



## **Styresak 105-2022**

### **Nordlandssykehusets resultater i de nasjonale medisinske kvalitetsregistrene for 2021**

Saksbehandler: Tonje E Hansen

Dato dok: 09.11.2022

Møtedato: 16.11.2022

Vår ref: 2019/1149

Vedlegg (t): Oppsummering av Nordlandssykehusets resultater fra kvalitetsregistrene for kreft 2021

#### **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 58 medisinske kvalitetsregistre med nasjonal status som representerer ulike fagområder. Av disse leverte 52 årsrapport for 2021 og Nordlandssykehuset bidrar med data til mange dem. Gjennom [Forskrift om medisinske kvalitetsregistre](#) har Nordlandssykehuset en plikt til å melde inn relevante og nødvendige helseopplysninger til medisinske kvalitetsregistre med nasjonal status. Etter at årsrapportene for 2021 ble publisert ble de ulike fagmiljøene bedt om å gi tilbakemelding på sine resultater og ta stilling til om måloppnåelsen for kvalitetsindikatorene var høy, moderat eller lav. I saken angis måloppnåelsen i Nordlandssykehuset for kvalitetsindikatorene i de største nasjonale kvalitetsregistrene definert etter fagområdene. For en fullstendig oversikt over resultatene vises det til nettsidene til [Nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetsregistre](#).

#### **Direktørens vurdering**

Nordlandssykehuset har en visjon om at vi skal bli ledende på kvalitet. For å nå visjonen må vi kjenne til våre egne data, ha faglige styringsmål og kunnskap om måten vi leverer våre tjenester på og resultatene av dem. En viktig kilde i denne sammenhengen er data fra de nasjonale medisinske kvalitetsregistrene. Data som vi kan følge over tid og derfor bruke til å monitorere målrettede tiltak for kvalitetsforbedring. Gledelig er det også at de fleste nasjonale kvalitetsregistrene nå publiserer pasientrapporterte data, slik at vi får en direkte tilbakemelding fra pasienter og pårørende på behandlingseffekt og pasientopplevd kvalitet. Selv om det fortsatt er kvalitetsindikatorer hvor vi må jobbe systematisk for å heve måloppnåelsen, er direktøren svært fornøyd med Nordlandssykehusets resultater for 2021 – og ser dem som et uttrykk for et stort faglig engasjement og et vedvarende ønske om å drive kontinuerlig forbedring av tjenestene våre. Et arbeid vi skal videreføre gjennom nye tiltak og hovedprioriteringer i strategisk utviklingsplan for perioden 2023-26.

## Nordlandssykehuset resultater i nasjonale medisinske kvalitetsregistre 2021 – for noen utvalgte fagområder

### 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 dekningsgrad god bortsett fra for Ryggkirurgiregisteret 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 indikatorene høy måloppnåelse. For «*Veldokumentert kneprotese*» og «*Veldokumentert hoftekopper*» er fortsatt måloppnåelsen lav i Bodø. Vi har identifisert at dette skyldes bruk av proteser utenfor anbud, knyttet til spesialutstyr ved revisjoner. Det pågår et forbedringsarbeid på tvers av lokasjonene, for å få endret praksis og sikre bedre måloppnåelse.

Indikatorene i **hoftebruddregisteret** har høy måloppnåelse, bortsett fra de nasjonale kvalitetsindikatorene «*Operasjon innen 24t eller 48t*», som har hhv. lav og moderat måloppnåelse. Ventetiden for å bli operert for hoftebrudd er for lang. Fagmiljøet har satt i gang et ortogeriatrprosjekt i Bodø, som de tror kan bidra til bedre måloppnåelse og hvor videreføring til Lofoten og Vesterålen er et prioritert tiltak i strategisk utviklingsplan. En utfordring med indikatorene er at de måler ventetid fra skade til operasjon, ikke fra innleggelse til operasjon. Vi erfarer noen tilfeller med pasienter i Lofoten og Vesterålen som kommer sent til sykehus. Når totaltallene er relativt små, gir dette relativt stort utslag i andelen. I tillegg har vi noen pasienter fra Lofoten og Vesterålen som venter for lenge på operasjon, fordi det ikke er ortoped i vakt 24/7, og som derfor må overflyttes til Bodø.

For **korsbåndsregisteret** er måloppnåelsen for kvalitetsindikatoren «*Antibiotikabruk etter retningslinjer*» høy (99%).

### Gynekologi

Innenfor fagområdet gynekologi leverer Nordlandssykehuset data til to kvalitetsregistre: Norsk gynekologisk endoskopiregister og Norsk inkontinensregister. **Endoskopiregisteret** har fem kvalitetsindikatorer hvor Nordlandssykehuset Bodø har høy måloppnåelse i fire (*komplikasjoner under operasjon laparoskopi og hysteroskopi, pasientrapporterte komplikasjoner etter operasjon for laparoskopi og hysteroskopi*). Årsaken til god måloppnåelse er systematisk opplæring og krav om simuleringstrening før operasjon. For *pasienttilfredshet* ligger vi over det nasjonale gjennomsnittet, rett under høy måloppnåelse. Vi skal gjennomgå data for å avdekke hvilke områder som har forbedringspotensial. For Nordlandssykehuset Vesterålen og Lofoten er hhv. dekningsgraden for lav og volumene for små til at data for kvalitetsindikatorene publiseres.

For **inkontinensregisteret** er det 11 kvalitetsindikatorer. Bodø og Vesterålen har 100% dekningsgrad, fordi uroterapeut aktivt tar kontakt med pasientene per telefon. I Lofoten må dekningsgraden forbedres. Resultatene for komplikasjoner er gjennomgående lave og innenfor høy måloppnåelse, noe vi mener skyldes systematisk arbeid med prosedyrer for å redusere komplikasjoner. 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 **hjerneslagsregisteret** har Bodø høy måloppnåelse for ni av 11 indikatorer som er en klar forbedring fra i fjor. Dette skyldes systematisk forbedringsarbeid, som også har bidratt til at slagenheten i Bodø fikk pris for Årets slagenhet av registeret. Det er blant annet opprettet en slaggruppe med to sykepleiere og tre overleger som møtes regelmessig for å planlegge organiseringen og behandlingen i slagenheten og kvalitetsindikatorne diskuteres jevnlig i møter for å etablere forbedringstiltak der det er nødvendig. For indikatoren «*Andel pasienter som har fått vurdert/testet svelgfunksjon*» har det vært gjennomført et eget kvalitetsprosjekt blant sykepleierne i avdelingen, samt at logoped har bidratt til kompetanseheving. Vi er derfor svært fornøyd med resultatene for 2021. Kvalitetsindikatorne «*Andel pasienter innlagt direkte i slagenhet*» og «*Andel pasienter med hjerneinfarkt trombolysebehandlet*» har moderat måloppnåelse. For den siste er grensen for høy måloppnåelse nylig økt fra 15 til 20% og Nordlandssykehuset fikk en andel på 18% i 2021. Vi jobber videre med å øke andelen, ved bl.a. å følge opp registreringspraksis, kompetansehevende tiltak og simulering av mottak av pasienter ved hjerneslag (Team Slagalarm). Resultatene for Lofoten og Vesterålen viser hhv ni og syv indikatorer med høy måloppnåelse. De indikatorene som har lav måloppnåelse er «*Andel pasienter som har fått vurdert/testet svelgfunksjon*» (Lofoten) og «*Andel trombolyse innen 40 min etter innleggelse*» (Vesterålen), som begge må forbedres.

