

Sykehuset Innlandet HF

Styremøte 14.12.2023

SAK 102 – 2023

STATUS FOR HELSEDATA; HELSEATLAS, KVALITETSINDIKATORER OG KVALITETSREGISTRE

Forslag til vedtak

1. Styret tar status for helseatlas, kvalitetsindikatorer og kvalitetsregistre til orientering.
2. Styret forutsetter at resultatene fra kvalitetsindikatorer, kvalitetsregistre og helseatlas legges til grunn for foretakets arbeid med kvalitetsforbedring.
3. Styret ber administrerende direktør følge opp forbedringstiltak som er igangsatt.

Brumunddal, 7. desember 2023

Alice Beathe Andersgaard
administrerende direktør

Bakgrunn

Kvalitet i helsetjenesten

Kvalitet i helsetjenesten handler om å sikre at pasientene får god og trygg behandling. God kvalitet i helsetjenesten øker sannsynligheten for at befolkningen får en ønsket helsegevinst, gitt dagens kunnskap og ressursrammer. Med helsegevinst menes både å forbli frisk, bli frisk, mestre livet med sykdom og 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) framgår 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, 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 Innlandets 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) framgår 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 kvalitetsregistre

Formålet med medisinske kvalitetsregistre er kvalitetsforbedring, forskning og styring. Registerne inneholder strukturert informasjon fra hele behandlingsforløpet, fra diagnostikk og fram til resultat av behandling. Alle sykehus er forpliktet til å registrere data i de 67 nasjonale kvalitetsregistre.

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 er per mai 2023 totalt 156 ulike nasjonale kvalitetsindikatorer innenfor følgende hovedkategorier:

- Somatikk spesialist
- Allmennlegetjenesten
- Akuttmedisinske tjenester
- Kommunale helse og omsorgstjenester
- Psykisk helse og rus

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. De bør ses i sammenheng, og kan samlet gi et bilde av kvaliteten i tjenesten. Resultater for nasjonale kvalitetsindikatorer ble publisert i mai, september og november 2023 og er relatert til hovedmålene i Oppdrag og bestilling til helseforetakene i 2022 og 2023:

- Styrke psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling
- Styrke forskning, innovasjon og kompetanse og forbedre kvalitet og pasientsikkerhet
- Rask tilgang til helsetjenester og sammenhengende pasientforløp

Helseatlas

Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE) har utarbeidet et helseatlas for kvalitet (2021) med utgangspunkt i indikatorer fra nasjonale kvalitetsregistre.

Helseatlas er et verktøy for å sammenlikne befolkningens bruk av helsetjenester i forskjellige geografiske områder uavhengig av hvilket sted pasientene behandles. Hensikten har vært å undersøke om befolkningen får likeverdig kvalitet i utvalgte nødvendige helsetjenester, uavhengig av bosted og på tvers av fagområder.

Samlede helsedata

Samlede helsedata med resultater fra kvalitetsindikatorer, kvalitetsregistre og helseatlas, gir grunnlag for å evaluere egen praksis og utvikling over tid og for å velge områder for det interne forbedringsarbeidet. Arbeidet i Sykehuset Innlandet foregår strukturert og i samarbeid med fagråd og helsefaglige grupper. Arbeidsgruppe hjerneslag og sentral forbedringsgruppe lungekreft er to eksempler. Helsedata benyttes også for redigering og samordning av prosedyrer og pasientinformasjon.

