksienhed senest 2. indlæggelsesdøgn (mindst 90%) Status: Region Hovedstaden overholder standarden med et resultat på 95%. Lands gennemsnittet er 94%. Region H har forbedret resultatet med 2% sammenholdt med 2010. Hospitalernes resultater ligger i intervallet 89% (Amager) til 100% (Rigshospitalet)	Auditgruppen betragter resultatet som tilfredsstillende.	Overordnet kommentar: Det er overordnet særdeles glædeligt, at apopleksi resultaterne i år har forbedret sig igen. Der vurderes, at de penge der har været afsat til at ansætte en indpisker har bidraget væsentligt til de gode resultater.
Indikator 2 – Trombocyt-hæmmende behandling af patienter med akut iskæmisk apopleksi uden atrieflimren senest 2. indlæggelsesdøgn (mindst 95%) Status: Region Hovedstaden overholder standarden med et resultat på 95%. Lands gennemsnittet er 93%. Region H har forbedret resultatet med 2% sammenholdt med 2010. Hospitalernes resultater ligger i intervallet 85% (Bornholm) til 97% (Frederiksberg og Herlev)	Auditgruppen betragter resultatet som tilfredsstillende. På landsplan er Region H den, der ligger bedst på denne indikator.	
Indikator 3 - Antikoagulansbehandling af patienter med akut iskæmisk	Fremgangen på 2% i forhold til 2010 betragtes som utilfredsstillende.	Apopleksienhederne skal indskærpe, at nye læger og sygeplejersker kender

apopleksi og atrieflimren senest 14 dage efter indlæggelse (mindst 95%) Status: Region Hovedstaden resultat er 86% og opfylder ikke standarden. Landsgennemsnittet er 85%. Der er i Regions H tale om en fremgang på 2% sammenholdt med 2011. Hospitalernes resultater ligger i intervallet 38% (Bornholm) - 97% (Bispebjerg).	Auditgruppen konkluderede, at der stadig er en udfordring mhp. dataregistrering, som medvirker til at standarden ikke overholdes.	vejledningen. Afdelingsledelsen og de lokale indpiskere skal have opmærksomhed herpå såvel som sikre dataregistreringen. Den nye vejledning omkring registrering i Dansk Apopleksi databasen er udkommet i VIP i denne uge. Alle afdelinger bedes om at formidle og følge vejledningen.
Indikator 4 - CT/MR-scanning senest 1. indlæggelsesdøgn (mindst 80%) Status: Region Hovedstadens resultat er 85% og opfylder standarden. Landsgennemsnittet er 85%. For Region H er der tale om en forbedring på 9% sammenholdt med 2010. Hospitalernes resultater ligger i intervallet 78% (Bispebjerg) – 90% (Hillerød)	Det er meget tilfredsstillende, at Region Hovedstaden har haft en fremgang på 9% i forhold til 2010 og derfor overholder standarden. Auditgruppen blev dog enige om, at standarden for denne indikator fagligt set er meningsløs, idet skanningen skal foregå hurtigst muligt og helst indenfor 2 timer. Led.ovl. Kai Jensen pointerede, at aftalen mellem neurologisk afdeling og billeddiagnostisk afdeling på Hillerød Hospital ang. CT/MR-skanning indenfor 2 timer, kører rigtigt godt. Auditgruppen blev enig om at det ville være godt, hvis hele Region Hovedstaden havde denne mulighed.	<u>Beslutning:</u> Den regionale kontaktperson for apopleksi Jan Utzon skriver på vegne af auditgruppen til den nationale kontaktperson Annette Ingeman i Kompetencecenter Vest, at Region Hovedstaden vil bede om registrering af klokkeslæt på CT/MR-skanning, med standarden på 2 timer efter patienten er kommet til sygehuset. Selve standarden foreslås at ligge på 80%.
