

Sykehuset Innlandet HF
Styremøte 16.12.21

SAK NR 098-2021

STATUS FOR KVALITETSINDIKATORER OG KVALITETSREGISTRE FOR 2020/2021

Forslag til

VEDTAK:

1. Styret tar status for kvalitetsindikatorer og kvalitetsregistre for 2020/2021 til orientering og ber om at resultatene legges til grunn for foretakets arbeid med kvalitetsforbedring.
2. Styret ber administrerende direktør følge opp tiltak for å bedre foretakets registreringspraksis i nasjonale kvalitetsregistre.

Brumunddal, 9. desember 2021

Alice Beathe Andersgaard
administrerende direktør

Bakgrunn

Kvalitet i helsetjenesten

Med kvalitet forstås i hvilken grad aktiviteter og tiltak i helsetjenesten øker sannsynligheten for at befolkningen får en ønsket helsegevinst, gitt dagens kunnskap og ressursrammer. Med helsegevinst menes både å forbli frisk, å bli frisk, å mestre livet med sykdom og å mestre slutten av livet.

Helsetjenester av god kvalitet kjennetegnes ved at de er («...og bedre skal det bli» *Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring, 2005*):

- Virkningsfulle (fører til en helsegevinst)
- Trygge og sikre (unngår uønskede hendelser)
- Involverer brukerne og gir dem innflytelse
- Er samordnet og preget av kontinuitet
- Utnytter ressursene på en god måte
- Er tilgjengelige og rettferdig fordelt

I Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten (2017) fremgår det tydelig at ledere i sykehus har ansvar for at virksomheten planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres. Videre påpekte Riksrevisjonen i sin kontroll med forvaltningen av statlige selskaper i 2017, forelagt Stortinget i november 2018, at styret som del av sitt tilsynsansvar er ansvarlig for å påse at styringssystemet fungerer og bidrar til kvalitetsforbedring. Det vises til styret i Sykehuset Innlandet sin behandling av rapporten i *sak 051-2019 Oppfølging av Riksrevisjonens rapport - kontroll av styrenes arbeid med kvalitet og pasientsikkerhet*.

I Regional delstrategi for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring (2021) fremgår det at arbeidet med pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring skal være en integrert del av virksomhetsstyringen. Systemer og strukturer skal forbedres og tilrettelegges for arbeidet. Det er et mål om i størst mulig grad å kunne bruke sanntidsdata fra eksisterende systemer for å følge opp utvikling og understøtte forbedringsarbeid, samt øke og synliggjøre bruk fra kvalitetsmålinger.

Nasjonale medisinske kvalitetsregistrene

Hovedformålet med de medisinske kvalitetsregistrene er å bidra til bedre kvalitet for pasienten og å redusere uønsket variasjon i helsetilbud og behandlingskvalitet. Registrene inneholder strukturert informasjon fra hele behandlingsforløpet: diagnostikk, behandling og oppfølging, samt resultat av behandling. I 2020 er det 51 nasjonale medisinske kvalitetsregistre i Norge.

De medisinske kvalitetsregistrene publiseres på www.kvalitetsregistre.no

Nasjonale kvalitetsindikatorer

Nasjonale kvalitetsindikatorer for helse- og omsorgstjenesten skal gi informasjon om kvaliteten på helsetjenestene brukerne får. De benyttes også til kvalitetsstyring og kvalitetsforbedring. Helsemyndighetene ønsker at pasienter, pårørende og publikum skal få bedre kunnskap om kvaliteten i helsetjenesten.

Det er per desember 2021 totalt 188 ulike nasjonale kvalitetsindikatorer.

