



Styresak 113-2014

Nasjonale kvalitetsindikatorer 2-2014 - Resultater for Nordlandssykehuset

Saksbehandler:

Barthold Vonen, Jan Terje Henriksen, Tonje E Hansen

Saksnr.:

2014/1610

Dato:

04.12.2014

Dokumenter i saken:

Trykt vedlegg:

Ikke trykt vedlegg:

Bakgrunn

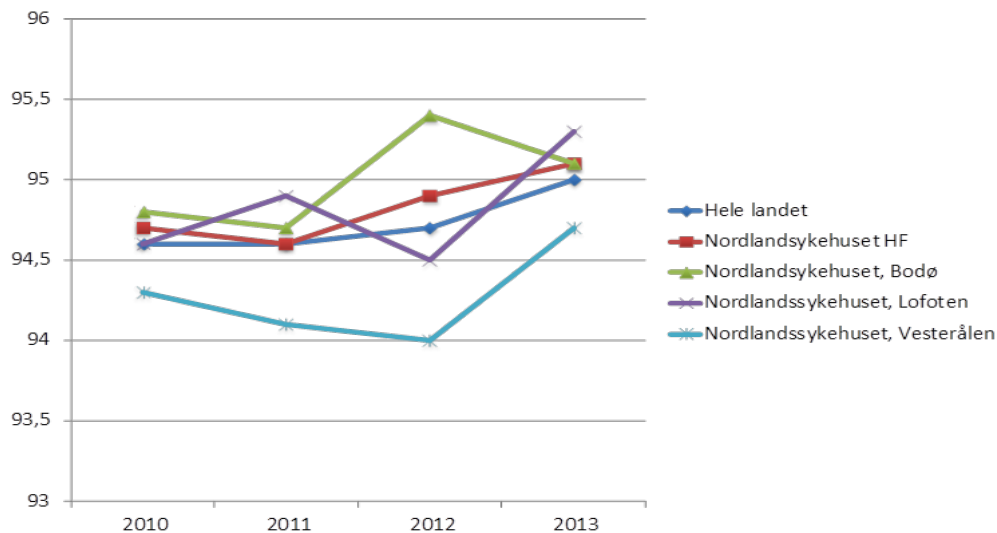
Saksfremlegget gjengir oppdaterte tall for nasjonale kvalitetsindikatorer for 2. tertial 2014. I saken er det tatt med et prioritert utvalg av indikatorer ut fra viktighet og betydning. Neste publisering av resultater fra nasjonale kvalitetsindikatorer blir 5. februar 2015.

