

# Rapporter til løpende formidling av resultater knyttet til kvalitetsforbedringsprosjekt

Marianne Lægran og Martin Blindheimsvik

Registerseminar

05.03.24

# Hva kan være grunnlaget for en rapport?

- Kvalitetsforbedringsprosjekt initiert av registeret
- Kvalitetsforbedringsprosjekt initiert av fagmiljøet
- Følge utvalgte indikatorer over tid
  - For eksempel ved implementering av ny behandling
- Kontinuerlig oppdatering på utvalgte variabler som registeret ønsker fokus på

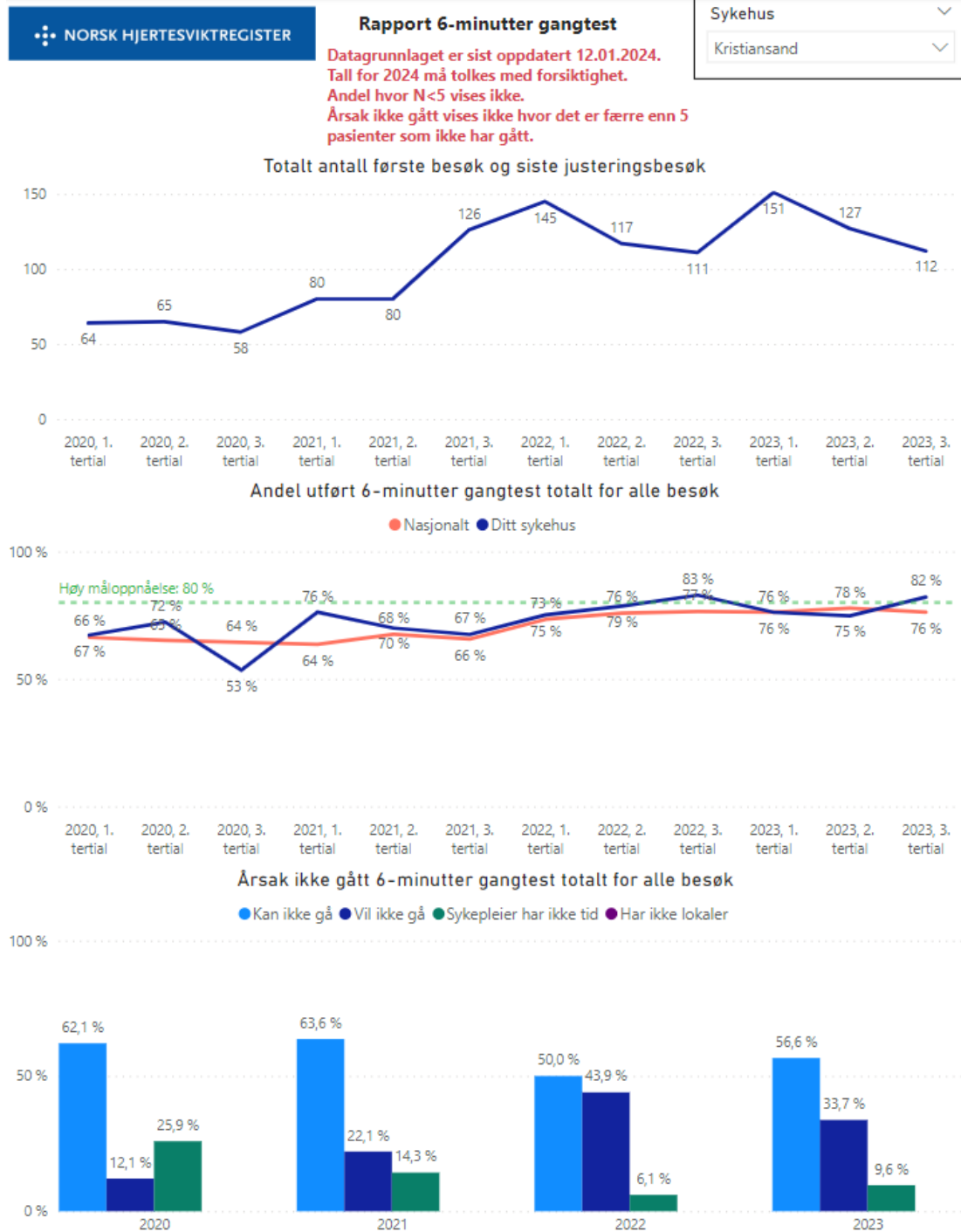
# Hvilke verktøy kan brukes?

