



Styresak 101-2024

Nordlandssykehusets resultater i de nasjonale medisinske kvalitetsregistrene for 2023 og for utvalgte kvalitetsindikatorer i Helse Nord

Saksbehandler: Cato Kjærvik
Dato dok: 19.11.2024
Møtedato: 26.11.2024
Vår ref: 2019/1149

Vedlegg (t): Oppsummering av Nordlandssykehusets resultater fra kvalitetsregistrene for kreft 2023

Innstilling til vedtak:

1. Styret tar resultatene fra de nasjonale medisinske kvalitetsregistrene og de utvalgte kvalitetsindikatorerne i Helse Nord til orientering.
2. Styret ber om at resultatene fra både kvalitetsregistrene og de utvalgte indikatorerne følges videre med mål om å forbedre måloppnåelse.

Bakgrunn:

I Norge finnes det 60 medisinske kvalitetsregistre med nasjonal status, som dekker ulike fagområder. I henhold til [forskrift om medisinske kvalitetsregistre](#) har Nordlandssykehuset plikt til å melde inn relevante og nødvendige helseopplysninger til disse nasjonale registrene. Nordlandssykehuset rapporterer til 40 registre basert på de tilstandene vi behandler. Etter publiseringen av årsrapportene for 2023, ble de ulike fagmiljøene bedt om å gi tilbakemelding på sine resultater og kommentere eventuelle tiltak for å forbedre disse. Saken viser måloppnåelsen i Nordlandssykehuset for kvalitetsindikatorerne i flere av de største nasjonale kvalitetsregistrene, definert etter fagområder. For en fullstendig oversikt over resultatene, henvises det til nettsidene til [Nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetsregistre](#). Spesiell oppmerksomhet rettes mot den nyetablerte sykehusprofilen som gir en god oversikt over våre sykehus.

Direktørens vurdering:

Gjennom Nordlandssykehusets strategiske utviklingsplan for 2023-2026 har vi som visjon å bli ledende på kvalitet. For å oppnå denne visjonen må vi ha kunnskap om våre egne data, sette faglige styringsmål, forstå hvordan vi leverer tjenestene våre og analysere resultatene av dem, inkludert pasientrapporterte data. De viktigste kildene til denne kunnskapen er de nasjonale kvalitetsindikatorerne og resultatene fra de nasjonale medisinske

kvalitetsregistrene. Økt måloppnåelse for mange av disse indikatorene vil forbedre utfallet for enkeltpasienter og ha stor betydning for den totale helsegevinsten i samfunnet. Et kontinuerlig fokus på forbedring av kvalitet vil også bidra til et sterkt faglig engasjement blant våre ansatte.

Direktøren mener at Nordlandssykehuset generelt leverer tjenester av god kvalitet, og at fagmiljøene har et klart ønske om å forbedre resultatene der vi ikke når opp til våre standarder. En slik kvalitetsheving krever en systematisk tilnærming med identifikasjon av mulige tiltak, testing av deres effekt, og en vedvarende nysgjerrighet for hvordan ting henger sammen. Denne systematikken kan være krevende i en situasjon med stort fokus på omstilling, men er desto viktigere. Pasienter og brukere av Nordlandssykehuset skal nå og i fremtiden motta trygge tjenester av høy kvalitet.

Nordlandssykehuset resultater i nasjonale medisinske kvalitetsregistre 2023 – for noen utvalgte fagområder

Nordlandssykehuset blir målt på totalt 213 kvalitetsindikatorer, hvorav vi oppnår høy måloppnåelse på 107, middels på 49 og lav på 57. Av disse indikatorene er 53 direkte relatert til datakvalitet, med høy måloppnåelse på 36, middels på 7 og lav på 10. Antallet indikatorer øker stadig. Fra 2019 til 2023 har vi sett en jevn økning i både andelen og antallet med høy og middels måloppnåelse.

Indikatorene som måler datakvalitet, gir oss en pekepinn på hvor pålitelige resultatene fra det aktuelle registeret er. En lav andel registrerte, ofte referert til som lav dekningsgrad, øker usikkerheten. De medisinske kvalitetsregistrene har alle definert forskjellige minimumsandeler og minimum antall registrerte for å sikre tilstrekkelig datagrunnlag for publisering av resultater. Dette betyr at sykehuset ikke får presentert resultater fra alle registre vi leverer data til. Å sikre tilstrekkelig dekningsgrad er derfor essensielt i arbeidet med kvalitetsregistrene.

Muskel, ledd og skjelett

Nordlandssykehuset leverer data til åtte registre innenfor muskel og skjelett, artritt og vaskulitt: Nasjonalt register for leddproteser, Nasjonalt hoftebruddregisteret, Nasjonalt barnehofteregisteret, Nasjonalt korsbåndsregisteret, Nasjonalt register for ryggkirurgi og Norsk nakke- og ryggregister, Norsk vaskulittregister & biobank og Norsk kvalitetsregister for artrittsykdommer.

Samlet sett har barnehofteregisteret, vaskulittregisteret og artrittregisteret så små volum og dekningsgrad at det ikke er publisert tall Nordlandssykehuset.

For **leddproteseregisteret** har de fleste indikatorene høy måloppnåelse. Nye kvalitetsindikatorer som måler preoperativ PROM både for skulder, hofte og kne er fortsatt lav, men systemer for automatisert registrering er i etablering.

Indikatorene i **hoftebruddregisteret** har høy måloppnåelse, bortsett fra de nasjonale kvalitetsindikatorerne «Operasjon innen 24t eller 48t», som har hhv. lav og moderat måloppnåelse. Det er bedring i Vesterålen. Ventetiden for å bli operert for hoftebrudd er fortsatt for lang. Prioritering av denne pasientgruppen må fortsette, og man må sikre tilstrekkelige ressurser for ortopediske øyeblikkelig hjelp-kirurgi.

For **korsbåndsregisteret** er det høy måloppnåelsene for alle kvalitetsindikatorene. **Ryggkirurgiregisteret** har god måloppnåelse for utfall etter operasjon for lumbal prolaps og

bruk av tromboseprofylakse, moderat måloppnåelse for fysisk funksjon etter spinal stenose operasjon. Lav måloppnåelse med tanke på ventetid, dette prøver man å avhjelpe med økt kapasitet. I **nakke- og ryggregisteret** er det høy måloppnåelse for mestringsorientert samtale, mens tverrfaglig behandling ligger bare 1% under høy måloppnåelse.

Gynekologi

Innenfor fagområdet gynekologi leverer Nordlandssykehuset data til to kvalitetsregistre: Norsk gynekologisk endoskopiregister og Norsk inkontinensregister. **Endoskopiregisteret** har fire kvalitetsindikatorer hvor Nordlandssykehuset Bodø har moderat eller høy måloppnåelse i to. For «*hysteroskopi: komplikasjoner under operasjon*» har vi lav måloppnåelse (10% mot måltall < 2%). Volumet er lavt, og dette omhandler 1 av 10 pasienter. I all hovedsak perforasjoner før oppstart. Det er diskutert hvorvidt dette skal kodes som komplikasjon, da inngrepet ikke utføres i etterkant. Gjennomgang med tanke på operasjonsmetode har vært gjort uten å finne sammenhenger. De aller fleste pasienter som tidligere fikk utført hysteroskopiske inngrep får nå gjort NEAS (da disse kan gjøres poliklinisk og har bedre effekt). Det er derfor kun utvalgte (og derfor ofte mer kompliserte pasienter) som går til enkelte typer hysteroskopiske prosedyrer (lavt antall). For «*Laparoskopi: komplikasjoner etter operasjon*» har vi og lav måloppnåelse (12,5% mot måltall < 2,5%). Dette dreier seg i all hovedsak om infeksjoner i sår med behov for ab behandling. På tilsvarende måte som for infeksjoner i sectio sår har vi forsøk å kartlegge forhold fra pre- via per og postoperative risiko. Vi prøver å bruke rapportene angående infeksjon for å finne forbedringsområder og mulige tiltak. For Nordlandssykehuset Vesterålen er det ikke registrert komplikasjoner ved laparoskopi og slyngeoperasjoner. For Lofoten er dekningsgraden for lav og volumene for små til at data for kvalitetsindikatorerne publiseres eller gir meningsfulle data.

For **inkontinensregisteret** er det 9 kvalitetsindikatorer. Resultatene har en del mangler da det ikke er oppdaterte tall for 2023. Resultat for komplikasjoner er gjennomgående lave og innenfor høy måloppnåelse.

Hjerte- og karsykdommer

Innenfor fagområdet hjerte- og karsykdommer leverer Nordlandssykehuset data til seks kvalitetsregistre: Norsk hjerneslagsregister, Norsk hjerteinfarktregister, Norsk hjertestansregister, Norsk hjertesviktregister, Norsk register for invasiv kardiologi (NORIC) og Norsk karkirurgisk register

Hjerneslagregisteret 11 indikatorer. Bodø, Lofoten og Vesterålen har hhv. høy måloppnåelse for 9, 8 og 4 av disse indikatorene. Moderat måloppnåelse for hhv 1, 2 og 3, og da tett opptil grensene for høy måloppnåelse. Sykehusene har hhv. 1,1 og 4 indikatorer med lav måloppnåelse. Det jobbes systematisk med å forbedre kvalitetsindikatorerne ved alle tre lokasjonene, og man har sett en forbedring i resultatene for 2023. Inkludert i dette arbeidet er innføringen av eSTROKE som skal bidra til raskere identifikasjon av slagsymptomer og bidra til at pasientene kommer raskere (og innenfor tidsvinduet for blodfortynnende behandling) på sykehus. Prosjektet «Trygg akuttmedisin» vil og kunne bedre resultatene.