Resultater nasjonale kvalitetsindikatorer per 2. tertial 2014-12-03

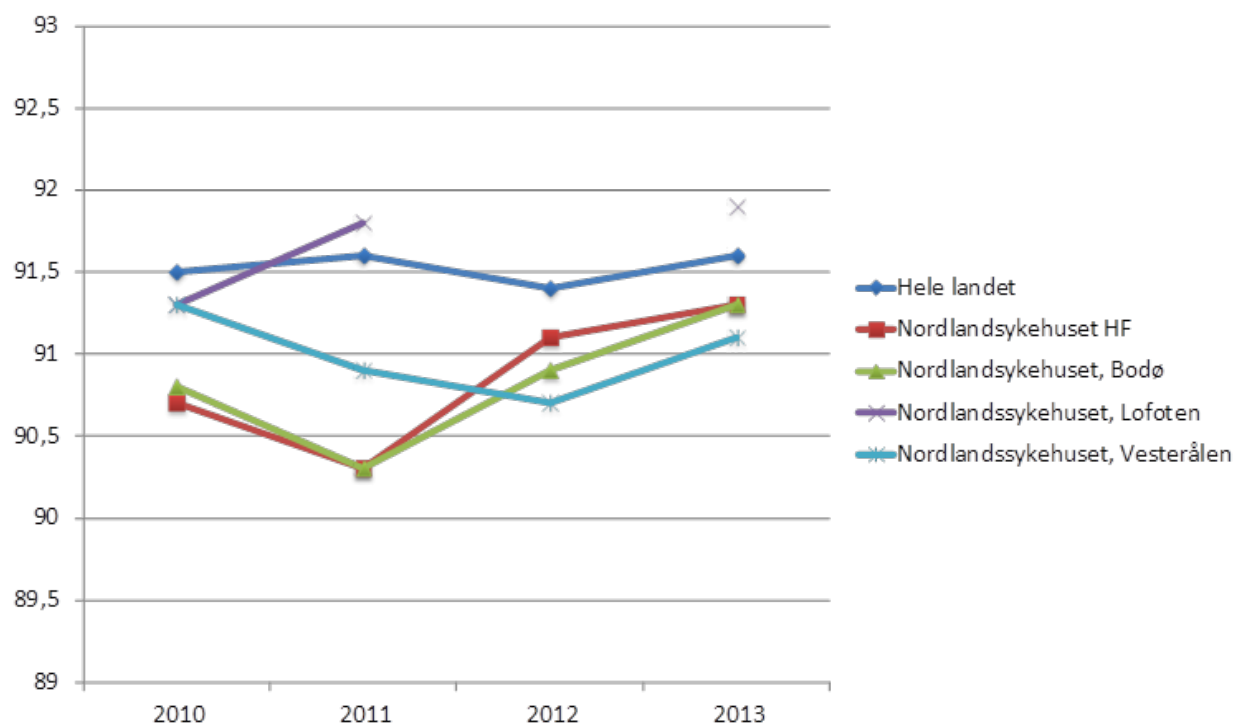
Overlevelsestall

Denne indikatoren måler sannsynligheten for overlevelse 30 dager etter sykehusinnleggelse uansett årsak til innleggelse og etter hoftebrudd, hjerneslag og hjerteinfarkt. Dersom et sykehus har lav overlevelsesrate, kan det ikke sies med sikkerhet at dette skyldes svikt i behandling eller omsorg. Dette er en indikator som fortrinnsvis må følges over tid. Fortolkningen av 30 dagers «totaloverlevelse» er av ulike grunner vanskeligere enn for de diagnosespesifikke overlevelsesindikatorerne (hjerteinfarkt, hjerneslag og lårhalsbrudd). Metoden er derfor bedre egnet til å måle behandlingskvalitet for akutte sykdomstilstander enn for kroniske eller langvarige lidelser (som kreft, hjertesvikt, osv). Disse begrensningene må tas i betraktning ved vurdering av resultatene som er presentert nedenfor.

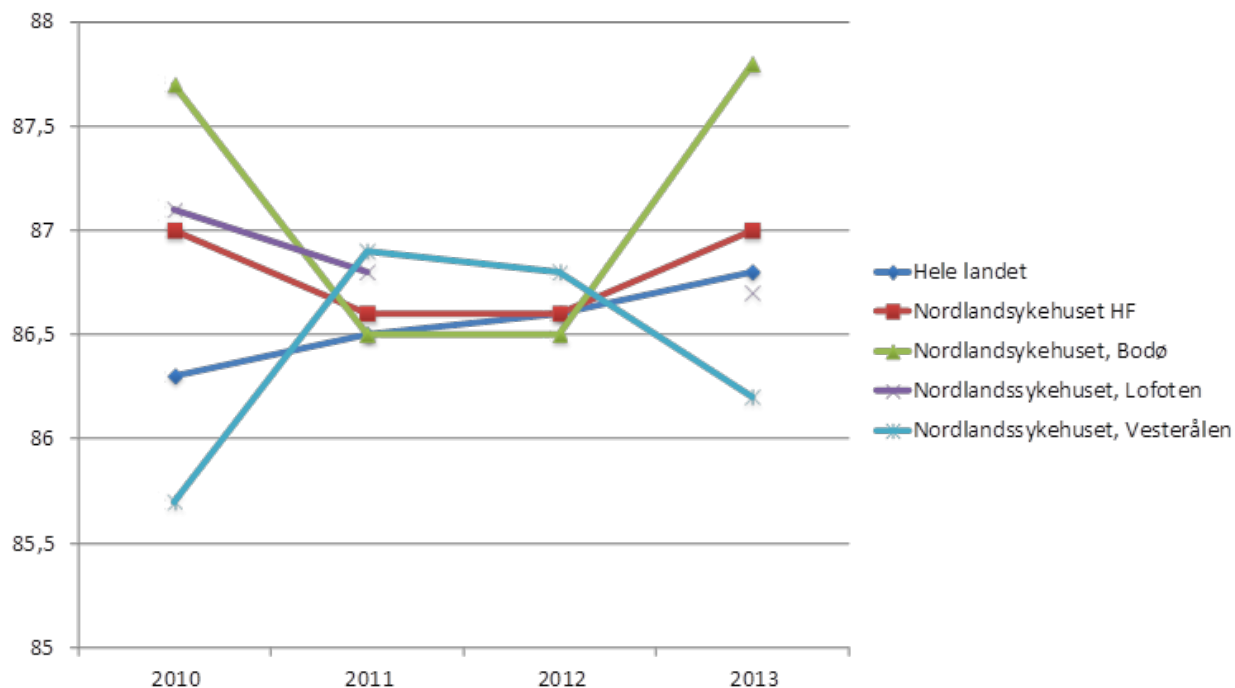
Figur 1. 30 dagers overlevelse etter innleggelse på sykehus (%)



