



Styresak 087-2023

Nordlandssykehusets resultater i de nasjonale medisinske kvalitetsregistrene for 2022 og for utvalgte kvalitetsindikatorer i Helse Nord

Saksbehandler: Tonje E Hansen

Dato dok: 17.10.2023

Møtedato: 24.10.2023

Vår ref: 2019/1149

Vedlegg (t): Oppsummering av Nordlandssykehusets resultater fra kvalitetsregistrene for kreft 2022

Oppsummering av Nordlandssykehusets resultater for de utvalgte kvalitetsindikatorerne i Helse Nord

Innstilling til vedtak:

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

Bakgrunn for saken

I Norge har vi 59 medisinsk kvalitetsregistre med nasjonal status som representerer ulike fagområder. 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 2022 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. I saken angis måloppnåelsen i Nordlandssykehuset for kvalitetsindikatorerne 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

Gjennom Nordlandssykehusets strategiske utviklingsplan 2023-26 har vi en visjon om å bli ledende på kvalitet. For å nå visjonen må vi kjenne til våre egne data, ha faglige styringsmål, kunnskap om måten vi leverer våre tjenester og resultatene av dem, samt pasientrapporterte data. Den viktigste kilden til disse dataene er de nasjonale kvalitetsindikatorerne og resultatene fra de nasjonale medisinske kvalitetsregistrene. Økt måloppnåelse for mange av disse indikatorene vil gi et bedret utfall for enkeltpasienter og ha vesentlig betydning for den samlede helsegevinsten i samfunnet. Direktøren finner at Nordlandssykehuset jevnt over

leverer god kvalitet på tjenestene våre og at fagmiljøene ønsker å forbedre resultatene, der hvor vi ikke er gode nok. En slik kvalitetsheving krever en systematisk tilnærming med identifikasjon av mulige tiltak, utprøving om de har effekt og en vedvarende nysgjerrighet for hvordan ting henger sammen. Denne systematikken kan være krevende i en situasjon med stort fokus på omstilling, men desto like viktig. Pasienter og brukere i Nordlandssykehuset skal nå og framover motta trygge tjenester av god kvalitet.

Nordlandssykehuset resultater i nasjonale medisinske kvalitetsregistre 2022 – 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 hoftebruddregisteret, Nasjonalt barnehofteregisteret, Nasjonalt korsbåndsregisteret og Nasjonalt register for ryggkirurgi. Samlet sett er dekningsgrad god 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. Dette skyldes dels revisjonskirurgi som gir bruk av en del implantater utenfor anbud. Like fullt er det en for stor andel av implantater utenfor anbud. Her må fagmiljøene ta gjeldende avtaler til etterretning og endre praksis.

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

For **korsbåndsregisteret** er det høy måloppnåelsene for alle kvalitetsindikatorene utenom *veldokumentert graft* (79% mot måloppnåelse >90%). For **Nasjonalt register for ryggkirurgi** er dekningsgraden for lav til at kvaliteten kan vurderes. Det jobbes med å finne en bedre lokal løsning for registrering i Nordlandssykehuset Bodø.

Gynekologi

Innenfor fagområdet gynekologi leverer Nordlandssykehuset data til to kvalitetsregistre: Norsk gynekologisk endoskopiregister og Norsk inkontinensregister. **Endoskopiregisteret** har fem kvalitetsindikatorer hvor Nordlandssykehuset Bodø har moderat eller høy måloppnåelse i fire. For «*hysteroskopi: komplikasjoner etter operasjon*» har vi lav måloppnåelse (8,9% mot måltall <2%). Volumet er lavt og dette omhandler fire av 48 pasienter. Disse fire pasientkasuistikene er gjennomgått i fagmiljøet. Gjennomgangen viser ingen felles forbedringsområder. Økt bevissthet rundt disse komplikasjonene vil forhåpentligvis bidra til kvalitetsforbedring. For Nordlandssykehuset Vesterålen og Lofoten er hhv. dekningsgraden for lav og volumene for små til at data for kvalitetsindikatorene publiseres eller gir meningsfulle data.

For **inkontinensregisteret** er det 11 kvalitetsindikatorer. Resultatene for komplikasjoner er gjennomgående lave og innenfor høy måloppnåelse, noe vi mener skyldes systematisk arbeid med prosedyrer for å redusere komplikasjoner. Resultatene for «*utfylt stressinkontinensindeks før behandling*» viser høy måloppnåelse i Lofoten og moderat måloppnåelse i Bodø og Vesterålen.

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

Hjerneslagregisteret 11 indikatorer. Bodø og Lofoten har hhv. høy måloppnåelse for 7 og 8 av disse indikatorene og moderat måloppnåelse for de øvrige, og da svært tett opptil grensene for høy måloppnåelse. Vesterålen har tre indikatorer med lav måloppnåelse, to med moderat og øvrige med høy. Det jobbes systematisk med å forbedre kvalitetsindikatorene ved alle tre lokasjonene, og det forventes en forbedring i resultatene for 2023. Inkludert i dette arbeidet er innføringen av eSTROKE som skal bidra til raskere identifikasjon av slagsymptomer og bidra til at pasientene kommer raskere (og innenfor tidsvinduet for blodfortynnende behandling) på sykehus.

I **hjerteinfarktregisteret** er det definert 11 kvalitetsindikatorer. Av disse har Nordlandssykehuset høy måloppnåelse for fem, moderat måloppnåelse for fire og lav måloppnåelse for to. De to indikatorene med lav måloppnåelse er «*Reperfusjonsbehandling innen anbefalt tid ved STEMI*» og «*Trombolyse innen anbefalt tid*». Her er ikke Nordlandssykehuset i likhet med mange helseforetak nasjonalt, gode nok. Det vil kreve systematisk arbeid over tid for å heve kvaliteten på disse indikatorene. Det regionale prosjektet Trygg Akuttmedisin som omhandler kompetanseheving, samtrening mellom samhandlende aktører og logistikk knyttet til pasientforløp med brystsmerter med mulig behov for trombolyse (blodproppløsende behandling), håper vi skal bidra til dette. Prosjektet er organisert med en regional og en lokal del, og involverer samhandling over tjenestenivå med kommunene.

For **hjertestansregisterets** fem indikatorer er det ingen med kritisk lav måloppnåelse, men resultatene avdekker flere forbedringsområder. «Telefonveiledet HLR tilbudt innringer» har lav måloppnåelse (66% mot målnivå >90%), men viser en forbedring fra 2021. «*Responstid*» fra telefon inn til 113 til ambulanse parkerer på bestemmelsessted er 30 minutter mot 21 minutter på nasjonalt nivå. Resultatet for Helse Nord RHF samlet er 28 minutter som er høyest i landet. For å forbedre disse kvalitetsindikatorene vil et tidligere gjennomført prosjekt ved AMK-Bodø (telefonveiledet HLR) tas opp igjen. Responstider må evalueres både i AMK og i ambulansetjenesten for å identifisere tidstyver. Deltakelse i forskningsprosjektet [RescueDoppler](#) vil bidra til økt fokus på hjertestans og registreringspraksis hjertestansregisteret vil gjennomgå.

Kreft

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

For **tykk- og endetarmsregistret** har alle kvalitetsindikatorene innenfor **tykktarm** høy måloppnåelse foruten «*Andel pasienter med fjernmetastaser 5 år etter operasjon*» (16,5% mot måltallet <15%) som likevel er en forbedring, og *fem års overlevelse etter diagnose* (67,3%

mot måltall >68%). Det er noe usikkerhet i tallene i forhold til metastaser oppstått etter første operasjon, da tallet er et estimat (har ikke 5 års oppfølging).

For **rektum** har alle indikatorene høy måloppnåelse foruten «*Andel med lokalt tilbakefall fem år etter operasjon*» (5,1% mot måltallet <5%) som er marginalt utenfor målområdet og «*Andel med fjernmetastaser fem år etter operasjon*» (24,9% mot måltallet < 20%). Også her er det usikkerhet knyttet til data om metastaser, da vi ikke har fem års oppfølging av pasientene. Således er resultatet et estimat. I forhold til immunhistokjemiske undersøkelser utført på vevsprøvene, har vi et forbedringspotensial. Gastrokirurgisk avdeling vil diskutere dette med patologisk avdeling.

Resultater fra **lungekreftregisteret** viser at Nordlandssykehuset har høy måloppnåelse for rapporteringsgrad *kirurgi og utredningsmelding*. Når det gjelder de øvrige kvalitetsindikatorene har vi høy eller moderat måloppnåelse bortsett fra «*Andel meldt innen 14 dager etter behandlingsbeslutning*» og «*Andel av pasienter undersøkt med PET-CT*». Vedrørende kirurgi er det god måloppnåelse for kvalitetsindikatorer for kirurgi. Det gjøres en nøye seleksjon av pasienter aktuelle for kirurgisk behandling, og det jobbes godt tverrfaglig mellom kirurgiske fag og lungemedisin i oppfølgingen av kompliserte kirurgiske forløp. Vedrørende andel meldt innen 14 dager er vi i likhet med nasjonalt nivå et stykke unna målnivå >80%. Frem til 2020 var komplett registrering av antall nye lungekrefttilfeller hovedmål, mens tidskravet altså er innskjerpet. Vi hadde i 2022 en dekningsgrad på 100% for utredningsmeldinger. Det jobbes systematisk gjennom driftsmøter og rutiner å innskjerpe tidskravet til rapportering. Kapasiteten på PET-CT i regionen er ikke god nok, og det fører til forsinkelser i lungekreftpakkeforløpet. Det jobbes med å øke kapasiteten ved UNN, samt inngå avtale mellom Helse Nord RHF og privat tilbyder av PET-CT

Kvalitetsindikatorene for **lymfoide maligniteter** viser at Nordlandssykehuset har høy måloppnåelse for alle indikatorer for datakvalitet og resultatindikatorene, unntatt «*Fem års relativ overlevelse for myelomatose*» som er akkurat rett under grensen (59,5% 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. Når det gjelder behandling av myelomatose har det vært ambulerings ut til lokalsykehusene siden 2019, noe som medfører at de fleste myelomatosepasientene følges opp av hematolog. I tillegg er vi med i en klinisk behandlingsstudie. Vi håper disse tiltakene skal føre til at 5- års overlevelsen for myelomatose øker på sikt.

