

**Gastronet
Årsrapport for 2023**

**Gert Huppertz-Hauss
Magnus TarAngen**

Sykehuset i Telemark, Postboks 2900, 3710 Skien

15.06.24



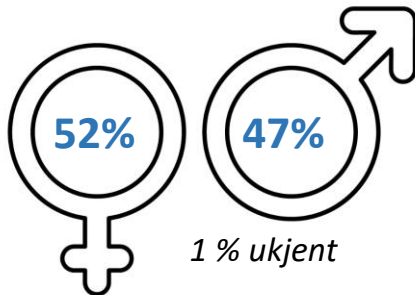
Innholdsfortegnelse

1.	SAMMENDRAG	6
2.	RESULTATER	7
2.1.	KVALITETSINDIKATORER	7
2.1.1	KVALITETSINDIKATORER KOLOSKOPI	8
2.1.2	KVALITETSINDIKATORER ERCP	18
2.2.	PASIENTRAPPORTERTE DATA (PROM/PREM)	26
2.3.	ANDRE ANALYSER	32
3.	REGISTERBESKRIVELSE	36
4.	DATAKVALITET	39
4.1.	TILSLUTNING OG ANTALL REGISTRERINGER	39
4.2.	DEKNINGSGRAD OG RESPONSRATE	45
4.2.1.	METODE FOR BEREGNING AV DEKNINGSGRAD	45
4.2.2.	SISTE BEREGNEDE DEKNINGSGRAD	45
4.2.3.	RESPONSRATE FOR PASIENTRAPPORTERTE DATA	49
4.3.	VURDERING AV DATAKVALITET	50
5.	PASIENTRETTET KVALITETSFORBEDRING	52
5.1.	IDENTIFISERTE FORBEDRINGSOMRÅDER	52
5.2.	IGANGSATTE/UTFØRTE FORBEDRINGSTILTAK	52
6.	FORMIDLING AV RESULTATER	54
7.	SAMARBEID OG FORSKNING	55
7.1.	SAMARBEID MED ANDRE FAGMILJØER OG HELSE- OG KVALITETSREGISTRE	55
7.2.	DATAUTLEVERINGER FRA REGISTERET	55
7.3.	VITENSKAPELIGE ARTIKLER	55
8.	REFERANSER TIL VURDERING AV STADIUM	57
8.1.	VURDERINGSPUNKTER	57
9.	UTVIKLING AV REGISTERET	59
9.1.	REGISTERETS OPPFØLGING AV FJORÅRETS VURDERING FRA EKSPERTGRUPPEN	59
9.2.	PLANER OG BEHOV	59

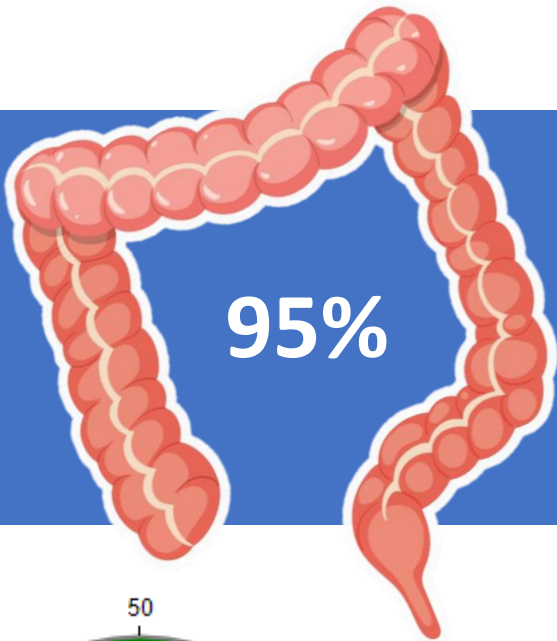
Forkortelser brukt i rapporten

Forkortelser	Forklaringer
ERCP	Endoskopisk retrograd cholangiopancreaticografi
EUS	Endoscopic Ultrasound
PROM	Patient related outcome measures – pasientspørreskjema om resultater av en undersøkelse (i dette tilfellet i form av komplikasjoner)
PREM	Patient related experience measures – pasientspørreskjema om opplevelsen av en undersøkelse
BBPS	Boston Bowel Preparation Scale
ESGE	European Society of Gastrointestinal Endoscopy
CIR	Cøcum intubasjonsrate
PDR-5	Polyppdeteksjonsrate (minst 5mm)

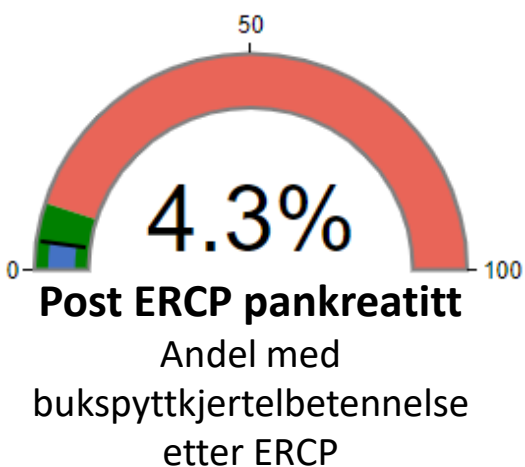
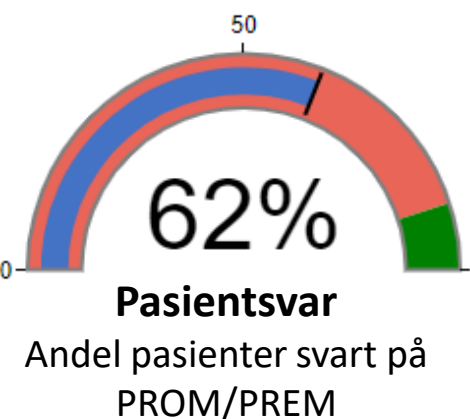
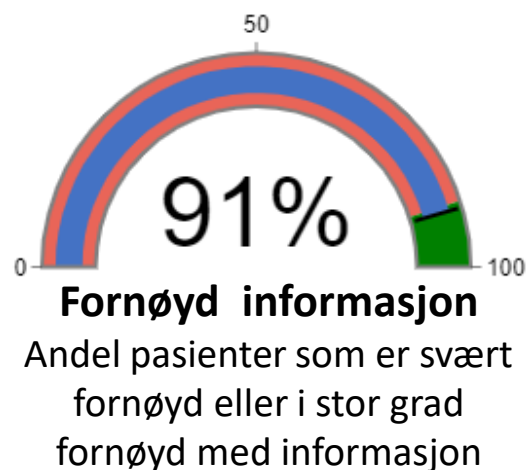
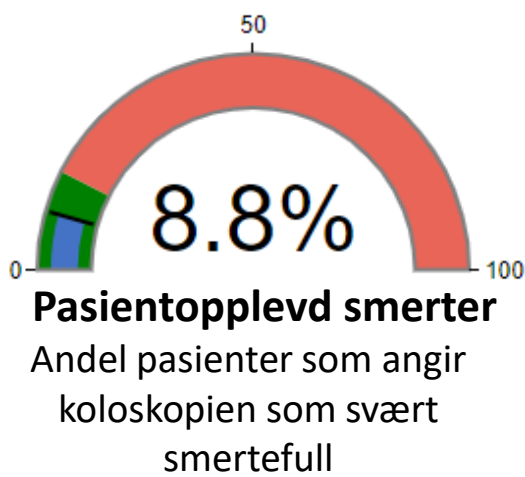
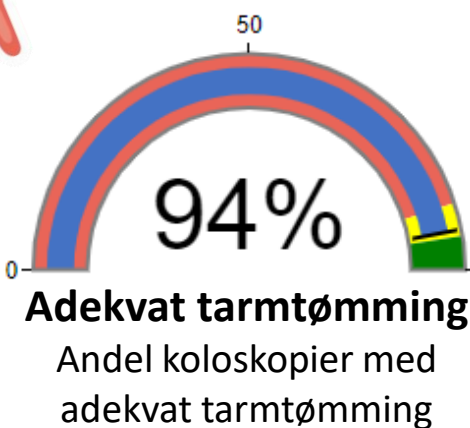
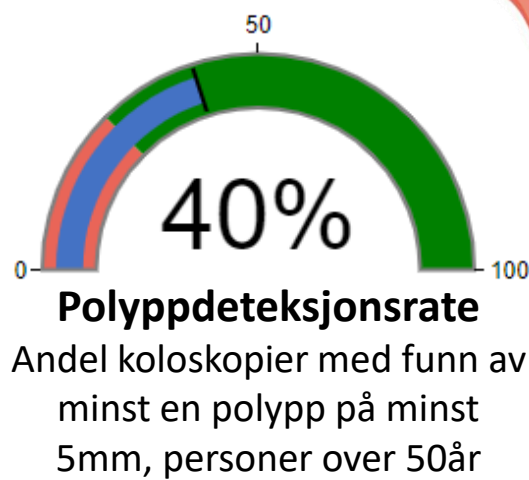
62.040 registreringer



57 registrerende enheter
7 avtalespesialister
50 sykehusavdelinger



Andel undersøkelser hvor hele kolon er undersøkt



Del 1

Resultater fra registeret

1. Sammendrag

Alle som registrerer data i registre - og det gjelder også for medisinske kvalitetsregistre – sliter med tilleggsbelastningen denne registreringsjobben utgjør. Årsaken er at det ikke avsettes ressurser til det og jobben må skvises inn mellom andre arbeidsoppgaver. Gastronet har derfor i samarbeid med tarmscreeningsprogrammet utviklet et strukturert koloskopijournal som gjør det mulig at informasjonen som uansett må journalføres overføres automatisk til Gastronet-registret. Det er en stor utfordring med mye arbeidsinnsats av leger og IT-folk som er nødvendig for å få denne løsningen på plass. Grunnet pengemangel opplever vi stadig mangel på personalressurser slik at prosessen går treg.

Mesteparten av ressursene som Gastronet har til rådighet har i 2023 gått til dette arbeidet. Vi har i år kommet så langt at et strukturert koloskopijournal er etablert i Helse Sør-Øst, men fortsatt ikke i de andre regionale helseforetakene. Vi jobber videre med det.

Utover det har vi arbeidet med å komme bort fra all papirbasert registrering i Gastronet og dette arbeidet vil være avsluttet i løpet av sommeren.

Elektronisk registrering har forbedret datakvaliteten. For eksempel har andelen av pasientene som svarte på pasientspørreskjemaet etter en koloskopi steget til over 70 % ved elektronisk registrering mot litt 50 % ved papirbasert registrering. Det er helt åpenbart slikt at pasienter opplever det som enklere å besvare et spørreskjema på helsenorge.no enn å levere et brev i posten.

Samtidig har andelen av missing data i legerapportene blitt redusert med hjelp av elektronisk registrering. For eksempel ble andelen av manglende data for tarmtømmingskvaliteten blitt redusert fra 2,3 % i 2022 til 0,5 % i 2023.

Til tross for stor omstillingsarbeid har vi beholdt et faglig fokus. Hoved kvalitetsindikatorerne for koloskopi og ERCP holder fortsatt gjennomsnittlig god standard i Norge. Samarbeidet med Endoskopiskolen har ført til økt fokus på oppdagelse av premaligne lesjoner i tarmen, på pasientenes opplevelse av undersøkelsene og på komplikasjonsraten, spesielt i forbindelse med ERCP.

Måltallene for disse kvalitetsindikatorerne blir nådd gjennomsnittlig, men det er fortsatt store variasjoner mellom endoskopisentrene og individuelt blant endoskopørene. Samarbeidet med Endoskopiskolen for å forbedre endoskopiferdighetene fortsetter.

Gastronet data har også i 2023 blitt brukt til sertifisering av endoskopører for tarmscreeningprogrammet. Ingen endoskopør starter med screeningkoloskopier før denne sertifiseringen er på plass. Dette garanterer en høy koloskopikvalitet for tarmscreening, men ikke minst også for koloskopier generelt i dette landet.

2. Resultater

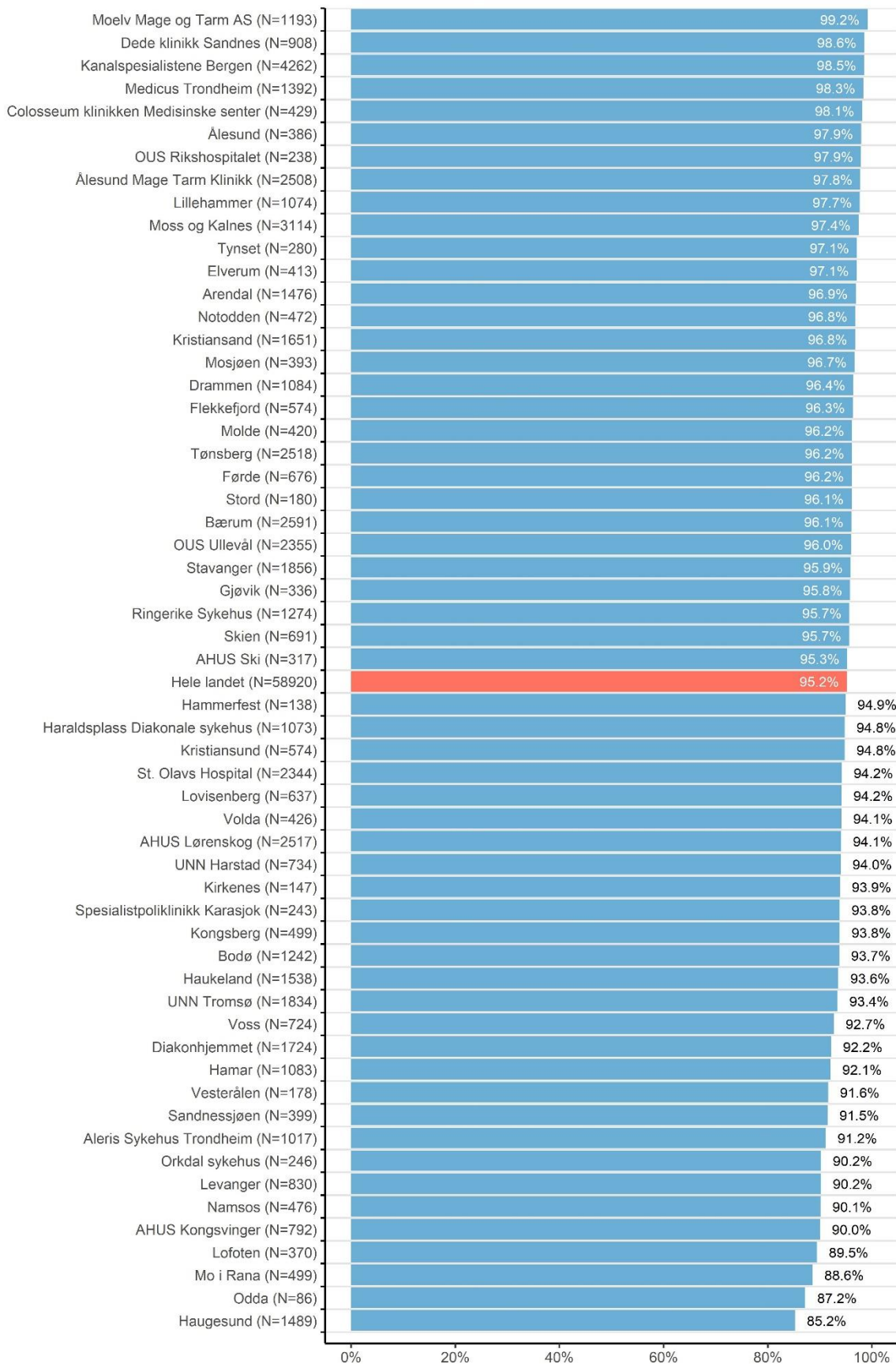
2.1. Kvalitetsindikatorer

Tabell 1. Kvalitetsindikatorer

	Kvalitetsindikator	Målnivå	
Koloskopi	Komplette koloskopier	Minste krav 90%, mål \geq 95%	
	Andel rapportert indikasjon	Minste krav 85%, mål $>$ 95%	
	Adekvat tømming	Minste krav 90%, mål \geq 95%	
	Tilbaketrekningstid	Mean 6 minutter	
	Fotodokumentasjon	Minste krav 90%	
	Pasientsvar	Minste krav, ikke definert, mål 90%	
	Polyppdeteksjon	Minste krav 25%	
	Pasientopplevd smerter	$<$ 15%	
	Fornøydhet med informasjon	Minste krav 90 %	
	Komplikasjoner	NA	
	ERCP	Måloppnåelse ERCP	NA
		Gallegangskanyleringsrate	Minste krav 90%
		Post ERCP pankreatitt	$<$ 10%
Komplikasjonsrate post ERCP		NA	
30 dagers mortalitet		NA	