I **hjerteinfarktregisteret** er det definert 11 kvalitetsindikatorer. Av disse har Nordlandssykehuset høy måloppnåelse for tre, moderat måloppnåelse for fire og lav måloppnåelse for fire. Indikatoren med lav måloppnåelse er «*Reperfusjonsbehandling innen anbefalt tid ved STEMI*». Indikatoren har økt fra 6 % til 13% fra 2022 til 2023. Det jobbes godt fra flere vinkler. Trygg Akuttmedisin og Raskere Prehospital Trombolyse (eget

kvalitetsprosjekt støttet av SKDE) hvor det jobbes med alle leddene i pasientforløpet: tid til EKG, tid før tolkning, tid fra tolket til gitt trombolyse. Innføring av nødnett for leger som skal tolke EKG ved NLSH som en del av Trygg Akuttmedisin skjer fra primo desember 2024. Avdelingen fører oversikt «ved siden av» registeret over årsaker til at pasienter ikke får trombolyse; oftest er det at pasienter kommer inn utenfor tidsvindu eller står på antikoagulasjonsbehandling. Vi ser også at i de fleste tilfeller er det vurdert at pasienten *ikke* skal ha blodtrykkssenkende medikamenter ved utskrivning, fordi BT er innenfor referanseområdet.

For **hjertestansregisterets** er det totalt åtte indikatorer. Tre på lavt nivå, to på moderat og de andre er ikke målsatt. De fleste indikatorene er imidlertid i landsgjennomsnittet. Det har vært fokus på å gi veiledning ved HLR og dette viser forbedring. Med hensyn til responstid for ambulanse er dette sannsynligvis feil (for flere foretak). NLSH har allerede vært i dialog med registeret om dette og vil følge dette opp.

I **hjertesviktregisteret** har sykehuset høy måloppnåelse i åtte av ni indikatorer. Moderat i den siste. Relativt lavt antall pasienter gjør at det man ville oppnådd høy måloppnåelse med bare 2 pasienter til.

I register for **invasiv kardiologi** registreres syv indikatorer. Fem med høy måloppnåelse. To har målverdier under grense, den ene «Forskrivning av blodfortynnende» er kun desimaler under høy måloppnåelse (95%). «Ferdigstilte komplikasjonsskjema» ligger på 57%, dette vil man jobbe for å bedre registrering på.

I **karkirurgiregisteret** har man landets høyeste dekningsgrad. Høy måloppnåelse for de fleste indikatorer. F.eks. andel behandlinger for forsnevring av halspulsåren (carotisstenose) utskrevet med anbefalt medikamentbehandling, 100%, andel behandlet innen 14 dager etter symptom på forsnevring av halspulsåren (carotisstenose), 100%, dødelighet per 30 dager for intakt utposning på hovedpulsåren (AAA) etter åpen operasjon, 0%, dødelighet per 30 dager for intakt utposning på hovedpulsåren (AAA) etter endovaskulær behandling (EVAR, inkludert hybrid), 0%, slag og dødelighet per 30 dager for symptomatisk carotisstenose*, 0%. Andel behandlinger for nedsatt blodforsyning til beina (ASO) utskrevet med anbefalt medikamentbehandling, 2023 84%- moderat (85% er høy), her har man ikke planlagt ytterligere tiltak.

Kreft

Innenfor kreftområdet eksisterer det åtte nasjonale kvalitetsregistre, hvorav Nordlandssykehuset leverer data til følgende seks: Nasjonalt kvalitetsregister for brystkreft, lungekreft, lymfoide maligniteter, melanom, prostatakreft og tykk- og endetarmskreft. I tillegg vil resultatene for pasientene i vårt nedslagsfelt også publiseres i Nasjonalt kvalitetsregister for barnekreft og gynekologisk kreft, selv om behandlingen foregår på UNN. Vedlegg 1 viser en oppsummering av resultatene for kvalitetsindikatorene i de ulike registrene for Nordlandssykehuset HF sammenlignet med resultater i Helse Nord og nasjonalt.

For **tykk- og endetarmsregistret** har alle kvalitetsindikatorene innenfor **tykktarm** høy måloppnåelse foruten «Andel pasienter med fjernmetastaser 5 år etter operasjon» (16,1% mot måltallet <15%) som er en forbedring og «Dødelighet 100 dager etter operasjon (3,8% mot måltall <3,0%).

For **rektum** har alle indikatorene høy måloppnåelse foruten «Andel med fjernmetastaser fem år etter operasjon» (26,8% mot måltallet < 20%) og «Andel <60 år undersøkt for MSI/dMMR» (70,0% mot måltallet >80%). I forhold til immunhistokjemiske undersøkelser utført på

vevsprøvene, har vi et forbedringspotensial. Gastrokirurgisk avdeling vil diskutere dette med patologisk avdeling.

Resultater fra **lungekreftregisteret** viser at Nordlandssykehuset har høy måloppnåelse for rapporteringsgrad *kirurgi og utredningsmelding*. Når det gjelder de øvrige kvalitetsindikatorerne har vi høy eller moderat måloppnåelse bortsett fra «*Andel meldt innen 7 dager etter behandlingsbeslutning*». Når det gjelder kirurgi for lungekreft, er vi på høy måloppnåelse på alle indikatorer. Dette kommer etter en klar satsning på lungekreftkirurgien der vi har prioritert ukentlig stue til lungecancer og har vært opptatt av høy kvalitet under innføringen av robotassistert thorakoskopisk kirurgi. Det gjøres en nøye seleksjon av pasienter aktuelle for kirurgisk behandling, og det jobbes godt tverrfaglig mellom kirurgiske fag og lungemedisin i oppfølgingen av kompliserte kirurgiske forløp. Vedrørende andel meldt innen 7 dager er vi i likhet med nasjonalt nivå et stykke unna målnivå >80%. Tidskravet er ytterligere innskjerpet fra tidligere.

Kvalitetsindikatorerne for **lymfoide maligniteter** viser at Nordlandssykehuset har høy måloppnåelse for alle indikatorer for datakvalitet og resultatindikatorerne, unntatt «*Fem års relativ overlevelse for myelomatose*» som er akkurat rett under grensen (64,5% mot måltallet 65%) og «*Myelomatose utført FISH på pasienter <80 år*» 78,6%, som ligger over snittet i HN. Bakgrunnen for høy måloppnåelse er bevissthet og oppfølging av registrering og at vi gjennom de ukentlige tverrfaglige team-møtene (MDT-møtene) med UNN diskuterer alle pasientene med aggressive lymfomer før oppstart av behandling. Når det gjelder behandling av myelomatose har det vært ambulering ut til lokalsykehusene siden 2019, noe som medfører at de fleste myelomatosepasientene følges opp av hematolog. Vi håper disse tiltakene skal føre til at 5- års overlevelsen for myelomatose øker på sikt. Tilgang til FISH (gentest) er avhengig av tilgang.

Resultatene for **brystkreft** viser at Nordlandssykehuset har jevnt over en god totaloppnåelse. For få pasienter får utført «*brystbevarende kirurgi med tumorstørrelse 0-20 mm*» (81,5 % mot måltallet > 90%), «*brystbevarende kirurgi med tumor < 30 mm*» (89,3% mot måltall >90%) og «*primær rekonstruksjon etter mastektomi <70år*» (50,0% mot måltallet >60%). Dette er imidlertid i bedring. Dette gjennomgås i kollegiet for å identifisere tiltak for å bedre tallene.

Kvalitetsindikatorerne for **melanomkreft** viser høy måloppnåelse for seks av ni indikatorer, inkludert dekningsgrad. Andel pasienter med patologisk fri margin etter primær eksisjon utført hos oss er 83%(middels), høy er 85%. Vi er i prosess med å rekruttere plastikkirurg i fast stilling hos oss, der flere av «*tvils/ stor eksisjons pasientene*» kan opereres av plastikkirurg og dermed vil forhåpentligvis flere få patologisk fri margin med økt kompetanse på operatør. På utvidede eksisjoner, som vanligvis gjøres av plastikkirurg hos oss er vi på høy med 94%. På andel pasienter som har fått utført utvidet eksisjon innen 35 dager fordelt på bosted ligger vi på 43%, der gult nivå begynner på 80%. Ingen sykehus i Norge ligger på gult nivå eller høyere. Vi har per d.d. ikke noen oppstartede tiltak for dette.

For **prostatakreft** gir fire av seks indikatorer høy måloppnåelse. Litt lav dekningsgrad (69%, middels) og andel fri rand pT2 (79%, middels). Høy måloppnåelse så langt i 2024-

Mage og tarm

Utenom kreftregistrene har er det fire andre kvalitetsregister innenfor mage og tarm, hvor Nordlandssykehuset rapporterer til tre: Gastronet, Norsk kvalitetsregister for fedmekirurgi og Norsk register for gastrokirurgi. **Gastronet** er et nasjonalt register som inkluderer pasienter som har vært til skopiundersøkelser. Nordlandssykehusets resultater for registeret viser en høy måloppnåelse for alle kvalitetsindikatorerne, utenom «svarprosent pasienter» (52% mot måltall >90%). Framover kommer vi til å ha fortsatt fokus på informasjon om viktigheten av dette svarskjemaet når vi overleverer det til pasienter etter endt undersøkelse. For Tarmkreftscreeningen er det nå laget en digital versjon, som sannsynligvis vil være et viktig tiltak for å få opp svarprosenten. Sykehuset har en koloskopi/gastroskopi-avtale med Aleris Bodø, men det bemerkes at Aleris Bodø ikke registrerer til Gastronet. Dette gjør at man ikke har kontroll på kvalitetsindikatorer for disse pasientene, noe man må vurdere ved neste avtaleinngåelse.