Resultatene for **brystkreft** viser at Nordlandssykehuset har en god totaloppnåelse. Vi har moderat måloppnåelse for: «*Utredet med MR*» (88,9% mot måltallet >90%), og «*For få pasienter med tumorstørrelse 0-20 mm får utført brystbevarende kirurgi*» (84,8 % mot måloppnåelse > 90%) og «*brystbevarende kirurgi < 20 mm*» (84,8% mot måltall >90%). For «*Primær rekonstruksjon etter mastektomi*» har blitt forbedret siden 2021 og har nå høy måloppnåelse.

Kvalitetsindikatorene for **melanom** og **prostatakreft** viser tilfredsstillende måloppnåelse. Eneste indikatoren som er rød, er andel melanom med *fri margin etter primær eksisjon* (volum: 19 pasienter). Disse resultatene skal vi gå gjennom nærmere for å identifisere ev forbedringsområder.

Mage og tarm

Utenom kreftregistre 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 kvalitetsindikatorerne, og vi har høy måloppnåelse utenom «*svarprosent pasienter*» (52% mot måltall >90%). Framover kommer vi til å ha økt fokus på informasjon om viktigheten av dette svarskjemaet når vi overleverer det til pasienter etter endt undersøkelse. Utfordringen er i dag at dette fremdeles er et papir-skjema som ikke vi kan digitalisere, men for Tarmkreftscreeningen er det nå laget en digital versjon. Det vil sannsynligvis være det viktigste tiltaket for å få opp svarprosenten.

Det jobbes videre med forbedring og vi nettopp hatt en av våre overleger som deltaker på koloskopi-instruktør kurs (KIK) i Oslo som er et kurs for å bedre kunne undervise i skopiteknikk som er dokumentert å gi mindre smerter (vann-skopi med rotasjonsstyring). Vi har planer om å fokusere opplæring av nye LIS i skopi på de to overlegene som har KIK-kurs. Vi har høy måloppnåelse på «*polypp deteksjonsrate*», men ønsker å komme noe høyere. Vi har mer fokus på dette innad i kollegiet og diskuterer/har undervisning om polypp-håndtering.

I **Norsk kvalitetsregister for fedmekirurgi** er det tre kvalitetsindikatorer, hvor Nordlandssykehuset har høy måloppnåelse for alle sammen, inkludert en meget lav komplikasjonsrate. I **Norsk register for Gastrokirurgi** har vi også høy måloppnåelse på alle indikatorene bortsett fra en. Vi har fått et godt system på å registrere de ulike parameterne som f. eks preoperativt vekttap som gjør vi har betydelig høyere andel enn det nasjonale gjennomsnittet. Årsaken er at pasientene får tilsendt skjema i checkware og alle elektive pasienter blir veid når de blir innlagt. For indikatoren reseksjoner av tykktarm (lekkasje fra skjøt) har vi lav måloppnåelse (9,3% mot et måltall <4%). Vi tror dette skyldes endring i operasjonsteknikk. Fra 2022, etter innspill fra internasjonale og nasjonale consensusmøter, ble fagmiljøet enig om å prøve å unngå så mange stomier. Ved Nordlandssykehuset Bodø har vi hatt høy stomifrekvens og vi ønsket å gjøre noe med det. Endringen har medført flere postoperative anastomoselekkasjer og mindre andel bekkenabscesser på senere tidspunkt (det er kommentert i årsrapporten da det ikke gjelder kun Nordlandssykehuset). Som et forbedringstiltak er det bestemt at det alltid skal være to gastrokirurger tilstede ved alle rektuminngrep. Vi håper dette vil igjen vil redusere andelen lekkasjer fra tarmskjøtene.

Nyre og endokrinologi

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

Norsk Nyreregister (NNR) er et livsløpsregister for alle pasienter med alvorlig nyresykdom. Pasienter inkluderes NNR når det blir tatt en diagnostisk nyrebiopsi eller når de er kommet i kronisk nyresykdom stadium 5. Registret har dokumentert tilnærmet 100% dekningsgrad, både på institusjon og individ nivå, for pasienter som blir behandlet med dialyse eller som er transplantert. Det er mange kvalitetsindikatorer i dette registeret, hvor det bare for en av indikatorene noen presenteres data. De øvrige framstilles ikke pga. lavt manglende data eller lavt antall registrerte pasienter.

For indikatoren «*biposier med minst 10 glomeruli*» har vi høy måloppnåelse (100%). Nyrebiopsi er en ultralydveiledet prosedyre som utføres av radiolog. Alle nyrebiopsier i Nordland fylke utføres i Bodø, vi har en god rutine, en skriftlig prosedyre og et godt samarbeid med radiolog. Nyreavdelingen i Bodø jobber for øvrig godt med og forholder seg aktivt til resultatene i registeret. Den årlige rapporten presenteres hver høst i november på nasjonal kvalitetsdag på OUS hvor nyreleger deltar. Vi benytter den årlige rapporten til

kalibrering av eget arbeid og til å planlegge forbedringsarbeid og satsningsområder. «Senter Bodø» inkluderer også pasienter tilhørende Helgelandssykehuset, både voksne og barn, og vi sender en andel av registreringsskjemaer til respektive avdelinger.

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*» er oppnår høy måloppnåelse. De indikatorene hvor vi har lav og moderat måloppnåelse omhandler «*Nivå på LDL-kolesterol i blodet*». For å forbedre denne indikatoren har diabetespoliklinikken i Bodø deltatt i et nasjonalt prosjekt i regi av registeret for å være mer aktiv i behandlingen av forhøyet LDL-kolesterol hos pasienter med diabetes type 1 diabetes. Poliklinikken vi fortsette å jobbe med tiltakene til vi oppnår høy måloppnåelse. Lofoten har hatt manglende registrering for 2022 (som nå er etter registret) og har laget en plan for videre registrering.

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 høy måloppnåelse. Vi har hatt en ytterligere forbedring av «*Reinnleggelse innen 72 timer*» fra 4.9% (2020) til 2.9% (2021) og 1,8% i 2022 (måltall < 4%). Pasientgruppen på intensivavdelingen i Bodø er en heterogen gruppe med en blanding av pasienter fra lokalsykehus i tillegg til «egne» pasienter og som representerer både indremedisinske og kirurgiske fagområder. Denne variasjonen kan gi en større normalvariasjon. Likevel har vi høy måloppnåelse for «*median invasiv respiratortid*» (1,5 mot måltall <2,5 dager) og «*tverrfaglig gjennomgang, samt rutinenotat ved utskrivning*».

For **nyfødtmedisinsk registeret** er det fire nasjonale kvalitetsindikatorer for sykehusnivå. Vi har høy måloppnåelse for «*antenatale steroider GA<34*» (100%) som er forbedring fra i fjor. Indikatorene «*Andel blodkultur før oppstart antibiotika*» og «*Besvart blodkultur*» har begge lav måloppnåelse (hhv 88% og 83% begge mot måltall 98%). Flere av pasientene som mottar antibiotika er født ved lokalsykehus. Det er flere som det ikke lykkes å få tatt blodkultur av ved lokalsykehusene, sammenlignet med de som blir direkte innlagt i nyfødtintensivavdelingen. Når det gjelder svarene på blodkulturene som er tatt, foreligger disse ikke alltid når barnet skrives ut og skal da føres som negativt. Antall behandlingsdøgn med AB ved fravær av klinisk eller verifisert sepsis. GA 33-36 uker har også høy måloppnåelse.

For **Nasjonalt traumeregister** har Bodø og Vesterålen høy måloppnåelse (måltall >80% og >70%) for «*andel røntgen thorax*» og «*røntgen bekken*», mens Lofoten har lav måloppnåelse. For andelen «*registrerte traumehendelser*» innen 3 mnd. har Lofoten moderat måloppnåelse, mens Bodø og Vesterålen har lav. Årsaken til dette er at de som registrerer i registeret har dette som bi-stilling i en liten andel og arbeidet er tilpasset øvrig drift. Det er derfor vanskelig å få registrert alle hendelsene innenfor 3 mnd. etter hendelsestidspunktet. Dokumentasjon av undertriagering er en viktig parameter i registeret som det har vært rettet stort fokus på. Dette gjøres systematisk ved alle tre lokasjoner.

Psykisk helse og rus

Innenfor psykisk helsevern og rus eksisterer det fem register: Nasjonalt kvalitetsregister for behandling av skadelig bruk eller avhengighet av rusmidler (KVARUS), Kvalitetsregisteret for alderspsykiatri, Nasjonalt kvalitetsregister for elektrokonvulsiv terapi (ECT), Nasjonalt kvalitetsregister for behandling i psykisk helsevern voksne (PHV) og Norsk kvalitetsregister for behandling av spiseforstyrrelser (NorSpis). De fleste av disse registrene er akkurat startet

arbeidet og lever derfor ikke data, eller kun data på nasjonalt nivå. Registrering i **KVARUS** er ikke innført i Nordlandssykehuset. Slik registeret er i dag er det for omfattende og krevende for både pasienter og medarbeidere, og i tillegg krever det en del dobbeltregistreringer. Det har vært både regionale og nasjonale møter hvor det er lagt frem fra fagmiljøene at registeret må bli vesentlig lettere for at det skal kunne.