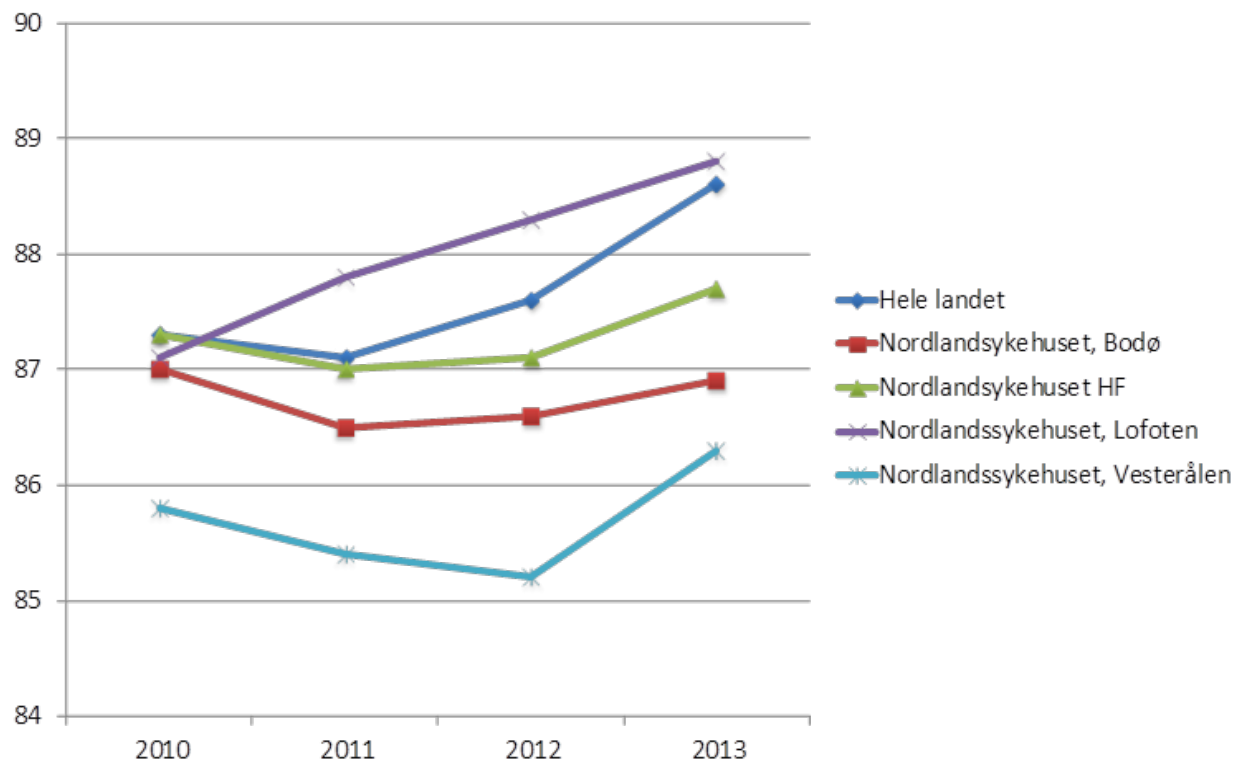
Figur 2. 30 dagers overlevelse etter hoftebrudd (%)



Figur 3. 30 dagers overlevelse etter hjerneslag (%)



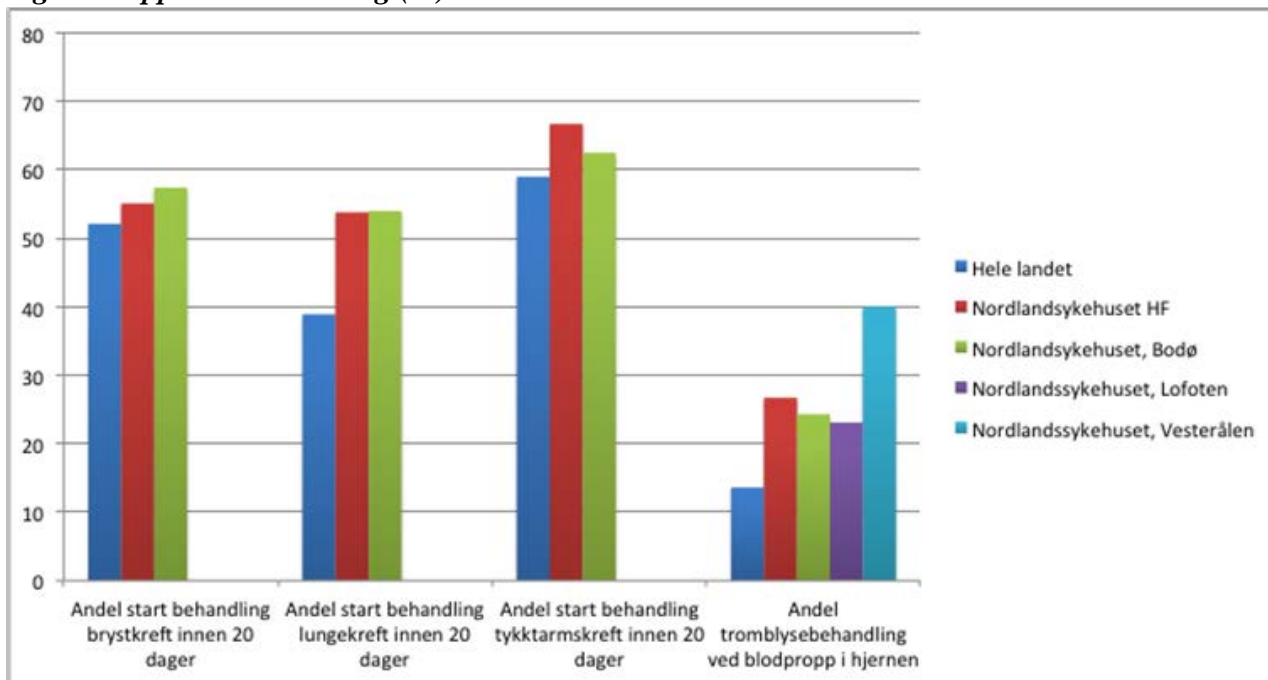
Figur 4. 30 dagers overlevelse etter hjerteinfarkt (%)



