

Saksframlegg til

Styret for Sykehuset i Vestfold HF

Møtedato: 16.12.2024

Saksnr: 94/2024

Sakstype: Beslutning

Saksid: 24/00026-129

Saksbehandler: Christian Reissig

## **Nasjonalt kvalitetsindikatorsett og oppfølging av et mindre utvalg indikatorer for kvalitet og pasientsikkerhet – desember 2024**

Vedlegg: ingen

### **Hensikten med saken:**

Nasjonalt kvalitetsindikatorsystem er oppdatert og saken oppsummerer resultater på et utvalg av indikatorene.

### **Forslag til vedtak:**

1. Saken tas til orientering.
2. Administrerende direktør bes om å benytte enkelte av kvalitetsindikatorene til å identifisere områder for kvalitetsforbedringer, som styret får fremlagt i senere saker.

Tønsberg, 10. desember 2024

Øyvind Bakke  
administrerende direktør

### Faktagrunnlag:

I oppdrag og bestilling for Sykehuset i Vestfold HF 2024 heter det blant annet at «Styret og ledelsen i Sykehuset i Vestfold HF har ansvar for å følge med på Helsedirektoratets kvalitetsindikatorer og eventuelt iverksette tiltak for å bedre kvaliteten i tjenestene».

I styremøte 30. oktober 2024 behandlet styret sak 67/24 Rapportering september 2024. Denne saken er oppfølging av vedtakets andre punkt der det heter:

- Styret ba om en gjennomgang av resultater på kvalitetsindikatorer i neste styremøte

#### *Kilde til kvalitets- og pasientsikkerhetsinformasjon*

Det er i alle hovedsak fire ulike kilder til informasjon om kvalitets og pasientsikkerhet. Dette er Nasjonale kvalitetsregistre, Nasjonalt kvalitetsindikatorsett (NKI-systemet) og lokale kvalitetsregistre, samt virksomhetsdata.

#### *Nasjonalt kvalitetsindikatorsystem*

Helsedirektoratet har siden 2012 hatt et lovpålagt ansvar for å utvikle, formidle og vedlikeholde nasjonale kvalitetsindikatorer for helse- og omsorgstjenesten. Ansvar er hjemlet i helse- og omsorgstjenesteloven §12-5 og spesialisthelsetjenesteloven §7-3.

En kvalitetsindikator er et indirekte mål, en pekepinn, som sier noe om kvaliteten på det området som måles. De nasjonale kvalitetsindikatorene er et sett av slike indirekte mål som skal måle hvorvidt helsetjenesten leverer kvalitet etter definerte kriterier. Det er vanlig å dele inn i tre typer indikatorer:

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

Til sammen skal kvalitetsindikatorene si noe om den samlede kvaliteten innen utvalgte områder av helse- og omsorgstjenesten. Helsemyndighetene ønsker at pasienter, pårørende, helsepersonell, ledere og politikere og befolkningen generelt skal få bedre kunnskap om kvaliteten på behandlingen i helsetjenesten. Samtidig er det ikke mulig å gi et objektivt mål på kvalitet. Høy overlevelse, kort ventetid på behandling, få sykehusinfeksjoner og god kommunikasjon mellom sykehusene, pasientens fastlege og helse- og omsorgstjenesten i kommunene er alle forhold som bidrar til den totale kvaliteten på helsetjenesten.

Som ledd i arbeidet med å skape pasientens helsetjeneste er regimet rundt nasjonale kvalitetsindikatorer i endring. Frem til 2015 hadde man 30 indikatorer hvorav 14 var omfattet av tertialvis oppdatering. I dag består Nasjonalt kvalitetsindikatorsystem av 156 indikatorer og antallet indikatorer både utvides og revideres. 39 indikatorer ble oppdatert og publisert 26. september i år, mens 45 indikatorer ble publisert 5. desember i år.

	Totalt antall KI i NKI-systemet 2023	Nye kvalitetsindikatorer – kreft, sept 2024	Publisert september 2024	Publisert desember 2024
Somatisk helse	68	3	31	40
Psykisk helse og rus	34		3	3
Kommunale helse og omsorgstjenester	37			
Antibiotika	6		2	2
Akuttmedisinske tjenester	8			
<b>Sum</b>	<b>153</b>	<b>3</b>	<b>36</b>	<b>45</b>

Enkelte indikatorer oppdateres ofte, mens andre indikatorer, som fem års overlevelse etter utvalgte sykdommer, oppdateres sjelden. Målet fra Helsedirektoratet er månedlige oppdateringer på de indikatorene der dette gir mening.

