

Sykehuset Innlandet HF
Styremøte 26.01.21

SAK NR 004-2021

STATUS FOR KVALITETSINDIKATORER OG KVALITETSREGISTRE FOR 2019/2020

Forslag til

VEDTAK:

1. Styret tar status for kvalitetsindikatorer og kvalitetsregistre for 2019/2020 til orientering og ber om at resultatene legges til grunn for ledernes arbeid med kvalitetsforbedring.
2. Styret ber administrerende direktør følge opp tiltak for å bedre foretakets registreringspraksis i nasjonale kvalitetsregistre.

Brumunddal, 19. januar 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:

- 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*.

Resultater fra nasjonale kvalitetsregister og kvalitetsindikatorer gir grunnlag for å evaluere egen praksis og utvikling over tid og for å velge områder for det interne forbedringsarbeidet.

Nasjonale medisinske kvalitetsregistre

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

De medisinske kvalitetsregistre 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 var totalt 174 ulike nasjonale kvalitetsindikatorer ved utgangen av 2019.

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. 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.

Det er vanlig å dele inn i tre typer indikatorer:

- Strukturindikatorer (rammer og ressurser, kompetanse, tilgjengelig utstyr, registre m.m)
- Prosessindikatorer (aktiviteter i pasientforløpet f. eks. diagnostikk, behandling)
- Resultatindikatorer (overlevelse, helsegevinst, tilfredshet m.m.)

I september 2020 ble det publisert 67 nasjonale kvalitetsindikatorer fra første tertial 2020, innenfor innsatsområdene som inngår i «Oppdrag og Bestilling» til helseforetakene i 2020:

- 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 mål i Sykehuset Innlandets virksomhetsplan 2020 og områder hvor foretaket har betydelig avvik.

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.

Sykehuset Innlandet skal være pilot for automatisk uttrekk fra den elektroniske pasientjournalen (DIPS) til elektronisk meldeskjema til kreftregisteret (KREMT) for prostatakreft. Resultater fra denne piloten vil avgjøre en eventuell videre utbredelse til Nasjonalt kvalitetsregister for lungekreft.

Somatikk

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

Pasientforløp

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 imidlertid forskriftsfestet at samtykke er implisitt gitt ved innleggelse. Hoftebruddsregisteret oppdaterer sine tall hvert annet år, og siste publisering er fra 2017-2018.

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 første tertial 2020 viser resultatene at 77 prosent av pasienter med hoftebrudd i Sykehuset Innlandet ble operert innen 24 timer, mot landsgjennomsnittet på 66,9. Det er en forbedring fra 2019 da Sykehuset Innlandet sitt resultat var 71,7 prosent. Totaloverlevelse for hoftebruddspasienter har hatt en gledelig økning fra 2017 med 89,4 prosent til 91 prosent i 2019. Landsgjennomsnittet i 2019 var 91,3 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 blodproppoppløsende 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.

Forbedringsarbeidet med pasientforløp hjerneslag i Sykehuset Innlandet er viktig. Foretaket har økning i andel pasienter som får trombolyse, men nedgang i andel pasienter som får trombolyse innen 40 minutter og andel pasienter som får testet svelgfunksjon og andel pasienter med direkte innleggelse i slagenhet. Det er mindre variasjon mellom avdelingene i totaloverlevelse enn tidligere og i 2020 ble slagenheten på Hamar kåret til «årets slagenhet» for 2019.

	Mål	Hele landet 2019	Sykehuset Innlandet 2018	Sykehuset Innlandet 2019
Andel pasienter som får trombolyse (1)	20	21	16,2	19,3
Andel pasienter som får trombolyse innen 40 minutter(2)	50	68	67,8*	61,8
Andel pasienter som blir testet ift svelgfunksjon (2)	95-85	89	88	86,9
Andel pasienter som får antitrombotisk behandling etter hjerneslag (2)	95-85	94	92,8	94,2
Andel pasienter behandlet i slagpost(2)	90	94	91,8**	91
Andel pasienter direkte innlagt i slagenhet	90	85	85,3	84

1) Data fra Norsk Pasientregister første tertial 2020

2) Data fra Norsk Hjerneslagregister

*Elverum har ikke levert data

**Tynset har ikke slagenhet.

Ett av Sykehuset Innlandets hovedmål i Virksomhetsplan 2020 var å utvikle helhetlige pasientforløp. I tillegg var det et mål om å sikre integrert behandling av samtidige somatiske og psykiske helseutfordringer. For 2020 ble det derfor besluttet at pasientforløp **Intox** og for **Barn med autisme** skulle prioriteres. Disse har imidlertid ikke egne nasjonale kvalitetsindikatorer eller –registre. Pasientforløpene er i oppstart, og vil fastsette egne måleindikatorer.

Overlevelse

«Overlevelse» måles i form av mortalitet. Indikatoren viser pasienter som dør i løpet av 30 dager etter innleggelse – også etter utskrivelse. Totaloverlevelse beregnes for de 42 diagnosegruppene som står for til sammen 80 prosent av dødeligheten på norske sykehus. I tillegg beregnes 30 dagers overlevelse for pasienter med hoftebrudd, hjerneslag og førstegangs hjerteinfarkt. Totaloverlevelse viser tall for ett år mens hoftebrudd, hjerneslag og hjerteinfarkt samlet for de tre siste årene. Resultatet vurderes mot en referanseverdi som er et trimmet gjennomsnitt for norske sykehus. Sykehuset Innlandet har signifikant lavere totaloverlevelse og overlevelse etter hjerneslag og førstegangs hjerteinfarkt, enn referanseverdien for de ulike gruppene. Det er variasjon i resultatene mellom de enkelte somatiske sykehusene i Sykehuset Innlandet.