2.1.1 Kvalitetsindikatorer koloskopi

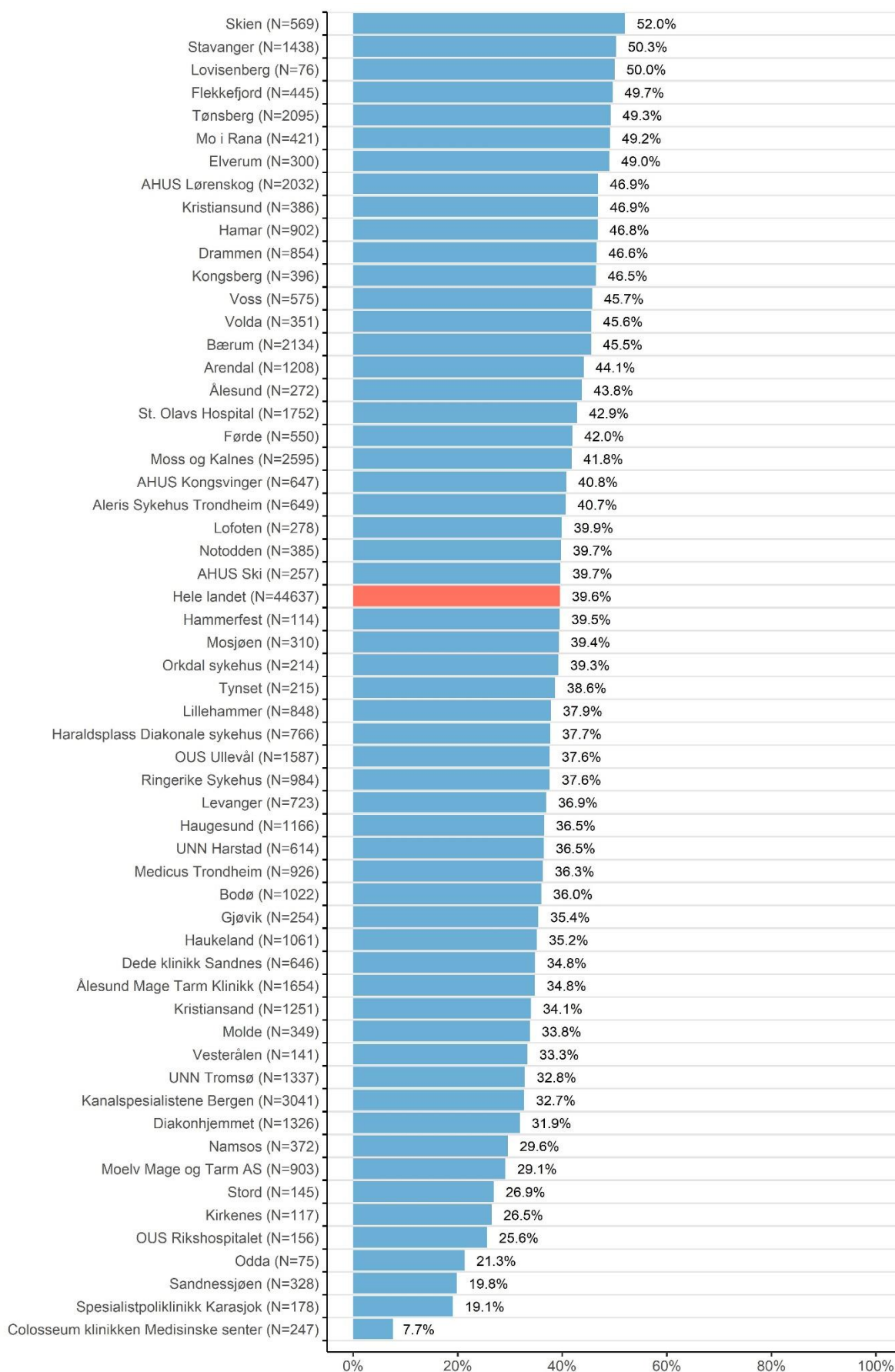
Figur 1 Komplet koloskopi



Figur 1 Komplet koloskopi

Definisjon/beskrivelse	Komplett koloskopi
Type indikator	Prosess
Måloppnåelse	minste krav 90 %; mål > 95 %
Kunnskapsgrunnlag	ESGE guidelines
Beregning	Teller: Antall koloskopier der skopet er ført til cøkum. Nevner: Antall koloskopier. Ekskluderte undersøkelser: Ingen.
Kommentar	CIR nasjonalt ligger på 95,2 % for alle sentre samlet, det er noe økning fra i fjor. Det er betydelig variasjon mellom sentrene. CIR-verdiene må sees i sammenheng med total antall koloskopier. Lavt antall innrapporterte koloskopier gir økt risiko for at CIR-verdiene ikke er representative for senteret. For sentre med mindre enn 90% CIR bør det settes i gang tiltak for å forbedre resultatet. Det er en høyere andel CIR på de som er registrert elektronisk, dette har muligens sammenheng med forbedring av datakvalitet da «cøkum status ikke angitt» er eliminert på de elektroniske.

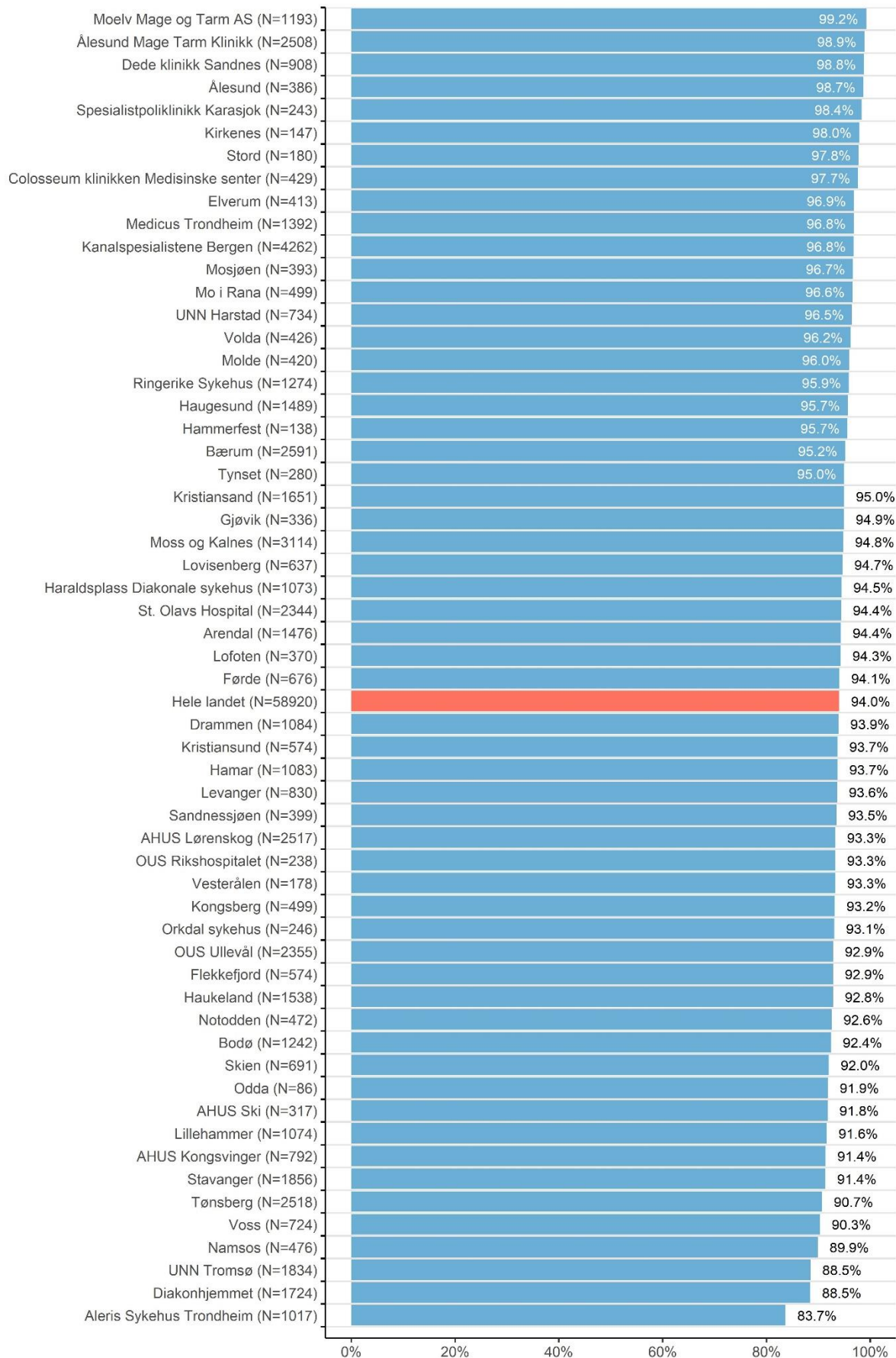
Figur 2 Polyppteteksjonsrate (minst 5mm)



Figur 2 Polyppdeteksjonsrate (for polypper med minst 5 mm diameter)

Definisjon/beskrivelse	Polyppdeteksjonsrate (minst 5mm)
Type indikator	Resultat
Måloppnåelse	minste krav 25 %
Kunnskapsgrunnlag	Kvalitetsmanual Kreftregisteret
Beregning	Teller: Antall koloskopier med funn av polypp med diameter 5 mm eller større; Nevner: Antall koloskopier. Ekskluderte undersøkelser: Koloskopier hos personer < 50 år.
<p>PDR-5 for sentre med få registrerte undersøkelser må vurderes med forsiktighet da risikoen for seleksjonsbias er størst blant disse og fordi PDR-5-prosenten i så fall ikke er representativ for skopisenteret. Ca. 80% av disse polyppene er adenomer med et potensial for å utvikle seg til kreft. Samlet for all sentre er deteksjonsraten 39,6 %. Som er en økning fra i fjor. For sentre med PDR-5 under 25 % bør en vurdere forbedringstiltak. Slike forbedringstiltak kan være kursbesøk, anskaffelse av teknisk verktøy (for eksempel polyppdeteksjons software) mm.</p> <p>Diagrammet viser et utvalg av pasienter over 50 år fordi internasjonale måltall foreligger for denne aldersgruppen i screeningsammenheng. Her bør PDR over 5 mm ligge på minst 25 %.</p>	

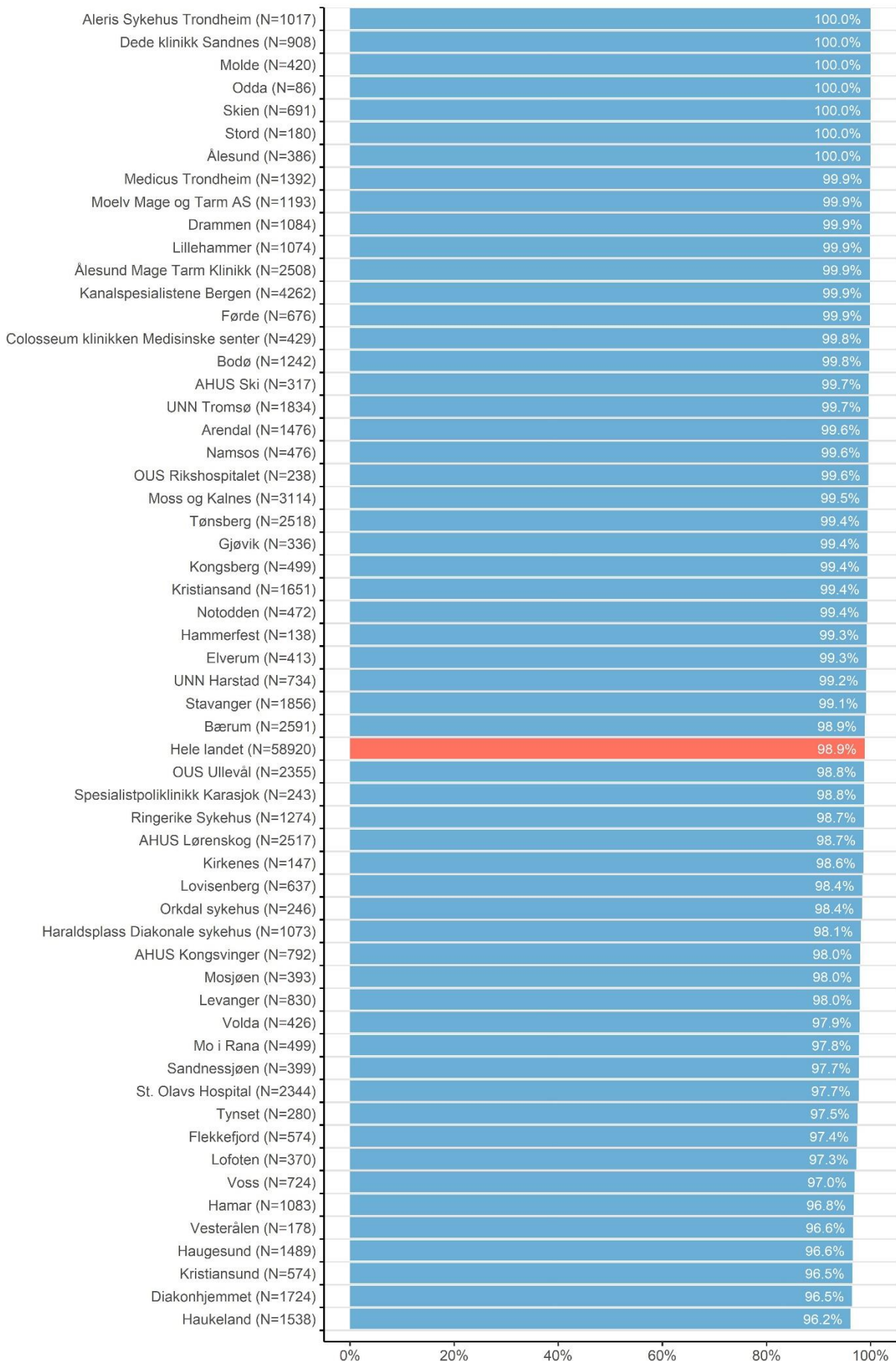
Figur 3 Adekvat tarmtømming



Figur 3 Adekvat tarmtømming

Definisjon/beskrivelse	Adekvat tarmtømming
Type indikator	Prosess
Måloppnåelse	minste krav 90 %; mål > 95 %
Kunnskapsgrunnlag	ESGE guidelines
Beregning	Teller: antall registrerte koloskopier med adekvat tømming; Nevner: alle registrerte koloskopier
<p>Til vurdering av oppnådd rengjøring av tarmen til koloskopi brukes BBPS med skår 0-3 for hvert av tre segmenter av tykktarmen (høyre colonhalvdel opp til høyre fleksur + transversum + venstre colonhalvdel fra venstre fleksur ut til anus). Et skår på minimum «6» samlet for de tre tarmsegmentene vurderes som tilfredsstillende forutsatt at intet enkeltsegment har skåringsverdi under «2». Tømningsresultatet som skåres er det som er oppnådd etter tømningsregime og evt. spyling og suging av tarminnhold under koloskopien.</p> <p>På landsbasis er 94 % tilfredsstillende rengjort blant dem som er skåret med BBPS (5,4 % ikke tilfredsstillende tømt, 0,5 % ikke angitt). Dette er en ytterlig forbedring sammenliknet med 2022. Mer enn 90% er satt som standard for tilfredsstillende resultat per senter. Sentre med lavt skår for tømningskvalitet bør revurdere rengjøringsprosedyrene sine og informasjonen til pasientene om hvordan rengjøringsprosedyrene skal følges før oppmøte til koloskopi.</p>	

Figur 4 Andel rapportert indikasjon



Figur 4 Andel rapportert indikasjon

Definisjon/beskrivelse	Andel rapportert indikasjon
Type indikator	Prosess
Måloppnåelse	minste krav 85 %, mål \geq 95 %
Kunnskapsgrunnlag	ESGE guidelines
Beregning	Teller: antall registrerte koloskopier med indikasjon; Nevner: alle registrerte koloskopier
<p>Nasjonalt er det angitt indikasjon i 98,9% av tilfellene. Det er over målet, en ser likevel at det er høyere andel på de som er registrert elektronisk(99,8%) i forhold til papir (98,2%)</p>	