De er kategorisert innenfor følgende hovedkategorier:

- Somatisk helse
- Psykisk helse og rus
- Kommunale helse og omsorgstjenester
- Legemidler
- Akuttmedisinske tjenester

En kvalitetsindikator er et indirekte mål, som sier noe om kvaliteten på området som måles, knyttet til struktur, prosess og resultat. Kvalitetsindikatorer kan for eksempel indikere helsetjenestens tilgjengelige ressurser, kvalitet i pasientforløpet og resultat av helsetjenestene for pasientene. Kvalitetsindikatorer bør ses i sammenheng og kan samlet gi et bilde av kvaliteten i tjenesten.

Primo desember ble det publisert resultater fra andre tertial 2021, for 101 nasjonale kvalitetsindikatorer relatert til hovedmålene i «Oppdrag og bestilling» til helseforetakene i 2021:

- Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen
- Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling
- Bedre kvalitet og pasientsikkerhet

Resultater for Sykehuset Innlandet

I denne styresaken belyses utvalgte kvalitetsindikatorer og kvalitetsregistre med vektlegging av kvalitetsindikatorer for prioriterte mål i Sykehuset Innlandet sin virksomhetsplan 2021 og for områder hvor foretaket har betydelig avvik. Resultatene viser til publiseringer for både første og andre tertial inneværende år. For enkelte områder er resultatene fra 2020.

Sykehuset Innlandet benytter de fleste relevante kvalitetsregistrene, men det er stor variasjonen i dekningsgrad mellom avdelingene. Kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalget i Sykehuset Innlandet anbefalte i 2019 å prioritere økt registrering i tre utvalgte registre med betydelig lavere dekningsgrad enn ønsket. De utvalgte registrene var Gastronet, Norsk diabetesregister for voksne og Nasjonalt kvalitetsregister for lungekreft. Effekten av forbedringsarbeidet evalueres fortløpende når resultatene for dekningsgrad publiseres i årsrapporter. For Gastronet er det ikke beregnet dekningsgrad for 2020 på grunn av pandemien. Dekningsgrad for Norsk diabetesregister har en økning fra 2018 til 2020 på to prosent. Dekningsgrad for Nasjonalt kvalitetsregister for lungekreft har høy måloppnåelse med 84,5 prosent i 2020, men foretaket har stort forbedringspotensialet knyttet til dekningsgrad for strålemelding.

Resultater fra nasjonale kvalitetsregistre og kvalitetsindikatorer gir grunnlag for å evaluere egen praksis og utvikling over tid og for å velge områder for det interne forbedringsarbeidet. Det iverksettes nå et strukturert arbeid for å benytte data fra nasjonale kvalitetsindikatorer og -registre for å identifisere forbedringsområder i samarbeid med foretakets fagråd og helsefaglige grupper. Grunnlaget benyttes også for redigering og samordning av prosedyrer. Dette er et tiltak for i økende grad benytte tilgjengelige helsedata til kvalitetsarbeid.

Sykehuset Innlandet har bidratt til utvikling av automatisk uttrekk fra den elektroniske pasientjournalen (DIPS) til elektronisk meldeskjema til kreftregisteret (KREMT) for prostatakraft. Løsningen planlegges tatt i bruk i løpet av desember. Resultater fra dette arbeidet vil avgjøre en eventuell utvidelse til bruk av samme løsning for rapportering til kreftregisteret vedrørende lungekreft.

Somatikk

Kvalitetsindikatorer som inngår i månedsrapportering for Sykehuset Innlandet, blir ikke presentert i styresaken.

Pasientforløp

Utvikling av helhetlige pasientforløp er ett av Sykehuset Innlandets hovedmål i Virksomhetsplan 2021. I tillegg er det et mål om å sikre integrert behandling av samtidige somatiske og psykiske helseutfordringer. For 2021 ble det derfor besluttet å videreføre prioritering av «pasientforløp intoks» og pasientforløp «barn med autisme». Disse har imidlertid ikke egne nasjonale kvalitetsindikatorer eller -registre. Fra tidligere har foretaket utviklet og implementert helhetlige pasientforløp for hoftebrudd og hjerneslag.

