

Hvilke områder bør vi gjøre forbedring på?

Marianne Lægran

05.03.2024

Forskning versus kvalitetsforbedring

	Forskning	Forbedring	Kontroll
Formål	Skape ny viten	Implementere eksisterende viten	Dokumentere, bedømme og sammelikne
Hypotese	Statisk	Dynamisk	Ingen hypotese
Variasjon	Kontroller	Studer	Juster
Data	Mye	Akkurat nok	Enten eller
Målehyppighet	En eller få	Dager, uker måneder	Kvartal/år
Statistiske metoder	Komparative metoder (t-test, chi2, regresjon,...)	Prosessanalyse (statistisk prosesskontroll)	Deskriptive metoder (gjennomsnitt, spredning,...)

Måler kvalitet med kvalitetsindikatorer

Søk etter behandlingsenheter

Vis alle

2022

Høy måloppnåelse

Moderat måloppnåelse

Lav måloppnåelse

ALLE INDIKATORER

HJERTE- OG KARSYKDOMMER

KREFT

LUFTVEIER

DIABETES

NERVESYSTEMET

MUSKEL OG SKJELETT

MAGE OG TARM

GYNEKOLOGI

NYRE

SKADE OG INTENSIV

REHABILITERING

ØRE-NESE-HALS

HUDSYKDOMMER

PSYKISK HELSE OG RUS

AUTOIMMUNE SYKDOMMER

REVMATOLOGI

BARN

Kvalitetsindikator

Nasjonalt

Nasjonalt register for ablasjonsbehandling og elektrofysiologi i Norge

Akutt suksess for atrieflimmer-abladerte

Ablasjonsprosedyrer (atrieflimmer) der operatøren vurderer operasjonen som vellykket.

ØNSKET MÅLNIVÅ: $\geq 90\%$

95% ●

1659 av 1750

Akutt suksess for ventrikkeltakykardi-abladerte

Ablasjonsprosedyrer (ventrikkeltakykardi) der operatøren vurderer operasjonen som vellykket.

ØNSKET MÅLNIVÅ: $\geq 70\%$

78% ●

218 av 278

Akutt suksess for AV nodal reentry-abladerte

Ablasjonsprosedyrer (AV nodal reentry) der operatøren vurderer operasjonen som vellykket.

ØNSKET MÅLNIVÅ: $\geq 95\%$

92% ●

441 av 478

Akutt suksess for Aksessoriske baner-abladerte

Ablasjonsprosedyrer (Aksessoriske baner) der operatøren vurderer operasjonen som vellykket.

ØNSKET MÅLNIVÅ: $\geq 95\%$

90% ○

146 av 163

Prosedyreavbrudd grunnet komplikasjoner hos atrieflimmer-abladerte

Prosedyreavbrudd på grunn av tekniske problemer eller komplikasjoner hos Atrieflimmer prosedyrer uten AV-knuter

ØNSKET MÅLNIVÅ: $\leq 5\%$

0% ●

6 av 1767

5.1 Identifiserte områder

Norsk hjertesviktregister

Kvalitetsindikator 4. Andel behandlet med MRA (%)

- Andel pasienter med hjertesvikt og $EF \leq 40\%$ som behandles med MRA** på siste justeringsbesøk (%). NHR har satt høy måloppnåelse til 70 % og moderat måloppnåelse til 50 %. I 2022 er det den nasjonale måloppnåelsen 71 % noe som er en stor forbedring fra 2021 da den var på 54 %. **Det er fortsatt stor variasjon mellom sykehusene og måloppnåelsen varierer fra 11 % - 100 %**

Kvalitetsindikator 5. Andel behandlet med SGLT2-hemmer (%)

- Andel pasienter med hjertesvikt og $EF \leq 40\%$ som behandles med SGLT2-hemmer** på siste justeringsbesøk (%). NHR har satt høy måloppnåelse til 70 % og moderat måloppnåelse til 50 %. I 2022 er det den nasjonale måloppnåelsen 71 % noe som er en stor forbedring fra 2021 da den var på 24 %. **Det er fortsatt stor variasjon mellom sykehusene og måloppnåelsen varierer fra 19 % - 94 %**

Norsk hjerteinfarktregister

Kvalitetsindikator C: Reperfusjonsbehandling innen anbefalt tid ved STEMI

Kvalitetsindikatoren **har siden den ble innført hatt mindre god måloppnåelse nasjonalt**. Kun fem sykehus hadde meget god måloppnåelse i 2022. Indikatoren omfatter de to kvalitetsindikatorene "Trombolyse innen anbefalt tid" og "Primær PCI innen anbefalt tid".

Områder med behov for kvalitetsforbedring

Nasjonalt kvalitetsregister for ryggkirurgi

Oversiktsbilde for 2022



6 316 ryggoperasjoner i 2022,
totalt 69 671 i registeret

Dekningsgraden i 2021 var 81 %

Dekningsgraden var uakseptabelt lav i en rekke offentlige sykehus

39 av 39 sykehus-avdelinger

Alle aktuelle enheter rapporterte til registeret

Åtte publiserte forskningsartikler

Basert på data fra registeret i 2022

Operasjonsresultat

61 % av pasientene var betydelig bedre ett år etter operasjonen. Resultatene er stabile selv om andelen >70 år øker (29 %)

Ventetid

For mange pasienter venter for lenge før de tilbys operasjon. Mange sykehus bør vurdere forbedring av pasientforløp og kapasitet

Indikasjonsstilling 1

Andelen pasienter operert for lumbal prolaps med lite beinsmerter (og ikke parese) før operasjonen bør reduseres

Indikasjonsstilling 2

Sykehus som har lav andel pasienter med godt utfall etter 12 måneder bør vurdere å etablere lokale kvalitetsforbedringsprosjekter for vurdering av indikasjonsstilling

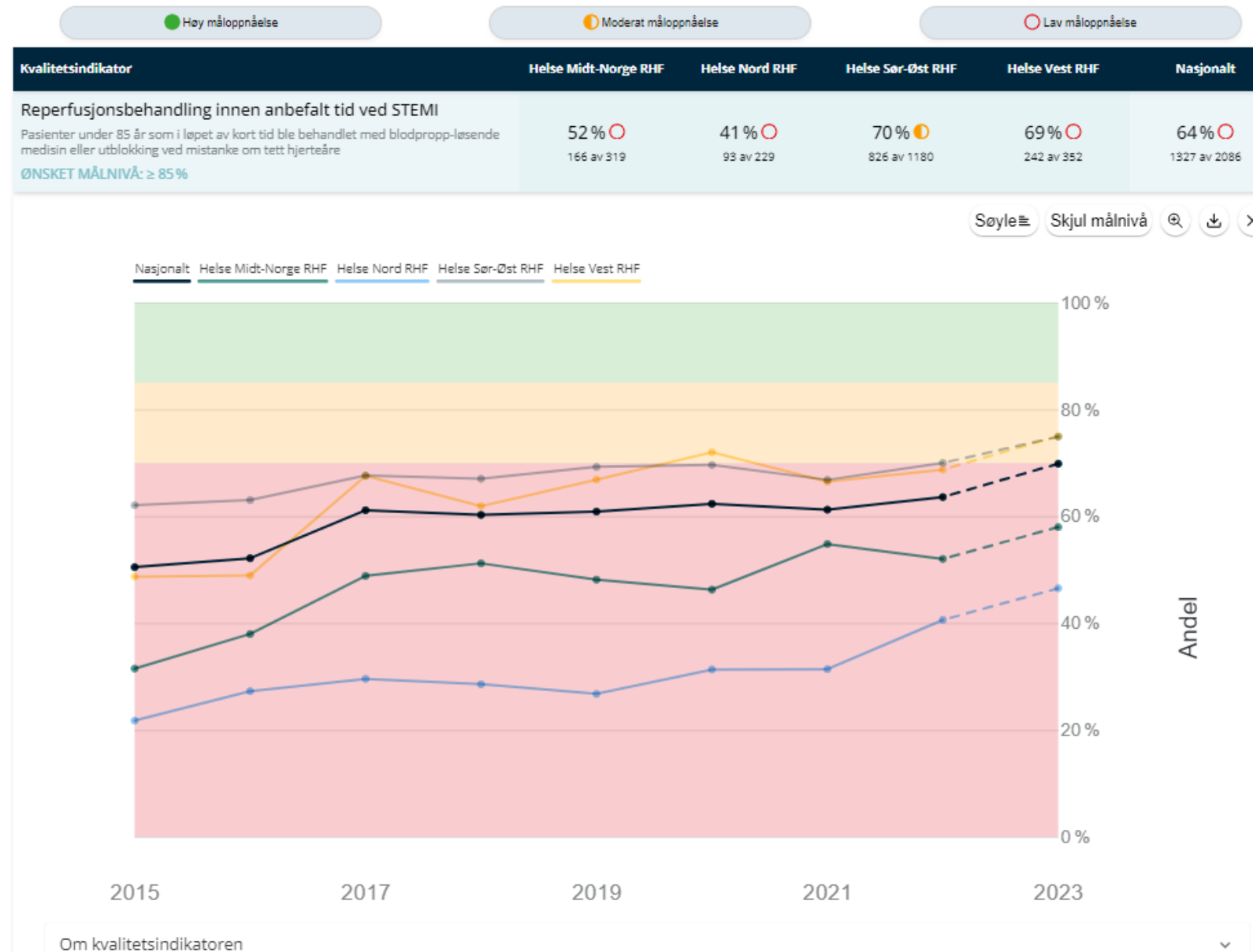
Fusjonskirurgi

For mange pasienter får unødvendig omfattende kirurgi. Flere sykehus bør vurdere om praksis er i tråd med kunnskapsgrunnlaget

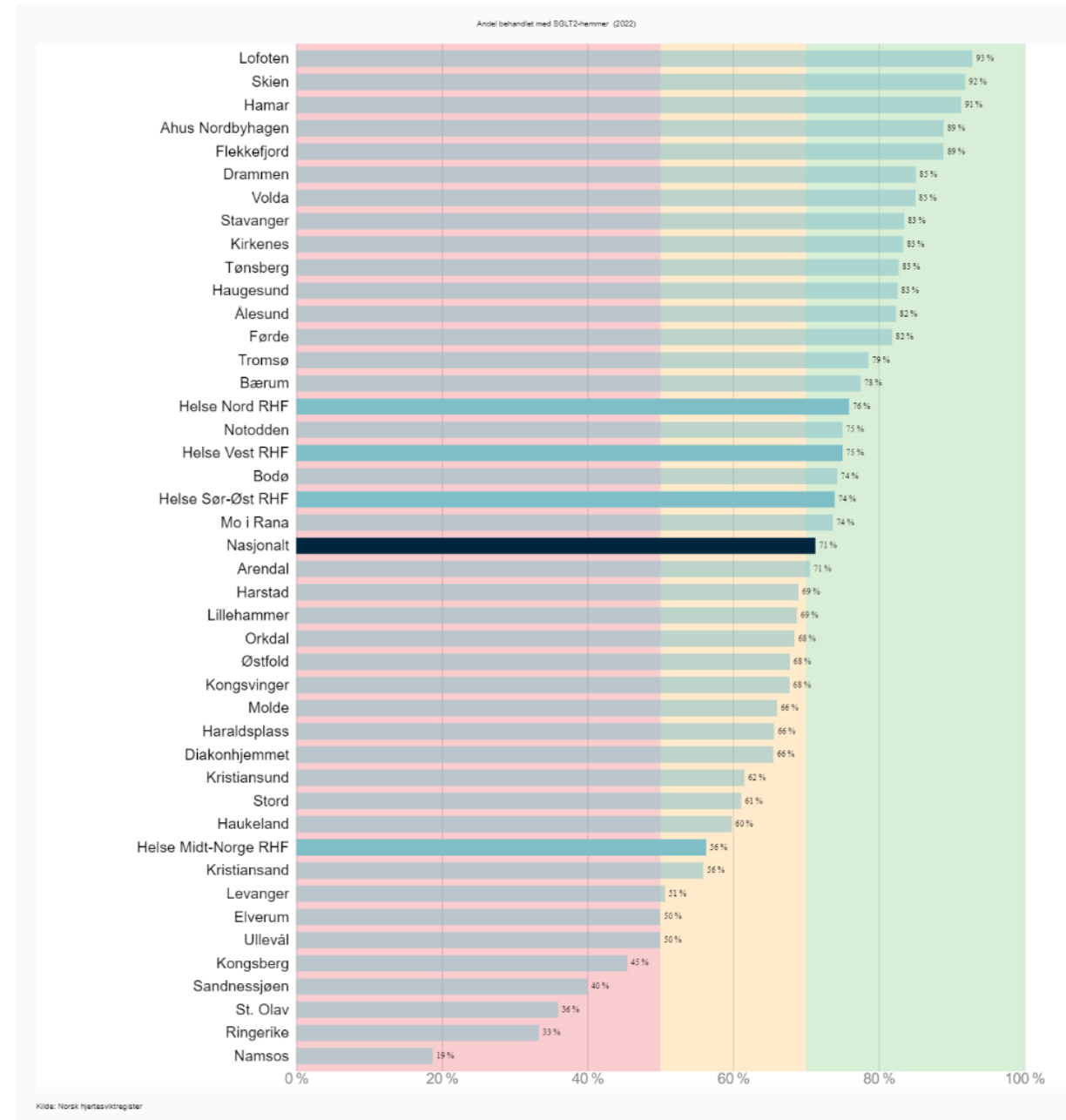
Tromboseprofylakse

Variasjonen i bruk av tromboseprofylakse bør reduseres. Sykehusene må gjøre seg kjent med gjeldende retningslinjer og unngå unødvendig bruk av tromboseprofylakse

Kvalitetsindikatorer med lav måloppnåelse



Kvalitetsindikatorer med stor uønsket variasjon



Hvilke indikatorer egner seg til kvalitetsforbedring

Prosess indikatorer (det som gjøres)

Eksempel

- Norsk hjerneslagregister
 - Andel pasienter med hjerneinfarkt (I63) utskrevet fra sykehus med antitrombotisk behandling (platehemming eller antikoagulasjon)
- Egner seg godt til kvalitetsforbedring

Struktur indikatorer (det som finnes)

- Finnes få rene struktur indikatorer
- Finner noen som er en blanding av struktur og prosess
- Kvalitetsindikatorene i medisinske kvalitetsregistre regnes på individ nivå ikke på enhetsnivå.
- Egner seg godt til kvalitetsforbedring

Hvilke indikatorer egner seg til kvalitetsforbedring

Resultat (hvordan går det)

Eksempel

- Øre-Nese-Halsregisteret -Tonsilleregisteret
 - Reinnleggelse pga blødning
 - Denne kvalitetsindikatoren er definert som andel reinnleggelse pga blødning etter tonsilleoperasjon, basert på besvarelse fra pasient/pårørende
- Kan være vanskelig å vite hva det er som er årsak til uønsket resultat.
- Krever at det gjøres foranalyser

Når området for kvalitetsforbedring er definert

- Identifisert område
- Hva er årsak til lav måloppnåelse
- Potensielle tiltak
- Når tiltak er iverksatt vil enhetene ha behov for oppdaterte resultater for å vurdere om tiltak har effekt

Påminnelse

Ny årsrapport mal-kvalitetsindikatorer

2.1 Kvalitetsindikatorer

Eksempel på utfylling av tabell per kvalitetsindikator:

Definisjon/beskrivelse	Andel pasienter med hjerneinfarkt utskrevet fra sykehus med statiner/lipidsenkende medikamenter
Type indikator	Prosessindikator
Måloppnåelse	Høy: 75 %, moderat: 65 %, lav: <65 %
Kunnskapsgrunnlag	SIGN Grad A / Nivå 1A
Beregning	Teller: Antall pasienter utskrevet fra sykehus med statiner/lipidsenkende medikamenter, inkludert de som har startet med statiner innen 3 måneder Nevner: Antall pasienter registrert i NHR med hjerneinfarkt som er utskrevet i live

Takk for meg

Spørsmål?