



## Styresak 45-2016

### Nasjonale kvalitetsindikatorer - publisert 03.05.16

Saksbehandler: Beate Sørslett, Jan Terje Henriksen

Dato dok: 08.05.2016  
Møtedato: 19.05.2016  
Vår ref: 2016/1280-2

Vedlegg (t): Presentasjon Publisering av nasjonale kvalitetsindikatorer 3.5.16  
Nyhetsbrev Nasjonalt kvalitetsindikatorsystem, mai 2016

#### Innstilling til vedtak

Styret tar saken til orientering

#### Bakgrunn

Styret får i denne saken presentert resultatene for Nordlandssykehuset av de nasjonale kvalitetsindikatorerne som ble publisert av Helsedirektoratet 3. mai 2016.

#### Direktørens vurdering

Nasjonale kvalitetsindikatorer er viktige for å vurdere kvaliteten i pasientbehandlingen, og som utgangspunkt for forbedringer. Disse målingene krever i all hovedsak manuell innrapportering av data til egne registre. Foretaket rapporterer til flesteparten de 52 nasjonale kvalitetsregistrene, samt Folkehelseinstituttet, Kreftregisteret, Nasjonalt pasientsikkerhetsprogram, Medisinsk fødselsregister og Norsk pasientregister.

Nordlandssykehuset HF mener det er svært verdifullt at vi har registre som fanger opp utviklingen i kvalitet, og ønsker å bruke resultatene aktivt i utviklingen av vår faglige virksomhet. Mange av de nasjonale kvalitetsindikatorerne brukes aktivt i klinikkene. For flere av indikatorene har vi imidlertid et forbedringspotensial når det gjelder bevisstheten rundt indikatoren og/eller til måloppnåelse. Disse vil det arbeides videre med i samarbeid med de aktuelle klinikkene.

Flere av kvalitetsindikatorerne rapporteres fortløpende i de månedlige driftsrapportene, mens for andre blir det riktiger å vurdere data fra en lengre periode samlet. I løpet av høsten 2016 vil styret bli forelagt egne orienteringssaker om pakkeforløp kreft og sykehusinfeksjoner.

## Innledning

Helsedirektoratet fikk den 1. januar 2012, en lovpålagt oppgave om å «utvikle, formidle og vedlikeholde nasjonale kvalitetsindikatorer». De nasjonale kvalitetsindikatorerne skal være et «hjelpemiddel for ledelse og kvalitetsforbedring i tjenesten, og et grunnlag for at pasienter kan ivareta sine rettigheter». Det er ikke mulig å finne ett objektivt mål på kvalitet. Høy overlevelse, kort ventetid på behandling, få sykehusinfeksjoner og god kommunikasjon mellom sykehusene, pasientens fastlege og helse- og omsorgstjenesten i kommunen er bare noen av de elementene som bidrar til den totale kvaliteten på helse- og omsorgstjenesten.

Nasjonale kvalitetsindikatorer er et sett av indikatorer som sier noe om både strukturer, prosesser og resultater innen tjenesten, og til sammen skal de si noe om den samlede kvaliteten innen utvalgte områder av helse- og omsorgstjenesten.

Helsedirektoratet har etablert egne kvalitetsindikatorgrupper som har i oppgave å identifisere og utvikle nasjonale kvalitetsindikatorer innenfor sine områder. Det er ledelsen i Helsedirektoratet som tar endelig beslutning om hvilke grupper som skal opprettes og hva som skal være mandatet til den enkelte gruppen.

Kvalitetsindikatorgruppene er satt sammen av personer med helsefaglig ekspertise fra helse- og omsorgssektoren og fagpersoner fra Helsedirektoratet innen prosjekt, analyse og med bred faglig kjennskap til sektoren, samt representanter fra dataleverandører på området. For å kunne gi et godt bilde av kvaliteten i helse- og omsorgstjenester som tilbys, er det en forutsetning at de nasjonale kvalitetsindikatorerne med jevne mellomrom blir vurdert i forhold til relevans, nye tilgjengelige datakilder, lovverk, retningslinjer og lignende.

Helsedirektoratet sier at nasjonale kvalitetsindikatorer skal være:

- Betydningsfulle. Det innebærer at helsepolitisk og samfunnsmessig betydning er beskrevet.
- Vitenskapelig begrunnet. Det vil si at de nasjonale kvalitetsindikatoren måler etablert praksis i helsetjenesten basert på eksisterende lovverk, nasjonale retningslinjer, veiledere og forskning.
- Nyttige. Det vil si at målegruppene kan bruke de nasjonale kvalitetsindikatorerne til sitt formål.
- Gjennomførbare. Det innebærer at den nasjonale kvalitetsindikatoren er basert på tilgjengelige data og relevante rapporteringer.
- Jevnlig oppdatert. De nasjonale kvalitetsindikatorerne skal ha oppdaterte resultater for at de skal kunne benyttes i henhold til formålet.

Nasjonale kvalitetsindikatorer skal gjøres offentlig tilgjengelig, og oppdaterte nasjonale kvalitetsindikatorer publiseres på [www.helsenorge.no](http://www.helsenorge.no). Det varierer hvor ofte hver enkelt indikator publiseres. Denne styresaken omhandler indikatorer publisert 3.mai 2016.