#### *Resultater fra Nasjonalt kvalitetsindikatorssystem – et utvalg sentrale indikatorer*

I all hovedsak har SiV gode resultater på de publiserte kvalitetsindikatorene:

Offentliggjort	Totalt	Høyere score enn landssnitt	Lavere score enn landssnitt	På landssnitt
I september -24	39	28	7	2
I desember -24	45	32	9	3

*Til sammen tre indikatorer publiseres kun på RHFnivå*

Oppsummerende er det mange gode resultater for SiV, for eksempel andel epikriser skrevet og sendt innen 1 dag etter utskrivning i somatikken (nest best i landet), overholdelse av barne- og ungdomsgarantien, andel startet helsehjelp innen 65 dager (100 %), oppfølging av infeksjonsstatus etter ulike inngrep (gjennomgående høy andel fulgt opp), lave tall på infeksjoner etter inngrep og gode resultater for fødselsomsorgen.

Resultatene viser som ventet en nedgang i andel pasienter i pakkeforløp kreft som har fått start behandling innen normert forløpstid. Til tross for denne nedgangen er andelen fremdeles så vidt høyere enn snittet for landet.

På enkelte områder er det imidlertid ikke gode resultater, som for eksempel operasjoner ved hoftebrudd innenfor definerte tider og forbruk av et utvalg bredspektrede antibiotika. Dette er indikatorer hvor SiV også tidligere har skilt seg ut.

#### *Overlevelse etter sykdom*

En av innvendingene mot kvalitetsindikatorer har tradisjonelt vært at de fleste indikatorene måler noe annet enn hva helsepersonell oppfatter at er kvalitet. De siste årene har man tatt inn flere resultatindikatorer i indikatorsettet, blant annet sannsynligheten for overlevelse innen 30 dager etter innleggelse på sykehus for tilstander som står for 80 % av dødeligheten ved norske sykehus, samt sannsynlighet for fem års overlevelse for ulike kreftgrupper

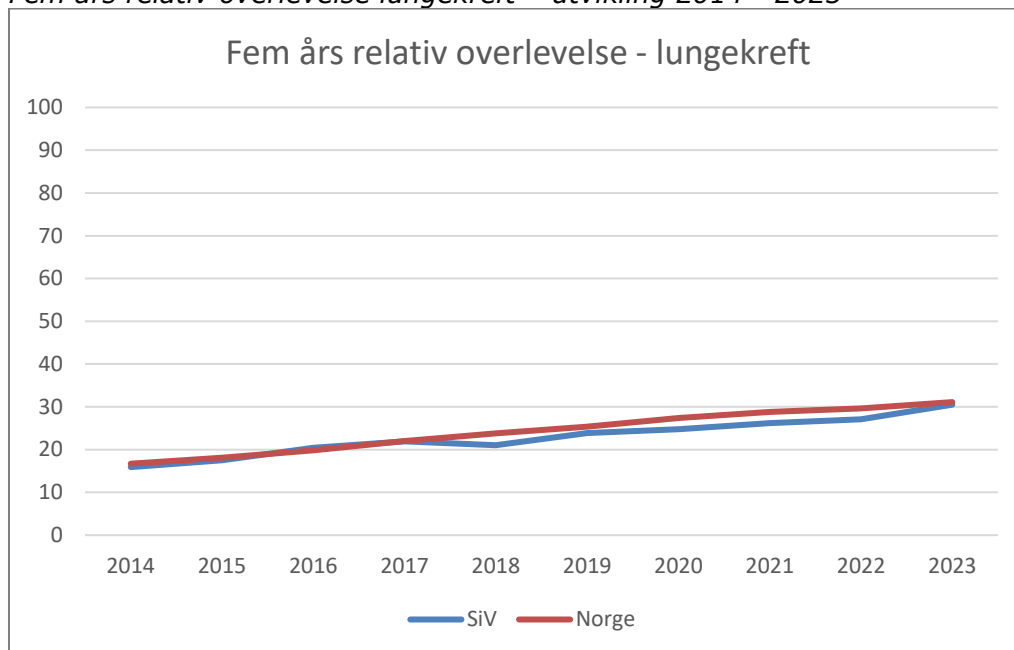
Dersom sykehus over tid har lavere overlevelseshaster enn forventet, bør sykehusene iverksette forbedringstiltak for å øke pasientsikkerheten.

