

Resultater fra nasjonale medisinske kvalitetsregistre for sykehus i Helse Nord

SKDE Helse Nord

April 2016



Helse Nord RHF har i sin kvalitetsstrategi som ambisjon å bli ledende i Norge med hensyn til dokumentasjon av medisinsk praksis.

I oppdragsdokument til helseforetakene har Helse Nord RHF presisert plikten til å levere data til aktuelle nasjonale kvalitetsregistre samt å anvende resultatet fra disse til eget kvalitetsarbeid.

For å følge opp disse strategier og krav har SKDE utarbeidet rapporten ”Resultater fra nasjonale medisinske kvalitetsregistre for sykehus i Helse Nord.”

SKDE rapport	Nr. 1/2016
Hovedforfatter	Eva Stensland
Medarbeider	Alexander Walnum
Oppdragsgiver	Helse Nord RHF
Gradering	Åpen
Forsidefoto	Colourbox

ISBN: 978-82-93141-20-4

Alle rettigheter SKDE.

Innhold

Innledning	4
1. Oppsummering	5
Dekningsgrad.....	6
Resultater:	7
Hvordan kan dette brukes til forbedring av kvalitet?	8
2. Innregistrering til nasjonale kvalitetsregistre	11
3. Betydning av fullstendig registrering - dekningsgrad	11
4. Resultater fra nasjonale medisinske kvalitetsregistre	28
Norsk hjerneslagregister	27
Norsk hjerteinfarktregister.....	30
Norsk hjertekirurgiregister	35
Norsk register for invasiv kardiologi.....	37
Nasjonalt kvalitetsregister for tykk- og endetarmskreft.....	39
Nasjonalt kvalitetsregister for prostatakraft.....	40
Nasjonalt kvalitetsregister for brystkreft	41
Nasjonalt medisinsk kvalitetsregister for barne- og ungdomsdiabetes.....	44
Nasjonalt hoftebruddregister.....	47
Nasjonalt register for leddproteser.....	49
Norsk intensivregister	51
Norsk nyfødtsmedisinsk kvalitetsregister	56
Norsk kvinnelig inkontinensregister	60
Nasjonalt register for langtids mekanisk ventilasjon	60

Innledning

Kvalitetsregistrene er en viktig kilde til å dokumentere og forbedre pasientsikkerhet og kvalitet ved sykehusene våre.

Det fantes ved årsskiftet 2015/16 52 medisinske kvalitetsregistre med nasjonal status. Helse Nord har ansvar for å drifte sju av disse:

- Nasjonalt register for arvelige og medfødte nevromuskulære sykdommer
- Nasjonalt kvalitetsregister for ryggkirurgi
- Norsk nakke- og ryggregister
- Nordisk kvalitetsregister for hidradenitis suppurativa
- Norsk register for analinkontinens
- Norsk register for gastrokirurgi
- Norsk kvalitetsregister for behandling av spiseforstyrrelser (NorSpis)

NLSH HF ved adm. direktør er formell databehandlingsansvarlig for NorSpis, og UNN HF ved adm. direktør for de øvrige seks.

Med bakgrunn i oppdragsdokument fra Helse- og omsorgsdepartementet stiller de regionale helseforetakene krav til helseforetakene om at de skal levere data til samtlige aktuelle nasjonale medisinske kvalitetsregistre. Helseforetakene har tilsvarende plikt til og krav om å anvende resultatene i eget forbedringsarbeid.

Medisinske kvalitetsregistre er avhengig av at flest mulig innen den aktuelle pasientgruppen innregistreres, slik at registrene blir så komplette som mulig. Det kreves kontinuerlig arbeid fra de som har databehandlingsansvaret for det enkelte registeret å sikre nasjonal utbredelse og opprettholde oppslutning. Det kreves også av de kliniske avdelingene som skal registrere data inn til registrene at dette arbeidet prioriteres og at resultatene etterspørres i en travel hverdag. Kun på denne måten kan høy dekningsgrad og dermed tillitsvekkende resultater oppnås.

Fra høsten 2013 ble det stilt krav om offentliggjøring av resultater for kvalitetsindikatorer fra alle de nasjonale medisinske kvalitetsregistrene. Noen resultater krever ledsagende kommentarer og fortolkninger i større grad enn andre. Dette gjelder først og fremst der man har utfordringer med såkalt "case mix". Det betyr at noen behandler sykere pasienter eller pasienter med høyere risiko enn andre, og resultatene blir dermed ikke direkte sammenlignbare. Resultatene må ikke bli så viktige at det utvikles en kultur for å selektare pasienter behandling som gir størst sannsynlighet for gode resultater i det nasjonale registeret. Det må heller ikke utvikles kultur for å underrapportere på komplikasjoner som gir institusjonen "dårlig ranking".

Denne rapporten er en oppfølging av rapporten "Resultater fra nasjonale medisinske kvalitetsregistre for sykehus i Helse Nord" som ble utarbeidet i september 2015 for å gi styret i Helse Nord RHF en orientering om resultater fra de nasjonale medisinske kvalitetsregistrene tilgjengeliggjort desember 2014 for sykehus i regionen. Denne rapporten inneholder resultater fra de nasjonale medisinske kvalitetsregistrene tilgjengeliggjort desember 2015 for sykehus i regionen.

1. Oppsummering

Formål med rapporten

De 52 nasjonale medisinske kvalitetsregistrene presenterte i desember 2015 sine resultater for 2014. Denne rapporten skal vise dekningsgrad og resultater fra nasjonale medisinske kvalitetsregistre for sykehusene i Helse Nord.

Rapporten presenterer dekningsgrad for de 13 nasjonale kvalitetsregistre der vi pr. i dag har opplysninger om dekningsgrad for sykehusene i Helse Nord:

- Norsk hjerneslagregister
- Norsk hjerteinfarktregister
- Norsk register for arvelige og medfødte nevromuskulære sykdommer (Muskelregisteret)
- Norsk Kvinnelig Inkontinensregister
- Nasjonalt register for leddproteser
- Nasjonalt korsbåndregister
- Norsk gynekologisk endoskopiregister
- Nasjonalt kvalitetsregister for brystkreft
- Nasjonalt kvalitetsregister for føflekkreft
- Nasjonalt kvalitetsregister for lymfom og lymfoide leukemier
- Nasjonalt kvalitetsregister for ryggkirurgi
- Nasjonalt register for tykk- og endetarmskreft
- Nasjonalt register for prostatakreft

Rapporten viser resultater fra 14 utvalgte nasjonale medisinske kvalitetsregistre. Registrene er valgt ut etter en samlet vurdering av relevante kvalitetsindikatorer og tilfredsstillende dekningsgrad.

Disse er:

- Norsk hjerneslagregister
- Norsk hjerteinfarktregister
- Norske hjertekirurgiregister
- Norsk register for invasiv kardiologi
- Nasjonalt kvalitetsregister for tykk- og endetarmskreft
- Nasjonalt kvalitetsregister for prostatakreft
- Nasjonalt kvalitetsregister for brystkreft
- Nasjonalt register for barne- og ungdomsdiabetes
- Nasjonalt hoftebruddregister
- Nasjonalt register for leddproteser
- Norsk intensivregister
- Norsk Nyfødtmedisinsk kvalitetsregister
- Norsk Kvinnelig Inkontinensregister
- Nasjonalt register for langtids mekanisk ventilasjon

Rapporten synliggjør følgende hovedtrekk:

Dekningsgrad:

Tabell 1 Oppsummerende tabell over dekningsgrad for sykehus i Helse Nord for 13 nasjonale kvalitetsregistre

Register	Kirk.	H.fest	Tromsø	Harstad	Narvik	Bodø	Vester.	Lofoten	Rana	Mosjøen	Sandnessj.	Total
Hjerneslag												1/1 1
Hjerteinfarkt												2/1 1
Tarmkreft												1/6
Prostatakreft												1/7
Brystkreft												0/2
Lymfom												1/3
Føflekk												1/2
Leddprotese												1/9
Korsbånd												4/5
Ryggkirurgi												1/3
Muskel												2/3
Inkontinens												3/1 1
Gyn. endo.												9/1 0
Antall røde	1/6	4/9	3/13	2/7	3/7	4/13	3/5	3/5	2/8	1/5	1/5	
Mangler innreg. i andre registre	4	5	2	1	2	5	3	3	3	4	4/14	

Fargekoder; Grønn: dekningsgrad > 80 % Gul: dekningsgrad 70-79 % Rød: Dekningsgrad < 70 % Blå: sykehuset registrerer ikke inn data i registeret. I nederste rad i tabellen angis antall andre nasjonale kvalitetsregistre det enkelte sykehus ikke rapporterte inn data pr mai 2015 (jfr tabell 3 i kap. 2)

Av de 13 registrene som presenteres i denne rapporten har Tromsø og Bodø flest registre de skal rapportere data til. Tromsø har lav dekningsgrad i tre av 13 kvalitetsregistre i oversikten (tykk- og endetarmskreft, føflekkreft og gynekologisk endoskopi). Bodø har lav dekningsgrad i fire av 13 registre (korsbånd, ryggkirurgi, muskel og gynekologisk endoskopi og).

Vesterålen og Lofoten har kun fem registre å registrere til i oversikten, men har lav dekningsgrad i 3 av disse. Hammerfest har lav dekningsgrad i fire av ni kvalitetsregistre i oversikten (hjerneslag, lymfom, korsbånd og gynekologisk endoskopi), mens Kirkenes har lav dekningsgrad i ett register (gynekologisk endoskopi).

Det er imidlertid viktig å ta hensyn til at de ulike sykehusene også kan mangle innregistrering til andre nasjonale kvalitetsregistre som ikke presenteres i denne rapporten (jfr tabell 3). Dette antall er angitt i nederste rad i tabell 1 over.

For noen registre (Hjerneslag, Hjerteinfarkt, Prostatakreft og Leddprotese) er dekningsgraden høy for de fleste sykehus i Helse Nord som skal registrere inn i registrene. Vesterålen, Hammerfest og Rana har dekningsgrad < 80% for innrapportering av reoperasjoner av hofteproteser. Hvorvidt en pasient har behov for reoperasjon etter innsetting av hofteprotese er en sentral kvalitetsindikator i

registeret, slik at en lav dekningsgrad utgjør et problem knyttet til tolkning av resultater av denne kvalitetsindikatoren.

Kirkenes og Tromsø har en sterk forbedring av dekningsgrad i Prostatakrefregisteret fra ca 55% til 100 % fra 2012 til 2013.

For hvilke nasjonale kvalitetsregistre er det størst utfordring når det gjelder dekningsgrad i Helse Nord?

Nasjonalt Korsbåndregister: Fire av fem sykehus som skal registrere inn data har dekningsgrad under 70 % (Hammerfest, Narvik, Bodø og Rana).

Muskelregisteret: To av tre sykehus som skal registrere inn data har under 10% dekningsgrad (Bodø og Mosjøen).

Norsk gynekologisk endoskopiregister: Ni av ti sykehus som skal levere data har lav dekningsgrad eller leverer ikke data. Kun Rana har god dekningsgrad.

I tillegg er det en stor andel av sykehusene i Helse Nord som ikke registrerer inn til følgende nasjonale kvalitetsregistre: *Nasjonalt register for KOLS, Norartritt, Gastronet og ROAS.*

Resultater:

Tabell 2 Oppsummerende tabell over resultater for sykehus i Helse Nord for 15 nasjonale kvalitetsregistre

Register	Kirk.	H.fest	Tromsø	Harstad	Narvik	Bodø	Vester.	Lofoten	Rana	Mosjøen	Sandnessj.
Hjerneslag	Gul	Rød	Gul	Gul	Grønn	Grønn	Gul	Gul	Gul	Gul	Rød
Hjerteinfarkt	Grønn	Rød	Grønn	Rød	Rød	Grønn	Grønn	Grønn	Rød	Rød	Rød
Hjertekirurgi			Grønn								
NORIC			Grønn								
Tarmkreft		Grønn	Gul	Grønn		Grønn			Grønn		Grønn
Prostatakreft			Gul			Gul					
Brystkreft			Grønn			Grønn					
Barnediabetes		Grønn	Rød	Gul		Grønn					
Hoftebrudd	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Gul	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn		Grønn
Leddprotese	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn		Grønn
Intensiv	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn
Nyfødtmedisin			Grønn			Grønn					
Inkontinens	Grønn	Gul	Rød	Grønn	Grønn	Grønn			Gul		Gul
Antall røde	0/6	2/8	2/13	1/8	1/6	0/11	0/5	0/5	1/7	1/3	2/6

Fargekoder basert på vurdering av tilgjengelige resultater; Grønn: meget god kvalitet Gul: god kvalitet Rød: Kvalitet bør forbedres NORIC; Norsk register for invasiv cardiologi.

Det generelle bildet er at resultatene fra nasjonale kvalitetsregistre for sykehus i Helse Nord er god, og på nasjonalt nivå.

Måloppnåelsen for hjerneslagbehandling viser at Bodø og Narvik har høy måloppnåelse for hhv 8 og 7 av 11 sentrale kvalitetsindikatorer. Hammerfest og Sandnessjøen har høy måloppnåelse for kun hhv 3 og 2 kvalitetsindikatorer.

Det er store kontraster ved utredning av hjerteinfarkt med kransårerøntgen. I Tromsø får 85% av pasientene utredning innen 72 timer, mens i Hammerfest får kun 23 % av pasientene slik utredning i samme tidsvindu. Slike kontraster bør undersøkes nærmere. Foruten Hammerfest får <50% av pasientene utredning innen 72 timer ved fire andre sykehus i Helse Nord: Harstad (47%), Rana (42%),

Sandnessjøen (39%) og Mosjøen (33%). For sekundærforebygging av hjerteinfarkt anbefales platehemming og lipidsenkende medikasjon ved utskrivelse. Under 70% av pasientene får slik behandling ved utskrivelse fra Mosjøen og Narvik.

Resultater fra Tromsø innen hjertekirurgi og invasiv kardiologi viser gode resultater sammenlignet med sykehus i andre regioner.

Innen kreftområdet er overlevelse etter tarmkreft i Tromsø i underkant av nasjonalt gjennomsnitt. Andel pasienter med ufri margin i reseksjonsrand av preparat ved prostatakraft ligger i overkant av nasjonalt gjennomsnitt både for Bodø og Tromsø. Flere kvinner som opereres for brystkreft i Bodø får brystbevarende kirurgi sammenlignet med Tromsø (hhv. 96 % og 72 %). Denne ulikheten kan ikke forklares, og det er et nasjonalt mål å tilstrebe lik behandling ved alle sykehus.

For barn med diabetes er det en målsetning at alle får gjennomført årskontroll. I Tromsø registreres gjennomført årskontroll hos 85% av barna (økende fra 75% i 2013), mens for de andre sykehusene i Helse Nord er andelen >90%. Behandlingsmålet for langtidsblodsukker (HbA1C) <7.5 oppnås kun av 25 % av pasientene nasjonalt. I Hammerfest når 40 % av pasientene dette målet, mens i Tromsø bare 13 %.

Resultatene for de ortopediske registrene (Hoftebrudd og Leddprotese) viser god kvalitet for denne prosedyren på sykehusene i Helse Nord.

Resultatene for Intensivregisteret er vanskelig å vurdere fordi pasientsammensetningen på de ulike sykehusavdelingene er ulike, og dermed vanskelig å sammenligne. For kvalitetsindikatorne reinnleggelse, respiratorstøtte, liggetid og standard mortalitetsratio (SMR) er resultater fra sykehusene i Helse Nord sammenlignbare med liknende sykehus i andre regioner.

Kvinner som opereres for urininkontinens ved sykehus i Helse Nord angir i hovedsak å være veldig fornøyd. I Rana og Sandnessjøen er imidlertid <80 % av pasientene veldig fornøyd. Tromsø rapporterer en høy grad av reoperasjoner (15 %), og Rana rapporterer en høy komplikasjonsfrekvens på 13%.

Hvordan kan dette brukes til forbedring av kvalitet?

Hovedhensikten med medisinske kvalitetsregistre er å bidra til kvalitetsforbedring. Det er en målsetning at informasjon om dekningsgrad og resultater som presenteres på sykehusnivå i rapporten, brukes av ledere og fagmiljøer i klinisk forbedringsarbeid.

Kirkenes:

Dekningsgrad: Må starte innregistrering i Norsk hjertestansregister, Norartritt, Gastronet, Nasjonalt register for organspesifikke sykdommer (ROAS) og bedre dekningsgrad i register for Norsk gynekologisk endoskopiregister.

Resultater: Arbeide for å tilstrebe bedre måloppnåelse for hjerneslagbehandling

Hammerfest:

Dekningsgrad: Må starte innregistrering i Norsk hjertestansregister, Nasjonalt register for KOLS, Norartritt og Gastronet. Må bedre dekningsgrad i Norsk hjerneslagregister, Nasjonalt kvalitetsregister for lymfom og leukemier, Nasjonalt korsbåndregister og Norsk gynekologisk endoskopiregister.

Resultater: Arbeide for å tilstrebe bedre måloppnåelse for hjerneslagbehandling, og sørge for at pasienter med hjerteinfarkt får gjennomført kransårerøntgen innen 72 timer.

Tromsø

Dekningsgrad: Må starte innregistrering i Nasjonalt register for KOLS og Gastronet. Må bedre dekningsgrad for Nasjonalt kvalitetsregister for tykk- og endetarmskreft, Nasjonalt kvalitetsregister for føflekkreft og Norsk gynekologisk endoskopiregister.

Resultater: Intensivere arbeid med å sørge for at en større andel av barn med diabetes når målsetning om langtidsblodsukker < 7.5. Tilstrebe bedre måloppnåelse for hjerneslagbehandling, og redusere reoperasjoner ved urininkontinensoperasjoner hos kvinner.

Harstad

Dekningsgrad: Må starte innregistrering i Nasjonalt register for KOLS. Øke dekningsgrad i Norsk gynekologisk endoskopiregister og Norsk kvinnelig inkontinensregister.

Resultater: Tilstrebe bedre måloppnåelse ved hjerneslagbehandling samt intensivere arbeid med utredning med kransårerøntgen innen 72 timer- og sekundærforebygging ved hjerteinfarkt.

Narvik

Dekningsgrad: Må starte innregistrering i Nasjonalt register for KOLS og Gastronet. Øke dekningsgrad for Nasjonalt kvalitetsregister for prostatakreft, Nasjonalt korsbåndregister og Norsk gynekologisk endoskopiregister.

Resultater: Intensivere sekundærforebygging ved hjerteinfarkt.

Bodø

Dekningsgrad: Må starte innregistrering i Norsk hjertesviktregister, Norartritt, Gastronet, ROAS og Nordisk register for hidradenitis suppurative (HISREG). Øke dekningsgrad for Nasjonalt korsbåndregister, Nasjonalt kvalitetsregister ryggkirurgiregisteret, Muskelregisteret og Norsk gynekologisk endoskopiregister.

Resultater: Bodø har gode resultater for alle registre, kan arbeide for å redusere andel med ufri rand på prostataresektat.

Vesterålen

Dekningsgrad: Må starte innregistrering i Nasjonalt register for KOLS, Gastronet og ROAS. Øke dekningsgrad i Norsk hjerteinfarktregister, Norsk kvinnelig inkontinensregister og Norsk gynekologisk endoskopiregister.

Resultater: Arbeide for å tilstrebe bedre måloppnåelse for hjerneslagbehandling.

Lofoten

Dekningsgrad: Må starte innregistrering i Nasjonalt register for KOLS, Gastronet og ROAS. Øke dekningsgrad i Norsk hjerteinfarktregister, Norsk kvinnelig inkontinensregister og Norsk gynekologisk endoskopiregister.

Resultater: Arbeide for å tilstrebe bedre måloppnåelse for hjerneslagbehandling.

Rana

Dekningsgrad: Må starte innregistrering i Nasjonalt register for KOLS, Norartritt og ROAS. Øke dekningsgrad for reoperasjoner i Nasjonalt register for leddproteser og innregistrering i Nasjonalt korsbåndregister.

Resultater: Arbeide for å tilstrebe bedre måloppnåelse for hjerneslagbehandling, intensivere arbeid med utredning med kransårerøntgen innen 72 timer- og sekundærforebygging ved hjerteinfarkt, og redusere komplikasjoner ved operasjon for urininkontinens.

Mosjøen

Dekningsgrad: Må starte innregistrering i Nasjonalt register for KOLS, Gastronet, ROAS og HISREG. Øke dekningsgrad i Norsk hjerneslagregister og Muskelregisteret.

Resultater: Arbeide for å tilstrebe bedre måloppnåelse for hjerneslagbehandling og intensivere arbeid med utredning med kransårerøntgen innen 72 timer- og sekundærforebygging ved hjerteinfarkt.

Sandnessjøen

Dekningsgrad: Må starte innregistrering i Nasjonalt register for KOLS, Gastronet og ROAS. Øke dekningsgrad for Norsk gynekologisk endoskopiregister.

Resultater: Arbeide for å tilstrebe bedre måloppnåelse for hjerneslagbehandling og intensivere arbeid med utredning med kransårerøntgen innen 72 timer- og sekundærforebygging ved hjerteinfarkt, samt øke fornøydhets ved operasjon for urininkontinens.

Kvalitetsregistres bidrag til kunnskap om ubegrunnet variasjon i helsetjenesten

De medisinske kvalitetsregistrene er i dag den eneste strukturerte kilden til informasjon om kvalitet i utredning, behandling og oppfølging av pasienter. Kunnskap om variasjon i kvalitet fra medisinske kvalitetsregistre supplerer kunnskap om forbruksvariasjon, og begge disse elementer bør inngå i vurderingsgrunnlaget for ubegrunnet variasjon i helsetjenesten.

2. Innregistrering til nasjonale kvalitetsregistre

I mai 2015 laget Nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetsregistre ved SKDE en oversikt over innrapportering fra alle sykehus i Helse Nord til nasjonale medisinske kvalitetsregistre.

Tabell 3 Innregistrering til nasjonale medisinske kvalitetsregistre fra sykehus i Helse Nord

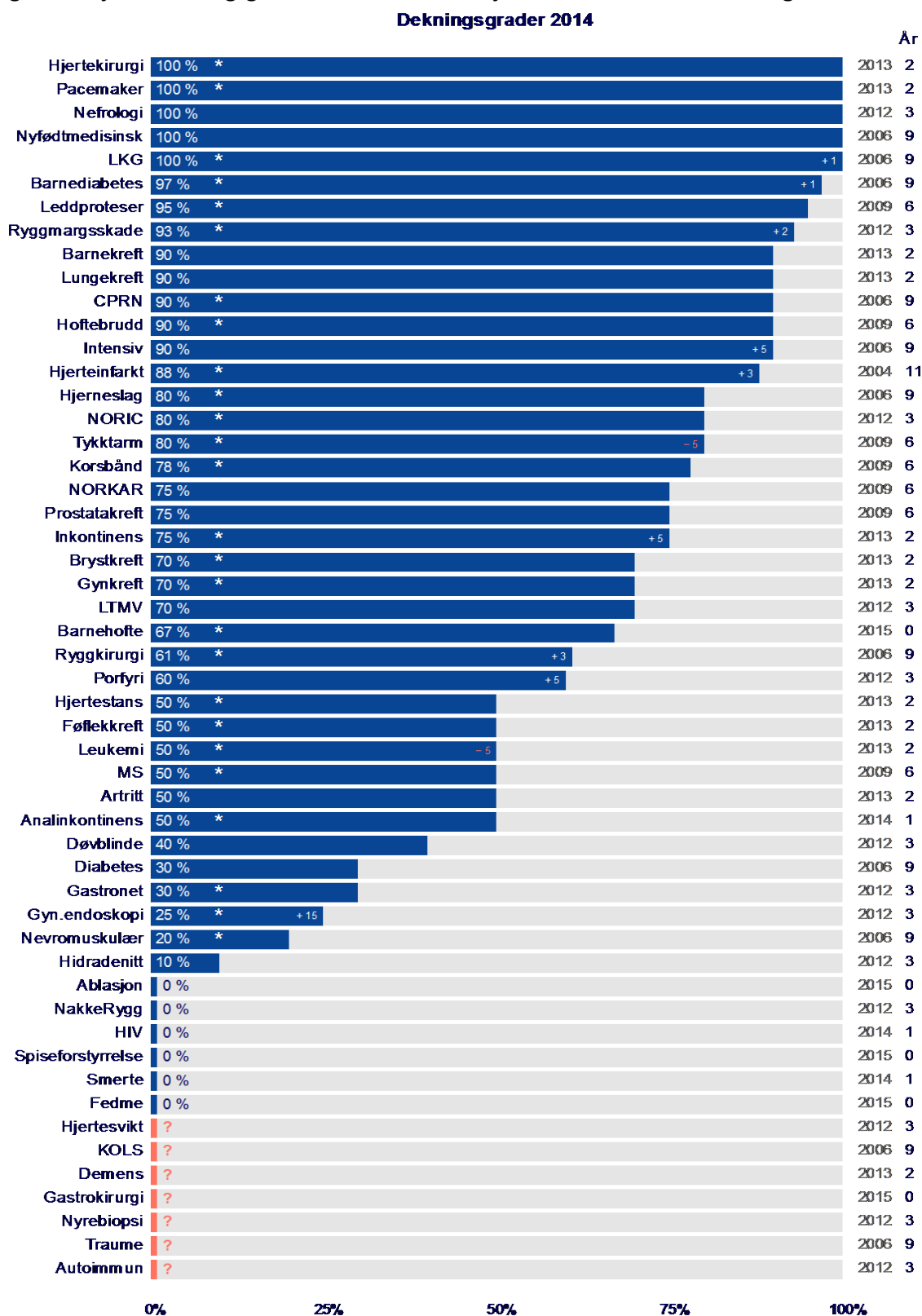
	Antall registre det <u>skal</u> registreres i	Antall registre det <u>faktisk</u> registreres i	Andel registre det registreres i
Kirkenes	15	10	67 %
Hammerfest	19	14	74 %
UNN-Tromsø	40	38	95 %
UNN-Harstad	19	17	89 %
UNN-Narvik	15	12	80 %
NLSH-Vesterålen	14	10	71 %
NLSH-Lofoten	12	8	67 %
NLSH-Bodø	35	30	86 %
HLSH-Rana	17	14	82 %
HLSH-Mosjøen	13	9	69 %
HLSH-Sandnessjøen	14	10	71 %

På bakgrunn av disse resultatene ble det gjort en oppfølging fra Helse Nord RHF med oppdrag til alle HF om tiltak for å sørge for komplett innregistrering til alle nasjonale kvalitetsregistre. Effekten av dette vurderes ved utarbeiding av ny oversikt våren 2016.

