

SENTER FOR KLINISK DOKUMENTASJON OG EVALUERING

ÅRSRAPPORT 2022



OM OSS

AKTIVITETER

FORSKNING OG UTVIKLING

INNHOOLD

1. OM SKDE

FORORD	3
VÅRT OPPDRAG	4
VÅR ORGANISASJON	5
HVEM ER VI	6
VÅRE SEKSJONER	7
BIDRAR I HELSE NORD SITT INNSIKTSTEAM	8

2. AKTIVITETER

NYTT HELSEATLAS I 2022	10
HELSEATLAS I NY DRAKT	11
ETTESPURTE ANALYSER FRA SKDE	12
SAMLING I HELSEATLASTJENESTEN	13
SJU NYE REGISTRE	14
STORSATSNING INNEN PSYKISK HELSEVERN	15
NYTT KVALITETSFORBEDRINGSPROSJEKT	16
HELSETJENESTEFORSKNINGSKONFERANSEN 2022	18
GEOGRAFISK VARIASJON	20
STOR FORMIDLINGSAKTIVITET	22
REVURDERING AV HELSETJENESTER	24

3. FORSKNING OG UTVIKLING

DOKTORGRAD - HJERTEFLIMMER	26
DOKTORGRAD - HOFTEBRUDDPASIENTER	27
KVALITETSREGISTERDATA I FORSKNING	28
NY HØRING	29
PUBLIKASJONER	30

VÅR VISJON **PASIENTENS BESTE**

FORORD

I denne årsrapporten ønsker vi å tegne et bilde av aktiviteter i SKDE i 2022.

SKDE er i en unik situasjon i spesialisthelsetjenesten ved vår organisatoriske plassering som selvstendig enhet i Helse Nord RHF med flere store nasjonale oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet. Bred faglig kompetanse, fleksibilitet og mulighet til å prioritere våre ressurser bidrar til et mangfold av oppdrag, ofte der utfordringene er akutte og vårt arbeid kan være nyttig.

Vi har i 2022 erfart nytten av omorganisering til enhetlig ledelse samt etablering av en ny forskningsseksjon, noe som har ført til mer internt samarbeid på tvers av seksjoner og stab enn tidligere. Det var blant annet viktig da vi utarbeidet forslaget om utvalgte kvalitetsindikatorer for styring til Helse Nord RHF. Disse kvalitetsindikatorene ble inkludert i oppdragsdokumentet til helseforetakene i nord for 2022.

Et annet vedtak som fikk gjennomslag, var initiativet fra Nasjonalt servicemiljø i SKDE om å bevilge to millioner kroner til utvikling av det regionale forbedringsprosjektet "Trygg akuttmedisin". Midlene ble bevilget fra kvalitetsregisterfeltets nasjonale infrastrukturmidler.

I vårt arbeid med å få en felles oppslutning om retning og fremtid for SKDE ble vår strategi ferdig sent i 2019. Første strategiperiode var 2020—2022 med registerkompetanse, forskning og kunnskapsoverføring som satsningsområder. Strategien har bidratt til positiv utvikling innen alle de tre områdene. Eksempler på dette er flere ferdige og pågående ph.d.-prosjekt med utgangspunkt og veiledning fra SKDE, og nye registre tatt i bruk som kunnskapsgrunnlag for våre helseatlas. I løpet av siste halvår 2022 ble det regionale prosjektet med revurdering av helsetjenester med usikker helsegevinst avsluttet, med en interregional faglig beslutning om å overlate videre arbeid til SKDE. Dette kan bli en ny og krevende oppgave for oss på vegne av de fire regionale helseforetakene. Her vil det trenge solid faglighet og stor kløkt for å lykkes – men også dette kan gå bra.

Vi håper årsrapporten skaper interesse.

Beste hilsen

BARTHOLD VONEN, DIREKTØR
SKDE - SENTER FOR KLINISK DOKUMENTASJON OG EVALUERING

VÅRT OPPDRAG

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

SKDEs formål

Bedre og mer likeverdige helsetjenester.

Status for strategiperioden 2019

SKDEs strategi 2020—2035 har «Pasientens beste» som visjon og «Bedre og mer likeverdige helsetjenester» som overordnet mål.

I strategiperioden 2020—2022 var «kunnskapsoverføring», «forskning» og «registerkompetanse» strategiske satsningsområder.

Ved rullering av strategi og handlingsplan for perioden 2023—2025 ble «nærhet til tjenesten» og «nye verktøy for styring og kvalitetsforbedring» valgt til nye strategiske satsningsområder.

SKDES OPPGAVER BESTÅR AV

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

2004

SKDE BLIR OPPRETTET

2008

VIRKSOMHETEN UTVIDES MED EN REGIONAL REGISTERENHET FOR HELSE NORD

2009

NASJONALT SERVICEMILJØ FOR MEDISINSKE KVALITETSREGISTRE ETABLERES

2015

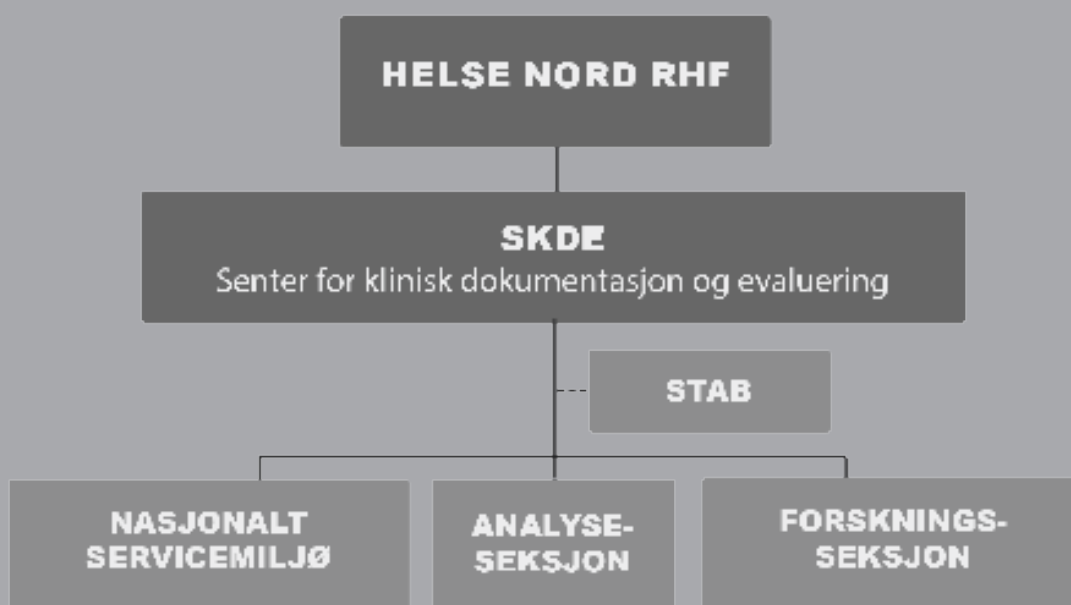
DET FØRSTE HELSEATLASET PRESENTERES

ORGANISASJON

SKDE er en frittstående avdeling i Helse Nord RHF som er organisatorisk plassert under administrerende direktør.

Ledergruppen i SKDE har tertialvise oppfølgingsmøter med ledergruppen i Helse Nord RHF, og består av de tre seksjonslederne, direktør, kommunikasjonsrådgiver og rådgiver i stab.

SKDEs fagråd er bindeledd mellom SKDE og HF i Helse Nord. Det ble avholdt to møter i fagrådet i 2022.



2016

SKDE FÅR I OPPDRAG Å ØKE FORSKNINGSVIRKSOMHETEN, SAMT UTVIDE OG STYRKE SITT INTERNASJONALE OG INTERNE SAMARBEID

2020

SKDE FÅR ANSVAR FOR TEKNOLOGIFORUM FOR MEDISINSKE KVALITETSREGISTRE (FMK)

2021

NY STYRINGSMODELL INNFØRES

HVEM ER VI

FAKTA OM ANSATTE I 2022

ÅRSVERK SKDE: **25,15**

ANTALL ANSATTE PR. 31.12.2022: **32**

STIPENDIATER: **3**

POST DOC: **1**

ANTALL ANSATTE MED DOKTORGRAD: **10**



Møte hos SKDE. Foto: Ørjan Marakatt Bertelsen

TVERRFAGLIGHET

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**

OPPGAVER I SEKSJONER OG STAB

NASJONALT SERVICEMILJØ

Seksjon Nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetsregistre (servicemiljøet) er et nasjonalt kompetansemiljø som får sitt oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet.