Indikator 5 – Vurdering ved fysioterapeut senest 2. indlæggelsesdøgn. (mindst 90%) Status: Region Hovedstadens resultat er 86% og opfylder ikke standarden. Der er tale om en fremgang på 8% sammenholdt med 2010. Landsgennemsnittet er 86%.	Det er tilfredsstillende, at Region Hovedstaden har haft en fremgang på 8% i forhold til 2010. Det er dog utilfredsstillende, at Region Hovedstaden fortsat ikke helt opfylder standarden. Udfordringen er tilstedeværelse af fysioterapeuter på alle dage, inkl. weekenden. Nogle hospitaler har omprioriteret fysioterapi ressourcer og dermed løst problemet for weekenderne og	Der er enighed i auditgruppen om, at der er særdeles godt fagligt belæg for at fysioterapi og ergoterapi er vigtigt <u>alle</u> dage for denne patientgruppe også weekender og helligdage (der kan henvises til dokumentalistrapporten for apopleksi). Alle hospitaler bør således prioritere deres ressourcer i overensstemmelse hermed så behandling kan tilbydes alle dage. Endvidere anbefales, at man på afdelingerne

Hospitalernes resultater ligger i intervallet 77% (Frederiksberg) – 89% (Hillerød og Herlev)	enkelte også for helligdagene (Herlev, Glostrup) . Helligdagene er dog fortsat et problem flere steder. Nogle hospitaler oplever at direktionerne ikke prioriterer tilstedeværelse af fys og ergoterapeuter på alle dage.	er særligt opmærksom, hvis patienten overflyttes fra andet hospital. Den Regionale Auditgruppe anbefaler, at man på hospitaler som i dag ikke har weekend dækning gennemgår arbejdsgangene lokalt mhp., at apopleksi patienter på alle Region Hovedstadens hospitaler fremover kan tilbydes fysioterapi også i weekenden. Auditgruppen konkluderer at afdelingerne i høj grad selv har mulighed for at sørge for fys og ergoterapi bemanning i weekenden og på helligdage. Hvis nogle afdelinger i den forbindelse har problemer med at få lov til det fra direktionens side bedes de henvist til auditgruppens formand Allan Andersen eller den regionale kontaktperson Jan Utzon.
Indikator 6 - Vurdering af ergoterapeut senest 2. indlæggelsesdøgn (mindst 90%) Status: Region Hovedstaden resultat er 86% og opfylder ikke standarden. Der er tale om en fremgang på 8% i forhold til 2010. Landsgennemsnittet er 83%. Hospitalernes resultater ligger i intervallet 72% (Bisbebjerg) – 95% (Bornholm)	Det er tilfredsstillende, at Region Hovedstaden har haft en fremgang på 8% i forhold til 2010. Det er dog utilfredsstillende, at Region Hovedstaden fortsat ikke opfylder standarden. Udfordringen er tilstedeværelse af ergoterapeuter på alle dage, inkl. weekenden. Nogle hospitaler har omprioriteret ergoterapi ressourcer og dermed løst problemet for weekenderne og enkelte også for helligdagene. Helligdagene er dog fortsat et problem flere steder.	Det er den Regionale Auditgruppes opfattelse, at det er vigtigt at patienterne hurtigt bliver tilbudt ergoterapi også i weekenden. Den Regionale Auditgruppe anbefaler, at man på hospitaler som i dag ikke har weekend dækning gennemgår arbejdsgangene lokalt mhp., at apopleksi patienter på alle Region Hovedstadens hospitaler fremover kan tilbydes ergoterapi også i weekenden. Endvidere anbefales, at man er særligt opmærksom, hvis patienten overflyttes fra andet hospital.
Indikator 7 – andel af patienter med tidlig mobilisering (mindst 80%) Status: Region Hovedstaden resultat er 73% og opfylder ikke	Indikatoren er ny og registrering er startet 1. maj 2011. Region Hovedstaden overholder næsten standarden. Der blev konstateret stor variation i Region Hovedstaden. Anbefalingen i rapporten går ud på at optimere	<u>Beslutning:</u> Alle afdelinger gennemgår deres egne arbejdsgange mhp. optimeret registrering.

standarden. Lands gennemsnittet er 74%. Hospitalernes resultater ligger i intervallet 47% (Frederiksberg) – 93% (Hillerød)	interne arbejdsgange. Spørgsmålet er hvornår man præcist registrerer, ved modtagelse eller i afdelingen. Forskellige faggrupper registrerer og man ved ikke altid om patienten har været mobiliseret. Det gode resultat for Hillerød kan forklares ved at apopleksi patienter relativt kort tid ligger i modtagelsen og at opgaven er kendt i afdelingen.	