Tabell 2. Komplikasjoner i forbindelse med koloskopi

	Antall	Prosent
Blødning	63	0,11 %
Perforasjon	16	0,03
Kardiovaskulær	1	<0,00
Vasovagal reaksjon	11	0,02
Respiratorisk	11	0,02
Allergisk reaksjon	2	<0,00
Andre komplikasjoner	37	0,06
Ukjent	40	0,07
Totalt	181	0,31 %

Definisjon/beskrivelse	Komplikasjoner
Type indikator	Resultat
Måloppnåelse	NA
Kunnskapsgrunnlag	ESGE guidelines
Beregning	Teller: Antall komplikasjoner rapportert av skopør i forbindelse med skopi; Nevner: Totalt antall koloskopier

Tabell 3 Tilbaketrekkingstid		
	Minutter	Prosent
Registrert tilbaketrekningstid		70,3
Ikke registrert tid		29,7
Gjennomsnitt nasjonalt	11,8	
Minimum per senter	5,9	
Maksimum per senter	19,9	

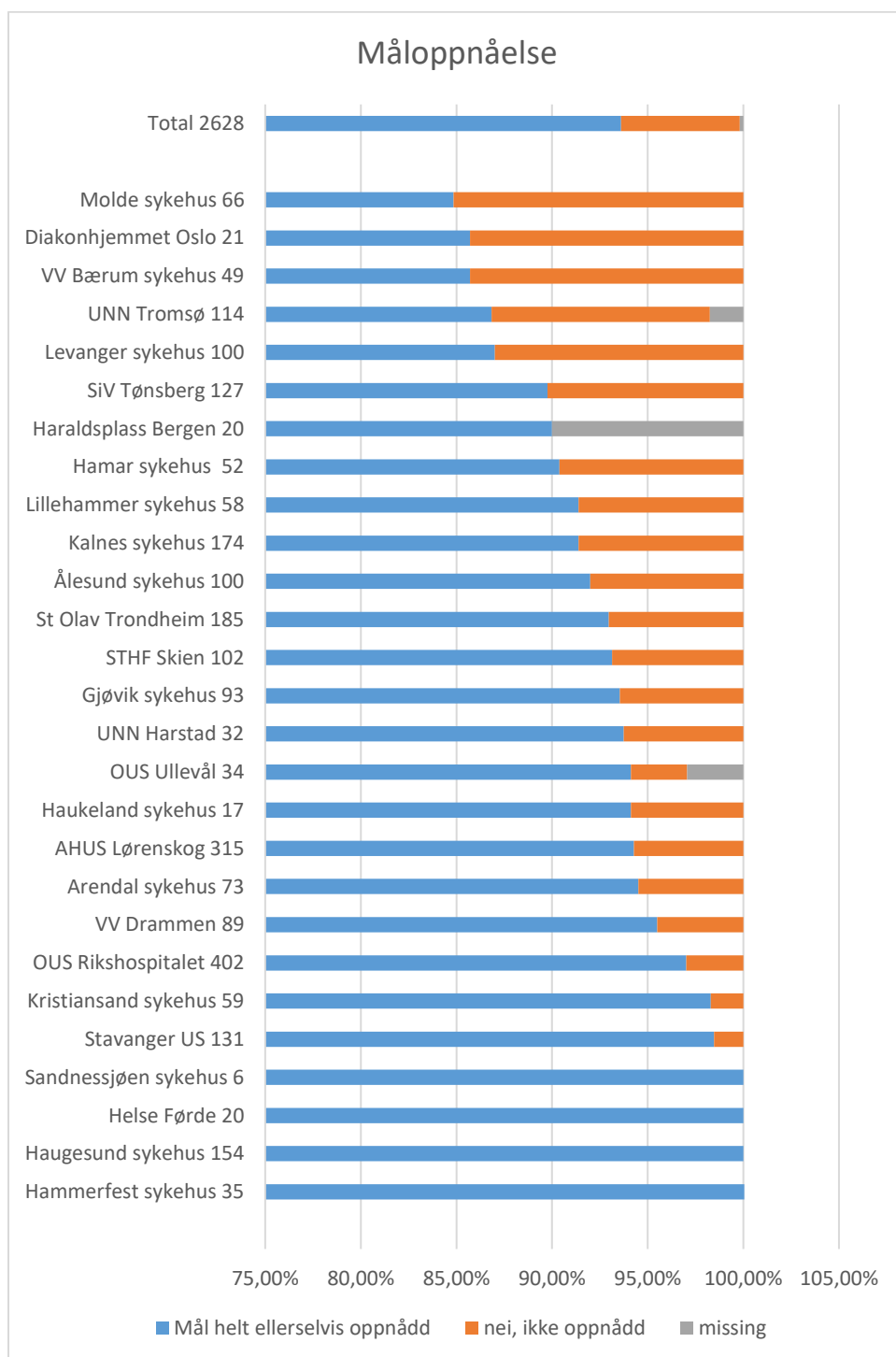
Definisjon/beskrivelse	Tilbaketrekkingstid gjennomsnitt over 6 minutter
Type indikator	Prosess
Måloppnåelse	NA
Kunnskapsgrunnlag	ESGE guidelines
Beregning	gjennomsnittlig tid fra cøcum til anus ved koloskopier uten biopsier
<p>Tilbaketrekkingstid gir informasjon om tiden endoskopører bruker på å identifisere patologi (er undersøkelsen gjennomført grundig nok). En gjennomsnittlig tilbaketrekkingstid på over 6 minutter er blitt assosiert med høyere deteksjon av adenomer (ADR).</p> <p>Nasjonalt er gjennomsnittet 11,8 minutter. Det er stor spredning på sentrene og Minimumsstandard for gjennomsnittlig tilbaketrekkingstid er på 6 minutter og målet på 10 minutter ganske godt definert. Det er en andel på 29,7 % missing.</p>	

Tabell 4 Fotodokumentasjon		
		Prosent
Registrert fotodokumentasjon; Ja		85,2
Registrert fotodokumentasjon; Nei		10,2
Ikke registrert (missing)		3,9

Definisjon/beskrivelse	Fotodokumentasjon
Type indikator	Prosess
Måloppnåelse	minst 90 %
Kunnskapsgrunnlag	ESGE guidelines
Beregning	Teller: antall fullstendige koloskopi med fotodokumentasjon, untatt koloskopier med biopsi;

	Nevner: alle fullstendige koloskopier, unntatt koloskopier med biopsi.
Fullstendig visualisering av hele cøkum, bør dokumenteres med foto- eller videodokumentasjon. Nasjonalt er gjennomsnittet på 85,2%. Minimumsstandard bør være over 90%. og det er 3,9 % som ikke har svart på spørsmålet. Det er en høyere andel «missing data» også ved elektronisk registrering, årsaken er at dette ikke er et obligatorisk felt.	

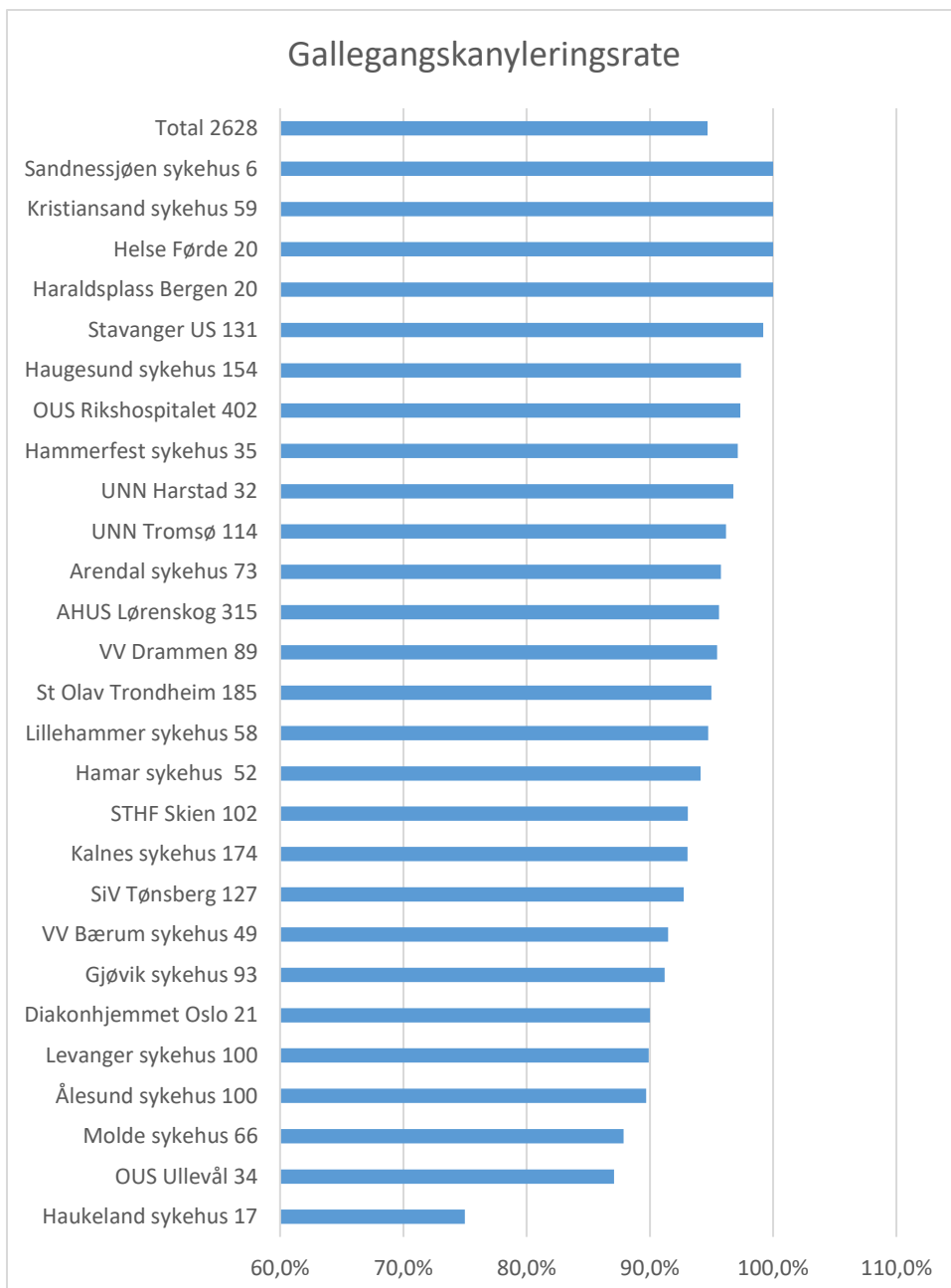
2.1.2 Kvalitetsindikatorer ERCP



Figur 5 Måloppnåelse av gjennomført ERCP

Definisjon/beskrivelse	Måloppnåelse – Målet med undersøkelsen har blitt oppnådd eller delvis oppnådd
Type indikator	Resultatmål
Måloppnåelse	Minst 90 %

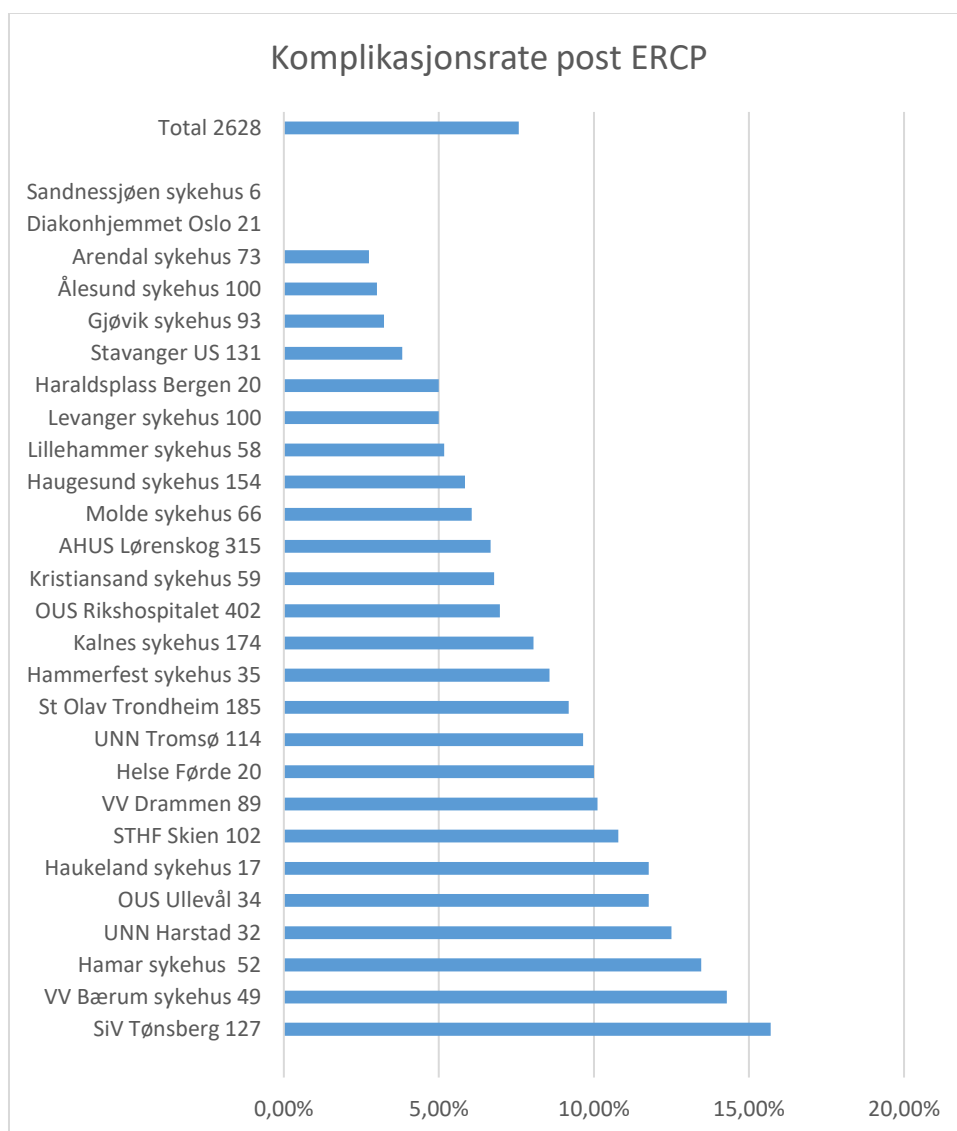
Kunnskapsgrunnlag	Gastronet har hatt denne kvalitetsindikatoren tradisjonelt som en egen definert indikator.
Beregning	Teller: antall ERCP der målet ble helt eller delvis oppnådd; Nevner: alle ERCP prosedyrer
<p>Hel eller delvis måloppnåelse er angitt til 93,6 %. Internasjonale guidelines anbefaler at fjerning av gallegangstein bør lykkes i minst 90%. Indikatoren har blitt opprettet av Gastronet for å dekke indikasjoner for ERCP som ikke omhandler gallestein.</p> <p>Man kan ikke forvente at prosedyremålet blir nådd ved alle ERCP. Man kan treffe på anatomiske forandringer som f. eksempel innsnevninger av tarmavsnitt som gjør prosedyren umulig. Dette gjelder i større grad for undersøkelser utført ved tertiære sentre med en overvekt av kompliserte sykdomstilfeller.</p> <p>De angitte data må ses i sammenheng med antall registrerte ERCP per senter – angitt bak senternavnet. Der det er registrert kun få ERCP er det veldig sannsynlig at tallene er misvisende.</p>	



Figur 6 Gallegangskanyleringsrate

Definisjon/beskrivelse	Gallegangskanyleringsrate – andel ERCP der kanylering av gallegangen lyktes
Type indikator	Prosessmål
Måloppnåelse	Minst 90 %
Kunnskapsgrunnlag	Guidelines Europeisk Forening for gastroenterologisk Endoskopi
Beregning	Teller: antall ERCP med vellykket kanylering av gallegangen; Nevner: antall av ERCP med planlagt gallegangskanylering
Kanylerting av gallegangen er aktuelt for de fleste ERCP prosedyrene, men ikke for alle. Hovedindikasjon er gallesteinlidelse med fjerning av gallestein og drenering av innsnevninger i gallegangen, for eksempel i forbindelse med kreftsykdommer. Gjennomsnittlig gallegangskanyleringsraten lå ved 94,7 %.	