Reduksjon i uønsket variasjon er et av fem satsningsområder i Regional utviklingsplan 2035 for Helse Sør-Øst. Videre har det i Oppdrag og bestilling til helseforetak og sykehus gjennom flere år vært mål om å redusere uønsket variasjon. Konsernrevisjonen undersøkte i 2022 om helseforetakene og sykehusene har etablert et system som sikrer oversikt over status på kvalitet og forbruk innen ulike fagområder, samt hvordan

nasjonale kvalitetsregistre og helseatlas anvendes i arbeidet med å redusere uønsket variasjon. I rapport 9/2021 «Uønsket variasjon i kvalitet og forbruk av helsetjenester», konkluderes det med:

- Målet om å redusere uønsket variasjon er ikke tydelig kommunisert i styringslinjen.
- Det er varierende bruk av kvalitetsregistre og helseatlas i avdelingenes forbedringsarbeid.
- Uønsket variasjon inngår i for liten grad som tema i styringslinjens oppfølgingsmøter.

Konsernrevisjonen påpeker at oppdatert oversikt, informasjon og etterspørsel av resultater fra forbedringsarbeid fra styringslinjen, er en viktig faktor. Fra den relativt nyetablerte regionale data- og analyseplattformen kan det hentes anonymiserte data fra de store fagsystemene, og det pågår arbeid med lokale dashboard i Sykehuset Innlandet.

Saksframstilling

Resultater

I det følgende belyses utvalgte resultater fra helseatlas, kvalitetsindikatorer og kvalitetsregistre med vekt på resultater for prioriterte områder og mål i Sykehuset Innlandet. Resultatene er rapporterte data for 2022 og 2023. Enkelte kvalitetsindikatorer som inngår i månedsrapportering for styret, blir ikke omtalt.

Sykehuset Innlandet har høy dekningsgrad i mange av de nasjonale kvalitetsregistrene, som fedmekirurgi, karkirurgi, intensiv- og pandemiregisteret, Gastronet, hjerneslag, hoftebrudd, hjerteinfarkt, hjertesvikt, MS/biobank på nydiagnostiserte pasienter, nyfødtintensiv, traume, gastrokirurgi, diabetes for voksne og kreftregisteret.

Hjerteinfarktregisteret viser at Sykehuset Innlandet har lav måloppnåelse for indikatoren trombolyse innen anbefalt tid ved STEMI (hjerteinfarkt med ST-elevasjon som bør få rask behandling for å åpne tette kransårer). Kvalitetsmålet er at trombolyse skal gis innen 30 minutter etter første medisinske kontakt, som vanligvis er prehospitalt. Fra ambulanse ankommer pasienten med bryst smerter, skal det innen 30 minutter tas EKG som sendes til nærmeste sykehus og vurderes av vakthavende lege, som så i dialog med ambulansepersonellet får bekreftet typiske symptomer med varighet mindre enn tre timer og at det ikke foreligger blødningsrisiko, før ambulansepersonell kan forberede og administrere behandlingen. Kvalitetsmålet er ambisiøst, og noe Sykehuset Innlandet arbeider for å oppnå, men ingen helseforetak oppfyller dette kravet i Norge. Sykehuset Innlandet var nest best i landet på median tid fra første medisinske kontakt til trombolyse (37 minutter) i 2022. Andel pasienter behandlet med trombolyse innen anbefalt tid var også høyere for Sykehuset Innlandet enn for landet sett under ett.

Pasienter med STEMI som har for høy blødningsrisiko eller for lang sykehistorie før de kontakter helsehjelp, kan ikke få trombolyse. Disse pasientene må til primær stenting (PCI) ved universitetssykehus for å åpne tette kransårer. Kvalitetsmålet er at det skal gå

maksimalt 120 minutter fra første medisinske kontakt, til innstikk i arterien før hjertekateterisering. Dette er vanskelig å oppnå i Sykehuset Innlandet på grunn av lang reisevei.

Kvalitetsregisteret NoRGast viser at Sykehuset Innlandet har en høy andel pasienter som reopereres på grunn av anastomoselekkasje ved endetarmskirurgi. Fagmiljøene gjennomgår alle komplikasjoner for å lære slik at nye hendelser kan unngås og det arbeides med tiltak. Resultater fra Gastronet for endoskopier viser at måloppnåelse for pasientinformasjon etter koloskopi er lav. Det er nedsatt en tverrfaglig arbeidsgruppe for å forbedre pasientinformasjon til pasienter med fordøyelsessykdommer.