Indikator 8 - Vurdering af ernæringsrisiko senest 2. indlæggelsesdøgn (mindst 90%) Status: Region Hovedstaden resultat er 82% og opfylder ikke standarden. Der er tale om en fremgang på 10% sammenholdt med 2010. Landsresultatet er 85%. Hospitalernes resultater ligger i intervallet 59% (Amager) - 90% (Rigshospitalet)	Indsatsen har også på dette område båret frugt med en fremgang på 10% sammenholdt med sidste år. Det er dog utilfredsstillende, at Region Hovedstaden fortsat ikke opfylder standarden. Glostrup har en arbejdsgang hvor patienten systematisk ved modtagelse bliver screenet	Det aftales, at de enkelte afdelinger, som har et problem gennemgår deres arbejdsgange mhp. at sikre opfyldelsen af standarden til næste år.
Indikator 9. Andel af patienter der får foretaget indirekte synketest (standard 80%). Status: Region Hovedstaden resultat er 81% som svarer til landsgennemsnittet. Hospitalernes resultater ligger i intervallet 63% (Frederiksberg) - 91% (Hillerød)	Med virkning fra 1. maj 2011 blev monitoreringen af dysfagiscreening omlagt således, at der nu anvendes 2 indikatorer vedrørende brugen af henholdsvis inddirekte og direkte synketest. Førstnævnte omfatter en dokumenteret faglig vurdering af patientens vågenhed, evne til at hoste og synke umiddelbart efter indlæggelse og før patienten er tilbudt mad og drikke. Sidstnævnte omfatter gennemførsel af en vandtest med og uden fortykkelsesmiddel samt fast føde. Afdækning af patienternes eventuelle problemer med at synke væske og mad er afgørende i forhold til at sikre patienterne en tilstrækkelig ernæring og undgå alvorlige komplikationer i forbindelse med fejlsynkning herunder pneumoni.	Susanne Zielke vil indkalde til møde mhp. at få udarbejdet et fælles struktureret skema på tværs af afdelingerne.

	Gennemførelse af en indirekte vandtest er en simpel klinisk procedure, som bør ske hurtigst muligt i forbindelse med indlæggelse.	
Indikator 10 - Vandtest på indlæggelsesdagen (standard mindst 90%) Status: Region Hovedstadens resultat er 74%. Der er tale om en fremgang på 12% sammenholdt med 2010. Region opfylder således ikke standarden. Landsgennemsnittet er 77%. Hospitalernes resultater ligger i intervallet 50% (Rigshospitalet) - 90% (Hillerød).	Der blev konstateret en stor fremgang i Region Hovedstaden over de sidste år, men standarden opfyldes ikke endnu, hvilket er utilfredsstillende på en så vigtig procesindikator. En manglende vandtest kan betyde dødsfald pga lungebetændelse som følge af fejlsynkning. Det er derfor ingen formildende omstændighed, at stort set alle patienter får vandtest i løbet af indlæggelsen. Testen skal udføres på indlæggelsesdagen, inden patienten får mad og drikke. Auditgruppen betragter standarden som for lav, idet risikoen for aspirationspneumoni er stor for denne patientgruppe. Tidligere analyse af UTH'er har også vist at overgangen fra neurologisk afdeling til andre afdelinger kan give problemer idet personalet eller pårørende ikke er opmærksom på at patienten kan have synkeproblemer.	Forbedringsforslag: Afdelingsledelsen har ansvar for systematisk implementering af den nye dysfagi vejledning, som bl.a betyder, at alle hospitaler skal sikre vandtesten ved modtagelsen og at der opsættes skilt ved sengen såfremt patienten ikke har fået foretaget vandtest så alle kan se det. Målet er, at alle hospitaler i Region H overholder standarden i næste år. <u>Det aftales at afdelingerne senest 1. juni har udarbejdet en implementeringsplan inklusiv en lokal tidsplan for implementeringen af vejledningen. Vejledningen skal dog være implementeret senest d. 1. september 2012.</u> Arbejdsgruppen for apopleksi vil desuden også nedsætte en arbejdsgruppe, der vil se på skemaer og spisedrikkevejledninger, der er anbefalet i vejledningen, der skal sikre at vi anvender fælles skemaer og vejledninger. Susanne Zielke indkalder til møde i denne gruppe.