Grafene under viser sannsynlighet for fem års overlevelse for ulike kreftsykdommer ved SiV sammenliknet med snittet i landet.

Helsedirektoratet skriver om tolkningen av resultatene på disse overlevelseshasterne:

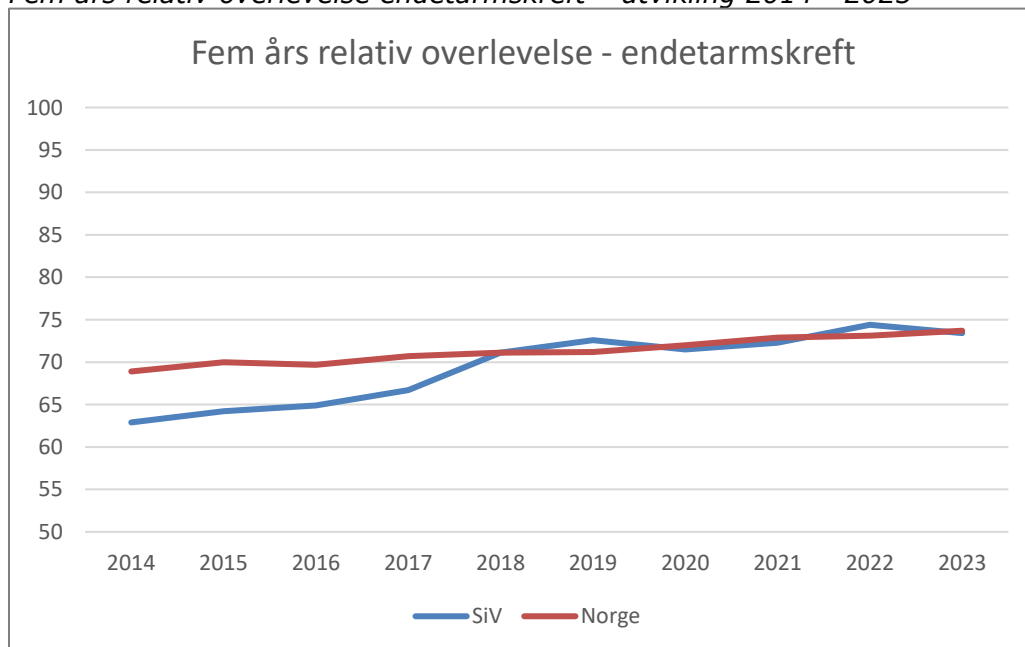
*«Forskjellene kan avhenge av flere faktorer, ikke bare kvaliteten på den medisinske behandlingen. Slike faktorer kan for eksempel være kodepraksis og datakvalitet. Noen sykehus behandler de sykeste pasientene, fordi disse sykehusene har et særskilt medisinsk tilbud og avansert utstyr. Disse sykehusene skilles ikke fra sykehus som har en lokalsykehusfunksjon og som behandler pasienter med mindre alvorlige tilstander. I metoden som benyttes for beregning i dag tas det ikke hensyn til funksjonsfordeling mellom sykehus».*