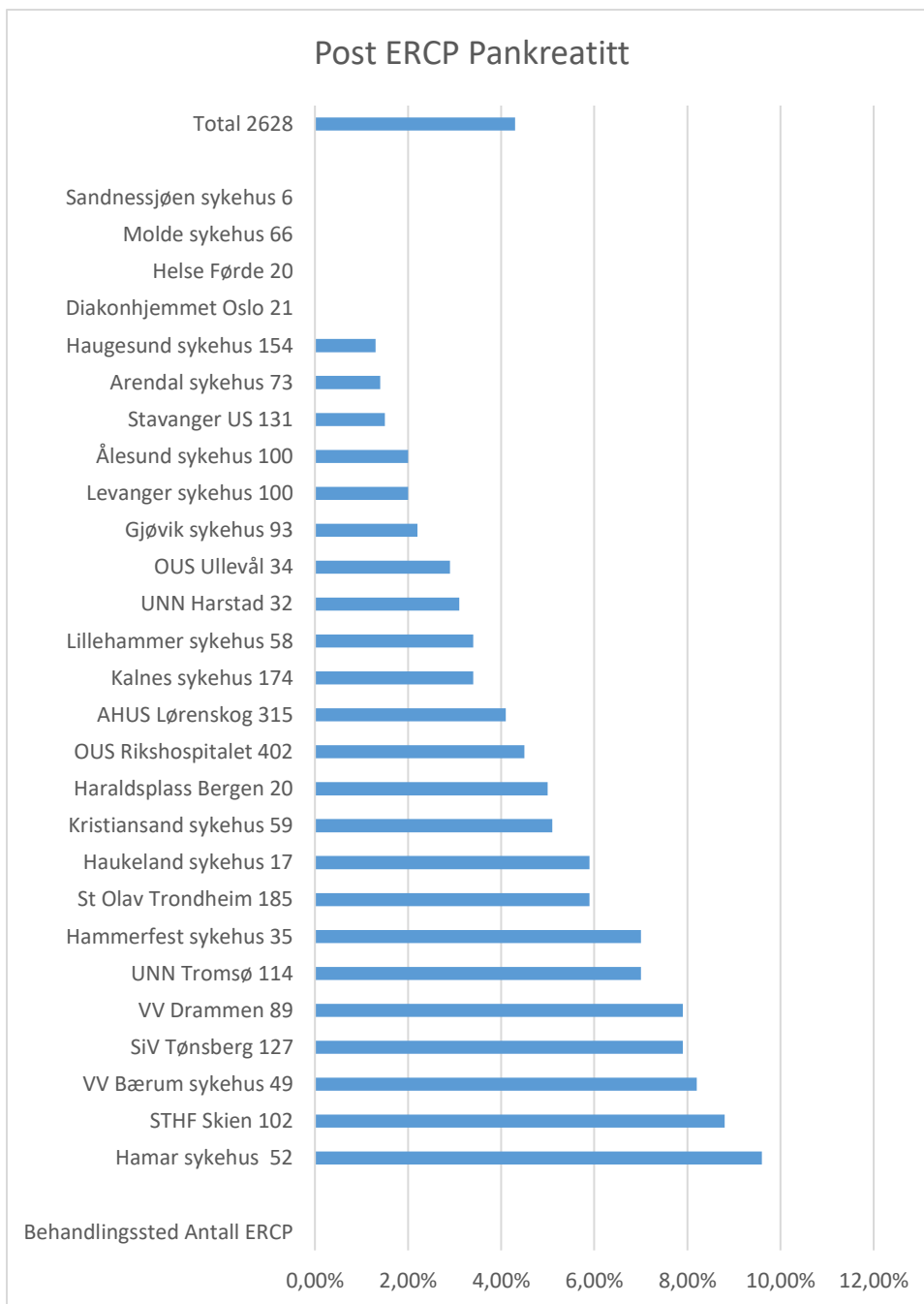
Antall rapporterte ERCP er svært lav for flere sykehus. Dermed må suksessraten per sykehus tolkes med betydelig varsomhet. Det er lite sannsynlig at det lykkes å kanylere gallegangen i alle tilfeller. En kanyleringsrate på nærmere 100 % må derfor vekke mistanken om underrapportering.



Figur 7 Komplikasjoner etter gjennomført ERCP

Definisjon/beskrivelse	Komplikasjonsrate post ERCP
Type indikator	Resultatmål
Måloppnåelse	Ikke angitt
Kunnskapsgrunnlag	Guidelines Europeisk Forening for gastroenterologisk Endoskopi (ESGE)

Beregning	Teller: Antall post ERCP komplikasjoner; Nevner: totalt antall ERCP
<p>Komplikasjonsregistreringen skjer 30 dager etter ERCP. Pasientjournalen må aktivt granskes for å oppdage hendelser. Dersom pasienten ble henvist til ERCP fra et annet sykehus og flyttet tilbake etterpå er undersøkeren avhengig av å bli informert om komplikasjoner som har oppstått i etterkant.</p> <p>I 7,6 % av alle ERCP er det registrert en komplikasjon, noe som er forventet. Det er ikke definert et måltall i Europeiske guidelines for alle komplikasjoner, men for post ERCP pankreatitt (se der). I 0,5 % mangler en informasjon om komplikasjoner. Dette er en betydelig forbedring sammenliknet med de siste årene og skyldes sannsynligvis den digitale rapporteringen som har startet høsten 22.</p> <p>Antallet registrerte prosedyrer er igjen av betydning i denne sammenhengen. Komplikasjonsraten hos sentra med få rapporterte ERCP kan være misvisende.</p>	



Figur 8 Andel av pankreatitt (bukspyttkjertelbetennelse) etter ERCP

Definisjon/beskrivelse	Post ERCP pankreatitt
Type indikator	Resultatmål
Måloppnåelse	Under 10 %
Kunnskapsgrunnlag	Guidelines Europeisk Forening for gastroenterologisk Endoskopi (ESGE)
Beregning	Teller: antall post ERCP pancreatitt; Nevner totalt antall ERCP
Komplikasjonsregistreringen skjer 30 dager etter ERCP. Pasientjournalen må aktivt granskes for å oppdage hendelser. Dersom pasienten ble henvist til ERCP	

fra et annet sykehus og flyttet tilbake etterpå er undersøkeren avhengig av å bli informert om komplikasjoner som har oppstått i etterkant.

I 4,3 % av alle ERCP er det registrert en post ERCP pankreatitt, noe som er forventet. Variasjonen mellom sentrene er stor. Dette kan skyldes ulik definisjon for en post ERCP pankreatitt: ESGE krever en økning av amylase eller lipase til 3 x øvre referanseområdet og post ERCP smerter.

Antallet registrerte prosedyrer er igjen av betydning i denne sammenhengen. Komplikasjonsraten hos sentra med få rapporterte ERCP eller med ufullstendig rapportering kan være misvisende.

Tabell 5. 30 dagers post ERCP mortalitet

	Antall	Prosent
mors	85	3,2
Komplikasjonsrelatert mors	9	0,34
ikke angitt	91	3,5

Definisjon/beskrivelse	30 dagers mortalitet – dødsfall innen 30 dager etter ERCP
Type indikator	Resultatmål
Måloppnåelse	Ikke definert
Kunnskapsgrunnlag	Guidelines Europeisk Forening for gastroenterologisk Endoskopi (ESGE)
Beregning	Teller: Antall pasienter som dør inntil 30 dager post ERCP; Nevner: totalt antall ERCP

3,2 prosent av pasientene som gjennomgikk en ERCP døde innen 30 dager etterpå. I 9 tilfeller ble det sett en mulig relasjon til en komplikasjon, hovedsakelig en pankreatitt eller en kardiovaskulær hendelse. I alle andre tilfeller ble døden ikke relatert til ERCP prosedyren, men til grunnsykdommen. Pas. har ofte høy alder og/eller en avansert sykdom (hyppig kreft).

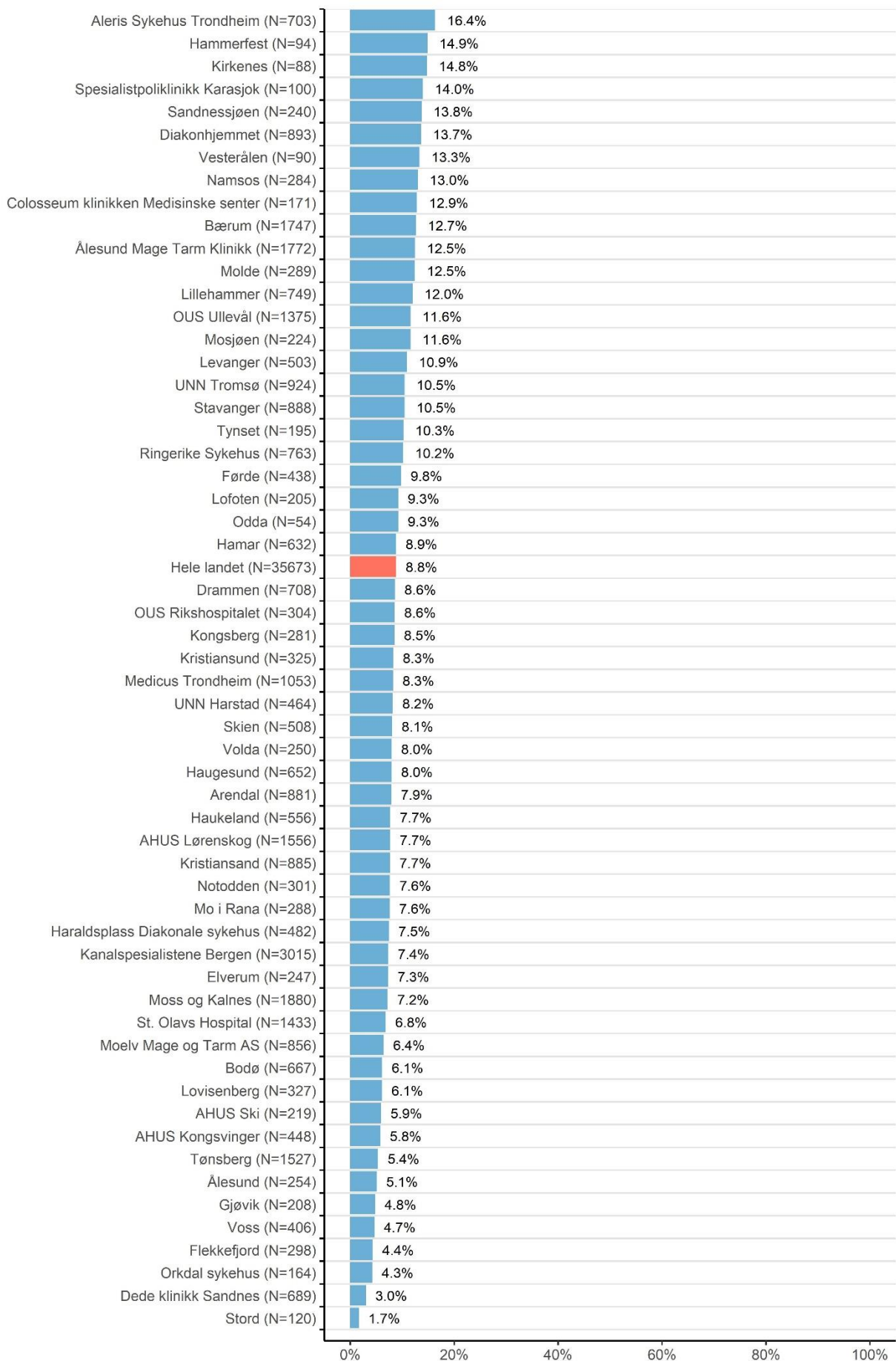
ERCP er en prosedyre prosedyre med et stort komplikasjonspotensial. Noen av disse komplikasjonene kan være meget alvorlig. Derfor må indikasjonen til en slik undersøkelse stilles meget nøye. Samtidig må undersøkelseskvaliteten være god. I litteraturen er dødeligheten i forbindelse med ERCP komplikasjoner beskrevet å ligge rundt 0,26 % totalt og 0,2 % i forbindelse med post ERCP pankreatitt (Wang et al. Am J Gastroenterol 2009; 104:31 – 40; doi: 10.1038/ajg.2008.5 og Kochar et al. Volume 81, No. 1 : 2015 GASTROINTESTINAL ENDOSCOPY).

Utover det må indikasjonen for en ERCP overveies nøye dersom en pasient ut fra sin grunnsykdom har en meget kort forventet levetid igjen.

2.2. Pasientrapporterte data (PROM/PREM)

For å kartlegge pasientopplevelser benyttes to spørreskjemaer til deltagerne i etterkant av at de har vært til koloskopi - ett til utfylling dagen etter koloskopi med fokus på smerter og opplevelser knyttet til selve undersøkelsen og ett etter 30 dager med spesielt fokus på komplikasjoner. Da tarmscreeningen har kommet på plass i alle regioner, er skjemaene samkjørt med dem, slik at pasientene svarer på samme skjema om de er med i tarmscreeningen eller om dette er en klinisk koloskopi. 2023 har vært preget av omstilling fra papir til elektronisk registrering. PROM og PREM dataene har derfor kommet fra 2 kilder.

