



Styresak 111-2021

Nordlandssykehusets resultater i de nasjonale medisinske kvalitetsregistrene i 2020

Saksbehandler: Tonje Elisabeth Hansen

Dato dok: 07.12.2021

Møtedato: 14.12.2021

Vår ref: 2019/1149

Vedlegg (t): Oppsummering av Nordlandssykehusets resultater fra kvalitetsregistrene for kreft 2020

Innstilling til vedtak:

1. Styret tar saken til orientering og finner at Nordlandssykehusets resultater i de nasjonale medisinske kvalitetsregistrene er tilfredsstillende

Bakgrunn for saken

I Norge har vi 51 nasjonale medisinsk kvalitetsregistre som representerer ulike fagområder, og Nordlandssykehuset bidrar med data til de fleste dem. Årsrapportene for 2020 ble publisert 18. oktober, og i denne saken legges Nordlandssykehusets resultater innenfor de største registrene fram. Styret fikk forrige orientering (resultater for 2019) gjennom [styresak 006-2021](#)

Direktørens vurdering

Nordlandssykehuset skal bli ledende på kvalitet. En forutsetning for å kunne nå vår visjon, er å kjenne våre egne data, ha kunnskap om hvordan vi leverer tjenestene våre og om vi innfrir styringsmål og de faglige målsetningene. En av de viktigste kildene for denne kunnskapen er de nasjonale medisinske kvalitetsregistrene. Gjennom data fra kvalitetsregistrene kan vi sammenligne våre resultater over tid og måle oss mot andre. Vi kan følge utvikling og se om tiltak som iverksettes har effekt og vi kan lære av andre helseforetak i måten de har løst utfordringer i egen kvalitet. Direktøren erfarer derfor med glede at fagmiljøene i Nordlandssykehuset er engasjert i og opptatt av egne data, og at data fra kvalitetsregistrene brukes i arbeidet med intern kvalitetsforbedring. Samlet er Nordlandssykehusets resultater i 2020 tilfredsstillende, selv om vi også har kvalitetsindikatorer hvor måloppnåelsen er for lav. Framover har direktøren en forventning om at vi jobber videre med å ha en vedvarende høy kvalitet innenfor områder vi er gode og forbedrer oss der vi har potensial for det. Bare slik kan vi bygge videre på pasientens og vår felles helsetjeneste og på sikt bli ledende på kvalitet.

Nordlandssykehuset resultater i nasjonale medisinske kvalitetsregistre 2020 – for noen utvalgte fagområder

Etter at årsrapportene for 2020 ble publisert, ble de ulike fagmiljøene bedt om å gi tilbakemelding på 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 der hvor det er nødvendig.

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 kvalitetsregistre¹

Muskel og skjelett

Nordlandssykehuset leverer data til fem av de seks registrene innenfor muskel og skjelett: Nasjonalt register for leddproteser, Nasjonalt hoftebruddregisteret, Nasjonalt barnehofteregisteret, Nasjonalt korsbåndsregisteret og Nasjonalt register for ryggkirurgi. Samlet sett er dekningsgrad god bortsett fra for Ryggkirurgi og Korsbåndsregisteret hvor dekningsgraden er for lav. Barnehofteregisteret har så små volum at det ikke er publisert tall for hverken Nordlandssykehuset eller Helse-Nord.

For **leddproteseregisteret** har de fleste indikatorerne høy måloppnåelse. For «*Veldokumentert kneprotese*» er fortsatt måloppnåelsen lav i Bodø og Lofoten. Vi har identifisert at dette skyldes bruk av proteser utenfor anbud. Fagmiljøet har derfor igangsatt et forbedringsarbeid på tvers av lokasjonene, for å få endret praksis og sikre bedre måloppnåelse.

Indikatorerne i **hoftebruddregisteret** har høy måloppnåelse, bortsett fra de nasjonale kvalitetsindikatorerne «*Operasjon innen 24t eller 48t*». Ventetiden for å bli operert for hoftebrudd er for lang, selv om vi nærmer oss høy måloppnåelse for operasjon innen 48t (84% mot målet på 90%). Fagmiljøet har satt i gang et ortogeriatriprosjekt i Bodø, som de tror skal bidra til bedre måloppnåelse og som da kan videreføres til Lofoten og Vesterålen. I tillegg er det satt i gang et større prosjekt i klinikken for å vurdere den totale operative kapasiteten og fordeling av pasienter mellom lokasjoner i Nordlandssykehuset. Noen pasienter fra Lofoten og Vesterålen venter for lenge på operasjon, fordi det ikke er ortoped i vakt 24/7, og når overflytting til Bodø er påkrevd, gjør dette at tidsfristene er vanskelig å overholde.

Gynekologi

Innenfor fagområdet gynekologi leverer Nordlandssykehuset data til to kvalitetsregistre: Norsk gynekologisk endoskopiregister og Norsk inkontinensregister. **Endoskopiregisteret** har fem kvalitetsindikatorer hvor Nordlandssykehuset har høy måloppnåelse i tre (*komplikasjoner under operasjon laparoskop, pasientrapporterte komplikasjoner etter operasjon for laparoskopi og hysteroskopi*). Årsaken til god måloppnåelse er systematisk opplæring og krav om simuleringstrening før operasjon. For *komplikasjoner under hysteroskopi* ligger vi rett under høy måloppnåelse. Da vi ikke vet årsaken til dette, gjennomgår prosedyrene i felleskap i kollegiet. For *pasienttilfredshet* scorer vi 89% (måloppnåelse 90%). Her vil vi fortsette den systematiske jobbingen som er startet for å innfri målet.

For **inkontinensregisteret** er det 11 kvalitetsindikatorer. Vi har 100% dekningsgrad, fordi uroterapeut aktivt tar kontakt med pasientene per telefon. Resultatene for komplikasjoner er

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

gjennomgående lave og innenfor høy måloppnåelse, noe vi mener skyldes erfarne operatører. Vi har ingen pasienter som har *fått utført objektiv stresstest ved 6-12 mnd. kontroll*. Dette skyldes at vi ikke gjennomfører fastsatte kontrollerer i denne gruppen, hvor hovedandelen av pasienter er fornøyd og uten plager. I stedet sjekker uroterapeut ut om noen har ønske om kontroll, og tilbyr dette spesifikt til de som har behov. Vi mener dette er den beste måten å følge opp denne pasientgruppen på.

Hjerte- og karsykdommer

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

I **hjerneslagregisteret** har vi høy måloppnåelse for fem av ti indikatorer. For *Andel pasienter behandlet med trombolyse* har vi en negativ utvikling da vi har gått fra høy til moderat måloppnåelse. Da vi har jobbet med prosedyrer for mottak av pasienter aktuelle for trombolysebehandling og for å redusere tid fra ankomst til trombolysebehandling, var dette overraskende. Ved nærmere undersøkelser viser det seg at prosedyrekoden for trombolysebehandlingen ikke er riktig registrert. Den reelle andelen pasienter behandlet med trombolyse er derfor innenfor høy måloppnåelse. Registrering vil korrigeres. For indikatorene *Andel pasienter som får testet svelgfunksjon* og *Andel pasienter med oppfølging utført etter tre måneder* har vi hhv. lavt og moderat måloppnåelse. Vi mistenker at manglende dokumentasjon for svelgtesting har bidratt til manglende måloppnåelse, og har derfor forsterket fokuset på dokumentasjon. Når det gjelder andelen pasienter i oppfølging har vi godt etablerte rutiner, men erkjenner at vi ikke har vært gode nok til å følge dem opp. Det er likevel en bedring fra 2019, fordi det har vært jobbet med å forbedre måloppnåelsen.

I **hjerneinfarktregisteret** er det definert 12 kvalitetsindikatorer. Av disse har Nordlandssykehuset høy eller moderat måloppnåelse for åtte av dem. Vi ser en bedring i måloppnåelse for kvalitetsindikatorerne vedrørende *medikamentell behandling etter hjerteinfarkt*, og nærmere oss høy måloppnåelse for alle bortsett fra utskrevet med *betablokker ved indikasjon*. De øvrige indikatorene med lav måloppnåelse omhandler *tid til reperfusjon ved STEMI*. Medisinsk klinikk samarbeider med prehospital klinikk for å iverksette tiltak for spare tid på avlesning av EKG, som er identifisert som en hindring for å igangsette prehospital trombolysebehandling. Iverksatte tiltak vil bidra til å øke andelen pasienter som vil kunne motta denne behandling før de ankommer sykehuset, og tidskravet vil dermed i større grad overholdes.

I 2020 startet Nordlandssykehuset opp med PCI behandling. Dermed leverer vi fra 2020 også data til **NORIC**. Oppstarten en av PCI var etter plan forsiktig, slik at vi endte opp med i underkant av 700 prosedyrer for 2020, hvorav ca. 1/3 var PCI. Vi ser allerede en økning i antallet prosedyrer for 2021 og forventer at vi kommer opp mot 1200 prosedyrer ved full dagdrift av PCI-lab, hvorav PCI utgjør ca. 40%. Nordlandssykehuset har høy måloppnåelse for alle kvalitetsindikatorerne bortsett fra to. For en av disse (*invasiv prosedyre innen 120 min ved STEMI*) var antallet for lavt til at data framstilles og for den andre (*trykkmåling ved innsnevring i kransårene*) ligger vi på nasjonalt gjennomsnitt. *Invasiv prosedyre innen 120 min ved STEMI* er av spesiell interesse gitt resultatene i hjerteinfarktregisteret. Vi ser at vi i 2020 har registrert 9 primære PCI, hvorav kun en var utenfor anbefalt maksimaltid fra EKG til arteriepunksjon (120 min). Mediantid i brukt fra EKG til arteriepunksjon var 34 min, noe vi er svært tilfreds med. Vi forventer at datagrunnlaget vil øke for 2021 da, antallet prosedyrer og pasientgrunnlag er økt.

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 1 viser en oppsummering av resultatene for kvalitetsindikatorerne i de ulike registrene for Nordlandssykehuset HF sammenlignet med resultater i Helse Nord og nasjonalt.

For kvalitetsindikatorerne **for tykk- og endetarmsregistret** har alle kvalitetsindikatorerne innenfor tykktarm høy måloppnåelse foruten indikatoren *andel pasienter uten metastaser 5 år etter operasjon* (83% mot måltallet >85% for tykktarm og 78% mot måltallet >80% for rektalkreft). Årsaken til disse gode resultatene er systematisk arbeid over tid og kontinuerlig oppdatering av kompetanse. Andelen pasienter uten metastaser er litt lavere enn måltallet, men det ser ikke ut til å ha betydning for 5-års relativ overlevelse, hvor Nordlandssykehuset ligger godt innenfor ønsket måltall, både for tykktarm- og endetarmskreft. Det er likevel et fokus på dette i fagmiljøet blant annet ved å gjennomgå pasienter med metastaser for om mulig å avdekke områder for forbedring.

Resultater fra **lungekreftregisteret** viser at Nordlandssykehuset har høy måloppnåelse for rapporteringsgrad *kirurgi, strålemelding og utredningsmelding*, mens *medikamentmeldingen* har moderat måloppnåelse. Når det gjelder de øvrige kvalitetsindikatorerne har vi høy eller moderat måloppnåelse. For indikatoren *5-års relativ overlevelse etter kirurgi for stadium 1* har vi lavere måloppnåelse enn ønsket, selv om samlet *5-års relativ overlevelse* er grønn. Vi ser at en del pasienter som klinisk har vært vurdert å være i stadium 1 blir gitt et høyere stadium hos patolog etter funn av ikke-erkjent spredning. Før 2018 ble det ikke gjort systematisk lymfeknute-høsting i Nordlandssykehuset, og vi tror dette har bidratt til at pasienter har blitt kategorisert i feil stadium. Etter 2018 er trenden positiv. Vi tror derfor at kvalitetsindikatoren for 5 års overlevelse for stadium 1 vil bedre seg. For *30-dagers dødelighet etter operasjon* har vi 2,1% (mot målet >1.5%). Dette skyldes at vi i 2020 hadde et dødsfall etter lungekreftkirurgi. Hendelsen ble rutinemessig meldt til tilsynsmyndighetene, men behandling av saken ble avsluttet uten at det ble funnet kritikkverdige forhold rundt den kirurgiske behandlingen.

Kvalitetsindikatorerne for **lymfoide maligniteter** viser at Nordlandssykehuset har en høy dekningsgrad og høy måloppnåelse for *angitt stadium ved lymfom og fem års relativ overlevelse for lymfom og lymfoide leukemier*. Vi har begynt med ukentlig MDT møte med kreftleger og patologer ved UNN, og diskuterer alle pasienter med aggressive lymfomer før oppstart behandling. Kvalitetsindikatoren *diagnostisering av lymfom* viser lav måloppnåelse med 68%, dvs. at 32% av lymfomdiagnosene ikke er blitt vurdert ved et universitetssykehus som retningslinjene anbefaler. Det er nå iverksatt nye rutiner for sending av det patologiske preparatet til UNN som medfører at denne indikatoren skal få økt måloppnåelse i løpet av 2021. *Overlevelse ved myelomatose* har moderat måloppnåelse. Tidligere ble mange av pasientene fulgt opp ved lokalsykehusene, men for to år siden begynte vi å ambulere ut. Ambuleringen bidrar til at de fleste myelomatosepasientene følges opp av hematolog. I tillegg deltar i en klinisk studie med denne pasientgruppen. Vi håper disse tiltakene skal føre til at 5-års overlevelsen for myelomatose pasientene øker. *Myelomatose; biopsi som basis for diagnose* har også moderat måloppnåelse (81% mot målet > 90%). Andelen pasienter vi tar benmargsbiopsi på under utredning er økt de siste årene. Nå er det kun unntaksvis at vi ikke tar biopsi. Vi tror derfor at andelen vil være høyere for 2021 rapporteringen.

Resultatene for **brystkreft** viser at Nordlandssykehuset har en god totaloppnåelse. Når det gjelder primære rekonstruksjoner har vi høy måloppnåelse, og er et område vi har

systematisk jobbet med i form av økt tilstedeværelse av plastikkirurg. Vi har moderat måloppnåelse for to av indikatorene: *for få pasienter er ferdig operert etter et inngrep* (86% mot måloppnåelse ≤ 90 %) og *for få pasienter med tumorstørrelse 0-20 mm får utført brystbevarende kirurgi* (85 % mot måloppnåelse ≤ 90%). Den første indikatoren kan forbedres med bedre utredning (MR). For den andre indikatoren mistenker vi at flere eldre har ønsket å unngå strålebehandling/reise på grunn av pandemi. Derfor vil vi følge resultatene nøye for å se om dette endrer seg.

Kvalitetsindikatorene for **prostatakraft** viser høy måloppnåelse for alle kvalitetsindikatorene, noe vi er svært tilfreds med.

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 nevrologiske sykdommer. I **MS-registeret** har Nordlandssykehuset en dekningsgrad på 91% som gir grunnlag for en pålitelig tolkning av resultater. Data fra MS-registeret brukes aktivt til å vurdere aktivitet og organisering innenfor fagområdet. Den samlede måloppnåelsen er god, men vi har også et forbedringspotensial innenfor noen områder. For *behandling innen 30 dager etter diagnose* har vi lav måloppnåelse (50% mot > 75%). Vi vil derfor granske forløpet og ta stikkprøver for å se hvor det er vi taper tid, slik at vi kan oppnå høy måloppnåelse ila 2022. For *oppdatert funksjonsskår* har vi en negativ utvikling for måloppnåelse, men vi setter dette i sammenheng med koronapandemien og utsatte kontroller for en del MS-pasienter. Vi forventer derfor en bedring av disse resultatene for 2021.

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, og er fortsatt er i oppbyggingsfasen for å oppnå tilfredsstillende dekningsgrad. Nordlandssykehusets resultater for registeret viser en forbedring for flere av kvalitetsindikatorene, selv om vi fortsatt har noen med moderat måloppnåelse. Vi er fornøyd med at 88-90% av *pasientene angir at de er fornøyd med informasjon før og etter undersøkelsen*. Det jobbes med kvalitetsforbedring i form av skopiteknikk-kurs, vurdering av adekvat tarmtømming og sedering av pasientene, i tillegg til tiltak for å øke rapporteringen, og alle resultater gjennomgås tverrfaglig på driftsmøter. Målsetningen er høy måloppnåelse innenfor alle indikatorer.

I **Norsk kvalitetsregister for fedmekirurgi** er det fire kvalitetsindikatorer, hvor Nordlandssykehuset har høy måloppnåelse for tre av disse som viser at vi har god kvalitet på dette tjenestetilbudet hos oss. Vi ser spesielt fornøyd med *andelen reinnleggelser* som er 2.5% mot et nasjonalt snitt på 5.9% (mål <5%). For *ettårskontroll innenfor normtid* er antallet for lav til å framstille data. Vi vet ikke årsaken til hvorfor data mangler, og har derfor tatt kontakt med registeret for å finne ut om dette beror på feilregistrering.

Skade og intensiv

Fagområdet dekker tre kvalitetsregistre, hvor Nordlandssykehuset rapporterer til alle: Nasjonalt traumeregister, Norsk intensiv- og pandemiregister og Norsk nyfødtd medisinsk register.

Av kvalitetsindikatorene innen **Norsk intensiv- og pandemiregister** når vi ikke målet for reinnleggelser innen 72t (4.9% mot <4%). Reinnleggelse er assosiert med lengre

sykehusopphold, økt bruk av ressurser og høyere morbiditet og mortalitet, og bør derfor unngås. For eksempel kan tidlig utskrivelse vitne om dårlige vurderinger og beslutninger ved utskrivelse fra intensivavdelingen og ved mangel på intermedieenheter vil steget fra intensivavdeling til sengepost bli for stort i forhold til behovet for noen pasienter. Siden 2020 har vært et spesielt år med periodevis press på intensivkapasiteten, kan denne situasjonen ha bidratt til høyere reinnleggsrate enn ønsket. Nordlandssykehuset har som mål at andelen reinnleggsrate skal være mindre enn 4%. Med utgangspunkt i disse dataene er det igangsatt kvalitetsforbedringsprosjekter ved intensiv i Bodø. Det mest konkrete tiltaket i år har vært innføringen av en Intensivgruppe for leger bestående av fem leger (inkludert seksjonsoverlege intensiv) som prioriteres inn til intensivavdelingen på dagtid for å øke kontinuitet og kompetanse. Disse legene har fordelt de ulike fagfeltene seg imellom, for å kunne gjøre relevant prosedyrearbeid og undervisning innenfor faget.

For **Norsk nyfødtt medisinsk kvalitetsregister** er det definert seks kvalitetsindikatorer. For *oppstart og svar på blodkultur* har Nordlandssykehuset hhv. moderat måloppnåelse (95%) og lav måloppnåelse (81%), som ligger rundt det nasjonale snittet. Når det gjelder å ta blodkultur vet vi at kan være en utfordring å ta blodkultur før oppstart med antibiotika på lokalsykehus. Vi tror derfor at høy måloppnåelse (98%) kan være vanskelig å innfri. *Svar på blodkultur* er vi ikke gode nok på å registrere i neonatalprogrammet, og flere barn skrives ut før endelig svar foreligger. Vi jobber derfor med å forbedre registreringen av disse opplysningene. For *bruk av steroider til mor før forløsning av prematurt barn*, har vi lav måloppnåelse. Antall barn er lavt (9) og to er registrert med nei. Et av disse er feilregistrert og i det andre tilfellet ble barnet forløst akutt ved et lokalsykehus, og mor fikk da ikke steroider. Vi har klare rutiner som tilsier i hvilke tilfeller steroider skal gis til mor. For de øvrige tre indikatorene som alle omhandler premature født før uke 28 er antallet for lavt til at data vises på kvalitetsregistre.no.

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. I dette registeret er det foreløpig bare definert ønsket målnivå for 1 av 4 kvalitetsindikatorer; *endring i undervektstatus fra start til slutt*. For denne indikatoren har Nordlandssykehuset lav måloppnåelse (46%), men høyere andel enn det nasjonale snittet (41%). For de øvrige indikatorene ligger vi under nasjonale gjennomsnittsverdier. Det jobbes med å forbedre resultatene for disse kvalitetsindikatorene.

Tilbakemelding til Nordlandssykehuset

I september 2021 offentliggjør Kreftregisteret årsrapporter fra de åtte nasjonale kvalitetsregistrene på kreftområdet; kvalitetsregister for barnekreft, brystkreft, gynekologisk kreft, lungekreft, lymfoide maligniteter, melanom, prostatakreft og tykk- og endetarmskreft. Fagrådene tilknyttet kvalitetsregistrene 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 kvalitetsregistrene lettere tilgjengelig for helseforetakene og har derfor utarbeidet en sammenstilling av resultatene for de ulike helseforetakene.

Dette dokumentet gir en oppsummering av resultatene fra kvalitetsregistrene på kreftområdet for Nordlandssykehuset HF. Helseforetaket vil få presentert en samlet oversikt over utvalgte resultater med bakgrunn i kvalitetsindikatorerne 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 HF, enten fordi Nordlandssykehuset er behandlende sykehus, eller fordi kvalitetsindikatoren vises på opptaksområdet.

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 evaluert spesielt i 2021/2022.

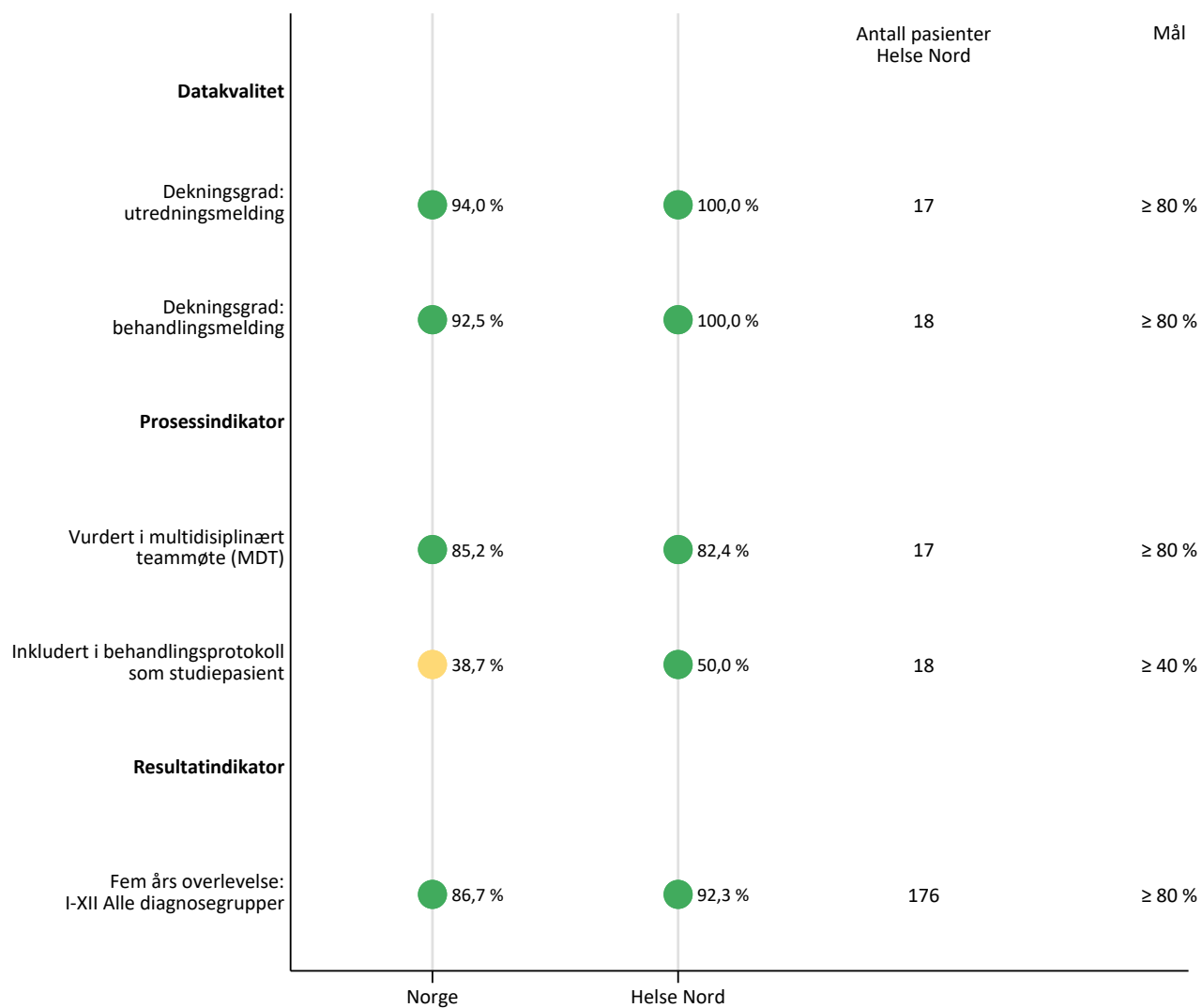
Fagrådenes vurderinger av resultatene finner dere i de ulike årsrapportene. Rapportene er tilgjengelige på Kreftregisterets nettsider: www.kreftregisteret.no.

Oppsummering av resultater

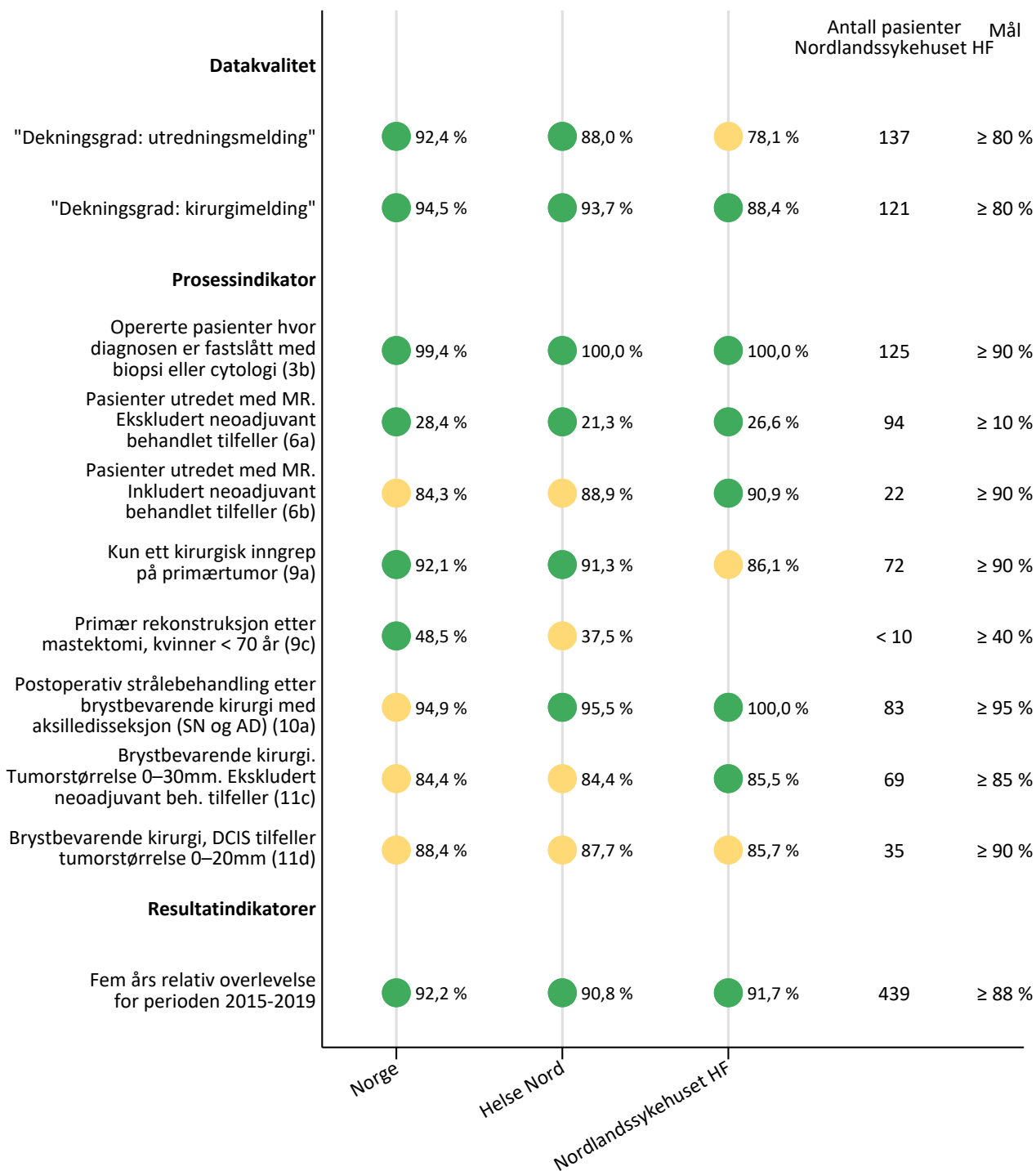
Årsrapportene fra kvalitetsregistrene for kreft viser at helseforetaket generelt har gode resultater. Fagrådene ber dere om å gå spesielt gjennom følgende resultater fra årsrapportene for 2020:

- Lymfoide maligniteter: Andelen pasienter der diagnosen er stillet av, eller konsultert med et sykehus med nødvendig undersøkelsesmetoder, ligger under det anbefalte målet. Det må utføres FISH på flere pasienter med myelomatose. Andelen pasienter med myelomatose som blir biopsert ligger noe under målet som er satt.

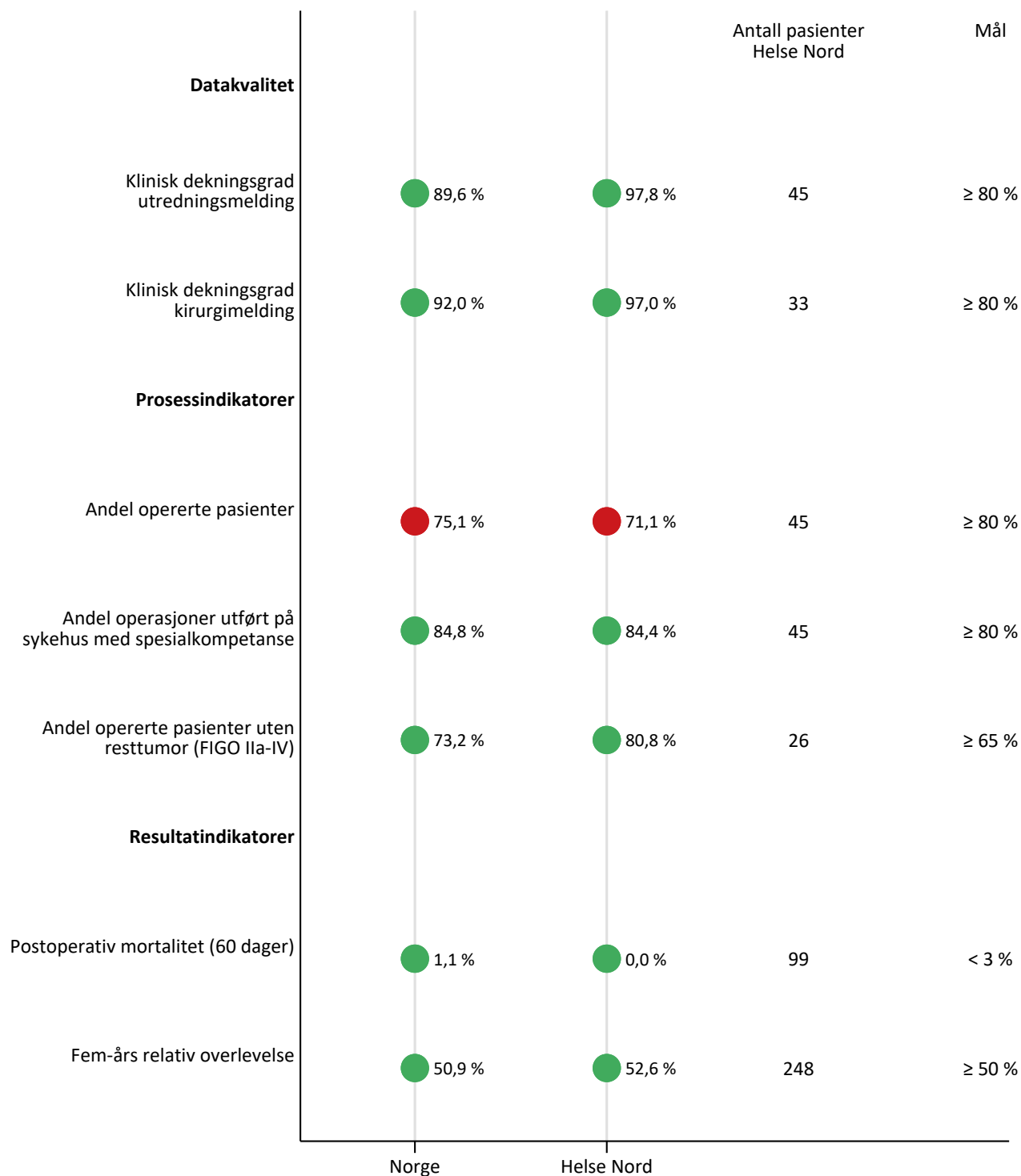
Nordlandssykehuset har gode rutiner for rapportering til kvalitetsregistrene innen kreft.



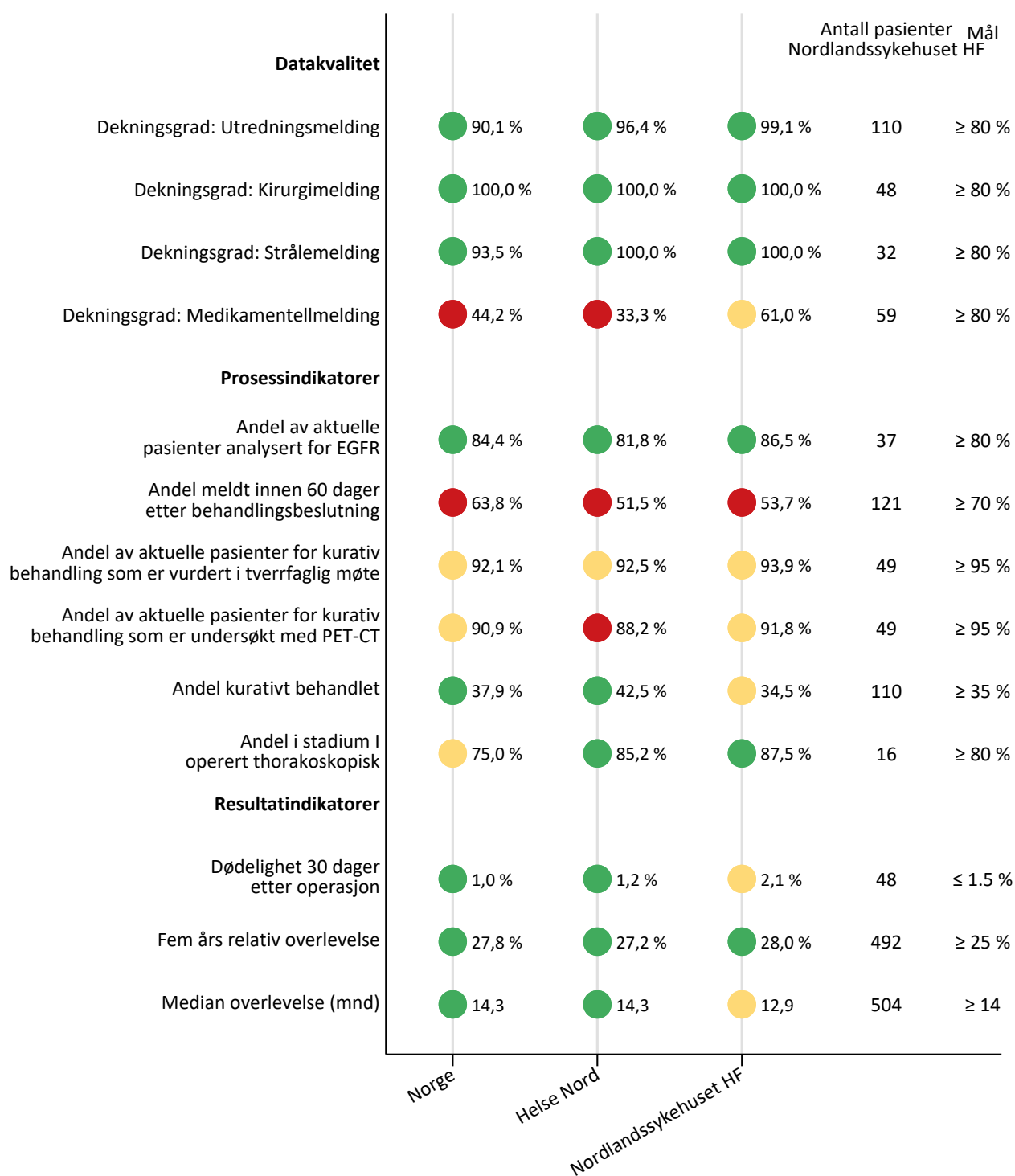
Figur 1. Kvalitetsindikatorer fra Nasjonalt kvalitetsregister for barnekraft



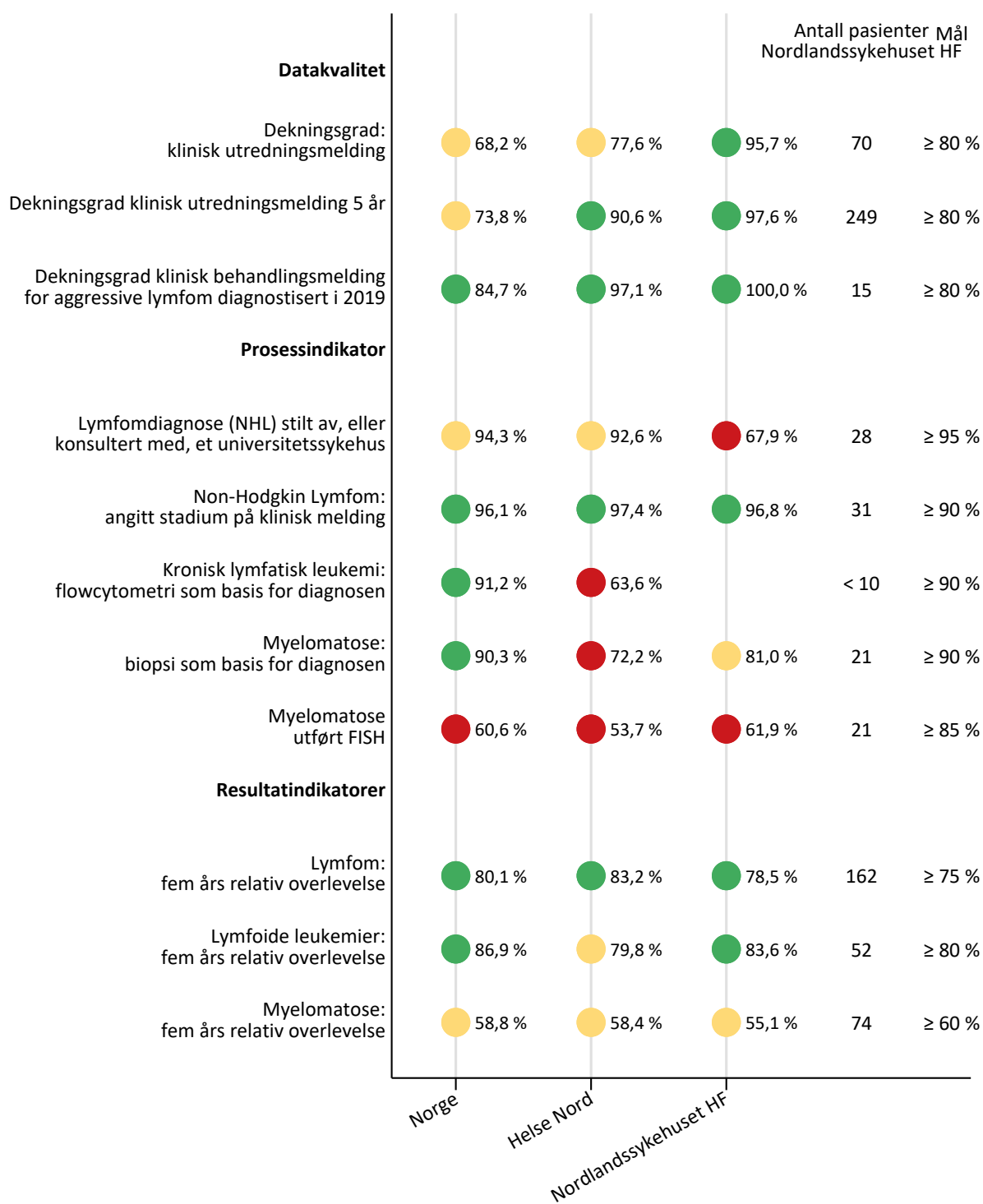
Figur 2. Kvalitetsindikatorer fra Nasjonalt kvalitetsregister for brystkreft