Helseatlas for fedme publisert i november 2023, gir en oversikt over behandling av fedme for voksne i spesialist- og allmennlegetjenesten i perioden 2018-2022. Analysene viser store geografiske variasjoner. Det er eksempelvis variasjon i fordelingen mellom kirurgisk behandling og poliklinisk behandling. I Sykehuset Innlandet er det høye operasjonsrater og relativt lav andel poliklinisk behandling. Fordelingen forklares med at det blant fedmepasientene i opptaksområdet er en stor andel med høy kroppsmasseindeks, som er indikasjon for operasjon. Pasienten følges poliklinisk over lang tid i forkant og etterkant av operasjonen.

Konsernrevisjonen gjennomførte i 2019 en revisjon med mål om å belyse om helseforetaket har etablert et styringssystem med bruk av evaluering for å redusere uønsket variasjon i helsehjelpen. Pasienter med multippel sklerose (MS) var en av pasientgruppene som ble revidert. Konsernrevisjonen påpekte at manglende standardisering av utredningsforløpet har medført ubegrunnet venting i utredningen. For pasienter med MS kan dette redusere mulighetene for å begrense skadene av sykdommen. Det er i påfølgende år arbeidet med tiltak. Dekningsgraden i MS-registeret for nydiagnostiserte i 2022 er økt til 100 prosent, men øvrige resultater viser at forbedringsarbeidet så langt ikke har hatt tilstrekkelig effekt. Det pågår arbeid med tiltak som opplæring, forbedring av arbeidsprosesser, flytskjema og forløpskoordinator.

Pasientforløp

Pasientforløp benyttes som metode for å redusere uønsket variasjon og forbedre integrert behandling av samtidige somatiske og psykiske helseutfordringer. Dette er konkretisert gjennom implementering av «pasientforløp intoks» og «pasientforløp barn med autisme». Det pågår arbeid med å etablere en resultatmålinger. Kvalitetsregisteret for skadelig bruk eller avhengighet av rusmidler (KVARUS) har relevante indikatorer for «pasientforløp intoks». I 2022 fikk 86 prosent av pasientene i foretaket utarbeidet behandlingsplan tidlig i forløpet, mens kun fem prosent fikk kriseplan tidlig i forløpet. Ett av seks prioriterte tiltak i pasientforløp intoks er kriseplan. Arbeidet med tiltaket omfatter kompetanseheving samt forståelse for viktigheten av å opprette kriseplan.

I 2017 startet systematisk forbedringsarbeid med pasientforløpene for pasienter med hoftebrudd og hjerneslag. Resultatene følges fortsatt, med justering av tiltak ved behov.

Hoftebrudd

Operasjon innen 24 timer for hoftebruddpasienter er en nasjonal kvalitetsindikator. Det er gode holdepunkter for at operasjon av hoftebrudd innen 24 timer, og senest innen 48

timer, påvirker pasientens prognose positivt. Gjennomsnittsalder i pasientgruppen er 80 år. Det kan være hensiktsmessig å bruke tid i forkant av operasjon for eksempelvis å stabilisere pasienten med hensyn til ernæring og væskebalanse.

Sykehuset Innlandet har over tid hatt gode resultater på indikatoren «operasjon innen 24 timer for hoftebruddpasienter», men andelen har falt de siste årene. I 2022 var resultatet 72 prosent. I første tertial 2023 var resultat 70 prosent, mens det i andre tertial var litt over 72 prosent og blant de tre med høyest måloppnåelse nasjonalt.

Hjerneslag

Akutt hjerneslag behandles ved alle somatiske akuttsykehus i foretaket. Nevrologisk avdeling har det faglige ansvaret. Spesialisert rehabilitering foregår to steder. Det er viktig at pasienten kommer raskt til behandling og at behandling gis i slagenhet. En kvalitetsindikator på rask utredning og logistikk, er andel pasienter som får startet behandling med trombolyse innen 40 minutter etter innleggelse.