I **hjerteinfarktregisteret** er det definert 11 kvalitetsindikatorer. Av disse har Nordlandssykehuset høy måloppnåelse for tre, moderat måloppnåelse for fire og lav måloppnåelse for fire. Vi ser en bedring i måloppnåelse for kvalitetsindikatorne vedrørende «*Invasiv utredning ved NSTEMI*» og *medikamentell behandling etter hjerteinfarkt* hvor vi 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*» og «*Trombolyse eller PCI innenfor anbefalt tid*». Her er ikke Nordlandssykehuset i likhet med mange helseforetak nasjonalt, gode nok. Det må derfor innsettes nyttige tiltak og jobbes systematisk med kvalitetsforbedring for å forbedre disse resultatene. Dette vil vi blant annet gjøre gjennom det regionale prosjektet Trygg Akuttmedisin som omhandler kompetanseheving, samtrening mellom samhandlende aktører og logistikk knyttet til pasientforløp med brystsmerte med mulig behov for trombolyse (blodproppløsende behandling). Arbeidet vil gjennomføres i tett samhandling med kommunene gjennom Helsefelleskapet og de øvrige foretakene i regionen.

## **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 kvalitetsindikatorne i de ulike registrene for Nordlandssykehuset HF sammenlignet med resultater i Helse Nord og nasjonalt.

For **tykk- og endetarmsregistret** har alle kvalitetsindikatorerne innenfor **tykktarm** høy måloppnåelse foruten indikatoren «*Andel pasienter med fjernmetastaser 5 år etter operasjon*» (18,4% mot måltallet <15%). Resultatet for indikatoren har bedret seg gjennom de siste seks årene, men vi er fortsatt ikke helt i mål og har derfor et vedvarende fokus på ytterligere forbedring. Andelen med metastaser påvirker likevel ikke overlevelsen som er god (relativ 5-års overlevelse er 90%). Den relative overlevelsen er også god for pasientene tilhørende Helgelandssykehusets nedslagsfelt, som også opereres i Bodø.

For **rektum** har alle indikatorerne høy måloppnåelse foruten «*Andel strålebehandlet før operasjon*» og «*Andel med fjernmetastaser fem år etter operasjon*» marginalt utenfor målområdet (20,8% mot måltallet < 20%)

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 14 dager etter behandlingsbeslutning*». Dekningsgraden er høy (samlet 97%), men tidskravet til rapportering er skjerpet. For å møte de nye kravene er det derfor utformet en ny prosedyre for rutiner for de tverrfaglige team-møtene (MDT-møtene) som vi tror skal bedre også andelen meldt innen 14 dager. Vi er spesielt fornøyd med at andelen operert med operasjonsrobot (thorakoskopisk) er høy. For **30-dagers dødelighet etter operasjon** har vi et resultat på 2,6% (mot måltallet <1.5%), mens 5-års overlevelsen er god. Med et antall på ca. 40 operasjoner/år vil et dødsfall gi merkbart utslag på andelen. Det er viktig at vi gjør nøye vurdering av pasienter som henvises til kirurgisk behandling, slik at vi ikke opererer pasienter med et dårlig utgangspunkt og derfor større risiko for uønsket utfall.

Kvalitetsindikatorerne for **lymfoide maligniteter** viser at Nordlandssykehuset har høy måloppnåelse for indikatorer for datakvalitet og resultatindikatorerne, unntatt «*Fem års relativ overlevelse for myelomatose*» som er akkurat rett under grensen (59,7% mot måltallet 60%). 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. For myelomatosepasientene har vi de siste årene endret på oppfølgingen ved at spesialister fra Bodø nå ambulerer til lokalsykehusene i Lofoten og Vesterålen, noe som har bedre måloppnåelse. I tillegg er vi med på et klinisk behandlingsstudium som vi håper skal øke 5-års overlevelsen ytterligere for denne pasientgruppen. For prosessindikatorerne er vi akkurat på grensen for høy måloppnåelse for «*Diagnostisering av lymfom*» (94,9% mot måltallet 95%) som er en betydelig forbedring fra 2020. Dette skyldes omlegging av rutiner for sending av patologiske preparater. For «*Utført FISH på myelomatosepasienter*» er måloppnåelsen lav. Diagnostikk med FISH skal først tas etter myelomatosediagnosen er stilt og hittil har resultatet ikke hatt noen betydning for valg av behandling. Vi har derfor ikke tatt pasienter som ikke er behandlingstrengende tilbake for å ta ny benmargsprøve, og vi har heller ikke gjennomført diagnostikken på de eldste pasientene. På pasienter hvor mistanken om myelomatose er sterk når de kommer til utredning planlegger vi framover å ta benmarg til FISH når de er til utredning, noe som forhåpentligvis vil øke andelen pasienter hvor denne diagnostikken utføres.

Resultatene for **brystkreft** viser at Nordlandssykehuset har en god totaloppnåelse. Vi vil spesielt trekke fram at vi har høy måloppnåelse på brystbevarende operasjoner. Vi har moderat måloppnåelse for to av indikatorerne: «*Utredet med MR*» (82,4% mot måltallet >90%) og «*For få pasienter med tumorstørrelse 0-20 mm får utført brystbevarende kirurgi*» (86,5 % mot måloppnåelse > 90%). For «*Primær rekonstruksjon etter mastektomi*» har vi lav måloppnåelse og det settes i sammenheng med mangel på plastikkirurg.

Kvalitetsindikatorene for **melanom, prostatakreft** og **gynekologisk kreft – ovarialkreft** viser høy måloppnåelse for alle kvalitetsindikatorene, noe vi er svært tilfreds med. For **gynekologisk kreft – livmorhalskreft** er volum for lavt til at data publiseres.

