



Styresak 006-2021

Nordlandssykehusets resultater i nasjonale kvalitetsregistre

Saksbehandler: Tonje Elisabeth Hansen

Dato dok: 04.02.2021

Møtedato: 18.02.2021

Vår ref: 2019/1149

Vedlegg (t):

1. Oppsummering av Nordlandssykehusets resultater fra kvalitetsregistrene for kreft

Innstilling til vedtak:

1. Styret tar saken til orientering og finner at Nordlandssykehusets samlede resultater i de nasjonale medisinske kvalitetsregistrene for 2019 er tilfredsstillende.

Bakgrunn

I Norge har vi 51 nasjonale medisinsk kvalitetsregistre¹ som representerer ulike fagområder, og Nordlandssykehuset bidrar med data til de fleste dem. Årsrapportene for 2019 ble publisert 27. oktober, og i denne saken legges Nordlandssykehusets resultater innenfor de største registrene fram. Styret fikk forrige orientering (resultater for 2018) gjennom [styresak 005-2020](#).

Direktørens vurdering

Nordlandssykehuset skal bli ledende på kvalitet, en visjon som stiller krav til oss. Resultatene fra de Nasjonale medisinske kvalitetsregistrene for 2019 og Helseatlas for kvalitet, viser at den samlede kvaliteten i Nordlandssykehuset for det meste er god og innenfor enkelte områder fremragende. Likevel har vi flere kvalitetsindikatorer med lav måloppnåelse og noen kvalitetsregistre med for lav dekningsgrad til at resultatene fremstilles. Selv om lav måloppnåelse for noen av kvalitetsindikatorene lett kan forklares, krever andre en større grad av nysgjerrighet rundt hvorfor og hva som må til for at vi skal kunne forbedre oss. Den jobben forventes det at fagmiljøene gjør. For å bli ledende på kvalitet må vi i tillegg gå foran og opprettholde gode resultater over tid. Direktøren er opptatt av at vi ikke trenger å være dårlige for å ønske og bli bedre! På denne måten kan vi sikre at Nordlandssykehusets tjenestetilbud framstår så attraktive at pasientene også i fremtiden velger å få sin behandling hos oss.

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

Nasjonale medisinske kvalitetsregistre og helseatlas for kvalitet

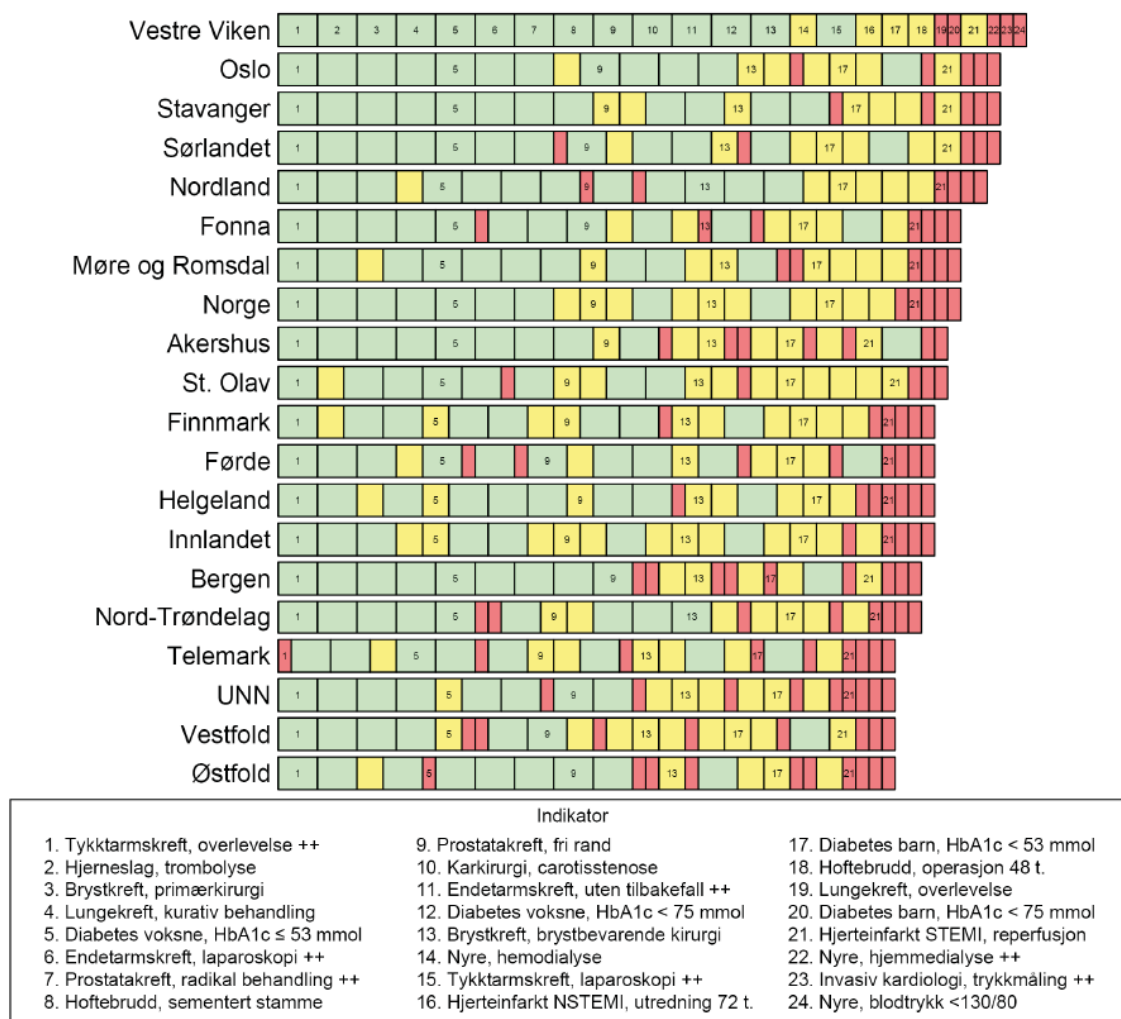
Medisinske kvalitetsregistre har som formål å forbedre helsetjenesten ved å bidra til å styrke kvaliteten og pasientsikkerheten. De medisinske kvalitetsregistrene inneholder strukturert informasjon om utredning og behandling, som gir mulighet til å vurdere kvaliteten i pasientbehandlingen. Nasjonalt 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. For mer inngående beskrivelse av de nasjonale medisinske kvalitetsregistrene og nasjonale kvalitetsindikatorer henvises det til [styresak 005-2020](#) og til Nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetsregistre sine nettsider².

Den 18. januar ble Helseatlas for kvalitet³ lansert av SKDE. Dette er et helseatlas som baserer seg på 31 ulike kvalitetsindikatorer fra 12 nasjonale kvalitetsregistre innenfor sykdommene hjerte-kar, kreft, diabetes, nyre og hoftebrudd. Resultatene gjelder spesialisthelsetjenesten for perioden 2017-19 og inkluderer ca. 100.000 pasienter og behandlinger. De ulike kvalitetsindikatorene er utvalgt i tett samråd med de respektive kvalitetsregistrene og tilfredsstillende et sett kriterier inkludert: definerte kvalitetsindikatorer, dekningsgrad over 60% og høy grad av tilslutning fra relevante sykehus. Hensikten med Helseatlas for kvalitet er å undersøke om befolkningen får likeverdig kvalitet i utvalgte nødvendige helsetjenester uavhengig av bosted og på tvers av fagområder. Figur 1 oppsummerer resultatene for de 24/31 kvalitetsindikatorene som har definerte målområder.

² [Nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetsregistre](#)

³ [Samleside for de nasjonale helseatlasene med tilhørende rapporter](#)

Bosatte i opptaksområdene



Kilde: Nasjonale medisinske kvalitetsregistre/FHI/SSB



Figur 1. Samlet oversikt over kvalitet i utvalgte nødvendige helsetjenester, per opptaksområde. Måloppnåelsen angis som grønn (høy), gul (moderat) og rød (lav) og måloppnåelsen avgjør lengden på søylen (høyere måloppnåelse gir lengre søyle).

