



Styresak 005-2020

Nordlandssykehusets resultater i de nasjonale medisinske kvalitetsregistrene

Saksbehandler: Tonje E Hansen
Dato dok: 11.02.2020
Møtedato: 18.02.2020
Vår ref: 2019/1149

Vedlegg (t): Utvalgte resultater for Nordlandssykehuset i de nasjonale kvalitetsregistrene
Oppsummering av Nordlandssykehusets resultater fra kvalitetsregistrene for kreft

Innstilling til vedtak:

1. Styret er tilfreds med orientering om Nordlandssykehusets resultater i de nasjonale medisinske kvalitetsregistrene og ber om å få en årlig oppdatering av disse resultatene.

Bakgrunn:

I Norge har vi 51 nasjonale medisinsk kvalitetsregistre¹ som representerer ulike fagområder, og Nordlandssykehuset bidrar med data til de fleste dem. Hver høst utgis det en årsrapport som oppsummerer resultatene for nasjonale kvalitetsindikatorer og andre data. Den 30. september 2019 ble årsrapportene for 2018 lagt fram og i denne saken fokusere på de nasjonale kvalitetsregistrenes funksjon og Nordlandssykehusets resultater innenfor de største av dem.

Direktørens vurdering:

Gjennomgangen av Nordlandssykehuset resultater i de nasjonale kvalitetsregistrene for 2019 viser at vi har veldig gode resultater for flere kvalitetsindikatorer, tilfredsstillende resultater for andre kvalitetsindikatorer, ikke så gode resultater for noen parameter og for noen register har vi så lav dekningsgrad at resultatene ikke publiseres eller gir mening. Direktøren har en forventning om at fagmiljøene i Nordlandssykehuset har så god kunnskap om sine resultater fra kvalitetsregistrene, at man har identifisert områder hvor kvaliteten ikke er tilfredsstillende og har diskutert mulige årsaker og hensiktsmessige tiltak.

I Nordlandssykehusets uttalte ønske om å bli ledende på kvalitet står kvaliteten på diagnostikk og behandling svært sentralt. Vi skal ha pasientenes beste i fokus ved alle våre valg, noe som også betyr at vi i tråd med Nordlandssykehusets strategiske utviklingsplan må drive med kontinuerlig forbedring av de tjenestene vi leverer. Med den nye forskriften plikter vi å rapportere inn de nødvendige opplysningene til kvalitetsregistrene. Et oppdrag

¹ Oversikt over de nasjonale medisinske kvalitetsregistrene: <https://www.kvalitetsregistre.no/registeroversikt>

direktøren mener vi bør ønske velkommen, fordi data fra de nasjonale kvalitetsregistrene vil understøtte den kvalitetsforbedringen som er nødvendig for å sikre at Nordlandssykehusets tjenestetilbud framstår så attraktive at pasientene også i fremtiden velger å få sin behandling hos oss.

Nasjonale medisinske kvalitetsregistre

Medisinske kvalitetsregistre har som formål å forbedre helsetjenesten ved å bidra til å styrke kvaliteten og pasientsikkerheten. De medisinske kvalitetsregistrene inneholder strukturert informasjon om utredning og behandling, som gir mulighet til å vurdere kvaliteten i pasientbehandlingen. Økt bruk av resultatene fra helseregistre er en viktig del av den helsepolitiske satsningen for å styrke kvaliteten i helsetjenesten.

Nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetsregistre er en seksjon i Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE) og drives av de regionale helseforetakene på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet. Servicemiljøet er et operativt kompetansemiljø som skal sikre drift og god utnyttelse av de medisinske kvalitetsregistrene. For 2018 har²:

- 47/51 kvalitetsregistre identifisert områder med behov for kvalitetsforbedringstiltak
- 150 vitenskapelige artikler basert på data fra kvalitetsregistrene, blitt publisert
- 29/51 kvalitetsregistre publisert pasientrapporterte data
- 7 registre nådd det høyeste stadiet for faglig utvikling (stadium 4)

Det har i tillegg vært et sterkt fokus på at de nasjonale kvalitetsregistrene utvikler gode kvalitetsindikatorer. En kvalitetsindikator er et indirekte mål som sier noe om kvaliteten på det området som måles og kan f. eks si noe om helsetjenestens tilgjengelige ressurser, pasientforløpet og resultatet av helsetjenestene for pasientene. Nasjonale kvalitetsindikatorer (NKI) besluttet av Helsedirektoratet og publiseres på www.helsedirektoratet.no³, og de nasjonale kvalitetsregistrene er en viktig kilde til NKI. For hver enkelt kvalitetsindikator skal kvalitetsregistrene utvikle og rapportere resultatmål for måloppnåelse, oftest løst ved trafikklys-prinsippet (grønn: høy grad av måloppnåelse, gul: moderat måloppnåelse, rød: lav grad av måloppnåelse). De konkrete resultatmålene er det Fagrådene til kvalitetsregistrene ev i samarbeid med det øvrige nasjonale fagmiljøet som definerer.

