

Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning

ANMÄLAN
2009-03-23

HSN 0903-0287

*Handläggare:
Anne Håkansson
Birgitta Almgren
Holger Stalberg*

Resultat av 2008 års kvalitetsindikatorer vid akutsjukhusen

Ärendet

I avtalen med akutsjukhusen har ett flertal kvalitetsindikatorer följts upp under de senaste fem åren. I detta ärende redovisas resultatet av 2008 års indikatorer.

Förslag till beslut

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar

att lägga anmälan till handlingarna.

Förvaltningens synpunkter

Syftet med indikatorerna är att möjliggöra jämförelser mellan sjukhusen, jämförelser över tid och förbättringar av vårdens kvalitet. De ska också utgöra underlag för styrning av beställd vård. Urvalet av indikatorer har tagits fram i en samverkansgrupp mellan beställare och sjukhusen och i förekommande fall i samråd med SPESAK/specialitetsråd. Styrande i valet av indikatorerna har varit att täcka stora patientgrupper och sådan vård som finns på flera sjukhus. Indikatorerna ska vara relevanta, valida och mätbara och helst möjliga att hämta ur Nationella kvalitetsregister eller lokala IT-baserade datakällor.

Av den totala ersättningen till sjukhusen utgick 2% för redovisning av resultat av kvalitetsindikatorer under 2008.

Strokesjukvård

I 2008 års avtal fanns tre indikatorer som speglar strokesjukvårdens kvalitet: andelen behandlade vid strokeenhet, andelen strokepatienter med hjärtflimmer som behandlats med läkemedlet Waran vid utskrivning och

andelen av strokepatienter som får trombolys inom 60 minuter av det totala antalet strokepatienter som får trombolys.

Enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer för strokesjukvård ska vård i akutfasen vid strokesjukdom bedrivas vid en strokeenhet. Vården på en sådan enhet minskar dödlighet, hjälpbehovet vid aktiviteter i dagligt liv (ADL-beroendet) och behovet av institutionsboende. Andelen som behandlas vid en strokeenhet var 2008 acceptabel eller hög vid alla sjukhus utom Södersjukhuset, där endast 51% fick sådan vård. Södersjukhuset har öppnat en ny strokeenhet i början av mars i år och antalet platser på sjukhuset utökades från 22 till 32 vilket möjliggör att fler patienter nu kan behandlas i enlighet med riktlinjerna. Alla sjukhusen har förbättrat sina resultat jämfört med 2007 och andelen var högst vid Södertälje sjukhus (96%) och Danderyds sjukhus (90%). Danderyds sjukhus fick omnämmandet "Årets Strokeenhet 2007" av styrgruppen för det nationella kvalitetsregistret Riks-Stroke.

Andelen med stroke och förmaksflimmer som behandlats med läkemedlet Waran vid utskrivning har ökat för varje år men det föreligger trots detta en avsevärd underbehandling enligt Socialstyrelsens bedömning i öppna jämförelser.

Trombolys (propplösande behandling) inom 3 timmar från symtomdebut medför en ökad sannolikhet för att behandlad patient får ingen eller endast minimal aktivitetsnedsättning. Socialstyrelsens nya rekommendationer innebär att trombolysbehandling kan ges upp till 4,5 timmar efter symtomdebut. Det föreligger idag en underbehandling med trombolys och de utvidgade tidsrekommendationerna ökar antalet patienter som blir tillgängliga för trombolys. I 2008 års avtal följde förvaltningen upp den rekommendation som gällde inför 2008 d v s trombolys inom 60 minuter efter ankomsten till sjukhuset. Utfallet ligger mellan 7 % och 63%, men antalet patienter är mycket litet varför enstaka fall påverkar andelen i stor utsträckning.

Hjärtsjukvård

Inom hjärtsjukvården används ett kvalitetsindex över sjukhusens följsamhet till nationella riktlinjer vid akut kranskärslssjukdom. Indexet består av nio åtgärder som rekommenderas med högst prioritet i riktlinjerna. Mättet ger en samlad bild av hur väl den aktuella vården fungerar på sjukhusen. Resultaten vid sjukhusen varierar mellan 6 och 7 poäng, med undantag av Södertälje sjukhus som endast når 3,0 poäng.