72 nasjonale kvalitetsindikatorer ble publisert 3.mai 2016 og totalt er det nå 114 nasjonale kvalitetsindikatorer. Nyheter ved denne publiseringen var:

- 11 nye indikatorer (tid for pakkeforløp kreft og en for svartid medisinsk nødnummer 113)
- 4 reviderte indikatorer (tre for brudd på vurderingstid henvisninger og en på tid fra 113 til ambulanse på hendelsesstedet)
- 4 indikatorer faset ut (andel oppdaterte ventetider på fritt sykehusvalg, vil erstattes av nye indikatorer høst 2016)

På [www.helsenorge.no/kvalitetsindikatorer](http://www.helsenorge.no/kvalitetsindikatorer) finnes både oversikt over definisjoner av indikatorene og resultatene.

Ytterligere publikasjoner i år er planlagt 30. juni, 25. august og 24. november.

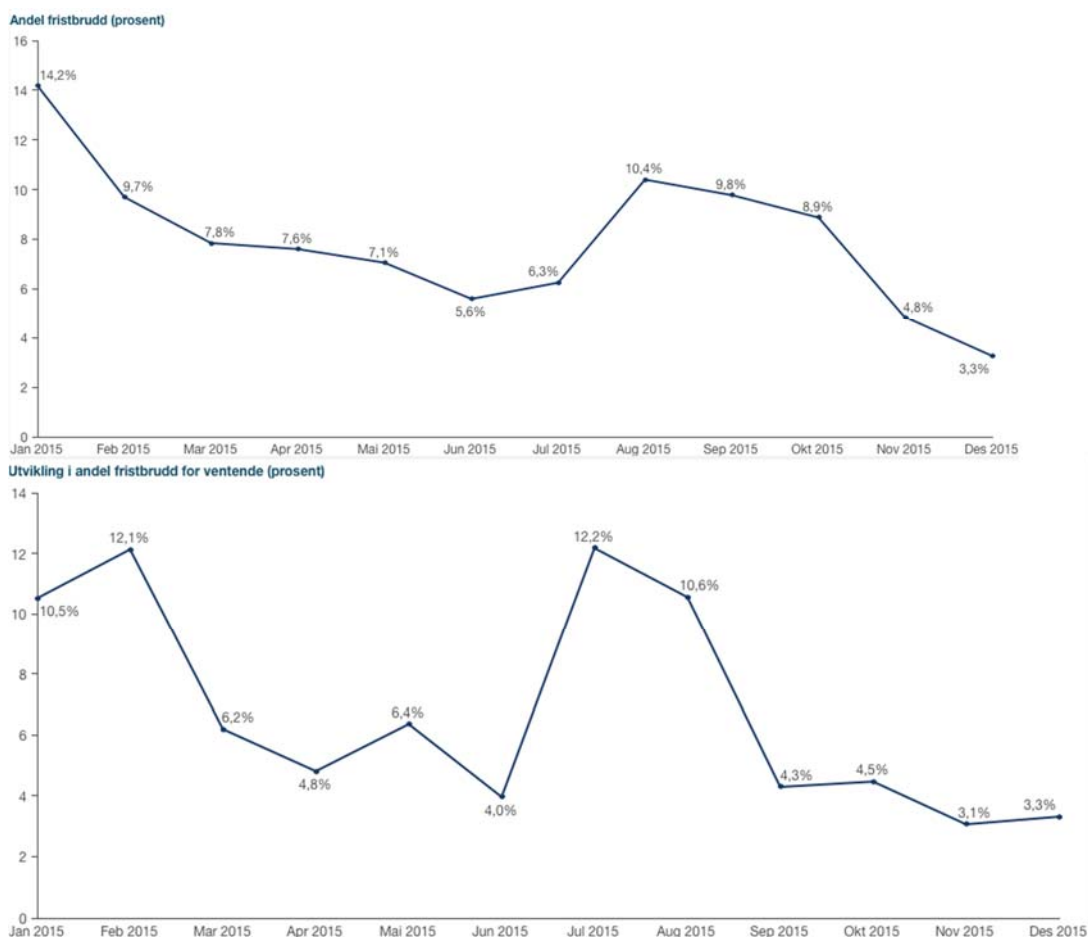
## Resultater for Nordlandssykehuset HF

Alle resultatene er tilgjengelig på [www.helsenorge.no/kvalitetsindikatorer](http://www.helsenorge.no/kvalitetsindikatorer) og de fleste er omtalt i vedlagte presentasjon. De publiserte indikatorene er gruppert og kommentert nedenfor.