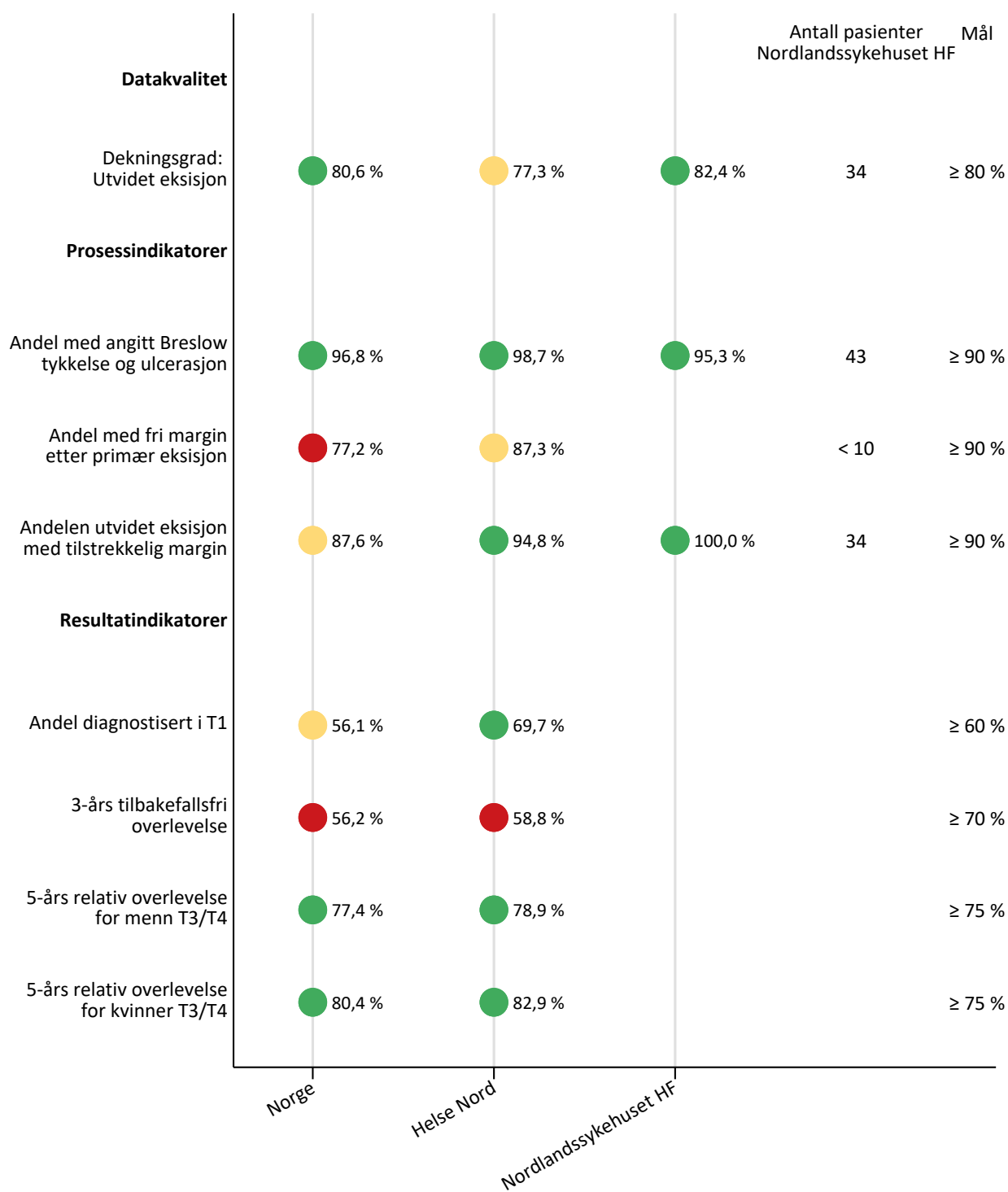
Figur 3. Kvalitetsindikatorer fra Nasjonalt kvalitetsregister for gynekologisk kreft, ovarialkreft



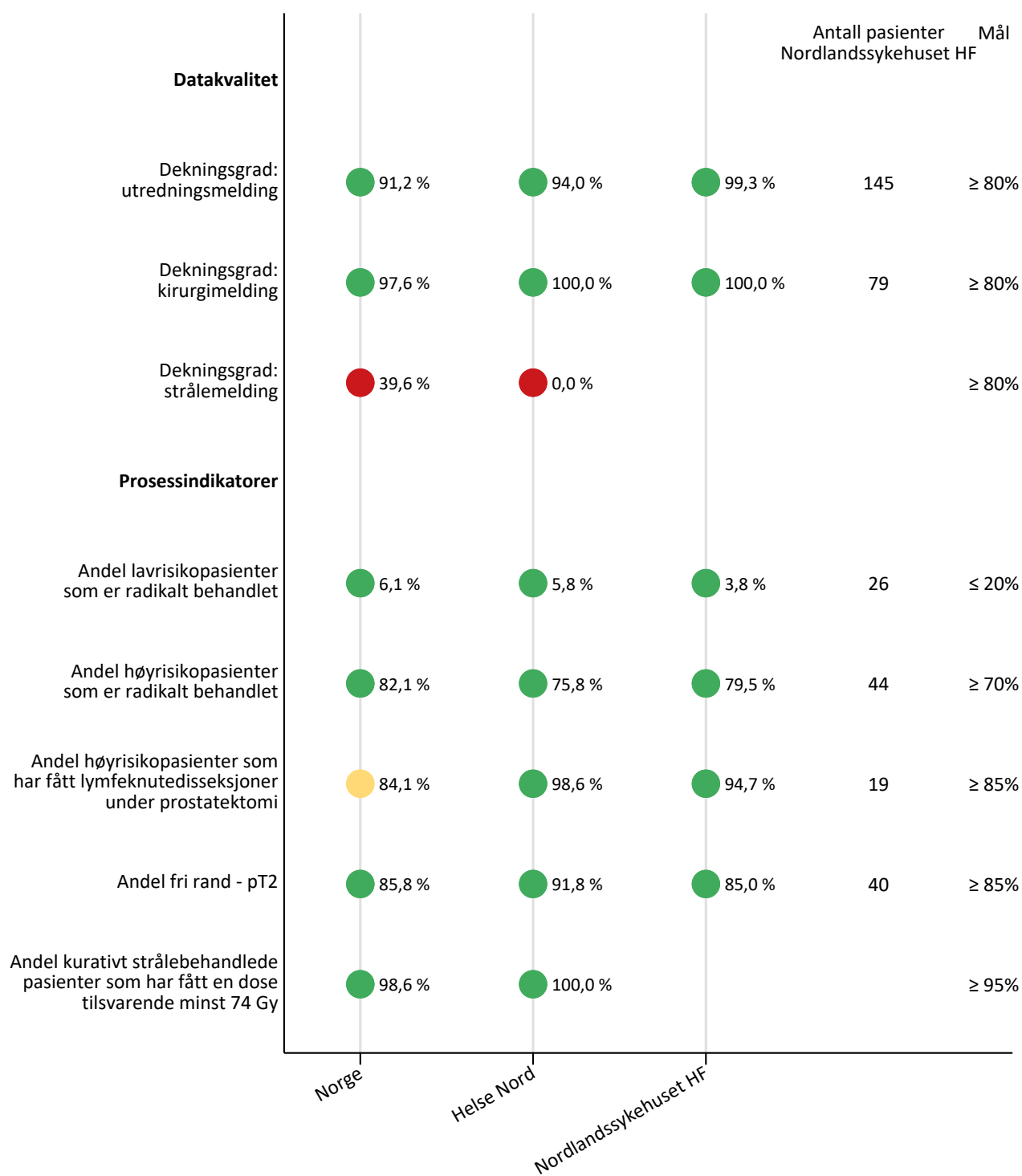
Figur 4. Kvalitetsindikatorer fra Nasjonalt kvalitetsregister for lungekreft



