

Det gode patientforløb - Apopleksi

Fremtidens sygehuse i Region Syddanmark

www.fremtidenssygehuse.dk



Region Syddanmark

Forløbsprogram, patienter med:

Apopleksi

1. Indledning	2
2. Behandling	3
3. Beskrivelse af nuværende forløb	3
3.1 Kvalitativ tilgang til patientforløb – hvordan gør vi det i praksis?	4
4. Beskrivelse af "best practice" patientforløb	8
4.1 Organisation	8
4.2 Patientselektion	9
4.3 Diagnosticering	9
4.4 Behandling.....	10
4.5 Rehabilitering.....	10
4.6 Overvejelser vedr. omlægning og mulighed for accelereret forløb.....	11
5. Beskrivelse af fremtidens gode patientforløb	12
6. Konklusion	14
6.1 Perspektivering	14
Bilag.....	15
Bilag – definitioner aktivitetsdata	15
Bilag – aktivitetsopgørelser (ekskl. Falck Rehab Varde).....	17
Bilag – projektgruppe	19

1. Indledning

Apopleksi er en af de store folkesygdomme. Hvert år får 12-14.000 danskere apopleksi, en fællesbetegnelse for blodprop i hjernen og hjerneblødning. Det er en alvorlig sygdom, som for manges vedkommende medfører betydelige handicaps. Overlevelsen er forbedret de seneste år, de seneste danske opgørelser viser at dødeligheden indenfor den første måned nu ligger på 11%.

Det er hyppigst ældre mennesker, der rammes af en blodprop i hjernen eller hjerneblødning, men til trods for dette er 15 % af patienterne under 60 år.

Tabel 1: Region Syddanmarks aktivitet 2007 for patienter med diagnosekoden apopleksi

Region Syddanmark	Infarctus cerebri DI61.0-DI61.9	Haemorrhagia cerebri DI63.0-DI63.9	Apoplexia cerebri DI64.9	TIA DG45.9	Genoptræning DZ50.8
Sygehus indlæggelser	400	2.072	695	825	680
Ambulante besøg	325	2.710	1.138	1.038	1.301
Antal sengedage (afdeling) ¹	4.175	24.198	6.525	2.323	33.233
Gennemsnitlig liggetid (afdeling) ²	8,74	9,94	8,20	2,67	21,57
Indlæggelser med røntgenundersøgelse	339	1.980	586	769	756
Ambulante besøg med røntgenundersøgelse	39	296	143	321	26
Indlæggelse med intensiv behandling	49	32	8	1	6
Gns. Intensiv tid (timer)	90,17	65,58	177,03	35,50	125,93
Gns. Liggetid (sygehus) ³	10,82	11,70	10,22	2,89	25,88

Kilde: SydLIS – patientforløbsrapporter d. 6. marts 2008.

Det skal bemærkes, at aktiviteten for Falck Rehab Varde indgår i ovenstående tabel.

TIA (transitorisk iskæmisk attack) som også er nævnt i tabellen, er en tilstand med forbigående neurologiske symptomer varende højst 1 døgn. Udredning og medicinsk behandling er den samme som for patienter med apopleksi.

I bilagene vises aktiviteten fordelt på sygehus. Man skal dog være opmærksom på, at nogle sygehuse overflytter patienterne til et andet sygehus til rehabilitering, medens andre sygehuse har hele patientforløbet. Dette kan give forskelle i den gennemsnitlige liggetid, selvom der ikke er nogen forskel for patientforløbene.

Aktiviteten for apopleksi patienter kan ikke umiddelbart trækkes, da nogle patienter havner i aktionsdiagnosen DZ50.8 (genoptræning), og denne aktionsdiagnose indeholder også andre patientgrupper. For Neurorehabiliteringen, Ringe drejer det sig om 245 apopleksi patientforløb ud af 324 patientforløb i 2007.

¹ Antal sengedage (afdeling) er det antal sengedage patienten er indlagt, dog tælles udskrivningsdagen ikke med. Der tælles sengedage for afdelingsindlæggelser med den pågældende aktionsdiagnose.

² Gennemsnitlig liggetid for afdelingsindlæggelser med pågældende aktionsdiagnose.

³ Gennemsnitlig liggetid for sygehusindlæggelser med pågældende aktionsdiagnose.

2. Behandling

Symptomer: De hyppigste symptomer ved apopleksi er pludseligt opståede halvsidige lammelser, nedsat følesans, talebesvær eller synstab. Der kan være ledsagende, umiddelbart usynlige, symptomer som for eksempel reduceret hukommelse, nedsat opmærksomhed, skrive- og læsebesvær, manglende evne til at tage tøj korrekt på, manglende sygdomsindsigt. Der kan være ledsagende hovedpine og forskellige grader af bevidsthedspåvirkning.

Indlæggelse og akut behandling: Selv lette symptomer skal medføre umiddelbar indlæggelse på apopleksiafsnit. Indlæggende læge eller Falck vurderer om patienten er mulig kandidat til trombolyselbehandling, behandling med blodpropopløsende medicin. Denne behandling skal gives indenfor 3 timer, og patienten skal vurderes på sygehuset senest 2 timer efter symptomerne opstod. Det er kun 5-10 % af patienterne med hjerneblodpropper, der findes egnet til trombolyselbehandling. I Region Syddanmark har Odense Universitetshospital og Sydvestjysk Sygehus tilladelse fra Sundhedsstyrelsen til at give denne behandling i dag.

Efter indlæggelse på et apopleksiafsnit skal der hurtigst muligt stilles en korrekt diagnose og behandling påbegyndes. Der foreligger nationale krav til de akutte forløb, og data indberettes til NIPdatabasen (Det nationale indikatorprojekt).

Rehabilitering: Rehabilitering⁴ begynder straks ved indlæggelsen. Afgørende for et godt resultat er den tværfaglige indsats på et dedikeret apopleksiafsnit i stimulerende omgivelser. Medicinske komplikationer forbygges og behandles. Udredning af årsag til apopleksitilfælde pågår samtidig med rehabiliteringsforløbet. Afhængig af symptomernes sværhedsgrad planlægges det optimale forløb for den enkelte. Specialiseret genoptræning⁵ og rehabilitering er en regional opgave og foregår under indlæggelse, på daghospital og som ambulans specialiseret genoptræning. Opgaven varetages af specialiserede teams. Enkelte patienter vil have behov for høj specialiseret rehabilitering på landsdelsfunktionen i Hammel. På nogle sygehuse foregår rehabiliteringen på den modtagende afdeling, mens patienten andre steder overflyttes til anden afdeling eller sygehus, typisk indenfor 14 dage.