I **Norsk kvalitetsregister for fedmekirurgi** er det tre kvalitetsindikatorer, hvor Nordlandssykehuset fortsatt har høy måloppnåelse for alle sammen. I **Norsk register for Gastrokirurgi** har vi også høy måloppnåelse på fem av syv indikatorer. For andelen aktiv kontroll er vi like under høy måloppnåelse (86%, måltall >90%). Her er det en del pasienter med liggetid opp mot planlagt kontroll hvor kontroll gjennomføres under innleggelse, og ikke registreres. For indikatoren reseksjoner av tykktarm (lekkasje fra skjøt) har vi lav måloppnåelse (9,1% mot et måltall <4%). Her er tallene meget små, og det er gjort et arbeid for å redusere antall lekkasjer. Vi håper at kontinuerlig forbedringsarbeid vil redusere andelen lekkasjer fra tarmskjøtene i 2024.

Nyre og endokrinologi

Innenfor fagområdene nyre og endokrinologi er det tre register, hvor Nordlandssykehusets rapporterer til alle: Norsk nyreregister, Norsk diabetesregister for voksne og Norsk medisinsk kvalitetsregister for barne- og ungdomsdiabetes.

Norsk Nyreregister (NNR) er et livsløpsregister for alle pasienter med alvorlig nyresykdom. Pasienter inkluderes NNR når det blir tatt en diagnostisk nyrebiopsi eller når de er kommet i kronisk nyresykdom stadium 5. Registret har 96% dekningsgrad i 2023 ved NLSH. NLSH ligger jevnt med eller over nasjonalt snitt på alle indikatorer, men oppnår bare moderat måloppnåelse i to av ti indikatorer. Vi har for høy andel av biopsier som har stor andel av kroniske forandringer. Dette er et resultat av at biopsiering skjer på et for sent stadium i sykdomsprosessen. Avdelingen tenker at ambulering inkl. poliklinikk vil bidra til at man sprer kunnskap om indikasjon og tidspunkt for biopsi slik at man tar biopsier tidligere i sykdomsforløpet der det er indisert. Da vil grad av kroniske forandringer bli lavere. Dette er også et spørsmål om kapasitet på innen intervensjonsradiologien som utfører biopsier. Økt andel hjemmehemodialyse er et uttalt mål for nyremedisinsk virksomhet. Ved NLSH jobber man med små tall slik at frafall av 1-2 pasienter betyr mye for prosentandelen. Vi har i inneværende år åpnet en ny selvdialysestasjon i Steigen og vil jobbe med å videre legge til rette for hjemmehemodialyse og peritonealdialyse der hvor det ligger til rette for det. Nyremedisinsk avdeling tilfredsstiller ikke krav om antall transplantasjonskontroller i 2023. Avdelingen jobber med å benytte distanseoppfølging ved hjelp av telefon/video konsultasjoner og skjemaoppfølging hvor avdelingen har et innovasjonsprosjekt under oppbygning.

I **diabetesregisteret for voksne** har Nordlandssykehuset høy måloppnåelse for fire av syv kvalitetsindikatorer. Det er over tid etablert gode rutiner for å benytte Noclusskjema i oppfølging av pasienter med diabetes. Det arbeides aktivt ut mot kommuner og fastleger med

opplæring i Noklus slik at også fastlegekontorer benytter skjema i oppfølgingen. Vi scorer jevnt høyt og ligger over eller rundt nasjonalt snitt. Diabetes har lav måloppnåelse på indikatoren LDL kolesterol >1,8, hvor vi i 2023 ligger på 43%, nasjonalt er måloppnåelsen på denne indikatoren 51%. Det har vært gjennomført prosjekt for å øke denne andelen. Dette blir tatt opp systematisk under konsultasjoner og det er laget informasjonsskriv om kolesterol og kolesterolsenkende medikamenter til tross for dette er det en opplevd utforing er at pasienter ikke ønsker kolesterolsenkende medikamenter. Hvis vi ser på måloppnåelse de siste årene så peker kurven sakte, men sikkert i riktig retning. I **barne- og ungdomsdiabetesregisteret** er det jevnt gode resultater, men man har fortsatt noe igjen for å få full måloppnåelse på noen behandlingsparametere. Her ligger man på nasjonalt nivå. Dette jobbes det kontinuerlig med for å forbedre resultatene.

Skade og intensiv

Fagområdet dekker tre kvalitetsregistre, hvor Nordlandssykehuset rapporterer til alle: Nasjonalt traumeregister, Norsk intensiv- og pandemiregister og Norsk nyfødtmedisinsk register. Av kvalitetsindikatorerne innen **Norsk intensiv- og pandemiregister** har alle høy måloppnåelse. Vi har hatt en ytterligere forbedring av «Reinnleggelse innen 72 timer» fra 4.9% (2020) til 2.9% (2021), 1,8% i 2022 og 0% i 2023(måltall < 4%). Pasientgruppen på intensivavdelingen i Bodø er en heterogen gruppe med en blanding av pasienter fra lokalsykehus i tillegg til «egne» pasienter og som representerer både indremedisinske og kirurgiske fagområder. Denne variasjonen kan gi en større normalvariasjon.

For **nyfødtmedisinsk registeret** er det fire nasjonale kvalitetsindikatorer for sykehusnivå. Vi har høy måloppnåelse for «antenatale steroider GA<34» (100%) og «antibiotikabehandling første 2 leveuker» (1,5%). Indikatorene «Andel blodkultur før oppstart antibiotika» og «Besvart blodkultur» har henholdsvis moderat og lav måloppnåelse (96% og 68% begge mot måltall 98%). Flere av pasientene som mottar antibiotika er født ved lokalsykehus. Det er flere som det ikke lykkes å få tatt blodkultur av ved lokalsykehusene, sammenlignet med de som blir direkte innlagt i nyfødttintensivavdelingen. Når det gjelder svarene på blodkulturene som er tatt, foreligger disse ikke alltid når barnet skrives ut og skal da føres som negativt. Angående datakvalitet har man høy måloppnåelse for tre av seks indikatorer. Informasjonsarbeid gjennomføres for å bedre datakvalitet.

For **Nasjonalt traumeregister** har Bodø høy måloppnåelse for alle indikatorer. Lofoten og Vesterålen har for lav dekningsgrad til å få publiserte resultater. Årsaken til dette er at de som registrerer i registeret har dette som bi-stilling i en liten andel og arbeidet er tilpasset øvrig drift. Det er derfor vanskelig å få registrert alle hendelsene innenfor 3 mnd. etter hendelsestidspunktet. Dokumentasjon av undertriagering er en viktig parameter i registeret som det har vært rettet stort fokus på. Dette gjøres systematisk ved alle tre lokasjoner.

Nevrologi

Innen dette feltet rapporteres til fem registre: Norsk hjerneslagregister (beskrevet under hjerte- og karsykdommer), Norsk MR-register og biobank, Norsk Parkinsonregister og biobank, Norsk register for ALS og andre motornevro sykdommer, Norsk kvalitetsregister for alvorlige og primære hodepiner.

I **MS-registeret** har man ikke oppnådd høyeste måloppnåelse for flere kvalitetsindikatorer, for eksempel diagnostid. På Behandlingsstatus og oppdatert attackstatus ligger vi nesten på måloppnåelse med 79%, med måloppnåelse på 80 %. Vi ligger dårligst an på oppdatert funksjonsscore, dog over nasjonalt gjennomsnitt. Vi tror ikke at vi gjør EDSS for sjelden, men at en faktor kan være at enkelte pasienter ikke kommer til kontroller lengre. MS pas som

tilhører kronikergruppa, har ofte forsinkede kontroller hos lege (kan dog ha kontroll hos spl.). Tiltak kan være å informere nye leger som har poliklinikk og rutiner for oppfølging av MS pas. Særlig at det gjøres EDSS-score. En parameter for tidlige høyeffektiv behandling; Alle leger er klar over at høyeffektiv behandling skal startes tidlig, holdningsarbeid blant legene, som har ført til at legene er godt informert om behov for tidlig oppstart. God dekningsgrad for nydiagnostiserte, måloppnåelse er 83% og vi ligger på 85%. God dekningsgrad totalt med 90% (nasjonalt 87%)

Alle pasienter som får diagnosekode G20 blir jo automatisk lagt inn i **Parkinsonregisteret** via NPR og parkinsonsykepleier hos oss skal i utgangspunktet bekrefte/avkrefte diagnosen på disse i første omgang. Burde nok gjøres ukentlig. Ideelt sett skal det registreres ulik informasjon også som vi blir målt på, men dette blir foreløpig ikke prioritert av kapasitetshensyn. I første omgang skal vi nå få bekreftet diagnose på store deler av pasientene, det er pr nå 251 stk. på lista som skal bekreftes/avkreftes. Målsetningen må være å komme ajour slik at vi kan registrere regelmessig uten at det vil ta for lang tid. Ønsker selvsagt å få lagt inn den dataen vi blir målt på, på alle pasienter men det vil ta tid. Parkinsonsykepleier har kommunikasjon med overleger angående oppfølging av personer med Parkinson sykdom, da det er indikatorer vi blir målt på som ikke «undersøkes» når pasienter er hos oss på kontroll. Vi skal se på mulighet for endring av oppfølging slik at vi kan registrere dette i register.

En av kvalitetsindikatorerne i **hodepineregisteret** er om avdelingen har hodepineansvarlig sykepleier. Vi jobber med å få formalisert dette og øke stilling for sykepleier som per nå er utlånt fra sengeenhet til oppgaven. Siden det er knapt med ressurser får vi ikke registrert nye pasienter med fullført førstegangsskjema, og dermed får vi ikke ut kvalitetsdata fra registeret.