Under vises utvikling i resultater fra hjerneslagregisteret for perioden 2018 til 2022.

	Mål	Hele landet 2022	Sykehuset Innlandet 2018	Sykehuset Innlandet 2019	Sykehuset Innlandet 2020	Sykehuset Innlandet 2021	Sykehuset Innlandet 2022
Andel pasienter som får trombolyse	20	21	16,2	19,3	19	22	20
Andel pasienter som får trombolyse innen 40 minutter	60	69	67,8	61,8	54	60	61
Andel pasienter som blir testet ift svelgfunksjon	95	91	88	86,9	95	94	90
Andel pasienter som får antitrombotisk behandling etter hjerneslag	95	95	92,8	94,2	95,6	92	96
Andel pasienter behandlet i slagpost *	90	95	91,8	91	95,8	94,5	94
Andel pasienter direkte innlagt i slagenhet*	90	87	85,3	84	81	87	89,8

Data fra Norsk Hjerneslagregister

*Tynset har ikke slagenhet.

Andel pasienter som blir innlagt i slagenhet, økte til nesten 90 prosent i 2022. Andelen pasienter som ble trombolysebehandlet innen 40 minutter etter innleggelse, var 61 prosent i 2022, med variasjoner innad i foretaket.

Kreft

Årsrapportene fra kvalitetsregistrene for kreft viser at Sykehuset Innlandet generelt har gode resultater og god dekningsgrad.

Under vises fem års relativ overlevelse etter ulike kreftformer i 2022:

Kreftform	Mål i prosent	Hele landet i prosent	SI i prosent
Lungekreft (menn)	25	26,6	23,3
Lungekreft (kvinner)	25	33,5	26,4
Høyrisiko prostatakreft	Ikke angitt	96,2	94,8
Brystkreft	88	92,6	92
Endetarmskreft (menn)	68	72,8	70,2
Endetarmskreft (kvinner)	68	73,9	72,7
Tykketarmskreft (menn)	68	69,6	71
Tykketarmskreft (kvinner)	68	71,2	68,3

Data fra Kreftregisteret 2022

Resultater for pakkeforløp kreft publiseres normalt månedlig. I 2023 har resultater for kirurgisk behandling, medisinsk behandling og strålebehandling, vært tilgjengelig fra Norsk pasientregister fra september. For de 24 organspesifikke kreftformene viser resultatet for oktober 2023 at 74 prosent av forløpene i Sykehuset Innlandet er innen standard forløpstid.

Pakkeforløp lungekreft er fortsatt satsingsområde for Sykehuset Innlandet. En sentral forbedringsgruppe med deltagere fra relevante fagområder og forløpskoordinatorer, samarbeider strukturert om tiltak for å løse flaskehalser. Målet for 2023 er å etablere felles MDT-møte (multidisiplinært teammøte) for alle enhetene som utreder lungekreft, forbedring av rutiner ved mottak av henvisninger til stråleenheten og forbedring av pasientflyt mellom SI Lillehammer og undersøkelse med PET-CT ved SI Elverum. I 2023 har den store utfordringen vært manglende legeressurser innenfor onkologi. Det har påvirket resultatene for medikamentell behandling og strålebehandling. Utover høsten er det bedring i tilgjengelige legeressurser og i oktober var måloppnåelsen 67 prosent for alle behandlingsformer.

Forbedringsarbeidet med tverrfaglige forbedringsgrupper både sentralt i foretaket og i divisjonene, har gitt resultater knyttet til pakkeforløp lungekreft. Dette har overføringsverdi til andre pakkeforløp med lav måloppnåelse.