3. Betydning av fullstendig registrering - dekningsgrad

For at kvalitetsregistrene skal kunne gi pålitelige resultater og bidra til kvalitetsforbedring er det viktig at datakvaliteten er høy. Kvalitetsregistrenes årsrapporter, som rapporten er basert på, inneholder informasjon om datakvaliteten i de enkelte registre. Dekningsgrad angir andel av den totale pasientgruppen som er inkludert i registeret, og er kanskje den viktigste indikatoren vi har på om datakvaliteten er tilstrekkelig til å kunne lese noe ut av de offentliggjorte resultatene. En oversikt over dekningsgrad for de nasjonale kvalitetsregistrene er gitt i figur 1. Tallene som fremgår i figuren er estimert på ulike vis, fra omfattende valideringsstudier til mer eller mindre kvalifiserte antagelser.

Figur 1 Nasjonal dekningsgrad for 2014 for alle nasjonale medisinske kvalitetsregistre



Søylene, og tallene til venstre i disse, angir estimater for registrenes dekningsgrader på individnivå i 2014. Estimaterne er basert på ulike kilder og metoder, fra kobling på individnivå mot sentrale helseregistre eller estimater mot andre kilder (hvite stjerner) til antagelser fra registeret. Tallene til høyre i søylene, i hvitt og rødt, angir en eventuell endring fra 2013. Tallene til høyre for figuren angir årstall for nasjonal status og antall år siden nasjonal status.

Dekningsgrad	Antall registre	Aggregert
80-100 %	17	17
60-79 %	10	27
40-59 %	7	34
10-39 %	5	39
Nyoppstartet	6	45
Ingen info	7	52

For å kunne si noe sikkert om dekningsgraden for de ulike registrene fra hvert enkelt sykehus er man avhengig av dekningsgradsanalyser, helst basert på kobling på individnivå mot aktuelle sentrale helseregistre, primært Norsk pasientregister. Gjennom en nasjonal tjeneste for validering og dekningsgradsanalyser tilbyr Nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetsregistre registrene å få gjennomført slike analyser.

Slike dekningsgrader for sykehusene i Hele Nord er presentert for :

- Norsk hjerneslagregister
- Norsk hjerteinfarktregister
- Norsk register for arvelige og medfødte nevromuskulære sykdommer (Muskelregisteret)
- Norsk Kvinnelig Inkontinensregister
- Nasjonalt register for leddproteser
- Nasjonalt hoftebruddregister
- Nasjonalt korsbåndregister
- Norsk gynekologisk endoskopiregister
- Nasjonalt kvalitetsregister for brystkreft
- Nasjonalt kvalitetsregister for føflekkreft
- Nasjonalt kvalitetsregister for lymfom og lymfoide leukemier

For tre registre presenteres dekningsgrad for flere årstall/tidsperioder, som gir informasjon om endring i dekningsgrad over tid:

- Nasjonalt kvalitetsregister for ryggkirurgi (endring)
- Nasjonalt register for tykk- og endetarmskreft (endring)
- Nasjonalt register for prostatakreft (NPPC) (endring)

Tabell 4 (under) viser dekningsgrad for sykehus i Helse Nord for 12 nasjonale medisinske kvalitetsregistre. Grønne tall indikerer at dekningsgrad skiller seg ut i positiv retning sammenliknet med nasjonal dekningsgrad, mens røde tall indikerer dekningsgrad i negativ retning/under 70 %. Vi ser flere røde enn grønne tall i tabellen – dvs. at dekningsgraden for sykehusene i Helse Nord oftere ligger lavere enn landsgjennomsnittet.

For Norsk Hjerneslagregister og Norsk Hjerteinfarktregister er dekningsgrad for de fleste sykehus i Helse Nord over landsgjennomsnittet, mens for Nasjonalt Korsbåndregister, Norsk gynekologisk endoskopiregister (NGER) og Muskelregisteret ligger dekningsgrad for de fleste sykehusene i Helse Nord under landsgjennomsnittet. For de to sistnevnte registrene, samt Norsk Kvinnelig Inkontinensregister, er det flere sykehus som ikke registrerer inn til registrene.

Tabell 4 Resultater for sykehus i Helse Nord fra dekningsgradsanalyser

	Leddprotese		Korsbånd	Ryggkir.	Gyn	Muskel	Hjerneslag
	2014		2014	2014	2014	2009-14	2014
	Kne	Hofte					
Finnmarkssykehuset							
Kirkenes	94	90			69		90
Hammerfest	91	94	60		14		66
UNN							
Tromsø	98	98	74	80	1	82	88
Harstad	98	100			0		98
Narvik	88	92	63		0		91
Nordlandssykehuset							
Vesterålen	97	95			0		91
Lofoten	97	96			10		86
Bodø	96	97	69	0	66	7	90
Helgelandsykehuset							
Rana	91	87	50	77	81		87
Mosjøen						0	73
Sandnessjøen					12		98
Registeret totalt	95%	96%	78%	61%	18%	17%	87%

	Hjerteinfarkt	Inkontinens	Tykktarmskr		Brystkr		Prostatakr	Lymfom
	2014	2013	2011-13		2013		2013	2011-14
			Utr	Kir	Utr	Kir		
Finnmarkssykehuset								
Kirkenes	91						100	
Hammerfest	96	100	78	73			88	24
UNN								
Tromsø	95	100	63	53	97	100	100	81
Harstad	92	20	97	81			100	
Narvik	88	100					38	
Nordlandssykehuset								
Vesterålen	66	0						
Lofoten	61	0						
Bodø	84	100	97	99	89	92	98	92
Helgelandsykehuset								
Rana	97	100	93	91				
Mosjøen	84						97	
Sandnessjøen	97	100	85	94				
Registeret totalt	86%	78%	86%	82%	70%	73%	81%	60%

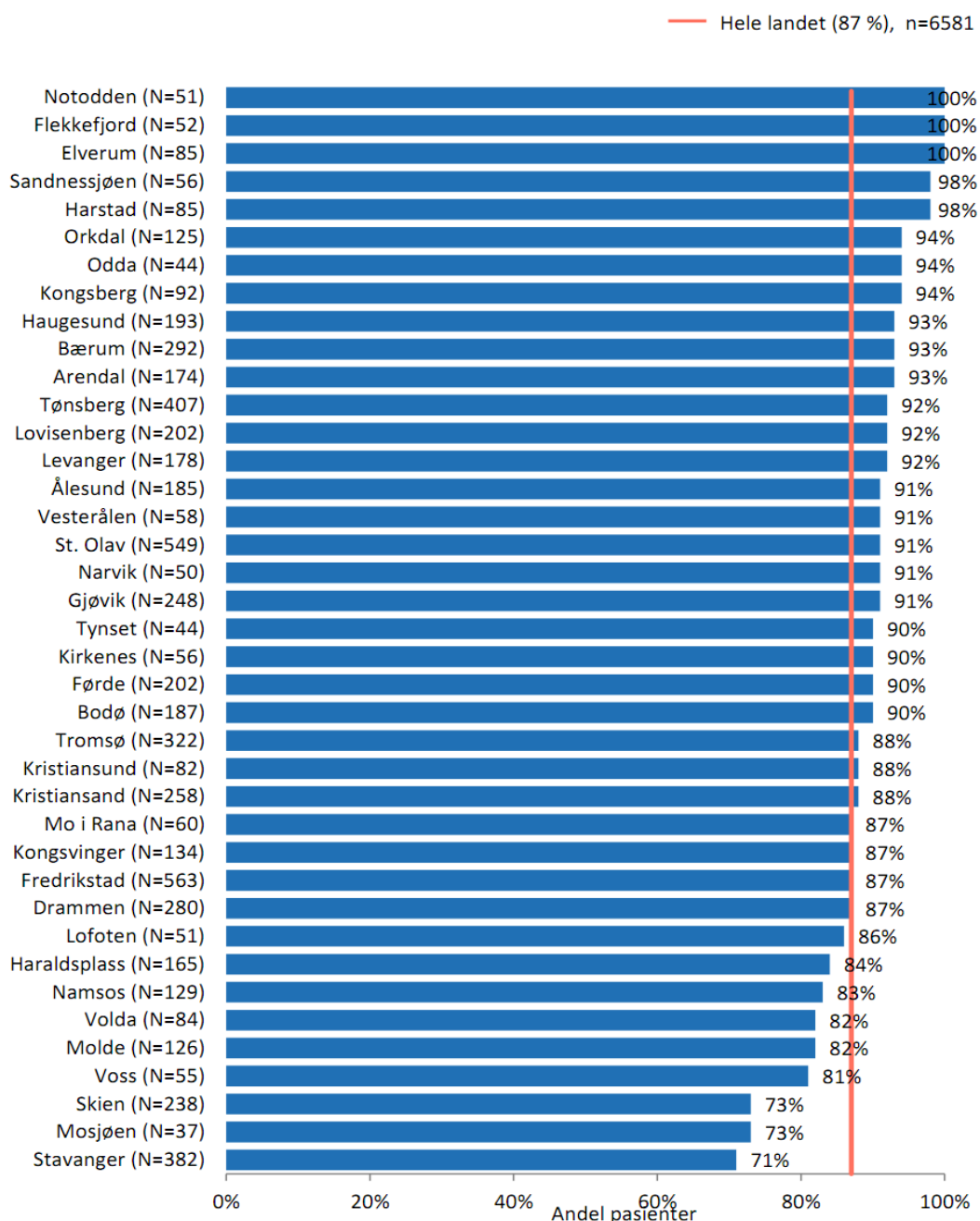
Gyn: Norsk gynekologisk endoskopiregister. Utr: utredning (meldt av patolog), Kir: kirurgi (meldt av kirurg)

Alle tall i er oppgitt i prosent. Røde markeringer er dekningsgrader som skiller seg ut i negativ retning (mer enn 10 prosentpoeng relativt registerets dekningsgrad eller under 70 %), mens grønn indikerer at dekningsgraden skiller seg i positiv retning (høyere enn landsgjennomsnittet og minst 80%).

Utdypende resultater fra dekningsgradsanalysene til **Norsk hjerneslagregister, Norsk hjerteinfarktregister, Norsk kvinnelig inkontinensregister, Nasjonalt register for leddproteser og Nasjonalt korsbåndregister** presenteres under for å vise resultater fra sykehusene i Helse Nord sammenlignet med andre sykehus i Norge.

Norsk hjerneslagregister

Figur 2 Dekningsgrad for hjerneslag for 2014 på sykehusnivå

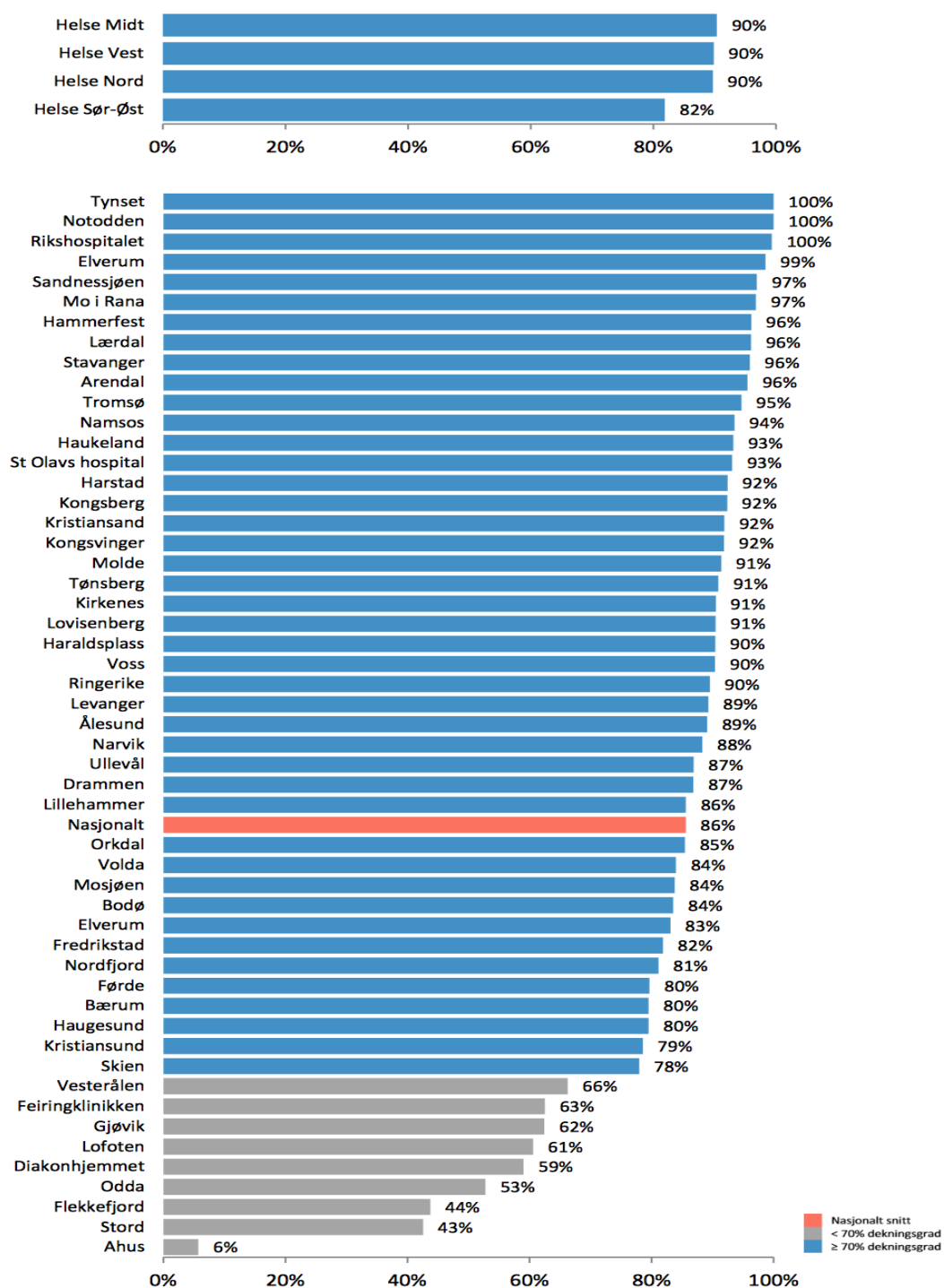


Figuren inkluderer sykehus med dekningsgrad > 70 % og N >10

Syv sykehus i Helse Nord har høyere dekningsgrad enn landsgjennomsnittet på 87 % , mens to sykehus ligger under 80 %: Mosjøen med 74 % og Hammerfest med 66 % dekningsgrad.

Norsk hjerteinfarktregister

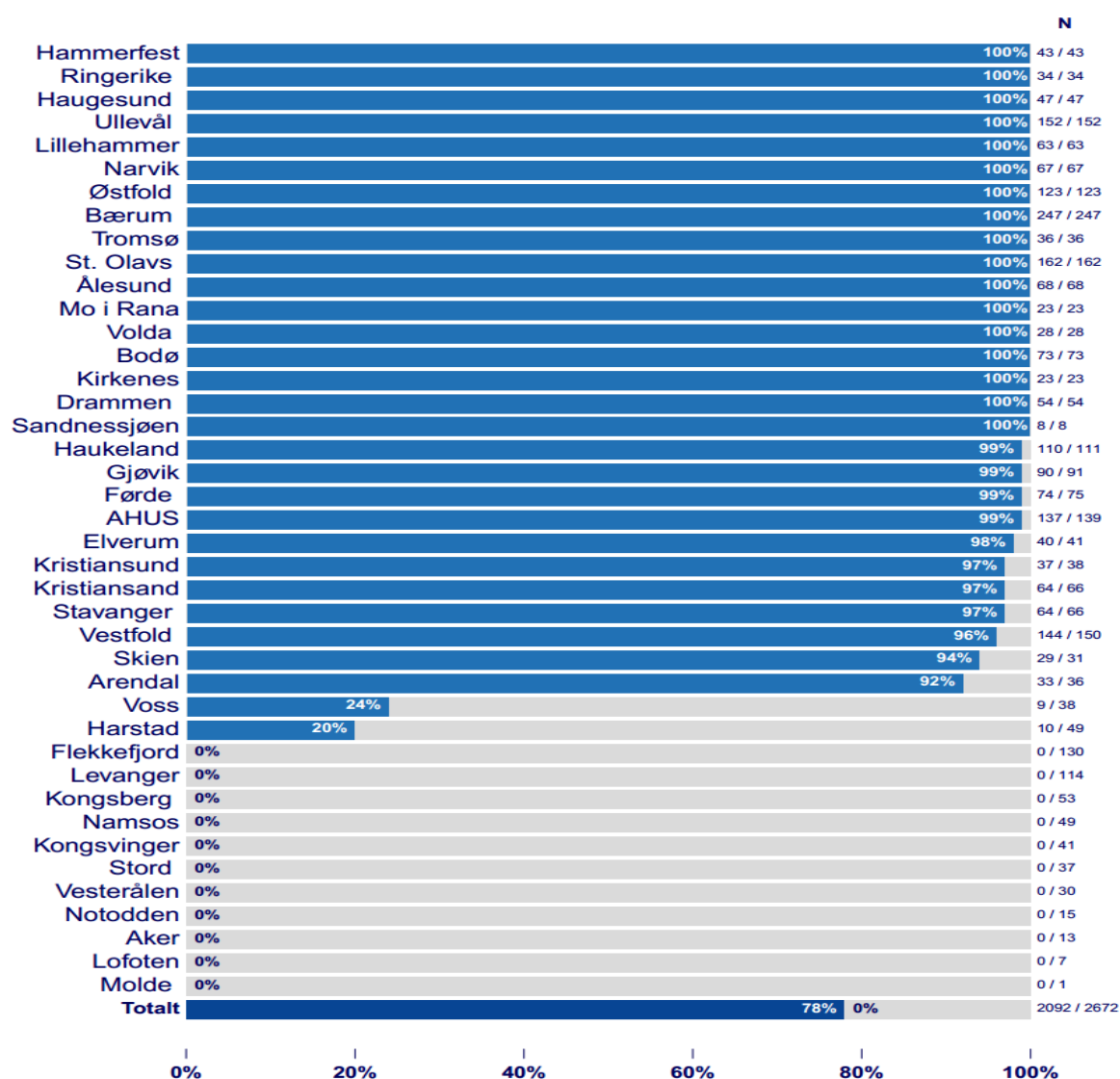
Figur 3 Dekningsgrad for hjerteinfarkt for 2014 på sykehusnivå



Syv sykehus i Helse Nord har høyere dekningsgrad enn landsgjennomsnittet på 86 %, og fire lavere. To sykehus har under 70 % dekningsgrad: Vesterålen med 66 % og Lofoten med 61 % dekningsgrad.

Norsk kvinnelig inkontinensregister

Figur 4 Dekningsgrad for kvinnelige pasienter operert for urininkontinens i 2013 på sykehusnivå



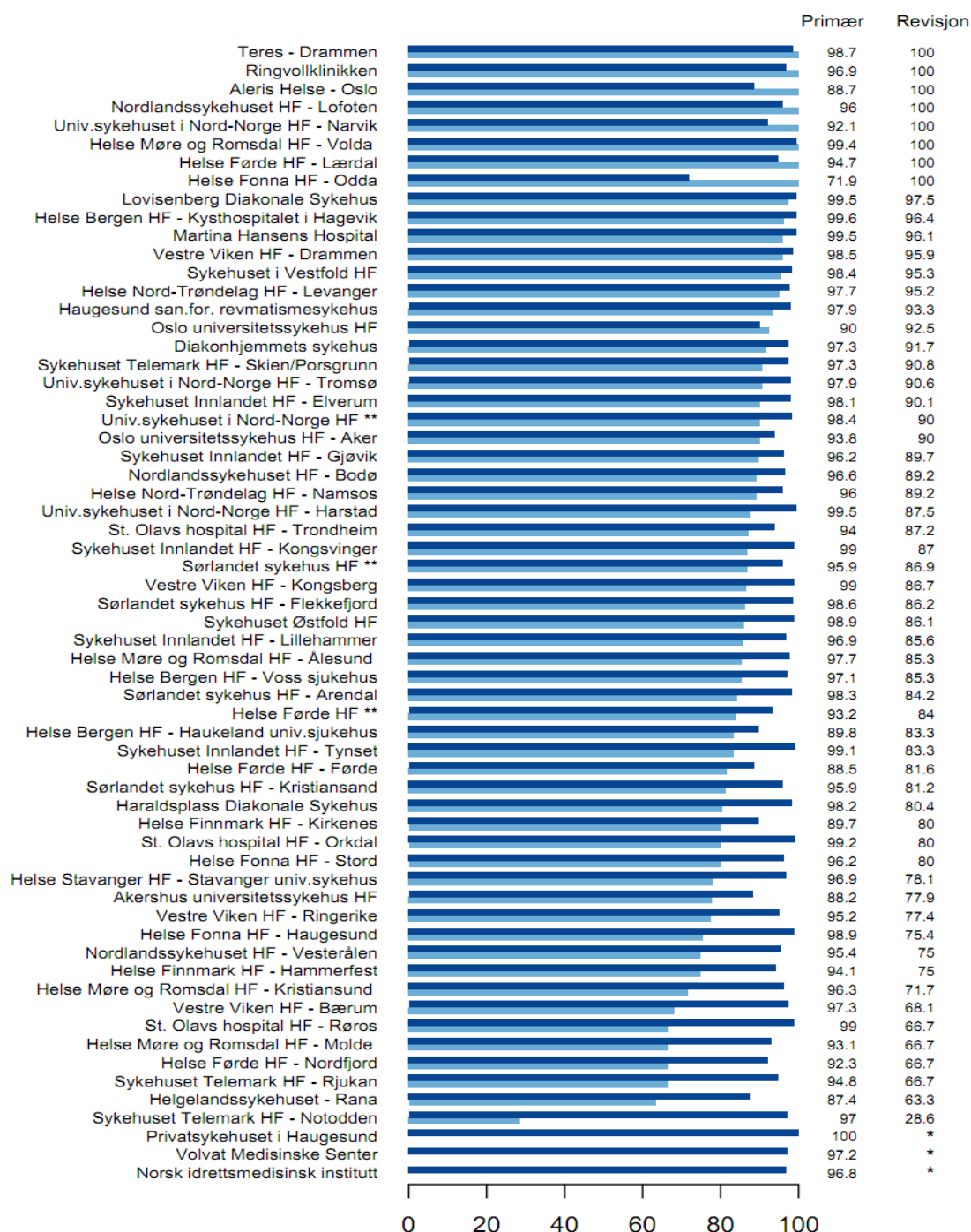
Avdelinger med 0 % rapporterte ikke til Norsk kvinnelig inkontinensregister i 2013. Alle avdelinger som ikke rapporterte til registeret i 2013 unntatt Flekkefjord vil rapportere til registeret i 2015.

Blå tall til høyre: antall pasienter registrert i NKIR-registeret av antall registrert i Norsk pasientregister.

Nasjonal dekningsgrad er 78 %. Seks sykehus i Helse Nord har dekningsgrad på 100 %. Harstad har dekningsgrad på 20 %, mens Lofoten og Vesterålen ikke registrerte noen pasienter inn i registeret.

