



[ID-nr]	Dype og organ/hulromsinfeksjoner etter utført keisersnitt	
1. Definisjon	Andel pasienter med dype og organ/hulromsinfeksjoner i operasjonsområdet oppstått innen 30 dager etter utført keisersnitt	
2. Sektor	Spesialisthelsetjeneste	
3. Fagområde	Somatisk helse	
4. Type	Resultat	
5. Primær dimensjon av kvalitet (Velg en)	Trygge og sikre	
6. Evt. sekundær dimensjon av kvalitet	Involverer bruker	
7. Fokuseringsområde		
Godkjenning		
8. Godkjent dato først gang	Saksnr i 360 – 13/10392	
9. Godkjent av	Helsedirektoratet	
10. Revisjonshistorikk	1.0 – november 2015 etablert som ny kvalitetsindikator	
Faglig begrunnelse/målsetning		
11. Begrunnelse for valg	Helseinstitusjoner er pålagt å ha en oversikt over helsetjenesteassosierte infeksjoner, inkludert infeksjoner i operasjonsområdet. Infeksjoner i operasjonsområdet medfører betydelig sykkelighet for pasientene og kan redusere helsegevinsten av inngrepet. De medfører også betydelige merkostnader. Det er godt dokumentert at infeksjoner i operasjonsrådet kan forebygges gjennom systematiske tiltak. Overvåking av infeksjoner i operasjonsområdet etter utført keisersnitt er obligatorisk gjennom NOIS-registerforskriften (1) Sykehusene må ha et kontinuerlig fokus på sine infeksjonsdata for bedre pasientsikkerheten og må bruke sine infeksjonsdata i kvalitetsforbedringsarbeid.	
12. Målsetning	Målsetting er å redusere andel dype og organ/hulromsinfeksjoner infeksjoner i operasjonsområdet (etter utført keisersnitt). Sykehusene bør (må) ha et kontinuerlig fokus på sine infeksjonsdata for å bedre pasientsikkerheten. Sykehusene bør (må) bruke sine infeksjonsdata i kvalitetsforbedringsarbeid.	
13. Målgruppe for denne indikatoren (Beskriv formål med denne indikatoren per aktuell målgruppe)	13.1 Politiske aktører	Politiske ledelse skal varsles ved uakseptabel pasientsikkerhet og stor variasjon på helsetjenestene i Norge. Stortinget har initiert program for pasientsikkerhet, for å sette fokus på pasientsikkerhet og system for kvalitetsforbedring i helsesektoren.
	13.2 Ledelse i sektor	Leder i helsesektoren har ansvaret for utøvelse av helsetjenesten. Kunnskap om omfang av infeksjoner i egen virksomhet, kan benyttes til fordeling av ressurser og sette kvalitetsforbedring i system eks. implementering av sjekklister ved trygg kirurgi.
	13.3 Helsepersonell	Helsepersonell har et selvstendig ansvar for å yte forsvarlig helsehjelp. De bør derfor ha tilgang til informasjon om eget resultat, for å gjennomføre lokalt forbedringsarbeid.
	13.4 Innbygger/ pasient/bruker/ pårørende/media	Pasienter, brukere- og pårørende har behov for trygge helsetjenester og være kjent med at pasientsikkerheten er ivarettatt ved operative inngrep. I tillegg ønsker de informasjon om tjenestene for å velge behandlingssted. Offentligheten ønsker å ha innsikt i kvaliteten på helsetjenestene, og se at pasientsikkerheten i helsetjenestene ikke har uønsket variasjon i landet.