En del af patienterne har efter udskrivelse behov for videre kommunal genoptræning og rehabilitering. Det er en specialiseret opgave af tværfaglige teams at varetage neurorehabilitering.

3. Beskrivelse af nuværende forløb

⁴ Rehabilitering er ifølge Hvidbogen, Rehabiliteringsforum Danmark: ”En målrettet og tidsbestemt samarbejdsproces mellem en borger, pårørende og fagfolk. Formålet er at borgeren, som har eller er i risiko for at få betydelige begrænsninger i sin fysiske, psykiske og/eller sociale funktionsevne, opnår et selvstændigt og meningsfuldt liv. Rehabilitering baseres på borgerens hele livssituation og beslutninger og består af en koordineret, sammenhængende og vidensbaseret indsats.” (2004 p. 16)

⁵ Specialiseret genoptræning defineres i ”Vejledning om træning i kommuner og regioner” som træning, der kræver tæt samarbejde på speciallægeniveau eller særlige hensyn til patientens sikkerhed, som kun kan imødekommes af sundhedspersonale i sygehusregi. (Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2006)

3.1 Kvalitativ tilgang til patientforløb – hvordan gør vi det i praksis?

Fase	Klinisk tema	Odense Universitetshospital Svendborg Sygehus						Sydvestjysk Sygehus				Sygehus Sønderjylland				Sygehus Lillebælt				
		Odense	Svendborg	Fåborg	Nyborg	Ærø	Ringø	Esbjerg	Grindsted	Brørup	Varde	Sønderborg	Haderslev	Aabenraa	Tønder	Kolding	Fredericia	Vejle	Give	Middelfart
Primær sektor	Primært symptom/indgang Focale udfald	X	X			X		X	X			X	X		X	X	X			
	Præhospitalt Visitation/henvisning Henvisningsform: 112, skadestuen, almen praksis	X	X			X		X	X			X	X		X	X	X	X		
Sygehus Sektor Stationært	Udredning: CTC/MR	X	X					X	X			X	X		X		X			
	Dopplerus.	X	X					X				X	X		X		X			
	Ekkocardiografi	X	X					X				X	X		X		X			
Akut	Behandling: Trombolyse	X						X												
	Antitrombotisk beh.	X	X					X	X		X	X		X		X	X			
	Cholesterolsænkende beh.	X	X					X	X		X	X		X		X	X			
	Pleje: Antal pleje pers./seng På sengeafsnit	1,45	1,4					1,1				1	1		1,28		1,27 ⁶	0,98 ⁶		
	Patientinformation: Udlevering af skriftlig mat.	X	X					X				X	X		X		X	X		
	Visitation/Udskrivning Tilbud om efteramb, og opfølgning. neuropsykolog	X	X					X				X			X		X	X	X	
		X	X ⁷					X				X	X ⁷		X ⁷		X			

⁶ Eksklusiv afdelingssygeplejerske

⁷ Ad hoc

Fase	Klinisk tema	Odense Universitetshospital Svendborg Sygehus						Sydvestjysk Sygehus				Sygehus Sønderjylland				Sygehus Lillebælt						
		Odense	Svendborg	Fåborg	Nyborg	Ærø	Ringø	Esbjerg	Grindsted	Brørup	Varde	Sønderborg	Haderslev	Aabenraa	Tønder	Kolding	Fredericia	Vejle	Give	Middelfart		
Sygehus Sektor	Lægedækn. ,Dag,Aften,Nat	X	X				X ⁸		X	X	X	X ⁹	X	X			X		X	D		
	Rehabiliterende pleje	X	X				X		X			X	X	X			X		X	X		
Stationært	Diætist	X	X						X	X	X	X	X	X			X					
Rehabilite ring	Ved screening tilbud om speciel mad																					
	Ergo NIP-dækn. X dage /uge	7	7						5				7	5			5		7	5		
	Fysio NIP-dækn X dage/uge	7	7						5				7	5			6		7	5		
	Ergoterapi x gange /uge	2	5				5		5			5	5	5			3-4		5	5		
	Fysioterapi x gange /uge	2-4	5				5		5			5	5	5			3-5		5	5		
	Logopæd X gange / uge	3-4	5				3-4		3			5	5	5			4		5	5		
	Neuropsykolog tilknyttet timer/uge	37	X ¹⁰				37		37			7	37	X ¹¹			X ¹²		37			
	Socialrådgiverbistand	X					X						X	X			X					
	Struktureret pårørende tilbud											X	X	X						X		
	Målsætningssamtaler med patient og pårørende	X	X				X		X			X	X	X			X			X		

⁸ Lægedækning via lægevagt, aften, nat og weekends

⁹ Lægedækning via telefontilkald aften, nat og weekends.

¹⁰ Ad hoc

¹¹ Ad hoc

¹² Ad hoc

Fase	Klinisk tema	Odense Universitetshospital Svendborg Sygehus						Sydvestjysk Sygehus				Sygehus Sønderjylland				Sygehus Lillebælt				
		Odense	Svendborg	Fåborg	Nyborg	Ærø	Ringe	Esbjerg	Grindsted	Brørup	Varde	Sønderborg	Haderslev	Aabenraa	Tønder	Kolding	Fredericia	Vejle	Give	Midelfart
Sygehus sektor Ambulant	Udredning																			
	CTC/MR-scanning	X	X					X				X	X		X		X			
	Dopplerundersøgelse	X	X					X				X	X		X		X			
	Ekkocardiografi	X	X	X	X			X				X	X		X		X			
	Behandling																			
	Antitrombotisk beh	X	X					X				X	X		X		X			
	Cholesterolsænkende beh	X	X					X				X	X		X		X			
	Antihypertensiv beh	X	X					X				X	X		X		X			
	Pleje	X	X									X	X						X	
	Sygeplejekonsultationer																			
Sygehus sektor Ambulant Rehabilite ring	Patientinformation	X	X					X				X	X		X		X	X		
	Skriftlig mat. Udleveres																			
	Visitation/Udskrivning		X					X				X	X		X			X		
	Opfølgning i ambulatoriet																			
Sygehus sektor Ambulant Rehabilite ring	Diætvejledning		X					X				X	X		X			X		
	Cholesterolsænkende diæt																			
	Pleje	X	X					X				X	X					X		
	Ergoterapi	X									X ¹³	X	X		X ¹⁴		(X)	X		
	Fysioterapi	X									X	X	X		X ¹⁵		(X)	X		
Rehabilite ring	Logopæd	X	X					X			X	X	X		X		X			
	Neuropsykolog	X	X					X				X	x/-				X			

¹³ Ganske få specialiserede ambulante forløb ved ergo- og fysioterapi.