Indikator 11 - Ultralydsscanning/ CT-angiografi af halskar senest 4. indlæggelsesdøgn (mindst 90%) Status: Region Hovedstadens resultat er 89% og lever næsten op til standarden. Det er en fremgang på 7% sammenholdt med 2010. Landsgennemsnittet er 80%. Hospitalernes resultater ligger i intervallet 63% (Bornholm) - 98% (Frederiksberg).	Det er meget tilfredsstillende, at Region Hovedstaden har haft en stor fremgang de seneste par år og har nu de bedste resultater i landet målt på denne indikator. Forventningen er at standarden overholdes i næste år.	Det aftales, at de enkelte afdelinger som har et problem gennemgår deres arbejdsgange mhp. at sikre opfyldelsen af standarden til næste år.

Indikator 12. Andel af patienter der venter mindre end 14 dage på carotisendartektomi (standard 90%) Status: Region Hovedstadens resultat er 76%. Lands gennemsnittet er 49%. Hospitalernes resultater ligger i intervallet 33% (Herlev) - 100% (Herlev og Bispebjerg).	Region Hovedstaden ligger på denne indikator langt bedst i landet, men lever ikke op til den fastsatte standard.	Der er behov for gennemgang af talmaterialet mhp. at kvalitetssikre dette og undersøge hvilke faktorer der er årsag til at nogle operationer først udføres mere end 14 dage efter apopleksien.
Indikator 13a+b: Andel af patienter, der indlægges inden for henholdsvis 3 og 4,5 timer efter symptomdebut (standard 30%) Status: Region Hovedstadens resultat er 49% indenfor 3 timer og 61% indenfor 4,5 timer. Lands gennemsnittet er henholdsvis 43% og 54%.	Begge standarder overholdes og Region Hovedstaden har de bedste resultater i landet målt på denne indikator.	
Indikator 14: Andel af patienter der trombolyseres inden for 1 time (standard 50%) Status: Region Hovedstadens resultat er 68%. Lands gennemsnittet er 61%.	Region Hovedstaden har de bedste resultater i landet. Auditgruppen konstaterede, at der ikke umiddelbart kan tages stilling til resultaterne for indikator 14 og 15 pga. registreringsproblemer. Af opgørelsen fremgår nemlig trombolysedpatienter på hospitaler, som ikke udfører trombolyse.	Der er nedsat en national gruppe som gennemgår disse tal mhp. fejlfinding.
Indikator 15: Andel af patienter med akut iskæmisk apopleksi der trombolyseres (standard 10%) Status: Region Hovedstadens resultat er 16%. Lands gennemsnittet er 13%. Hospitalernes resultater ligger i intervallet 5% (Herlev) - 92%	Indikator 15: Samme problemstilling som indikator 14.	Organisatoriske tiltag og lokale audit, som kan være med til at øge andelen, som kan tilbydes trombolysbehandling. Region Hovedstadens resultater er meget varierende – der er muligvis tale om mangelfulde data. Auditgruppen vil arbejde videre med dette.

Bis-pebjerg.		
Indikator 16 - Mortalitet indenfor 30 dage efter indlæggelse (max 15%) Status: Region Hovedstadens resultat er 11% og opfylder standarden. Landsgennemsnittet er ligeledes 11%. Hospitalernes resultater ligger i intervallet 4% (Amager) – 40% (Rigshospitalet)	Region Hovedstaden overholder standarden. I rapporten konstateres en meget høj dødelighed på Rigshospitalet. Også Hillerød har forhøjet dødelighed. Side 84 i rapporten forklarer Rigshospitalets særlige position og konkluderer også, at dødeligheden på Rigshospitalet forventes højere og at der med udgangspunkt i de registrerede procesindikatorer ikke er noget grundlag for at tro at behandling og pleje skulle være ringere på Rigshospitalet end på andre enheder. Hillerød Hospital har analyseret 29 patienter som døde under indlæggelsen i det første halve år. Alle patienter havde svære infarkter eller blødninger og der var ikke tegn på forebyggelige dødsfald. Auditgruppen konkluderede at der er ikke er tale om en dårlig udvikling i resultaterne for de enkelte enheder om almindelig variation. (jf. dødeligheden for de hæmorrhagiske apopleksier, som har været relativ meget svingende de sidste tre år).	