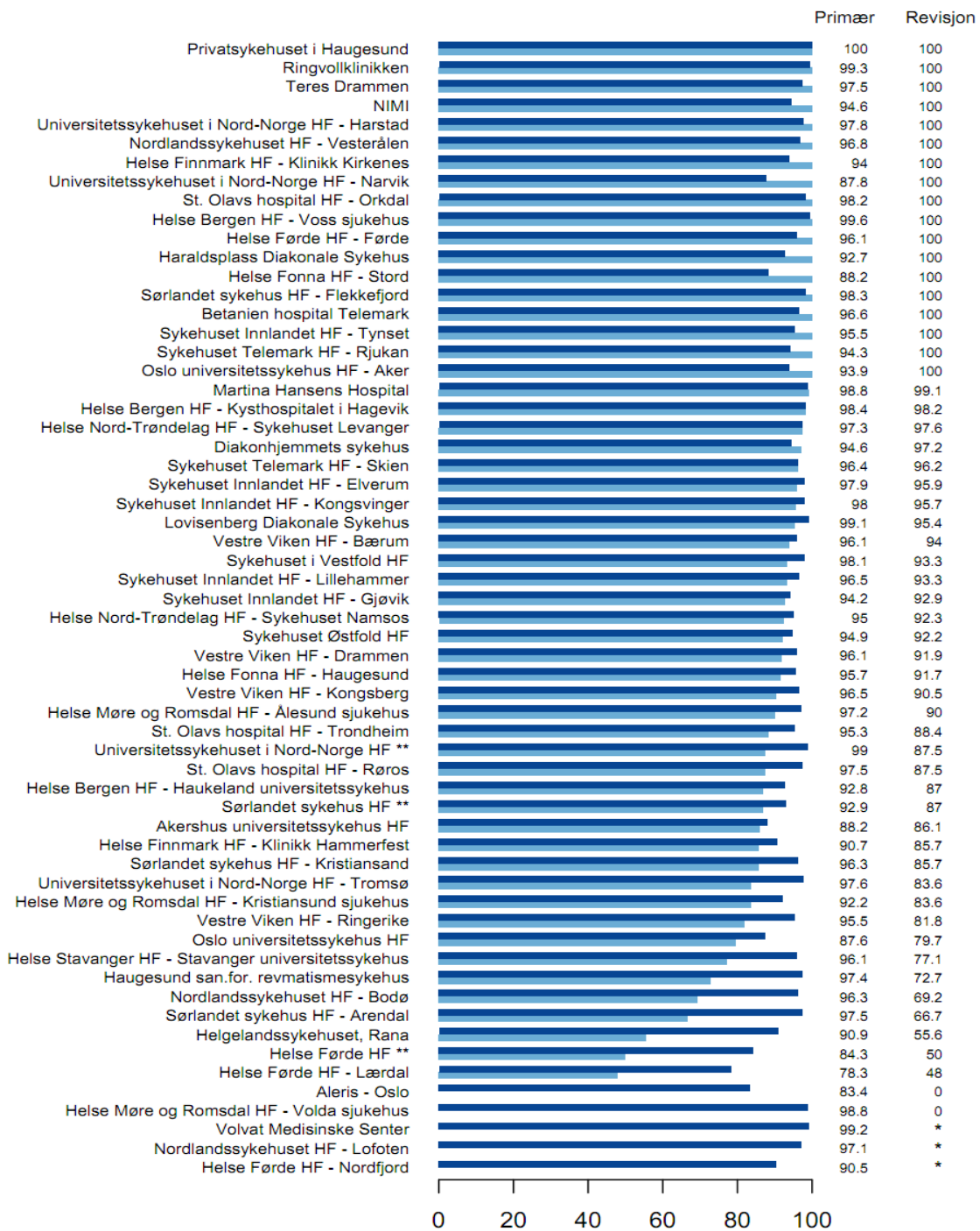
Nasjonalt register for leddproteser

Figur 5 Dekningsgrader for primær og revisjonsoperasjoner, hofteproteser i 2014 på sykehusnivå



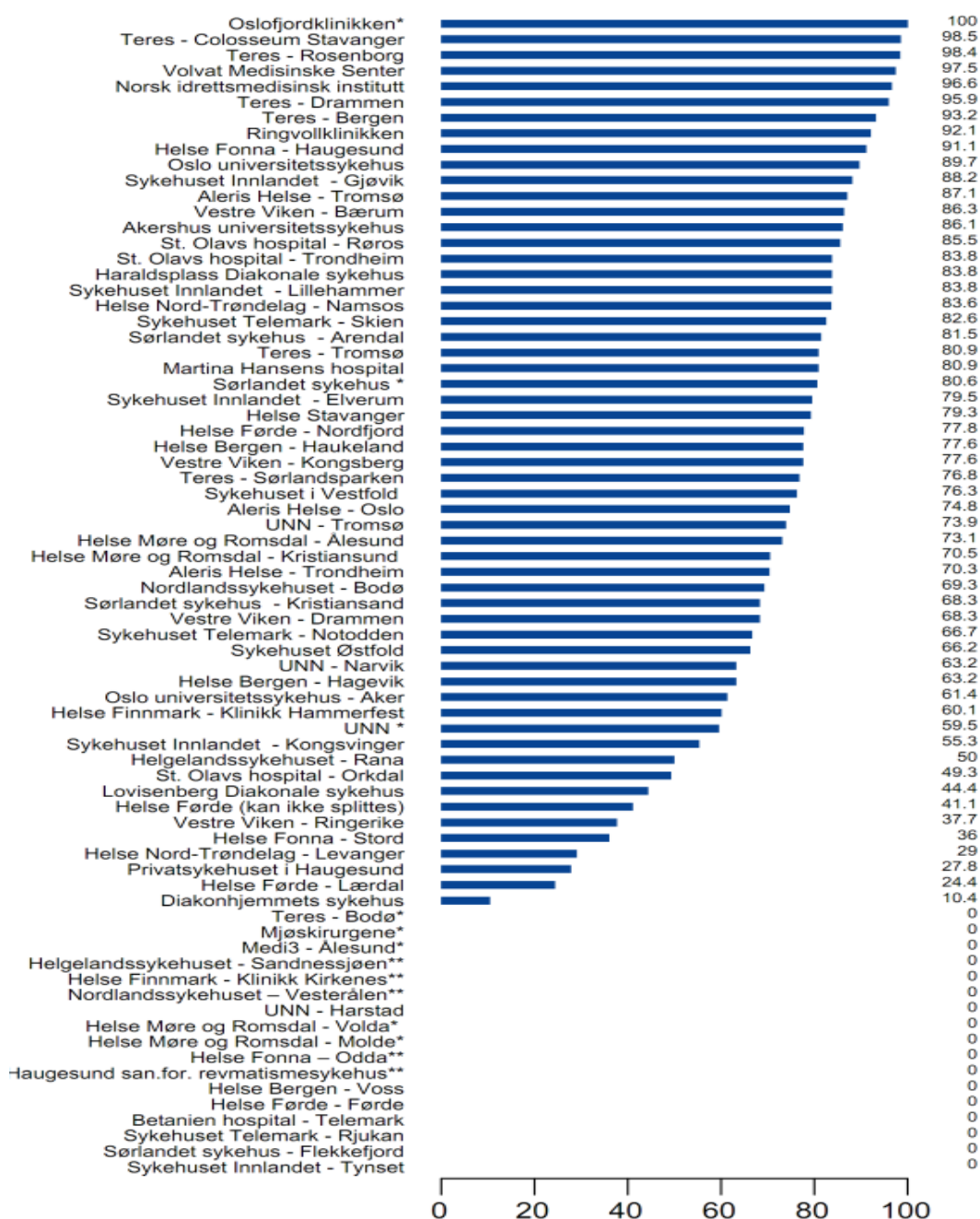
Nasjonal dekningsgrad for primæroparasjoner for hofteproteser er 96 %. Figuren viser dekningsgrad på over 85 % for primæroparasjoner for alle sykehus i Helse Nord. For reoperasjoner har tre sykehus i Helse Nord dekningsgrad på under 80 %: Vesterålen og Hammerfest har dekningsgrad på 75 %, mens Rana har dekningsgrad på 63 %. Lav dekningsgrad på reoperasjoner kan medføre feilkilde knyttet til tolkning av kvalitetsindikatoren "andel reoperasjoner".

Figur 6 Dekningsgrader for primær og revisjonsoperasjoner, kneproteser i 2014 på sykehusnivå



Nasjonal dekningsgrad for primæroperasjoner for kneproteser er 95 %. Figuren viser høy dekningsgrad på over 85 % for primæroperasjoner for alle sykehus i Helse Nord. For reoperasjoner har to sykehus i Helse HF Nord dekningsgrad på under 80 %: Bodø har dekningsgrad på 69 %, mens Rana har dekningsgrad på 56 %. Lofoten har ingen registrerte reoperasjoner. Lav dekningsgrad på reoperasjoner kan medføre feilkilde knyttet til tolkning av kvalitetsindikatoren "andel reoperasjoner".

Figur 7 Dekningsgrad for primæroperasjoner korsbånd i 2014 på sykehusnivå



* Har ingen registrerte revisjoner hos NPR eller Leddregisteret.

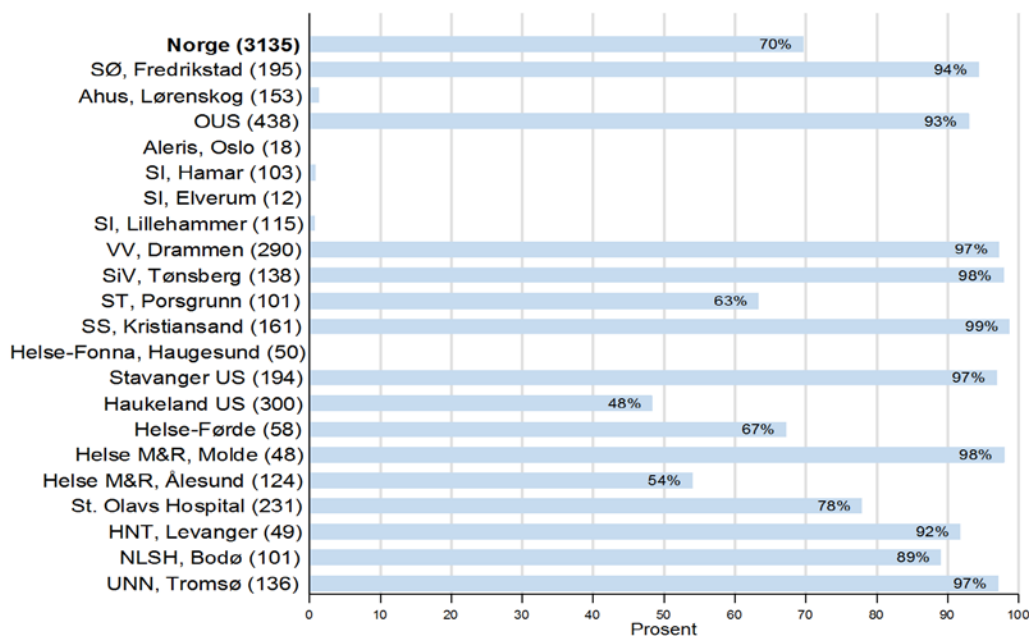
** Rapporteringsenhet kan ikke gis mer detaljert i NPR.

Nasjonal dekningsgrad for korsbåndoperasjoner er 78 %. Figuren viser at for korsbåndkirurgi er det mange private aktører. Alle offentlige sykehus i Helse Nord har dekningsgrad under 80 %: Tromsø har 74 % dekningsgrad, Bodø 69 %, Narvik 63 %, Hammerfest 60 % og Rana 50 % dekningsgrad.

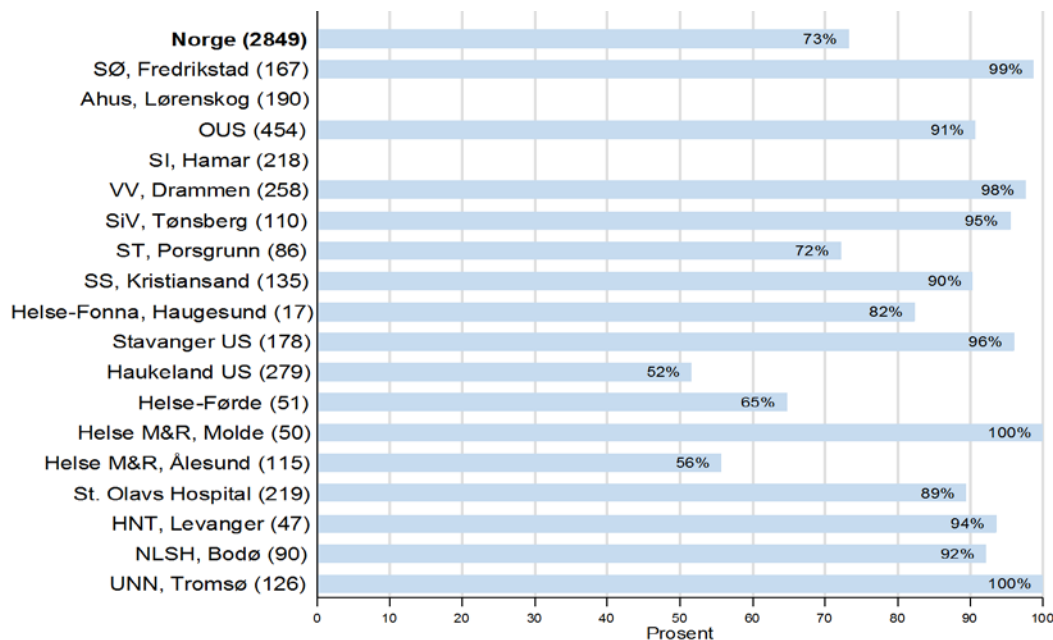
Nasjonalt kvalitetsregister for brystkreft, Nasjonalt kvalitetsregister for føflekkreft og Nasjonalt kvalitetsregister for lymfom og lymfoide leukemier har i sine rapporter oppgitt innrapporteringsprosent til registrene på bakgrunn av tall fra Norsk Pasientregister.

Nasjonalt kvalitetsregister for brystkreft

Figur 8 Andel innrapporterte meldinger ved utredning for brystkreft i 2013 på sykehusnivå



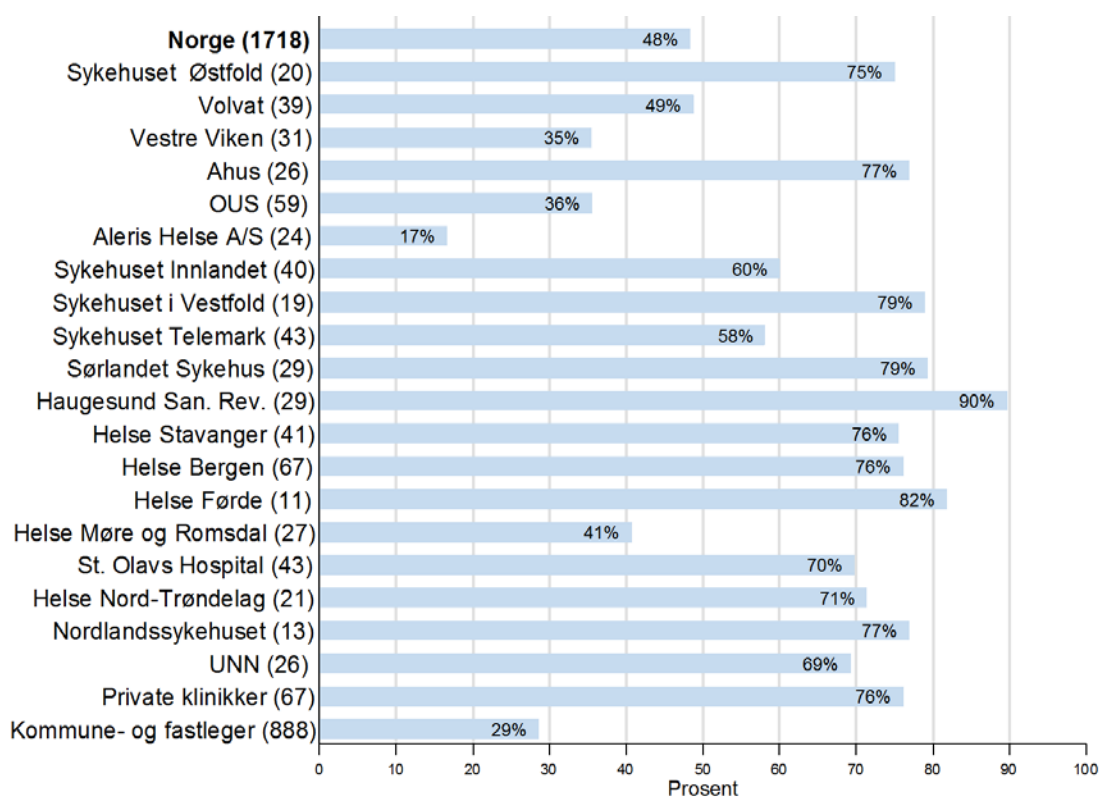
Figur 9 Andel innrapporterte meldinger ved brystkreftoperasjoner i 2013 på sykehusnivå



Figurene viser høy dekningsgrad, fra 89 % til 100 % for innrapportering av meldinger både fra patologer (figur 8) og kirurger (figur 9) i Tromsø og Bodø. Dette er vesentlig høyere enn den nasjonale dekningsgraden på 73 %.

Nasjonalt kvalitetsregister for føflekkreft

Figur 10 Klinisk innrapporteringsgrad for utredning og eksisjon av føflekkreft i 2013 på sykehusnivå



Figuren viser innrapporteringsgrad på 69 % for UNN og 77 % for NLSH. Dette er likevel høyere enn den nasjonale dekningsgraden på 48 %, som sterkt påvirkes av lav dekningsgrad på 29 % fra primærhelsetjenesten.

Nasjonalt kvalitetsregister for lymfomer og lymfoide leukemier

Tabell 5 Klinisk innrapportering av lymfomer og leukemier i 2011-14 på sykehusnivå

Sykehus	Pasienter	Antall meldt	Antall ikke meldt	Andel meldt	Andel ikke meldt
Sørlandet sykehus, Arendal	97	93	4	95,9	4,1
Sørlandet sykehus, Kristiansand	206	192	14	93,2	6,8
Nordlandssykehuset, Bodø	144	132	12	91,7	8,3
Voss sjukehus	20	18	2	90	10
Sykehuset Innlandet, Kongsvinger	47	41	6	87,2	12,8
Stavanger Universitetssjukehus	342	290	52	84,8	15,2
UNN, Tromsø	299	241	58	80,6	19,4
HNT, Levanger	97	78	19	80,4	19,6
Vestre Viken, Kongsberg	56	44	12	78,6	21,4
Vestre Viken, Drammen	192	150	42	78,1	21,9
Vestre Viken, Hønefoss	63	47	16	74,6	25,4
Sykehuset i Vestfold, Tønsberg	269	197	72	73,2	26,8
Førde sentralsjukehus	108	78	30	72,2	27,8
Vestre Viken, Bærum	137	98	39	71,5	28,5
Haugesund sjukehus	134	92	42	68,7	31,3
Andre sykehus	202	137	65	67,8	32,2
Diakonhjemmets sykehus	76	48	28	63,2	36,8
Lovisenberg Diakonale Sykehus	51	32	19	62,7	37,3
Sykehuset Innlandet, Lillehammer	108	65	43	60,2	39,8
Ahus, Lørenskog	386	229	157	59,3	40,7
Haukeland universitetssykehus	584	342	242	58,6	41,4
HNT, Namsos	35	20	15	57,1	42,9
Helse Møre og Romsdal, Ålesund	140	74	66	52,9	47,1
Sykehuset Østfold, Fredrikstad	243	128	115	52,7	47,3
Helse Møre og Romsdal, Volda	31	16	15	51,6	48,4
Sykehuset Innlandet, Gjøvik	124	61	63	49,2	50,8
Sykehuset Telemark, Skien	179	88	91	49,2	50,8
OUS, Rikshospitalet	369	175	194	47,4	52,6
St. Olavs Hospital	510	206	304	40,4	59,6
Sykehuset Innlandet, Elverum	71	28	43	39,4	60,6
OUS, Radiumhospitalet	464	182	282	39,2	60,8
Helse Møre og Romsdal, Molde	77	27	50	35,1	64,9
Helse Møre og Romsdal, Kristiansund	31	10	21	32,3	67,7
OUS, Ullevål	139	43	96	30,9	69,1
Hammerfest sykehus	21	5	16	23,8	76,2
Private leger	108	18	90	16,7	83,3
Sykehuset Innlandet, Hamar	67	10	57	14,9	85,1
Sum	6227	3735	2492	60	40

Tabellen viser innrapporteringsandel fra tre sykehus i Helse Nord: Bodø har 92 %, Tromsø har 81 % og Hammerfest ligger svært lavt med 24 % dekningsgrad.

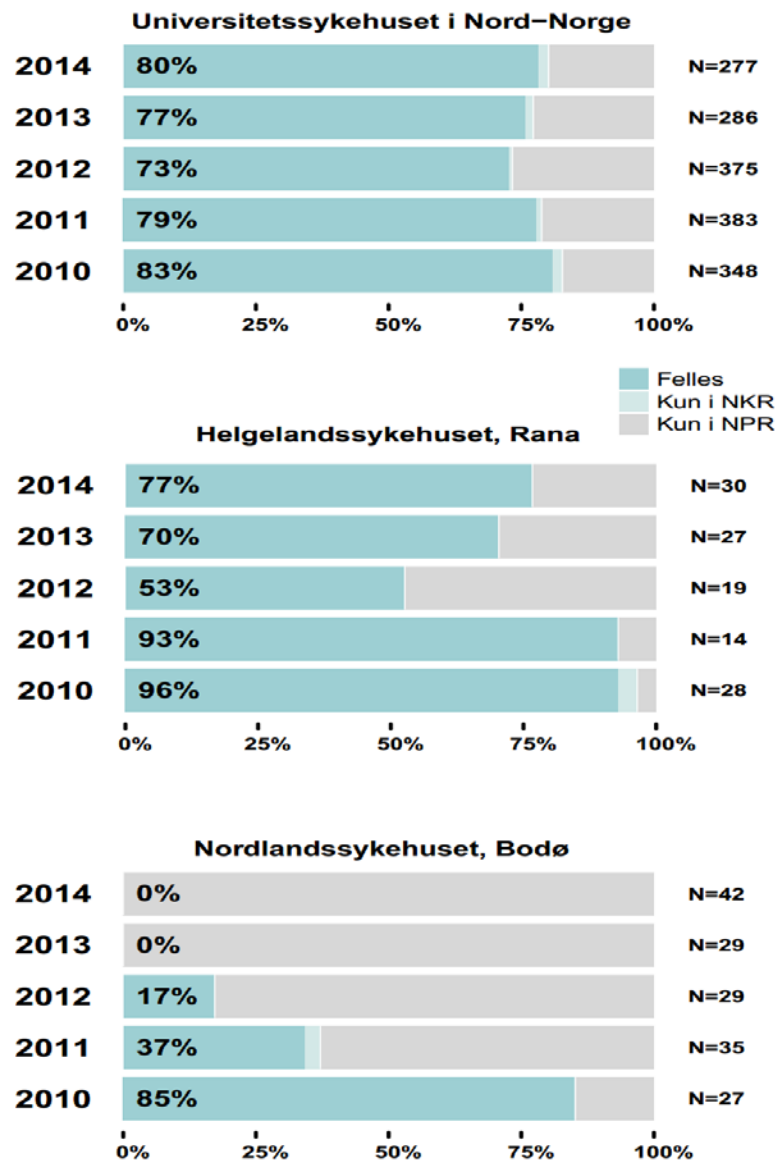
Endring i dekningsgrad over år

For tre registre har vi opplysninger om endring i dekningsgrad over år: **Nasjonalt kvalitetsregister for ryggkirurgi**, **Nasjonalt register for tykk- og endetarmskreft** og **Nasjonalt register for prostatakreft**

Nasjonalt kvalitetsregister for ryggkirurgi

Registerets nasjonale dekningsgrad var 60 % i 2014.

Figur 11 Utvikling i dekningsgrad for ryggkirurgi for sykehus i Helse Nord



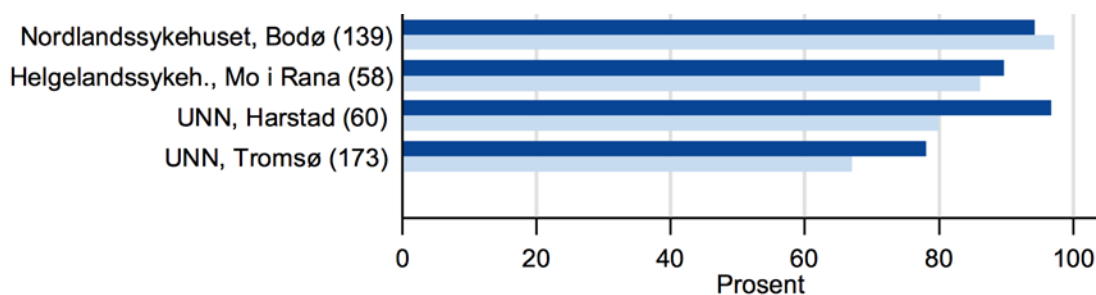
Vi ser av figuren at dekningsgrad for Tromsø ligger jevnt rundt 80 %, mens den har vært svært varierende i Rana (topp på 96 % i 2010 og bunn på 53 % i 2012), mens Bodø hadde en topp på 85 % i 2010 og har etter dette falt til 0 % i 2013 og 2014. Dette er bekymringsverdig, spesielt sett i lys av at dette er et av de nasjonale kvalitetsregistrene Helse Nord drifter og har ansvaret for.

Nasjonalt kvalitetsregister for tykk- og endetarmskreft

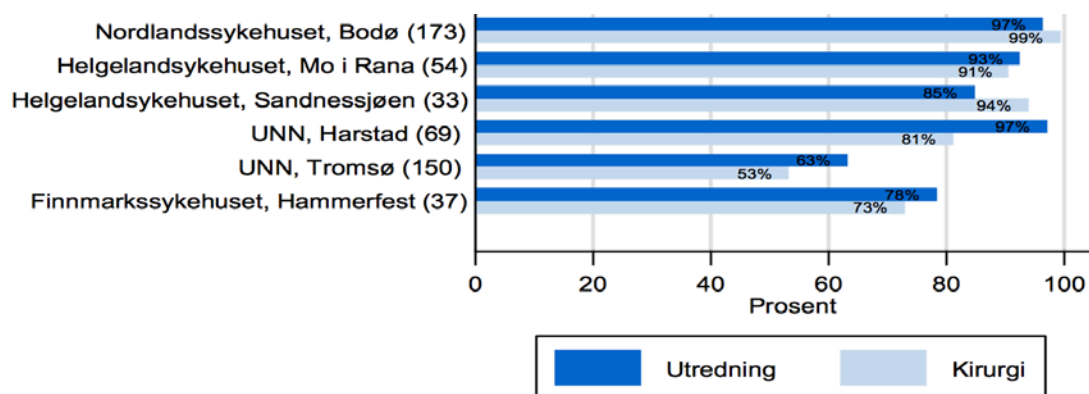
Figur 13 Utvikling i innrapportering fra 2010-12 til 2011-13 ved tykktarmskreft og endetarmskreft på sykehusnivå

Tykktarmskreft

Innrapportering 2010-2012

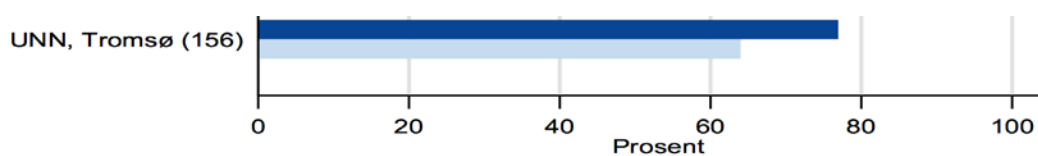


Innrapportering 2011-2013

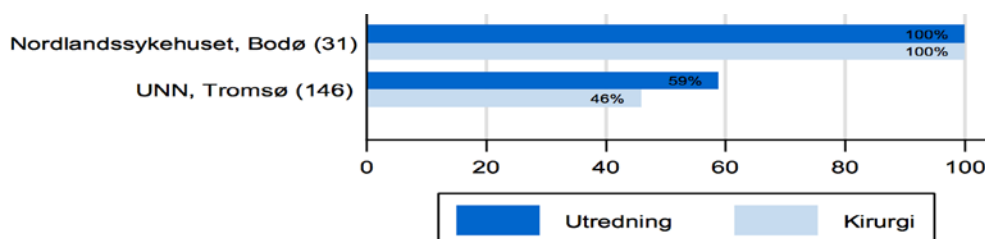


Endetarmskreft

Innrapportering 2010-2012



Innrapportering 2011-2013



Kreftregistrene oppgir andel innrapporterte både ved utredning (vevsprøver) og kirurgi. Nasjonal dekningsgrad for tykktarmskreft er 86% for vevsprøver og 82% for kirurgi. For tykktarmskreft er det nærmest komplett innregistrering fra Bodø og Rana og for vevsprøver ved

Harstad. For Tromsø er innregistreringsandel betydelig lavere, og fallende for begge mål til 63% for vevsprøver og 53% for kirurgi i siste tidsperiode. Hammerfest har innrapporteringsgrad på 70-tallet for siste tidsperiode.