¹⁴ Ganske få specialiserede ambulante forløb ved ergo- og fysioterapi.

¹⁵ Ganske få specialiserede ambulante forløb ved ergo- og fysioterapi.

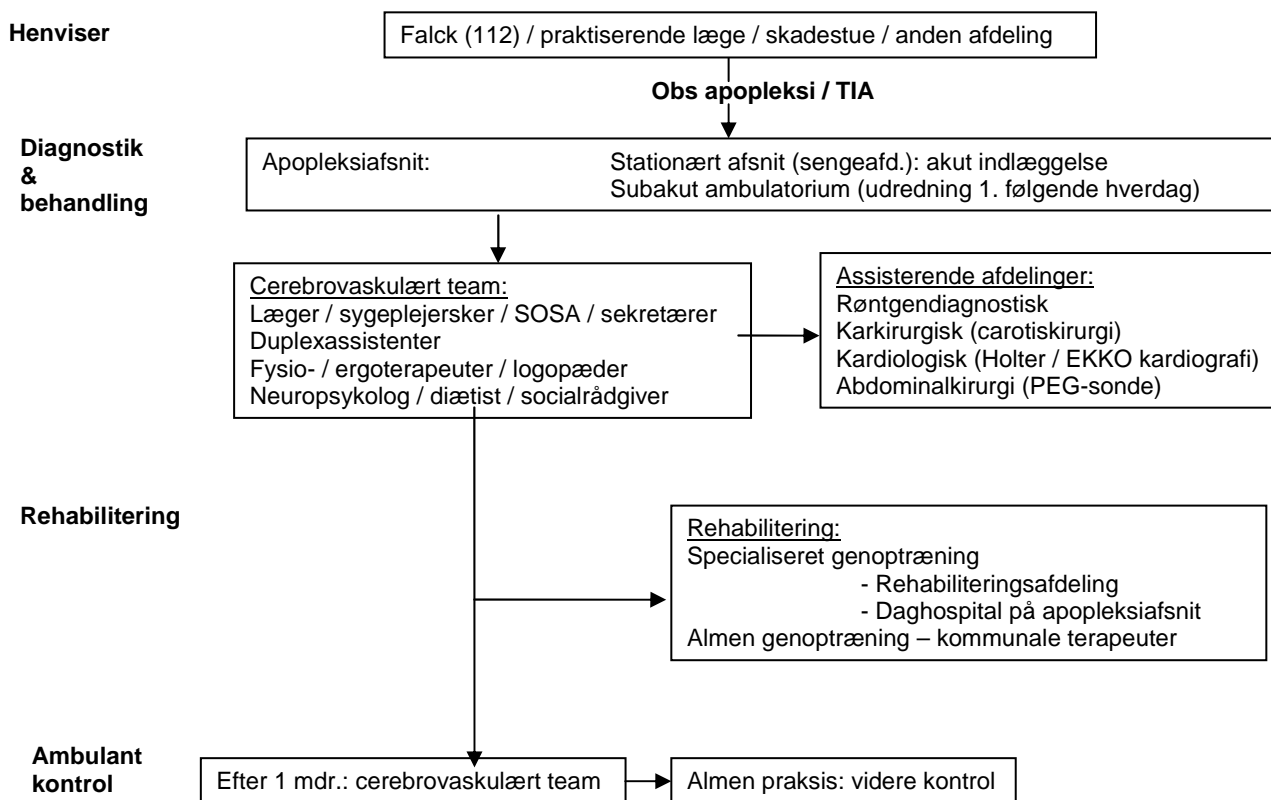
Fase	Klinisk tema	Odense Universitetshospital Svendborg Sygehus							Sydvestjysk Sygehus				Sygehus Sønderjylland				Sygehus Lillebælt				
		Odense	Svendborg	Fåborg	Nyborg	Ærø	Ringø		Esbjerg	Grindsted	Brørup	Varde	Sønderborg	Haderslev	Aabenraa	Tønder	Kolding	Fredericia	Vejle	Give	Middelfart
Primær sektor Posthos- pitalt	Behandling	X	X	X	X	X	X		X				X	X			X		X	X	
	Patientinformation	X	X	X	X	X	X		X				X	X			X		X	X	
	Opfølgning/kontroller	X	X	X	X	X	X		X				X	X			X		X	X	
	Rehabilitering	X	X	X	X	X	X		X				X	X			X		X	X	

4. Beskrivelse af "best practice" patientforløb

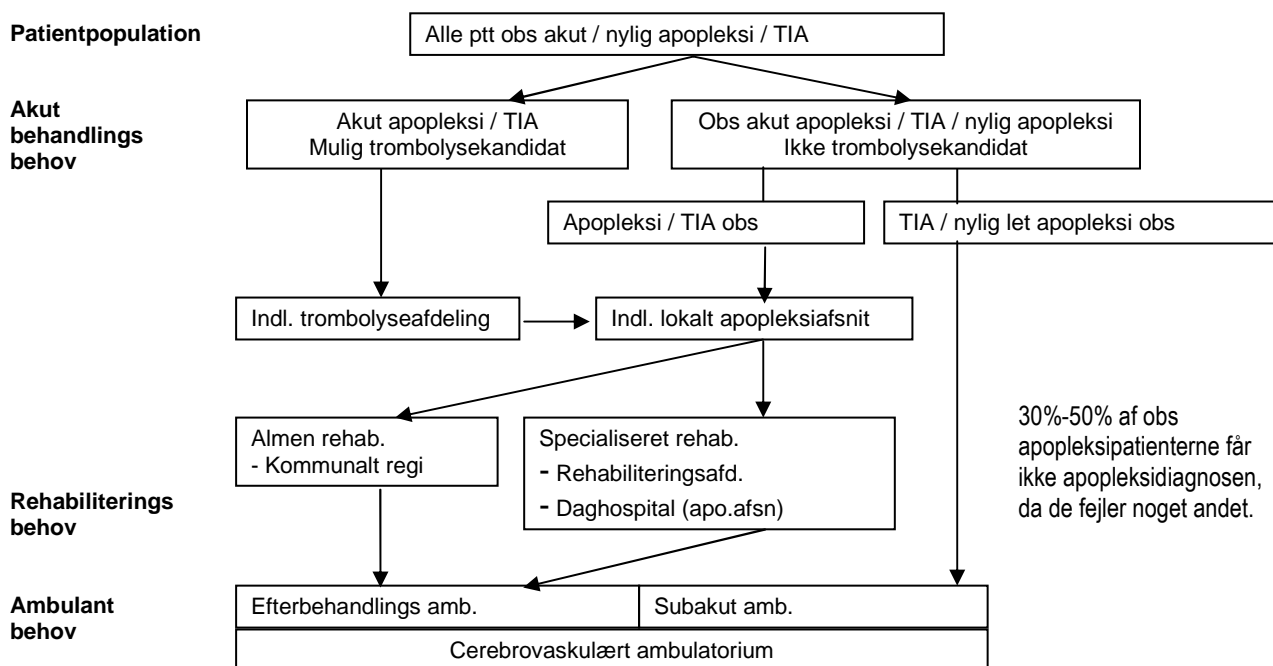
Apopleksi er en potentielt livstruende og invaliderende sygdom, som straks kræver udredning og behandling. Apopleksipatienter skal derfor betragtes på samme måde som patienter med akut opståede hjertesygdomme.