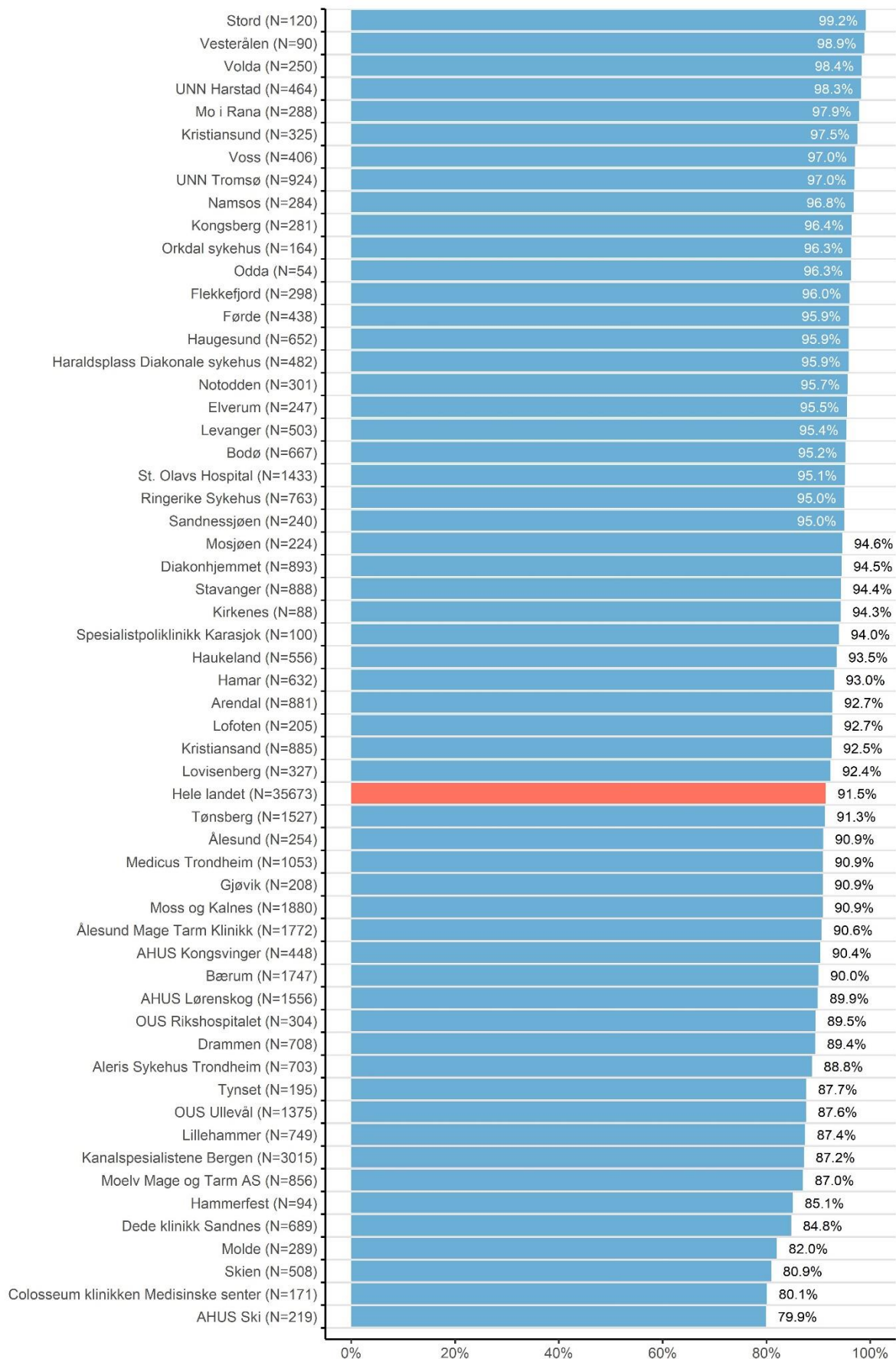
Pasientopplevde smerter



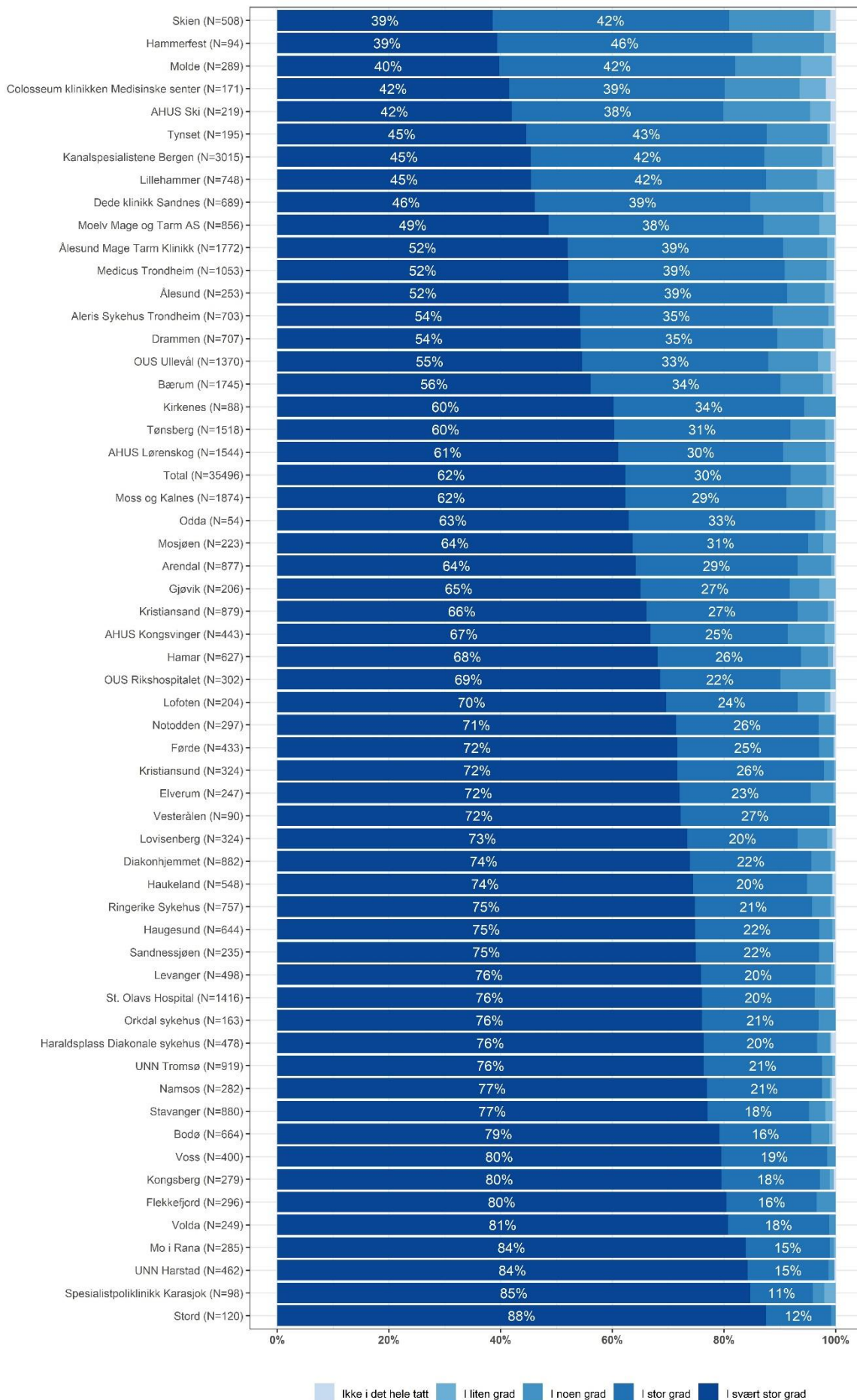
Figur 6 Pasientrapporterte smerter under koloskopi

Definisjon/beskrivelse	Pasientopplevde smerter under koloskopi
Type indikator	resultat
Måloppnåelse	<15%
Kunnskapsgrunnlag	Kvalitetsmanual Kreftregisteret
Beregning	Teller: Antall koloskopier der pasienten angir skopien som «svært smertefull». Nevner: Antall koloskopier med tilbakemelding om smerteopplevelse fra deltagerne
<p>I denne figuren er alle mottatte pasientsvarskjema inkludert – forutsatt at spørsmålet om smerter er besvart. Andelen med opplevde sterke smerter skal ligge under 15%, helst under 10%. Samlet er andelen nå på 8,8% (8,2 % i 2022), men det er stor variasjon mellom sentrene. Som tidligere ansees hovedårsaken til smerter å skyldes variasjon i tekniske ferdigheter for endoskopørene. Gjennomføring av «Train-the colonoscopy-trainer» kurset i regi av Endoskopiskolen siden 2014 er vist å gi effekt med varighet minst 5 år på senternivå (https://endoskopiskolen.no). Disse resultatene er publisert internasjonalt i 2021 (Hoff G et al. Endoscopy 2021;53:1229-34). Det tilbys nå også koloskopi upskill kurs for erfarne endoskopører med utilfredsstillende resultater.</p>	

Figur 9 Fornøydhetsgrad med informasjon (i stor eller svært stor grad)



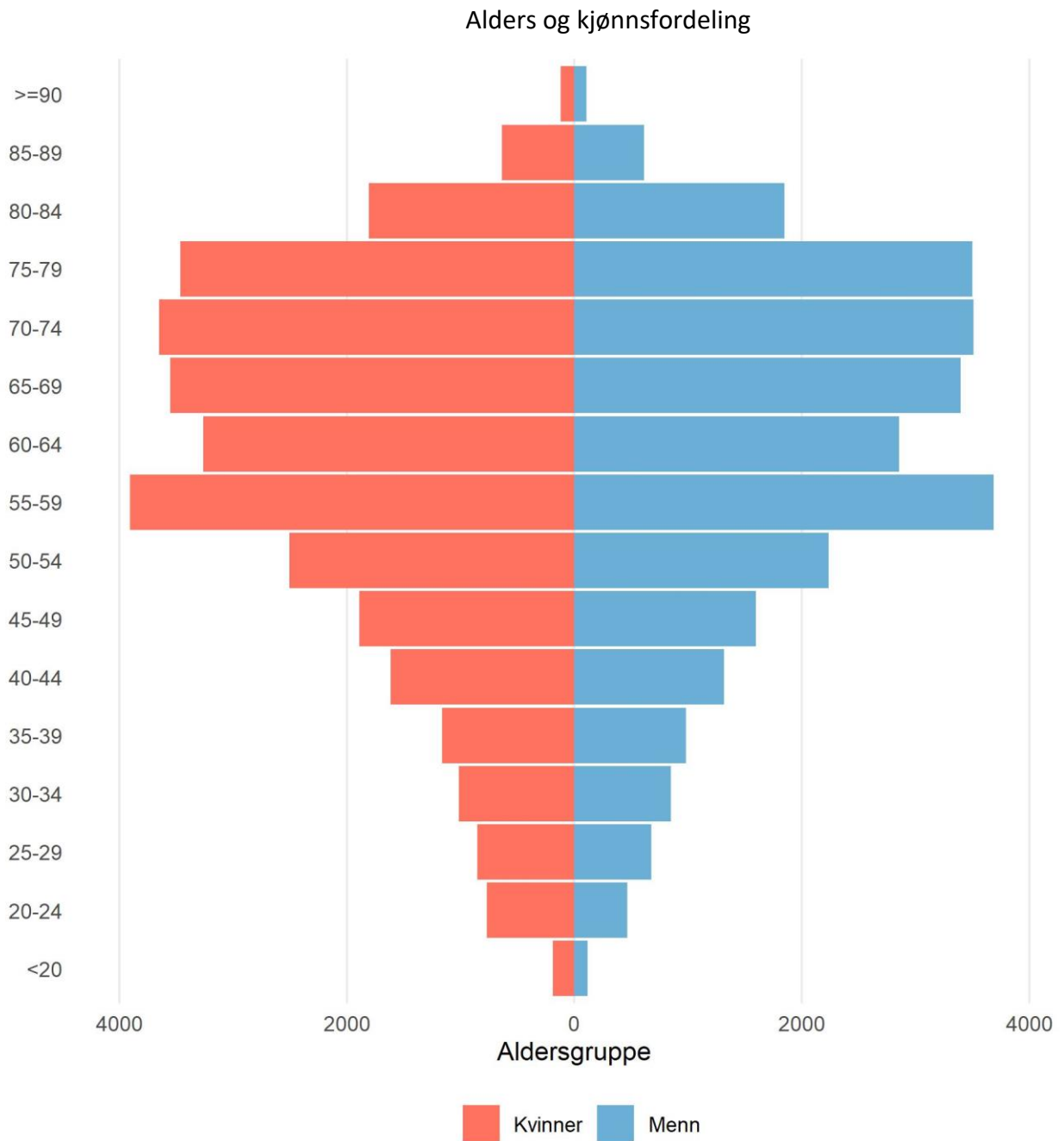
Figur 10 Fornøydhet med informasjon



Figurene 9 og 10

Definisjon/beskrivelse	Fornøydhet med informasjon
Type indikator	resultat
Måloppnåelse	minst 90 %
Kunnskapsgrunnlag	egen definisjon
Beregning	Teller: antall pasienter som er svært stor grad fornøyd eller i stor grad fornøyd med informasjonen; Nevner: Antall pasienter som gir en tilbakemelding etter en koloskopi.
<p>Veldig mange pasienter er fornøyd med informasjonen de har fått etter koloskopien (gjennomsnittet for alle sentre er 91,5 %). Det er en nedgang fra 2022 hvor det var på 93,5</p> <p>Det er en høyere grad av fornøydhet blant pasientene som har svart på papirskjema (95,5%) enn de som har svart elektronisk (87,3%). Når registeret kun blir elektronisk er det viktig å ha fokus på pasientinformasjonen slik at den blir godt ivaretatt.</p> <p>Likevel viser figuren at det finnes en senterrelatert variasjon. Sentrene hvor under 90% av pasientene var godt fornøyd med informasjonen bør vurdere forbedringstiltak. Det kan for eksempel være at tiden ikke er tilstrekkelig for en grei informasjonssamtale etter koloskopien. Det er også mulig at romforholdene ikke er egnet til en kort, men grundig samtale.</p>	

2.3. Andre analyser



Figur 11 Alders- og kjønnsfordeling av pasienter som ble koloskopert

Definisjon/beskrivelse	Alders og kjønnsfordeling
	En alders og kjønnsfordeling av pasientene viser at det er 52% kvinner, 47,1% menn og 0,9% er ukjent. Snittalderen på pasientene er 60 år og median er 62. Det er en betydelig større andel i alderen 55 og 56, da tarmscreeningen inkluderer disse pasientene. 85% av pasientene er i alderen 40 til 85 år.

Tabell 7: Indikasjoner for koloskopiundersøkelsen i prosent av alle prosedyrer

Indikasjoner til koloskopi	N	%
Symptomer	35884	58,9
Polyppkontroll	7565	12,4
IBD kontroll	5066	8,3
Kontroll etter tidligere funn	514	0,8
Familiær belastning med tykktarmskreft	2998	4,9
Screeningkoloskopi	2327	3,8
Koloskopi etter divertikluitt	1369	2,2
Koloskopi etter appendicitt	511	0,8
Koloskopi utenom screening eller med positiv IFOBT utenom screening	910	1,5
Koloskopi andre grunner	3109	5,1
Ikke angitt	664	1,1
Sum	60917	

Hovedindikasjon for koloskopier er symptomer inklusive tarmlødnings. Polyppkontroller med kontroll etter tidligere funn holder seg stabilt, for 2023 på 13,2 %. Man må anta at denne andelen vil øke etter at tarmscreeningprogrammet har blitt startet i 2022 med høy sannsynlighet for oppdagelse av polypper som vil kreve flere kontrollkoloskopier. Koloskopier i tarmscreeningprogrammet blir inntil videre kun utført etter positiv test for blod i avføringen og er i denne tabellen i screeningkoloskopi gruppen. Summen av koloskopier i denne tabellen er høyere enn det totale antall koloskopier fordi det er mulig å angi flere indikasjoner på en koloskopi.

Tabell 8: Indikasjon for ERCP i prosent av alle prosedyrer

	Galleveispatologi	Pankreaspatologi	Papillepatologi
Totalt	93,8	4,6	4,1
Derav:			
Konkrement	55,7	2	
Malign stenose	15,9	0,7	2,7
Benign stenose	8,2	1,1	0,7
Uavklart stenose	7,8	0,3	
Lekkasje	4,1		
Stentskifte/- fjerning	9,3	0,5	
Annet			0,8

(Summen av prosenttallene er > 100 fordi flere indikasjoner kan velges for samme prosedyre)

ERCP har i høyeste grad blitt en terapeutisk prosedyre. Det betyr at man har påvist eller har i alle fall en sterk mistanke om forandringer som skal behandles. Hoved andelen av ERCP undersøkelser gjøres på grunn av gallegangsstein fulgt av innsnevninger i galle- eller bukspyttkjertelgangen som kan være godartet eller ondartet. Kun en meget liten del av ERCP utføres på grunn av papilleforandringer i tolvfingertarmen.

Behandling av forandringer i pankreasgangen er i stor forbeholdt store sentra, som regel universitetssykehusene. Årsaken er at dette er forandringer som man ikke ser så ofte og som kan være teknisk krevende å utføre med et relativt høyt potensial for komplikasjoner

DEL 2

Administrative opplysninger

3. Registerbeskrivelse

Bakgrunn for registeret	Gastronet ble opprettet for å registrere kvalitetsindikatorer for endoskopi med målsetting å tilby et grunnlag for kvalitetsevaluering og målrettede tiltak for kvalitetsforbedring. I utgangspunktet ble det registrert data for koloskopier og ERCP, fra 2020 data for endoskopiske ultralydundersøkelser EUS.
Type register	Prosedyreregister
Årstall etablert	2003
Årstall nasjonal godkjenning	2012
Årstall for start av datainnsamling	2003
Registerets formål	<p>Gastronet vil kartlegge og bidra til å forbedre endoskopikvaliteten (kikkertundersøkelser) i forbindelse med utredning, behandling og screening av tarmsykdommer og sykdommer av bukspyttkjertel og galleveier. Målet er å registrere alle polikliniske koloskopier (høyt antall og stor variasjon i kvalitet med stort forbedringspotensial), alle ERCP (lavt antall, men med høy risiko for alvorlige komplikasjoner), alle EUS ved offentlige sykehus og i økende grad private sentre og screeningsentre. Gastronet vil bidra med forskning for å fremme endoskopikvaliteten.</p> <p>Som redskap til kvalitetsforbedring har Gastronet samarbeidet tett med den nasjonale endoskopiskolen.</p>
Analyser som belyser registerets formål	Vi rapporterer 12 hovedkvalitetsindikatorer hvorav 9 er prosedyrefaktorer, 3 er faktorer som omhandler komplikasjonsraten. I tillegg innhenter vi erfaringsmål PREM/PROM for koloskopiundersøkelser med indikatorer for opplevd undersøkelses- og informasjonskvalitet samt opplevde uønskete hendelser i forbindelse med undersøkelsen eller i etterkant. Resultatene publiseres på enhetsnivå, i tillegg kodet på endoskopørnivå, kun identifiserbar for endoskopørene selv og avdelingslederne. Dette danner grunnlag for forbedringstiltak.
Juridisk hjemmelsgrunnlag	<p>Gastronet faller innenfor forskrift om medisinske kvalitetsregistre ettersom dette er et helseregister som fortløpende dokumenterer resultater fra helsehjelp for en avgrenset pasientgruppe med utgangspunkt i individuelle behandlingsforløp, jf. forskrift 21. juni 2019 nr. 789 om medisinske kvalitetsregistre § 1-2. Gastronet sitt formål er å kvalitetsforbedre helse- og omsorgstjenesten.</p> <p>Behandlingsgrunnlaget er artikkel 6 nr. 1 bokstav e, jf. art. 6 nr. 3 bokstav b), jf. forskrift 21. juni 2019 nr. 789 om medisinske kvalitetsregistre.</p>
Databehandler	<p>Sykehuset Telemark HF</p> <p>Norsk Helsenett</p> <p>Databehandlingsavtale inngått 28.11.23</p>
Databehandlingsansvarlig	Sykehuset Telemark
Faglig leder/ registersekretariat med kontaklinformasjon	<p>Magnus TarAngen: daglig leder</p> <p>Gert Huppertz-Hauss: faglig ansvarlig</p> <p>Elin Hørta: sekretær</p>
Fagrådets medlemmer	<p>Roald Flesland Havre, overlege Haukeland sykehus</p> <p>Lene Larssen, overlege, Ullevål sykehus</p> <p>Lars N. Larsen, overlege Stavanger universitetssykehus</p> <p>Kjetil Garborg, overlege, Rikshospitalet og Endoskopiskole</p> <p>Peter Lefstad Dalsbø, overlege, St Olavs Hospital, Trondheim</p> <p>Marius Vinje, overlege, Akershus universitetssykehus</p>