### Fem års relativ overlevelse lungekreft – utvikling 2014 - 2023



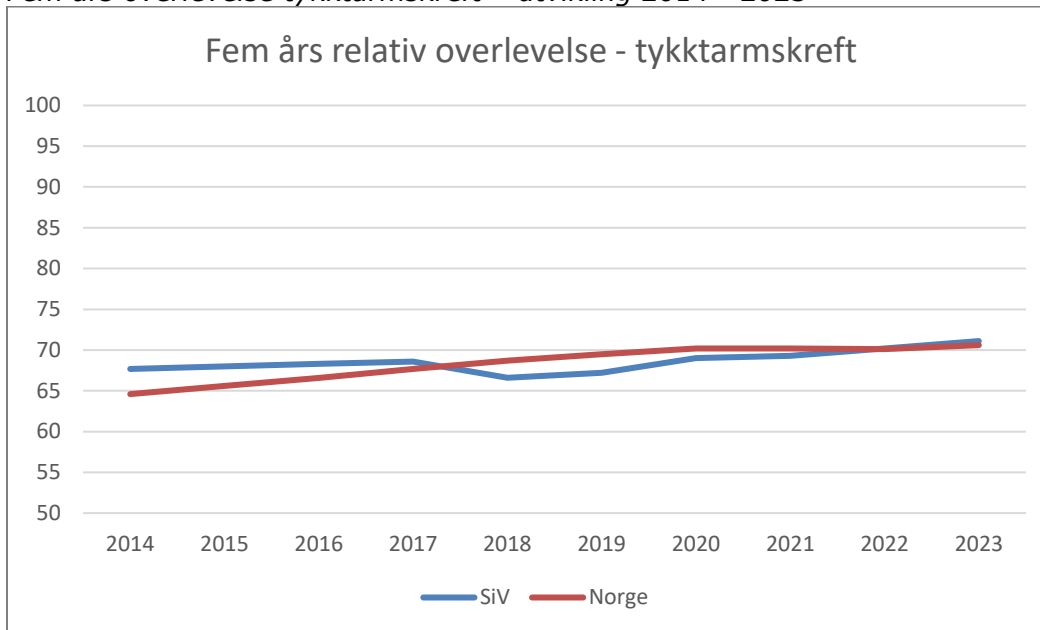
Estimert fem års relativ overlevelse personer som ble diagnostisert med lungekreft i 2014 er var 16,7 prosent. Tilsvarende tall for SiV var 15,9 prosent. Ni år senere er estimert fem års overlevelse henholdsvis 31,1 prosent og 30,5 prosent. Målsettingen for denne indikatoren er over 25 prosent.

### Fem års relativ overlevelse endetarmskreft – utvikling 2014 - 2023



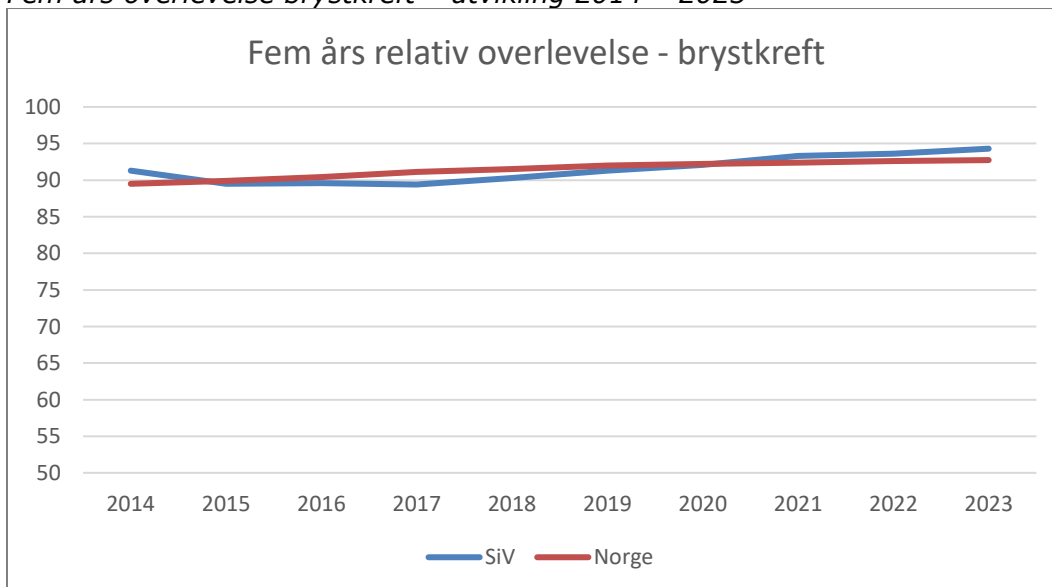
Fem års relativ overlevelse for pasienter som ble diagnostisert for endetarmskreft i 2014 var estimert til 68,1 prosent på landsbasis. Tilsvarende tall for SiV var 62,9 prosent. I 2023 var tallene henholdsvis 73,7 og 73,4 prosent. Målsettingen for indikatoren er 68 prosent.