- Power BI - manuell oppdatering
- R – manuell oppdatering
- R i Rapporteket – automatisk oppdatering

Forventes ikke at alle register kan alt. Her kan man få bistand fra servicemiljøet

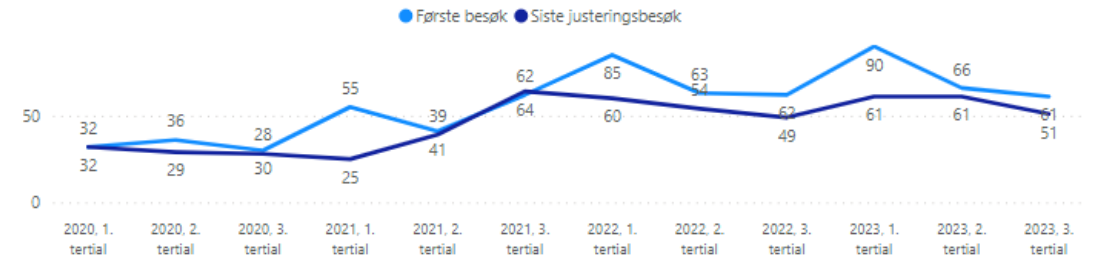
Et mål i strategi- og handlingsplan for 2024-2026 at alle register skal ha tilbud om tilgang på Rapporteket innen 2026