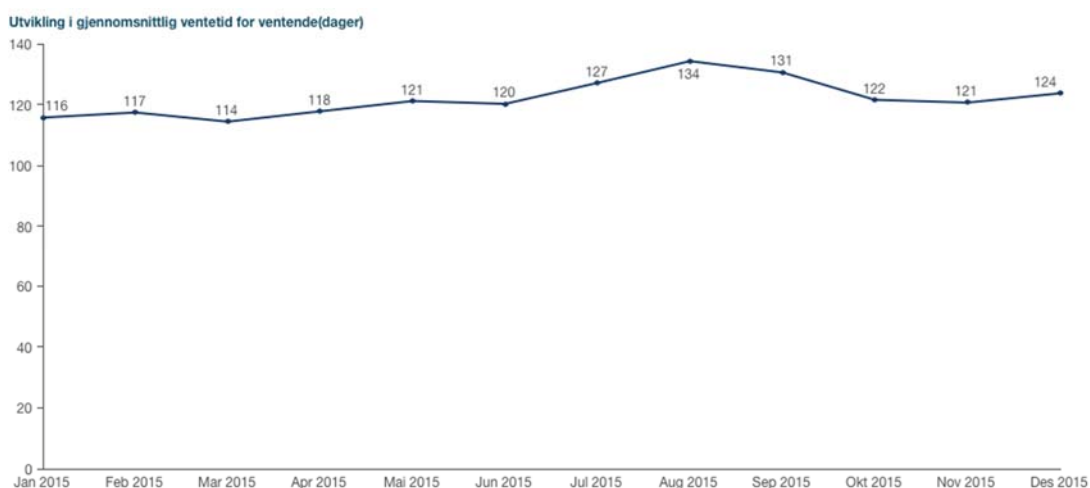
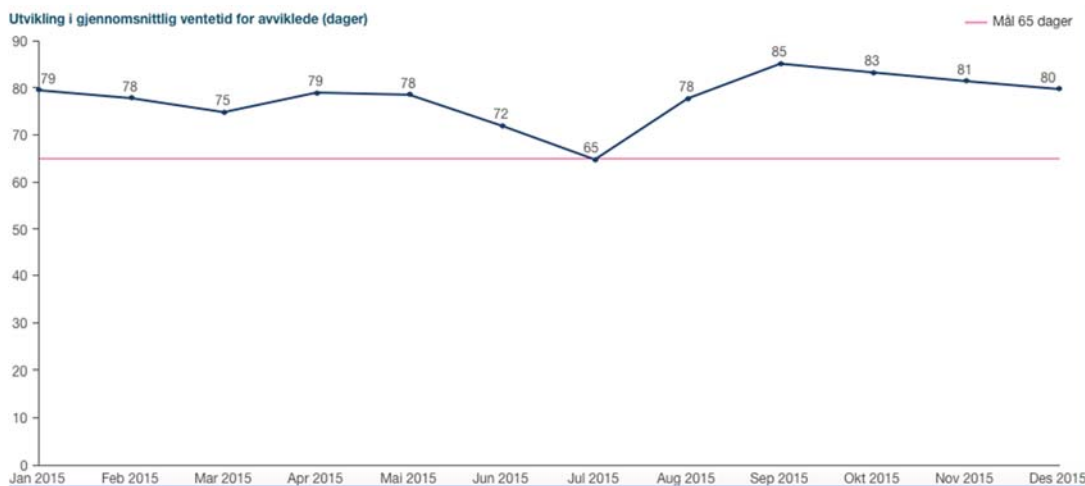
Det er for flere av indikatorene knyttet utfordringer til innrapportering av grunnlagsdata. For enkelte områder er disse utfordringene så store at indikatorene ved denne publiseringen er svært misvisende, mens for andre indikatorene er dataene omtrent i rett område. For de fleste indikatorene er det imidlertid samsvar mellom innrapporterte tall og reelle tall. Noen av indikatorene er regionale. Flere av indikatorene inneholder få pasienter per tertial, og her bør resultatene vurderes for ett helt år for å ta hensyn til tilfeldig variasjon.

### Fristbrudd og ventetid:

Disse indikatorene presenteres og kommenteres fortløpende i driftsrapportene. Fristbrudd og ventetider følges opp via foretakets virksomhetsportal. Det sendes egen fil til Norsk pasientregister første virkedag i ny måned med ventelistedata fra forutgående måned og data publiseres hos Helsedirektoratet på <https://helsedirektoratet.no/Sider/Styringsdata-for-RHF.aspx>. Foretaket har en høy andel fristbrudd, men hadde en positiv utvikling i løpet av 2015.



I 2015 hadde foretaket størst fokus på fristbrudd, og dette ble fulgt opp tett i ledelseslinjen. Foretaket er nå i gang med tilsvarende tett oppfølging av langtidsventende via ledelseslinjen. Vi forventer å se resultatene av dette første halvdel av 2016, men vil sannsynligvis ikke nå styringskravet om gjennomsnittlig ventetid for avviklede < 65 dager før overgangen 2016/ 2017. For psykisk helsevern voksne og psykisk helsevern barn og ungdom har ventetiden i 2015 vært lavere enn styringskravet.



### NOIS-POSI:

NOIS-POSI registrerer andel pasienter med oppfølging av infeksjonsstatus 30 dager etter operasjon for utvalgte operasjoner og andel postoperative infeksjoner for tilsvarende utvalg av operasjoner. De publiserte data er fra 2.tertial 2015.

Data fra Nordlandssykehuset Bodø og Vesterålen ble levert etter frist, og på grunn av intern misforståelse hos Folkehelseinstituttet er ikke disse publisert ennå. De data som ble publisert 03.05.16 gjaldt bare Lofoten, men vi har fått oversendt data fra Folkehelseinstituttet og de presenteres i tabellen nedenfor. I andre tertial var det totalt tre infeksjoner av dyp/organ/hulrom type; en etter keisersnitt, en etter hemiprotese, en etter colecystektomi. Vi vurderer disse dataene hvert tertial, men pga lave tall er det viktig å se året samlet. Vi vil komme tilbake med en egen orienteringssak til styret når rapporten for 2015 foreligger.

Oppdragsdokumentet setter krav om 95% oppfølging av infeksjonsstatus for alle inngrep som omfattes av NOIS-POSI registreringen.