### Fem års overlevelse tykktarmskreft – utvikling 2014 - 2023



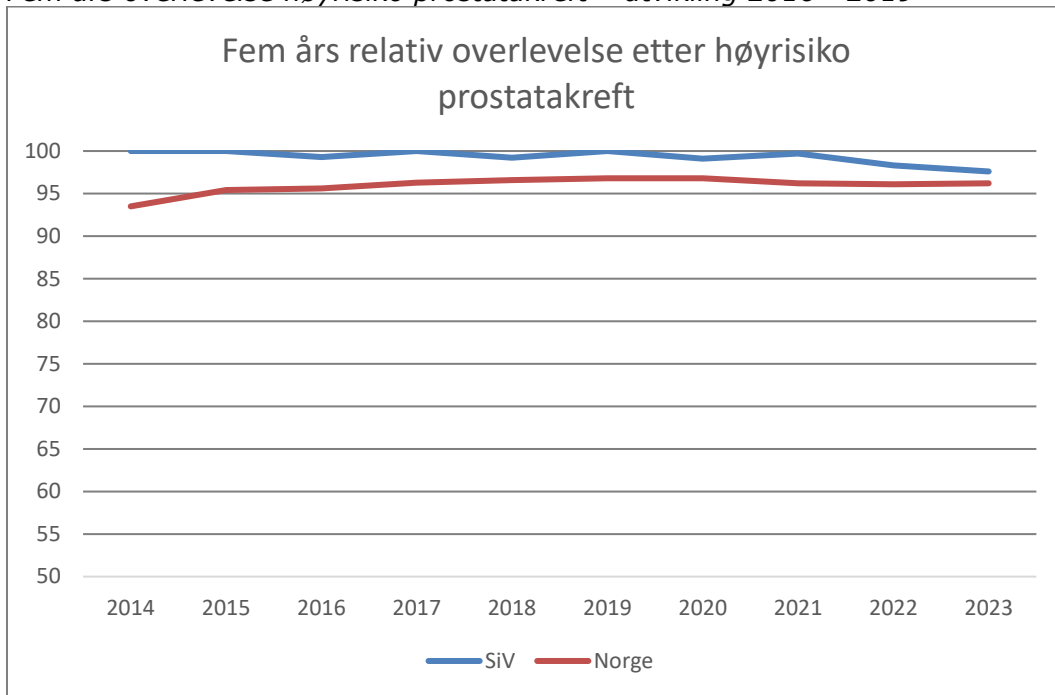
Estimert fem års relativ overlevelse for pasienter som ble diagnostisert med tykktarmskreft i 2014 var 64,6 prosent på landsbasis. Tilsvarende tall for SiV var 67,7 prosent. Ni år senere er tallene henholdsvis 70,6 og 71,1 prosent. Målsettingen for indikatoren er 68 prosent.

### Fem års overlevelse brystkreft – utvikling 2014 – 2023



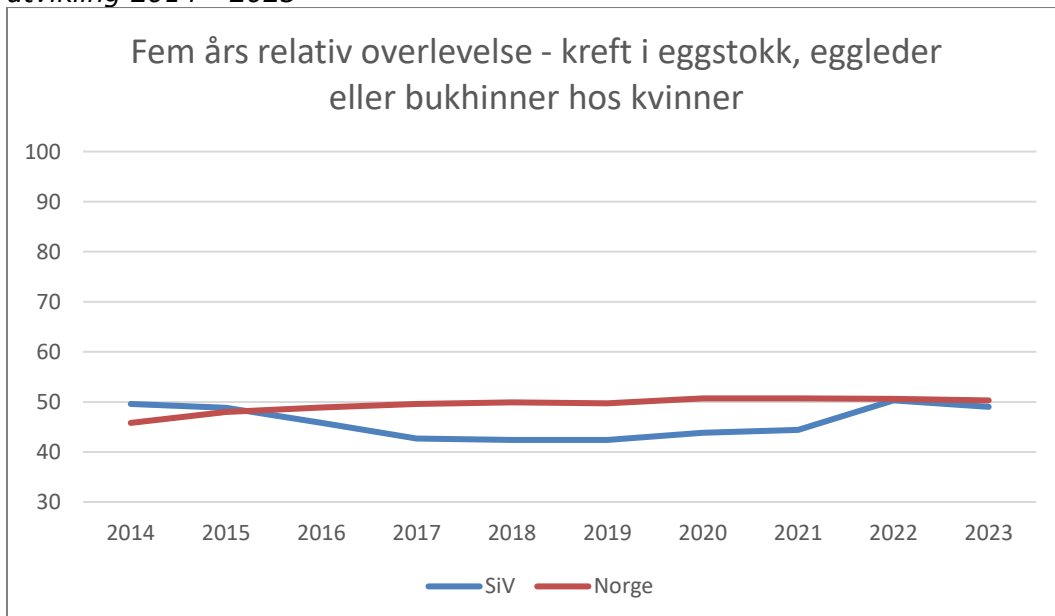
Estimert fem års relativ overlevelse for kvinner som ble diagnostisert for brystkreft i 2014 var 89,5 prosent på landsbasis. For SiV var andelen 91,3 prosent. I 2023 var andelene henholdsvis 92,7 og 94,3 prosent. Målsettingen for indikatoren er 88 %.