Sygehusene i Region Syddanmark arbejder i meget høj grad ens med hensyn til udredning og behandling af apopleksi. På denne baggrund har projektgruppen valgt at beskrive best practice fælles for alle sygehusenheder. Best practice patientforløbet er illustreret nedenfor.

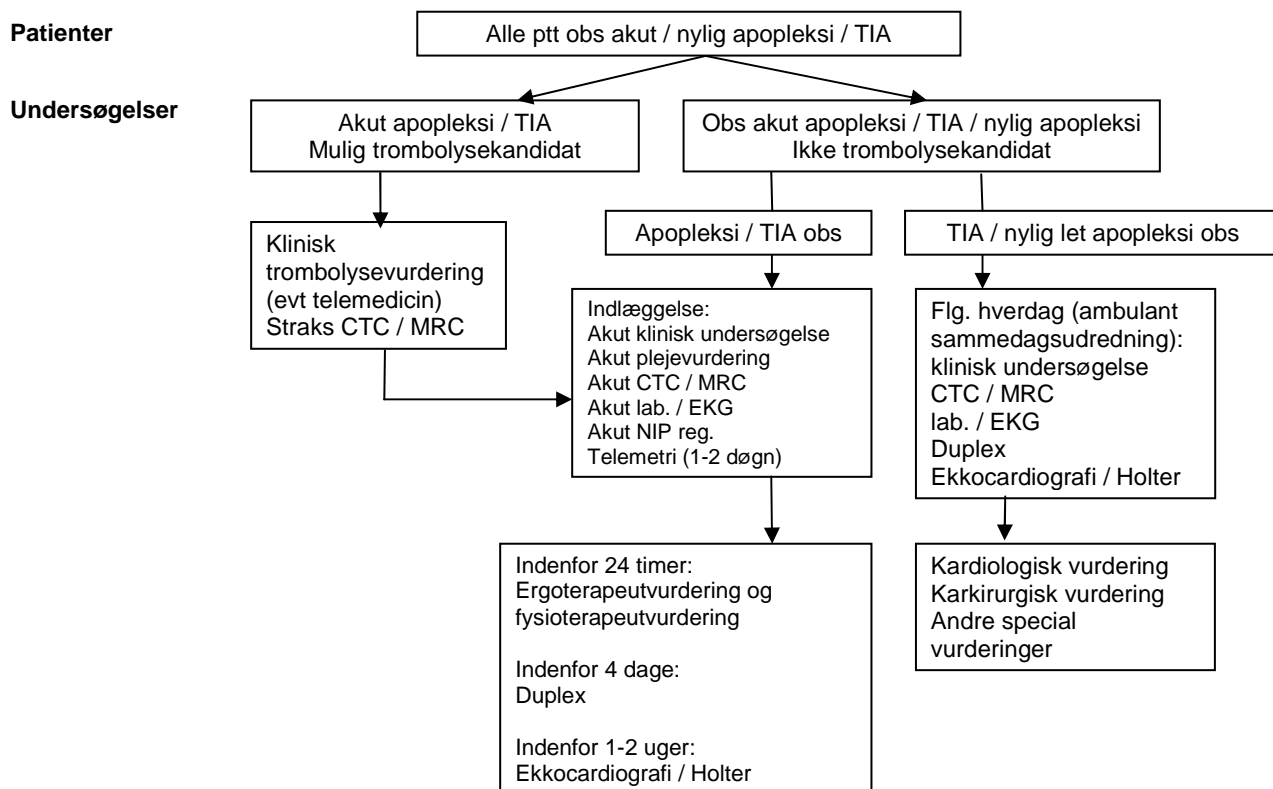
4.1 Organisation



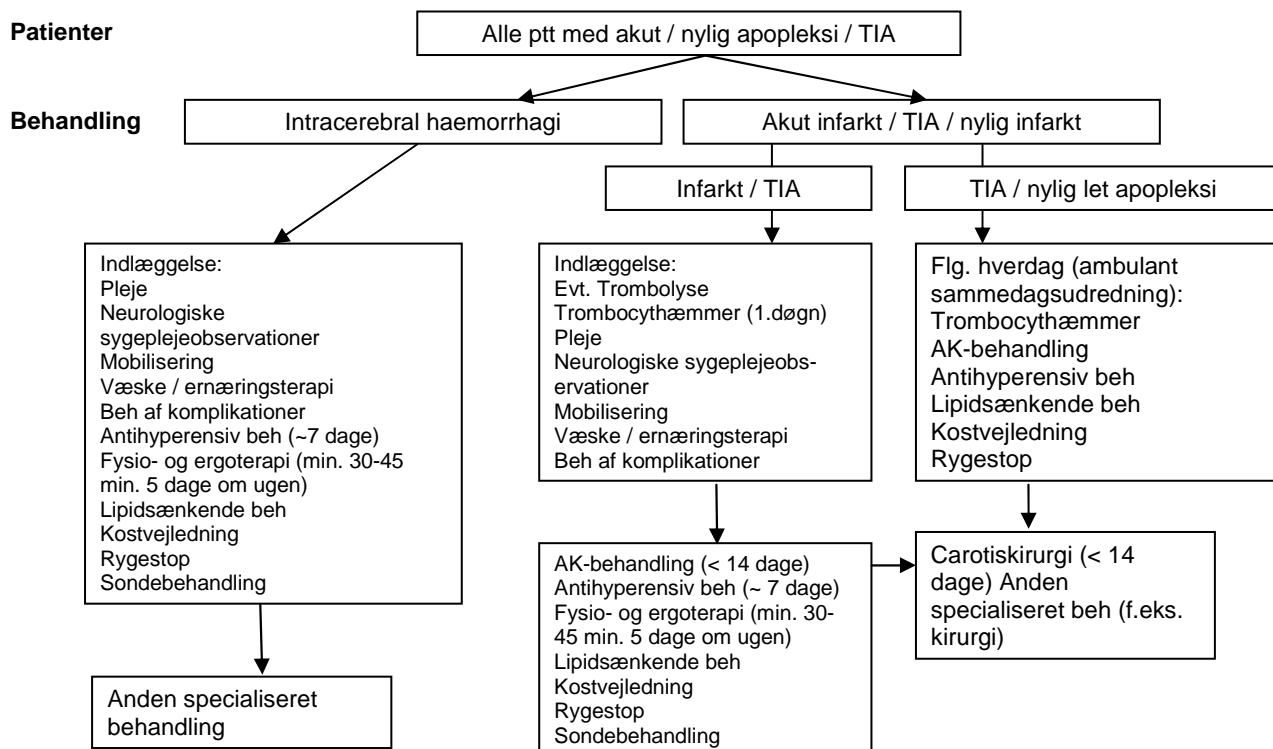
4.2 Patientselektion



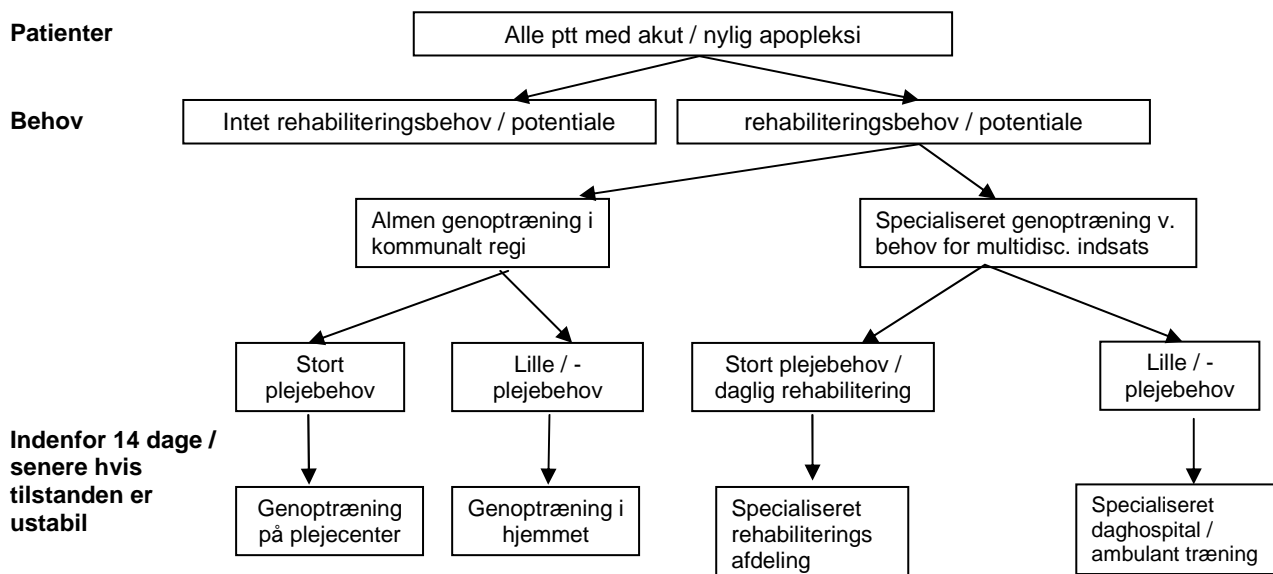
4.3 Diagnosticering



4.4 Behandling



4.5 Rehabilitering



4.6 Overvejelser vedr. omlægning og mulighed for accelereret forløb

Best practice giver ikke nogle væsentlige ændringer i tilgangen til patienterne. Der forventes det samme genoptræningsbehov, selvom patienterne nu betragtes som akutte patienter. På baggrund af disse overvejelser ser projektgruppen ikke en umiddelbar mulighed for at omlægge fra stationær behandling til ambulante behandling eller mulighed for at reducere antal sengedage pr. patient. I en dansk MTV rapport¹⁶ blev der i 2005 beregnet en samfundsøkonomisk gevinst og gennemsnitlig reduktion af liggetiden med 3 dage ved indførelse af udadgående hjemmetræning – dette synes dog kun aktuelt for længerevarende indlæggelser og moderat skadede patienter.

Det er væsentligt at fastholde en vifte af forskellige rehabiliteringstilbud; stationært i rehabiliteringsafsnit, daghospitalsregi og specialiseret ambulante genoptræning for at tilgodese målgruppens varierende og ofte komplekse rehabiliteringsbehov. Etablering af udadgående team vil kunne tilgodese en glidende overgang til primærsektor og kontinuitet i komplekse forløb, og det er i tråd med den europæiske strategi for stroke management¹⁷.