Resultater må tolkes med forsiktighet og det er flere mulige feilkilder.

Funksjonsfordeling mellom sykehus og fordeling av undergrupper av pasienter med lavere eller høyere forventet dødelighet er blant faktorer som kan gi avvikende 30 dagers overlevelse.

Kreft

Sykehuset Innlandet har søkelys på fem kreftformer; lungekreft, prostatakreft, eggstokkreft, livmorkreft og nyrekreft. Av disse har Helse Sør-Øst RHF bedt foretaket ha særskilt oppmerksomhet på lungekreft og prostatakreft.

Fem års relativ overlevelse etter ulike kreftformer

Data er hentet fra Kreftregisteret og gjelder perioden 2015-2019

Kreftform	Mål	Hele landet	Sykehuset Innlandet
Lungekreft	25	25,3	22,7
Høyrisiko prostatakraft		88	83

Fem års relativ overlevelse for pasienter med lungekreft, har økt fra forrige periode (2014-2018) fra 18,9 til 22,7 prosent.

Pakkeforløp

For de 26 organspesifikke kreftformene viser resultatet for 2020 at 73 prosent av forløpene i Sykehuset Innlandet er innenfor standard forløpstid. Det er en positiv utvikling sammenlignet med 62 prosent i 2019.

For pakkeforløp lungekreft er det startet et omfattende forbedringsarbeid. Fagmiljøet har vært samlet, avdekket flaskehalser og planlagt avbøtende tiltak. Det er nedsatt tverrfaglige forbedringsgrupper både sentralt i foretaket og lokalt i aktuelle divisjoner. Dette har på kort tid gitt gode resultater knyttet til reduksjon i tid til oppstart medikamentell behandling. For pakkeforløp prostatakraft arbeides det med samme metodikk.

Postoperative infeksjoner innen 30 dager

Data er hentet fra Norsk overvåkningssystem for antibiotikabruk og helsetjenesteassosierte infeksjoner (NOIS), Folkehelseinstituttet, første tertial 2020. Tabellen under viser de fire kirurgiske inngrepene som følges og andel, målt i prosent, av inngrepene totalt, som gir en infeksjon og andel dype infeksjoner:

Sykehuset Innlandet	2020	2019
Totalprotese hofte	2,5 derav 0,6 dype	1,4 derav 0,7 dype
Hemiprotease hofte	2,3 derav 1,7 dype	3,8 derav 2,2 dype
Fjerning av galleblære	3,4 derav 0,7 dype	2,5 derav 0,8 dype
Keisersnitt	4,8 derav 1,5 dype	5,3 derav 1 dyp

Resultatene for første tertial viser en økning for infeksjoner knyttet til fjerning av galleblære og totalprotese hofte, sammenlignet med samme periode i 2019. For både total andel og dype infeksjoner etter innsetting av hemiprotease hofte har det vært en nedgang. For infeksjoner etter keisersnitt er det en reduksjon sammenlignet med fjoråret for total andel infeksjoner, men økning for dype. 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 2020. Nasjonalt måles endringen sammenlignet med forbruket i 2012. Forbruket måles med innkjøp av definerte døgndoser (DDD) av et utvalg bredspektrede antibiotika per 100 liggedøgn i norske sykehus. I første tertial 2020 har Sykehuset Innlandet et forbruk på 15,9 DDD mot 13,8 DDD i samme periode 2019. Dette relateres til økt lagerkapasitet knyttet til Covid-19 pandemien. I Helse Sør-Øst er det etablert et læringsnettverk for reduksjon av bredspektrede antibiotika der Sykehuset Innlandet deltar med tre tverrfaglige team. Hvert team har egne mål, og det er forventninger til forbedrede resultater og tverrfaglig samarbeid.

Psykisk helsevern

Data for kvalitetsindikatorene tvangsmiddelbruk og tvangsinnleggelser i psykisk helsevern for voksne er hentet fra Norsk pasientregister.

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 første tertial 2020 gjort tvangsvedtak overfor 44 pasienter, mot 39 i tilsvarende periode 2019.

Andel voksne i døgnbehandling med diagnosen schizofreni som har fått individuell plan, ble vektlagt i publiseringen i september. En individuell plan skal gi en oversikt og koordinere tiltak i pasientens behandlingsforløp. Resultatet for Sykehuset Innlandet er 81,8 prosent mot landsgjennomsnittet på 81,2 prosent.

Administrerende direktørs vurdering

Resultater fra kvalitetsindikatorer og kvalitetsregistre gir muligheter til å avdekke uønsket variasjon og identifisere forbedringsområder, men det krever at det er god dekningsgrad for kvalitetsregistrene. Det er derfor viktig å redusere uønsket variasjon i dekningsgrad mellom avdelingene i Sykehuset Innlandet. Resultatene fra de nasjonale kvalitetsindikatorene 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 for forbedring av tjenestene til pasientene.

Systematisert forbedringsarbeid med helhetlige pasientforløp, som hoftebrudd og hjerneslag, med deltagelse fra aktuelle avdelinger på sykehusene i samarbeid med kommunene har gitt gode resultater, men det er behov for fortsatt arbeid i de lokale forbedringsgruppene.

Alle ledere har et ansvar for arbeid med kvalitetsforbedring. Resultater for nasjonale kvalitetsindikatorer og kvalitetsregistre er en viktig kilde for valg av forbedringsområder.