Det er svært viktig at dekningsgraden⁴ i de nasjonale medisinske kvalitetsregistrene er høy, slik at resultatene som presenteres fra registeret er representative for pasientgruppen. Den 1. september 2019 trådte den nye forskriften for medisinske kvalitetsregistre i kraft⁵ som stadfester: *Virksomheter og helsepersonell som tilbyr eller yter tjenester som omfattes av apotekloven, folkehelseloven, helse- og omsorgstjenesteloven, legemiddelloven, smittevernloven, spesialisthelsetjenesteloven eller tannhelsetjenesteloven kan melde inn relevante og nødvendige helseopplysninger til medisinske kvalitetsregistre som omfattes av forskriften. Virksomheter og helsepersonell som nevnt i første ledd, skal melde inn relevante og nødvendige helseopplysninger til medisinske kvalitetsregistre med nasjonal status.*

Med denne nye forskriftendringen har Nordlandssykehuset i likhet med andre helseforetak fått en plikt til å melde inn opplysninger til alle nasjonale kvalitetsregister. I tillegg har Helsedirektoratet innført en to-årig prøveordning (1.1.19-31.12.20) med formål om å øke dekningsgraden, hvor 11 kvalitetsregistre deltar i en insentivordning med særkoder. Ved

² Statusrapport 2019: https://www.kvalitetsregistre.no/sites/default/files/statusrapport_2019.pdf

³ Nasjonale kvalitetsindikatorer: <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/statistikk/kvalitetsindikatorer>

⁴ Et registers dekningsgrad er et mål på hvor stor andel av målpopulasjonen som finnes i registeret

⁵ Forskrift om medisinske kvalitetsregistre: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2019-06-21-789>

denne incentivordningen får de regionale helseforetakene utbetalt mindre per pasient dersom pasientene ikke er registrert i de utvalgte kvalitetsregistrene.

Nordlandssykehusets resultater i nasjonale medisinske kvalitetsregistre 2019

Etter at årsrapportene for 2018 ble publisert, ble de ulike fagmiljøene i november 2019 bedt om å skaffe seg kunnskap om sine resultater og ta stilling til om måloppnåelsen for kvalitetsindikatorerne var høy, moderat eller lav. Fagmiljøene ble i tillegg bedt om å beskrive hvordan de har jobbet for å oppnå høy måloppnåelse og hvilke tiltak de iverksetter for å forbedre resultater med moderat eller lav måloppnåelse. De ble også bedt om å kommentere hvordan de jobber med å øke dekningsgraden for de kvalitetsregistrene hvor det er aktuelt.

Nedenfor angis måloppnåelsen i Nordlandssykehuset for kvalitetsindikatorerne i de største nasjonale kvalitetsregistrene definert etter fagområdene de er inndelt i. For en fullstendig oversikt over resultatene vises det til nettsidene til Nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetsregistre⁶.

Muskel og skjelett

Nordlandssykehuset leverer data til fem av de seks registrene innenfor muskel og skjelett: Nasjonalt register for leddproteser, Nasjonalt hoftebruddregister, Nasjonalt barnehofteregister, Nasjonalt korsbåndsregister og Nasjonalt register for ryggkirurgi. Samlet sett er dekningsgradene gode bortsett fra i Korsbåndsregisteret hvor dekningsgraden er rød (46%), noe som må bedres. Som eksempler vises resultatene fra registrene for leddproteser og hoftebrudd.

I Nasjonalt hoftebruddregister (vedlegg 1, tabell 1) ser vi jevnt over tilfredsstillende resultater for kvalitetsindikatorerne, men for kvalitetsindikatoren «Ventetid til operasjon» er måloppnåelsen for lav. Fagmiljøet mener selv at et tiltak vil være å planlegge for et «fast track» forløp for pasientgruppen, da andre helseforetak har gjort det med gode resultater. I Nasjonalt register for leddproteser ser vi også tilfredsstillende resultater (vedlegg 1, tabell 2), men for kvalitetsindikatoren «Bruk av veldokumenterte hoftekopper» er måloppnåelsen lav. Dette er knyttet til prosessen rundt anbudet på det utstyret som i dag brukes, og vil endres i 2021.