Servicemiljøet består av seksjonen i SKDE og regionale servicemiljø i Helse Sør-Øst, Helse Vest, Helse Midt-Norge og Helse Nord. Nasjonalt Servicemiljø har kompetanse på opprettelse og drift av kvalitetsregistre, jus og personvern, finansiering, IKT, kvalitetsforbedring, statistisk analyse og formidling av resultater.

ANALYSE- SEKSJON

Analyseseksjonen utvikler nasjonale helseatlas for å beskrive uønsket variasjon i bruk av spesialisthelsetjenester.

Det første helseatlas kom i 2015, og hittil er det publisert 12. Analyseseksjonen utarbeider i tillegg større og mindre analyser på oppdrag fra blant annet Helse Nord RHF, helseforetak i regionen og andre bestillere. Tidvis får seksjonen også oppdrag fra nasjonale utvalg.

FORSKNINGS- SEKSJON

Forskningsseksjonens oppdrag er gjennom ulike analyser å forsøke å forklare praksisvariasjon i helsetjenesten. Blant annet gjennom det seksårige forskningsprosjektet "Likeverdige helsetjenester — uansett hvor du bor?" som er tildelt midler gjennom det regionale forskningssamarbeidet KlinReg.

Forskningsseksjonen har pågående forskningsprosjekt innen mange fagområder: hjerte-karsykdommer, kreft, psykisk helse og muskel-skjelettsykdommer.

STAB

Staben i SKDE består av fem ansatte som tilbyr rådgivning og tjenester innen flere felt.

Blant annet administrativ saksbehandling og merkantile funksjoner, HR, lederstøtte, personvern, helselovgivning og forvaltning (jus), programvarearkitektur og praktiske/strategiske IKT-spørsmål, samfunnskontakt og kommunikasjon.

BIDRAR I HELSE NORD SITT INNSIKTSTEAM

Fag- og forskningssjef i SKDE
Eva Stensland er operativ
leiar i innsiktsteamet.



Eva Stensland.
Foto: Ørjan Marakatt Bertelsen

Regionalt innsiktsteam vart oppretta hausten 2022 på oppdrag frå Helse Nord sitt styre. Teamet skal gje råd til administrerande direktør, og være “tett på” og hjelpa til i omstillingsprosessane i helseføretaka. Målet er å sørge for berekraftige helsetenester i nord. Samstundes er det òg naudsynt å ta grep for å sikre at økonomien, og ikkje minst behovet for og tilgangen til personell, er berekraftig.

Teamet skal utføre sjølvstendige oppgåver, men òg bidra med analysar og felles forslag til helseføretaka sitt omstillingsarbeid.

Ansvarleg leiar for innsiktsteamet er eigardirektør i Helse Nord, Hilde Rolandsen, medan Eva Stensland har rolla som operativ leiar. Det er ni medlemmar i teamet.

— Eg er glad for å kunna bidra i dette viktige arbeidet på vegne av SKDE. Vi har kontakt med alle helseføretaka og hjelper dei med analysar dei har behov for i omstillingsarbeidet sitt. Dette oppdraget gir meg mykje ny kunnskap som eg tenkjer kan vere nyttig i det andre analysearbeidet vårt i SKDE, seier Eva Stensland.

DEL 2 AKTIVITETER

VÅR VISJON
PASIENTENS BESTE

NYTT HELSEATLAS I 2022:

STORE FORSKJELLER I OPPFØLGING AV PASIENTER MED KRONISKE SYKDOMMER

Hvor du bor i landet kan ha betydning for hvilken oppfølging du får om du har kroniske sykdommer som endometriose, MS, Parkinson, migrene og epilepsi.



Prosjektleder for helseatlas for utvalgte kroniske sykdommer, Kristel Guldhaugen. Foto: Privat

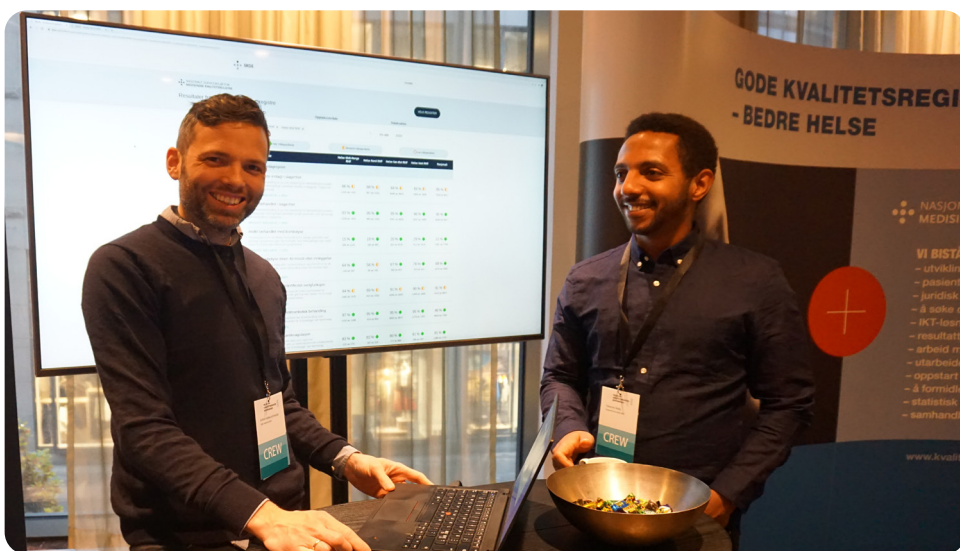
Det viser resultatene fra helseatlas for utvalgte kroniske sykdommer som ble publisert i 2022.

Formålet med helseatlas har vært å finne ut om mennesker med utvalgte kroniske sykdommer får likeverdige helsetjenester, uansett hvor i Norge de bor. Datagrunnlaget er hentet fra Norsk pasientregister (NPR) og Kommunalt pasientregister (KPR) i perioden 2018—2021.

HOVEDFUNN

- Migrenepasienter sykemeldes ofte: 20 prosent av utvalget var sykemeldt minst en gang per år, og disse hadde gjennomsnittlig tre sykemeldinger pr. år på grunn av migrene.
- Det var stor geografisk variasjon mellom opptaksområdene i andel pasienter med MS som var i behandling med høyaktive legemidler i perioden 2019–2021.
- Rundt 11 600 pasienter ble årlig behandlet for Parkinsons sykdom i Norge i allmennlege- og spesialisthelsetjeneste. Dette er flere enn tidligere antatt (cirka 7000).
- Det var stor og uberettiget variasjon i bruk av spesialistkonsultasjoner for eldre (65+ år) med epilepsi. Det var også betydelig geografisk variasjon i bruk av spesialistkonsultasjoner for barn.
- Tall for 2019–21 viser at det fortsatt er stor geografisk variasjon i bruk av inngrep for endometriose i Norge. Er du bosatt i Vestfold er det mer sannsynlig at du får et slikt operasjonstilbud enn om du bor i Førde eller Nord-Trøndelag.

HELSEATLAS I NY DRAKT PÅ NETT – PAPIRVERSJONEN ER HISTORIE



Arnfinn H. Steindal (t.v.) og Yohannes Tesfay har leia prosjektet med å få på plass ny nettløysning for helseatlas. Foto: Randi Solhaug

I samband med lansering av helseatlas for kroniske sjukdommar våren 2022 fikk SKDE laga ei ny nettside. Samstundes vart papirversjonen av helseatlas for fyrste gong valt bort.

Heilt sidan det fyrste helseatlas vart publisert i 2015 har det vorte trykt i ein omlag 100 sider lang rapport på papir. Rapporten vart òg lagt ut på internett i ei PDF-fil, samt at funna vart presentert i eit digitalt kart.

Då det nyaste helseatlas skulle publiserast våren 2022, valde SKDE sin analyseseksjon å oppgradera nettversonen og gjere tal og funn endå meir tilgjengelege for brukarane. Den nye nettløysinga har vorte godt teke imot.

