



# Forbedring av helsetjenesten i Norge med bruk av medisinske kvalitetsregistre

EVA STENSLAND

DIREKTØR

SKDE – SENTER FOR KLINISK DOKUMENTASJON OG EVALUERING

# SKDE: Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering

## Oppdrag:



Medisinske  
kvalitetsregistre



Helseatlas



Forskning



Lav-verdi  
helsetjenester



metodebok.no

Prosedyrer og retningslinjer

## Nasjonale medisinske kvalitetsregistre

### Fagområde

Hjerte-kar	Hjerneslag Hjerteinfarkt Hjertekirurgi Karkirurgi Invasiv kardiologi Hjertesvikt Ablasjon Hjertestans
Kreft	Tykk-og endetarm Prostata Bryst Lunge Barn Gynekologi Føflekk Lymfom og leukemi
Luftveier	Langtidsmek ventilasjon
Diabetes	Diabetes barn og unge Diabetes voksne
Nervesystem	Multippel sklerose Parkinson Demens Cerebral parese ALS Arvelig muskel/nervesykd Hodepine
Mage/tarm	Gastrokirurgi Koloskopi/ERCP Analinkontinens Fedmekirurgi

### Fagområde

Muskel/skjelett	Leddprotese Hoftebrudd Korsbånd Barnehoffe Ryggkirurgi
Gynekologi	Urininkontinens Endoskopisk kirurgi
Nyre	Nyresvikt
Skade/intensiv	Traume Intensiv Nyfødtintensiv Brannskade
Psykisk helse og rus	Spiseforstyrrelser Rus Alderspsykiatri ECT Psykisk helsevern voksne Psykisk helsevern barn
Rehabilitering	Ryggmargskade Nakke-og rygg
Øre-nese-hals	Tonsillekirurgi Hørsel barn
Revmatologi	Artritt Vaskulitt
Andre	Leppe-kjeve-gane Porfyri Smerte Autoimmune sykdommer HIV

# Kvalitetsregistre i forbedringsarbeid

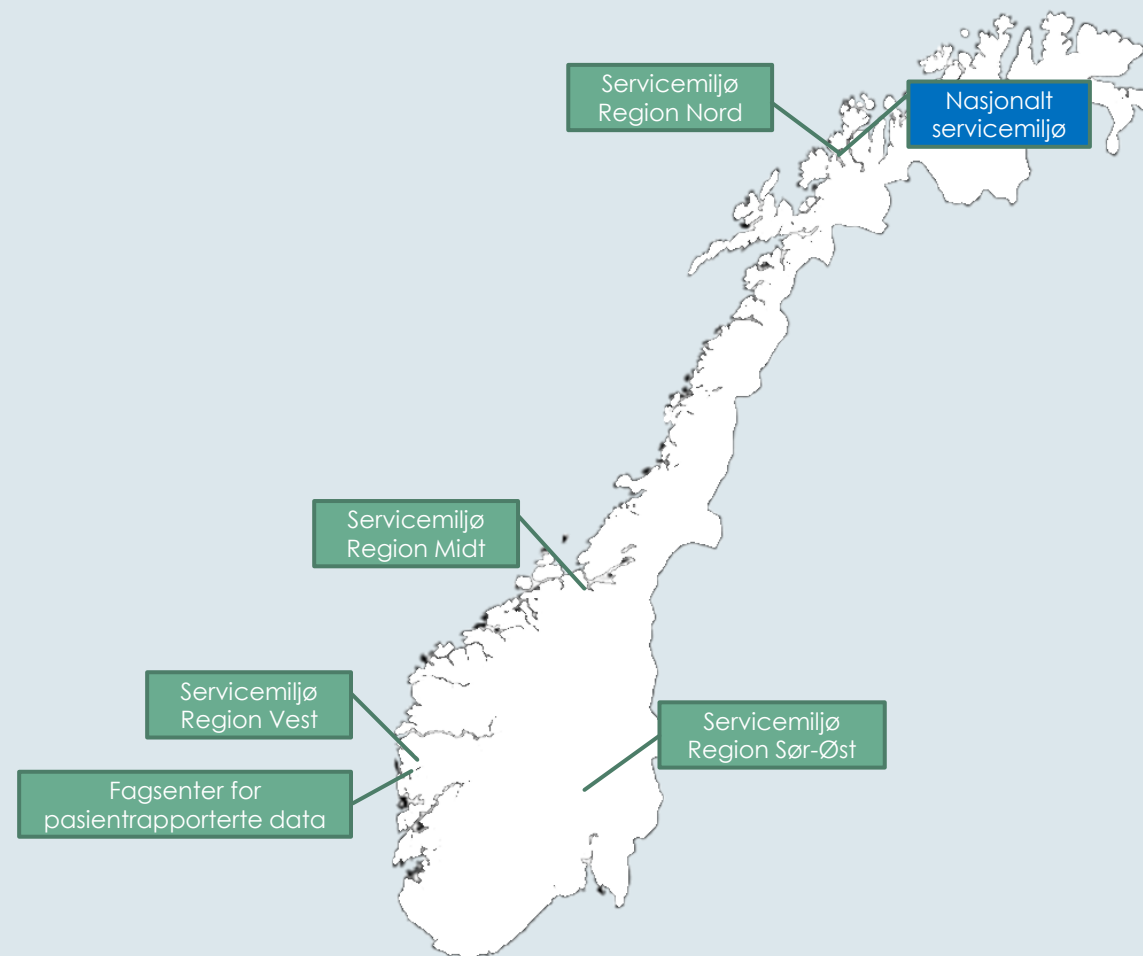
Medisinske kvalitetsregistre har som hovedformål å bidra til økt kvalitet i pasientbehandlingen. Registrenes resultater er en unik kilde til pasientrettet kvalitetsforbedringsarbeid

De kan:

- ▶ Være utgangspunkt for pasientrettet kvalitetsforbedringsarbeid ved å **avdekke områder** med lav måloppnåelse og uønsket variasjon
- ▶ Gi fortløpende resultatoppnåelse for **igangsatte forbedringstiltak**
- ▶ Overvåke resultatoppnåelse, og at behandling holder god kvalitet **over tid**

# Nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetsregistre

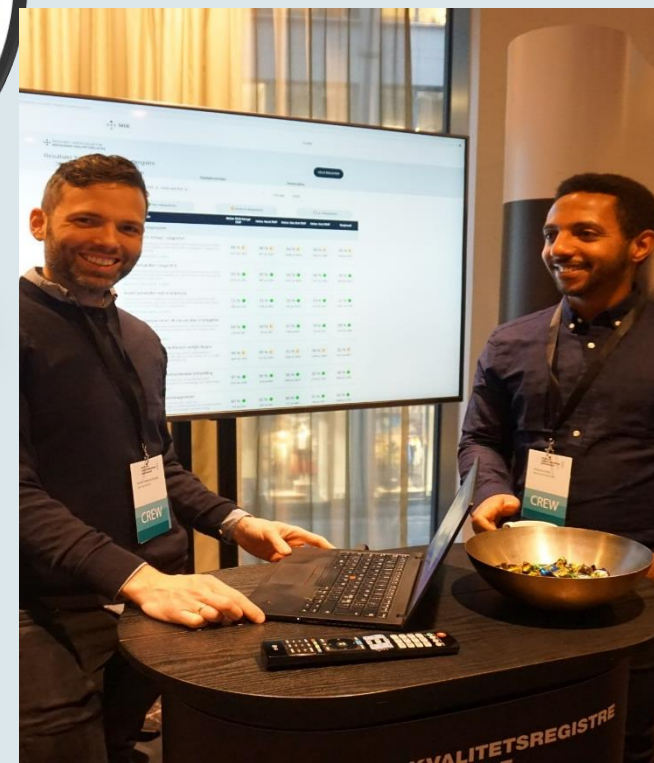
- ▶ Egen seksjon i SKDE som bidrar til å sikre drift og god utnyttelse av de medisinske kvalitetsregistrene.
- ▶ Servicemiljøet er et operativt kompetansemiljø med hovedsete i SKDE, og med regionale enheter i alle de fire regionale helseforetakene.
- ▶ De regionale enhetene har særskilt ansvar ovenfor kvalitetsregistre tillagt sitt regionale helseforetak.





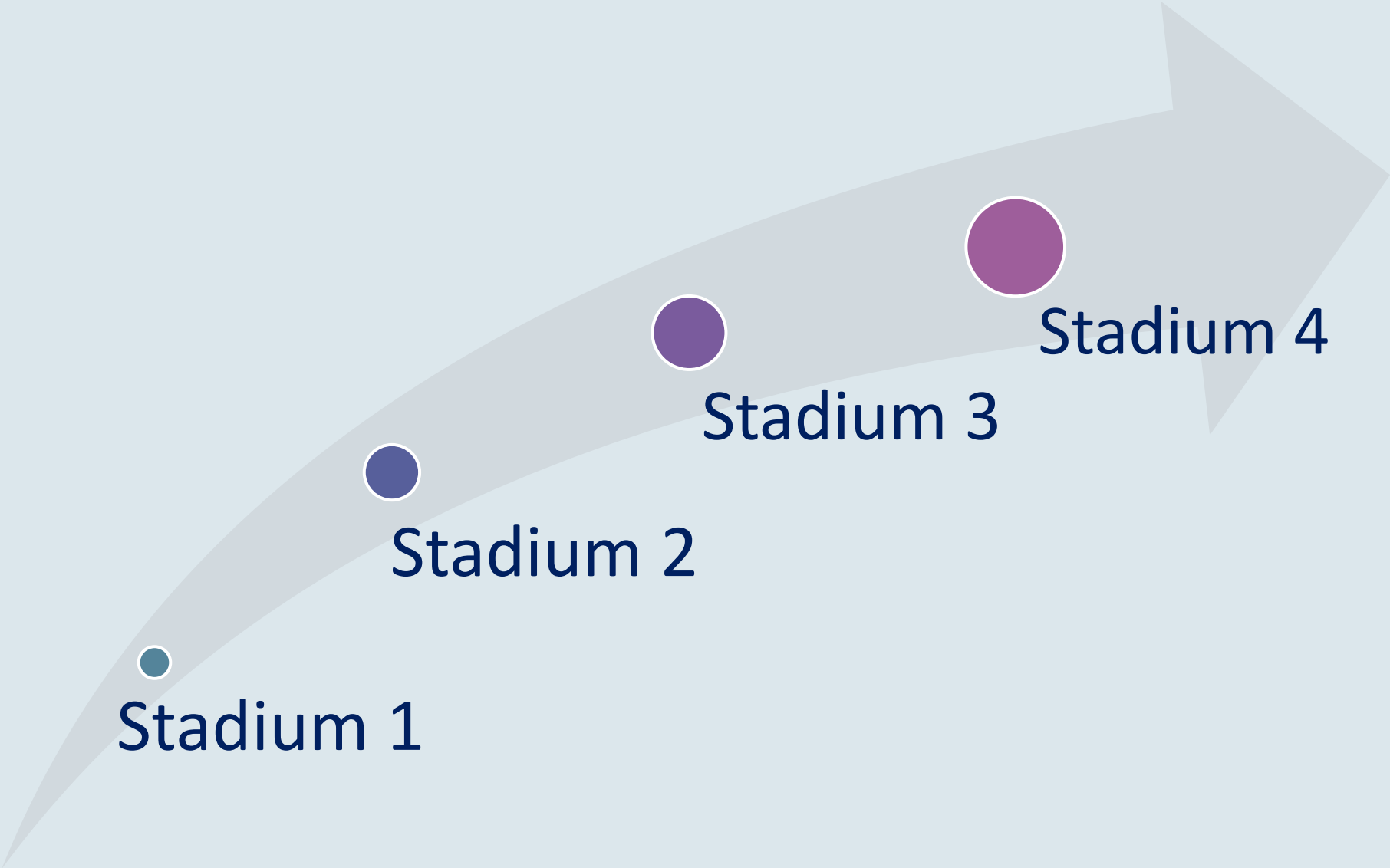
# Nasjonalt servicemiljø veileder de medisinske kvalitetsregistrene og tilbyr kompetanse innen:

- ▶ Opprettelse og drift
- ▶ Jus og personvern
- ▶ Kvalitetsforbedring
- ▶ Finansiering
- ▶ IKT
- ▶ Statistikk, analyse og rapportering
- ▶ Formidling av resultater



# Helsedirektoratets krav til nasjonale medisinske kvalitetsregistre

- **Årsrapport** etter mal
- Registeret skal årlig dokumentere **dekningsgrad** på individnivå
- Registeret skal ha en velfungerende **resultattjeneste** for tilgjengeliggjøring av data til innregistrerende enheter
- Registeret skal kunne vise til **god utvikling og funksjon** i henhold til kriterier for stadielinndeling for registrene
- Registeret skal kunne vise til hvordan resultatene benyttes i **forbedringsarbeid**
- Registeret skal måle etterlevelse av **nasjonale retningslinjer** hvis slike finnes for det aktuelle fagområdet / pasientgruppen
- Registeret skal presentere **pasientrapporterte utfallsmål (PROM)**
- Resultater fra registeret skal gjøres **offentlig tilgjengelig** på SKDEs nettside minst 1x pr år

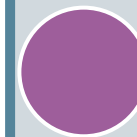




# Stadieinndeling

## Krav stadium 1

- Registeret tilfredsstillter Helsedirektoratets kriterier for nasjonal status
- Registeret har en **beskrivelse av metode for beregning av dekningsgrad** og har en beskrivelse av alle variabler
- Registeret har **definert kliniske kvalitetsindikatorer** for pasientgruppen
- Registeret har en **beskrivelse av analyser** som er relevante for å oppfylle registerets formål
- Registeret har en **beskrivelse av hvordan resultater gjøres tilgjengelig** for relevante mottagere
- Registeret har rutiner for **opplæring i datafangst** og bruk av registeret hos innregistrerende enheter
- Registeret **utgir årsrapport** i henhold til beskrevne krav
- Registeret har en oppdatert plan for videreutvikling



Stadium 4

3

# Stadieinndeling

## Krav stadium 2

- Registeret **samler data** fra alle aktuelle helseregioner
- Registeret **presenterer kvalitetsindikatorerne på nasjonalt nivå**
- Registeret har en konkret **plan for gjennomføring av dekningsgradsanalyser**
- Registeret har en konkret **plan for gjennomføring av analyser og jevnlig rapportering av resultater** på enhetsnivå tilbake tildeltakende enheter
- Registeret har en oppdatert plan for videre utvikling



Stadium 1



n 3



Stadium 4

# Stadieinndeling

## Krav stadium 3

- Registeret kan **dokumentere kompletthet** av kvalitetsindikatorer
- Registeret kan dokumentere **dekningsgrad på minst 60%** i løpet av de siste to år
- Registeret skal **minimum årlig presentere kvalitetsindikatorresultater** interaktivt på nettsiden kvalitetsregistre.no
- **Registrerende enheter kan få utlevert/tilgjengeliggjort** egne aggregerte og nasjonale resultater
- Registeret presenterer deltakende enhetenes **etterlevelse av de viktigste faglige retningslinjer**
- Registeret har en oppdatert plan for videre utvikling

dium 4

Stadium 1

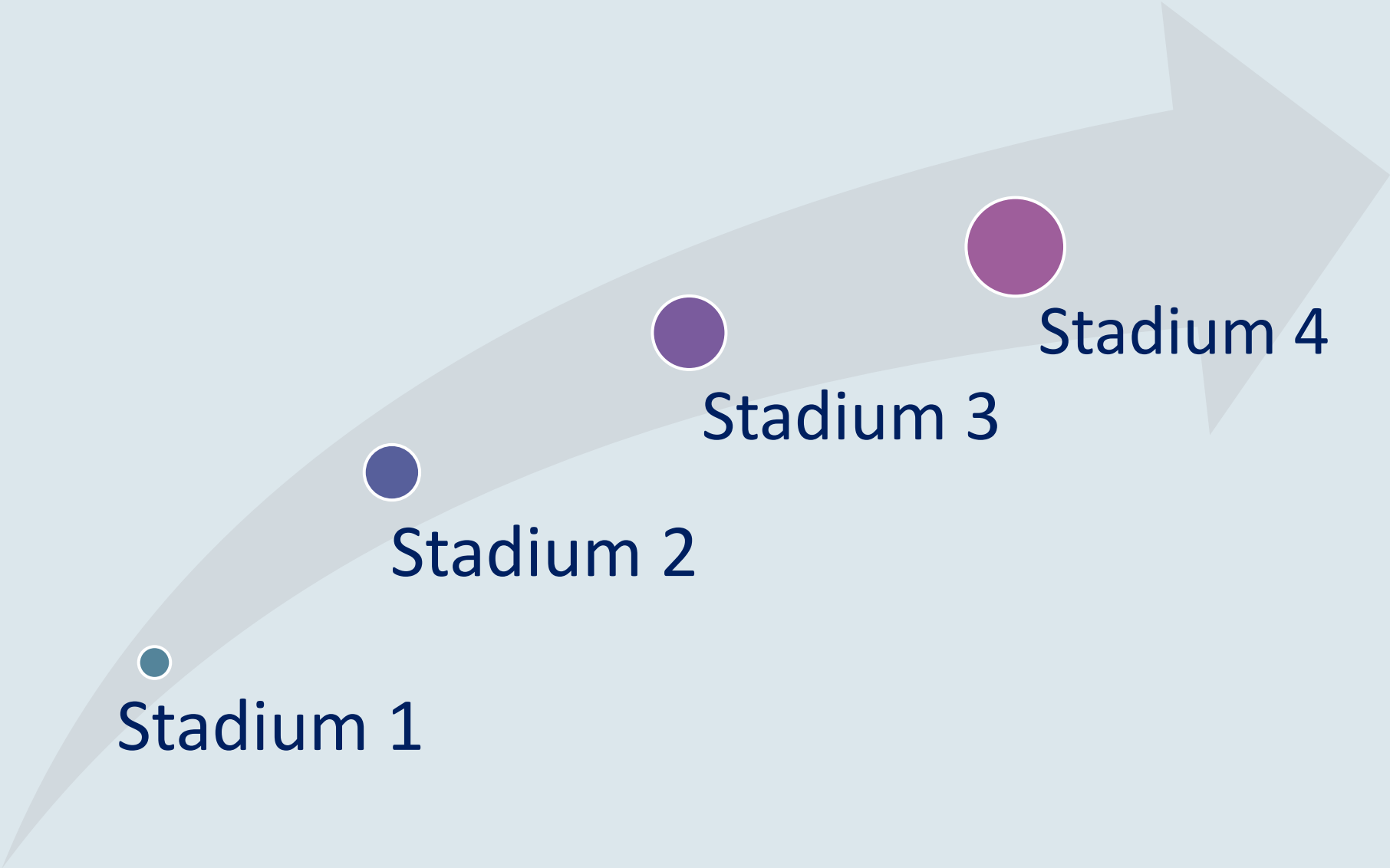
# Stadieinndeling

## Krav stadium 4

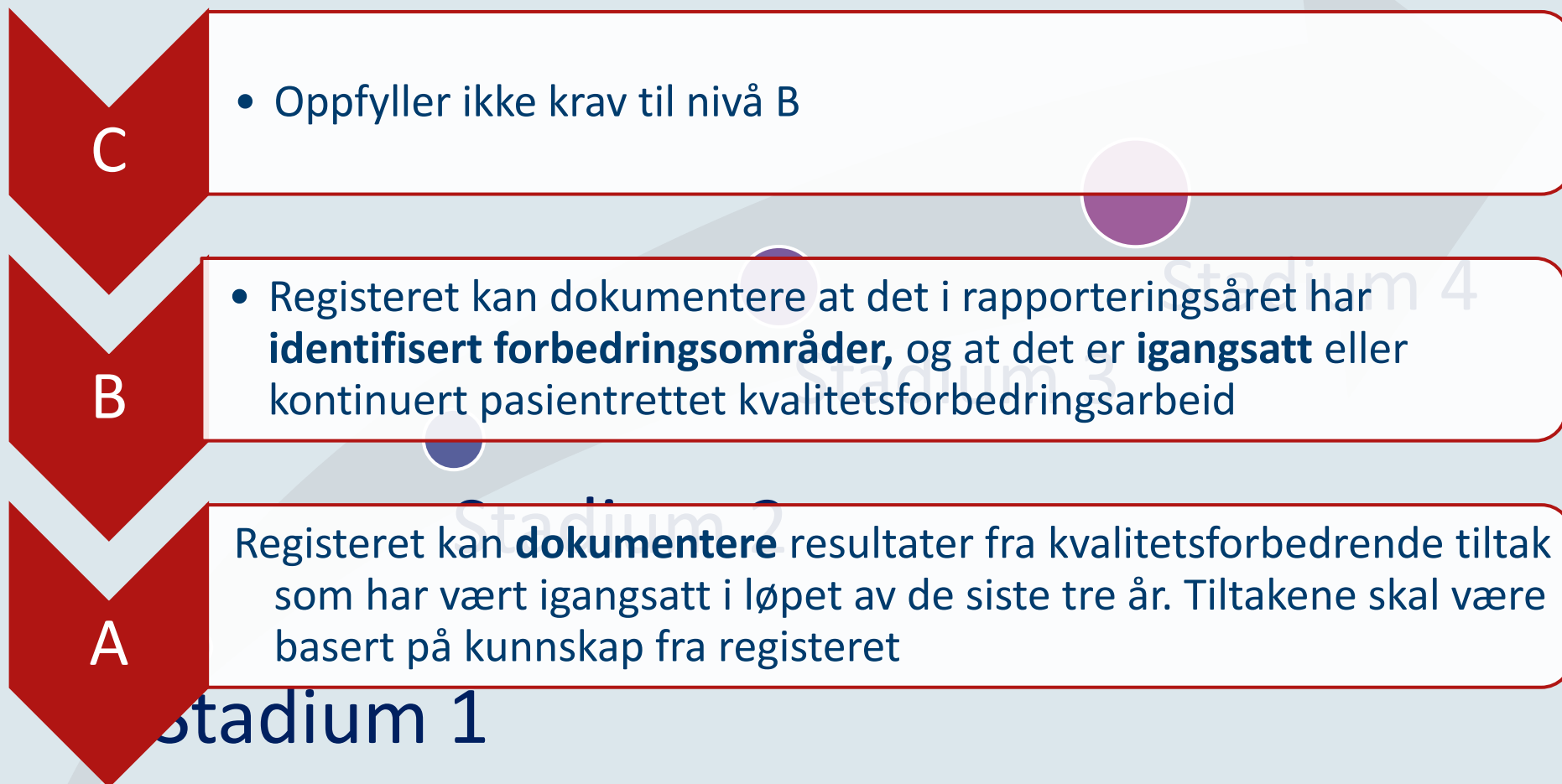
- Registeret har i løpet av de siste 5 år dokumentert om innsamlede data er **korrekte og reliable**
- Registeret kan dokumentere **dekningsgrad på minst 80 %** i løpet av de siste to år
- Registeret skal minst **to ganger årlig** presentere kvalitetsindikatorresultater interaktivt på nettsiden [kvalitetsregistre.no](https://kvalitetsregistre.no)
- Registeret skal dokumentere at **data anvendes vitenskapelig** (datautlevering, publisering)
- Registeret **presenterer resultater på enhetsnivå for PROM/PREM** (der dette er mulig)

Stadium 1

Stadium 4



# Stadieinndeling







- C**
  - Oppfyller ikke krav til nivå B
- B**
  - Registeret kan dokumentere at det i rapporteringsåret har identifisert forbedringsområder, og at det er igangsatt eller kontinuert pasientrettet kvalitetsforbedringsarbeid
- A**
  - Registeret kan **dokumentere** resultater fra kvalitetsforbedrende tiltak som har vært igangsatt i løpet av de siste tre år. Tiltakene skal være basert på kunnskap fra registeret

# Rapportering av forbedringstiltak i årsrapport

## 5 Pasientrettet kvalitetsforbedring

### 5.1 Identifiserte forbedringsområder

*[Veiledning – SLETTES VED UTFYLLING: Beskriv hvilke pasientrettede kvalitetsforbedringsområder som er identifisert gjennom registerets resultater/analyser for rapporteringsåret. Benytt punktliste.]*

### 5.2 Igangsatte/utførte forbedringstiltak

*For å oppfylle kravene til nivå B i stadielinndelingen må registeret både dokumentere i kap. 5.1 at det i rapporteringsåret har identifisert forbedringsområder, og i kap. 5.2 at det er igangsatt eller kontinuert pasientrettet kvalitetsforbedringsarbeid.*

*For å oppfylle kravene til nivå A i stadielinndelingen skal registeret dokumentere resultater i kap 5.2 fra kvalitetsforbedrende tiltak som har vært igangsatt i løpet av de siste tre år. Tiltakene skal være basert på kunnskap fra registeret.*

#### **Tiltak og resultat**

<i>Kolonne A:</i> Aktuelt forbedringsområde	<i>Kolonne B:</i> Tidsperiode for tiltaket	<i>Kolonne C:</i> Hva ble gjort av hvem?	<i>Kolonne D:</i> Hvilke resultater ble oppnådd?

# Ekspertgruppen for medisinske kvalitetsregistre

- ▶ Ekspertgruppen har 12 medlemmer:
  - ett medlem fra hver av de fire store universitetene (Oslo, Bergen, Trondheim, Tromsø)
  - ett medlem fra hver av de fire regionale helseforetakene
  - ett medlem fra Kreftregisteret og ett fra Folkehelseinstituttet
  - ett medlem med kompetanse på klinisk forbedringsarbeid
  - ett medlem med kompetanse på pasientrapporterte data (PROM)
- ▶ Ekspertgruppen har en årlig gjennomgang av registrenes årsrapporter. Dette for å sikre at hvert kvalitetsregister fungerer etter sitt formål, og i tråd med krav til drift og rapportering for å opprettholde status som nasjonale kvalitetsregistre.
- ▶ Ekspertgruppen skal også vurdere alle nye søknader om nasjonal status

## Stadieinndeling

Det stilles krav til faglig utvikling i kvalitetsregistre med nasjonal status. Kravene i stadium 1 er en forutsetning for å få nasjonal status, mens stadium 4 beskriver det som forventes av et velfungerende kvalitetsregister.

I tillegg til at registrene vurderes til stadium 1-4, vurderes de nå også på tre nivåer (A-C) som beskriver i hvilken grad registrenes resultater anvendes til pasientrettet kvalitetsforbedring. Den høyeste vurderingen ett register kan få er 4A, og er uttrykk for et velfungerende register.

I 2022 nådde 14 registre høyeste nivå, totalt 11 registre avanserte i stadium og/eller nivå og 4 gikk ned til lavere stadium og/eller nivå.

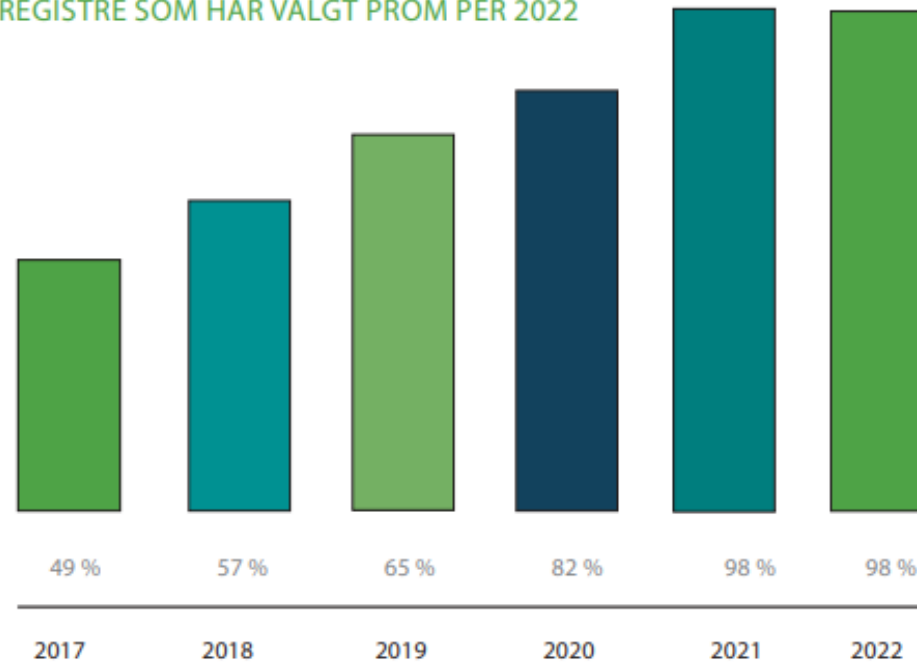
Stadium og nivå	Antall registre
4A	24
4B	2
4C	0
3A	12
3B	3
3C	1
2A	1
2B	2
2C	7
1A	1
1B	1
1C	5
<b>Totalt</b>	<b>59</b>

NASJONALE MEDISINSKE KVALITETSREGISTRE

# STATUS 2023



## REGISTRE SOM HAR VALGT PROM PER 2022



## Kvalitetsforbedringsarbeid

Resultater fra <sup>46</sup>43 kvalitetsregistre har ført til kvalitetsforbedringsarbeid eller kvalitetsforbedringsprosjekter, og <sup>38</sup>34 registre kan dokumentere resultater fra kvalitetsforbedringstiltak som har vært igangsatt i løpet av de siste tre år.

# Strategi 2024-26



## VALG AV STRATEGISKE OMRÅDER

Strategisk handlingsplan skal bidra til å innfri forventninger til fremtidig funksjon og bruk av de nasjonale medisinske kvalitetsregistrene. I handlingsplanen er det fem strategiske områder servicemiljøet skal vektlegge i perioden.

1. Bruk av kvalitetsregisterdata til kvalitetsforbedring av helsetjenester og forskning
2. Datakvalitet
3. Automatisert datafangst
4. Nasjonale fellestjenester
5. Formidling

Alle nasjonale kvalitetsregistre skal etter fire års drift kunne **dokumentere** bruk av registerets resultater i konkret klinisk forbedringsarbeid.



# Kvalitetsforbedringsprosjekter

- ▶ Medisinske kvalitetsregistre har som hovedformål å bidra til økt kvalitet i pasientbehandlingen.
- ▶ For å stimulere til kvalitetsforbedringsarbeid og utvikling av kompetanse på området er det øremerket egne midler som skal gå til konkrete kvalitetsforbedringsprosjekter.
- ▶ Nasjonalt servicemiljø har siden 2015 årlig lyst ut nasjonale midler til gjennomføring av kvalitetsforbedringsprosjekter med bruk av resultater fra medisinske kvalitetsregistre.
- ▶ Totalt har 28 prosjekter fått tildelt midler i perioden 2015-2023.

# Info utlysning av midler

## ▶ Hvem kan søke midler

- Nasjonale medisinske kvalitetsregistre
- Regionale helseforetak, helseforetak, sykehus og kliniske miljø som benytte data fra nasjonale medisinske kvalitetsregistre til pasientrettet kvalitetsforbedringsarbeid



## ▶ Krav til prosjekter:

- Kvalitetsforbedringsprosjektet skal benytte resultater fra et nasjonalt medisinsk kvalitetsregister, der det er påvist uønsket variasjon eller suboptimalt resultat
- Variabler/indikatorer som brukes som utgangspunkt for forbedringsarbeidet skal derfor være eksisterende variabler/indikatorer i et nasjonalt medisinsk kvalitetsregister
- Effekten av tiltak i prosjektet skal kunne følges. Deltagende enheter og enhetsvise resultater bør derfor oppgis i statusrapporter og sluttrapport, og må kunne følges på kvalitetsregistre.no og i registerets årsrapporter
- Søknaden skal inneholde en beskrivelse av fag- og lederforankring, hvordan forbedringskompetanse, brukermedvirkning og et tverrfaglig behandlingsteam er sikret eller en plan for hvordan dette skal skaffes til veie når/ dersom prosjektet blir startet

# Faggruppe for kvalitetsforbedring i servicemiljøet

- ▶ Faggruppe med medlemmer fra Nasjonalt servicemiljø i alle regioner
- ▶ Kompetanse på planlegging og gjennomføring av kliniske forbedringsprosjekter
- ▶ Faggruppen vurderer alle søknader og veileder prosjektene gjennom hele kvalitetsforbedringsprosjektet: planlegging, gjennomføring og evaluering



# Leger i spesialisering – forbedringsarbeid

LOVDATA		Søk etter lover, forskrifter, dommer, stortingsvedtak, tariffavtaler	Søk
Forskrift om spesialistutdanning og spesialistgodkjenning for leger og tannleger		Innholdsfortegnelse	
LM-37	Kunne melde uønskede hendelser og pasientskader, forstå mulige årsaker til hendelsen, vite hvordan hendelsen skal følges opp og hvordan ideer til forbedring kan fremmes og arbeides med på egen arbeidsplass.		
LM-38	Kjenne til støtteordninger for leger og annet helsepersonell ved uønskede hendelser og pasientskader på egen arbeidsplass.		
LM-39	Kjenne til pasientrettigheter og behov for kommunikasjon og oppfølging av pasient og pårørende ved uønskede hendelser og pasientskader.		
LM-40	Kjenne til de ulike kvalitetsregistrene og hvordan disse brukes i forbedring av helsetjenesten.		
Del 2-3			
LM-41	Kunne anvende relevante e-helseverktøy i arbeidet med forbedring av klinisk praksis, pasientforløp, administrative arbeidsprosesser og samhandling.		
LM-42	Kunne anvende forbedringskunnskap til å forbedre klinisk praksis, pasientforløp og/eller administrative arbeidsprosesser på egen arbeidsplass.		
LM-43	Forstå forskjellen mellom hvordan data samles inn og analyseres i forskningsarbeid, forbedringsarbeid og revisjons-, kontroll og tilsynsarbeid og vite hvordan resultater fra forbedringsarbeid publiseres.		

- ▶ Leger i spesialisering (LIS) skal gjennomføre forbedringsarbeid
- ▶ Vi har en ansatt som jobber sammen med kvalitetsregistrene for å lage prosjekter som kan være aktuelle for LIS

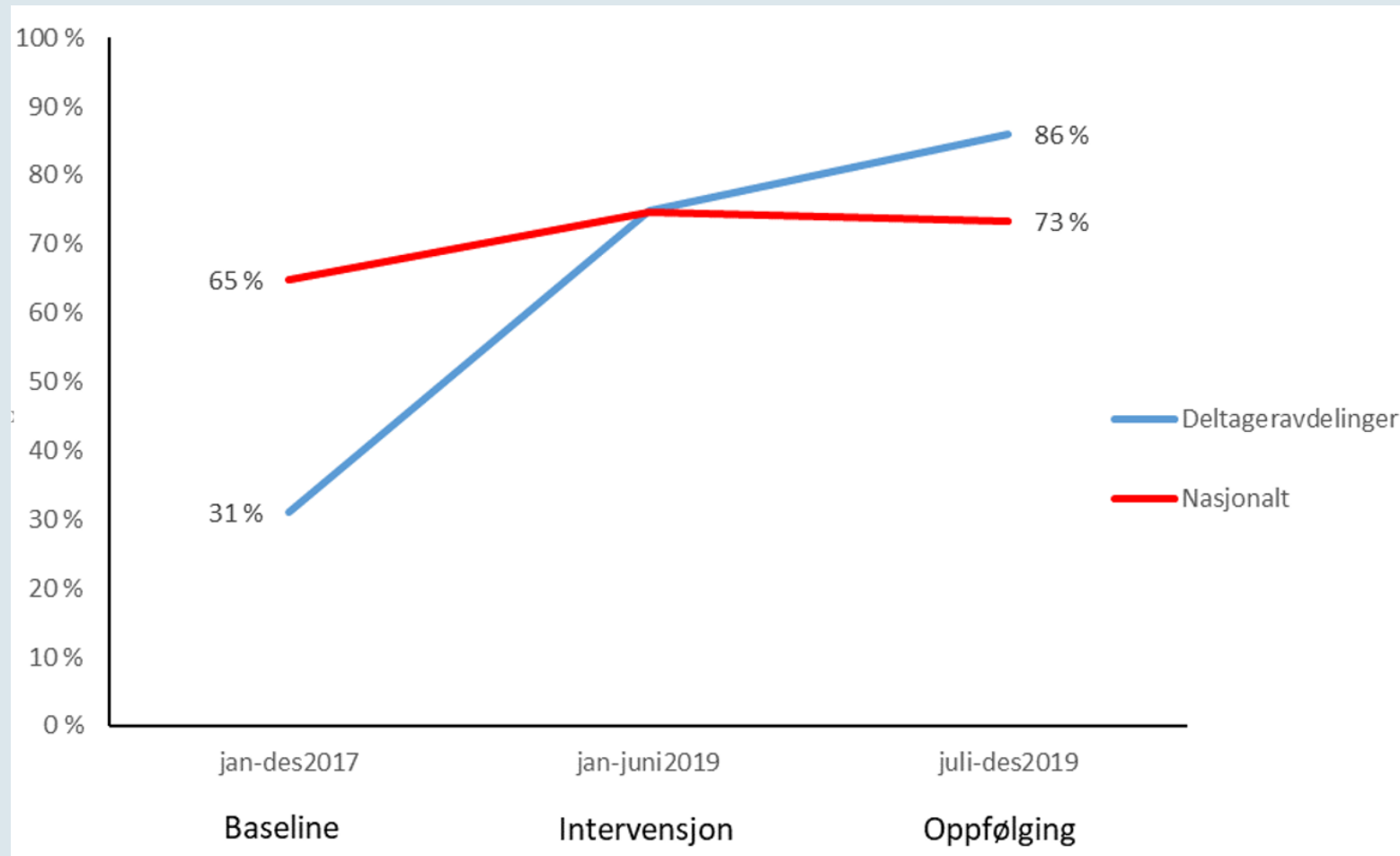


## Kvalitetsforbedringsprosjekt Tonsilleregisteret



- Blødning etter tonsillektomi
- Stor variasjon i andel reinnleggelser, kan knyttes opp mot operasjons-metode
- Syv sykehus deltok i forbedringsprosjekt
- Opplæring ved bruk av videofilmer

# Resultater Tonsilleregisteret



Bruk av «kald teknikk»

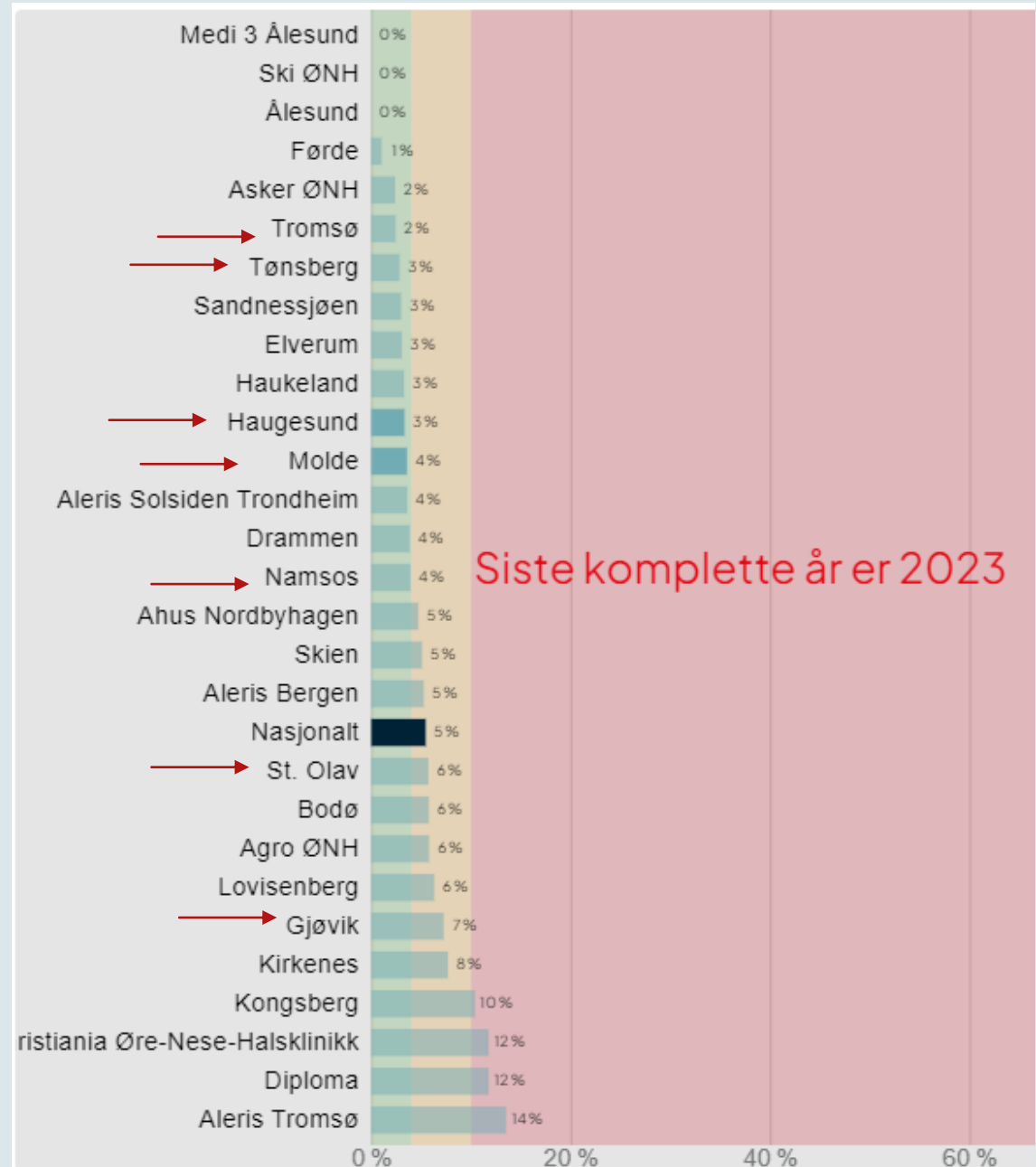
## Reinnleggelser

Sykehus	2017	2019	1.kvartal 2020
Tromsø	11 %	11 %	8 %
Molde	17 %	1 %	8 %
Haugesund	*18 %	6 %	6 %
St. Olavs	11 %	12 %	6 %
Namsos	14 %	8 %	7 %
Tønsberg	18 %	3 %	5 %
Gjøvik	17 %	5 %	0 %
<b>Gjennomsnitt</b>	<b>15,1 %</b>	<b>6,6 %</b>	<b>5,7 %</b>

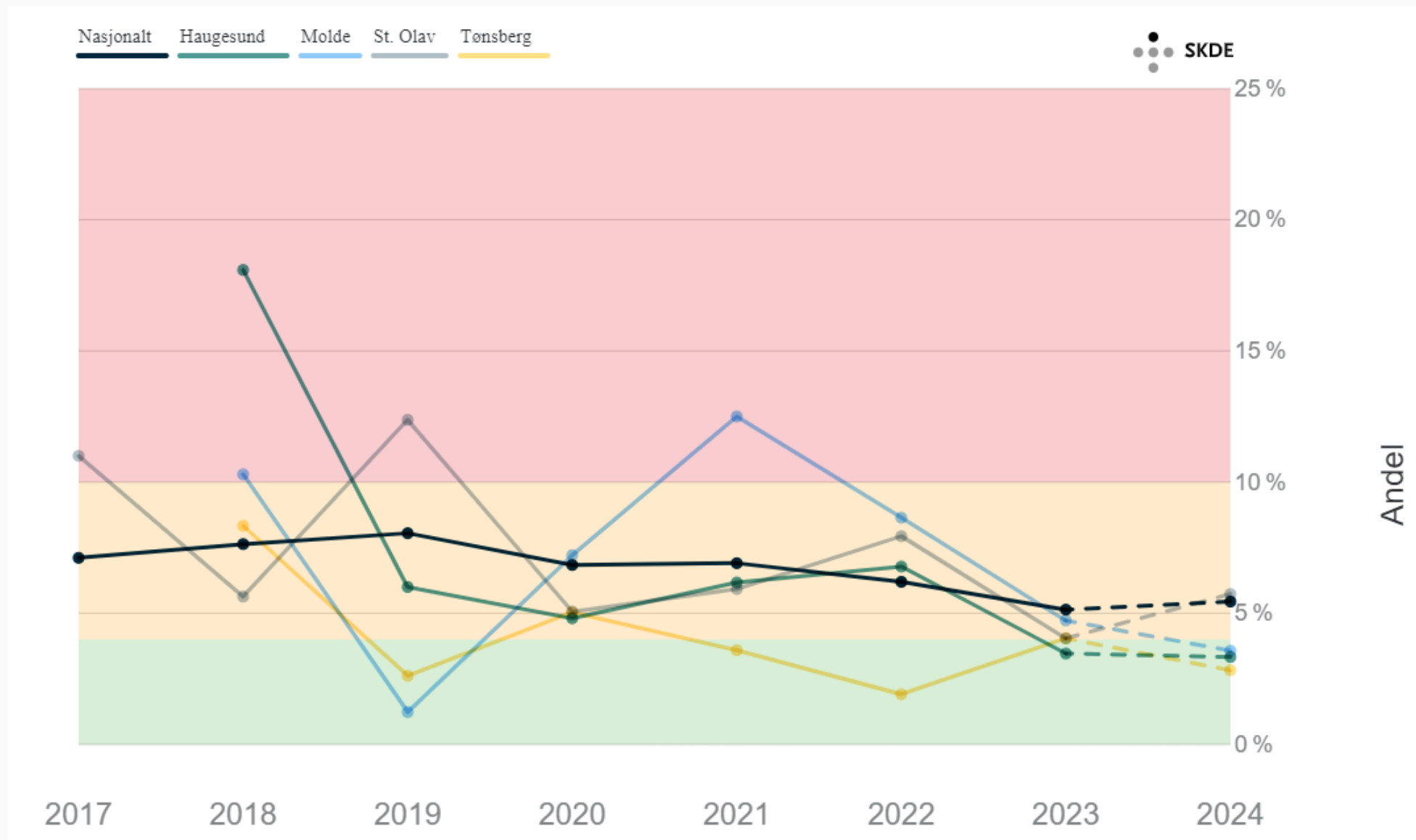


# Hvordan er resultatene i dag?

- ▶ Nasjonalt snitt 5%
- ▶ Grense høy måloppnåelse 4%
- ▶ Grense moderat måloppnåelse 10%
  
- ▶ 11-18% → 2-7%



## Reinnleggelse pga blødning



Kilde: Norsk Kvalitetsregister Øre-Nese-Hals – Tonsilleregisteret

# Reperfusjon innen frist ved STEMI-hjerteinfarkt

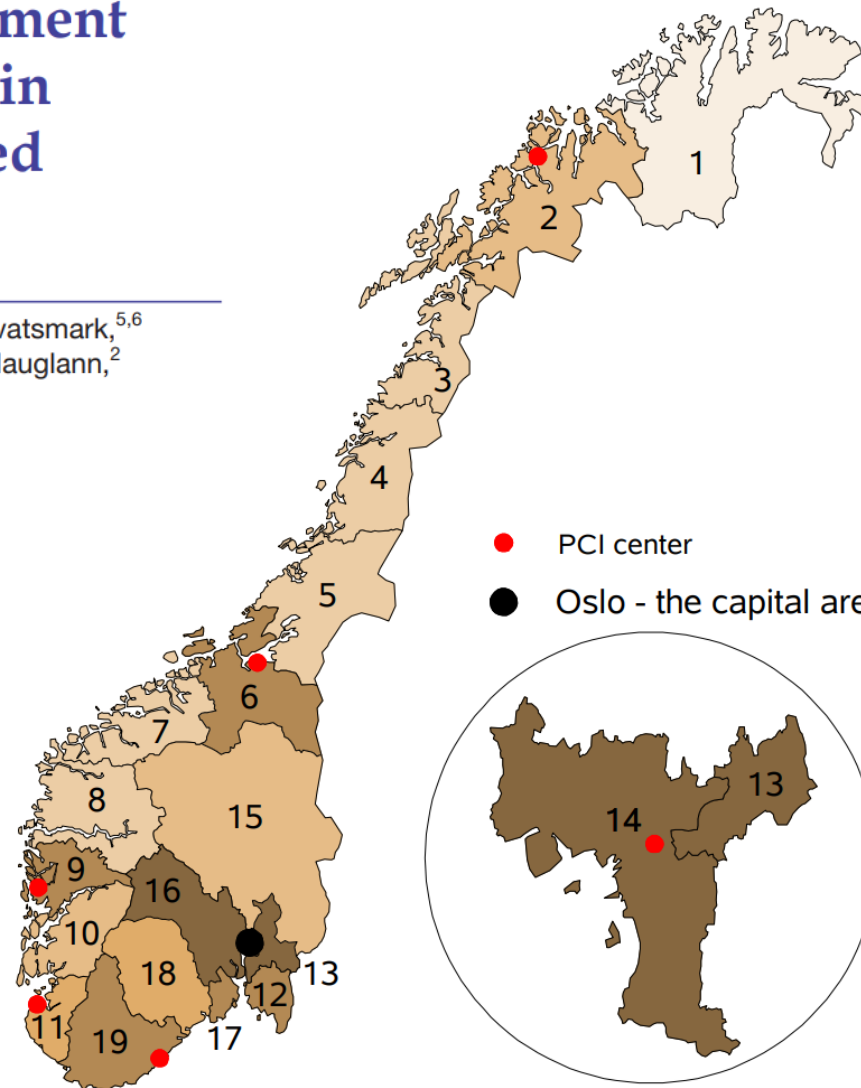
Open access

Original research

## BMJ Open Exploring variation in timely reperfusion treatment in ST-segment elevation myocardial infarction in Norway: a national register-based cohort study

Bård Uleberg <sup>1,2</sup>, Kaare Harald Bønaa <sup>3,4</sup>, Ragna Elise Støre Govatsmark <sup>5,6</sup>, Frank Olsen <sup>1,2</sup>, Bjarne K Jacobsen <sup>1,2</sup>, Eva Stensland <sup>1,2</sup>, Beate Hauglann <sup>2</sup>, Barthold Vonen <sup>1,2</sup>, Olav Helge Førde <sup>1,2</sup>

- 56% fikk reperfusjon innen tidsfrist
- PCI: 84%
- Trombolyse: 16%



North RHA:

1. Finnmark 13.4%
2. UNN 43.5%
3. Nordland 17.4%
4. Helgeland 21.7%

Central RHA:

5. Nord-Trøndelag 28.9%
6. St. Olavs 68.4%
7. Møre-Romsdal 25.6%

West RHA:

8. Førde 27.0%
9. Bergen 72.4%
10. Fonna 43.9%
11. Stavanger 56.1%

South-East RHA:

12. Østfold 63.4%
13. Akershus 80.0%
14. Oslo 81.4%
15. Innlandet 33.6%
16. Vestre Viken 75.0%
17. Vestfold 68.5%
18. Telemark 46.7%
19. Sørlandet 71.4%

# FOREBYGGING AV SENKOMPLIKASJONER - DIABETES

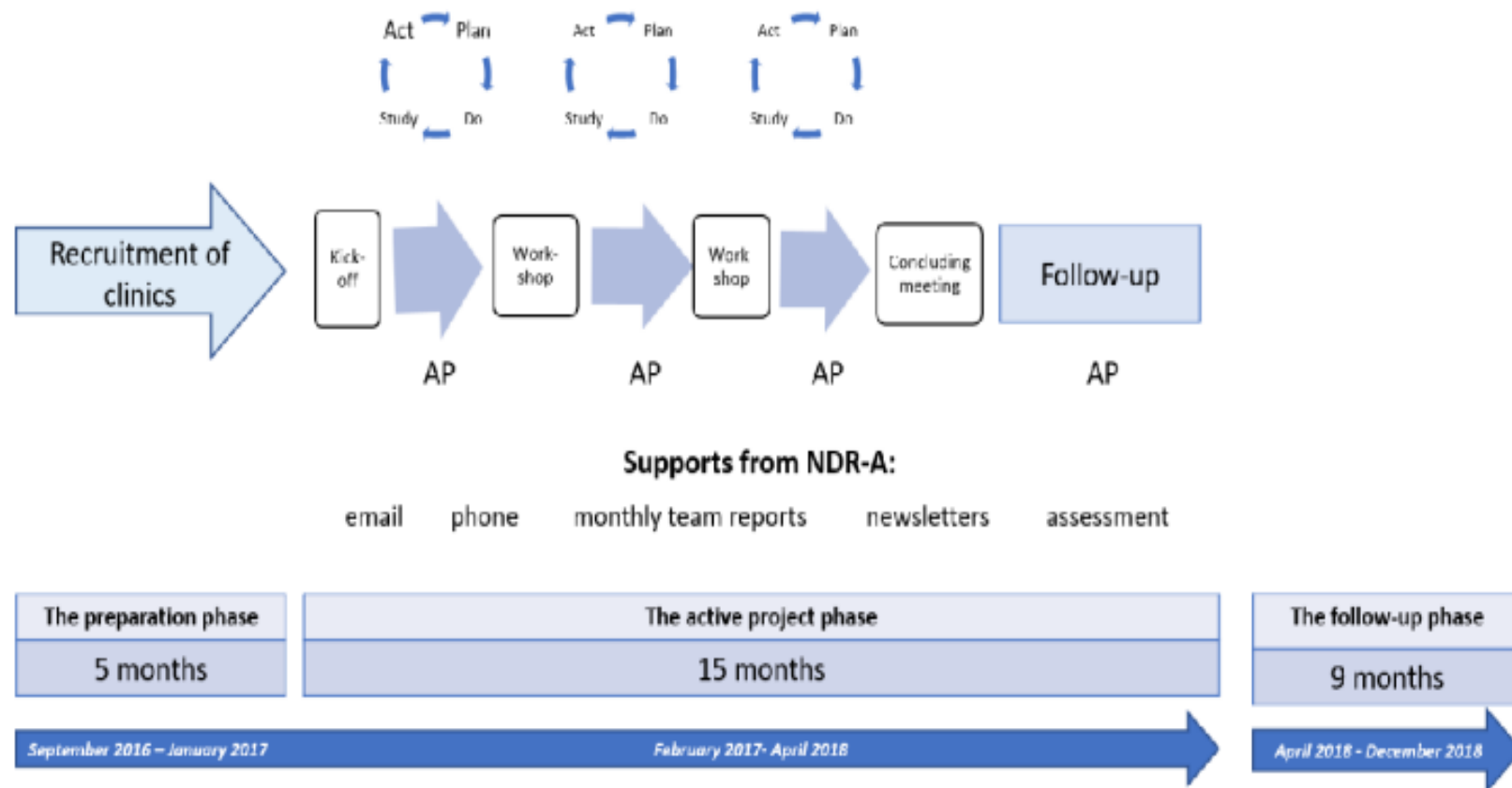
Open access

Original research

BMJ Open Quality

## Intensified follow-up of patients with type 1 diabetes and poor glycaemic control: a multicentre quality improvement collaborative based on data from the Norwegian Diabetes Register for Adults

Tone Vonheim Madsen,<sup>1,2</sup> John Graham Cooper,<sup>1</sup> Siri Carlsen,<sup>3</sup> Karianne Loevaas,<sup>1</sup> Magne Rekdal,<sup>4</sup> Jannicke Igland,<sup>5</sup> Sverre Sandberg,<sup>1,5,6</sup> Grethe Åstrøm Ueland,<sup>1</sup> Marjolein Memelink Iversen,<sup>2</sup> Una Sølvi<sup>5</sup>



**Figure 1** Flow chart illustrating the time line of the project with three phases: (1) The Preparation phase (September 2016–January 2017) where the project team was established, a plan for the intervention was developed and recruitment of clinics was performed. (2) The active project phase (February 2017–April 2018) with meetings and workshops and active periods (AP) where the clinics identified problems and improvement areas at their centre, created action plans after the kick-off meeting, tested changes, evaluated and followed up on the results. (3) Follow-up phase (April 2018–December 2018) with implementation and follow-ups of successful changes. AP, active periods; NDR-A, The Norwegian Diabetes Register for Adults.



# Identifiserte tiltak

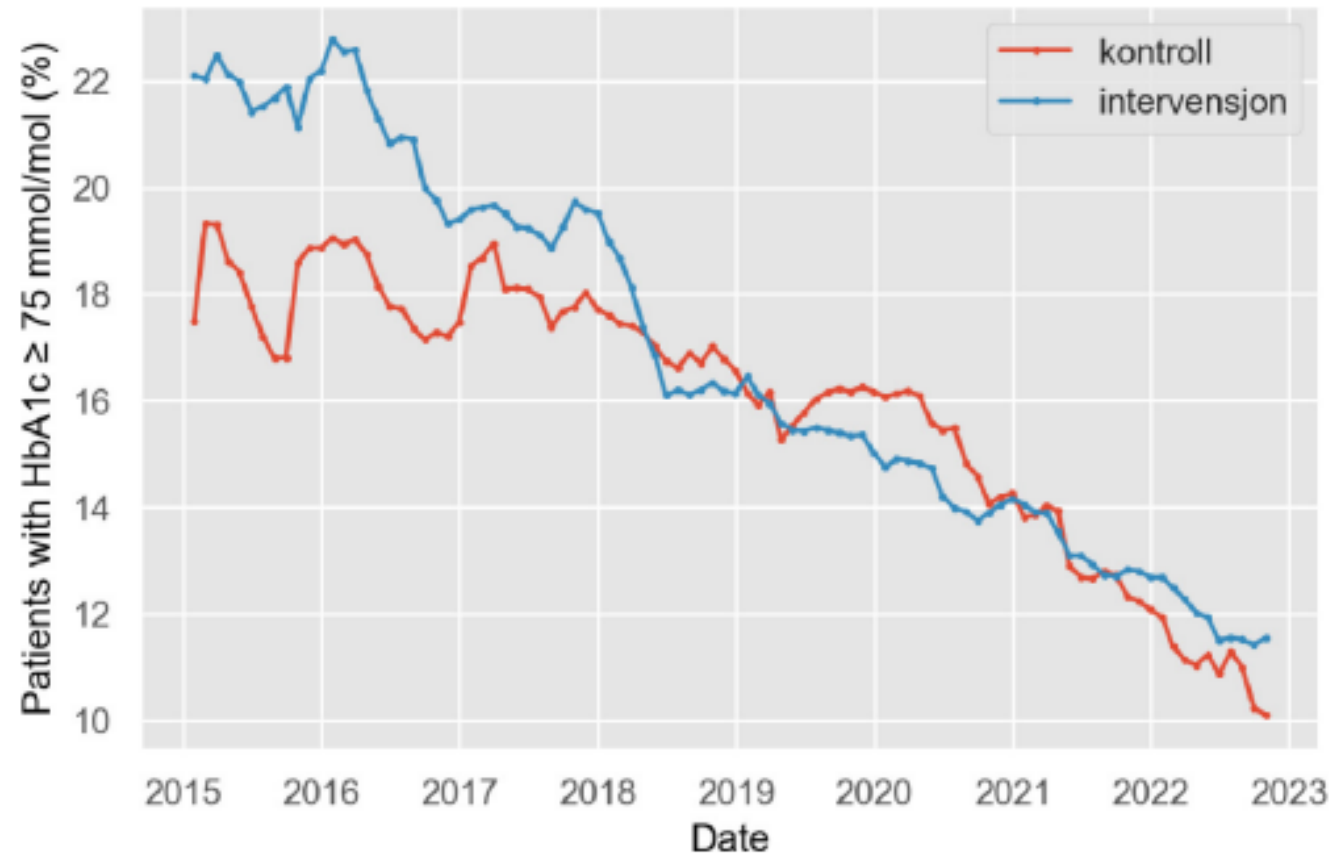
Tiltak for å redusere HbA1c basert på utført litteratursøk:

- Tett kontakt gir effekt
- Hyppige egenmålinger (ideelt sett 7-8 per dag) gir lavere HbA1c
- Bytte til moderne insulin for de som fortsatt står på gamle regimer er anbefalt. For eksempel bytte til langsomtvirkende insulinanaloger for å redusere faren for hypoglykemi
- Bruk av insulinpumpe (Noe usikkert resultat for HbA1c-nivå, men kan være bra for pasientens livskvalitet)
- Bruk av CGM (kontinuerlig glukosemåler) gir effekt i form av lavere HbA1c-nivå
- Strukturert opplæring (eksempel DAFNE-programmet i England)
- Telemedisin (apper etc) gir noe usikker effekt

Andre tiltak som ble anbefalt å fokusere på (basert på erfaringskunnskap) var:

- Startkurs ved det lokale lærings- og mestringssenteret
- Kurs i kosthold og karbohydrattelling.
- Aktiv bruk av Diasend (direkteoverføring av blodsukkerverdier fra pasienten til diabetespoliklinikken) forut for konsultasjonen og ved telefonkonsultasjoner.
- Kartlegge behov for psykolog og andre ressurspersoner.

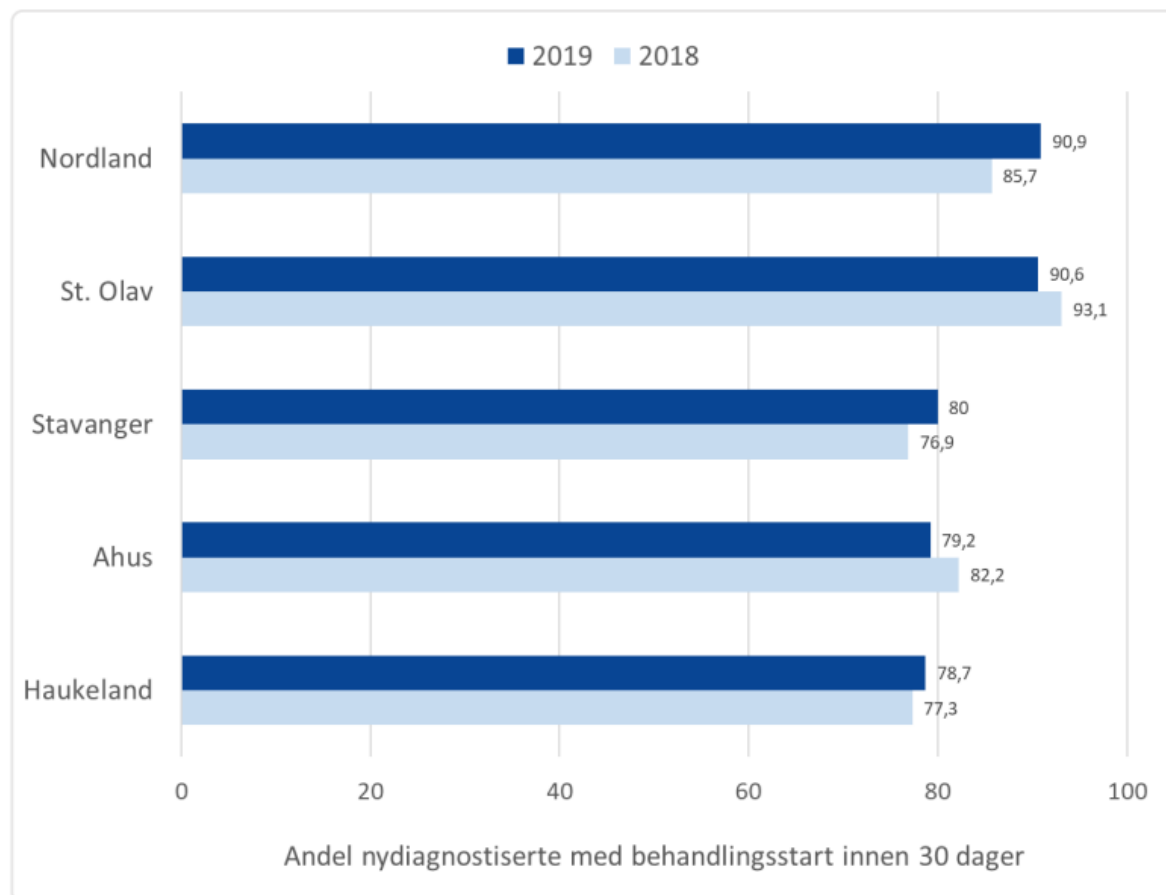




**Figure 2** Statistical process control (SPC) run-chart showing the proportion of patients with HbA1c $\geq$ 75 mmol/mol for intervention and control clinics in the period 31 January 2015–31 October 2022 (based on monthly updates). HbA1c, glycated haemoglobin.

# Multippel sklerose – oppstart av behandling innen 30 dager

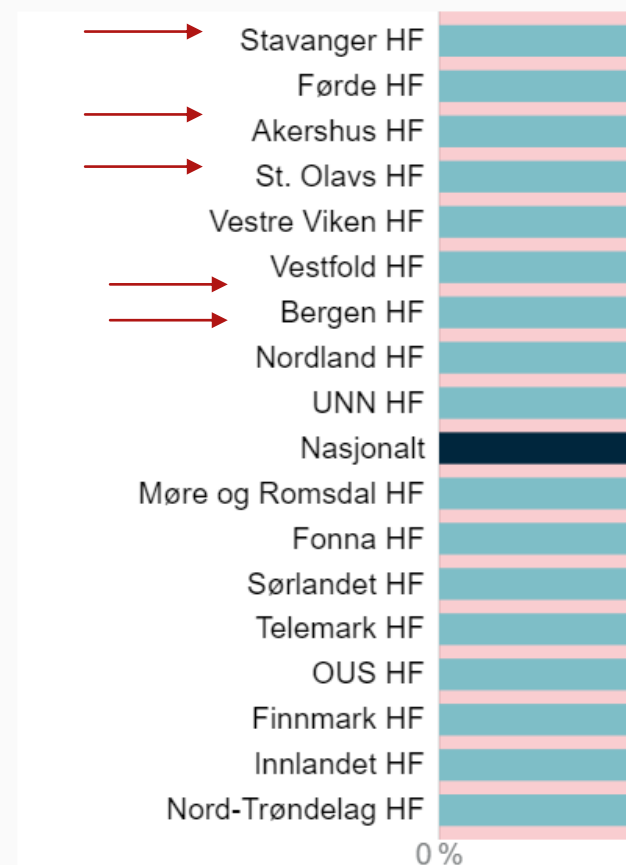
**Figur 2.** Andel ny-diagnostiserte pasienter som fikk behandlingsstart innen 30 dager fordelt på de 5 sykehusene. Tall vist for både 2018 og 2019. I 2019 ble pasienter som fikk diagnosen frem til og med juni inkludert.



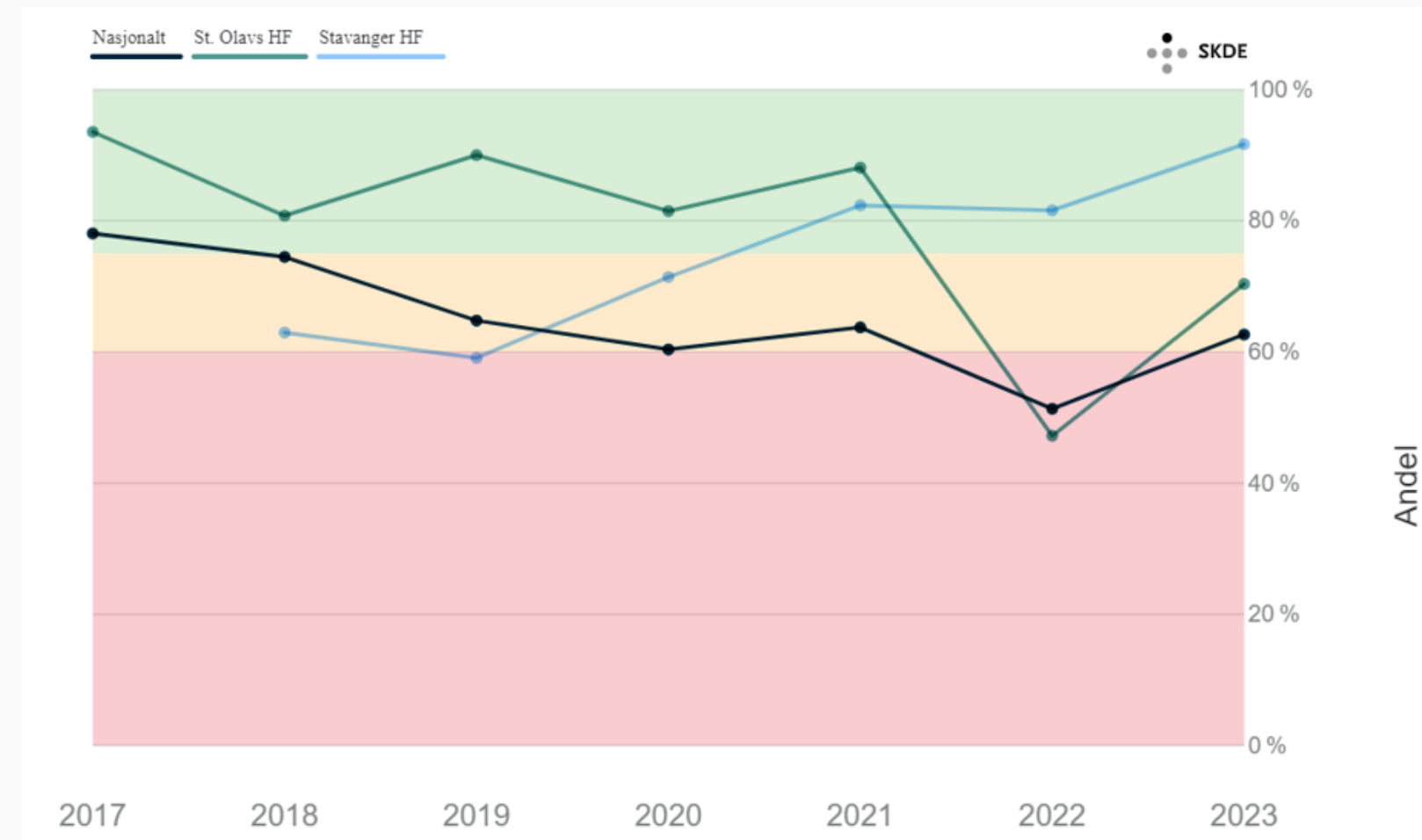
# Resultater oppfølging MS

Tid til behandling (2017-2023)

## Tid til behandling



Kilde: Norsk MS-register og biobank



Kilde: Norsk MS-register og biobank







# Cerebral palse

ORIGINAL ARTICLE

 OPEN ACCESS 

## The implementation of systematic monitoring of cognition in children with cerebral palse in Sweden and Norway

Maja Knudsen<sup>a</sup>, Kristine Stadskleiv<sup>a,b</sup> , Elisabeth O'Regan<sup>c</sup> , Ann I. Alriksson-Schmidt<sup>c</sup> , Guro L. Andersen<sup>d</sup>, Sandra Julsen Hollung<sup>d</sup> , Åsa Korsfelt<sup>e</sup> and Pia Ödman<sup>f</sup>

<sup>a</sup>Department of Clinical Neurosciences for Children, Oslo University Hospital, Oslo, Norway; <sup>b</sup>Department of Special Needs Education, University of Oslo, Oslo, Norway; <sup>c</sup>Department of Clinical Sciences Lund, Orthopaedics, Lund University, Lund, Sweden; <sup>d</sup>Norwegian Quality and Surveillance Registry for Cerebral Palse (NorCP), Vestfold Hospital Trust, Tønsberg, Norway; <sup>e</sup>Habilitation Centre, Ryhov County Hospital, Jönköping, Sweden; <sup>f</sup>Department of Health, Medicine and Caring Sciences, Physiotherapy, Linköping University, Linköping, Sweden

### ABSTRACT

**Purpose:** Children with cerebral palse (CP) are at risk of cognitive impairments and need to be cognitively assessed to allow for individualized interventions, if applicable. Therefore, a systematic protocol for the follow-up of cognition in children with CP, CPCog, with assessments offered at five/six and 12/13 years of age, was developed. This report presents and discusses assessment practices in Sweden and Norway following the introduction of CPCog and a quality improvement project in Norway aimed at increasing the number of children offered cognitive assessments.

**Materials and methods:** A questionnaire investigating assessment practices was sent to pediatric habilitation centers in Sweden and Norway. In Norway, the habilitation centers also participated in a quality improvement project aimed at increasing adherence to the CPCog protocol.

**Results:** Of the respondents, 64–70% report that they assess cognition in children with all degrees of motor impairment, and 70–80% assess at the ages recommended in CPCog. Following the quality improvement project in Norway, the percentage of children assessed increased from 34 to 62%.

**Conclusions:** The findings illustrate that the provision of information is not sufficient to change practice. Implementation of new re/habilitation procedures is aided by targeting health care practices individually.

### ARTICLE HISTORY

Received 28 August 2021

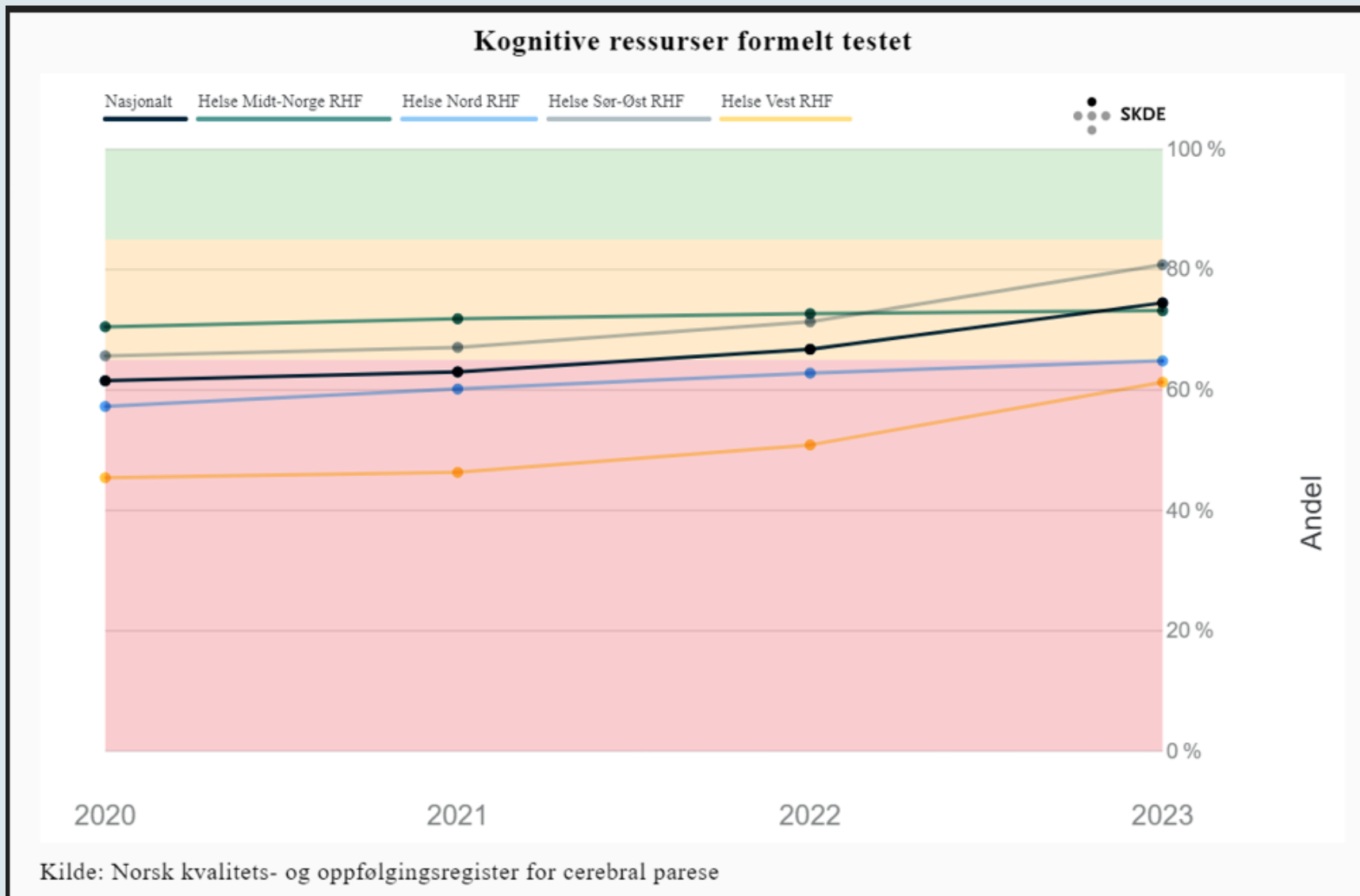
Revised 15 June 2022

Accepted 19 June 2022

### KEYWORDS

Cerebral palse; cognition; health service implementation; mental health; CPCog; national registries; systematic follow-up; assessment

# Oppfølging CP i etterkant av prosjektet





# Langvarig postoperativ smerte etter inkontinenskirurgi med syntetiske slyngeimplantater

## - Hvordan sikre tidlig diagnose og behandling?

- ▶ Bakgrunn: Norsk kvinnelig inkontinensregister (NKIR) anbefaler 3-årskontroller for blant annet å avdekke komplikasjoner som langvarig smerte, men disse gjennomføres i lav grad (under 22 % nasjonalt). Utover 2000-tallet viste det seg at implantater kunne forårsake langvarige smerter hos enkelte kvinner. Studier viste varierende insidens av smerte: **1%-31%**
- ▶ Mål: øke andelen kontroller ved 3 år for å avdekke omfang av langvarige smerter
- ▶ Resultat: 3-årskontroller **87%** hos deltakende avd. vs **32%** hos andre
- ▶ Funnt: 4% anga smerte etter 3 år, **2%** hadde smerter som kunne relateres til slynge

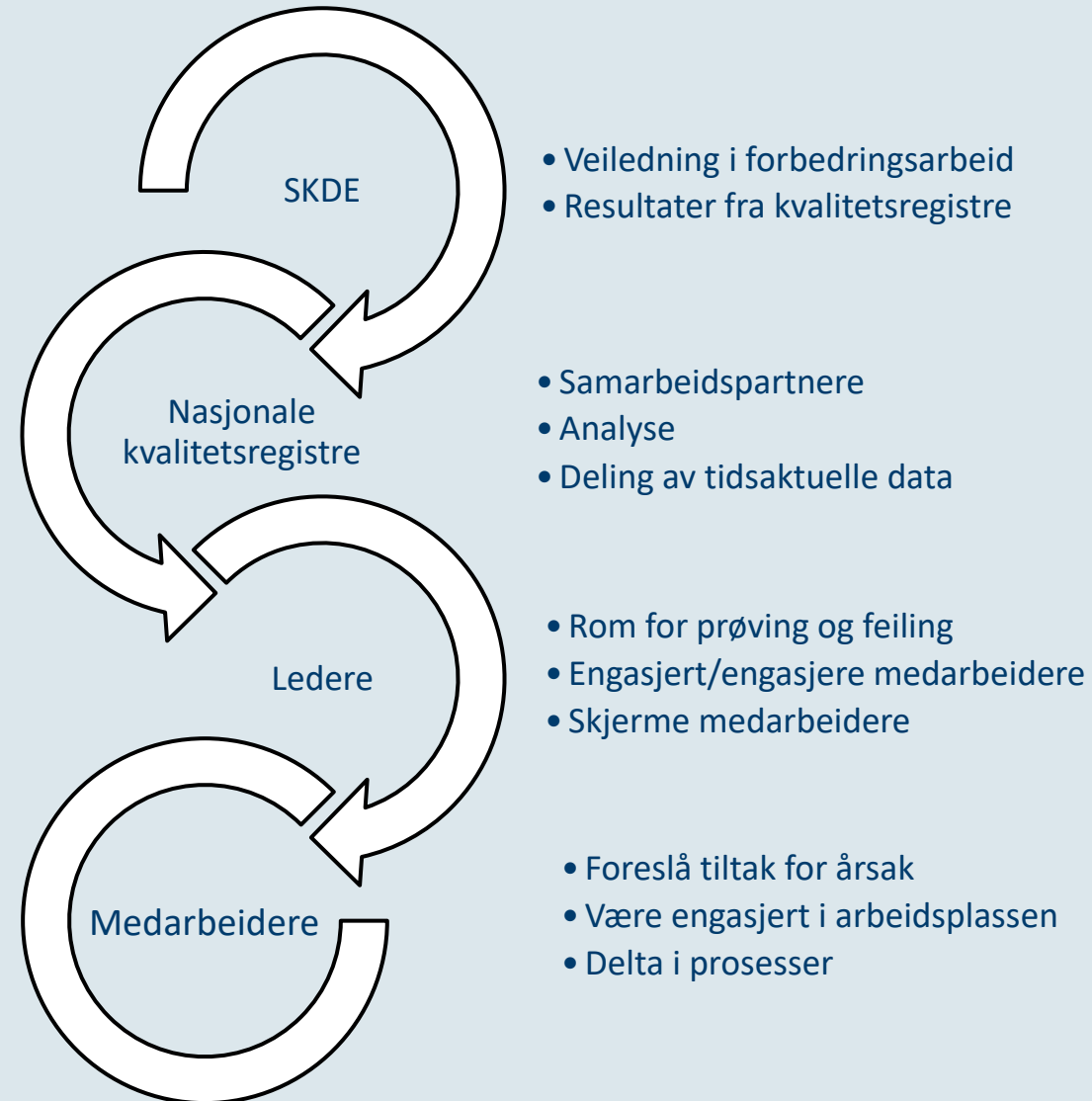


# Noen læringspunkter

- ▶ Lokal ledelsesforankring; lokal leder må delta aktivt i hele prosessen.
- ▶ Representanter for de yrkesgrupper som omfattes av endringen må være med i lokal arbeidsgruppe.
- ▶ Ikke ta for gitt at alle har kunnskap om kvalitetsforbedringsteori/effektiv endringstenkning.
- ▶ Feire delmål
- ▶ Fokuserer på det positive som faktisk blir gjort
- ▶ Faglig påfyll som også kunne brukes i andre sammenhenger, f eks kunnskap om forbedringsteori/metodikk med konkrete hjelpemiddel/metoder for å komme videre i prosessen,
- ▶ Statistisk prosesskontroll kan fort oppfattes som en stor barriere. Løft fram poenget med enkle prosessmålinger framfor statistiske utfordringer.
- ▶ Skriv prosjektdagbok underveis; både på lokalt og på overordnet plan. Når prosjekt går over lengre tid er det fort å glemme hva som ble gjort underveis i prosessen.



# Hva skal til for å nå målene?



# Forbedringsarbeid uten prosjektmidler

- ▶ Kvalitetsregistrene må rapportere hvordan de bidrar til kvalitetsforbedring for sin pasientgruppe
- ▶ I årsrapporter for 2023 har 46 kvalitetsregistre oppgitt at de hadde identifisert områder med behov for klinisk kvalitetsforbedring.
- ▶ Samtidig oppga 43 registre at det i løpet av året ble startet eller kontinuert kvalitetsforbedringsarbeid.

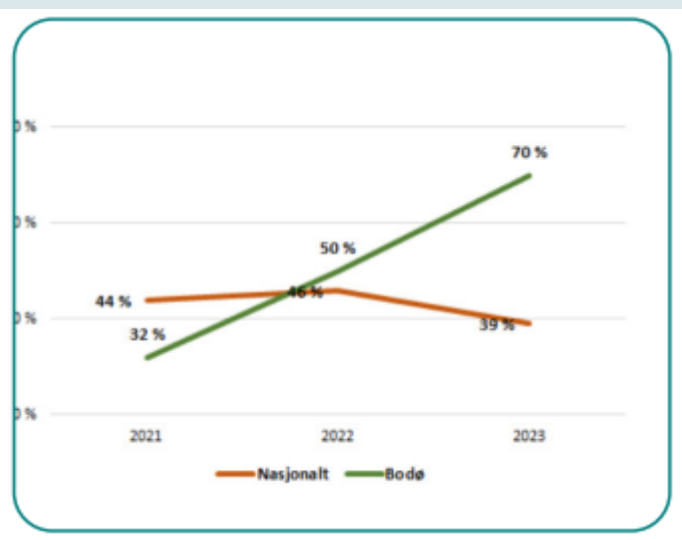


# Hjerneslag - informasjon fra årsrapport

- ▶ Namsos sykehus har i 2021–2022 jobbet med forbedring av trombolyseteam. Prosedyrer er oppdatert. Undervisning av sykepleiere og leger, og forbedring av samarbeid med AMK.
- ▶ Dette har resultert i at andelen som fikk trombolyse innen 40 minutter etter ankomst til sykehuset **økte fra 50 prosent i 2021 til 88 prosent i 2022.**



- ▶ Nordlandssykehuset Bodø har hatt økt fokus på etterkontroller etter hjerneslag. Slagenheten har innført et standardisert løp for pasientinformasjon og pasientflyt ved utskrivning, for å sikre at pasienter får kontroll på poliklinikk tre måneder etter hjerneslaget.
- ▶ Resultater viser at andelen pasienter som får en slik kontroll har **økt fra 32 prosent i 2021 til 70 prosent i 1. tertial 2023.**



# Norsk karkirurgisk register

## - Informasjon fra årsrapport

- ▶ Sykehuset Østfold: 30 dagers dødelighet for intakt utposning på hovedpulsåren (AAA) etter åpen operasjon . Nå alltid to overleger tilstede ved større karoperasjoner.  
Resultat: **6,3 %** i 2020 , **4,3 %** i 2021 og **0 %** 2022
- ▶ Sykehuset Innlandet: har hatt større fokus på god pasientseleksjon  
Dødelighet gikk ned fra **9,5 %** i 2021 til **3,7 %** i 2022.
- ▶ Sørlandet sykehus: Andelen behandlet innen 14 dager etter symptom på carotisstenose i 2022 var **88 %**, en økning fra 75 % i 2021 etter fortløpende monitorering.



# Publisering

## SQUIRE – retningslinje for publisering av kvalitetsforbedringsprosjekt

Mange lands vitenskapelige tidsskrifter har tatt i bruk en retningslinje for publisering av kvalitetsforbedringsprosjekter, kalt SQUIRE-retningslinjer. Den er blitt oversatt til norsk, slik at den kan tas i bruk når norske prosjekter innen kvalitetsforbedring skal publiseres.

- For en utdypende forklaring på punktene i retningslinjen, henvises det til: G Ogrinc, S E Mooney, C Estrada, T Foster, D Goldmann, L W Hall, M M Huizinga, S K Liu, P Mills, J Neily, W Nelson, P J Pronovost, L Provost, L V Rubenstein, T Speroff, M Splaine, R Thomson, A M Tomolo, B Watts (2008). [The SQUIRE \(Standards for Quality Improvement Reporting Excellence\) guidelines for quality improvement reporting: explanation and elaboration.](#)

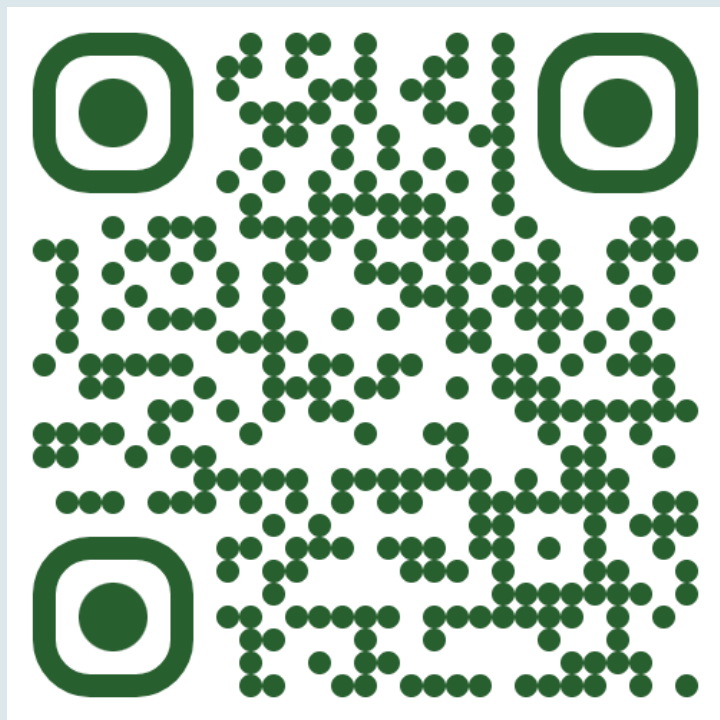
# Oppsummering

- ▶ Medisinske kvalitetsregistre har forbedring av klinisk praksis som sitt hovedformål
- ▶ I Norge er det et krav til nasjonale medisinske kvalitetsregistre at de identifiserer forbedringsområder og viser at data fra registeret brukes i klinisk forbedringsarbeid. Ekspertgruppen vurderer kvalitetsregistrenes funksjon og utvikling hvert år
- ▶ Nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetsregistre lyser ut midler årlig til kvalitetsforbedringsprosjekter
- ▶ Servicemiljøet veileder registre/fagmiljø i utarbeiding av søknader og følger prosjektene fra begynnelse til slutt
- ▶ Mange gode eksempler på hvor viktig kvalitetsregistrene er for forbedring av helsetjenesten!



# Ønsker du å vite mer om oss?

► Les mer på [www.skde.no](http://www.skde.no)



[Eva.stensland@helse-nord.no](mailto:Eva.stensland@helse-nord.no)