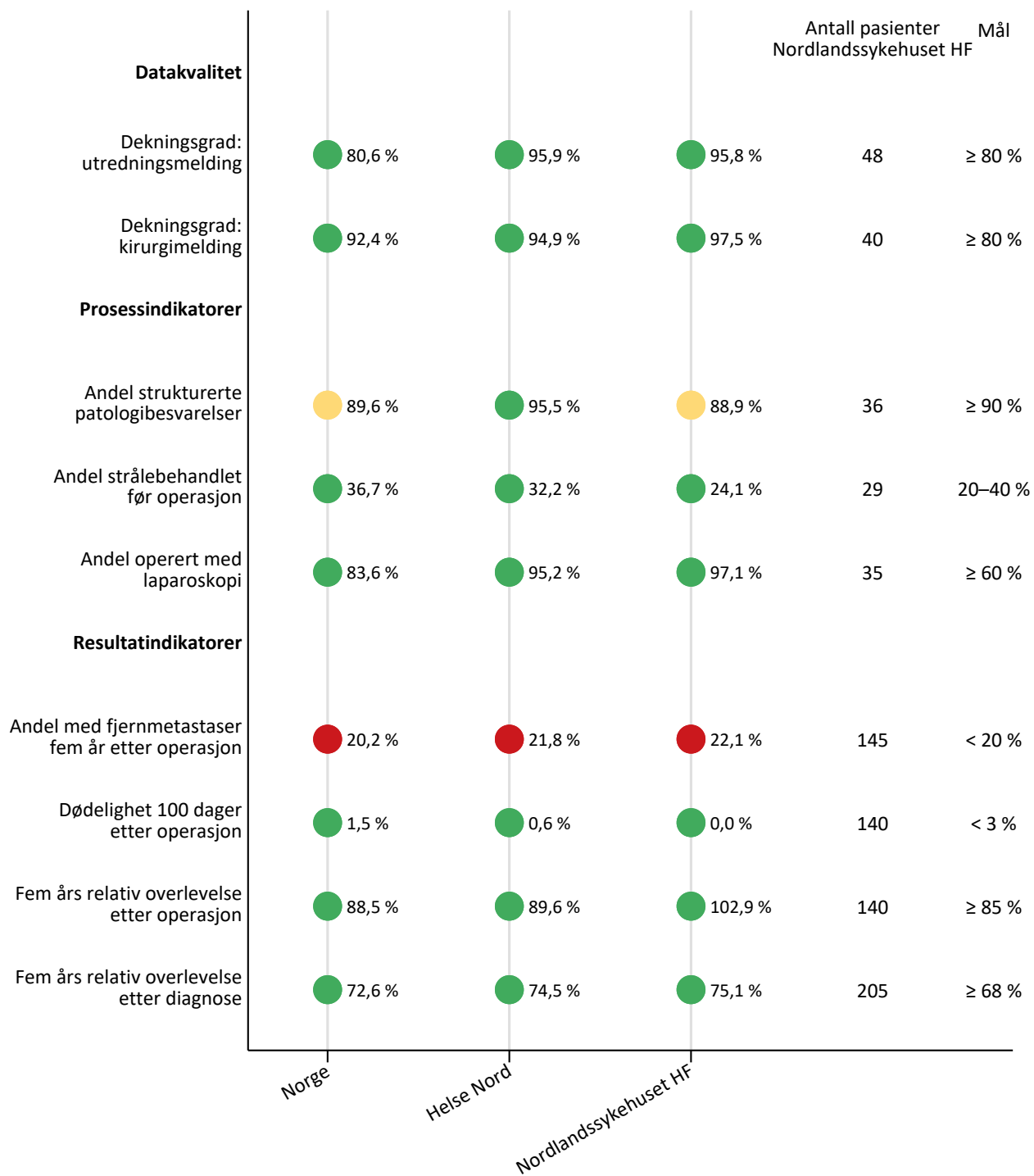
Figur 5. Kvalitetsindikatorer fra Nasjonalt kvalitetsregister for lymfoide maligniteter



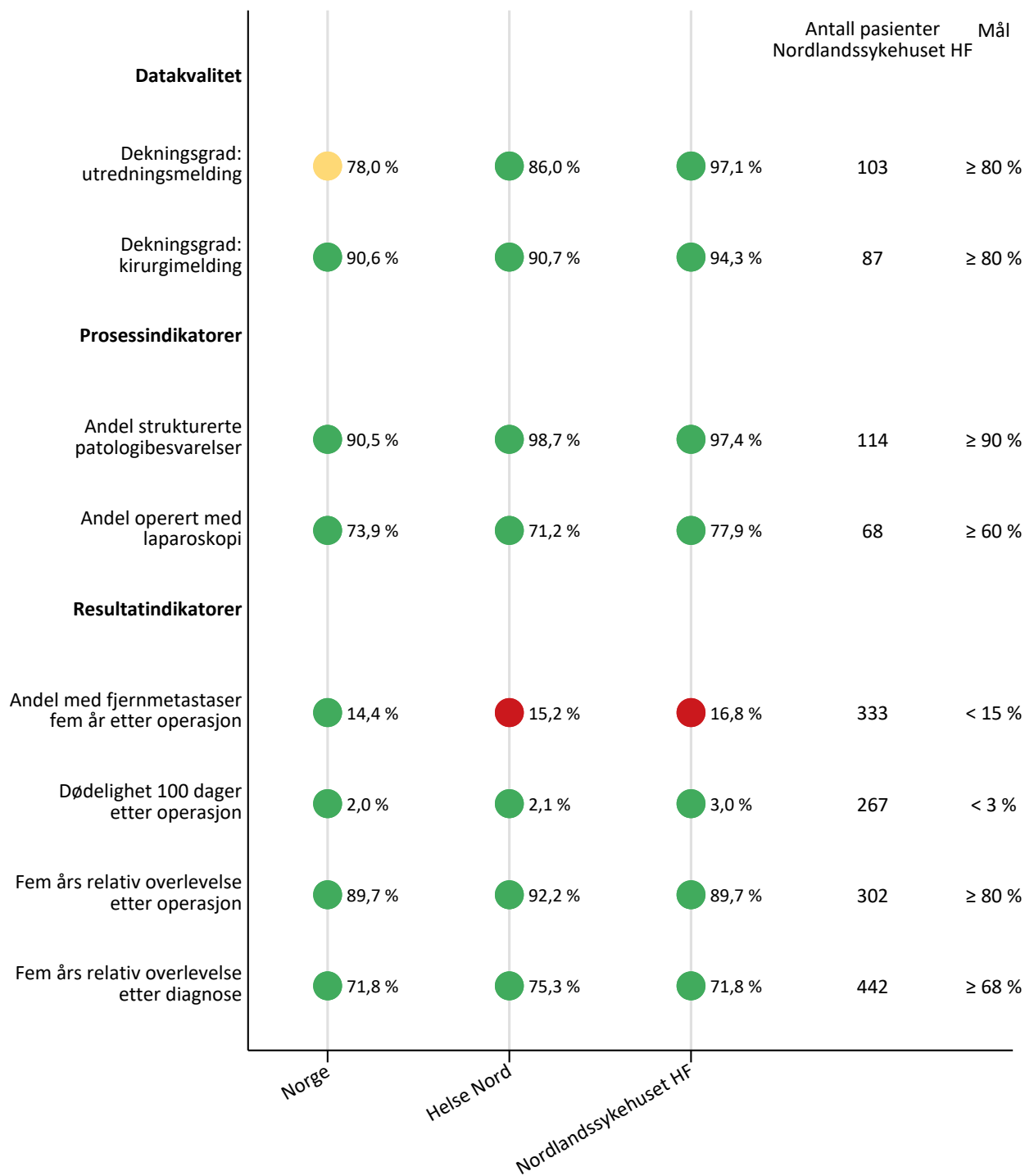
Figur 6. Kvalitetsindikatorer fra Nasjonalt kvalitetsregister for melanom



Figur 7. Kvalitetsindikatorer fra Nasjonalt kvalitetsregister for prostatakraft



Figur 8. Kvalitetsindikatorer fra Nasjonalt kvalitetsregister for tykk- og endetarmskreft, resultater for endetarmskreft



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