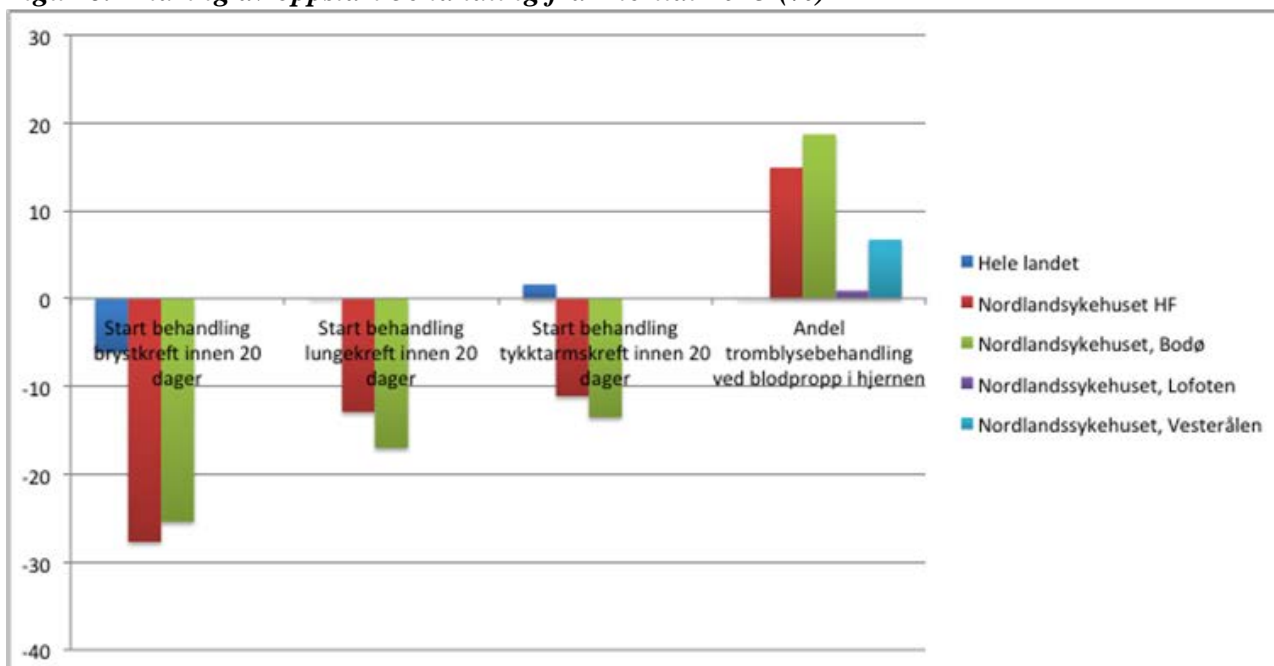
Startet behandling innen 20 dager og trombolysbehandling for hjerneslag

Denne indikatoren viser andel pasienter hvor behandling er startet innen 20 arbeidsdager etter at sykehuset mottok henvisning for hhv. brystkreft, lungekreft og tykktarmskreft. Det er et mål at 80 prosent av pasientene skal ha startet behandling innen 20 dager. Trombolysbehandling ved hjerneslag er en indikator som viser andel pasienter 18-80 år med blodpropp i hjernen som har fått behandling med trombolys, en intravenøs medisin som løser opp blodpropp. Rask innleggelse i sykehus er viktig for at de som har nytte av trombolys skal få denne behandlingen så fort som mulig. Nedenfor er resultatene for behandlingsstart innen 20 dager og trombolysbehandling for hjerneslag inkludert i samme grafer.

Figur 5. Oppstart behandling (%)



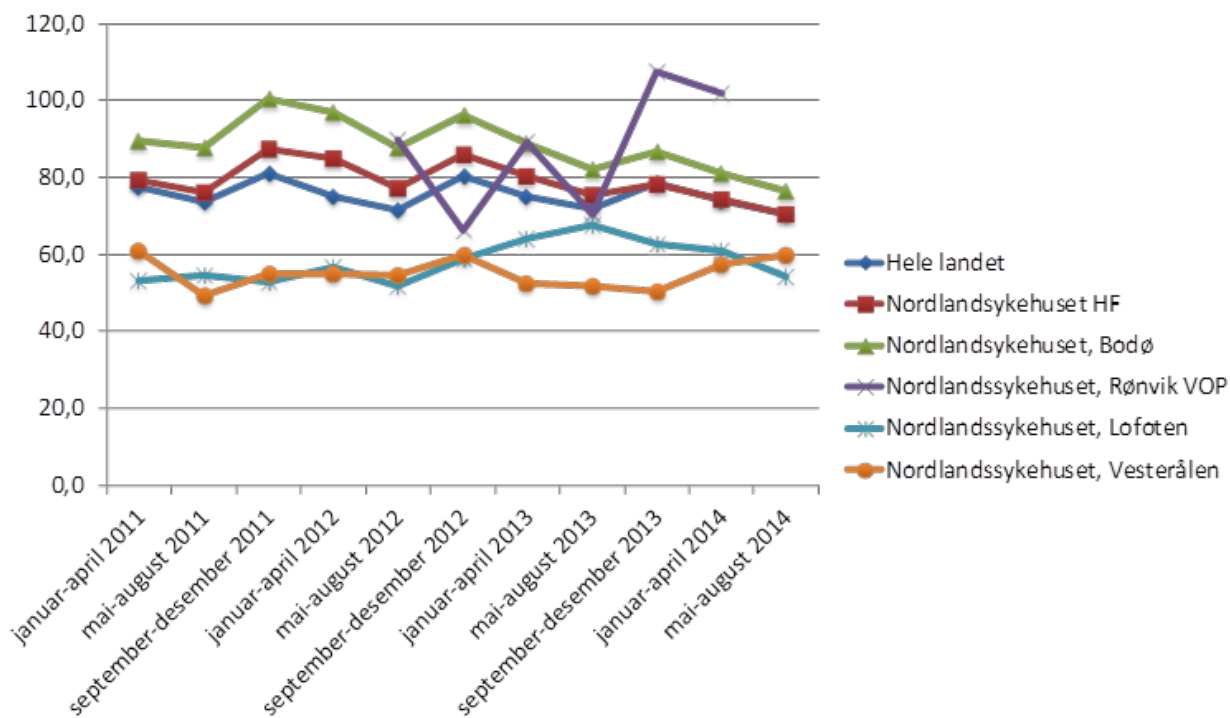
Figur 6. Endring av oppstart behandling fra 2 tertial 2013 (%)