Følgende pakkeforløp kreft vil få økt oppmerksomhet i 2024:

- Lymfom
- Tykk- og endetarmskreft
- Bukspyttkjertelkreft

Pakkeforløp hjem for pasienter med kreft innebærer at alle pasienter skal få tilbud om samtale, inkludert behovskartlegging på sykehuset. Innføring av behovskartlegging for pasienter med kreft er inkludert i arbeidet med utvikling av pasientforløp for digital hjemmeoppfølging.

Infeksjoner

Det forekommer to ulike målinger for registrering av helsetjenesteassosierte infeksjoner, prevalens og insidensundersøkelser. Infeksjonene fører til komplikasjoner for pasientene, og kan oppleves som en stor belastning. For sykehus genererer de store utgifter på grunn av komplikasjoner, økte liggedøgn, økt bruk av antibiotika og økt dødelighet for de som blir smittet. Folkehelseinstituttet (FHI) antar at mer enn halvparten av helsetjenesteassosierte infeksjoner kan forebygges.

Ved prevalensundersøkelser (punktmålinger) registreres de fire hyppigst forekommende helsetjenesteassosierte infeksjonene, urinveisinfeksjon, nedre luftveisinfeksjon, infeksjon i operasjonsområdet og blodforgiftning. Kun infeksjoner oppstått i eget sykehus er inkludert i publikasjonen fra Helsedirektoratet. Forekomsten registreres fire ganger i året. Andelen for Sykehuset Innlandet var redusert fra fire prosent ved måletidspunktet i november 2021 til 3,3 prosent i november 2022. Tallene varierer gjennom året og må tolkes ut ifra sesong, pasientpopulasjon og pasientbelegg.

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

Sykehuset Innlandet	2020 i prosent	2021 i prosent	2022 i prosent
Totalprotese hofte	1,1 derav 0,9 dype	1,7 derav 0,7 dype	1,9 derav dype 0,8
Hemiprotese hofte	2,4 derav 1,2 dype	4,1 derav 3,2 dype	3,1 derav dype 2,3
Fjerning av galleblære	3,4 derav 1,5 dype	3,7 derav 1,1 dype	1,7 derav dype 1,1
Keisersnitt	5,2 derav 1,5 dype	5,8 derav 1,9 dype	6,1 derav dype 1,1

Resultatene for 2022 viser reduksjon i andel infeksjoner etter operasjon med hemiprotese hofte og fjerning av galleblære, sammenlignet med 2021. Det er iverksatt

forebyggende tiltak mot infeksjoner i operasjonsområdet relatert til hemiprotese hofte og keisersnitt resultatene i etterkant av resultatene fra 2021.

Bredspektret antibiotika

Reduksjon i forbruk bredspektret antibiotika er et globalt satsingsområde. Forbruket måles per i dag, ved innkjøp av definerte døgndoser (DDD) av et utvalg bredspektrede antibiotika per 100 liggedøgn i norske sykehus.

I 2022 hadde Sykehuset Innlandet et forbruk på 16,6 DDD/100 liggedøgn. Forbruket er i 2023 redusert til omtrent 15 DDD/100 liggedøgn per andre tertial 2023. Alle divisjoner har et forbruk av bredspektret antibiotika som ligger over nivået i 2019. Tiltak for oppfølging er igangsatt.

Tvangsinnleggelser i psykisk helsevern

Antall tvangsinnleggelser i psykisk helsevern for voksne er definert som antall tvangsinnleggelser til døgnbehandling. Antall tvangsinnleggelser i Sykehuset Innlandet økte fra 375 i 2021 til 418 i 2022.

Behandlingsplan i psykisk helsevern

Andel pasienter i psykisk helsevern voksne som sammen med behandler har utarbeidet en behandlingsplan var 42 prosent i Sykehuset Innlandet i 2022. Innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling økte andelen fra 22 prosent i 2021 til 42 prosent i 2022.