14. Begrepsavklaringer	Dype og organ/hulromsinfeksjoner- <ul style="list-style-type: none">• <i>Postoperativ infeksjon i organ/hulrom</i> -infeksjon som oppstår innen 30 dager etter operasjon uten innsetting av implantat, eller innen ett år etter operasjon med innsetting av implantat og infeksjonen synes å være relatert til operasjonen og infeksjonen omfatter andre deler av kroppen (for eksempel organer og hulrom) enn snittet, som ble åpnet eller manipulert under en operasjon og minst ett av de følgende: Purulent sekresjon (gulgrønt sekret) fra et dren lagt inn med separat innstikkssted i organet/hulrommet; Isolering av mikroorganismer ved dyrking av væske eller vev fra organet/hulrommet, i prøve tatt ved aseptisk teknikk (kirurgisk teknikk der man prøver å forhindre infeksjon av et sår ved bare å	

	<p>bringe såret i forbindelse med steriliserte, bakteriefrie (aseptiske) gjenstander); En abscess eller andre tegn på infeksjon som omfatter organet/hulrommet blir påvist ved direkte undersøkelse, under reoperasjon eller ved histopatologisk eller radiologisk undersøkelse; En kirurg eller behandlende lege har stilt diagnosen postoperativ infeksjon i organ/hulrom.</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Dyp postoperativ sårinfeksjon</i> -Infeksjon som oppstår innen 30 dager etter operasjon uten innsetting av implantat, eller innen ett år etter operasjon med innsetting av implantat og infeksjonen synes å være relatert til operasjonen og infeksjonen omfatter dypt bløtvev (for eksempel muskel) omkring snittet og minst ett av de følgende: Purulent sekresjon fra det dype snittet, men ikke fra organ/hulromdelen av operasjonsområdet; Et dypt snitt åpner seg spontant eller åpnes med hensikt av kirurg når pasienten har minst ett av følgende tegn eller symptomer: feber (>38 °C), lokal smerte eller ømhet, med mindre snittet er dyrkingsnegativt; En abscess eller andre tegn på infeksjon som omfatter det dype snittet blir påvist ved direkte undersøkelse, under reoperasjon eller ved histopatologisk eller radiologisk undersøkelse; En kirurg eller behandlende lege har stilt diagnosen dyp postoperativ sårinfeksjon 								
Beregning									
15. Utvalg i fokus (teller)	Antall pasienter med dype og organ/hulromsinfeksjoner oppstått innen 30 dager etter utført keisersnitt (NCMP/ NCSP kode MCA 10)								
16. Sammenligningsgrunnlag (nevner)	Alle pasienter som har hatt keisersnitt (NCMP/ NCSP kode MCA 10) i perioden								
17. Hovedmåltall	Andel pasienter med dype og organ/hulromsinfeksjoner oppstått innen 30 dager etter utført keisersnitt								
18. Andre måltall	Totalt antall pasienter som har hatt keisersnitt i perioden; Andel pasienter de siste to årene med dype og organ/hulromsinfeksjoner oppstått innen 30 dager etter utført keisersnitt								
19. Presiseringer rundt utvalg	For keisersnitt er det kun MCA 10 som overvåkes og ikke andre underkoder.								
20. Manglende rapportering	Det stilles kvalitetskrav til datasett i den nasjonale databasen NOIS. I tillegg til at metoden for datasamling beskrevet i malen fra NOIS benyttes, vil det kreves at minst 80 % av de opererte innen en type inngrep er fulgt opp i 30 dager (ett år) etter operasjonen. Dette gjøres for å unngå seleksjonsskjevhet. Sykehus som ikke tilfredsstill disse kravene, for eksempel de som har lavere oppfølgingsandel enn 80 % på et enkelt inngrep, skal sende inn sine data, men disse vil bli behandlet spesielt. De vil ikke inngå i alle resultater, med mindre analyser tilsier at seleksjonsskjevhet ikke er fremtredende.(3)								
21. Teknisk beregning av indikator	Data leveres og valideres elektronisk til Folkehelseinstituttet via internettbaserte dataverktøy, NOISnett. Indikatoren beregnes av Norsk overvåkingssystem for antibiotikabruk og helsetjenesteassosierte (NOIS) – register.								