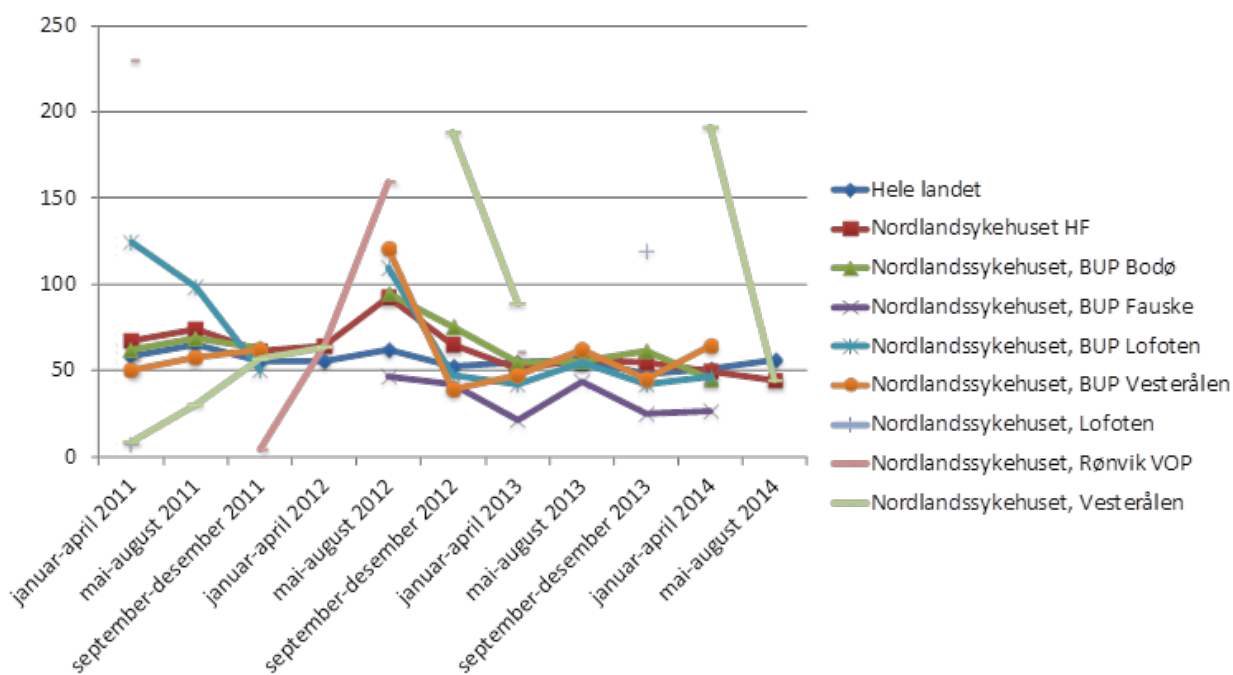
Ventetider

Denne indikatoren viser gjennomsnittlig ventetid fra henvisningen er mottatt i spesialisthelsetjenesten til helsehjelpen har startet. Ventetiden er den tiden du står på venteliste fra henvisning er mottatt til helsehjelpen har startet. Ventetiden viser tilgjengelighet til spesialisthelsetjenesten for pasienter som har fått henvisningen vurdert. Går det for lang tid fra man er henvist til helsehjelpen starter, kan det føre til at helsetilstanden og prognosen forverres. Derfor er det et mål å redusere ventetid og ha god oversikt over ventetider.