Nasjonal dekningsgrad for endetarmskreft er 82% for vevsprøver og 76% for kirurgi.

For endetarmskreft ser vi komplett innregistrering ved Bodø i siste tidsperiode, mens for Tromsø er innregistrering lav og fallende til 59% for vevsprøver og 46% for kirurgi.

Nasjonalt kvalitetsregister for prostatakreft

Tabell 6 Klinisk innrapporteringsgrad for prostatakreft 2011- 2013 på sykehusnivå

	2011		2012		2013	
	Antall utredet	Andel meldt	Antall utredet	Andel meldt	Antall utredet	Andel meldt
Bodø	67	93 %	46	89 %	49	98 %
Mosjøen	66	97 %	47	98 %	37	97 %
Harstad	64	94 %	49	100 %	23	100 %
Tromsø	152	37 %	98	53 %	106	100 %
Hammerfest	33	91 %	32	84 %	25	88 %
Kirkenes	22	82 %	22	55 %	27	100 %
Narvik					13	38 %
Registeret totalt	4695	78 %	4649	75 %	4301	81 %

Tallene viser generelt svært høy innrapportering fra sykehus i Helse Nord. For Kirkenes og Tromsø er det en svært positiv utvikling fra innregistreringsandel på 50-tallet i 2012 til komplett innrapportering i 2013. Hammerfest har innrapporteringsandel i underkant av 90 %, mens tall fra Narvik kun er oppgitt for 2013 med innrapporteringsgrad på 38%.

4. Resultater fra nasjonale medisinske kvalitetsregistre

I dette kapitlet presenteres resultater for sykehus i Helse Nord fra 15 utvalgte nasjonale kvalitetsregistre med gode kvalitetsindikatorer og tilfredsstillende dekningsgrad.

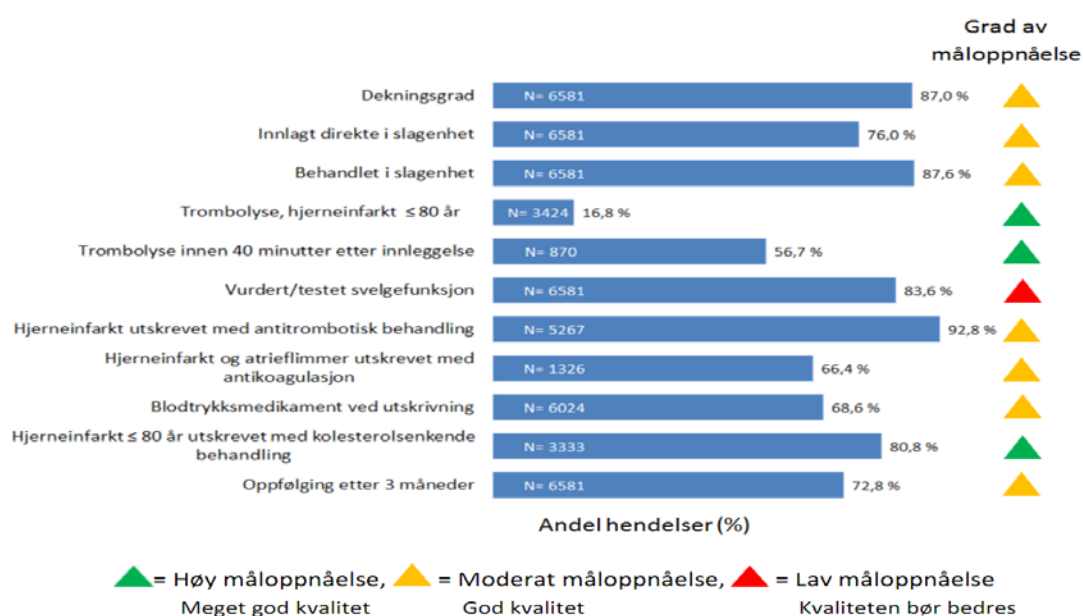
Norsk hjerneslagregister

Norsk hjerneslagregister er det nasjonale kvalitetsregisteret for behandling av hjerneslag. Alle pasienter med akutt hjerneslag innlagt i norske sykehus skal registreres. Norsk hjerneslagregister har som formål å forbedre helsetjenesten for pasienter med hjerneslag gjennom å registrere og måle resultater av behandling, prosedyrer og ressursbruk. Registeret fikk nasjonal status i 2006 og inkluderer om lag 12 000 pasienter årlig. Registeret presenterer 11 kvalitetsindikatorer for god slagbehandling.

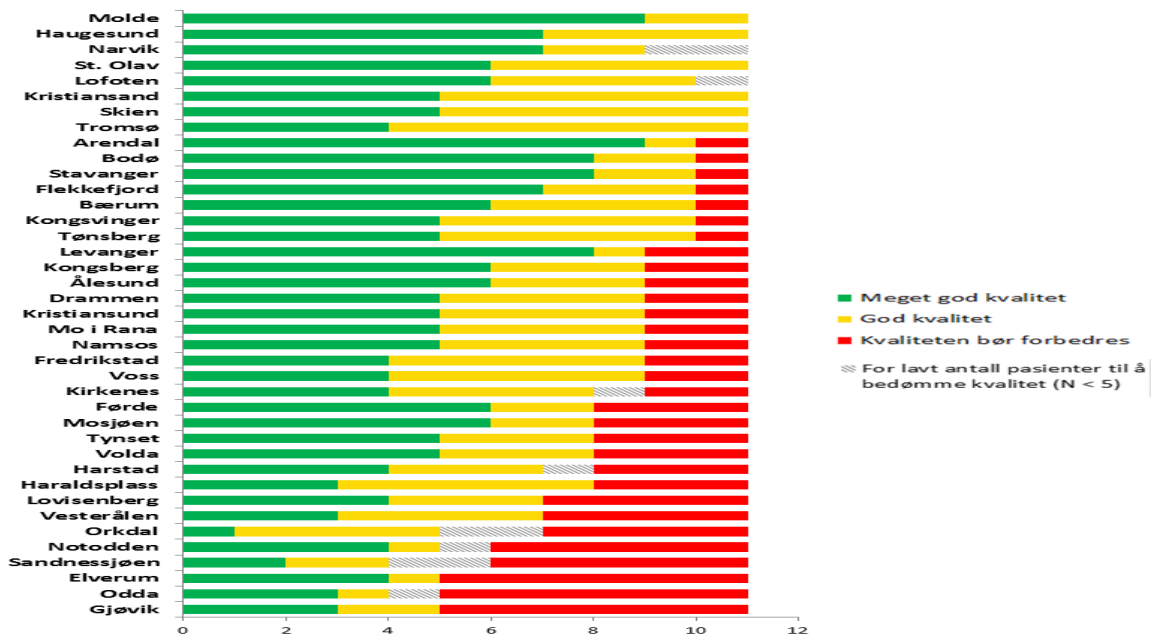
Resultatene for de nordnorske sykehusene viser:

- Bodø har høy måloppnåelse for 8 kvalitetsindikatorer, og Narvik for 7. Nederst i rangert liste ligger Hammerfest og Sandnessjøen med høy måloppnåelse for hhv. kun 3 og 2 kvalitetsindikatorer.
- Behandling i slagenhet er en godt dokumentert kvalitetsindikator med betydning for utfallet for slagpasienter. Fem sykehus har høy måloppnåelse (>90 % av pasienter er behandlet i slagenhet), og fire sykehus har moderat måloppnåelse (>80 %) for denne kvalitetsindikatoren. Sandnessjøen har lav måloppnåelse (<80 %)
- Svelgfunksjon og oppfølging etter 3 mnd. er de to kvalitetsindikatorene der flest sykehus i Helse Nord har lav måloppnåelse (5 sykehus).

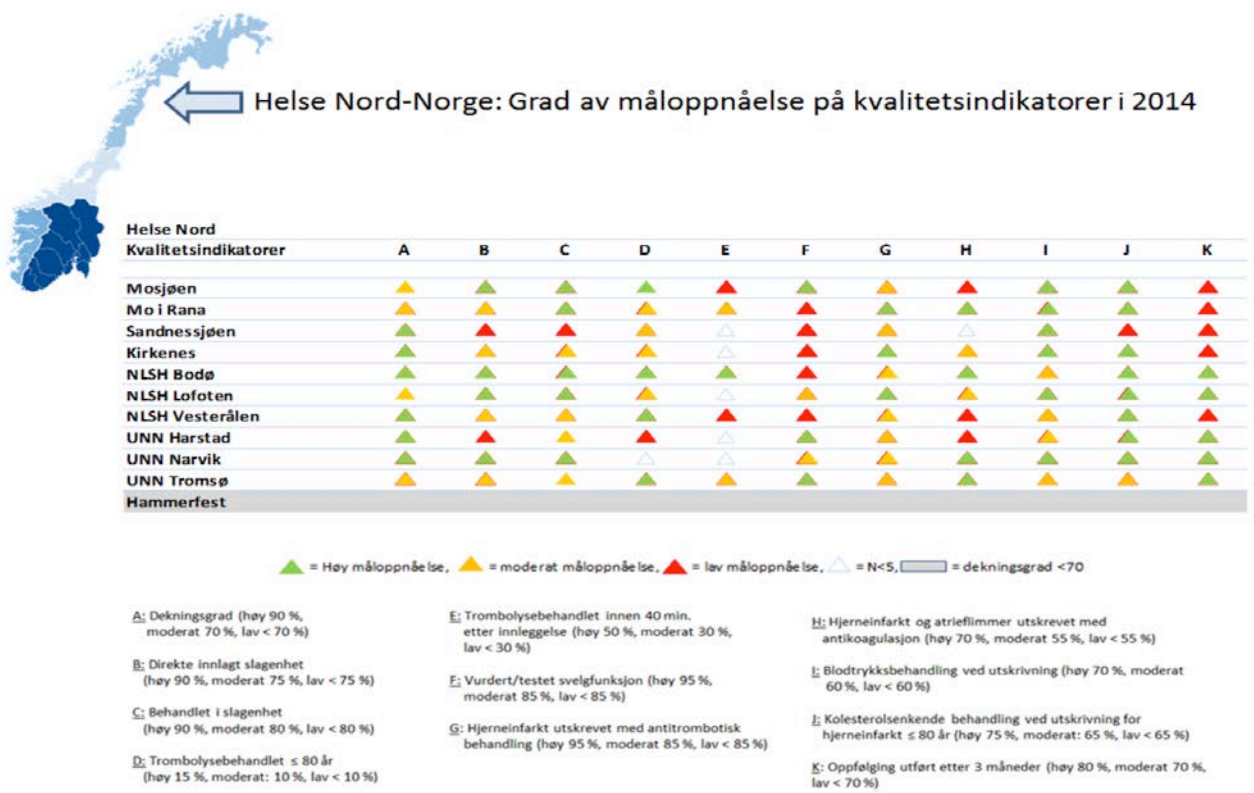
Figur 14 Nasjonale resultater for 11 kvalitetsindikatorer for god slagbehandling (N=6581)



Figur 15 Kvalitet på behandlingen bedømt ut fra måloppnåelse på de 11 kvalitetsindikatorer i Norsk hjerneslagregister for de 39 sykehus som har en dekningsgrad $\geq 70\%$ i 2014.



Figur 16 Grad av måloppnåelse for 11 kvalitetsindikatorer for sykehus i Helse Nord



Tabell 7 Rangering av sykehus i Helse Nord på bakgrunn av måloppnåelse for 11 kvalitetsindikatorer for hjerneslag

Sykehus	Høy	Moderat	Lav	Ikke vurdert
Bodø	8	2	1	
Narvik	7	2	0	2
Lofoten	6	4	0	1
Mosjøen	6	2	3	
Mo i Rana	5	4	2	
Tromsø	4	7		
Vesterålen	4	4	3	
Kirkenes	4	4	2	1
Harstad	4	3	3	1
Hammerfest	3	2	5	1
Sandnessjøen	2	2	5	2

Norsk hjerteinfarktregister

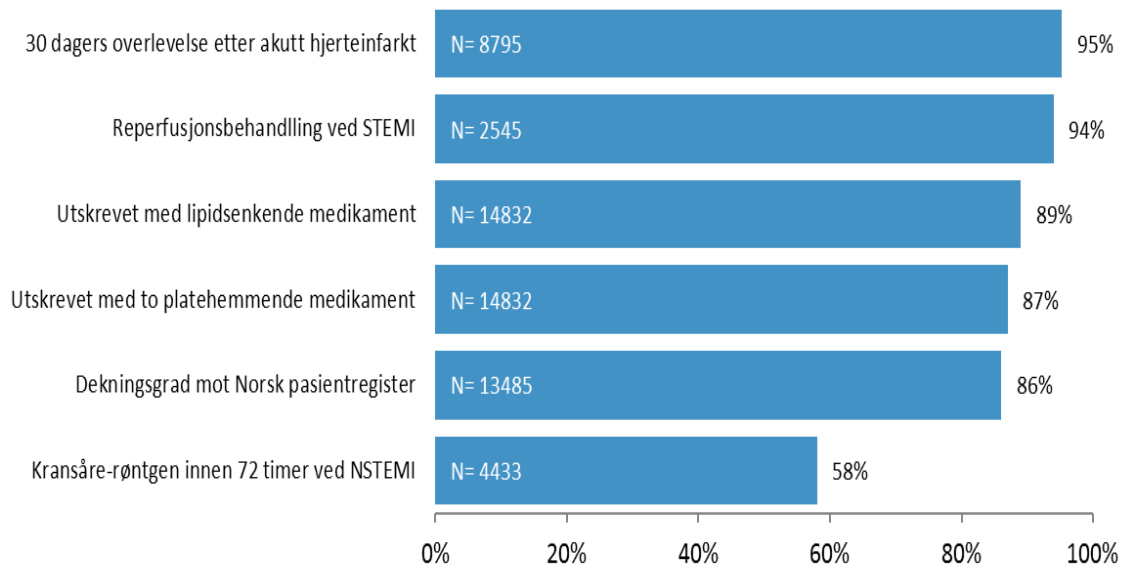
Norsk hjerteinfarktregister skal registrere alle pasienter som innlegges i sykehus og får diagnosen akutt hjerteinfarkt. Registerets formål er å bidra til å bedre kvaliteten på hjerteinfarktbehandlingen i Norge. Registeret fikk nasjonal status i 2004 og inkluderer om lag 12 000 pasienter årlig.

Hjerteinfarkt kan grovt deles inn i to typer og klassifiseres ut fra forandringene i EKG i akuttforløpet som enten ST-elevasjonsinfarkt (STEMI) eller ikke-ST-elevasjonsinfarkt (NSTEMI). Ved ST-elevasjonsinfarkt er det viktig å åpne blodåren som er tett, snarest mulig med blodproppopløsende medisin eller mekanisk med utblokking (PCI). I dag skal også de med ikke-ST-elevasjonsinfarkt (NSTEMI) utredes tidlig med tanke på eventuell utblokking hvis det ikke foreligger andre forhold som gjør slik behandling mindre aktuell. Registeret presenterer 6 kvalitetsindikatorer for god hjerteinfarktbehandling.

Resultatene for sykehusene i Helse Nord viser:

- Overlevelse etter hjerteinfarkt for pasienter i Helse Nord er høy (95 %), og på nivå med de andre regionene.
- For NSTEMI- infarkt anbefales kransårerøntgen som hovedregel innen 24 timer. Vi ser store kontraster mellom sykehusene i Helse Nord når det gjelder andelen pasienter som får gjennomført kransårerøntgen innen 72 timer, med Tromsø på topp med 85 % og Hammerfest på bunn med 23 %. Slike kontraster bør undersøkes nærmere.
- Behandling med dobbel platehemming og lipidsenkende behandling skal tilbys pasienter etter hjerteinfarkt for å forebygge nytt hjerteinfarkt. Mindre enn 80 % av pasientene får platehemmende behandling ved tre sykehus i nord, med Mosjøen på bunn med 66 %. Mindre enn 80 % av pasientene får lipidsenkende behandling ved hele seks sykehus i nord, med Narvik på bunn med 68 %.

Figur 16 Resultater for 6 kvalitetsindikatorer for hjerteinfarktbehandling



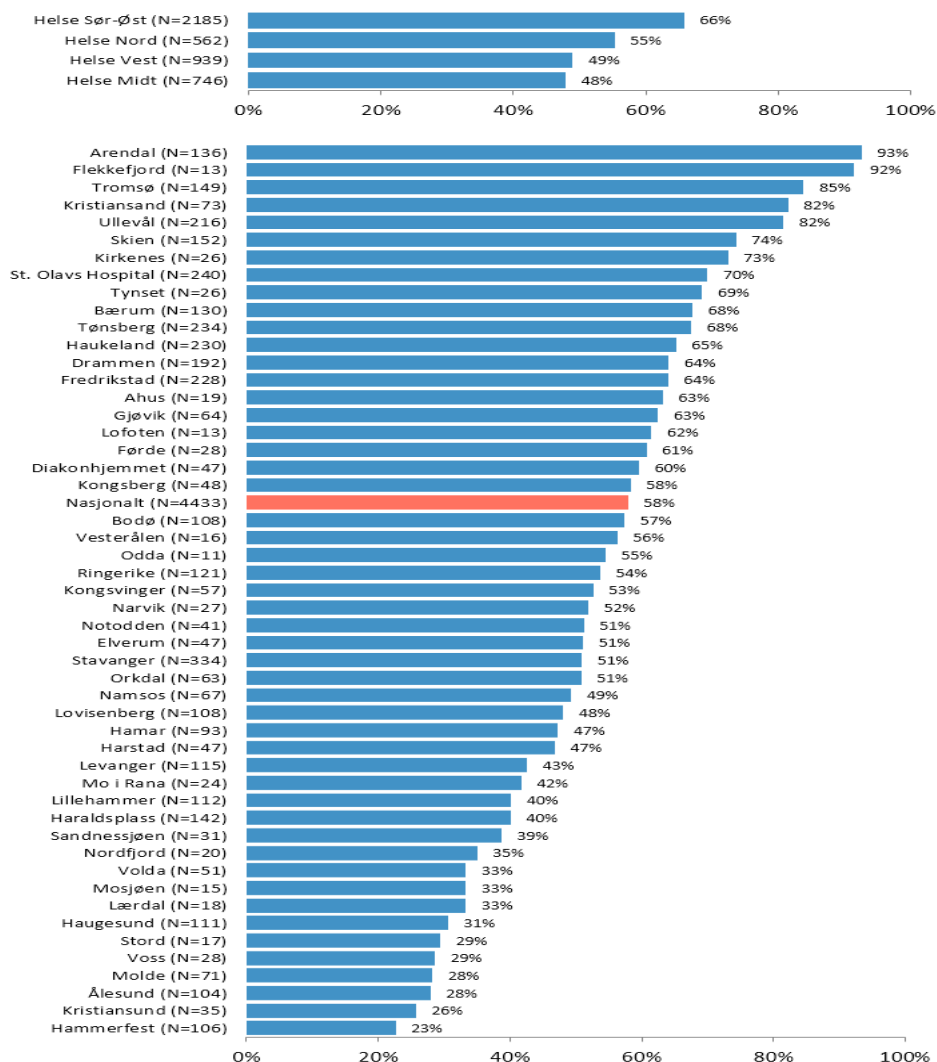
STEMI: ST-elevasjonsinfarkt (hjerteinfarkt som gir EKG-forandringer), NSTEMI: hjerteinfarkt som ikke gir EKG-forandringer

Tabell 8 30-dagers overlevelse av pasienter med hjerteinfarkt i de ulike regionene i 2014

	Total		NSTEMI		STEMI	
	N	n(%)	N	n(%)	N	n(%)
Nasjonalt	8795	95,2 %	5925	96,2 %	2545	93,1 %
Regionalt						
Helse Nord	998	95,0 %	695	96,0 %	256	92,6 %
Helse Midt	1294	94,7 %	865	95,4 %	376	92,8 %
Helse Sør-Øst	4755	95,7 %	3196	96,7 %	1379	93,7 %
Helse Vest	1711	94,5 %	1146	95,6 %	523	91,8 %

Resultatene viser høy grad av overlevelse etter hjerteinfarkt i alle regioner. Etter aldersjustering er det ingen signifikant forskjell i dødelighet mellom regionene.

Fig 17 Andel pasienter <80 år med akutt hjerteinfarkt uten ST-segment elevasjon (NSTEMI) som utredes med kransårerøntgen <72 timer etter sykehusinnleggelse.



De aller fleste hjerteinfarkt uten ST-segment elevasjon (NSTEMI) er forårsaket av kolesterol-avleiringer i en kranspulsåre. Dette fører til innsnevninger i blodåren slik at blodtilførselen reduseres og det oppstår skade på hjertemuskelen. Ofte er ikke kransåren helt tett, men det er risiko for at den kan gå tett ganske snart. Hvis dette skjer, vil skaden på hjertemuskelen bli større og det kan inntreffe livstruende komplikasjoner. Ved denne type hjerteinfarkt er det derfor viktig å identifisere hvilke pasienter som trenger rask behandling med utblokking av kransåren eller operasjon. Slik behandling gjenoppretter blodtilførselen til hjertemuskelen, noe som kan føre til at pasienten lever lengre med god livskvalitet.

Innsnevninger i kranspulsårene påvises som hovedregel ved kransåre-røntgen. I Norge utføres slike undersøkelser ved universitetsklinikkene, Sørlandet sykehus - avdeling Arendal, og ved Feiring-klinikken.

Internasjonale retningslinjer anbefaler at pasienter med NSTEMI som hovedregel bør utredes så snart som praktisk mulig innen 72 timer etter innleggelse i sykehus. Praksis varierer likevel i Norge. I Helse Sør-Øst og Helse Nord anbefales kransårerøntgen som hovedregel i løpet av 24 timer etter innleggelse, mens Helse Midt og Helse Vest ikke har egne retningslinjer.

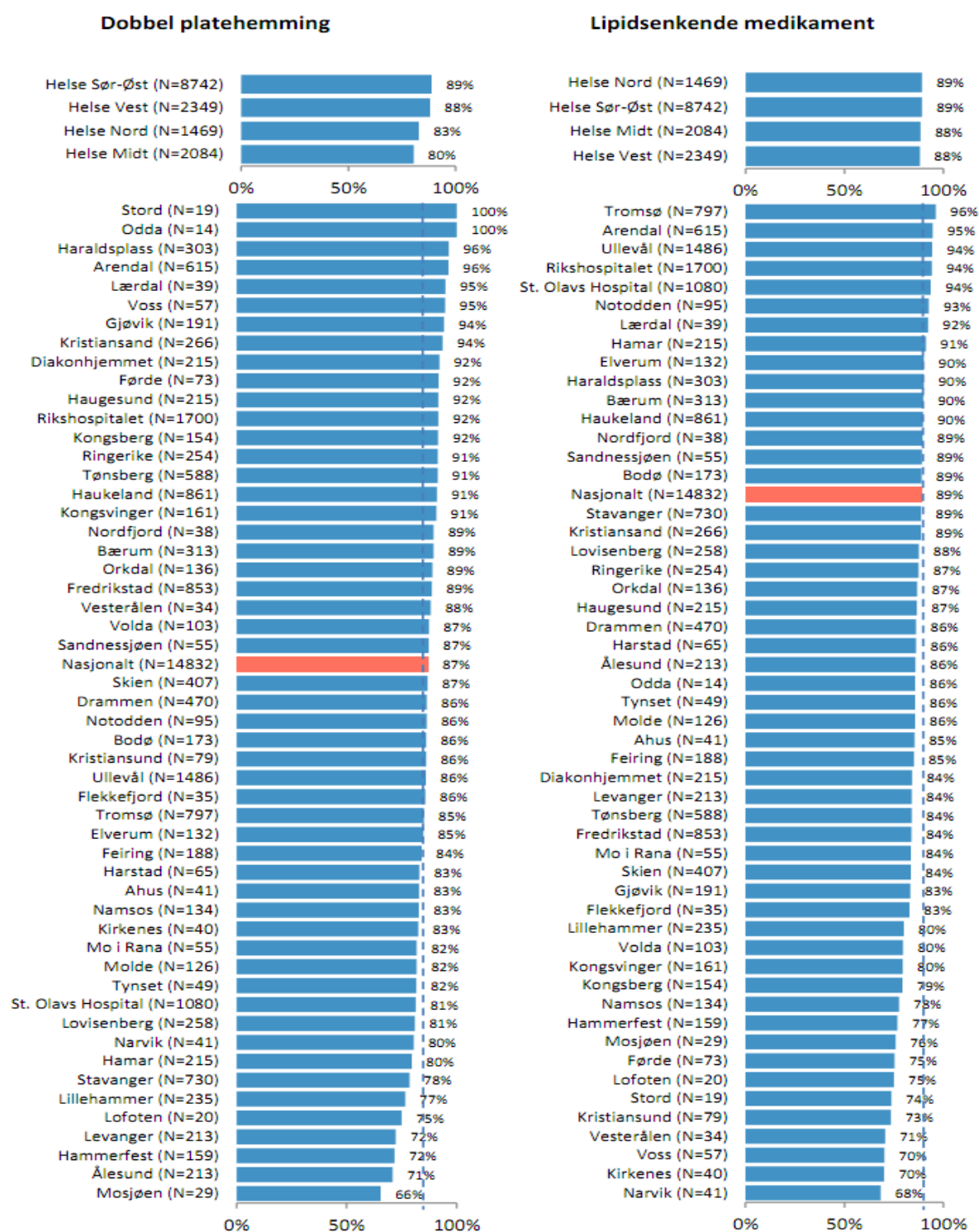
Figuren viser at det er store kontraster mellom helseregionene og mellom sykehusene når det gjelder tid fra innleggelse til kransårerøntgen. I Helse Sør-Øst utredes 66 % av pasientene innen 72 timer. Tilsvarende tall for Helse Nord er 55 %, og Helse Midt 48 %. Det nasjonale gjennomsnittet er 58%.

Registerets egen kommentar til figuren:

Den viktigste forklaringen på disse kontrastene er at mange pasienter med NSTEMI innlegges ved et lokalsykehus som ikke har tilbud om kransårerøntgen. Etter at diagnosen er sannsynliggjort må pasientene overflyttes til et sykehus som tilbyr slik utredning. Kontrastene mellom sykehus kan skyldes at den faglige vurdering av hastegrad varierer mellom sykehus og/eller at det er ventetid ved det sykehus som pasienten skal flyttes til. Kontrastene skyldes ikke forskjeller i transporttid mellom lokalsykehus og sykehus som utfører kransårerøntgen.

I Helse Nord anbefales altså kransårerøntgen som hovedregel i løpet av 24 timer, og alle pasienter i nord skal sendes til Tromsø for slik undersøkelse. Vi ser store kontraster innad i regionen. For tre sykehus i regionen ligger andelen som får gjennomført kransårerøntgen innen 72 timer over nasjonalt gjennomsnitt: Tromsø (85 %), Kirkenes (73 %) og Lofoten (62 %), mens Bodø, Vesterålen og Narvik ligger på 50-tallet, like under gjennomsnittet. Fem sykehus ligger under 50 %: Harstad 47 %, Mo i Rana 42 %, Sandnessjøen 39 %, Mosjøen 33 %, og Hammerfest helt sist på 23 %.

Figur 18 Andel pasienter <80 år som utskrives fra sykehus med dobbel platehemmende behandling eller lipidsenkende medikament



Medikamentell behandling gis for å behandle komplikasjoner og forebygge tilbakefall. Europeiske retningslinjer – som det norske fagmiljøet har sluttet seg til – anbefaler at pasienter som har hatt hjerteinfarkt behandles med to blodplatehemmende medikament for å forhindre blodpropp (dobbelt platehemmende behandling) og kolesterolsenkende medikament for å motvirke fettavleiringer i blodårevæggen. For landet samlet behandles 87 % av pasientene med to platehemmende medikament mens 89 prosent av pasientene behandles med kolesterolsenkende medikament.

For sykehusene i Helse Nord er det generelt høy måloppnåelse. For platehemmende behandling ligger to sykehus (Vesterålen og Sandnessjøen) på landsgjennomsnittet (87 %), mens ved tre sykehus får under 80 % av pasientene slik behandling: Lofoten (75 %), Hammerfest (72 %) og Mosjøen (66 %). For lipidsenkende medikamenter ligger seks sykehus i Helse Nord under 80 %: Hammerfest 77 %, Mosjøen 76 %, Lofoten 75 %, Vesterålen 71 %, Kirkenes 70 % og Narvik 68 %.

Det norske hjertekirurgiregisteret

Formålet med hjertekirurgiregisteret er å registrere utførte hjerteinngrep, kjente risikofaktorer og resultater i form av 30-dagers mortalitet og komplikasjoner ved de fem sentrene som utfører all hjertekirurgi i Norge. Pasientene er operert med åpne eller lukkede kirurgiske inngrep på hjertet og de store hjertenære kar. Registreringer gjennom 20 år gjør det mulig å følge endringer og trender over tid. Registeret fikk nasjonal status i 2013 og inkluderer om lag 4 300 pasienter årlig.

Resultatene for sykehusene i Helse Nord viser:

- Resultater beskrives som gode nasjonalt og sammenlignbare for alle de hjertekirurgiske enhetene i Norge (inkludert UNN Tromsø).

Tabell 9 Demografi, komplikasjoner og dødelighet ved koronar bypass-operasjoner

	OUS		Haukeland		St. Olav		UNN		Feiring	
	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014
Antall	460	399	327	329	307	313	277	232	529	420
Alder (år)	62,2	65,7	64,8	64,6	65,8	66,4	65,2	66,1	66,5	65,5
Kvinner	17,2	16	16,5	14,6	19,5	18,5	18,4	22	18,1	19
Øhj. /hast	5,2	2,8	5,1	7,3	6,4	3,8	5,7	8,6	6,6	4,8
Tidl. Operasjon.	0,6	0,5	0,9	0,9	i.a.	0	1,6	0,9	0,4	0,7
Euroscore	3,9	3,8	4,7	4,5	i.a.	i.a.	4,0	4,4	3,0	2,9
Respirator >24t	-	0,8	6,1	3,0	1,3	1,3	2,5	1,3	0,9	1,0
Sirk. assistanse	2,6	1,0	2,1	2,1	1,3	1,0	2,9	1,3	0,2	0,5
Hjerneslag	0,6	0,5	2,4	1,2	0,3	1,3	1,4	0,9	0,6	0,2
PO blødning.	4,1	0,8	1,8	2,1	3,9	2,9	3,2	3,4	2,3	1,2
Dyp infeksjon	1,3	0	0	0,6	0,7	0,6	2,2	2,6	0,4	1,4
30 d mort	1,3	0,3	1,8	0,9	0	0,6	1,8	0	0,4	0,2

Pasientene er beskrevet ved gjennomsnittsalder, kvinneandel, hastegrad ved operasjonstidspunkt, risiko bedømt ved Euroscore I og teknisk kompleksitet ved at pasienten tidligere er hjerteoperert. Det postoperative forløp er beskrevet ved tid på respirator over 24 timer i % behov for mekanisk assistert sirkulasjon etter inngrepet, forekomst av hjerneslag, behov for operasjon for å kontrollere postoperativ blødning, samt behov for operasjon for dyp infeksjon. Overlevelse er angitt som død etter 30 dager (kontrollert mot Folkeregisteret).

Det er små variasjoner i resultater (komplikasjoner og 30 dagers dødelighet) ved koronar bypass-operasjoner utført på norske hjertekirurgiske avdelinger. Prosentvise forskjeller fra 2013 – 2014 og mellom de enkelte sykehus for postoperative sidevirkninger og 30 dagers mortalitet, må tolkes med stor forsiktighet, da antall komplikasjoner eller dødsfall, kan være lavt ved hver enkelt enhet.

Tabell 10 Demografi, komplikasjoner og dødelighet ved aortaklaffeimplantasjoner

	OUS		Haukeland		St. Olav		UNN		Feiring	
	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014
Antall	338	307	103	127	77	63	75	69	116	96
Alder (år)	67,2	67,7	65,9	66,2	67,4	69,3	70,8	70,9	71,5	68,9
Kvinner	34,0	35,2	40,8	33,1	46,8	41,3	45,3	44,9	48,3	36,5
Øhj. / hast	7,9	2,0	5,8	5,5	9,3	0	6,8	5,8	3,4	0
Tidl. operasjon	8,0	11,4	5,8	14,2	9,1	1,6	0,3	5,8	3,4	1,0
Euroscore I	6,4	6,4	5,9	5,9	i.a.	i.a.	6,8	7,0	6,3	5,7
Respirator > 24t	-	0,7	0	3,9	3,9	1,6	4,0	5,8	0	1,0
Assistert sirkulasjon	1,2	0,7	1,0	0,8	2,6	1,6	4,0	1,4	0	0
Hjerneslag	0,6	1,0	1,0	3,1	1,3	1,6	2,7	5,8	i.a.	2,1
PO blødning	7,1	7,5	1,0	2,4	5,2	6,3	2,7	8,7	4,3	5,2
Dyp infeksjon	1,2	0,3	0	0,8	0	0	1,3	0	0	0
30 d mortalitet	0,9	0,7	2,9	3,9	5,2	0	1,3	1,4	0,9	0

Pasienten som opereres for isolert aortaklaffeifeil er i snitt eldre enn pasienten som koronaropereres og det er en større andel eldre kvinner.

Resultatene gode og sammenlignbare over hele Norge. Variasjonene er små og kan skyldes forhold som ikke avdekkes i data presentert i tabellen ovenfor.

Tabell 11 Demografi, komplikasjoner og dødelighet ved koronar bypass-operasjon kombinert med innsetting av hjerteklaffeprotese

	OUS		Haukeland		St. Olav		UNN		Feiring	
	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014
Antall	128	126	69	52	52	48	46	48	75	75
Alder (år)	70,3	73,6	71,4	69,7	72,7	72,3	73,5	73,1	74,8	73,7
Kvinner	27,3	31,7	26,1	11,5	26,9	22,9	32,6	25,0	32,0	32,0
Øhj. / hast	0,8	1,6	1,4	1,9	i.a.	0,0	2,2	2,1	5,3	1,3
Tidl. operasjon	3,9	0,8	5,8	1,9	3,8	2,1	0	6,3	1,3	1,3
Euroscore I	7,0	7,0	7,0	6,7	i.a.	i.a.	7,1	7,4	6,6	6,5
Respirator > 24 t	-	0,8	7,2	5,8	0	2,1	0	4,2	0	4,0
Assistert sirkulasjon	3,1	2,4	2,9	1,9	0	4,2	2,2	0	0	4,0
Hjerneslag	2,4	6,3	2,9	5,8	1,9	0	8,7	4,2	1,3	0
PO blødning	6,2	15,9	1,4	5,8	0	8,3	4,3	2,1	1,3	1,3
Dyp infeksjon	3,2	0,8	0	0	0	2,1	4,3	6,3	0	1,3
30 d mort	2,3	0,8	2,9	1,9	0	0	2,2	2,1	1,3	0

Pasienten i denne gruppen er enda eldre enn pasientene som får innsatt en «enkel aortaventil», kvinneandelen noe lavere på tross av samtidig forekomst av koronarsykdom og preoperativ estimert dødsrisiko (bedømt ved risikoscoren Euroscore) er høyere.

Resultatene spriker noe mer numerisk sett enn for de andre to operasjonstypen beskrevet ovenfor, men enkelthendelser vil på grunn av relativt små tall ved hver enhet slå sterkt ut, slik at man ikke må tillegge dette stor vekt.

Både tabell 9, 10 og 11 viser at 30 dagers dødelighet ved norske sykehus er lavere enn forventet etter preoperativ vurdert risiko etter Euroscore-systemet.

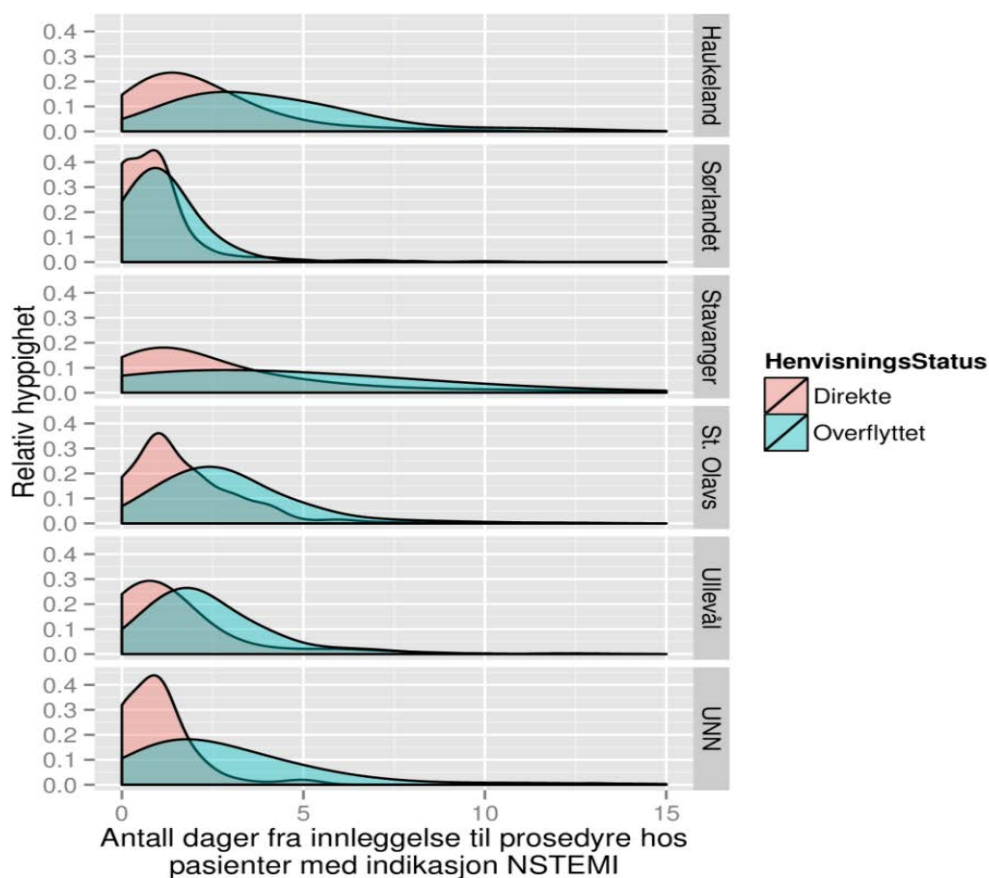
Norsk register for invasiv kardiologi

Norsk register for invasiv kardiologi (NORIC) er et nasjonalt kvalitetsregister for pasienter som utredes og behandles ved hjelp av utstyr som føres opp til hjertet via en blodåre fra armen eller lysken (invasivt). Registeret omfatter i hovedsak to pasientgrupper; pasienter med mistenkt eller kjent sykdom i kransårene og pasienter med sykdom i hjerteklaffene. Registeret fikk nasjonal status i 2012.

Resultatene for sykehusene i Helse Nord viser:

- UNN Tromsø har kort ventetid for angiografi/PCI for direkteinnlagte pasienter med NSTEMI-infarkt, der 75 % av pasientene får utredning innen ett døgn. Ventetiden for henviste pasienter ved UNN Tromsø er lengre, og først innen 4 døgn er 75 % av pasientene utredet/behandlet.

Figur 19 Ventetider for angiografi/PCI ved NSTEMI-infarkt (ikke-ST-elevasjon)



Figuren viser at ventetiden for angiografi/PCI ved NSTEMI er svært varierende på de seks sentrene som utfører slike prosedyrer, og er lengst for pasienter som henvises fra andre sykehus. Ved Sørlandet sykehus får 75 % av alle aktuelle pasienter gjennomført utredning innen ett døgn, mens Stavanger kommer dårligst ut med hhv 4 dager og 7 dagers ventetid for direkteinnlagte og henviste pasienter. UNN Tromsø kommer godt ut nasjonalt for direkteinnlagte pasienter, der 75 % av pasientene får utredning innen ett døgn. Ventetiden for henviste pasienter ved UNN Tromsø er lengre, og først innen 4 døgn er 75 % av pasientene utredet/behandlet.

Tabell 12 Dager ventetid fra første innleggelse til prosedyre for pasienter med indikasjon NSTEMI etter PCI-sykehus og henvisningsstatus, vist som 25, 50 (median) og 75 percentil.

	Haukeland	Sørlandet	Stavanger	St. Olavs	Ullevål	UNN
Direkte (N)	221	212	245	182	200	125
25 %	1	0	1	1	0	0
50 %	2	1	2	1	1	1
75 %	3	1	4	2	2	1
Henvist (N)	367	363	91	331	656	399
25 %	2	1	1	2	1	1
50 %	4	1	4	3	2	2
75 %	6	1	7	4	3	4

Nasjonalt kvalitetsregister for tykk- og endetarmskreft

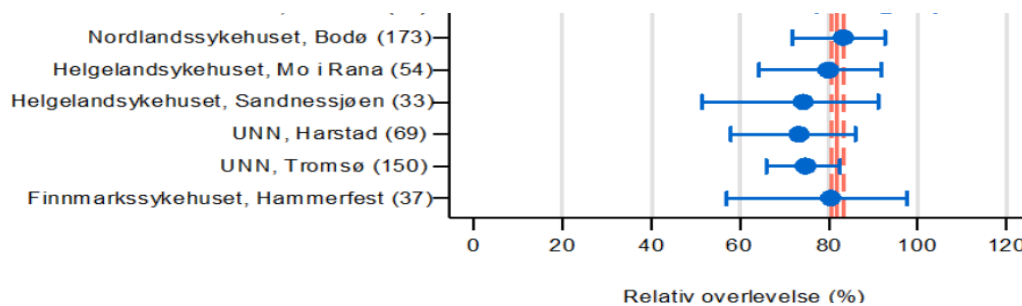
Tykk- og endetarmskreftregisteret inneholder detaljert informasjon om alle pasienter som får tykk- og endetarmskreft, dvs. opplysninger om utredning, behandling og oppfølging av pasientene. Tykk- og endetarmskreftregisteret skal bidra til å styrke kvaliteten på helsehjelpen som gis til pasientene. Registeret fikk nasjonal status i 2009 og inkluderer om lag 4 000 pasienter årlig.

Resultatene for sykehusene i Helse Nord viser:

- For tykktarmskreft ligger overlevelsestallene for sykehusene i Helse Nord på nasjonalt nivå (81 %). Overlevelse i Tromsø ligger i underkant av nasjonalt nivå.
- For endetarmskreft ligger overlevelsestallene for Tromsø og Bodø på nasjonalt nivå (86 %).

Resultater for tykktarmskreft

Figur 20 Relativ overlevelse (%) fem år etter antatt kurativ operasjon av tykktarmskreft i perioden 2011-2013.



Antall opererte pasienter i parentes. Sykehus som opererte ≥ 10 pasienter årlig er inkludert. Den røde heltrukne linjen viser landsgjennomsnittet.

For pasienter som ble kurativt operert for tykktarmskreft i perioden 2011-2013 var relativ overlevelse ved 5 år 81 % nasjonalt. Overlevelsestallene for sykehusene i Helse Nord ligger på nasjonalt nivå.

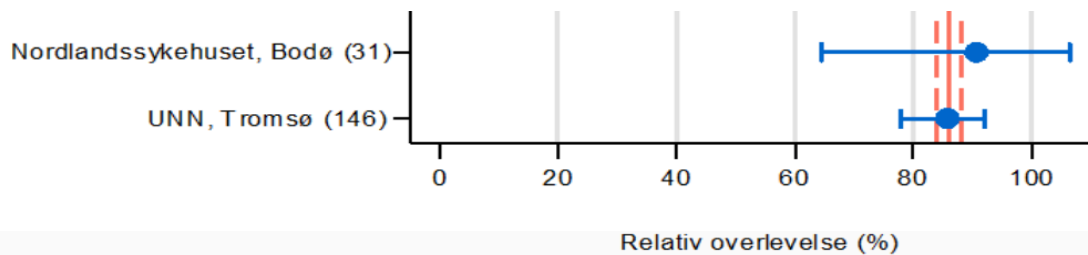
Overlevelsestallene for Tromsø ligger i underkant av nasjonale tall, med konfidensintervall som knapt inkluderer nasjonalt gjennomsnitt. Disse resultatene er uendret fra forrige rapportering, med unntak av Harstad som ved forrige måling lå under landsgjennomsnittet (ca 62% overlevelse).

Disse resultatene må også sees i lys av at Tromsø har dekningsgrad på 50-60%, som kan ha betydning for tolkning av resultater

For fjernmetastaser 5 år etter operasjon finnes det ikke signifikante forskjeller mellom sykehusene nasjonalt.

Resultater for endetarmskreft

Figur 21 Relativ overlevelse (%) fem år etter antatt kurativ operasjon for endetarmskreft i perioden 2011-2013.



Antall opererte pasienter i parentes. Sykehus som opererte ≥ 10 pasienter årlig er inkludert. Den røde heltrukne linjen viser landsgjennomsnittet.

Relativ overlevelse 5 år etter kirurgi for pasienter behandlet ved Tromsø og Bodø ligger på nasjonalt nivå. Også her må Tromsøs lave dekningsgrad (rundt 50%) tas i betraktning ved tolkning av resultater.

For pasienter som er kurativt operert for endetarmskreft har andelen pasienter nasjonalt som overlever sykdommen økt fra 74 % (1996-1998) til 86 % (2011-2013). Det er ingen signifikante forskjeller mellom sykehusene når det gjelder lokale tilbakefall 5 år etter operasjon eller overlevelse 5 år etter operasjon.

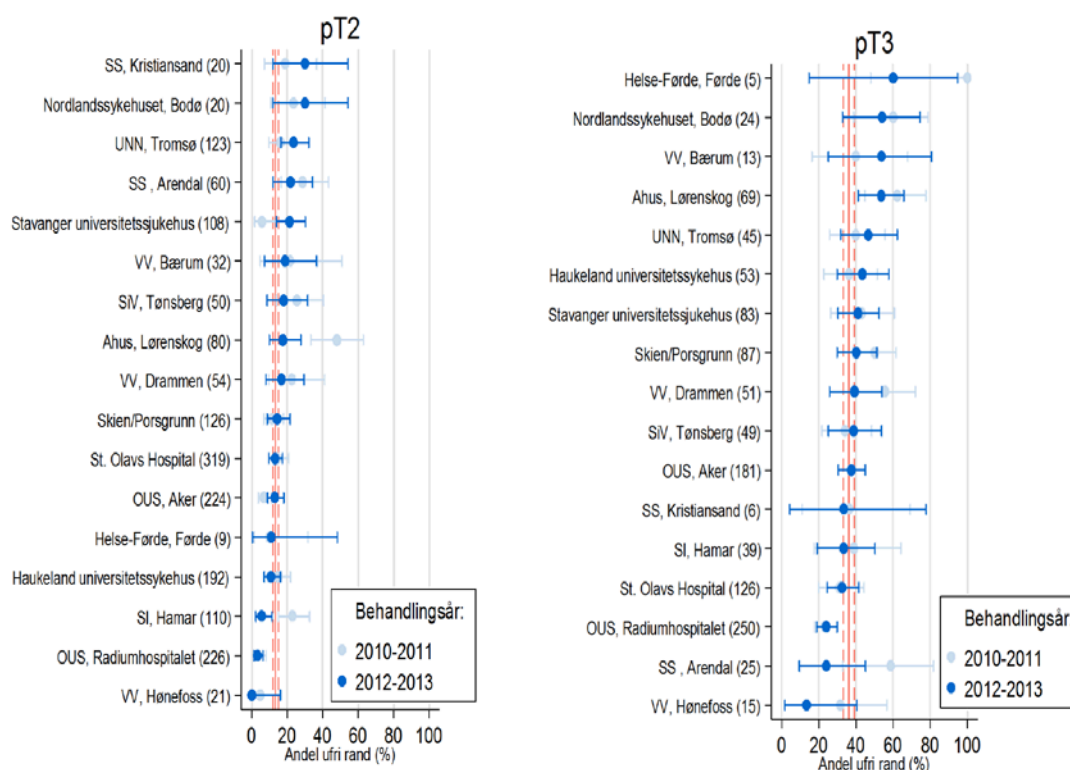
Nasjonalt kvalitetsregister for prostatakraft

Prostatakraftregisteret inneholder detaljert informasjon om alle pasienter som får prostatakraft hvilket innebærer at registeret får opplysninger om utredning, behandling og oppfølging av pasientene. Prostatakraftregisteret skal bidra til å styrke kvaliteten på helsehjelpen som gis til pasientene. Registeret fikk nasjonal status i 2009 og inkluderer om lag 5 000 pasienter årlig.

Resultatene for sykehusene i Helse Nord viser:

- Både for lokalisert sykdom og for lokalavansert sykdom ligger andelen preparater med ufri rand i overkant av nasjonale tall både for Tromsø og Bodø (men med overlappende konfidensintervall med nasjonalt gjennomsnitt).
-

Figur 22 Andel ufri margin (%) ved lokalisert (pT2) og lokalavansert (pT3) prostatakreft. Pasienter diagnostisert i 2010-2011 og 2012-2013



Lokalavansert prostatakreft innebærer at tumor vokser utover selve prostata. Formålet med figuren er å kunne sammenligne sykehusenes resultater angående reseksjonsrand over tid. Figuren viser andelen ufri margin ved lokalisert og lokalavansert prostatakreft. Ufri margin innebærer at det er kreftceller igjen etter operasjonen. Fri reseksjonsrand etter operasjon er ønskelig og kan være betydningsfullt for om pasienten trenger strålebehandling etter operasjon. Samtidig er betydningen av fri rand etter operasjon omdiskutert internasjonalt, da det ikke er påvist at ufri rand har noen innvirkning på overlevelse.

Noe av variasjonene mellom sykehus kan skyldes ulik vurdering av kirurgisk margin mellom patologer, og systematiske forskjeller mellom sykehus er sannsynlig. Da det er forventet høyere andel ufri margin ved lokalavansert sykdom enn ved lokalisert sykdom, vil også ulik vurdering av tumorstadium kunne påvirke sykehusenes andel ufri margin etter prostatektomi.