Som figuren viser plasseres Nordlandssykehuset som 5/21 helseforetak i forhold til måloppnåelse. To av kvalitetsindikatorerne har lav måloppnåelse hos alle helseforetak, og en har lav måloppnåelse hos alle unntatt ett helseforetak. For de øvrige er det to kvalitetsindikatorer der vi skiller oss negativt ut (nr 9 og 11), og en indikator (nr 21) som må forbedres hos oss og i mange andre helseforetak:

- **Prostatakreft, fri rand (indikator 9), lav måloppnåelse**

For perioden 2017-19 er resultatene for indikatoren fri rand ved operasjon av kreft i prostata (pT2) uønsket lave. Dels skyldes dette små pasientvolum hvor en pasient utgjør en stor andel (for 2019 utgjorde hver pasient 3% av totalen). I fagmiljøet (også nasjonalt) ser man at der er andre parameter som beskriver kvaliteten bedre (eks: sykkelighet og overlevelse), men disse er ikke like enkel å måle. For mer avansert prostatakreft (pT3) med dårligere prognose har vi svært gode resultater. Likevel må vi forbedre oss. Vi erfarer allerede at data for 2020, hvor vi opererte totalt 79 pasienter (ikke publisert enda), viser en økning i andelen opererte med fri rand tilsvarende moderat – høy måloppnåelse.

- **Endetarmskreft uten tilbakefall (indikator 11), lav måloppnåelse**
For perioden 2017-19 er resultatene for endetarmskreft uten tilbakefall ikke tilfredsstillende. Da fagmiljøet ble klar over resultatene fikk de data fra Kreftregisteret, og gjennomgikk hver enkelt pasient. I femårsperioden 2014-19 var det registrert åtte pasienter med tilbakefall. Av disse viste 3/8 seg å være feilregistrerte – noe Kreftregistret har fått tilbakemelding om. Selv med de gjenstående 5 vil resultatet fortsatt være lav måloppnåelse (94.8% mot 95% som er høy måloppnåelse). Disse fem pasienten er gjennomgått ved en journalgjennomgang for å undersøke om det har vært forhold rundt operasjonen som kunne vært gjort anderledes. Hos 1/5 pasient fant man at valg under operasjonen kunne ha bidratt til økt risiko for tilbakefall. Pasientkasusen er gjennomgått i fagmiljøet for læring. I tillegg har man diskutert forhold rundt disse pasientene i det tverrfaglige møtet (MDT-møtet) som avholdes for å diskutere behandling og oppfølging av kreftpasienter. Lokalt residiv for pasienter med endetarmskreft er en prognostisk ugunstig faktor, og noe vi tilstreber å unngå.
- **Reperfusjon ved STEMI hjerteinfarkt (indikator 21), lav måloppnåelse**
Nordlandssykehuset HF oppnår nest dårligste resultater nasjonalt for denne indikatoren. Resten av foretakene i regionen scorer også lavt på denne indikatoren. Det ble derfor i november 2020 startet et regionalt prosjekt som heter iTide, som ledes av klinikkssjef ved hjerte-lunge klinikken på UNN som også Nordlandssykehuset deltar i. Målet med prosjektet er å redusere tiden til reperfusjonsbehandling (prehospital trombolyse eller primær PCI) ved STEMI (ST-elevasjonsinfarkt). For vår del handler derfor dette om pasienter som skal ha prehospital trombolyse innen 30 minutter. iTide tar sikte på å inkludere 100 pasienter i regionen frem mot 1 mars. I denne perioden har vi tatt mål av oss å få en oversikt over de viktigste tidstyvene i pasientforløpet, samt å starte forbedringsarbeid parallelt gjennom QI Nord. Vi har allerede fått inkludert et tosifret antall pasienter i prosjektet og vi har erkjent at den største forsinkelsen skjer i påvente av beslutning om å gi prehospital trombolyse på forespørsel fra ambulansearbeiderne til medisinsk LIS-lege. Vi forventer at både lokalt og regionalt prosjekt vil bidra til å bedre våre resultater for denne indikatoren.

For de 7/31 kvalitetsindikatorerne som ikke har definerte målområder, og derfor ikke vises i figur 1, ligger Nordlandssykehusets resultater rundt nasjonalt snitt eller bedre for alle indikatorene. For 4/7 er vi blant de tre foretakene nasjonalt med de beste resultatene. Oppsummert viser derfor resultatene i Helseatlas for kvalitet at den samlede kvaliteten på behandlingen i Nordlandssykehuset i perioden 2017-19 var god.

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

Etter at årsrapportene for 2019 ble publisert, ble de ulike fagmiljøene i november 2020 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.

Nedenfor angis måloppnåelsen i Nordlandssykehuset for kvalitetsindikatorerne i de største nasjonale kvalitetsregistre definert etter fagområdene de er inndelt i. For en fullstendig oversikt over resultatene vises det til nettsidene til Nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetsregistre⁴

⁴ Oversikt over de nasjonale medisinske kvalitetsregistre: <https://www.kvalitetsregistre.no/registeroversikt>

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 dekningsgradene gode bortsett fra for Ryggkirurgi og Korsbåndsregisteret hvor dekningsgraden er røde, men Korsbåndregistret med 69% viser en bedring fra i fjor.

Barnehofteregisteret har så små volum at det ikke er publisert tall for hverken Nordlandssykehuset eller Helse-Nord.

Indikatorer hvor måloppnåelsen er høy:

- *Sementer lårbeinsprotese hos eldre.* Vi erfarer en bedring for indikatoren. Her har det vært gjort et nasjonalt arbeid med informasjon, som ser ut til å ha god effekt.
- *30-dagers overlevelse hoftebrudd.* Bedring i resultater sammenlignet med tidligere år. Alle lokasjoner har grønn indikator. Nasjonalt fokus på hoftebrudd og optimal behandling har bidratt.

Indikatorer hvor måloppnåelsen er lav:

- *Veldokumentert kneprotese.* Her er vi fanget av anbudsprosesser. Ved anbud er 3 års RSA (Radio Stereometric Analysis) eller 5 år med registeroppfølging kvalifikasjonskravet. Kravet til Leddproteseregisteret er 10 års oppfølging i register. Det gjør at vi periodevis ikke vil oppfylle kravene. Det er ikke noe som tyder på at implantatene som brukes i dag ikke oppfyller krav, men observasjonstiden har ikke utløpt. Den sementerte hofteprotesekoppen har nå oppfølging over 10 år, og dermed er tallene her blitt langt bedre.
- *Operasjon innen 24t eller 48t for hoftebrudd.* Ventetiden for hoftebrudd er fortsatt for lang. Denne indikatoren har prioritet for forbedring, men utfordringen har vært tilgang til operasjonsressurs. Ventetid i LO/VE pga. overflytting til Bodø bidrar og for disse pasientene.

Diabetes

Innenfor fagområdet diabetes leverer Nordlandssykehuset data til begge de to nasjonale registrene: Nasjonalt medisinsk kvalitetsregister for barne- og ungdomsdiabetes og Nasjonalt diabetes registre for voksne. Begge registrene har med kvalitetsindikatorer i Helseatlas for kvalitet.

Innenfor diabetesbehandling for barn og ungdom har det siden høsten 2017 vært jobbet systematisk med kvalitetsforbedring pga. at Nordlandssykehusets resultater for kvalitetsindikatorerne viste lav måloppnåelse. Dette arbeidet har blant annet resultert i at det kvalitetsforbedrende prosjektet mottok Helse Nords pris for kvalitetsforbedring høsten 2020. Kvalitetsindikatorerne for barne- og ungdomsdiabetes som er prosessindikatorer (7 stk.) og som omhandler andelen barn og unge som er undersøkt årlig for ulike parameter har alle høy måloppnåelse (90-100%). Andelen som *ikke har vært innlagt med diabetes ketoacidose eller hatt insulinsjokk* har også høy måloppnåelse (97%). For kvalitetsindikatorerne som beskriver behandlingsmål har vi moderat måloppnåelse for andel pasienter med langtidsblodsukker (HbA1c) < 53 mmol/mol og andel pasienter med langtidsblodsukker < 58 mmol/mol og lav måloppnåelse for andel pasienter med langtidsblodsukker > 75mmol/mol. Likevel ligger vi godt over nasjonalt gjennomsnitt og blant de beste foretakene nasjonalt for disse indikatorene. Gjennom forbedringsprosjektet har vi oppnådd en kraftig forbedring av resultatene siden 2017 som betyr bedre oppfølging og mindre risiko for utvikling av senkomplikasjoner for denne pasientgruppen. Videre skal vi fortsette arbeide med å forbedre behandlingsmålene ytterligere.