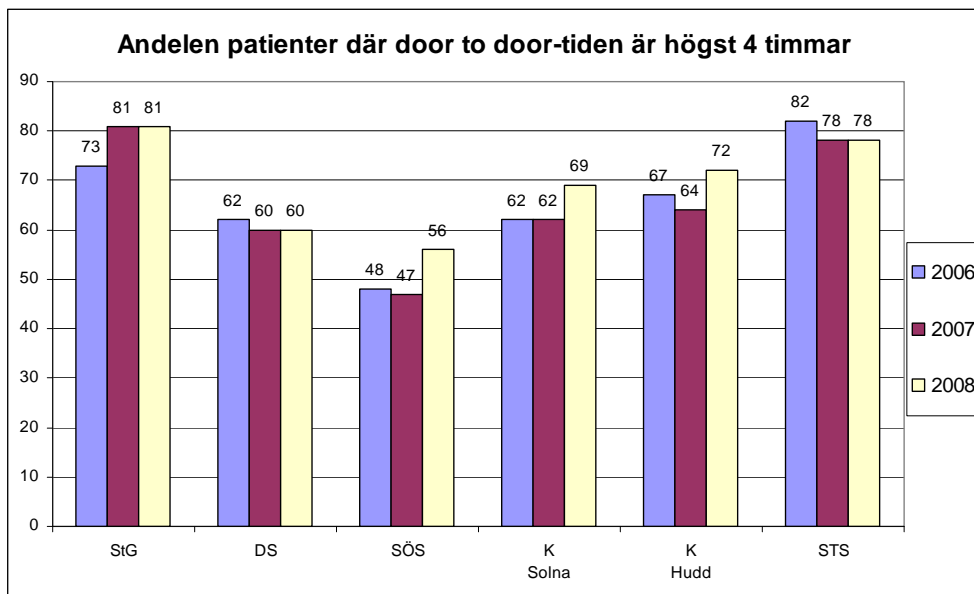
Delvis påverkas resultaten av att man rapporterar olika till det nationella kvalitetsregistret, RIKS-HIA som tidigare endast omfattade hjärtintensivavdelningar. Rapporteringen har varit beroende av vilken typ av avdelning olika grupper av hjärtinfarktpatienter vårdats. Det gör att täckningsgraden (andelen registrerade patienter av totalantalet) varierar mellan sjukhus vilket försvårar jämförelser. Det förklarar dock inte hela skillnaden utan det finns faktiska kvalitetskillnader i länet och omhändertagandet av akuta hjärtinfarktpatienter i Södertälje behöver genomlysas, förslagsvis inom specialitetsrådet för hjärt- och kärlsjukdomar. Under 2008 har kvalitetsregistret RIKS-HIA utvecklats och det är nu möjligt att rapportera direkt via en web-applikation, vilket ger förbättrade möjligheter att styra mot behandlingsmålen.

Cancerregister

Inom cancersjukvården ska sjukhusen redovisa täckningsgraden i rapportering till ett antal kvalitetsregister. Täckningsgraden ska vara minst 90 % i respektive register för att ersättning för indikatorn ska utgå. Täckningsgraden har betydelse för bedömningen och jämförbarheten av resultaten. Alla sjukhus nådde målet 2008 med en täckningsgrad på 90% eller bättre i rapporteringen.

Akutmottagning

Handläggningstid vid akutmottagning följs upp sedan flera år med andelen patienter som handläggs inom fyra timmar (door to door-tiden). Andelen är högst vid St Görans (81%) och Södertälje (78%) och lägst vid Södersjukhuset (56%). I nedanstående tabell visas värdet för de senaste tre åren avseende alla vuxna. Särredovisning av äldre patienter, 80 år och äldre, visar att väntetiderna på akuten för de äldre är längre än för övriga.



Väntetid för operation vid höftfraktur

För andra året i rad redovisar sjukhusen tiden mellan ankomst till sjukhuset och när operation inleds för patienter med höftfraktur. Det är ett viktigt kvalitetsmått eftersom fördröjning kan leda till längre vårdtider efter operationen samt att rehabilitering försenas och risken för komplikationer som trycksår, infektion och blodpropp ökar. Det är också ett internationellt sett vanligt förekommande kvalitetsmått. Skillnaderna i länet har minskat jämfört med 2007. Skillnader kan bero på att man mäter olika och ett sjukhus kan mäta olika sätt, t ex mätte St Göran från operationsanmälan år 2007 och tid från ankomst till sjukhus 2008.

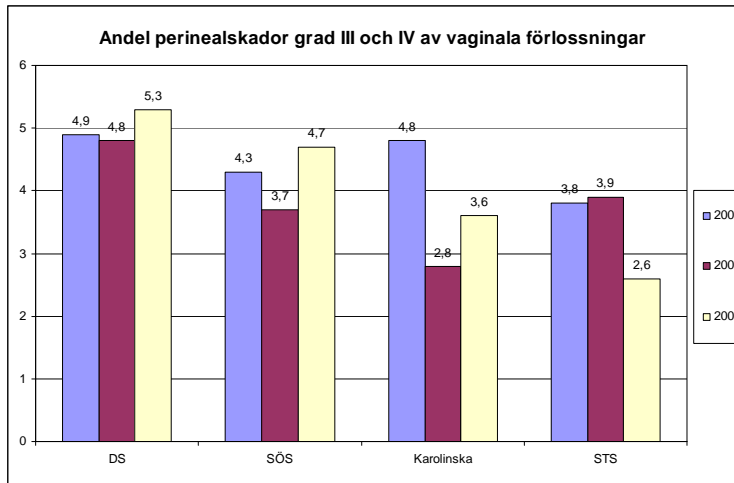
Höftfraktur – andelen som opererats inom 24 timmar