# Rapport laget til prosjektet «Økning i antall utførte 6-minutter gangtest ved Hjertesviktpoliklinikken»

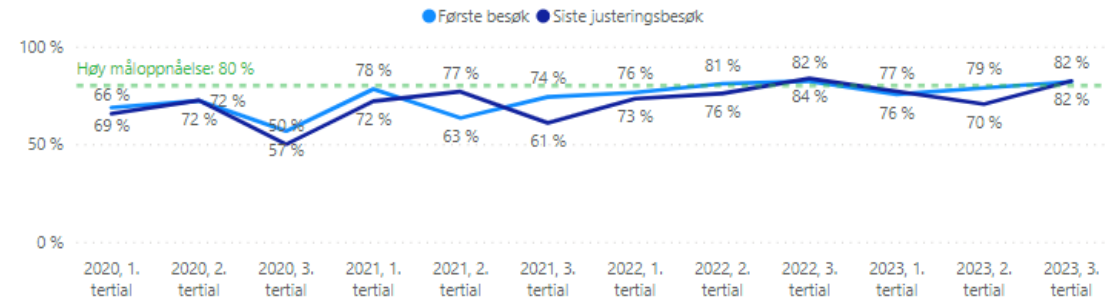


# Rapport laget til prosjektet «Økning i antall utførte 6-minutter gangtest ved Hjertesviktpoliklinikken»

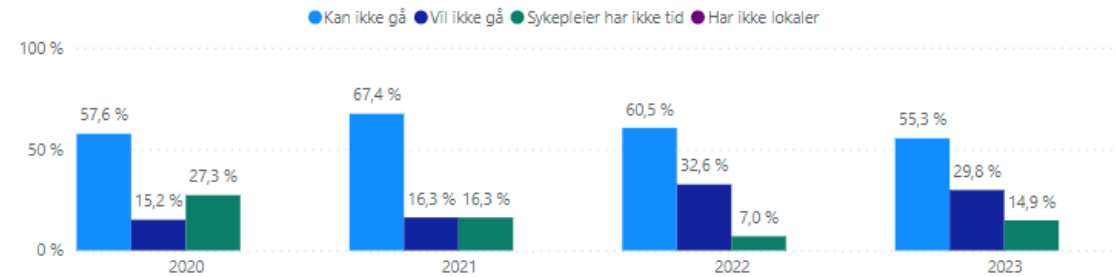
Antall registrerte skjema



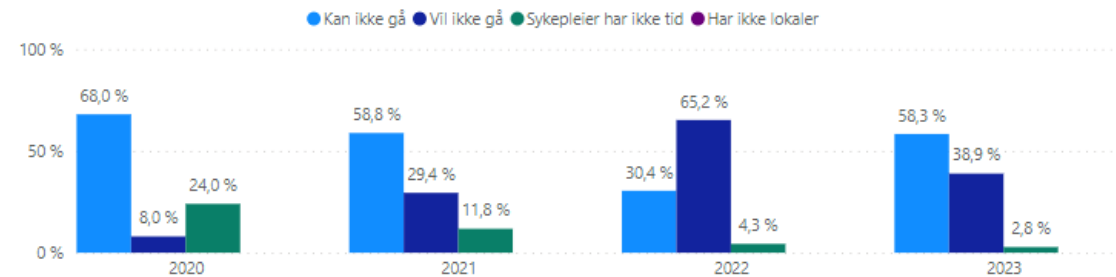
Andel utført 6-minutter gangtest



Årsak ikke gått 6-minutter gangtest første besøk



Årsak ikke gått 6-minutter gangtest siste justeringsbesøk



Enhet

Tønsberg

255

Antall operasjoner registrert (2022)

85,6 %

Dekningsgrad (2020)

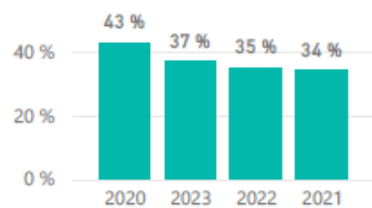
84,4 %

Dekningsgrad (2021)

143

Antall operasjoner registrert (2023)

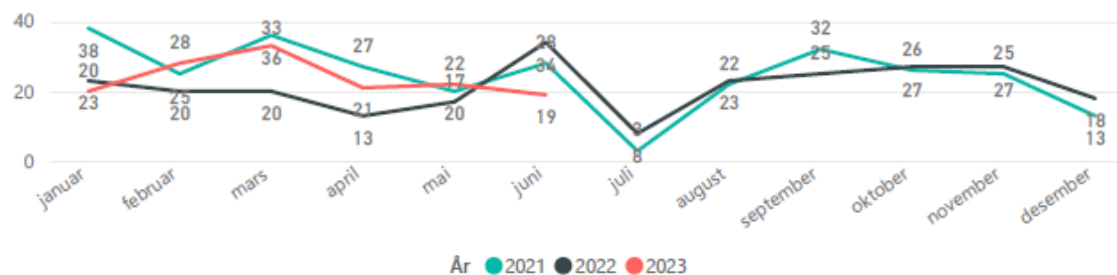
Andel barn (<12 år)



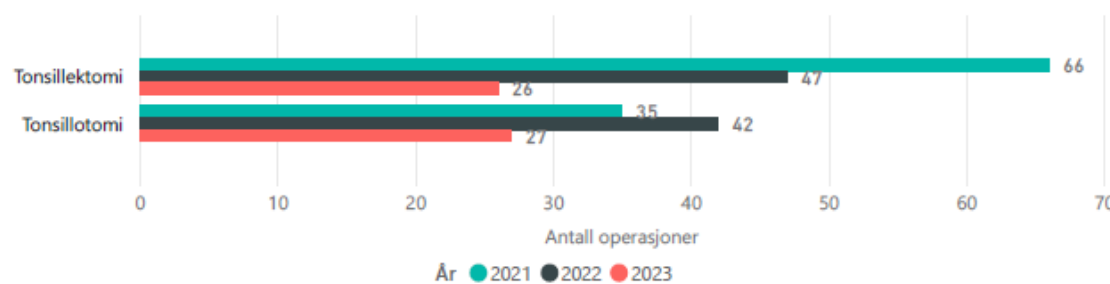
## Kvalitetsforbedringsprosjekt - Tonsilleregisteret