Hjerte- og karsykdommer

Innenfor fagområdet hjerte- og karsykdommer leverer Nordlandssykehuset data til fem kvalitetsregister: Norsk hjerneslagsregister, Norsk hjerteinfarktregister, Norsk hjertestansregister, Norsk hjertesviktregister og Norsk karkirurgisk register. Det er naturlig i denne sammenheng og omtale resultatene i de to største registrene; hjerneslag og hjerneinfarkt.

For hjerneslagsregisteret oppnår alle våre sykehus høy måloppnåelse for indikatorerne «Andel behandlet i slagenhet» og «Andel pasienter behandlet med trombolyse»⁷. Dette skyldes at det over år er gjort et systematisk kvalitetsforbedrende arbeid for å innarbeide gode prosedyrer for mottak (slagteam) og for å redusere tid fra ankomst til trombolysebehandling. For kvalitetsindikatoren «Andel pasienter med oppfølging utført etter tre måneder» har både Bodø og Vesterålen lav måloppnåelse, mens den i Lofoten er høy (vedlegg 1, figur 1). I utgangspunktet skal samtlige pasienter som har gjennomgått et hjerneslag etter rutine settes opp til kontroll etter 3 mnd. Det igangsettes derfor nå en gjennomgang av rutine for å

⁶ Oversikt over de nasjonale medisinske kvalitetsregistrene: <https://www.kvalitetsregistre.no/registeroversikt>

⁷ Trombolyse = nedbryting/oppløsning av blodpropp ved hjelp av medikamenter

identifisere faktorer som kan ha bidratt til reduksjonen i oppfølgingsratet. Resultatene fra registeret vil brukes i oppfølgingen.

For hjerteinfarktregisteret (vedlegg 1, figur 2) har Nordlandssykehuset høy måloppnåelse for reperfusjonsbehandling (behandling for å gjenopprette blodstrømmen i årene) ved STEMI⁸ ved alle våre lokasjoner, men lav måloppnåelse for reperfusjonsbehandling innenfor anbefalt tid (både for trombolysebehandling og for primær PCI). Tilbakemeldingen fra fagmiljøet er at det jobbes aktivt med kortere og mer effektive beslutningsveier for å beslutte at trombolyse skal gis prehospitalt som er nødvendig for å få bedre resultater for denne indikatoren. Når det gjelder behandling med primær perkutan koronar intervensjon (PCI) vil forhåpentlig etableringen av PCI ved Nordlandssykehuset i Bodø påvirke denne indikatoren positivt fra 2020-målingene. Når det gjelder oppstart av ulike medikamenter før utskrivelse har vi på foretaksnivå en lavere måloppnåelse enn ønsket. Forklaringene til dette kan være feilkoding som medfører at det fremstår som om flere pasienter skal ha denne behandling enn det som er reelt, ikke nok fast ansatte leger ved lokalsykehusene og rask overflytting av pasienter for PCI-behandling ved UNN gjør at det ikke alltid er indikasjon for oppstart av medikamentene før under oppholdet i Tromsø. Likevel erkjenner vi at vi som foretak har et forbedringspotensial for disse kvalitetsindikatorene.

Nervesystemet

Det eksisterer fem kvalitetsregister innenfor fagområdet nervesystemet, hvor Nordlandssykehuset rapporterer til fire: Cerebral pareseregisteret i Norge, Norsk MS-register og biobank, Norsk Parkinsonregister og biobank og Norsk register for arvelige og medfødte nevromuskulære sykdommer. I MS-registeret har Nordlandssykehuset høy måloppnåelse for kvalitetsindikatorene behandlingsstatus og status for anfall (vedlegg 1, figur 3). Dette skyldes at det har vært jobbet aktivt gjennom flere år for å inkludere pasienter i registeret ved å brukes dedikerte ressurser på dagenheten til dette arbeidet. En av nevrologene med ansvar for MS har også deltatt med MS-registeret i forbedringsutdanning og deltatt i prosjektet «Registerløftet» ledet av Helse Bergen. Dette har medført at vi større grad faktisk dokumenterer det som er viktig å følge opp hos pasienter med MS.

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. Vedlegg 2 viser en oppsummering av resultatene for kvalitetsindikatorene i de ulike registrene.

For kvalitetsindikatorene for tykk- og endetarmsregistret har alle kvalitetsindikatorene høy måloppnåelse foruten indikatoren «Andel pasienter uten metastaser 5 år etter operasjon». Årsaken til disse gode resultatene er systematisk arbeid over tid hvor fagmiljøet er påpasselig med å følge nasjonale retningslinjer og holder seg oppdatert på nye metoder og teknikker. I tillegg er en stabil bemanning med dedikerte medarbeidere også en av suksesskriteriene. For indikatoren med lav måloppnåelse er det slik at kreftspredning (metastatisk sykdom) vanskelig kan forutsees på tidspunkt pasienten opereres, og derfor kan denne være vanskelig å påvirke. Tidlig inkludering i pakkeforløp med mistanke om kreftsykdom i tarmen, er likevel viktig.

Kvalitetsindikatorene for lymfoide maligniteter viser at Nordlandssykehuset har en god dekningsgrad og flere av kvalitetsindikatorene viser høy måloppnåelse. Kvalitetsindikatoren

⁸ STEMI = akutt hjerteinfarkt med ST-elevasjons mønster i EKG

«Diagnostisering av lymfom» viser lav måloppnåelse med 74%, dvs. at 26% av lymfomdiagnosene ikke er blitt vurdert ved et universitetssykehus som retningslinjene anbefaler. Det har over tid vært jobbet med å redusere andelen som ikke vurderes ved universitetssykehus, og det forventes at denne indikatoren skal øke i måloppnåelse. Selv om kvalitetsindikatoren «Lymfom overlevelse» viser høy måloppnåelse i Nordlandssykehuset viser det seg at pasienter over 70 år med aggressiv sykdom har lavere overlevelse enn det nasjonale og regionale gjennomsnittet. Vi har derfor hatt en gjennomgang av 20 tilfeldig utvalgte pasientforløp for å se på mulige årsaker, i samarbeid med fagmiljøet på UNN. Gjennomgangen viser at vi ikke finner årsaker til den lavere overlevelsen i håndteringen av behandlingsforløpene, og at sannsynlig årsak er valg av behandlingsprotokoll. Vi har derfor i samarbeid med UNN og Helse Nord RHF kommet fram til at alle våre pasienter med aggressivt lymfom skal diskuteres mellom fagmiljøene slik at man kommer til en enighet om behandlingsprotokoll, uavhengig om behandlingen startes i Bodø eller i Tromsø.

Resultater fra lungekreftregisteret viser at Nordlandssykehuset har høy måloppnåelse for rapporteringsgrad kirurgi og 30- og 90-dagers dødelighet. Andelen undersøkt med PET-CT og rapporteringsgrad utredning viser moderat måloppnåelse. Den første skyldes ventetid for å få gjennomført PET-CT undersøkelser ved Universitetssykehuset i Tromsø. Flere pasienter tilhørende Nordlandssykehuset og Helgelandssykehuset har derfor fått gjennomført denne undersøkelsen hos privat tilbyder. Rapporteringsgraden jobber vi med å forbedre og utfordringene skyldes at det er ressurskrevende å fylle ut skjemaene og at den tekniske løsningen for å kunne spare tid foreløpig ikke eksisterer. Saken har vært diskutert i kollegiet og man er enige om å øke andelen, slik at måloppnåelsen blir høy. Kvalitetsindikatoren «Andel kurativt» behandlet viser lav måloppnåelse. Denne indikatoren har tidligere år vist høy måloppnåelse. Vi vet ikke om noen sannsynlige årsaker til endringen, og tror det derfor skyldes naturlig variasjon.

For kvalitetsindikatorene for brystkreft har Nordlandssykehuset høy måloppnåelse for alle bortsett fra indikatoren «Andelen operert med brystbevarende kirurgi når svulsten er <30 mm». For denne indikatoren ligger Nordlandssykehusets resultater likevel på landsgjennomsnittet.

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. Nordlandssykehuset startet å registrere i Gastronet først medio mars 2018, vi vil derfor ikke kunne ha komplette årsdata før årsrapporten for 2019. Resultatene for registeret viser at det fortsatt er for lav dekningsgrad og lav måloppnåelse for flere av kvalitetsindikatorene, men det er utfordrende å tolke resultatene før dekningsgraden økes. Dette er et gjentakende tema på internundervisning og fagdager i fagmiljøet. Gledelig er det likevel at vi på de to pasientrapporterte kvalitetsindikatorene («pasienters fornøydhet med behandling og informasjon») har høy måloppnåelse.

Resultatene fra Norsk register for gastrokirurgi brukes av fagmiljøet til å aktivt vurdere komplikasjonene til kirurgisk behandling og mulighetene for å gjøre kvalitetsbedrende tiltak. F. eks avholdes det en gjennomgang av alle pasientene som re-opereres som et ledd av internundervisningen 2-3 ganger/år. Av kvalitetsindikatorene har Nordlandssykehuset som eneste sykehus 0 % sårruptur i perioden 2016-18, noe som vi er svært tilfreds med. Av de indikatorene hvor vi har et forbedringspotensial ser vi at en for lav andel av pasientene får målt preoperativ vekt og vekt ved innleggelse. Derfor jobbes det med å gjøre innskrivende leger oppmerksom på at denne parameteren er viktig, og man ser på muligheten for å få lagt inn et punkt om dette i malen for innkomstjournal i DIPS.

Skade og intensiv

Fagområdet dekker tre kvalitetsregistre, hvor Nordlandssykehuset rapporterer til alle: Nasjonalt traumeregister, Norsk intensivregister og Norsk nyfødtmedisinsk register. For Nasjonalt traumeregister er det fire kvalitetsindikatorer hvor en omhandler dekningsgrad og de tre øvrige andeler pasienter som mottar ulike røntgenundersøkelser. Dekningsgraden er 100%, noe som skyldes at vi har egne traumeregistrarer som rapporterer inn data. For alle tre sykehusene våre ser vi at andelen CT undersøkelser er høy og over det nasjonale gjennomsnittet, mens andel som får røntgen av brystkasse og bekken har lav måloppnåelse. Den sannsynlige forklaringen på dette er at hvis pasienten er sirkulatorisk og respiratorisk stabil og likevel skal til en CT undersøkelse, er det som regel ikke nødvendig å gjennomføre en vanlig skjelettrøntgen av bryst og bekken først. Leder av traumeutvalget i Nordlandssykehuset vil diskutere denne problemstillingen med de øvrige kirurgene som er involvert i traumer, for å vurdere om flere pasienter (hvor indikasjonen er tilstede) bør få gjennomført skjelettrøntgen i stedet for eller i tillegg til CT røntgen.

Gynekologi

Det er to gynekologiske registre utenom kreftregisteret og Nordlandssykehuset rapporterer til begge: Norsk gynekologisk endoskopiregister (NGER) og Norsk kvinnelig inkontinensregister NKIR). I NGER har alle kvalitetsindikatorne høy måloppnåelse, utenom komplikasjoner etter hysteroskopi⁹. Her rapporterer 1 av 32 pasienter komplikasjoner etter operasjon. For å følge opp denne indikatoren gjennomgås tilfeller med komplikasjoner i fagmiljøet, risikofaktorer indentifiseres og mulige forbedringstiltak iverksettes. Vi har høy dekningsgrad i dette registeret fordi rapportering skjer som et tverrfaglig samarbeid mellom merkantilt personell, innskrivende lege og personell på operasjonsstuen. For NKIR har også kvalitetsindikatorne høy måloppnåelse, det er bare «Prosent utført stresstest ved kontroll» som er lav måloppnåelse. Bakgrunnen for dette er at en stor andel av pasientene ikke kommer til en fysisk etterkontroll etter behandling pga. lang reisevei. Det blir derfor ikke gjennomført stresstest.

Revmatologi

Innenfor revmatologi finner vi to kvalitetsregistre, hvor Nordlandssykehuset leverer data til begge: Norsk kvalitetsregistre for artrittsykdommer (NorArtritt) og Norsk vaskulittregister og biobank (NorVas). Vi har en dekningsgrad på 91% i NorArtritt og har en høy måloppnåelse for kvalitetsindikatorne. Hovedgrunnen til dette er at fagmiljøet har satt seg som mål at alle pasientene skal oppleve remisjon (fravær av typiske symptomer over tid) av sykdommen. Hvis man ikke oppnår remisjon med en type behandling, skifter man behandling til målet om remisjon nås. NorVas er et nytt kvalitetsregister og der har Nordlandssykehuset foreløpig bare en dekningsgrad på 35%, dermed er ikke våre resultater publisert for 2018. Revmatologisk avdeling har lagt en plan for opplæring i registreringsmetodikk som også inkluderer besøk fra registeret. Det er også oppnevnt registeransvarlig lege og sykepleier. Opplæringen forventes å gi effekt på dekningsgrad, slik at fremtidige resultater publiseres.