DelMedMeg

Gjennom DelMedMeg har fagområdene psykisk helsevern voksne, psykisk helsevern barn og unge og tverrfaglig spesialisert rusbehandling arbeidet systematisk siden 2020 for å øke bruken av helsedata, både i det enkelte pasientforløpet og på styringsnivå. Både pasientrapportert data og klinikerrapporterte data samles systematisk inn gjennom DelMedMeg. Dataene går direkte inn pasientens journal hvor det genereres en samlerapport, og løsningen gjør det samtidig mulig å trekke ut data på gruppenivå. En løsning som både kan brukes til forbedring av det enkelte forløp og også til kvalitetsforbedring, utvikling av tjenestene og styring av pasientbehandlingen på et overordnet nivå i divisjon Psykisk helsevern.

Divisjon psykisk helsevern har initiert et arbeid for å bygge opp et dashbord, som et kvalitetsregister, på regionalt og lokalt nivå. Dashboardet skal baseres på den regionale data- og analyseplattformen hvor data fra ulike systemer kan samkjøres. Det muliggjør at man kan for eksempel få ut data på behandlingsutfall på ulike diagnosegrupper og hvordan behandlingsintensitet påvirker behandlingen. Det gir også styringsdata som kan brukes til å utvikle og organisere tjenestene. En studie publisert i The Lancet viser at opptil 33 prosent av behandlingsutfallet skyldes organisering.

Det regionale nettverket for DelMedMeg, hvor alle helseforetak i Helse Sør-Øst deltar, har bidratt til at andre nasjonale kvalitetsregistre bruker samme måte å samle inn data på. Det gjør at klinikerne ikke trenger å registrere data i to systemer. Med automatiske uttrekk fra DelMedMeg til registrene, brukes ikke klunkers tid til datainnsamling, og det legger til rette for en høy dekningsgrad.

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.

Ved publiseringen av «30 dagers overlevelse etter sykehusinnleggelse» fra Folkehelseinstituttet i mars 2023 er Sykehuset Innlandet det eneste foretaket som har signifikant lavere overlevelse enn landsgjennomsnittet på alle fire indikatorer. På sykehusnivå har SI Gjøvik signifikant lavere overlevelse enn landsgjennomsnittet på indikatorene totaloverlevelse, førstegangs hjerteinfarkt og hoftebrudd. Sykehuset på SI Hamar og på SI Tynset har signifikant lavere overlevelse for pasienter med hjerneslag. Viser til sak som presentert i styresak 056-2023 *30 dagers overlevelse etter sykehusinnleggelse*.

Folkehelseinstituttet leverte i år en rapport som viser tall på overordnet nivå. Dette har gjort utdypende analyser utfordrende. Analyseenheten i Helse Sør-Øst RHF bistår Sykehuset Innlandet i analysearbeidet. Når nye oppdaterte overlevelsestall og resultatet fra gjennomgangen foreligger vil Sykehuset Innlandet gjennomgå resultatene på nytt og fortsetter arbeidet med forbedringstiltak. I påvente av oppdaterte tall har flere av avdelingene gjennomgått egne resultater og startet eget analysearbeid for mulige årsaker. Det er iverksatt enkelte tiltak.

Administrerende direktørs vurdering

Resultatene fra helseatlas, de nasjonale kvalitetsindikatorer og kvalitetsregistrene viser at Sykehuset Innlandet leverer helsetjenester av god kvalitet på mange områder. Data må tolkes med varsomhet, men gir et godt grunnlag for å måle egen utvikling og arbeide med forbedring av tjenestene til pasientene.

Det er viktig å arbeide for en høy dekningsgrad til kvalitetsregistrene, da resultater fra helsedata gir grunnlag for valg av områder for systematisk forbedringsarbeid. Systematisk forbedringsarbeid gir grunnlag for å redusere uønsket variasjon.

Alle ledere har et ansvar for å arbeide med kvalitetsforbedring gjennom å følge helsedata over tid og prioritere systematisk forbedringsarbeid.