— Tilbakemeldingane frå brukarane av helseatlas er veldig positive. Vi var litt spente på om nokon heller ville føretrekkje å få rapporten på papir slik som tidlegare, men så langt har ingen spurt etter han, fortel seksjonsleiar for analyse Hanne Sigrun Byhring.

ETTERSPURTE ANALYSER FRA SKDE

Analyseseksjonen i SKDE har i løpet av 2022 bidratt med analyser til de nasjonale utredningene Kvinnehelseutvalget, Sykehusutvalget og Helsepersonellkommissjonen.



SKDE har bidratt med analyser til store nasjonale utredninger på oppdrag fra den sentrale helseforvaltningen. Foto: Ørjan Marakatt Bertelsen

ANALYSER INNEN KVINNEHELSE

Til Kvinnehelseutvalget ble det levert et utvalg av analyser av geografisk variasjon i bruk av helsetjenester, hovedsakelig innen gynekologi, fødselshjelp og hjertemedisin.

Innen fagområdet gynekologi og fødselshjelp leverte analytikerne tall på endometriose, kolposkopi, helsetjenester for mor i barselstiden og reinnleggelser av nyfødte i barselstiden. De fant blant annet ut at hvor du bor kan avgjøre hvor sannsynlig det er at du får operasjon for endometriose.

Innen fagområdet hjertemedisin så analytikerne nærmere på andel pasienter som får PCI etter angiografi, polikliniske undersøkelser for eldre med hjertesvikt og ekkokardiografi for eldre. Et av funnene var at andelen som fikk PCI etter angiografi var 14,1 prosent høyere for menn enn for kvinner.

SMÅ ENDRINGER I GEOGRAFISK VARIASJON

Sykehusutvalget ba SKDE om å bidra med analyser av utvikling i geografisk variasjon for noen utvalgte helsetjenester i perioden 2015–2021. I tillegg ble det levert en analyse av utvikling i kvalitet i spesialisthelsetjenesten i Norge de siste fem–ti årene,

basert på et utvalg kvalitetsindikatorer. Resultatene viser at det har vært små endringer i graden av geografisk variasjon i løpet av denne perioden, men i noen tilfeller har graden av variasjon økt noe. Funnet er i tråd med det Riksrevisjonen påpekte i sin undersøkelse i 2019 om at de regionale helseforetakene og helseforetakene i liten grad hadde “brukt forbruksrater til å følge opp den faglige praksisen og kapasiteten”.

OPPDATERTE TALL

SKDE har også levert tallgrunnlag til Helsepersonellkommissjonen. Det dreier seg om oppdaterte figurer fra Helseatlas for Barn, Helseatlas for Dagkirurgi og Revurderingsprosjektet.

En av de ansatte i SKDE, professor emeritus Olav Helge Førde, er også oppnevnt som medlem i kommissjonen.

— Dette viser at SKDE har tillit som leverandør av analyser til store nasjonale utredninger på oppdrag både fra den sentrale helseforvaltningen. Dette er en inspirasjon for oss til stadig å utvikle vår analysevirksomhet, noe som er en av våre strategiske satsninger de nærmeste tre årene, sier direktør i SKDE, Barthold Vonen.

NASJONAL HELSEATLASTENEST MED SAMLING I FØRDE

– Det var både nyttig og nødvendig med eit fysisk møte. SKDE held til i Tromsø, og under pandemien har vi treft kvarandre berre på Teams, seier Marte Bale som er leiar for atlastenesta i Helse Førde.



Frå venstre bak: Haji Kedir Bedane, Oddne Skrede, Knut Ivar Osvoll, Bård Uleberg, Tove Johansen, Kristel Guldhaugen og Arnfinn Steindal. Framme frå venstre: Maria Holsen, Frank Olsen, Hanne Sigrun Byhring, Marte Bale og Yohannes Tesfay.

Målet med samlinga, som fann stad 2. og 3. mai, var å starta opp ein felles utviklingsplan for helseatlastenesta dei neste to-tre åra. Nytt i arbeidet er mellom anna at vi tek i bruk data frå både spesialist- og kommunehelsetenesta i analysane, og har etablert ei ny nettside – sjå Helseatlas (skde.no).

– Ved at vi utarbeider planen i lag, blir utviklingsområda relevante og nyttige for hele tenesta – og forventeleg meir gjennomførbar. Gjennom helseatlas undersøker tenesta om innbyggjarane får det same helsetenestetilbodet uansett kvar ein bur i landet. At vi saman sikrar ei vidareføring av den gode kvaliteten på arbeidet som blir utført, vidareutviklar den nye nettsida, tydeleggjer forskning som del av tenesta og kommuniserer resultat til målgruppene på ein god, planmessig og felles måte, er viktig for oss i tida framover, seier Bale.

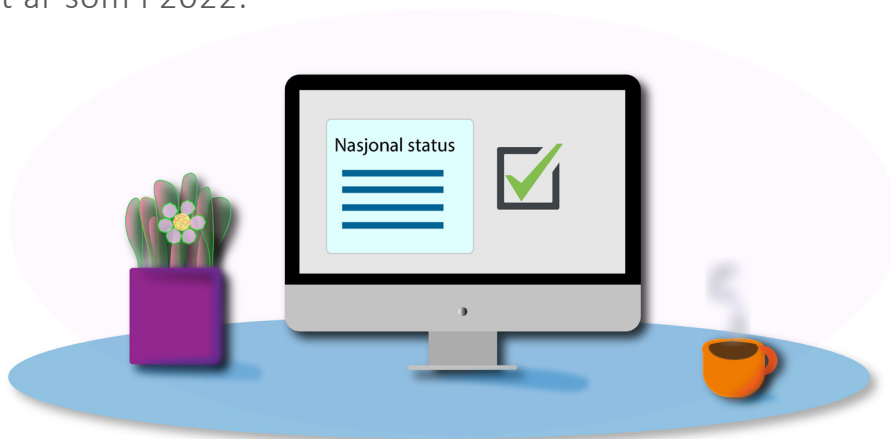
– For å lykkast med utvikling av atlastenesta er det avgjerande med eit tett og nært samarbeid mellom dei to miljøa. Vi ser fram til å jobba saman med atlastenesta i Førde om å vidareutvikla Helseatlas, og takkar for godt vertskap, seier seksjonsleiar Hanne Sigrun Byhring i SKDE.

I tillegg til ein plan for utvikling av tenesta er det også sett ned ei prioriteringsgruppe som skal føreslå kva for helseatlas som skal oppdaterast først, og kva nye emneområde som er relevante.

Saman med gruppa (sjå bilete) deltok også assisterande fagdirektør i Helse Vest Ola Jøsendal, utviklingsdirektør Anne Kristin Kleiven og seksjonsleiar Guro Mjanger i Helse Førde.

SJU NYE GODKJENTE MEDISINSKE KVALITETSREGISTRE

Aldri før har så mange medisinske kvalitetsregistre fått godkjenning i løpet av et år som i 2022.



I tråd med målsettingene har Norge fått stadig flere medisinske kvalitetsregistre med nasjonal godkjenning. Det er Helsedirektoratet som formelt tildeler nasjonal status til medisinske kvalitetsregistre etter søknad fra de regionale helseforetakene.

For pasienter og pårørende skal de nye registrene blant annet være med å bidra til økt kvalitet på behandling og oppfølging, og et mer likeverdig tilbud. For fagfolk vil registrene bidra til mer kunnskap, kvalitetsarbeid og forskning på fagfeltet.

DETTE ER DE NYE REGISTRENE

- NASJONALT KVALITETSREGISTER INNEN ALDERSPSYKIATRI
- NORSK BRANNSKADEREGISTER (NBR)
- NASJONALT KVALITETSREGISTER FOR ELEKTROKONVULSIV TERAPI (ECT)
- NORSK KVALITETSREGISTER FOR ALVORLIGE PRIMÆRE HODEPINER
- NORSK KVALITETSREGISTER FOR ØRE-NESE-HALS, HØRSELSREGISTERET FOR BARN
- NORSK REGISTER FOR ALS OG ANDRE MOTONEVRONSYKDOMMER (ALS-REGISTERET)
- NASJONALT KVALITETSREGISTER FOR BEHANDLING I PSYKISK HELSEVERN VOKSNE (PHV)

FAKTA

- Det er 59 nasjonale medisinske kvalitetsregistre i Norge (per 1. mars 2023).
- Et medisinsk kvalitetsregister samler strukturert informasjon fra behandlingsforløp for pasienter innenfor definert sykdomsgrupper.
- Informasjon om utredning, behandling, oppfølging og resultat av behandlingen gir kunnskap om uberegtiget variasjon i helsetilbudet og kvalitet i helsetjenesten.
- Hovedformålet med de medisinske kvalitetsregistrene er å bidra til bedre kvalitet på pasientbehandling.