	Andel oppfølging infeksjonsstatus		Andel dype og organ/hulrom infeksjoner	
	Andel NLSH	Andel nasjonalt	Andel NLSH	Andel nasjonalt
<b>Hemiprotese</b>	94,1%	91,9%	2,9%	2%
<b>Totalprotese</b>	97,6%	98,1%	0%	0,9%
<b>Keisersnitt</b>	96,1%	88,1%	1,3%	0,7%
<b>Kolecystektomi</b>	94,9%	90,8%	2,6%	1,3%

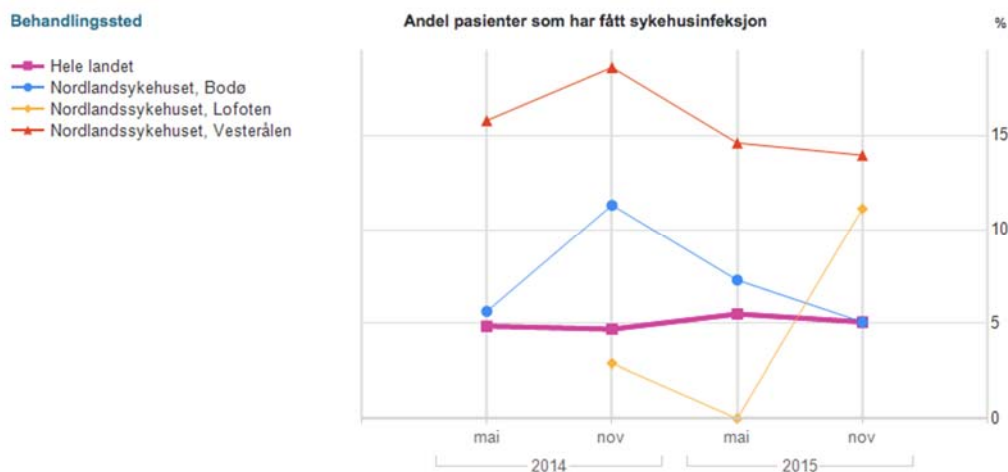
## NOIS-PIAH:

Rapporteres obligatorisk to ganger pr år og inntil to ganger frivillig pr år. Denne kvalitetsindikatoren måler andel sykehusinfeksjoner blant innlagte pasienter på et gitt tidspunkt, og sier indirekte noe om hvor sannsynlig det er at du som pasient skal få en sykehusinfeksjon hvis du bli innlagt på sykehus. Indikatoren skiller mellom ulike typer sykehusinfeksjoner, og om infeksjonen har oppstått på eget sykehus eller annet sykehus.

Det er store svingninger mellom målinger på ulike tidspunkt hos oss, så hva som er vårt reelle nivå er vanskelig å dra ut av undersøkelsene. Det er pålegg om å rapportere data fra prevalensundersøkelsen to ganger årlig, men foretaket har fra 2016 besluttet å gjennomføre denne fire ganger årlig for å få et bedre datagrunnlag for egne sykehusinfeksjoner.

For hele landet er andelen sykehusinfeksjoner relativt stabil rundt 5 %. Nordlandssykehuset har for de tre siste målingene ligget over landsgjennomsnittet for både andel sykehusinfeksjoner totalt og for andel sykehusinfeksjoner oppstått på eget sykehus.

For målingen 4.november 2015 var totale andelen sykehusinfeksjoner i foretaket 7,2 % (landsgjennomsnitt 5,1%) og andelen egne sykehusinfeksjoner 4,3 % (landsgjennomsnitt 3,5%). Vi ser variasjon mellom Lofoten, Vesterålen og Bodø som vi vil fortsette å jobbe med.



## Vurderingstid henvisninger og brudd på vurderingsgaranti

I november 2015 kom det to endringer som har fått betydning for utvikling av denne indikatoren i Nordlandssykehuset. Det kom krav om at henvisninger skulle vurderes innen 10 dager (tidligere 30 dager). Videre gjennomførte Nordlandssykehuset HOS trinn II (sammenslåing av DIPS ved alle sykehusene i foretaket til en felles journal) som samtidig medførte endring i rutiner og arbeidsflyt for henvisninger.

Vi ser at det ikke er samsvar mellom foretakets rapporter i DIPS på vurderingstid og vurderingstiden som publiseres på Helsedirektoratet.

Manglende samsvar kan ha to årsaker:

- for viderehenviste pasienter fra andre helseforetak teller NPR vurderingstiden fra opprinnelig ansiennitetsdato til dato henvisningen er vurdert hos oss
- røntgenrekvisisjoner opprettet i DIPS medfører opprettelse av en henvisningsperiode uten at riktige datoer knyttet til henvisningsperioden kommer inn.

Arbeid med avklaring av årsak til manglende samsvar mellom DIPS rapporter og NPR data samt oppfølging av arbeidsflyt for henvisninger vil fortsette utover 2016.

Det vises til fortløpende rapportering i driftsrapporten på gjennomsnittlig vurderingstid.

### **Andel epikriser sendt innen 7 dager**

Denne indikatoren rapporteres i månedlige driftsrapporter, og det vises til fortløpende redegjørelse der.

### **Psykisk helsevern for voksne**

Andel tvangsinnleggelse i 3.tertial 2015 var 13,7 % og dette er lavere enn både landsgjennomsnittet på 18,1 % og UNN på 18,8 %. Andelen for hele 2015 for foretaket var 14,4 %.

Foretaket jobber for å ha gode rutiner/prosedyrer og har utviklet en god handlingsplan. Vi tror at nivået for 2015 er omtrent der foretaket bør ligge, og har pr nå ikke satt mål om ytterligere reduksjon.

Registrering av individuell plan for pasienter med schizofreni har vært mangelfull pga manglende kunnskap i klinikken til hvordan denne registreringen skulle foregå.