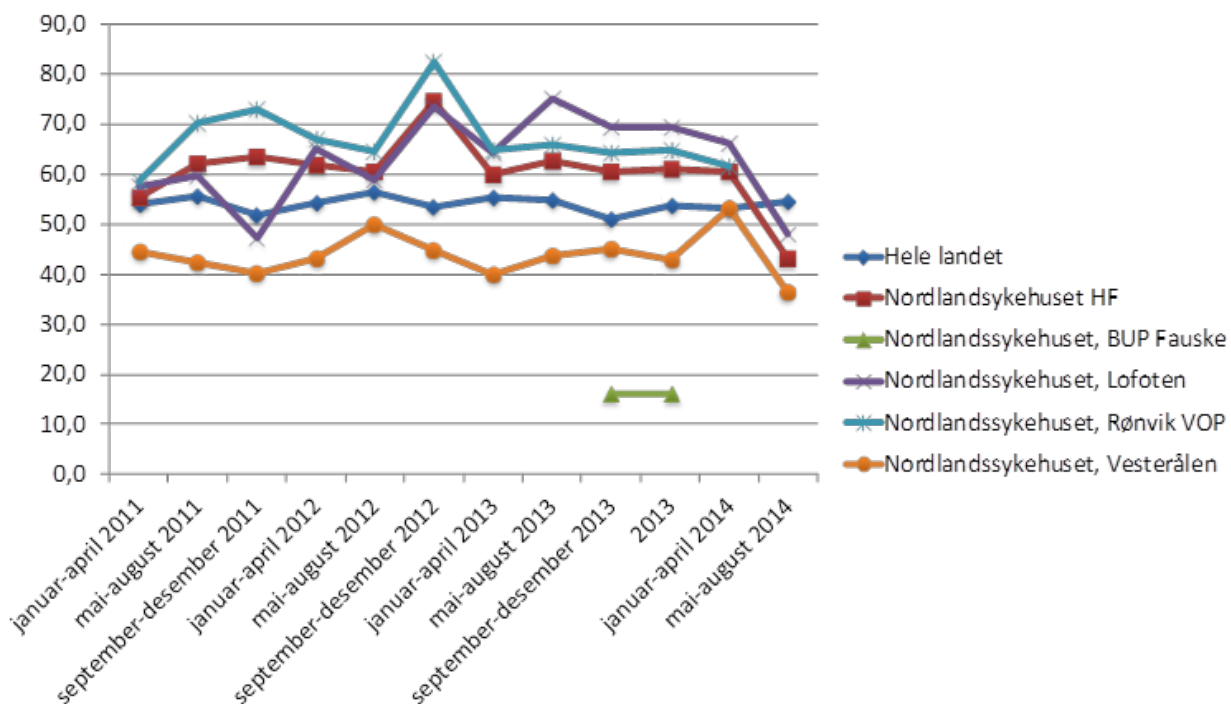
Figur 7. Gjennomsnittlig ventetid i somatisk helsetjeneste



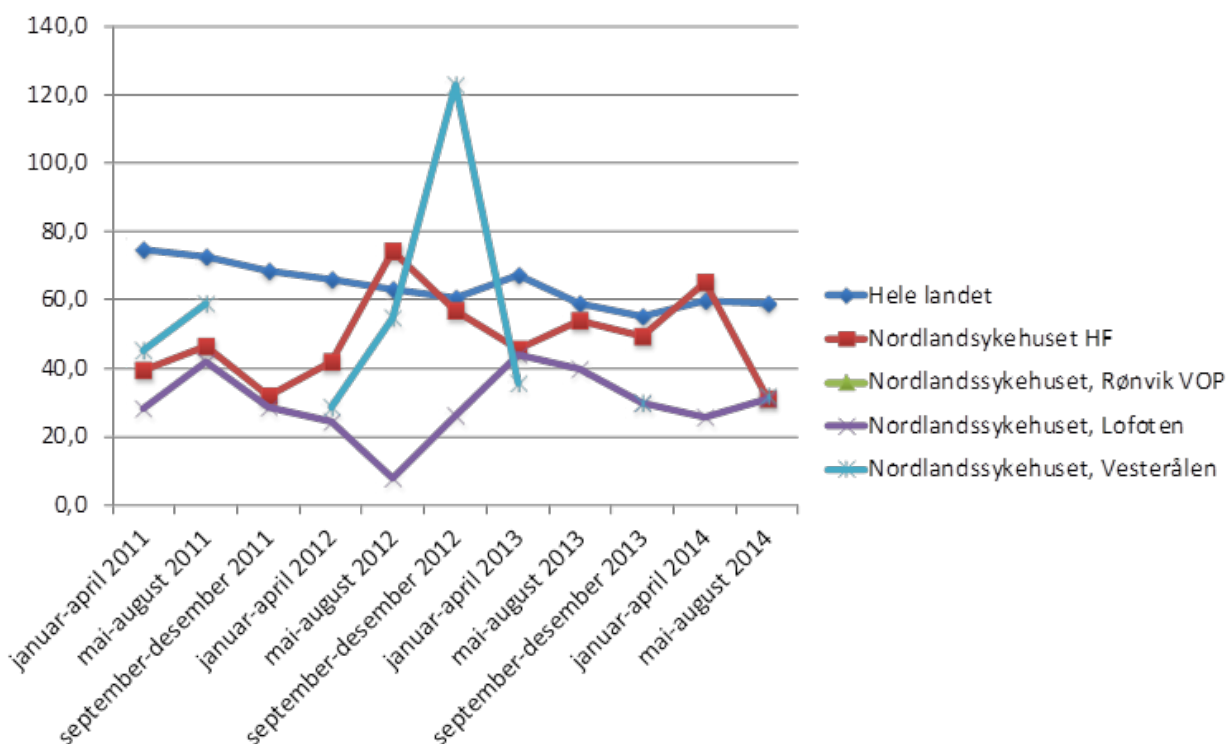
Figur 8. Gjennomsnittlig ventetid innen psykisk helse barn og unge