Psykisk helse og rus

Innenfor psykisk helsevern og rus eksisterer det to register: Nasjonalt kvalitetsregister for behandling av skadelig bruk eller avhengighet av rusmidler (KVARUS) og Norsk kvalitetsregister for behandling av spiseforstyrrelser (NorSpis). KVARUS ble først etablert i 2018 og leverer derfor ikke data ennå. Registeransvaret for NorSpis ligger i Nordlandssykehuset og er vårt eneste nasjonale kvalitetsregister. Registeret ble etablert i

⁹ Hysteroskopi er en undersøkelse av innsiden av livmoren hos kvinner

2015 og hatt en del startvansker av ulik karakter. NorSpis presenterer derfor bare data for kvalitetsindikatorer på nasjonalt nivå.

Vedlegg 1 - Styresak 005-2020

Nordlandssykehusets resultater i de nasjonale medisinske kvalitetsregistrene

Muskel og skjelett

Tabell 1. Nordlandssykehuset resultater for kvalitetsindikatorene i Nasjonalt hoftebruddregister 2018

	Nasjonalt	Helse Nord	Bodø	Lofoten	Vesterålen
Dekninggrad					
Primær hemiprotese	96	98	99	100	100
Primær osteosyntese	92	86	91	26	86
Primær totalprotese	90	85	86	100	100
Kvalitetsindikator					
Operasjon innen 24 t	52	54	44	54	59
Operasjon innen 48 t	83	83	83	62	85
Sementert stamme	89	79	100	100	100
Protese ved dislokerte brudd	97	93	98	100	95
Ikke-reopererte innen 1 år					
30-dagers overlevelse	92	92	90	93	87

Data er ikke fremstilt

Tabell 2. Nordlandssykehusets resultater for kvalitetsindikatorene i Nasjonalt register for leddproteser 2018.

	Nasjonalt	Helse Nord	Bodø	Lofoten	Vesterålen
Dekninggrad					
Primær hofte	98	97	98	70	98
Revisjon hofte	95	98	99		
Primær kne	98	98	92		100
Revisjon kne	92	96	90		
Kvalitetsindikatorer					
Sementert lårbeinsprotese hos eldre	64	77	83	100	100
Slitesterke leddflater	100	99	100	100	100
Veldokumenterte hoftestammer	95	99	88	100	100
Veldokumentert hoftekopp	76	42	52	6	30
Antibiotikabruk etter retningslinje	95	91	99	100	97
2-års varighet	97	97	97		
10-års varighet	94	94	94		
2- års varighet kne	98	98			97
10-års varighet kne	93	95			95

Data ikke fremstilt

Hjerte- og karsykdommer

Figur 1. Nordlandssykehuset Lofotens resultater for kvalitetsindikatorene i Norsk hjerneslagsregister i 2018.

Kvalitetsindikator	Lofoten	Nasjonalt
Andel direkte innlagt i slagenhet Slagenhetsbehandling er av stor betydning for behandlingsresultatet, og nasjonale retningslinjer anbefaler direkte innleggelse i slagenhet ved akutt hjerneslag. ØNSKET MÅLENIVÅ: HØYT	2018 100% ● 30 av 30	2018 86% ● 7588 av 8862
Andel behandlet i slagenhet Slagenhetsbehandling er av stor betydning for behandlingsresultatet, og nasjonale retningslinjer anbefaler at alle pasienter med hjerneslag bør behandles i slagenhet. ØNSKET MÅLENIVÅ: HØYT	2018 100% ● 30 av 30	2018 94% ● 8350 av 8862
Andel behandlet med trombolyse Trombolyse er en effektiv behandling for mange pasienter med tydelige symptomer pga. hjerneinfarkt, hvis behandlingen kan starte innen 4,5 timer etter debut av symptomene. ØNSKET MÅLENIVÅ: HØYT	2018 15% ● 4 av 27	2018 21% ● 1638 av 7694
Andel trombolyse innen 40 minutt etter innleggelse Trombolyse bør gis tidlig etter symptomdebut, og minst halvparten av de aktuelle pasientene bør starte behandling innen 40 minutter etter ankomst sykehus. ØNSKET MÅLENIVÅ: HØYT		2018 67% ● 1103 av 1637
Andel som har fått vurdert/testet svelgfunksjon Alle pasienter med akutt hjerneslag bør testes systematisk for eventuelle svelgevansker før de blir gitt mat eller drikke, for å unngå komplikasjoner som f.eks. lungebetennelse. ØNSKET MÅLENIVÅ: HØYT	2018 90% ● 27 av 30	2018 89% ● 7861 av 8862
Andel utskrevet med antitrombotisk behandling De fleste pasienter med hjerneinfarkt bør få behandling med blodpropphemmende medikamenter for å forebygge nye hjerneslag. ØNSKET MÅLENIVÅ: HØYT	2018 92% ● 24 av 26	2018 93% ● 6727 av 7226
Andel utskrevet med antikoagulasjon De fleste pasienter med hjerneinfarkt som også har hjerteforkammerflimmer har nytte av antikoagulerende medikamenter (blodfortynnende behandling) for å forebygge nye hjerneslag. ØNSKET MÅLENIVÅ: HØYT		2018 78% ● 1416 av 1805
Andel utskrevet med blodtrykkssenkende medikamenter Pasienter med hjerneslag som har høyt blodtrykk bør behandles med blodtrykkssenkende medikamenter for å forebygge nye hjerneslag. ØNSKET MÅLENIVÅ: HØYT	2018 67% ● 18 av 27	2018 72% ● 5900 av 8233
Andel utskrevet med lipidsenkende medikamenter De fleste pasienter under 80 år med hjerneinfarkt bør behandles med statiner/kolesterolsenkende medikamenter for å forebygge nye hjerneslag. ØNSKET MÅLENIVÅ: HØYT	2018 94% ● 17 av 18	2018 87% ● 4153 av 4768
Andel med rapportert status 3 måneder etter hjerneslaget Norsk hjerneslagsregister samler inn informasjon om hvordan det går med pasientene 3 måneder etter hjerneslaget. Denne indikatoren viser hvor stor andel av alle pasientene vi har slik informasjon om. ØNSKET MÅLENIVÅ: HØYT	2018 93% ● 28 av 30	2018 78% ● 6936 av 8862