*Fem års overlevelse høyrisiko prostatakraft – utvikling 2016 - 2019*



Estimert fem års relativ overlevelse for menn diagnostisert for høyrisiko prostatakraft i 2014 var 93,6 prosent på landsbasis. For SiV var andelen 100 prosent. Ni år senere er andelen henholdsvis 96,2 og 97,6 prosent.

*Fem års relativ overlevelse kreft i eggstokk, eggleder eller bukinner hos kvinner - utvikling 2014 - 2023*



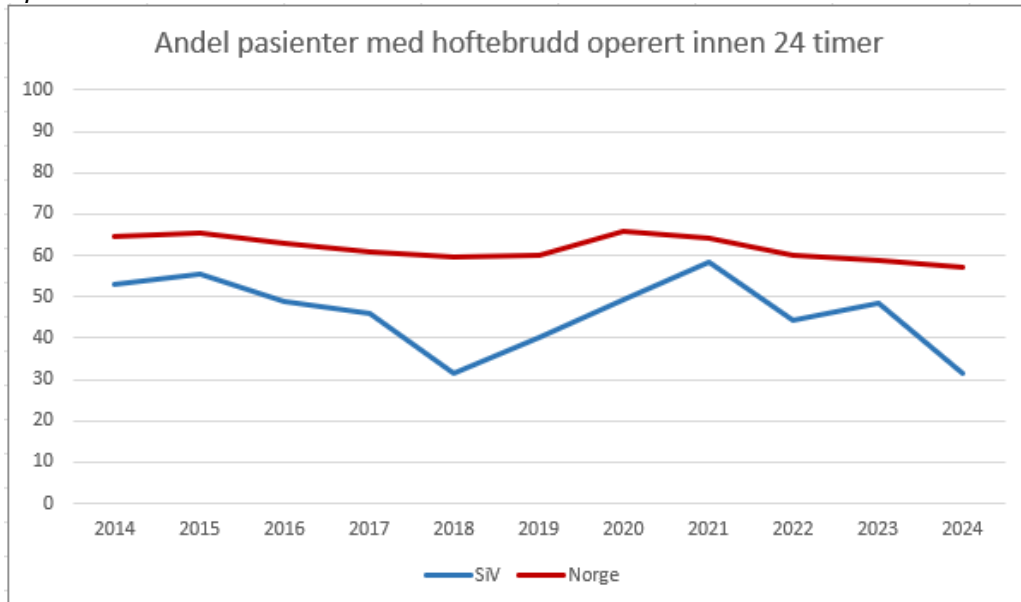
Estimert 5 års relativ overlevelse etter kreft i eggstokk, eggleder eller bukhinne hos kvinne var 45,8 prosent på landsbasis i 2014. For SiV var andelen 49,6 prosent. I 2023 var andelene henholdsvis 50,3 og 49,0 prosent. Målsettingen for indikatoren er 50 % eller høyere sannsynlighet.