Andel med spesifisert hoveddiagnose i 2015 ligger på 92,8 %, som er lett økt fra forutgående år, men under landsgjennomsnittet. Klinikken er ikke fornøyd med å ligge under landsgjennomsnittet og jobber kontinuerlig med å forbedre dette området.

### **Tverrfaglig spesialisert rusbehandling**

Vi finner ikke publiserte data for andel epikriser innen TSB for Nordlandssykehuset ved denne publiseringen, men egne rapporter fra DIPS viser at andel epikriser sendt innen 7 dager er omtrent på landsgjennomsnittet. Foretaket er ikke fornøyd med dette. Årsaken til at andelen ligger for lavt er at klinikken kun har hatt 1 av 3 spesialister i arbeid i 2015 Registrert hoveddiagnose TSB er falt fra 95,2 til 73,3 av samme årsak.

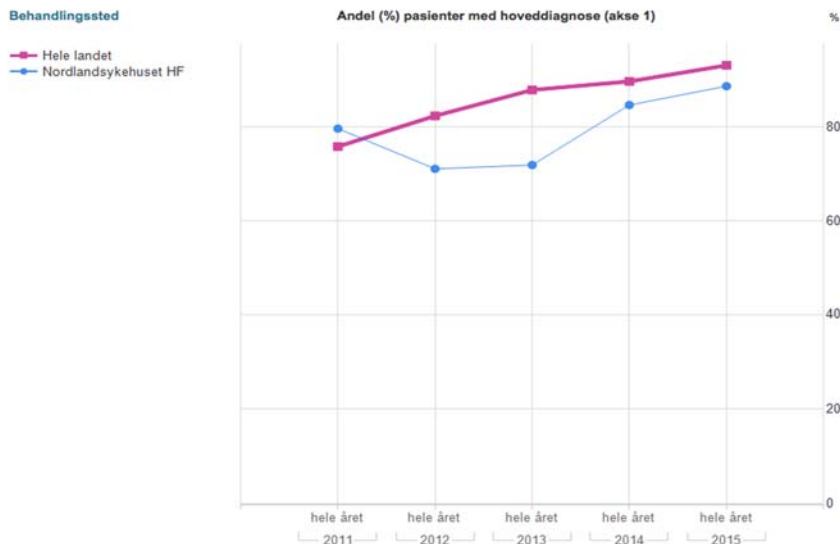
I 2016 er antall spesialister økt til 1,5.

### **Psykisk helsevern for barn og ungdom**

Andelen registrert hoveddiagnose har hatt en økning de siste to år på 15,4 %. Dette er på samme nivå som i foretaksgruppen men ca 5 % under landsgjennomsnittet. Foretaket er fornøyd med den fine økningen og arbeider med å få denne andelen økt ytterligere.

Fristbrudd i B/U-psykiatrien er fallende og andelen har de siste årene variert mellom 10 og 2 prosent. For tiden er andelen mellom 0 og 2 prosent. Sett i lys av at andelen i 2011 var ca 40 % i foretaket og i foretaksgruppen, er det nedlagt en formidabel jobb med å redusere fristbrudd i BUPA.

Gjennomsnittlig ventetid er under 50 dager og BUPA i NLSH ligger godt under landsgjennomsnittet og også under snittet i foretaksgruppen.



### Tabell amputasjoner diabetes

Indikatoren skiller bare mellom pasienter tilhørende de fire helseregionene. For Helse Nord var det 2,2 amputasjoner pr 1000 diabetespasienter. Snittet for hele landet var 2,4 amputasjoner pr 1000 diabetespasienter og Helse Nord ligger lavest i landet.

### Andel keisersnitt og andel akutte keisersnitt

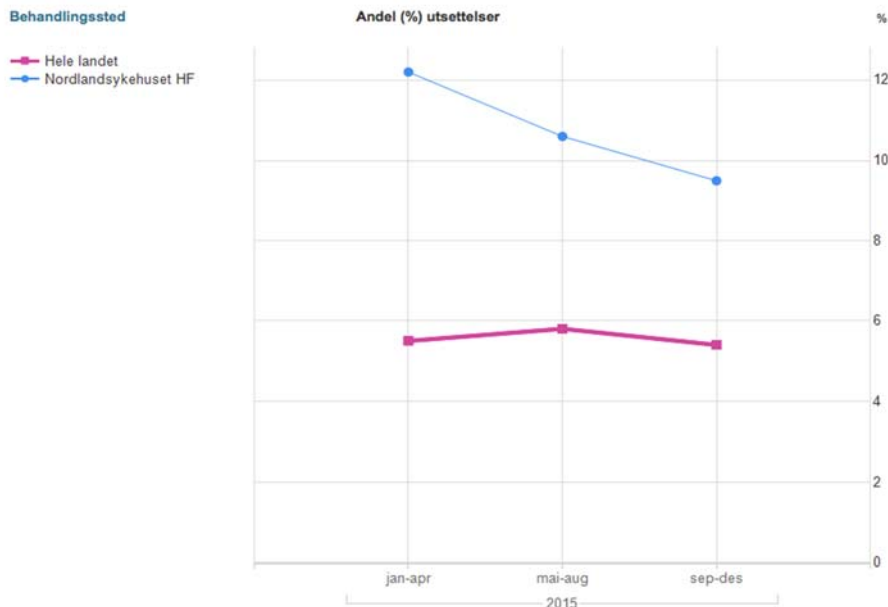
Nordlandssykehuset hadde landets høyeste andel akutte keisersnitt i siste tertial 2015. Disse dataene er gjennomgått med klinikken. Vi har ikke funnet noen særskilt årsak til dette og mener den høye andelen skyldes tilfeldig variasjon gjennom året. For hele 2015 ligger foretaket på landsgjennomsnitt, og første tertial 2016 ligger på nivå med året 2015. Nordlandssykehuset Bodø ligger betydelig under landsgjennomsnitt i 2015, mens Vesterålen ligger langt over. Det er iverksatt forbedringsprosjekt for Vesterålen med oppstart i mars 2016. For flere kvalitetsindikatorer, inklusive denne, er det viktig å se året under ett.

