

NASJONALE MEDISINSKE KVALITETSREGISTRE 2023

- en sammenstilling av dataleveranse, dekningsgrad
og måloppnåelse for sykehus i Helse Møre og
Romsdal HF

Bakgrunn

Helse- og omsorgsdepartementet har som mål at nasjonale medisinske kvalitetsregistre skal ha god dekningsgrad og datakvalitet. I oppdragsbrevet fra HOD til RHF-ene er det et krav at data fra helseatlas og kvalitetsregistre skal brukes for å redusere uønsket variasjon. I styringskravet fra Helse Midt-Norge RHF til helseforetakene (2023) presiseres det at for kvalitetsregistre med lav innrapportering og dekningsgrad skal denne økes. Videre at helseforetakene skal jobbe målrettet med forbedringstiltak der det er lav måloppnåelse på kvalitetsindikatorer og kvalitetsregistre.

Det er et strategisk mål i det regionale arbeidet med medisinske kvalitetsregistre å øke bruk av resultater fra nasjonale medisinske kvalitetsregistre til styring. I Strategi og handlingsplan 2021-2023 for Nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetsregistre er resultatformidling en av hovedmålene og det spesifiseres at «*Nasjonalt servicemiljø har et fokus på å formidle resultater til ledere i helsetjenesten, helsepersonell, pasient- og brukerorganisasjoner, helseforvaltningen, media og andre interesserte*».

For å følge opp strategien har Servicemiljøet i region Midt-Norge et ønske om å gjøre resultatene fra kvalitetsregistrene lettere tilgjengelig for helseforetakene, og har derfor utarbeidet denne sammenstillingen av resultater for det enkelte helseforetak. Kvalitetsregistrene innen kreftsykdommer er ikke inkludert i sammenstillingen, da Kreftregisteret lager en egen rapport over sine registre.

Resultatene fra medisinske kvalitetsregistre ble offentliggjort 15. juni 2023 og denne rapporten er basert på resultater publisert på www.kvalitetsregistre.no og på årsrapporter for 2022 for alle godkjente nasjonale medisinske kvalitetsregistre. De fleste av de medisinske kvalitetsregistrene publiserer sine kvalitetsindikatorer på www.kvalitetsregistre.no Her kan hvert sykehus, HF og RHF få en oversikt over resultatene fra kvalitetsregistre de rapporterer til. Et nytt krav til registrene fra 2022 er at resultatene skal oppdateres minst to ganger i løpet av året.

Årsrapporter for 2022 er tilgjengelig på www.kvalitetsregistre.no/registeroversikt.

Målgruppen for denne sammenstillingen er St. Olavs hospital HF ved styret, adm. direktør, fagdirektør og kvalitetssjef, regionalt brukerutvalg, klinikkjefer, seksjonsledere og klinikere.

August 2023

Marianne Lægran og Ragna Elise Støre Govatsmark

Nasjonalt Servicemiljø for medisinske kvalitetsregistre region Midt-Norge

Seksjon for medisinske kvalitetsregistre, Fagavdelingen, St. Olavs hospital

Innhold

Bakgrunn	1
1. Status for registerfeltet	4
1.1 Nasjonale kvalitetsforbedringsprosjekt.....	0
2. Oppsummering av resultater for Møre og Romsdal HF	1
2.1 Registre med lav dekningsgrad	1
Tabell 1. Oversikt over registre med lav dekningsgrad i Helse Møre og Romsdal HF.....	1
2.2 Kvalitetsindikatorer med lav måloppnåelse.....	2
3. Dekningsgrad og måloppnåelse av kvalitetsindikatorer ved Helse Møre og Romsdal HF fra nasjonale medisinske kvalitetsregistre 2022	4
3.1 Hjerne- og karsykdommer.....	4
Tabell 2. Norsk hjerneslagregister.....	4
Tabell 3. Norsk hjerteinfarktregister	5
Tabell 4. Norsk hjertesviktregister	6
Tabell 5. Norsk karkirurgisk register (NORKAR).....	7
Tabell 6. Norsk hjertestansregister	8
3.2 Luftveier.....	9
Tabell 7. Nasjonalt register for lagtidsmekanisk ventilasjon.....	9
3.3 Diabetes.....	9
Tabell 8. Norsk diabetesregister for voksne.....	9
3.4 Nervesystemet	10
Tabell 9. Norsk kvalitets- og oppfølgingsregister for cerebral parese (NorCP).....	10
Tabell 10. Norsk MS-register og biobank	10
Tabell 11. Norsk register for personer som utredes for kognitive symptomer i spesialisthelsetjenesten (NorKog).....	11
Tabell 12. Norsk parkinsonregister og biobank.....	11
3.5 Muskel og skjelett	12
Tabell 13. Nasjonalt hoftebruddregister	12
Tabell 14. Nasjonalt kvalitetsregister for ryggkirurgi - ryggkirurgi.....	13
Tabell 15. Norsk nakke- og ryggregister	14
Tabell 16. Nasjonalt korsbåndregister.....	15
Tabell 17. Nasjonalt register for leddproteser	16
3.6 Mage og tarm	17
Tabell 18. Norsk register for gastrokirurgi (NoRGast).....	17
Tabell 19. Norsk kvalitetsregister for fedmekirurgi.....	18
Tabell 20. Norsk register for gastrokirurgi (Gastronet).....	18

3.7 Nyresykdommer	19
Tabell 21. Norsk nyrreregister	19
3.8 Gynekologi.....	21
Tabell 22. Norsk gynekologisk endoskopregister	21
Tabell 23. Norsk kvinnelig inkontinensregister	22
3.9 Skade og intensiv.....	23
Tabell 24. Norsk intensiv- og pandemiregister.....	23
Tabell 25. Norsk nyfødmedisinsk kvalitetsregister	24
Tabell 26. Nasjonalt traumeregister.....	25
3.10 Autoimmune sykdommer.....	25
Tabell 27. Nasjonalt register for organspesifikke autoimmune sykdommer (ROAS).....	25
Tabell 28. Norsk vaskulittregister og biobank (NorVas).....	26
3.11 Revmatologi.....	26
Tabell 29. Norsk kvalitetsregister for artrittsykdommer (NorArtritt)	26
3.12 Øre- nese- hals.....	27
Tabell 30. Norsk kvalitetsregister Øre-Nese-Hals- Tonsilleregisteret	27
3.13 Andre	28
Tabell 31. Norsk porfyriregister.....	28
3.14 Møre og Romsdal HF rapporterer ikke til disse registrene	29
3.15 Følgende register hadde ikke publisert Årsrapport med resultater på sykehusnivå	29
3.16 Følgende register fikk godkjenning i 2021-2022	29

1. Status for registerfeltet

Ved utgangen av 2022 var det 58 HOD-godkjente nasjonale medisinske kvalitetsregistre i Norge. Seks av registrene drives av Helse Midt-Norge RHF: Norsk hjerteinfarktregister, Norsk karkirurgisk register (NORKAR), Norsk hjertesviktregister, Norsk hjerneslagregister, Norsk ryggmargsskaderegister (NorSCIR) og Norsk kvalitetsregister øre-nese-hals -Tonsilleregisteret. Alle disse hadde i 2022 nasjonal dekningsgrad ≥ 60 og alle har prosessindikatorer med målnivå som kan bidra direkte til kvalitetsforbedring i pasientbehandlingen.

Det var i en lengre periode en stopp i godkjenning av nye nasjonale medisinske kvalitetsregistre. I 2017 fikk de regionale helseforetakene i oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet å lage en plan for å prioritere fagområder for utvikling av nye medisinske kvalitetsregistre. Utredningen ble ferdigstilt i oktober 2018. I 2020 ble det på nytt åpnet for godkjenning av nye nasjonale registre, noe som har ført til etablering av flere nye registre i perioden 2020-2022:

Register	Regional helseforetak	Godkjent år
Norsk kvalitetsregister øre-nese-hals – Hørselsregisteret for barn	Helse Midt-Norge RHF	2022
Norsk register for motornevro sykdom (ALS)	Helse Midt-Norge RHF	2022
Kvalitetsregister for alvorlige primære hodepiner	Helse Midt-Norge RHF	2022
Norsk Brannskaderegister	Helse Vest RHF	2022
Nasjonalt kvalitetsregister for alderspsykiatri (KVALAP)	Helse Vest RHF	2022
Nasjonalt register for elektrokonvulsiv behandling (ECT-registeret)	Helse Vest RHF	2022
Nasjonalt kvalitetsregister for behandling i psykisk helsevern voksen (PHV)	Helse Vest RHF	2022
Pandemiregisteret	Helse Vest RHF	2020
Norsk kvalitetsregister for HIV	Helse Sør-Øst	2021

De nye registrene har alle etablert teknisk løsning i 2022/2023 foruten nasjonalt kvalitetsregister for behandling i psykiatri. Sistnevnte register forventes oppstart av utvikling i 2023.

Registerfeltet er i en omfattende utviklingsprosess med tanke på automatisert datafangst, gjenbruk av data, felles terminologi og bruk av standardiserte fellestjenester. Målet er at dette skal føre til mindre dobbeltregistrering og dermed mindre rapporteringsbyrden i helsetjenesten, bedre datakvalitet og lettere tilgjengelige data til bruk for forskning, kvalitetsforbedring og styring. Det arbeides med dette fra flere hold, sentrale aktører er blant annet Direktoratet for e-Helse, Helsedirektoratet, RHF-ene, Helseplattformen, DIPS, Norsk Helsenett, FHI, SKDE og nasjonale sentrale registre og nasjonale kvalitetsregistre. Arbeidet er omfattende og komplekst, og det vil ta flere år før hovedtyngden av de nasjonale registrene kan høste data automatisk fra de administrative systemene i helsetjenesten. Det forventes imidlertid løpende gevinstrealisering etter hvert som arbeidet skrider frem.

Kvaliteten på årsrapporter fra nasjonale registre er varierende. Mange registre har svært gode årsrapporter med lett tilgjengelig informasjon og resultatdel. Andre årsrapporter har mindre tilgjengelige resultater som vanskeliggjør uttrekk av konkrete tall til bruk for styring og kvalitetsforbedring i helsetjenesten.

1.1 Nasjonale kvalitetsforbedringsprosjekt

Hvert år tildeles det midler til nasjonale medisinske kvalitetsregistre og HF/sykehus som ønsker å gjennomføre kvalitetsforbedring med bakgrunn i data fra et medisinsk kvalitetsregister. Her er en oversikt over pågående nasjonale prosjekt:

Register	År	Prosjekt	Måloppnåelse på aktuelle indikatorer ved prosjektstart for sykehus i Helse Midt-Norge	Sykehus som deltar i Helse Midt Norge
Norsk register for langtids-mekanisk ventilasjon	2022	Oppfølging innen 1 år med blodgass kontroll		
Tonsille-registeret	2022	Postoperativ smertebehandling etter tonsilleoperasjoner	God måloppnåelse på andelen pasienter som rapporterer at de er symptomfrie etter seks måneder etter operasjonen i 2021 ved Molde og Dr. Skjøstad. Moderat måloppnåelse ved Namsos, St. Olav og Ålesund.	St. Olav deltar
Norsk kvinnelig inkontinens-register	2022	Kronisk postoperativ smerte etter inkontinenskirurgi med syntetiske slyngeimplantater – Hvordan sikre tidlig diagnose og behandling? Kontroll etter 6-12 måneder	Moderat måloppnåelse på andel kontroller utført på alle sykehus i Helse Midt Norge fra 30%-85%	Ålesund er blitt invitert
Norsk hjertesvikt-registeret	2022	Økt gjennomføring av 6 minutter gangtest ved Hjertesviktpoliklinikken	God måloppnåelse på andelen som få gjennomført seks minutters gangtest ved Molde. Moderat måloppnåelse ved Levanger, Namsos, Orkdal og Ålesund. Lav måloppnåelse ved St. Olav, Volda og Kristiansund.	St. Olav og Kristiansund deltar. Volda ble invitert men takket nei grunnet ressursutfordringer
Norsk nakke og ryggregister	2023	Nasjonalt kvalitetsprosjekt for å øke andelen pasienter som mottar tverrfaglig behandling, og forbedre kvaliteten på tilbudet for pasienter med minoritetsbakgrunn ved norsk nakke- og ryggpoliklinikker	Levanger og St. Olav har lav måloppnåelse	St. Olav deltar
Norsk hjerteinfarkt-register	2023	Prosjektet Trygg akuttmedisin i Nord. Målet er å øke andel pasienter i Norge som får reperfusjonsbehandling innen anbefalt tid ved STEMI og trombolyse innen anbefalt tid.	God måloppnåelse ved St. Olav. Lav måloppnåelse i resten av Helse Midt-Norge. Det har vært lav måloppnåelse over lang tid	Prosjektet er initiert og delfinansiert av Helse Nord. Ingen sykehus i Helse Midt-Norge som deltar

2. Oppsummering av resultater for Møre og Romsdal HF

Dette kapitlet gir en oppsummering av resultatene fra medisinske kvalitetsregistre for helse Møre og Romsdal HF, med bakgrunn i de etablerte kvalitetsindikatorerne. I kapittel 3 presenteres Helseforetakets resultater per register, sammenlignet med nasjonale resultater.

Kvalitetsindikatorer kan brukes for å evaluere kvalitet i pasientbehandlingen. I nasjonal strategi for det regionale arbeidet med medisinske kvalitetsregistre 2021-2023 er det et mål at alle nasjonale medisinske kvalitetsregistre skal definere klinisk relevante kvalitetsindikatorer som kan benyttes i forbedring av pasientbehandling. En kvalitetsindikator skal være relevant, bygge på kunnskap, være målbar og angi retning (målnivå). Bruk av resultater fra kvalitetsindikatorer forutsetter alltid god dekningsgrad.