Det synes på nasjonalt nivå å ha skjedd en positiv utvikling med mindre andel ufri rand fra 2010-2011 til 2012-2013. Ingen sykehus har signifikant dårligere resultater enn landsgjennomsnittet. For sykehusene i Helse Nord har både Tromsø (> 20 %) og Bodø (>30 %) andel preparater med ufri rand i overkant av nasjonale tall (ca 18 %), og en liten økning siden fjorårets rapportering ved lokalisert sykdom. Andelen preparater med ufri rand ved lokalavansert sykdom er høyere: 38% nasjonalt, >40% for Tromsø og >50% for Bodø.

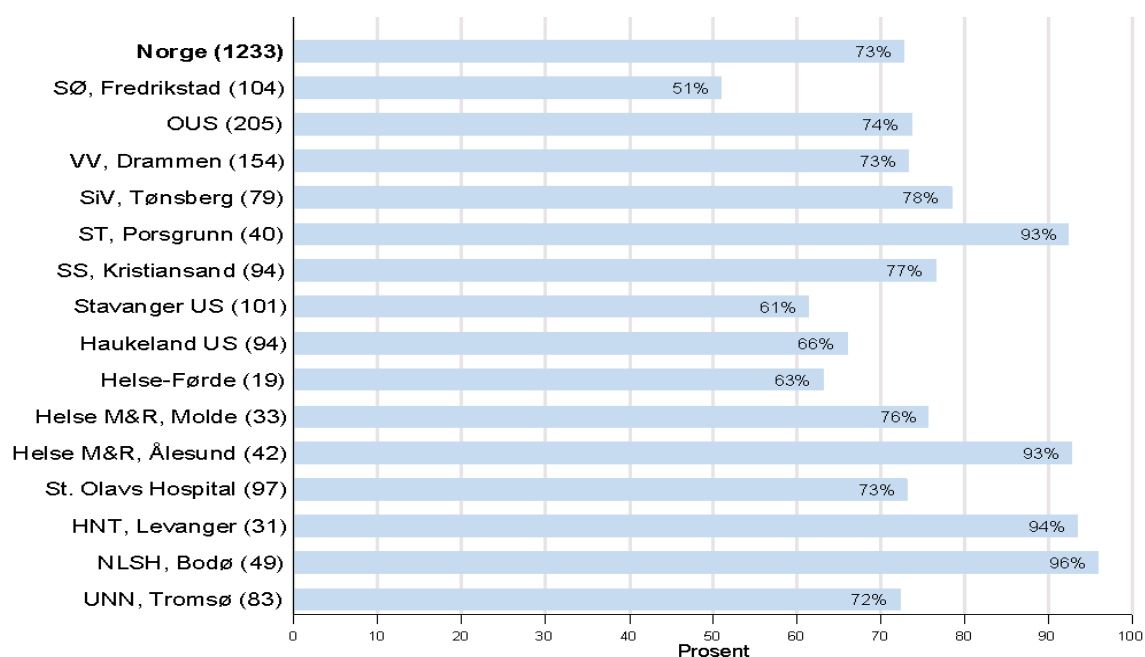
Nasjonalt kvalitetsregister for brystkreft

Brystkreftregisteret skal inneholde detaljert informasjon om alle pasienter som får brystkreft, det innebærer at registeret får opplysninger om utredning, behandling og oppfølging av pasientene. Formålet med brystkreftregisteret er å bidra til å styrke kvaliteten på helsehjelpen som gis til kvinner med brystkreft. Registeret fikk nasjonal status i 2013 og inkluderer om lag 3 000 pasienter årlig.

Resultatene for sykehusene i Helse Nord viser:

- Det er forskjeller mellom sykehus i andel pasienter som får brystbevarende behandling. Ved Nordlandssykehuset Bodø får 96 % av pasienter brystbevarende behandling, mens tilsvarende tall for UNN Tromsø er ca. 72 %.
- Andel pasienter som har fått brystbevarende kirurgi og deretter mastektomi er under 10 % for sykehusene i Helse Nord
- Andel pasienter som får rekonstruksjon under primæroperasjon er lav i Helse Nord: 6-7 %.

Figur 23 Andel pasienter som har fått brystbevarende operasjoner ved brystkreft der svulsten er mellom 0-30 mm stor, 2013



Figuren viser at 73 % av kvinnene med brystkreft nasjonalt fikk brystbevarende operasjoner når størrelsen på svulsten var 0-30mm.

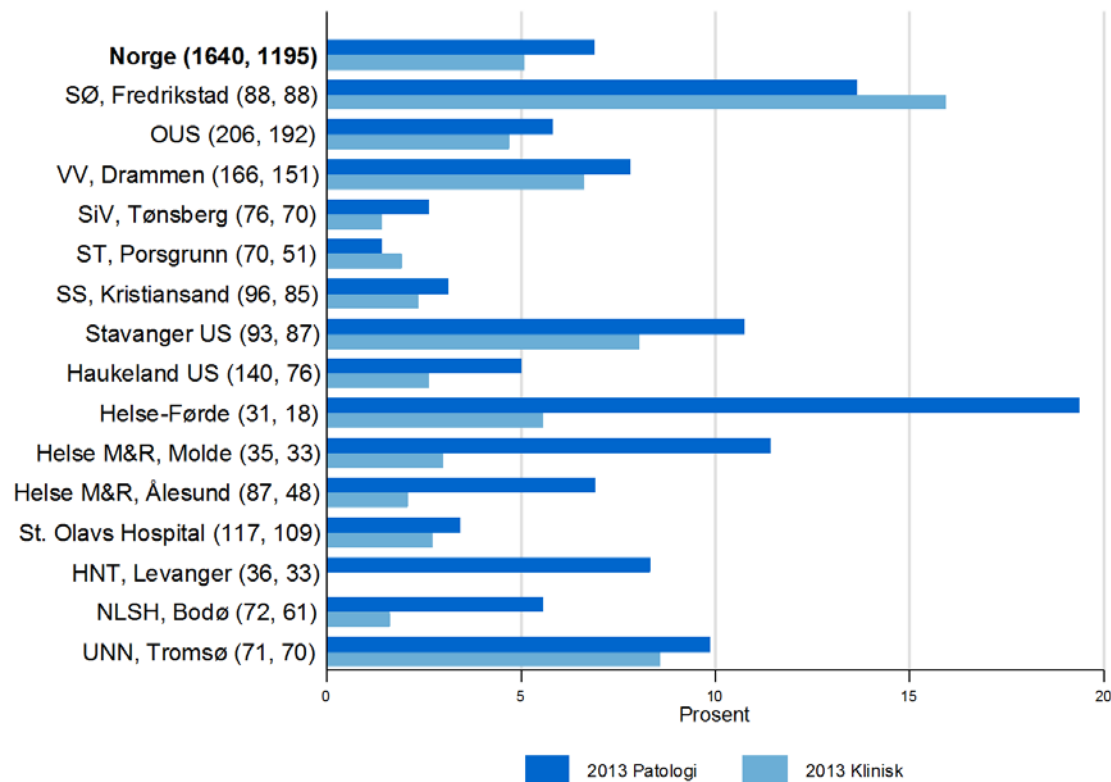
Den europeiske brystkreftorganisasjonen, EUSOMA, anbefaler at minst 70 % (helst 80 %) av pasienter med brystkreft og det som kalles DCIS (forstadie til kreft) bør få brystbevarende kirurgi. Det er store variasjoner mellom sykehusene og det arbeides for at alle norske sykehus innen kort tid skal tilfredsstille dette kravet. Nyere forskning viser at brystbevarende operasjoner gir minst like god prognose som det å fjerne hele brystet når svulsten ikke er for stor eller hvis det ikke er flere svulster i brystet. En forutsetning for brystbevarende behandling er at brystet blir strålebehandlet etter operasjon og at det ikke er kreftceller igjen i etter operasjonen.

Det synes å være forskjeller mellom sykehus i andel pasienter med brystbevarende behandlinger. Hva som er årsaken vites ikke, men casemix kan være en mulig forklaring. De sykehusene som opererer flest pasienter ligger under eller rundt nasjonalt gjennomsnitt i andel pasienter som får brystbevarende behandling.

For sykehusene i Helse Nord ser vi at det er ulik praksis mellom UNN Tromsø og NLSH Bodø. Ved Bodø får 96 % av pasienter brystbevarende behandling, mens tilsvarende tall for Tromsø er ca. 72 %. Fjorårets tall for Bodø og Tromsø var hhv 80 % og 52 %, som viser at begge sykehus har økt andelen brystbevarende kirurgi.

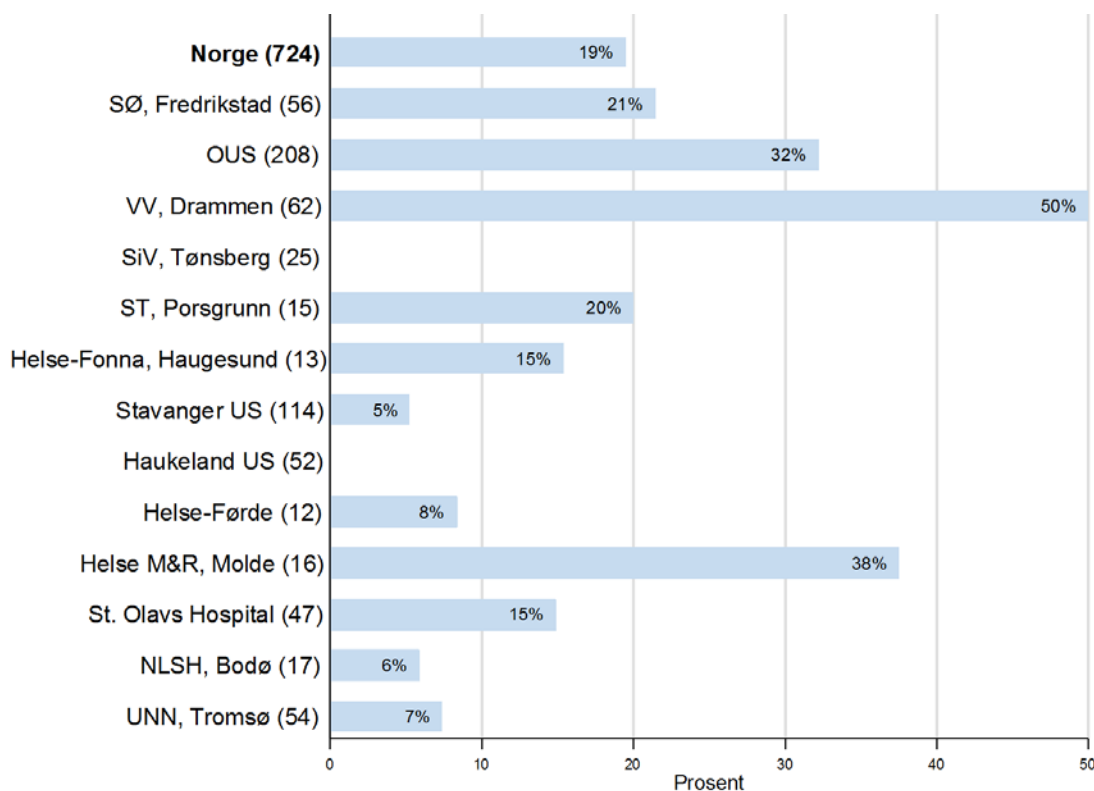
Registeransvarlig for Nasjonalt kvalitetsregister for brystkreft ved UNN Tromsø ble i oktober 2015 spurt om årsak til ulikheter mellom Tromsø og Bodø, og kunne ikke forklare denne forskjellen. Registeransvarlig kommenterte at det stort sett er samme pasientgruppe ved de to sykehusene. Kirurgisk overlege ved NLSH Bodø kunne heller ikke forklare denne ulikheten i praksis. Brystkreftegisteret påpeker i sin årsrapport at det er en målsetning å sørge for lik praksis.

Figur 24 Andel brystkreftpasienter som først har fått brystbevarende kirurgi og deretter har måttet fjerne hele brystet (mastektomi) 2013.



Figuren viser at av 1640 brystbevarende operasjoner har 7 % av pasientene måttet fjerne hele brystet. Det er viktig å påpeke at forskjellene i figuren mellom de ulike sykehusene kan skyldes ulike melderutiner og at en tolkning av resultatene derfor ikke er mulig å gjøre foreløpig. De sykehusene som har høyest andel mastektomier (Helse-Førde og Fredrikstad) har ikke spesielt høy andel brystbevarende kirurgi som primæroperasjon (hhv 63 % og 51 %). For sykehusene i Helse Nord har Tromsø i underkant av 10 % reoperasjoner, og Bodø 5 %.

Figur 25 Andel brystkreftpasienter som har fjernet hele brystet og deretter fått et nytt bryst rekonstruert i samme operasjon, kvinner mellom 0-69 år, 2014.



Figuren viser at 19 % av pasientene som fjernet hele brystet, fikk et nytt bryst rekonstruert i samme operasjon i 2014. En såkalt primær rekonstruksjon gjøres i samme inngrep som brystet fjernes, og gjøres ofte i samarbeid mellom bryst- og endokirurger og plastikkirurger. Sykehus som ikke har egen kompetanse på primær rekonstruksjon, skal henvise aktuelle pasienter til sykehus der slik kompetanse finnes. Brystkreftpasienter i Norge bør få samme tilbud om rekonstruksjon, uansett bosted så dette er et punkt Brystkreftregisteret vil følge opp og jobbe med sammen med sykehusene.

For sykehusene i Helse Nord er andelen pasienter som får rekonstruksjon i samme operasjon lav, 6-7%.

Nasjonalt medisinsk kvalitetsregister for barne- og ungdomsdiabetes

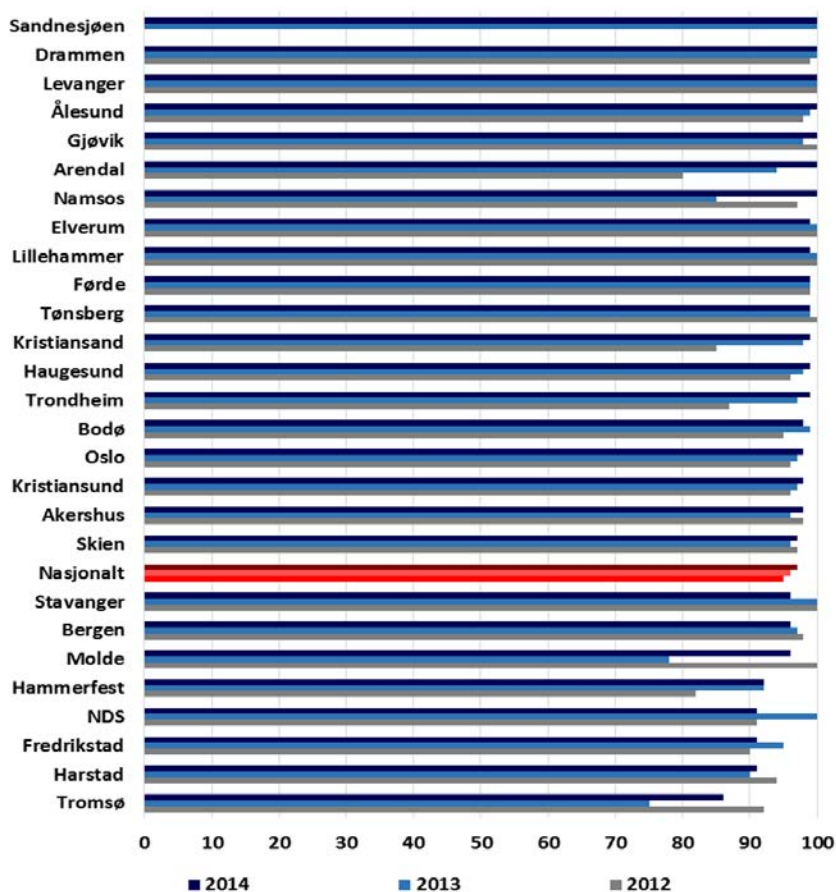
Barnediabetesregisteret består av to deler. Den første registrerer alle barn og ungdom med nyopptaget diabetes. Her registreres personalia, kliniske data og blodprøver.

Den andre delen registrerer kvaliteten på diabetesbehandlingen ved hjelp av internasjonalt definerte diabetes kvalitetsvariabler. Hver pasient undersøkes en gang i året (årskontroll) i forhold til kliniske data, opplysninger fra spørreskjema, urin og blodprøver registreres. Registeret fikk nasjonal status i 2006 og inkluderer om lag 360 nye pasienter årlig.

Resultatene for sykehusene i Helse Nord viser:

- Andelen barn med registrert gjennomført årskontroll For Bodø, Hammerfest og Harstad ligger på i overkant av 90 %, mens andelen ved UNN Tromsø er om lag 85 %.
- I Hammerfest når 40 % av pasientene behandlingsmålet på HbA1c<7,5. Andelen i Bodø er ca. 30 %, og i Harstad i underkant av 20 %. For Tromsø er andelen lav, ca. 13 %.
- For andel barn med insulinpumpe ligger både Tromsø, Bodø og Harstad rundt nasjonalt nivå på 70 %, mens andelen pasienter som får insulinpumpe i Hammerfest ligger i underkant av 60 %.

Figur 26 Andel (%) pasienter som har utført årskontroll 2012, 2013 og 2014

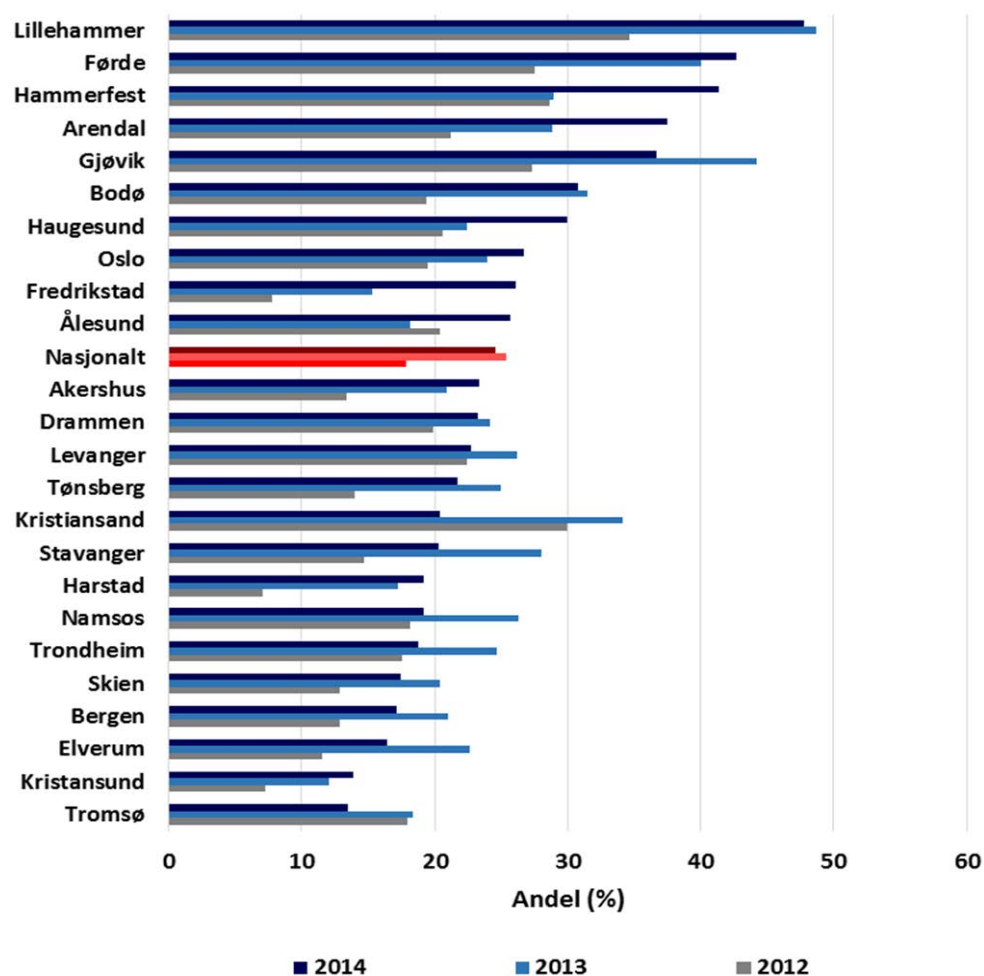


Figuren viser andelen innregistrerte barn og ungdom med diabetes med gjennomført årskontroll ved norske barneavdelinger i 2012-2014. Nasjonalt har 97 % av pasientene registrert gjennomført årskontroll i 2014.

For Bodø, Hammerfest og Harstad ligger andelen med registrert gjennomført årskontroll på i overkant av 90 %. Andelen i Tromsø var fallende i 2013 ned mot 74 %, men økte til om lag 85 % i 2014.

Ifølge leder av registeret er ansvar for registerarbeid ofte knyttet til få en/få personer, slik at fravær av en dedikert fagperson kan gi store utslag for innregistrering til registeret.

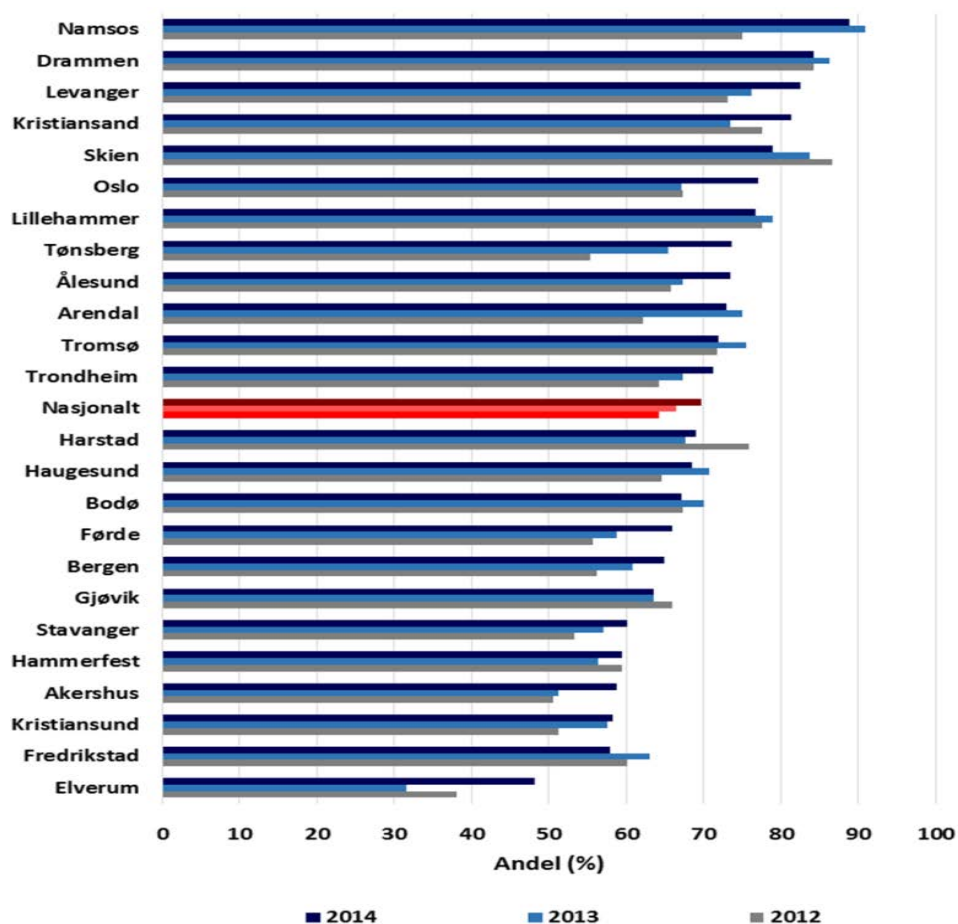
Figur 27 Andel (%) pasienter med HbA1c < 7.5 % for 2012, 2013 og 2014.



Figuren viser andelen pasienter med type 1 diabetes per barneavdeling som oppnår behandlingsmål HbA1c < 7,5 % ved årskontroll. HbA1c reflekterer blodsukkernivå siste 4-12 uker. HbA1c er justert for kjønn, alder, etnisitet og diabetesvarighet. Nasjonalt når 25% behandlingsmålet. Hammerfest har hatt en sterk økning i andel barn som når behandlingsmålet på HbA1c < 7,5, fra 30 % i 2013 til 40 % i 2014. Ved Bodø når ca. 30 % av pasientene behandlingsmålet i 2014, mens tilsvarende andel ved Harstad er i underkant av 20 %. For Tromsø er andelen fallende til ca. 13 %.

Nasjonal gjennomsnittlig HbA1c i 2014 var 8,2 %.

Figur 28 Andel (%) pasienter som bruker insulinpumpe 2012, 2013 og 2014



I 2014 brukte 70 % av alle barn og ungdommer med type 1 diabetes insulinpumpe.

Det er ikke definert et mål på hvor mange pasienter som bør få insulinpumpe, men andelen har vært økende siden oppstarten av Barnediabetesregisteret.

Både Tromsø, Bodø og Harstad ligger rundt nasjonalt nivå på 70 %, mens andelen pasienter som får insulinpumpe i Hammerfest ligger i underkant av 60 %.

Spesielt for de yngste barna synes insulinpumpe å være gunstig. Mange tenåringer synes at insulinpumpe gjør sykdommen mer synlig, og velger den derfor bort.

Nasjonalt Hoftebruddregister

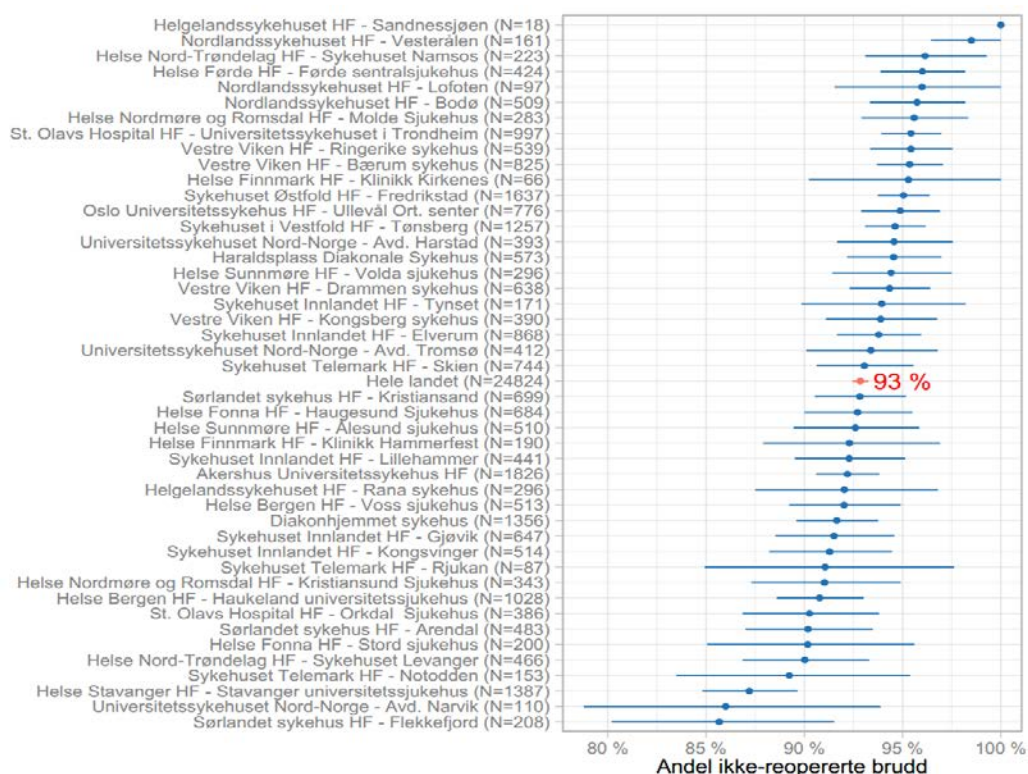
Hoftebrudd er hyppige og rammer ofte eldre mennesker som er beinskjøre.

Pasientgruppen som omfattes av Nasjonalt Hoftebruddregister er alle som blir operert for hoftebrudd på sykehus i Norge med protese (kunstig ledd) eller osteosyntese (bruddet festes sammen med skruer, nagler og/eller metallplater). Også pasienter som senere blir reoperert på grunn av problem etter første operasjon blir inkludert. Registeret fikk nasjonal status i 2009 og inkluderer om lag 1 600 pasienter årlig.

Resultatene for sykehusene i Helse Nord viser:

- For andel ikke-reopererte pasienter ligger sykehusene i Helse Nord rundt landsgjennomsnittet (93 %). Vesterålen har signifikant bedre resultater enn landsgjennomsnittet (ca. 98 %), og Narvik ligger i underkant med 86%.
- For 30-dagers overlevelse ligger sykehusene i Helse Nord rundt landsgjennomsnittet på 92 %. Lofoten og Tromsø har overlevelse >95 %, signifikant høyere enn landsgjennomsnittet.

Figur 29 Andelen pasienter som ikke er reoperert for sitt hoftebrudd i perioden 2012-2014

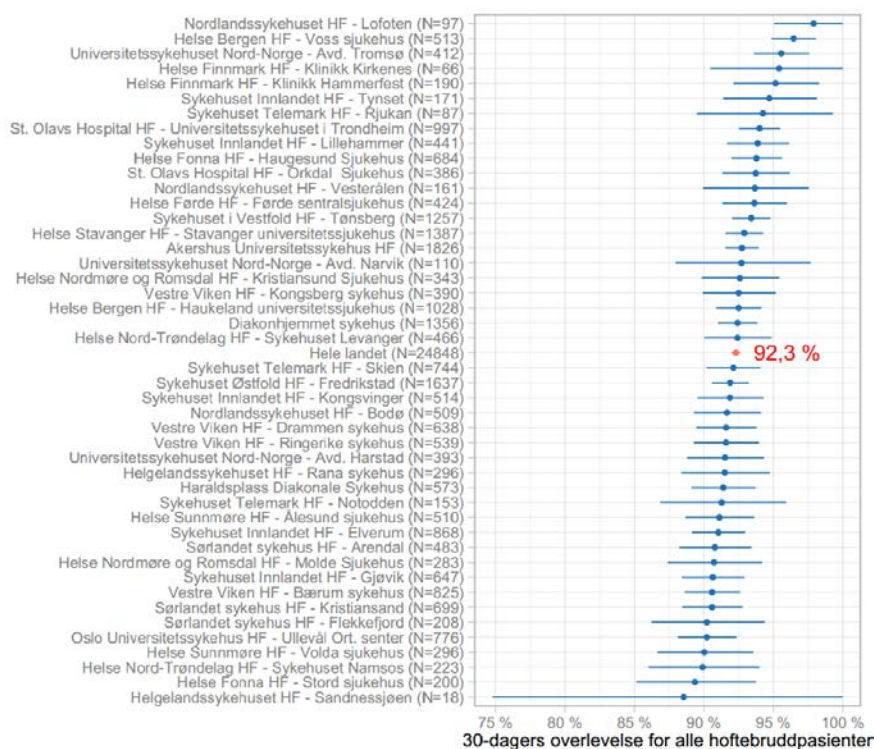


Antall primærbrudd ved hvert sykehus i denne perioden er angitt i parentes

Andelen pasienter som ikke må reopereres etter primæroperasjon for hoftebrudd er en viktig kvalitetsindikator. Figuren viser at andelen ikke-reopererte brudd er høy, med et landsgjennomsnitt på 93 %, som tyder på god kvalitet av behandlingen.

Sykehusene i Helse Nord ligger rundt landsgjennomsnittet. Vesterålen har signifikant bedre resultater enn landsgjennomsnittet (ca. 98 %), og Narvik ligger i underkant med 86 %. Disse resultatene må imidlertid sees i sammenheng med dekningsgrad for innrapportering av reoperasjoner (tabell 2 i kapittel 3) der Vesterålen ligger på topp med 94 % og Sandnessjøen kun har 50 % innrapportering av reoperasjoner. Lav dekningsgrad gir usikkerhet rundt den faktiske kvaliteten av behandlingen.

Figur 30 30-dagers overlevelse av pasienter operert for hoftebrudd i perioden 2012-2014



Pasienter med hoftebrudd har en gjennomsnittsalder på 80 år, og mange har i tillegg andre sykdommer som medfører økt risiko for død i forbindelse med operasjonen. Ett års dødelighet for gruppen er omtrent 24 % og 5 års dødeligheten er på hele 60 %.

Sykehusene i Helse Nord har 30-dagers overlevelse rundt landsgjennomsnittet på 92 %. Lofoten og Tromsø har overlevelse >95 %, signifikant høyere enn landsgjennomsnittet.

Nasjonalt register for leddproteser

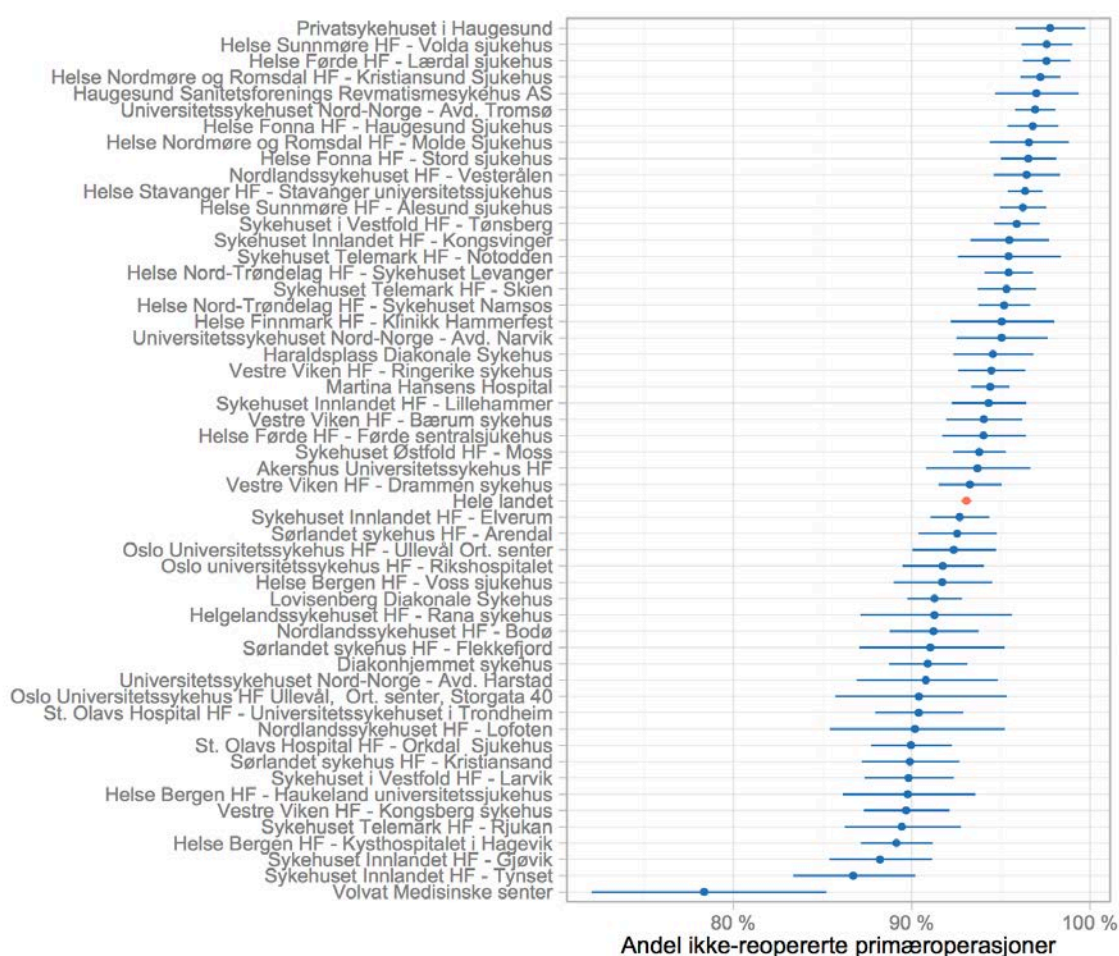
Leddproteseregisteret startet registrering av hofteproteseoperasjoner i 1987. Registreringen ble utvidet til å omfatte innsetting av alle typer leddproteser i 1994. Bakgrunnen for at registeret ble startet, var at det på 1980-tallet hadde vært flere dårlige hofteproteser i bruk i Norge, og siden ingen hadde oversikt over resultatene tok det lang tid før problemene ble avdekket.

Formålet med registeret er at pasientene skal få best mulig behandling ved kvalitetssikring og forbedring av behandlingsmetodene og tilbudet til pasientene. Med registeret studeres forskjeller i resultat for de mange ulike protesetyper og operasjonsmetodene som blir benyttet i Norge. Årlig opereres ca. 15000 pasienter i Norge med innsetting eller utskifting av et kunstig ledd (leddprotese) på grunn av sykdom i leddet. De fleste pasienter som får operert inn et kunstig ledd har slitasjegikt (artrose) i leddet. Andre årsaker kan være leddgikt, følgetilstander etter leddsykdom i barndommen, eller et brudd i eller nær leddet.

Resultatene for sykehusene i Helse Nord viser:

- Andelen pasienter i Helse Nord som ikke må reopereres etter innsetting av hofteprotese ligger rundt landsgjennomsnittet (93 %). Tromsø og Vesterålen har signifikant bedre resultater enn landsgjennomsnittet (ca.97 %).
- Andelen pasienter i Helse Nord som ikke må reopereres etter innsetting av kneprotese ligger rundt landsgjennomsnittet (92,6 %). Vesterålen har signifikant bedre resultater enn landsgjennomsnittet (ca.97,5 %).

Figur 31 Andelen pasienter som ikke er reoperert etter innsetting av hofteprotese



Alle sykehus som opererte minst 30 hofteproteser i 2003 og som fortsatt opererte i 2014 er tatt med

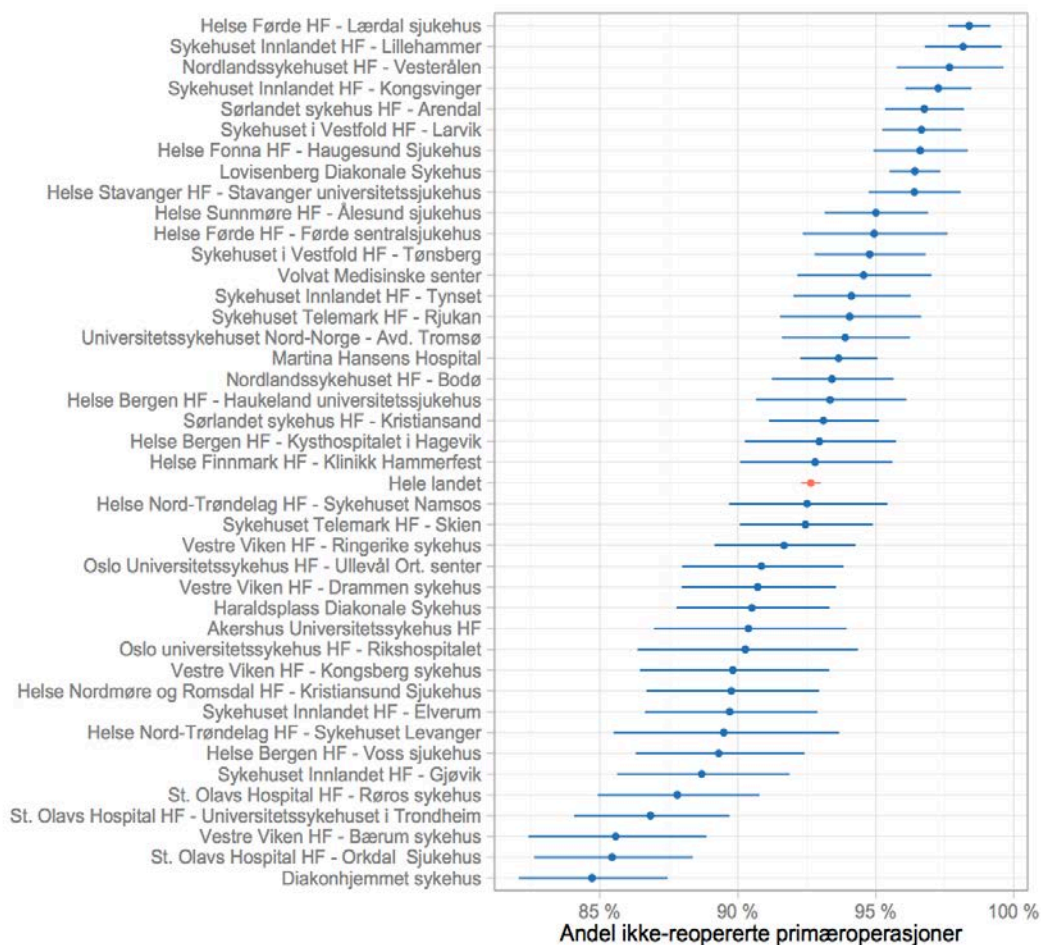
Andelen pasienter som ikke må reopereres etter innsetting av hofteprotese er 93 % nasjonalt. Sykehusene i Helse Nord ligger rundt landsgjennomsnittet. Tromsø og Vesterålen har signifikant bedre resultater enn landsgjennomsnittet (ca. 97 %).

Registerets egen kommentar til figuren:

Dårlige sykehusresultater har vanligvis sin årsak i uheldig valg av protesetype. Resultatene bør studeres og tolkes sammen med resultatet fra de sykehusvise dekningsgradsanalysene: Sykehus med

god rapportering av reoperasjoner vil komme dårlig ut sammenlignet med sykehus som bare rapporterer en mindre del av sine reoperasjoner.

Figur 32 Andelen pasienter som ikke er reoperert etter innsetting av kneprotese



Alle sykehus som opererte minst 50 kneproteser i 2003 og som fortsatt opererte i 2014 er tatt med

Andelen pasienter som ikke må reopereres etter innsetting av kneprotese er 92,6 % nasjonalt. Sykehusene i Helse Nord ligger rundt landsgjennomsnittet. Vesterålen har signifikant bedre resultater enn landsgjennomsnittet (ca.97,5 %).

Registerets egen kommentar til figuren:

Dårlige sykehusresultater har vanligvis sin årsak i uheldig valg av protesetype. Resultatene bør studeres og tolkes sammen med resultatet fra de sykehusvise dekningsgradsanalysene: Sykehus med god rapportering av reoperasjoner vil komme dårlig ut sammenlignet med sykehus som bare rapporterer en mindre del av sine reoperasjoner.

Norsk intensivregister

Registeret mottar data fra ca. 40 intensivenheter, og representerer (med få unntak) alle store, mellomstore og de fleste mindre intensivenheter i Norge. Registeret har som formål å utarbeide faglige kvalitetsindikatorer for virksomheten i norske intensivenheter, gi grunnlag for årlig rapport tilbake til deltagende sykehus og til sentrale helsemyndigheter om virksomheten ved norske intensivenheter og gi grunnlag for forskning. Registeret fikk nasjonal status i 2006 og inkluderer om lag 15 000 pasienter årlig.

Etter gamle benevnelser fordeler oppholdene seg slik: lokalsykehus 31,8 %, sentralsykehus 31,9 % og regionsykehus 36,3 %.

Resultatene for sykehusene i Helse Nord viser:

- Reinnleggelser: For lokalsykehusene i Helse Nord ser vi reinnleggelsesandel på eller under nasjonalt nivå (5 %). Mosjøen har lavest andel reinnleggelser på 2.2 %. Bodø ligger i overkant av nasjonale tall for sentralsykehus (6 %). For Tromsø ser vi sterk reduksjon i andel reinnleggelser på medisinsk intensiv fra 2013 til 2014, og stor ulikhet mellom kirurgisk og medisinsk intensiv.
- Respiratorstøtte: Pasienter ved alle lokalsykehus i Helse Nord har median tid på respirasjonsstøtte på eller under de nasjonal median (0.6 dag). Mosjøen ligger svært lavt på 0.1 dag. Ved Bodø er respiratortid lengre enn snittet for sentralsykehus (1.9 vs 0.8). Ved Tromsø ser vi det er stor variasjon mellom medisinsk og kirurgisk intensiv (hhv 1.1 og 0.2), som kan ha sin årsak i "case-mix".
- SMR (standard mortalitetsratio): Lokalsykehus har et nasjonalt gjennomsnitt på 0.76, og det stor spredning i Helse Nord med SMR fra 0.35 i Mosjøen til 0.91 i Narvik. Bodø har SMR i overkant av nasjonalt snitt for sentralsykehus (0.72). Tromsø har SMR under nasjonalt snitt for regionsykehus (0.63) for kirurgisk intensiv.
- Liggetid ved lokalsykehusene i Helse Nord er i underkant av nasjonalt gjennomsnitt (2.9 dager). Vesterålen har lavest liggetid med 1.8 dager. Ved Tromsø er det ulik liggetid mellom kirurgisk (5.1 dager) og medisinsk intensiv (2.6 dager).

De ulike sykehuskategoriene har ulike pasientpopulasjoner, og også internt i sykehuskategoriene er det stor variasjon. Blant annet varierer andelen av medisinske og kirurgiske pasienter, aldersgjennomsnitt, alvorlighetsgrad og andel pasienter som får respiratorstøtte. Dette påvirker både liggetider og overlevelse. Samledata for de ulike enhetene må sees i lys av dette. Slike ulikheter gjør sammenligninger mellom sykehus vanskelig, og gjør det mest hensiktsmessig å se på utviklingen på hver enkelt avdeling over år.

Tabell 13 Andel reinnleggelser (%) etter utskrivelse fra intensivavdeling i Helse Nord i 2013 og 2014

Lokalsykehus	2013	2014
Mo i Rana	3	3.9
Mosjøen	2	2.2
Sandnessjøen	2	3.9
Vesterålen	3	5.1
Narvik		5.1
Harstad	5.5	4.2
Kirkenes	5	3.4
<i>Alle lokalsykehus</i>		<i>5</i>
Sentralsykehus		
Bodø	8	10.8
<i>Alle sentralsykehus</i>		<i>6</i>
Regionsykehus		
Tromsø Kir. intensiv		13.3
Tromsø Med. intensiv	12	5.0
<i>Alle regionsykehus</i>		<i>8.4</i>
<i>Alle sykehus</i>	<i>6</i>	

Det er en målsetning å holde andel reinnleggelser under 4%.

Registerets egen kommentar til resultatene:

Andel reinnleggelser varierer svært mellom sykehus. Det er mange forhold som påvirker andel reinnleggelser. Kapasitet på intensiv er trolig det viktigste – lav kapasitet kan føre til for tidlig utskrivning, med etterfølgende reinnleggelse. Andre faktorer er hvorvidt sykehusene har observasjonsenheter tilgjengelig («step down units») eller ikke, hvordan samarbeidet med sengeposter er organisert og i hvilken grad intensivpersonalet har kapasitet til å følge opp pasienter utenfor intensiv.

For lokalsykehusene i Helse Nord ser vi reinnleggelsesandel på eller under nasjonalt nivå. Mosjøen har lav andel reinnleggelser på 2.2 %. Bodø ligger i overkant av nasjonale tall for sentralsykehus. For Tromsø ser vi sterk reduksjon i andel reinnleggelser på medisinsk intensiv fra 2013 til 2014. For 2014 ser vi stor ulikhet mellom kirurgisk og medisinsk intensiv, som ligger på hver sin side av det nasjonale gjennomsnittet, som kan ha sin årsak i "case-mix".

Tabell 14 Median respiratorstøtte (dager) for pasienter på intensivavdeling i Helse Nord i 2013 og 2014

Lokalsykehus	2013	2014
Mo i Rana	0.4	0.5
Mosjøen	0.3	0.1
Sandnessjøen	0.4	0.5
Vesterålen	0.4	0.5
Narvik		0.2
Harstad	0.5	0.3
Kirkenes	0.4	0.4
Hammerfest	0.6	
<i>Alle lokalsykehus</i>	<i>0.7</i>	<i>0.6</i>
Sentralsykehus		
Bodø	2.4	1.9
<i>Alle sentralsykehus</i>	<i>1.0</i>	<i>0.8</i>
Regionsykehus		
Tromsø Kir. intensiv		1.1
Tromsø Med. intensiv	0.3	0.2
<i>Alle regionsykehus</i>	<i>1.0</i>	<i>1.0</i>

Respirasjonssvikt er den vanligste og viktigste organsvikten i intensivmedisinen. Respirasjonsstøtte blir gitt både i form av maskeventilasjon og «vanlig» respiratorbehandling. Såkalt maskeventilasjon er ofte av mer kortvarig karakter. I registerets materiale er det (ennå) ikke skilt mellom disse to formene for respirasjonsstøtte, og respiratortider vil også av denne grunn variere ved de ulike enheter. Det er mange faktorer som påvirker respiratortid. «Case mix» (ulike pasientpopulasjoner) er det viktigste, men også lokal behandlingsprofil/-tradisjon.

Vi ser av tabellen at pasienter ved alle lokalsykehus i Helse Nord har median tid på respirasjonsstøtte på eller under de nasjonal median (0.6 dag). Mosjøen ligger svært lavt på 0.1 dag. I Bodø er respiratortid lengre enn snittet for sentralsykehus (1.9 vs 0.8). I Tromsø ser vi det er stor variasjon mellom medisinsk og kirurgisk intensiv (hhv 1.1 og 0.2), som kan ha sin årsak i "case-mix".

Tabell 15 SMR (standard mortalitetsrate) og liggetid (dager) for intensivpasienter på sykehus i Helse Nord i 2014

Lokalsykehus	SMR	Liggetid
Mo i Rana	0.82	
Mosjøen	0.35	2.4
Sandnessjøen	0.54	2.7
Vesterålen	0.69	1.8
Narvik	0.91	2.2
Harstad	0.76	2.5
Kirkenes	0.70	2.7
Hammerfest		
<i>Alle lokalsykehus</i>	<i>0.76</i>	<i>2.9</i>
Sentralsykehus		
Bodø	0.82	5.0
<i>Alle sentralsykehus</i>	<i>0.72</i>	<i>4.0</i>
Regionsykehus		
Tromsø Kir. intensiv	0.52	5.1
Tromsø Med. intensiv	0.66	2.6
<i>Alle regionsykehus</i>	<i>0.63</i>	<i>4.7</i>
<i>Alle sykehus</i>	<i>0.70</i>	

SMR er antall døde på sykehus/antall døde forventet ut fra alvorlighets-skåre. SMR < 1 tyder på bedre overlevelse enn forventet ut fra alvorlighet, mens SMR > 1 tyder på lavere overlevelse enn forventet. For lokalsykehus er nasjonalt gjennomsnitt 0.76, og det stor spredning i Helse Nord med SMR fra 0.35 i Mosjøen til 0.91 i Narvik. Bodø har SMR i overkant av nasjonalt snitt for sentralsykehus (0.72). Tromsø har SMR under nasjonalt snitt for regionsykehus (0.63) for kirurgisk intensiv.

Liggetid ved lokalsykehusene i Helse Nord er i underkant av nasjonalt gjennomsnitt (2.9 dager). Vesterålen har lavest liggetid med 1.8 dager. Følgende kommentar fra registerets årsrapport gjelder lokalsykehus: "Her er det store skilnader mellom sjukehusa, der korte opphald og langliggjarar er tydeleg ulikt representerte. Sjukehusa med kortast gjennomsnittleg liggjetid har også mange opphald i forhold til storleiken på sjukehusa. Det er grunn til å tru at lokal praksis her er meir liberal med å ha observasjonspasientar og overliggjarar etter kirurgi liggjande over 24 timar."