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

For hjerneslagregisteret har vi høy måloppnåelse for *Andel pasienter behandlet med trombolyse og andel trombolyse gitt innen 40 minutt etter innleggelse*. Dette er med bakgrunn i at vi har godt innarbeidede prosedyrer for mottak av pasienter aktuelle for trombolysbehandling og gjennom to har gjennomført et systematisk arbeid for å redusere tid fra ankomst til trombolysbehandling. Vi har også høy måloppnåelse for *Andel pasienter behandlet i slagenhet* og *Andel pasienter utskrevet med blodtrykkssenkende medikamenter*. For sistnevnte er dette bedring fra tidligere år og skyldes økt fokus på denne kvalitetsindikatoren. For indikatorene *Andel pasienter som får testet svelgfunksjon* og *Andel pasienter med oppfølging utført etter tre måneder* har vi hhv. moderat og lav måloppnåelse. Vi mistenker at manglende dokumentasjon for svelgtesting har bidratt til moderat måloppnåelse, vi har derfor forsterket fokus på å dokumentere. 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 har derfor vært gjennomført en kartlegging hvor man har identifisert ulike årsaker (feil registrering i pakkeforløp, manglende innkalling osv.). Så langt i 2020 viser resultatene for indikatoren bedring

For hjertestansregisteret viser resultatene våre for *Vellykket gjenoppliving etter hjertestans* at vi er beste nasjonalt med en andel på 31%, mens for resultatene for *Hjerte-lungeredning før ambulansen kommer frem til hjertestans* ligger med 79% som lavere enn det nasjonale snittet på 85%. Vi ser likevel en stor bedring i denne indikatoren for første tertial 2020 (høy måloppnåelse). Vi har over tid hatt fokus på kvaliteten på de prehospitale tjenesten våre, blant annet ved å gjennomføre kompetanseheving innenfor forbedringsmetodikk slik at vi kan identifisere de områdene hvor det er behov for å iverksette tiltak for å heve kvaliteten. Gjennom dette systematiske arbeidet forventer vi fortsatt bedring i kvalitetsindikatorene innenfor for dette området. Til nå har ikke Nordlandssykehuset levert data for *hjertestans inne på sykehuset*, men dette vil vi startet opp med i 2021.

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 kvalitetsindikatorene i de ulike registrene. For malignt melanom har ikke Nordlandssykehuset levert data for 2019. Vi jobber nå med å få på plass systematikk rundt pakke- og behandlingsforløp for denne pasientgruppen og deriblant rutiner for rapportering til Kreftregisteret.

For kvalitetsindikatorene for tykk- og endetarmsregistret har alle kvalitetsindikatorene innenfor tykktarm høy måloppnåelse foruten indikatoren «Andel pasienter uten metastaser 5 år etter operasjon». Årsaken til disse gode resultatene er systematisk arbeid over tid og kontinuerlig oppdatering av kompetanse. 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. For endetarm viser alle kvalitetsindikatorene høy måloppnåelse foruten *andel pasienter uten lokalt tilbakefall 5 år etter operasjon* (som allerede er omtalt under helseatlas for kvalitet), og andel pasienter som får permanent stomi etter operasjon hvor vi ligger med en andel på 52% og målsetningen er mindre enn 40%. Fagområdet har gjennomgått data fra registeret for pasientene som har fått

permanent stomi i 2019 (totalt 30 pasienter) for om mulig finne områder som kan forbedres. Gjennomgangen viser at den egentlige andelen er høyere (63%). Av disse pasientene hadde halvparten utbredelse av kreften som medførte at permanent stomi ikke kunne unngås. For den andre halvparten var det noen pasienter som selv ønsket stomi og andre som hadde tilleggssykdommer som gjorde at man ikke ville ha valgt en annen løsning.

Resultater fra lungekreftregisteret viser at Nordlandssykehuset har høy måloppnåelse for rapporteringsgrad kirurgi og utredningsmelding, samt indikatorene *30-dagers dødelighet*, *andel vurdert i tverrfaglig møte* og *5-års relativ overlevelse*. Det har vært gjort et stort arbeid for å øke rapporteringsgraden, noe som resultatene viser. I tillegg er resultatene et uttrykk for god systematikk hvor tilnærmet alle pasienter med påvist kreft diskuteres i tverrfaglig (MDT) møte og gode rutiner for preoperativ utredning og kirurgisk behandling. For *andelen undersøkt med PET-CT* og *andel kurativt behandlet er måloppnåelsen* lav. PET-CT har over tid vært en flaskehals i utredningsløpet for lungekreft. Undersøkelsen skal utføres ved UNN Tromsø, men pga. lang ventetid som medfører brudd på pakkeforløpstidene, henvises også pasienter til privat tilbyder (Aleris). Ventetid for PET-CT har vært tatt opp med UNN gjennom fagsjefslinjen, og de jobber med å bedre den. Når det gjelder andel kurativt behandlet er man usikker på om tallmaterialet stemmer, men har ikke hatt kapasitet til å gjøre en gjennomgang av pasientene fra 2019, mye pga. ekstra belastning med covid-19 pandemien. Noen av disse pasientene (som får strålebehandling) skal meldes fra UNN, hvor de mottar sin behandling. Vi har også fokus på nøyaktighet i utfylling av kreftmelding.

Kvalitetsindikatorene for lymfoide maligniteter viser at Nordlandssykehuset har en høy dekningsgrad og høy måloppnåelse for *angitt stadium ved lymfom* og *fem års relativ overlevelse*. Kvalitetsindikatoren *diagnostisering av lymfom* viser lav måloppnåelse med 74%, dvs. at 26% 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.

For kvalitetsindikatorene for brystkreft har Nordlandssykehuset høy måloppnåelse for alle 7 indikatorene bortsett fra indikatoren *Andel pasienter med lokalavansert brystkreft utredet med MR* hvor måloppnåelsen er moderat.

Kvalitetsindikatorene for prostatakreft viser høy måloppnåelse unntatt indikatorene for *andel lavrisikopasienter som er radikalt behandlet* og *andel fri rand* (allerede omtalt under helseatlas for kvalitet). Andel radikalt behandlede lavrisikopasienter er rett over målsetningen på 20%, og pasientvolumene kan være et uttrykk for naturlig variasjon.

Nervesystemet og luftveier

Det eksisterer fem kvalitetsregister innenfor fagområdet nervesystemet, hvor Nordlandssykehuset rapporter til fire: Cerebral pareseregisteret i Norge, Norsk MS-register og biobank, Norsk Parkinsonregister og biobank og Norsk register for arvelige og medfødte nevromuskulære sykdommer. For MS-registeret har Nordlandssykehuset en dekningsgrad på 70% som gir grunnlag for en pålitelig tolkning av resultater. Vi har god eller meget god måloppnåelse for de fleste kvalitetsindikatorene, med unntak av tid fra symptomdebut til diagnose, som er mer enn 2 år for 50% av pasientene.

Innenfor luftveier rapporterer Nordlandssykehuset til Nasjonalt register for langtids mekanisk ventilasjon. For 2019 kan vi vise til en god dekningsgrad (89%) og høy måloppnåelse for indikatorene *blodgass målt før behandlingsstart* og *pasientenes vurdering av symptomer før start*. Årsaken til de gode resultatene er at vi har egen dagenhet med dedikerte

spesialsykepleier som følger opp pasienten svært tett i samarbeid med det øvrige tverrfaglige teamet. For de to andre indikatorene i registret; *planlagt behandlingsstart for ALS pasienter og øvrige nevromuskulære*, har vi moderat mål oppnåelse, rundt det nasjonale snittet. Her samarbeider respirasjonsenheten tett med nevrologisk avdeling, men erfarer noen utfordringer knyttet til rask progresjon i sykdom og overgang mellom ulike avdelinger og sykehus. Ved å forsterke samarbeidet rundt disse pasientene (regelmessige samarbeidsmøter), forventes det at høy måloppnåelse kan nås på sikt.

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, og dekningsgraden for 2019 er ikke beregnet. Resultatene for registeret viser at det fortsatt moderat og lav måloppnåelse for flere av kvalitetsindikatorene, men det er utfordrende å tolke resultatene før dekningsgraden økes. Likevel jobbes det kontinuerlig med kvalitetsforbedring i form av skopiteknikk-kurs, vurdering av adekvat tarmtømming og sedering av pasientene, i tillegg til tiltak for å øke rapporteringen. Av pasienten som har rapportert inn data er 87% fornøyd med behandlingen og informasjon de er gitt, noe som er svært gledelig.

Skade og intensiv

Fagområdet dekker tre kvalitetsregistre, hvor Nordlandssykehuset rapporterer til alle: Nasjonalt traumeregister, Norsk intensivregister (NIV) og Norsk nyfødtdedisinsk register. Vi har valgt å fokusere på Nordlandssykehusets resultater i NIV. For noen av kvalitetsindikatorene var dekningsgraden for lav i 2019 til at resultater er blitt framstilt. Vi har derfor også vurdert ikke-kvalitetssikrede data for 2020.

For kvalitetsindikatoren *reinnleggelse på intensiv* (innen 72 timer) har vi høy måloppnåelse for 2019, men vet fra at vi har hatt en økning i andelen innleggelser til 4.9% i 2020 som er over målet (inntil 4% reinnleggelser). Reinnleggelse er assosiert med lengre sykehusopphold, økt bruk av ressurser og høyere morbiditet og mortalitet, og bør derfor unngås. En rekke faktorer kan påvirke andelen reinnleggelser. For eksempel kan tidlig utskrivelse vitne om dårlige vurderinger og beslutninger ved utskrivelse fra intensivavdelingen og ved mangel på intermediærenheter vil steget fra intensivavdeling til sengepost bli for stort i forhold til behovet for noen pasienter. Nordlandssykehuset har som mål at reinnleggeslesraten være mindre enn 4% og har gjennomført et kvalitetssikringsprosjekt ved intensivavdelingen i Bodø5. Videre skal det jobbes for å nå målsetningen med en tverrfaglig tilnærming hvor også Mobilt akutteam (MAT) og NEWS-scoring på sengepost vil være viktige verktøy.

For kvalitetsindikatoren *respiratortid* er målsetningen at median tid på respirator for pasienter innlagt intensivavdeling skal være mindre enn 2.5 døgn for minst 50% av oppholdene. I 2019 hadde 68% av oppholdene respirator tid mindre enn 2.5 døgn, som tilsvarer høy måloppnåelse. Vi erfarer at andelen opphold med bruk av respirator på intensivavdeling hos oss er betydelig høyere enn hos sammenlignbare sentralsykehus/lokalsykehus (45% mot 10-20%). Vi mener dette henger sammen med at vi mottar respiratorpasienter fra Helgelandssykehuset og bidrar periodevis med avlastning ved fulle avdelinger både for UNN og Finnmarkssykehuset.

⁵ Reinnleggelser på intensivavdeling i Bodø Et kvalitetssikringsprosjekt ved Intensivavdelingen Nordlandssykehuset Bodø. Ida Marie Nyhagen Vikan Rapport: MED 3950 Masteroppgaven kull 2013 Profesjonsstudiet i medisin, Bodø 2018 UiT Norges Arktiske Universitet Veiledere Erik Waage Nielsen og Knut Dybwik

Kvalitetsindikatoren *standard mortalitetsratio (SMR)*, viser resultater for faktisk dødelighet i enheten sett opp mot en estimert dødelighet basert på hvor syke de inneliggende pasientene er (vurderes gjennom SAPS II score). Målet er at SMR skal være lik eller mindre enn 0.7, dvs. at den faktiske dødeligheten i avdelingen skal være lavere enn den estimerte risikoen for død. For Nordlandssykehuset Bodø var SMR 0.75 i 2019, og den øker til 0.93 for 2020. Andel opphold hvor pasienten dør på intensiv er 17% (nasjonalt gjennomsnitt = 9.8%) for 2020. Vi har derfor en høy intensivmortalitet sammenlignet med andre intensivavdelinger. Årsaken til dette er sannsynligvis sammensatt av flere faktorer: a) begrenset mulighet til å flytte pasienter som skal ha lindrende behandling til andre enheter, b) begrenset mulighet til å overflytte pasienter til intermediær/intensiv ved lokalsykehusene i Nordland pga. begrenset kapasitet lokalt, og c) manglende kontinuitet blant leger på intensiv bidrar til forlenget avansert behandling på tross av dårlig prognose hos pasienten. Intensivdødeligheten må reduseres og det er derfor blant annet ønskelig å etablere en grundig tverrfaglig diskusjon om behandlings- og satsningsnivå før pasienten overflyttes intensiv, hvor også pasienten og pårørende er aktive parter.

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.

For NorSpis ligger i registeransvaret i Nordlandssykehuset og er foretakets eneste nasjonale kvalitetsregister. NorSpis skal være et nasjonalt kvalitetsregister som inkluderer alle behandlingseenheter som utreder og behandler pasienter med spiseforstyrrelser i spesialisthelsetjenesten innen psykisk helsevern. NorSpis har som mål å bidra til å utvikle, forbedre og kvalitetssikre utredning, diagnostikk, behandling og oppfølging. Det er lagt en plan for inkludering i NorSpis der de regionale enhetene er de første til å registrere, deretter spesialpoliklinikker og så enheter som har et eget/spisset tilbud til pasienter med spiseforstyrrelse. Registeret ble etablert i 2015, men har erfart startvansker knyttet til innsamling av data og teknologiske løsninger. Fram til 2019 har NorSpis derfor kun presentert data for kvalitetsindikatorer på nasjonalt nivå. Fra 2019 presenteres data på enhetsnivå, i Nordlandssykehuset gjelder dette per nå Regionalt senter for spiseforstyrrelser og Fagteam spiseforstyrrelser innenfor barne- og ungdomspsykiatri, hvor dekningsgraden er 75%. For alle de fem kvalitetsindikatorerne ligger våre resultater høyere enn det nasjonale gjennomsnittet. Fra indeksene knyttet til pasienterfaringer, ligger Nordlandssykehusets resultater også godt over gjennomsnittet nasjonalt.

Tilbakemelding til Nordlandssykehuset

I september 2020 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 HF. 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

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

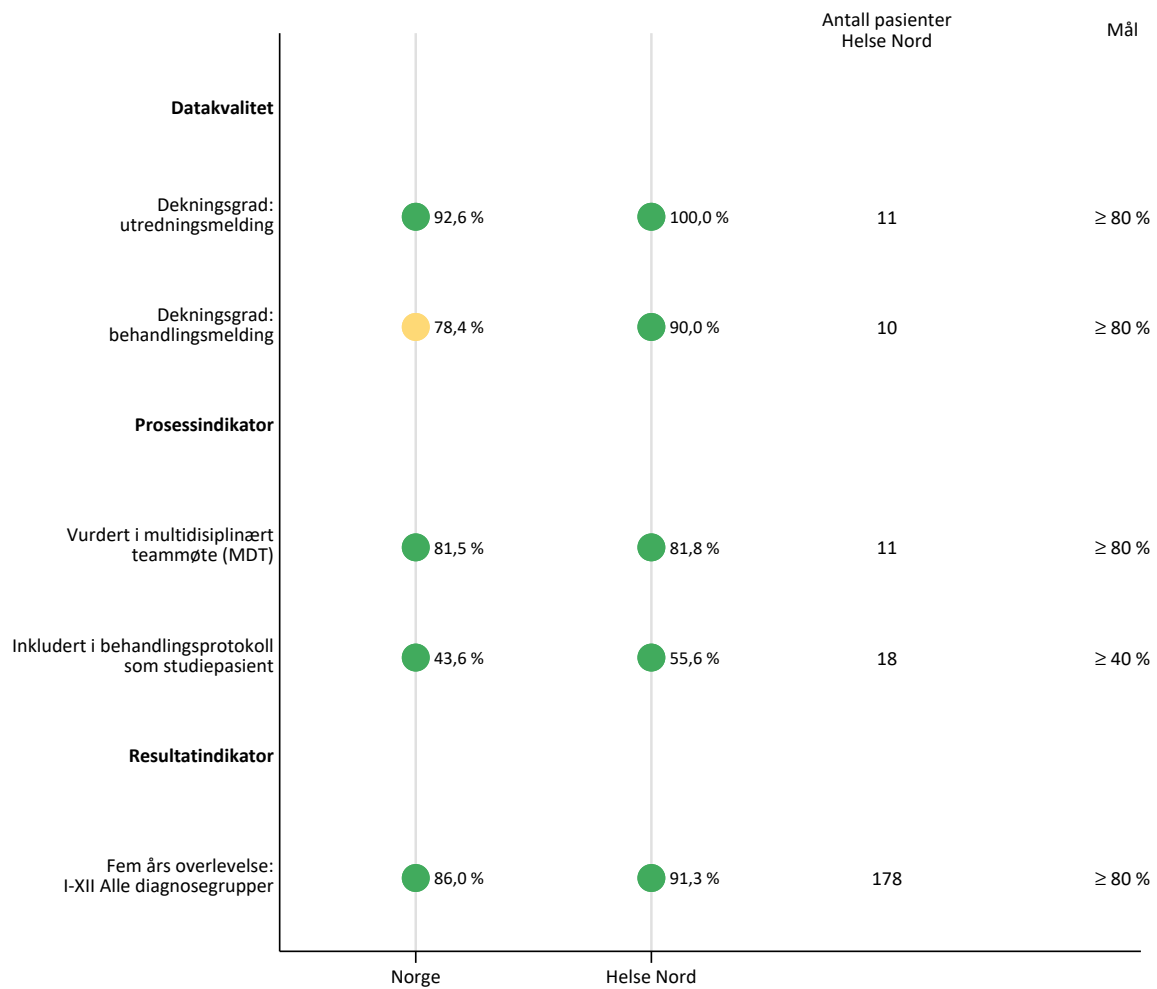
Det er viktig for fagrådene at resultatene fra kvalitetsregistre blir brukt i kvalitetsforbedringsarbeid. Vi ber om tilbakemelding fra helseforetaket på om det er utvalgte kvalitetsindikatorer som vil bli evaluert spesielt i 2020/2021. Fagrådenes vurderinger av resultatene finner dere i de ulike årsrapportene. Rapportene er tilgjengelige på Kreftregisterets nettsider: www.kreftregisteret.no.

Oppsummering av resultater

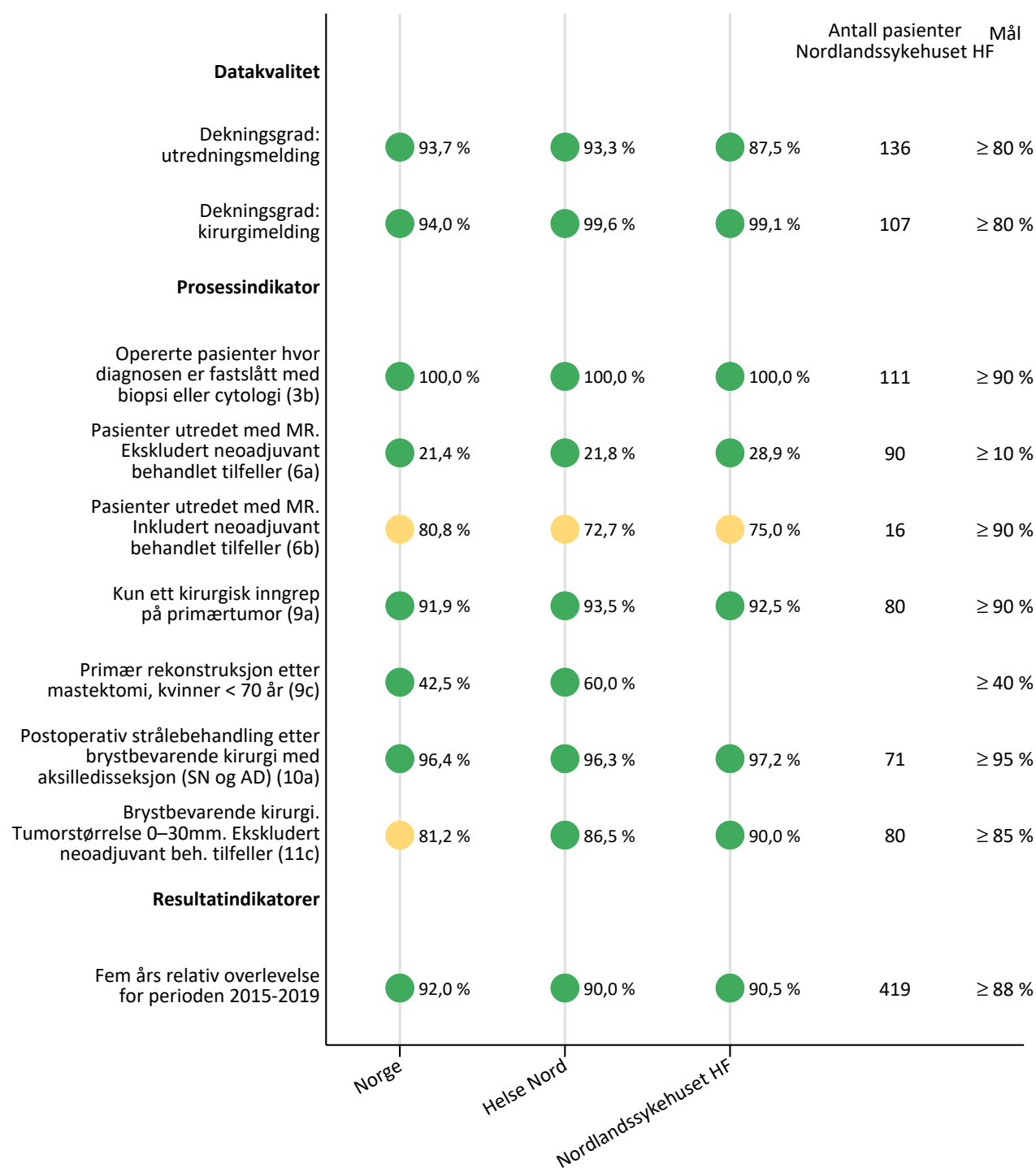
Årsrapportene fra kvalitetsregistrene for kreft viser at helseforetaket generelt har gode resultater. Fagrådene ber dere om å gå spesielt gjennom følgende resultater fra årsrapportene for 2019:

- Lungekreft: Andelen av aktuelle pasienter som er analysert for ALK og andelen pasienter som er utredet med PET-CT ligger lavere enn anbefalt nivå. Andelen pasienter som er kurativt behandlet ligger under målet. Fagrådet vil også påpeke at operasjonsvolumet er for lavt.
- 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.
- Prostatakreft: Andelen pasienter med lavrisiko prostatakreft som får radikal behandling ligger høyere enn anbefalt nivå. Andelen pasienter med fri rand etter operasjon ligger lavt.
- Endetarmskreft: Andelen pasienter med permanent stomi ligger høyere enn det anbefalte nivået. Andelen pasienter uten lokalt tilbakefall fem år etter operasjon er lavere enn det målet som er satt.

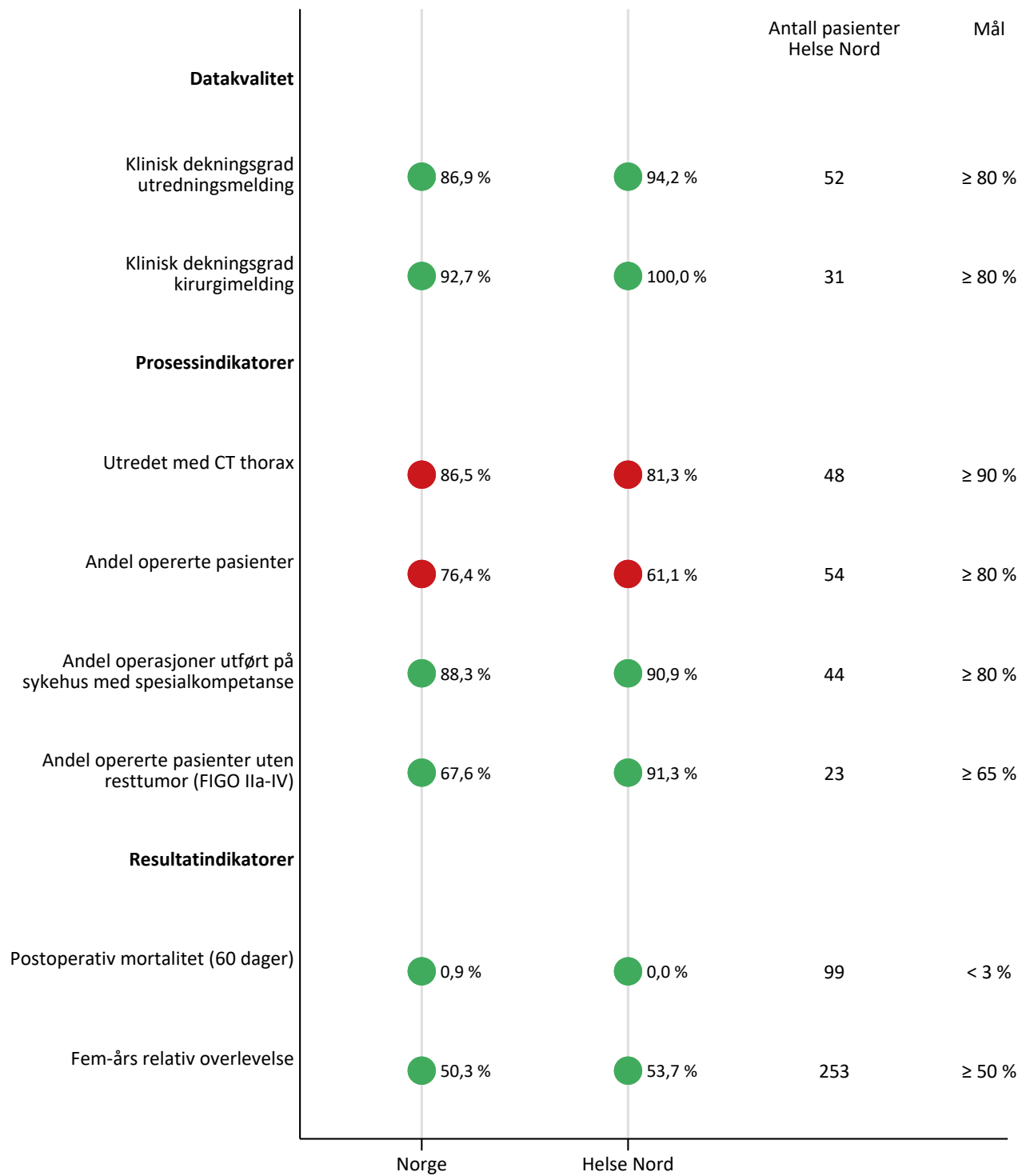
Nordlandssykehuset har gode rutiner for rapportering til kvalitetsregistrene innen kreft. Unntaket er rapporteringen til Melanomregisteret.



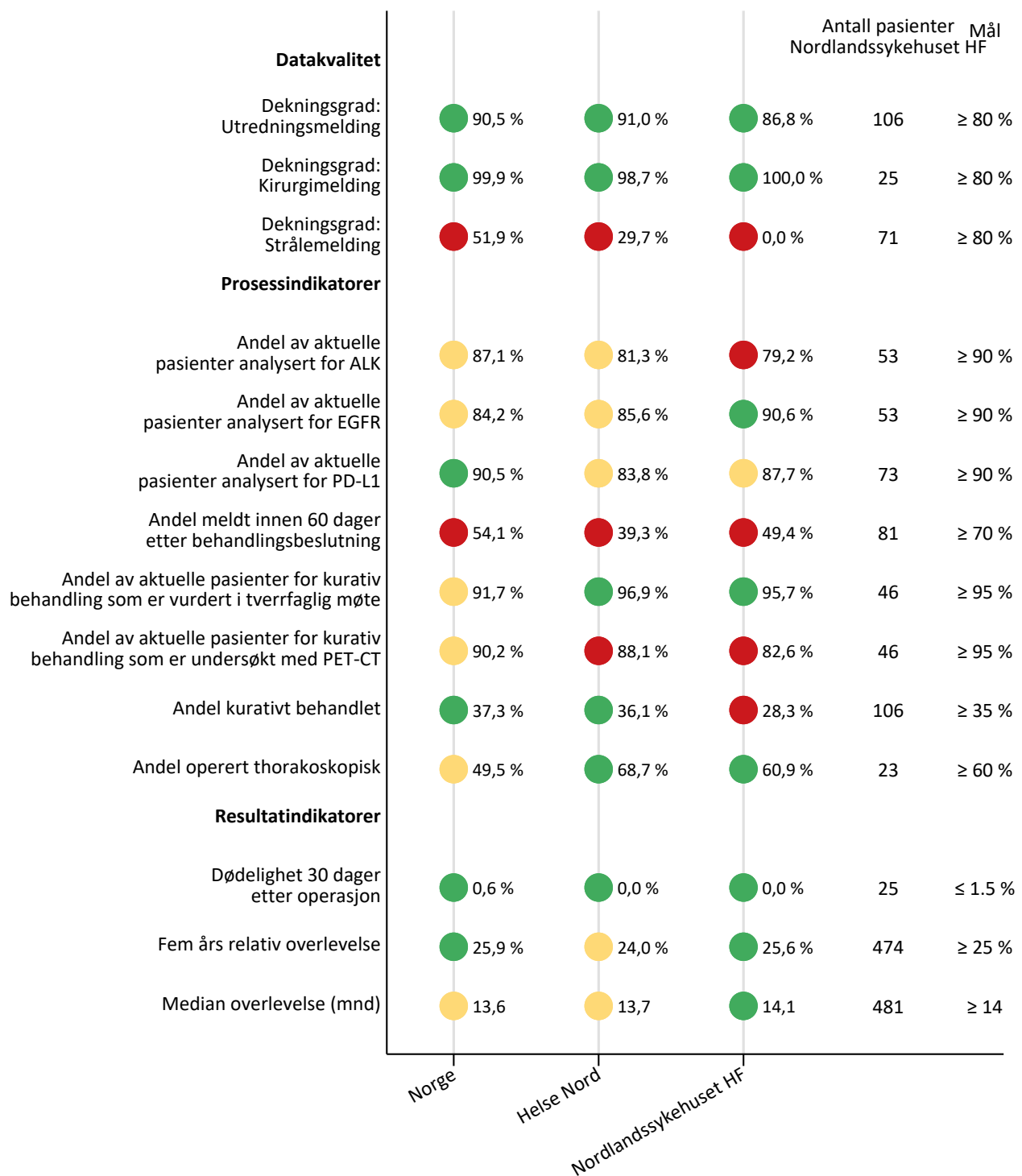
Figur 2.1: Kvalitetsindikatorer fra Nasjonalt kvalitetsregister for barnekreft



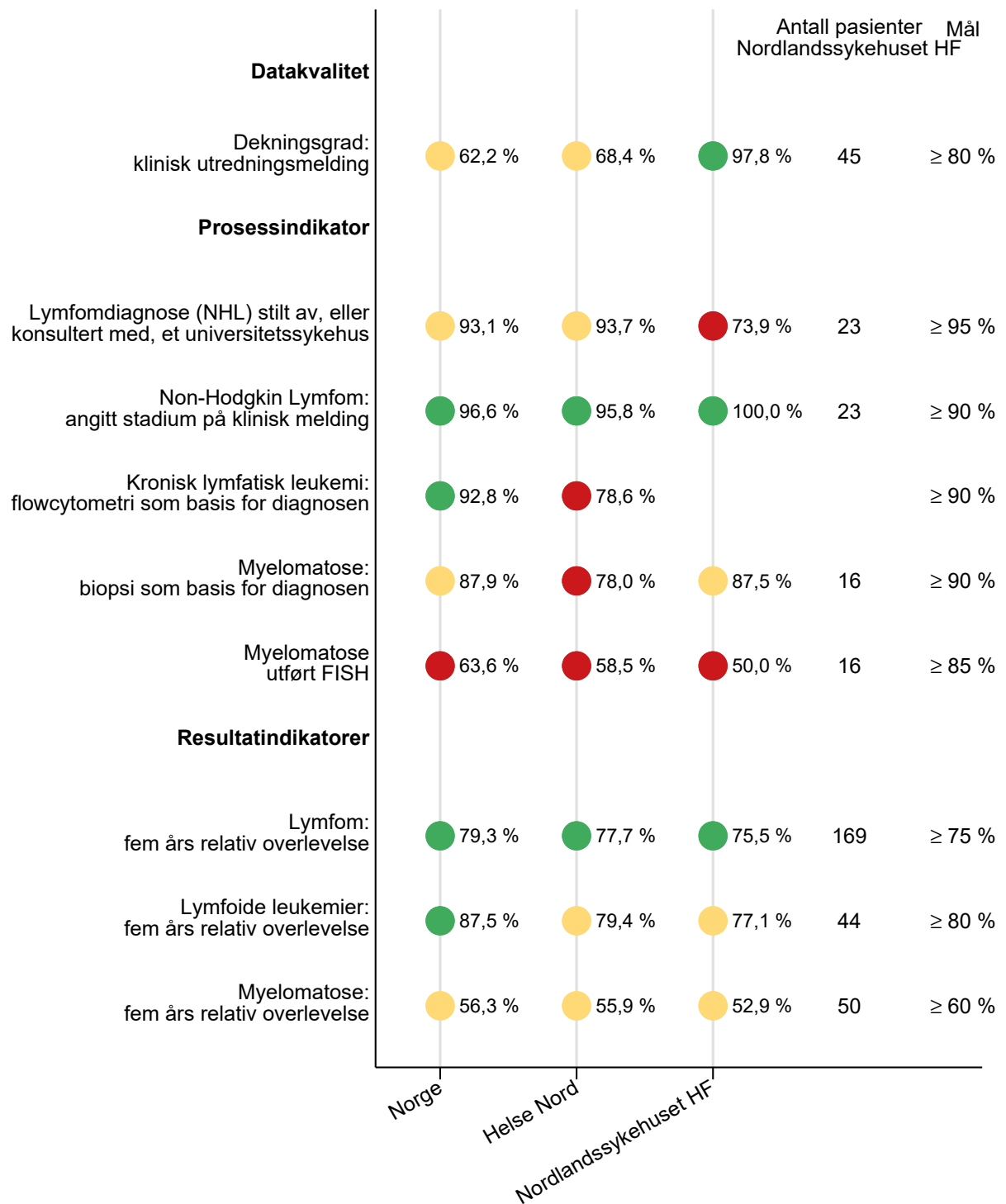
Figur 2.2: Kvalitetsindikatorer fra Nasjonalt kvalitetsregister for brystkreft