Det er kun kvalitetsindikatorer med en dekningsgrad på $\geq 60\%$ som anbefales brukt til kvalitetsforbedring. I denne rapporten oppgis derfor ikke resultater for kvalitetsindikatorer med en dekningsgrad $< 60\%$. Se registerets årsrapport for fullstendig oversikt

2.1 Register med lav dekningsgrad

Dekningsgraden til et medisinsk kvalitetsregister er den viktigste indikatoren på tilstrekkelig datakvalitet. Høy dekningsgrad betyr at datagrunnlaget er representativt for pasientgruppen og at vi kan ha tiltro til resultatene. I nasjonal strategi for det regionale arbeidet med medisinske kvalitetsregistre 2021-2023 er målet at alle nasjonale medisinske kvalitetsregistre skal ha en nasjonal dekningsgrad $\geq 80\%$ etter maksimalt fem års drift. Dekningsgrad mellom 60 - 79 % vurderes som moderat og $< 60\%$ defineres som lav dekningsgrad

Helse Møre og Romsdal HF har generelt gode rutiner for rapportering til medisinske kvalitetsregistre. Tabell 1 viser hvilke registre som hadde lav dekningsgrad ($< 60\%$) eller som manglet dekningsgradsanalyse ved i Helse Møre og Romsdal HF i 2022.

Tabell 1. Oversikt over registre med lav dekningsgrad i Helse Møre og Romsdal HF

Register med lav dekningsgrad i Møre og Romsdal	Enhet	Dekningsgrad
Nasjonalt kvalitetsregister for ryggkirurgi	Kristiansand	
Norsk parkinsonregister og biobank	Hele Møre og Romsdal	35 %
Gastronet ERCP*	Kristiansund	36 %
Nasjonalt register for autoimmune sykdommer (ROAS)	Volda og Kristiansand	% ikke angitt
Norsk vaskulittregister og biobank (NorVas)	Ålesund	47 %
Norsk karkirurgisk register (NORKAR)	Molde	0 %
Nyreregisteret dekningegrad årsskjema	Kristiansund	0 %
Register som mangler dekningsgradsanalyse	Enhet	Dekningsgrad
Nasjonalt kvalitetsregister for behandling av skadelig bruk eller avhengighet av rusmidler (KVARRUS)	Alle sykehus	Ukjent**

* Siste dekningsgradsanalyse foretatt for 2021-data, **Første dekningsgradsanalyse gjennomføres i 2023.

2.2 Kvalitetsindikatorer med lav måloppnåelse

Årsrapportene fra medisinske kvalitetsregistre viser at helseforetaket generelt har gode resultater. Måloppnåelse for kvalitetsindikatorene defineres av fagrådet i det enkelte kvalitetsregister. Seksjon for medisinske kvalitetsregistre har identifisert noen områder med lav måloppnåelse, og oppfordrer helseforetaket til å gå spesielt gjennom følgende resultater fra årsrapportene for 2022 med tanke på tiltak for kvalitetsforbedring:

- **Norsk hjerneslagsregister (Tabell 2)**
 - **Andel med rapportert status 3 mnd etter hjerneslaget.** Lav måloppnåelse ved Ålesund.
- **Norsk hjerteinfarktregister (Tabell 3)**
 - **Reperfusjonsbehandling innen anbefalt tid ved STEMI (tette hjerteårer).** Lav måloppnåelse ved alle sykehus.
 - **Trombolysbehandling innen anbefalt tid (30 min) ved STEMI (tette hjerteårer).** Lav måloppnåelse ved Kristiansund, Molde og Ålesund.
- **Norsk hjertesviktregister (Tabell 4)**
 - **Andel pasienter som bruker MRA (hjerneavlastende medisin).** Lav måloppnåelse ved Molde, og Ålesund.
 - **Andel pasienter som bruker SGLT2-hemmer (hjerne medisin).** Lav måloppnåelse ved Kristiansund og Volda.
 - **Andel behandlet med alle fire medikamenter (ACEi/ARNi eller ARB, betablokker, MRA og SGLT2-hemmer).** Lav måloppnåelse ved Kristiansund, Ålesund og Volda.
- **Norsk diabetesregister for voksne (Tabell 8)**
 - **Andel pasienter med kjent karsykdom som har oppnådd kolesterolmål, LDL mindre enn 1,8 mmol/L.** Lav måloppnåelse ved Molde.
- **Norsk kvalitets- og oppfølgingsregister for cerebral parese (NorCP) (Tabell 9)**
 - **Bruk av ASK (alternativ og supplerende kommunikasjon), for barn med Viking III-IV .** Lav måloppnåelse i Helse Møre og Romsdal HF.
- **Norsk MS-register og biobank (Tabell 10)**
 - **Oppdatert attackstatus.** Lav måloppnåelse ved Helse Møre og Romsdal HF.
 - **Oppdatert behandlingsstatus.** Lav måloppnåelse ved Helse Møre og Romsdal HF.
 - **Årlig måling av EDSS (funksjons) skår.** Lav måloppnåelse ved Helse Møre og Romsdal HF.
- **Norsk register for personer som utredes for kognitive symptomer i spesialisthelsetjenesten (NorKog) (Tabell 11)**
 - **Kartlegging av nevropsykiatriske symptomer.** Lav måloppnåelse ved alderspsykiatrisk poliklinikk i Molde.

- **Norsk register for gastrokirurgi (NorGast) (Tabell 18)**
 - **Andel pasienter der premorbid vekttaap er registrert.** Lav måloppnåelse ved Ålesund sjukehus.
 - **Andel inngrep utført med laparoskopisk teknikk ved elektive kolonreseksjoner for malign sykdom.** Lav måloppnåelse ved Ålesund sjukehus.

- **Norsk nyreregister (Tabell 20)**
 - **Blodtrykksbehandling av nyretransplanterte (BT <138/80).** Lav måloppnåelse ved Ålesund.
 - **Start med fistel som blodtilgang hos kjente HD (hjemme dialyse) pasienter.** Lav måloppnåelse ved Ålesund.

- **Norsk intensiv- og pandemiregister (Tabell 23)**
 - **Andel pasineter med respiratortid under 2,5 døgn.** Lav måloppnåelse ved Kristiansund sjukehus og Molde sjukehus.

- **Norsk kvalitetsregister for Øre- Nese- Hals – Tonsilleregisteret (Tabell 29)**
 - **Reinnleggelse på grunn av blødning.** Lav måloppnåelse ved Medi 3 Ålesund.

3. Dekningsgrad og måloppnåelse av kvalitetsindikatorer ved Helse Møre og Romsdal HF fra nasjonale medisinske kvalitetsregistre 2022































































3.1 Hjerter- og karsykdommer

Tabell 2. Norsk hjerneslagregister

Kvalitetsindikator	Høy måloppnåelse			Moderat måloppnåelse		Lav måloppnåelse	
	Kristiansund	Molde	Volda	Ålesund	Nasjonalt		
Dekningsgrad Dekningsgraden angir hvor komplett registeret er, det vil si hvor stor andel av alle pasienter som var innlagt på sykehus med akutt hjerneslag som er inkludert i registeret. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 90%	97% ●	91% ●	84% ●	90% ●	89% ●		
Andel direkte innlagt i slagenhet Slagenhetsbehandling er av stor betydning for behandlingsresultatet, og nasjonale retningslinjer anbefaler direkte innleggelse i slagenhet ved akutt hjerneslag. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 90%	92% ● 104 av 113	91% ● 158 av 174	68% ○ 65 av 96	88% ● 167 av 189	87% ● 7854 av 9020		
Andel behandlet i slagenhet Slagenhetsbehandling er av stor betydning for behandlingsresultatet, og nasjonale retningslinjer anbefaler at alle pasienter med hjerneslag bør behandles i slagenhet. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 90%	96% ● 109 av 113	100% ● 174 av 174	75% ○ 72 av 96	93% ● 176 av 189	95% ● 8613 av 9020		
Andel behandlet med trombolyse Trombolyse er en effektiv behandling for mange pasienter med tydelige symptomer pga. hjerneinfarkt, hvis behandlingen kan starte innen 4,5 timer etter debut av symptomene. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 20%	10% ○ 10 av 97	21% ● 31 av 150	19% ● 16 av 83	18% ● 29 av 158	21% ● 1602 av 7787		
Andel trombolyse innen 40 minutt etter innleggelse Trombolyse bør gis tidlig etter symptomdebut, og minst 60 % av de aktuelle pasientene bør starte behandling innen 40 minutter etter ankomst sykehus. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 60%	50% ● 5 av 10	77% ● 24 av 31	75% ● 12 av 16	72% ● 21 av 29	69% ● 1095 av 1592		
Andel som har fått vurdert/testet svelgfunksjon Alle pasienter med akutt hjerneslag bør testes systematisk for eventuelle svelgevansker før de blir gitt mat eller drikke, for å unngå komplikasjoner som f.eks. lungebetennelse. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 95%	94% ● 106 av 113	91% ● 158 av 174	91% ● 87 av 96	92% ● 174 av 189	91% ● 8226 av 9020		
Andel utskrevet med antitrombotisk behandling De fleste pasienter med hjerneinfarkt bør få behandling med blodpropphemmende medikamenter for å forebygge nye hjerneslag. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 95%	98% ● 90 av 92	94% ● 135 av 144	96% ● 75 av 78	94% ● 144 av 153	95% ● 6986 av 7333		
Andel utskrevet med antikoagulasjon De fleste pasienter med hjerneinfarkt som også har hjerteforkammerflimmer har nytte av antikoagulerende medikamenter (blodfortynnende behandling) for å forebygge nye hjerneslag. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 70%	90% ● 18 av 20	82% ● 31 av 38	71% ● 15 av 21	77% ● 24 av 31	83% ● 1447 av 1750		
Andel utskrevet med blodtrykksenkende medikamenter Pasienter med hjerneslag som har høyt blodtrykk bør behandles med blodtrykksenkende medikamenter for å forebygge nye hjerneslag. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 70%	68% ● 70 av 103	71% ● 118 av 167	59% ○ 52 av 88	77% ● 137 av 178	74% ● 6135 av 8345		
Andel utskrevet med lipidsenkende medikamenter De fleste pasienter med hjerneinfarkt bør behandles med statiner/kolesterolsenkende medikamenter for å forebygge nye hjerneslag. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 75%	87% ● 80 av 92	76% ● 110 av 144	82% ● 64 av 78	80% ● 123 av 153	84% ● 6125 av 7333		
Andel med rapportert status 3 måneder etter hjerneslaget Norsk hjerneslagregister samler inn informasjon om hvordan det går med pasientene 3 måneder etter hjerneslaget. Denne indikatoren viser hvor stor andel av alle pasientene vi har slik informasjon om. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 80%	93% ● 105 av 113	82% ● 143 av 174	64% ○ 61 av 96	69% ○ 130 av 189	82% ● 7355 av 9020		
Andel pasienter med tverrfaglig funksjonsvurdering innen anbefalt tid Andel pasienter med akutt hjerneslag som har fått en tverrfaglig funksjonsvurdering inkludert beslutning om anbefalt videre forløp (med eller uten rehabilitering) innen 7 kalenderdager etter innleggelse i slagenhet. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 80%	80% ● 82 av 103	69% ○ 115 av 167	41% ○ 36 av 88	77% ● 137 av 178	80% ● 6645 av 8345		

Tabell 3. Norsk hjerteinfarktregister

I disse analysene er pasientene fordelt til sykehuset pasienten sognet til ut fra bostedsadresse, ikke nødvendigvis der pasienten ble behandlet.





















					
Kvalitetsindikator	Kristiansund	Molde	Volda	Ålesund	Nasjonalt
Dekningsgrad Hvor stor andel av pasienter med hjerteinfarkt som sykehuset meldte til Norsk hjerteinfarktregister ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 80%	74% 	94% 	93% 	91% 	91% 
					
Kvalitetsindikator	Kristiansund	Molde	Volda	Ålesund	Nasjonalt
Reperfusjonsbehandling ved STEMI Pasienter under 85 år som ble behandlet med blodpropp-løsende medisin eller utblokkning ved mistanke om tett hjerteåre ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 90%	95%  20 av 21	100%  39 av 39	100%  21 av 21	100%  31 av 31	98%  2083 av 2128
Reperfusjonsbehandling innen anbefalt tid ved STEMI Pasienter under 85 år som i løpet av kort tid ble behandlet med blodpropp-løsende medisin eller utblokkning ved mistanke om tett hjerteåre ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 85%	20%  4 av 20	26%  10 av 39	24%  5 av 21	48%  15 av 31	64%  1325 av 2083
Trombolyse innen anbefalt tid Pasienter under 85 år som i løpet av kort tid ble behandlet med blodpropp-løsende medisin ved mistanke om tett hjerteåre ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 80%	21%  3 av 14	25%  8 av 32	18%  3 av 17	50%  15 av 30	26%  100 av 384
Primær PCI innen anbefalt tid Pasienter under 85 år som i løpet av kort tid ble behandlet med utblokkning (PCI) ved mistanke om tett hjerteåre ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 85%	Ingen Data	Ingen Data	Ingen Data	Ingen Data	75%  1219 av 1618
Koronar angiografi ved NSTEMI Pasienter under 85 år med mindre EKG-forandringer som ble undersøkt med røntgen av hjertets blodårer i løpet av behandlingsforløpet ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 85%	80%  41 av 51	87%  71 av 82	74%  60 av 81	74%  85 av 115	82%  4383 av 5377
Koronar angiografi innen 72 timer ved NSTEMI Pasienter under 85 år med mindre EKG-forandringer som ble undersøkt med røntgen av hjertets blodårer innen 72 timer etter innleggelse ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 80%	71%  36 av 51	76%  62 av 82	54%  41 av 76	60%  68 av 113	70%  3775 av 5357
Utskrevet med antitrombotisk behandling Pasienter under 85 år med type 1 hjerteinfarkt som behandles med to medikament for å forebygge ny blodpropp etter hjerteinfarkt ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 90%	93%  51 av 55	96%  101 av 105	97%  70 av 72	91%  96 av 105	94%  6352 av 6746
Utskrevet med lipidsenkende medikament Pasienter under 85 år med type 1 hjerteinfarkt som behandles med kolesterolsenkende medisin etter hjerteinfarkt ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 90%	92%  56 av 61	97%  115 av 119	99%  76 av 77	98%  120 av 122	95%  6680 av 7024
Ejeksjonsfraksjon (EF) målt Undersøkelse av hjertets pumpefunksjon med ultralyd ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 80%	85%  80 av 94	79%  131 av 165	64%  91 av 142	78%  155 av 200	80%  8048 av 10089
Utskrevet med betablokker hvis indikasjon Pasienter under 85 år som fikk anbefalt medisin (betablokker) for å stabilisere hjerterytmen ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 85%	85%  11 av 13	90%  28 av 31	89%  17 av 19	81%  29 av 36	85%  1469 av 1730
ACE-hemmer/All-antagonist hvis indikasjon Pasienter under 85 år med hjertesvikt eller diabetes som fikk anbefalt medisin (ACE/All hemmer) ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 80%	78%  14 av 18	68%  39 av 57	59%  20 av 34	80%  53 av 66	76%  2299 av 3030

Ingen data: Gitt indikator har ingen data for valgt behandler. Dette er enten fordi behandler ikke har rapportert data, eller fordi antall observasjoner er lavere enn 10.