I Tromsø er det ulik liggetid mellom kirurgisk (5.1 dager) og medisinsk intensiv (2.6 dager) . Følgende kommentar fra registerets årsrapport gjelder regionsykehus: "Blant regioneiningane er det fleire med selektert pasientmateriale, og «case mix» er openbert viktigaste orsak til variasjonen i liggjetider. Dei medisinsk intensivavsnitta har kortare liggjetider enn dei kirurgiske."

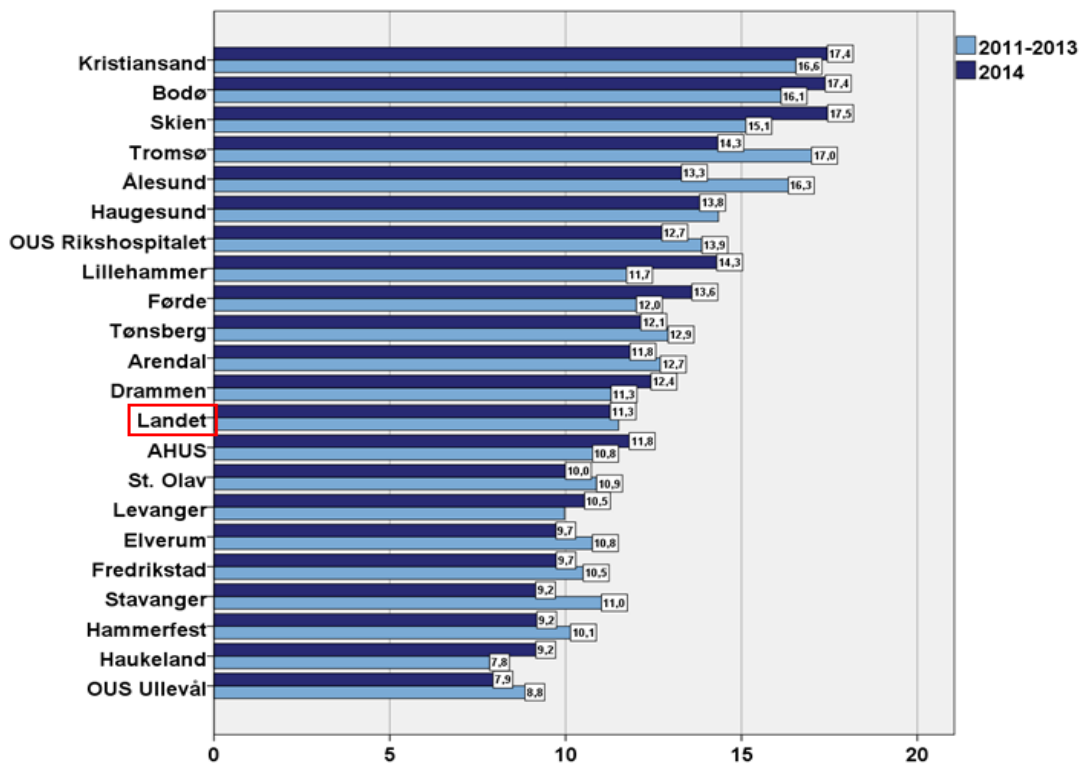
Norsk Nyfødmedisinsk kvalitetsregister

Formålet med registeret er å samle detaljerte, kvalitetssikrede data til bruk i kvalitetsforbedring, forskning og utvikling av nyfødtfaget. Pasientgruppen består av alle pasienter som innlegges i landets nyfødtavdelinger. Årsaker til innleggelse omfatter blant annet prematuritet, gulsott, infeksjon, respirasjonsproblemer, ulike former for organsvikt, cerebrale avvik (skader på hjernen) og skader, fødselsasfyksi (oksygenmangel ved fødsel som påvirker hjernens funksjon), metabolske sykdommer og medfødte misdannelser inklusiv medfødte hjertefeil samt sjeldne syndromer.

Resultatene for sykehusene i Helse Nord viser:

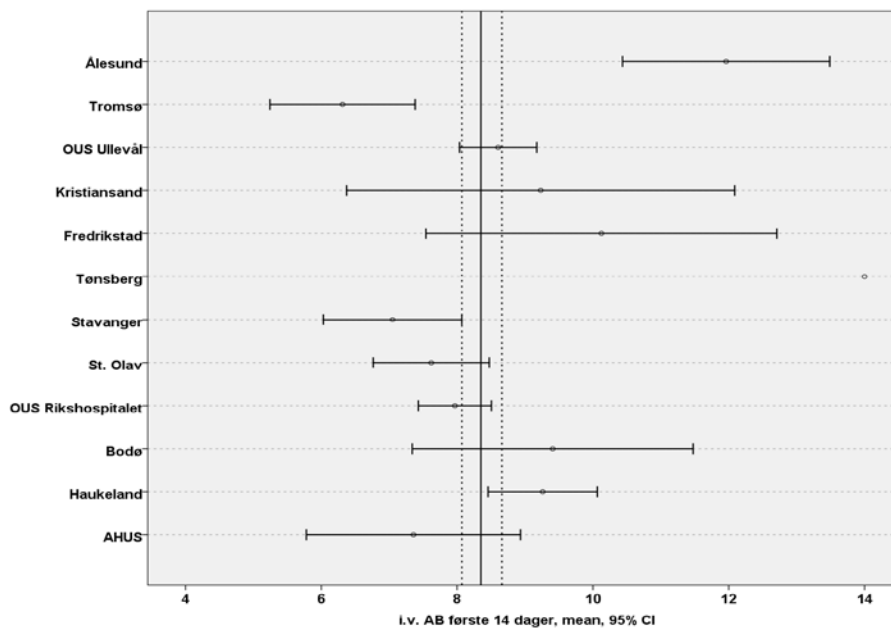
- Det nasjonale gjennomsnittet for andel innleggelser fra egen fødeavdeling er 11 %. For sykehusene i Helse Nord er tallene for 2014 17 % i Bodø, 14 % i Tromsø og 9 % i Hammerfest.
- Det nasjonale gjennomsnittet for antibiotikabehandling de første 14 levedager er 8 dager. Barn i Tromsø behandles i med antibiotika gjennomsnittlig i 6 dager, og i Bodø i 9 dager.
- For barn <25 uker får hhv 100 % og 83 % mekanisk ventilasjon i Bodø og Tromsø. Tilsvarende tall for barn 25-27 uker er 90 % og 81 %. For barn 28-31 uker får i underkant av 30% av barna mekanisk ventilasjon på begge sykehus.

Figur 33 Antall innleggelser i % på nyfødtavdeling fra egen fødeavdeling



Det nasjonale gjennomsnittet for andel innleggelser fra egen fødeavdeling er 11 %. For sykehusene i Helse Nord er tallene for 2014 17 % i Bodø, 14 % i Tromsø og 9 % i Hammerfest.

Figur 34 Antall døgn med antibiotikabehandling i løpet av første 14 levedøgn for premature barn med GA < 28 uker

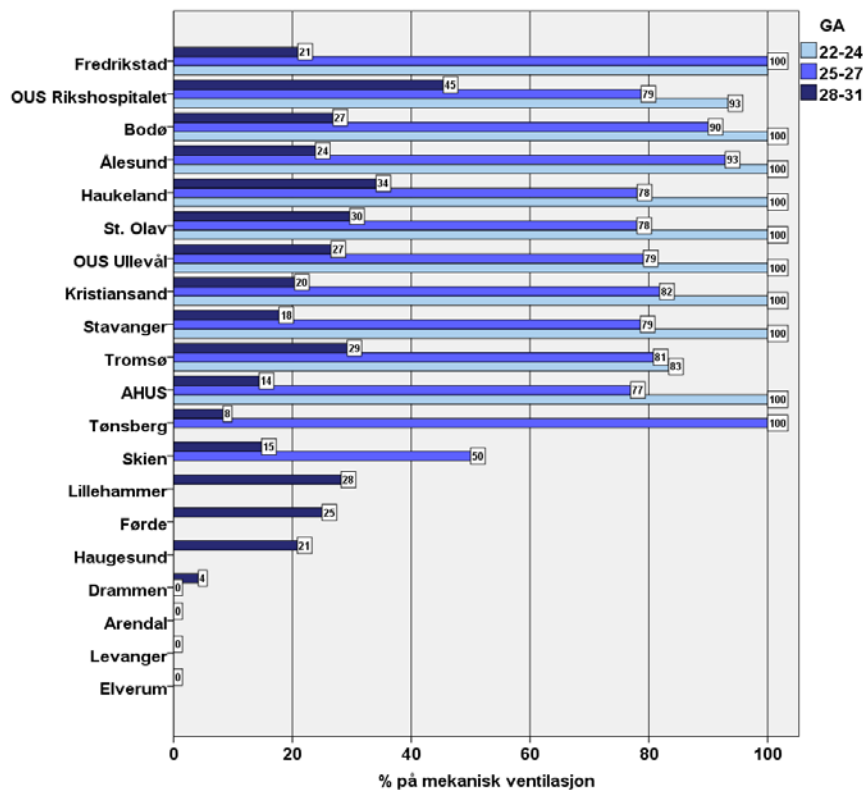


GA: gestasjonsalder, antall uker siden mors siste menstruasjon

Figuren gir en oversikt over antall døgn med antibiotikabehandling i løpet av de første 14 levedager for premature barn med GA < 28 uker. Dette er en homogen pasientgruppe hvor det i utgangspunktet ikke skal være store forskjeller mellom avdelingene. Bruk av antibiotika er en sentral del av behandlingen av syke nyfødte barn. Det er viktig at antibiotikabehandlingen er spisset mot infeksjonsforløpet. Samtidig er det viktig å redusere et generelt overforbruk av antibiotika for å forebygge utvikling av antibiotikaresistente bakterier. Det er utarbeidet tydelige kriterier for når antibiotikabehandling skal startes og når den skal avsluttes.

Det nasjonale gjennomsnittet for antibiotikabehandling de første 14 levedager er 8 dager. For sykehusene i Helse Nord ser vi at Tromsø ligger signifikant under det nasjonale gjennomsnittet med 6 dager, mens Bodø ligger rundt nasjonalt gjennomsnitt med 9 dager. Registerleder har kommentert at Tromsøs lave forbruk skyldes et stort fokus på å begrense unødig antibiotikabruk.

Figur 35 Prosentvis antall som ble behandlet med mekanisk ventilasjon av premature barn med GA < 32 uker



Figuren gir en oversikt over det prosentvise antallet av de minste premature barna (GA < 32 uker) som ble behandlet med mekanisk ventilasjon. For barn <25 uker får hhv 100 % og 83 % mekanisk ventilasjon i Bodø og Tromsø. Tilsvarende tall for barn 25-27 uker er 90 og 81 %. For barn 28-31 uker får i underkant av 30 % av barna mekanisk ventilasjon på begge sykehus.

Norsk kvinnelig inkontinensregister

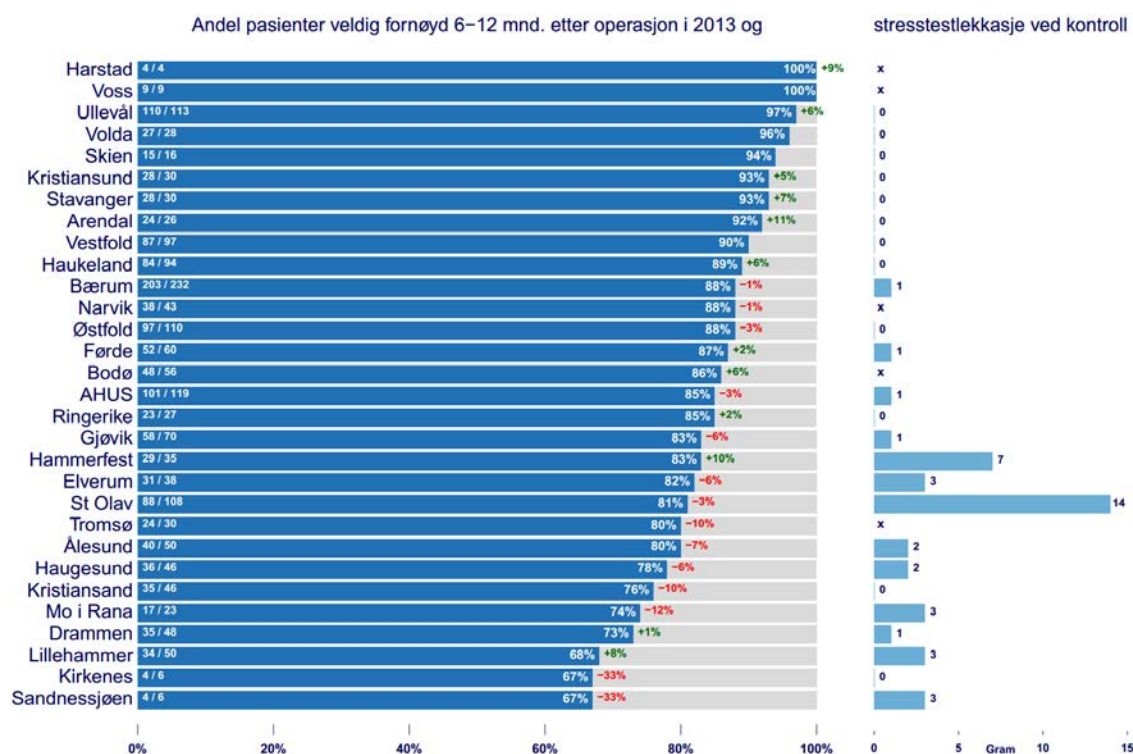
Fem – seks prosent av den kvinnelige befolkning over 30 år (ca. 70 000 pasienter) er betydelig plaget av anstrengelsesutløst urininkontinens (stressinkontinens). Noen pasienter lekker kun i forbindelse med stress, men de fleste lekker både ved stress og i forbindelse med trang til å late vannet (urgency inkontinens). Rundt 2000 kvinner blir årlig operert for urinlekkasje ved offentlige sykehus i Norge.

Registeret har som mål å sikre kvaliteten på urininkontinenskirurgi ved norske sykehus. Målgruppen er kvinner som blir operert for urinlekkasje ved alle offentlige sykehus. Registerets formål er at det enkelte sykehus skal få oversikt over egne resultater (ønskede og uønskede) og bruke informasjonen til forbedringsarbeid.

Resultatene for sykehusene i Helse Nord viser:

- Alle pasienter i Harstad (4/4) er veldig fornøyde med utfall av operasjon. Andelen veldig fornøyde i Narvik og Bodø ligger rundt nasjonalt gjennomsnitt (hhv 88 % og 86 %) og Tromsø har 80 % veldig fornøyde. Rana og Sandnessjøen har under 80 % veldig fornøyde (hhv 74 % og 67 %).
- For reoperasjoner i eget sykehus ligger Tromsø på topp med 15 % reoperasjoner, mens de resterende sykehusene i Helse Nord ligger under 4 %. Rana og Narvik har ingen reoperasjoner i eget sykehus.
- Komplikasjonsraten er høyest i Rana med 13 % komplikasjoner, Tromsø med 8 %, Kirkenes og Narvik med 4 % og Bodø med 3 %. Harstad, Sandnessjøen og Hammerfest ikke har rapportert komplikasjoner postoperativt.

Figur 36 Fornøydhets og lekkasje etter operasjon

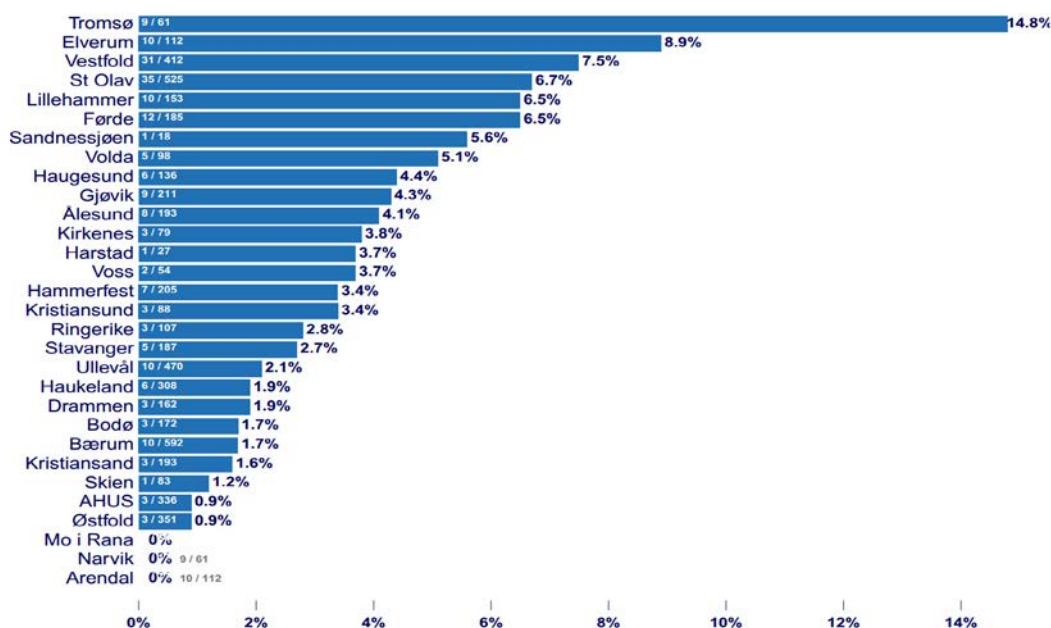


Hvitt tall til høyre i søylen angir i prosent veldig fornøyde pasienter, hvitt tall til venstre angir tilhørende antall veldig fornøyde av antall opererte. Grønne og røde tall angir endring fra 2012. Lyseblå søyler til høyre angir gjennomsnittlig gram lekkasje ved stresstest 6 – 12 mnd. etter operasjonen i 2013.

Figuren viser at 86 % av pasientene nasjonalt var veldig fornøyde med operasjonen. For sykehus i Helse Nord ligger Harstad på topp med 100 % veldig fornøyde (4/4). Andelen veldig fornøyde i Narvik og Bodø ligger rundt nasjonalt gjennomsnitt (hhv 88 % og 86 %) og Tromsø har 80 % veldig fornøyde. Rana og Sandnessjøen har under 80% veldig fornøyde (hhv 74 % og 67 %). Hammerfest rapporterer gjennomsnittlig 7 gram urinlekkasje ved stresstest postoperativt, mens tilsvarende tall for Rana og

Sandnessjøen er 3 gram. Bodø, Harstad , Narvik og Tromsø har ikke målt lekkasje ved stresstest postoperativt.

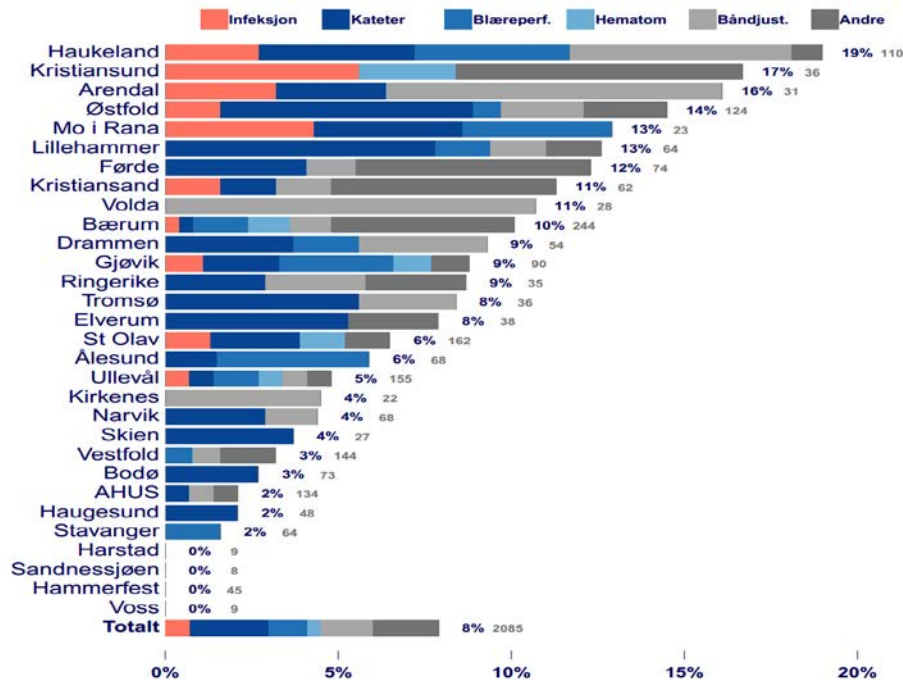
Figur 37 Andel reoperasjoner i eget sykehus for perioden 2012-2014



Hvite tall angir antall reoperasjoner og operasjoner for pasienter i perioden.

Figuren viser andel reoperasjoner i eget sykehus for perioden 2012-14. Tromsø ligger helt på topp med 15 % reoperasjoner, mens de resterende sykehusene i Helse Nord ligger under 4 %. Rana og Narvik har ingen reoperasjoner i eget sykehus. Det er ikke angitt årsaker til reoperasjon, og om tallene for Tromsø inkluderer reoperasjon for andre sykehus i/utenfor UNN HF.

Figur 38 Andel pasienter med komplikasjoner per avdeling i 2013



Andre komplikasjoner kan være skade på tarm, urinrør, blodkar, blødning, defekt i skjedeslimhinnen og at båndet måtte klippes.

Figuren viser stor variasjon i antall komplikasjoner registrert. Det nasjonale gjennomsnittet er 8 %. I registerets årsrapport er det angitt at "Noen avdelinger har nok lagt mere arbeid i å registrere komplikasjoner enn andre." Samvittighetsfull rapportering kan medføre at noen sykehus kommer urettmessig dårlig ut i forhold til sykehus med mangelfulle rutiner for registrering av komplikasjoner. For sykehusene i Helse Nord ligger Rana øverst med 13 % komplikasjoner, Tromsø med 8 %, Kirkenes og Narvik med 4 % og Bodø med 3 %. Harstad, Sandnessjøen og Hammerfest har ikke rapportert komplikasjoner.

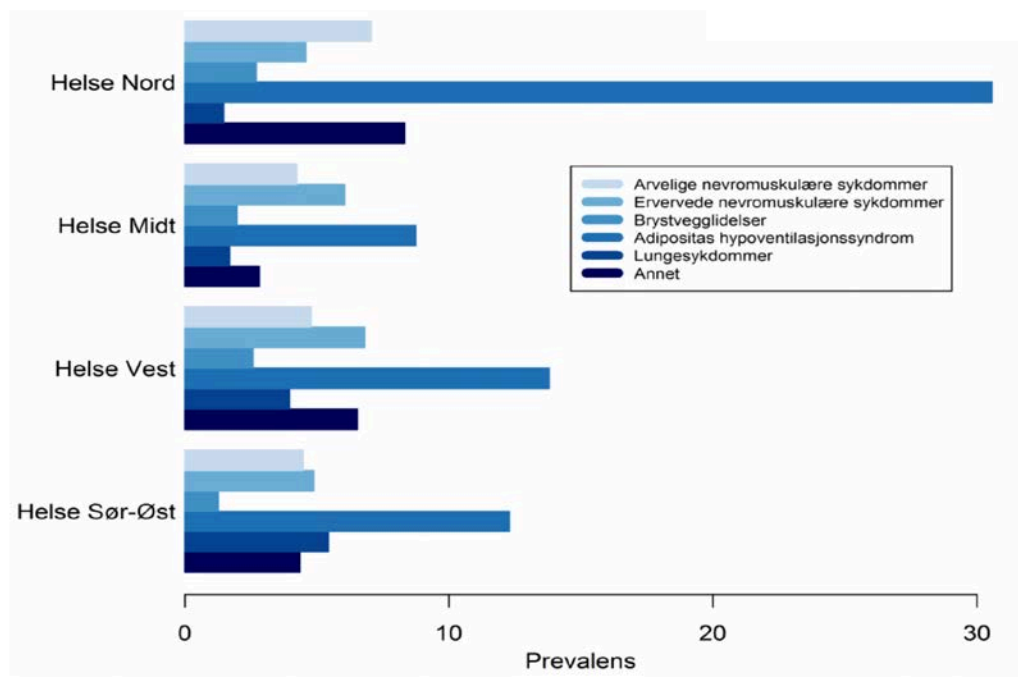
Nasjonalt register for langtids mekanisk ventilasjon

Langtids mekanisk ventilasjon (LTMV) er et behandlingstilbud gitt utenfor sykehus til pasienter med pustesvikt. En ventilator/respirator er et mekanisk hjelpemiddel som helt eller delvis kan kompensere for sviktende pustevevne. LTMV gis med respirator tilsluttet maske, munnstykke (non-invasivt) eller trakeostomikanyle (invasivt). Pasienten er varig avhengig av mekanisk pustehjelp hele døgnet eller om natten.

Hovedformålet med det nasjonale registeret er oppfølging av langtids mekanisk ventilasjon (LTMV) for å bidra til et geografisk likeverdig behandlingstilbud og god kvalitet for pasientene. Registeret skal medvirke til kvalitetssikring, fagutvikling, forskning og ressursplanlegging.

Skade eller sykdom i muskulatur eller nerveapparatet som styrer denne funksjonen er ofte årsaken til problemet, mens selve lungene oftest er friske. Andre hovedgrupper er pasienter med tilstander som gir stivhet i brystvegg, svikt i hjernens sentrale regulering av pusteaktivitet og underventilering på grunn av fedme (adipositas hypoventilasjonssyndrom).

Figur 39 Prevalens av behandling for ulike diagnosegrupper (pr 100 000)



Figuren viser at Helse Nord behandler en langt større andel (30 %) av pasienter med adipositas hypoventilasjonssyndrom enn de øvrige regioner (ca 10 %). Årsak til denne ulikheten mellom regioner er ikke kjent.

Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering

Postadresse

SKDE
Postboks 6
9038 Tromsø

Besøksadresse

Universitetssykehuset Nord-Norge
Plan 5, Fløy C0
Sykehusveien 38
Breivika
9038 Tromsø

Kontakt

Tlf.nr 77 75 58 00
E-post post@skde.no

Internett

www.skde.no
www.kvalitetsregistre.no