Psykisk helse og rus

Innenfor psykisk helsevern og rus eksisterer det seks register: Nasjonalt kvalitetsregister for behandling av skadelig bruk eller avhengighet av rusmidler (KVARUS), Kvalitetsregisteret for alderspsykiatri, Nasjonalt kvalitetsregister for elektrokonvulsiv terapi (ECT), Nasjonalt kvalitetsregister for behandling i psykisk helsevern voksne (PHV), Nasjonalt kvalitetsregister for psykisk helsevern for barn og unge og Norsk kvalitetsregister for behandling av spiseforstyrrelser (NorSpis). De fleste av disse registrene er akkurat startet arbeidet og publiserer derfor ikke sykehusvise data enda, eller kun data på nasjonalt nivå. Registrering i **KVARUS** er ikke innført i Nordlandssykehuset. Slik registeret er i dag er det for omfattende og krevende for både pasienter og medarbeidere, og i tillegg krever det en del dobbeltregistreringer. Det har vært både regionale og nasjonale møter hvor det er lagt frem fra fagmiljøene at registeret må bli vesentlig lettere for at det skal kunne.

For **NorSpis** ligger registeransvaret i Nordlandssykehuset. Registeret strever med lav dekningsgrad nasjonalt og lokalt. Nordlandssykehuset har et pågående varsel for manglende utvikling i registeret som skal behandles av ekspertgruppen høsten 2024. Det er jobbet for å forbedre dekningsgraden og det er laget et god og omfattende plan for videre framdrift. Tilbakemelding fra fagmiljøene nasjonalt er likevel at det vil være vanskelig å heve dekningsgraden, før datafangsten blir elektronisk. På grunn av lav dekningsgrad er ingen lokale resultater publisert.

Utvalgte kvalitetsindikatorer i Helse Nord

Indikatorerne i år er spesifikke for hvert sykehus, og hvert sykehus skal ha minst fem indikatorer med moderat eller lav måloppnåelse som de skal arbeide med. For sykehus som allerede har høy måloppnåelse på noen av de opprinnelige indikatorerne, er det foreslått nye

indikatorer å arbeide med. Videre, er det utfordrende å sikre at noen av de nye indikatorene har en høy nok dekningsgrad og tilstrekkelig antall registrerte pasienter for å gi pålitelige og publiserbare resultater. Dette innebærer en kontinuerlig innsats fra sykehusene for å forbedre datakvaliteten og øke registreringsgraden, slik at de kan oppnå bedre innsikt i sine kliniske resultater og identifisere områder med forbedringspotensial.

En av indikatorene, «Reperfusjonsbehandling innen anbefalt tid ved STEMI hjerteinfarkt», viser lav måloppnåelse ved alle sykehus. For å forbedre denne indikatoren, deltar sykehusene i det regionale forbedringsprosjektet «Trygg Akuttmedisin». Målet med dette prosjektet er å sikre at pasienter med akutt medisinske tilstander får rask og effektiv behandling, noe som kan redusere dødelighet og komplikasjoner.

Arbeidet med kvalitetsforbedringer krever en strukturert tilnærming, der helsepersonell samarbeider tett for å evaluere og implementere effektive tiltak. Gjennom et slikt fokusert og systematisk arbeid, kan vi oppnå betydelige forbedringer i pasientbehandlingen og sikre at alle pasienter får den beste mulige omsorgen.

I styringskrav og rammer for 2024 er følgende indikatorer etterspurt fra NLSH:

Bodø	2022	2023
Reperfusjonsbehandling innen anbefalt tid ved STEMI – Hjerteinfarkt	50%	60%
Andel behandlet med trombolyse – Hjerneslag	16%	19%
Operasjon innen 48 timer – Hoftebrudd	84%	74%
Andel diabetikere hjerte/karsyktd som har oppnådd kolesterolmål	36%	43%
Lekkasje fra skjøt (anastomoselekkasje) ved reseksjon av kolon	9%	1,6%
Komplikasjoner under operasjonen hysteroskopi	8%	10%

Lofoten	2022	2023
Reperfusjonsbehandling innen anbefalt tid ved STEMI – Hjerteinfarkt	0%	<N
Øke dekningsgrad i Norsk diabetesregister for voksne	52%	49%
Ejeksjonsfraksjon (EF) målt etter hjerteinfarkt	50%	<N

Vesterålen	2022	2023
Reperfusjonsbehandling innen anbefalt tid ved STEMI – Hjerteinfarkt	29%	<N
Andel behandlet med trombolyse – Hjerneslag	17%	25%
Andel med rapportert status 3 måneder etter hjerneslag	61%	41%
Operasjon innen 48 timer – Hoftebrudd	85%	87%
Andel som har fått vurdert/testet svelgfunksjon – Hjerneslag	75%	75%
Ejeksjonsfraksjon (EF) målt etter hjerteinfarkt	57%	<N

Blant de 15 nye sykehusspesifikke indikatorene har vi to med høy måloppnåelse, to med middels og åtte med fortsatt lav måloppnåelse. For tre av de med lav måloppnåelse har man bedring fra tidligere. Tre har vi ikke datagrunnlag for å presentere. For syv av 12 vurderte indikatorer har vi bedring fra 2022. Målet med nye indikatorer var å sette søkelys de indikatorer hvor man ikke hadde høy måloppnåelse. Det er da gledelig med forbedring innen majoriteten av indikatorene, men det er fortsatt behov for ytterligere arbeid for å oppnå høy måloppnåelse.

Samlet oppnår Nordlandssykehuset høy måloppnåelse på 107 av total 213 kvalitetsindikatorer i 203, middels på 49 og lav på 57. Av disse indikatorene er 53 direkte relatert til datakvalitet, med høy måloppnåelse på 36, middels på 7 og lav på 10. Antallet indikatorer øker stadig. På tross av det har vi fra 2019 til 2023 sett en jevn økning i både andelen og antallet med høy og middels måloppnåelse.

Nordlandssykehuset

Resultater fra kvalitetsregistrene i Kreftregisteret

Kapittel 1 Bakgrunn

1.1 Kvalitetsregistrene

Kreftregisteret har ni kvalitetsregistre med nasjonal status (årstall i parentes angir hvilket år kvalitetsregisteret fikk nasjonal status).

- Nasjonalt kvalitetsregister for barnekreft (2013)
- Nasjonalt kvalitetsregister for bryskreft (2013)
- Nasjonalt kvalitetsregister for gynekologisk kreft (2013)
- Nasjonalt kvalitetsregister for lungekreft (2013)
- Nasjonalt kvalitetsregister for lymfoide maligniteter (2013)
- Nasjonalt kvalitetsregister for melanom (2013)
- Nasjonalt kvalitetsregister for prostatakreft (2009)
- Nasjonalt kvalitetsregister for tykk- og endetarmskreft (2009)
- Nasjonalt kvalitetsregister for blære- og urotelkreft (2024)

I tillegg drifter Kreftregisteret tre kvalitetsregistre med annen finansieringsmodell.

- Kvalitetsregister for sarkom (etablert i 2019): Delvis finansiering fra Nasjonalt kvalitets- og kompetanse-nettverk for sarkom.
- Kvalitetsregister for pankreaskreft (etablert i 2019): Midlertidig finansiering fra Kreftforeningen.
- Kvalitetsregister for hjerne- og ryggmargssvulster (etablert i 2021): Midlertidig finansiering fra Kreftforeningen.

I mai 2024 offentliggjør Kreftregisteret årsrapporter fra kvalitetsregistrene på kreftområdet. Årsrapporten fra det nye nasjonale kvalitetsregisteret for blære- og urotelkreft vil bli ferdigstilt i juni 2024.

1.2 Kvalitetsindikatorer og kvalitetsforbedringsarbeid

Fagrådene tilknyttet kvalitetsregistrene utarbeider kvalitetsindikatorer, både prosessindikatorer og resultatindikatorer. Det er satt mål for de fleste indikatorene, slik at det skal være mulig å vurdere den kliniske praksisen. Resultatene som presenteres i rapportene skal danne grunnlag for kvalitetsforbedringsarbeid nasjonalt, regionalt og ved det enkelte helseforetak.

Vi ønsker å gjøre resultatene fra kvalitetsregistrene lettere tilgjengelig for helseforetakene og har derfor utarbeidet denne sammenstillingen av resultatene fra de nasjonale kvalitetsregistrene for de ulike helseforetakene.

Det er utarbeidet kvalitetsindikatorer også for de kvalitetsregistrene som ikke har nasjonal status, men ikke i like stort omfang som for de nasjonale kvalitetsregistrene. Dette skyldes begrensede ressurser knyttet til registrene. Resultatene av disse kvalitetsindikatorerne er ikke med i denne oppsummeringen, men vi har inkludert en oversikt over hvilke indikatorer som er etablert.

Det er viktig for fagrådene at resultatene fra kvalitetsregistrene blir brukt i kvalitetsforbedringsarbeid. Vi ber om tilbakemelding fra helseforetaket på om det er utvalgte kvalitetsindikatorer som vil bli spesielt fulgt opp i 2024/2025.

1.3 Publisering av årsrapportene

Fagrådenes vurderinger av resultatene finner dere i de ulike årsrapportene. Rapportene blir gjort tilgjengelige på Kreftregisterets nettsider i mai 2024: www.kreftregisteret.no.

Kapittel 2 Tilbakemelding

2.1 Oppsummering av resultater

Årsrapportene fra kvalitetsregistrene for kreft viser at helseforetaket har gode resultater. Fagrådene ber helseforetaket om å gå spesielt gjennom følgende resultater fra årsrapportene for 2023:

- **Brystkreft:** Andelen pasienter med DCIS som er operert for brystbevarende kirurgi ligger under anbefalt nivå.
- **Melanom:** Andelen pasienter som blir operert med utvidet eksisjon innen 35 dager etter primæreksisjon, ligger under anbefalt nivå. Andelen pasienter som er fornøyd med behandlingstilbudet ligger under anbefalt nivå.

Nordlandssykehuset har god rapportering til kvalitetsregistrene innen kreft. Det er noe mangelfull rapportering til Nasjonalt kvalitetsregister for prostatakreft.