STORSATSING PÅ MEDISINSKE REGISTRE INNEN PSYKISK HELSEVERN

I løpet av ett år har antall medisinske registre innen psykisk helsevern og rusbehandling økt fra to til fem. Og snart kommer det sjette registeret.

Det første nasjonale medisinske kvalitetsregisteret ble opprettet i Norge i 2009 og siden da har antall kvalitetsregistre vokst kraftig.

Data fra medisinske kvalitetsregistre gir mulighet for å vurdere og forbedre kvaliteten i pasientbehandlingen. Økt bruk av resultater fra helseregistre er en viktig del av den helsepolitiske satsingen for å styrke kvaliteten i helsetjenesten. I tillegg skal data fra registrene være grunnlag for forskning.

I 2021 påpekte imidlertid Riksrevisjonen at Norge manglet registre innen psykiske lidelser. På 12 år var det kun opprettet ett register innen psykiske lidelser. Det er Norsk kvalitetsregister for behandling av spiseforstyrrelser som fikk godkjent nasjonal status i 2015. I tillegg fikk et kvalitetsregister innen rusbehandling nasjonal status tre år senere: Nasjonalt kvalitetsregister for behandling av skadelig bruk eller avhengighet av rusmidler (KVARUS).

TRE NYE REGISTRE I 2022

Men et arbeid med å få opp andelen registre innen psykisk helsevern var allerede i gang. I 2020 behandlet interregional arbeidsgruppe for medisinske kvalitetsregistre en plan for utvikling av kvalitetsregistre innen psykisk helsevern og rusbehandling. Målet var å få fire nye registre, slik at hele aldersspennet fra barn til alderdom skulle dekkes når det gjelder psykisk helse.

Mange års innsats fra fagfolk over hele landet har gjort at arbeidet har i båret frukter. I løpet av 2022 er det godkjent tre nye registre innen psykisk helsevern:

- **Nasjonalt kvalitetsregister innen alderspsykiatri (KVALAP)**
- **Nasjonalt kvalitetsregister for elektrokonvulsiv terapi (ECT)**
- **Nasjonalt kvalitetsregister for behandling i psykisk helsevern voksne (PHV)**

REGISTER FOR BARN OG UNGDOM

Snart kommer det sjette medisinske kvalitetsregisteret innen psykisk helse og rus. Det er innen barne- og ungdomspsykiatri (BUP) og skal driftes via Universitetssykehuset Nord-Norge, Helse Nord. Registeret forventes å få nasjonal godkjenning i 2023.

Dataene som kommer inn til registeret kan brukes til å analysere driften og behandlingsresultat, og kunnskapen man får skal komme både fagfolk, pasienter og pårørende til gode. Det kan for eksempel gi svar på om helsehjelpen når de rette pasientgruppene, om pasientene og pårørende er fornøyde med den hjelpen de får og om behandlingen har den forventede effekten.

GRUNNLAG FOR FOREBYGGING

— Mental Helse er glad for at det nå har kommet på plass tre nye registre i 2022, noe som viser at man har tatt Riksrevisjonens kritikk på alvor. Kvalitetsregistre innen psykisk helse og rus vil kunne gi Mental Helse og andre bruker- og pårørendeorganisasjoner muligheten til å følge og utvikle kvaliteten i behandlingen, sier landsleder i Mental Helse, Ole-Marius Minde Johnsen.

Mental Helse mener at det kommende kvalitetsregisteret innen barne- og ungdomspsykiatrien ikke kommer én dag for tidlig.

— Vi ser i post-pandemien at økningen med psykisk uhelse blant barn og unge skaper et behov for å styrke spesialisthelsetjenesten med utvidede og nye behandlingsmuligheter. Det må også sørges for at man samkjører seg med kvalitetsregistrene for voksne, slik at forskningen enkelt kan se på de samme parameterne over tid, fra fødsel til alderdom. Dette vil være spesielt viktig for å kunne dokumentere hva som kan virke forebyggende for psykisk uhelse.

NYTT KVALITETSFORBEDRINGSPROSJEKT

HJERTEINFARKTPASIENTER SKAL FÅ RASKERE BEHANDLING

Bare en av ti pasienter i Nord-Norge med akutt hjerteinfarkt får trombolyse raskt nok, før de ankommer sykehuset, selv om de burde hatt det. Et nytt prosjekt i Helse Nord skal bidra til at flere får denne livreddende behandlingen innen anbefalt tid.

Kvalitetsforbedringsprosjektet har fått midler fra Nasjonalt servicemiljø i SKDE.

Dersom du noen gang ringer 113 fordi du selv eller noen i nærheten har symptomer på akutt hjerteinfarkt, så sier det seg selv at du ønsker at behandlingen skal starte raskest mulig. Og det er liten tid å miste:

— Får man en blodpropp med akutt blokkering av en kransåre i hjertet, vet vi at tiden er en kritisk faktor. Spesielt de 120 første minuttene. Det er akuttbehandlingen du får da som kan avgjøre hvor mange celler som dør i hjertemuskelen og hvor store skader infarktett påfører deg. I verste fall kan det være dødelig, forteller overlege ved Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN), Mads Gilbert.

Sammen med rådgiver i Samhandlingsseksjonen ved UNN, Stein Widding, leder de prosjektet "Trygg akuttmedisin i nord" som styres fra UNN, Helse Nord.

Prosjektet har som mål å øke andelen pasienter med akutt hjerteinfarkt (STEMI-pasienter) som får prehospital trombolyse i Nord-Norge innenfor de nasjonalt anbefalte tidene.

DÅRLIGST I LANDET

Trombolyse betyr å løse opp blodproppen (tromben) som akutt tetter kransarterien og som fører til hjerteinfarkt. For enkelhets skyld blir trombolysen ofte kalt "plumbo" fordi det er en effektiv måte å oppløse blodproppen og gjenåpne kransåren. Slik blir den livsviktige blodforsyningen til hjertemuskelen gjenopprettet.

At du får trombolyse prehospitalt betyr at du mottar behandlingen før du ankommer sykehuset, kanskje i ambulansen eller hjemme der du får infarktett. Ifølge nasjonale retningslinjer bør pasienter med akutt hjerteinfarkt få prehospital trombolyse når det er mer enn 120 minutter til nærmeste sykehus med døgntilbud om avansert hjerterøntgen og utblokkning av kransårer (PCI). I Nord-Norge vil mange akuttpasienter med hjerteinfarkt ikke kunne nå fram til slik at akutt PCI-behandling

fordi befolkningen bor spredt og har lang vei til nærmeste PCI-sykehus.

— Nasjonalt er det to av ti hjerteinfarktpasienter som får prehospital trombolyse tidnok og før de ankommer sykehuset. I Helse Nord er det derimot bare én av ti som får det — selv om de burde hatt det. Det betyr at det er altfor få pasienter som får det til rett tid, og nå er vi dårligst i landet ifølge nasjonale kvalitetsdata, påpeker Stein Widding.

For pasienten vil raskere trombolyse bety redusert dødelighet og lavere risiko for hjertesvikt etter infarktett for de som overlever.

— Det er med andre ord livsviktig tid for pasienten som vi ikke må kaste vekk, mener Mads Gilbert.

Raskere behandling med prehospital trombolyse er i tråd med anbefalingene fra Norsk hjerteinfarktregister og nasjonale mål. For å bli bedre på dette feltet, har Trygg akuttmedisin-prosjektet satt som mål at pasienter som trenger det skal få trombolyse-behandlingen der de er, og innen de første 20 minutter etter første fysiske kontakten med helsepersonell som kan ta EKG og stille diagnosen. Hvis de ikke kan være fremme på PCI-sykehus innen 90 minutter etter EKG-diagnosen er stilt.