### **Nevrologi og revmatologi**

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. Innenfor fagområdet revmatologi rapporterer vi til Norsk vaskulittregister og biobank og Norsk kvalitetsregister for artrittsykdommer.

Vi har generelt god måloppnåelse for disse registrene, men for **Norsk Parkinsonregister** og **Norsk vaskulittregister** har vi nylig begynt å rapportere og har derfor lav dekningsgrad. For **Norsk kvalitetsregister for artrittsykdommer** har vi lav måloppnåelse for «Tid til første kontroll». Bare 15% (mot måltall > 80%) av pasienter med nyoppstått artritt får kontroll innen 3. mnd. Det er stort fokus i fagmiljøet på å forbedre denne kvalitetsindikatoren, og to sykepleiere innenfor fagområdet har blitt superbrukere i registeret for å bidra til dette.

### **Mage og tarm**

Utenom kreftregistrene 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 i oppbyggingsfasen for å oppnå tilfredsstillende dekningsgrad. Nordlandssykehusets resultater for registeret viser en forbedring for flere av kvalitetsindikatorene, og vi har høy måloppnåelse for seks av åtte indikatorer. For indikatoren «Sterke smerter» har vi moderat måloppnåelse. Vi jobber med kompetanseheving innenfor skopiteknikk. I tillegg tilbys pasientene som ønsker det (ca 60% i 2020/21) sedasjon. For «Svarprosent pasienter» har vi lav måloppnåelse (57% mot måltall 90%). Svarprosenten har dessverre blitt redusert gjennom de siste tre årene, uten at vi vet den eksakte årsaken. Det jobbes med å gi god informasjon til pasienten og forklare dem viktigheten av at de svarer.

I **Norsk kvalitetsregister for fedmekirurgi** er det tre kvalitetsindikatorer, hvor Nordlandssykehuset har høy måloppnåelse for alle sammen. I **Norsk register for Gastrokirurgi** har vi også høy måloppnåelse på alle de syv kvalitetsindikatorene, som viser at vi har svært god kvalitet på tjenestetilbudet innenfor kirurgi i mage og tarm.

### **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 i NNR når det blir tatt en diagnostisk nyrebiopsi eller når de er kommet i kronisk nyresykdom stadium 5. Det er mange kvalitetsindikatorer i dette registeret, hvor vi har varierende måloppnåelse og noen hvor data ikke presenteres pga. lavt antall pasienter. For «Hjemmedialyse» har vi moderat måloppnåelse (20% mot måltall >30%). Vi jobber aktivt med tilrettelegging og individualisering av dialysetilbudet, og har undervisningsopplegg for pasienter om ulike modaliteter. Det tilrettelegges for assistert hjemmedialyse i tilfeller der pasienter ikke kan klare hele jobben selv. En andel av dialysepopulasjonen vil alltid være uaktuell for hjemmedialyse av medisinske årsaker. Dialysebehandling på lokal satellitt (for eksempel Hamarøy, Svolvær, Ørnes) er også viktig for å innfri individualisering av

dialysetilbudet. Dette gir behandling i nærhet til hjemmet, pasienten sparer reisetid, samfunnet sparer reisekostnader og pasienten slipper inngripen av teknisk art i eget hjem. For indikatoren «*Start hemodialyse på fistel*» har registeret selv trukket denne fram som en kvalitetsindikator med lav måloppnåelse nasjonalt. Vi oppnår 43% i 2021 mot måltallet på 75%. Dette er en klar forbedring og skyldes målrettet arbeid med kompetanseheving (videreutdanning innenfor ultralyd) og større tverrfaglig fokus og samarbeid. Vi forventer derfor en ytterligere bedring framover.

I **Norsk diabetesregister for voksne** har Nordlandssykehuset høy måloppnåelse for fire av seks kvalitetsindikatorer. Det er veldig gledelig at «*Andel med langtidsblodsukker (HbA1C) innenfor angitt nivå*» oppnår høy måloppnåelse. De indikatorene hvor vi har lav og moderat måloppnåelse omhandler «*Nivå på LDL-kolesterol i blodet*». For å forbedre denne indikatoren deltar diabetespoliklinikken i Bodø i et nasjonalt prosjekt i regi av registeret for å være mer aktiv i behandlingen av forhøyet LDL-kolesterol hos pasienter med type 1 diabetes. Prosjektet avsluttes i november 2022, men poliklinikken vil fortsette å jobbe med tiltakene til vi oppnår høy måloppnåelse.

### Skade og intensiv

Fagområdet dekker tre kvalitetsregistre, hvor Nordlandssykehuset rapporterer til alle: Nasjonalt traumeregister, Norsk intensiv- og pandemiregister og Norsk nyfødtmedisinsk register. Av kvalitetsindikatorene innen **Norsk intensiv- og pandemiregister** har alle fem høy måloppnåelse. Vi har hatt en forbedring av «*Reinnleggelse innen 72 timer*» fra 4.9% i 2020 til 2.9% (måltall < 4%) i 2021 uten at det er gjennomført et spesifikt kvalitetsforbedringsprosjekt knyttet til reinnleggelser på intensiv. 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. I tillegg tror vi fjorårets resultater i større grad var påvirket av koronapandemien, fordi utvalget av pasienter var annerledes enn vanlig.

For **nyfødtmedisinsk registeret** er det tre nasjonale kvalitetsindikatorer for foretaksnivå. Vi har moderat måloppnåelse for «*prenatale steroider*» (88% mot måltall 90%) som er bedret fra i fjor. Indikatorene «*Andel blodkultur før oppstart antibiotika*» og «*Besvart blodkultur*» har begge lav måloppnåelse (hhv 84% og 85% begge mot måltall 98%). 17 av 44 pasienter som fikk 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 nyfødtintensivavdelingen. Når det gjelder svarene på blodkulturene som er tatt, foreligger disse ikke alltid når barnet skrives ut og skal da føres som negativt. Det settes fokus på kontinuerlig forbedring blant legene for å øke andelen.

### 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** er nylig etablert og leverer derfor kun data på nasjonalt nivå. For **NorSpis** ligger registeransvaret i Nordlandssykehuset. Likevel er dekningsgraden i registeret for lav til at data for oss kan publiseres. Nordlandssykehuset har i tillegg fått et varsel på manglende utvikling i registeret som skal svares ut før mars 2023. Dette jobbes det med i PHR-klinikken, hvor registerledelsen er lokalisert.