### *Hoftebrudd – operert innen henholdsvis 24 og 48 timer*

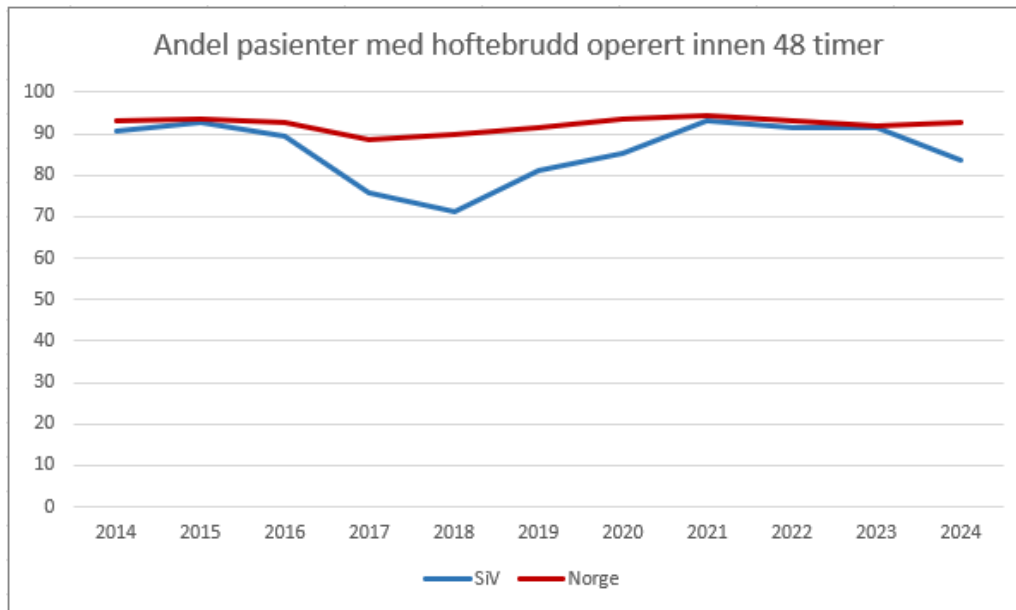
Hoftebrudd forekommer hyppig, særlig hos eldre. Om lag 70 prosent som rammes er kvinner. Hoftebrudd har alvorlige konsekvenser for pasienten med smerter og ubehag, men også i tapt evne til å bevege seg, redusert livslengde, økt behov for hjelp og institusjonsomsorg. I tillegg kommer samfunnsmessige økonomiske konsekvenser knyttet til behandling og omsorg. Hoftebrudd behandles med operasjon, enten i form av nagling eller proteseoperasjon.

Det har lenge vært antatt at det er hensiktsmessig å operere hoftebruddpasienter så raskt som mulig. Nyere studier peker derimot i retning av at det ikke er noen grunn til å forsere inngrepet innen de første 24 timene. Det er argumenter for å bruke tid til å utrede og behandle pasienten. Det vil i enkelte tilfeller være hensiktsmessig å sette av tid til å foreta en legemiddelgjennomgang og forberede pasienten på inngrepet med hensyn til ernæring og væskebalanse. Det er imidlertid indikasjoner som tilsier at en ventetid på over to døgn er uheldig. Denne kvalitetsindikatoren viser derfor andelen pasienter som har blitt operert både innen 24 og 48 timer.