	<p>Gry Håvi, sykepleier, Ullevål Lars Mikal Aasen, overlege, UNN Tromsø Anita Jørgensen, sykepleier, Kreftregisteret Trond Flatsrud, gastroenterolog, avtalespesialist Anna Schult, overlege, Bærum sykehus og Tarmscreeningprogrammet Tom Andre Pedersen, overlege, Haraldsplass Diakonale sykehus, Bergen Egil Rye Hytten, brukerrepresentant</p>
Aktivitet i fagrådet	<p>Fagrådet hadde 3 digitale møter og regelmessig skriftlig kontakt per e-post. Prioriterte oppgaver i 2023: Hovedtemaer:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tilgjengeliggjøring av endoskopørientifiserbare data til endoskopisenterledelsen - Endring av vedtekter § 7 – tilgjengeliggjøring av endoskopørientifiserbare data - Utrulling av ulike former for digital registrering - Tilpassing av spørsmål i PROM skjema etter koloskopi - Vurdering av nye kvalitetsindikatorer
Inklusjonskriterier	<p>Registeret er prosedyrerelatert til følgende prosedyrer: Koloskopier (poliklinisk), Prosedyrekode JUF32 og JUF35 ERCP (polikliniske og inneliggende), Prosedyrekode JUK02, JUK05 EUS (polikliniske og inneliggende) SXJ0DK, JXA05K</p>
Metode for datafangst	<ul style="list-style-type: none"> - Legeskjema koloskopi <ul style="list-style-type: none"> o Registreres rett etter gjennomført koloskopi av utførende helsepersonnel (lege eller sykepleier) - Pasientspørreskjema koloskopi <ul style="list-style-type: none"> o PREM – registreres en dag etter utført koloskopi av pasienten o PROM – registreres 30 dager etter utført koloskopi av pasienten - Legeskjema ERCP <ul style="list-style-type: none"> o Registreres rette etter ERCP prosedyren o Eventuelle komplikasjoner etterregistreres etter 30 dager o Fylles ut av lege eller sykepleier - Legeskjema EUS <ul style="list-style-type: none"> o Registreres rett etter undersøkelsen o Eventuelle komplikasjoner etterregistreres etter 30 dager o Fylles ut av lege eller sykepleier
Teknisk løsning for datafangst, og årstall for start	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Koloskopi</u> <ul style="list-style-type: none"> o <u>Legeskjema</u> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>MRS fra 2022/2023 HSØ og Helse Midt, (obligatorisk for alle uten strukturert koloskopijournal fra 1.9.24)</u> ▪ <u>Papir (Helse Vest/Helse Nord)</u> ▪ <u>Under utvikling: strukturert koloskopijournal (innført i HSØ per 1.6.24)</u> o <u>Pasientskjema</u> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>MRS fra 2022/2023 for HSØ og Helse Midt (Obligatorisk for alle fra 1.9.24)</u> ▪ <u>Papir (Helse Vest/Helse Nord, deadline 31.8.24)</u>

	<ul style="list-style-type: none"> - <u>ERCP</u> <ul style="list-style-type: none"> o <u>MRS fra 2023</u> - <u>EUS</u> <ul style="list-style-type: none"> o <u>MRS fra 2023</u>
Metadata	Nei, fra februar 2024
Innsynsløsning	Nei, fra februar 2024
Antall pasienter/skjema/hendelser i rapporteringsåret	62.040
Totalt antall pasienter/skjema/hendelser	Ca 440.000
Stadium og nivå	2B

4. Datakvalitet

4.1. Tilslutning og antall registreringer

Gastronets mål er å registrere kvalitetsindikatorer for polikliniske koloskopier, ERCP og EUS undersøkelser. Det har blitt en økende deltakelse også fra avtalespesialister. I 2023 har igjen et økende antall avtalespesialister registrert. Antall registrerte koloskopier har hatt en nedgang fra 2022, og det antas at det ikke er fordi det er gjennomført færre, men brukerne har begrunnet det med omstillingen til elektronisk registrering har ført til nedgang. Det er helt tydelig at det har blitt opplevd som en utfordring å komme i gang med elektronisk registrering også for koloskopier. Det har i tillegg vært utfordrende og tidkrevende å få gjennomført elektronisk overføring fra journal, og selv om mye testing og endring har skjedd i 2023, er det ikke blitt implementert i HSØ før 2024, og fortsatt ikke i de andre regionshelseforetakene. Vi har ingen dekningsgradanalyse for 2023. Dekningsgradanalysen for data samlet inn i 2021 viste en fortsatt økende dekningsgrad for koloskopier (60,6 % for alle virksomheter, 71,5 % for offentlige sykehus), men en tilbakegang, 45,9 % for ERCP.

Antall registrerte EUS undersøkelser presenteres kun til orientering. Registeret har vært under oppbygging siden 2020 etter initiativ fra flere aktører i fagmiljøet, men oppslutningen er fortsatt veldig begrenset. Det har blitt startet en vurderingsprosess hvordan oppslutningen kan økes. Dersom den ikke øker meget raskt må registreringen avvikles.

Tabell 9. Antall koloskopier registrert i Gastronet per behandlingssenter 2020 – 2023

HF	Behandlingssted	Gnet 2020	Gnet 2021	Gnet 2022	Gnet 2023
AHUS	Lørenskog	2120	2461	2700	2517
	Ski	827	895	1167	317
	Kongsvinger				792
Diakonhjemmet	Diakonhjemmet	948	1507	1541	1724
Lovisenberg	Lovisenberg	780	922	815	637
OUS	RH	752	873	952	238
	Ullevål	2070	2583	2438	2355
SiV	Tønsberg	2860	2753	1955	2518
	Larvik	55			
Sykehuset Innlandet	Elverum	485	458	464	413
	Gjøvik	253	296	349	336
	Hamar	833	1117	1110	1083
	Lillehammer	1077	1086	1175	1074
	Tynset			238	280

Sykehuset Telemark	Kragerø	783	575	333	Ikke levert
	Skien	1219	1005	1117	691
	Notodden	631	547	564	472
Sykehuset Østfold	Kalnes	2090	2886	3049	3114
	Moss				
	screening Moss	633	442	209	
Sørlandet Sykehus	Arendal	1334	1109	1317	776
	Flekkefjord	469	628	587	733
	Kristiansand	1561	1754	1560	1158
Vestre Viken	Bærum	1597	1610	2001	2591
	screening Bærum	351	759	359	
	Drammen	517	779	1151	1084
	Kongsberg	555	448	419	Ikke levert
	Ringerike	940	987	1086	631
Haraldsplass Diak. Sykehus	Haraldsplass Diak. Sykehus	698	621	891	1073
Helse Bergen	Haukeland	975	1300	1232	1538
	Voss	554	717	657	724
Helse Fonna	Haugesund	1046	1448	1277	1489
	Odda	111	97	95	86
	Stord	181	167	194	180
Helse Førde	Førde	1043	1047	1043	676
Stavanger US	Stavanger US	1755	1820	1757	1856
Helse Møre og Romsdal	Kristiansund	589	620	486	574
	Molde	1061	929	883	420
	Volda	444	534	462	426
	Ålesund	601	410	432	386
Helse Nord-Trøndelag	Namsos		663	471	476
	Levanger		1029	1285	830
St. Olavs Hospital	Orkdal		439	226	246

	Trondheim	2036	3206	2228	2344
Finnmarkssykehuset	Alta				
	Hammerfest	19		120	138
	Karasjok	26	103	127	243
	Kirkenes	16	80	76	147
Helgelandssykehuset	Mo i rana	452	703	556	499
	Mosjøen	267	331	267	393
	Sandnessjøen	445	427	430	399
Nordlandssykehuset	Bodø	977	1413	1328	1242
	Lofoten		79	297	370
	Vesterålen	204	371	257	178
UNN	Harstad	669	624	502	734
	Narvik	155	2		
	Tromsø	1396	1586	1764	1834
	Sum offentlige sykehus	41460	49246	47999	43035
	Kanalspesialistene Bergen	5797	5331	5792	4262
	IBSEN Sykehuset Porsgrunn	376	382	168	
	Moelv Mage og Tarm	1007	1099	1104	1193
	Ringvollklinikken Oslo	1122	1218	497	
	Ålesund Mage og Tarmklinikk	1186	1985	2317	2508
	Privatklinikken Skien	229	740	147	
	Colosseum Faust Oslo		19	440	
	Sandnes DeDe klinikken		783	789	908
	Medicus Trondheim		438	1161	1392
	Aleris Trondheim				1017
	Medi 3 Hobøl		256	197	
	Colosseum klinikken AS Oslo		76	314	429
	Telemark Endoskopiklinikk				1034
	Volvat medisinske Senter				1142
	Totalt	51177	61573	60925	58920

Tabell 10. ERCP registrert per behandlingsenhet

Sykehus	2018	2019	2020	2021	2022	2023
OUS, Rikshospitalet	127	372	409	416	260	402
OUS, Ullevål	300	317	372	321	207	34
Akershus universitetssykehus	356	457	411	327	371	315
Sykehuset i Vestfold, Tønsberg	33	70	81	93	119	127
Sykehuset Innlandet, Gjøvik	0	0	33	137	166	93
Sykehuset Innlandet, Hamar	122	128	96	153	93	52
Sykehuset Innlandet, Lillehammer	65	74	77	75	46	58
Sykehuset Østfold, Kalnes	345	325	316	355	191	174
Sørlandet sykehus, Arendal	91	104	97	92	104	73
Sørlandet sykehus, Kristiansand	133	182	183	151	145	59
Vestre Viken, Bærum	54	67	70	104	76	49
Vestre Viken, Drammen	187	3	189	0	58	89
Sykehuset Telemark, Skien	136	155	104	140	125	102

Diakonhjemmet sykehus	34	0	7	31	16	21
Helse Bergen, Haukeland	0	0	0	0	0	17
Helse Fonna, Haugesund	94	126	113	131	31	154
Helse Førde, Førde	0	0	0	40	50	20
Helse Stavanger, Stavanger	177	269	272	271	216	131
Haraldsplass diakonale sykehus AS	0	5	2	6	22	20
Helse Møre og Romsdal, Kristiansund	8	0	8	4	0	0
Helse Møre og Romsdal, Molde	0	0	0	112	21	66
Helse Møre og Romsdal, Volda	0	0	0	0	0	0
Helse Møre og Romsdal, Ålesund	63	61	101	77	97	100
St. Olavs hospital, Orkdal	0	0	0	0	0	0
St. Olavs Hospital, Trondheim	0	0	0	0	0	185
Helse Nord-Trøndelag, Levanger	0	0	0	0	0	100

Helgelandssykehuset, Sandnessjøen	8	11	13	18	4	6
Nordlandssykehuset, Bodø	0	0	0	0	0	0
UNN, Harstad	47	36	33	37	37	32
UNN, Tromsø	0	0	0	0	172	114
UNN, Narvik	0	0	0	1	0	0
Finnmarkssykehuset, Hammerfest	40	18	30	37	22	35
Totalt	2420	2780	3017	3129	2650	2628

Tabell 11. EUS registrert med behandlingsenhet i 2023

Behandlingssted	N
Skien	18
Ålesund	1
Stavanger	28
UNN Tromsø	46
Haukeland	235
Drammen	3
SSHF Kristiansand	21
SSHF Arendal	28
OUS Rikshospitalet	112
Total	492

4.2. Dekningsgrad og responsrate

4.2.1. Metode for beregning av dekningsgrad

Siste dekningsgradsanalyser ble gjort for data fra 2021. Arbeidet ble utført mellom september 2022 og juli 2023. Det ble laget separate dekningsgradsberegninger for koloskopier og ERCP. NPR-uttrekket for koloskopier ble hentet fra nasjonale data for somatiske sykehus og private avtalespesialister, mens det for ERCP kun ble benyttet data fra somatiske sykehus.

Det er bare polikliniske konsultasjoner som inngår i datagrunnlaget for dekningsgradsanalysen for koloskopi. Koloskopianalysene er delt i to. I første analyse er kun koloskopier gjennomført på offentlige helseforetak inkludert. Private, ideelle sykehus som har driftsavtale med et regionalt helseforetak, er inkludert i denne gruppen. I den andre analysen er datagrunnlaget utvidet til koloskopier ved alle typer virksomheter: offentlige sykehus; private, ideelle sykehus; private, kommersielle sykehus og private avtalespesialister. Resultatene presenteres både per virksomhet og per sykehus/avtalespesialist.

Datagrunnlaget for ERCP er hentet fra nasjonale data for somatiske sykehus. All ERCP-aktivitet utføres ved offentlige helseforetak. Alle omsorgsnivåer inngår. Hvis en eller flere av kodene JKE 02, JKE 12 eller JKE 18 står alene, uten å samtidig være innrapportert med JUK 02/JUK 05, blir disse likevel inkludert i datagrunnlaget for analysen. Også for ERCP presenteres resultatene per virksomhet og per sykehus/avtalespesialist.

Helsedirektoratet mottok følgende data fra Gastronet for 2021: 3 017 ERCP og 59 775 koloskopier ved offentlige helseforetak, private ideelle og kommersielle sykehus og avtale-spesialister.

Dekningsgraden i Gastronet ble beregnet etter følgende formel:

$$\text{Dekningsgrad Gastronet} = \frac{\text{Antall registreringer kun i Gastronet} + \text{Antall registreringer i både Gastronet og NPR}}{\text{Antall registreringer kun i Gastronet} + \text{Antall registreringer kun i NPR} + \text{Antall registreringer i både Gastronet og NPR}}$$

4.2.2. Siste beregnede dekningsgrad

Det ble utført en individbasert dekningsgradsanalyse for Gastronet for 2021. I analysen skilles det mellom koloskopi og endoskopisk retrograd kolangiopankreatikografi (ERCP).

Begrenset til offentlige helseforetak var dekningsgraden for koloskopiinngrep 71,8 % for Gastronet, mens den var 94,1 % for NPR. Dekningsgraden varierte mellom helseforetakene. Høyest dekningsgrad hadde Sykehuset Østfold HF og Sørlandet sykehus HF. Inkluderes private sykehus og avtalespesialister ble dekningsgraden 61,3 % for Gastronet, mens den ble 94,7 % for NPR.

Dekningsgraden for ERCP var 49,9 %. Også for ERCP var det stor variasjon mellom virksomhetene. Helse Stavanger HF og Sykehuset Østfold HF hadde høyest dekningsgrad. NPRs dekningsgrad var 88,0 %.

Tabell 12. Utvikling av antall registrerte prosedyrer og dekningsgraden over tid

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Kolo- skopier (N)	14725	16221	22593	23715	34507	45984	51117	61573	60925	59992
Deknings- grad (offentlige sykehus)	28,5	29,2	36,5	39,5	43,7 (49,7)	?	60,1 (70,0)	60,6 (71,5)	?	?
ERCP (N)	1076	1234	1823	1811	2432	2780	3017	3129	2650	2628
Deknings- grad	25,8	28,6	42,8	51	45,6	?	55,9	45,9	?	