Tabell 4. Norsk hjertesviktregister

	● Høy måloppnåelse	● Moderat måloppnåelse	○ Lav måloppnåelse		
Kvalitetsindikator	Kristiansund	Molde	Volda	Ålesund	Nasjonalt
Dekningsgrad Viser om dataene i registeret er representative for pasientene som følges ved en Hjertesviktpoliklinikk. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 80 %	97% ●	98% ●	95% ●	90% ●	90% ●
Kvalitetsindikator	Kristiansund	Molde	Volda	Ålesund	Nasjonalt
Andel oppfølging innen 28 dager etter utskrivelse fra sykehus ESC-guidelines fra 2021 anbefaler rask opptretning av hjertesviktbehandling og poliklinisk kontroll innen 1-2 uker etter en innleggelse med akutt/forverret hjertesvikt for å vurdere stuning, medikament-toleranse og for å legge til og titrere opp hjertesviktmedikasjon. Dette er gitt en klasse IC anbefaling i ESC-guidelines 2021. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 70 %	37% ○ 10 av 27	53% ● 21 av 40	26% ○ 5 av 19	68% ● 48 av 71	40% ○ 1012 av 2561
Andel behandlet med ACEi/ARNi eller ARB (hjerteravlastende medisin) På siste justeringsbesøk bør pasienter med hjertesvikt og EF540 % behandles med ACEi/ARNi eller ARB (hjerteravlastende medisin) da disse medisinene har vist økt overlevelse. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 90 %	92% ● 35 av 38	94% ● 51 av 54	95% ● 19 av 20	90% ● 46 av 51	97% ● 2054 av 2115
Andel behandlet med betablokker (hjertestyrkende medisin) På siste justeringsbesøk bør pasienter med hjertesvikt og EF540 % behandles med betablokker (hjertestyrkende medisin) da denne medisinen har vist økt overlevelse og symptombedring. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 90 %	92% ● 35 av 38	98% ● 53 av 54	95% ● 19 av 20	88% ● 45 av 51	94% ● 1988 av 2115
Andel behandlet med MRA (hjerterbeskyttende medisin) På siste justeringsbesøk bør pasienter med hjertesvikt og EF540 % behandles med MRA (hjerterbeskyttende medisin) da dette har vist økt overlevelse. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 70 %	68% ● 26 av 38	70% ● 38 av 54	65% ● 13 av 20	55% ● 28 av 51	71% ● 1494 av 2115
Andel behandlet med SGLT2-hemmer På siste justeringsbesøk bør pasienter med hjertesvikt og EF540 % behandles med SGLT2-hemmer (empagliflozin eller dapagliflozin) da dette har vist økt overlevelse og redusert antall sykehusinnleggelser. Beregnet fra 1.9.2021 til 31.12.2021. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 70 %	63% ● 24 av 38	65% ● 35 av 54	85% ● 17 av 20	82% ● 42 av 51	71% ● 1508 av 2115
Andel behandlet med alle fire medikamentene På siste justeringsbesøk bør pasienter med hjertesvikt og EF540 % behandles med ACEi/ARNi eller ARB (hjerteravlastende), betablokker (hjertestyrkende), MRA (hjerterbeskyttende) og SGLT2-hemmer (empagliflozin eller dapagliflozin) medisin da dette har vist økt overlevelse. Beregnet fra 1.9.2021 til 31.12.2021. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 70 %	45% ○ 17 av 38	54% ● 29 av 54	60% ● 12 av 20	53% ● 27 av 51	55% ● 1157 av 2115
Andel innlagt første 6 måneder etter siste justeringsbesøk Innleggelse er hyppig hos hjertesviktspasienter, og et av målene med Hjertesviktpoliklinikk er å redusere antallet pasienter som blir innlagt i sykehus for hjertesviktbehandling. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≤ 20 %	11% ● 4 av 37	0% ● 0 av 46	0% ● 0 av 17	6% ● 5 av 78	7% ● 151 av 2045
Andel besvarte livskvalitetsskjema Livskvalitet er viktig å vurdere hos pasienter med hjertesvikt, som sammen med fysisk yteevne legger grunnlaget for medikamentjusteringer. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 90 %	95% ● 102 av 107	94% ● 104 av 111	100% ● 54 av 54	82% ● 131 av 159	91% ● 5041 av 5526
Andel utført 6-minutter gangtest 6-minutter gangtest er en viktig undersøkelse for å vurdere fysisk yteevne hos pasienter med hjertesvikt, og er et godt mål på effekten av den totale behandlingen. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 80 %	70% ● 76 av 108	78% ● 95 av 122	92% ● 54 av 59	81% ● 116 av 143	76% ● 4470 av 5884
Andel besvarte blodprøver Blodprøver er sentrale i vurderingen av pasientens helsetilstand og for medikamentjusteringer. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 98 %	100% ● 1746 av 1751	100% ● 1828 av 1832	100% ● 915 av 916	99% ● 2378 av 2393	98% ● 89564 av 91480

Tabell 5. Norsk karkirurgisk register (NORKAR)

	 Høy måloppnåelse	 Moderat måloppnåelse	 Lav måloppnåelse
Kvalitetsindikator	Ålesund	Nasjonalt	
Dekningsgrad - utposning på hovedpulsåren Andel pasienter med utposning på hovedpulsåren som er registrert i NORKAR og som også er registrert i Basisregisteret(HKR)/ Norsk pasientregister. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 90 %	94% 	92% 	
Dekningsgrad -forsnevring av halspulsåren Andel pasienter med forsnevring av halspulsåren (carotisstenose) som er registrert i NORKAR og som også er registrert i Basisregisteret (HKR)/ Norsk pasientregister. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 90 %	90% 	96% 	
Dekningsgrad - forsnevring av pulsårer i beina Andel pasienter med forsnevring av pulsårer i beina (til underekstremitetene) som er registrert i NORKAR og som også er registrert i Basisregisteret(HKR)/ Norskpasientregister. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 90 %	94% 	89% 	
Kvalitetsindikator	Ålesund	Nasjonalt	
Dødelighet per 30 dager for intakt abdominalt aortaaneurisme (AAA). Andel pasienter med utposning på hovedpulsåren (AAA) som dør innen 30 dager. Utposningen er intakt.	2,6% 1 av 38	1,9% 15 av 810	
Dødelighet per 30 dager for intakt abdominalt aortaaneurisme (AAA), åpen operasjon. Andel pasienter med utposning på hovedpulsåren (AAA) som dør innen 30 dager. Utposningen er intakt og behandlingen er utført som en åpen operasjon. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≤ 2,0 %	3,7%  1 av 27	2,2%  9 av 408	
Dødelighet per 30 dager for intakt abdominalt aortaaneurisme (AAA), endovaskulær behandling (EVAR). Andel pasienter med utposning på hovedpulsåren (AAA) som dør innen 30 dager. Utposningen er intakt og behandlingen er endovaskulær. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≤ 1,0 %	Ingen Data	1,5%  6 av 402	
Behandlet innen 14 dager for forsnevring av halspulsåren Andel pasienter med for forsnevring av halspulsåren (carotisstenose) som mottar behandling for denne tilstanden innen 14 dager. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 80 %	93%  14 av 15	85%  320 av 378	
Anbefalt medikamentbehandling etter operasjon for aneurismer. Etter behandling for utposning på hovedpulsåren bør det startes medikamentell behandling for å forebygge komplikasjoner som hjerneslag eller hjerteinfarkt. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 85 %	93%  39 av 42	87%  898 av 1035	
Anbefalt medikamentbehandling etter operasjon for carotisstenose. Etter behandling for forsnevring av halspulsåren (carotisstenose) bør det startes medikamentell behandling for å forebygge komplikasjoner som hjerneslag eller hjerteinfarkt. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 85 %	100%  18 av 18	96%  413 av 430	
Anbefalt medikamentbehandling etter operasjon for perifer arteriosklerose (ASO). Etter behandling for forsnevring av pulsårer i beina (underekstremiteter) bør det startes medikamentell behandling for å forebygge komplikasjoner som hjerneslag eller hjerteinfarkt. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 85 %	86%  131 av 153	83%  2662 av 3189	

Ingen data: Gitt indikator har ingen data for valgt behandler. Dette er enten fordi behandler ikke har rapportert data, eller fordi antall observasjoner er lavere enn 10.

Tabell 6. Norsk hjertestansregister

Dekningsgrad nasjonalt 81 %

Kvalitetsindikator	Mere og Romsdal HF	Nasjonalt
Hjerte- lungeredning av tilstedeværende Indikatoren viser andelen pasienter med plutselig uventet hjertestans utenfor sykehus, hvor tilstedeværende har startet hjerte-lunge-redning (HLR) før ambulansen ankommer stedet.	83 % 118 av 143	85 % 2856 av 3353
Andel ferdigstilte skjema innen 60 dager for hjertestans utenfor sykehus Andel pasienter som har hatt hjertestans utenfor sykehus, som har fått ferdigstilt skjema innen 60 dager etter hjertestans ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 90 %	22 % ○ 46 av 207	68 % ○ 3100 av 4539
Andel ferdigstilte skjema innen 60 dager for hjertestans på sykehus Andel pasienter som har hatt hjertestans på sykehus, som har fått ferdigstilt skjema innen 60 dager etter hjertestans ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 90 %	62 % ○ 29 av 47	73 % ◐ 803 av 1107
Vellykket gjenoppliving etter hjertestans Indikatoren viser andelen pasienter med plutselig, uventet hjertestans utenfor sykehus, som fikk tilbake egen hjerterytme.	23 % 31 av 137	27 % 755 av 2801
Responstid Responstid er tiden det tar fra det begynner å ringe i 113-sentralen til ambulansen parkerer på bestemmelsesstedet. Tiden som her vises er når 9 av 10 hjertestanspasienter har fått en ambulans.	26 ○	21 ◐
Telefonveiledet HLR tilbudt innringer Andel hendelser der det er dokumentert at AMK har gitt telefonveiledning. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 90 %	74 % ◐ 106 av 143	75 % ◐ 2531 av 3353

3.2 Luftveier

Tabell 7. Nasjonalt register for langtidsmekanisk ventilasjon

Dekningsgrad nasjonalt 84 %, Helse Møre og Romsdal HF 84 %

Kvalitetsindikator	Møre og Romsdal HF	Helse Midt-Norge RHF	Nasjonalt
Blodgass målt før behandlingsstart Svar på blodgassanalyser før start (uten respirator og oksygen) brukes som et tegn på utredning og behandling er grundig og velfundert. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 80%	82% ● 28 av 34	73% ● 56 av 77	85% ● 398 av 469
Planlagt behandlingsstart for ALS pasienter Planlagt/elektiv behandlingsstart, i stedet for akutt oppstart, krever god oversikt, utredning og oppfølging av risikopasienter. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 80%	Lav N	100% ● 11 av 11	86% ● 51 av 59
Planlagt behandlingsstart for øvrige nevromuskulære For nevromuskulære pasienter, utenom akutte eller traumatiske årsaker. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 80%	100% ● 7 av 7	77% ● 10 av 13	84% ● 46 av 55
Pasientenes vurdering av symptomer før start Innhentning av pasientenes vurdering (PROM) før start gir viktig informasjon om sykdomstegn som påvirker livskvalitet. Indikatoren ble etablert i 2014. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 80%	80% ● 24 av 30	83% ● 55 av 66	84% ● 341 av 405

Lav N: Antall pasienter er under 10.




