### Individuell plan barnehabilitering

Barnehabiliteringen veileder kommunene med utarbeidelse av individuell plan ved behov. Det gis tilbakemelding til kommunen hvis vi mener barnet skal ha IP. Vi spør også alle som er inne på habiliteringen om de har individuell plan. For å registrere pasienter med individuell plan må det i DIPS angis hvem som har ansvaret for planen, og dette må hentes opp via rekvirentregisteret. Dette har medført at barnehabiliteringen har hatt denne oversikten i «papir-perm» og kun fått registrert ett fåtall i DIPS. Vi har nå fått avklart med NPR at det ikke er krav om registrering av ansvarlig person og vil derfor i DIPS registrere aktuell kommune der dette er et kommunalt ansvar.

### Andel utsatte operasjoner

Andel utsatte operasjoner er for høyt, men vi ser en lett fallende trend gjennom 2015. Dette er et fokusområde som foretaket har under oppfølging, bl.a gjennom revitalisering av moderniseringsprosjektet (se NLSH styresak 33-2015). Det vises for øvrig til rapportering i de månedlige driftsrapportene.



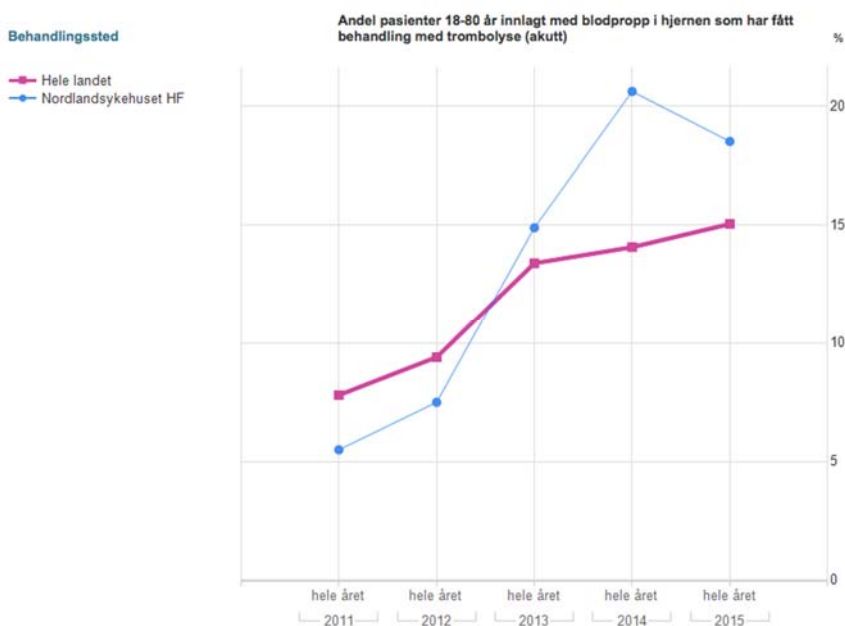
### Trombolysse ved hjerneslag, pasienter 18-80 år

Pasienter med hjerneslag og indikasjon for trombolysse kan få denne behandlingen på sykehus både i Lofoten, Vesterålen og Bodø. Det er en forskjell mellom lokalisasjonene når det gjelder andel pasienter som får trombolysse, og andelen er lavest i Lofoten.

Indikatoren teller bare andel trombolysse for pasienter mellom 18-80 år, men denne behandlingen gis også til pasienter over 80 år. I Bodø var det i 2015 totalt 36 trombolyssebehandlingene ved hjerneslag, hvorav 14 for pasienter >80 år.

Sommeren 2015 ble ”slagalarm” etablert også i Lofoten og vi forventer det vil bidra til å øke andelen der. Siden antallet pasienter aktuell for trombolysse er lavt vil det for denne indikatoren være mest fornuftig å se hele 2015 under ett.

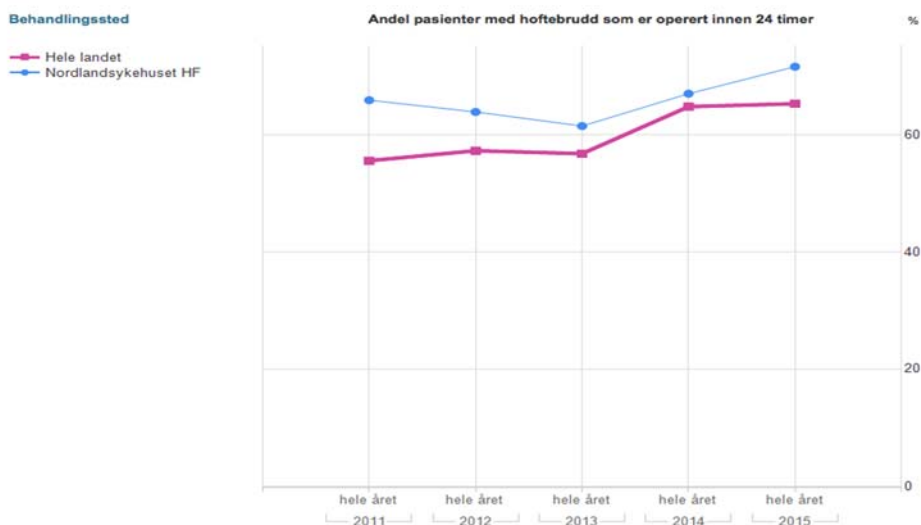
Andel nasjonalt ligger på 15,1 %. Nordlandssykehuset HF samlet har en andel på 18,5%, hvorav Lofoten 3,2 %, Vesterålen 31,0 % og Bodø 19,6 %.





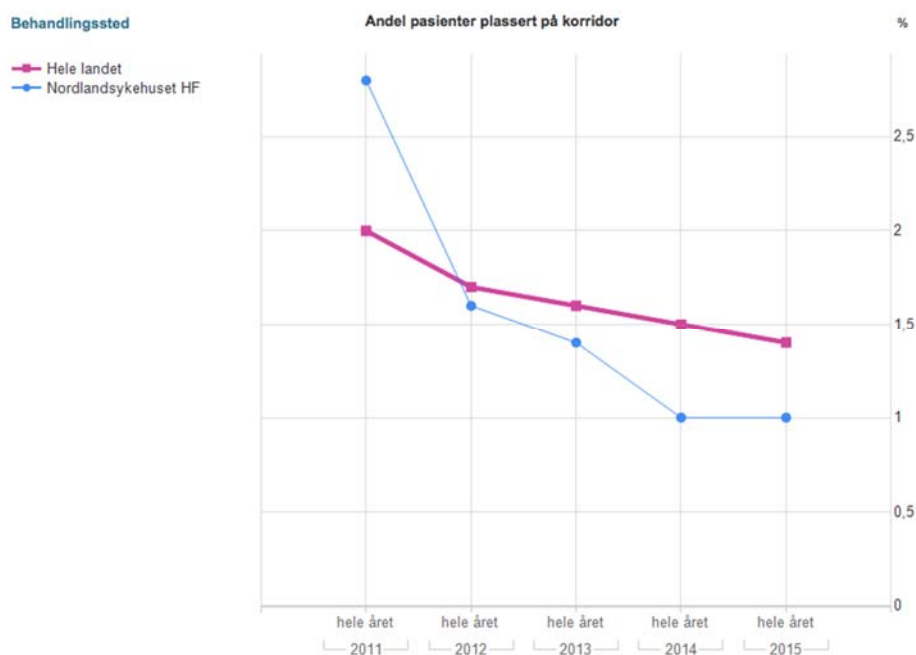
## Hoftebrudd, andel operert innen 24 timer

Foretaket har høyere andel operert innen 24 timer enn landsgjennomsnittet, men med variasjon internt mellom lokalisasjonene. Vi er usikre hvordan overflytning til annet sykehus for operasjon påvirker tallene, og dette er en av pasientgruppene vi skal se nærmere på i forbindelse med arbeidet med Nasjonal helse- og sykehusplan.



## Korridorpasienter

Andel pasienter på korridor er lavere enn det nasjonale snittet, men vi er likevel ikke fornøyd med dagens nivå. Dette rapporteres fortløpende i driftsrapport og viser til denne. Den forestående renovering av A/B fløya i Bodø vil innebære reduksjon i sengetall, noe som medfører risiko for økning i andel korridorpasienter. Når A/B fløya er ferdig renoverert vil det totale sengetallet i Bodø kunne økes i forhold til dagens nivå.



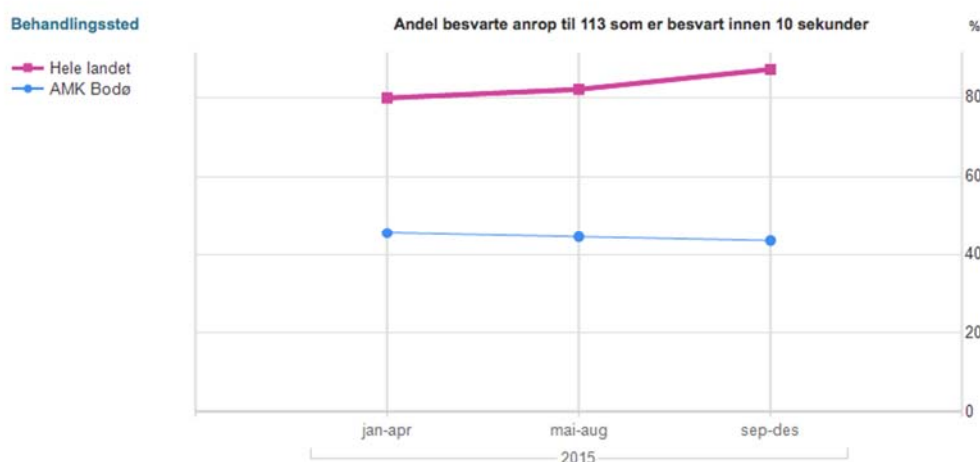
## Svartid 113

AMK sentralen i Bodø har lavest andel besvarte anrop innen 10 sekunder av alle landets AMK sentraler. Når det gjelder anrop som fortsatt ikke var besvart innen 20 sekunder var AMK sentralen i Bodø 6. dårligste i landet. Dette betyr at foretaket har et relativt stort antall anrop som besvares mellom 10-20 sekunder.