Forekomsten af nye apopleksitilfælde pr. befolkningsenhed (incidens) stiger næsten eksponentielt med alderen. Det betyder, at befolkningssammensætningen har afgørende indflydelse på det samlede antal nye apopleksitilfælde i en region. I en WHO undersøgelse fra 2006 har man på baggrund af epidemiologiske studier estimeret antallet af nye apopleksitilfælde i Europa frem til 2025. Undersøgelsen viser, at selvom det lykkes at fastholde nuværende incidensrate, vil antallet af apopleksitilfælde stige med 36% fra 1,1 mio. tilfælde i 2002 til mere end 1,5 mio. tilfælde i 2025. Et netop publiceret svensk studie (2008) indikerer at apopleksiincidensraten i Sverige er stabiliseret. På trods heraf vil alene udviklingen i befolkningssammensætningen give anledning til en 59% stigning i antallet af apopleksitilfælde frem til 2050.

Der ses et fald i aktiviteten fra 2006 til 2007. Dette fald skyldes primært den ændrede opgavefordeling mellem regioner og kommuner, hvor kommunerne i forbindelse med strukturreformen i 2007 nu har myndighedsansvar for den almene ambulante genoptræning efter udskrivelse.

Ud fra en demografisk tilgang (jf. ovenstående undersøgelser) forventes en stigning på 36% i antallet af apopleksipatienter frem til 2025. Dette betyder, at antallet af sengedage, ambulante besøg og afledte undersøgelser ligeledes vil stige med 36%, da der ikke forventes et fald i den gennemsnitlige liggetid og antal ambulante besøg pr. patient.