LANSERER SJEKKLISTER

20 minutter er kort tid. Å nå et slikt tidsmål krever at de akuttmedisinske teamene i landsdelen, med deltakere fra kommunehelsetjenestene, ambulansetjenestene, luftambulansetjenestene og de 12 akuttsykehusene i Helse Nord, har samme situasjonsforståelse og følger samme plan. Derfor er det utviklet en ny, evidensbasert felles handlingsplan (algoritme) og felles sjekklister for arbeidet rundt disse tidskritiske pasientene. Uansett om du er sykepleier på et sykehjem, ambulansarbeider, legevaktslege, AMK-operatør eller helsepersonell på sykehus, så skal alle jobbe etter samme plan for å spare



Jobb kjapt, jobb trygt – spar celler, spar liv! Det er mottoet i prosjektet Trygg akuttmedisin som snart ruller ut til alle sykehus i Helse Nord. Foto: Mads Gilbert

livsviktig pasienttid og raskt treffe riktige beslutninger i fellesskap.

Trygg akuttmedisin-prosjektet organiserer dagskurs i teamarbeid med felles situasjonsforståelse, felles handlingsplaner og felles tidsmål. På kurset får helsepersonellet øve realistisk på å samarbeide raskt, effektivt og trygt. For å unngå misforståelser i en tidskritisk arbeids-situasjon trener de på å bruke sjekklister, noe som er helt nytt.

— Sjekklister er obligatorisk i all luftfart for å hindre for-glemmelser og misforståelser som kan koste liv. Sjekklister brukes nå også med gode resultater på alle norske operasjonsstuer for å sikre trygg anestesi og kirurgi, sier Mads Gilbert.

Stein Widding påpeker at det også er et HMS-aspekt i dette. For felles handlingsplaner, tidsmål og sjekklister gjør det tryggere for den enkelte å være på vakt. Risiko-en minsker for at helsepersonell med akuttansvar blir usikre eller glemme viktige ting når det haster.

— Sjekklister gjør oss tryggere, sier han.

KJEMPEGLAD FOR MIDLER

Opplegget er allerede «rullet ut» i Helsefelleskapet Troms og Ofoten gjennom de siste par årene.

— Hvordan ble kurset tatt imot av deltakerne?

— Det har blitt mottatt med stor begeistring! Vi har fått tilbakemelding på at dette bidrar til at fagpersonellet jobber raskere og tryggere med større trygghet for

pasienten. Blant de om lag 500 som har deltatt hittil, er det særlig to ting som går igjen: Endelig har vi fått tid til å trene sammen på å bli gode, og endelig har det blitt enighet om hvordan arbeidsflyten og tidsplanen skal være, forteller Mads Gilbert.

Nylig fikk Trygg akuttmedisin-prosjektet to millioner kroner i støtte fra infrastrukturmidlene til kvalitetsregis-terfeltet.

— For oss var det julaften og 17. mai på én gang da vi fikk meldingen om at vår søknad var innvilget. Dette er også et prosjekt som Helse Nord har hilst velkommen, sier Gilbert.

— Vi har brukt tid på å søke midler, så vi er veldig fornøyde med hjelpen vi har fått fra Nasjonalt servicemiljø ved Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE), legger Stein Widding til.

Prosjektet er planlagt å gå over to år.

FAKTA

SKDE/NASJONALT SERVICEMILJØ DELER ÅRLIG UT MIDLER TIL KVALITETSFORBEDRINGS-PROSJEKTER.

HELSETJENESTEFORSKNINGS- KONFERANSEN 2022

SKDE arrangerte saman med Helse Nord RHF og Nasjonalt nettverk for helse-tjenesteforskning Helsetenesteforskningskonferansen 2022. Det vart ein velykka møteplass på Radisson Blue Hotel i Tromsø 18. og 19. oktober. Her møttest omkring 160 deltakarar med interesse for helsetenesteforskning, og over 80 deltakarar presenterte si pågåande forskning.

Overordna tema var ”Praksisvariasjon i helsetenesta – er likeverd ein illusjon?”.

Alle foto: Randi Solhaug



Professor David Goodman ved Dartmouth Institute i USA er rekna som ein nestor på feltet geografisk variasjon, og han har forska på helsetenester i ei årrekke. Han var difor ein sjølvskreven gjest og hovudtalar på konferansen.



SKDE-direktør Barthold Vonen var ein av seks plenumsinnleiarar. Han fortalde korleis RHF-ane tok hand om “sørge-for-ansvaret” sitt under pandemien.



Ein full plenussal lyttar med merksemd.



Konferansen var ein god moglegheit for å treffe kjende frå forskingsinstitusjonar i heile landet. Etter første dag var det middag og sosial samankomst på kvelden.



Det vart: Kunnskapsdeling, erfaringsutveksling, nettverksbygging og inspirasjon!

DETTE KAN VI GJERE FOR Å MOTVERKE GEOGRAFISK VARIASJON

Det er ingen automatikk i at jo meir pengar ein bruker på helsetilbod, dess betre og meir likeverdig behandling får pasientane. Då professor David Goodman vitja Tromsø i oktober 2022 held han foredrag om kvifor det er slik, og kva ein kan gjere med det.

Professor David Goodman ved Dartmouth Institute i USA er rekna som ein nestor på feltet geografisk variasjon, og han har forska på helsetenester i ei årrekke. Han var difor ein sjølvskreven gjest og hovudtalar på Helsetenesteforskningskonferansen 2022 som fann stad i Tromsø 18.–19. oktober.

SAMANLIKNAR NOREG OG USA

På konferansen snakka David Goodman om geografisk variasjon i helsetenestetilbodet i både USA og i Noreg. Han peika på både liknader og skilnader mellom dei to landa.

– Begge bruker mykje pengar på helsetenester, USA faktisk litt meir enn Noreg per person. Men når det gjeld korleis dei brukar pengane så er det fleire skilnadar. Det er til dømes fleire senger knytt til intensivbehandling i USA, medan det er fleire lækjarar i Noreg per person. Landa skil seg òg frå kvarandre når det gjeld kor nøgd innbyggjarane er med helsetenestene dei får tilbod om i sitt nærområde. I Noreg er folk meir nøgd med tilgangen enn i USA. Samstundes er det ein større del nordmenn som vurderer si eiga helse som «dårleg» samanlikna med amerikanarar. Det til tross for at dei i gjennomsnitt lev lenger enn folk i USA, fortel David Goodman.

Sjølv om begge landa brukar mykje pengar på helsetenester, så slit begge landa med uønskt geografisk variasjon på fleire helsetenester.

– VI HAR EIT PROBLEM

Interessa for geografisk variasjon skaut fart i USA på 1970-tallet da pioneren på feltet, lækjar og

epidemiologiprofessor John Wennberg, begynte å forske på helsetenestetilbodet i staten Vermont. Han fann at det var enorm variasjon i tilbodet og konkluderte med at det kom av sjukehusa sine egne preferansar for kva behandling dei skulle gje pasientar.

Forskinga vart publisert i Science og fekk mykje merksemd. Konsekvensen var ifølgje Goodman at fleire forskarar begynte å stille spørsmål om kvifor ikkje alle pasientane fekk same gode og likeverdige behandling:

– Geografisk variasjon i helsetenestetilbodet var ei viktig oppdaging. Og eg kan berre seie at dei siste 40 åra med forskning har vist, i kvart einaste land denne forskinga er gjort, at resultatene er det same kvar gong: Vi har eit problem med uønskt variasjon.

MÅ GJERE KVALITETSFORBETRINGAR

David Goodman seier at eit av problema er at ikkje alle sjukehusa gjer pasientane den behandlinga som til ei kvar tid er rekna for å vere den beste og mest effektive. Årsaka er ofte at lækjarane tek kliniske avgjersler som ikkje er i tråd med dei forskingsbaserte tilrådingane. Konsekvensen for pasientane er at det er mindre sannsynleg at dei får eit godt resultat av behandlinga.

– For å motverke dette må ein gjere kvalitetsforbetringar. Anten på mikronivå, på klinisk nivå, på sjukehusnivå eller på regionalt nivå. Det er sjølv sagt lett å seie, men vanskelegare å få til i praksis, meiner han.