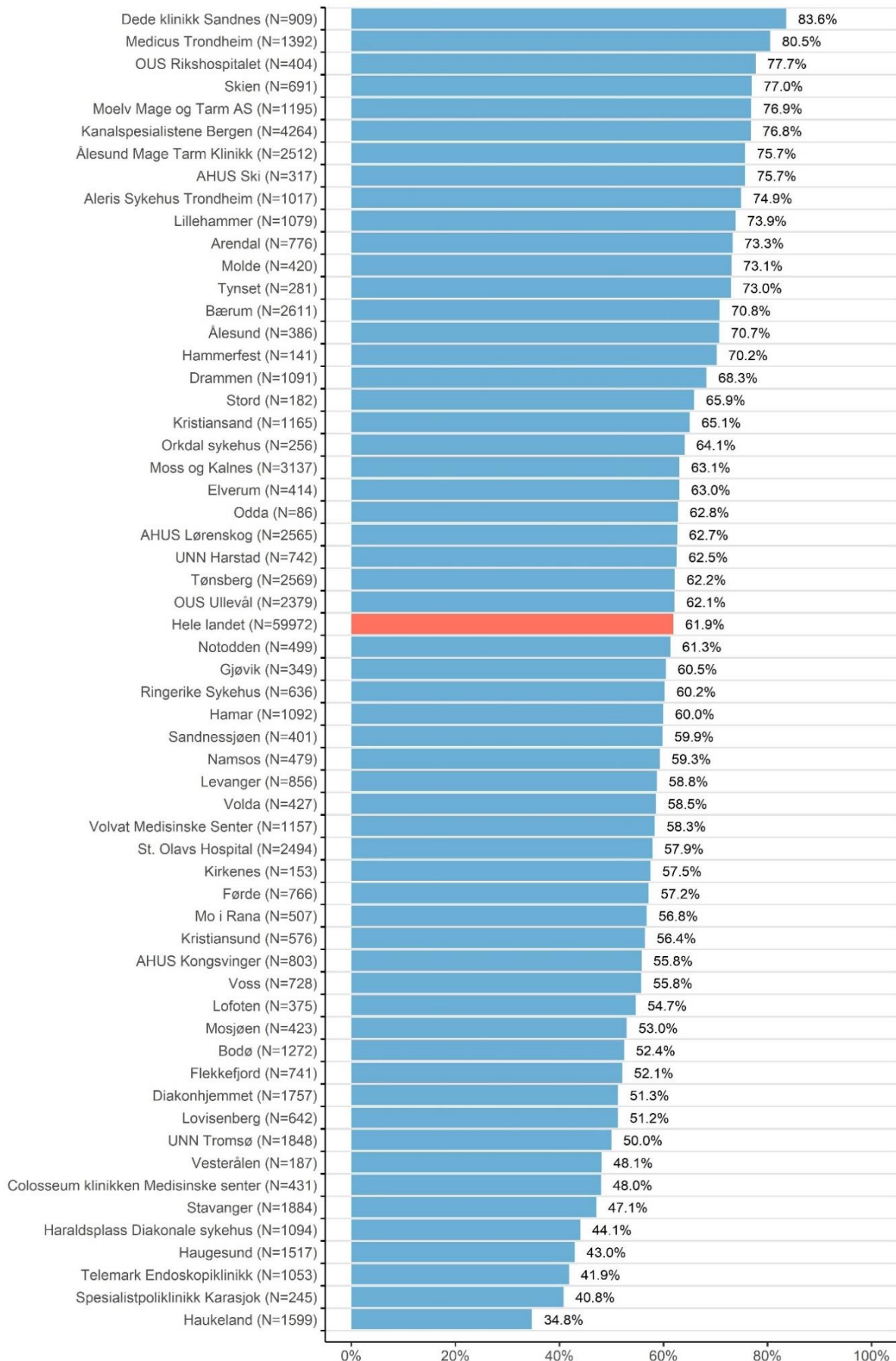
Tabell 13. Dekningsgrad (DG) for koloskopi per virksomhet (alle virksomheter), 2021

Virksomhet	Begge registre	Kun Gastronet	Kun NPR	Totalt	DG, Gastronet (%)	DG, NPR (%)
OUS, Rikshospitalet	813	32	467	1 312	64,4	97,6
OUS, Ullevål	2 457	80	884	3 421	74,2	97,7
Oslo universitetssykehus HF	-	-	7	7	0,0	100,0
Akershus universitetssykehus, Nordbyhagen	2 216	183	835	3 234	74,2	94,3
Akershus universitetssykehus, Ski	822	55	-	877	100,0	93,7
Akershus universitetssykehus, Kongsvinger	-	-	1 254	1 254	0,0	100,0
Sykehuset i Vestfold, Tønsberg	2 564	66	776	3 406	77,2	98,1
Sykehuset i Vestfold, Larvik	-	-	1	1	0,0	100,0
Sykehuset Innlandet, Elverum	437	16	52	505	89,7	96,8
Sykehuset Innlandet, Gjøvik	277	13	371	661	43,9	98,0
Sykehuset Innlandet, Hamar	1 003	97	94	1 194	92,1	91,9
Sykehuset Innlandet, Lillehammer	1 023	41	95	1 159	91,8	96,5
Sykehuset Innlandet, Tynset	-	-	190	190	0,0	100,0
Sykehuset Østfold, Kalnes	2 749	86	222	3 057	92,7	97,2
Sykehuset Østfold, Moss	423	9	83	515	83,9	98,3
Sørlandet sykehus, Arendal	1 065	23	156	1 244	87,5	98,2
Sørlandet sykehus, Flekkefjord	571	22	84	677	87,6	96,8
Sørlandet sykehus, Kristiansand	1 702	32	136	1 870	92,7	98,3
Vestre Viken, Bærum	2 230	63	406	2 699	85,0	97,7
Vestre Viken, Drammen	705	40	1 288	2 033	36,6	98,0
Vestre Viken, Kongsberg	414	28	84	526	84,0	94,7
Vestre Viken, Ringerike	933	38	135	1 106	87,8	96,6
Sykehuset Telemark, Kragerø	544	21	62	627	90,1	96,7
Sykehuset Telemark, Notodden	479	24	169	672	74,9	96,4
Sykehuset Telemark, Skien	920	29	340	1 289	73,6	97,8
Sykehuset Telemark, Porsgrunn	-	-	1	1	0,0	100,0
Diakonhjemmet sykehus	1 297	152	301	1 750	82,8	91,3
Lovisenberg diakonale sykehus	4	893	1 085	1 982	45,3	54,9
Helse Bergen, Haukeland	1 239	36	338	1 613	79,0	97,8
Helse Bergen, Voss	694	104	63	861	92,7	87,9
Helse Fonna, Haugesund	1 322	104	163	1 589	89,7	93,5
Helse Fonna, Stord	147	5	465	617	24,6	99,2
Helse Fonna, Odda	-	-	114	114	0,0	100,0
Helse Førde HF	985	28	909	1 922	52,7	98,5
Helse Stavanger, Stavanger	1 686	89	397	2 172	81,7	95,9
Haraldsplass diakonale sykehus AS	546	14	339	899	62,3	98,4
Helse Møre og Romsdal, Kristiansund	553	52	276	881	68,7	94,1
Helse Møre og Romsdal, Molde	847	60	68	975	93,0	93,8
Helse Møre og Romsdal, Volda	457	65	32	554	94,2	88,3
Helse Møre og Romsdal, Ålesund	367	23	119	509	76,6	95,5
St. Olavs hospital, Orkdal	347	45	175	567	69,1	92,1
St. Olavs hospital, Trondheim	2 993	168	1 009	4 170	75,8	96,0
Helse Nord-Trøndelag, Levanger	985	35	822	1 842	55,4	98,1
Helse Nord-Trøndelag, Namsos	-	-	550	550	0,0	100,0
Helgelandssykehuset, Mo i Rana	636	46	141	823	82,9	94,4
Helgelandssykehuset, Mosjøen	310	7	76	393	80,7	98,2
Helgelandssykehuset, Sandnessjøen	355	63	209	627	66,7	90,0
Nordlandssykehuset, Bodø	1 231	154	391	1 776	78,0	91,3
Nordlandssykehuset, Grøvdal	66	8	307	381	19,4	97,9
Nordlandssykehuset, Stokmarknes	327	37	240	604	60,3	93,9
Universitetssykehuset Nord-Norge, Harstad	593	674	97	1 364	92,9	50,6
Universitetssykehuset Nord-Norge, Narvik	2	-	439	441	0,5	100,0
Universitetssykehuset Nord-Norge, Tromsø	1 487	79	464	2 030	77,1	96,1
Finnmarkssykehuset, Karasjok	87	7	99	193	48,7	96,4
Finnmarkssykehuset, Kirkenes	73	5	294	372	21,0	98,7
Finnmarkssykehuset, Alta	-	-	64	64	0,0	100,0
Finnmarkssykehuset, Hammerfest	-	-	587	587	0,0	100,0
Aleris Colosseum Stavanger	-	-	54	54	0,0	100,0
Aleris Helse AS avd Oslo	-	-	248	248	0,0	100,0
Aleris Helse AS avd Tromsø	-	-	1	1	0,0	100,0
Aleris Helse AS avd Trondheim	-	-	943	943	0,0	100,0
Colosseumklinikken Medisinske Senter AS	52	7	527	586	10,1	98,8
Ibsesykehuset Porsgrunn	309	52	27	388	93,0	86,6
Moloklinikken	-	-	289	289	0,0	100,0
Ringvoll klinikken AS	650	560	311	1 521	79,6	63,2
Medi 3 Oslo AS avd kirurgi Hobøl	-	256	-	256	100,0	0,0
Volvat Medisinske Senter AS	-	-	10	10	0,0	100,0
Volvat Medisinske Senter avd Fredrikstad	-	-	75	75	0,0	100,0
Colosseum Faust AS	13	4	121	138	12,3	97,1
Privatklinikken i Skien AS	714	24	789	1 527	48,3	98,4
Sykehuset Oslo Øst AS	-	-	44	44	0,0	100,0
LHL Klinikken Tønsberg	-	-	758	758	0,0	100,0
Medicus AS, Trondheim	408	24	390	822	52,6	97,1
Dede klinikk AS	741	28	201	970	79,3	97,1
Kanalspesialistene AS	4 784	159	1 021	5 964	82,9	97,3
Moelv Mage og Tarm	1 021	74	97	1 192	91,9	93,8
Ålesund Mage tarm klinikk	1 926	35	89	2 050	95,7	98,3
Øvrige avtalespesialister	-	-	12 944	12 944	0,0	100,0
Totalt	54 601	5 174	37 764	97 539	61,3	94,7

Tabell 14. Dekningsgrad (DG) for ERCP per virksomhet, 2021

Virksomhet	Begge registre	Kun Gastronet	Kun NPR	Totalt	DG, Gastronet (%)	DG, NPR (%)
OUS, Rikshospitalet	327	53	427	807	47,1	93,4
OUS, Ullevål	222	89	179	490	63,5	81,8
Oslo universitetssykehus HF	-	-	5	5	0,0	100,0
OUS, Radiumhospitalet	-	-	2	2	0,0	100,0
Akershus universitetssykehus, Nordbyhagen	272	47	171	490	65,1	90,4
Sykehuset i Vestfold, Tønsberg	64	28	100	192	47,9	85,4
Sykehuset Innlandet, Gjøvik	122	15	14	151	90,7	90,1
Sykehuset Innlandet, Hamar	27	97	86	210	59,0	53,8
Sykehuset Innlandet, Lillehammer	57	18	13	88	85,2	79,5
Sykehuset Innlandet, Tynset	-	-	1	1	0,0	100,0
Sykehuset Østfold, Kalnes	287	65	56	408	86,3	84,1
Sørlandet sykehus, Arendal	64	28	26	118	78,0	76,3
Sørlandet sykehus, Kristiansand	128	23	25	176	85,8	86,9
Vestre Viken, Bærum	75	23	37	135	72,6	83,0
Vestre Viken, Drammen	-	-	169	169	0,0	100,0
Vestre Viken, Ringerike	-	-	2	2	0,0	100,0
Sykehuset Telemark, Skien	119	21	34	174	80,5	87,9
Sykehuset Telemark, Notodden	-	-	1	1	0,0	100,0
Diakonhjemmet sykehus	16	15	18	49	63,3	69,4
Helse Bergen, Haukeland	-	-	491	491	0,0	100,0
Helse Bergen, Voss	-	-	2	2	0,0	100,0
Helse Fonna, Haugesund	90	41	72	203	64,5	79,8
Helse Førde HF	15	25	-	40	100,0	37,5
Helse Førde, Førde	-	-	50	50	0,0	100,0
Helse Stavanger, Stavanger	230	41	38	309	87,7	86,7
Haraldsplass diakonale sykehus AS	-	5	41	46	10,9	89,1
Helse Møre og Romsdal, Kristiansund	1	3	7	11	36,4	72,7
Helse Møre og Romsdal, Molde	61	33	24	118	79,7	72,0
Helse Møre og Romsdal, Ålesund	62	15	14	91	84,6	83,5
Helse Møre og Romsdal, Volda	-	-	1	1	0,0	100,0
St. Olavs hospital, Orkdal	-	-	3	3	0,0	100,0
St. Olavs hospital, Trondheim	-	-	420	420	0,0	100,0
Helse Nord-Trøndelag, Levanger	-	-	175	175	0,0	100,0
Helgelandssykehuset, Sandnessjøen	8	10	8	26	69,2	61,5
Nordlandssykehuset, Bodø	-	-	109	109	0,0	100,0
Universitetssykehuset Nord-Norge, Harstad	21	16	20	57	64,9	71,9
Universitetssykehuset Nord-Norge, Tromsø	-	-	175	175	0,0	100,0
Finnmarkssykehuset, Hammerfest	21	16	17	54	68,5	70,4
Totalt	2 289	727	3 033	6 049	49,9	88,0

4.2.3. Responsrate for pasientrapporterte data



Figur 12. Andel koloskopier med besvart pasientskjema

Definisjon/beskrivelse	Pasientsvar i prosent
Type indikator	resultat
Måloppnåelse	minste krav ikke definert; måltall 90 %
Kunnskapsgrunnlag	ESGE guidelines
Beregning	Teller: Antall pasienttilbakemeldinger; Nevner Antall koloskopier, også der hvor det kun er rapportert PROM.
<p>Andelen koloskopier som mangler pasienttilbakemeldinger ligger på 38%, noe lavere enn i 2022, men igjen er det store variasjoner mellom sentrene. Totalantallet på koloskopier er i denne tabellen høyere enn rapportert tidligere, da dette inkluderer koloskopier, med kun rapportert PROM, men som mangler skopørskjema.</p> <p>I 2023 responderte 37161 pasienter på PROM, det tilsvarer en svarprosent på 61,9% som er bedring fra året før. Av dette så er omtrent halvparten av svarene kommet på papir (48,5) og resten er elektronisk rapportert. Det er gledelig å se at det er betydelig høyere svarprosent på PROM/PREM skjema som er levert elektronisk via HelseNorge i forhold til papirbasert. Det er 51,1% av koloskopiene der pasientene har besvart spørreskjema. Det er inkludert noen tilfeller der pasienter, men ikke endoskopøren har levert har levert spørreskjema. Elektronisk er svarprosenten på 77,3 % som enten har svart på skjema dagen etter koloskopien eller 30 dagers-skjema.</p>	

4.3. Vurdering av datakvalitet

1. *Kompletthet*: Datakompletthet har økt sammenliknet fra i fjor. Årsaken er en økende grad av elektronisk registrering der noen svar er obligatoriske for å kunne sende skjemaet. Eksempel: For kvalitetsindikatorene «Komplett koloskopi» og «Adekvat tarmtømming» er andelen med missing data redusert til hhv. 1,5 % (1,7 i 2022) og 0,5 % (2,3 i 2022). Fra september 2024 er elektronisk registrering obligatorisk for alle, da vil datakompletthet øke videre.

Tabell 15 Andelen av missing values for to viktige kvalitetsindikatorer.

	CIR (%)	BBPS ≥ 6 (%)
2014	3,3	Ikke målt
2015	6	Ikke målt
2016	7,3	8,4

2017	6,7	8
2018	4,2	8,6
2019	4,2	5,2
2020	1,7	1,2
2021	1,7	2,5
2022	1,7	2,3
2023	1,5	0,5

CIR: Cøcumintubasjonsrate; BBPS: Boston Bowel Preparation Score, tilfredsstillende ved verdier på 6-9, minst 2 per segment; missing: resultat ikke angitt.

Korrekthet: I 2020 ble det gjennomført stikkprøver av datakorrekthet for pasientenes personnummer og overenstemmelse av registrerte data i Gastronet og i pasientjournalen vedrørende viktige kvalitetsindikatorer ved alle offentlige sykehus (se årsrapport 2020). Alle endoskopienheter hadde en liten andel med uoverensstemmelser, altså data registrert i Gastronet som ikke samsvarte med informasjonen i pasientjournalen. En rapport med resultatene ble presentert til alle innrapporterende enheter og disse formidlet inntrykk av at dette er hovedsakelig et problem med dataoverføring og dobbel registrering. Innføring av et strukturert koloskopijournal vil avhjelpe og bedre datakvaliteten betydelig. I første halvåret 2024 er et skikt koloskopijournal innført i Helse SDør-Øst, dessverre tar det litt lenger tid i de andre regionshelseforetakene. Derfor planlegger vi en ny stikkprøve ved alle endoskopienhetene i løpet av andre halvparten av 2024. .

ikke aktuelt for Gastronet

Sammenfattende har datakomplektheten økt jevnlig de siste årene, datakorrektheten skal vi kontrollere igjen i år. Det forventes en forbedring også av den i forbindelse med innføring av strukturert koloskopijournal.