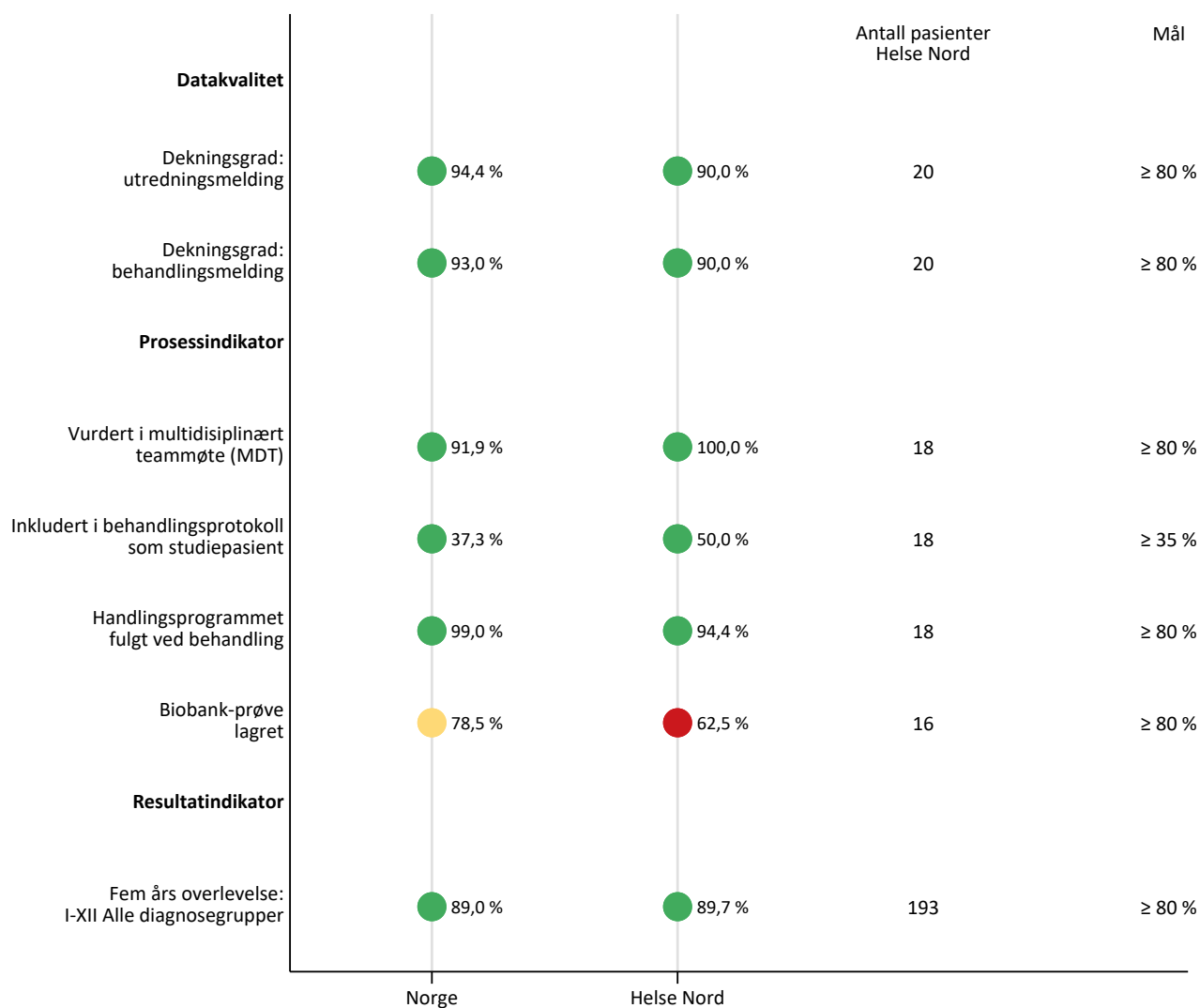
2.2 Om figurene

Helseforetaket får presentert en samlet oversikt over utvalgte resultater med bakgrunn i kvalitetsindikatorene som er etablert for de ulike kreftformene. Helseforetakets resultater vil bli sammenliknet med resultatet i Helse Nord og nasjonalt. Resultatene er fargekodet:

- **Grønt:** høy grad av måloppnåelse
- **Gult:** moderat grad av måloppnåelse
- **Rødt:** lav grad av måloppnåelse

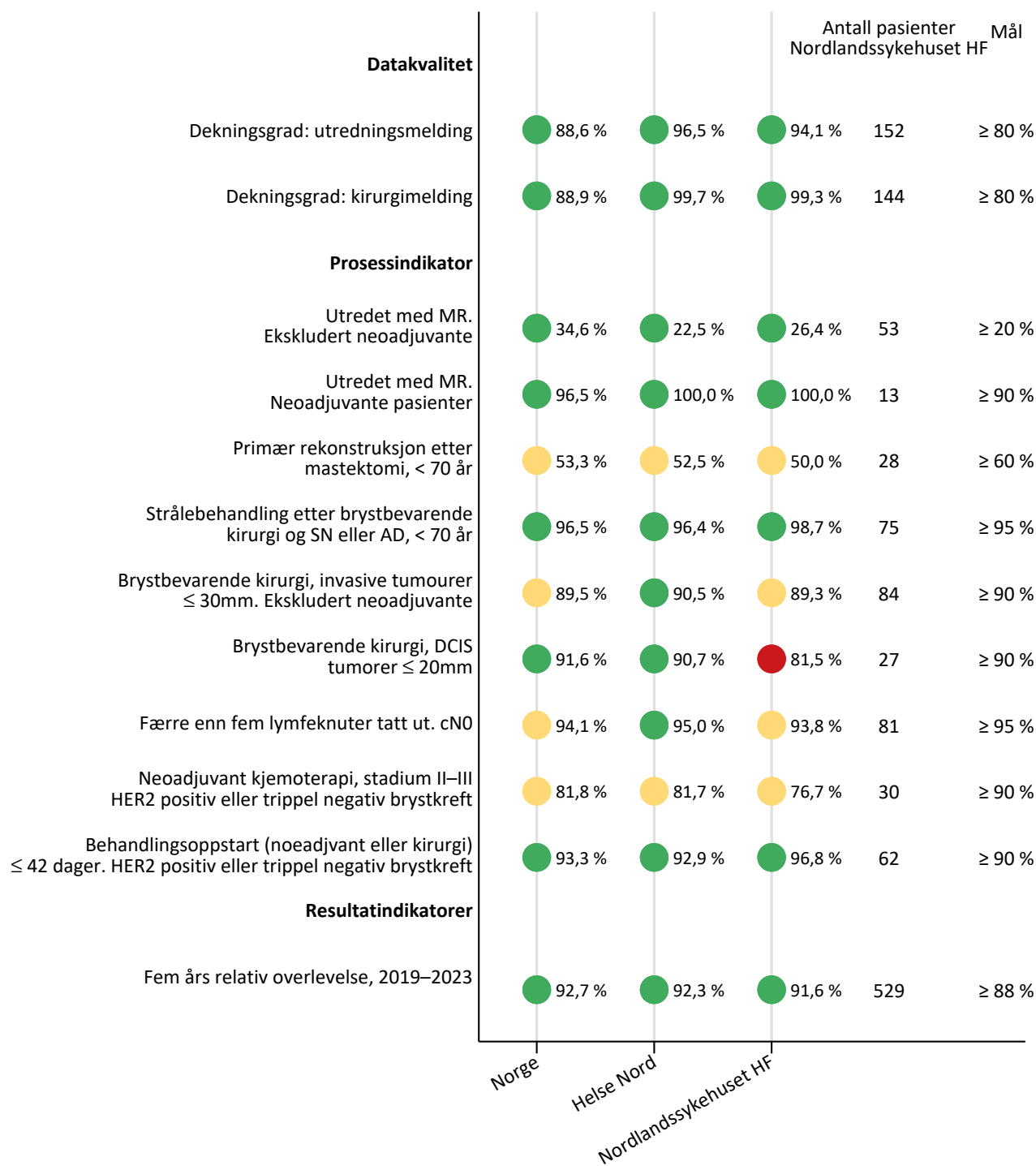
Resultatene vises for Nordlandssykehuset, enten fordi Nordlandssykehuset er behandlende sykehus, eller fordi kvalitetsindikatoren vises på opptaksområde.