---

## Tilbakemelding til Nordlandssykehuset

I juni 2022 offentliggjør Kreftregisteret årsrapporter fra de åtte nasjonale kvalitetsregistre på kreftområdet; kvalitetsregister for barnekreft, brystkreft, gynekologisk kreft, lungekreft, lymfoide maligniteter, melanom, prostatakreft og tykk- og endetarmskreft. 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 2022/2023.

Fagrådenes vurderinger av resultatene finner dere i de ulike årsrapportene. Rapportene er tilgjengelige på Kreftregisterets nettsider: [www.kreftregisteret.no](http://www.kreftregisteret.no).

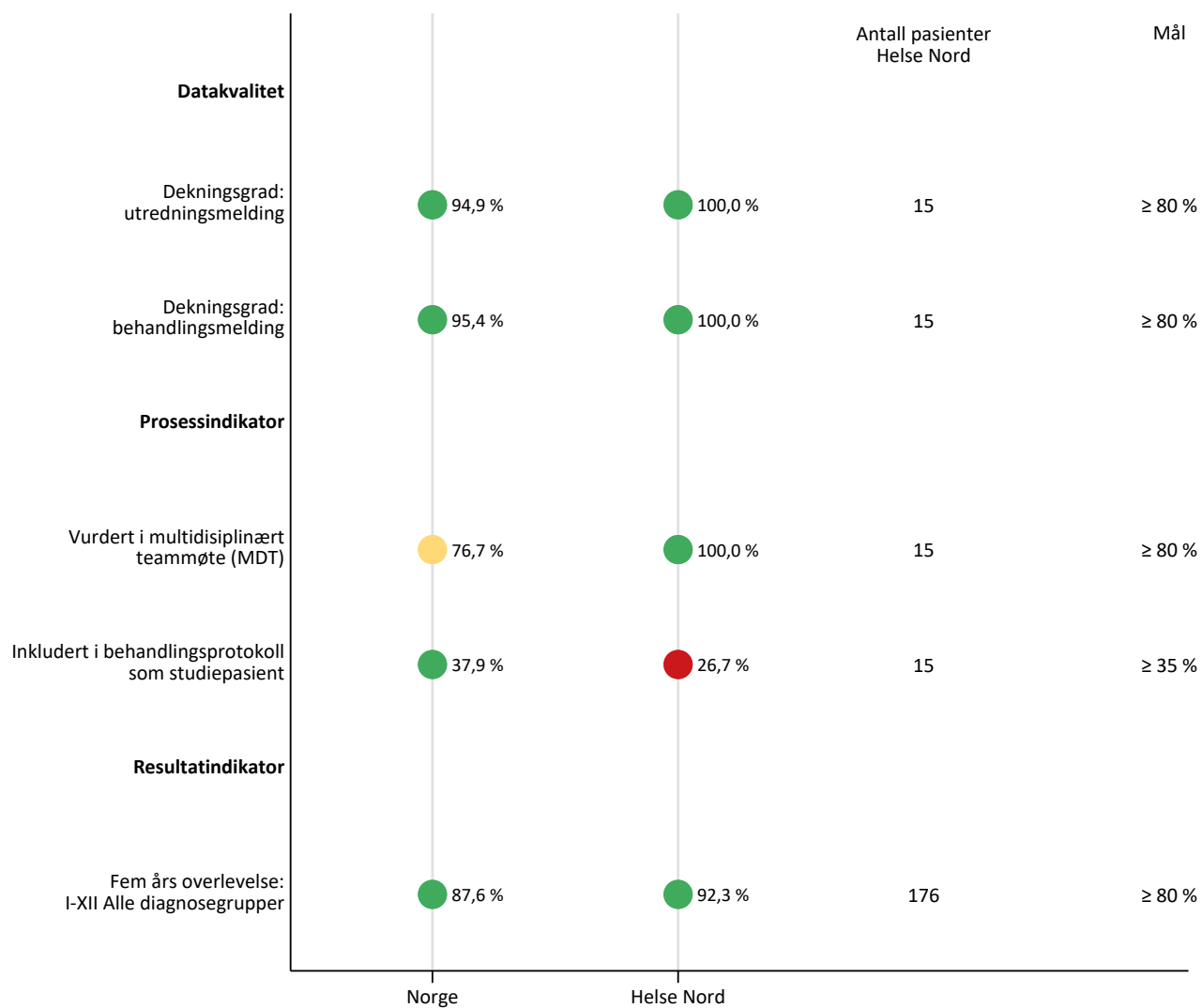
---

## 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 2021:

- Brystkreft: Andelen kvinner som har fått en primær rekonstruksjon ligger under det anbefalte nivået.
- Lymfoide maligniteter: Det må utføres FISH på flere pasienter med myelomatose.
- Tykktarmskreft: Andelen pasienter som får fjernmetastaser innen 5 år etter operasjon ligger over det anbefalte nivået.

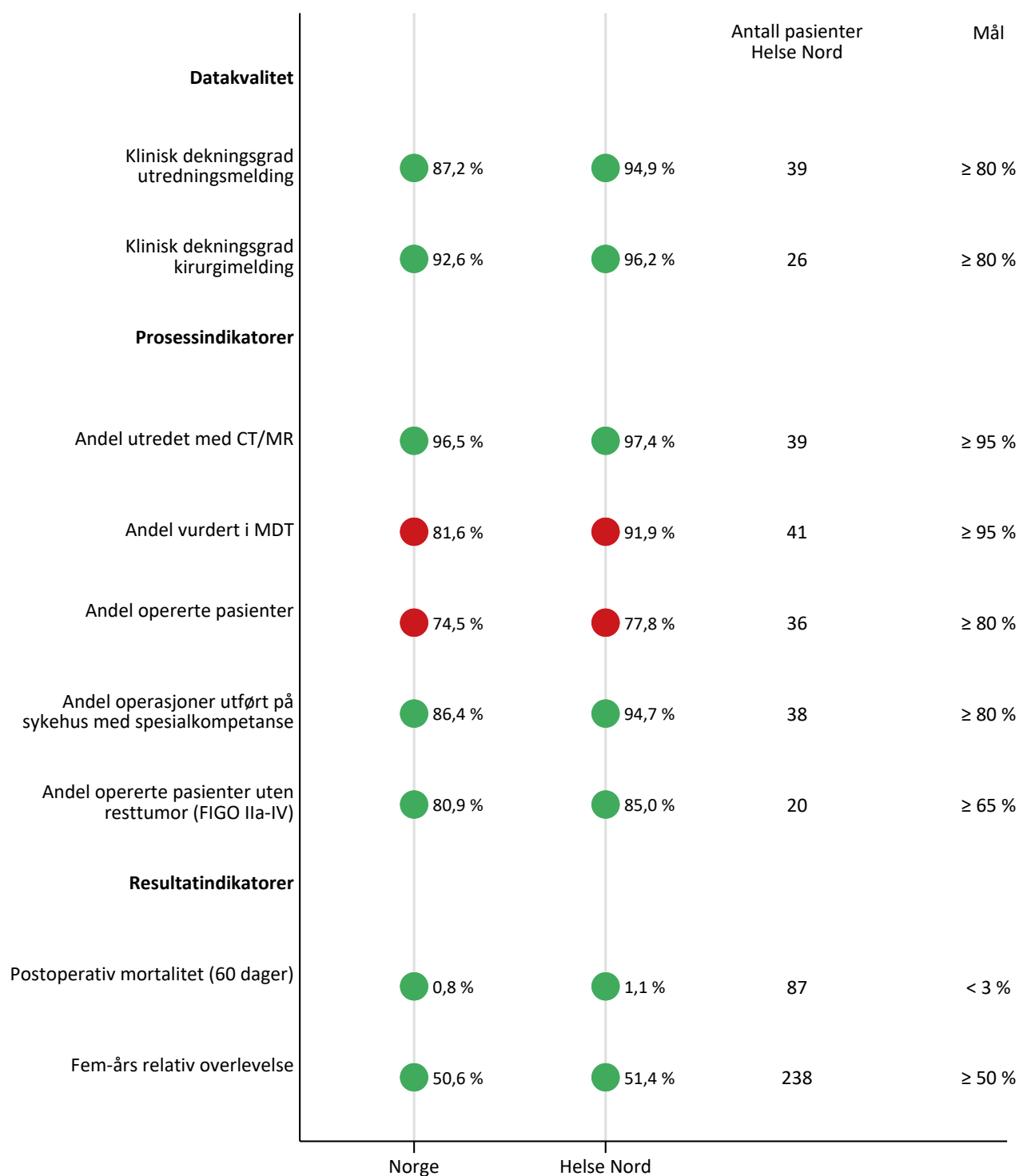
Nordlandssykehuset har gode rutiner for rapportering til kvalitetsregistrene innen kreft.



**Figur 1.** Kvalitetsindikatorer fra Nasjonalt kvalitetsregister for barnekreft



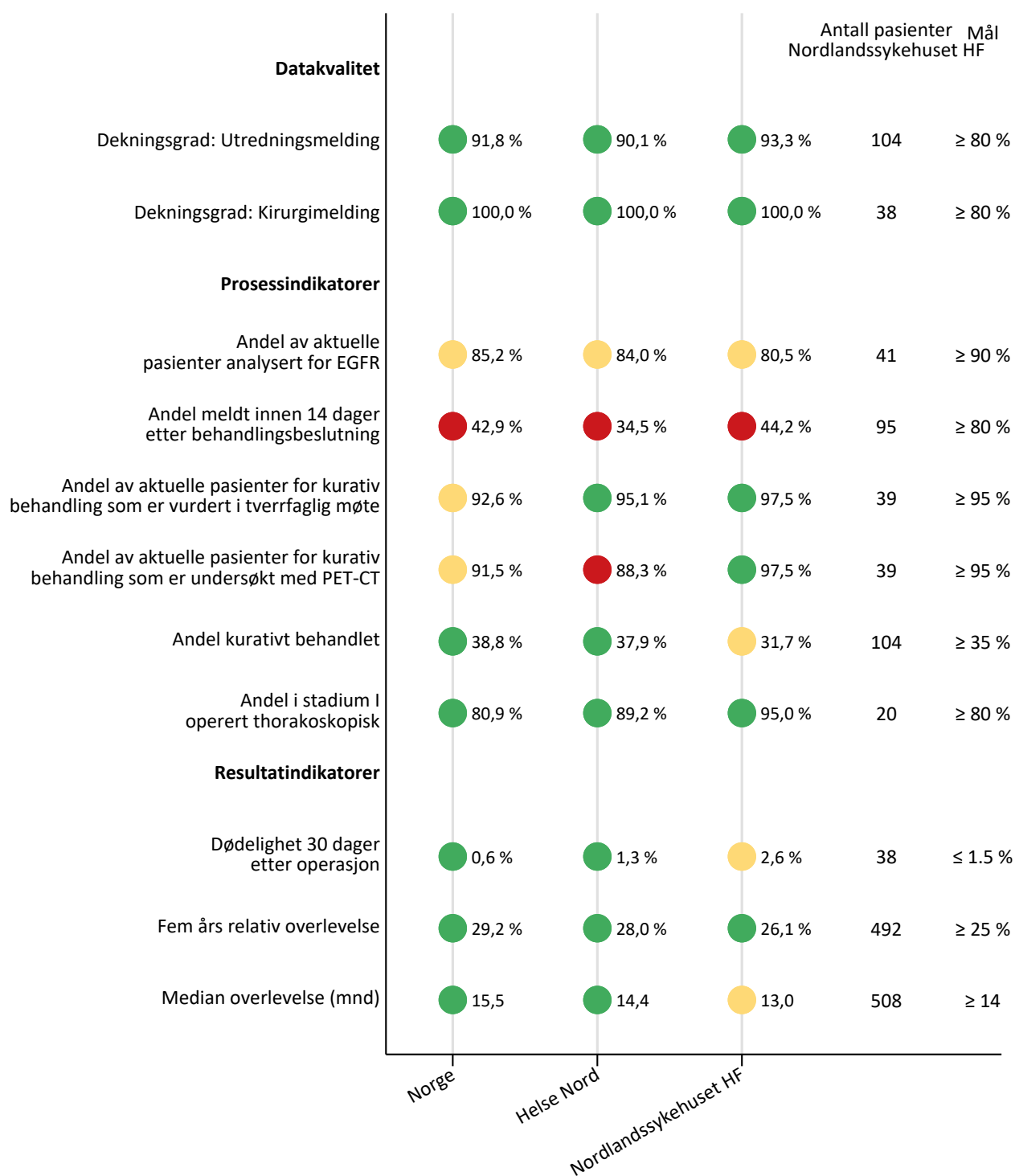
**Figur 2.** Kvalitetsindikatorer fra Nasjonalt kvalitetsregister for brystkreft



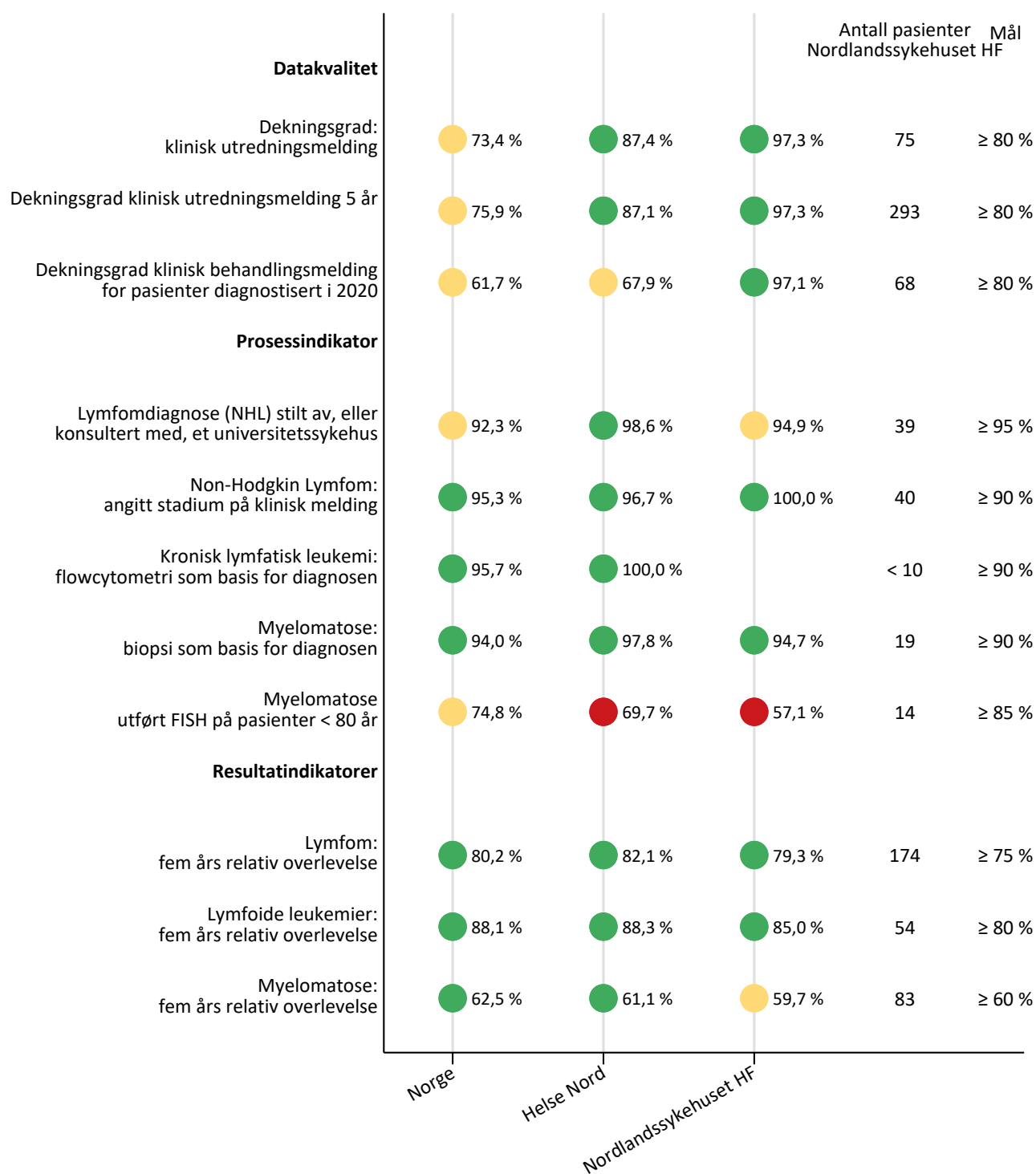
**Figur 3.** Kvalitetsindikatorer fra Nasjonalt kvalitetsregister for gynekologisk kreft, resultater for ovarialkreft



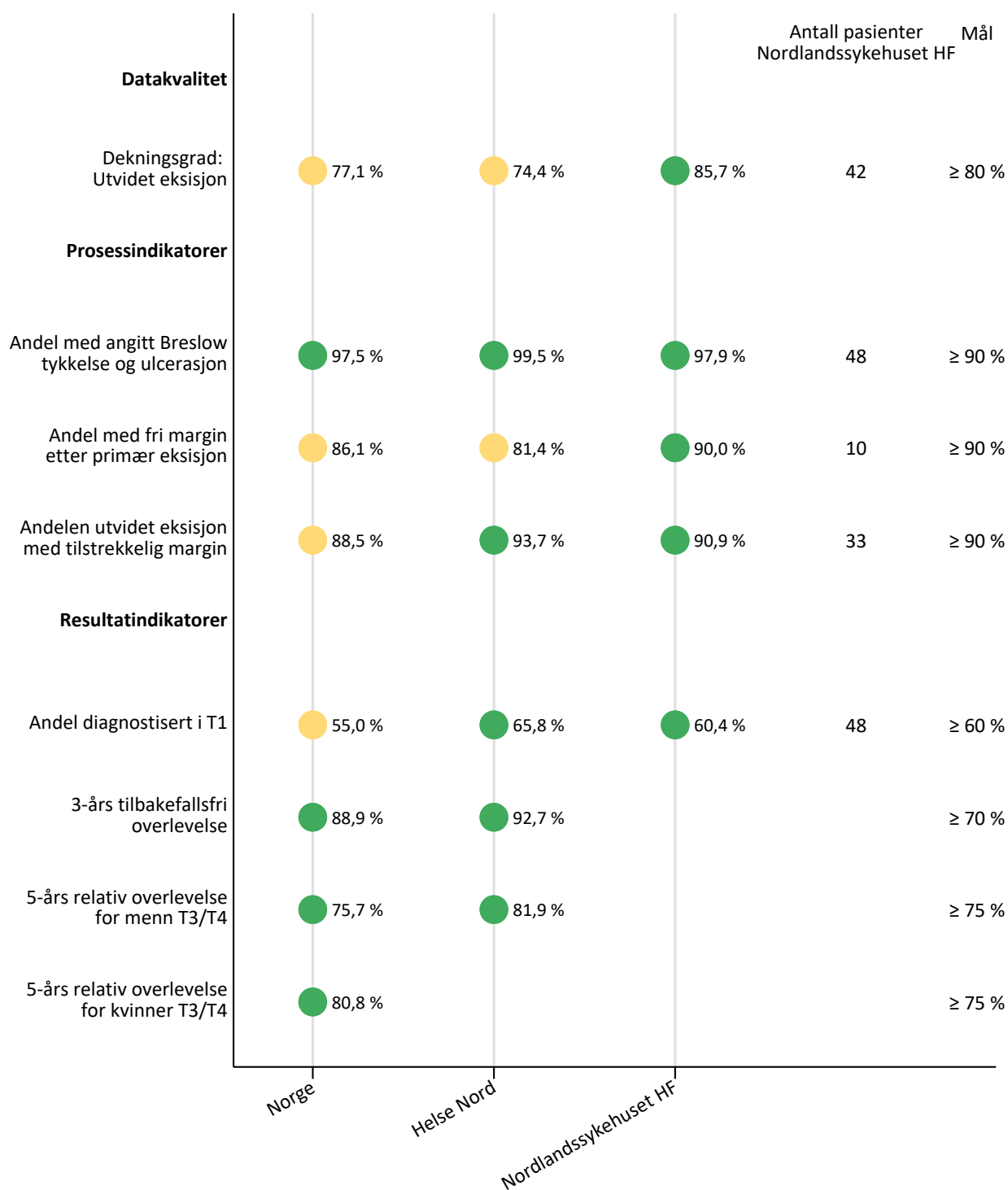
**Figur 4.** Kvalitetsindikatorer fra Nasjonalt kvalitetsregister for gynekologisk kreft, resultater for livmorhalskreft



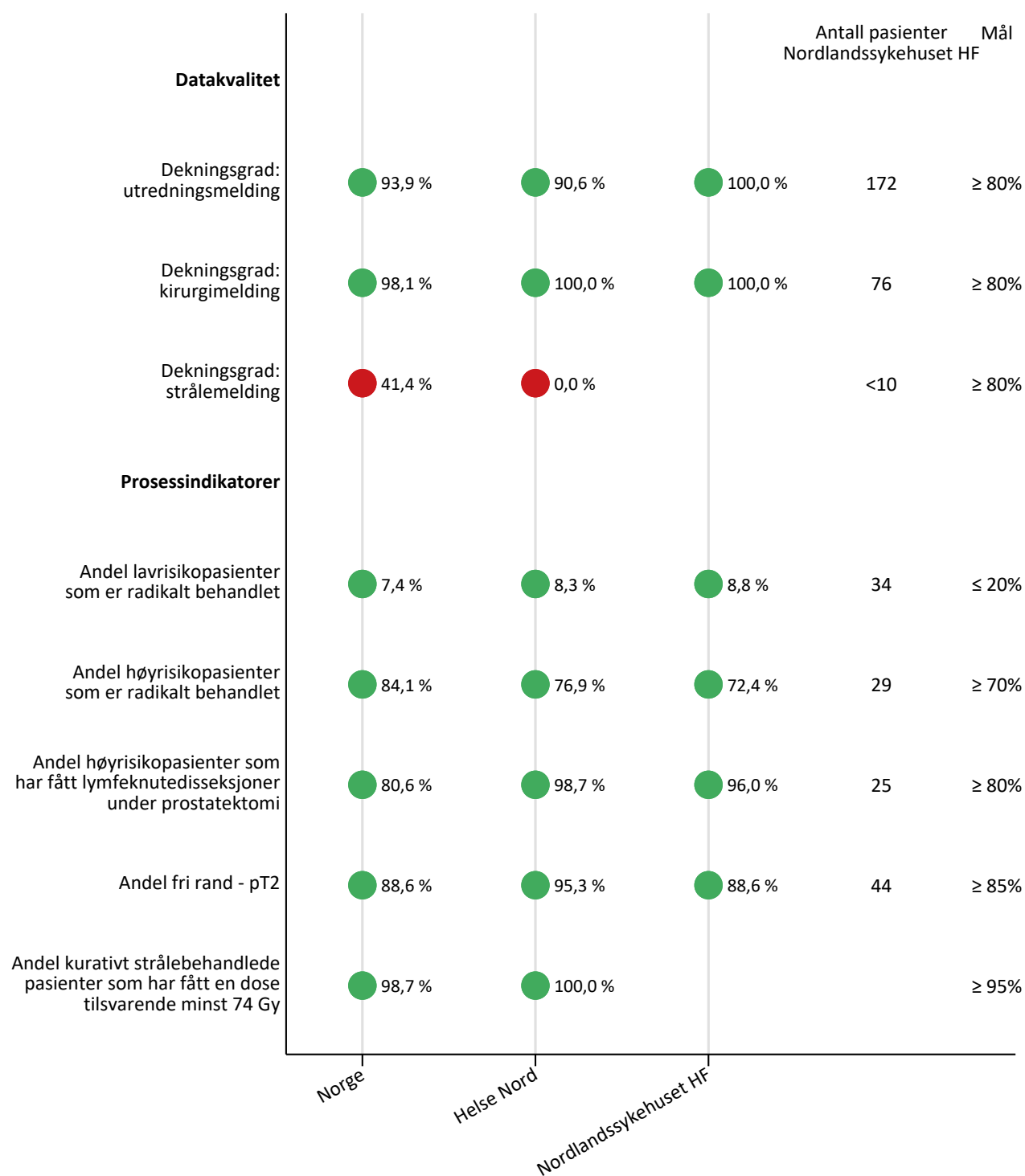
**Figur 5.** Kvalitetsindikatorer fra Nasjonalt kvalitetsregister for lungekreft



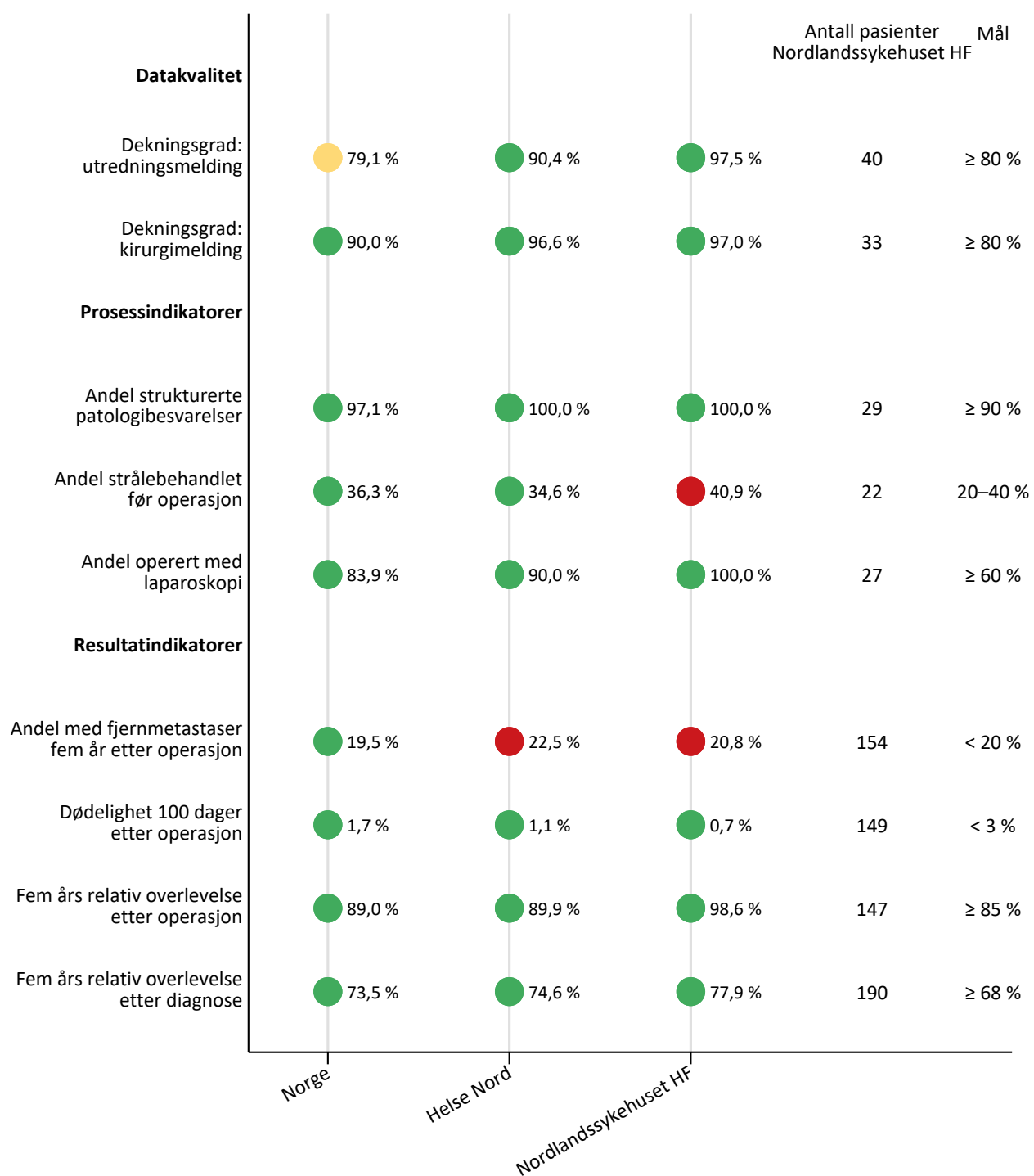
**Figur 6.** Kvalitetsindikatorer fra Nasjonalt kvalitetsregister for lymfoide maligniteter



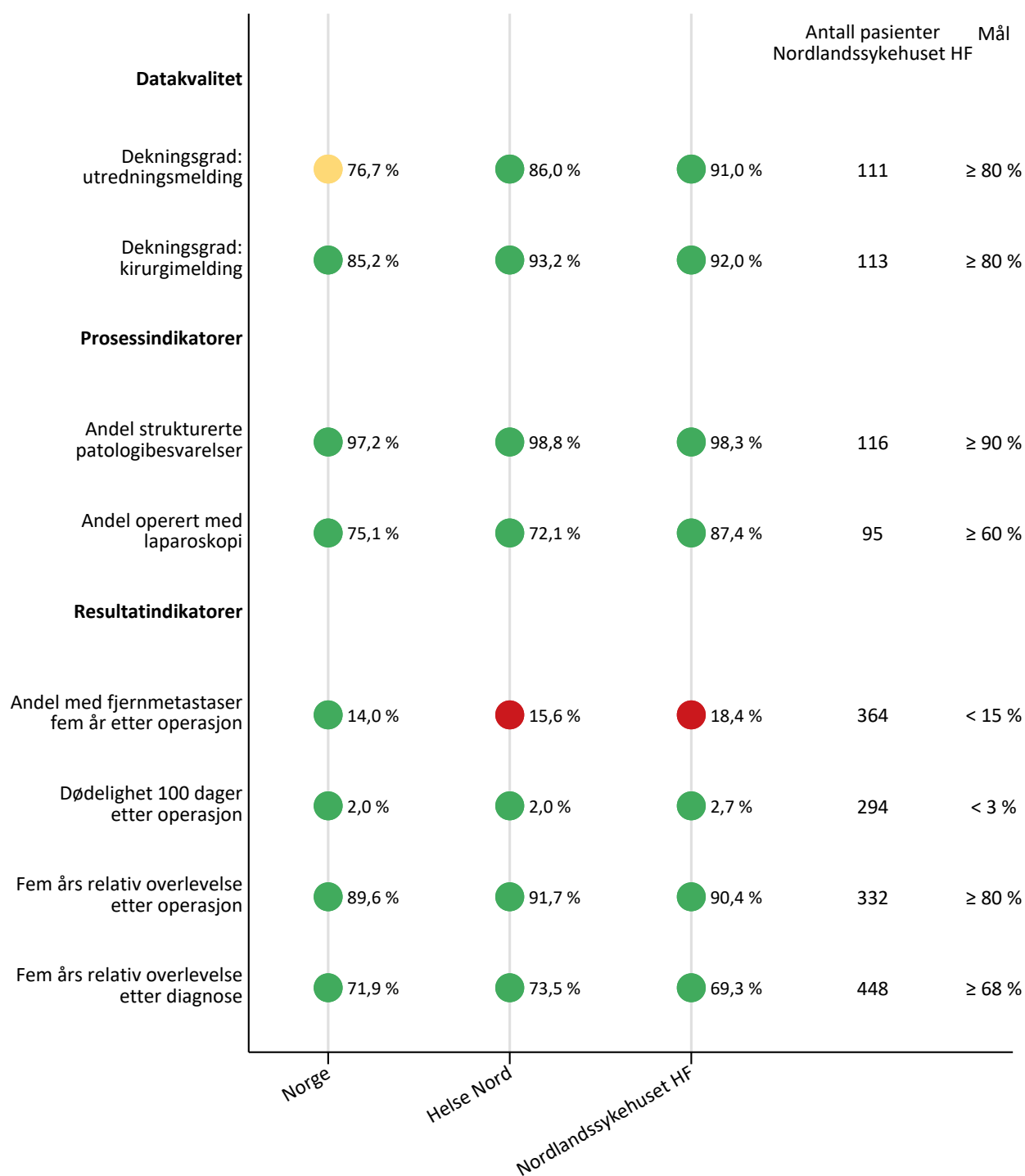
**Figur 7.** Kvalitetsindikatorer fra Nasjonalt kvalitetsregister for melanom



**Figur 8.** Kvalitetsindikatorer fra Nasjonalt kvalitetsregister for prostatakraft



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



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