5. Pasientrettet kvalitetsforbedring

5.1. Identifiserte forbedringsområder

Gjennomsnittlig er endoskopikvaliteten på de registrerte endoskopiene i Gastronet meget tilfredsstillende. Det registreres dog en stor senter- og endoskopøravhengig variasjon i nivå på kvalitetsindikatorene. Variasjon i alle disse kvalitetsindikatorene har betydning for pasienten, men noen kvalitetsindikatorer som komplett av koloskopi, tarmtømming før koloskopi, polyppdeteksjonsrate, pasientrapporterte smerter under koloskopien og pasientfornøydhets med informasjon etter koloskopien har ekstra stor betydning for undersøkelsesresultatet og for pasientopplevelsen.

Endoskopiskolen har hatt sterk fokus på endoskopørferdigheter for å senke andelen av pasienter som opplever smertefulle undersøkelser og for å øke deteksjonen av polypper. Samarbeidet mellom endoskopiskolen og Gastronet om forbedring av disse ferdighetene er fortsatt tett.

Nedenfor er det vist noen andre forbedringstiltak:

5.2. Igangsatte/utførte forbedringstiltak

Tabell 16. Tiltak og resultat

Aktuelt forbedringsområde	Tidsperiode for tiltaket	Hva ble gjort av hvem?	Hvilke resultater ble oppnådd?
Forbedring av tarmtømmingsresultatet før koloskopi UNN Harstad	Fra høst 2022 – foregår fortsatt	Tiltaket ble initiert og gjennomført av Gastrolab UNN Harstad. Det ble tatt i bruk et annet tømmingsmiddel enn tidligere. Det ble satt større fokus på pasientinformasjon for tarmtømming.	Andelen av pasienter med tilfredsstillende tømt tarm til koloskopien har økt fra 90,4 % i 2022 til 96,5 % i 2023. Det er uklart om dette skyldes tømmingsmiddelet eller pasientinformasjon eller begge deler.
Polyppdeteksjonsrate Helse Bergen	Startet høsten 2022 og foregår fortsatt	Tiltaket gjøres som et forskningsprosjekt i Helse Bergen og gjennomføres som en multisenterstudie. Det er kjent at inntil 20 % av polypper overses under en koloskopi. Prosjektet undersøker om innsats av kunstig intelligens kan	Forskningsprosjektet er fortsatt i gang og resultatene foreligger ikke enda.

		<p>hjelpe å oppdage flere polypper. Det skal så også undersøkes om endoskopører blir sensibilisert etter en periode med bruk av kunstig intelligens slik at polyppdeteksjonsraten på i det lange løp selv om man ikke bruker kunstig intelligens permanent</p>	
<p>Pasientfornøydhetsgrad med informasjon etter koloskopi UNN Harstad</p>	<p>Startet våren 2023, foregår fortsatt</p>	<p>I forbindelse med personalmangel har man ikke vært fornøyd med andelen av pasienter som var fornøyd med informasjon de fikk før og etter en koloskopi. Dette til tross for at pasientenes fornøydhetsgrad ligger over gjennomsnittet på landsbasis. Man har økt sykepleierressurser for å imøtekomme dette og undersøker nå effekten av dette tiltaket.</p>	<p>Andelen av pasienter som var fornøyd med informasjon i svært stor grad eller i stor grad økte fra 96,9 % i 2022 til 98,3 % i 2023</p>
<p>Pasientfornøydhetsgrad med informasjon etter koloskopi ved flere endoskopisentre</p>	<p>Flere sentre med lav fornøydhetsgrad inviteres til forbedringstiltak i løpet av 2024</p>	<p>Gastronet skal invitere tre sentre til forbedringstiltak:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Skriftlig informasjon til pasientene - Mundtlig informasjon etter koloskopi 	<p>Ikke startet enda</p>

6. Formidling av resultater

Tabell 17. Resultatformidling

	Form	Frekvens	Målgruppe/mottakere
1.	Årsrapport - resultatdel	Årlig	Fagmiljø, enhetsledere, brukerrepresentant
2.	Kvalitetsregistre.no <i>6 indikatorer publisert på enhetsnivå</i>	<i>1 x per år</i>	Fagmiljø, pasienter, enhetsledere
3.	Resultater til registrerende enheter Senterets ledere og fagmiljø mottar sine data en gang per år i forbindelse med årsrapport.	Årlig	Fagmiljø, ledelse enheter
4.	Resultater til registrerende skopør	Kontinuerlig på forespørsel	Skopør, enhetsledelse,

Fra andre halvparten av 2024 kan resultatformidling av elektronisk rapporterte data skje 3 ganger per år på forespørsel fra enheter eller endoskopører. I tillegg kan resultatformidling på Kvalitetsregistre.no skje 2 ganger per året (elektronisk rapporterte data).

7. Samarbeid og forskning

7.1. Samarbeid med andre fagmiljøer og helse- og kvalitetsregistre

Data ble utlevert til følgende prosjekter i 2023:

1. PhD prosjekt Tom Andre Pedersen, Helse Bergen + Universitetet i Bergen “Improving polyp detection rate by artificial intelligence in colonoscopy”,
2. Utlevering av koloskopidata i forbindelse med forbedringsprosjektet ved UNN Harstad (tarmtømming, pasientinformasjon)

7.2. Datautleveringer fra registeret

Tabell 18. Utlevering av data

Utlevering av data til følgende formål:	2023	2022	2021
Forskning	1	2	1
Kvalitetsforbedring og styringsformål ¹	1		
Andre formål (f.eks. til media)	1		
Totalt	2	2	1

¹Gjelder blant annet datautlevering etter forespørsel fra HF eller RHF, data til nasjonale indikatorer, Helseatlas o.l.

7.3. Vitenskapelige artikler

1. Hoff G, Botteri E, Huppertz-Hauss G, Kvamme JM, Holme Ø, Aabakken L, Dahler S, Medhus AW, Blomgren I, Sandvei P, Darre-Næss O, Kjellevoid Ø, Seip B. The effect of train-the-colonoscopy-trainer course on colonoscopy quality indicators. *Endoscopy*. 2021;53:1229-34
2. Anna Lisa Schult, Geir Hoff, Øyvind Holme et al. Colonoscopy quality improvement after initial training: A cross-sectional study of intensive short-term training *Endosc Int Open* 2023 Jan 26;11(1):E117-E127
3. Botteri E, Hoff G, Randel KR et al. Characteristics of non participants in a randomized colorectal cancer screening trial comparing sigmoidoscopy and faecal immunochemical testing *Int J Cancer*, 2022 1;151(3):361-371

Del 3

Stadievurdering og plan for videre utvikling av registeret

8. Referanser til vurdering av stadium

8.1. Vurderingspunkter

Tabell 19: Vurderingspunkter for Gastronom og registerets egen evaluering.

Nr	Beskrivelse	Kapittel	Egen vurdering [årstall]	
			Ja	Nei
Stadium 2				
1	Samler data fra alle aktuelle helseregioner	4.1	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Presenterer kvalitetsindikatorene på nasjonalt nivå	2.1	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Har en konkret plan for gjennomføring av dekningsgradsanalyser	4.2	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Har en konkret plan for gjennomføring av analyser og jevnlig rapportering av resultater på enhetsnivå tilbake til deltakende enheter	6	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Har en oppdatert plan for videre utvikling	Feil! Fant ikke referanse kilden.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stadium 3				
6	Kan dokumentere kompletthet av kvalitetsindikatorer	4.3	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Kan dokumentere dekningsgrad på minst 60 % i løpet av siste to år	4.2	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Registeret skal minimum årlig presentere kvalitetsindikatorresultater interaktivt på nettsiden kvalitetsregistre.no	6	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Registrerende enheter kan få utlevert eller tilgjengeliggjort egne aggregerte og nasjonale resultater	6	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Presenterer deltakende enheters etterlevelse av de viktigste faglige retningslinjer	2.1	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Har en oppdatert plan for videre utvikling av registeret	Feil! Fant ikke referanse	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

kilden.

Stadium 4

- | | | | |
|---|-----|-------------------------------------|-------------------------------------|
| 12 Har i løpet av de siste 5 år dokumentert om innsamlede data er korrekte og reliable | 4.3 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13 Kan dokumentere dekningsgrad på minst 80% i løpet av siste to år | 4.2 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 14 Presenterer minst to ganger årlig kvalitetsindikatorresultater interaktivt på nettsiden kvalitetsregistre.no | 6 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 15 Registeret skal dokumentere at data anvendes vitenskapelig | 7.3 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16 Presenterer resultater på enhetsnivå for PROM/PREM (der dette er mulig) | 2.2 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Nivå A, B eller C

Sett ett kryss for aktuelt nivå registeret oppfyller

Ja

Nivå A

- | | | | |
|---|-----|-------------------------------------|--|
| 17 Registeret kan dokumentere resultater fra kvalitetsforbedrende tiltak som har vært igangsatt i løpet av de siste tre år. Tiltakene skal være basert på kunnskap fra registeret | 5.2 | <input checked="" type="checkbox"/> | |
|---|-----|-------------------------------------|--|

Nivå B

- | | | | |
|---|----------|-------------------------------------|--|
| 18 Registeret kan dokumentere at det i rapporteringsåret har identifisert forbedringsområder, og at det er igangsatt eller kontinuert/videreført pasientrettet kvalitetsforbedringsarbeid | 5.1, 5.2 | <input checked="" type="checkbox"/> | |
|---|----------|-------------------------------------|--|

Nivå C

- | | | | |
|-----------------------------------|--|--------------------------|--|
| 19 Oppfyller ikke krav til nivå B | | <input type="checkbox"/> | |
|-----------------------------------|--|--------------------------|--|
-

9. Utvikling av registeret

9.1. Registerets oppfølging av fjorårets vurdering fra ekspertgruppen

Dekningsgraden er en av hovedutfordringene som ble identifisert av ekspertgruppen. Vi har ansett etablering av et strukturert koloskopijournal som et av de viktigste virkemidlene for å oppnå en tilfredsstillende dekningsgrad. Gjennom hele 2023 har det blitt lagt ned betydelig arbeid for å få på plass automatisk datafangst fra strukturert koloskopijournal fra helseforetakene. Det har vist seg å være en betydelig større og mer tidkrevende jobb enn forventet.

I Helse Sør-Øst er et strukturert koloskopijournal nå på plass for offentlige sykehus per 15.6.24. En midlertidig løsning var på plass i Helse Midt, funksjonen var dessverre ikke kompatibel med Helseplattformen og gikk tapt etter innføring av den. I Helse Vest og Nord har de regionale IT leverandørene ikke vært i stand til å stille tilstrekkelig med ressurser for å avslutte arbeidet med strukturert koloskopijournal. Gastronet har ikke hatt økonomiske midler å ansette ressurser selv. Derfor har vi så langt kun kommet i mål i Helse Sør-Øst. Som en konsekvens har de fleste offentlige endoskopienhetene nå tatt i bruk MRS registrering, dette blir obligatorisk for alle som ikke har strukturert koloskopijournal fra 1.9.24.

IT-leverandørenes arbeid med etablering av strukturert koloskopijournal fortsetter og vi håper fortsatt at dette er på plass om ikke altfor lenge.

Antallet registreringer av koloskopier og ERCP har vært konstant fra 2022. Med alle de omstillingene som har vært anser vi det som gledelig selv om dette betyr at vi fortsatt ikke har klart å øke dekningsgraden. Nesten alle endoskopienheter i offentlige og mange i private endoskopienheter deltar nå i registreringen. Mange enheter er dog helt åpenbart ikke i stand til å motivere alle medarbeidere til det. Argumentet som blir brukt er arbeidsbelastningen. Det er ingen tvil om at den er høy når samtidig er personalmangel mange steder og man i tillegg sliter med utilfredsstillende journalsystemer. Det er dog stor variasjon i dekningsgraden slik at vårt inntrykk er at det er store kulturforskjeller i enhetene som fører til forskjeller i registreringsgraden. Hovedfokus i vårt arbeid ligger fortsatt her.

Selv om dekningsgraden ikke har økt i forbindelse med omstilling til elektronisk registrering har dog datakvaliteten blitt bedre. Svarprosenten på PROM etter koloskopi har økt totalt fra 58,4 til 61,9 %. Blant elektronisk rapporterte koloskopier er ligger svarprosenten på 71 %. Samtidig har andel av endoskopier der data mangler (missing rate) blitt redusert, igjen med hjelp av de elektroniske rapportene.

9.2. Planer og behov

- Datafangst
 - Datafangst for ERCP foregår nå hovedsakelig elektronisk, fra 1.9.24 rent elektronisk
 - Strukturert koloskopijournal er rullet ut i Helse Sør-Øst, i de andre regionene arbeides fortsatt med tekniske utfordringer. Det er realistisk at disse løses i løpet av under et år i Helse Nord og Helse Vest, i Helse Midt er det usikkert grunnet utfordringer med Helseplattformen.
 - Der strukturert koloskopijournal ikke kan brukes står MRS løsningen til disposisjon.

- Datakvalitet
 - Dekningsgrad
 - Dekningsgraden har stagnert de siste to årene i forbindelse med omstilling til elektronisk registrering
 - Motivasjonsarbeidet har nå ført til at alle universitetssykehus unntatt Haukeland deltar i ERCP registrering – vi er i kontakt med Haukeland om det
 - Motivasjonsarbeid for enkelte endoskopører og deres ledere med hjelp av personlig kontakt intensiveres
 - Nye registrerende enheter/avdelinger
 - Alle endoskopienheter deltar nå i registreringen
 - Vi jobber med ERCP registrering på Haukeland
 - Forbedring av rutiner for intern kvalitetssikring av data
 - Elektroniske registreringssystemer er laget på en måte at svar på spørsmål om vesentlige kvalitetsindikatorer er obligatorisk slik at «missing data» ikke forekommer.
 - Vi skal rutinemessig gjennomføre stikkprøver i pasientjournaler for å sammenlikne journaldata med Gastronetdata.
- Fagutvikling og kvalitetsforbedring av tjenesten
 - Nye kvalitetsindikatorer
 - Data som registreres nå har blitt overarbeidet for 2-3 år siden. Tilpasning av kvalitetsindikatorer til internasjonale guidelines skal foretas i løpet av de neste to årene når det er aktuelt.
 - Nye variabler for pasientrapporterte resultater
 - Omlegging til elektronisk rapportering av PREM og PROM har ført til en todeling av spørreskjemaet. PREM skjemaet med spørsmål om opplevelsen av koloskopien sendes dagen etter undersøkelsen med forbedret svarprosent (ca. 70%). PROM skjemaet med spørsmål om komplikasjoner sendes 30 dager etter undersøkelsen (så langt svarprosent 50). Vi forventer at flere komplikasjoner blir fanget opp på denne måten.
 - Bidrag til etablering av nasjonale retningslinjer eller nasjonale kvalitetsindikatorer
 - Gastronet har bidratt til etablering av sertifiseringskrav til screeningendoskopører. Endoskopørene sertifiseres hovedsakelig med hjelp av Gastronet data. Dette har ført til en økt etterspørsel av data fra endoskopørenes side.
 - Resultatvariasjon mellom endoskopienhetene på viktige kvalitetsindikatorer er stor. Endoskopiskolen tilbyr endoskopør upskill kurs, koloskopiinstruktørkurs og Train the endoscopy trainer kurs. Enheter med lav måppnåelse på enkelte eller flere kvalitetsindikatorer oppfordres til å sende endoskopører målrettet til kurs.
 - Vi har startet og planlegger å tilby hjelp til forbedringstiltak for flere avdelinger (for eksempel av pasientinformasjon).
- Formidling av resultater
 - Forbedring av resultatformidling til deltagende fagmiljø, administrasjon og ledelse
 - Fra andre halvparten av 2024 kan resultatformidling av elektronisk rapporterte data skje 3 ganger per år på forespørsel fra enheter eller endoskopører. I tillegg kan resultatformidling på Kvalitetsregistre.no skje 2 ganger per året (elektronisk rapporterte data).
 - Forbedring av resultatformidling til pasienter
 - I tillegg kan resultatformidling på helsenorge.no skje 2 ganger per året (elektronisk rapporterte data).