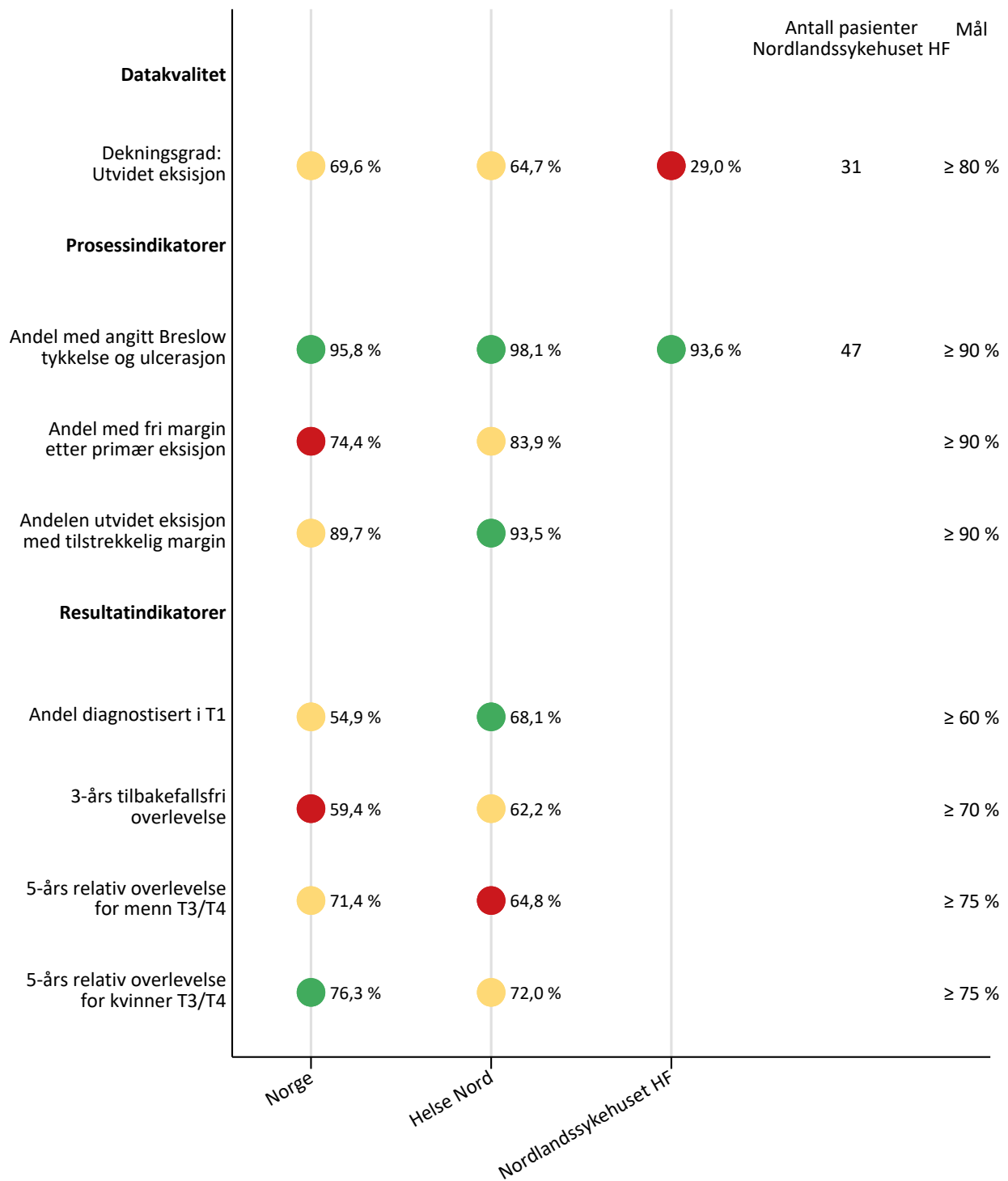
Figur 2.3: Kvalitetsindikatorer fra Nasjonalt kvalitetsregister for gynekologisk kreft



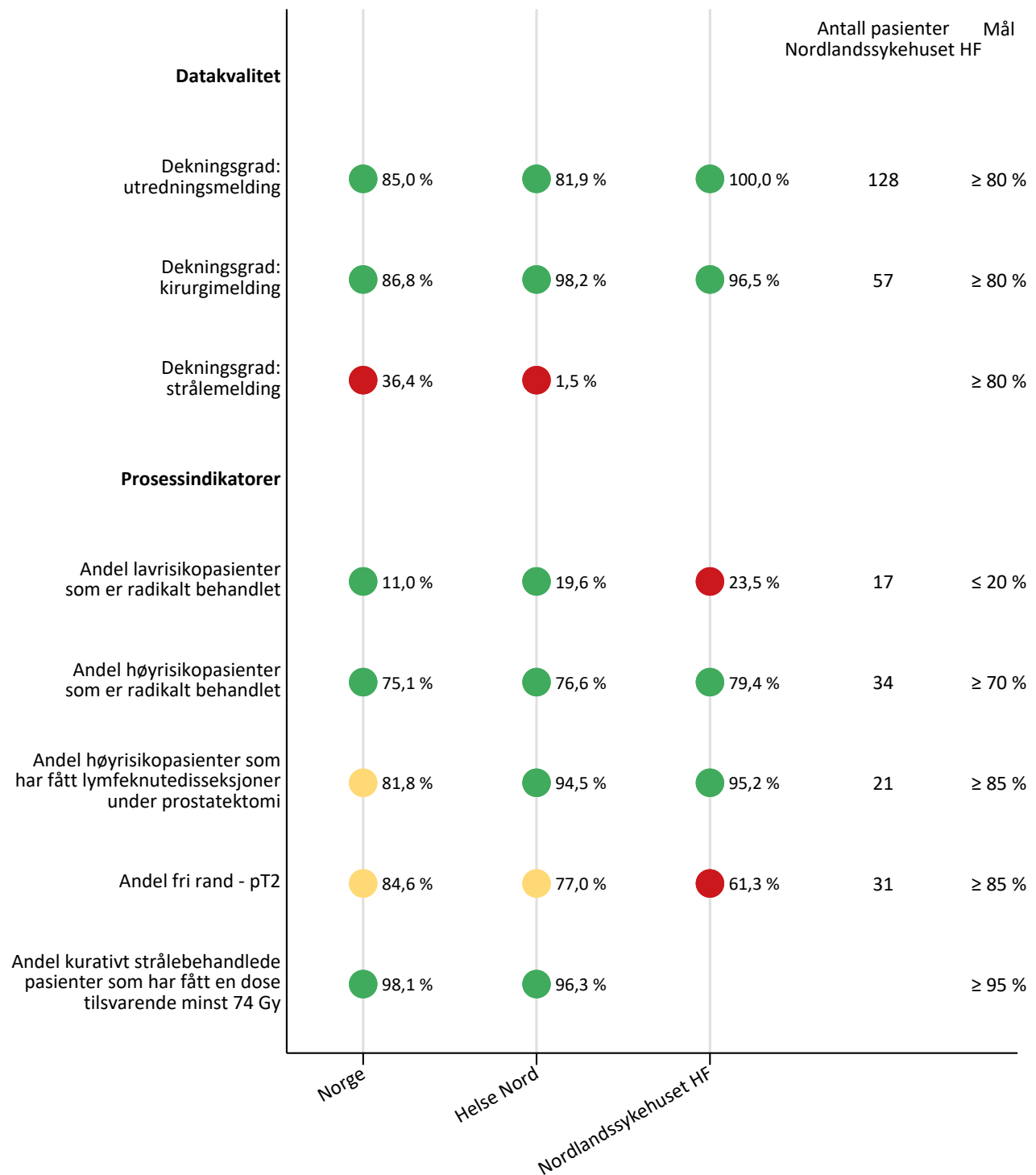
Figur 2.4: Kvalitetsindikatorer fra Nasjonalt kvalitetsregister for lungekreft