¹⁶ Larsen T.: Hjemmetræning af patienter med apopleksi – en medicinsk teknologivurdering. SST. CEMT 2005

¹⁷ Kjellström T., Norrving B. Shatchkute A. 2006: "Helsingborgdeclaration 2006 on European Stroke Strategies" Cerebrovasc Dis 2007;23:229-241.

5. Beskrivelse af fremtidens gode patientforløb

Projektgruppen foreslår, at der laves en konstruktion, hvor patienterne kommer ind på et akut apopleksiafsnit. Dette vil give mulighed for udredning og behandling indenfor ganske få dage (2-4 dage). Dette giver mulighed for at adskille akutte patienter og rehabiliteringspatienter, da det ikke er hensigtsmæssigt, at længerevarende rehabilitering foregår på akutafsnit, men bør foregå i et miljø, der er målrettet intensiv træning og rehabilitering, og hvor personalet er specialuddannet til at varetage rehabiliteringsopgaven i et 24 timers koncept. Eventuelle meget kortvarige forløb kan færdiggøres i det akutte apopleksiafsnit.

Der bør etableres et setup, hvor rehabilitering kan foregå differentieret ud fra den enkelte patients rehabiliteringsbehov.

Nødvendigt setup for det akutte apopleksiafsnit

Det akutte apopleksiafsnit skal ligge på akutsygehus. Særligt vigtige specialer er intensiv, cardiologi, parenchymkirurgi, røntgen og intern medicin.

Patienten skal modtages på en neurologisk eller intern medicinsk afdeling med apopleksiafsnit. Modtagelse på intern medicinsk afdeling kræver telemedicinsk opkobling til neurologisk afdeling. Patienten modtages af et tværfagligt multidisciplinært team, som udover læger består af sygeplejersker med særlige kompetencer indenfor akut vaskulære sygdomme, terapeuter alle ugens 7 dage og diætister. Hertil kommer andet støttepersonale.

Følgende teknologier skal være tilgængelige:

- Trombolysebehandling skal kunne foregå på de steder, hvor apopleksipatienter modtages.
- Telemetri overvågning
- Teknologi til videoovervågning af synkebesvær f.eks. videofluoskopi
- Adgang til akut CT og MR teknologi
- Carotis skanner og/eller andet udstyr til billeddiagnostik til udredning af halskar.
- Ekko kardiograf.
- Semi intensive senge med mulighed for kardiologisk vaskulært overvågning og non invasiv ventilatorisk støtte.
- Plejeteknik, lifte, elektronisk vejning af patienten
- Umiddelbar adgang til biokemisk diagnostik

Nødvendigt setup for rehabilitering

Faciliteter skal rumme en tværfaglig organisation

Arkitektur skal understøtte en tæt tværfaglig sammenhængende struktur med forskellige fagspecifikke indsatser såvel sygepleje, læge, logopæd, neuropsykolog, socialrådgivning, ergoterapi og fysioterapi. Rum til samtaler, behandling, træning og mødeaktivitet på sengeafsnit.

Et stimulerende / udfordrende træningsmiljø

Træningsfaciliteter integreret / i tæt tilknytning til sengeafsnit. Træningsudstyr, selvtræningsudstyr, faciliteter til afprøvning og træning af daglige aktiviteter, f.eks. køkken og hobbyværksted. Det omgivende miljø er et vigtigt

element som motivationsfaktor / træningsarena (f.eks. have, natur, by, sportsfaciliteter), og bør tænkes ind i fremtidigt nybyggeri.

En vifte af tilbud, der tilgodeser den apopleksiramtes individuelle, forskellige behov

Daghospital, ambulatorium, få "hotel" pladser, hjemmetræning, udadgående teams, korte intensive brush-up forløb efter udskrivelse.

Et rehabiliteringsmiljø der inddrager og tilgodeser moderne patienter / pårørendes krav under længerevarende indlæggelser

Enestuer med tv og internetadgang. Mulighed for pårørende for overnatning og spising.

Fremtidsperspektiver for genoptræning af apopleksiramte

Intensivering af træningstilbud. En teknologisering af træning samtidigt med en øget aktivitetsrettet træning. IT understøttende metoder: Virtuel træning og robottræning. Telerehabilitering som supplement til træning, vejledning og instruktion.

Efterambulant

Det er projektgruppens opfattelse at et tættere samarbejde mellem sygehus og primær sektor vil give et bedre patientforløb for den enkelte patient. Samarbejdsrelationer vil være lokalt betinget. Projektgruppen foreslår, at dette bliver et tema for de fremtidige samarbejdsaftaler.

Nogle gange kan det være svært at vurdere en patient umiddelbart i forbindelse med udskrivningen. Det vil derfor være et væsentligt kvalitetsløft, såfremt der er mulighed for, at et udadgående apopleksiteam vurderer patienterne efter udskrivning.

I øvrigt

Der bør iværksættes en folkeoplysningskampagne, således at befolkningen kender symptomerne og derved ændrer måden at henvende sig på i forbindelse med symptomer på apopleksi.

Trombolyse er ikke et regionalt tilbud i dag på grund af for store kørselsafstande til behandlingsstederne. Der bør derfor etableres 2 ekstra trombolysecentre i regionen.

Der skal være et tæt samarbejde med neurokirurgisk afdeling og karkirurgisk afdeling med henblik på intervention.

6. Konklusion

Hvad angår dimensionering af de fremtidige sygehuse henvises til rapporten "Den forventede udvikling i aktiviteten indenfor specialet neurologi".

Projektgruppens konklusioner:

- Apopleksi er en akut sygdom, der kræver accelereret udredning og behandling.
- Apopleksipatienter bør indlægges på specialiserede akutte apopleksiafsnit
- Apopleksipatienter modtages kun på akutsygehuse i fagligt miljø med ekspertise indenfor apopleksi
- Teknologisk oprustning kan forbedre udredning og behandling af apopleksi markant
- Der forventes en vækst i antallet af apopleksi patienter på mindst en tredjedel af det nuværende niveau de næste 10-15 år
- Rehabilitering af apopleksipatienter bør foregå i tværfagligt miljø i særligt afsnit
- Det ses som en fordel at akutafsnit og rehabiliteringsafsnit er på samme matrikel
- Patienter med apopleksi bør tilbydes individuel og differentieret behandling
- For at sikre sammenhængende patientforløb er det vigtigt, at samarbejdet med den primære sektor udbygges
- Det anbefales, at der nedsættes en regional netværksgruppe til blandt andet erfaringsudveksling
- Det er vigtigt, at der laves en forskningsmæssig indsats både mono- og tværfaglig for denne patientgruppe. Dette blandt andet set i lyset af vores begrænsede viden om hjernens plasticitet, og hvilke andre faktorer, der har indvirkning på indlægringsevnen efter en apopleksi.