	St G	DS	SÖS	K-Solna	K-Hudd	STS
2007	61%	57%	32%	62%	62%	74%
2008	47%	49%	50%	67%	80%	82%

Förlossning

Inom förlossningsvården redovisas andelen kvinnor som får den allvarligaste formen av bristning d v s sådan bristning som påverkar

ändtarmens ringmuskel (sfinkterruptur). Under de senaste åren har klinikerna haft stort fokus på sfinkterrupturer eftersom de ökat i Sverige och i Stockholm. Andelen som fått skador har ökat i jämförelse med 2007 på alla sjukhus utom Södertälje. Att jämföra sjukhusens resultat med varandra kan ge felaktig bild då framför allt partiella sfinkterrupturer kan vara olika diagnostiserade vid kvinnoklinikerna.



Säker vård

Ett antal indikatorer finns inom kvalitetsområdet säker vård. Många av dessa indikatorer är sk punktprevalensmätningar. Mätmetoden innebär att sjukhusen vid ett eller flera tillfällen genomför en mätning av patienter som vårdas på sjukhuset dagen då mätningen genomförs. Oftast används mätmetoden för att följa upp rutiner, ett processmått. Styrkan med mätmetoden är att mätningen stimulerar en förbättrad följsamhet till rutiner eftersom mätningen i sig ger en påminnelse om rutinen. Svagheten är att resultatmått kan vara svårtolkade eftersom det kan finnas stora variationer mellan mättillfällena. Att mäta kontinuerligt skulle ge säkrare resultat, men svårigheten är att mätningarna idag kräver manuell hantering och inte kan extraheras ur journalsystemet på ett enkelt sätt.

Följsamhet till MRSA-rutiner

Vid mätningen granskas alla patienter under en dag, för att identifiera riskpatienter för MRSA. Därefter granskas om vårdrutinerna följts. Mätningen sker fyra gånger per år. Smittskyddsenheten har satt upp mål på

80% följsamhet. Resultatet visar att följsamheten till rutinerna är 77-89% med en liten spridning mellan sjukhusen.

Tryckskada

Vid mätningen granskas dels om patienterna är riskbedömda för tryckskada, dels om patienterna har tryckskada vid ankomst till sjukhuset. Resultatet visar att riskbedömningen varierar mellan 35-98%. Andelen patienter som hade tryckskada vid ankomst till sjukhus var mellan 3-9% och andelen förvärvade tryckskador under vårdtillfället var mellan 5-9%. Trots stor variation mellan sjukhusen är båda resultaten förbättrade jämfört med år 2007.

Nutrition

Vid mätningen granskas om patienterna är riskbedömda avseende undernäring. Resultatet visar att mellan 26-86% av patienterna var riskbedömda. Resultatet är en förbättring jämfört med år 2007, med stor variation mellan sjukhusen. Några resultatmätt finns inte och mätmetoden behöver utvecklas.

Jämställd och jämlik vård

Kvalitetsområdet jämställd och jämlik vård behöver utvecklas med indikatorer och med en modell där man kan mäta om vården är jämställd och jämlik mot bakgrund av patientens ålder, kön, bostadsort, etnicitet och något mått på social position.

De flesta resultaten är redovisade uppdelat på kön och de redovisade resultaten tyder på att det inte förekommer ogrundade skillnader mellan könen. Inom några områden finns dock skillnader som bör studeras vidare till exempel handläggningstiden vid akutmottagning där kvinnor får vänta längre än män, särskilt i gruppen 80 år och äldre. Ett annat observandum är att större andel män (58%) än kvinnor (44%) vårdades på strokeenhet på Södersjukhuset.

Hur ska resultaten användas 2009?

Resultaten kommer att analyseras vidare och användas som underlag för fördjupad uppföljning av sjukhusen. Resultaten kommer också att användas som underlag för bestämmande av mål och minimikrav för fem

ANMÄLAN
2009-03-23

HSN 0903-0287

resultatindikatorer i enlighet med kvalitetsmodellen i flerårsavtalen. De fem indikatorer där det finns krav på resultat i flerårsavtalen redan under 2009 är: andelen som behandlas vid strokeenhet, kvalitetsindex inom hjärtsjukvården, andelen höftfrakturpatienter som opereras inom 24 timmar, täckningsgrad i cancerregister och door to door-tiden högst 4 timmar på akutmottagning. Mål, som ger full ersättning, kommer att utgöras av bästa resultatet för indikatorn och miniminivå, under vilken ingen ersättning ska utgå, av näst sämsta resultatet för indikatorn.

Catarina Andersson Forsman

Leif Karnström