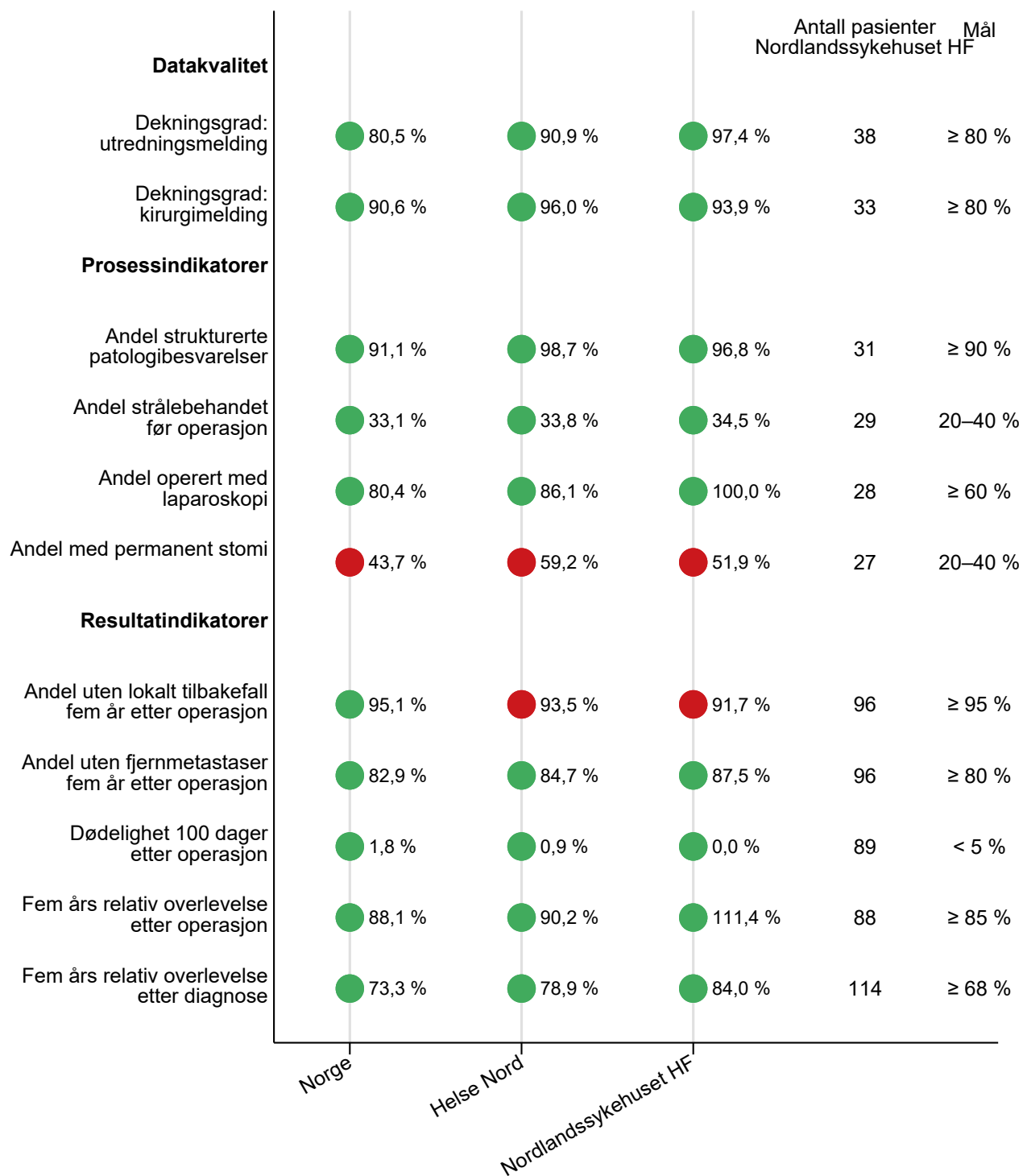
Figur 2.5: Kvalitetsindikatorer fra Nasjonalt kvalitetsregister for lymfoide maligniteter



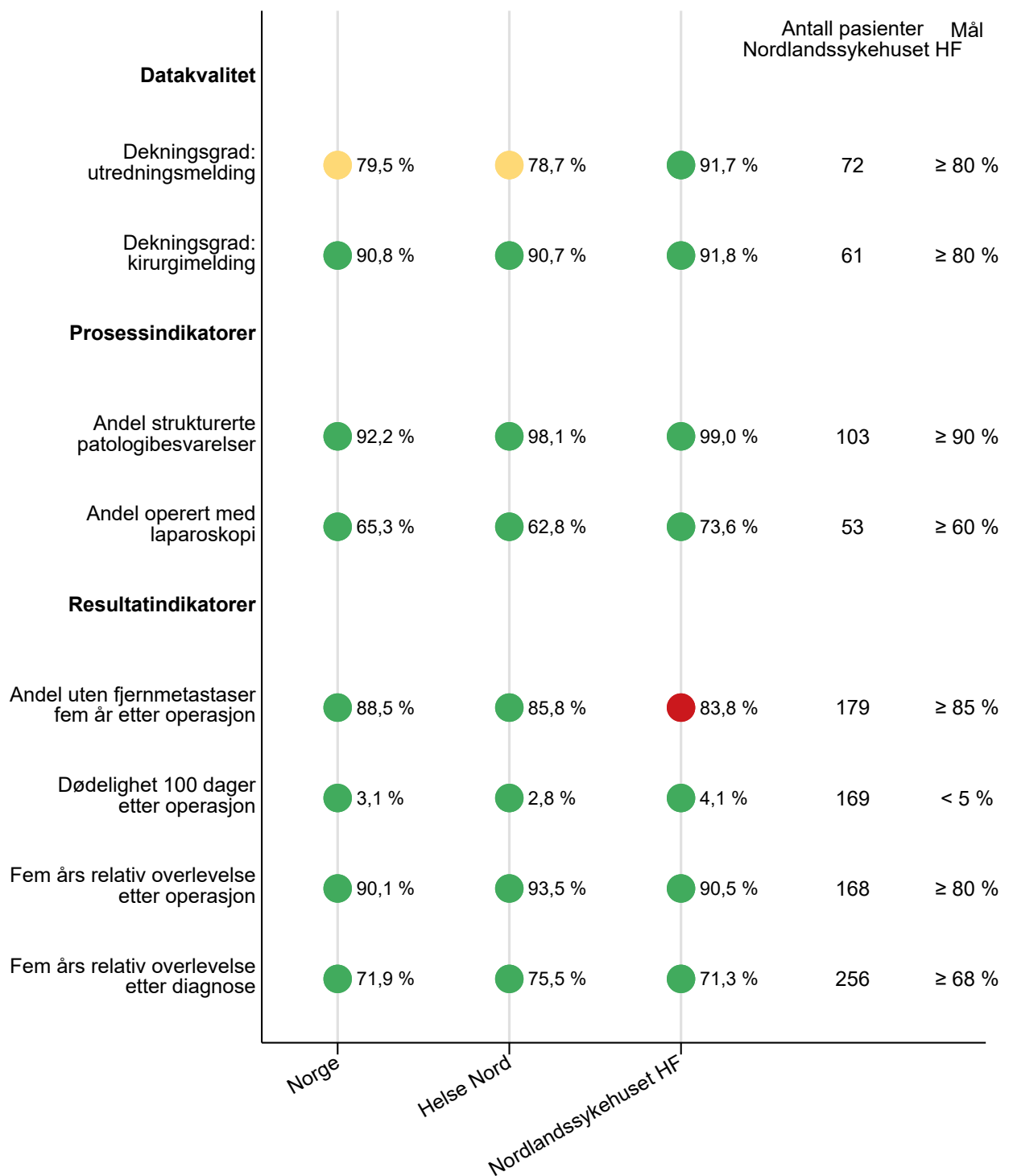
Figur 2.6: Kvalitetsindikatorer fra Nasjonalt kvalitetsregister for melanom



Figur 2.7: Kvalitetsindikatorer fra Nasjonalt kvalitetsregister for prostatakraft



Figur 2.8: Kvalitetsindikatorer fra Nasjonalt kvalitetsregister for tykk- og endetarmskreft, resultater for endetarmskreft



Figur 2.9: Kvalitetsindikatorer fra Nasjonalt kvalitetsregister for tykk- og endetarmskreft, resultater for tykktarmskreft