3.3 Diabetes

Tabell 8. Norsk diabetesregister for voksne

























Kvalitetsindikator	Kristiansund	Molde	Volda	Ålesund	Møre og Romsdal HF	Nasjonalt
Dekningsgrad ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 80%	96% ●	82% ●	100% ●	88% ●	89% ●	87% ●
Andel med HbA1c ≤ 53 mmol/mol Helsedirektoratet anbefaler HbA1c ≤ 53 mmol/mol som et generelt behandlingsmål ved diabetes mellitus. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 32%	34% ● 70 av 205	35% ● 115 av 326	40% ● 61 av 152	36% ● 160 av 443	36% ● 406 av 1126	37% ● 7763 av 20722
Andel med HbA1c ≥ 75 mmol/mol Pasienter med HbA1c ≥ 75 mmol/mol løper en høy risiko for diabeteskomplikasjoner. Lav måloppnåelse er ønskelig. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≤ 12%	11% ● 23 av 205	10% ● 32 av 326	13% ● 19 av 152	11% ● 47 av 443	11% ● 121 av 1126	11% ● 2203 av 20722
Andel pasienter med kjent hjerte/karsykdom som har oppnådd kolesterolmål, LDL mindre enn 1,8 mmol/L Kolesterol senkende behandling er viktig for å forebygge hjerte/karsykdom hos pasienter med diabetes. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 60%	30% ○ 3 av 10	42% ○ 18 av 43	69% ● 9 av 13	56% ● 28 av 50	50% ● 58 av 116	47% ● 937 av 2007
Andel pasienter uten kjent hjerte/karsykdom som har oppnådd kolesterolmål, LDL mindre eller lik 2,5 mmol/L Kolesterol senkende behandling er viktig for å forebygge hjerte/karsykdom hos pasienter med diabetes. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 70%	37% ○ 46 av 123	52% ● 85 av 164	58% ● 45 av 78	65% ● 141 av 216	55% ● 317 av 581	59% ● 5870 av 9924
Prosentandel som har fått målt HbA1c HbA1c reflekterer blodsukker nivå siste 4-12 uker. Alle pasienter bør få målt HbA1c ved årskontroll. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 95%	99% ● 205 av 208	98% ● 326 av 334	96% ● 152 av 158	98% ● 443 av 450	98% ● 1126 av 1150	97% ● 20792 av 21486
Systolisk blodtrykksmål ≤ 135 Blodtrykk kontroll er svært viktig for å forebygge hjerte/karsykdom. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 65%	73% ● 145 av 198	75% ● 225 av 302	73% ● 87 av 119	63% ● 253 av 399	70% ● 710 av 1018	69% ● 11727 av 16886

3.4 Nervesystemet

Tabell 9. Norsk kvalitets- og oppfølgingsregister for cerebral parese (NorCP)

			
Kvalitetsindikator	Kristiansund	Ålesund	Møre og Romsdal HF
Dekningsgrad Alle barn med bekreftet CP diagnose ved 5-års skal registreres i NorCP. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 98 %	100% 	98% 	99% 
Kvalitetsindikator	Kristiansund	Ålesund	Møre og Romsdal HF
Kartlagt med 5-års registreringsskjema Ved å registrere med et NorCP medisinsk registreringsskjema ved 5-års alder får man en oversikt over barnets utfordringer. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 100 %	97%  29 av 30	96%  47 av 49	96%  76 av 79
Undersøkt med MR av hjernen MR av hjernen er anbefalt ledd i utredning av mulig CP. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 90 %	90%  26 av 29	87%  41 av 47	88%  67 av 76
Kognitive ressurser formelt testet Kognitive vansker hos barn med CP kan ha konsekvenser for hverdagsliv og læring. Kognitiv utredning vil gi mer presis kunnskap om sterke og svake sider og predikere fremtidige behov i skole og arbeid. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 65 %	64%  16 av 25	59%  26 av 44	61%  42 av 69
Kartlagt med Viking taleskala Kartlegging av tale er viktig for å vurdere barnets kommunikasjonsform og evt. behov for Alternativ og supplerende kommunikasjon (ASK). ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 100 %	90%  26 av 29	100%  44 av 44	96%  70 av 73
Bruk av ASK for barn med Viking III-IV Alle har rett til å kommunisere, og det er viktig at de som ikke kommuniserer ved tale, har tilbud om en tilpasset kommunikasjonsform - Alternativ og supplerende kommunikasjon (ASK). ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 80 %	67%  8 av 12	43%  6 av 14	54%  14 av 26
Kvalitetsindikator	Nasjonalt		
	94% 		
	93%  1772 av 1909		
	85%  1528 av 1804		
	67%  1131 av 1694		
	97%  1707 av 1761		
	53%  277 av 522		

Tabell 10. Norsk MS-register og biobank

			
Kvalitetsindikator	Møre og Romsdal HF	Helse Midt-Norge RHF	Nasjonalt
Dekningsgrad - nydiagnostiserte ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 80 %	100% 	88% 	82% 
Dekningsgrad (totalt) ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 80 %	92% 	86% 	87% 
Kvalitetsindikator	Møre og Romsdal HF	Helse Midt-Norge RHF	Nasjonalt
Diagnosetid Andel med diagnose innen 2 år etter debut ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 80 %	84%  27 av 32	87%  59 av 68	75%  323 av 428
Tid til behandling Andel med tid til oppstart av behandling på maks 30 dager etter diagnose. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 75 %	41%  13 av 32	41%  28 av 68	53%  215 av 404
Behandlingsstatus Andel med oppdatert behandlingsstatus 31.12 ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 80 %	24%  183 av 752	33%  563 av 1690	56%  5862 av 10558
Oppdatert attackstatus Andel med oppdatert attackstatus i løpet av siste år ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 80 %	20%  152 av 752	30%  510 av 1690	55%  5795 av 10558
Oppdatert funksjonsskår Andel med oppdatert funksjonsskår (EDSS) ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 80 %	10%  86 av 836	15%  278 av 1863	31%  3633 av 11558

Tabell 11. Norsk register for personer som utredes for kognitive symptomer i spesialisthelsetjenesten (NorKog)

Dekningsgrad Nasjonalt 76 % Helse Møre og Romsdal HF 80 %

Kvalitetsindikator	Høy måloppnåelse		Moderat måloppnåelse		Lav måloppnåelse	
	Kristiansund	Molde	Ålesund	Nasjonalt		
Innhenting av pasientrapporterte utfallsmål (PROM) Andel pasienter som har besvart PROM-spørsmål. Høyt målnivå er ønskelig. Sammenligning gjøres på sykehusnivå og ikke avdelingsnivå ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 80 %	100% ● 48 av 48	96% ● 22 av 23	92% ● 131 av 142	88% ● 2454 av 2793		
Kartlegging av nevropsykiatriske symptomer Andel pasienter hvor nevropsykiatriske symptomer er kartlagt. Høyt målnivå er ønskelig. Sammenligning gjøres på sykehusnivå og ikke avdelingsnivå ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 80 %	98% ● 47 av 48	78% ● 18 av 23	87% ● 124 av 142	86% ● 2405 av 2793		
Kartlegging av depressive symptomer Andel pasienter hvor depressive symptomer er kartlagt. Høyt målnivå er ønskelig. Sammenligning gjøres på sykehusnivå og ikke avdelingsnivå ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 70 %	17% ○ 8 av 48	52% ● 12 av 23	85% ● 120 av 142	73% ● 2046 av 2793		
Spesifikk demensdiagnose Andel pasienter med demens hvor det er stilt en spesifikk demensdiagnose. Høyt målnivå er ønskelig. Sammenligning gjøres på sykehusnivå og ikke avdelingsnivå ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 80 %	97% ● 31 av 32	82% ● 9 av 11	100% ● 77 av 77	89% ● 1093 av 1233		
Oppfølging etter utredning Andel pasienter med diagnosen demens eller mild kognitiv svikt som er henvist til oppfølging i helsetjenesten etter utredning. Høyt målnivå er ønskelig. Sammenligning gjøres på sykehusnivå og ikke avdelingsnivå ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 90 %	98% ● 42 av 43	100% ● 14 av 14	98% ● 133 av 136	96% ● 2258 av 2349		
Utvidet kognitiv testing Andel pasienter hvor det er utført utvidet kognitiv testing. Sammenligning gjøres på sykehusnivå og ikke avdelingsnivå ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 90 %	94% ● 45 av 48	87% ● 20 av 23	100% ● 142 av 142	92% ● 2574 av 2793		
Helsekrav til førerkort Andel pasienter hvor helsekrav til førerkort er vurdert. Sammenligning gjøres på sykehusnivå og ikke avdelingsnivå ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 90 %	98% ● 47 av 48	68% ○ 15 av 22	98% ● 131 av 134	79% ● 2077 av 2642		
Utredningstid Andel som har blitt utredet innen 6 måneder. Sammenligning gjøres på sykehusnivå og ikke avdelingsnivå ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 85 %	96% ● 46 av 48	61% ○ 14 av 23	93% ● 132 av 142	89% ● 2478 av 2793		
Somatisk undersøkelse Andel pasienter hvor somatisk undersøkelse er gjennomført. Sammenligning gjøres på sykehusnivå og ikke avdelingsnivå ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 90 %	85% ● 41 av 48	74% ○ 17 av 23	98% ● 139 av 142	86% ● 2407 av 2793		
Informasjon fra komparent Andelen pasienter hvor informasjon er innhentet fra komparent. Sammenligning gjøres på sykehusnivå og ikke avdelingsnivå ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 90 %	98% ● 47 av 48	78% ○ 18 av 23	87% ● 123 av 142	85% ● 2380 av 2793		
Funksjon i dagliglivet Andel pasienter hvor funksjon i dagliglivet og endringer er kartlagt. Sammenligning gjøres på sykehusnivå og ikke avdelingsnivå ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 90 %	100% ● 48 av 48	87% ● 20 av 23	99% ● 140 av 142	96% ● 2685 av 2793		

Tabell 12. Norsk parkinsonregister og biobank

Kvalitetsindikator	Høy måloppnåelse		Moderat måloppnåelse		Lav måloppnåelse	
	Møre og Romsdal HF	Helse Midt-Norge RHF	Nasjonalt			
Dekningsgrad Andel pasienter med neurodegenerativ parkinsonisme meldt inn i registeret i forhold til antall registrerte pasienter med tilsvarende diagnoser i Norsk Pasientregister ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 80 %	35% ○	37% ○	31% ○			

Lav dekningsgrad og resultater vises derfor ikke.

3.5 Muskel og skjelett

Tabell 13. Nasjonalt hoftebruddregister

Siste oppdaterte dekningsgrad er fra 2020.

	● Høy måloppnåelse	● Moderat måloppnåelse	○ Lav måloppnåelse			
Kvalitetsindikator	Kristiansund	Molde	Volda	Alesund	Møre og Romsdal HF	Nasjonalt
Dekningsgrad primær hemiprotese Dekningsgrad gir et mål på hvor stor andel av primære hemiprotoser som blir meldt til registeret sammenlignet med Norsk pasientregister ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 90%	85% ●	77% ○	100% ●	93% ●	90% ●	92% ●
Dekningsgrad alle primæroperasjoner Dekningsgrad gir et mål på hvor stor andel av primæroperasjoner etter hoftebrudd som blir meldt til registeret sammenlignet med Norsk pasientregister ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 90%	91% ●	79% ○	98% ●	83% ●	88% ●	89% ●
Dekningsgrad primær osteosyntese Dekningsgrad gir et mål på hvor stor andel av primære osteosynteser som blir meldt til registeret sammenlignet med Norsk pasientregister ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 90%	92% ●	79% ○	96% ●	72% ○	83% ●	85% ●
Dekningsgrad primær totalprotese Dekningsgrad gir et mål på hvor stor andel av primære totalprotoser som blir meldt til registeret sammenlignet med Norsk pasientregister ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 90%	100% ●	100% ●	100% ●	100% ●	100% ●	93% ●
Dekningsgrad alle reoperasjoner Dekningsgrad gir et mål på hvor stor andel av reoperasjoner etter hoftebrudd som blir meldt til registeret sammenlignet med Norsk pasientregister ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 90%	69% ○	60% ○	86% ●	77% ○	73% ○	75% ○
Dekningsgrad reopererte osteosyntese Dekningsgrad gir et mål på hvor stor andel av primære osteosynteser som blir meldt til registeret sammenlignet med Norsk pasientregister ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 90%	73% ○	63% ○	86% ●	76% ○	74% ○	69% ○
Dekningsgrad reopererte hemiprotese Dekningsgrad gir et mål på hvor stor andel av primære hemiprotoser som blir meldt til registeret sammenlignet med Norsk pasientregister ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 90%	60% ○	50% ○	Ingen Data	80% ●	67% ○	85% ●
Dekningsgrad reopererte totalprotese Dekningsgrad gir et mål på hvor stor andel av primære totalprotoser som blir meldt til registeret sammenlignet med Norsk pasientregister ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 90%	Ingen Data	Ingen Data	Ingen Data	Ingen Data	Ingen Data	96% ●
Kvalitetsindikator	Kristiansund	Molde	Volda	Alesund	Møre og Romsdal HF	Nasjonalt
Operasjon innen 24 timer (tilstrebes) Det er gode holdepunkter for at hoftebrudd bør opereres innen 24 timer etter bruddtidspunktet ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 80%	79% ● 72 av 91	73% ● 46 av 63	77% ● 79 av 103	51% ○ 86 av 167	67% ● 283 av 424	50% ○ 3899 av 7821
Operasjon innen 48 timer Alle hoftebrudd bør senest opereres innen 48 timer etter bruddtidspunktet for å redusere dødelighet og fare for medisinske komplikasjoner ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 90%	92% ● 84 av 91	84% ● 53 av 63	96% ● 99 av 103	83% ● 139 av 167	88% ● 375 av 424	84% ● 6542 av 7821
Protese ved dislokerte lårhalsbrudd Lårhalsbrudd hos pasienter over 70 år som er dislokerte (ute av stilling) bør opereres med en protese for å redusere risiko for reoperasjon og for å bedre funksjon ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 90%	98% ● 40 av 41	95% ● 21 av 22	100% ● 43 av 43	99% ● 87 av 88	98% ● 191 av 194	97% ● 3133 av 3231
Sementert stamme ved bruk av protese Alle hoftebruddpasienter over 70 år som skal opereres med en protese bør få lårbensprotesen sementert for å redusere risiko for reoperasjon ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 90%	91% ● 64 av 70	100% ● 23 av 23	100% ● 44 av 44	93% ● 88 av 95	94% ● 219 av 232	92% ● 3183 av 3465
30 dagers overlevelse 30 dagers overlevelse er en hyppig brukt resultatindikator for behandling av hoftebrudd ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 90%	93% ● 123 av 132	96% ● 66 av 69	91% ● 95 av 104	89% ● 155 av 175	91% ● 439 av 480	92% ● 7788 av 8437

Ingen data: Gitt indikator har ingen data for valgt behandler. Dette er enten fordi behandler ikke har rapportert data, eller fordi antall observasjoner er lavere enn 10.