Professor David Goodman på talarstolen på Helsetenesteforskningskonferansen som vart held på Radisson hotell i Tromsø i oktober. Foto: Randi Solhaug

LÆKJAREN SIN PREFERANSE BLIR AVGJERANDE

Uønskt variasjon kan òg komme av at det finnes fleire alternative måtar å behandle sjukdommar og lidingar på. Dette blir gjerne kalla “preferansesensitive tenester”. Ofte inneber fleire behandlingalternativ at det er lækjaren sin preferanse som blir avgjerande.

– Eit døme er brystbevarande operasjon eller mastektomi (fjerning av bryst) ved kreft. Kven trur du verdsett brystbevarande operasjon meir, lækjaren eller pasienten? Det er faktisk lækjaren, fortel David Goodman.

Pasientane er kanskje ikkje involverte eller informerte i stor nok grad når avgjerda om behandling blir teken. Konsekvensen er mindre individtilpassa behandling.

– For å motverke dette må legar i større grad dele, og søke støtte til, avgjersler. Ein må dessutan forske

meir på resultat av, og kvalitet på, avgjersler. Dette blir no gjort i større grad fleire stadar.

– HELSEATLAS ER EIT GODT REISKAP

I 1996 var professor David Goodman med på å lage det aller første helseatlas i USA. Sidan da har informasjonen i atlasa blitt verdsett av stadig fleire, mellom anna av forskarar:

– Så langt er det publisert 60 atlas og 350 forskingsartiklar. Så atlasa har vore eit godt utgangspunkt for helsetenesteforskning, seier han.

Helseatlas ved Dartmouth inspirerte mellom anna til opprettinga av det norske helseatlas i 2015 som SKDE og Helse Førde produserer. Hittil er det publisert 12 norske helseatlas.

STOR FORMIDLINGSAKTIVITET

De ansatte i SKDE holdt mange foredrag og presentasjoner i løpet av fjoråret- både digitalt og fysisk. I tillegg ble vår forskning og analyser omtalt i flere riksmedier.

Kunnskapsoverføring er et av de strategiske områdene i SKDEs strategi (2019—2022). Hensikten er å sette helseforetakene i bedre stand til å bruke resultatene fra SKDE og medisinske kvalitetsregistre som grunnlag for kontinuerlig forbedring. Formidling av våre resultater er derfor en prioritert oppgave. Drift av nettside, presentasjon av resultater, bruk av sosiale medier, publikasjoner og konferanser er viktige virkemidler for å nå våre mål.

PRESENTASJONER OG KONFERANSER

I 2022 holdt ansatte i SKDE flere presentasjoner i forbindelse med lanseringen av det nye helseatlas for kroniske sykdommer. Blant annet ble det holdt presentasjoner for fagsjefene i Helse Nord og Helse Midt, på DRG-forum, på onsdagsmøtet til UNN, for Hodepine Norge og i podcasten til Norges Parkinsonforbund. I løpet av høsten fikk dessuten Riksrevisjonen, Helse Nord's styre og deltakere på Helsetjenesteforskningkonferansen i Tromsø ulike presentasjoner av våre ansatte.

PROM-konferansen fant sted i Bergen 24.—25. mai med nær 100 deltakere fra inn- og utland. Konferansen har fokus på hvordan pasientrapporterte data (PROM) kan brukes i klinisk praksis.

KURS OG MEDIEOMTALE

Digitalt kurs i analyse av registerdata i forskning 2022 ble holdt 29.—31. mars. Kurset avholdes hvert år i samarbeid med UiT Norges arktiske universitet.

Nasjonalt Servicemiljø for medisinske kvalitetsregistre avholdt sitt seminar for pasient- og brukerorganisasjoner 7. november, og hadde over 50 deltakere. Faggruppen for kvalitetsforbedring arrangerte et digitalt halvdagsseminar om kvalitetsforbedring for 86 deltakere 2. november 2022. I desember ble dessuten introduksjonskurs i longitudinelle analyser i regi av fagsenter for pasientrapporterte data holdt på Haukeland Universitetssykehus.

Det ble publisert 23 nyhetssaker på nettsiden til SKDE og 21 nyhetssaker på kvalitetsregistrenes nettside i 2022. Nyhetssakene ble også delt på Facebook og LinkedIn, samt sendt ut på nyhetsbrev. I løpet av året hadde SKDE flere medieoppslag, blant annet i VG, Aftenposten, NRK, NTB og Dagens Medisin.

Dagkirurgi

Dagkirurgi i Norge 2011-2013

Dagkirurgi i Norge 2013-2017

Utvählte inngrep

November 2018

SKDE

Helseatlas

Meniskoperasjoner

Region	Inngrep	Innbyggere
Nord-Trøndelag	382	138 805
St. Olavs	843	332 798
Møre & Romsdal	630	294 500
Førde	248	110 000
Trondheim	369	187 713
Ulvik	367	181 546
Dalsland	843	282 047
Hordaland	138	78 837
Bergen	792	447 704
Nordland	223	138 507
Indrebarne	696	400 000
Sørlandet	471	301 010
Norge	8 236	5 268 014
Teleregion	287	173 044
Finnmark	114	78 000
Vestfold	329	236 075
Alta	66	808 814
Vestle Viken	560	487 113
Oslo	264	288 336
Dakunregionen	129	138 013
Lovtenberg	201	148 866
Blånganger	1	277 363 188

Kilde: NPH/SSB

Antall pr. 100 000 innbyggere

SKDE Helseatlas

Hanne Sigrun Byhring holder innlegg på DM Arena, et arrangement i regi av Dagens Medisin i mai 2022. Foto: skjermdump

VG LIVE VGTV VG+ SPORT TV-GUIDE TIPS OSS

Cl. Søk

SMERTER: Ida Sofie Granhaug ble behandlet på tre ulike sykehus, før hun fikk behandlingen hun trengte. Foto: Privat

Ida måtte til tre ulike sykehus før hun fikk riktig behandling

Det er store geografiske forskjeller på hvilken behandling du får for endometriose. Helseledetoratet slår fast at tilbudet har en rekke mangler og utfordringer.

Av SILJE JEANETT SKOGVANG, MARTHE STOKSVIK og SVEN ARNE BUGGELAND

VG omtaler endometriose-funnene til SKDE i desember 2022. Foto: Skjermdump

HVA SKAL SPESIALISTHELSETJENESTEN GJØRE MINDRE AV – OG HVORDAN?

SKDE har fått et nytt nasjonalt oppdrag: Å videreføre revurdering av helsetjenester med usikker helsegevinst (revurderingsprosjektet) på vegne av de fire regionale helseforetakene.

På oppdrag fra fagdirektørene i de fire RHF-ene laget SKDE høsten 2022 et forslag til hvordan helseforetakene kan arbeide med å gjøre mindre av det som ikke virker. SKDE påpekte at en kombinasjon av forankring i fagmiljøene og handlekraftig ledelse er avgjørende for å lykkes.

— Vi har ønsket å legge til rette for en prosess der både målnivå og tiltak har sitt opphav i fagmiljøets diskusjoner om variasjon i behandlingspraksis og aktivitetsnivå. Vi er overbevist om at vi får det beste resultatet når fagfolkene selv finner frem til tiltak de tror på – og ønsker å gjennomføre, forteller seksjonsleder Hanne Sigrun Byhring, som har skrevet SKDEs forslag til rammeverk for styrt aktivitetsreduksjon.

For å sikre at tiltak blir iverksatt og at det finnes ressurser til å gjennomføre dem, har SKDE forslått at RHF-ene oppretter en nasjonal operativ gruppe med representanter fra alle de fire regionene, som skal ha ansvar for å iverksette tiltak i egen region.

FOKUS PÅ OVERBEHANDLING, MEN LITE HANDLING

Senest i Sykehustalen i januar 2023 ba helse- og omsorgsminister Ingvild Kjerkol sykehusene om å se på hva de kan gjøre mindre av. For selv om spesialisthelsetjenesten i flere år har vært opptatt av overbehandling, overdiagnostikk og reduksjon av påvist uberettiget variasjon, så har oppgaven med å redusere bruk av tjenester med usikker eller lav nytteverdi vist seg å være vanskeligere enn man kunne tro.