Hoftebrudd

Alle sykehus er forpliktet til å registrere data i Nasjonalt Hoftebruddregister for pasienter med hoftebrudd. Ved oppstart av arbeidet med pasientforløp hoftebrudd i 2017 var det stor variasjon mellom Sykehuset Innlandets avdelinger i registrering til hoftebruddregisteret. Bakgrunnen var utfordringer med innhenting av samtykke fra pasientene. Nå er det forskriftsfestet at samtykke er implisitt gitt ved innleggelse. Hoftebruddsregisteret oppdaterer sine tall hvert annet år.

Det er gode holdepunkter for at operasjon av hoftebrudd innen 24 timer, og senest innen 48 timer, påvirker pasientens prognose positivt. Disse pasientene er oftest eldre med tilleggssykdommer. Kort tid til operasjon reduserer morbiditet og mortalitet. For andre tertial 2021 viser resultatene at 70,6 prosent av pasienter med hoftebrudd i Sykehuset Innlandet ble operert innen 24 timer, mot landsgjennomsnittet på 64,6. Det er en nedgang fra samme periode i 2020 da Sykehuset Innlandet sitt resultat var 72,8 prosent. Dette kan tyde på at det benyttes lengre tid før operasjon til stabilisering og vurderinger, som er et mål i pasientforløpet. Dette underbygges da totaloverlevelse for hoftebruddspasienter, har hatt en økning fra 2017 med 89,4 prosent til 92 prosent i 2020. Landsgjennomsnittet i 2020 var 93 prosent.

I Sykehuset Innlandet er det utarbeidet et dashbord som viser alle aktuelle data knyttet til behandling av hoftebruddspasienter. Dashbordet viser data i nåtid.

Hjerneslag

Arbeidet med pasientforløp hjerneslag startet også i 2017. Ved hjerneslag er det viktig at pasienten kommer raskt til behandling og at behandling gis i slagenhet. Eventuell blodproppopløsende behandling (trombolyse) bør gis tidlig etter symptomdebut. En indikator på rask utredning og logistikk ved trombolyse, er andel pasienter som får startet behandling med trombolyse innen 40 minutter etter ankomst sykehus.

Pasienter som får akutt hjerneslag behandles ved alle de fem somatiske akutt sykehusene i Sykehuset Innlandet. Spesialisert rehabilitering foregår to steder. Det har vært gjennomført et stort kvalitetsarbeid og det faglige ansvaret for hjerneslag er plassert ved nevrologisk avdeling Lillehammer som har fått status som slagsenter. Pakkeforløp hjerneslag fase 1 og fase 2 er implementert i foretaket fra henholdsvis januar 2018 og 2020.

Foretaket har økning i andel pasienter som blir testet ift svelgfunksjon, behandlet i slagpost og som får antitrombotisk behandling etter hjerneslag. Det er nedgang i andel pasienter som får trombolyse både generelt og innen 40 minutter, samt andel pasienter med direkte innleggelse i slagenhet. Avdelingene forklarer at ved stor pågang av pasienter som skal testes for Covid-19, kan det medføre forsinkelse i direkte innleggelse i slagpost. Sykehuset Innlandet har høy dekningsgrad på over 90 prosent for innrapportering til Norsk hjerneslagsregister. (årsrapport 2020)

	Mål	Hele landet 2020	Sykehuset Innlandet 2018	Sykehuset Innlandet 2019	Sykehuset Innlandet 2020
Andel pasienter som får trombolyse	20	21	16,2	19,3	19
Andel pasienter som får trombolyse innen 40 minutter	50	68	67,8*	61,8	54
Andel pasienter som blir testet ift svelgfunksjon	95-85	91	88	86,9	95
Andel pasienter som får antitrombotisk behandling etter hjerneslag	95-85	96	92,8	94,2	95,6
Andel pasienter behandlet i slagpost **	90	95	91,8	91	95,8
Andel pasienter direkte innlagt i slagenhet**	90	87	85,3	84	81

Data fra Norsk Hjerneslagsregister

*Elverum har ikke levert data **Tynset har ikke slagenhet.