2.3 Nasjonalt kvalitetsregister for barnekreft



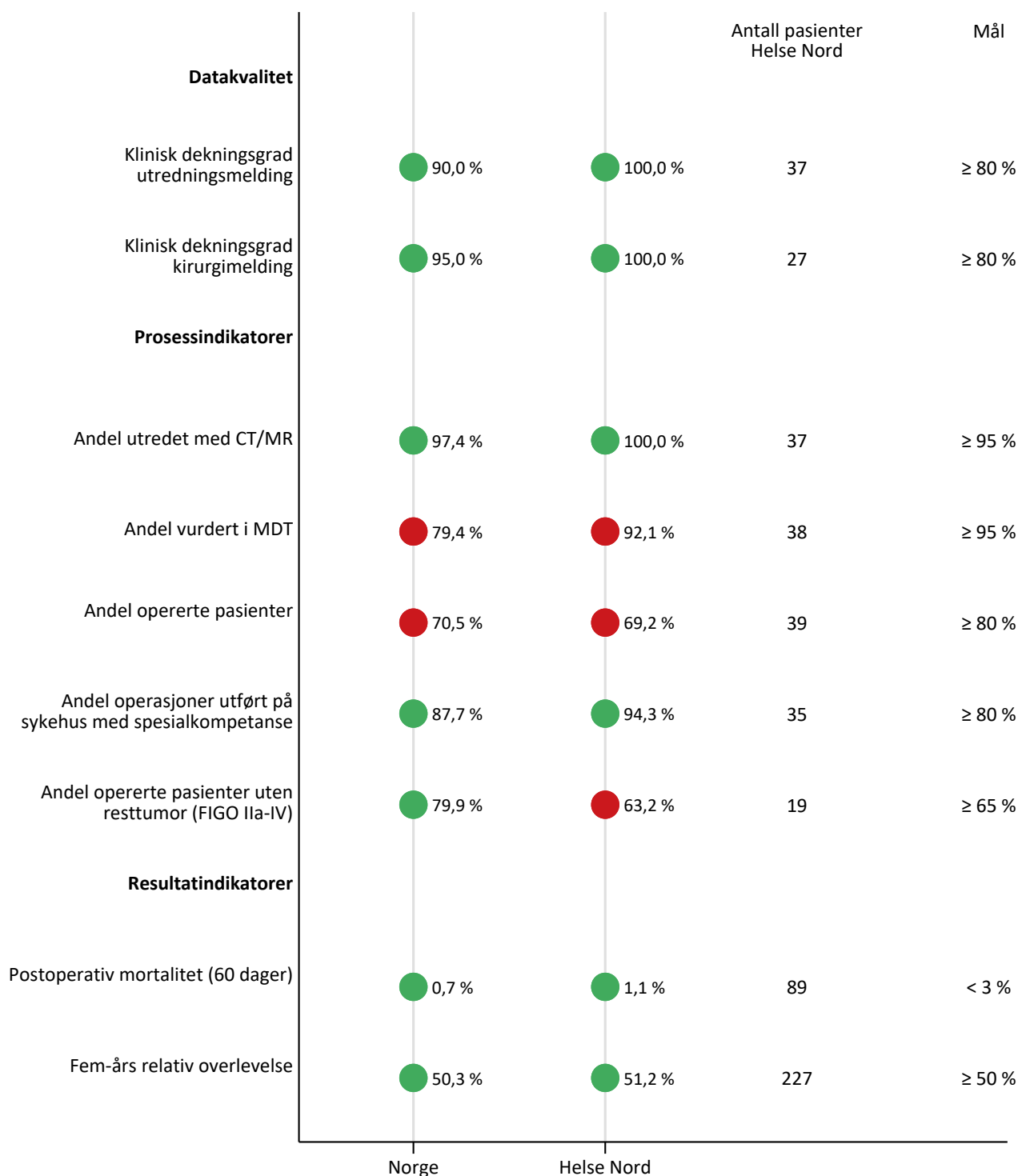
Figur 1. Kvalitetsindikatorer fra Nasjonalt kvalitetsregister for barnekreft

2.4 Nasjonalt kvalitetsregister for brystkreft

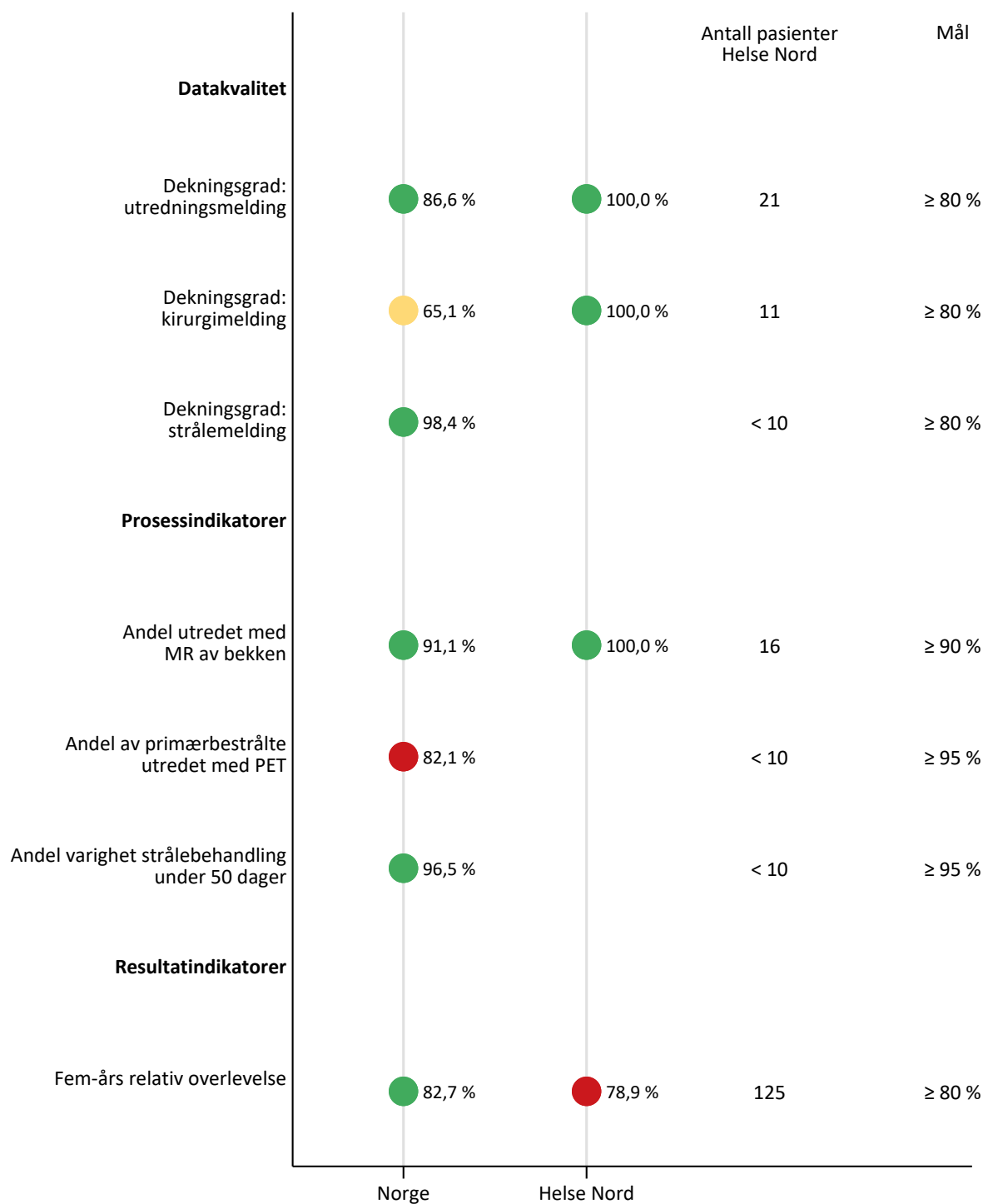


Figur 2. Kvalitetsindikatorer fra Nasjonalt kvalitetsregister for brystkreft

2.5 Nasjonalt kvalitetsregister for gynekologisk kreft

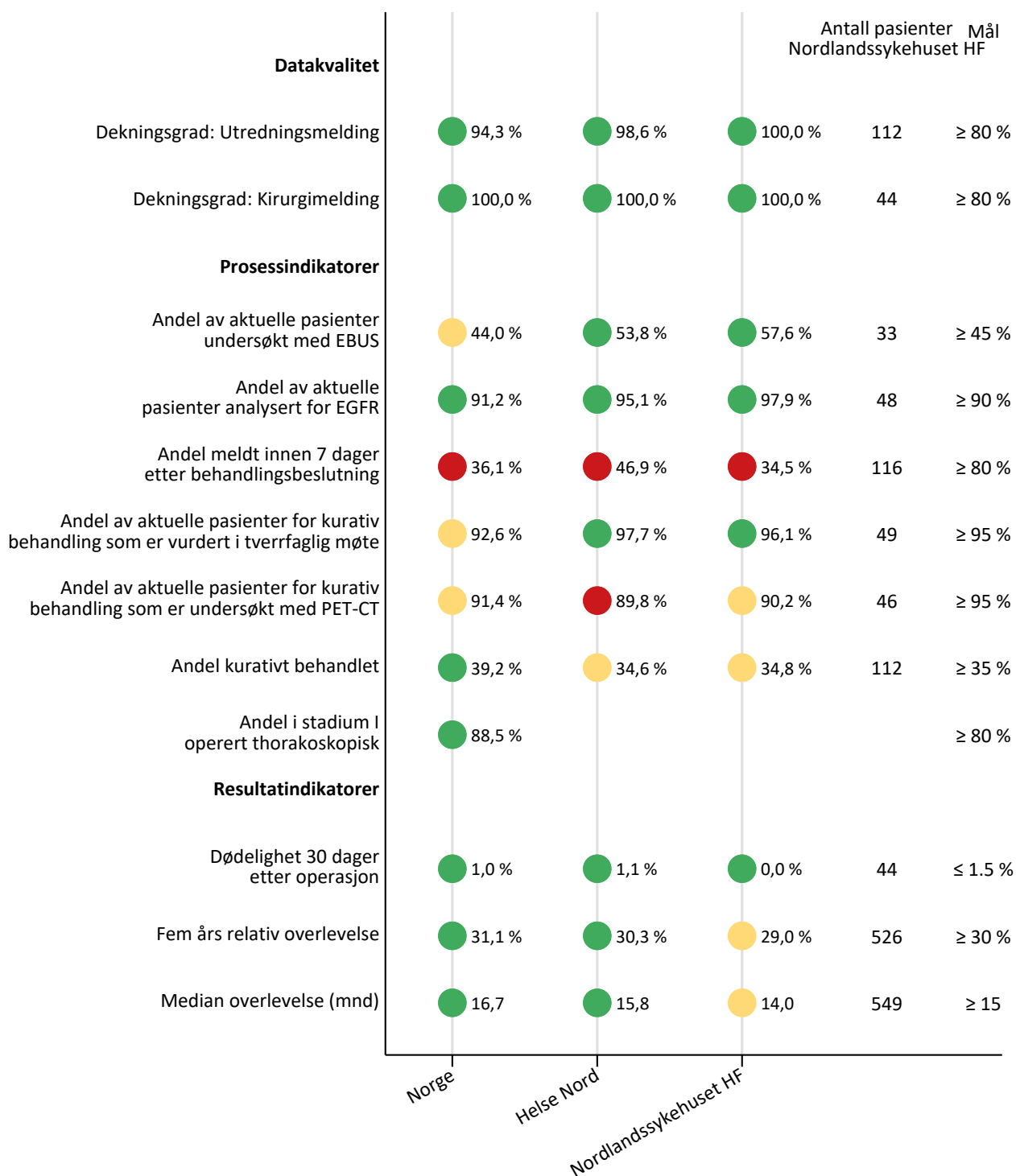


Figur 3. Kvalitetsindikatorer fra Nasjonalt kvalitetsregister for gynekologisk kreft, resultater for ovarialkreft