Analyse: Rigshospitalet har gennemgået alle afdøde patienter, der indgår i rapporten og konkluderer at dødeligheden – taget de enkelte patientforløb og patienternes tilstand ved indlæggelse i betragtning – ikke er specielt høj. RH har i 2011 haft 94 patientforløb med apopleksi. I alt 17 patienter er døde i afdelingen inden for 30 dage (det tal som offentliggøres). Fire patienter er døde inden for 30 dage efter at være overflyttet fra RH til stam-sygehus. Det giver en samlet 30-dages-dødelighed på $21/94 = 22\%$. I Reg. H er dødeligheden samlet 11%. Af de døde i Neurologisk Klinik var 8 indlagt akut fra Traumecenter hvor de alle blev indbragt med ambulance i bevidstløs tilstand (dvs uden umiddelbar mistanke om apopleksi, som ville have medført indlæggelse på Glostrup eller BBH). Hvis man tillader sig at fratrække disse "Traumecenter-patienter" er dødeligheden 14% ($9/94$). Af de 9 øvrige døde patienter var 3 overflyttet fra andet sygehus med malignt mediainfarkt mhp evt hemikraniectomi, 3 havde gennemgået EVT og 3 havde basilaristrombose - dvs alle var svært syge. I NIP (Dansk Apopleksiregistrering) anføres kun 43 patientforløb - det skyldes at patienter overflyttet til stamsygehus registreres der og ikke som RH-forløb. Led.ovl. Kai Jensen fra Hillerød oplyste, at en gennemgang af alle journaler af de afdøde patienter (29) fra det første halve år 2011,

		ikke gav fingerpeg om hvad der kunne give forklaringen for denne forhøjede mortalitet. Ud fra de sidste fire kvartaler (Q4 2010 - Q3 2011) viser at resultaterne svinger lidt og at der er tale om helt almindelig variation - og dette var også konklusionen i den regionale auditgruppe. Den lokale auditgruppe på Hillerød Hospital har dog aftalt at lave en (stikprøve) gennemgang af de afdøde patienter fra det andet halve år 2011. Auditgruppen konkluderede at – ved evt. henvendelser fra journalister vedr. mortalitet er det vigtigt at nævne at tallene i rapporten viser, at alle afdelinger følger de nationale og regionale retningslinjer og protokoller. Hvis pressen spørger til RHs resultater kan henvises til Palle Pedersen.
Indikator 17: Andel af patienter der dør inden for 30 dage efter indlæggelse - Iskæmisk + Uspecifik. (standard 12%). Status: Region Hovedstadens resultat er 9% og opfylder standarden. Landsgennemsnittet er ligeledes 8%. Hospitalernes resultater ligger i intervallet 4% (Amager) – 36% (Rigshospitalet)	Region H lever op til standarden. Der henvises til diskussion i indikator 16.	

Indikator 18: Andel af patienter der dør inden for 30 dage efter indlæggelse - Hæmorrhagisk (standard mindre end 40%) Region Hovedstaden har en mortalitet for denne gruppe på 30%, hvilket er 7% mindre end sidste år. Landsgennemsnittet er 31% Hospitalernes resultater ligger i intervallet 15% (Frederiksberg) til 75% (Rigshospitalet)	Region H lever op til standarden. Der henvises i øvrigt til diskussionen i indikator 16.	
All-or-None – patienter der får den fulde behandlingspakke inden for tidsfristerne (9 indikatorer) Status: I Region Hovedstaden 55% af apopleksipatienterne fået den fulde behandlingspakke i 2011, hvilket er en forbedring på 18% sammenlignet med 2010. Landsgennemsnittet er 53%. Hospitalernes resultater ligger i intervallet 39% (Bispebjerg) til 66% (Glostrup).	Auditgruppen udtrykte tilfredshed over de stærkt forbedrede resultater i Region Hovedstaden over de sidste tre år. Målopfyldelsen i Region H på denne indikator var 19% i 2009, 38% i 2010 og nu 55% i 2011.	De betydeligt bedre resultater på mange af de enkelte indikatorer forklarer i sig selv forbedringen af all-or-none resultatet, da all-or-none er afhængig af opfyldelse af de enkelte indikatorer.
All-Or-None indikator (100% opfyldelse af relevante indikatorer) (13 indikatorer) Status: I Region Hovedstaden har 41% af patienterne fået den fulde behandlingspakke i 2011. Landsgennemsnittet er 36%. Hospitalernes resultater ligger i intervallet 20% (Amager) til 53% (Hillerød).	Denne nye indikator er kommet med da de i året er tilkommet en række nye indikatorer. (Den gamle all og non indikator ovenfor bibeholdes så man kan sammenligne med tidligere år). Auditgruppen udtrykte tilfredshed over, at Region Hovedstaden ligger bedst i landet på denne nye indikator.	