For **NorSpis** ligger registeransvaret i Nordlandssykehuset. Registeret strever med lav dekningsgrad nasjonalt. Nordlandssykehuset har et pågående varsel for manglende utvikling i registeret. Det er jobbet for å forbedre dekningsgraden og det er laget et god og omfattende plan for videre framdrift. Tilbakemelding fra fagmiljøene nasjonalt er likevel at det vil være vanskelig å heve dekningsgraden, før datafangsten blir elektronisk.

Utvalgte kvalitetsindikatorer i Helse Nord

Det finnes i dag et stort antall styringsindikatorer og parametere som rapporteres flere ganger årlig fra ulike instanser. Den store mengden indikatorer gjør det krevende å avdekke trender i kvalitetsutviklingen som det er viktig å følge opp. I 2021 fikk SKDE oppdrag fra adm. direktør i Helse Nord om å velge ut ti viktige kvalitetsindikatorer til bruk i oppfølgingen av helseforetakene. SKDE formulerte følgende kriterier for valg av indikatorer: Indikatorer som velges ut bør være knyttet til intervensjoner:

- A. som gir helsegevinst
- B. som er viktige for både pasienter, helsepersonell og institusjoner
- C. som utføres i stort nok volum (antall pasienter/intervensjoner) til at det er mulig å følge utviklingen over år med tilgjengelige data
- D. som utføres ved alle sykehus i Helse Nord
- E. Aktuelle indikatorer må i tillegg oppfylle følgende kriterier:
- F. flere sykehus i Helse Nord har svake resultat og ønsket nivå er kjent
- G. det ligger til rette for å utarbeide forbedringsprosjekter knyttet til indikatoren
- H. det er en veldokumentert sammenheng mellom måloppnåelse for indikatoren og reduksjon i dødelighet, skader eller komplikasjoner

Gjennom oppdragsdokumentet for 2023 ble utvalget av indikatorer revidert og redusert til seks kvalitetsindikatorer fra fire ulike medisinske kvalitetsregistre:

1. Andel med HbA1C > 75 mmol – Diabetes
2. Andel med rapportert status tre måneder etter hjerneslag
3. Operasjon innen 48 timer – Hoftebrudd
4. Sementert stamme ved bruk av protese – Hoftebrudd
5. Andel behandlet med trombolyse – Hjerneslag
6. Reperfusjonsbehandling innen anbefalt tid ved STEMI – Hjerterinfarkt

Resultater Nordlandssykehuset HF

Samlet viser resultatene fra de seks utvalgte indikatorene at Nordlandssykehuset for de fleste har god eller tilfredsstillende måloppnåelse (vedlegg 2). For de indikatorene hvor måloppnåelsen er moderat eller lav ved en eller flere av våre lokasjoner, har vi identifisert årsaken til at det er slik og hvilke tiltak som iverksettes for å øke måloppnåelsen. Den indikatoren hvor forbedringspotensialet er størst, er *Reperfusjonsbehandling innen anbefalt tid ved STEMI – Hjerterinfarkt*. Denne indikatoren har også lav måloppnåelse nasjonalt. Tiltakene i det regionale forbedringsprosjektet Trygg akuttmedisin er rettet inn mot å øke måloppnåelsen for nettopp denne indikatoren.

Tilbakemelding til Nordlandssykehuset

I mai 2023 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 spesielt fulgt opp i 2023/2024.

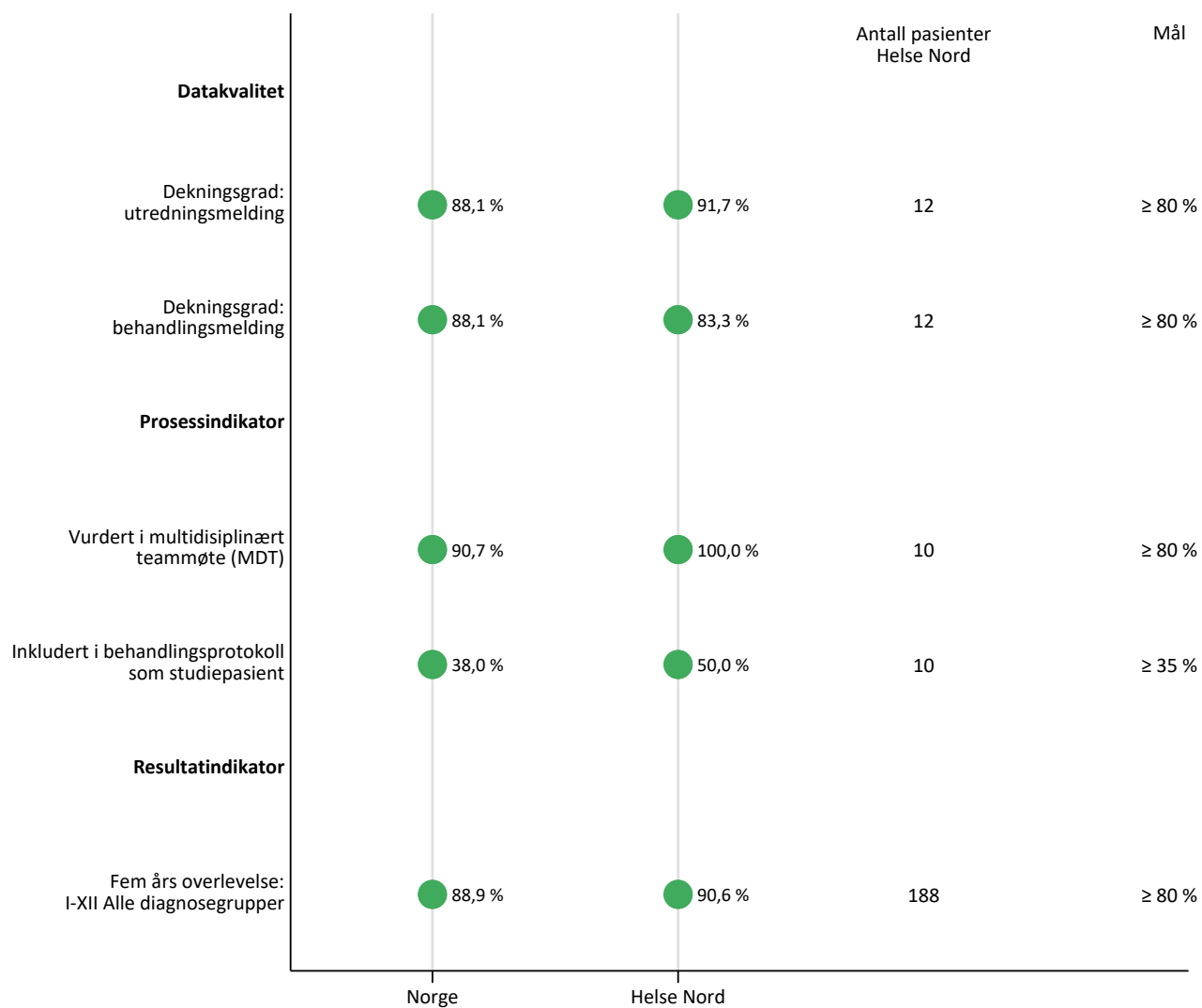
Fagrådenes vurderinger av resultatene finner dere i de ulike årsrapportene. Rapportene blir gjort tilgjengelige på Kreftregisterets nettsider i mai 2023: www.kreftregisteret.no.

Oppsummering av resultater

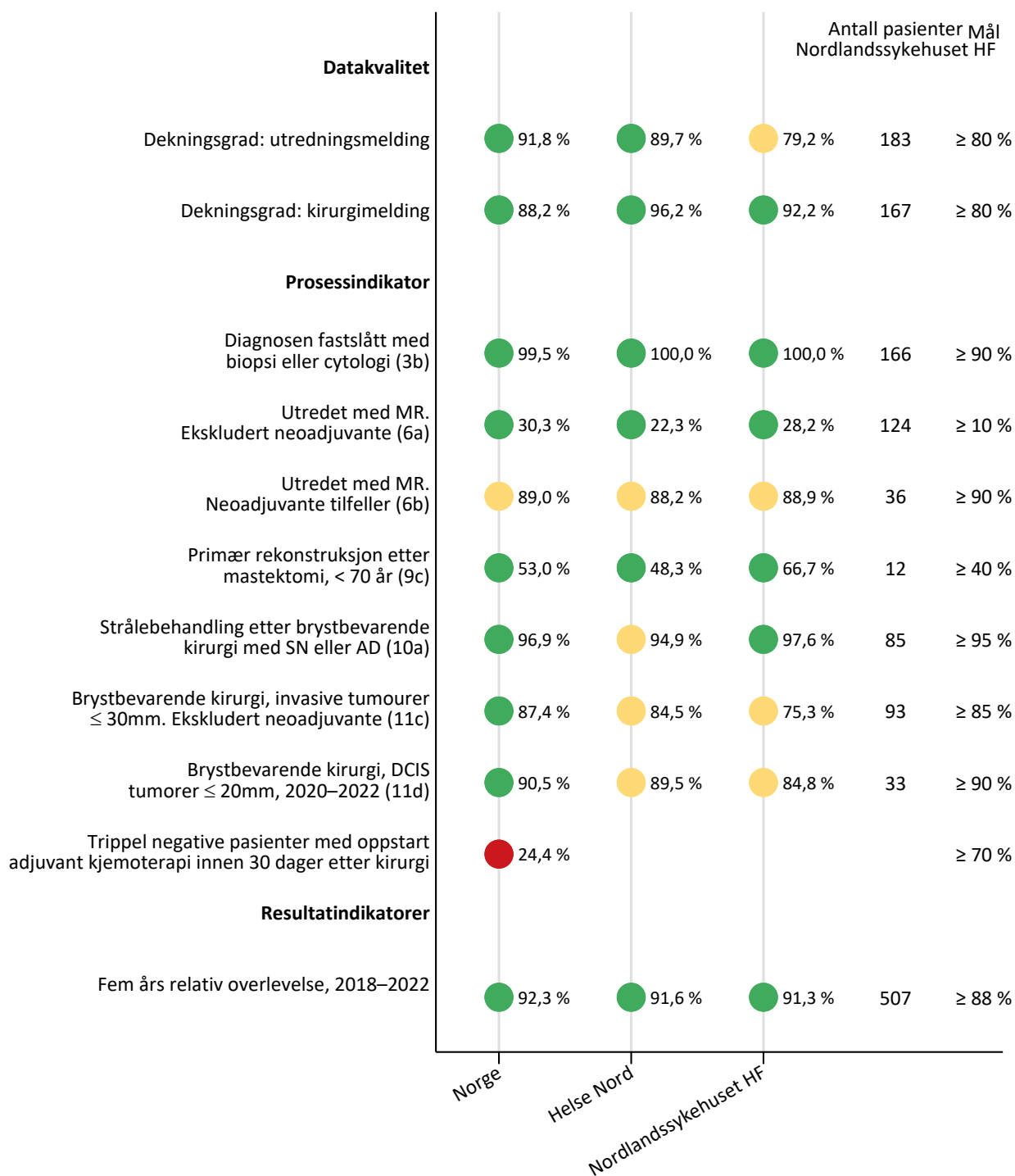
Årsrapportene fra kvalitetsregistrene for kreft viser at helseforetaket generelt har gode resultater. Fagrådene ber dere om å gå spesielt gjennom følgende resultater fra årsrapportene for 2022:

- Lungekreft: andelen av aktuelle pasienter for kurativ behandling som er undersøkt med PET-CT
- Melanom: Andelen pasienter med fri margin etter primær eksisjon ligger lavt.
- Tykk- og endetarmskreft: Andelen pasienter under 60 år som er undersøkt for MSI/dMMR ligger lavt. Dette er en ny kvalitetsindikator.

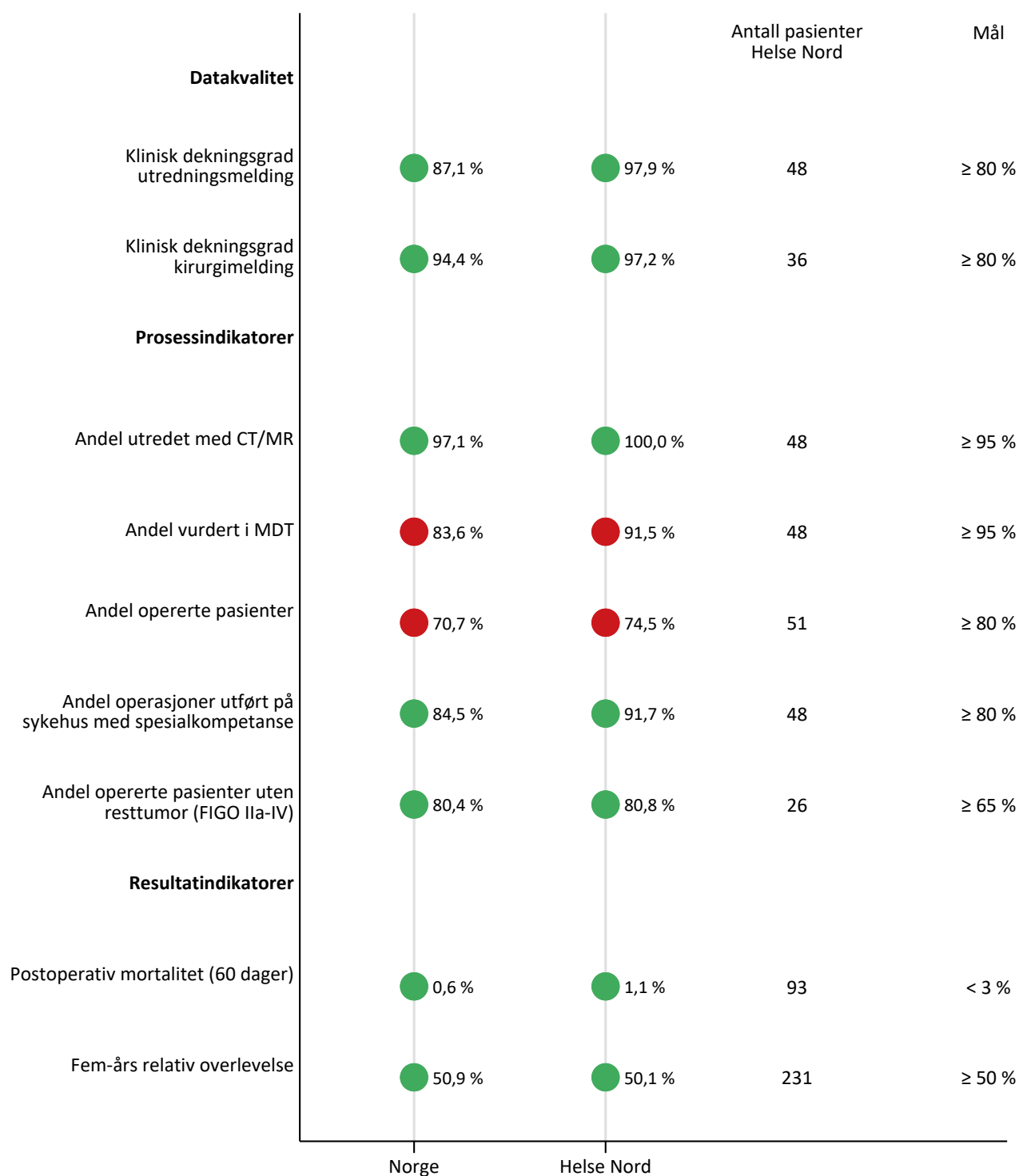
Nordlandssykehuset har gode rutiner for rapportering til kvalitetsregistrene innen kreft. Unntaket er rapportering til Melanomregisteret.



Figur 1. Kvalitetsindikatorer fra Nasjonalt kvalitetsregister for barnekreft



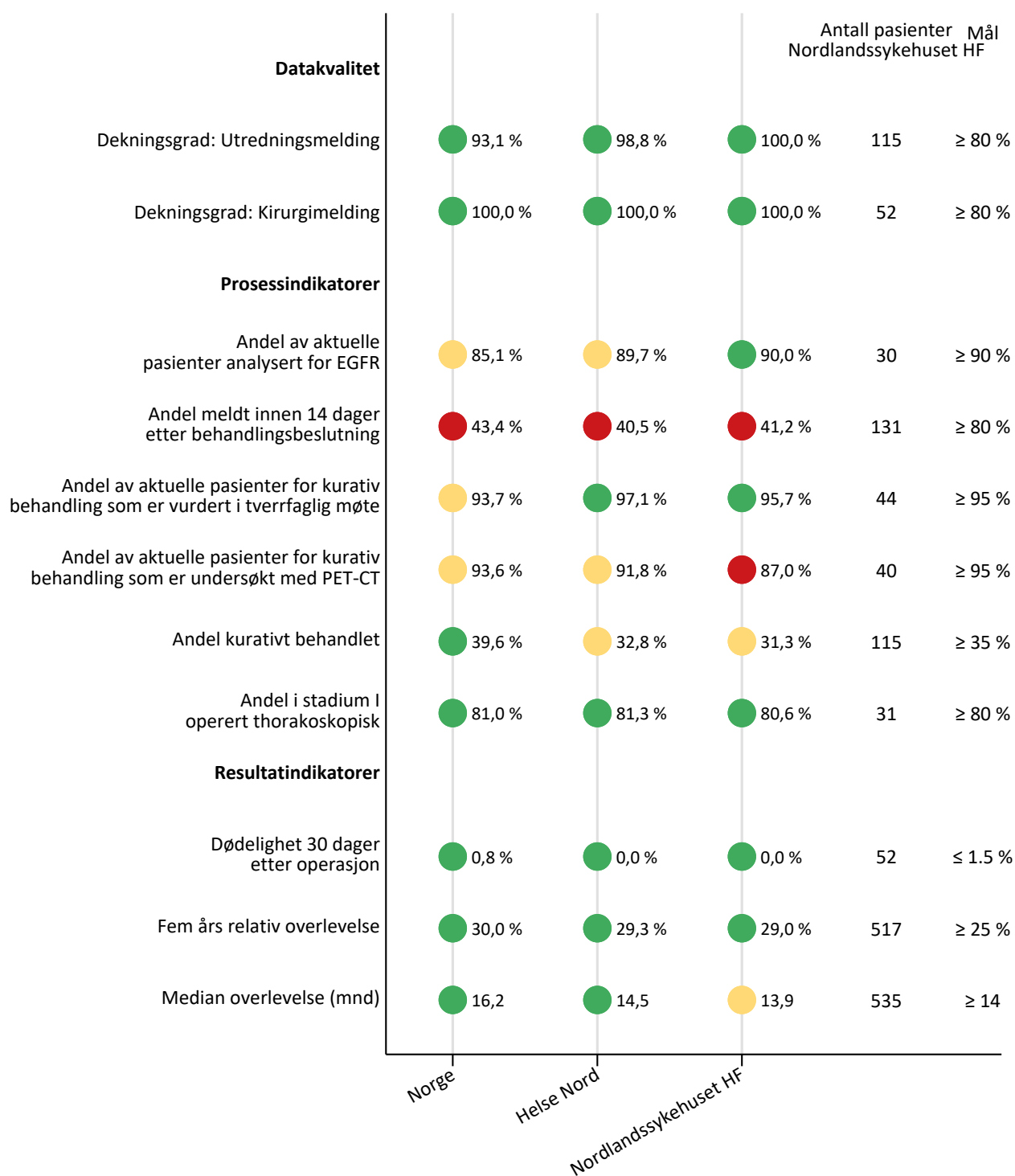
Figur 2. Kvalitetsindikatorer fra Nasjonalt kvalitetsregister for brystkreft