Redusere antall reinnleggelser pga blødning etter tonsilleoperasjon

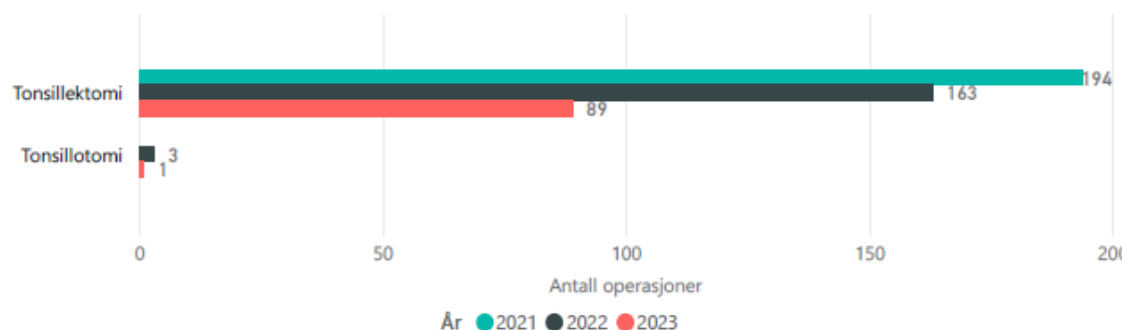
Antall operasjoner registrert



Operasjonsmetode (barn)



Operasjonsmetode (voksen)



Operasjonsmetode og hovedindikasjon (barn)

Operasjonsmetode	År	Hovedindikasjon	Antall opererte
Tonsillektomi	2022	Infeksjon	34
Tonsillektomi	2022	Luftveisobstruksjon	13
Tonsillotomi	2022	Infeksjon	1
Tonsillotomi	2022	Luftveisobstruksjon	41
Tonsillektomi	2023	Infeksjon	20
Tonsillektomi	2023	Luftveisobstruksjon	6
Tonsillotomi	2023	Infeksjon	1
Tonsillotomi	2023	Luftveisobstruksjon	26
<b>Total</b>			<b>142</b>

Operasjonsmetode og hovedindikasjon (voksen)

Operasjonsmetode	År	Hovedindikasjon	Antall opererte
Tonsillektomi	2022	Infeksjon	153
Tonsillektomi	2022	Luftveisobstruksjon	10
Tonsillotomi	2022	Infeksjon	3
Tonsillektomi	2023	Infeksjon	84
Tonsillektomi	2023	Luftveisobstruksjon	5
Tonsillotomi	2023	Luftveisobstruksjon	1
<b>Total</b>			<b>256</b>

Teknikk

Operasjonsmetode	År	Bipolar diatermi	Diatermisaks	Kaldt stål
Tonsillektomi	2022		1	208
Tonsillektomi	2023		0	115
Tonsillotomi	2022		42	5
Tonsillotomi	2023		27	4
<b>Total</b>			<b>70</b>	<b>332</b>

Enhet

Multiple selections

## Kvalitetsforbedringsprosjekt - Postoperativ smertebehandling etter tonsilleoperasjon ≥ 16 år

OBS! Figurene må tolkes i sammenheng med antall skjema/pasienter.

År	Kvartal	Antall besvarte 30-dagers skjema
2021	Kv 1	149
2021	Kv 2	83
2021	Kv 3	84
2021	Kv 4	123
2022	Kv 1	125
2022	Kv 2	96
2022	Kv 3	94
2022	Kv 4	116
2023	Kv 1	152
2023	Kv 2	102

Andel pasienter som tok kontakt pga. smerter 2022

**26 %**   **17 %**   **19 %**   **16 %**

1. kvartal   2. kvartal   3. kvartal   4. kvartal

Andel pasienter som tok kontakt pga. smerter 2023

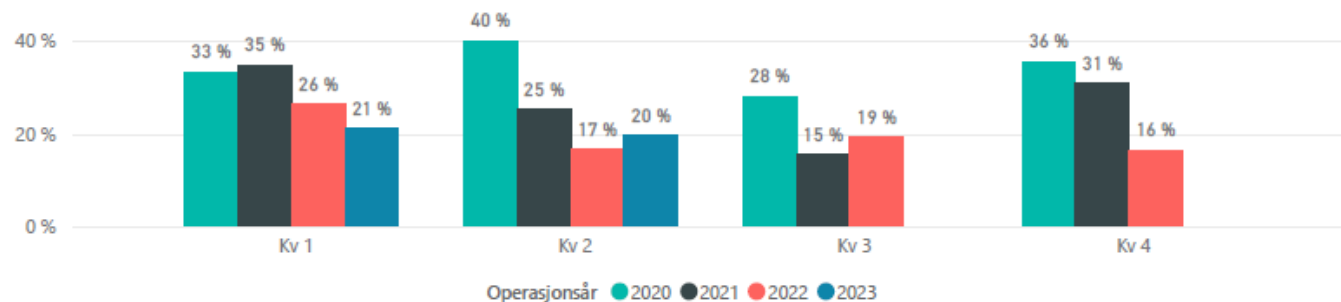
**21 %**   **20 %**

1. kvartal   2. kvartal

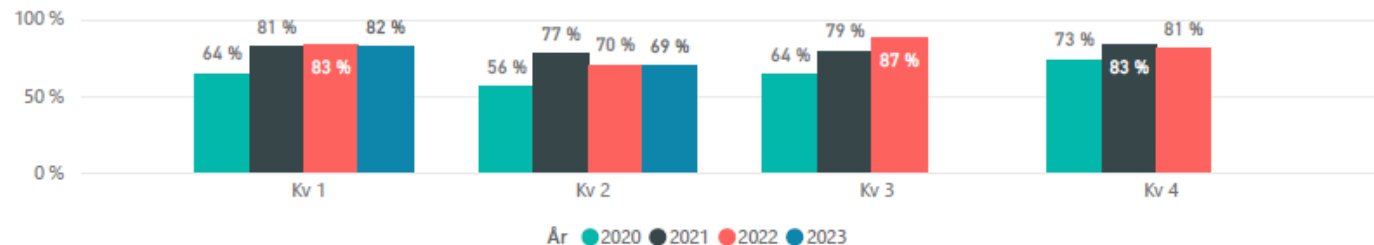
Teknikk (n) 30 dg skjema

År	Antall skjema 30dg	Kaldt stål	Diatermi	Laser
2023	263	181	42	32
2022	431	325	43	48
2021	439	341	81	11
2020	324	211	113	0

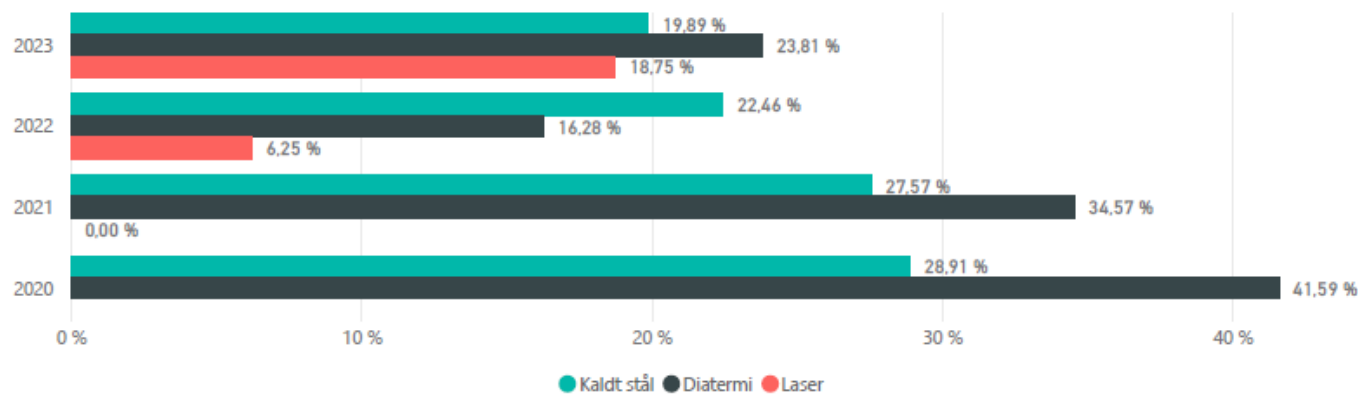
Andel kontakt pga smerter (obs antall besvarte skjema)



Andel besvarte 30-dagers skjema



Andel kontakt smerter i forhold til teknikk



# Tertialrapport - STEMI

Norsk hjerteinfarktregister

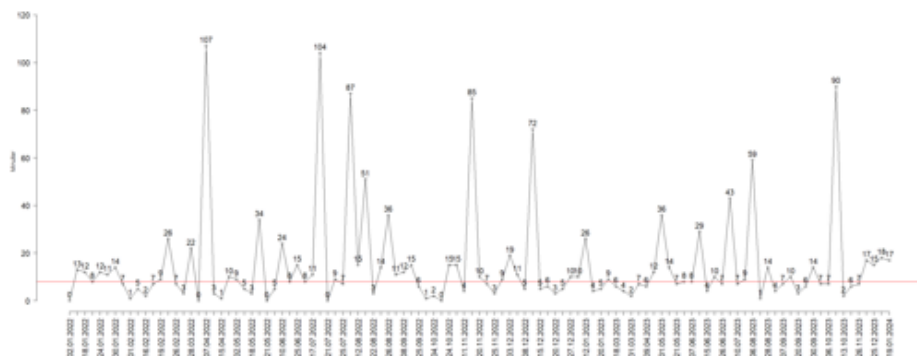
Data oppdatert 06. februar 2024

Rapporten inkluderer pasienter med STEMI bosatt i opptaksområdet til Tromsø. Rapporten inkluderer kun pasienter der hjerteinfarkt oppstod utenfor sykehus.

## Ukjente tidspunkter

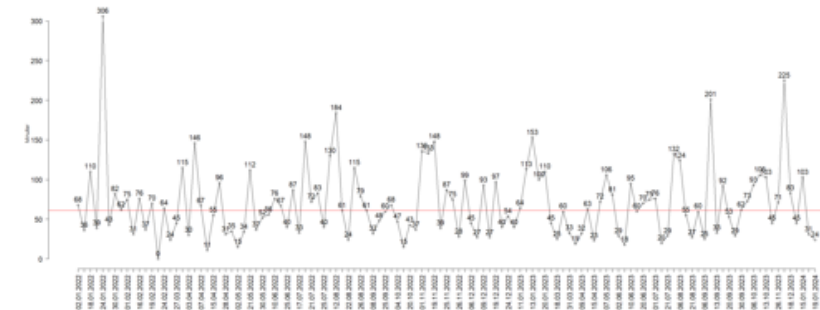
	2022.1. tertia	2023.1. tertia	2024.1. tertia
Ukjent eller manglende tidspunkt på diagnostisk EKG	0	4	0
Ukjent eller manglende tidspunkt på FMK	17	20	1
Ukjent eller manglende tidspunkt på trombolyse	1	0	0
Ukjent eller manglende tidspunkt på invasiv koronar angiografi	0	0	0
Ukjent eller manglende tidspunkt på PCI	0	0	0

Figur 1: Tid fra første medisinske kontakt til diagnostisk EKG tatt prehospitalt



Figur 1 viser antall minutter fra første medisinske kontakt (FMK) til diagnostisk EKG tatt prehospitalt for pasienter innlagt i perioden 2022.1. tertial til 2024.1. tertial. Median antall minutter fra første medisinske kontakt til diagnostisk EKG tatt prehospitalt (rød linje) i denne perioden var 8 minutter.

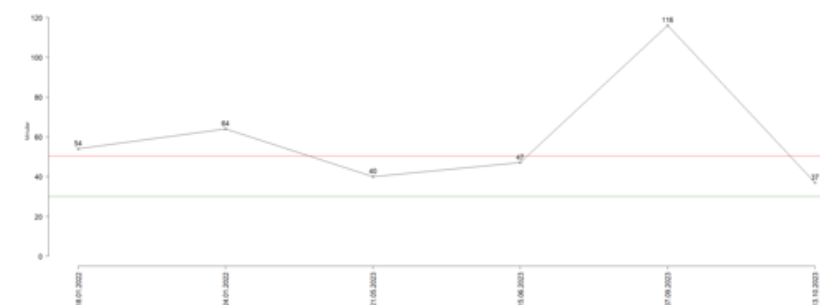
Figur 2: Tid fra første medisinske kontakt til innleggelse



Figur 2 viser antall minutter fra første medisinske kontakt (FMK) til innleggelse for pasienter innlagt i perioden 2022.1. tertial til 2024.1. tertial. Median antall minutter fra første medisinske kontakt til innleggelse (rød linje) i denne perioden var 61 minutter.

## Tid til reperfusjonsbehandling

Figur 3: Tid fra første medisinske kontakt til prehospital trombolyse



Figur 3 viser antall minutter fra første medisinske kontakt (FMK) til prehospital trombolyse for pasienter innlagt i perioden 2022.1. tertial til 2024.1. tertial. Median antall minutter fra første medisinske kontakt til trombolyse (rød linje) i denne perioden var 50.5 minutter. Grønn linje viser anbefalt tidsbruk (30 min) i henhold til Norsk hjerteinfarktregister sine kvalitetsindikatorer for behandling av akutt hjerteinfarkt.



**Kvalitetsindikator 2.**  
Andel ACEi/ARNi eller ARB (%)

Datagrunnlaget er sist oppdatert 01.01.2024.  
Tall for 2023 må tolkes med forsiktighet.  
Tall vises ikke for sykehus med færre enn 5 pasienter per. tertial.

**Kvalitetsindikator 3.**  
Andel Betablokker (%)

Sykehus: 96 %  
Nasjonalt: 97 %

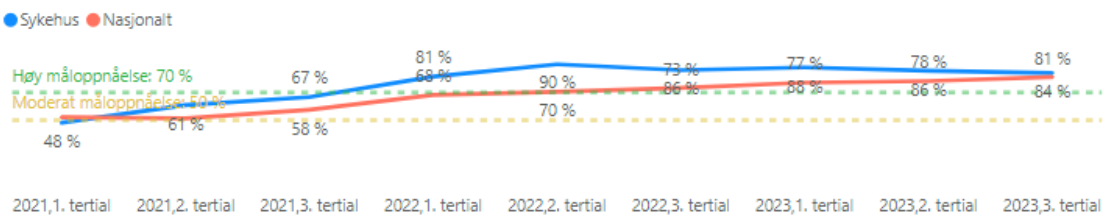
Sykehus: 98 %  
Nasjonalt: 94 %

# Rapport for å følge implementering av ny anbefalt behandling

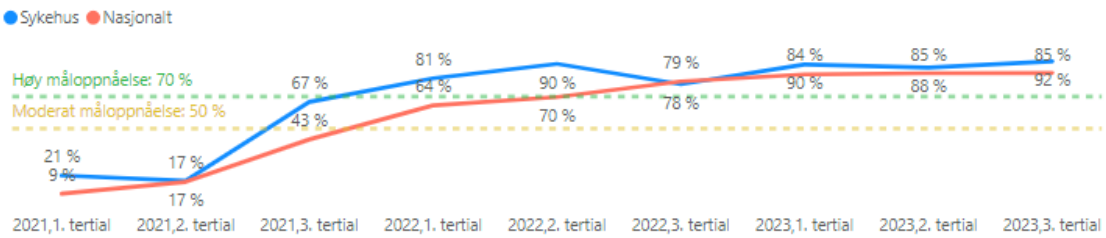
Antall pasienter for sykehuset per. tertial