Tabell 14. Nasjonalt kvalitetsregister for ryggkirurgi - ryggkirurgi

Siste oppgitte dekningsgrad for ryggkirurgi på nasjonalt nivå var 81 % for 2021.

	● Høy måloppnåelse	● Moderat måloppnåelse	○ Lav måloppnåelse	
Kvalitetsindikator	Kristiansund	Alesund	Møre og Romsdal HF	Nasjonalt
Ventetid på kirurgi Ventetid < 3 måneder fra ryggkirurgi ble bestemt (ved spesialist poliklinikk) til operasjonen ble utført. Gjelder planlagt (elektiv) kirurgi. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 80%	Lav dg	85% ● 52 av 97	73% ● 183 av 252	64% ● 3514 av 5481
Lite beinsmerter og ingen parese Andel pasienter med lite beinsmerter (≤ 3) operert for lumbale prolaps. Hvert årstall viser operasjoner utført det aktuelle årstallet samt året før. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≤ 3,0%	Lav dg	5,8% ● 3 av 52	6,0% ● 11 av 183	5,9% ● 252 av 4290
Forbedring av fysisk funksjon i dagliglivet, prolapskirurgi Andel som oppnår 20 prosentpoeng forbedring av Oswestry Disability Index (ODI) 12 måneder etter prolapskirurgi. Gjelder planlagt (elektiv) kirurgi. Hvert årstall viser pasienter som har svart det aktuelle årstallet samt året før. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 69%	Lav dg	Ingen Data	68% ● 46 av 68	66% ● 1254 av 1886
Forbedring av fysisk funksjon i dagliglivet, spinal stenose kirurgi Andel som oppnår 30 % forbedring av Oswestry Disability Index (ODI) 12 måneder etter kirurgi for spinal stenose. Gjelder planlagt (elektiv) kirurgi. Hvert årstall viser pasienter som har svart det aktuelle årstallet samt året før. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 67%	Lav dg	70% ● 53 av 76	67% ● 118 av 175	64% ● 1994 av 3110
Andel pasienter med degenerativ spondylolistese som blir operert med fusjonskirurgi ved første operasjon I internasjonal litteratur har det vært sprikende anbefalinger om hvorvidt pasienter med lumbal spinal stenose og en forskyvning mellom ryggvirvene (degenerativ spondylolistese) bør få tilleggsbehandling med avstivningsoperasjon (fusjonskirurgi) eller ikke. Flere studier basert på data fra NKR har vist at fusjon ikke gir noen tilleggs effekt for de fleste pasientene, og at operasjonstypen gir høyere kostnader. En nylig norsk prospektiv randomisert studie bekrefter dette. NKR's fagråd har derfor anbefalt at mikrokompresjon uten fusjon bør være førstevalg ved operativ behandling av denne tilstanden og at andel pasienter som blir operert med fusjonskirurgi ved første operasjon bør være lav. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≤ 9,0%	Ingen Data	3,4% ● 1 av 29	15,0% ● 6 av 40	9,7% ● 66 av 682
Andel som får tromboseprofylakse i forbindelse med lett ryggkirurgi Andel pasienter som får unødvendig tromboseprofylakse ved lett ryggkirurgi bør reduseres. Nasjonale retningslinjer anbefaler ikke tromboseprofylakse for pasienter uten kjente risikofaktorer (ASA grad < 3 som ikke bruker blodfortynnende før operasjon (NKR's definisjon)) ved lett ryggkirurgi. NKR har påvist en stor praksisvariasjon i bruk av tromboseprofylakse hos friske menn. Alle enheter som utfører ryggoperasjoner bør gjøre seg kjent med de nasjonale retningslinjene og innarbeide tilrådingene i lokale prosedyrer. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≤ 1,0%	Lav dg	66,7% ● 18 av 27	25,0% ● 20 av 80	13,7% ● 219 av 1603
























Ingen data: Gitt indikator har ingen data for valgt behandler. Dette er enten fordi behandler ikke har rapportert data, eller fordi antall observasjoner er lavere enn 10. Lav dg: Lav dekningsgrad

Tabell 15. Norsk nakke- og ryggregister

● Høy måloppnåelse ● Moderat måloppnåelse ○ Lav måloppnåelse		
Kvalitetsindikator	Ålesund	Nasjonalt
Dekningsgrad	93 %	71 %
Norsk nakke- og ryggregister		
Andel pasienter med tverrfaglig behandling Andel pasienter som har mottatt tverrfaglig behandling som del av behandlingstilbudet i spesialisthelsetjenesten.	64% ● 109 av 171	28% ○ 1423 av 5121
ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 30 %		
Bedret funksjon Andel med klinisk viktig bedring av funksjon fra konsultasjon til etter 6 måneder.	31% ● 42 av 135	29% ● 898 av 3075
ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 30 %		
Andel med minimal funksjonsnedsettelse Andel med minimal funksjonsnedsettelse 6 måneder etter konsultasjon.	41% ● 56 av 135	41% ● 1273 av 3075
ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 30 %		
Bedring smerte i aktivitet Andel pasienter med klinisk viktig bedring av smerte fra konsultasjon til etter 6 måneder.	38% ● 52 av 137	37% ● 1169 av 3142
ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 30 %		
Bedring smerte i hvile Andel pasienter med klinisk viktig bedring av smerte fra konsultasjon til etter 6 måneder.	31% ● 42 av 134	34% ● 1047 av 3115
ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 30 %		
Tilbake i jobb Andel pasienter som var helt eller delvis ute av jobb ved konsultasjon og som er tilbake for fullt etter 6 måneder.	39% ● 19 av 49	42% ● 366 av 871
ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 30 %		
Opplevd bedring av behandling Andel pasienter som rapporterer 6 måneder etter konsultasjonen at de er blitt bedre av behandlingen/ vurderingen.	50% ● 68 av 137	42% ● 1329 av 3202
ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 30 %		
Andel fornøyde pasienter Andel pasienter som er fornøyd eller nøytral til kontakten de har fått på sykehuset.	93% ● 128 av 137	89% ● 2855 av 3208
ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 90 %		

Tabell 16. Nasjonalt korsbåndregister

Siste oppdaterte dekningsgrad fra 2020.

	 Høy måloppnåelse	 Moderat måloppnåelse	 Lav måloppnåelse	
Kvalitetsindikator	Kristiansund	Ålesund	Møre og Romsdal HF	Nasjonalt
Dekningsgrad av korsbåndoperasjoner				
Dekningsgrad gir et mål på hvor stor andel av primære korsbåndoperasjoner som blir meldt til registeret sammenlignet med Norsk pasientregister	80% 	67% 	73% 	86% 
ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 90%				
Kvalitetsindikator	Kristiansund	Ålesund	Møre og Romsdal HF	Nasjonalt
Nasjonalt korsbåndregister				
Gjennomført fysioterapi				
Andel pasienter som har svart ja på tilbud om fysioterapi	93%  14 av 15	100%  27 av 27	98%  41 av 42	95%  1023 av 1078
ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 90%				
Veldokumentert graft				
Andel primære korsbåndoperasjoner som har fått veldokumentert behandling.	100%  17 av 17	100%  29 av 29	100%  46 av 46	99%  1713 av 1724
ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 90%				
Antibiotikabruk etter retningslinjer				
Pasientene skal få forebyggende antibiotika på/før operasjonsdagen, og dette skal gis i henhold til nasjonale retningslinjer.	100%  17 av 17	100%  29 av 29	100%  46 av 46	99%  1841 av 1856
ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 90%				
Intakte korsbånd etter 8 år				
Andel ikke-reviderte korsbåndoperasjoner etter 8 år, for pasienter operert de siste 10 årene.	93%  14 av 15	92%  27 av 27	92%  41 av 42	94%  1023 av 1078
ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 90%				

Tabell 17. Nasjonalt register for leddproteser

Siste oppdaterte dekningsgrad fra 2020.

	Høy måloppnåelse	Moderat måloppnåelse	Ønsket målnivå	Lav måloppnåelse		
Kvalitetsindikator	Kristiansund	Molde	Volda	Ålesund	Møre og Romsdal HF	Nasjonalt
Dekningsgrad primæroperasjon hofte Dekningsgrad gir et mål på hvor stor andel av primære hofteproteseoperasjoner som blir meldt til registeret sammenlignet med Norsk pasientregister. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 95%	98% ●	100% ●	99% ●	97% ●	98% ●	96% ●
Dekningsgrad revisjon hofte Dekningsgrad gir et mål på hvor stor andel av reoperasjoner av hofteproteser som blir meldt til registeret sammenlignet med Norsk pasientregister. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 95%	92% ●	Ingen Data	100% ●	85% ○	89% ○	91% ●
Dekningsgrad primæroperasjon kne Dekningsgrad gir et mål på hvor stor andel av primære kneproteseoperasjoner som blir meldt til registeret sammenlignet med Norsk pasientregister. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 95%	96% ●	Ingen Data	98% ●	94% ●	96% ●	95% ●
Dekningsgrad revisjon kne Dekningsgrad gir et mål på hvor stor andel av reoperasjoner av kneproteser som blir meldt til registeret sammenlignet med Norsk pasientregister. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 95%	96% ●	Ingen Data	0% ○	95% ●	94% ●	91% ●
Slitesterke leddflater i hofte Det bør brukes slitesterke materialer i hofteskålen laget av kryssbundet polyetylen eller keramikk ved innsetting av en konvensjonell hofteprotese. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 98%	100% ● 255 av 256	100% ● 58 av 58	100% ● 195 av 195	100% ● 127 av 127	100% ● 635 av 636	98% ● 9364 av 9559
Sementert lårbensprotese Kvinner over 75 år bør i regelen ha en sementert lårbensprotese på grunn av økt risiko for brudd i lårbenet rundt en usementert protese. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 90%	92% ● 54 av 59	100% ● 13 av 13	70% ○ 23 av 33	100% ● 26 av 26	89% ● 116 av 131	87% ● 1966 av 2249
Bruk av veldokumenterte hoftestammer Leddproteser kan selges på markedet uten at man har vist hvordan de fungerer i mennesker. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 90%	100% ● 261 av 261	100% ● 57 av 57	100% ● 194 av 194	100% ● 128 av 128	100% ● 640 av 640	100% ● 10144 av 10144
Bruk av veldokumenterte hoftekopper Leddproteser kan selges på markedet uten at man har vist hvordan de fungerer i mennesker. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 90%	100% ● 240 av 240	100% ● 58 av 58	100% ● 195 av 195	98% ● 127 av 129	100% ● 620 av 622	95% ● 9683 av 10193
Bruk av veldokumenterte kneproteser Leddproteser kan selges på markedet uten at man har vist hvordan de fungerer i mennesker. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 90%	100% ● 135 av 135	Ingen Data	Ingen Data	18% ○ 16 av 90	68% ○ 158 av 232	81% ● 4199 av 5190
Antibiotikabruk etter retningslinjer hofte Pasientene skal få forebyggende antibiotika operasjonsdagen, og dette skal gis i henhold til nasjonale retningslinjer. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 95%	97% ● 234 av 241	95% ● 55 av 58	98% ● 192 av 195	90% ● 116 av 129	96% ● 597 av 623	97% ● 10020 av 10298
Tromboseprofylakse etter retningslinjer hofte Pasientene skal ha forebyggende behandling mot blodpropp etter nasjonale retningslinjer. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 98%	99% ● 265 av 267	100% ● 58 av 58	100% ● 195 av 195	100% ● 129 av 129	100% ● 647 av 649	100% ● 9976 av 9992
Tromboseprofylakse etter retningslinjer hofte Pasientene skal ha forebyggende behandling mot blodpropp etter nasjonale retningslinjer. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 98%	99% ● 265 av 267	100% ● 58 av 58	100% ● 195 av 195	100% ● 129 av 129	100% ● 647 av 649	100% ● 9976 av 9992
2 års varighet av hofteprotese Andel ikke-reviderte totalproteser i hofte etter to år, standardpasienter operert i de siste 5 årene. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 98%	95% ●	Ingen Data	97% ●	96% ●	96% ●	98% ●
10 års varighet av hofteprotese Andel ikke-reviderte totalproteser i hofte etter ti år, standardpasienter operert i de siste 11 årene. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 95%	92% ●	Ingen Data	95% ●	93% ●	93% ●	96% ●
2 års varighet av kneprotese Andel ikke-reviderte totalproteser i kne etter to år, standardpasienter operert i de siste 5 årene. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 98%	94% ●	Ingen Data	98% ●	95% ●	96% ●	98% ●
10 års varighet av kneprotese Andel ikke-reviderte totalproteser i kne etter ti år, standardpasienter operert i de siste 11 årene. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 95%	91% ●	Ingen Data	Ingen Data	94% ●	93% ●	95% ●

Ingen data: Gitt indikator har ingen data for valgt behandler. Dette er enten fordi behandler ikke har rapportert data, eller fordi antall observasjoner er lavere enn 10.

3.6 Mage og tarm

Tabell 18. Norsk register for gastrokirurgi (NoRGast)

Kvalitetsindikator	Høy måloppnåelse		Moderat måloppnåelse		Lav måloppnåelse	
	Molde	Volda	Ålesund	Møre og Romsdal HF	Nasjonalt	
Dekningsgrad endetarm ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 85 %	40% ○	0% ○	91% ●	86% ●	85% ●	
Dekningsgrad lever ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 85 %	Ingen Data	Ingen Data	Ingen Data	Ingen Data	93% ●	
Dekningsgrad magesekk ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 85 %	Ingen Data	Ingen Data	Ingen Data	Ingen Data	69% ○	
Dekningsgrad bukspyttkjertel ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 85 %	Ingen Data	Ingen Data	Ingen Data	Ingen Data	94% ●	
Dekningsgrad spiserør ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 85 %	Ingen Data	Ingen Data	Ingen Data	Ingen Data	94% ●	
Dekningsgrad total ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 85 %	95% ●	76% ●	93% ●	92% ●	89% ●	
Dekningsgrad tykktarm ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 85 %	98% ●	79% ●	94% ●	94% ●	90% ●	

Kvalitetsindikator	Høy måloppnåelse		Moderat måloppnåelse		Lav måloppnåelse	
	Molde	Ålesund	Møre og Romsdal HF	Nasjonalt		
Norsk register for gastrokirurgi						
Sårruptur Andel pasienter som gjennomgikk nytt inngrep for ruptur (brist) av lukkingen av bukvegg innen 30 dager etter primæringrep. Kun pasienter hvor primæringrepet var planlagt er inkluderte. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≤ 3,0 %	9,1% ○ 1 av 11	0,0% ● 0 av 44	1,8% ● 1 av 56	3,2% ● 47 av 1485		
Registrert vekttap Andel pasienter der det er registrert pasientrapportert vekt 6 mnd. før kirurgi og målt vekt ved innkomst. Kun planlagte inngrep er inkludert. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 90 %	74% ○ 49 av 66	3% ○ 4 av 158	23% ○ 54 av 232	69% ○ 3619 av 5209		
Aktiv kontroll Andel pasienter der det har vært kontakt mellom behandlende avdeling og pasient (fysisk eller per telefon) 30-40 dager etter inngrep. Kun planlagte inngrep er inkludert. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 90 %	86% ● 51 av 59	96% ● 125 av 130	92% ● 180 av 196	85% ● 3749 av 4414		
Reseksjoner av tykktarm (kolon): Lekkasje fra skjøt (anastomoselekkasje) Andel pasienter som gjennomgikk nytt inngrep for svikt i skjøt (anastomose) innen 30 dager etter primæringrep. Kun planlagte inngrep er inkluderte. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≤ 4,0 %	2,2% ● 1 av 45	1,7% ● 1 av 59	1,9% ● 2 av 104	4,2% ● 78 av 1836		
Reseksjoner av tykktarm (kolon): Kikkhullsteknikk Bruk av kikkhullsteknikk (laparoskopi) ved planlagte inngrep. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 70 %	89% ● 42 av 47	68% ● 45 av 66	77% ● 87 av 113	84% ● 1676 av 1994		
Reseksjoner av endetarm (rektum): Lekkasje fra skjøt (anastomoselekkasje) Andel pasienter som gjennomgikk nytt inngrep for svikt i skjøt (anastomose) innen 30 dager etter primæringrep. Kun planlagte inngrep er inkluderte. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≤ 5,0 %	Ingen Data	5,0% ● 2 av 40	4,9% ● 2 av 41	7,6% ○ 45 av 591		
Reseksjoner av endetarm (rektum): Kikkhullsteknikk Bruk av kikkhullsteknikk (laparoskopi) ved planlagte inngrep. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 70 %	Ingen Data	94% ● 51 av 54	95% ● 52 av 55	92% ● 857 av 933		

Ingen data: Gitt indikator har ingen data for valgt behandler. Dette er enten fordi behandler ikke har rapportert data, eller fordi antall observasjoner er lavere enn 10.

Tabell 19. Norsk kvalitetsregister for fedmekirurgi

	Høy måloppnåelse	Moderat måloppnåelse	Lav måloppnåelse
Kvalitetsindikator	Møre og Romsdal HF		Nasjonalt
Dekningsgrad Ønsket målnivå for SØReg > 90%. Generelt nasjonalt målnivå (vist) > 80% ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 80%	100% ●		88% ●
Kvalitetsindikator	Møre og Romsdal HF		Nasjonalt
Del pasientar som har blitt reinnlagt på sjukehus dei første 30 dagane etter operasjon. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≤ 5%	13% ○ 3 av 23		6% ● 85 av 1416
Komplikasjoner Del pasientar med alvorlege komplikasjonar dei første 30 dagane etter operasjon. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≤ 2,0%	4,3% ○ 1 av 23		1,8% ● 26 av 1416

Tabell 20. Norsk register for gastrokirurgi (Gastronet)

	Høy måloppnåelse	Moderat måloppnåelse	Lav måloppnåelse			
Kvalitetsindikator	Kristiansund	Molde	Volda	Ålesund	Møre og Romsdal HF	Nasjonalt
Dekningsgrad koloskopi Andelen av alle gjennomførte polikliniske koloskopier som ble registrert i Gastronet ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 80%	69% ●	93% ●	94% ●	77% ●	83% ●	61% ●
Dekningsgrad ERCP Andelen av alle gjennomførte polikliniske ERCP undersøkelser som ble registrert i Gastronet ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 80%	36% ○	80% ●	Ingen Data	85% ●	80% ●	50% ○
Kvalitetsindikator	Kristiansund	Molde	Volda	Ålesund	Møre og Romsdal HF	Nasjonalt
Komplette koloskopier Andelen av alle registrerte koloskopiundersøkelser der hele tykktarmen ble inspisert - cæcumintunajonsrate ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 90%	93% ● 451 av 486	91% ● 801 av 883	94% ● 433 av 462	98% ● 422 av 432	93% ● 2107 av 2263	95% ● 57671 av 60925
Adekvat tarmtømming Andelen av alle registrerte koloskopiundersøkelser der tarmen var tilfredstillende tømt (koloskopiundersøkelser der det ikke var aktuelt å undersøke hele tarmen ble tatt ut av beregningen). ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 90%	94% ● 459 av 486	96% ● 845 av 883	94% ● 433 av 462	97% ● 418 av 432	95% ● 2155 av 2263	92% ● 56280 av 60925
Sterke smerter under koloskopien Andelen av koloskopiundersøkelser der pasientene har besvart spørreskjemaet med sterke smerter ØNSKET MÅLNIVÅ: ≤ 10%	9% ● 31 av 343	12% ● 49 av 419	11% ● 29 av 261	5% ● 12 av 256	9% ● 121 av 1279	8% ● 2887 av 35274
Polypdeteksjonsrate > 5mm Andelen av alle registrerte koloskopier der minst en polyp med en diameter på 5mm eller mer ble oppdaget ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 20%	36% ● 176 av 486	25% ● 225 av 883	35% ● 164 av 462	33% ● 144 av 432	31% ● 709 av 2263	32% ● 19302 av 60925
Svarprosent pasienter Andel av pasienter som har besvart spørreskjema etter koloskopi ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 90%	71% ● 343 av 486	48% ○ 424 av 883	57% ○ 265 av 462	61% ○ 264 av 432	57% ○ 1296 av 2263	58% ○ 35565 av 60925
ERCP-utløst bukspyttkjertelbetennelse Andelen av registrerte ERCP undersøkelser som utløste en bukspyttkjertelbetennelse ØNSKET MÅLNIVÅ: ≤ 5%	Ingen Data	14% ○ 3 av 21	Ingen Data	4% ● 4 av 97	6% ● 7 av 118	4% ● 102 av 2650

Ingen data: Gitt indikator har ingen data for valgt behandler. Dette er enten fordi behandler ikke har rapportert data, eller fordi antall observasjoner er lavere enn 10.

3.7 Nyresykdommer

Tabell 21. Norsk nyreregister

	● Hey måloppnåelse	● Moderat måloppnåelse	○ Lav måloppnåelse	
Kvalitetsindikator	Kristiansund	Ålesund	Møre og Romsdal HF	Nasjonalt
Dekningsgrad årsskjemaer Det skal leveres behandlingsdata på pasienter i registeret på sluttet av hvert år. Høy andel leverte skjemaer er ønskelig. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 95%	0% ○	99% ●	73% ○	80% ○
Kvalitetsindikator	Kristiansund	Ålesund	Møre og Romsdal HF	Nasjonalt
Alvorlige komplikasjoner etter biopsi (biopsi) I forbindelse med at man tar en biopsi kan det oppstå komplikasjoner som bl.a. blødning. Lavt målnivå er ønskelig. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≤ 2,0%	Ingen Data	Ingen Data	Ingen Data	3,0% ● 16 av 539
Biopsier med minst 10 glomeruli (biopsi) For å kunne vurdere en nyrebiopsi og gi en sikker diagnose må den inneholde nok av de ulike bestanddelene i nyren, som for eksempel glomeruli. Høyt målnivå er ønskelig. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 90%	Ingen Data	Ingen Data	Ingen Data	78% ○ 406 av 518
Endelig biopsisvar fra patologiavdelinger innen 1 mnd (biopsi) Et sentralt mål på hvor godt rutiner og strukturer i utredningsapparatet for nyresykdom fungerer er hvor fort patologiavdelingene får sett på biopsier og sender endelig svar. Høyt målnivå er ønskelig. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 80%	Ingen Data	Ingen Data	Ingen Data	69% ○ 356 av 515
Primære biopsier med moderate til uttalte kroniske forandringer (biopsi) Tidlig utredning av nyresykdom er viktig for riktig behandling. Hvis man venter for lenge med å ta biopsi for å finne ut type nyresykdom er nyren allerede vesentlig skadet. Lavt målnivå er ønskelig. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≤ 30%	Ingen Data	Ingen Data	Ingen Data	31% ● 144 av 468
Blodtrykk <140/90 (CKD5) Blodtrykksbehandling har stor effekt på utvikling av nyresykdom. Høyt målnivå er ønskelig. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 75%	Ingen Data	Ingen Data	Ingen Data	61% ○ 220 av 363
Plasma fosfat <1,5 mmol/L (CKD5) Fosfatnivået i blodet øker når nyrefunksjonen reduseres og behandling med legemidler er nødvendig for å holde nivået under grenseverdier. Høyt målnivå er ønskelig. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 75%	Ingen Data	Ingen Data	Ingen Data	45% ○ 152 av 340
Plasma bikarbonat >20 mmol/L (CKD5) Kroppen blir sur (lavt pH) når nyrefunksjonen reduseres og behandling med legemidler er nødvendig for å korrigere. Høyt målnivå er ønskelig. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 75%	Ingen Data	Ingen Data	Ingen Data	72% ● 256 av 356
Hemoglobin >10 g/dL (10-12 g/dL hvis EPO terapi) (CKD5) Nyrene stimulerer bloddannelse ved å produsere EPO og med redusert nyrefunksjon får pasientene blodbrist (anemi) og trenger å få tilført kunstig EPO. Høyt målnivå er ønskelig. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 75%	Ingen Data	Ingen Data	Ingen Data	74% ● 270 av 366
Gjennomført "Nyreskole" (CKD5) Pasienter som utvikler nyresvikt bør skolerer i sin sykdom og få informasjon om hvilke behandlingalternativ som finnes for at i god tid kunne planlegge behandlingen. Høyt måltall er ønskelig. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 75%	Ingen Data	Ingen Data	Ingen Data	50% ○ 152 av 301
Pasienter kjent ved oppstart dialyse (dialyse) Det er viktig at nyreavdelingene får henvist pasienter tidlig nok så at dialysebehandling kan planlegges og forberedes i god tid. Høyt målnivå er ønskelig. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 75%	Ingen Data	Ingen Data	Ingen Data	77% ● 251 av 325
Hjemmedialyse (dialyse) Hemodialyse foregår vanligvis på sykehus men noen pasienter kan enten bruke peritonealdialyse eller ha en dialysemaskin hjemme og dermed utføre dialysen hjemme. Høyt målnivå er ønskelig. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 30%	Ingen Data	25% ● 15 av 61	25% ● 15 av 61	25% ● 276 av 1095

Ingen data: Gitt indikator har ingen data for valgt behandler. Dette er enten fordi behandler ikke har rapportert data, eller fordi antall observasjoner er lavere enn 10.

Fortsettelse Tabell 21. Norsk nyregister

	● Høy måloppnåelse	● Moderat måloppnåelse	● Lav måloppnåelse	
Kvalitetsindikator	Kristiansund	Ålesund	Møre og Romsdal HF	Nasjonalt
Start hemodialyse på fistel (hemodialyse) Ved hemodialyse renses pasientens blod i en maskin. Hvis mulig bør man stikke pasienten i en fistel ved hver dialyse istedenfor å bruke et permanent kateter. Høyt målnivå er ønskelig. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 75 %	Ingen Data	Ingen Data	Ingen Data	36% ○ 89 av 250
Ukentlig Kt/V >2,3 (hemodialyse) Effekten av hemodialysedialyse (bloddialyse) måles ved variabelen Kt/V. Høyt målnivå er ønskelig. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 80 %	Ingen Data	65% ○ 32 av 49	65% ○ 32 av 49	68% ○ 575 av 846
Predialytisk plasma fosfat <1,78 mmol/L (hemodialyse) Blodet renses for avfallsstoffer ved dialyse når nyrene ikke lengre klarer jobben. Hvis dialysebehandlingen ikke er god nok blir fosfatnivået for høyt mellom hver dialyse. Høyt målnivå er ønskelig. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 75 %	Ingen Data	73% ● 36 av 49	73% ● 36 av 49	58% ○ 477 av 821
Ukentlig Kt/V >1,7 (peritonealdialyse) Effekten av peritonealdialyse (posedialyse) måles ved variabelen Kt/V. Høyt målnivå er ønskelig. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 80 %	Ingen Data	93% ● 13 av 14	93% ● 13 av 14	37% ○ 86 av 235
Blodtrykk <130/80 (transplantasjon) Hypertensjon er vanlig etter nyretransplantasjon og blodtrycksbehandling har stor effekt på både nyre- og pasientoverlevelse. Høyt målnivå er ønskelig. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 80 %	Ingen Data	28% ○ 33 av 117	28% ○ 33 av 117	45% ○ 1178 av 2593
Statinbehandling (transplantasjon) Statinbehandling har god effekt på pasientoverlevelse etter nyretransplantasjon, uavhengig av om blodlipidene er høye eller ikke. Høyt målnivå er ønskelig. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 80 %	Ingen Data	81% ● 95 av 117	81% ● 95 av 117	74% ● 1919 av 2593
Minst 4 transplantasjonskontroller per år (transplantasjon) Det er viktig at nyretransplanterte får regelmessig oppfølging, blant annet for å sikre korrekt immundempende behandling. Høyt målnivå er ønskelig. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 80 %	Ingen Data	79% ● 92 av 117	79% ● 92 av 117	76% ● 1975 av 2593
Pasienter på ventelisten med lengre tid i dialyse enn 2 år (transplantasjon) Nyretransplantasjon er foretrukken behandling fremfor dialyse og langvarig behandling i dialyse gir dårligere langtidsresultater. Lavt målnivå er ønskelig. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≤ 10 %	Ingen Data	Ingen Data	Ingen Data	37% ○ 102 av 275

Ingen data: Gitt indikator har ingen data for valgt behandler. Dette er enten fordi behandler ikke har rapportert data, eller fordi antall observasjoner er lavere enn 10.

3.8 Gynekologi

Tabell 22. Norsk gynekologisk endoskopregister

		Høy måloppnåelse		Moderat måloppnåelse		Lav måloppnåelse	
Kvalitetsindikator		Helse Midt-Norge RHF				Nasjonalt	
Dekningsgrad							
Dekningsgraden angir hvor fullstendig registeret er, det vil si hvor stor andel av de endoskopiske inngrepene utført ved gynekologiske avdelingen i Norge som er registrert i NGER.		72%				73%	
ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 80%							
Kvalitetsindikator		Molde	Volda	Ålesund	Møre og Romsdal HF	Nasjonalt	
Hysteroskopi: Komplikasjoner under operasjonen							
Forekomsten av komplikasjoner ved hysteroskopiske inngrep.		3,1%	0,0%	2,1%	1,9%	1,7%	
ØNSKET MÅLNIVÅ: ≤ 2,0%		1 av 32	0 av 30	2 av 95	3 av 157	72 av 4347	
Laparoskopi: Komplikasjoner under operasjonen							
Forekomsten av komplikasjoner ved gynekologiske laparoskopiske inngrep.		3,2%	0,0%	0,7%	1,3%	1,0%	
ØNSKET MÅLNIVÅ: ≤ 2,0%		2 av 63	0 av 25	1 av 149	3 av 237	72 av 7421	
Hysteroskopi: Pasientrapporterte komplikasjoner etter operasjon							
Forekomsten av middels og alvorlige komplikasjoner etter gynekologiske hysteroskopiske inngrep.		0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,16%	
ØNSKET MÅLNIVÅ: ≤ 0,30%		0 av 26	0 av 20	0 av 74	0 av 120	5 av 3134	
Laparoskopi: Pasientrapporterte komplikasjoner etter operasjon							
Forekomsten av middels alvorlige og alvorlige komplikasjoner etter gynekologiske laparoskopiske inngrep.		5,7%	0,0%	5,6%	5,1%	2,7%	
ØNSKET MÅLNIVÅ: ≤ 2,5%		2 av 35	0 av 16	7 av 126	9 av 177	147 av 5367	
Pasienttilfredshet							
Grad av tilfredshet etter behandling ved en gynekologisk avdeling. Skala 0-3 hvor 3 er best.		2,44	2,66	2,59	Ingen Data	2,62	
ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 2,70							

Ingen data: Gitt indikator har ingen data for valgt behandler. Dette er enten fordi behandler ikke har rapportert data, eller fordi antall observasjoner er lavere enn 10.

Tabell 23. Norsk kvinnelig inkontinensregister

	Høy måloppnåelse	Moderat måloppnåelse	Lav måloppnåelse		
Kvalitetsindikator	Kristiansund	Volda	Ålesund	Møre og Romsdal HF	Nasjonalt
Dekningsgrad Indikatoren viser prosentandel registrerte inkontinensoperasjoner (alle typer) i NKIR av antall utførte inkontinensoperasjoner registrert i elektronisk pasientjournal (PAS). ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 95 %	100% ●	100% ●	100% ●	97% ●	99% ●
Utført stresstest før operasjon (objektiv test) – syntetisk slynge Indikatoren viser prosent stresstest utført før operasjon per avdeling hos pasienter operert med syntetisk slynge for urinlekkasje. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 95 %	100% ● 19 av 19	100% ● 22 av 22	100% ● 24 av 24	100% ● 65 av 65	92% ● 1385 av 1502
Komplikasjoner – syntetisk slynge Indikatoren viser prosent syntetiske slyngeoperasjoner med en eller flere komplikasjoner. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≤ 10 %	21% ● 4 av 19	14% ● 3 av 22	8% ● 2 av 24	14% ● 9 av 65	8% ● 116 av 1502
Ny inkontinensoperasjon – syntetisk slynge Indikatoren viser prosent ny inkontinensoperasjon hos avdelingenes egne inkontinensopererte pasienter inntil 36 måneder etter syntetisk slyngeoperasjon. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≤ 2,0 %	0,0% ● 0 av 19	0,0% ● 0 av 22	0,0% ● 0 av 24	0,0% ● 0 av 65	0,4% ● 6 av 1502
Komplikasjoner - injeksjon Indikatoren viser prosent injeksjonsbehandlinger med en eller flere komplikasjoner. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≤ 5 %	Ingen Data	Ingen Data	2% ● 2 av 85	2% ● 2 av 85	1% ● 7 av 562
Utfylt stressinkontinensindeks før behandling Indikatoren viser prosent utfylt stressinkontinensindeks før behandling per avdeling hos pasienter behandlet for urinlekkasje. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 95 %	95% ● 18 av 19	100% ● 22 av 22	100% ● 109 av 109	99% ● 149 av 150	94% ● 1969 av 2104

Ingen data: Gitt indikator har ingen data for valgt behandler. Dette er enten fordi behandler ikke har rapportert data, eller fordi antall observasjoner er lavere enn 10.

3.9 Skade og intensiv

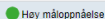
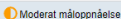
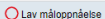










































Tabell 24. Norsk intensiv- og pandemiregister

Dekninggrad vises kun på nasjonalt nivå

Kvalitetsindikator	Høy måloppnåelse			Moderat måloppnåelse		Lav måloppnåelse
	Kristiansund	Molde	Voia	Ålesund	Møre og Romsdal HF	Nasjonalt
Dekningsgrad Del pasientar registrert i registeret av alle som skal registrerast ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 80%	Ingen Data	Ingen Data	Ingen Data	Ingen Data	Ingen Data	97% ●
Leverer data til NIR Det er ein kvalitetsindikator i NIR at eininga rapporterer data til NIR ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 81%	100% ● 1 av 1	100% ● 1 av 1	100% ● 1 av 1	100% ● 2 av 2	100% ● 5 av 5	94% ● 62 av 66
Primærvakt 24/7 Beskriv korleis eininga har tilgang på intensivmedisinsk kompetanse 24/7 ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 90%	0% ○ 0 av 1	100% ● 1 av 1	0% ○ 0 av 1	100% ● 2 av 2	60% ○ 3 av 5	94% ● 60 av 64
Rutinenotat v/utskrivning Ved utskrivning frå intensiv føreligg som rutine eit ferdig notat (papir eller elektronisk) med relevant informasjon/oppsummering av intensivopphaldet og oppdatert medikamentliste. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 90%	100% ● 1 av 1	100% ● 1 av 1	0% ○ 0 av 1	100% ● 2 av 2	80% ○ 4 av 5	90% ● 57 av 63
Tverrfagleg gjennomgang Eininga har dagleg, tverrfagleg gjennomgang av pasientane. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 90%	100% ● 1 av 1	100% ● 1 av 1	0% ○ 0 av 1	100% ● 2 av 2	80% ○ 4 av 5	92% ● 58 av 63
Ny innlegging innan 72 timar Reinnlegging er definert som nytt opphald på same intensivveining, der innleggingstidspunktet er mindre enn 72 t etter utskrivningstidspunktet. Det er ønskeleg med mindre enn 4% reinnleggingar. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≤ 4,0%	3,8% ● 10 av 261	3,4% ● 11 av 321	4,0% ● 10 av 250	2,3% ● 10 av 434	3,2% ● 41 av 1266	2,6% ● 398 av 15457
Respiratortid under 2,5 døger Respiratortid er den tida pasienten får pustehjelp frå ein respirator via eit pusterøyr i eit lukka system. Målet er at minst halvdelen av slike opphald skal ha respiratortid under 2,5 døger. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 51%	63% ● 10 av 16	58% ● 33 av 57	Ingen Data	70% ● 48 av 69	64% ● 95 av 148	68% ● 3506 av 5162

Ingen data: Gitt indikator har ingen data for valgt behandler. Dette er enten fordi behandler ikke har rapportert data, eller fordi antall observasjoner er lavere enn 10.

Tabell 25. Norsk nyfødmedisinsk kvalitetsregister

			
Kvalitetsindikator	Ålesund	Helse Midt-Norge RHF	Nasjonalt
Kompletthet opplysninger om antenatale steroider Viser kompletthet i registrering av om barnet mottok antenatale steroider, besvart med Ja/Nei. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 98 %	100 % 	98 % 	93 % 
Kompletthet opplysninger om nekrotiserende enterokolitt Viser kompletthet i registrering av om barnet fikk nekrotiserende enterokolitt (NEC), besvart med Ja/Nei. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 98 %	100 % 	100 % 	100 % 
Kompletthet opplysninger om cerebral ultralyd Viser kompletthet i registrering av opplysninger om cerebral ultralyd. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 98 %	100 % 	98 % 	98 % 
Kompletthet opplysninger om retinopati Viser kompletthet i registrering av opplysninger om retinopati (ROP). ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 98 %	100 % 	100 % 	100 % 
Kompletthet CRIB 1 Viser kompletthet i registrering av CRIB 1 som er en score for «initial sykkelighet» ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 98 %	78 % 	87 % 	90 % 
Kompletthet CRIB 2 Viser kompletthet i registrering av CRIB 2 som er en score for «revidert initial sykkelighet» ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 98 %	79 % 	79 % 	84 % 
Kvalitetsindikator	Ålesund	Helse Midt-Norge RHF	Nasjonalt
Blodkultur oppstart AB Andel barn som det er tatt blodkultur av før oppstart av antibiotika (AB) ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 98 %	91 %  21 av 23	70 %  121 av 172	89 %  1255 av 1412
Svar Blodkultur oppstart AB Kompletthet i registrering av resultatet av blodkultur ved oppstart av systemisk antibiotika (AB). ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 98 %	91 %  30 av 33	86 %  146 av 169	90 %  1430 av 1597
Behandlet med antenatale steroider. GA < 28 uker. Helseregionnivå. Andel mødre som føder før uke 28 og har fått behandling med antenatale steroider. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 90 %	Ingen Data	96 %  80 av 83	93 %  566 av 610
Andel behandlet med laser eller anti-VEGF. Helseregionnivå. Andel ekstremt premature barn som utvikler en så alvorlig retinopati (ROP) at de mottar behandling med laser eller anti-VEGF (vascular endothelial growth factor). ØNSKET MÅLNIVÅ: ≤ 9 %	Ingen Data	Ingen Data	10 %  43 av 446
Andel som utvikler nekrotiserende enterokolitt (NEC). Helseregionnivå. Andel ekstremt premature barn i live ved 7 dagers alder som utvikler nekrotiserende enterokolitt (NEC) med behov for kirurgisk behandling etter første leveuke ØNSKET MÅLNIVÅ: ≤ 4 %	Ingen Data	7 %  5 av 70	6 %  28 av 499
Andel ekstremt premature barn som overlever. Helseregionnivå. Andel ekstremt premature barn som overlever frem til siste utskrivelse fra nyfødtavdeling. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 80 %	Ingen Data	72 %  61 av 85	83 %  507 av 613
Behandlet med antenatale steroider. GA < 34 uker. Andel mødre som føder før uke 34 og har fått behandling med antenatale steroider. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 90 %	82 %  14 av 17	92 %  56 av 61	90 %  428 av 474
Sentralisering av ekstremt premature fødsler. Helseregionnivå. Andel ekstremt premature barn som fødes ved den fødeavdelingen i helseregionen som er utpekt av det regionale helseforetaket til å ivareta primærbehandling. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 95 %	Ingen Data	96 %  82 av 85	94 %  582 av 618
Sentralisering av ekstremt premature fødsler. Helseregionnivå. Andel ekstremt premature barn som fødes ved den fødeavdelingen i helseregionen som er utpekt av det regionale helseforetaket til å ivareta primærbehandling. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 95 %	Ingen Data	96 %  82 av 85	94 %  582 av 618
Antall behandlingsdøgn med AB ved fravær av klinisk eller verifisert sepsis. GA 33-36 uker. Varighet av intravenøs antibiotikabehandling første 14 dager hos moderat-lett premature og terminfødte barn som ikke har fått en sepsisdiagnose. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≤ 3,0	2,6 	Ingen Data	Ingen Data
Andel ekstremt premature barn som overlever uten alvorlig cerebral patologi. Helseregionnivå. Andel ekstremt premature barn som overlever uten alvorlig cerebral patologi frem til siste utskrivelse fra nyfødtavdeling. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 70 %	Ingen Data	68 %  58 av 85	80 %  490 av 613
Antall behandlingsdøgn med AB ved fravær av klinisk eller verifisert sepsis. GA 37-42 uker. Varighet av intravenøs antibiotikabehandling første 14 dager hos moderat-lett premature og terminfødte barn som ikke har fått en sepsisdiagnose. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≤ 3,0	3,1 	Ingen Data	Ingen Data

Ingen data: Gitt indikator har ingen data for valgt behandler. Dette er enten fordi behandler ikke har rapportert data, eller fordi antall observasjoner er lavere enn 10.