### *Operert innen 24 timer*



### *Operert innen 48 timer*



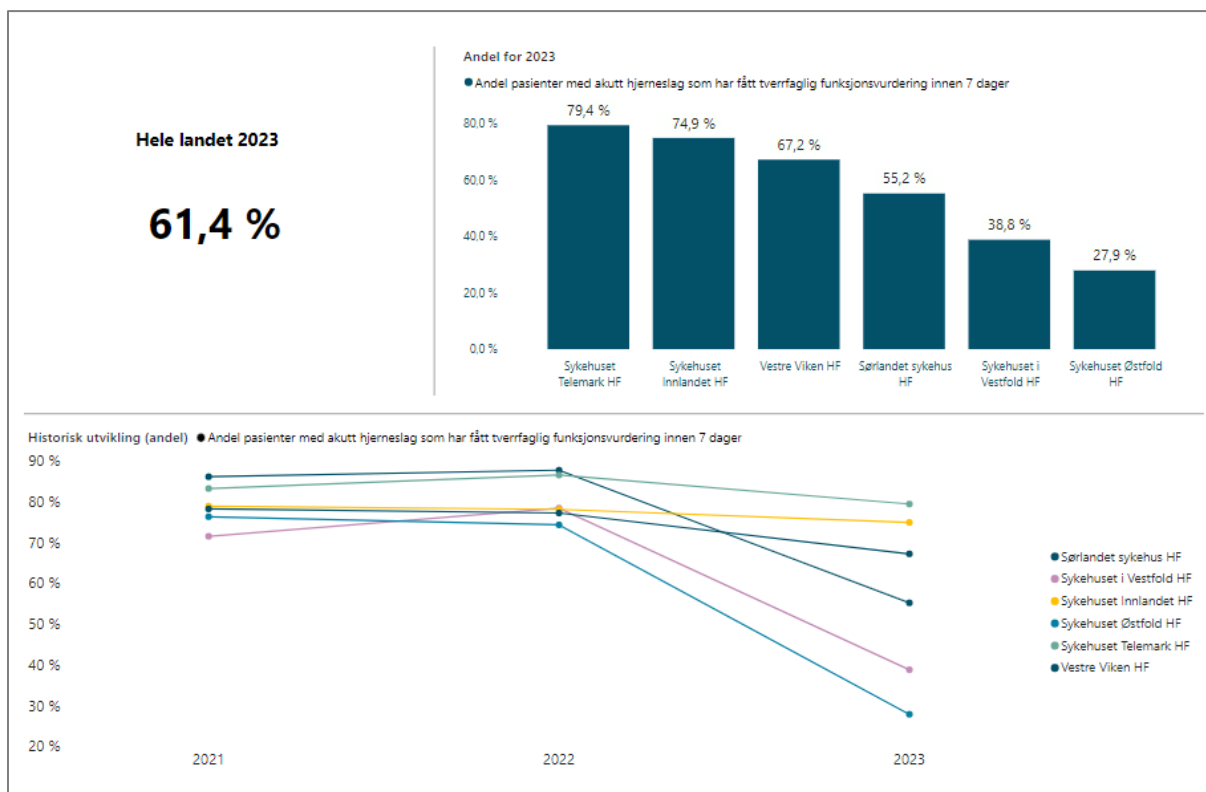
SiV har over år ligget under landsgjennomsnittet på disse to indikatorene, særlig andelen operert innen 24 timer.

*Indikatorene er avhengig av definisjoner og av kodekvalitet.*

Ikke sjelden blir det en diskusjon rundt utvalg og definisjoner i etterkant av publiseringen av kvalitetsindikatorer. Alt for ofte fokuserer man på kode- og registreringskvalitet i en økonomisk kontekst – at koding er noe man primært gjør for å sikre økonomi. Koding er å dokumentere statistisk hvilke tilstander våre pasienter har, og hvilke tiltak vi har gjort. Dette er et arbeid spesialisthelsetjenesten må gjøre uavhengig av hvilken type finansieringsordning man har.

Den kvalitetsindikatoren SiV scorer dårligst på av de nylig publiserte indikatorene, er andel pasienter med akutt hjerneslag som har fått tverrfaglig funksjonsvurdering innen 7 dager:





Nesten alle foretakene i Helse Sør-Øst har en nedgang i andelen med gjennomført tverrfaglig funksjonsvurdering innen 7 dager. Nedgangen skyldes delvis en endring i hva som regnes som godkjent tverrfaglig funksjonsvurdering, og at koding og registrering ikke er komplett. Dette følges opp i tiden fremover.

## Vurdering

Kvalitet og pasientsikkerhet er en selvfølgelig førsteprioritet i helseforetakenes virksomhet. Kvalitetsindikatorer får derfor en stadig mer sentral plass i utviklingen av helsetjenesten. I en hverdag hvor pasientene og deres pårørende i økende grad forventer og forventes å være aktive deltakere i behandlingen av sin sykdom, inngår blant annet muligheten til å velge hvor man skal la seg behandle. Indikatorene utgjør en relativ stor andel av den samlede muligheten til å hente kunnskap om de ulike sykehusene.

Til tross for dette har kvalitetsmålinger i helse- og omsorgssektoren vært, og er, et omstridt tema. Kritikken som reises mot de måleverktøyene som er utviklet er at kvalitetsindikatorerne ikke måler faktisk kvalitet, at de i liten grad måler resultatet av behandlingen. Dette er innvendinger som oftest kommer fra sektoren selv. Samtidig er det god dokumentasjon på at hva fagfolk selv oppfatter som sentrale kvalitetsparametere, ikke nødvendigvis er de samme som pasienten, dens pårørende, befolkningen og politikere opplever som kvalitet.

Innføringen og videreføringen av resultatbasert finansiering, hvor foreløpig en liten andel av helseforetakenes inntekter er gjort avhengig av rapportering og resultater blant annet på et mindre utvalg kvalitetsindikatorer, er en ytterligere indikasjon på kvalitetsindikatorernes stadig mer sentrale rolle i helsetjenesten.