22. Nivå for publisering eksternt	Landet, helseregion, helseforetak, sykehus								
23. Standard klassifikasjoner	NCMP/ NCSP kode: De medisinske og kirurgiske prosedyrene utføres av ulike deler av helsetjenesten. Kodeverkene NCMP ("Norsk klassifikasjon av medisinske prosedyrer") og NCSP ("The NOMESCO Classification of Surgical Procedures") er tilpasset hverandre slik at de kan brukes uten forveksling.(5,6) Bedrifts- og foretaksnummer: Bedrifts- og foretaksnummer er benyttet for identifisering av enheter								
Datainnsamling/kilder									
24. Datakilder	Norsk overvåkingssystem for antibiotikabruk og helsetjenesteassosierte (NOIS), Folkehelseinstituttet								
25. Bearbeiding/revisjon av data	Alle pasienter som inngår i overvåkingen skal følges i 30 dager etter operasjon, og det skal registreres om de utvikler en infeksjon i operasjonsområdet. Bakgrunnen for, og gjennomføringen av NOIS-POSI er nærmere beskrevet på nettsiden til NOIS register (4)								
26. Type datakilde og lovhjemmel	NOIS registeret, hjemlet i NOIS-registerforskriften (1)								
27. Hyppighet for innsamling av data hos datakilde	Rapportering til register på individnivå er nødvendig for å kunne nå målene med overvåkingssystemet, både nasjonalt og i europeisk sammenheng. Ved endt overvåkingsperiode skal sykehuset sende overvåkingsdata på individnivå samlet. NOIS-POSI-overvåkingen skal skje kontinuerlig gjennom hele året, og data skal leveres elektronisk til Folkehelseinstituttet via internettbaserte dataverktøy, Nonett. Overvåkingen er inndelt i tre overvåkingsperioder per år: <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th>Overvåkingsperiode</th> <th>Innleveringsfrist</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. januar - 30. april</td> <td>1. september</td> </tr> <tr> <td>1. mai - 31. august</td> <td>1. desember</td> </tr> <tr> <td>1. september - 31. desember</td> <td>1. april</td> </tr> </tbody> </table>	Overvåkingsperiode	Innleveringsfrist	1. januar - 30. april	1. september	1. mai - 31. august	1. desember	1. september - 31. desember	1. april
Overvåkingsperiode	Innleveringsfrist								
1. januar - 30. april	1. september								
1. mai - 31. august	1. desember								
1. september - 31. desember	1. april								
28. Aktualitet og hyppighet ved publisering som nasjonal kvalitetsindikator	Tertialvis, årlig								
Tolkning av tallene									
29. Sammenlignbarhet over	Samme overvåkningsmetode benyttes i alle sykehus. Det må likevel tas forbehold om ulik								

tid og sted	pasientpopulasjon som kan påvirke sammenlignbarheten over tid og mellom behandlingsteder.
30. Feilkilder og usikkerhet	Underliggende faktorer som kan forklare variasjoner: <ul style="list-style-type: none"> - feil i registreringspraksis - manglende rapportering fra sektor - ulik pasientpopulasjon
31. Særskilt informasjon for tolkning av denne indikatoren	Få operasjoner per inngrep gjør at andel infeksjoner per behandlingsted kan variere mye fra tertial til tertial. Visning av resultatindikatorer for infeksjonsstatus er derfor utvidet med en søyle som viser andel pasienter med infeksjon de siste to årene. Dette gir et bedre sammenligningsgrunnlag. I tillegg måles andel pasienter som er vurdert for infeksjon i operasjonsområdet innen 30 dager for de overnevnte inngrepene. Resultat for denne kvalitetsindikatoren bør ses i sammenheng med kvalitetsindikatoren «30 dagers oppfølging av infeksjonsstatus etter utført keisersnitt»
32. Relaterte indikatorer	Andel pasienter med postoperative infeksjoner i operasjonsområdet oppstått innen 30 dager etter utført keisersnitt Pasienter med 30 dagers oppfølging av infeksjonsstatus etter utført keisersnitt
Videreutvikling	
33. Videre utvikling av datakilder/indikator	NOIS er et avidentifisert register. Dette vanskeliggjør kvalitetssikring av data opp mot informasjon i andre helseregistre. For å sikre at det er kvalitet på tjenesten og ikke datakvalitet som fremgår i visningen, bør NOIS bli et personentydig register. Denne kvalitetsindikatoren skal vises med konfidensintervall. Helsenorge.no har ikke konfidensintervall som funksjon i dagens visning. Det pågår forbedringsarbeidet knyttet til visningsfunksjonalitet og visning av konfidensintervall forventes 1. januar 2016.
Publisering	
34. Publiseringsarena	www.helsenorge.no
35. Andre publiseringsarena	www.fhi.no , www.pasientsikkerhetsprogrammet.no
Referanser	
36. Referanser	<ol style="list-style-type: none"> 1. NOIS-forskriften https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2005-06-17-611 2. Pasientsikkerhetsprogrammet I trygge hender 24-7 -Strategi 2014-2018 http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/no/l+trygge+hender/L%C3%A6r+om+programmet/_attachment/2990?ts=1490dbcc5ee 3. Kvalitetssikring av data - valideringsregler for NOISnett versjon http://www.fhi.no/dokumenter/4a599a88c2.pdf 4. NOIS register http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=List_6212&Main_6157=6261:0:25,6750&MainContent_6261=6464:0:25,7034&List_6212=6218:0:25,8231:1:0:0:::0:0 5. Regelverk og veiledning for bruk av kliniske kodeverk i spesialisthelsetjenesten 2015 https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/887/Kodeveiledning-2015-IS-2300.pdf 6. NCMP og NCSP: Klassifisering av helsefaglig prosedyrer 2015. https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/340/NCMP-NCSP-klassifikasjon-av-helsefaglige-prosedyrer-2015-IS-2276.pdf