Hjemmedialyse

Sykehuset Innlandet har i 2021 økning i andel pasienter som utfører hjemmedialyse. Andelen på 26,4 prosent i første tertial er økt til 29,1 prosent i andre tertial. Dette tilsier at flere pasienter slipper transport flere ganger i uken til sykehus og transportkostnader og forbruk av spesialistressurser reduseres. Hjemmedialyse medfører også muligheter for at flere kan opprettholde jobb og dagligliv på en bedre måte.

Kreft

Sykehuset Innlandet har i 2021 videreført forbedringsarbeidet med særskilt søkelys på lungekreft. Bakgrunnen er manglende måloppnåelse for pakkeforløp lungekreft samt at det både for kvinner og menn er lav fem års relativ overlevelse for lungekreft sammenlignet med ellers i Norge. Videre har Sykehuset Innlandet fulgt opp Kreftregisteret sin anbefaling til foretaket om oppmerksomhet på kreftformer med lav måloppnåelse. Årsrapportene fra kvalitetsregistrene for kreft viser at Sykehuset Innlandet generelt har god dekningsgrad og gode resultater. Det er bedt om oppfølging av enkelte resultater:

- Lungekreft: Andelen pasienter vurdert i tverrfaglig møte, samt andel median overlevelse
- Lymfoide maligniteter: Utførelse av vevsprøven FISH (Fluorescens In-Situ Hybridisering) og fem års relativ overlevelse på pasienter med myelomatose, samt forbedre rapporteringen.
- Melanom: Andelen utvidet eksisjon med tilstrekkelig margin ligger lavere enn målet.
- Prostatakreft: Andelen høyrisikopasienter som har fått lymfeknudedisseksjoner under prostatektomi ligger lavere enn anbefalt mål.

Pakkeforløp

For de 26 organspesifikke kreftformene viser resultatet for andre tertial at 70,3 prosent av forløpene i Sykehuset Innlandet er innen standard forløpstid. Det er en negativ utvikling sammenlignet med 74,2 prosent for samme periode i 2020.

For pakkeforløp lungekreft fortsetter det omfattende forbedringsarbeidet med tverrfaglige forbedringsgrupper både sentralt i foretaket og lokalt i aktuelle divisjoner. Dette har gitt gode resultater for reduksjon i tid til oppstart medikamentell behandling. Foretaket har samlet for alle behandlingsformer utfordringer med lav andel som behandles innen anbefalt forløpstid, og har opprettet tettere dialog med Oslo universitetssykehus for pasientene som trenger kirurgisk behandling.

Infeksjoner

De fire hyppigst forekommende typer helsetjenesteassosierte infeksjoner inkludert, er urinveisinfeksjon, nedre luftveisinfeksjon, infeksjon i operasjonsområdet og sepsis (blodforgiftning). Kun infeksjoner oppstått i eget sykehus er inkludert. Forekomst registreres ved punktmålinger med mål om forekomst under tre prosent. Andel for Sykehuset Innlandet var totalt 2,4 prosent ved måletidspunktet i første tertial 2021, en reduksjon fra 3,3 prosent ved måletidspunktet i andre tertial 2020 (Folkehelseinstituttet)

Tabellen under er hentet fra Norsk overvåkningssystem for antibiotikabruk og helsetjenesteassosierte infeksjoner (NOIS) og viser de fire kirurgiske inngrepene som følges og andel av inngrepene, som etterfølges av infeksjon innen 30 dager etter operasjon, gjennom et helt år. Det skilles mellom totalt antall infeksjoner og dype infeksjoner:

Sykehuset Innlandet	2020 (%)	2019 (%)
Totalprotese hofte	1,1 derav 0,9 dype	2,5 derav 1,6 dype
Hemiprotese hofte	2,4 derav 1,2 dype	2,3 derav 1,7 dype
Fjerning av galleblære	3,4 derav 1,5 dype	3,4 derav 0,7 dype
Keisersnitt	5,2 derav 1,5 dype	4,8 derav 1,5 dype

Resultatene for 2020 viser klar reduksjon for infeksjoner knyttet til totalprotese hoft, sammenlignet med 2019. Det er en økning i dype infeksjoner ved fjerning av galleblære. For infeksjoner etter keisersnitt er det en økning sammenlignet med fjoråret for total andel infeksjoner. På bakgrunn av resultater som publiseres hvert tertial, arbeider avdelingene med tiltak for å forbedre egne resultater.