6.1 Perspektivering

Projektgruppen vurderer, at forslagene i rapporten ved simple organisatoriske justeringer og mindre investeringer kan implementeres. Umiddelbart er det de fysiske rammer og personaleressourcer, der er udfordringen.

Det foreslås, at de enkelte sygehusenheder tager rapporten til sig og nedsætter arbejdsgrupper til implementering af anbefalingerne, således at anbefalingerne kan omsættes til praksis lokalt.

Bilag

Bilag – definitioner aktivitetsdata

Område:	Sundhedsområdet	Udarbejdet af:	Inge Lise Udbye Christiansen
Afdeling:	Sundhedsdokumentation	E-mail:	IngeLise.Christiansen@RegionSyddanmark.dk
Journal nr.:		Telefon:	7663 1655
Dato:	22. februar 2008		

Notat

Definitioner

Tablet med aktivitet for unikke personer

Indlæggelser: Indlæggelser er lig antal afdelingsudskrivninger. Indlæggelser af raske ledsagere er ikke medregnet. Indlæggelser af raske nyfødte er medregnet.

Ambulante besøg: Antal ambulante besøg er inkl. besøg før eller efter en sygehusindlæggelse og inkl. besøg foretaget samme dag på samme afdeling. Ambulante besøg er ekskl. telefonkonsultationer. Ambulante besøg omfatter også røntgenundersøgelser o.lign. uden besøg på ambulatoriet i den kliniske stamafdeling.

Sengedage: Antal dage en patient er indlagt. Det er typisk på en sengeafdeling, men det kan også være på en intensivafdeling eller på et patienthotel eller. Den dag patienten udskrives tæller ikke som en sengedag. Der regnes med 1 sengedag både hvis patienten udskrives på indlæggelsesdagen, og hvis patienten udskrives dagen efter indlæggelsesdagen.

Aktionsdiagnose: Den diagnose, der ved afslutning af en kontakt bedst angiver den vigtigste tilstand, som kontakten drejede sig om.

Kontakter personer: Antal unikke cpr-numre der har været enten indlagt eller til ambulante besøg.

Kontakter personer – Indl. Personer = Antal personer der kun har været i ambulante behandling

Kontakter personer – Besøg personer = Antal personer der kun har været indlagt

Tablet med røntgen- og operationsaktivitet, samt intensive indlæggelser

Indlæggelser: Indlæggelser er lig antal afdelingsudskrivninger. Indlæggelser af raske ledsagere er ikke medregnet. Indlæggelser af raske nyfødte er medregnet.

Indlæggelser med røntgenundersøgelser: Indlæggelser, hvor der under indlæggelsen er registreret en røntgenundersøgelse (En SKS-kode, som starter med UX).

Indlæggelser med operation: Indlæggelser, hvor der under indlæggelsen er registreret en operation. (En SKS-kode, som starter med K).

Ambulante besøg: Antal ambulante besøg er inkl. besøg før eller efter en sygehusindlæggelse og inkl. besøg foretaget samme dag på samme afdeling. Ambulante besøg er ekskl. telefonkonsultationer. Ambulante besøg omfatter også røntgenundersøgelser o.lign. uden besøg på ambulatoriet i den kliniske stamafdeling.

Ambulante besøg med røntgenundersøgelser: Ambulante besøg, hvor der på besøgsdagen er registreret en røntgenundersøgelse (En SKS-kode, som starter med UX).

Ambulante besøg med operation: Ambulante besøg, hvor der under besøget er registreret en operationskode (En SKS-kode, som starter med K).

Indlæggelser med intensiv behandling: Indlæggelser, hvor patienten under indlæggelsen har været overført til det intensive afsnit på sygehuset.

Tabel med genindlæggelser, liggetid og ambulante besøg

Indlæggelser: Indlæggelser er lig antal afdelingsudskrivninger. Indlæggelser af raske ledsagere er ikke medregnet. Indlæggelser af raske nyfødte er medregnet.

Sygehusindlæggelser: Sygehusindlæggelser er lig antal sygehusudskrivninger. Forskellen til afdelingsudskrivninger er, at patienten kan være indlagt på flere afdelinger under én sygehusindlæggelse. Hvis en bestemt afdeling vælges, tælles det antal sygehusudskrivninger, hvor den valgte afdeling er første afdeling patienten har været indlagt på.

Regionsindlæggelse: Antal udskrivninger i Region Syddanmark, hvor der tages højde for, at nogle patienter er overført mellem Regionens sygehuse. Hvis et bestemt sygehus eller afdeling vælges, tælles det antal udskrivninger, hvor det valgte sygehus eller den valgte afdeling er første sygehus/afdeling, patienten har været indlagt på.

Genindlæggelser: Genindlæggelse på samme afdeling med samme aktionsdiagnose inden for henholdsvis 1 uge, 1 måned og tre måneder.

Gennemsnitlig liggetid: Gennemsnitlig liggetid for henholdsvis afdelings-, sygehus og regionsindlæggelser. Der tages udgangspunkt i den første afdeling patienten har været indlagt på.

Ambulante besøg før/efter indlæggelse: Det gennemsnitlige antal ambulante besøg henholdsvis 1 måned og tre måneder før/efter en indlæggelse på samme afdeling som indlæggelsen. Har patienten været indlagt to gange og har været til ambulante besøg ind imellem, tæller det ambulante besøg kun med én gang før eller efter, og i forhold til den indlæggelse, der er tættest på det ambulante besøg.

Bilag – aktivitetsopgørelser (ekskl. Falck Rehab Varde)

Sygehus	Sygehus indlæggelse r	Incl. per person	Ambulante besøg	Besøg per person	Kontakter personer	Antal sengedage	Gns. liggetid	Indlæggelse r med røntgenund ersøgelse	Ambulante besøg med røntgenund ersøgelse	Indlæggelse r med intensiv beh.	Gns. intensiv tid(timer)	Genindl. (<1 måned)	Gns. Liggetid (sgh.)	Gns. amb. Besøg eft. indl.(3 mdr)
DI61 - Hjerneblødning														
Kolding-Fredericia	22	1	11	2,2	24	284	12,91	15	2	1	46	0	12,91	0,27
OUH	137	1,15	151	2,29	183	939	6,06	109	17	7	28,4	0	8,1	0,21
Sydvestjysk sygehus	78	1,15	31	1,35	89	587	6,52	76	8	24	145,33	1	7,44	0,17
Sygehus Fyn	43	1,09	33	2,06	56	488	9,76	38	0	2	2,29	1	14,67	0,2
Sygehus Sønderjylland	74	1,27	69	3,83	83	823	8,4	75	9	9	30	1	10,76	0,32
Vejle-Give	23	1,43	30	1,88	36	417	10,43	26	3	6	68,5	0	12,61	0,25
	377		325			3.538	7,78	339	39	49	90,17	3	9,79	0,23

DI63 - Infarctus cerebri														
Kolding-Fredericia	115	1,03	85	2,3	129	1.038	8,65	106	24	2	15	1	8,83	0,77
OUH	580	1,03	789	6,31	669	3.941	6,46	561	24	7	139,96	5	6,72	0,39
Sydvestjysk sygehus	407	1,14	191	1,45	528	2.804	5,36	430	9	9	39,33	4	6,08	0,25
Sygehus Fyn	301	1,03	414	1,94	416	3.703	11,05	319	86	6	69,13	1	17	1,08
Sygehus Sønderjylland	347	1,18	1.070	6,56	446	5.943	13,03	388	112	4	67,5	5	15,16	1,52
Vejle-Give	175	1,25	161	2,04	235	2.748	11,26	176	41	4	12,5	2	13,97	0,3
	1.925		2.710			20.177	8,82	1.980	296	32	65,58	18	10,5	0,69

DI649 - Apoplexia cerebri uden specifikation														
Kolding-Fredericia	77	1,01	59	1,84	94	925	11,71	62	14	0	0	0	11,66	0,66
OUH	193	1,04	425	2,27	379	1.652	7,98	176	21	2	143,63	2	8,46	0,07
Sydvestjysk sygehus	140	1,05	207	1,14	317	672	4,07	142	34	2	46,5	1	5,74	0,21
Sygehus Fyn	44	1,07	54	1,59	71	245	5,1	24	11	1	701	0	10,61	0,58
Sygehus Sønderjylland	128	1,12	260	3,77	179	1.040	6,46	127	35	2	60	1	10,74	0,65
Vejle-Give	57	1,11	133	1,43	151	777	9,71	55	28	1	215	2	12,54	0,1
	639		1.138			5.311	7,18	586	143	8	177,03	6	9,22	0,33

Kilde: Patientforløbsrapporter SydLIS, den 6. marts 2008

Sygehus	Sygehus indlæggelser	Incl. per person	Ambulante besøg	Besøg per person	Kontakter personer	Antal sengedage	Gns. liggetid	Indlæggelser med røntgenunde rsøgelse	Ambulante besøg med røntgenunde rsøgelse	Indlæggelser med intensiv beh.	Gns. intensiv tid(timer)	Genindl. (<1 måned)	Gns. Liggetid (sgh.)	Gns. amb. Besøg eft. indl. (3 mdr)
Kolding-Fredericia	57	1,05	64	2,46	68	164	2,83	51	16	0	0	2	3,51	0,79
OUH	242	1,02	119	1,25	302	810	3,27	235	13	0	0	3	3,31	0,08
Sydvestjysk sygehus	194	1,04	169	1,5	260	477	2,34	183	28	0	0	5	2,47	0,22
Sygehus Fyn	109	1,05	183	2,29	149	289	2,56	100	71	1	35,5	2	2,97	1,28
Sygehus Sønderjylland	151	1,1	344	2,73	213	419	2,48	132	120	0	0	1	2,66	0,79
Vejle-Give	72	1,05	159	1,96	121	164	2,13	68	73	0	0	1	2,46	0,4
	825		1.038			2.323	2,67	769	321	1	35,5	14	2,89	0,49

DZ508 - Genoptræningsforanstaltninger, andre														
Kolding-Fredericia	70	1,06	15	2,5	71	2.015	27,6	65	1	1	308	2	26,93	0,29
OUH	159	1,03	301	1,26	420	5.315	27,4	166	1	0	0	2	27,03	0,54
Sydvestjysk sygehus	5	1,14	1	1	49	446	7,96	21	0	1	160	0	6,4	0,46
Sygehus Fyn	406	1,15	340	1,56	961	21.072	22,61	389	0	4	71,9	12	26,44	0,2
Sygehus Sønderjylland	15	1,33	614	3,72	189	556	15,44	23	10	0	0	0	15,93	0,47
Vejle-Give	25	1,15	30	1,58	221	3.829	15,32	92	14	0	0	4	16,4	0,09
	680		1.301			33.233	21,57	756	26	6	125,93	20	25,88	0,25

Kilde: Patientforløbsrapporter SydLIS, den 6. marts 2008

Bilag – projektgruppe

Formand	Sygehus Sønderjylland	Henrik Villadsen	Lægefaglig direktør
Sekretær	Økonomistab	Bodil Nørgaard Dahlhus	Fuldmægtig
Medlemmer	Vejle Sygehus	Carsten Bisgaard	Ledende overlæge
	Kolding, Fysioterapien	Kirsten Madsen	Specialeansvarlig fysioterapeut
	SHS, Sønderborg, Neurologisk afdeling	Amette Wildschjötz	Ledende overlæge
	SHS, Sønderborg, Neurologisk afdeling	Bodil Jørgensen	Oversygeplejerske
	SHS, Sønderborg, Neurologisk afdeling	Tobias Lindke	Overlæge (neurofysiologi)
	Odense, Neurologisk afdeling	Søren Bak	Overlæge
	Odense, Neurologisk afdeling	Helle Vahl Aalykke	Afdelingssygeplejerske
	Odense, Neurologisk afdeling	Marianne J. Kjeldsen	Overlæge
	Odense, Neurologisk afdeling	Jan Pedersen	Akst. afdelingssygeplejerske
	SVS	Rie Møller	Ledende diætist
	SVS, Neurologisk klinik	Marry-Jette K. Rasmussen	Klinikchef
	Vejle, Røntgenafdelingen	Finn Mathiesen	Overlæge
	SHF, Medicinsk afdeling	Inger Ottesen Henriksen	Overlæge
	SHF, Ringe	Gitte Jepsen	Udviklingsterapeut
	Varde, Rehabilitering	Susanne Asmussen	Specialeansvarlig fysioterapeut
	Praksis	Rudie Lindgren	prakt.læge/praksiskonsulent neurologisk afd. Vejle

Region Syddanmark
Damhaven 12 . 7100 Vejle
Tlf. 7663 1000

regionsyddanmark.dk



Region Syddanmark