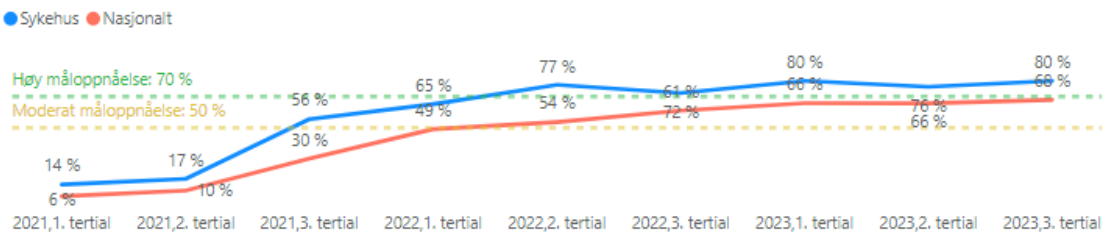
Kvalitetsindikator 4. Andel MRA (%)



Kvalitetsindikator 5. Andel SGLT2-hemmer (%)



Kvalitetsindikator 6. Andel alle fire medikamentene (%)



# Rapport NorSCIR

NorSCIR  
St. Olav

Registreringsoversikter

Pasientkarakteristika

Nevrologisk  
klassifikasjon

Liggetider

*Norsk ryggmargsskaderegister*  
MÅNEDSRAPPORT  
St. Olav

## Registreringsoversikter

## Pasientkarakteristika

## Nevrologisk klassifikasjon

## Liggetider

Dette er en sammenstilling av resultater fra NorSCIR. Alle registreringer er basert på ferdigstilte registreringer i registeret per rapportdato. Alle data er ikke nødvendigvis kvalitetssikret enda. Tidsutvalg for rapportene er spesifisert for hver enkelt figur. Datoer/årstall er basert på utskrivingsdato akutt sykehus (DischgDt). Rapporten viser følgende:

- Antall hovedskjema per år og avdeling.
- Registreringsoversikt med antall Registreringsskjema (hovedskjema) og tilknyttede skjema.
- Andeler av hovedskjema som har et tilknyttet skjema
- Liggetider ved eget sykehus
- Fordeling, skadeårsaker
- Fordeling, ikke-traumatiske skadeårsaker
- Fordeling, AIS ved innleggelse
- Fordeling, AIS ved utskrivning
- Tid fra utreise til ferdigstilt registrering
- Nevrologisk klassifikasjon på sykehusnivå
- Nevrologisk klassifikasjon på sykehusnivå, ved rehabiliteringsopphold over 28 dager
- Anbefalt tid til kontroll

# Rapport NorSCIR

# Rapport NorSCIR

NorSCIR  
St. Olav

Registreringsoversikter

Pasientkarakteristika

Nevrologisk  
klassifikasjon

Liggetider

	Haukeland	St. Olav	Sunnaas	Alle enheter
Utført og klassifiserbar, inn:	29	23	67	119
Ikke utført ved innkomst:	0	1	0	1
Utført, ikke klassifiserbar, inn:	0	0	0	0
Utført og klassifiserbar, ut:	21	20	59	100
Ikke utført ved utreise:	8	4	8	20
Utført, ikke klassifiserbar, ut:	0	0	0	0
Utført ved både inn og ut:	72%	79%	88%	82%

Tabell : Nevrologisk klassifikasjon for pasienter utskrevet fra og med 2023-02-01, antall.

Takk for oss

Spørsmål?