Legemidler

Reduksjon i forbruk bredspektret antibiotika er et prioritert mål i virksomhetsplan 2021. Nasjonal målsetting er reduksjon på 30 prosent sammenlignet med forbruket i 2012. Forbruket måles med innkjøp av definerte døgndoser (DDD) av et utvalg bredspektrede antibiotika per 100 liggedøgn i norske sykehus. Forbruket i 2012 var 15,0 DDD. I andre tertial 2021 har Sykehuset Innlandet et forbruk på 14,7 DDD mot 15,9 DDD i første tertial. Tall fra første tertial relateres til økt lagerkapasitet knyttet til Covid-19 pandemien. Sykehuset Innlandet lå allerede lavt i antall DDD i 2012, slik at det anses som urealistisk å oppnå den nasjonale målsettingen innen planperioden for det nasjonale antibiotikastyringsprogrammet. Sykehuset Innlandet har deltatt i regionalt læringsnettverk for reduksjon av bredspektrede antibiotika med tre tverrfaglige team. Foretaket har egne mål, og det er forventninger til forbedrede resultater og tverrfaglig samarbeid.

Psykisk helsevern

Resultatene for pakkeforløp psykisk helsevern og rus måles ved indikatorene forløpstid for utredning, forløpstid for evaluering av behandling i poliklinikk og medvirkning i egen behandling – involvering i behandlingsplan.

Andel måloppnåelse andre tertial sammenlignet med første tertial

Indikator	Barn og unge	Voksne	TSB
Forløpstid for utredning	57 økning fra 53	73 økning fra 70	57 nedgang fra 65
Forløpstid for evaluering av behandling i poliklinikk	25 økning fra 17	28 nedgang fra 35	13 økning fra 11
Medvirkning i egen behandling – involvering i behandlingsplan	50 Stabilt	23 stabilt	15 nedgang fra 29

Tvangsmiddelbruk i psykisk helsevern for voksne er definert som antall pasienter over 16 år i institusjon for døgnopphold i psykisk helsevern som har hatt minst ett tvangsmiddelvedtak i perioden. Det ble i andre tertial 2021 gjort tvangsmiddelvedtak overfor 43 pasienter mot 57 i første tertial 2021.

Administrerende direktørs vurdering

Resultatene fra de nasjonale kvalitetsindikatorerne og kvalitetsregistrene viser at Sykehuset Innlandet leverer helsetjenester av god kvalitet på de fleste områder. Data må tolkes med varsomhet og egner seg ikke alltid til sammenligning med andre, men er et godt grunnlag for å måle egen utvikling og arbeide med forbedring av tjenestene til pasientene.

Systematisert forbedringsarbeid med helhetlige pasientforløp, med deltagelse fra aktuelle avdelinger i samarbeid med kommunene, har gitt gode resultater. Disse erfaringene er videreført i arbeidet med pasientforløpene Intoks og Barn med autisme. Selv om det ikke finnes nasjonale kvalitetsindikatorer for disse forløpene, følges de av egne indikatorer.

Resultater fra nasjonale kvalitetsindikatorer og kvalitetsregistre er en viktig kilde ved valg av forbedringsområder. Det krever at det er god dekningsgrad for kvalitetsregistrene. Det er derfor viktig å arbeide for en høyere dekningsgrad til kvalitetsregistrene og redusere uønsket variasjon i rapportering mellom avdelingene i Sykehuset Innlandet.