Flere tiltak har vært prøvd: Reduksjon av uberettiget variasjon er for eksempel nevnt i oppdragsdokumentene fra Helse- og omsorgsdepartementet til de regionale helseforetakene i 2016, 2017 og 2018. Legeforeningens kampanje «Kloke Valg» ble lansert i 2018, og i 2019 ble Revurderingsprosjektet satt i gang under ledelse av Helse Midt-Norge, med mål om å (re)vurdere bruken av en rekke kirurgiske inngrep med usikker nytteverdi.

Når det gjelder geografisk variasjon påvist gjennom Helseatlasene fra SKDE, viser oppdaterte analyser at det til tross for mye oppmerksomhet omkring temaet ikke har vært store endringer de siste årene, noe Riksrevisjonen også fant i sin rapport fra 2019.

PASIENTENES BESTE

Arbeidet med å lede prosessen – fra første fase med å identifisere diagnostikk og behandling med usikker nytteverdi, og helt frem til konkrete målrettede tiltak for å redusere aktiviteten – er det SKDE som skal stå for.

— SKDE skal lede prosessen, sikre god progresjon og god kommunikasjon mellom de ulike aktørene og ha sekretariats- og utrederfunksjon, forteller Hanne Sigrun Byhring.

— SKDE er til for pasientenes beste. Å gjøre mindre av det som ikke virker er et spørsmål om kvalitet og pasientsikkerhet. Vi er veldig stolte over at SKDE er betrodd oppgaven med å lede dette viktige arbeidet, og å lykkes med denne jobben er vår høyeste prioritet, sier SKDE-direktør Barthold Vonen.

DEL 3 FORSKNING OG UTVIKLING

VÅRT MÅL

BEDRE OG MER
LIKEVERDIGE HELSETJENESTER

NY DOKTORGRAD

STOR SOSIAL ULIKHET I BEHANDLING AV HJERTEFLIMMER

Er du mann og har høy utdanning og høy inntekt? Da har du større sjanse til å få den antatt mest effektive behandlingen (ablasjon) dersom du lider av hjerte-flimmer.

I tillegg til at kjønn, utdanning og inntekt spiller inn er det også en geografisk variasjon når det gjelder hvilken behandling du får som hjerte-flimmerpasient.

- Du er best stilt hvis du hører inn under opp-taksområdet til St. Olavs hospital i Trondheim. Pasienter bosatt i dette området hadde rundt tre ganger så høy sannsynlighet for å få ablasjon som behandlingsmåte (20,1 %), sammenlignet med pasienter bosatt i henvisningsområdet til Finnmarkssykehuset (7,1 %).
- Eldre kvinner bosatt i Finnmark hadde lavest sannsynlighet for å få denne behandlingen.

HELSEKOMPETANSE OG PASIENTPREFERANSER

— Det er flere årsaker til at det er så store forskjeller i behandling av hjerte-flimmer. Forskjeller i helsekompetanse og hvilke krav og preferanser pasientene har er trolig viktige årsaker til den sosioøkonomiske variasjonen, men også legenes preferanser og praksis spiller inn. Noe av den geografiske variasjonen kan også komme av forskjeller i ablasjonskapasitet, sier Frank Olsen, som er analytiker i SKDE og står bak studien.

Han påpeker at geografisk variasjon knyttet til forskjeller i klinisk praksis og leverandørpreferanser tyder på at det er behov for tydeligere retningslinjer. Både på spesialistnivå og på henvisende nivå.

— Forskjeller i bruk av helsetjenester kan muligens tyde på overforbruk og overbehandling, men det kan også bety at deler av befolkningen ikke får helsetjenester de har krav på.

DEL AV DOKTORGRADSPROSJEKT

Studien er gjort på atrieflimmerpasienter i Norge i tidsperioden 2008—2017, og er en del av Frank Olsens doktorgradsavhandling "Geographic and socioeconomic variation in the utilisation of specialist health care service in Norway – Three selected health care services".

Der har han kartlagt befolkningens bruk av offentlig finansierte helsetjenester for å undersøke om det blant annet er forskjeller ut i fra pasientenes bosted, utdannings- og inntektsnivå.

I tillegg til å studere andelen hjerte-flimmerpasienter som er behandlet med ablasjon, har han også sett nærmere på andel sykehusinnleggelseser av barn og andelen kreftpasienter med lunge-, kolorektal-, prostata- og brystkreft som inkluderes i pakkeforløp.



Analytiker i SKDE, Frank Olsen, forsvarte 21. juni 2022 doktoravhandlingen sin i helsevitenskap ved UiT Norges arktiske universitet. Foto: Ørjan Marakatt Bertelsen

NY DOKTORGRAD

DETTE FORKORTER LIVET TIL HOFTEBRUDDPASIENTER

Eldre pasienter har økt dødelighet etter et hoftebrudd, men de med høy inntekt lever i snitt bortimot to år lenger enn de med lav inntekt. — Overraskende store forskjeller i levetid, mener forskeren bak studien, Cato Kjærvik.

En studie av 37 708 hoftebrudd i Norge i perioden 2014–2018 viser at disse pasientene har betydelig kortere forventet levetid i forhold til en sammenliknbar del av befolkningen. Dødeligheten er særlig stor de første tre månedene etter hoftebruddet. Men selv seks år etterpå kan man fremdeles se en overdødelighet på hele 41 prosent i denne gruppa sammenlignet med resten av befolkningen.

ØKT DØDELIGHET

Det som kjennetegner gruppen som har høyest risiko for å dø som følge av hoftebrudd er blant annet at de gjerne har lav utdanning og lav inntekt.

— Studien viser at har du høyere utdanning så lever du også mye lenger. I snitt lever pasienter med høy utdanning 1400 dager etter et hoftebrudd, noe som er 200 dager lenger enn de med lav utdanning. Har du høy inntekt er det enda større forskjell. Da lever du i snitt 1600 dager etter et hoftebrudd, noe som er 600 dager mer enn de med lav inntekt. Det er tett opp mot to år lenger for dem med høy inntekt og det er en betydelig forskjell, påpeker ortopedspesialist Cato Kjærvik.

Han mener det er overraskende at effekten av utdanning og inntekt fremdeles er såpass sterk selv etter at pasientene har nådd alderdommen. Det viser seg også at menn oftere dør etter et hoftebrudd sammenliknet med kvinner. Størst er denne forskjellen i dødelighet rett etter bruddet, men med tiden jevner den seg sakte ut. Årsaken til kjønnsforskjellen er ikke kjent.

DOKTORGRADSARBEID

Nesten 9000 personer opplever årlig å få brudd i hofteleddet. Selv om en skulle anta at disse pasientene mottar samme behandling, viser doktorgrads-

arbeidet til Cato Kjærvik at variasjonene er store. Han har også avdekket at bare 55 prosent av alle hoftebruddpasienter i Norge får behandling etter etablerte retningslinjer. Flere sykehus når ikke målet (kvalitetsindikatoren) om at pasientene skal opereres innen 48 timer. Ekstra ventetid på operasjon 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.



Cato Kjærvik er avdelingsoverlege ved Nordlands-sykehuset, avdeling Vesterålen. Han har vært tilknyttet Klin.reg-studien ved SKDE og 11. november 2022 disputerte han for ph.d.-graden i helsevitenskap ved UiT Norges arktiske universitet. Foto: Privat

FLERE BENYTTET KVALITETSREGISTER-DATA I FORSKNING

Stadig flere forskere publiserer vitenskapelige artikler basert på data fra medisinske kvalitetsregistre. Det gir unike muligheter til å forske på behandlingskvalitet i helsetjenesten.

Tall fra de medisinske kvalitetsregistrenes årsrapporter viser at det i 2021 var totalt 409 datautleveringer til forskning, styringsformål og kvalitetsforbedringstiltak, en økning på 66 fra året før.

I 2021 ble det dessuten publisert 321 vitenskapelige artikler basert på data fra medisinske kvalitetsregistre, mot 286 året før og 255 i 2019.

GULLGRUVA I HELSETJENESTEN

Denne økningen i både datautleveringer og vitenskapelige artikler tror fag- og forskningssjef i SKDE, Eva Stensland, blant annet kommer av at stadig flere er blitt kjent med at det finnes slike registre og hvilket potensial innholdet har.

— Medisinske kvalitetsregistre ble for noen år siden omtalt i en svensk rapport som "gullgruva" i deres helsetjeneste, og det er en rikdom flere i Norge har fått øynene opp for. Det har også vært viktig å støtte opp om og tilgjengeliggjøre disse dataene til flere, forteller hun.

I SKDE har registerdata blitt benyttet til både analyse og forskning. Analyseseksjonen lagde helsetlas for kvalitet som ble publisert i 2021 hvor data fra ulike kvalitetsregistre ble brukt. For tiden jobber forskningsseksjonen med flere prosjekter, blant annet to innen kreft.

KAN GÅ I DYBDEN

De medisinske kvalitetsregistrene inneholder detaljert kunnskap om utredning og behandling av pasienter. Fordelen med bruk av disse registrene i forskning er derfor at helseforskere kan gå i dybden på å beskrive kvaliteten i helsetilbudet, for eksempel om kvaliteten varierer geografisk.

— Vi kan også finne ut om helsetjenesten følger de retningslinjene som finnes for behandling, og vi kan sammenligne behandlingsmetoder. Er det noen av metodene som gir bedre eller dårligere effekt enn de andre? Ikke minst kan vi gå i dybden når det gjelder hva pasientene selv rapporterer. Gjennom pasientrapporterte data (PROM) kan vi undersøke effekten av behandlingen og om eventuelle komplikasjoner og bivirkninger de ulike pasientgruppene melder om. I det hele og det store gir forskning oss større innsikt i årsakene og konsekvensene av variasjon i kvalitet, sier Stensland.



Fag- og forskningssjef i SKDE, Eva Stensland, påpeker at registerdata er fellesskapets data, samlet inn ved hjelp av offentlige midler.

— Da må dataene komme til nytte, og det er bra at flere kan forske med utgangspunkt i dem, sier hun. Foto: Ørjan Marakatt Bertelsen

FORDELER MED REGISTERSTUDIER

- Data eksisterer allerede
- God representativitet for den aktuelle pasientgruppen
- Gjør det mulig å følge pasient og behandlingskvalitet i tid
- Gjør det mulig med R-RCT studier (randomiserte, kontrollerte studier)

NY HØRING OM VEDTAKSMYNDIGHET FOR HELSEDATASERVICE

SKDE mener forskningsunntaket for registerforvalterne er for snevert og at de økonomiske konsekvensene er for lite synliggjort

I november leverte SKDE sitt høringssvar til forskrift om nasjonal løsning for tilgjengeliggjøring av helsedata. Forskriften gir Helsedataservice myndighet til å innvilge tilgang til helsedata i helseregistre. Slik skal databrukere få enklere og raskere tilgang til helsedata til blant annet forskning og kvalitetsforbedring av helsetjenesten.

Denne høringsrunden bygger på høringsnotat fra 2021. SKDE ga også da høringssvar. Den gang omfattet høringen også behandling av helsedata på Helseanalyseplattformen, en teknisk løsning som ble satt på pause som følge av Schrems II-dommen. Høringen høsten 2022 omfatter derfor bare delen om Helsedataservice sin vedtaksmyndighet.

I sitt nye høringssvar til Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) påpeker SKDE at overføring av vedtaksmyndighet til Helsedataservice kan gi nytteverdi for brukere, forutsatt at både Helsedataservice og registerforvalterne har avklarte rolle- og ansvarsforhold og tilstrekkelig kompetanse og ressurser til å ivareta sine oppgaver. SKDE mener også at det er positivt og viktig at departementet, etter forslag blant annet fra SKDE i forrige høringsrunde, foreslo at forskere i registerforvalterens virksomhet kunne få forske på registerdata uten å måtte søke Helsedataservice først.

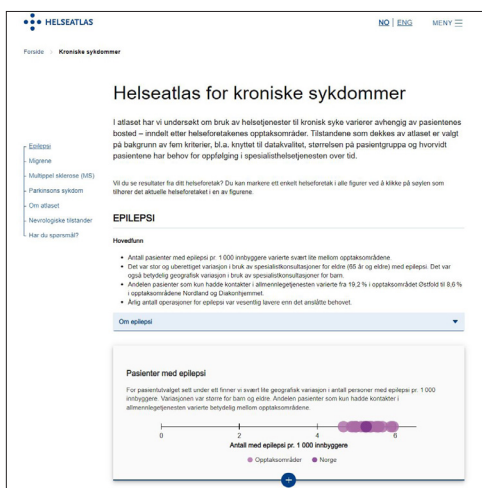
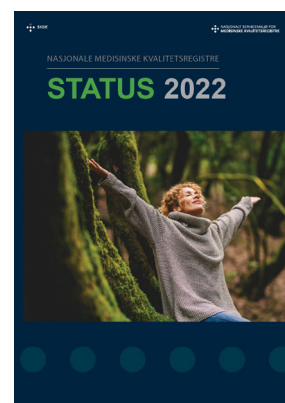
Samtidig er det bekymring for at unntaket er litt for snevert, siden det kun gjelder forskning omfattet av helseforskningsloven og bare til registerforvalterens eget bruk. De fleste medisinske kvalitetsregistrenes drift og forvaltning er et resultat av samarbeid mellom dedikerte fagpersoner fra flere miljø. Et unntak som bare gir registerforvalterne adgang til å tilgjengeliggjøre helsedata til eget personell vil kunne svekke registrenes oppslutning og derved grunnlaget for å bruke kvalitetsregisterdata i forskning.

SKDE mener for øvrig at myndigheten til å dispensasjon fra taushetsplikt bør samles hos Helsedataservice. Når det gjelder betaling mener vi høringen i likhet med den forrige i for liten grad synliggjør de økonomiske konsekvensene.

PUBLIKASJONER 2022

5 RAPPORTER

- [Årsrapport SKDE 2021](#)
- [Årsrapport NSM 2021](#)
- [Helseatlas for kroniske sykdommer](#)
- [Abstractbok Helsetjenesteforskingskonferansen 2022](#)
- [Statusrapport 2022](#)



Helseatlas for kroniske sykdommer er webbasert, og du kan [lese mer her](#)

5 ARTIKLER

Hanne Sigrun Byhring and Barthold Vonen.

[Atlas in progress – health care for patients with chronic illness](#)

Published by Springer Nature 28 October 2022.

Eline Borger Rognli, Heidi Taipale, Carsten Hjorthøj, Ellenor Mittendorfer-Rutz, Jørgen G. Bramness, Ina H. Heiberg and Solja Niemelä.

[Annual incidence of substance-induced psychoses in Scandinavia from 2000 to 2016](#)

Published online by Cambridge University Press: 19 August 2022

Cato Kjærvik, Jan-Erik Gjertsen, Eva Stensland, Jurate Saltyte-Benth, Odd Soereide.

[Modifiable and non-modifiable risk factors in hip fracture mortality in Norway, 2014 to 2018.](#)

The Bone & Joint Journal 1. juli 2022.

Frank Olsen, Bård Uleberg, Bjarne K. Jacobsen, Ivar Heuch, Pål M. Tande, Einar Bugge, Lise Balteskard

[Socioeconomic and geographic differences in ablation of atrial fibrillation in Norway- a national cohort study.](#) BMC Public Health. 2022 Feb 14

Tor Ingebrigtsen, Kristel Ailin Guldhaugen, Jon-André Kristiansen, Roar Kloster, Margreth Grotle, Tore Kristian Solberg.

[Nakkekirurgi i Helse Nord 2014–18.](#) Tidsskriftet den norske legeforening 2022 24. feb.

4 NOTATER

[Analyser til Kvinnehelseutvalget](#)

[Analyser til Sykehusutvalget](#)

[Diagnostiske prosedyrer knyttet til søvnforstyrrelser](#)

[Inngrep for grå stær i Helse Nord RHF](#)

VÅR VISJON
PASIENTENS BESTE

VÅRT MÅL
BEDRE OG MER
LIKEVERDIGE HELSETJENESTER

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)

Bilder Shutterstock Trykk: Lundblad Media

SKDE rapport nr. 2/2023
ISBN: 978-82-93141-57-0