Figur 2. Foretakene i Helse Nords resultater for kvalitetsindikatorene for hjerteinfarktregisteret i 2018

Tabell 1 Grenser for måloppnåelse for kvalitetsindikatorer. Norsk hjerteinfarktregister 2018

Indikatornavn		● Meget god	▲ God	◆ Mindre god
A1	Dekningsgrad	≥ 85 %	≥ 70 %	< 70 %
A2	Registreringsskjema levert innen 60 dager	≥ 90 %	≥ 70 %	< 70 %
B	Reperfusjonsbehandling ved STEMI	≥ 90 %	≥ 80 %	< 80 %
C	Reperfusjonsbehandling innen anbefalt tid ved STEMI	≥ 85 %	≥ 70 %	< 70 %
C1	- Trombolysebehandling innen anbefalt tid ved STEMI	≥ 80 %	≥ 50 %	< 50 %
C2	- Primær PCI innen anbefalt tid ved STEMI	≥ 85 %	≥ 70 %	< 70 %
D	Invasivt utredet ved NSTEMI	≥ 85 %	≥ 70 %	< 70 %
E	Invasivt utredet innen 72 timer ved NSTEMI	≥ 80 %	≥ 50 %	< 50 %
F	Utskrevet med antitrombotisk medikament	≥ 90 %	≥ 80 %	< 80 %
G	Utskrevet med lipidsenkende medikament	≥ 90 %	≥ 85 %	< 85 %
H	Ejeksjonsfraksjon (EF) målt	≥ 80 %	≥ 60 %	< 60 %
J	Utskrevet med betablokker	≥ 85 %	≥ 75 %	< 75 %
K	Utskrevet med ACE-hemmer/All-antagonist	≥ 80 %	≥ 70 %	< 70 %

Figur 1 Måloppnåelse for kvalitetsindikatorer Helse Nord. Norsk hjerteinfarktregister 2018

Opptaksområde	A1	B	C	C1	C2	D	E	F	G	H	J	K
Nasjonalt	●	●	◆	◆	▲	▲	▲	▲	●	▲	●	▲
Helse Nord	●	●	◆	◆	◆	▲	▲	▲	●	▲	●	▲
Finnmarkssykehuset HF	●	●	◆	◆	*	▲	▲	●	▲	●	●	▲
Hammerfest	●	▲	◆	◆	*	◆	▲	▲	▲	●	▲	◆
Kirkenes	●	●	◆	*	*	▲	▲	●	▲	▲	●	▲
Helgelandssykehuset HF	●	●	◆	◆	*	◆	▲	▲	●	●	▲	●
Mo i Rana	●	▲	◆	▲	*	◆	▲	●	●	●	▲	●
Mosjøen	●	●	◆	◆	*	◆	◆	▲	▲	●	◆	◆
Sandnessjøen	●	▲	◆	*	*	▲	▲	▲	●	●	●	●
Nordlandssykehuset HF	●	●	◆	◆	*	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲
Bodø	▲	●	◆	◆	*	▲	▲	▲	▲	▲	●	▲
Lofoten	▲	●	◆	◆	*	◆	▲	▲	◆	▲	▲	▲
Vesterålen	●	●	◆	*	*	▲	▲	▲	●	▲	●	●
Universitetssykehuset Nord-Norge HF	▲	●	◆	◆	◆	▲	▲	●	●	▲	●	▲
Harstad	●	●	◆	◆	*	▲	▲	●	●	▲	●	▲
Narvik	●	●	◆	◆	*	◆	◆	▲	●	◆	▲	◆
Tromsø	▲	●	◆	◆	▲	●	●	●	▲	●	●	●