Tabell 26. Nasjonalt traumeregister

Nasjonal dekningsgrad samlet 92 %

Kvalitetsindikator	Høy måloppnåelse			Moderat måloppnåelse		Lav måloppnåelse
	Molde	Volda	Ålesund	Møre og Romsdal HF	Nasjonalt	
Andel røntgen thorax Andel røntgen brystkasse tatt av pasienter som blir møtt med traumeteam ved ankomst sykehus ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 80 %	95% ● 198 av 208	93% ● 75 av 81	90% ● 198 av 219	93% ● 471 av 508	92% ● 7990 av 8647	
Andel røntgen bekken Andel røntgen bekken tatt av pasienter som blir møtt med traumeteam ved ankomst sykehus ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 70 %	90% ● 188 av 208	88% ● 71 av 81	87% ● 190 av 219	88% ● 449 av 508	82% ● 7092 av 8642	
Andel CT Andel CT tatt av pasienter som blir møtt med traumeteam ved ankomst sykehus	79% 165 av 208	72% 58 av 81	83% 182 av 219	80% 405 av 508	83% 7219 av 8651	
Antall registrerte Antall registrerte traumehendelser innen 3 måneder ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 80 %	99% ● 205 av 208	94% ● 76 av 81	89% ● 195 av 219	94% ● 476 av 508	34% ○ 2926 av 8656	
Mortalitet Andel pasienter som dør innen 30 dager etter skade/ulykke, gjelder for alle pasienter som er registrert i registeret	3,1% 7 av 226	1,2% 1 av 82	3,7% 8 av 215	3,1% 16 av 523	4,3% 403 av 9419	

3.10 Autoimmune sykdommer

Tabell 27. Nasjonalt register for organspesifikke autoimmune sykdommer (ROAS)

Lav dekningsgrad i Kristiansund og Volda

Kvalitetsindikator	Høy måloppnåelse			Moderat måloppnåelse		Lav måloppnåelse
	Kristiansund	Molde	Volda	Ålesund	Møre og Romsdal HF	Nasjonalt
Pasienter med steroidkort Andel primær binyrebarksvikt-pasienter som har fått utdelt steroidkort. Steroidkortet inneholder informasjon på engelsk og norsk til helsepersonell om hvilke spesielle behov pasienten har i en akutt situasjon. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 90 %	Lav N	86% ● 6 av 7	Lav N	100% ● 18 av 18	Lav dg	91% ● 444 av 486
Pasienter med kortisonsprøyte Andel primær binyrebarksvikt-pasienter som har fått utdelt kortisonsprøyte, og herunder også fått opplæring i stressdosering/intramuskulær injeksjon. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 80 %	Lav N	57% ○ 4 av 7	Lav N	78% ● 14 av 18	Lav dg	80% ● 388 av 486
Binyrekrise siste år Andel pasienter med primær binyrebarksvikt som har opplevd binyrekrise siste år ØNSKET MÅLNIVÅ: ≤ 10 %	Lav N	14% ● 1 av 7	Lav N	0% ● 0 av 18	Lav dg	14% ● 66 av 486
Årskontroll siste 12 måneder Andel av pasientene som har vært på årskontroll i løpet av siste 12 måneder. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 80 %	Lav N	100% ● 7 av 7	Lav N	83% ● 15 av 18	Lav dg	84% ● 407 av 486
Hatt behov for steroidkort Andel av pasientene med steroidkort som har vært i en situasjon siste 12 måneder hvor de har hatt behov for å benytte seg av det.	Lav N	17% 1 av 6	Lav N	11% 2 av 18	Lav dg	8% 34 av 444
Opplysninger om Addison lagret i pasientens kjernejournal Kjernejournal er en elektronisk tjeneste som inneholder viktige opplysninger om en persons helse ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 90 %	Lav N	86% ● 6 av 7	Lav N	61% ○ 11 av 18	Lav dg	63% ○ 308 av 486
Informert om medisiner ved akutt sykdom Hvor stor andel av pasientene rapporterer at de har fått god opplæring i medisiner ved akutt sykdom. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 90 %	Lav N	100% ● 7 av 7	Lav N	78% ● 14 av 18	Lav dg	91% ● 440 av 486
Influensavaksinert forrige år Andel primær binyrebarksvikt-pasienter som har blitt vaksinert mot influensa siste 12 måneder ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 75 %	Lav N	43% ○ 3 av 7	Lav N	94% ● 17 av 18	Lav dg	72% ● 351 av 486

Lav N: Mindre en 5 pasienter. Lav DG: Lav dekningsgrad

Tabell 28. Norsk vaskulittregister og biobank (NorVas)

Kvalitetsindikator	Ålesund	Møre og Romsdal HF	Nasjonalt
Dekningsgrad total Samlet dekningsgrad for NorVas	47%	47%	51%
Dekningsgrad storkarsvaskulitter Dekningsgrad for storkarsvaskulitter	30%	30%	44%
Dekningsgrad ANCA-assosierte vaskulitter Dekningsgrad for ANCA-assosierte vaskulitter i NorVas	62%	62%	62%

Lav dekningsgrad og resultater vises derfor ikke.

3.11 Revmatologi

Tabell 29. Norsk kvalitetsregister for artrittsykdommer (NorArtritt)

Siste oppdaterte dekningsgrad fra 2021.

Kvalitetsindikator	Møre og Romsdal HF	Nasjonalt
Dekningsgrad ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 80 %	61%	64%
Norsk kvalitetsregister for artrittsykdommer		
Behandlingsstart innen 2 uker etter diagnosedato Andel pasienter som har startet med sykdomsmodifiserende behandling innen 2 uker etter ny RA-diagnose ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 80 %	65% 28 av 43	68% 367 av 539
Tid til første kontroll Andel pasienter med nyoppstått RA som fikk første kontroll innen 3 måneder etter diagnose ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 80 %	16% 7 av 44	60% 381 av 637
Sykdomsremisjon 1 år etter diagnose Andel RA-pasienter i sykdomsremisjon 1 år etter diagnose ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 40 %	29% 2 av 7	26% 66 av 252

3.12 Øre- nese- hals

Tabell 30. Norsk kvalitetsregister Øre-Nese-Hals- Tonsilleregisteret

	● Høy måloppnåelse	● Moderat måloppnåelse	○ Lav måloppnåelse		
Kvalitetsindikator	Medi 3 Ålesund	Molde	Ålesund	Møre og Romsdal HF	Nasjonalt
Dekningsgrad Hvor stor andel av pasienter med tonsilleoperasjon som melde inn Tonsilleregisteret ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 80 %	64% ●	81% ●	79% ●	80% ●	69% ●
Reinleggelse pga blødning Denne kvalitetsindikatoren er definert som andel reinleggelse pga blødning etter tonsilleoperasjon, basert på besvarelse fra pasient/pårørende ØNSKET MÅLNIVÅ: ≤ 4 %	10% ● 7 av 69	9% ● 7 av 81	3% ● 3 av 114	5% ● 10 av 195	6% ● 244 av 3932
Kontakt med helsevesenet pga smerter Kvalitetsindikatoren er definert som andel pasienter som har tatt kontakt med helsevesenet pga smerte etter tonsilleoperasjon, basert på besvarelse fra pasient/pårørende ØNSKET MÅLNIVÅ: ≤ 15 %	22% ● 15 av 69	19% ● 15 av 81	15% ● 17 av 114	16% ● 32 av 195	20% ● 771 av 3932
Kontakt med helsevesenet pga infeksjon Kvalitetsindikatoren er definert som andel pasienter som har tatt kontakt med helsevesenet pga infeksjon etter tonsilleoperasjon, basert på besvarelse fra pasient/pårørende ØNSKET MÅLNIVÅ: ≤ 5 %	6% ● 4 av 69	4% ● 3 av 81	9% ● 10 av 114	7% ● 13 av 195	5% ● 195 av 3932
Symptomfri etter 6 mnd Kvalitetsindikatoren er definert som andel pasienter som svarer at de er symptomfri for plagene 6 mnd. etter operasjonen ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 90 %	92% ● 47 av 51	86% ● 56 av 65	91% ● 80 av 88	89% ● 136 av 153	90% ● 2879 av 3208
Andel tonsillektomi ved infeksjon Denne kvalitetsindikatoren er definert som andel pasienter med infeksjon som hovedindikasjon som får utført tonsillektomi ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 90 %	100% ● 88 av 88	99% ● 96 av 97	100% ● 88 av 88	99% ● 184 av 185	97% ● 3829 av 3940
Andel tonsillotomi ved hypertrofi hos barn Denne kvalitetsindikatoren er definert som andel pasienter med hypertrofi som hovedindikasjon som får utført tonsillotomi ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 90 %	Ingen Data	86% ● 25 av 29	47% ○ 27 av 58	60% ○ 52 av 87	65% ○ 960 av 1473
Andel registreringer innen 1 uke etter operasjon Denne kvalitetsindikatoren er definert som andel pasienter som blir inkludert og ferdigstilt skjema i registeret innen 1 uke etter tonsilleoperasjonen ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 90 %	90% ● 79 av 88	56% ○ 72 av 128	91% ● 135 av 148	75% ○ 207 av 276	55% ○ 3186 av 5782

Ingen data: Gitt indikator har ingen data for valgt behandler. Dette er enten fordi behandler ikke har rapportert data, eller fordi antall observasjoner er lavere enn 10.

3.13 Andre

Tabell 31. Norsk porfyriregister

	Høy måloppnåelse	Moderat måloppnåelse	Lav måloppnåelse
Kvalitetsindikator	Helse Midt-Norge RHF		Nasjonalt
Dekningsgrad AIP, PV & HCP Dekningsgraden viser deltagerprosenten for pasienter med AIP, PV og HCP. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 80 %	70 %		71 %
Dekningsgrad AIP, PV & HCP ≥ 50 år Dekningsgraden viser deltagerprosenten for pasienter med AIP, PV og HCP som er 50 år eller eldre. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 80 %	65 %		79 %
Dekningsgrad Norsk porfyriregister Dekningsgraden viser deltagerprosenten for alle diagnosene (PCT, EPP, AIP, PV, HCP) i Norsk porfyriregister. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 80 %	70 %		72 %
Dekningsgrad PCT & EPP Dekningsgraden viser deltagerprosenten for pasienter med PCT og EPP. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 80 %	70 %		73 %
Dekningsgrad PCT Dekningsgraden viser deltagerprosenten for pasienter med PCT. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 80 %	69 %		72 %
Kvalitetsindikator	Helse Midt-Norge RHF		Nasjonalt
Årlig kontroll ved AIP, PV & HCP Andel pasienter med AIP, PV og HCP som oppgir å gå til kontroll årlig som anbefalt. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 75 %	83 % 10 av 12		79 % 72 av 91
Årlig kontroll ved PCT & EPP Andel pasienter med PCT og EPP som oppgir å gå til kontroll årlig som anbefalt. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 80 %	71 % 60 av 84		70 % 287 av 408
Mottatte legekontrollskjema for alle diagnoser Andelen mottatte legekontrollskjema for pasienter som oppgir at de går til årlig kontroll. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 75 %	53 % 36 av 68		59 % 205 av 347
Kontroll av blodtrykk og nyrefunksjon ved AIP, PV, HCP Andel som får undersøkt både blodtrykk og nyrefunksjon ved kontroll av AIP, PV eller HCP. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 90 %	89 % 8 av 9		84 % 63 av 75
Vurdering av sykdomsaktivitet for PCT Andel PCT-pasienter der det er blitt analysert porfyriprøve for vurdering av sykdomsaktivitet. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 75 %	47 % 52 av 111		54 % 278 av 517
Fornøydhet ved siste kontroll av PCT Andel PCT-pasienter som i stor eller svært stor grad var fornøyd med oppfølgingen de fikk ved sist kontroll. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 80 %	78 % 49 av 63		81 % 223 av 274
Bildeundersøkelse av lever ved AIP, PV & HCP ≥ 50 år Andel pasienter som regelmessig får utført bildeundersøkelse av lever i henhold til retningslinjer for pasienter med AIP, PV, HCP som er 50 år eller eldre. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 90 %	60 % 3 av 5		64 % 36 av 56
Behandlingsoppstart ved PCT Andel PCT-pasienter som har fått startet behandling innen 2 måneder etter at diagnosen er bekreftet fra laboratoriet. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 90 %	Ingen Data		81 % 17 av 21

Ingen data: Gitt indikator har ingen data for valgt behandler. Dette er enten fordi behandler ikke har rapportert data, eller fordi antall observasjoner er lavere enn 10.

3.14 Møre og Romsdal HF rapporterer ikke til disse registrene

Helse Møre og Romsdal HF har ikke ansvar for behandling som registreres inn i registrene under:

- Norsk hjertekirurgiregister
- Norsk register for invasiv kardiologi (NORIC)
- Nasjonalt register for ablasjonsbehandling (AblaNor)
- Nasjonalt kvalitetsregister for ryggkirurgi - Nakke kirurgi
- Norsk register for analinkontinens
- Norsk kvalitetsregister for leppe-kjeve-ganespalte
- Nasjonalt kvalitetsregister for Smertebehandling
- Norsk ryggmargskade register (NorScir)

3.15 Følgende register hadde ikke publisert Årsrapport med resultater på sykehusnivå pr. 1.9.22

- Nasjonalt medisinsk kvalitetsregister for barne- og ungdomsdiabetes
- Nasjonalt barnehofteregister
- Norsk register for arvelige og medfødte nevromuskulære sykdommer

3.16 Følgende register fikk godkjenning i 2021-2022

Disse presenterer ikke resultater i 2022

- Norsk kvalitetsregister for alvorlige primære hodepiner
- Norsk register for ALS og andre motonevronsykdommer
- Norsk register for arvelige og medfødte nevromuskulære sykdommer
- Norsk kvalitetsregister Øre-Nese-Hals- Hørselsregisteret for barn
- Kvalitetsregister for alderspsykiatri (KVALAP)
- Nasjonalt kvalitetsregister for elektrokonvulsiv terapi (ECT)
- Nasjonalt kvalitetsregister for behandling i psykisk helsevern voksen (PHV)
- Norsk kvalitetsregister for HIV.