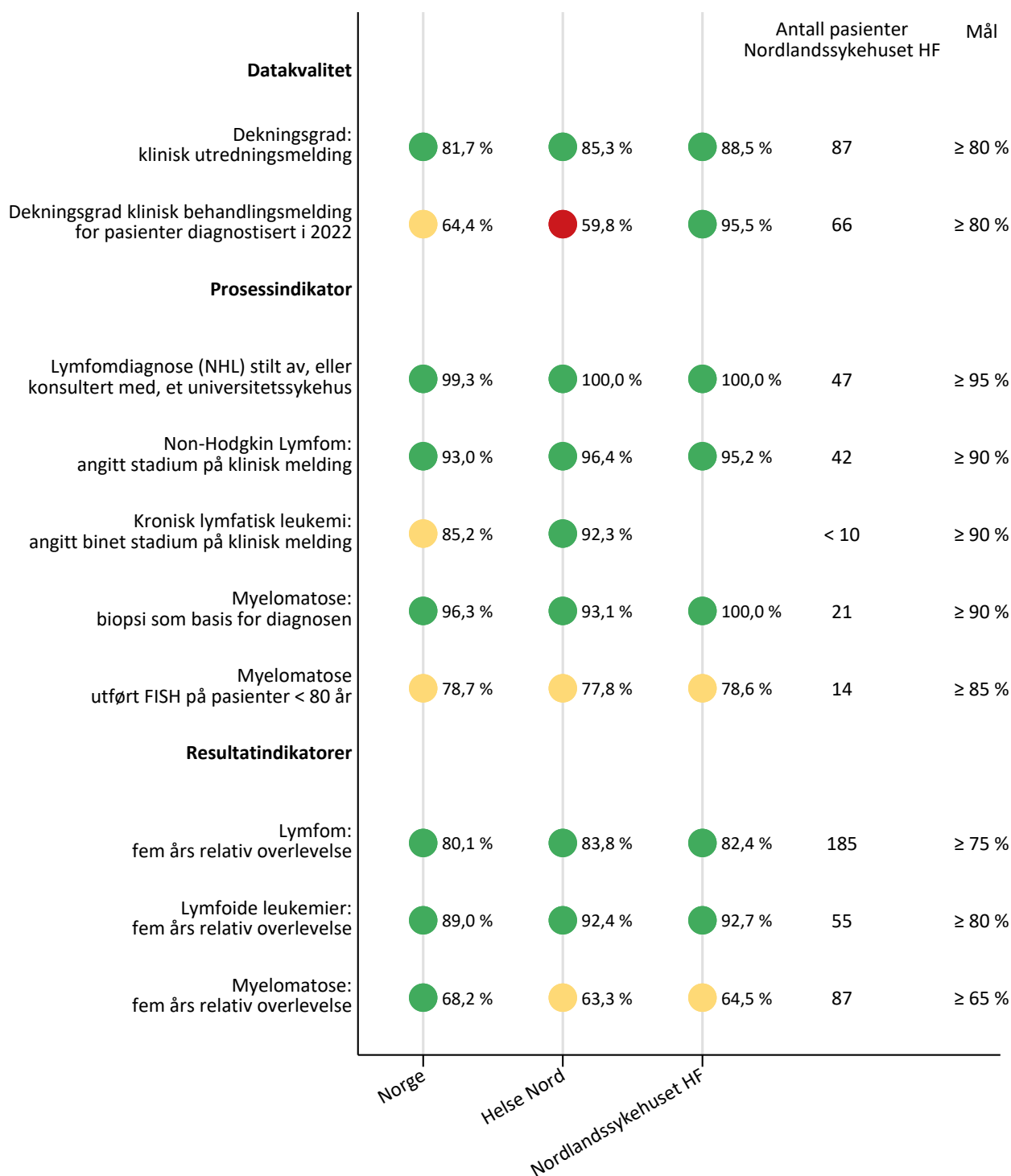
Figur 4. Kvalitetsindikatorer fra Nasjonalt kvalitetsregister for gynekologisk kreft, resultater for livmorhalskreft

2.6 Nasjonalt kvalitetsregister for lungekreft



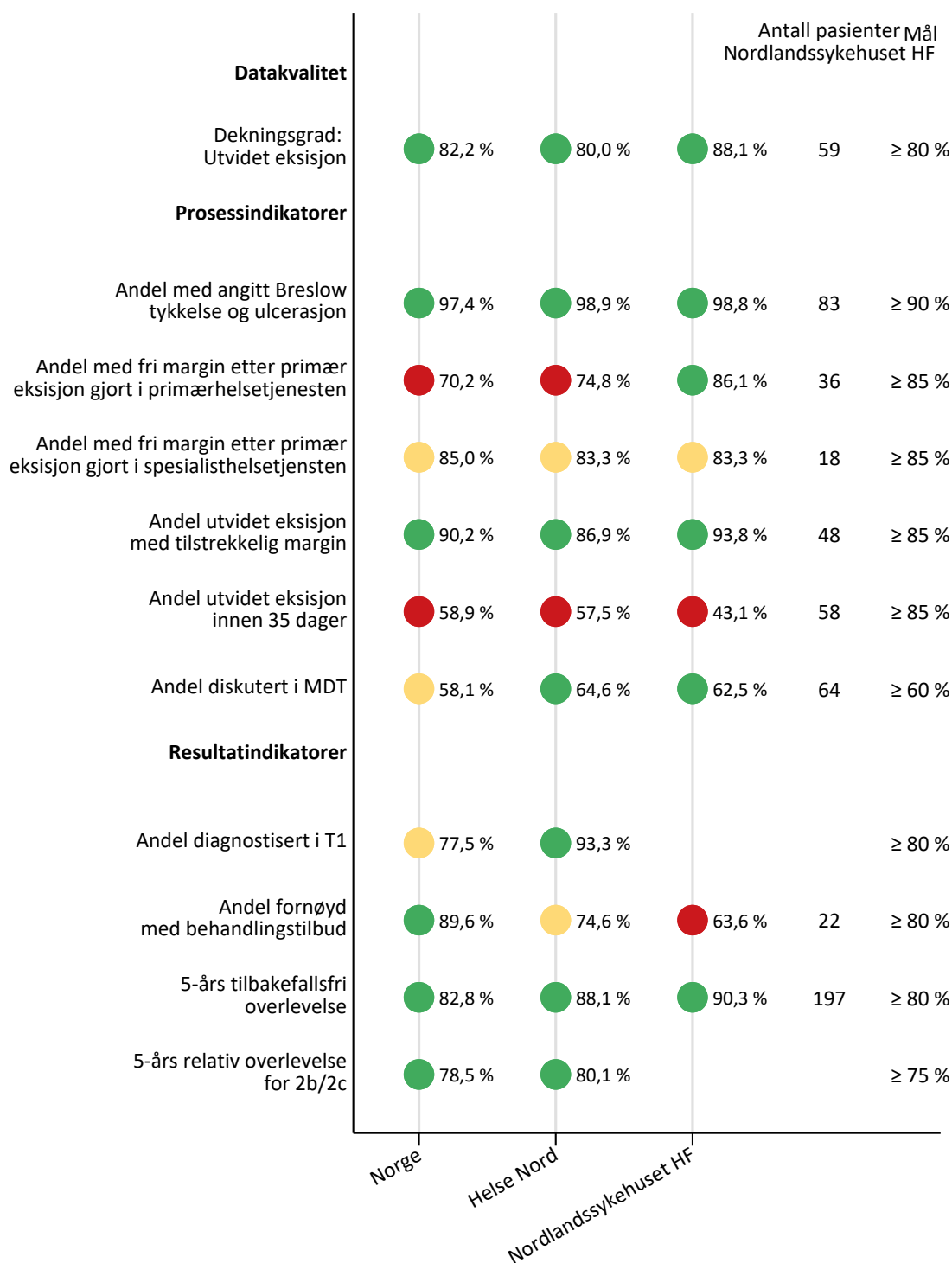
Figur 5. Kvalitetsindikatorer fra Nasjonalt kvalitetsregister for lungekreft