Figur 9. Gjennomsnittlig ventetid innen psykisk helse voksne



Figur 10. Gjennomsnittlig ventetid innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling

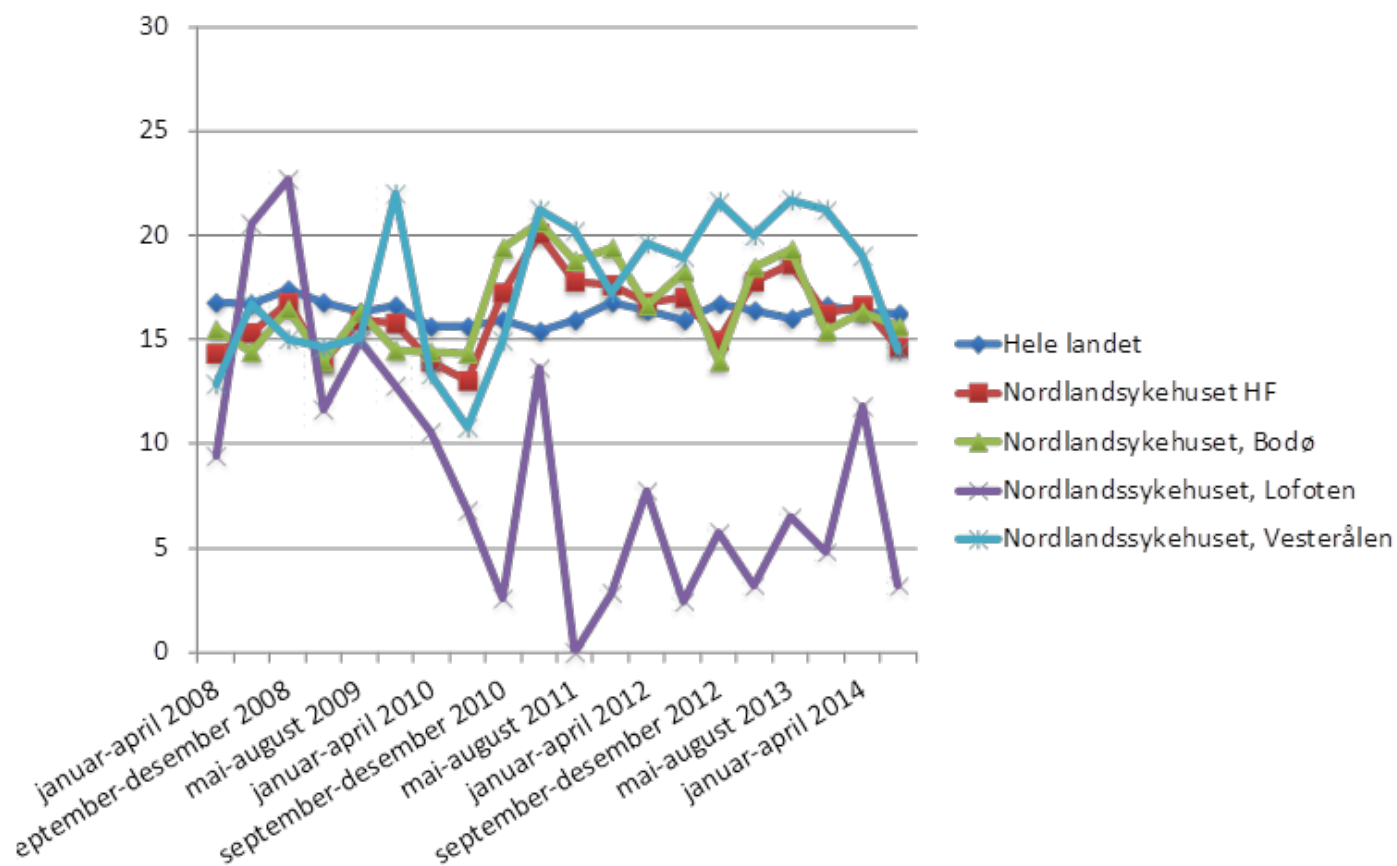


Keisersnitt

Denne indikatoren viser andel fødsler som skjer ved keisersnitt ved en behandlingsenhet. Andelene oppgis både totalt, og fordelt på planlagte keisersnitt, og akutte keisersnitt utført som øyeblikkelig hjelp. Årlig utføres over 9 000 keisersnitt i Norge. Nærmere ett av seks barn kommer i dag til verden på denne måten. Andelen har økt de siste 20 årene, og Norge har nå på om lag samme nivå som nabolandene. Denne indikatoren regner med både keisersnitt som er utført planlagt og akutte keisersnitt, de som utføres som øyeblikkelig hjelp. Flere undersøkelser har vist variasjoner i hyppighet av keisersnitt ved ellers sammenlignbare fødeavdelinger i Norge. Variasjonene kan ikke bare forklares ut fra pasientsammensetningen av fødende og andelen kvinner som selv velger keisersnitt.