Svartid 113 er en ny indikator, og foretaket fikk i april 2016 egne data til gjennomsyn i forbindelse med at Helsedirektoratet arbeidet med denne. Foretakets andel lå da på 81 % besvarte anrop innen 10 sekunder, men det viser seg i ettertid at uttrekket som ble oversendt fra Helsedirektoratet var mangelfullt.

Det gjennomføres to endringer ved foretakets AMK nå i mai. AMK sentralen flytter til nye lokaler samlokalisert med brann og politi, parallelt med at innfasing av digitalt nasjonalt nødnett ferdigstilles. Ved etablering av nødnett får foretaket mulighet til å hente ut egne tall, noe vi hittil ikke har hatt mulighet til.

Foretaket er svært positive til opprettelse av denne kvalitetsindikatoren, og fagmiljøet ser fram til målrettet arbeid for bedring av denne.



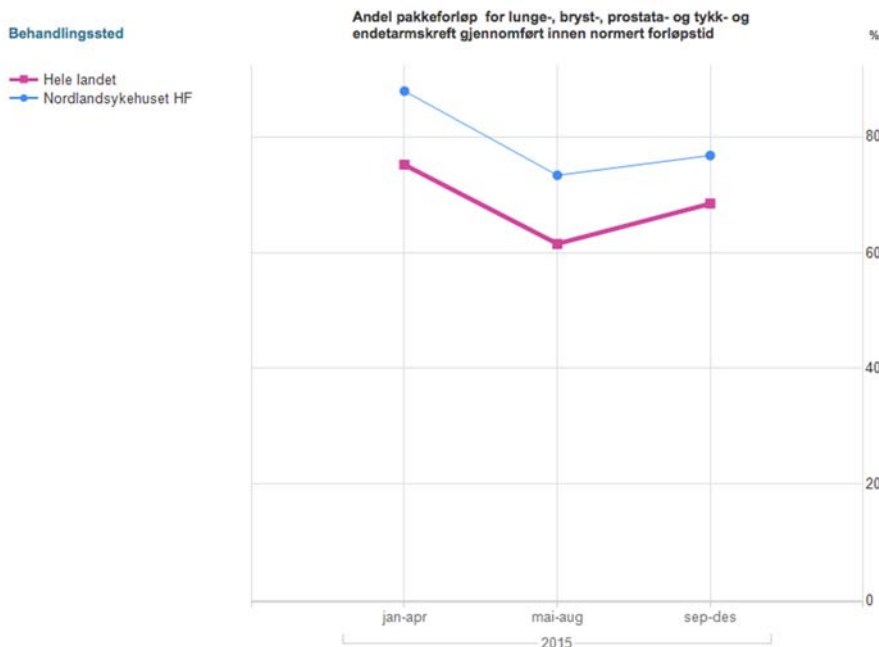
## Tid til ambulanse på hendelsessted

Foretakets rapportering i forhold til denne indikatoren må kvalitetssikres fremover med NPR. Det er avdekket at det mangler data fra foretaket i tabellene fra Helsedirektoratet, slik at publiserte data ikke stemmer med foretakets egne data.

## Pakkeforløp kreft

Foretaket ligger over landsgjennomsnittet og høyest i nord på andel kreftpasienter med oppstart behandling (kirurgisk, medisinsk eller stråle) innen standard forløpstid for de kreftforløpene som ble implementert 01.01.15.

For andel kreftpasienter registrert inn i pakkeforløp har vi et forbedringspotensial. I 2015 var kun 68 % av nye kreftpasienter inkludert i pakkeforløp (styringskrav >70%). I løpet av våren vil det bli gjennomført opplæring av forløpsansvarlige sekretærer og forløpskoordinatorer i bruk av virksomhetsportalen i forhold til pakkeforløp kreft.



### 5 års overlevelse prostata, lunge, tykktarm, endetarm, bryst

Nasjonalt er det en positiv utvikling i overlevelse etter en kreftdiagnose, men vi har foreløpig lite kunnskap om hva som forklarer utviklingen. Noen årsaker kan være bedret diagnostikk og behandling, økt sentralisering av kreftkirurgi og screening for kreft. Utviklingen kan ha sammenheng med økt kvalitet i behandlingen.

Overlevelse er her målt i fem års relativ overlevelse. Det vi si sannsynligheten for at en kreftpasient overlever minst fem år fra diagnose hvis man ser bort fra andre dødsårsaker. For å se på utviklingen sammenlignes to femårsperioder. Forskjellene i overlevelsestall mellom de fire helseregionene er relativt små og det er ingen signifikante forskjeller mellom regionene for prostatakreft, lungekreft, tykktarmskreft kvinner, endetarmskreft eller brystkreft i den siste femårsperioden.

For tykktarmskreft hos menn er det signifikant forskjell på overlevelse mellom helseregionene, med høyest sannsynlighet i Helse Vest og lavest i Helse Sør-Øst.

### Oversikt over 5 års overlevelse Helse Nord og nasjonalt, data for 2014

	Helse Nord	Hele landet
<b>Prostata</b>	91%	90,7%
<b>Lungekreft, kvinner</b>	16,6%	19,5%
<b>Lungekreft, menn</b>	12,4%	13,9%
<b>Tykktarmskreft, kvinner</b>	64,8%	64,7%
<b>Tykktarmskreft, menn</b>	57,3%	61,1%
<b>Endetarmskreft, kvinner</b>	73,3%	67,6%
<b>Endetarmskreft, menn</b>	70,5%	67,7%
<b>Brystkreft</b>	88,3%	88,3%