Figur 3. Resultater for kvalitetsindikatorene i Norsk MS-register for Nordlandssykehuset HF 2018

Kvalitetsindikator	Nordlandssykehuset HF	Nasjonalt
Diagnosetid Andel med diagnose innen 2 år etter debut ØNSKET MÅLENIVÅ: HØYT	2018	2018 63% 🟡 178 av 281
Tid til behandling Andel med tid til oppstart av behandling på maks 30 dager etter diagnose. ØNSKET MÅLENIVÅ: HØYT	2018	2018 74% 🟡 181 av 243
Behandlingsstatus Andel med oppdatert behandlingsstatus 31.12 ØNSKET MÅLENIVÅ: HØYT	2018 86% 🟢 196 av 228	2018 46% 🔴 3069 av 6651
Oppdatert attackstatus Andel med oppdatert attackstatus i løpet av siste år ØNSKET MÅLENIVÅ: HØYT	2018 85% 🟢 194 av 228	2018 42% 🔴 2773 av 6651
Oppdatert funksjonsskår Andel med oppdatert funksjonsskår (EDSS) ØNSKET MÅLENIVÅ: HØYT	2018 64% 🟡 166 av 258	2018 24% 🔴 1836 av 7532

 Datagrunnlaget er sist oppdatert 18.10.19. Grunnet etterregistreringer kan datagrunnlaget være noe forskjellig fra hva som er tidligere publisert i årsrapporter.

Nordlandssykehuset HF

Oppsummering av resultatene fra kvalitetsregistrene for

**Barnekreft
Brystkreft
Gynekologisk kreft
Lungekreft
Lymfoide maligniteter
Melanom
Tykk- og endetarmskreft
Prostatakreft**

Til fagdirektør i Nordlandssykehuset HF

Om dokumentet

I september 2019 offentliggjorde Kreftregisteret årsrapporter fra de åtte nasjonale kvalitetsregistre på kreftområdet. Fagrådene tilknyttet kvalitetsregistre har de siste årene etablert kvalitetsindikatorer, både prosessindikatorer og resultatindikatorer. Det er satt mål for indikatorene slik at det skal være mulig å vurdere den kliniske praksisen. Resultatene som presenteres i rapportene skal danne grunnlag for kvalitetsforbedringsarbeid nasjonalt, i forbindelse med arbeid med nasjonale handlingsprogram, men også lokalt i helseforetakene.

Vi ønsker å gjøre resultatene fra kvalitetsregistre lettere tilgjengelig for helseforetakene og har derfor utarbeidet en sammenstilling av resultatene for de ulike helseforetakene.

Dette dokumentet gir en oppsummering av resultatene fra kvalitetsregistre på kreftområdet for Nordlandssykehuset. Helseforetaket vil få presentert en samlet oversikt over utvalgte resultater med bakgrunn i kvalitetsindikatorer 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

Noen av resultatene vises for behandlende sykehus (Nordlandssykehuset, Bodø), mens andre vises for helseforetakets opptaksområde.

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

Tilbakemelding

Det er viktig for fagrådene at resultatene fra kvalitetsregistre blir brukt i kvalitetsforbedringsarbeid. Vi ber om tilbakemelding fra helseforetaket på om det er utvalgte kvalitetsindikatorer som vil bli evaluert spesielt våren 2020.

Oppsummering av resultatene

Fagrådene ber helseforetaket om å gå spesielt gjennom følgende resultater fra årsrapportene for 2018:

- Lungekreft: flere pasientene som bor i opptaksområdet til Nordlandssykehuset bør bli undersøkt med PET-CT og flere bør vurderes i tverrfaglig møte. Andelen pasienter som får kurativ behandling er under anbefalt mål.
- Lymfoide maligniteter: for få pasienter får stillet sin diagnose ved et universitetssykehus blir konsultert.
- Prostatakreft: En lavere andel enn målet får fjernet lymfeknuder under operasjon for høyrisiko prostatakreft. Andelen pasienter med fri rand etter operasjon er lavere enn det målet som er satt for pasienter med pT2 svulst.

Kvalitetsindikatorer