Optimalt nivå for andel keisersnitt er ikke kjent.

Figur 15. Andel keisersnitt (%)



Direktørens vurdering

Overlevelsestallene bekrefter trenden med noe høyere dødelighet i Vesterålen enn i resten av foretaket. Selv om forskjellen har blitt mindre tydelig enn tidligere vil direktøren fortsatt gjennomføre den tidligere vedtatte analysen av dødeligheten ved våre to lokalsykehus, slik det ble vedtatt i styresak 43/2014. Dette arbeidet forventes ikke gjennomført før høsten 2015, først og fremst fordi det er meget arbeidskrevende og ressursene i seksjon for pasientsikkerhet er begrensede. Både i Bodø og i Vesterålen er overlevelsen etter hjerteinfarkt noe lavere enn for landsgjennomsnittet. Forskjellene synes å øke for pasienter i Bodø. En mulig forklaring kan være at de pasientene som vurderes i denne statistikken er de hjerteinfarkt pasientene som ikke skal ha såkalt intervensjonstiltak som hjertekirurgi, blokkering eller stenter (PCI). Dette gjør at pasientutvalget blir "skjevt" sammenlignet med landsgjennomsnittet. En slik forklaring kan imidlertid ikke redegjøre for den stabilt relativt høyere overlevelsen i Lofoten. Denne er naturligvis gledelig. Direktøren har ingen forklaring på denne utviklingen og vil be vårt hjertemedisinske miljø vurdere disse tallene. For hoftebrudd synes kontrastene til landsgjennomsnittet langsomt å bli mindre Dette er tilfredsstillende. Det er en betydelig bedring i overlevelse etter hjerneslag i Bodø i 2013 og vi ser en meget positiv økning i andel hjerneslagpasienter som har fått trombolyse. Direktøren forventer ytterligere bedring i kvaliteten i vår slagbehandling som følge av det meget vellykkede tverrfaglige prosjektet "Slagalarm" som har fått foretakets pasientsikkerhetspris i 2013 og kvalitetsprisen fra Helse Nord i 2014.

Selv om våre resultater er på landsgjennomsnittet er det fra ca 13 % til 25 % reduksjon i andel pasienter som har fått behandlingsstart innen 20 dager for hhv bryst, lunge og tykktarmskreft sammenlignet med 2. tertial 2013. Dette er naturligvis en uønsket utvikling. For lungekreft kan nok ventetider for PET diagnostikk ha hatt betydning. For bryst og tykktarmskreft har vi ingen god

forklaring. Vi må ta høyde for at de omfattende oppgavene med å ta i bruk (utvikling av driftsmodeller og pasientforløp) nye K i Bodø har tatt ressurser fra pasientbehandling. For ventetider innen somatikk er NLSH HF på landsgjennomsnittet, Innen psykisk helse er vi samlet sett noe bedre med spesielt gledelig reduksjon i ventetiden for tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

Andel keisersnitt i foretaket som helhet ligger tilfredsstillende nært landsgjennomsnittet. I Vesterålen har andelen vist en tilfredsstillende utvikling til Bodø/landsgjennomsnittsnivå. Selv om det ikke er konsensus om hva som er optimal andel for keisersnitt så vil det å ligge nært landsgjennomsnittet være en indikator på at praksis er innenfor trygge rammer. Direktøren er meget godt fornøyd med nivået for keisersnitt både ved fødeavdelingen i Vesterålen og ved kvinneklinikken i Bodø. Andelen og variasjonen i "nødkeisersnitt" ved fødestua i Lofoten er imidlertid vesentlig større enn forventet da ordningen ble etablert. Dette er en praksis som nå bør gjennomgås med en grundig fagrevisjon i løpet av våre 2015.

Direktøren erkjenner at på flere kvalitetsparametre som er basert på tidsfrister har vi resultater som skulle vært bedre. Vi har nå et langsiktig og aktivt fokus på bedre styring og planlegging av virksomheten gjennom vårt arbeid med aktivitetsstyrt ressursplanlegging (ARP). Dette medfører omlegging av gamle og tungt etablerte måter å arbeide på og tar blant annet derfor tid å gjennomføre. Det er direktørens forventning at vi langsamt skal få bort fristbrudd og oppfylle de kommende tidsfrister for eksempel for de nye pakkeforløpene for kreft som innføres fra 1. januar 2015. For enkelte andre parametre kreves nå en faglig revisjon av virksomheten for å avklare om vi bør justere praksis. Dette vil bli gjort i 2015. Innen andre områder, for eksempel slagbehandling, er utviklingen meget positiv. På sikt håper direktøren at de omfattende pasientsikkerhetstiltakene som nå etter hvert gjennomføres skal påvirke flere parametre i ønsket retning.

Innstilling til vedtak:

1. Styret tar saken til orientering.
2. Styret ber direktøren fortsette arbeidet med innføring av aktivitetsstyrt ressursplanlegging med uforminset styrke og sikre at denne tilnærming tas i bruk over hele foretaket i løpet av 2015.

Avstemming:

Vedtak: