

ÅRSRAPPORT 2021



OM OSS

AKTIVITETER

FORSKNING OG UTVIKLING

INNHOOLD

OM SKDE

FORORD	3
VÅRT OPPDRAG	4
VÅR ORGANISASJON	5
NY LEDELSESSTRUKTUR	8

AKTIVITETER

KPR-DATA	12
WEBINAR OM KORONA	14
HØRINGSSVAR	16
REVIDERTE NETTSIDER	17
HELSE- OG KVALITETSREGISTERKONFERANSEN	18
SLIK LAGER VI HELSEATLAS	22
RAPPORTEKET - DATA TIL PANDEMIREGISTERET	26

FORSKNING OG UTVIKLING

BARNES SYKEHUSINNLEGGELSE	30
FORSKNING VED HJELP AV MEDISINSKE KVALITETSREGISTRE	32
KVALITETSFORBEDRINGSPROSJEKT - TONSILLE	34
STRATEGI	36
PUBLIKASJONER	38

VÅRT MÅL
BEDRE OG MER
LIKEVERDIGE HELSETJENESTER

FORORD

Årsrapport 2021 for SKDE kommer her med nytt innhold og ny innpakning – litt sent, men forhåpentligvis godt. Dette nye uttrykket er en del av senterets målretta satsing i 2021 på

KUNNSKAPSOVERFØRING, som sammen med REGISTERKOMPETANSE og FORSKNING er våre tre strategiske områder.

Vi håper at denne årsrapporten blir opplevd som interessant og informativ.

I 2021 er SKDEs organisasjon endret med etablering av en forskningsseksjon og beslutning om innføring av ny ledelsesmodell. Arbeidet med videreutvikling og delvis fullføring av våre nye interaktive nettsider for formidling av kvalitetsregister-, helseatlasdata og styringsinformasjon fra SKDE, har preget kjernevirksomheten i analyse- og servicemiljøseksjonene.

Pandemien har også preget arbeidet vårt i 2021. Vi lærte mye av samarbeidet med de regionale helseforetakene gjennom arbeidet med rapporten om spesialisthelsetjenestens ivaretagelse av «sørge-for-ansvaret» under pandemien. Tross ulik organisering og ulikt virksomhetsfokus, lyktes vi med en rapport som dokumenterte tydelige funn. Selv om behovet for helsepersonell var velkjent, er sårbarheten ved drift basert på omfattende innleie tydeliggjort. Vårt håp er at dette kan inspirere til tiltak for å bedre bemanningssituasjonen i tjenesten. Både under normal drift og i mer kritiske perioder, som for eksempel pandemi.

SKDE har lyktes med rekruttering av kompetanse til våre stillinger. Minst 12 forskjellige fagbakgrunner er representert i senteret, og tverrfaglig problemløsning er en forutsetning for det meste av vår virksomhet.

Vi håper at vår kommunikasjon med og formidling til beslutningstakere, myndigheter og folk flest kan bidra til større innsikt i og forståelse for nødvendige tiltak for å redusere forskjeller og bedre kvaliteten i spesialisthelsetjenesten.

God lesning – og send oss gjerne spørsmål eller kommentarer på post@skde.no

VÅRT OPPDRAG

SKDE skal understøtte spesialisthelsetjenestens sørge-for-ansvar. Det vil si å gi tilstrekkelige og forsvarlige helsetjenester til befolkningen i helse-regionen.

SKDEs formål

- Å synliggjøre geografiske ulikheter i omfang og kvalitet i spesialisthelsetjenesten
- Å tilrettelegge for kvalitetsforbedring i tjenesten
- Å bidra til likeverdige helsetjenester av god kvalitet uansett hvor pasientene bor

SKDEs OPPGAVER BESTÅR AV

- DRIFT AV NASJONALT SERVICEMILJØ FOR MEDISINSKE KVALITETSREGISTRE
- Å IVARETA OPPDRAGET TIL NASJONALT SERVICEMILJØ I HELSE NORD RHF
- Å DOKUMENTERE VARIASJON GJENNOM HELSEATLAS
- ANALYSER OG UTREDNINGER INNEN VARIASJON OG KVALITET
- HELSETJENESTEFORSKNING INNEN AVDELINGENS KJERNEVIRKSOMHET
- Å BIDRA MED RELEVANT STYRINGSINFORMASJON TIL HELSEFORETAKENE

2004

SKDE BLIR OPPRETTET

2008

VIRKSOMHETEN UTVIDES MED EN REGIONAL REGISTERENHET FOR HELSE NORD

2009

NASJONALT SERVICEMILJØ FOR MEDISINSKE KVALITETSREGISTRE ETABLERES

2015

DET FØRSTE HELSEATLASET PRESENTERES

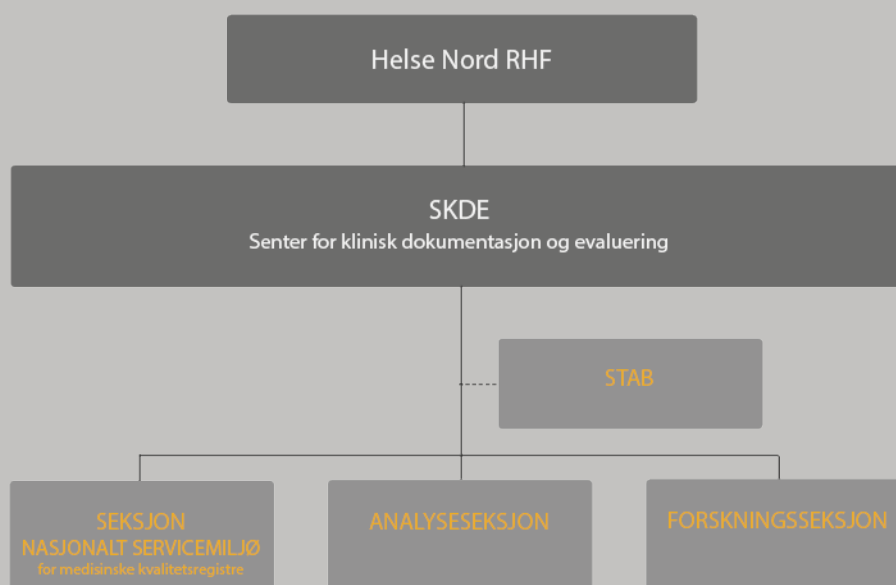
ORGANISASJON

SKDE er en frittstående avdeling i Helse Nord RHF med direkte linje til administrerende direktør.

Direktør i SKDE møter i utvidet ledergruppe i Helse Nord RHF. Ledergruppen i SKDE har terti-
alvise oppfølgingsmøter med ledergruppen i Helse Nord RHF.

Ledergruppen i SKDE består av de tre seksjonslederne, direktør og rådgiver i stab.

SKDEs fagråd er bindeledd mellom SKDE og de enkelte HF i Helse Nord. Det ble avholdt to møter i fagrådet i 2021.



2016

SKDE FÅR I OPPDRAG Å ØKE FORSKNINGS-
VIRKSOMHETEN, SAMT UTVIDE OG STYRKE SITT
INTERNASJONALE OG INTERNE SAMARBEID

2020

SKDE FÅR ANSVAR FOR
TEKNOLOGIFORUM FOR
MEDISINSKE KVALITETSREGISTRE (FMK)

2021

NY STYRINGSMODELL
INNFØRES



De fleste av de ansatte hos SKDE samlet på fagdag.

HVEM ER VI?

Fakta om ansatte i 2021

ÅRSVERK SKDE: 25,15

ANTALL ANSATTE PR. 31.12.2021: 32

STIPENDIATER: 3

POST DOC: 1

ANTALL ANSATTE MED DOKTORGRAD: 8

ANTALL ANSATTE MED PROFESSORKOMPETANSE: 6



TVERRFAGLIGHET I SKDE

Vår organisasjon rommer mange ulike yrker som utfyller hverandre i arbeidet. Hos oss finner du et spenn i fagbakgrunner, fra jordmor til agronom.

Sammen jobber vi for

VÅR VISJON - PASIENTENS BESTE

NY LEDELSESSTRUKTUR INNFØRT VED SKDE

Året 2021 bød på en del organisasjonsendringer ved SKDE, både når det gjelder ledelse, seksjoner og stillinger.

Det ble blant annet vedtatt å innføre enhetlig ledelse ved SKDE. Bakgrunnen for å innføre enhetlig ledelse er at SKDE skal styres etter gjeldende nasjonale prinsipper og metoder, med klare ansvarslinjer.

Det innebærer en ansvarlig leder på alle nivå i SKDEs virksomhet. Seksjonslederne har fått personal- og budsjettansvar for ansatte i egen seksjon, og SKDE-direktøren har personalansvar for de ansatte i staben og seksjonslederne.



Eva Stensland, fag- og forskningssjef



Philip A. Skau, seksjonsleder i
Nasjonalt Servicemiljø

Foto: Randi Solhaug

NY FORSKNINGS- SEKSJON

I løpet av året ble det etablert en tredje seksjon ved SKDE, forskningsseksjonen.

Det ble utlyst en ny stilling som fag- og forskningssjef, noe som innebærer å både være seksjonsleder for forskningsseksjonen og fagsjef for SKDE. Stillinga er et ledd i SKDEs økte satsing på pasientnær helse-tjenesteforskning.

I oktober ble Eva Stensland ansatt som fag- og forskningssjef, og skal utvikle og lede det medisinskfaglige samarbeidet og helsetjenesteforskningen.

NY SEKSJONSLEDER I SERVICEMILJØET

Stensland kom fra stillingen som seksjonsleder i Nasjonalt Servicemiljø. Første desember tok Philip A. Skau over denne stillinga. Han har jobbet med medisinske kvalitetsregistre i 15 år og kjenner derfor området godt.

Første januar 2022 markerte overgang til enhetlig ledelse ved SKDE. Ledergruppa består nå av direktøren, de tre seksjonslederne og seniorrådgiver kommunikasjon.

AKTIVITETER

VÅR VISJON
PASIENTENS BESTE







Seksjonsleder Hanne Sigrun Byhring (f.v.), og Tove Johansen i Analyseseksjonen hos SKDE. Foto: Randi Solhaug

KPR-DATA GIR NYE ANALYSEMULIGHETER

Høsten 2021 fikk SKDE for første gang tilgang på data fra Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR). Dataene skal blant annet bidra til å gjøre Helseatlasene enda bedre.

Tilgangen til KPR markerer en milepæl for SKDE, for med data fra dette registeret vil mulighetene for dataanalyse ved analyseseksjonen bli betraktelig utvidet.

Alle de 11 Helseatlasene som hittil har blitt laget har vært basert på data fra spesialisthelsetjenesten i Norsk pasientregister (NPR). Tall fra primærhelsetjenesten har derimot ikke analytikerne ved SKDE hatt tilgang på — før nå.

KAN FØLGE HELE BEHANDLINGSFORLØPET

Seksjonsleder for analyseseksjonen i SKDE, Hanne Sigrun Byhring, er veldig fornøyd med at de nå kan benytte både NPR-data og KPR-data i sine analyser. Hun mener det vil gi dem en større oversikt og fylle ut bildet der de tidligere har lurt på funn de har gjort.

— I våre analyser har vi noen ganger sett store, geografiske variasjoner i bruken av spesialisthelsetjenesten og lurt på om det er en reell variasjon, eller om det er et uttrykk for funksjonsdeling mellom spesialisthel-

setjenesten og kommunehelsetjenesten. Det så vi for eksempel da vi analyserte pasienters bruk av spesialisthelsetjenesten i barseltid. Man kan tenke seg at noen pasienter kanskje har fått all oppfølging i primærhelsetjenesten og derfor ikke har hatt behov for å henvises til spesialisthelsetjenesten. Men det kan vi egentlig ikke vite noe om når vi bare har data spesialisthelsetjenesten. Fordelen med å ha tilgang på tall fra begge registrene er at vi nå kan følge enkeltindivider fra de tar kontakt med primærhelsetjenesten og videre i behandlingsforløpet. Da kan vi forhåpentlig få svar på de funnene vi tidligere har undret oss over, forklarer Byhring.

VIL FORBEDRE HELSEATLAS

Det neste helseatlas fra SKDE er under utarbeiding og vil omhandle kroniske sykdommer. Det blir det 12. atlas i rekken, men det første der man tar i bruk data fra begge de to pasientregistrene.

— Det vil være veldig viktig, for pasienter med kroniske sykdommer får veldig ofte behandling på begge

KOMMUNALT PASIENT- OG BRUKERREGISTER (KPR)

KPR inneholder data fra norske kommuner om personer som har søkt, mottar eller har mottatt helse- og omsorgstjenester. Formålet er å gi grunnlag for forskning, kvalitetssikring, planlegging og styring av helse- og omsorgstjenesten.

Registeret bygges trinnvis og skal inneholde data fra alle tjenester som er nevnt i lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (lovdata.no). Forskrift om kommunalt pasient- og brukerregister sier hvilke opplysninger som kan registreres.

NORSK PASIENTREGISTER (NPR)

Norsk pasientregister inneholder helseopplysninger om alle personer som har fått behandling, eller som venter på behandling i spesialisthelsetjenesten.

Kilder: Helsedirektoratet.no og Direktoratet for e-helse.

nivåene. Da vil det være interessant å se nærmere på hvordan behandlingen varierer med tanke på geografisk fordeling? Alder? Kjønn? Her er det mye å utforske og se nærmere på, forteller Hanne Sigrun Byhring, og legger til:

— Når vi etter hvert også begynner å oppdatere tidligere helseatlas så vil KPR-dataene gi oss nye muligheter til å utforske og fylle ut hulrom. Mens vi tidligere kunne si “vi tror dette kan være uberettiget variasjon”, så kan vi nå være litt mer sikre. Vi kan trolig gjøre mer dyptpløyende analyser enn før, og de blir kanskje mer utfyllende, spennende – og forhåpentlig enda mer nyttige.

GIR NYTTIG STYRINGSINFORMASJON

Siden KPR ble etablert av Helsedirektoratet i 2018, har det samlet inn og tilgjengeliggjort oppdaterte og kvalitetssikrede helsedata fra norske kommuner. KPR gir derfor et godt grunnlag for kvalitetsforbedring, statistikk, helseanalyser, forskning, innovasjon og beredskap. Byhring forteller at data fra primærhelsetjenesten der-

for har vært etterspurt av fagmiljøer som benytter seg av analysene fra Helseatlas.

— Vi har ønsket å få tilgang til KPR i noen år nå, og det er takket være de fire regionale helseforetakene (RHF-ene) at vi har fått det til. Det har vært et mål for oss å få de to kildene sammenkoplet og sett i sammenheng slik at vi kan få bedre analysegrunnlag. Så store datamengder øker jo arbeidet vårt med tilrettelegging, men vi får så mye ut av jobben at det er ingen ulempe, mener hun.

Ifølge Helsedirektoratet har KPR også som mål å bidra med informasjon og kunnskap som kan fremme helse, forebygge sykdom og skade, og gi bedre helse- og omsorgstjenester. Det er også SKDEs mål med Helseatlas.

— Vi ønsker å fremskaffe nyttig styringsinformasjon som kan være grunnlag for gode beslutninger i helsesektoren, avslutter Hanne Sigrun Byhring.



Barthold Vonen, direktør SKDE. Foto: Randi Solhaug

ARRANGERTE WEBINAR OM ERFARINGER FRA KORONAPANDEMIEN

Rapporten **Ett år inn i koronapandemien – ivaretagelse av spesialisthelsetjenestens «sørge-for-ansvar»** ble lagt fram på webinar 21. juni 2021.

Rapporten er et regionalt samarbeidsprosjekt, og på webinarret ble de viktigste funnene presentert.

Blant annet kunne seerne få vite mer om hvordan spesialisthelsetjenesten har håndtert psykisk helsevern, somatiske (fysiske) helsetjenester og en utfordrende bemanningssituasjon. Funnene ble presentert av representanter fra regionene.

NYTTIGE FUNN

– Alle helseregionene har bidratt i dette analysearbeidet, som er ledet av Senter for klinisk dokumen-

tasjon og evaluering (SKDE). Denne rapporten gir oss svært nyttig informasjon om hvor vi leverer og hvor vi ikke leverer, sier administrerende direktør i Helse Nord, Cecilie Daae.

I webinarret diskuterte Daae planverk for beredskap, bemanningsutfordringer og hvorfor Helse Nord på noen områder skiller seg fra de andre regionene.

Konstituert administrerende direktør i Helse Sør-Øst, Jan Frich, snakket om spesialisthelsetjenestens etterlevelse av sørge-for-ansvaret. Det vil si de regionale helseforetakenes oppdrag om å legge til rette for at pasientene og befolkningen får de spesialisthelsetjenestene de skal ha.

FUNN

- SPESIALISTHELSETJENESTEN HAR LEVERT TILFREDSTILLENDE HELSETJENESTER
- AVSTAND OG REISETID BETYR LITE FOR HELSETILBUDET
- INNLEIE AV PERSONELL ER EN NASJONAL UTFORDRING SOM TYDELIG HAR VIST SEG I PANDEMIEN
- IKKE ROBUST NOK BEMANNING I EN KRISE
- LENGRE VENTETID FOR NOEN HELSETJENESTER

HELSE ••• NORD HELSE ••• MIDT-NORGE HELSE ••• VEST HELSE ••• SØR-ØST

Ett år inn i koronapandemien

IVARETAKELSE AV SPESIALISTHELSETJENESTENS SØRGE-FOR-ANSVAR



TO UTFORDRENDE SPØRSMÅL

Behov for innleie av personell er en nasjonal utfordring som tydelig har vist seg i pandemien, og særlig i Helse Nord. Dette viser også rapporten. For administrerende direktør i Helse Nord, Cecilie Daae, reiser dette funnet to spørsmål:

– Rapporten avklarer at vi ikke har robust nok bemanning i en krise. Er vi da robuste nok i en normalsituasjon? Det andre spørsmålet er om det er solidarisk å hente personell fra land som også er i pandemi og avhengige av det samme personellet, sier Daae.

AVSTAND OG REISETID BETYR LITE

SKDE-direktør Barthold Vonen ledet webinarer og presenterte analysene som de regionale helseforetakene har gjort sammen:

– Overordnet ser det ut som at spesialisthelsetjenesten har levert tilfredsstillende. Vi ser blant annet at avstand og reisetid for pasienter har hatt liten effekt på tilbudet pasientene har mottatt under pandemien, derimot ser vi at høy beredskap og en lite bærekraftig bemanningssituasjon har skapt en viss slitasje og sårbarhet med hensyn til tempoet på tjenester vi klarer å tilby i spesialisthelsetjenesten, sier Vonen og viser med det til lengre ventetider for noen helsetjenester.

FUNNENE BLE PRESENTERT AV REPRESENTANTER FRA REGIONENE

- ADMINISTRERENDE DIREKTØR I HELSE NORD, CECILIE DAAE
- KONSTITUERT ADMINISTRERENDE DIREKTØR I HELSE SØR-ØST, JAN FRICH
- DIREKTØR, SKDE, BARTHOLD VONEN



SKDE MED VIKTIG HØRINGSSVAR TIL DEPARTEMENTET


Fredag 13. august 2021 gikk fristen ut for å gi hørings svar til forslaget til forskrift om en nasjonal løsning for tilgjengeliggjøring av helsedata (Helseanalyseplattformen (HAP) og Helsedataservice*).

HAP skal gi forskere, media og andre raskere og enklere tilgang til helsedata gjennom å sammenkoble data fra flere registre. Kostnadene skal delvis dekkes inn via brukerfinansiering. I sitt hørings svar påpeker imidlertid SKDE at «Foreløpig forslag til prisliste for å gjøre data tilgjengelig viser at løsningen vil innebære en betydelig kostnadsøkning for brukerne». Frykten er at kostnadene blant annet vil kunne ramme master- og doktorgradsstudenter og føre til mindre bruk av kvalitetsregisterdata til forskning.

SKDE påpeker også at med forslaget overføres vedtaksmyndighet fra registerforvalterne (ofte et helseforetak) til Helsedataservice. Det vil føre til at registerforvalterne ikke selv skal kunne fatte vedtak om å gi opplysningene i registeret for bruk i forskning.

Kreftregisteret, Den norske legeforening, Legemiddelindustrien (LMI) og Folkehelseinstituttet (FHI) deler samme bekymring i sine hørings svar.

*Helseanalyseplattformen ble satt på vent i november 2021.



Kvalitet i helsetjenesten

Medisinske kvalitetsregistre har informasjon om behandlingskvalitet som kan bidra til å forbedre helsetjenesten. For å gjøre det enkelt har vi samlet relevante resultater fra nasjonale medisinske kvalitetsregistre på ett sted.

VELG REGISTER VELG SYKEHUS

Kvalitetsforbedring Datakvalitet Etablering

REVIDERTE NETTSIDER

I februar 2021 ble det lansert en revidert utgave av www.kvalitetsregistre.no. Nettsidene har fått nytt design, samt oppdatert og kvalitetssikret innhold. Det er også laget en ny og forbedret struktur på nettsidene.

Formålet med å revidere nettsiden har vært å sørge for at brukerne opplever innholdet som nyttig og av god kvalitet, samt å gjøre nettsidene mer brukervennlige og lettere å vedlikeholde i fremtiden.

”NETTSIDEN ER EN BRUKERHÅNDBOK FOR REGISTRENE - OG OPPSUMMERER HVA NASJONALT SERVICEMILJØ BIDRAR MED TIL NASJONALE KVALITETSREGISTRE”

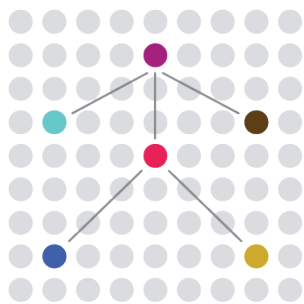
Det ble publisert 32 nyhets saker på www.kvalitetsregistre.no i 2021 MED INFORMASJON til registrene.

RESULTATER FRA NASJONALE MEDISINSKE KVALITETSREGISTRE

INTERAKTIVE RESULTATER fra registrene publiseres i en egen [NETTPORTAL](#)

Den primære målgruppen er ledere og personer som jobber med kvalitet i helsetjenesten. Nettportalen vil også kunne være nyttig for andre med interesse av kvalitet i helsetjenesten. Det er ønskelig at [nettportalen](#) blir aktivt brukt av pasient- og brukerorganisasjoner.

Man kan også enkelt sammenligne ulike behandlingseenheter og se på likheter i måloppnåelse, samt følge disse over tid. Det er også mulig å fremheve områder med lav, moderat og høy måloppnåelse for alle sykehus eller helseforetak, for å enkelt få oversikt over områder hvor det er behov for oppfølging og kvalitetsforbedring. Denne informasjonen gjør at sykehusene selv kan igangsette kvalitetsforbedringsprosjekter på områder der de har lav måloppnåelse.



**HELSE- OG
KVALITETSREGISTER
KONFERANSEN**

2021

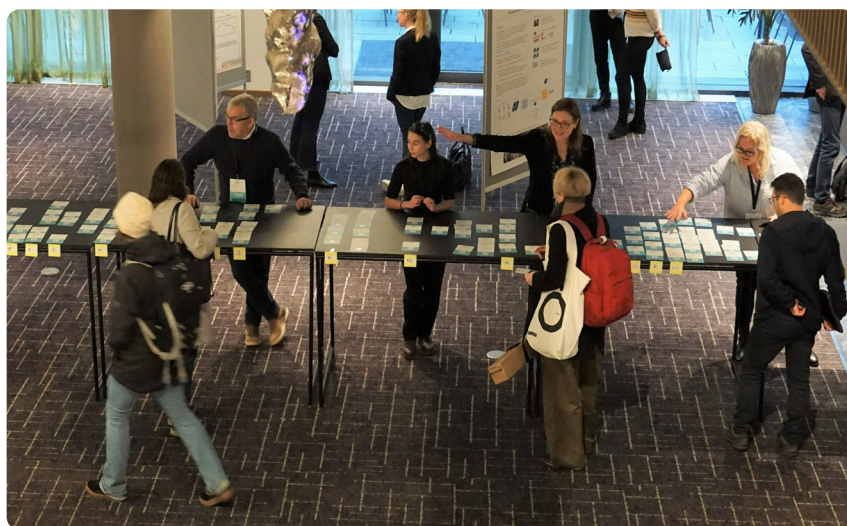
Konferansen arrangeres annethvert år og skulle opprinnelig vært gjennomført i 2020, men måtte utsettes på grunn av koronapandemien. Arrangementet i 2021 var det 7. i rekken siden konferansen første gang ble avholdt i 2008.

Helse- og kvalitetsregisterkonferansen 2021 ble en vellykket møteplass på Clarion Hotel The Hub i Oslo 15. og 16. november. Her møttes nær 450 deltakere fra medisinske og administrative fagmiljø, myndigheter og ledere med interesse for helseregistre.

Overordnet tema var

”Tilgjengeliggjøring og bruk av helsedata”

Alle foto: Randi Solhaug



Det faglige programmet og gjennomføringen av konferansen fikk svært gode tilbakemeldinger fra deltakerne. Plenumsesjonene ble strømmet til dem som ikke kunne delta fysisk.





Statistiker og formidler Jo Røislien holdt et inspirerende foredrag om hvordan registermiljøet kan formidle sitt eget fagfelt til et allmennrettet publikum. Han viste med flere eksempler hvordan man kan gjøre det kompliserte om til forståelige budskap.



Arrangementet var også en etterlengtet sosial arena, og middagen på kvelden var det mange som fikk med seg.





I pausene kunne deltakerne besøke flere stands. Nasjonalt servicemiljø hadde sin egen stand som blant annet ble bemannet med Arnfinn H. Steindal og Yohannes Tesfay.

SYKDOMSPULSEN - MOTORVEI FOR ANALYSE OG OVERVÅKNING I SANNTID

Sykdomspulsen er en sikker, skalabel, fleksibel og robust infrastruktur (FHI) som skaper mange og store datasett, avanserte analyser og et riktig spekk av leveranser. Sykdomspulsen mottar et data skal kunne bli trykkt i sanntid på en effektiv og sikker måte.

Siden 2020 har Sykdomspulsen oppgjort rekord dramatisk, og spiller for eksempel en stor rolle i FHIs daglige overvåking av covid-19-pandemien. Det gir oss en innvirkning i sykdomspulsen for å legge til rette for overvåking av andre infeksjonsdøgn og mange tarmlideligheter som influensa, RS virus og norovirus som forventes å øke i tiden fremover og utover vinteren.

Dette gjør vi

Fra 1. januar til 20. oktober 2021 har vi fått inn 100 millioner COVID-19 rapporter per dag.

For å sikre at data er korrekt og at vi har nok data til å gjøre gode analyser, bruker vi en rekke verktøy og prosesser. Dette inkluderer datarensing, dataintegrering og dataanalyse. Vi har også utviklet en rekke verktøy og prosesser for å gjøre det lettere for brukerne å bruke sykdomspulsen.

Etter 2020 har Sykdomspulsen oppgjort rekord dramatisk, og spiller for eksempel en stor rolle i FHIs daglige overvåking av covid-19-pandemien. Det gir oss en innvirkning i sykdomspulsen for å legge til rette for overvåking av andre infeksjonsdøgn og mange tarmlideligheter som influensa, RS virus og norovirus som forventes å øke i tiden fremover og utover vinteren.

Filosofi

DATA TIL NYTTE!
Sykdomspulsen er et effektivt og robust infrastruktur (FHI) som skaper mange og store datasett, avanserte analyser og et riktig spekk av leveranser. Sykdomspulsen mottar et data skal kunne bli trykkt i sanntid på en effektiv og sikker måte.

Statistikere har kontroll fra A til Å
Sykdomspulsen er et effektivt og robust infrastruktur (FHI) som skaper mange og store datasett, avanserte analyser og et riktig spekk av leveranser. Sykdomspulsen mottar et data skal kunne bli trykkt i sanntid på en effektiv og sikker måte.

Bruk åpen programvare!
Sykdomspulsen er et effektivt og robust infrastruktur (FHI) som skaper mange og store datasett, avanserte analyser og et riktig spekk av leveranser. Sykdomspulsen mottar et data skal kunne bli trykkt i sanntid på en effektiv og sikker måte.

Sykdomspulsens Infrastruktur

Vi bygger alt selv!

Linux
kubernetes
Airflow
docker

Skjule kompleksiteten innen R-pakker
Sykdomspulsen mottar et data skal kunne bli trykkt i sanntid på en effektiv og sikker måte.

Designet for statistikk: Enklere å bruke, Raskere utvikling
De åpne R-pakkene er utviklet for statistikk, forskning, offentlig analyse og leveranser (rapporter, tabeller, dashboards, rapporter etc.).

Gjør koding enklere!
Sykdomspulsen mottar et data skal kunne bli trykkt i sanntid på en effektiv og sikker måte.

Kontakt oss: sykdomspulsen@fhi.no
Mer informasjon: <https://linna.sykdomspulsen.no>

FHI

I år var det svært mange innsendte bidrag til posterutstillingen. I alt 47 registre presenterte poster, og åtte av disse ble trukket ut til å presentere resultatene sine under en av parallellsesjonene.

Folkehelseinstituttet vant beste poster under konferansen med

“Sykdomspulsen – En spennende og fremtidsrettet infrastruktur og nettside for overvåking av covid-19, andre infeksjoner og dødelighet i sanntid”.

De fikk også med seg en premie på 10 000 kroner.

SLIK LAGER VI HELSEATLAS

I januar 2021 ble det 11. helseatlas **”Kvalitet”** lansert. Men hvem bestemmer tema for helseatlas? Hvorfor oppdateres ikke tallene hvert år? Hva menes med opptaksområde? Her forklarer analytikerne hvordan de jobber med tidligere og kommende helseatlas.

Det 11. helseatlas beskriver kvaliteten i utvalgte, nødvendige helsetjenester i årene 2017–2019, og det er blant annet funnet geografisk variasjon i kvalitet innen alle de undersøkte fagområdene.

Det første helseatlas kom nøyaktig seks år før — i januar 2015. Det tok for seg dagkirurgi i Norge i årene 2011–2013. Felles for alle atlasene er at befolkningens bruk av helsetjenester sammenliknes og beskrives ved hjelp av interaktive kart, rapporter og faktaark.

Før 2015 fantes det lite kunnskap om fordelingen av helsetjenester i den norske befolkningen. Forskjeller i bruk kan muligens tyde på overforbruk og overbehandling. Men det kan også bety at deler av befolkningen ikke får helsetjenester de har krav på. I Norge har ikke slik informasjon vært systematisk tilgjengelig før helseatlas ble lansert.

MÅ HA TILGANG TIL DATA AV GOD KVALITET

Spørsmål som analyseseksjonen ved SKDE ofte har fått i de årene helseatlas har vært laget er “hvem og hvordan bestemmes hvilke temaer som egner seg til helseatlas?”. Svaret er at det gjør analyseseksjonen etter en grundig vurdering:

— Vi har noen absolutte kriterier som vi må gå ut ifra. En av disse er at vi har tilgang på data av god kvalitet. Det vil blant annet si at det ikke kan være store mørketall i datagrunnlaget, og at aktivitet er kodet noenlunde likt. I tillegg må vi være presise i arbeidet slik at vi ikke teller feil, svarer Hanne Sigrun Byhring, seksjonsleder for analyseseksjonen ved SKDE.

Andre kriterier er at temaet lar seg avgrense, og at den type behandling, utredning eller oppfølging av pasienten vi ønsker å undersøke lar seg identifisere. Pasientgruppen må også være stor nok, noe som gjerne innebærer utvalg på minst 1200–1300 nasjonalt per år. Ellers blir tallene for små til å gi troverdige funn.

FAGLIG FORANKRING ER HELT NØDVENDIG

Et tredje kriterium for utvelgelse av atlas-tema er at det har en faglig forankring. Det vil si at det må være en faglig interesse for resultatene.

— Derfor har vi kontakt med fagpersoner som sitter med klinisk arbeid og treffer pasientene det gjelder. Da spør vi dem hva de mener det er interessant å finne ut av, hvilke koder som er aktuelle og så videre, forteller Byhring.

— Er det en nyttig del av arbeidet?

— Ja, det er kjempenyttig! Å ha diskusjoner rundt problemstillinger, samt å få innspill og bekreftelse på våre vurderinger — det er svært nyttig i arbeidet.

Dersom alle de absolutte kriteriene ikke oppfylles, vil en tilstand være uaktuell for et Helseatlas.

— Et eksempel er rehabilitering. Det er et tema mange ønsker at vi skal lage atlas av, og det skulle vi gjerne gjort, men dataene er ikke gode nok. Det gjelder særlig hos en del private aktører der vi ser at diagnosedelen ikke er godt nok utfylt. Det gjør at vi kan se at pasienter har vært på rehabilitering, men vi kan ikke se hvorfor. Da har vi ikke et godt nok sammenlikningsgrunnlag for å si noe om variasjon i behandling, forklarer Byhring.

TAR UTGANGSPUNKT I PASIENTENES BOSTED

Brukerne av helseatlas lurer gjerne også på hvorfor analytikerne tar utgangspunkt i helseforetakenes opptaksområde, og ikke de enkelte sykehus, når de lager helseatlas. Med opptaksområde menes de kommuner/bydeler som helseforetakene har ansvar for å betjene. Det er dermed pasientenes bosted, og ikke behandlingssted, som legges til grunn for analysene i atlasene.



● Publisert: 18.01.2021

Kvalitet

Helseatlas for kvalitet i nødvendige helsetjenester er basert på informasjon om i underkant av 100 000 pasienter og behandlinger årlig, hvorav noen kan ha fått samme behandling flere ganger eller ha flere sykdommer.

— Den viktigste årsaken til dette er at ulike sykehus ofte har ansvar for ulike deler av pasientbehandlingen. Tjenestene er funksjonsfordelt. For eksempel kan pasientene behandles ved ett sykehus i enkelte tilfeller være sykere eller ha flere kompliserende tilstander enn de som får behandling på et annet sykehus. Dermed blir det svært krevende å sammenlikne aktiviteten ved sykehusene direkte. Tar man derimot utgangspunkt i tjenester gitt til befolkningen i helseforetakenes opp-taksområder, så kan man sammenlikne uten å ta hensyn til sykehusenes funksjonsfordeling. Fordi befolkningen skal få likeverdige helsetjenester uansett hvor de bor. Det står i helseforetaksloven, forteller Hanne Sigrun Byhring.

PLANLEGGER OPPDATERING AV ELDRE ATLAS

Et annen gjenganger når det gjelder spørsmål er “når skal helseatlasene oppdateres med ferskere tall?”. Flere av de eldre atlasene inkluderer data som er mer enn ti år gamle, og selv om variasjonene over år ikke er så store, så er tilbakemeldingen er at eldre data oppleves som mindre relevante.

— Vi har vel akseptert at gamle data er til hinder for at helseatlasene brukes så mye som vi skulle ønske. Så oppdateringer kommer nok etter hvert. Årsaken til at vi ikke har gjort oppdateringer tidligere, er at vi ikke har hatt kapasitet til å både oppdatere og lage nye atlas. Begge deler er arbeidskrevende. Det er ikke bare å kjøre tallene gjennom “kverna” — de må kvalitetssikres, opplyser Byhring.

Å oppdatere helseatlas kan dessuten kreve mye arbeid fordi kodene eller datakildene endrer seg i løpet av en tidsperiode. Det tar også litt tid å få dataleveransene. Helt fram til år 2020 var de nyeste dataene allerede et halvt år gamle når de kom til analyseseksjonen.

— Men slik er det ikke lenger. Fra og med 2020 har vi fått komplette data hvert kvartal. Det er veldig nyttig for oss å få litt ferskere tall.

NESTE ATLAS OMHANDLER KRONISKE SYKDOMMER

Det 12. helseatlas er nå under produksjon, og SKDES analyseseksjon jobber for å komme i mål i løpet av våren 2022. Tema for atlasen er kroniske sykdommer og kartlegger tilstander som MS, epilepsi, Parkinson, kols, psoriasis, endometriose, inflammatorisk tarmsykdom, hjertesvikt, artritt og migrene.

— Til sammen utgjør dette store og viktige pasientgrupper som har et stort behov for helsetjenester, og som helsetjenesten også bruker en del ressurser på. Det er likevel knyttet en del usikkerhet til om alle disse pasientene blir prioritert høyt nok, og om det er et underforbruk av tjenester, sier Hanne Sigrun Byhring.

Dette atlasen vil også være det første der man tar i bruk data fra både spesialisthelsetjenesten (Norsk pasientregister, NPR) og kommunehelsetjenesten (Kommunalt pasient- og brukerregister, KPR). Byhring påpeker at dette vil være veldig viktig, for pasienter med kroniske sykdommer får veldig ofte behandling på begge nivåene.

I NORGE ER DET ET MÅL AT HELE BEFOLKNINGEN SKAL HA ET LIKEVERDIG TILBUD AV HELSETJENESTER PÅ TVERS AV GEOGRAFI OG SOSIALE GRUPPER.

Helseatlas er et verktøy for å sammenlikne befolkningens bruk av helsetjenester i forskjellige geografiske områder, uavhengig av hvilket sted pasientene behandles.



• Publisert: 18.01.2021

Kvalitet

Helseatlas for kvalitet i nødvendige helsetjenester er basert på informasjon om i underkant av 100 000 pasienter og behandlinger årlig, hvorav noen kan ha fått samme behandling flere ganger eller ha flere sykdommer.



• Publisert: 09.06.2020

Psykisk helsevern og TSB

Helseatlas for psykisk helsevern og rusbehandling gir oversikt over bruk av psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert rusbehandling, og analyserer geografisk variasjon i bruk av tenestene i Noreg i 2014–2018.



• Publisert: 03.04.2019

Fødselshjelp

Helseatlas for fødselshjelp er det andre av to atlas innen gynekologi og fødselshjelp som er laget av SKDE etter initiativ fra Norsk gynekologisk forening.



• Publisert: 08.01.2019

Gynekologi

I helseatlas for gynekologi har vi kartlagt geografisk variasjon i bruken av et utvalg av spesialisthelsetjenester innen gynekologi i perioden 2015–2017.

Utklipp fra www.skde.no/helseatlas.no

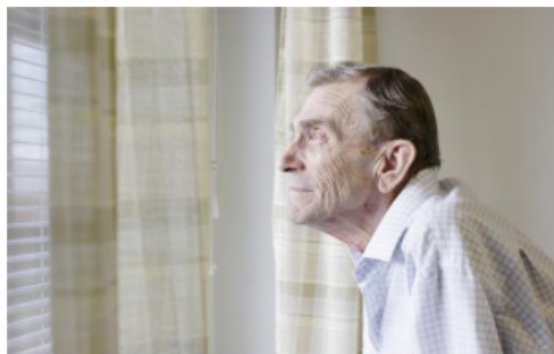
Besøk gjerne siden for å lese mer om våre [HELSEATLAS](#)



• Publisert: 18.10.2017

Kols

Helseatlas kols beskriver variasjon i bruk av fastlege og legevakt, poliklinikk, akuttinnleggelses og rehabilitering i forhold til bosted for personer med kols.



• Publisert: 15.06.2017

Eldrehelseatlas

Eldrehelseatlas for Norge beskriver variasjon i eldres bruk av sentrale somatiske spesialisthelsetjenester i forhold til bosted.



• Publisert: 13.12.2016

Nyfødtmedisin

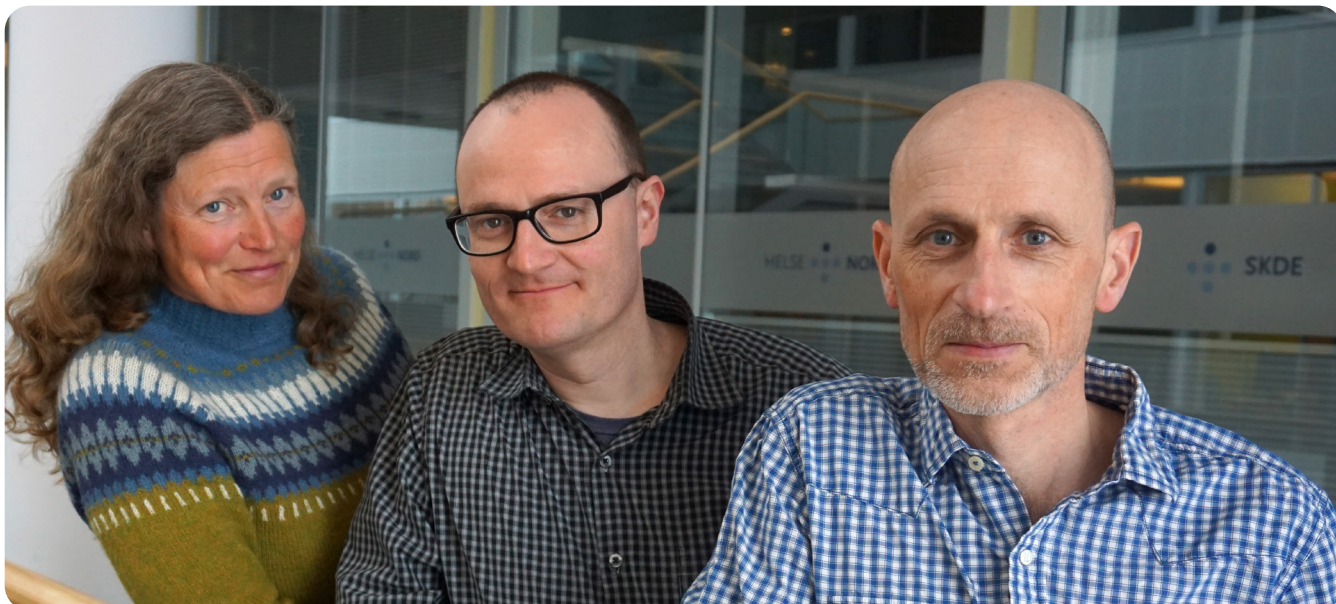
Norsk nyfødtmedisinsk helseatlas omhandler alle nyfødte barn som har vært innlagt i avdelinger for syke nyfødte i Norge i perioden 2009 til 2014.



• Publisert: 29.09.2015

Barnehelseatlas

Barnehelseatlas gir et innblikk i fordelingen av helsetjenester til barn i Norge. Tilsammen er 10,6 millioner kontakter mellom barn og helsetjenesten er analysert.



Lena Ringstad Olsen (f.v.), Kevin Thon og Are Edvardsen jobber alle med Rapporteket i Tromsø. Foo: Randi Solhaug

RAPPORTEKET – EN VIKTIG STØTTESPILLER TIL PANDEMIREGISTERET

Gjennom hele pandemien har Rapporteket vært en viktig støttespiller til pandemiregisteret, og på den måten bidratt til at den norske befolkningen har fått oppdaterte tall om sykehusinnleggelses på grunn av covid-19.

Hver dag året rundt, tikker det inn nye data fra de medisinske kvalitetsregistrene og inn i den nettbaserte resultattjenesten Rapporteket. Via denne tjenesten kan man bearbeide rådata. Ut kan man hente oppdaterte resultater i form av tabeller, figurer og ferdige rapporter.

KAN FÅ SKREDDERSYDDE RAPPORTER

I Rapporteket kan de som registrerer i de medisinske kvalitetsregistrene se egne resultater og sammenligne dem med resultater fra resten av landet. Rapporter fra Rapporteket kan også bygges opp etter registerets ønske og kan settes opp til å automatisk sendes ut regelmessig på e-post.

— De kan med andre ord få skreddersydde rapporter og se dag-til-dag-resultater, dersom de ønsker det. Rapporteket sparer dem for jobben med å tilrettelegge tallene selv. Ofte har de ikke ansatte som kan gjøre denne jobben for dem, forteller statistiker Lena Ringstad Olsen.

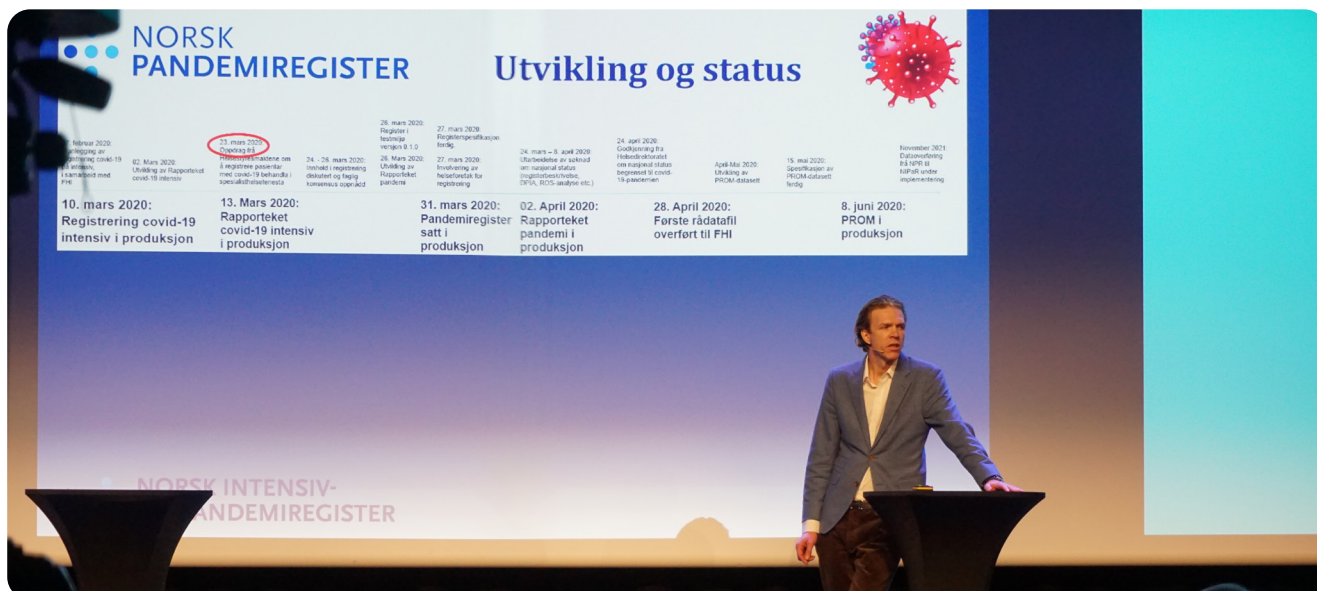
Rapporteket har eksistert i mange år, og Ringstad Olsen er en av tre medarbeidere ved Nasjonalt servicemiljø i SKDE som jobber med dette. I tillegg finnes det flere andre som arbeider med resultattjenesten, blant annet i Helse Vest og Helse Midt.

ETTERSPØRSEL ETTER DATA OG ANALYSER ER STOR

— Ja, det har vært mye pågang. Rapportene som sendes ut er populære. Noen bruker Rapporteket mye, mens andre har en liten gullgrube av resultater «i skuffen». Særlig pågang har vi hatt fra intensiv- og pandemiregisteret, sier Ringstad Olsen.

BIDRAR MED DATA TIL BEREDT C19

Da pandemien slo inn over Norge i mars 2020 bistod SKDE, sammen med andre fagmiljøer, med å få Norsk pandemiregister opp og i drift. Pandemiregisteret er navnet på den delen av Norsk intensiv- og pandemire-



Lederen i Norsk intensiv- og pandemiregister, Eirik Alnes Buanes, holder et foredrag på Helse- og kvalitetsregisterkonferansen 2021. Rapporteket nevnes som leverandør til registeret. Foto: Randi Solhaug

gister (NIPAR) som omhandler pandemipasienter, og hele registeret ble bygd opp i full fart i løpet av noen få uker.

Formålet med pandemiregisteret er å sørge for samordnet og effektiv rapportering av pasienter innlagt med sykdom som følge av koronavirus i norske sykehus, samt å bidra til kvalitetsforbedring og forskning.

Pandemiregisteret brukes aktivt av mange, og i 2021 ble det utlevert nærmere 40 datasett til forskning og mer omfattende analyser.

Alle pasientene med påvist covid19 på norske sykehus registreres her. Registeret skiller mellom pasienter som

er innlagt på grunn av covid-19, og de som har covid men er innlagt av andre årsaker. Registeret overfører data til Folkehelseinstituttet (FHI) sitt beredskapsregister, Beredt C19, flere ganger i døgnet. Overføringen går via Rapporteket.

I løpet av pandemien er det nok mange som har vært innom VGs nettside om smitte- og vaksinstatus i befolkningen. Grafene der er blant annet basert på tall hentet fra FHI, som igjen har hentet sine tall fra Rapporteket.

— Rapporteket har daglig overføring av data som FHI ønsker, både rådata og bearbejdede data om intensiv- og sykehusoppholdet, avslutter Lena Ringstad Olsen.

LENKER TIL EN SAKER PÅ NETT:

[NIPAR Norsk Intensiv og pandemiregister](#)

[Om Rapporteket](#)

[Beredskapsregisteret for covid-19](#)

FORSKNING OG UTVIKLING

VÅRT MÅL

BEDRE OG MER
LIKEVERDIGE HELSETJENESTER





BARNES SYKEHUSINNLEGGELSE VARIERER MED FORELDRENES UTDANNINGSNIVÅ

Barn som har foreldre med lavere utdanning har høyere sannsynlighet for å legges inn på sykehus, sammenlignet med barn som har foreldre med høyere utdanning. Hvor i landet barna bor har også betydning for om de blir innlagt eller ikke.

Det er hovedkonklusjonen i en studie hvor alle sykehusinnleggelsene av barn i Norge i årene 2008–2016 er undersøkt.

At hyppigheten i barns sykehusinnleggelse varierer med foreldrenes utdanningsnivå, gjelder for alle regionene i landet. Det er likevel liten grunn til å tro at dette skyldes forskjeller i sykkelighet hos barna, ifølge forskerne bak studien.

— Det kan selvfølgelig ikke utelukkes, men vi finner ingenting i våre data som tyder på at dette skyldes at barn av foreldre med lavere utdanningsnivå har andre behov, eller er oftere syke, enn barn av foreldre med høyere utdanningsnivå, forteller analytiker og forsker Frank Olsen ved Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE). Han er stipendiat ved Institutt for samfunnsvitenskap ved UiT Norges arktiske universitet.

LEGGES INN FOR MINDRE ALVORLIGE TILSTANDER

De fleste barn i Norge kommer ikke i en situasjon der de må legges inn på sykehus. I den undersøkte perioden var det kun 10,2 prosent av 1 538 189 barn som ble innlagt enten én eller flere ganger. Frank Olsen påpeker

likevel at hovedtyngden av barneinnleggelsene i norske sykehus er for ikke-alvorlige tilstander. Det kan bety at mange av innleggelsene gjøres for sikkerhets skyld, snarere enn av nødvendighet.

— Barn som har foreldre med lavere utdanning legges inn for mindre alvorlig sykdom, enn barn av foreldre med høy utdanning.

— Hva kan dette skyldes?

— Det kan handle om at kommunikasjonen mellom helsepersonell og foreldre med lavt utdanningsnivå ikke er god nok. Kanskje foreldrene ikke forstår helsepersonellens språk. Kanskje har helsepersonellet mindre tiltro til foreldrenes vurdering. Det er vår tolkning. Men vi vet fra tidligere forskning at godt informerte pasienter, eller foreldre i dette tilfellet, som også evner å snakke godt for seg har større muligheter for å få den behandlingen de ønsker seg. Vi vet også at foreldre med høyere utdanning i større grad benytter seg av høyere spesialiserte tjenester, sier Frank Olsen.

— Jeg tror at det er mye å hente på å involvere foreldre og pasient på en enda bedre måte, og forbedre kommunikasjonen, legger han til.

GEOGRAFISKE FORSKJELLER I ANTALL INNLEGGELSER

I Norge er det helsepolitisk enighet om at alle skal ha likeverdige helsetjenester uavhengig av bosted, sosio-økonomisk status, kjønn, alder og etnisitet. Denne studien viser imidlertid at det er geografiske forskjeller i sykehusinnleggelses av barn i Norge. Vestfold og Innlandet har flest innleggelses, mens Oslo Universitetssykehus og Universitetssykehuset Nord-Norge har færrest.

— Er dette overraskende funn?
 — Både ja og nei. At det er store forskjeller ut fra bosted har vi dokumentert tidligere, i forbindelse med [helseatlas for barn](#). Men, de store forskjellene ut fra foreldrenes utdanningsnivå var overraskende. I alle områdene er det en overvekt av barn med foreldre med lavt utdanningsnivå som legges oftest inn, forteller Frank Olsen.

BEHANDLER PASIENTER MED LITEN HELSEGEVINST

Han mener det er viktig å få fram at ulikhetene ikke er resultat av bevisste handlinger fra helsepersonellet, men at det er en skjevhet som de må være bevisste på.

— Det kan være flere årsaker til de geografiske forskjellene. Ulik kapasitet ved sykehusene kan være en viktig faktor. Sykehus med ledig kapasitet vil i større grad behandle pasienter med liten helsegevinst enn sykehus som har sprenget kapasitet. Det er mye som tyder på at tomme sykehussenger blir fylt, og ikke nødvendigvis med de mest trengende pasientene, sier Olsen.

En annen viktig årsak kan være kulturforskjeller mellom sykehusene, og mellom enkeltleger. Uklare eller manglende retningslinjer kan føre til forskjellig praksis. Gjeldende praksis er noe som etableres over tid, og det kan være vanskelig å endre uten klare, nasjonale retningslinjer.



Foto: Randi Solhaug

Studien er en del av Frank Olsens doktorgradsprosjekt som kartlegger befolkningens bruk av offentlig finansierte helsetjenester. Han undersøker blant annet om det er forskjeller ut i fra pasientenes bosted, utdannings- og inntektsnivå.

Studien er publisert i det medisinske tidsskriftet *BMJ Open*.

FAKTA OM DATAGRUNNLAGET

Studien er en populasjonsbasert kohortstudie som omfatter alle norske barn i alderen 0–16 år

- Undersøkellesperioden er årene 2008–2016
- Det utgjør 1 538 189 barn og deres foreldre
- Av disse hadde 156 087 (10.2 %) barn minst én innleggelse i den aktuelle perioden
- 18 sykehusområder er inkludert



Studien viser at bare 55 prosent av hoftebruddpasienter i Norge får behandling etter etablerte retningslinjer. Foto: Shutterstock

FORSKNING VED HJELP AV MEDISINSKE KVALITETSREGISTRE

— Registrene innehar enormt mye kunnskap

Cato Kjærvik har i sin forskning avdekket uønsket variasjon innen hoftebruddsoperasjoner i Norge. Han benyttet data fra Nasjonalt hoftebruddregister og er full av lovord over hjelpen han fikk.

Cato Kjærvik er spesialist i ortopedisk kirurgi og har forsket på hvor lang tid hoftebruddpasienter i Norge må vente før de blir operert. Videre har han sett på hvilke faktorer som påvirker ventetiden og hvilke negative konsekvenser det får for pasientene.

I alt er 37 708 hoftebrudd i årene 2014—18 inkludert i studien. Som basis har Kjærvik benyttet data fra Nasjonalt hoftebruddregister og koplet dem med data fra Norsk pasientdata, Statistisk sentralbyrå og dødsårsaksregister.

— Hoftebruddregisteret har vært til ekstremt god hjelp i forskningsprosessen. Der jobber det engasjerte folk med enormt god kjennskap til dataene. De kjenner styrken og svakheten til alle variablene og det har jeg hatt stor nytte av. De har stilt opp og hjulpet og er også medforfattere på artiklene. Det har dessuten gått raskt å få utlevert dataene jeg trengte, forteller Kjærvik, som er ph.d.-student ved UiT Norges arktiske universitet og tilknyttet Klin.reg-studien ved SKDE.

ØKT VENTETID GIR ØKT DØDELIGHET

Ved hjelp av dataene har han og medforfatterne på

studien vist at det bare er 55 prosent av hoftebruddpasientene i Norge som får behandling etter etablerte retningslinjer. En kvalitetsindikator for hoftebruddoperasjoner er for eksempel at pasientene skal opereres innen 48 timer. Det betyr at 80 prosent bør være operert innen 24 timer, og 90 prosent innen 48 timer.

— Det sliter flere sykehus med å oppnå. Og den ekstra ventetiden viser seg å være farlig for de eldste pasientene. Selv om man bare venter én dag etter innleggelse med å operere, så går dødeligheten til denne pasientgruppen opp med 20 prosent, sier Cato Kjærvik.

Om pasientene behandles på et større eller mindre av de 43 sykehusene som er inkludert i studien, ser ikke ut til å ha noen betydning for ventetiden eller behandlingspraksis.

— Det er heller ingen regionale sammenhenger. Det kan for eksempel være store forskjeller mellom to nabosykehus. Så spørsmålet er om statlige retningslinjer har en god nok virkning. Kanskje er det andre ting som påvirker mer. For eksempel at ved noen sykehus er det fagfolk med sterke meninger om hvordan praksis skal være — og så blir det slik.



Cato Kjærvik er spesialist i ortopedisk kirurgi og har sin arbeidsplass ved Nordlandssykehuset avdeling Vesterålen.

I tillegg er han ph.d.-student ved UiT Norges arktiske universitet og tilknyttet Klin.reg-studien ved SKDE. Foto: Privat

FANT UVENTEDE OG UØNSKEDE VARIASJONER

Men behandlingspraksisen i Norge burde ikke variere i noen særlig grad. For om lag 10 år siden skjedde et paradigmeskifte innen hoftebruddbehandling. Kirurgene begynte å sette inn proteser (erstatte leddet) i stedet for å reparere hoftebrudd med skruer. Både i amerikanske og europeiske forsknings- og kliniske miljøer var det enighet om at proteser var den beste behandlingen.

Det som i tillegg er spesielt med hoftebruddspasienter, er at de ofte er eldre og mange av dem har demens. Gjennomsnittspasienten er 82 år gammel og kvinne.

— Hoftebruddspasienter er avhengig av at vi som leger gjør gode valg for dem, fordi de ofte ikke er i stand til å ta stilling til egen behandling og gjøre pasientvalg. Vanligvis er pasienter mye mer aktivt involvert når det gjelder å ta stilling til egen behandling, forteller Cato Kjærvik og påpeker videre:

— Når man har så samkjørte retningslinjer og i praksis ingen pasientvalg, så skulle man kunne forvente null variasjon i hoftebruddoperasjoner i Norge. Så viser det seg likevel at det er variasjon.

OPPFORDRER TIL MER BRUK AV REGISTRENE

Resultatene fra studien hadde ikke vært mulig å oppnå uten hjelpen fra Norsk hoftebruddregister. Cato Kjærvik oppfordrer også andre forskere til å bruke data fra de medisinske registrene i større grad.

— Registrene innehar fantastisk mye kunnskap. Og det er jo unikt – ingen sykehus i Norge er i nærheten av å komme opp i slike datavolum på egen hånd. Det er også registrenes kjempesterke ønske at data skal bli brukt. Ved å analysere dataene som ligger der kan vi finne ut hva vi bør endre på og hva vi kan lære av. Det er en aktiv bruk av retrospektoskopet, der vi får svar på hva som faktisk er blitt gjort. Så kan vi vurdere om det er slik vi skal fortsette å gjøre ting, eller om vi må endre på noe. På den måten kan registrene bidra til kvalitetsforbedring.

Forskningen til Cato Kjærvik er publisert i tidsskriftet *Bone & Joint Open*.

FAKTA

- 37.708 hoftebrudd i Norge i perioden 2014–2018 er inkludert i studien.
- Data er hentet fra Nasjonalt hoftebruddregister og koplet med data fra Norsk pasientdata, Statistisk sentralbyrå og dødsårsaksregisteret.
- I studien er det sett på faktorer som ventetid fra innleggelse til operasjon, operasjon innenfor «vanlig arbeidstid» – og om pasienten måtte tilbringe mer enn en natt på sykehuset.
- Gjennomsnittlig ventetid på operasjon var på 22,6 timer. 36.708 av pasientene (97,2 prosent) ventet i mindre enn tre dager på operasjon.



Foto: Siri Wennberg

KVALITETSFORBEDRINGSARBEID:

ENDRET OPERASJONSTEKNIKK GA FÆRRE BLØDINGER OG RE-INNLEGGELSER

Pasientene fikk færre store blødninger i etterkant av halsmandeloperasjoner da kirurgene endret teknikk. Det viser et kvalitetsforbedringsarbeid som fikk midler gjennom Nasjonalt servicemiljø i SKDE.

Nasjonalt servicemiljø har siden 2015 årlig lyst ut nasjonale midler til gjennomføring av kvalitetsforbedringsprosjekter med bruk av resultater fra medisinske kvalitetsregistre. Det gjøres for å stimulere til kvalitetsforbedringsarbeid og utvikling av kompetanse. Totalt har 23 prosjekter fått tildelt midler i perioden 2015—2021.

Et av prosjektene som fikk midler er tonsille-prosjektet i regi av Norsk kvalitetsregister Øre-Nese-Hals- Tonsille-registeret. Prosjektet viser at hvilken operasjonsmetode og teknikk man velger kan ha en positiv effekt både for pasient og sykehus.

I prosjektet valgte sju norske sykehusavdelinger å endre praksis ved operasjon av halsmandlene (tonsillene). Resultatet var en betydelig nedgang i antall reinnleggelser som følge av store blødninger hos pasientene. En avdeling gikk fra 25 prosent reinnleggelser i 2017, til kun fem i 2020.

FIKK FORBEDRINGSPRIS

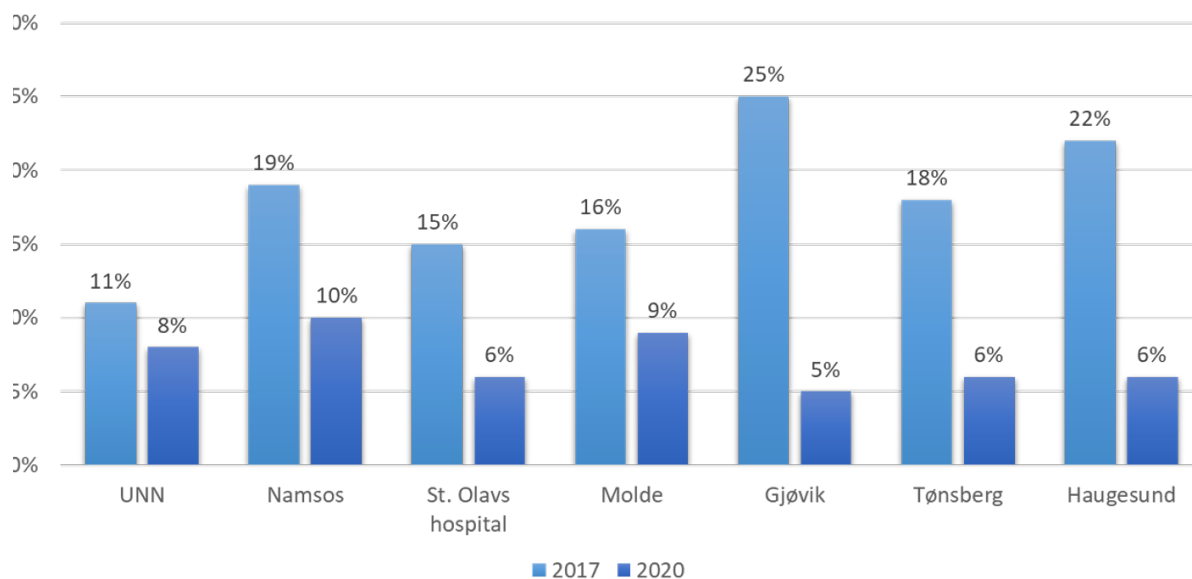
For dette prosjektet fikk Tonsilleregisteret og ØNH-avdelingen ved ST. Olavs hospital nylig Helse Midt-Norge RHF sin forbedringspris på kroner 100 000,-.

— Vinnerprosjektet er et forbilledlig eksempel på kvalitetsforbedring i praksis. Ut fra kjent kunnskap om risiko og uønsket variasjon har prisvinnerne iverksatt tiltak som har dokumentert effekt på kvalitet og pasientsikkerhet. De har satt seg klare resultatmål før oppstart og oppnådd gode resultater, sier administrerende direktør i Helse Midt-Norge RHF, Stig Slørdahl i en video der han avslører vinneren. Du kan se videoen med utdeling av forbedringsprisen 2021 her. <https://www.youtube.com/watch?v=7KObzJJKfBU>

HØYT ANTALL REINNLEGGELSER PÅ GRUNN AV BLØDNINGER

De sju sykehusavdelingene deltok i prosjektet fordi de hadde lav måloppnåelse på kvalitetsindikatoren "re-

Andel reinnleggelser etter tonsillektomi



innleggelse på grunn av blødning”. Alt over 10 prosent reinnleggelse regnes som lav måloppnåelse.

Tall fra Tonsilleregisteret viste i 2017 at det var forholdsvis høyt antall reinnleggelser på norske sykehus på grunn av blødninger etter tonsilleoperasjoner (8 %). Det var dessuten svært stor variasjon mellom sykehusene (0–25 %).

Blødninger som oppstår etter en operasjon (postoperative blødninger) er naturlig nok til belastning for pasientene. Det kan føre til at de må legges inn igjen på sykehus, og kanskje også opereres på nytt. Det har også vært tilfeller av dødsfall etter slike operasjoner, selv om det er veldig sjelden. I tillegg er mange reinnleggelser noe som legger ekstra beslag på ressurser i helsetjenesten. Målet er derfor å holde antallet blødninger på et så lavt nivå som mulig.

GIKK FRA “VARM” TIL “KALD” OPERASJONSTEKNIKK

Tonsilleoperasjoner regnes som trygge inngrep. Internasjonal forskning viser imidlertid at hvilken operasjonsteknikk kirurgene velger har stor betydning for om det oppstår komplikasjoner eller ikke i etterkant av operasjonen.

Når det gjelder tonsilleoperasjon har endringen fra såkalt “varm” til “kald” teknikk vært viktig. Kald teknikk innebærer at kirurgene benytter kalde instrumenter, for eksempel kniv eller saks. De som opererer med kalde instrumenter, har færre reinnleggelser enn de som opererer med varme instrumenter. Sistnevnte innebærer bruk

av instrumenter som er varme, for eksempel diatermisaks, bipolar diatermipinsett og radiobølgekoblasjon.

Ved de sju sykehusavdelingene gikk kirurgene fra en varm teknikk til en kald teknikk. Ved slutten av prosjektet hadde disse avdelingene i snitt redusert antall reinnleggelser på grunn av blødning fra 14 prosent i 2017, til seks prosent i 2020. En tilsvarende reduksjon har man ikke observert nasjonalt.

VERDIFULLE DATA I TONSILLEREGISTERET

Tonsilleprosjektet viser at et kvalitetsregister kan benyttes til å identifisere områder med behov for forbedringer. Det kan også benyttes til å evaluere effekten av tiltak. En forutsetning for å lykkes med dette prosjektet har vært det tette samarbeidet mellom registersekretariatet og deltakeravdelingene.

Et delmål med prosjektet har vært å øke andelen som deltar med data til registeret. Det har de klart. Fra 2017 til 2020 har man økt deltakelsen fra 36 prosent til 81 prosent.

— Våre helsedata er en gullgrube som bør benyttes i langt større grad i alt fra småskala forbedringstiltak, til større større forskningsprosjekter. Vi håper midlene kommer godt med i det videre kvalitetsforbedringsarbeidet og til å dele og spre kunnskapen til andre, håper administrerende direktør i Helse Midt-Norge, Stig Slørdahl.

FAKTA

- Norsk Kvalitetsregister Øre-Nese-Hals — Tonsilleregisteret er et medisinsk kvalitetsregister for pasienter som får kirurgisk behandling for sykdom og plager relatert til halsmandlene (tonsillene).
- Registeret startet opp i 2017 og har som mål å øke kvaliteten i diagnostikk og behandling av pasienter som tonsilleopereres. Det utføres cirka 10 000 tonsilleoperasjoner i året.
- Registeret er også verdifullt fordi det kan bidra til at helsepersonell får direkte tilbakemelding fra pasientene om komplikasjoner som har oppstått.

Her kan du finne flere resultater fra registeret: <https://www.skde.no/kvalitetsregistre/tonsille/sykehus>

SKDEs STRATEGI 2020–2035

VÅR VISJON - PASIENTENS BESTE

SKDE bidrar til å skape en bedre og mer likeverdig fordelt helsetjeneste i Norge gjennom analyser av og forskning på omfang og kvalitet i helsetjenesten, og gjennom kunnskapsoverføring og beslutningsstøtte til forvaltning, helseledere, helsearbeidere og pasienter



Foto: Shutterstock

VÅRT MÅL - BEDRE OG MER LIKEVERDIGE HELSETJENESTER

Vi lager
HELSEATLAS

som viser
variasjon i bruk
av helsetjenester

Vi bidrar til
bedre kvalitet i
helsetjenesten
gjennom

KVALITETSREGISTRE

Vi avdekker
årsaker til
variasjon
gjennom

FORSKNING

STRATEGISKE SATSNINGSOMRÅDER 2020–2022

1. REGISTERKOMPETANSE

For å sikre helsetjenesten tilgang til et kunnskapsgrunnlag av høy kvalitet som understøtter helseforetakenes kvalitetsforbedring, styring og planlegging må SKDE styrke sin spesialiserte kompetanse innen bruk av registerdata.

2. FORSKNING

For å styrke arbeidet med kvalitetsregistre og helseatlas, utvikler SKDE klinikknær helsetjenesteforskning med kvantitativ og kvalitativ metode med data fra bla. medisinske kvalitetsregistre, NPR og andre nasjonale helse- og befolkningsregistre.

3. KUNNSKAPSOVERFØRING

Vi setter helseforetakene bedre i stand til å bruke resultater fra SKDE og medisinske kvalitetsregistre som grunnlag for kontinuerlig kvalitetsforbedring.

STRATEGI OPPFØLGING I 2021

I 2021 HAR VI PRIORITERT FØLGENDE TILTAK INNEN DE STRATEGISKE OMRÅDENE:

1 REGISTERKOMPETANSE

- Å dokumentere variabeloversikt fra aktuelle datakilder
- Å finansiere og bistå registerforvalterne i deres kvalitetsutvikling og forbedringsarbeid
- Å få tilgang på koblede datasett som grunnlag for å forklare variasjon i forbruk av helsetjenester

2 FORSKNING

- Å produsere vitenskapelige artikler og presentasjoner i samarbeid med klinikere og kvalitetsregistre
- Å utarbeide retningslinjer som sikrer pålitelig datahåndtering og godt personvern
- Å søke aktivt om ekstern finansiering

3 KUNNSKAPSOVERFØRING

- Å revidere nettstedet kvalitetsregistre.no
- Å få på plass portal/interaktive nettsider for å presentere resultatene fra kvalitetsregistrene

[Vi viser forøvrig til vår strategi 2020 –2035.](#)

PUBLIKASJONER 2021

6 RAPPORTER

[Ett år inn i koronapandemien.pdf](#)

[Helseatlas for kvalitet i nødvendige helsetjenester \(SKDE 2021\).pdf](#)

[Årsrapport SKDE 2020.pdf](#)

[Årsrapport Nasjonalt servicemiljø 2020](#)

[Statusrapport NSM 2021.pdf](#)

[Strategisk handlingsplan NSM 2021-2023.pdf](#)

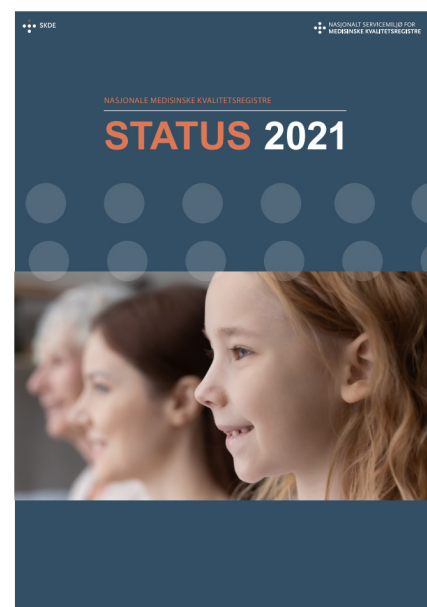




Foto: Shutterstock

7 ARTIKLER

M I Olsen , M B Halvorsen , E Søndena , E M Langballe , E Bautz-Holter , E Stensland , S Tessem , A Anke. *J Intellect Disabil Res.* 2021 Aug;65(8):772-783.

How do multimorbidity and lifestyle factors impact the perceived health of adults with intellectual disabilities?

Marco Solmi, Jess Fiedorowicz, Laura Poddighe, Marco Delogu, Alessandro Miola, Anne Høy, Ina H. Heiberg, Brendon Stubbs, Lee Smith, Henrik Larsson, Rubina Attar, René E. Nielsen, Samuele Cortese, Jae Il Shin, Paolo Fusar-Poli, Joseph Firth, Lakshmi N. Yatham, Andre F. Carvalho, David J. Castle, Mary V. Seeman and Christoph U. Correll

Disparities in Screening and Treatment of Cardiovascular Diseases in Patients With Mental Disorders Across the World: Systematic Review and Meta-Analysis of 47 Observational Studies. *The American journal of psychiatry* 2021: appiajp202121010031.

Olsen Frank, Jacobsen Bjarne K, Heuch Ivar, Tveit Kjell M, Balteskard Lise. Equitable access to cancer patient pathways in Norway – a national registry-based study. *BMC Health Services Research* 21, 1272 (2021). <https://doi.org/10.1186/s12913-021-07250-1>

Cato Kjærvik, Jan-Erik Gjertsen, Lars B. Engeseter, Eva Stensland, Eva Dybvik, Odd Søreide Waiting time for hip fracture surgery: hospital variation, causes, and effects on postoperative mortality data on 37,708 operations reported to the Norwegian Hip fracture Register from 2014 to 2018

Olsen Frank, Balteskard Lise, Uleberg Bård, Jacobsen Bjarne K, Heuch Ivar, Moen Atle. Impact of parents' education on variation in hospital admissions for children: a population-based cohort study. *BMJ Open* 2021;11:e046656. <https://bmjopen.bmj.com/content/11/6/e046656>

Høy A, Jacobsen BK, Bramness JG, Nesvåg R, Reichborn-Kjennerud T, Heiberg I. Total and cause-specific mortality in patients with personality disorders: the association between comorbid severe mental illness and substance use disorders. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2021 Mar 7. doi: 10.1007/s00127-021-02055-3. Epub ahead of print. PMID: 33677644.

1 NOTAT

Overføringer fra Finnmarkssykehuset til UNN Tromsø.pdf

VÅR VISJON

PASIENTENS BESTE

Årsrapporten er utarbeidet av
Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE), Helse Nord RHF
[Telefon 77 75 58 00](tel:77755800) [E-post post@skde.no](mailto:post@skde.no)

Forsidebilde Shutterstock Trykk: Lundblad Media

SKDE rapport nr. 1/2022, juni 2022
ISBN: 978-82-93141-52-5