2.7 Nasjonalt kvalitetsregister for lymfoide maligniteter



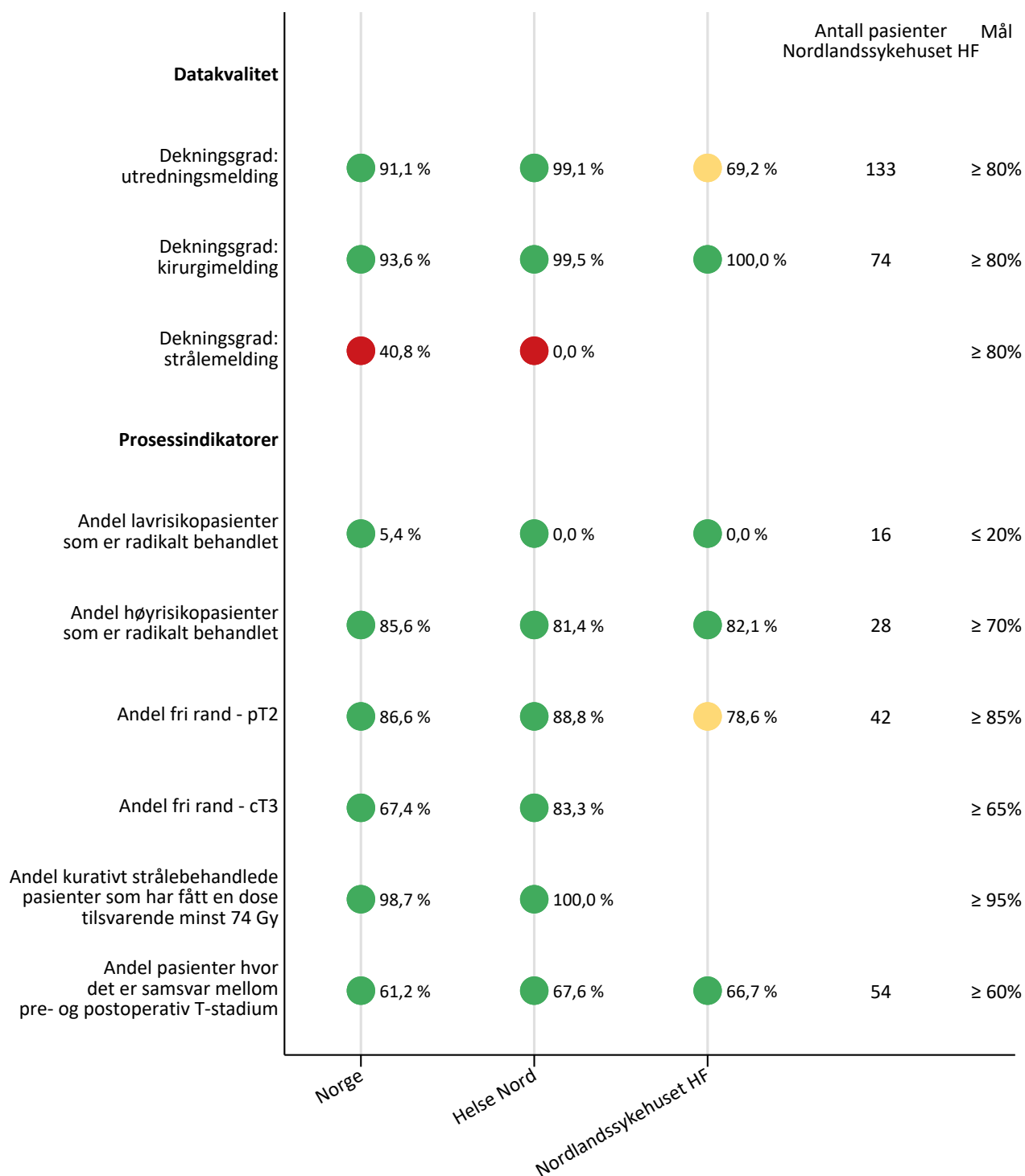
Figur 6. Kvalitetsindikatorer fra Nasjonalt kvalitetsregister for lymfoide maligniteter

2.8 Nasjonalt kvalitetsregister for melanom



Figur 7. Kvalitetsindikatorer fra Nasjonalt kvalitetsregister for melanom

2.9 Nasjonalt kvalitetsregister for prostatakreft



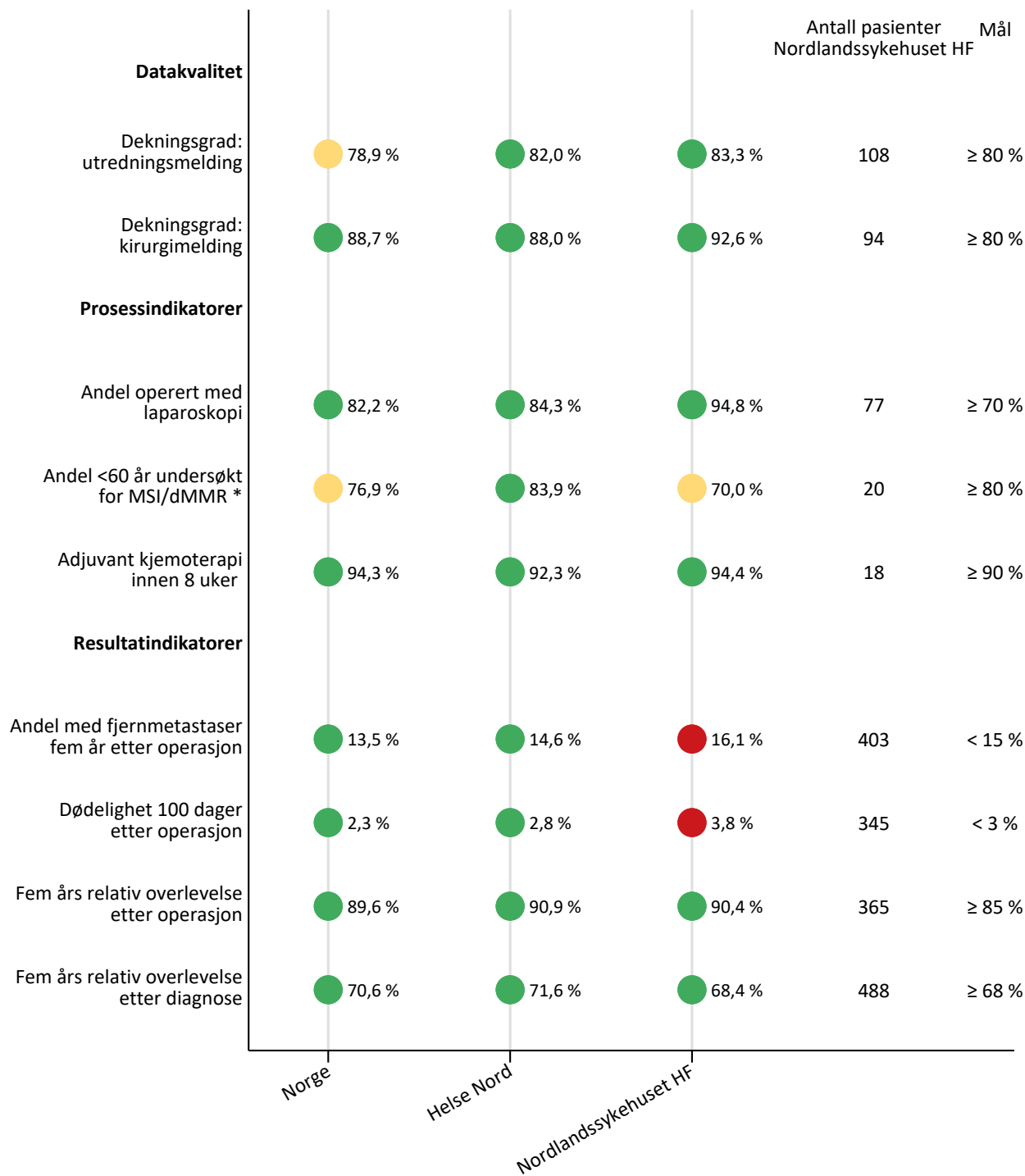
Figur 8. Kvalitetsindikatorer fra Nasjonalt kvalitetsregister for prostatakreft

2.10 Nasjonalt kvalitetsregister for tykk- og endetarmskreft



Figur 9. Kvalitetsindikatorer fra Nasjonalt kvalitetsregister for tykk- og endetarmskreft, resultater for endetarmskreft

* Indikatoren ”Andel pasienter <60 år undersøkt for MSI/dMMR” viser resultat for tykk- og endetarmskreft samlet.



Figur 10. Kvalitetsindikatorer fra Nasjonalt kvalitetsregister for tykk- og endetarmskreft, resultater for tykktarmskreft

* Indikatoren ”Andel pasienter <60 år undersøkt for MSI/dMMR” viser resultat for tykk- og endetarmskreft samlet.

2.11 Kvalitetsregistre uten nasjonal status

2.11.1 Kvalitetsregister for sarkom

I Kvalitetsregister for sarkom er det utarbeidet følgende kvalitetsindikatorer med måltall:

Datakvalitet

- Dekningsgrad, utredningsmelding
- Dekningsgrad, kirurgimelding
- Dekningsgrad strålemelding
- Dekningsgrad kirurgiske marginer

Prosessindikatorer

- Andel pasienter med osteosarkom og Ewing sarkom utredet med PET
- Andel pasienter med bensarkom henvist etter åpen biopsi eller kirurgi
- Andel pasienter med bløtvevssarkom i ekstremiteter og trunkus henvist etter åpen biopsi eller kirurgi
- Andel pasienter med Ewing og osteosarkom som har mottatt kjemoterapi innen 3 uker etter operasjon
- Andel pasienter med Ewing sarkom og osteosarkom som har mottatt medikamentell kreftbehandling etter protokoll
- Andel pasienter som har mottatt kjemoterapi innen en måned før død

Resultatindikatorer

- 5-års relativ overlevelse for retroperitoneale bløtvevssarkomer etter operasjon
- 5-års relativ overlevelse for ikke metastatiske Ewing sarkomer

2.11.2 Kvalitetsregister for pankreaskreft

I Kvalitetsregister for pankreaskreft er det utarbeidet følgende kvalitetsindikatorer med måltall:

Datakvalitet

- Dekningsgrad, utredningsmelding

Prosessindikatorer

- Andel av opererte som fikk adjuvant kjemoterapi innen 3 måneder etter operasjon
- Resektabilitet vurdert ved sykehus som utfører pankreaskirurgi

2.11.3 Kvalitetsregister for hjerne- og ryggmargssvulster

I årsrapporten fra Kvalitetsregister for hjerne- og ryggmargssvulster er det ikke presentert kvalitetsindikatorer med måltall.