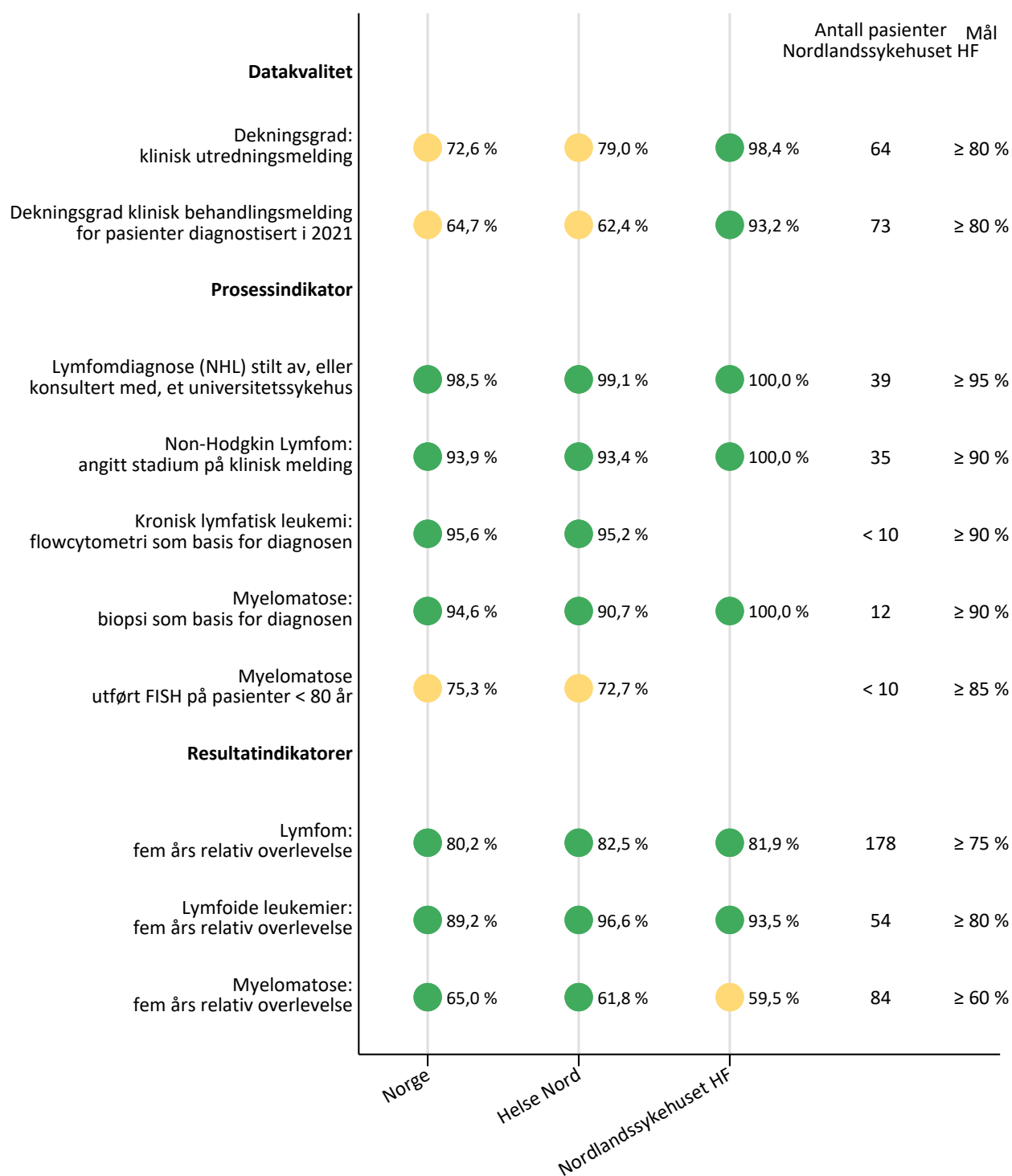
Figur 3. Kvalitetsindikatorer fra Nasjonalt kvalitetsregister for gynekologisk kreft, resultater for ovarialkreft



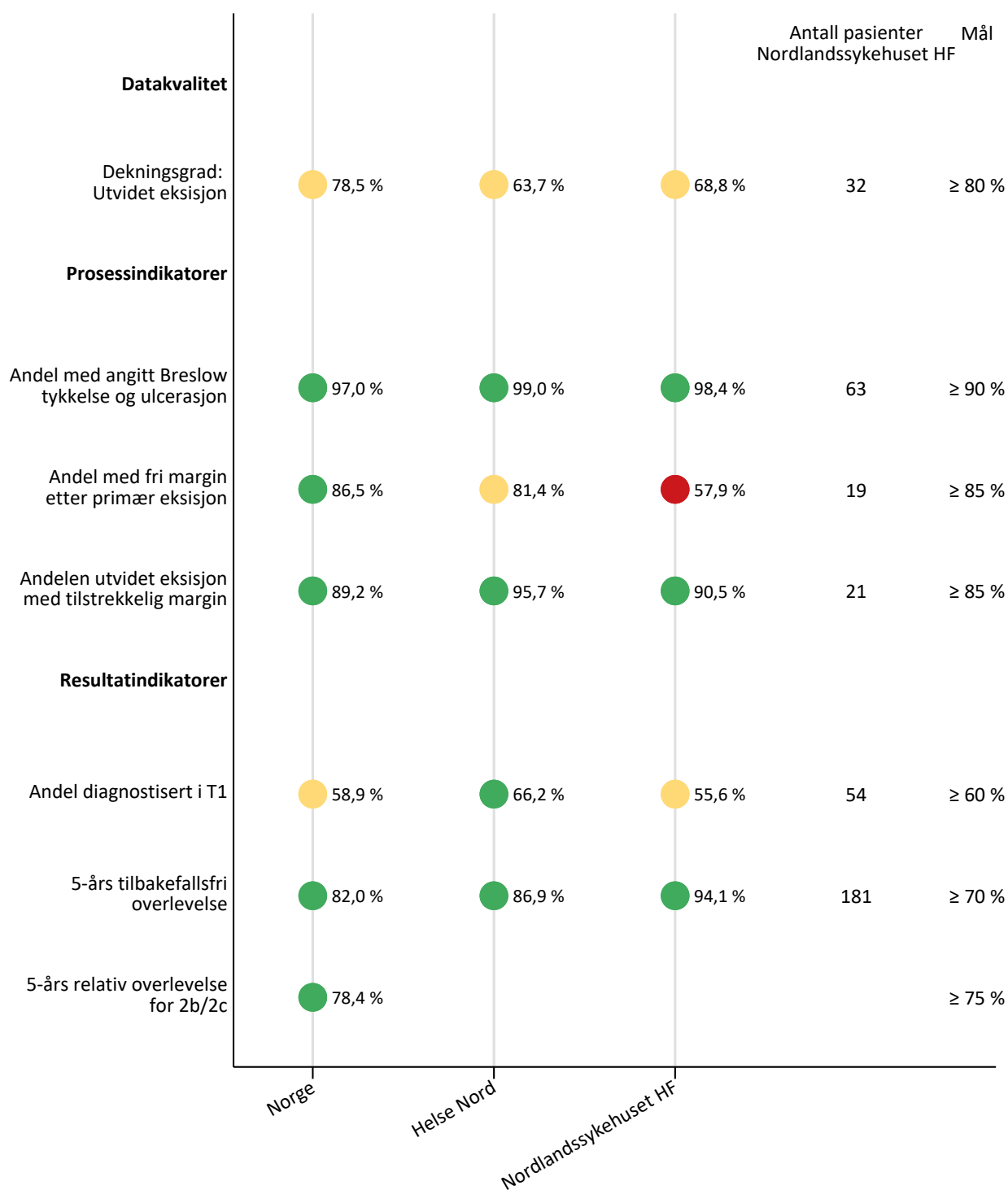
Figur 4. Kvalitetsindikatorer fra Nasjonalt kvalitetsregister for gynekologisk kreft, resultater for livmorhalskreft



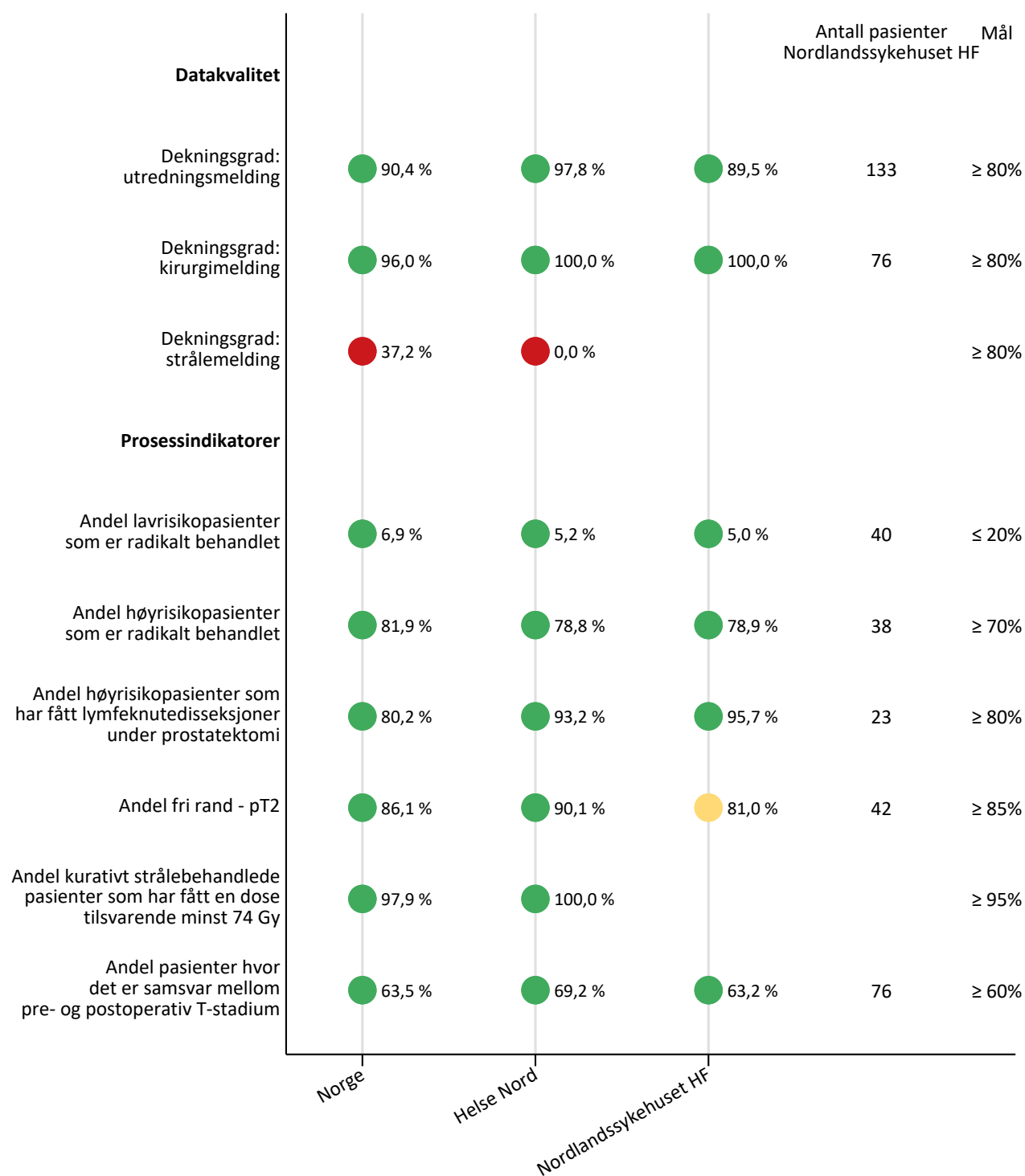
Figur 5. Kvalitetsindikatorer fra Nasjonalt kvalitetsregister for lungekreft



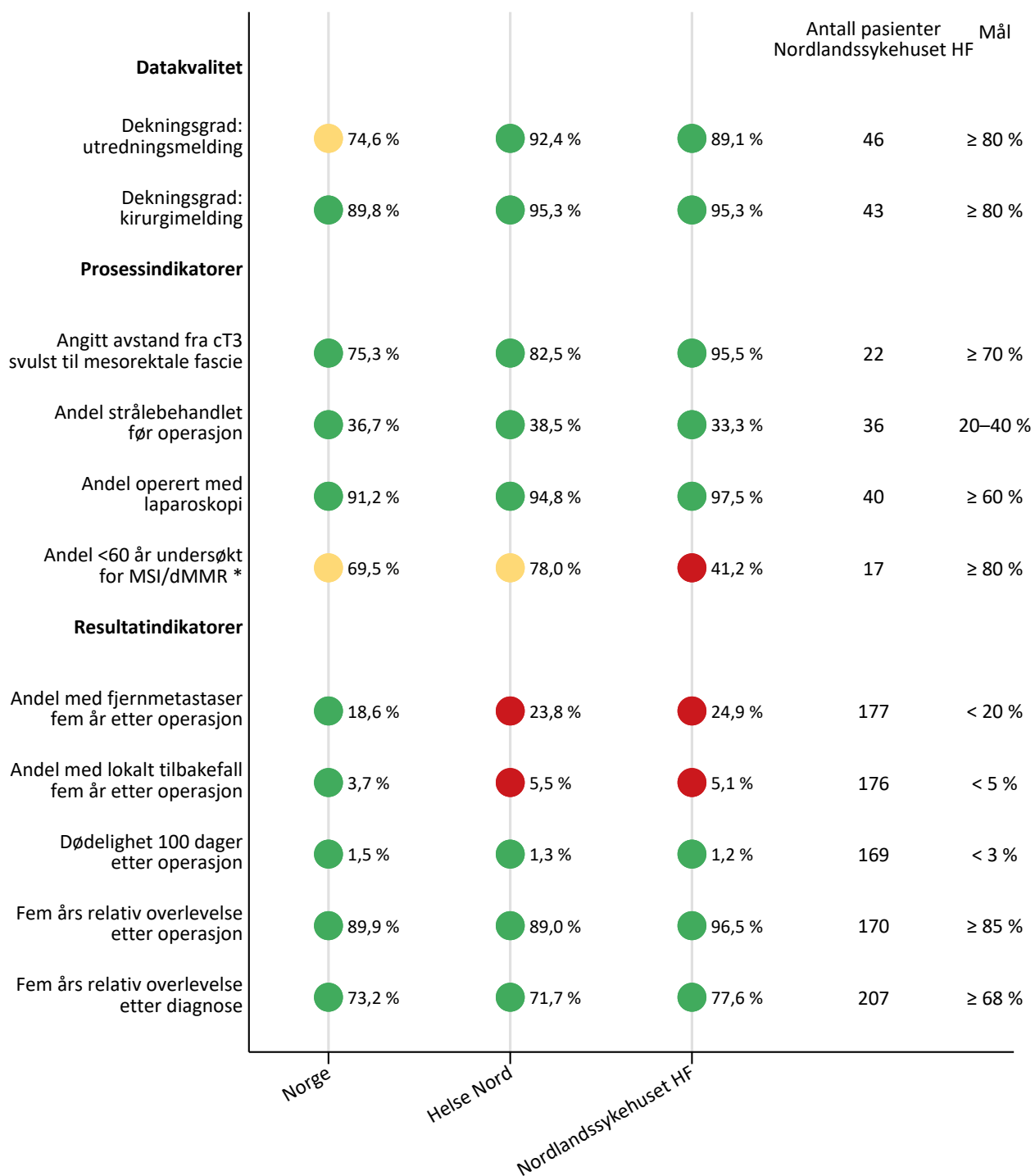
Figur 6. Kvalitetsindikatorer fra Nasjonalt kvalitetsregister for lymfoide maligniteter



Figur 7. Kvalitetsindikatorer fra Nasjonalt kvalitetsregister for melanom

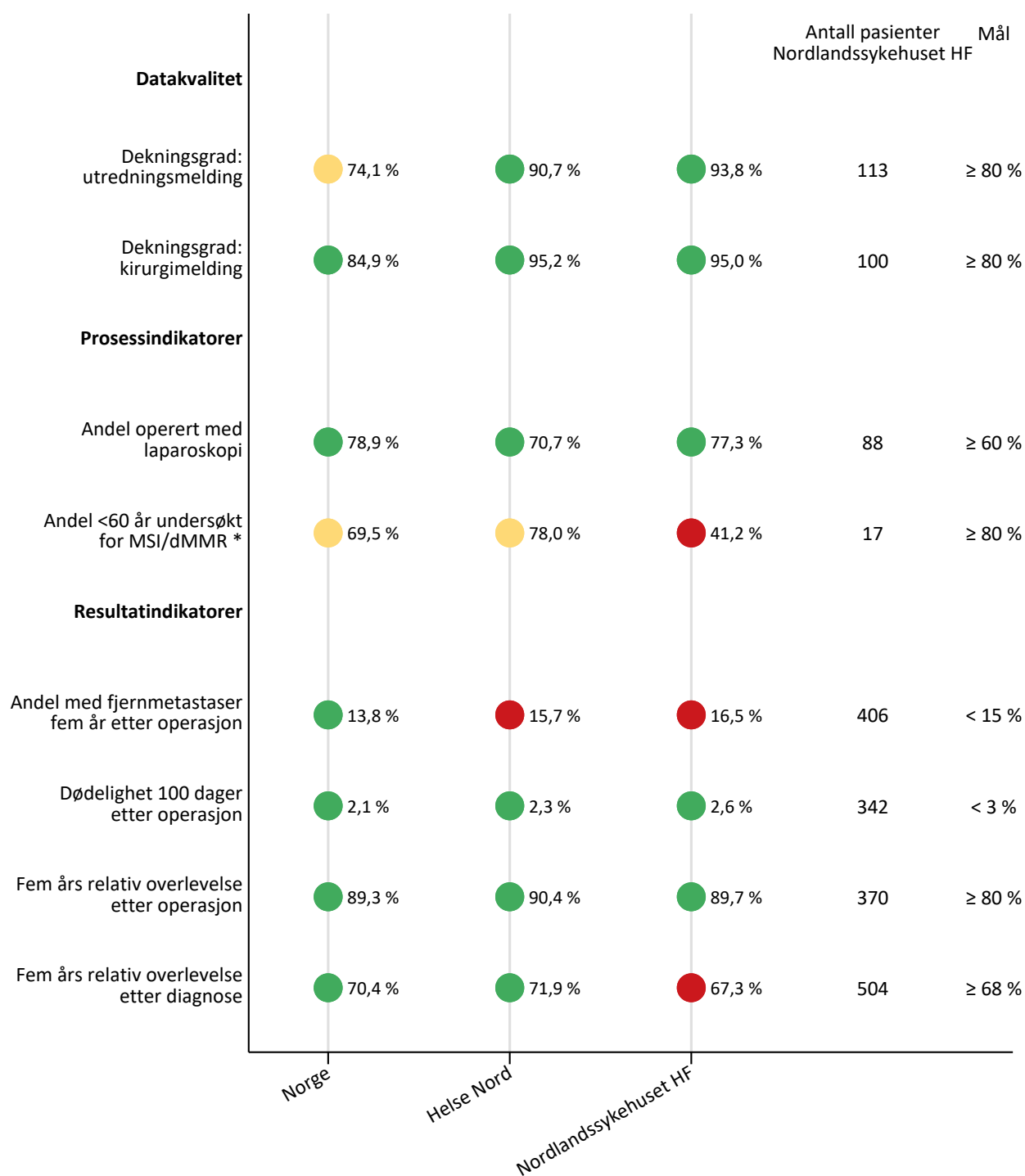


Figur 8. Kvalitetsindikatorer fra Nasjonalt kvalitetsregister for prostatakraft



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

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



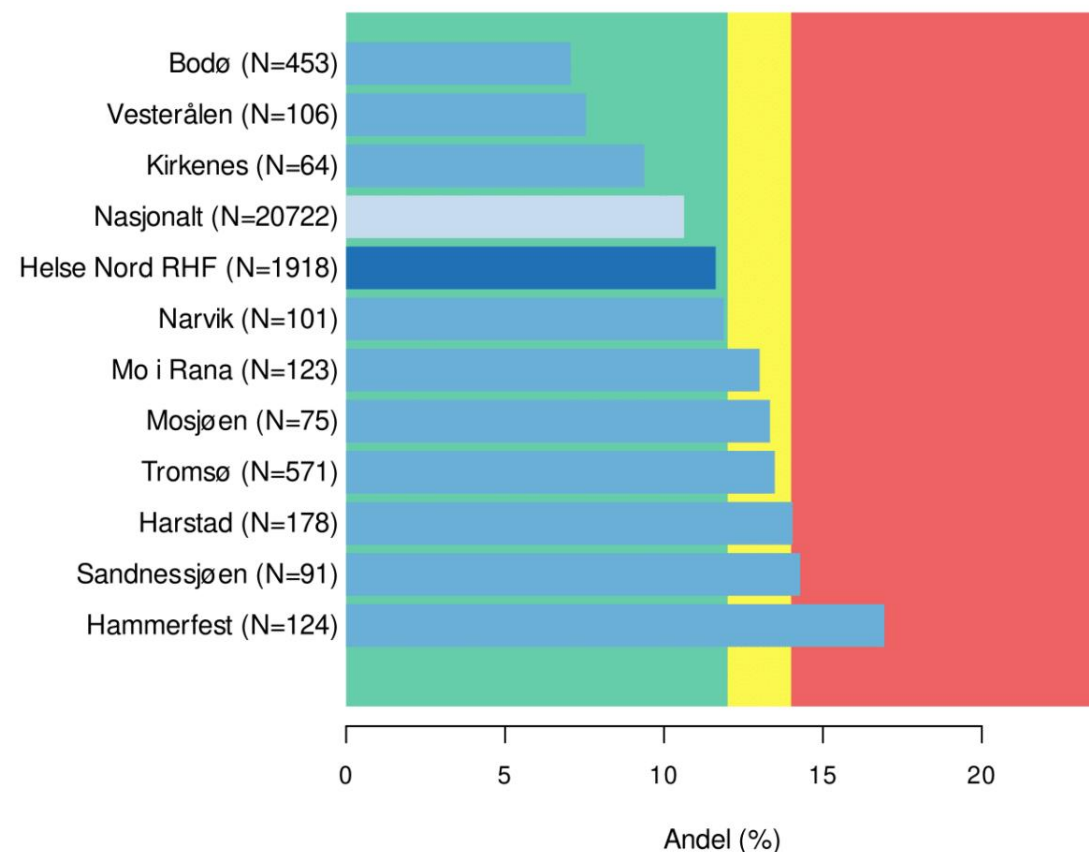
Figur 10. Kvalitetsindikatorer fra Nasjonalt kvalitetsregister for tykk- og endetarmskreft, resultater for tykktarmskreft

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

Utvalgte kvalitetsindikatorer i Helse Nord – resultater for Nordlandssykehuset HF 2022

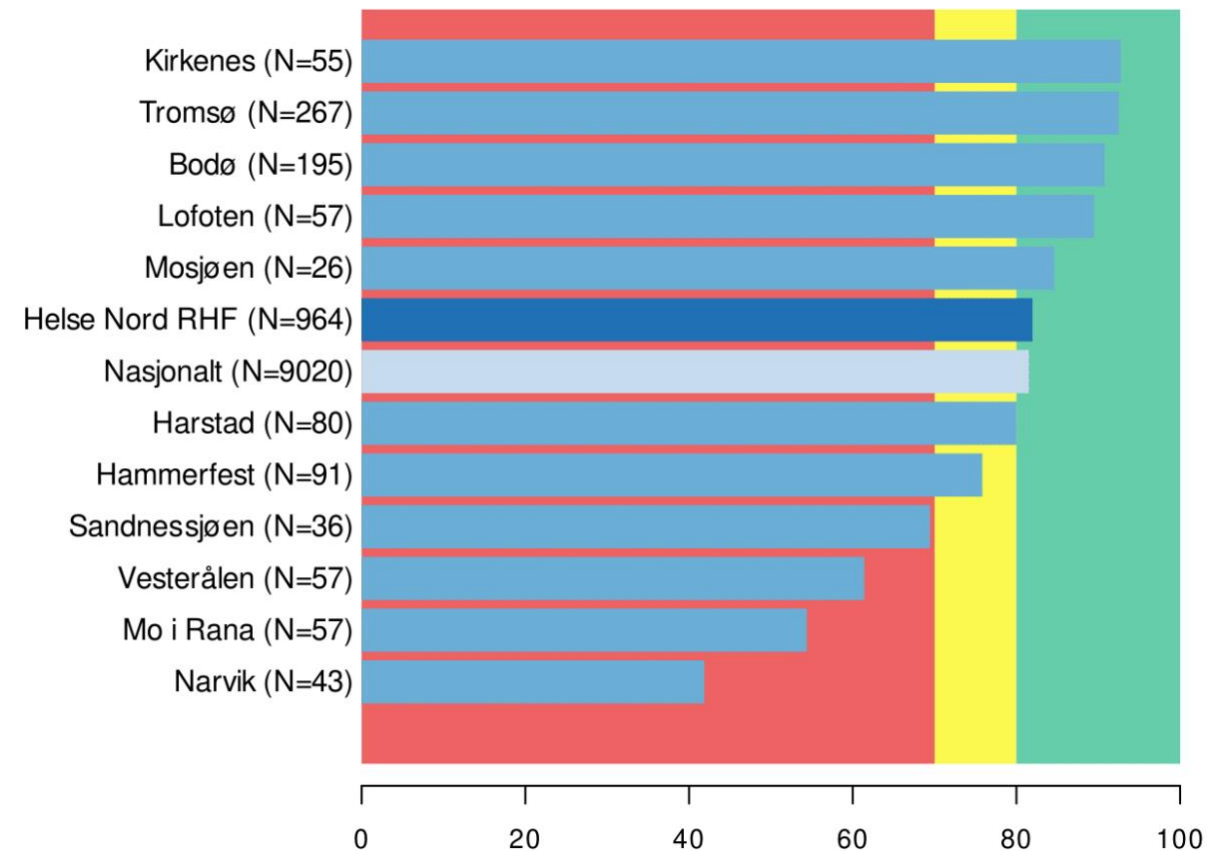
Andel med HbA1C > 75 mmol – Diabetes

- God måloppnåelse i Bodø og Vesterålen
- For få registrerte data (lav dekningsgrad) fra Lofoten til å framstille data
 - Avdekket registreringsfeil
 - Denne er nå rettet opp
 - Har høy måloppnåelse



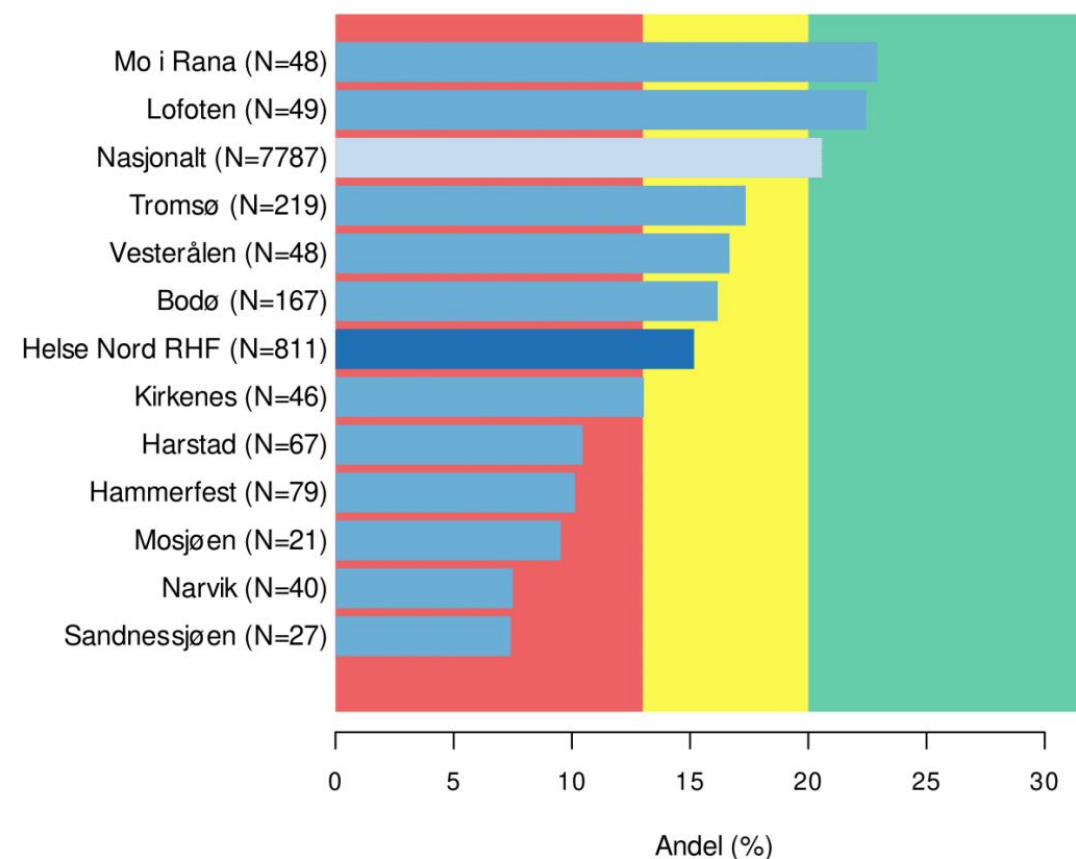
Andel med rapportert status 3 måneder etter hjerneslag

- Høy måloppnåelse i Lofoten og Bodø
- Lav måloppnåelse i Vesterålen:
 - Slagsykepleier ble pensjonist og oppfølgingen stoppet opp
 - Ny sykepleier har overtatt funksjonen og har fått opplæring
 - «Leid inn» pensjonert slagsykepleier til å ajourføre registrering i registert.



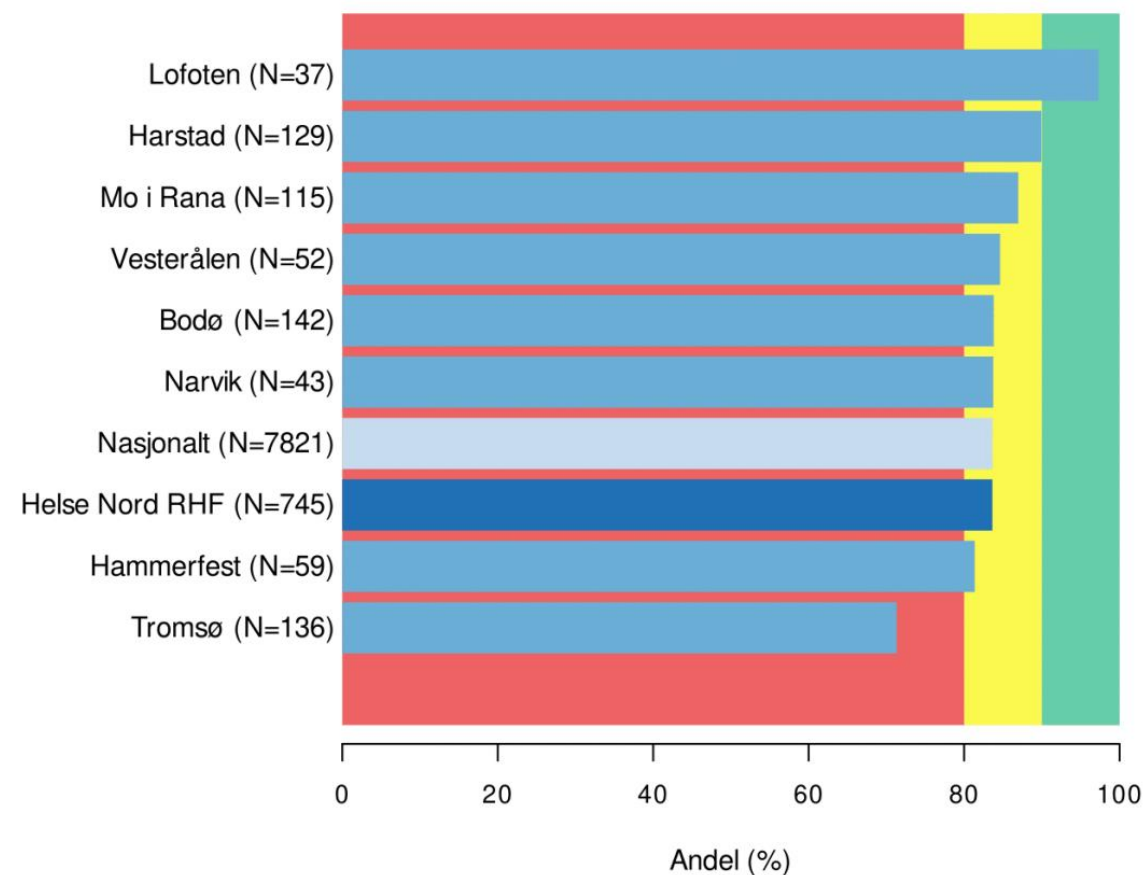
Andel behandlet med trombolyse – Hjerneslag

- Lofoten har høy måloppnåelse
- Bodø og Vesterålen har moderat måloppnåelse:
 - Vi lå under landsgjennomsnittet på andel pasienter innlagt på sykehus innen 4 timer i deler av 2022 - 48,3% i Bodø vs. 69,7% nasjonalt
 - Vi må få pasienten raskere til sykehus
 - Innføringen av E-stroke er et tiltak som tror får effekt på denne andelen



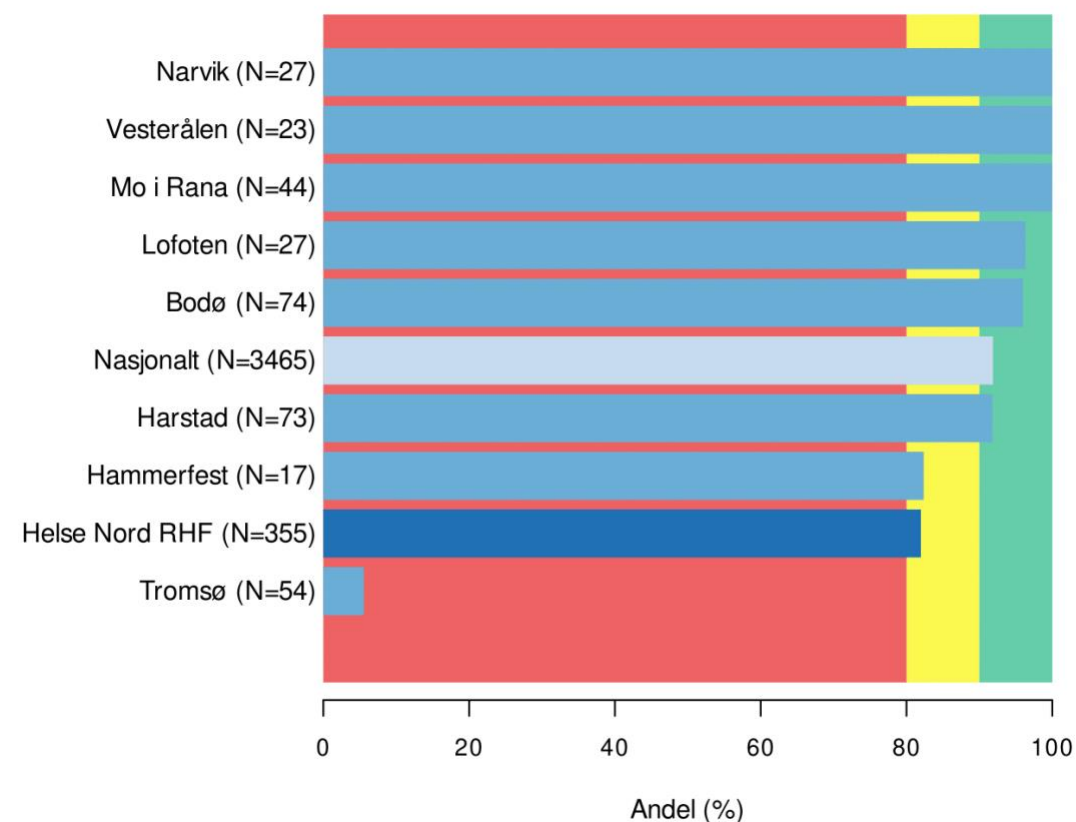
Operasjon innen 48 timer – Hoftebrudd

- Høy måloppnåelse i Lofoten
- Moderat måloppnåelse i Bodø og Vesterålen:



Sementert stamme ved bruk av protese – Hoftebrudd

- Bodø, Vesterålen og Lofoten har alle høy måloppnåelse for denne indikatoren



Reperfusjonsbehandling innen anbefalt tid ved STEMI – hjerteinfarkt

- Lav måloppnåelse
- Tiltak som det jobbes med:
 - Prosjekt i PREH og MED: identifisere «tidstyver» fra EKG sendes til oppstart prehospital trombolyse.
- Trygg akuttmedisin
 - Innføre felles retningslinjer og samtrening for personell som jobber sammen om pasienter med akutt hjerteinfarkt
 - Planlegge og gjennomføre dagskurs og øvelser med felles teori og simulering
 - Følge pasientforløp kontinuerlig og finne flaskehalser. F. eks ser man at det er stor variasjon i tid fra EKG er sendt inn til sykehus til det blir gitt svar om trombolyse kan gis eller ikke.
 - Etablere samarbeid med hjerteinfarktregistret, få tilgang til sanntidsdata som kan gi informasjon om et tiltak fungerer på et tidligere tidspunkt enn det vi får i dag gjennom årsrapporter

